



Analgesie
in der Hand des Arztes

Lonarid®

bei Schmerzzuständen jeder Genese,
bei Schmerzen im Verlauf
fieberhafter Krankheiten

Zusammensetzung:	Dimethyl-n-octyl-(β -benzilsäureäthylester)-ammoniumbromid	4-Acetylamino-phenol	Amobarbital	Codein-phosphat	Coffein
Tabletten	20 mg	400 mg	30 mg	10 mg	50 mg
Suppositorien f. Erwachsene	20 mg	400 mg	30 mg	20 mg	50 mg
Suppositorien f. Kinder	10 mg	200 mg	30 mg	5 mg	2,5 mg

Kontraindikationen:

Porphyrie, schwere Leber- und Nierenfunktionsstörungen, schwere Myokardschäden, akute Alkohol-, Schlafmittel-, Anelgetika- und Psychopharmaka-Intoxikationen, Zustände, die mit Atemdepressionen einhergehen, Husten mit Gefahr der Sekretstauung, chronische Obstipation, Lungenemphysem, Asthma bronchiale, genetisch bedingter Mangel an Glukose-6-Phosphat-Dehydrogenase.

Besondere Hinweise:

Der Koffeingehalt von Lonarid gleicht eine sedierende Begleitwirkung weitgehend aus. Eine individuelle Beeinträchtigung der Verkehrstüchtigkeit ist jedoch möglich. Wie alle Schmerzmittel soll Lonarid über längere Zeiträume oder in höherer Dosierung nur unter ärztlicher Kontrolle eingenommen werden.

Dosierung und Anwendungsweise siehe Packungsprospekt

Peckungen	It. A. T.
Tabletten:	10 Stück DM 2,85 20 Stück DM 4,50
Suppositorien für Erwachsene:	5 Stück DM 3,45 10 Stück DM 5,85
Suppositorien für Kinder:	5 Stück DM 2,75 10 Stück DM 4,90
Suppositorien für Säuglinge:	5 Stück DM 2,25
Klinikpackungen	

**Boehringer
Ingelheim**



gelassen und ruhig am Tag

ADUMBRAN[®]

der unkomplizierte Tranquilizer
zur medikamentösen Psychotherapie

entspannt zu erholsamem Schlaf bei Nacht

zuverlässig · bewährt · gut verträglich

Zusammensetzung: 7-Chlor-1,3-dihydro-3-hydroxy-5-phenyl-2H-1,4-benzodiazepin-2-on

Anwendungsgebiete: im psycho-vegetativen Bereich: Störungen der Schlaf-rhythmik; kardiovaskuläre Störungen; gastrointestinale Störungen; psychogene Atemstörungen; vegetativa Syndrome der Frau; Dentitionsbe-schwerden bei Kleinkindern; im affektiv-emotionalen Bereich: nervöse Reizbarkeit; Übererregtheit; nervöse Erschöpfungszustände; Sexualneurosen; Überforderungssyndrom; Angst- und Unruhezustände, auch vor zahn-ärztlichen und ärztlichen Eingriffen;

Erwartungsgest vor besonderen Belastungen; Verhaltensstörungen, Eingewöhnungsschwierigkeiten.

Dosierung und Anwendungsweise: In der Regel empfiehlt sich folgendes Vorgehen: morgens 1 Tebl., mittags 1 Tebl., abends 2 Tebl.

Suppositorien für Erwachsene: morgens 1 Supp., abends 1 Supp. Kindersuppositorien: Der Doppelkonus läßt sich leicht teilen, so daß eine individuelle Dosierung möglich ist. Als Richtlinie kann gelten bei Kindern im Alter von 1-3 Jahren 1-2 mal 7,5 mg (1/2 Doppelkonus), 4-5 Jahren 2-3 mal 7,5 mg (1/2 Doppelkonus), ab 6 Jahren

1-3 mal 15,0 mg (1 Doppelkonus). Zur Behandlung von Schlatstörungen genügt 1/2 bis 1 Doppelkonuszäpfchen am Abend.

Unverträglichkeiten und Risiken: Das Präparat soll nicht angewandt werden bei Myasthenia gravis.

Besondere Hinweise: Verkehrsteilnehmer sollten beachten, daß Adumbren die Verkehrssicherheit beeinflussen kann. Der gleichzeitige Genuß von Alkohol und die gleichzeitige Einnahme anderer beruhigender Arzneimittel sind zu vermeiden.

Darreichungsformen und Packungsgrößen:
OP mit 25 Tabletten DM 6,50
OP mit 75 Tabletten DM 17,75
Suppositorien für Erwachsene zu 30 mg OP mit 5 Suppositorien DM 5,20
Kindersuppositorien zu 15 mg OP mit 5 Suppositorien DM 4,45
OP mit 10 Suppositorien DM 8,20
Klinikpackungen zu allen Darreichungsformen
Unverbindl. empf. Preise in AT

Thomae



Bayerisches Ärzteblatt

Mit amtlichen Mitteilungen der Ministerien
Herausgegeben von der Bayerischen Landesärztekammer

Nummer 1

Zur Kenntnis genommen:

Auch im traditionsbewußten Vereinigten Königreich (in Deutschland fälschlich England genannt) ist schon einige Zeit nicht mehr alles so „heil“. Das mußte ich kürzlich bei einem Besuch in London feststellen.

Am Ordnungssinn der Menschen, zum Beispiel, wenn sie auf einen Autobus warten, hat sich nichts geändert, und auch der Straßenverkehr läuft diszipliniert wie eh und je. Doch als ich mein Hotel betrat, mußte ich sämtliche Taschen öffnen und wurde einer scharfen Sicherheitskontrolle unterzogen. Das Foyer war zugebaut, die Rezeption behelmsmäßig hergerichtet worden. Nur wenige Wochen vorher war hier nämlich eine Bombe detoniert und hatte ihre Opfer gefordert.

Als ich dann zum Abendessen in das Hotelrestaurant gehen wollte, wurde ich sofort wieder ins Zimmer zurückgeschickt, denn soeben war im Hause Bombenalarm ausgelöst worden. Nur zwei Tage vorher waren harmlose Bürger des Landes in einem anderen Lokal durch eine Schrapnellbombe getötet und schwer verletzt worden.

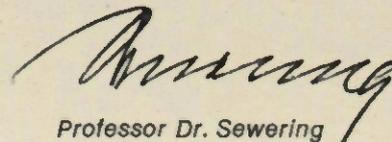
Die Begrüßung unserer britischen Kollegen war wie immer herzlich und freundschaftlich, doch das Gespräch konzentrierte sich rasch auf ein aktuelles Thema: die Labour-Regierung hatte gerade zu einem neuen Schlag gegen die Ärzte angesetzt mit der Ankündigung, die ohnedies schon nicht mehr zehntausenden Privatbetten aus den englischen Krankenhäusern nunmehr endgültig verschwinden zu lassen. Das bedeutet mehr, als wir in Deutschland vermuten. In freier Praxis gibt es nämlich in Großbritannien nur Allgemeinärzte. Die Fachärzte arbeiten im Krankenhaus und machen zuhause lediglich Sprechstunden für Privatpatienten. Durch die neueste Maßnahme will der Staat sie noch stärker unter die Gewalt des staatlichen Gesundheitsdienstes zwingen. Andererseits heißt das: auch die letzten Bürger sollen nunmehr genötigt werden, sich den Normen des staatlichen Gesundheitsdienstes zu unterwerfen – zunächst jedenfalls, wenn sie Krankenhausbehandlung benötigen.

Dem Allgemeinarzt wurde ohnehin schon alles genommen: er arbeitet für ein Seelenpauschale und beschränkt sich auf Hörrohr, Blutdruck-Apparat und Bleistift. Die Fachärzte sind – weil nur am Krankenhaus arbeitsfähig – der Willkür des Staates voll ausgeliefert, es bleibt ihnen allein die Flucht in die reine Privatpraxis. Wieviele von ihnen das finanziell durchstehen werden und wie lange das noch möglich sein wird, muß abgewartet werden. Schließlich benutzen sie ja für ihre Untersuchungen die Einrichtungen des Krankenhauses und sind deshalb darauf angewiesen.

Wie der Kampf ausgehen wird, ist noch nicht vorhersehbar. Man wird dabei aber in so vielem an erklärte Ziele der Gesundheitspolitik im eigenen Lande erinnert: medizinisch-technische Zentren; freipraktizierende Ärzte sollen Einrichtungen der Krankenhäuser benutzen etc. Das sind nur zwei Beispiele aus einer breiten Palette. Auch in ärztlichen Kreisen gibt es „Liebäugler“, zwar nicht mit dem englischen, aber dem holländischen System. Auch dort haben Fachärzte lediglich eine Existenzmöglichkeit, wenn ein Krankenträger sie aufnimmt, ihnen also Räume für Ambulanz und Betten zur Verfügung stellt.

Das englische Beispiel sollte für uns Anlaß sein, darüber nachzudenken, ob es sinnvoll ist, solchen Modellen nachzueifern. Die damit verbundene völlige Abhängigkeit von Kräften, auf die man keinen Einfluß hat, kann deletäre Folgen haben.

Den Kollegen in Großbritannien habe ich beim Abschied unsere guten Wünsche für ihren Kampf um den letzten Rest ihrer beruflichen Freiheit zum Ausdruck gebracht. Ob sie etwas nützen, mag fraglich sein. Wir sollten uns aber darüber klar werden, daß im Vereinten Europa wieder ein Stück Berufsfreiheit der Ärzte im Begriff steht, begraben zu werden. Kein guter Anfang des neuen Jahres!



Professor Dr. Sewering

Staat – Selbstverwaltung – freie Berufe *

von H. J. Sewering

Heute sollte eigentlich der bayerische Kultusminister an diesem Platz stehen und zu uns sprechen. Er ist leider erkrankt, und ich darf deshalb um Verständnis dafür bitten, wenn ich Ihnen nicht ein großangelegtes Referat halte, sondern einige Fragen herausgreife, von denen ich meine, daß sie heute aktuell sind und daß sie uns, vor allem uns Freiberuflern, auf den Nägeln brennen.

Was ist eigentlich der freie Beruf oder der Freiberufler? Hier gibt es ja eine breite Palette der Definitionen. Der Freiberufler erbringt eine ideelle Leistung; er liefert keine Ware. Er erbringt diese ideelle Leistung in persönlicher Verantwortung, und er ist wirtschaftlich selbständig mit allen Konsequenzen, die sich daraus ergeben. Er ist gekennzeichnet dadurch, daß er seinem Partner – seinem Auftraggeber, Klienten, Patienten – immer als Person gegenübertritt und auch als Person zu haften hat.

Sein wirtschaftliches Risiko läßt sich vielleicht so kennzeichnen: Der Erfolg oder Mißerfolg der Arbeit des Freiberuflers und seine persönliche Leistung entscheiden direkt, ohne irgendwelche Umwege, über Prosperität oder Verfall seiner materiellen Existenz. Er hat keinen Schutzmantel eines Dienstherrn, der vielleicht zivilrechtlich für ihn haftet. Seine Leistung hängt allein an seiner Person. Sie kann über Nacht erlöschen mit dem Ausfall des Leistungserbringers; sein Name als Leistungserbringer, als Anbieter erlischt im gleichen Augenblick.

Hierin unterscheidet er sich eben deutlich von anderen Bereichen unserer Gesellschaft oder der Wirt-

schaft. Denn wer eine Ware anbietet, wird nach der Qualität der Ware beurteilt, die er liefert. Dem Käufer dieser Ware ist es letzten Endes eigentlich gleichgültig, wer die Person des Inhabers ist; er kennt sie vielfach überhaupt nicht, und ein Wechsel in der Person des Firmenbesitzers wirkt sich auf den Käufer überhaupt nicht aus. Das findet seinen Niederschlag darin, daß ein Handelsunternehmen seine Firmenbezeichnung beibehalten kann, selbst wenn der Besitzer noch so oft wechselt.

Für den Freiberufler dagegen bedeutet die Tatsache, daß er allein mit seinem Namen, seiner Person, Leistung erbringt, ein Risiko, dessen sich mancher Freiberufler vielleicht gar nicht ständig bewußt ist. Sonst würde er vielleicht keine Nacht mehr ruhig schlafen können. Das Wohl und Wehe der Familie eines Freiberuflers hängt gewissermaßen am Lebensfaden des Freiberuflers. Wenn er abreißt – und das geschieht nicht selten im falschen Augenblick –, dann ist der Sturz in die Tiefe der Not oft nicht aufzuhalten. Wir erleben diese Schicksale ja leider allzu häufig.

Mittler zwischen Bürger und Staat

Welche Bedeutung haben nun die Freiberufler für unsere Gesellschaft? Von der Zahl her würde man nicht sehr beeindruckt sein. Nach Specht sind in der Bundesrepublik etwa 250 000 bis 300 000 Freiberufler tätig. Dem stehen gegenüber 2 Millionen Beamte, 8 Millionen Angestellte und 12 Millionen Arbeiter.

Im Bayerischen Landtag werden zehn Prozent der Abgeordneten als Freiberufler bezeichnet, im Bundestag

sind es sechs Prozent. Diese Zahlen sind wahrscheinlich zu hoch gegriffen, weil aus den Berufsbezeichnungen nicht sicher geschlossen werden kann, ob der Betreffende seinen angegebenen Beruf auch freiberuflich ausübt.

Man könnte fragen, ob der Freiberufler aufgrund seiner Funktion als Auftragnehmer ein einseitiger Interessenvertreter seines Auftraggebers ist. Aber es zeigt sich rasch, daß dies mit Sicherheit keine Kennzeichnung des freiberuflich Tätigen wäre. Der Freiberufler ist im Gegenteil sogar ein echter Mittler zwischen dem einzelnen Bürger und dem Staat bzw. der Gesellschaft. Ihm obliegt es, die Synthese zustandezubringen zwischen den Interessen des einzelnen und den Belangen des Staates oder des Gemeinwohls.

Das mag nicht immer gleich deutlich werden, aber irgendwie steckt es in allen freien Berufen.

Beim Künstler wird man geneigt sein zu sagen, er lebt nur für seine Kunst. Er malt oder komponiert möglicherweise für einen Auftraggeber. Und dennoch müssen wir sagen, daß die bildenden Künstler, auch der Musiker, das kulturelle Bild einer Epoche entscheidend mitprägen. Ich glaube, darin liegt eine hohe Verantwortung und eine wichtige Leistung für unsere Gesellschaft.

Betrachten wir die Schriftsteller, die Publizisten. Sie schreiben nach ihrem eigenen Ermessen. Dennoch ist ihnen immer bewußt, daß sie mit dem, was sie schreiben, die öffentliche Meinung beeinflussen, vielleicht sogar prägen, und daß sie damit eine immense Verantwortung für das Wohl einer Gesellschaft haben. Man könnte überspitzt sagen: Es hängt weitgehend auch von den

*) Referat vor der Delegiertenversammlung des Verbandes Freier Berufe in Bayern am 12. November 1975 in München.

Publizisten ab, ob Evolution oder Revolution den Ablauf der Ereignisse bestimmen.

Der Architekt nimmt seine Aufträge vom einzelnen entgegen, er gestaltet für seinen Bauherrn, er berücksichtigt dessen Wünsche. Dennoch ist er voll mitverantwortlich für das Bild unserer Städte und Dörfer, für unsere Landschaft, für unsere Wohnkultur und damit letzten Endes für das Wohl und Wehe der Gesellschaft, in der er selbst lebt und für die er arbeitet.

Die Mittlerfunktion wird besonders deutlich bei den Anwälten, die nichts anderes sind als Helfer und Berater ihrer Mandanten. Den Anwälten steht das Recht zu, im Interesse ihres Mandanten alle Möglichkeiten auszuschöpfen, sei es im strafrechtlichen, sei es im zivilrechtlichen Bereich. Und dennoch wissen wir, daß sie mit einer enormen Verantwortung eingespannt sind in die Rechtspflege, daß sie Mitverantwortung tragen für die Rechtsordnung und für das geordnete Zusammenleben der Bürger in unserer Gesellschaft. Wer das etwa noch nicht gewußt hätte, dem ist es wohl klar geworden angesichts dessen, was wir bei bestimmten Prozessen heute an spektakulären, die Bürger unseres Landes erschreckenden Ereignissen erleben. Dort zeigt sich, wie sehr der Anwalt, wenn er seine Grundpflicht verletzt, in der Lage ist, eine ganze Rechtsordnung in Frage zu stellen.

Der Arzt trägt hohe öffentliche Verantwortung

Schließlich der Arzt: Er wird vom Patienten aufgrund der freien Arztwahl in Anspruch genommen. Sein Tätigwerden beruht auf einem ganz persönlichen Vertrauensverhältnis zwischen Arzt und Patient. Er ist durch die Schweigepflicht gegenüber seinem Patienten gebunden. Dennoch ist die Aufgabe, die er erfüllt, im höchsten Grade eine öffentliche. Er dient der Volksgesundheit im Ganzen, er ist verantwortlich für die Sicherstellung der ärztlichen Versorgung unserer Bürger, die diesen im Grundgesetz zugesichert wird. Auch die Bundesärzteordnung verpflichtet den Arzt dem Wohle und der Gesundheit des einzelnen und des ganzen Volkes zu dienen.

Ein typisches Beispiel dafür, wie der Arzt dieser Aufgabe gerecht wird, ist die Seuchengesetzgebung, die den Arzt verpflichtet, dann Meldung zu erstatten und seine Schweigepflicht zu verletzen, wenn höhere Interessen der Gemeinschaft es erfordern. Oder man denke an die Kenntnis von Erkrankungen, die möglicherweise die Fahrtauglichkeit in Frage stellen. Wir stehen auf dem Standpunkt, daß hier der typische Fall gegeben ist, wo der Arzt nicht zur Meldung verpflichtet werden darf, weil sonst die Grundlage des Vertrauensverhältnisses zwischen Bürger und Arzt zerstört wäre. Trotzdem hat nach unserer Rechtsordnung auch in derartigen Fällen der Arzt das Recht und die Pflicht, zwischen dem persönlichen Gut des einzelnen und den Gütern der Gemeinschaft abzuwägen. Kommt er zu dem Ergebnis, daß das Gemeinschaftsgut überwiegt, dann ist er berechtigt, vielleicht sogar moralisch verpflichtet, Meldung zu erstatten.

Zusammenfassend wird man sagen können, daß der freiberuflich, also unabhängig Tätige aus der Besonderheit seiner Stellung und Funktion heraus geradezu optimal geeignet ist, öffentliche Aufgaben und zur gleichen Zeit die persönlichen Belange seines Auftraggebers zu erfüllen; sein Berater zu sein und dennoch die Synthese zwischen den Anliegen des einzelnen und der Gesellschaft herzustellen. Das, glaube ich, kennzeichnet die Bedeutung der freien Berufe in einer freiheitlichen Gesellschaft.

Ich darf hier einen Mann zitieren, der wie kein anderer das Bild der freien Berufe verdeutlicht hat. J. F. Volrad Deneke schrieb einmal: *„Jeder hat das Recht auf Leben und körperliche Unversehrtheit, alle Menschen sind vor dem Gesetz gleich, jeder hat das Recht, seine Meinung in Wort, Schrift und Bild frei zu äußern und zu verbreiten und sich aus allgemein zugänglichen Quellen zu unterrichten. Die Wohnung ist unverletzlich, das Eigentum und das Erbrecht werden gewährleistet. Jeder hat das Recht auf die freie Entfaltung seiner Persönlichkeit, die Würde des Menschen ist unantastbar.“*

Wir wissen, daß diese und ähnliche formulierte Bestimmungen sich auch in den Verfassungen autoritärer Staaten finden. Aber überall dort

bleiben sie leere Deklamationen, wo nicht und soweit nicht die freien Berufe in ihrer schöpferischen, beratenden, helfenden Tätigkeit frei wirken können, nur ihrem Wissen und Gewissen verpflichtet. Überall bleiben diese Bestimmungen nur auf dem Papier, wo nicht das duale Verhältnis der freien Berufe zu ihren Klienten und Patienten eine Brücke schlägt zwischen dem Singular der Person und dem Plural der Gesellschaft.“

Lebensraum der freien Berufe erhalten

Daraus würde ich folgern: Es muß von unserer Gesellschaft und vom Staat alles getan werden, um die Existenzfähigkeit, den Lebensraum der freien Berufe zu erhalten, um das Interesse des Nachwuchses für die freien Berufe – mit allen Risiken, die sie in sich bergen – wachzuhalten.

Mein vielfach wiederholtes Wort, wenn der freie Arzt ausgelöscht wird, ist der Bürger und der Patient der Leidtragende, läßt sich ohne Schwierigkeit auf alle freien Berufe übertragen.

Damit stellt sich schon die Frage: Was tut der Staat für die freien Berufe? Ich möchte vorweg feststellen, wir erwarten vom Staat weder, daß er uns das Risiko unseres Berufes abnimmt, noch, daß er uns Geschenke macht. Beides widerspräche ja dem Grundsatz der Freiberuflichkeit. Der Freiberufler muß nun einmal sein Geld selber verdienen, und er muß sein Risiko selber tragen, sonst ist das Wesentliche seines Berufes nicht mehr gewahrt.

Aber wir fragen uns immer wieder, ob der Staat nicht die Pflicht hätte, die einmaligen Besonderheiten der freien Berufe z. B. in seiner Steuergesetzgebung besser zu berücksichtigen.

Wir fragen, wo berücksichtigt wird, daß der Freiberufler nach einer langen Ausbildungs- und Weiterbildungszeit in ebhängeriger Stellung nur wenige fruchtbare Arbeiterjahre zur Verfügung hat, die ihm auch eine Vermögensbildung möglich machen? Wo wird berücksichtigt, daß der Freiberufler eine geistige Leistung erbringt und, weil er dazu keine großen Investitionen benötigt,

euch nicht in der Lage ist, Vermögensbildung über steuerlich absetzbare Investitionen zu betreiben? Und wo wird berücksichtigt, daß Freiberufler ihre Vorsorge für Berufsunfähigkeit und Alter völlig aus eigener Kraft, und zwar mit einem immens hohen Aufwand, aufzubauen haben?

Ist es aus dieser Sicht wirklich gerecht, daß heute der Freiberufler, wenn er einigermäßen für sein Alter, seine Berufsunfähigkeit, seine Familie sorgen will, gut zwei Drittel der dazu notwendigen Aufwendungen aus bereits versteuerten Einnahmen zahlen muß? War es wirklich notwendig, und ist es nicht für uns Freiberufler ein schwerer Schlag gewesen, daß man bei der Steueränderung den doppelten Freibetrag für Vorsorge-Aufwendungen nach Erreichung des 50. Lebensjahres wegfällen ließ? Dabei weiß doch jeder aus der Lebenserfahrung, daß auch der Freiberufler bis zum 50. Lebensjahr einen hohen Teil seiner Einkünfte für die Erziehung und Ausbildung seiner Kinder aufwenden muß. Wenn diese Lest ebnahm, hatte man wenigstens die Chance, durch den doppelten Freibetrag mehr in seine Alterssicherung zu investieren.

Die Bundesregierung hatte bei den letzten Steueränderungsvorlagen sogar vorgeschlagen, die Aufwendungen für die Altersvorsorge nicht mehr von der Bemessungsgrundlage, sondern von der fälligen Steuer abzuziehen, was bedeutet hätte, daß zunächst einmal auch diese Aufwendungen in der Steuerprogression wirksam geworden wären und damit dem Freiberufler in ganz besonderem Maße getroffen hätten. Dieser Versuch ist mißlungen, es bleibt bei dem Abzug von dem Bemessungsbetrag. Dennoch ist das, was den freien Berufen en steuerlichen Absetzungsmöglichkeiten zugestanden wird, gerade als Vorsorge für Berufsunfähigkeit und Alter, eben einfach nicht ausreichend, um eine einigermaßen angemessene Alters- und Invaliditätsversorgung zu schaffen.

Wir müssen fragen, wo die Gewähr dafür ist, daß Freiberufler von staatlicher Konkurrenz geschützt werden. Denn hier kann man nicht einwenden, Konkurrenz sei gesund. Wir bejahen die Konkurrenz, wenn sie gleichwertig, gleichberechtigt stattfindet, wenn sie also von Leuten betrieben wird, die gleiche Chancen

haben. Aber Staat und freier Beruf, das paßt nicht zusammen, hier sind die Voraussetzungen für echte und faire Konkurrenz nicht mehr gegeben.

Kammern und freie Verbände

Ein freiheitlicher Staat anerkennt das Subsidiaritätsprinzip. Der Staat überläßt also der Initiative der gesellschaftlichen Gruppen alle Aufgaben, die sie erfüllen wollen und können, sofern nicht übergeordnete Gesichtspunkte eine Erfüllung durch den Staat selbst erfordern. Das verlangt ein entsprechendes Maß an Selbstverwaltung. Sie muß um so straffer und wirksamer sein, je mehr öffentliche Aufgaben eine Berufsgruppe zu erfüllen hat.

Bei den freien Berufen gibt es eine Fülle von privaten Vereinigungen und freien Verbänden, in den meisten Berufsgruppen sogar mehrere. Darin liegt schon die Gefahr der Zersplitterung, weil die Vertretung der Belange einer Berufsgruppe nicht mehr optimal gewährleistet sein kann. Die freie Vereinigung hat aber zweifellos den Vorteil, daß sie völlig frei von staatlichem Einfluß bleiben kann.

Wir haben auf der anderen Seite die sogenannten verkammerten Berufe: Anwälte, Wirtschafts- und Steuerberater, Heilberufe Architekten. Diese Verkammerung ist sicherlich eine wesentliche Voraussetzung für die Erfüllung öffentlicher Aufgaben, denn sie hat zur Folge die Mitgliedschaft aller Berufsangehörigen; sie bietet die Möglichkeit einer wirksamen Berufsaufsicht; sie enthält das Recht zum Erlaß von Ordnungen und Richtlinien. Der Staat, der auf die Erfüllung von Aufgaben in eigener Regie verzichtet, hat in der Kammer einen Partner, mit dem er die entsprechenden Kontakte pflegen kann. Aus diesen Kontakten können sich natürlich auch wiederum Folgen der Einwirkung ergeben.

Wir können aber wohl ganz allgemein aus unserer Rechts- und Organisationstradition heraus sagen: Je mehr öffentliche Aufgaben und öffentliche Verantwortung, um so mehr drängt sich der Weg zur Verkammerung auf. Dabei können auch Berufe, die in Kammern zusammengeschlossen sind, gleichwohl in vielen freien Verbänden organisiert sein. Es ist dann doch eine der wesent-

lichen – wenn auch nicht immer ganz leichten – Aufgaben der Kammern, die Brücken zu schlagen und eine möglichst gleichartige, zielgerichtete Wahrung der Belange der jeweiligen Berufsgruppe zu gewährleisten.

Von der Rechtsaufsicht zur Sachaufsicht

Wie steht der Staat zu dieser Selbstverwaltung? Wir könnten generell sagen, er steht positiv dazu, denn sonst würde er sie nicht geschaffen haben. (Ich möchte den Gedanken dabei völlig zurückweisen, daß dahinter die Absicht stehen könnte, eine Gruppe der freien Berufe dadurch besser in den Griff zu bekommen.)

Wenn wir allerdings die Entwicklung genau betrachten, so müssen wir erkennen, daß hier immer mehr Tendenzen erkennbar sind in der rechtspolitischen und politischen Entwicklung, von der ursprünglich reinen Rechtsaufsicht des Staates – also der Aufsicht, ob Gesetz und Satzung beachtet werden – zu einer zunehmenden Sachaufsicht zu kommen. Das geht bis zu dem Versuch des direkten Eingriffes in die Selbstverwaltungs-Körperschaften.

Ich habe es schon ausgeführt: Wir billigen dem Staat zu, daß er die Möglichkeit der Rechtsaufsicht über Körperschaften, die öffentliche Aufgaben erfüllen, haben soll und haben muß. Ich möchte aber das Wort „Möglichkeiten“ betont herausstellen. Es sollte nicht die Regel sein, daß diese Rechtsaufsicht fortlaufend und routinemäßig ausgeübt wird. Wir können aber die Tendenz hin zur Sachaufsicht nun einmal nicht übersehen. Nehmen Sie vergleichsweise harmlose Beispiele wie das, daß etwa der Bayerische Rechnungshof nun plötzlich Kammern der Heilberufe prüft und wir dann aus den Prüfberichten entnehmen müssen, daß eben doch die Versuchung für den Prüfer recht groß ist, sich mehr in Sachbemerkungen zu ergehen, als sich auf die Rechtsaufsicht zu beschränken. Wir haben gleiches ja auch im Bereich der Kassenärztlichen Vereinigung erlebt mit Prüfungen des Landesprüfungsamtes; wengleich ich hier ohne Einschränkung feststelle, daß die dann folgenden Beratungen mit dem Aufsichtsministerium völlig nach den

Grundsätzen der Rechtsaufsicht geführt wurden und stets zu einer völligen Übereinstimmung führten. Aber wir müssen ja immer davon ausgehen, daß das eine Frage der politischen Konstellation ist, und wir können heute bereits diese Dinge anders gesehen und beurteilt werden.

Beispiel: Weiterbildung zum Facharzt

Ich will als ein typisches Beispiel für die Einschränkung der Selbstverwaltung eines freien Berufes ein Urteil des Bundesverfassungsgerichtes anführen über die Weiterbildung von Ärzten. Die bisherige Rechtslage war so, daß der Staat sich darauf beschränkte festzustellen: Die Kammer hat eine Facharzt-Ordnung, jetzt Weiterbildungsordnung genannt, zu erlassen. Nach diesem Grundsatz wird die Weiterbildung der Ärzte seit 1924, also seit 50 Jahren, in alleiniger Verantwortung der Ärzte gestaltet, und ich glaube, daß die Ergebnisse keine schlechten gewesen sind.

Das Bundesverfassungsgericht hat nun, seiner rechtspolitischen Tendenz folgend, verlangt, daß die sogenannten statusbildenden Normen der Weiterbildung im Gesetz verankert werden müssen mit der Folge, daß wir seit drei Jahren in Beratungen mit den staatlichen Vertretern darüber stehen, welche Normen in welcher Weise im Gesetz verankert werden sollen. Das reicht von der Art und Weise der Weiterbildung über das Verfahren der Ermächtigung von Ärzten zur Weiterbildung bis hin zu den Bestimmungen über die Prüfung des Kandidaten, die Feststellung seiner Qualifikation, wobei sogar der Versuch gemacht wurde, im Gesetz zu verankern, daß der Staat die Prüfungsordnung erläßt.

Ich glaube, das ist ein typischer Fall, wie die Selbstverwaltung einer Gruppe der freien Berufe eingeeengt wird.

Beispiel: Haushaltsstrukturgesetz

Ein aktuelles Beispiel waren die Bonner Beratungen über das Gesetz zur Verbesserung der Haushaltsstruktur und die merkwürdigen Dinge, die sich dabei abspielten.

Der Bundesrat hatte empfohlen, es solle in dieses Gesetz ein Artikel

16a eingefügt werden, durch welchen Körperschaften, Anstalten und Stiftungen des öffentlichen Rechts auferlegt werden sollte, daß Dienstverträge, sofern die Arbeitsentgelte der Bundesbesoldungsordnung überschritten würden, nur mit Zustimmung der obersten Aufsichtsbehörde abgeschlossen werden dürften. Wenn man die Begründung liest, so läßt sich erkennen, daß die vorgesehene Genehmigungspflicht im Grunde genommen wohl auf eine Ablehnungspflicht hinausgelaufen wäre; denn es wird ausgeführt, daß es eine un gute Sache wäre, wenn in öffentlichen Bereichen unterschiedliche Vergütungen bezahlt würden.

In der Presse gab es schnell Schlagzeilen. Eine typische war „Ärzte verlieren ihre Selbstverwaltungsrechte“. Ich glaube, das hätte gar nicht sehr viele von ihren Stühlen reißen können, mit Ausnahme der Ärzte selber. Aber viel wirksamer für die heilsame Unruhe, die dann entstand, war wohl eine andere Presseüberschrift. Sie lautete:

„Ministerial-Maßstäbe für Bankenvorstände?“

Es hat sich auch sehr schnell gezeigt, daß dieser Artikel 16a, der im Bundesrat geboren und dann auch vom Haushalt-Ausschuß in schöner Einstimmigkeit aller Parteien eingefügt wurde, nicht etwa nur die mehr oder weniger beliebten Ärzte und ihre Organisationen getroffen hätte, sondern ebenso die Präsidenten der öffentlichen Banken, die Intendanten der Rundfunkanstalten und eine ganze Fülle ähnlicher Potentaten, die sich dann hätten überlegen können, ob die Funktion ihres Amtes etwa mehr der eines Ministerialdirektors oder vielleicht gar eines Ministerialdirigenten zuzuordnen wäre.

Dieser Artikel 16a fiel über gleichlautende Anträge der Koalition und Opposition. Das ist sicherlich nicht ein Zeichen für die besondere Beliebtheit oder die Sorge um uns, die freien Berufe. Sondern wir hatten hier das Glück, über mächtige Verbündete verfügen zu können, die gleich uns dagegen Sturm liefen.

Es geht aber auch um den Artikel 17 in diesem Haushaltsstrukturgesetz. Hier bestimmte der Entwurf auch, vom Haushalt-Ausschuß in großer Einmütigkeit so beschlossen, daß die

Haushalte der Krankenkassen und der Kassenärztlichen sowie der Kassenzahnärztlichen Vereinigungen unter die gleichen Rechtsvorschriften gestellt werden sollten, die für die Bundesversicherungsanstalt für Angestellte gelten. Das heißt, daß die Krankenkassen und die Kassenärztlichen Vereinigungen nicht nur ihre Haushalte vorzulegen haben, sondern daß die Aufsichtsbehörde diese Haushalte beanstanden kann und daß sie, falls den Beanstandungen nicht Rechnung getragen wird, selbst zu einer Festsetzung des Haushaltes oder Haushalts-Ansatzes schreiten kann. Eine solche Bestimmung erscheint für die besondere Situation der Bundesversicherungsanstalt für Angestellte verständlich, ist aber in keiner Weise auf die Situation der Krankenversicherungsträger und mit Sicherheit nicht auf die Verhältnisse einer Kassenzahnärztlichen Vereinigung zugeschnitten.

Auch diese Bestimmung wurde geändert. Sie ist gefallen wegen einer Reihe grundsätzlicher Bedenken. Aber, wie immer bei solchen Vorgängen, irgend etwas bleibt zurück. Während bisher die Rechtsaufsicht ganz klar geregelt war und die Aufsichtsbehörde also jederzeit auch Auskünfte verlangen konnte, wird nun eine regelmäßige Vorlagepflicht für die Haushalte durch das Gesetz vorgeschrieben. Das heißt, die Aufsichtsbehörde kann gar nicht anders, als den Haushalt zu prüfen.

Daraus kann sich eine Fülle von Komplikationen ergeben. Denn eine aufsichtliche Anordnung kann auch durch eine Klage nicht im Augenblick aus der Welt geschafft werden. Eine Klage hat keine aufschiebende Wirkung. Dadurch könnte die Aktivität einer Selbstverwaltungs-Körperschaft ganz erheblich beeinträchtigt werden*).

Was die Kassenärztlichen Vereinigungen angeht, so ist dieser Vorgang deshalb besonders bedenklich, weil sie eben keine Organe der mittelbaren Staatsverwaltung sind, sondern Körperschaften besonderer Art und besonderer Herkunft. Sie entstanden ja aus freien Verbänden, denen Körperschaftsrechte verliehen wurden; wobei die Berufsberechtigten mit der Übernahme der

*) Zum Zeitpunkt der Drucklegung war noch nicht entschieden, ob diese Bestimmung völlig gestrichen oder in eine Vorlagepflicht „auf Anforderung“ umgewandelt wird.

Körperschaftseigenschaft auf wesentliche Rechte eines freien Verbandes verzichteten — etwa auf den vertretbaren Zustand, auf das Streikrecht —, und die Verpflichtung zur kontinuierlichen ärztlichen Versorgung übernahmen.

Ich möchte aber dieses Kapitel nicht abschließen, ohne auch ein positives Beispiel anzuführen. Dem Bundestag liegt zur Zeit ein Entwurf eines Partnerschaftsgesetzes vor, durch welches eine Rechtsform für die Zusammenschlüsse von Freiberuflern geschaffen werden soll. Wir stehen diesem Gesetzentwurf positiv gegenüber, denn er dokumentiert, daß sich auf die Zusammenschlüsse und die Arbeit von Freiberuflern die allgemeinen Grundsätze etwa des Handelsrechtes nun einmal nicht anwenden lassen. Insofern wird hier tatsächlich ein Beitrag zur Profilierung dieser Berufsgruppe geleistet. Ein Kernpunkt dieses Gesetzes ist die Frage der Haftung für die Personen eines Zusammenschlusses. Im Interesse des Patienten kann es natürlich für zusammengeschlossene Ärzte keine Haftungsbegrenzung geben. Jeder einzelne muß persönlich haften, und zwar praktisch unbegrenzt, im Rahmen einer sehr weitgehenden Haftpflicht-Versicherung.

Beispiele: Architekten, Tierärzte

Wir beobachten aber auch mit Sorge Entwicklungen im staatlichen Bereich, die sich als Eingriffe auf die Tätigkeit des einzelnen Freiberuflers auswirken.

Die Architekten führen seit Jahren einen zähen Kampf, um ihren Freiraum und ihre Planungsaufträge zu erhalten.

Ein geradezu grotesker Vorgang spielt sich bei den Tierärzten in Bayern ab. Hier fordert eine Berufsgruppe, nämlich die Landwirte — die selbst doch um ihre Existenz ringen, die selbst wissen, was es heißt, in seiner Entwicklung gehemmt zu werden, die darum kämpfen, ihren Freiraum zu erhalten — einen „Tiergesundheitsdienst“, der geeignet ist, die Existenzgrundlage der freipraktizierenden Tierärzte entscheidend zu gefährden. Der Tiergesundheitsdienst arbeitet, und das ist keine Kritik am einzelnen Kollegen, mit angestellten Tierärzten

nach der 40-Stundenwoche. Und wir fragen uns: Wo soll da der freipraktizierende Tierarzt noch herkommen, wenn außerhalb dieser Zeit die aktuellen Ereignisse im Stall eintreten? Er kann doch nicht davon leben zu warten, was ihm der Tiergesundheitsdienst übrig läßt. Wir wären froh, wenn vielleicht doch die Repräsentanten der Landwirtschaft sich noch einmal überlegen, daß man nicht anderen etwas zuschieben soll, was man mit Sicherheit im eigenen Bereich mit aller Vehemenz zu verhindern versuchen würde.

Beispiel: Belegärzte, Privatkliniken

Als letztes Beispiel darf ich hinweisen auf die Auswirkungen, die das Krankenhaus-Finanzierungsgesetz und die Krankenhausplanung auf den Bereich der privaten Initiative haben. Wir müssen uns darüber klar sein, daß beides letzten Endes für den privaten Bereich mit immensen Gefahren verbunden ist (von denen ich nicht sagen will, daß sie im stillen eingeplant waren).

Schon allein die Tatsache, daß im Rahmen einer Krankenhausplanung der Schwerpunkt bei den großen Einheiten liegt, macht es für einen einzelnen Arzt, der seine ärztliche Kunst ausüben möchte und der sich selbst eine Fachklinik schafft, vielleicht mit einigen zusammen, außerordentlich schwer, den Weg in die Krankenhausplanung, in den Krankenhausplan, zu gewinnen. Wir müssen deshalb befürchten, wenn diese Tendenz weiterhin entscheidend bleibt, daß es zu einer Austrocknung der privaten Fachkliniken kommen wird. Wir beobachten auch an allen bayerischen Krankenhäusern eine Tendenz zur Zurückdrängung der Belegärzte, also freipraktizierender Ärzte, die Betten in einem Krankenhaus belegen.

Aber selbst wenn eine private Einrichtung das Glück hat, in die Krankenhausplanung aufgenommen zu werden und damit Förderungsmittel zu bekommen, entstehen ihr weitere Gefahren. Zur Zeit wird in Bayern ein Entwurf erarbeitet für Absicherungs-Richtlinien der Förderungsmittel. Darin steht, daß die Förderungsmittel in doppelter Höhe als Grundschuld an vorderster Rangstelle eingetragen werden müssen mit einer Laufzeit von 60 Jahren,

wobei eine Rückzahlungsmöglichkeit für den Inhaber der privaten Klinik nicht besteht. Er ist also auf einen kaum mehr überschaubaren Zeitraum in seiner wirtschaftlichen Entwicklung gehemmt; er ist nicht mehr in der Lage, Kredite aufzunehmen, wenn er irgendwelche Planungen verwirklichen möchte oder auch familiäre Verpflichtungen erledigen muß.

Letzten Endes muß man einmal ernsthaft prüfen, ob wir mit den derzeitigen Grundsätzen der Krankenhausfinanzierung — deren Motiv der Trennung zwischen Investitions- und Betriebskosten eine durchaus diskussionsfähige Überlegung ist — nicht zu einem Enteignungsvorgang gelangen, der vielleicht von niemandem, der diese Dinge erarbeitet hat, gewollt war.

Ohne freie Berufe keine freie Gesellschaft

Ich darf Sie schließlich auf die politischen Tendenzen hinweisen, des Gesundheitswesens wenn nicht offiziell zu verstaatlichen, so doch in Gemeinrichtungen zu überführen. Ein erster Schritt ist darin zu sehen, daß man, wenn auch sehr dosiert, versucht, die Krankenhäuser zu öffnen und sie in den ambulanten Bereich einzuschalten.

Das Gesundheitswesen war schon immer ein beliebtes Exerzierfeld für sozialistische Experimente, was oft übersehen wird. Überall, wo diese Experimente gemacht wurden, haben sie zu einer Verschlechterung der ärztlichen Versorgung geführt, zur Aufhebung der freien Arztwahl, also eines typischen Rechts einer freiheitlichen Gesellschaft, und ich bin sicher, daß gleiche Entwicklungen auch bei anderen freien Berufen eintreten würden, wenn man sie zuließe.

Deshalb meine ich, wir müssen uns um diese Dinge nicht nur selber kümmern, sondern — und das ist der Zweck dieser Veranstaltung — wir müssen auch Sie alle, die Sie für die Öffentlichkeit hier sind, auf diese Gefahren aufmerksam machen. Wir Freiberufler wissen natürlich, daß wir nicht in das Bild einer syndikalisierten Gesellschaft passen. Aber ich glaube, gerade dies unterstreicht die hohe Bedeutung der freien Berufe für eine gegliederte und nicht

uniformierte Gesellschaft. Deshalb meine ich, wir sollten den Anfängen wehren.

Dazu gehört auch die volle Solidarität der freien Berufe selbst. Sie muß sich auch dann bewähren, wenn anstehende Probleme oder Gefahren nur eine Gruppe der freien Berufe betreffen und die anderen noch das Gefühl haben, vom Frühlingwind umspielt zu sein. Ich glaube, wir können nicht genug tun, um jedem einzelnen Freiberufler klar zu machen, daß wir alle in einem Boot sit-

zen, auch wenn nicht jeder das zu erkennen vermag. Gerade in diesem Sinne möchte ich noch einmal Volrad Deneke, diesen Mentor der freien Berufe, zitieren. Er sagte:

„Die anderen aber mögen erkennen: Wenn die Anwälte zu Handlangern der Staatsanwaltschaft, die Steuerberater zu Volziehungsbeamten der Finanzämter, wenn die Ärzte zu Erfüllungsgehilfen der Sozialversicherung, die Architekten zu Planungsassistenten der Bauämter, wenn die Journalisten zu Soldschreibern von

Interessenverbänden, die bildenden Künstler zu Propagandisten snobistischer Auftraggeber und die Komponisten zu Sklaven der Vergnügungsindustrie erniedrigt werden — dann verlieren auch die anderen die Freiheit zu individueller Lebensführung. Dann verlieren auch die anderen ihre Individualität.“

Anschrift des Verfassers:

Professor Dr. Hans J. Sewering,
8000 München 80, Mühlbauerstraße 16

Einweihung des neuen Ärztehauses Mittelfranken

Am 15. November 1975 wurde das neue Verwaltungsgebäude der Bezirksstelle Mittelfranken der Kassenärztlichen Vereinigung Bayerns in Nürnberg, Vogelsgarten 6, der Öffentlichkeit vorgestellt. Im neuen Ärztehaus Mittelfranken befinden sich auch die Diensträume des Ärztlichen Bezirksverbandes Mittelfranken und des Ärztlichen Kreisverbandes Nürnberg, während Zentrale und Ambulanz des Ärztlichen Notfalldienstes Nürnberg-Fürth weiterhin im alten Haus am Keßlerplatz 5 verbleiben.

Zu der Einweihungsfeier waren zahlreiche Ehrengäste und Repräsentanten von Behörden und Körperschaften erschienen, an der Spitze Staatsminister Dr. Pirkl, der Nürnberger Oberbürgermeister Dr. Urschlechter und Vertreter des Bayerischen Landtags und Senats, außerdem unter anderem Mitglieder des Stadtrates und Vertreter der städtischen Behörden Nürnbergs, des Bayerischen Roten Kreuzes, der mittelfränkischen Krankenkassen, der Leiter der Bayerischen Ärzteversorgung, der Präsident der Bundes- und Landesärztekammer, Senator Professor Dr. Sewering, und Vizepräsident Dr. Braun.

In seinem Grußwort ging Staatsminister Dr. Pirkl auch auf die Gesetzentwürfe zur Weiterentwicklung der gesetzlichen Krankenversicherung ein, die derzeit im Deutschen Bundestag beraten werden.

Wir bringen seine Rede nechstehend im vollen Wortlaut:

Dr. F. Kolb

Die Kassenärztliche Vereinigung Bayerns begeht heute ein im mittelfränkischen Raum herausragendes Ereignis. Ist die Einweihung eines neuen Verwaltungsgebäudes schon an sich von markanter Bedeutung, so mag dies Außenstehenden noch als ein interner Vorgang der Versorgungsorganisation erscheinen. Erkennt man aber den elementaren Aufgabenbereich, den dieses „Ärztehaus“ repräsentiert, dann öffnet die heutige Feierstunde den Blick auf ein die gesamte Bevölkerung tief bewegendes Anliegen: nämlich die optimale Sicherstellung der kassenärztlichen Versorgung, deren Schaltstelle hier in Mittelfranken nunmehr in einem neuen und funktionsgerechten Gewande erstanden ist.

Ihrer freundlichen Einladung zu dieser Feierstunde bin ich daher in zwei-

facher Hinsicht gerne gefolgt: Zum einen, weil ich mich als Vertreter Ihrer Aufsichtsbehörde, die das Bauvorhaben zu genehmigen hatte, mit Ihnen über die Vollendung des Werkes freue — in dieser Eigenschaft darf ich Ihnen danken für die gewissenhafte Durchführung und aufgeschlossene Zusammenarbeit im Rahmen des Genehmigungsverfahrens; zum anderen, weil der bayerische Sozialminister der Zielsetzung, die das „Ärztehaus“ verkörpert, gemeinsam mit der Ärzteschaft in besonderem Maße verbunden ist.

Meine Damen und Herren, lassen Sie mich zunächst unter dem starken Eindruck der so gelungenen Baumaßnahme all denen meine Anerkennung aussprechen, deren Initiativekraft und Einsatz wir das verdanken. Ich weiß nur zu gut, welch

großes Engagement — angefangen von der Grundstücksbeschaffung über zahlreiche schwierige weitere Details bis hin zur Vollendung — von Ihnen gefordert wurde. Mein Dank gilt vor allem Ihnen — und ich darf hier insbesondere den Vorsitzenden der Bezirksstelle, Herrn Dr. Kolb, sowie dessen Stellvertreter und Vorsitzenden des Bauausschusses, Herrn Dr. Dehler, nennen —, die sich als ehrenamtliche Mitglieder der Selbstverwaltungsorgane weit über das Routinegeschehen hinaus der zu bewältigenden Probleme unermüdlich angenommen haben.

Es ist in der Tat ein gelungenes Werk: Eine sehr geschickte Planung brachte es zustande, auf einer verhältnismäßig kleinen Grundfläche eine höchstmögliche Nutzung zu erzielen und dabei geradezu ideale

Arbeitsplätze zu schaffen. Ich kann die Mitarbeiter dieses Hauses nur beglückwünschen, daß sie nunmehr unter so günstigen äußeren Bedingungen ihre verantwortungsvolle Aufgabe erfüllen dürfen. Was mir bei allen Vorzügen jedoch besonders erwähnenswert erscheint: Trotz expansiver Kostenentwicklung konnten Sie den unserer Genehmigung zugrunde liegenden Kostenvorschlag mindestens einhalten, wenn nicht gar unterschreiten. Wir waren diesbezüglich – das verhehle ich Ihnen nicht – zunächst etwas skeptisch. Daß Sie unsere Skepsis jetzt gründlich widerlegt haben, das freut uns um so mehr.

Meine Damen und Herren, die Sicherstellung der kassenärztlichen Versorgung ist in den letzten Jahren zunehmend zu einem Schwerpunktthema der Sozial- und Gesundheitspolitik geworden und hat jetzt mit den derzeit dem Deutschen Bundestag vorliegenden Gesetzentwürfen zur Weiterentwicklung des Kassenarztes einen Höhepunkt erreicht: Es sind der auf die Initiative der Bayerischen Staatsregierung hin erfolgte Entwurf des Bundesrates sowie der in dessen Sog vorgelegte Entwurf der Bundesregierung. Ich meine, die Symbolkraft dieses neuen „Ärztshauses“ rechtfertigt es, eine gesetzliche Weiterentwicklung kurz zu beleuchten, in die ja das ganze von hier aus zu gestaltende Geschehen verwoben sein wird.

Ich darf mit der Grundkonzeption des Entwurfes der Bundesregierung beginnen. Betrachten Sie es bitte nicht als Versuch parteipolitischer „Stimmungsmache“ – dafür wäre die Problematik wahrlich viel zu ernst –, sondern als Ausdruck tiefer Sorge um die Bevölkerung unseres Landes und unser freiheitliches Kassenarztrecht, wenn ich gleich vorweg feststelle: Die Vorstellungen der Bundesregierung erscheinen mir *nicht* geeignet, die Probleme der kassenärztlichen Versorgung dauerhaft und bestmöglich zu lösen. Ich will Ihnen das näher erläutern:

- Der Entwurf der Bundesregierung enthält, darin stimmen wir im Grundsatz überein, eine Verpflichtung zur Aufstellung eines Bedarfsplanes. Der Bedarfsplan muß aber als wichtigste Grundlage aller aus seiner Nichterfüllung zu ziehenden Konsequenzen nach meiner Meinung im

Einvernehmen mit den Krankenkassen erstellt werden. Dieses so wichtige Gebot der Kooperation zwischen Ärzten und Kassen findet hingegen im Entwurf der Bundesregierung seinen Ausdruck lediglich in dem rechtlich kaum faßbaren Begriff „Zusammenarbeit“. Es bedarf keiner großen Vorstellungskraft, um die Gefahr zu erkennen, die aus einer Bedarfsplanung erwachsen kann, die von beiden Partnern des Kassenarztes nicht einvernehmlich akzeptiert und getragen wird. Wer das übersieht, riskiert ein brüchiges Fundament, die Wurzel sich fort-pflanzender Konflikte.

- Dieser potentielle Krisenherd wird durch eine Inkonzernanz im Verhältnis Bedarfsplan – Zulassungsbeschränkungen noch verschärft. Der Regierungsentwurf zieht nämlich aus der Nichterfüllung des Bedarfsplans *keine* unmittelbaren Konsequenzen, sondern führt hierfür – fast möchte ich sagen – verschwommenen, jedenfalls kaum justiziablen Begriff einer bestehenden oder gar nur drohenden Unterversorgung ein. Hieran sollen dann Zulassungsbeschränkungen geknüpft werden, deren Grundsätze nicht einmal im Gesetz selbst hinreichend durchgeformt sind. Hier hat man offensichtlich um einer wohl aus optischen Gründen gewünschten Liberalität willen *Inkonzernanz* und *Unklarheit* bewußt in Kauf genommen.

- Die Bundesregierung steht der Effizienz ihres Konzepts anscheinend selbst mit Skepsis gegenüber. Anders können wir uns die Normierung eines *ellerletzten* Mittels der Sicherstellung nicht erklären. Denn für den Fall, daß trotz und nach Anordnung von Zulassungsbeschränkungen die ärztliche Versorgung nicht sichergestellt werden kann, sollen Eigeneinrichtungen der Kassen und andere Einrichtungen, insbesondere „Krankenanstalten“ eine Lösung bringen. Meine Damen und Herren, diese Regelung bedeutet einen Übergang des Sicherstellungsauftrages auf die Krankenkassen. Darin vermag ich keinen Sinn zu erkennen, es sei denn, man geht davon aus, die erforderliche Kooperation im Rahmen des Systems unseres Kassenarztes würde nicht funktionieren. Das gebe ich denen zu bedenken, die bei oberflächlicher Betrachtung des Regierungsentwurfes die trügerische Hoffnung

hegen, dieser sei „liberaler“ als der Entwurf des Bundesrates.

Demgegenüber ist der Entwurf des Bundesrates klar, praktikabel, selbstverwaltungsgerecht und verspricht ein Höchstmaß an Effizienz. Er hat folgende drei Kernpunkte zum Gegenstand:

- Eine Verpflichtung der Kassenärztlichen Vereinigungen, im – ich betone – *Einvernehmen* mit den Krankenkassen einen laufend fortzuschreibenden Bedarfsplan aufzustellen;

- eine Konkretisierung des Sicherstellungsauftrages der Kassenärztlichen Vereinigungen unter Einbeziehung aller angemessenen und geeigneten Maßnahmen zur Erfüllung des Bedarfsplanes, insbesondere auch der finanziellen Förderung ärztlicher Niederlassungen;

- nach wie vor Beibehaltung der Zulassungsfreiheit, jedoch mit der Maßgabe, daß die Landesausschüsse der Ärzte und Krankenkassen das Recht erhalten, eine Zulassung nur im Rahmen des Bedarfsplanes anzuordnen, *nachdem* alle anderen angemessenen und geeigneten Maßnahmen zur Erfüllung des Bedarfsplanes erfolglos waren.

Dieser Entwurf des Bundesrates verlangt, das gebe ich zu, von den Partnern des Kassenarztes vorbehaltslos und engste Kooperation; das erscheint mir aber gerade in der jetzigen Situation unbedingt notwendig. Der Bundesratsentwurf wird sowohl dem Grundrecht der Freiheit der ärztlichen Berufsausübung als auch dem Anspruch unserer Bevölkerung auf ärztliche Versorgung entsprechend den Grundsätzen des Bundesverfassungsgerichtes in ausgewogener Weise gerecht. Nur so kann unser freiheitliches Kassenarztrecht, für das es erwiesenermaßen keinen annähernd gleichwertigen Ersatz gibt, den Anforderungen unserer Zeit entsprechen; nur so wird es, konfliktfrei und krisenfest abgesichert, systemverändernden Bestrebungen ein für allemal jede Chance abschneiden.

Meine Damen und Herren, wenn wir als „ultima ratio“ Zulassungsbeschränkungen vorgesehen haben, und zwar *in den Händen der kassenärztlichen Selbstverwaltung*, so geben wir uns natürlich gleichwohl

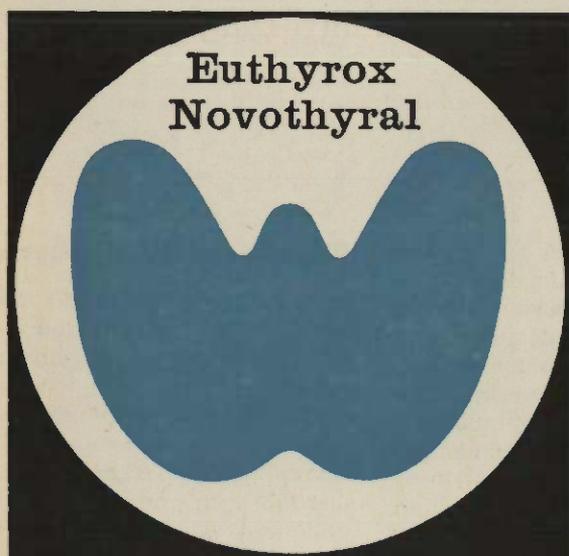
Therapie mit Schilddrüsenhormonen MERCK

Euthyrox

L-Thyroxin (L-T₄)

Novothyral

L-Thyroxin + L-Trijodthyronin (L-T₄ + L-T₃)



Euthyrox® 1 Tablette enthält
100 µg L-Thyroxin-Na (L-T₄)
50 Tabletten mit Kreuzrillen DM 9.50
100 Tabletten mit Kreuzrillen DM 15.55

Novothyral® 1 Tablette enthält
100 µg L-Thyroxin-Na (L-T₄)
20 µg L-Trijodthyronin-Na (L-T₃)
50 Tabletten mit Kreuzrillen DM 12.85
100 Tabletten mit Kreuzrillen DM 23.65

Novothyral® mite 1 Tablette enthält
25 µg L-Thyroxin-Na (L-T₄)
5 µg L-Trijodthyronin-Na (L-T₃)
50 Tabletten mit Kreuzrillen DM 7.50

Ferner jeweils Anstalts-Packungen

Preise n. A. T.

Für alle Präparate:

Anwendungshinweis
Die Einnahme der Tagesdosis erfolgt zweckmäßigerweise nach dem Frühstück.

Kontraindikationen
Myokardinfarkt, Angina pectoris, Myokarditis, tachykarde Herzinsuffizienz. Bei Kindern ist nur die Myokarditis relevant.

Vorsichtsmaßnahme
Wenn unter der Therapie Tremor, Tachykardie, Hyperhidrosis, Durchfälle oder Gewichtsabnahmen auftreten sollten, ist eine Dosisreduktion erforderlich.

HORMON
FORSCHUNG

MERCK

4355 a

MERCK

der Erwartung hin, daß es in der Praxis dieser Maßnahme nicht bedürfen wird. Das hat, wie ich meine, seinen guten Grund, den ich in den bereits beachtlichen Erfolgen sehe, welche die Ärzteschaft selbst durch die finanzielle Niederlassungsförderung erzielen konnte; ein Erfolg, zu dem — das sei in aller Bescheidenheit angemerkt — auch die Bayerische Staatsregierung mit ihrem Zusatzprogramm zum „Erweiterten Bayern-Programm“ nach ihren Möglichkeiten beigetragen hat. So haben Sie, wie die mir vorliegende Statistik ausweist, in den Jahren ab 1973 allein im Bereich der Bezirksstelle Mittelfranken insgesamt 28 Förderungen unter Bereitstellung von zusammen über 7 Mio. DM durchgeführt; aus dem Pro-

gramm der Bayerischen Staatsregierung sind es im selben Zeitraum acht Förderungseinheiten mit einem Gesamtaufwand von DM 240 000,— für den Bereich dieser Bezirksstelle. Ich glaube nicht, die Situation zu verkennen, wenn ich meine: Es scheint sich in letzter Zeit bei den jungen Ärzten ein Tendenzumschwung anzubahnen, mehr als bisher die Niederlassungsorte zu wählen, an denen der Bedarf vordringlich ist. Und das soll ja auch eine sinnvolle Bedarfsplanung, zu der Sie gemeinsam mit den Krankenkassen die Vorarbeiten dankenswerterweise bereits eingeleitet haben, mit bezwecken. Sie soll den niederlassungsbereiten Ärzten ein umfassender Wegweiser sein, damit diese in verantwortungsbewußter

Solidarität von sich aus die erforderlichen Konsequenzen ziehen können, zusätzlich motiviert durch finanzielle Förderungsmaßnahmen.

Meine Damen und Herren, das neue „Ärztehaus Mittelfranken“ ist der Rahmen, in dem sich die Aktivitäten, die gerade auch von Ihrer Bezirksstelle immer in besonderem Maße entwickelt wurden, weiter und unter wesentlich verbesserten Arbeitsvoraussetzungen entfalten werden. Die zu bewältigenden Aufgaben sind alles andere als einfach. So darf ich Ihnen bei ihrer Erfüllung in diesem neuen „Ärztehaus“ viel Erfolg wünschen. Möge Ihnen die Lösung aller Probleme so ausgezeichnet gelingen, wie Ihnen dieses Bauwerk gelungen ist!

Phäochromozytom, Neuroblastom, Karzinoid und ihre Diagnostik*

von H. Schievelbein

Bei dem Vorliegen eines Hochdruckes darf erst dann die Diagnose „essentielle Hypertonie“ gestellt werden, wenn eine sekundäre Ätiologie (renale Hypertonie, Conn-Syndrom, Cushing-Syndrom, Isthmusstenose, neuronale Tumoren) ausgeschlossen wurden. Der Nachweis bzw. der Ausschluß des Vorliegens einer sekundären Hypertonie aufgrund des Vorhandenseins eines neuronalen Tumors soll in dem vorliegenden Beitrag besprochen werden.

In dem Schema der Abbildung sind die peripheren Zelltypen verzeichnet, die aus der Neuralleiste entstehen. Wie jedes Gewebe maligne entarten kann, so können sich auch aus all diesen verschiedenen Entwicklungsstufen Tumoren entwickeln. Aufgrund ihrer Häufigkeit sind von praktischer Bedeutung das sich aus den Sympathoblasten entwickelnde Sympathoblastom (Neuroblastom) und das den Phäochromozyten entstammende Phäochromozytom.

Aufgrund ihrer spezifischen metabolischen Leistungen als neuronale Zellen produzieren diese Zellen die Transmittersubstanzen Adrenalin und dessen demethylierter Metabolit Noradrenalin, beide zusammen im Sprachgebrauch und im folgenden als Katecholamine bezeichnet. Die Amine entstehen durch Decarboxylierung der Aminosäure Desoxyphenylalanin (DOPA) und werden über die methoxilierten Verbindungen, Methoxynoradrenalin (Normetanephrin) und Methoxyadrenalin (Metanephrin), zu den beiden Endprodukten, 3-Methoxy-4-hydroxymandelsäure (Vanillinmandelsäure = VMA) und 3-Methoxyphenylethylsäure (Homovanillinsäure), abgebaut.

Die quantitative Bestimmung der Katecholamine sowie der erwähnten Metabolite im Harn von Patienten dient zur Diagnose der neuronalen Tumoren. Es bestehen quantitative Unterschiede innerhalb der Stoffwechselwege der Katecholamine bei verschiedenen Tumorarten, auf die später eingegangen werden soll.

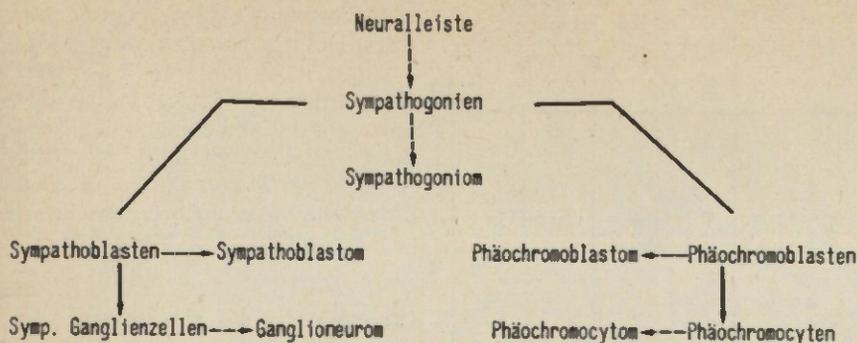
Diagnose des Phäochromozytoms

Es können verschiedene Typen dieses Tumors unterschieden werden, nämlich den benignen Typ, den malignen Typ und das sogenannte Pseudophäochromozytom.

Der benigne Typ ist gut abgekapselt und läßt sich operativ relativ leicht entfernen, wenn keine Komplikationen vorliegen. Das maligne Phäochromozytom wächst invasiv wie andere maligne Tumoren mit allen damit bekannten pathologisch-anatomischen Kriterien. Als Pseudophäochromozytom wird der Tumor eines den Nebennieren benachbarten Organs bezeichnet, z. B. ein Hypernephrom, der durch mechanischen Druck auf die Nebenniere eine vermehrte Sekretion von Katecholaminen verursacht.

Die klassischen Symptome eines Phäochromozytoms, nämlich die paroxysmale Tachykardie, die paroxysmale Hypertonie und damit verbundene subjektive Symptome, wie Übelkeit, Schwindelgefühl und Kopfschmerzen, sind nur bei einem Teil

* Nach einem Vortrag, gehalten am 9. Mai 1975 bei dem 27. Ärztetreffen in Velden/Kärnten.



Entwicklung neuronaler Zellen und der aus ihnen entstehenden Tumoren (Käser, 1972)

der Phäochromozytom-Träger vorhanden. Ein nicht unbeträchtlicher Teil der Phäochromozytom-Träger weist eine fixierte Hypertonie auf. Für die Laboratoriumsdiagnose kommt die Bestimmung der Katecholamine, der Metanephriene und der VMA im Harn der Patienten in Frage.

Die Katecholamine selbst werden in sehr geringen Mengen im Harn ausgeschieden (s. Tab. 1). Ihre Bestimmung ist aufwendig und an spezielle Laborausstattungen gebunden. Die Metanephriene und die VMA werden, wie aus der Tabelle 2 ersichtlich, in mg-Mengen im Harn ausgeschieden. Ihre Bestimmung kann in einem mittleren Labor durchgeführt werden. Beim Verdacht auf Vorliegen eines Phäochromozytoms oder beim Screening wird daher die Bestimmung der Metanephriene und der VMA empfohlen. Die „Normalwerte“ für Hypertoniker, die etwas erhöhte Werte gegenüber Normotonikern aufweisen, sind aus Tabelle 1 und 2 zu entnehmen.

Die Methode der Wahl für die Bestimmung der Metanephriene und der VMA ist die Methode nach *Pisano* (1960, 1962); nach dieser Methode wird die VMA mit Hilfe von Natriumperjodat zu Vanillin oxidiert und dieses Produkt bei 360 nm gemessen. Nach Abtrennung können auch die Metanephriene mit diesem Prinzip bestimmt werden. Auf dem Markt befindet sich eine „Testpackung“ für VMA, die sich einer dünnschichtchromatographischen Methode zum Nachweis erhöhter Ausscheidungswerte von VMA bedient. Nach unserer Erfahrung ist diese halbquantitative Methode für ein Screening von Hypertonikern geeignet, doch ist der Arbeitsaufwand nur unwesentlich geringer als die erwähnte Methode

nach *Pisano*, die quantitative Werte liefert.

Eine Bestimmung von Adrenalin und Noradrenalin im Blut ist sehr schwierig und kann nur durch spezialisierte Laboratorien ausgeführt werden. Auch steht die Erwägung, daß eine Adrenalin- und Noradrenalinbestimmung im Blut nur den Zustand zur Zeit der Blutentnahme widerspiegelt, aber keinen Überblick über die Stoffwechsellage erlaubt, dieser Bestimmung für die Diagnostik entgegen.

Normalwerte und pathologische Werte

Klinisch-chemische Normalwerte sind abhängig von der verwendeten Methode und von den verwendeten Geräten, sie sind zum Teil altersabhängig und können den Einflüssen von Nahrung, circadianen Rhythmen und von verabreichten Medikamenten unterliegen. Aus diesem Grunde erheben die in Tabelle 1 und 2 mitgeteilten „Normalwerte“ keinen Anspruch auf allgemeine Gültigkeit, sondern stammen aus den

Erfahrungen des Autors und sind Mittelwerte aus den angegebenen Publikationen. Sie können daher nur als „Richtwerte“ dienen.

Praktisches Vorgehen für das Screening auf ein Phäochromozytom

Werte der VMA, die beim Vorliegen eines Phäochromozytoms beobachtet wurden, sind in Tabelle 3 verzeichnet. Es ist zu beachten, daß in unserem Krankengut kein Phäochromozytom mit VMA-Werten unter 10 mg/24 Std. beobachtet wurde. Werte zwischen 1,4 und 2,5 mg für Metanephriene und zwischen 6 und 10 mg für VMA/24 Std. sind Verdachtsfälle. Wir empfehlen in diesen Fällen eine Wiederholung der Untersuchung nach zwei bis drei Monaten oder die Durchführung eines Provokationstestes.

Provokationsteste

Sollte sich der Verdacht auf das Vorliegen eines Phäochromozytoms durch Werte von Metanephrienen und der VMA ergeben, die im Grenzbereich liegen, so sollte nach Möglichkeit ein Provokationstest durchgeführt werden. Es besteht Einigkeit darüber, daß der klinischen Beurteilung eines Provokationstestes keine Bedeutung mehr zukommt. Die Injektion von Katecholamin-freisetzenden Substanzen, z. B. Histamin oder Glucagon, und die Bestimmung der Katecholamine im sofort anschließend gesammelten Harn besitzt eine entscheidende Bedeutung. Ein Phäochromozytom reagiert mit sehr großer Wahrscheinlichkeit mit einer stark erhöhten Ausscheidung. Findet keine Er-

Autoren	Normotoniker		Hypertoniker	
	A µg	NA µg	A µg	NA µg
Greiff und Strobach, 1970 Mittelwert Bereich	5 3-17	40 17-77	6 3-18	34 6-94
Wisser, 1971 Mittelwert Mittelwert ± 2 s	6,1 0,5-11,7	43 7-79	- -	- -
eigene Werte Mittelwert Bereich	9 2-12	29 12-46	16 2-20	72 5-180

Tabelle 1
Ausscheidung (24 Std.) von Adrenalin (A) und Noradrenalin (NA)

Autoren	Normotoniker		Hypertoniker	
	MA mg	VMA mg	MA mg	VMA mg
Greiff und Strobach, 1970 Mittelwert Bereich	0,67 0,21–1,77	4,3 0,5–11,1	0,77 0,11–1,93	4,4 0,5–11,8
Wisser, 1970 Mittelwert Mittelwert \pm 2 s	– –	4,9 3,3–6,5	– –	– –
eigene Werte Mittelwert Bereich	0,45 0,1–1,2	4,5 0,6–8,3	0,58 0,2–1,9	5,08 0,7–10,4

Tabelle 2
Ausscheidung (24 Std.) von Metanephrinen (MA) und Vanillinmandelsäure (VMA)

höhung der Ausscheidung statt, so ist ein Phäochromozytom auszuschließen. Vor einiger Zeit wurde der sogenannte Glucagon-Test eingeführt, der hinsichtlich der geschilderten Erwartung so ergiebig wie der Histamin-Test sein soll, die Gefährdung von Patienten mit sehr hohen Blutdruckwerten soll jedoch geringer sein als beim Histamin-Test. Eigene Erfahrungen stehen noch aus, es ist jedoch nach v. Studnitz (1970) anzuraten, eine Vortestung vorzunehmen, um eine extreme Reaktion des Patienten rechtzeitig zu erkennen*).

Der Regitin-Test, bei dem ein Abfall der erhöhten Blutdruckwerte zu beobachten ist, hat sich nach unserer Erfahrung nicht bewährt, da ein Rückgang der Ausscheidung von Adrenalin, Noradrenalin oder ihrer Metaboliten nicht zu verwertbaren Aussagen führt.

Weitere in der Literatur beschriebene Tests (Reserpin-Test, Tyramin-Test), die auf Freisetzung der Katecholamine beruhen, haben sich unserer Erfahrung nach nicht bewährt.

Statistik

Bedeutet nun die systematische Durchführung des Screenings der Mehrzahl der Hypertoniker eine steigende Anzahl erkannter Phäochromozytome? Diese Frage ist zu bejahen. Nach einer Statistik von Sack und Koll (1963) sind 0,5 Prozent der Hypertoniker Phäochromozytom-Träger. Bei ca. 4000 Patienten mit einem Hypertonus, die von

uns untersucht wurden, fanden wir 69 Phäochromozytome (1,7 Prozent).

Es soll daher angeregt werden, die Frage zu prüfen, ob bei jedem Hypertoniker eine Bestimmung der Metanephrine und der VMA durchgeführt werden und damit die Möglichkeit einer kausalen Therapie nicht außer Acht gelassen werden sollte.

Lokalisation von Phäochromozytomen

Phäochromozytome können in allen sympathischen Geweben entstehen; etwa 20 Prozent aller Phäochromozytome sind nicht im Nebennierenmerk lokalisiert. Da auch sehr kleine, manchmal nur Kirschkerne erreichende Phäochromozytome hormonell sehr aktiv sein können, ist die Frage nach der Lokalisation von großer Bedeutung. Die Lokalisationsdiagnostik kann durch Entnahme von Blut aus verschiedenen Höhen der Vena iliaca und der

nachfolgenden Bestimmung von Adrenalin und Noradrenalin im Blut erfolgen. Dies führt nur bei hohen Blutwerten zum Erfolg. Möglichkeiten zur Lokalisationsdiagnostik durch Tumordarstellung mit Hilfe radioaktiver Substanzen sind experimentell aufgezeigt worden (Schivelbein, 1963).

Diagnose des Neuroblastoms

Die quantitativen Verhältnisse der Stoffwechsellage der Katecholamine sind bei Phäochromozytom und Neuroblastom in vielen Fällen verschieden. Bei einer Vielzahl von Fällen wird beim Vorliegen eines Neuroblastoms entweder die Homovanillinsäure oder die VMA oder beide Metaboliten vermehrt ausgeschieden. Richtwerte für die Ausscheidung von Katecholaminen und Metaboliten bei Kindern sind in Tabelle 4 (nach Hakulinen, 1971, und Voorhess, 1967) verzeichnet. Sie mögen als Anhaltspunkt dienen. Da die in den Tabellen angegebenen Werte natürlich auch von dem Körpergewicht der Kinder abhängen, wird von uns beim Verdacht auf das Vorliegen eines Neuroblastoms auch die Ausscheidung der Katecholamine im Harn gemessen, in manchen Fällen wird auch der Harn eines gleichaltrigen und gleiches Körpergewicht aufweisenden Kindes zum Vergleich mitbestimmt. In Tabelle 5 sind Ausscheidungswerte bei Neuroblastom verzeichnet. Die gleichzeitige Bestimmung der Homovanillinsäure und der VMA liefert zuverlässigere Diagnosen als die Bestimmung einer der beiden Metaboliten allein (Tab. 6). Dieser vermehrte Aufwand erscheint durch die infauste Prognose des Neuro-

Autoren	A μ g	NA μ g	MA mg	VMA mg
Greiff und Strobach, 1970 Mittelwert Bereich	179 3–1503	907 21–6350	5,75 0,11–14,76	19,5 4,3–73,5
Käser, 1972 Mittelwert Bereich	1094 0–10 032	1393 54–6100	8,27 0,04–93,9	19,77 5,4–70,0
eigene Werte Mittelwert Bereich	57 4–544	249 9–862	4,09 0,6–24,1	18,74 10,1–171,0

Tabelle 3
Ausscheidung (24 Std.) von Adrenalin (A), Noredrenalin (NA), Metanephrinen (MA) und Vanillinmandelsäure (VMA) bei Phäochromozytom

*) Histamin-Test: 0,025 bis 0,05 mg Histamin i.v.; Glucagon-Test: 1 mg Glucagon i.v., vortesten mit 0,1 mg.

**Z. B.: Nachbehandlung
traumatischer Schädigungen**

Pernionin[®] Teil-Bad



Das öffentliche Bad der spätmittelalterlichen Stadt, die Badestube oder das Badehaus, war mehr als nur eine Stätte der Reinlichkeit oder der Gesunderhaltung und Heilung. Es war ein sozialer Raum, wichtiger Teil des stadtbürgerlichen, des familiären Lebens.

Eine große Unbefangenheit gegenüber der Körperlichkeit und Sinnlichkeit des anderen und ein naturwüchsiges Verhältnis zum eigenen Körper drücken sich in den überlieferten Darstellungen aus.



Die Badestube war Gemeinschaftsbad beider Geschlechter aller Altersgruppen. Mit Singen und Musizieren, mit Unterhaltung, Scherzen und heiteren Spielen vertrieb man sich die Stunden, wobei es auch an Essen und Trinken nicht fehlte.

In vielen Holzschnitten findet die unbeschwerte Einstellung der damaligen Zeit zur Erotik ihren Niederschlag. Poggio, päpstlicher Sekretär auf dem Konzil zu Konstanz, schrieb 1417: »Nulla in orbe terrarum balnea ad foecunditatem mulierum magis sunt accomodata«. (Etwa: Nirgendwo auf der Welt sind Bäder besser für die Fruchtbarkeit der Frauen).



Übrigens: Die hier gezeigten Holzschnitte sind Teil unserer neuen Pernionin-Poster-Serie »BadeFREUDen im Mittelalter«.

Hyperämisierende Teil-Bäder für die Perkutan-Therapie

Indikationen: Funktionelle periphere Durchblutungsstörungen und deren Folgen, Gelenk- und Muskelrheumatismus, neuralgische Beschwerden, kurmäßige Behandlung degenerativer Erkrankungen des Bewegungsapparates; Nachbehandlung traumatischer Schädigungen; Frostschäden. Zusammensetzung: 100 ml enthalten: Fichtennadelöl elbir. 3,0 g, Methylsalicylat 1,0 g, Nicotinsäure-benzylester 0,3 g, Nicotinsäure-methylester 0,2 g, Nonylsäure-vanillylamid 0,03 g, Roßkastanienextrakt 1,0 g, Salbeiöl 1,0 g. Kontraindikationen: Gefäßverschlüsse, akut-entzündliche Erkrankungen. Nebenwirkungen: Individuell bedingte allergische Reaktionen sind im Einzelfall möglich. Handelsformen u. Preise: OP 100 ml DM 6,35; OP 500 ml DM 21,20; OP 1000 ml DM 36,65; OP 5000 ml DM 144,40.



blastoms und die Notwendigkeit der Früherkennung gerechtfertigt.

Störfaktoren

Die Ausscheidung der Katecholamine und ihrer Metaboliten wird durch eine Reihe von Faktoren beeinflusst. So erhöhen Stress-Situationen, Rauchen und Katecholamin-freisetzende Medikamente die Ausscheidung. Es hat sich in der Praxis gezeigt, daß keiner dieser Faktoren, auch nicht die Hochdruckmedikation, z.B.

mit Reserpin oder Ganglienblockern, die klinisch-chemische Diagnose stört. Eine absolute Gegenindikation für die Bestimmung von Katecholaminen und Metaboliten ist jedoch die Therapie mit Alphamethyl-dopa. Alphamethyl-dopa wird im Stoffwechsel wie DOPA behandelt und bis zum Alphamethyladrenalin und zum Alphamethylnoradrenalin abgebaut. Beide Stoffwechselprodukte bilden – ähnlich wie die Katecholamine – stark fluoreszierende Verbindungen und da sie in

weitaus größerer Menge ausgeschieden werden als die Katecholamine, liefern sie falsch positive Resultate bei der Bestimmung der Katecholamine selbst. Neben diesem methodischen Fehler bewirkt die Substanz jedoch auch einen systemischen Fehler. Alphamethyl-dopa hemmt die Dopadecarboxylase, dadurch kommt es zu verringerter Bildung der Katecholamine und ihrer Abbauprodukte. Die VMA wird daher unter der Therapie mit Alphamethyl-dopa vermindert im Harn ausgeschieden, dies kann zu falsch negativen Ergebnissen führen. Nach den Erfahrungen des Autors sollte die Therapie mit Alphamethyl-dopa enthaltenden Präparaten mindestens zwei Wochen vor der Bestimmung der Katecholamine abgesetzt werden. Sind die Werte niedrig oder im Normalbereich und bleiben die klinischen Symptome bestehen, so ist die Bestimmung zu wiederholen.

Alter Jahre	A µg	NA µg	VMA mg	HVA mg
< 1	1,3	10,6	0,42	1,11
1– 5	3,2	18,8	1,25	2,20
5–10	–	–	2,08	3,90
10–15	–	–	2,95	5,10
5–15	4,8	37,4	3,12	4,50
1–10	–	–	2,54	3,05

Tabelle 4
Ausscheidung (24 Std.) von Adrenalin (A), Noradrenalin (NA), Vanillinmandelsäure (VMA) und Homovanillinsäure (HVA) bei Kindern (Mittelwerte)

	A µg	NA µg	MA mg	VMA mg	HVA mg
Mittelwert	4	181	2,01	39,5	31,6
Bereich	3–52	7–2240	0,102–8,37	1,2–194,0	0,3–149,3

Tabelle 5
Ausscheidung (24 Std.) von Adrenalin (A), Noradrenalin (NA), Methanephrinen (MA), Vanillinmandelsäure (VMA) und Homovanillinsäure (HVA) bei Neuroblastom (Greff und Strobach, 1970)

Gesamtzahl der Fälle	Konzentration von VMA erhöht	
	Zahl	%
75	58	77
Konzentration von HVA erhöht		
43	32	75
gleichzeitige Bestimmung, erhöht, entweder VMA, HVA oder beide		
42	40	95

Tabelle 6
Ausscheidung von 3-Methoxy-4-hydroxymandelsäure (VMA) und Homovanillinsäure (HVA) bei Ganglioneurom, Neuroblastom und Mischformen (nach Williams und Greer, 1963)

Zahl der Fälle	5-HIE mg/24 Std.
13	13–493

Tabelle 7
Ausscheidung von 5-Hydroxyindolessigsäure (5-HIE) bei Karzinoid

Diagnose des Karzinoids

Karzinoid entstehen aus den sogenannten „gelben Zellen“ des Intestinums, die das biogene Amin 5-Hydroxytryptamin (Serotonin) produzieren. Mit Hilfe der Bestimmung der 5-Hydroxyindolessigsäure, des Endproduktes des Serotoninstoffwechsels, kann das Vorliegen eines derartigen Tumors diagnostiziert werden. In Tabelle 7 sind die Ausscheidungswerte der 5-Hydroxyindolessigsäure bei Karzinoid verzeichnet. Die klinische Symptomatik besteht in dem Auftreten des sogenannten „flush“ und Beschwerden wie Nausea, Schwindel und Diarrhöen.

Literaturverzeichnis:

- GREEFF, K. und H. STROBACH: Herz/Kreisl. 2, 431 (1970)
 HAKULINEN, A.: Acta Paed. scand. Suppl. 212 (1971)
 KÄSER, H.: Helv. Paed. Acta Suppl. 28 (1972)
 PISANO, J. J.: Clin. Chim. Acta 5, 406 (1960)
 PISANO, J. J., J. R. CROUT and O. ABRAHMAN: Clin. Chim. Acta 7, 285 (1962)
 SACK, H. und J. F. KOLL: Ergeb. Inn. Med. Kinderheilk. N. F. 19, 446 (1963)
 SCHIEVELBEIN, H., I. TRAUTSCHOLD, C. FALKE und F. MEOZIHRAOSKY: Klin. Wschr. 41, 784 (1963)
 v. STUONITZ, W.: Schweiz. med. Wschr. 100, 1023, (1970)
 VOORHESS, M. L.: Pediatrics 39, 252 (1967)
 WILLIAMS, C. M. and M. GREER: Clin. Chim. Acta 7, 880 (1963)

Anschrift des Verfassers:

Professor Dr. med. H. Schievelbein, Vorstand des Instituts für Klinische Chemie, Deutsches Herzzentrum München, 8000 München 2, Lothstraße 11

Gegenwärtiger Stand des Guthrie-Testprogrammes in der Bundesrepublik Deutschland

von Jürgen Schaub

Durch einen Fehler in der Registrierung von mit dem Guthrie-Test untersuchten Neugeborenen wurden im „Bayerischen Ärzteblatt“, Heft 3/1975, unrichtige Angaben gemacht, die ich im folgenden korrigieren möchte.

Da inzwischen gleichzeitig die Zahlen auch für 1974 vorliegen, möchte ich diese in tabellarischer Form hinzufügen. Sie sind den Unterlagen von Frau Dr. Schmid-Rüter, Kinderklinik der Universität Heidelberg, entnommen.

Für 1973 beträgt die prozentuale Erfassung für Bayern nicht 74 Prozent, sondern 93 Prozent. Dabei sind 18 Phenylketonurien entdeckt worden. Damit ändert sich auch für die gesamte Bundesrepublik die Zahl der untersuchten Neugeborenen auf 619 104, das sind 97 Prozent aller Neugeborenen. 1974 wurden 96 Prozent aller Neugeborenen untersucht. Aus den Zahlenangaben „Lebendgeborene“ und „Untersuchte Neugeborene“ lassen sich die Prozentzahlen nicht errechnen, da mehrere Neugeborene mehrmals untersucht wurden. Im Bundesland Bayern betrug die Erfassung 1974 92 Prozent. Daß die gefundenen 30 Phenylketonurien tatsächlich klassische Fälle sind, muß bezweifelt werden, da die Häufigkeit von 1:3800 bisher in Deutschland noch nie beschrieben wurde. Es ist zu erwarten, daß sich unter den 30 Fällen eine nicht geringe Anzahl von Hyperphenylalaninämien befinden. In diesem Zusammenhang muß bedauernd festgestellt werden, daß einige Kliniken offensichtlich noch immer nicht streng zwischen klassischen Phenylketonurien und den verschiedenen Hyperphenylalaninämien unterscheiden.

Anschrift des Verfassers:

Privatdozent Dr. med. Jürgen Schaub,
Kinderklinik der Universität München Im
Dr. von Haunerschen Kinderspital, 8000
München 2, Lindwurmstraße 4

Jahr	Lebendgeborene	Untersuchte Neugeborene	Prozentuale Erfassung	Untersuchte Krankheiten	
				in allen Bundesländern	in einigen Bundesländern
1969	903 456	650 210	72	PKU	Galaktosämie
1970	810 764	675 520	83	PKU	Ahornsirupkrankheit Homozystinurie Histidinämie Galaktosämie
1971	810 808	705 859	87	PKU	Ahornsirupkrankheit Homozystinurie Histidinämie Galaktosämie
1972	701 405	679 026	96	PKU	Ahornsirupkrankheit Homozystinurie Histidinämie Galaktosämie
1973	635 634	619 104	97	PKU	Ahornsirupkrankheit Homozystinurie Histidinämie Galaktosämie
1974	626 370	624 720	96	PKU	Ahornsirupkrankheit Homozystinurie Histidinämie Galaktosämie

Prozentuale Beteiligung der Neugeborenen am Guthrie-Test auf Phenylketonurie (PKU) und anderen angeborenen Stoffwechselkrankheiten

Bundesländer	Lebendgeborene	Prozentuale Erfassung	PKU	Galaktos-ämie	Homo-ASK*)	zystinurie	Histi-din-ämie
1973							
Schleswig-Holstein	26 398	87	1	—	—	—	—
Hamburg	13 666	95	3	1	0	0	—
Bremen	6 760	98	0	1	0	0	—
Niedersachsen	78 979	89	12	—	—	—	—
Nordrhein-Westfalen	172 435	99	9	—	2	1	—
Hessen	55 503	100	6	1	0	0	—
Rheinland-Pfalz	37 001	96	6	1	0	0	—
Saarland	9 845	97	0	—	—	—	—
Baden-Württemberg	102 875	100	11	2	0	0	0
Bayern	114 658	93	18	—	—	—	—
Berlin	17 514	98	9	—	—	—	—
1974							
Schleswig-Holstein	25 545	90	3	—	—	—	—
Hamburg	13 535	99	0	0	0	0	0
Bremen	6 594	99	0	1	0	0	0
Niedersachsen	76 318	92	16	—	—	—	—
Nordrhein-Westfalen	169 028	99	26	—	2	3	—
Hessen	55 077	98	9	0	0	0	—
Rheinland-Pfalz	35 885	96	5	0	0	0	—
Seerland	9 868	96	0	—	—	—	—
Baden-Württemberg	102 206	99	15	2	0	0	0
Beyern	114 060	92	30	—	—	—	—
Berlin	18 254	90	7	—	—	—	—

*) ASK = Ahornsirupkrankheit

Beteiligung der einzelnen Bundesländer am Guthrie-Testprogramm

Zum Alkoholabusus *

von Robert Schindlbeck

15. Bayerische Internistentagung — 15 Jahre bedeuten in unserer schnelllebigen Zeit eine lange Zeitspanne der medizinischen Entwicklung. Es war jedes Jahr eine schwierige Aufgabe, aus dem sich mit fortschreitender technischer Entwicklung bedingstend ausweitendem Gebiet der Inneren Medizin, seinen vielseitigen Schwerpunkten und den sich zum Teil erst anbahnenden Spezialgebieten immer wieder eine aktuelle Auswahl zu treffen und richtige Wertmaßstäbe zu setzen mit einem Blick für das Wesentliche und Bleibende. Ich glaube, es gibt wohl kaum eine medizinische Fachdisziplin, bei welcher der Empirie und der Weitergabe dieser Empirie in der Lehre eine so bedeutende Rolle zukommt wie gerade auf dem weiten Gebiet der Inneren Medizin. Diese Empirie ist notwendig, um überhaupt noch den krankmachenden Faktor im Individuellfall bei der Vielzahl der Befunde euszumachen. Nur so können neue Erkenntnisse gemäß ihrem Stellenwert eingebaut, der Zusammenhang gewahrt und eine für den praktizierenden Arzt und den Patienten in gleicher Weise optimale und praktikable Medizin inauguriert werden. Nur auf diesem Wege werden wir in Zukunft noch eine wirklichkeitsnahe Medizin betreiben und der bedrohlich ansteigenden Kostenlawine entgegenwirken können.

Auch bei dieser Tagung sind wir wieder bemüht, einige für uns aktuelle und wesentliche Gebiete anzusprechen:

Die internationale Literatur weist einen Anstieg des Alkoholismus während der letzten 15 Jahre in den meisten Kulturstaaten auf. In Ame-

rika stiegen die Alkoholiker nach einer Statistik der „Medical World News“ von fünf Millionen im Jahre 1958 auf 9,6 Millionen im Jahre 1971 an; dies entspricht 4,6 Prozent der Gesamtbevölkerung, der Anteil der Jugendlichen wird auf zehn Prozent geschätzt. Der amerikanische nationale Ausschuss zur Bekämpfung von Drogenmißbrauch berichtete kürzlich, daß der Alkoholismus das gefährlichste Drogenproblem in Amerika ist und an dritter Stelle der Todesursachen steht. Auch in Deutschland findet sich bei allen Experten Einigkeit darüber, daß der Alkohol die Droge Nummer 1 ist, der die größte medizinische und sozialmedizinische Bedeutung zukommt, obwohl der Alkohol eine von der Öffentlichkeit tolerierte Droge ist. In der Bundesrepublik müssen wir aufgrund der Untersuchungen von Wieser mit fünf Prozent „regelmäßiger und exzessiver“ Alkoholkonsumenten rechnen. Wir müssen davon ausgehen, daß es in der Bundesrepublik heute mindestens 1,2 Millionen behandlungsbedürftige Alkoholiker gibt.

Diese Zahlen entsprechen aber nur der Spitze des Eisberges, nämlich der Alkoholiker mit bereits großenteils irreparablen organischen, psychologischen und verhaltensmäßigen Schäden. Für die eigentliche Größe dieses Eisberges, d. h. für die Zahl der Alkoholkonsumenten, die auf dem Wege zu irreversiblen Schäden sind, haben wir keine zuverlässigen Schätzungen. Aber eine kürzliche Repräsentativumfrage der deutschen Hauptstelle gegen Suchtgefahren zeigte auf, 37 Prozent der 20- bis 64jährigen Bundesbürger sind starke Alkoholverbraucher.

Der Bier-, Wein- und Branntweinverbrauch ist in den letzten zwanzig Jahren um mehr als das Doppelte angestiegen, wobei die Bundesrepublik, hinter Frankreich und Italien, an dritter Stelle liegt. 1973 wurden in der Bundesrepublik 30,4 Milliar-

den DM für alkoholische Getränke ausgegeben, das sind pro Kopf DM 490,6.

Holzgreve weist darauf hin, daß sich das Durchschnittsalter der Alkoholiker in den letzten Jahren zum Teil erheblich verjüngt hat, und daß in fast aller Welt der Frauentalkoholismus überdurchschnittlich ansteigt.

Als Begründung führt er an, ich zitiere etwas zusammengefaßt:

Die bei jungen Menschen zu beobachtende Flucht in den immer größer werdenden Freizeitraum ist für viele von ihnen ein nicht gelingender Versuch, die sie bedrückende Leere und Lengeweile auch mit Alkohol in unserer auf ständige Konsumausweitung und Genuß ausgerichteten Gesellschaft zu überspielen. Feuerlein und Schrappe betonen, daß die Zahl der chronischen Alkoholkranken die der Drogenabhängigen um ein vielfaches übersteigt. Sie schätzen, daß die Gesamtkosten der Alkoholkrankheit in der Bundesrepublik in der Größenordnung von über einer Milliarde Mark jährlich liegen. Nach Holzgreve kostet ein einziger mit 45 Jahren vorzeitig invalidisierter Suchtkranker bei durchschnittlicher Rentenleistung und verkürzter Lebenserwartung die Gesellschaft DM 350 000,— bis 450 000,—.

In den letzten Jahren haben wir in den internen Abteilungen der Krankenhäuser in zunehmendem und, wie ich sagen möchte, in einem erschreckenden Umfang junge Menschen zur Behandlung bekommen. Genaue Statistiken hierüber fehlen uns noch.

Der größte Teil dieser Alkoholfolgekrankheiten spielt sich auf dem Sektor der Inneren Medizin ab, so die Fettleber, die Hepatitis, die Leberzirrhose, die Pankreatitis, die Kardiopathie, die Myopathie, die Polyneuritis; dazu kommen noch ver-

*) Eröffnungsansprache anlässlich der 15. Tagung der Vereinigung der Fachärzte für Innere Medizin Bayerns e. V. am 15. November 1975 in München.

Die Referate dieser Veranstaltung werden in einem weiteren Band der von der Bayerischen Landesärztekammer herausgegebenen Schriftenreihe veröffentlicht werden.

Hohe
Resorptionsquote
schneller
Wirkungseintritt
therapiegerechte
Abklingquote
beste
Verträglichkeit –

macht es den Patienten leicht,
die Dosierungsrichtlinien
konsequent einzuhalten.

Novodigal®

erfolgreiche Therapie bei allen Graden der Herzinsuffizienz

Indikationen Klassische Aufsaättigungs- und Erhaltungstherapie jeder Herzmuskelschwäche mit oder ohne Frequenz- oder Rhythmusstörung, Absolute Tachyarrhythmie bei Vorhofflimmern, Supraventrikuläre paroxysmale Tachykardie, Frühdigitalisierung bei latenter bzw. Belastungs Herzinsuffizienz, Vorsorge-Digitalisierung bei älteren Menschen, Prä-, intra- und postoperative Digitalisierung.

Kontraindikationen Absolut: Glykosidintoxikation, insbesondere bei inkomplettem Herzblock oder Ventrikeltachykardie; idiopathische hypertrophische subaortale Stenose, geplante Elektrokonversion, Schwere Bradykardie, Relativ: Carotisinsuffizienz, Kaliummangelzustände, Hyperkälzämie.

Zur Beachtung Jede Herzglykosidtherapie kann – zumeist dosisabhängig – zu Nebenwirkungen, z. B.

Erbrechen, Rhythmusstörungen und Sehstörungen führen, die nach Absetzen des Präparates oder Dosisreduzierung vollständig reversibel sind.

Bei glykosidempfindlichen Patienten, u. a. bedingt durch Elektrolytstörungen (gleichzeitige Diuretika- oder Lasix-Gabe), Hypoxie, hormonelle Störungen, empfiehlt sich eine anschießende Antangadosierung mit Novodigal «mita». Bei Niereninsuffizienz mit verminderter renaler Filtrationsrate ist der Glykosidbedarf reduziert.

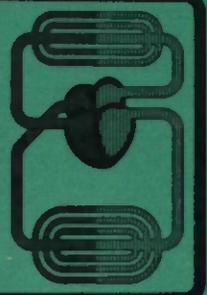
Bei jeder Glykosidtherapie ist von parateralen Kalziumgaben wegen der potenzierenden Wirkung abzusehen. In den Frühstadien der Schwangerschaft entscheidet – wie bei allen Medikamenten – die Dringlichkeit der Therapie. Ob arkrankungs- oder behandlungsbedingte Situationen zu einer vorübergehenden Beeinträchtigung der Verkehrstüchtigkeit führen, ist teilweise zu entscheiden.

Dosierung Hinweise entnehmen Sie bitte dem wissenschaftlichen Prospekt.

Handelsformen Novodigal Tabletten zu 0,2 mg β -Acetyldigoxin
Packungen mit 50 Stück DM 5,80, 100 Stück DM 10,80
Anstaltspackungen
Novodigal «mita» Tabletten zu 0,1 mg β -Acetyldigoxin
Packungen mit 50 Stück DM 4,80, 100 Stück DM 8,50
Anstaltspackungen
Novodigal Ampullen zu 0,4 mg Digoxin 2 ml
Packung mit 10 Stück DM 8,70, Anstaltspackung

Belersdorf AG • 2000 Hamburg 20 • Unnastr. 48

Aus dem
Herz-
Kreislauf-
Programm



PHARMA

HAMBURG

Neueste Literatur über klinische Erfahrungen mit Novodigal, seine hohe biologische Verfügbarkeit u. a., stellen wir Ihnen auf Wunsch gern zur Verfügung.

schiedene neurologische und psychiatrische Folgekrankheiten.

Betonen muß man, glaube ich, daß ganz allgemein bei der Diagnose und Differentialdiagnose noch viel zu wenig an die Alkoholgenese gedacht wird. Dies besonders deshalb, weil es der Alkoholiker meisterhaft versteht, seinen Abusus zu leugnen und zu bagatellisieren. Das ist auch der Grund, daß oft lange Zeit kostspielige und nutzlose Kranken- und Kuraufenthalte der kausalen, und, wie wir wissen, erfolgversprechenden internistischen Behandlung vorgehen.

Schmidt nimmt an, daß in den Krankenhausabteilungen verschiedener Fachdisziplinen eine beachtliche Zahl von Alkoholkranken liegt, ohne daß sie als solche erkannt werden. Mit Recht weist er darauf hin, daß zwar statistisch weit über 50 Prozent der Todesursachen den Herz- und Kreislaufkrankheiten zugeschlagen werden, an erster Stelle dabei den koronaren und an zweiter Stelle den rheumatischen Herzerkrankungen. Die alkoholbedingten Herzmuskelkrankungen sind aber klinisch und statistisch noch nicht erfaßt, obwohl die pharmakologisch nachgewiesene kardiotoxische Wirkung schon lange bekannt ist. Auch die chronische, meist tödlich verlaufende Pneumonie als Folge der Abwehrschwäche gegen Infekte bei Alkoholikern sowie die toxischen Knochenmarkveränderungen, auf die *Pribilla* hinwies, möchte ich hier erwähnen. Es dauert erfahrungsgemäß mehrere Jahre, bis es beim Alkoholiker zu organischen Folgeschäden kommt. Derzeit erleben wir aber in der Klinik zweifellos ein schubweises Auftreten dieser Alkoholfolgeerkrankungen. Was können und sollen wir Ärzte und besonders wir Internisten tun, um diese Flut von Alkoholfolgekrankheiten erfolgreich zu behandeln? Hier glaube ich, hat uns kürzlich der amerikanische Autor *Shropshire* wichtige Hinweise gegeben. Er sagt: „Der praktizierende Arzt muß verantwortungsbewußt handeln und seine Einstellung zum Trinken und zum Trinker revidieren. Man muß beim Alkoholiker und den Folgeschäden über eine Krankheitsprechen und nicht über Moral und Ethik — ähnlich wie z. B. bei einer Krebserkrankung.“ Und ähnlich wie bei der Krebserkrankung ist die klare Frühdiagnose, die oft durch Begleitkrankheiten verdeckt und kaschiert

ist, von folgeträchtiger Bedeutung. Nur so ist auch hier die so entscheidende Frühbehandlung möglich, bevor es zu irreversiblen Schäden gekommen ist. Hier bietet sich, wie ich glaube, eine echte und wichtige Aufgabe für die Sprechstunde des Arztes und für die Diagnostik und Therapie in der Klinik an.

Diese so aktuellen Erkenntnisse und Erfahrungen haben mich veranlaßt,

bei der diesjährigen Internistentagung einen halben Tag der Behandlung dieser Thematik zu widmen.

Anschrift des Verfassers:

Dr. med. Robert Schindlbeck, 1. Vorsitzender der Vereinigung der Fachärzte für Innere Medizin Bayerns e. V., Vizepräsident des Berufsverbandes Deutscher Internisten, 8036 Herrsching, Summerstraße 3

Studienreise der Neuffer-Stiftung nach Fernost

von Jürgen Bausch

III. Thailand

(Schluß)

Mediziner Ausbildung und ärztliche Versorgung in einem Schwerpunkt-Krankenhaus

Die Medizinische Fakultät der Universität von Chiangmai (Nord-Thailand)

In früheren Jahrhunderten war Chiangmai Thailands Hauptstadt. Heute ist das Städtchen eine gemütliche Provinzmetropole im Norden des Landes mit 80 000 Einwohnern und einem großen Umland mit einem Einzugsgebiet für eine Million Einwohner einer ländlichen Bevölkerung. Es gibt kaum Industrie. Landwirtschaft und Handwerk sind Erwerbsgrundlage. Der Schmuck, die Keramik und die unvergleichlich schöne Thaiseide werden vor allem in dieser Gegend des Landes produziert. Industrielle Holzverarbeitung und Holzschnitzereien aus Teak stellen einen weiteren Erwerbszweig der einheimischen Industrie dar. Die Teakholzwälder in der Umgebung von Chiangmai werden seit Jahrhunderten mit Hilfe von Elefanten bewirtschaftet.

Die kleine Medizinische Fakultät der Universität von Chiangmai wurde erst 1965 gegründet und bildet jährlich 120 Mediziner aus. Der Ausbildungsgang eines thailändischen Medizinstudenten ist für das gesamte Land

einheitlich geregelt. Wenn der Student die hohe Hürde des üblichen Numerus clausus durch eine Prüfung in Biologie, Chemie, Physik, Mathematik und Englisch erfolgreich bestanden hat, dann durchläuft er zunächst eine naturwissenschaftlich orientierte, vorklinische Zeit von zwei Jahren. Nach jedem Studienjahr erfolgt eine Prüfung seines Wissensstandes. Nach dem naturwissenschaftlichen vorklinischen Studium erstreckt sich die weitere Ausbildung auf die medizinischen Grundlagen über weitere zwei Jahre. Danach erhält der Medizinstudent den Titel eines Bachelor of sciences. Für weitere zwei Jahre widmet er sich dann der klinischen Medizin in dem der Medizinischen Fakultät angeschlossenen Lehrkrankenhaus, wobei er voll in den medizinisch-klinischen Betrieb integriert wird und selbstverständlich auch Nachtdienste mitmachen muß.

Nach diesem sechsjährigen Medizinstudium erfolgt ein schriftliches Staatsexamen. Der Medizinstudent wird bei erfolgreichem Bestehen des Examins ein „Doctor of Medicin“ (M. D.).

Eine eigene Promotionsarbeit — vergleichbar den bundesrepublikanischen Verhältnissen — ist in Thailand nicht erforderlich.

Bevor der „Doctor of Medicin“ eine Approbation erhält, muß er sich einem einjährigen sogenannten Internshiptraining unterziehen. Dies entspricht der in der Bundesrepublik noch üblichen Medizinalassistentenzeit, wobei gewisse Pflichtfächer automatisch absolviert werden müssen und ein Rotationsprogramm vorgesehen ist. Danach erfolgt die Approbation, die den Arzt befähigt, selbständig ärztlich tätig zu werden, ohne daß eine nochmalige Prüfung stattfindet.



Universität von Chiangmai – Bettenbau der Medizinischen Fakultät
Im Vordergrund: das unvermeidliche Geisterhäuschen zur Abwehr böser Geister

Abweichend von den insoweit ähnlichen Verhältnissen zur Bundesrepublik können sich diejenigen Medizinstudenten, die sich den medizinischen Basiswissenschaften lebenslang widmen wollen, nach Erwerbung des Titels eines „Bachelor of sciences“ für weitere zwei Jahre naturwissenschaftlich ausbilden lassen, worauf sie dann zu einem sogenannten „Master of sciences“ aufsteigen können. Dies geht jedoch nicht ohne weitere Prüfung und nicht ohne die Unterbreitung von wissenschaftlichen Arbeiten vonstatten. Dabei ist interessant, daß sich der „Master of sciences“ nicht nur in Anatomie, Biochemie und Physiologie bewähren kann, sondern auch die Parasitologie zählt zu den medizinischen Basiswissenschaften, eine Situation, die sich nur aus den tropischen Gegebenheiten in Thailand erklären läßt. Selbstverständlich besteht die Möglichkeit, daß sich auch approbierte Ärzte dieser medizinisch-wissenschaftlichen Laufbahn widmen.

Die Weiterbildung der approbierten Ärzte in Thailand ist, unabhängig vom Fachgebiet, generell auf drei Jahre beschränkt. Die Auswahl des Fachgebietes für den einzelnen Arzt ist im Prinzip freigegeben. Er muß nach Abschluß der dreijährigen Wei-

terbildungszeit eine Prüfung vor einer Fachkommission ablegen, die vom Gesundheitsministerium bestellt wird.

Der klinische Betrieb in Chiangmai erfolgt in der neuerbauten Universitätsklinik mit sämtlichen Abteilungen, wobei die Dermatologie und die Nervenheilkunde in die Medizinische Klinik integriert sind. Insgesamt 700 klinische Betten und eine große Poliklinik stehen nicht nur zur ärztlichen Versorgung der Bevölkerung, sondern auch zu Ausbildungszwecken zur Verfügung. Die stationären Patienten und die täglich etwa 1000 bis 1500 ambulanten Kranken werden von 160 Ärzten betreut. Lediglich 250 Krankenschwestern sind in der Krankenpflege tätig.

Die *Schwesternausbildung* und die Beschäftigung von Krankenschwestern in den einzelnen Abteilungen unterscheidet drei verschiedene Grade des Ausbildungsstandes. Es gibt zunächst die voll ausgebildete Krankenschwester mit einem Hochschulstudium, das insgesamt vier Jahre dauert, wobei dreieinhalb Jahre der medizinisch-pflegerischen Seite gewidmet sind und ein halbes



Interne Poliklinik
Wartezeiten auch für Mönche

Jahr der Geburtshilfe, so daß diese graduierten Schwestern auch als Hebammen tätig werden können. Diese graduierten, vollsexaminierten Krankenschwestern unterscheiden sich von Schwesternhelferinnen, die nur ein Jahr Ausbildung erhalten, ganz erheblich. Darüber hinaus gibt es noch Stationshilfen, die nur eine dreimonatige Einarbeitungs- und Ausbildungszeit hinter sich bringen müssen. Im pflegerischen Bereich sind rund zehn Prozent der Beschäftigten männlichen Geschlechts. Es herrscht in ganz Thailand, bedingt durch den Geldmangel der öffentlichen Hand, ein ganz erheblicher Schwesternmangel. Die Schwestern



Kinderstation:
Ernährungsstörungen besonders häufig

werden schlecht bezahlt. Eine graduierte Krankenschwester verdient DM 300,—, Helferinnen erhalten DM 200,— und Stationshilfen bekommen DM 150,—.

Bei der Besichtigung der Kinderabteilung des Krankenhauses stand dem Autor ein ihm altbekannter, deutschsprechender thailändischer Kollege zur Verfügung, der nach seinem Staatsexamen zwei Jahre an der Universitäts-Kinderklinik in München gearbeitet hatte. Er war erst wenige Monate zuvor aus Deutschland zurückgekehrt. Die Universitäts-Kinderklinik verfügt über 160 Betten. Die Kinder sind zumeist in großen Sälen untergebracht. Ausrüstung und apparativer Standard sind mäßig. Gemeinsame Aufnahme von Kind und Mutter wird abgelehnt, da „die Eltern den klinischen Betrieb nur stören würden“, wie die thailändischen Kollegen meinten. Das Krankengut der Kinderklinik in Chiangmai unterscheidet sich ganz wesentlich von den bei uns häufig auftretenden Kinderkrankheiten. Im Vordergrund stehen schwere Gastroenteritiden und Fehlernährungsstörungen, wobei das Krankheitsbild des Kwashiorkor eine häufige Diagnose ist. Mehrere Säuglinge mit schwersten Atrophien und Hungerödemen lagen bei unserem Rundgang über die Abteilung regungslos in ihren Betten und wurden infundiert.

Hämogloblinopathien, das gesamte Spektrum der Tropenkrankheiten, die Tuberkulose und nicht zuletzt auch Schlangenbisse zählen zum täglichen Brot des Pädiaters in Chiangmai.

Die Frühgeborenenabteilung verfügte über eine beschränkte Anzahl

von modernen Inkubatoren. Für die nicht bettlägerigen kleinen Patienten gab es einen Kindergarten, der von vielen Kindern gerne besucht wurde.

Für viele Kinder kommt die stationäre Behandlung jedoch zu spät. *Etwas mehr als zehn Prozent aller in die Klinik aufgenommenen Kinder verstarben*, wie aus der exakten Letalitätsstatistik der Universitätsklinik hervorging. Die Statistik bezog sich auf einen Beobachtungszeitraum von vier Jahre (1969 bis 1973). Als häufigste Todesursache wurden Intoxikationen bei den überaus häufigen Gastroenteritiden im Alter zwischen sechs Monaten und zwei Jahren genannt. Die ohnehin meist unter- und fehlernährten Säuglinge und Kleinkinder werden nicht selten von ihren Eltern zu spät in die Klinik gebracht.

Die Kinderklinik verfügt im übrigen auch über eine kardio-chirurgische Abteilung. An Herzoperationen werden nicht nur der offene Ductus Botalli, sondern auch die Fallotsche Tetralogie durchgeführt.

Die Kommune Chiangmai und die umgebende Provinz wird von nur 230 Ärzten, von denen 160 an der Universitätsklinik tätig sind, versorgt. 50 Kollegen sind in Chiangmai niedergelassen mit Belegbetten in Privatkrankenhäusern und weitere 20 Ärzte arbeiten als Regierungsangestellte in staatlichen Gesundheitsstationen. Dies ist für eine Bevölkerung von über einer Million Menschen entschieden zu wenig. Rein statistisch kommt in Thailand ein Arzt auf 7000 Menschen. In den Provinzstädten verschiebt sich das Verhältnis jedoch schon auf einen Arzt pro 10 000 Menschen und in den absolut unversorgten Regionen des flachen Landes ohne jegliche Infrastruktur rechnet man annähernd mit einer Verhältniszahl von *einem Arzt auf 110 000 Menschen*. Der Staat hat hinsichtlich der Verteilung der Ärzte nur in den ersten drei Jahren nach dem Staatsexamen eine Steuerungsmöglichkeit, da er die Ärzte während der Weiterbildung zum Facharzt in die verschiedensten Gegenden des Landes verpflichten kann und dies auch tut. Nach der Facharztprüfung gibt es für den Staat jedoch keine Möglichkeiten mehr, Ärzte in Gegenden zu verpflichten, in denen sie nicht tätig sein wollen.

Dem erheblichen Ärztemangel begegnet die Regierung von Thailand durch eine beschleunigte Ausbildung von 700 Ärzten pro Jahr. Dies ist bei weitem zu wenig für die Bedürfnisse dieses Entwicklungslandes, jedoch ein beachtlicher Fortschritt. Dennoch wird auch bei Betrachtung der oben angeführten statistischen Zahlenbeispiele verständlich, weswegen die Direktorin des Tropenmedizinischen Instituts in Bangkok zum Ausdruck brachte, daß es ein wichtiges politisches Anliegen sei, die ausgebildeten Ärzte im Lande zu halten und sie nicht ins Ausland abwandern zu lassen. Auf der anderen Seite ist die Bezahlung der Krankenhausärzte – gemessen an den Kosten für den Lebensunterhalt – äußerst gering. Auch die soziale Absicherung entspricht keineswegs dem, was im europäischen und amerikanischen Ausland längst eine Selbstverständlichkeit ist.

Besuch einer Allgemeinpraxis im Süden von Thailand

Außerprogrammatisch hat der Autor den in einem kleinen Erholungsort praktizierenden Allgemeinpraktiker in seiner Praxis aufgesucht, um sich über Ausrüstung und Standard einer Praxis zu informieren. Die Praxis liegt im Einzugsbereich vieler kleiner und mittelgroßer Bauern- und Fischerdörfer. Ein Teil der Bevölkerung ist in den küstennahen internationalen Hotels am Golf von Siam beschäftigt.

Die Praxis befindet sich in einem einstöckigen Haus, umgeben von einem gepflegten Palmengarten. Der Kollege hat in Australien studiert und einen Teil seiner Weiterbildung in England absolviert. Seine Abschlusszertifikate hingen sorgsam gerahmt an den Wartezimmerwänden. Zwei äußerst freundliche Sprechstundenhilfen zeigten uns bereitwillig die 100 bis 120 qm große Praxis, in der auch kleinere operative Eingriffe sowie gynäkologische Untersuchungen durchgeführt werden können. Neben einer gediegenen Einrichtung fiel vor allem äußerste Sauberkeit und an medizinisch-technischen Hilfsmitteln ein EKG, ein Narkosegerät und ein kleines Labor für die notwendigsten Untersuchungen auf, so daß von einem sehr ordentlichen Standard einer Allgemeinpraxis gesprochen werden kann.



Pasteur-Institut-Bangkok

Das Pasteur-Institut in Bangkok zur Herstellung von Seren gegen Schlangenbißverletzungen

Eine wissenschaftliche Abteilung des thailändischen Roten Kreuzes Queen Saovabha Memorial Institute

Wie in allen tropischen Ländern leidet die Bevölkerung von Thailand unter einer bemerkenswerten Giftschlangenplage. Eine große Zahl äußerst giftiger Schlangen befindet sich in den sumpfigen Gewässern der Flußniederungen und der küstennahen Bezirke. Am häufigsten kommen die Kobra und die Königskobra vor. Diese beiden Brillenschlangenarten sind auch zugleich die giftigsten. Darüber hinaus gibt es eine Vielzahl von verschiedenen anderen Giftschlangen, wobei die Gruppe der Vipern besonders häufig vertreten ist (Kettenviper, malayische Lanzenotter, malayische Mokassinschlange, gewöhnlicher Krait).



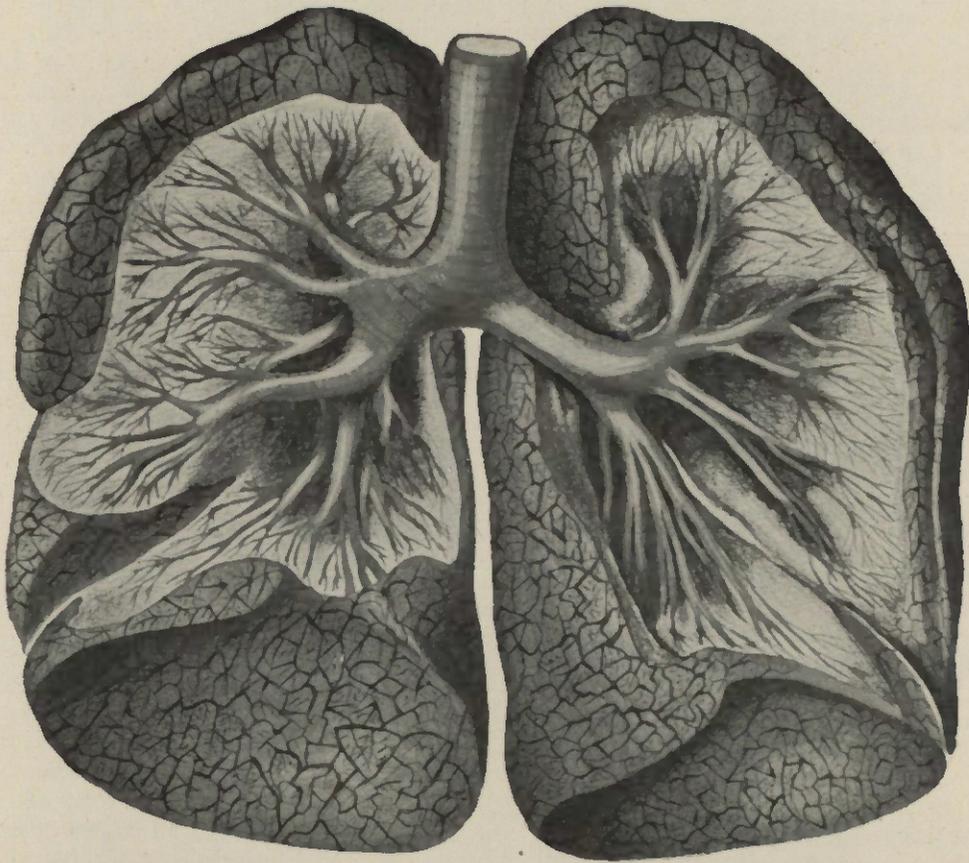
Zwei Kobras – giftig und wasserfreundlich

Schon im Jahre 1923 wurde in Bangkok vom Roten Kreuz ein wissenschaftliches Institut mit einer Schlangenfarm gegründet, welches die Aufgabe hatte, Antitoxine gegen die diversen am häufigsten vorkommenden Schlangengifte herzustellen. Dieses Institut sammelt in einer Schlangenfarm die von darauf spezialisierten Schlangenfängern gefangenen Giftschlangen.

Interessanterweise gibt es offenbar keine Möglichkeit, die Giftschlangen zu züchten. Sie sterben alle inner-

Atemwegsinfektionen

Akute und chronische Bronchitis, Pneumonie



Eusaprim[®]

Breitband-Bakterizidum



Bakterielle Infektionen schnell beherrschen

Indikationen: Bakterielle Infektionen

- der Atemwege
- der Harnwege
- der Genitalorgane
- des Magen-Darm-Traktes
- der Haut

Alle anderen Infektionen
mit empfindlichen Erregern.

Dosierung: Standard-Dosis für Erwachsene: 2x2 Tabletten täglich. Weitere Angaben im wissenschaftlichen Prospekt vom April 1975. **Zusammensetzung:** 1 Erwachsenen-Tablette sowie 5 ml Erwachsenen-Suspension enthalten 80 mg Trimethoprim und 400 mg Sulfamethoxazol (entsprechend 480 mg Cotrimoxazol). Kinder-Suspension (5 ml) mit 1/2 und Kinder-Tabletten mit 1/4 der Erwachsenen-Dosis. Eusaprim[®] zur i. v. Infusion: 1 Ampulle zu 5 ml enthält 80 mg Trimethoprim und 400 mg Sulfamethoxazol. Verwendbare Infusionslösungen siehe wissenschaftlichen Prospekt vom April 1975. **Kontraindikationen:** Schwere Leberschäden, schwere Nierentunktionsstörungen (Anwendung abhängig vom Serum-Kreatininspiegel), schwere Schäden des hämatopoetischen Systems, Sulfonamid-Überempfindlichkeit, Schwangerschaft und erste 4 Wochen der Stillperiode, erste 4 Lebenswochen. **Nebenwirkungen:** Gelegentlich allergische Reaktionen (bei Exanthemen Eusaprim[®] absetzen) und reversible hämatologische Veränderungen. Bei Langzeitbehandlung regelmäßig Blutbildkontrollen. **Packungen und Preise*** (m. MwSt.): 20 Tabletten 19,10 DM, 50 Tabletten 42,65 DM, 20 Ampullen zur Infusion zu 5 ml (2x10) 91,35 DM, Suspension (100 ml) 20,95 DM, 20 Kinder-Tabletten 6,00 DM, 50 Kinder-Tabletten 14,25 DM, Kinder-Suspension (100 ml) 13,10 DM. *unverbindlich



Deutsche Wellcome GmbH
3006 Burgwedel 1

Neue Applikationsform:
Eusaprim[®] Suspension für Erwachsene



In Europa nicht bekannt: der gelb-schwarz gestreifte, gewöhnliche Krait (giftig)

halb weniger Monate in Gefangenschaft, ohne sich zu vermehren, so daß man immer wieder auf den Nachschub von Reptilien durch die Schlangenfänger angewiesen ist.

Das entnommene Schlangengift wird in einer nicht tödlichen Dosis Pferden injiziert. Diese produzieren ein Antitoxin, welches dann als Schlangenserum zur Verfügung steht und an sämtliche Krankenhäuser und Gesundheitsstationen in Thailand verteilt wird. Außerdem exportiert das Institut die antitoxischen Sera auch in andere ostasiatische Länder, wo die gleichen Schlangenarten vorkommen.

Man unterscheidet zwei unterschiedlich wirkende Gifte, die von den verschiedenen Reptilienarten produziert werden. Zum einen ein neurotoxisch wirksames Gift, welches vor allem von der Familie der Kobras produziert wird. Dieses wirkt nach dem Schlangenbiß innerhalb von wenigen Minuten bis Stunden und verursacht neurologische Ausfallserscheinungen bis hin zur Atemlähmung. Die Vipernbisse hingegen führen zu Störungen am Blutgefäßsystem und der Blutgerinnung. Es kommt zunächst zu heftigen Allgemeinerscheinungen am Kreislaufsystem und bei starker Einverleibung von Gift zu einer Hämolyse mit Blutungen in sämtliche innere Organe, in die Schleimhäute und die äußere Haut. Bei nur geringer Giftdosis können die Patienten den Kreislaufschock und die Hämorrhagien überleben. An der lokalen Bißstelle entwickeln sich dann eitrig-gangränöse Entzündungen.

Das Institut hat es sich zur Aufgabe gemacht, nicht nur die Giftwirkung durch die Produktion eines Antitoxins bekämpfen zu helfen, sondern es arbeitet auch ganz intensiv an der Aufklärung der Bevölkerung mit Schautafeln im Institut und Broschü-

ren über Maßnahmen der Ersten Hilfe bei Schlangenbißverletzungen stehen zur Verfügung.

Die Probleme der Verhütung und Beseitigung von Schlangenbißerkrankungen stellen ein weiteres spezifisches Problem der tropischen Medizin dar. Über die Anzahl der Verletzten und Toten durch Schlangenbisse waren keine konkreten Zahlenangaben zu erhalten.

Die Leprastation in Chiangmai

Neben der nahezu unerschöpflichen Fülle von Tropenkrankheiten, Giftschlangenverletzungen und Ernährungsproblemen wird die thailändische Bevölkerung noch von einer weiteren biblischen Geißel geplagt, nämlich der Lepra. Man rechnet mit etwa 200 000 Fällen von Lepra in Thailand, was bei einer Gesamtbevölkerung von mehr als 30 Millionen keinen hohen Prozentsatz darstellt, jedoch ohne Zweifel ein echtes soziales und therapeutisches Problem ist.



Leprastation Chiangmai – Verwaltungsgebäude

In Thailand kommt die Lepra vor allem in der Mitte und im Norden des Landes vor, so daß es logisch war, die einzige Leprastation ebenfalls im Norden, in der Nähe der ehemaligen Hauptstadt Chiangmai zu errichten. Diese Leprastation ist eine christliche Stiftung, die auch heute noch für ihren Unterhalt und für die Rehabilitationsprogramme auf Stiftungsmittel angewiesen ist. Die Stifterliste aus dem Jahr 1973 weist aus, daß nicht nur die Regierung von Thailand, sondern auch die Vereinigte Presbyterianische Kirche der Vereinigten Staaten und die Deutsche Lepragesellschaft über den Dr.-Hartdegen-Fonds erhebliche Mittel zur Verfügung gestellt haben. Darüber hinaus spendierten christliche Organisationen aus den Vereinigten Staaten und Lepramissionsorganisationen aus Australien und auch



Leproserie – Wohngebäude

die Evangelische Kirche der Bundesrepublik erhebliche Mittel. Auch eine ganze Reihe von privaten Spendern sind in der Spenderliste zu finden. Die Bundesrepublik Deutschland hat der Leproserie 1968 eine Trinkwasseraufbereitungsanlage geschenkt. Würdevolle Inschriften am Gebäude erinnern an die Spende.

Die Leprastation in Chiangmai betreute im Jahr 1973 1841 Patienten, teilweise stationär und zum Teil auch ambulant. Darüber hinaus behandelte sie auch eine ganze Reihe von Patienten, die nicht an einer Lepra erkrankt waren. Nicht unerheblich ist der Anteil von nur ambulanten Patienten, die die Klinik konsultierten. Für 1973 wird eine Zahl von 4975 Patienten angegeben.

Neben der Akutbehandlung frischer Leprafälle wird die Leprastation als klassische Leproserie geführt, in der ca. 300 lepraerkrankte Menschen regelmäßig leben und einer mehr oder minder geordneten Tätigkeit nachgehen können, sofern dies ihr Gesundheitszustand zuläßt. Alle Patienten erhalten eine Dauertherapie mit Diaminodiphenylsulfon (DDS, Dapson), welches geeignet ist, die Infektiosität der Lepraerreger nach einer etwa zweimonatigen Be-



Leproserie – Bewohner

handlung herabzusetzen bzw. zu blockieren, so daß, je nach Ausmaß der Erkrankung, die Entlassung möglich ist. Das Einzugsgebiet betrifft den gesamten Norden und mittleren Anteil von Thailand, so daß Wege von mehr als 400 bis 500 km für den Patienten keine Seltenheit darstellen.



Krankenstation:
Atrophien, Ulzerationen, Verstümmelungen durch die Lepra

Für den an Lepra erkrankten Patienten besteht in Thailand keine Isolationspflicht in einer Leproserie. Er kann diese Behandlungsinstitutionen nach einer etwa zweimonatigen Behandlung nach Hause verlassen. Die kontinuierliche Einnahme des bakteriostatischen Medikaments ist jedoch erforderlich. Es erfolgen regelmäßige Kontrollen der entlassenen Patienten in etwa sechsmonatlichen Abständen. Die Behandlungsdauer liegt zwischen fünf und zehn Jahren und mehr. Die Lepra ist eine schwere Infektionskrankheit, gegen die etwa 90 bis 95 Prozent der Bevölkerung eine natürliche Immunität hat. Sie befällt vorwiegend ärmere Bevölkerungsschichten, da diese aufgrund der schlechten Wohnraumbedingungen einen besonders innigen Kontakt zueinander haben. Der Infektionsweg geht nach den derzeitigen Erkenntnissen über das Nasensekret eines Kranken auf die Schleimhäute eines noch nicht infizierten Menschen durch Tröpfcheninfektion. Nach der Infektion erfolgt hämatogen die Aussaat der Bakterien vor allem in die Kutis und Subkutis, wobei sowohl die Haut als auch die Hautnerven befallen werden. Damit beginnt das klassische Bild der Lepra mit Depigmentationen und schmerzempfindlichen Hautbezirken.

Die Lepra bietet sehr vielfältige klinische Krankheitsbilder, die in ihrer Ausprägung von der Widerstandsfähigkeit eines Patienten abhängig sind. Bei hoher Widerstandskraft entwickeln sich nur lokale Formen

der Lepra. Bei mäßiger oder schlechter Abwehr erscheinen lepröse Herde in allen Bereichen des Körpers. Die erstere Form wird die tuberkuloide Lepra genannt, während die zweitgenannte Form die lepromatöse Form der Lepra darstellt. Übergangsstadien und Zwischenformen bieten ein buntes klinisches Bild.

Bei der Besichtigung des Hospitals der Leproserie konnten wir uns von den verheerenden Auswirkungen dieser chronisch-bakteriellen Erkrankung überzeugen. Zahlreiche bedauernswerte Patienten mit amputierten Gliedern, mit Versteifungen der distalen Extremitätenanteile und mit tiefsitzenden gangränösen Ulzerationen an Füßen und Händen bedürfen einer intensiven medikamentösen und chirurgischen Therapie.

Eine Zweigstelle dieser Leproserie liegt 70 km südwestlich von Chiangmai am Ufer des Mae Ping River. Dort wurde eine Gruppe von etwa

30 Familien in einem bisher ungerodeten Urwaldgebiet angesiedelt, wo diese Menschen ihrer bäuerlichen Berufstätigkeit nachgehen können. Sie werden ärztlich von dem aus nur vier Kollegen bestehenden Mitarbeiterstab der Leprastation in Chiangmai betreut. An einer Ausrottung der Lepra in Thailand ist angesichts der miserablen ärztlichen Versorgung des Landes und angesichts des Mangels an Finanzmitteln von seiten der Regierung nicht zu denken. Die Aufrechterhaltung des bisherigen Betriebes der Chiangmai-Leprastation ist weitestgehend abhängig von der Spendenfreudigkeit und -willigkeit von Spendern aus Deutschland, der USA und Australien.

Literaturhinweis:

Hausmitteilung des „Mc Kean Rehabilitation Institut“ Chiangmai, Thailand, 1973.

Anschrift des Verfassers:

Dr. med. Jürgen Bausch, 8000 München 81, Knappertsbuschstraße 18

Das Bayerische Rote Kreuz gibt sich die Ehre, Sie zum

Margueriten-Ball

am Donnerstag, 19. Februar 1976, 20.00 Uhr, im Deutschen Theater, München, einzuladen.

Ein heiteres Programm, das *Ambros Seelos Orchester*, das *Pasadena Roof Orchester* aus England, das Faschingsprinzenpaar der Narrhalla mit seinem Hofstaat sowie eine reichhaltige Tombola mit einem von den Bayerischen Motoren Werken gestifteten Auto erwarten Sie.

Abendanzug, Abendkleid.

Eintrittspreise für nummerierte Plätze: DM 65,-, 45,-, 35,-, 25,-, 20,- und 13,-

Kategoriekarten für Studierende: DM 8,-

Unnummerierte Saalkarten: DM 8,-

Vorbestellung und Kartenverkauf: Rotes Kreuz, München 22, Seitzstraße 8, Telefon (0 89) 22 87 87, Nebenstelle 63, oder Deutsches Theater, München, Schwanthalerstraße 13, Telefon (0 89) 59 29 11.

Der Reinerlös des Balles wird vom Kreisverband München zur besonderen Hilfe für bedürftige alte Menschen verwendet.

Ehrenprotectorat: Frau Gertrud Goppel.

Neue Aspekte in Früherkennung und Therapie maligner Geschwülste

54. Fortbildungstagung für Ärzte in Regensburg

(Schluß)

Privatdozent Dr. W. M. Gallmeier,
Essen:

Die Chemotherapie des metastasierenden Mammakarzinoms

Der Behandlung von Patientinnen mit metastasierendem Mammakarzinom liegt eine palliative, keine kurative Absicht zugrunde. Die Chemotherapie ist den disseminierten Stadien vorbehalten, die durch eine Operation oder Bestrahlung nicht mehr heilbar sind. Das Ziel ist eine Verlängerung und Qualitätsverbesserung der Überlebenszeit. Die hormonelle Manipulation, die Chemotherapie und die lokale Strahlentherapie müssen zu diesem Zweck zu einem integrierten, rationalen Therapieprogramm verbunden werden. Die Reihenfolge spezifischer therapeutischer Maßnahmen muß je nach Lage des Falles individuell gewählt werden.

Bei der Patientin vor der Menopause oder weniger als fünf Jahre nach der Menopause besteht die erste Maßnahme stets in einem Östrogenentzug durch Ovariectomie. Nach Remission und darauf folgendem Rezidiv muß geprüft werden, ob eine Hypophysektomie als nächste ablativ Hormontherapie in Frage kommt. Bei einem Teil der Patientinnen ist das Wachstum der Metastasen so rasch, daß eine unverzügliche Einleitung einer kombinierten Chemotherapie notwendig ist. Bei anderen wird man das Ergebnis der Hypophysektomie abwarten können und bei einem erneuten Rezidiv Androgene und möglicherweise auch Gestagene einsetzen. Bei Primärversagern der Ovariectomie wird ebenfalls die kombinierte Chemotherapie eingeleitet, wenn ein Versuch mit Androgenen wegen des

raschen Tumorwachstums nicht mehr zu vertreten ist.

Je rascher der klinische Verlauf ist, um so früher ist die kombinierte Chemotherapie einzusetzen, je langsamer das Metastasenwachstum ist, um so mehr Zeit hat man, um alle hormonellen Therapiemöglichkeiten auszunutzen. Bei Patientinnen mit mehr als fünf Jahre zurückliegender Menopause (und zytologisch nicht mehr nachweisbarer Östrogenaktivität) gilt heute die Gabe von Östrogenen als Maßnahme der ersten Wahl. Bei Mißerfolgen wird dann die Polychemotherapie eingeleitet. Bei der internistischen Behandlung ist die enge Kooperation mit dem Strahlentherapeuten notwendig; prominente Haut- oder Lymphknotenmetastasen, frakturgefährdete Osteolysen oder stark schmerzende Knochenherde werden palliativ bestrahlt.

Seit Jahren ist die Wirksamkeit der verschiedenen Zytostatikastoffklassen bei metastasierendem Mammakarzinom bekannt. Bei den alkylierenden Substanzen werden für Endoxan 32 Prozent, Stickstofflost 35 Prozent und Chlorambuzil 20 Prozent Remissionsraten beschrieben. Unter den Antimetaboliten ist für das 5-Fluoro-uracil eine Wirksamkeit in 29 Prozent nachgewiesen worden, für Methotrexat in 33 Prozent der Fälle. Die Vincaalkaloide erwiesen sich in 20 Prozent aller Fälle wirksam. Als wichtigstes neues Medikament ist das Tumorantibiotikum Adriamycin hinzugekommen, das eine Ansprechrate von etwa 40 Prozent aufweist.

Die unterschiedlichen Angriffspunkte der einzelnen Zytostatika legen eine Kombination verschiedener

Stoffklassen nahe. Die toxischen Nebenwirkungen würden sich bei gesteigerter Wirksamkeit nicht addieren. 1969 stellte es sich dann auch heraus, daß durch Kombination von Endoxan bzw. Leukeran mit Methotrexat sich eine Remissionsquote von etwa 50 Prozent erreichen ließe.

Die Dreierkombination (das sogenannte „Schweizer Schema“) besteht aus Endoxan, Methotrexat und Prednison. Die Medikamentenkombination wird – je nach Thrombozyten- und Leukozytenstand – modifiziert. Die Methotrexatgabe wird darüber hinaus limitiert durch die Nebenwirkung der Stomatitis. Der Vorteil dieser Behandlungskombination liegt in der Möglichkeit der oralen Gabe aller drei Medikamente; das Schema ist besonders geeignet für die ambulante Praxis, sofern eine strenge Kontrolle der Nebenwirkungen möglich ist. Unter der Dreierkombination wurde eine Ansprechrate von 57 Prozent errechnet.

Bewährt hat sich ferner eine Fünferkombination (nach Cooper) von Methotrexat, 5-Fluoro-uracil und Vincristin i.v., Endoxan und Prednison oral. Auch dieses Therapieschema kann gut ambulant verabreicht werden und hat bei etwa 65 Prozent der Fälle zu Teil- oder Vollremissionen geführt.

Die kombinierte Chemotherapie des Mammakarzinoms ist eine Dauerbehandlung. Sie wird entsprechend den Nebenwirkungen modifiziert und sollte erst bei rascher Progredienz der Metastasen abgesetzt werden. Die meisten Patientinnen können während der Chemotherapie ambulant geführt werden; bei fast allen sind Leukopenien und Thrombopenien zu beobachten. Die Knochenmarksfunktion erholt sich jedoch in der Regel nach Reduktion der Zytostatikadosen oder entsprechenden Therapiepausen. Weitere Nebenwirkungen, wie Erbrechen, Übelkeit und Durchfallneigungen, müssen symptomatisch bekämpft werden. Besonders störend kann die in erster Linie durch Methotrexat verursachte Stomatitis werden. Sie zwingt zu einer Reduzierung oder Unterbrechung der Methotrexatgabe. Die Neurotoxizität des Vincristin manifestiert sich meist zuerst durch Par- oder Hypäs-

thesien an Händen und Füßen und später durch Muskeilschwäche und Darmträgheit, die gelegentlich bis zum Vollbild des paralytischen Ileus führt. Unter Endoxan und Vincristin kommt es zu (reversiblen) Alopezien. Eine nicht häufige, aber gefährliche Komplikation ist die hämorrhagische Endoxanzystitis.

Über die Fortschritte der frühen postoperativen Behandlung von sogenannten „high-risk“-Patientinnen mit Hilfe der adjuvanten Chemotherapie wurde von Professor Schmidt (vgl. „Bayerisches Ärzteblatt“ Heft 12/1975) bereits berichtet.

Professor Dr. H. Maas, Hamburg-Eppendorf:

Hormontherapie des Mammakarzinoms

Der Brustkrebs gehört zu den hormonabhängigen Tumoren. Aus dieser Erkenntnis sind die Behandlungsversuche des metastasierenden Mammakarzinoms durch Ovariectomie, Hypophysenausschaltung, hormonadditive Verfahren oder Verabfolgung von Steroidhormonen erwachsen. Die Erfolgchancen dieser Therapieformen sind unsicher und oft nur von kurzer Dauer; nur etwa 30 Prozent der betroffenen Patientinnen zeigen Remissionen.

Die Ovariectomie bzw. Röntgenmenolyse sollte bei Frauen mit Skelettmastasen in der Menopause und den ersten Jahren nach der Menopause die erste therapeutische Maßnahme darstellen. Bei objektivierbarem Erfolg der Kastration kann in einem späteren Stadium bei osteolytischen Skelettmastasen noch mit einer Hypophysenausschaltung mit Radiogold eine Tumoregression bzw. Schmerzlinderung erreicht werden.

Bei einer im Vordergrund stehenden Weichteilmastasierung erscheint ein Behandlungsversuch mit Zytostatika erfolgreicher als die Ausschaltung der Ovarien. Bei Rezidiven trotz Ovariectomie besteht die Indikation zur hormonellen medikamentösen Therapie mit Androgenen (Testoviron, Fludestrin, Masterid oder Ultandren). Androgene scheinen besonders osteolytische Skelettmastasierungen günstig zu beeinflussen, aber auch viszerale Absiedlungen zu hemmen.

29. Bayerischer Ärztetag

vom 24. bis 26. September 1976 in Regensburg

Bei Patientinnen, bei denen die Menopause fünf Jahre und länger zurückliegt, steht derzeit die Therapie mit Östrogenen (Oestro-Stilben, Progyron M) an erster Stelle. Bei Therapieversagern sollten Androgene und bei offenkundiger Hormonresistenz des Tumors Zytostatika eingesetzt werden.

Die Tatsache, daß nur etwa 30 Prozent der Patientinnen mit einem metastasierenden Mammakarzinom auf eine endokrine Therapie ansprechen, hat zu zahlreichen Versuchen geführt, diese Gruppe zu definieren und somit eine Selektion vor Behandlungsbeginn betreiben zu können. Nicht bewährt haben sich für die klinische Routineanwendung prophylaktische Untersuchungen des hormonalen Milieus und Charakterisierungsversuche der Tumoren mit Hilfe morphologischer Methoden (Sexchromatin). Auch die noch laufenden Bestimmungsversuche von Östrogen-Rezeptoren im Tumorgewebe als Vorhersagetest erscheinen unsicher. Aus diesem Grunde wird man vorerst bei den vorbeschriebenen generellen Behandlungsempfehlungen bleiben müssen, d. h., Frauen in der Prämenopause primär zu ovariectomieren, in den ersten Jahren nach der Menopause zusätzlich eine Polychemotherapie zu betreiben und bei älteren Patientinnen eine hormonadditive Behandlung mit hochdosierten Östrogenen (unter Umständen in Kombination mit Gestagenen und Androgenen) zu versuchen.

Professor Dr. P. Stoll, Mannheim:

Klinik und Zytologie des Zervixkarzinoms

Das Kollumkarzinom folgt hinsichtlich der Häufigkeit dem Mammakarzinom und nimmt unter den Genitalkarzinomen mit 56 Prozent vor dem Korpuskarzinom (30 Prozent) immer noch die Spitze ein. In den letzten Jahrzehnten ist es wegen

der verbesserten diagnostischen Möglichkeiten des Korpuskarzinoms und rechtzeitigen Ausräumung von Vorstadien des Kollumkarzinoms zu einer deutlichen statistischen Zunahme des Korpuskarzinoms gekommen. Die Häufung früherer Kohabitationen unter Einnahme hormoneller Kontrazeptiva hat demgegenüber eher zu einer Zunahme und vor allem zu einem früheren Auftreten des Zervixkarzinoms geführt. Aus diesem Grunde sollte man die derzeitige untere Grenze für Vorsorgeuntersuchungen von 30 Jahren ganz wegfällen lassen.

Auch beim Kollumkarzinom sinkt die Heilungsmöglichkeit mit dem Fortschreiten des Tumors. Die diagnostischen Methoden gestatten bereits, viele Jahre vor der malignen Entartung Vorstadien zu erkennen und auszuschalten. Würden sich alle Frauen konsequent an der Vorsorge beteiligen, könnte der Anteil des invasiven Karzinoms bis auf 30 Prozent der Fälle zurückgedrängt werden. In Deutschland liegt es jedoch noch bei über 75 Prozent; drei Prozent der Patientinnen kommen erst in einem völlig desolaten und inkurablen Zustand mit einem Kollum-Ca Stadium IV mit Übergang auf Blase und Mastdarm in die Klinik.

Schon mit einfachen Mitteln kann der Hausarzt im Bereich der Genitalkarzinome eine zutreffende Diagnose herbeiführen. Er sollte die betroffenen Patientinnengruppen nicht nur auf die kostenlosen Vorsorgeuntersuchungen hinweisen, sondern auch an dem Problem interessieren und deutlich machen, daß zwischen „gut und böse“ keine einfache Barriere liegt, sondern der Übergang in Etappen erfolgt, die auch einer unterschiedlichen Diagnostik und Therapie zugeführt werden können. Es ist die Forderung nach einer Zentralisation der Vorsorgeuntersuchungen zu erheben mit dem Ziel, aus einer großen Zahl Unauffälliger eine kleine Zahl Verdächtiger her-

auszufinden, um diese weiteren Untersuchungen zuzuführen.

Die Therapie muß stadienentsprechend dem Einzelfall angepaßt werden. Dieses individualisierende Verfahren erfordert eine enge Zusammenarbeit zwischen Zytologen, Pathologen und Klinikern und ist nicht nur mit einem hohen Aufwand an Technik, sondern auch an Erfahrung verbunden. Aus dem Bemühen um eine bessere und differenziertere Behandlung ergibt sich die Forderung nach einer Zentralisation der Karzinomtherapie.

Bei der Behandlung wird eine individualisierte Operation, eine Bestrahlung und eine Zusatzbehandlung unterschieden. Die Zytostase spielt heute nur noch beim Vulvakarzinom und beim Ovarialkarzinom eine gewisse Rolle. Die Plattenepithelkarzinome der Zervix sprechen auf diese Therapie nicht an. Immunologische Behandlungsversuche stecken noch in ihren Anfängen.

Von großer Bedeutung ist die Tumornachsorge. Im ersten und im zweiten Jahr jeweils viermal, dann bis zum fünften Jahr zweimal jährlich sollten Kontrolluntersuchungen zum Ausschluß von Metastasen oder Lokalrezidiven durchgeführt und hierbei auch Begleit- und Nacherkrankungen erkannt und behandelt werden.

*Professor Dr. R. Frischkorn,
Göttingen:*

Strahlentherapie des Zervixkarzinoms

An den guten Heilungserfolgen des Kollumkarzinoms ist die Strahlentherapie ursächlich beteiligt, da für die Operation nur die geringere Zahl von Fällen geeignet ist und auch beim Stadium I eine Überlegenheit der chirurgischen gegenüber der Strahlentherapie nicht besteht. Ob es sich bei den Tumoren um Plattenepithelkarzinome (95 Prozent) oder um Adenokarzinome (5 Prozent) handelt, ist für die Strahlentherapie ohne Bedeutung. Da eine hämatogene Metastasierung (Skelett und Lunge) während der Stadien I und II noch sehr selten ist und der Tumor im allgemeinen relativ lange auf den Bereich des kleinen Beckens beschränkt bleibt, ergibt sich für die Strahlenbehandlung ein gut abzugrenztes Zielgebiet.

Es werden verschiedene Therapieverfahren unterschieden, von denen die lokale Radiumapplikation an erster Stelle liegt. Anstelle des Radiums finden auch ⁶⁰Kobalt und ¹³⁷Cäsium Verwendung, ohne daß hierdurch prinzipielle Behandlungsunterschiede entstehen. Eingesetzt werden ferner die konventionelle Röntgenbestrahlung, die Telekobaltbestrahlung, ultraharte Röntgenstrahlen und Elektronenstrahlen.

Die durch das Radium applizierte Strahlendosis ist zwar für den Primärtumor im Bereich der Zervix sehr gut zu kalkulieren, die Belastung der umliegenden Organe (Blase, Ureteren, Darm und Lymphknoten der Beckenwand) differieren jedoch unter Umständen stark. Schon eine Seitenverschiebung des Radiums von 1 cm kann zu Differenzen der Gesamtdosis von 10 000 R führen. Das sich hierdurch ergebende Problem der räumlichen Dosisverteilung macht unter Umständen eine zusätzliche Perkutanbestrahlung der iliakalen Lymphknoten erforderlich.

Die Möglichkeit einer Homogenbestrahlung des Beckens wird heute besonders mit Hilfe von Telekobaltgeräten bzw. -beschleunigern durchgeführt, weil es mit diesen Geräten ohne Schwierigkeiten gelingt, die als erforderlich anzusehende Strahlendosis in das Herdgebiet auch wirklich einzustrahlen.

In den nächsten Jahren wird sicher das sogenannte Afterloading-Verfahren mit Radium oder einer anderen Quelle vermehrt Anwendung finden, sei es mit konventionellen Aktivitäten als übliche Langzeitbestrahlung oder als Kurzzeitbestrahlung mit wesentlich geringerer psychischer und physischer Belastung der Patientin.

Hinsichtlich der Strahlenarten finden bisher routinemäßig nur zwei Verwendung: einerseits die Röntgen- und Gamma-Strahlen und zum anderen die Elektronen- und Beta-Strahlen. Die Beeinflussung der räumlichen Dosisverteilung gelingt im wesentlichen durch Anwendung der verschiedenen Formen der Bewegungsbestrahlung und unterschiedlichen Filterung. Die perkutane Zusatzbestrahlung ist heute mit jeder erforderlich gehaltenen Dosis möglich, während früher die Haut-

toleranz als limitierender Faktor in vielen Fällen eine sinnvolle Dosierung gar nicht zuließ und in vielen Kliniken einfach genormte Bestrahlungsserien ohne Rücksicht auf die individuellen Verhältnisse appliziert wurden. Die Möglichkeit der individuellen Dosierung entsprechend den therapeutischen Möglichkeiten und der Toleranzdosen gesunder Organe ergibt sich durch die Notwendigkeit einer Bestrahlungsplanung und dreidimensionalen Vermessung des Strahlungsgebietes im Körper der Patientin. Die individuelle Berechnung der Dosisverteilung ist heute unter Einsatz von Computern leicht möglich. Leider gibt es bisher jedoch kein einheitliches Bestrahlungsverfahren, das für alle Kliniken oder auch international verbindlich angesehen würde.

Die Heilergebnisse des Kollumkarzinoms liegen heute (alle Stadien zusammengenommen) im allgemeinen zwischen 50 und 60 Prozent. Für die Strahlentherapie läßt sich bezüglich der optimalen Dosierung und der Bedeutung der Strahlenart und -energie noch keine verbindliche Angabe machen. Schenkt man den Statistiken Glauben, so scheint die Höhe der Strahlendosis innerhalb einer großen Schwankungsbreite keine entscheidende Rolle zu spielen. Bezüglich der Strahlenenergie ist jedoch zu fordern, daß nur noch ausnahmsweise mit konventionellen Röntgenstrahlen Tiefentherapie betrieben wird, da sich damit die üblichen Dosisvorstellungen in vielen Fällen nicht verwirklichen lassen.

Eine postoperative Nachbestrahlung sollte nur dann unterbleiben, wenn während der Operation oder anhand der histologischen Befunde des Operationspräparates eine Karzinomausbreitung über die Zervix hinaus ausgeschlossen werden kann. Bei Befall der Parametrien oder regionären Lymphknoten ist die Nachbestrahlung erforderlich.

Jeder Strahlentherapeut wird bestrebt sein, so schonend wie möglich zu bestrahlen. Starke Frühreaktionen werden Veranlassung geben, die Strahlentherapie zu unterbrechen oder mit geänderter zeitlicher Dosisverteilung schonender fortzusetzen. Auch wenn die Patientin bei der Entlassung aus der Klinik beschwerdefrei und symptomlos ist, sind Spätveränderungen nach der

Strahlentherapie ebenso möglich wie nach einer operativen Behandlung. Die Auffassung, daß der Tumor gegenüber dem gesunden Gewebe strahlensensibler reagiere, und daß bei „richtiger Dosierung“ keine bleibenden Veränderungen zu beobachten seien, die dann als Strahlenschäden bezeichnet werden, ist falsch; besonders empfindlich reagieren die Schleimhaut der Blase und des Rektums sowie das Beckenbindegewebe. Häufig führen erst sich sekundär aufpfropfende Erkrankungen (z. B. Harnwegsinfekte) und Noxen zu Veränderungen im Bereich des strahlenbelasteten Gewebes. Zunächst harmlos erscheinende Diarrhöen oder Zystitiden können unter diesen Umständen schwere Krankheitsbilder provozieren, wenn eine wirksame und rasche Therapie unterbleibt. Eine Strahlentherapie ohne unerwünschte Folgeerscheinungen ist ebensowenig denkbar wie eine komplikationslose Chirurgie. Die gedankenlose Verwendung des vorwurfsvollen Wortes „Strahlenschaden“ sollte zugunsten des Begriffes „Strahlenfolgen“ fallen gelassen werden.

Professor Dr. P. Mellin, Essen:

Klinik und Therapie des Prostatakarzinoms

Die gesundheitspolitische Bedeutung dieser Erkrankung ist inzwischen allgemein anerkannt worden. Deshalb wurde die Vorsteherdrüse Zielorgan der Vorsorgeuntersuchungen des Mannes. Durch einfache rektale Untersuchung kann von jedem Arzt ohne Hilfsmittel eine Verdachtsdiagnose schon bei Frühstadien der Erkrankung ohne weiteres gestellt werden.

Unter den sehr häufigen Prostataerkrankungen spielt das Karzinom die wichtigste Rolle. Es handelt sich hierbei um den häufigsten Krebs des männlichen Urogenitale und einen der zahlreichsten des Mannes überhaupt. Jährlich sterben etwa 5000 Männer an dieser Geschwulst, d. h. jeder dreizehnte Tumorkranke überhaupt.

Mit einem Prostatakarzinom muß vom 45. Lebensjahr ab gerechnet werden; fast $\frac{2}{3}$ aller Erkrankungen erstrecken sich auf die Altersklassen zwischen 60 und 75 Jahren.

Endokrine Einflüsse spielen eine entscheidende Rolle bei der Karzinogenese. Bei niedrigem Testosteronspiegel (z. B. bei Frühkastraten) entsteht kein Prostatakarzinom. Deshalb wird man bei älteren Männern mit Androgengaben wegen der Gefahr der Aktivierung eines latenten Karzinoms zurückhaltend sein. Die Senkung des Testosteronspiegels durch Kastration oder durch hypophysäre Bremsung mit Östrogenen wurde zur Basis der Behandlung dieser im Drüsenparenchym entstehenden Geschwulst. Das frühe Karzinom findet sich fast stets in der Peripherie. Im Senium bildet das Prostatagewebe oft ohnehin nur die sogenannte chirurgische Kapsel der gleichzeitig bestehenden Adenomyomatose, die von periurethralen Drüsengruppen ausgeht und die wahre Prostata an die Wand drängt. Eine Karzinomentwicklung im Adenomgewebe ist sehr selten. Erst eine erhebliche Größenzunahme des Karzinoms führt zu Miktionsstörungen und die Ausbreitung in die Umgebung (Lymphbahnen und Knochen) zu schmerzhaften Erscheinungen, besonders im Lendenbereich. Eine Adenomektomie oder die Elektrosektion der gutartigen Prostatahyperplasie schließen eine spätere Karzinomentwicklung nicht aus.

Die Gewinnung von Prostatagewebe mit Biopsienadeln zur histologischen Untersuchung geschieht am besten unter Leitung eines vom Mastdarm her palpierenden Fingers. Es werden hierbei transrektal gezielt Gewebezylinder entnommen. Die Trefferquote ist hoch, wiederholte Biopsien können durchgeführt werden. Jeder tastbare Knoten in der Prostata ist karzinomverdächtig. Nur die Biopsie führt zur sicheren Diagnose. Auch von den Serumphosphatasen ist ein Beweis nicht zu erwarten; selbst 30 bis 40 Prozent

der bereits metastasierenden Prostatakarzinome gehen mit normalen Phosphatasewerten einher. Der feingewebliche Typ der Geschwulst gibt Hinweise auf den Geschwulstcharakter und die Prognose. Zwischen besonders bösartigen anaplastischen und nichtdifferenzierten Karzinomen und den gut ausdifferenzierten, weniger aggressiven Tumorformen gibt es die unterschiedlichsten Zwischenstufen. Neben dem Malignitätsgrad kommt dem Stadium der Erkrankung bei der Auswahl des therapeutischen Vorgehens eine besondere Bedeutung zu.

Stadium A oder I bezeichnet den fühlbaren, kleinen Karzinomknoten.

Stadium B oder II bedeutet Befall eines Prostatalappens mit klinischer Begrenzung auf die Prostata.

Stadium C oder III sagt, daß der Tumor die Prostata kapsel überschritten hat und Infiltrationen der Umgebung, des Blasenbodens oder der Samenblasen vorliegen.

Stadium D oder IV umfaßt alle Fälle mit Fernmetastasen.

Nur das auf die Prostata begrenzte Karzinom ist heilbar, und zwar durch radikale Prostatektomie im Stadium A oder B. Der Eingriff umfaßt die Entfernung der gesamten Vorsteherdrüse einschließlich ihrer Kapsel und Samenblasen. Dies ist ein weit größerer Eingriff als die früher als Prostatektomie bezeichnete Adenomektomie. Folge des radikalen Eingriffs ist häufig eine Impotenz, selten eine Inkontinenz. Jenseits des 70. Lebensjahres kommt dieser Eingriff nur noch ausnahmsweise in Betracht.

Ist das Karzinom über die Grenzen der Prostata hinausgewachsen (Sta-

Toxische Diphtherie

Das Auftreten von sechs epidemiologisch nicht zusammenhängenden Fällen von toxischer Diphtherie gibt Veranlassung, darauf hinzuweisen, daß bei einer unklaren Angina stets auch an diese schwere Form gedacht und vor einer antibiotischen Behandlung eine bakteriologische Diagnostik eingeleitet werden sollte.

dium C), kommen zur Behandlung in Betracht:

1. Die Strahlentherapie (s. nachfolgendes Referat von Professor Dr. H. Sack).

2. Die hormonelle Therapie, d. h. die Entfernung der Gonaden und/oder Behandlung mit Östrogenen.

Kein anderes Karzinom wird durch konservative Behandlung so gut beeinflußt wie das Prostatakarzinom durch das Wirkungsprinzip des Androgenentzugs. Die Tumoregression reicht bis zum klinischen Verschwinden, nicht jedoch zur Heilung. Die Senkung des Testosteronspiegels erreicht man durch Kastration oder durch Verabreichung von Östrogenen, die die gonadotropen Hormone der Hypophyse blockieren. Zusätzlich wird den Östrogenen eine zytotoxische Wirksamkeit zugesprochen. Aufgrund amerikanischer Arbeiten treten jedoch bei höher dosierter Östrogenbehandlung gehäuft kardiovaskuläre Erkrankungen auf, die die Behandlungserfolge gegenüber dem Tumor bezüglich der Gesamtüberlebensrate ausgleichen können. Unter der in Deutschland üblichen Therapie scheinen diese kardiovaskulären Störungen jedoch nicht in nennenswertem Umfange aufzutreten. Die endokrine Therapie sollte insbesondere bei bestehenden Blasenentleerungsstörungen mit Restharn eingesetzt werden; sie ist unbestritten bei Vorliegen eines Stadiums D. Die Wirksamkeit dieser Therapie erlischt jedoch, wenn eine Östrogenresistenz durch vikariierende Androgenproduktion in den Nebennieren entsteht. Wann dies eintritt, ist nicht vorherzusagen. In diesem Falle sollte eine Nebennierenausschaltung durch Cortison, eine Hypophysenausschaltung durch Implantation von Radioisotopen, Gestagen oder Antiandrogengaben sowie lokale Röntgenbestrahlungen der Metastasen und Zytostatika versucht werden.

Professor Dr. H. Sack, Köln:

Strahlentherapie des Prostatakarzinoms

Trotz aller Bemühungen der Früherkennung werden auch heute noch fast 90 Prozent aller Prostatakarzinome erst im Stadium C und D erkannt und behandelt. Von diesen 90

Prozent haben 55 Prozent bereits Metastasen bei der Diagnosestellung. Die übrigen haben ausgedehntere, aber noch lokalisierte Neoplasmen mit Lymphknotenbefall. Hier stellt sich heute eine Indikation für die Strahlentherapie.

Die Entwicklung der Megavolt-Techniken gestattet es, eine hohe Dosis einzustrahlen, ohne die Umgebung und die Haut über Gebühr zu belasten. Der Einsatz von Östrogenen sollte so spät wie möglich erfolgen, d. h. erst dann, wenn die Beschwerden des Patienten dazu zwingen. Das ist in der Regel im Stadium IV mit schmerzhaften Knochenmetastasen oder im Stadium III bei lokalisiertem Rezidiv nach vorausgegangener Strahlentherapie der Fall. Für die Bestrahlung eignen sich auch vorrangig die primär östrogenresistenten Fälle. Dies sind etwa 20 Prozent aller Prostatakarzinome. Bei diesen handelt es sich in erster Linie histologisch um sogenannte cribriforme Karzinome. Auch bei schweren kardiovaskulären Störungen, wie einem Herzinfarkt, sollte man mit Östrogengaben zurückhaltend sein und der Strahlentherapie den Vorrang geben. Schließlich verdient auch die Frage der Potenz bei der Indikationsstellung Berücksich-

tigung. Impotenz kann allerdings auch nach Bestrahlungen eintreten.

Voraussetzung für den Einsatz der Strahlentherapie sollte sein, daß der Primärtumor inoperabel ist, das Karzinom durch Nadelbiopsie histologisch gesichert werden konnte, oder der Patient eine Operation ablehnt. Fernmetastasen stellen eine Gegenindikation gegen eine hochdosierte Strahlenbehandlung der Prostata in kurativer Absicht dar, weil hier die Hormonbehandlung ihre unbestreitbaren Vorteile hat. Der Ausschluß von Fernmetastasen muß also sehr sorgfältig erfolgen. Neben Röntgenaufnahmen der Thoraxorgane und des Skeletts hat sich hierbei die Lymphographie und das Knochenzintigramm besonders bewährt.

Die Strahlentherapie des Prostatakarzinoms hat in der Bundesrepublik in den letzten Jahren wieder einen wichtigen Platz eingenommen. Voraussetzung für einen Behandlungserfolg ist eine strenge Indikationsstellung und eine adäquate Durchführung mit sorgfältiger Bestrahlungsplanung, um die radiologischen Nebenwirkungen gering zu halten.

Referent:

Dr. med. A. Paetzke, Nürnberg

Gesundheitsabkommen mit der DDR

Der Deutsche Bundestag hat den von der Bundesregierung eingebrachten Gesetzentwurf eines zwischen der Bundesregierung und der DDR vereinbarten Abkommens gebilligt, das am 25. April 1974 abgeschlossen wurde.

Durch dieses Abkommen sollen im Zuge der Normalisierung praktische und humanitäre Fragen für die durch das Abkommen umfaßten Einzelbereiche geregelt werden, so z. B. die Zusammenarbeit auf dem Gebiet des Gesundheitswesens, insbesondere in den Bereichen der medizinischen Hilfen im Besuchs- und Reiseverkehr, der medizinischen Spezialbehandlungen, des Informationsaustausches bei übertragbaren Krankheiten, des Austausches von Arzneimitteln, der Drogen-, Rauschmittel- und Suchtmittelbekämpfung. Das Abkommen findet Anwendung

auch auf das Land Berlin. Weiter wird die Bereitschaft zu späteren Verhandlungen über einen Austausch von Organtransplantaten und einen medizinisch-wissenschaftlichen Erfahrungsaustausch erklärt.

Obwohl das Abkommen noch der Zustimmung des Bundesrates bedarf, haben sich die Vertragspartner darauf geeinigt, es bereits jetzt zu praktizieren.

Die Verwaltungsvorschriften enthalten zusammenfassend folgende Regelung:

1.

Bei allen lebensbedrohlichen Zuständen und bei Zuständen, die es dem Erkrankten unmöglich machen, selbst eine Benachrichtigung vorzunehmen, sowie bei Todesfällen von

Esberitox®

Stimulans
der körpereigenen
Abwehrsysteme

Unspezifisches
Reiztherapeutikum zur
Prophylaxe und
Basistherapie bei
infektiösen Erkrankungen.

Zusammensetzung: 20 ml ESBERITOX liquid. enthalten: Percolet 1 = 5 Herb. Thujae occid. rec. 1.0 ml, Percolat. 1 = 5 Radix Baptisiae tinctur. 2.0 ml, Percolet. 1 = 10 Rad. Echinac. angust. et purp. 1 + 1 3.0 ml, Apis mellifica D 4 2.0 ml, Crocatus D 6 3.0 ml, Silicea D 4 3.0 ml, Lachesis D 6 6.0 ml. 1 Tablette entspricht ca. 20 Tropfen Liquidum mit einem Vitamin-C-Gehalt von 0,02 g/Tabl. 2 ml Ampullenflüssigkeit entsprechen 1 ml Liquidum. † Suppositorium = ca. 20 Tropfen

Indikationen: Esberitox® dient daher zur Prophylaxe bzw. Therapie akuter und chronischer Infektionskrankheiten virusbedingter oder bakterieller Art, wie banale und grippale Infekte, Virusgrippe; Bronchitiden, Pneumonien, Anginen, Laryngitiden, Otitiden, Adnexitis, Parametritis, Cystopyelitis. Rheumatische Erkrankungen; Eingriffe in der Zahnheilkunde. Chronische und allergische Dermatosen, Akne, Verrucae vulgares und juveniles. Auch in Kombination mit anderer Therapie, wie Antibiotika, Chemotherapie, Kortikoide. **Dosierung:** Oral: 3mal täglich 20–50 Tropfen unverdünnt, möglichst perlingual, oder 1–3 Tabletten lutschen. Kinder und Säuglinge, je nach Alter, 3mal täglich 10–30 Tropfen oder 1/2–1 1/2 Tabletten. Parenteral: i. m. 0,5–2,0 ml/die, i. v. Beginn mit 0,2 ml/die, allmähliche Steigerung unter der Kontrolle der Reaktionslage bis zu 2,0 ml. Rektal: Säuglinge 1–2 Zäpfchen, Kinder ab 1 Jahr 2–3 Zäpfchen täglich einführen. **Handelsformen:** Liquidum 20 ml und 50 ml DM 4,90 und 10,30. Tabletten 50 Stück und 125 Stück DM 4,90 und DM 10,30, Ampullen zu 2 ml 5 Stück DM 7,50, Suppositorien 10 Stück DM 4,80.



Schaper & Brümmer
3324 Salzgitter-Ringelheim

Bewohnern der DDR während ihres Aufenthaltes im Bundesgebiet oder Berlin (West) soll eine ärztliche Mitteilung entsprechend der im Bundesgebiet oder Berlin (West) üblichen Art und Weise, sowie eine Mitteilung an die Ständige Vertretung der Deutschen Demokratischen Republik, 5300 Bonn-Bad Godesberg, Kölner Straße 18, Telefon (02221) 37 90 51-55, Telex 88 56 45, erfolgen.

Die Mitteilung an die Ständige Vertretung der DDR soll zusätzlich erfolgen. Sie dient der Information über den Aufenthalt einer Erkrankten oder den Tod des Eingereisten und über den Ort des Versterbens.

Eine Benachrichtigung ist nicht vorzunehmen, wenn sich der Erkrankte gegen eine derartige Mitteilung ausspricht oder ein entgegenstehender Wille zu vermuten ist oder sonstige rechtliche Gründe einer Mitteilung entgegenstehen. Das gleiche gilt entsprechend bei Todesfällen.

2.

In den Fällen, in denen eine Behandlungsgenehmigung für minderjährige Bewohner der DDR erforderlich ist, soll der behandelnde Arzt die Genehmigung des gesetzlichen Vertreters einholen und die Ständige Vertretung der DDR dabei in Anspruch nehmen.

Die Inanspruchnahme der Ständigen Vertretung soll die Einholung der erforderlichen Genehmigung des gesetzlichen Vertreters erleichtern. Dies gilt insbesondere in den Fällen, in denen der gesetzliche Vertreter oder dessen Aufenthalt nicht bekannt ist. Das im Bundesgebiet oder in Berlin (West) übliche Verfahren bei der Behandlung von Minderjährigen, z. B. in Notfällen Geschäftsführung ohne Auftrag, bleibt unberührt.

Von einer Inanspruchnahme der Ständigen Vertretung ist abzusehen, wenn sich der Minderjährige oder sein gesetzlicher Vertreter gegen eine derartige Mitteilung ausspricht oder ein entsprechender Wille zu vermuten ist oder sonstige rechtliche Gründe der Inanspruchnahme entgegenstehen.

3.

Arztberichte sollen in der Art und Weise mitgegeben bzw. übersandt werden, wie es bisher in vergleichbaren Fällen geschehen ist.

Personalia

Geburtstage



Professor Schretzenmayr 70 Jahre

Am 2. Januar 1976 konnte der Nestor der Ärztlichen Fortbildung in der Bundesrepublik, Professor Dr. med. Albert Schretzenmayr, seinen 70. Geburtstag feiern.

Professor Dr. Albert Schretzenmayr wurde am 2. Januar 1906 in München geboren. Nach dem Studium der Medizin an den Universitäten Tübingen, Greifswald, Wien und Rostock folgte eine vierjährige Tätigkeit als wissenschaftlicher Assistent an der Medizinischen Universitäts-Poliklinik in Rostock, anschließend eine kurze Tätigkeit an der Medizinischen Universitätsklinik in Köln, wo er sich habilitierte. Von 1936 bis 1939 war er Ordinarius für Innere Medizin an der Military Medical Academy in Kanton/China. Während des Zweiten Weltkrieges war er fünf Jahre Chefarzt der Medizinischen Klinik am Stadt Krankenhaus Gotenhafen und anschließend ein Jahr als Chefarzt in Brunnberg tätig. Nach dem Kriegsende folgte eine dreijährige Zwischentätigkeit als niedergelassener Arzt in Bachhagel/Schwaben. Danach nahm er seine internistische Tätigkeit in Augsburg auf, wo er seither auch am Diakonissenkrankenhaus als Belegarzt tätig ist.

Professor Schretzenmayr hat sich um die Fortbildung der Ärzte in der Bundesrepublik Deutschland außerordentlich verdient gemacht. Er ist seit 1952 Vorsitzender des Deutschen Senats für ärztliche Fortbildung und hat in dieser Eigenschaft die ärztliche Fortbildung wesentlich mitgestaltet.

So hat er den „Augsburger Fortbildungskongreß für praktische Medizin“ gegründet, an dem bisher über 50 000 Ärzte teilgenommen haben.

Auch die Internationalen Kongresse der Bundesärztekammer für praktische Medizin hat Professor Schretzenmayr entwickelt: in Badgastein, Davos, Grado, Meran und Montecatini. Er bemüht sich seit nunmehr 23 Jahren unter großen zeitlichen Opfern, die neuesten Erkenntnisse der Entwicklung in der Medizin — Prävention, Früherkennung, Diagnostik, Therapie und Rehabilitation — durch die Fortbildung der Ärzte den Patienten schnellstens zugute kommen zu lassen.

Vor einigen Jahren hat er auch den Zentralkongreß der Medizinischen Assistenzberufe gegründet und damit wesentlich zur Förderung der Fortbildung dieser Berufsgruppe beigetragen.

Durch die Vorbereitung und Durchführung der ausländischen Kongresse der Bundesärztekammer hat Professor Schretzenmayr fruchtbare Kontakte zu anderen europäischen Ländern geschaffen und damit dazu beigetragen, daß das Ansehen der deutschen Medizin im Ausland wesentlich gestiegen ist.

Im berufspolitischen Bereich ist Professor Schretzenmayr ebenfalls sehr engagiert. So ist er seit 26 Jahren Vorsitzender des Ärztlichen Kreisverbandes Augsburg und des Ärztlichen Bezirksverbandes Schwaben. Er ist seit 1949 Delegierter zur Bayerischen Landesärztekammer und gehört deren Vorstand an.

Das Wirken von Professor Schretzenmayr wurde durch die Verleihung zahlreicher Auszeichnungen gewürdigt: des Comptur-Kreuzes des Verdienstordens der Republik Italien (Januar 1959), des Bayerischen Verdienstordens (Januar 1962), des Bundesverdienstkreuzes Erster Klasse (Februar 1970), 1972 durch die höchste italienische Auszeichnung des „Grande Ufficiale al Merito della Repubblica Italiana“.

Außerdem ist er Mitglied zahlreicher in- und ausländischer medizinischer Gesellschaften.

ad multos annos!

Professor Dr. Sewering



Dr. Reichstein 60 Jahre

Am 9. Dezember 1975 wurde Dr. med. Willy Reichstein, langjähriger Geschäftsführer der Bayerischen Landesärztekammer und Schriftleiter des „Bayerischen Ärzteblattes“, 60 Jahre.

Dr. Willy Reichstein wurde am 9. Dezember 1915 in Breslau geboren, wo er auch das Abitur ablegte, 1942 das Medizinstudium abschloß und 1943 zum Dr. med. promovierte. Nach dem Zusammenbruch kam er nach Bayern und war ab 1947 als niedergelassener Praktischer Arzt 13 Jahre lang in Landau an der Isar tätig.

Dort begann er 1946 auch seine politische Laufbahn im Rahmen des GB/BHE bis 1953 als Mitglied des Stadtrates und des Niederbayerischen Kreistages, dann als Bezirksvorsitzender des GB/BHE in Niederbayern und stellvertretender Landesvorsitzender.

In der 2. Legislaturperiode von 1953 bis 1957 war Dr. Reichstein Mitglied des Deutschen Bundestages und stellvertretender Vorsitzender der Bundestagsfraktion des GB/BHE. Tätig in den Ausschüssen für Sozialpolitik, Verteidigung, Gesundheitswesen und Atomfragen, hat er sich in dieser Zeit vor allem auch um das Kassenarztrecht verdient gemacht.

Nach einer knapp dreijährigen Tätigkeit als Geschäftsführer der Bundesärztekammer wechselte Dr. Reichstein wieder in seine Wahlheimat und trat am 1. Januar 1961 in die Geschäftsführung der Bayerischen Landesärztekammer ein. In dieser Zeit erwarb er sich als Geschäftsführender Arzt, Schriftleiter des „Bayerischen Ärzteblattes“, Geschäftsführer der Arbeitsgemeinschaft zur Förderung der Krebs-

erkennung und Krebsbekämpfung in Bayern und als 2. Vorsitzender des Vereins zur Förderung der Aus- und Fortbildung in den medizinischen Hilfsberufen große Verdienste. Er hatte ganz wesentlichen Anteil an der Münchener Diabetes-Aktion 1967/68 und es ist im wesentlichen mit seiner Tatkraft zuzuschreiben, daß im Juli 1968 die Gynäkologisch-Onkologische Klinik Bad Trißl/Oberaudorf ihren Betrieb aufnehmen konnte, gefolgt von der Schloßbergklinik Oberstaufen 1969.

Am 6. April 1971 fanden seine Verdienste mit der Verleihung des Verdienstkreuzes 1. Klasse des Verdienstordens der Bundesrepublik Deutschland ihre wohlverdiente Anerkennung.

Aus gesundheitlichen Gründen mußte Dr. Reichstein am 1. April 1974 leider in den Ruhestand treten. Wir wünschen ihm deshalb zu seinem Geburtstag vor allem von Herzen eine Besserung seines Befindens!

Professor Dr. Sewering

Bundesverdienstkreuz

Mit dem Verdienstkreuz am Bande des Verdienstordens der Bundesrepublik Deutschland wurden ausgezeichnet:

Regierungsmedizinaldirektor Dr. Günter Apel, Emmering; Dr. Eugen Baum, Fürth-Burg; Oberfeldarzt Dr. Gerhard Beckmann, Maisach; Professor Dr. Dr. Siegfried Borelli, München; Stabsarzt Dr. Walter Kremser, Bad Tölz; Dr. Erwin Stetter, Amberg.

Professor Dr. Erwin Lauschner, Honorarprofessor für Luft- und Raumfahrtmedizin an der Technischen Universität München, wurde zum neuen Präsidenten der Internationalen Akademie für Luft- und Raumfahrtmedizin auf der Jahrestagung in Acapulco gewählt. Die Akademie, in der 36 Länder vertreten sind, hat ihren Sitz in Paris.

Dr. Ernst Theodor Mayer, 3. Vorsitzender des Ärztlichen Kreis- und Bezirksverbandes München, wurde in den Bayerischen Landesgesundheitsrat berufen.

Ernst-von-Bergmann-Plakette

Professor Dr. Alfons Lob

Für besondere Verdienste um die ärztliche Fortbildung verlieh der Vorstand der Bundesärztekammer Professor Dr. med. Alfons Maria Lob, Murnau, die Ernst-von-Bergmann-Plakette. Die Auszeichnung wurde ihm vom Vizepräsidenten der Bundesärztekammer, Dr. med. Horst Bourmer, auf der diesjährigen unfallmedizinischen Tagung des Landesverbandes Bayern der gewerblichen Berufsgenossenschaften überreicht.

Im November-Heft des „Bayerischen Ärzteblattes“, Seite 905, wurde das Wirken von Professor Lob anlässlich seines 75. Geburtstages von Professor Probst eingehend gewürdigt.

Dr. Karl Neresheimer

Anlässlich einer Mitgliederversammlung des Ärztlichen Kreisverbandes Miesbach am 10. Dezember 1975 in Weissach/Tegernsee überreichte Professor Dr. Sewering dem Wiesseer Arzt Dr. med. Karl Neresheimer die ihm vom Vorstand der Bundesärztekammer verliehene Ernst-von-Bergmann-Plakette.

Professor Sewering würdigte das langjährige Wirken von Dr. Neresheimer für die Wiesseer Fortbildungstage. Diese Fortbildung ist ein Werk des Professors Dr. Schittenhelm und des Dr. Schlaginweit. Dr. Neresheimer hat in vorbildlicher Weise mit viel Mühe und persönlichem Einsatz seit über 20 Jahren das Fortbildungswochenende in Bad Wiessee zu einer feststehenden Veranstaltung gemacht, was auch durch die hohen Besucherzahlen dokumentiert wird.

Professor Dr. Anton Oberniedermayr, em. Ordinarius für Kinderchirurgie der Universität München, wurde zum Ehrenmitglied der Deutschen Gesellschaft für Kinderheilkunde ernannt.

Dr. Walther Rulffs, Oberarzt am Institut für Physikalische Therapie der Städtischen Krankenanstalten Nürnberg, wurde die Ehrenplakette der Deutschen Gesellschaft für das Badewesen e. V. verliehen.

Fakultät

München – Universität

apl. Professor Dr. med. Gerrit *ten Bruggencate*, Abteilungsvorsteher am Physiologischen Institut, wurde zum „ordentlichen Professor“ ernannt.

apl. Professor Dr. med. Heinz Horst *Edel*, bisher Oberarzt an der I. Medizinischen Klinik, wurde zum Chefarzt der II. Medizinischen Abteilung des Städtischen Krankenhauses München Harlaching ernannt.

apl. Professor Dr. med. Fritz *Lampert*, Abteilungsvorsteher an der Kinderklinik, wurde unter Berufung in das Beamtenverhältnis auf Lebenszeit zum Professor an der Universität Gießen ernannt.

Zum „außerplanmäßigen Professor“ wurden ernannt: Privatdozent Dr. med. Eberhard *Bassenge*, wiss. Rat am Physiologischen Institut; Privatdozent Dr. med. Heinz-Dietrich *Bolte*, Leitender Oberarzt an der Medizinischen Klinik I im Klinikum Großhadern; Privatdozent Dr. Hanus *Papousek*, wiss. Assistent am Max-Planck-Institut für Psychiatrie, Abteilung Kinderpsychiatrie.

Privatdozent Dr. med. Uldarich *Büll*, wiss. Assistent an der Klinik und Poliklinik für Radiologie im Klinikum Großhadern, wurde unter Berufung in das Beamtenverhältnis auf Lebenszeit zum „Oberarzt“ ernannt.

Privatdozent Dr. med. Ernst *Kastenbauer*, Oberarzt an der Klinik und Poliklinik für Hals-, Nasen- und Ohrenkrankheiten, wurde zum „Leitenden Oberarzt“ ernannt.

Privatdozent Dr. med. Kei *Müller-Jensen*, bisher Oberarzt an der Augenklinik, wurde zum Direktor der Augenklinik der Städtischen Krankenanstalten Karlsruhe ernannt.

Privatdozent Dr. med. Georg Philipp *Schmidt*, wiss. Assistent an der Anatomischen Anstalt, wurde zum „Universitätsdozenten“ ernannt.

Zum „Wissenschaftlichen Rat“ wurden ernannt: Privatdozent Dr. med. Michael Frhr. *Hermes v. Lüdinghausen*, wiss. Assistent am Anatomischen Institut; Privatdozent Dr. med. Francisco José *Rubia*, wiss. Assistent am Physiologischen Institut.

Dr. med. Ilse *Coerdt*, Akademische Oberrätin an der Kinderchirurgischen Klinik, wurde zur „Akademischen Direktorin“ ernannt.

Dr. med. Birger *Konz*, wiss. Assistent an der Dermatologischen Klinik und Poliklinik, wurde unter Berufung in das Beamtenverhältnis auf Probe zum „Akademischen Rat“ ernannt.

Zum „Privatdozent“ wurden ernannt: Dr. med. Johannes *Beckert* für „Hygiene (Allgemeine-, Arbeits- und Sozialhygiene)“; Dr. med. Christine *Bender-Götze* für „Kinderheilkunde“; Dr. med. Günter *Burg* für „Dermatologie“; Dr. med. Jürgen-Hinrich *Greite* für „Augenheilkunde“; Dr. med. Dr. med. vet. Claus *Hammer* für „Experimentelle Chirurgie“; Dr. med. Manfred *Haslbeck* für „Innere Medizin“; Dr. med. Friedrich-Wilhelm *Schildberg* für „Chirurgie“; Dr. med. Hans *Versmold* für „Kinderheilkunde“; Dr. med. Heinz-Gerd *Zimmer* für „Physiologie“.

München – Technische Universität

Medizinaldirektor Dr. med. Hans *Schäfer*, Chefarzt der Chirurgischen Abteilung des Krankenhauses mit Rehabilitationsklinik für Rückenmarkverletzte, Hohe Warte, Bayreuth, wurde vom Bayerischen Staatsminister für Unterricht und Kultus der Titel eines „außerplanmäßigen Professors“ verliehen. Universitätsprofessor Dr. *Schäfer* wird weiterhin als Chefarzt in Bayreuth tätig sein.

Erlangen-Nürnberg

Privatdozent Dr. med. Friedrich Hermann *Meythaler*, Oberarzt an der Augenklinik mit Poliklinik, wurde zum „leitenden Oberarzt“ ernannt.

Privatdozent Dr. med. Gerhard *Neuhäuser*, Abteilungsvorsteher an der Kinderklinik, wurde in das Beamtenverhältnis auf Lebenszeit berufen.

Privatdozent Dr. Ing. Manfred *Spreng*, Wissenschaftlicher Rat am Institut für Physiologie und Biokybernetik, wurde zum „außerplanmäßigen Professor“ ernannt.

Bekanntmachungen

Bekanntmachung des Bayerischen Staatsministeriums für Arbeit und Sozialordnung vom 21. November 1975 – Nr. VII 4 – 5355/5 – 25/75 –

Bestellung von Landesärzten nach dem Bundessozialhilfegesetz

Gemäß § 126 des Bundessozialhilfegesetzes wurde anstelle von Professor Dr. Horst *Wullstein* als Landesarzt für Hör- und Sprachbehinderte für die Regierungsbezirke Oberfranken und Unterfranken bestellt:

Professor Dr. Walter *Kley*, Direktor der Universitätsklinik und Poliklinik für Hals-, Nasen- und Ohrenkrankheiten im Kopfklinikum, 8700 Würzburg, Josef-Schneider-Straße 11.

Nr. 1 Buchst. c der Bekanntmachung vom 10. Juni 1975 (StAnz Nr. 25 S. 6 – AMBl. S. 163) wird hiermit entsprechend geändert.

Besetzung des Landesberufsgerichts für die Hellberufe bei dem Bayerischen Obersten Landesgericht

Max *Willner*, Richter am Bayerischen Obersten Landesgericht, wurde mit Wirkung vom 1. Dezember 1975 auf die Dauer von fünf Jahren zum richterlichen Beisitzer des Landesberufsgerichts ernannt; ferner Friedrich *Mössner*, Richter am Bayerischen Obersten Landesgericht, mit Wirkung vom 1. Dezember 1975 auf die Dauer von fünf Jahren zum 2. Stellvertreter des richterlichen Beisitzers des Landesberufsgerichts.

Bruno *Romanovsky*, Richter am Bayerischen Obersten Landesgericht, wird mit Wirkung vom 1. März 1976 auf die Dauer von fünf Jahren zum 1. Stellvertreter des richterlichen Beisitzers des Landesberufsgerichts ernannt.

Äskulap und Pegasus

Dichterlesungen

Der Bundesverband Deutscher Schriftstellerärzte (BDSÄ) hat sich mit seiner Satzung verpflichtet, nach seinen Kräften zur Volksbildung beizutragen (s. „Bayerisches Ärzteblatt“ 4/1975, S. 264). Daß er dies auch wirklich tut, darüber wollen wir unsere Leser mit kurzen Berichten immer wieder unterrichten. Bei dieser Gelegenheit wollen wir darauf hinweisen, daß die Mitglieder des BDSÄ – insbesondere aber die unserer bayerischen Landesgruppe – gerne bereit sind, auf Veranlassung von Kollegen in Krankenhäusern, Altenheimen oder Volkshochschulen zu lesen. Entsprechende Wünsche sind an die Kollegen selbst oder an den Vorsitzenden der bayerischen Landesgruppe, Dr. med. Heinz Schauwecker, 8434 Berching, Egerlandstraße 4, zu richten, der dann das Notwendige veranlassen wird.

Nur wenn wir immer wieder an die Öffentlichkeit treten, können wir es glaubhaft machen, daß es uns wirklich nur um das Wohl des Menschen in unserer Gesellschaft und um seine Seele zu tun ist.

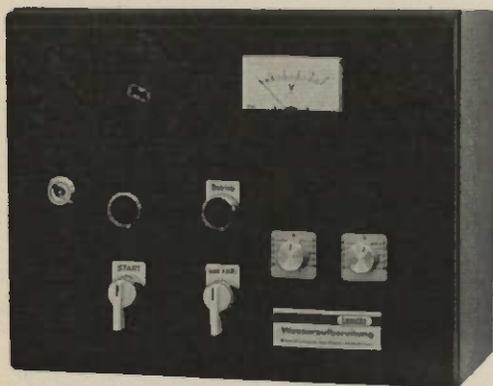
Dr. Robert Paschke, 8535 Emskirchen

Der Dichter-Arzt Heinz Schauwecker las in Schwabach aus eigenen Werken

Mit Liedern *Schauweckers* umrahmte Konzertsänger Franz *Mauderer*, Nürnberg, die Dichterlesung von Dr. med. Heinz *Schauwecker*, Berching, die am 4. Juni 1975 als Veranstaltung der Volkshochschule in Schwabach vor einem begeistert mitgehenden Auditorium stattfand. In seinen Begrüßungsworten hatte der Leiter der Volkshochschule, der Maler und Kunsthistoriker Heinrich *Mangold*, Schwabach, auf die enge Verbundenheit des Oberpfälzers *Schauwecker* mit Nürnberg und dem Frankenland hingewiesen, und die mit geschulter Stimme eines reinen Tenors vorgetragenen Lieder – der

Sänger begleitete sich selbst auf dem Flügel – gaben die rechte Einstimmung auf die Lesung des Dichters.

Schauwecker las zunächst die Erzählung eines Ereignisses, das sich innerhalb der Markgrafenstadt Schwabach abgespielt hat. Der Nürnberger Bildhauer Adam *Kraft* ist arm und einsam im Schwabacher Spital aus einer Welt geschieden, die er durch Kunstwerke von Ewigkeitswert reicher gemacht hat. Der Geist des Dichters sieht, wie dem Künstler in seinem letzten Stündlein noch einmal sein Sakramentshäuschen sichtbar wird, das – vom Meister und zwei Gesellen getragen – noch heute hochragend in der Nürnberger Lorenzkirche steht. Erstmals auf dem Sterbebett empfindet Meister *Kraft* rein körperlich die Schwere der Last, die er sich mit seinem Bildwerk auf die Schultern geladen hat. Er hört sich gerufen von seiner unglücklichen Frau, die von hartherzigen Gläubigern bedrängt aus ihrer letzten bescheidenen Wohnung vertrieben und ihrer gerade noch gebliebenen Habe beraubt werden soll.



ACHTUNG SCHWIMMBADBESITZER!

Hier ist sie, die vollautomatische pH- und Chlorwertüberwachung

Sauberes, kristallklares, hygienisch einwandfreies Badewasser ist bekanntlich nicht allein mit einem gut funktionierenden Schwimmbadfilter zu erzielen. Das Wasser muß auch keim- und bakterienfrei gehalten werden.

Nach der konventionellen Methode werden im privaten und halb-öffentlichen Bereich Chemikalien zur Wasserentkeimung, Algenverhütung und zur pH-Wert-Regulierung verwendet, die entweder von Hand oder über zeitgesteuerte Dosierpumpen dem Wasser zugegeben werden.

Dies erfordert letztlich stets eine manuelle Nachkontrolle der zugesetzten Chemikalien mit dem Handprüfgerät für Chlor und pH-Wert. Meist bleibt es nur dem Zufall überlassen, die Chemikalien so zu dosieren, daß hinterher das Badewasser gerade die richtigen Meßergebnisse zeigt. Das ist auch der Grund, weshalb Schwimmbadbesitzer immer wieder über Geruchsbelästigung sowie Haut- und Augenreizungen klagen.

Durch die Verwendung integrierter Elektronik ist es erstmals möglich, ohne jegliche manuelle Eingriffe konstante Chlor- und pH-Werte einzuhalten.

Die Regulierung des pH-Wertes erfolgt durch Kohlensäure, so daß das Wasser seine Natürlichkeit behält und nicht durch zusätzliche Salze belastet wird.

Durch die Genauigkeit der Messung kann die Konzentration des Desinfektionsmittels in so engen Grenzen gehalten werden, daß eine Geruchsbelästigung ausgeschlossen wird. Dadurch wird der Verbrauch von Desinfektionsmitteln auf ein Minimum herabgesetzt.

Bitte fordern Sie ausführliche Unterlagen an; wir beraten Sie aber auch gerne persönlich und für Sie unverbindlich. Anruf genügt.

LEMCKE-
Werksvertretung Süd



Seufert+Fink
Schwimmbadbau

GmbH & Co., Vertriebs KG.
8021 Beierbrunn, Oberdillinger Straße 27
Telefon (0 89) 7 93 33 34

Band 39 der von der Bayerischen Landesärztekammer herausgegebenen Schriftenreihe steht unseren Kollegen kostenlos zur Verfügung.

Dieser Band enthält Referate von der 8. Internationalen Wissenschaftlichen Tagung des Bayerischen Sportärzte-Verbandes e. V.

„Sportmedizin modern“ Präventive Medizin – Rehabilitation

Interessenten können Bestellungen an die Schriftleitung des „Bayerischen Ärzteblattes“, 8000 München 80, Mühlbeurstraße 16, unter Beifügung von DM 1,- in Briefmarken als Schutzgebühr, richten.

Aber Meister Adam kann seinen Platz nicht verlassen; er weiß, daß die Gesellen, auf sich allein gestellt, das hehre Kunstwerk nicht tragen können, und daß es zusammenstürzen wird, wenn er seinen Platz verlassen wird. Da reift in ihm der Entschluß, auf dem selbstgewählten Platze auszuharren, was mit der tröstenden Erkenntnis gelohnt wird, daß nicht er es ist, der hier trägt, sondern daß sein Werk, so wie er selbst und die ganze Welt, getragen wird von dem Einen, der nun auch ihn in Gnaden aufnehmen wird.

Dann las Schauwecker von einem nach Art und Entstehung völlig andersartigen Bildwerk, das er auf seiner Reise nach Japan gesehen hat, in Hiroshima, wo durch die Atombombe das in langen Kriegsjahren verhärtete Gewissen der Welt aufgeschreckt wurde, nachdem ungezählte Menschenleben in Sekundenschnelle zerstört, aber doch nicht restlos ausgelöscht wurden. Da prangt an einer Mauer das Schattenbild eines Menschen, nicht von Künstlerhand geschaffen und nicht zur Erbauung konzipiert. Ich kannte eine Mutter, die in einer Bombennacht in Nürnberg mit dem eigenen Leib das Leben ihres Kindes schützte und es sterbend vor dem Untergang rettete. In Hiroshima aber wer keine Zeit mehr für überlegtes oder auch instinktives Handeln. Mitten aus dem Leben wurde dieser Mensch gerissen und ward ungewollt zum Schutz für ein wertlos gewordenes Stück Hauswand, wäh-

rend er selbst in Staub zerfiel. Hatte das romantische Dichterauge Adalbert von Chamisso seinen Peter Schlemihl als Menschen ohne Schatten gesehen, so sah der Arzt Schauwecker hier einen menschlichen Schatten, zu dem kein Mensch mehr gehört, geschehen im bisher unromantischsten Augenblick der Weltgeschichte, aber dem nüchternen Auge deutlich sichtbar.

Dann strebte die Lesung dem Höhepunkt zu, als Schauwecker die in gebundene Form gefaßte Schilderung vom Wesen des dichtenden Arztes, des heilenden Schriftstellers, vortrug. Es ist – wie er sich ausdrückt – die gleiche Hand, die im richtigen Augenblick die lebenserhaltende Operation durchführt, um das Leben des Menschen zu verlängern und vor sofortigem Verfall zu bewahren, und die gleiche Hand, die Gedanken zu Papier bringt, die Ewigkeitswert besitzen können. Es ist die gleiche Stirn, hinter der zum Wohle eines Kranken rasche Entschlüsse gefaßt werden müssen, hinter der aber auch Gedanken geboren werden, die zur Beglückung und Gesundheit der ganzen Menschheit geeignet sind. Und es ist das gleiche Herz, das Mitleid fühlt mit dem schmerzgeplagten einzelnen, das aber in Liebe mit seinem Volk und mit allen Menschen verbunden ist. – Tief ergriffen lauschten alle den Worten der Selbstdarstellung des im Herzen so jung gebliebenen Menschen, der jedem, der bei ihm ist, vergessen läßt, daß Schauwe-

cker bereits ins neunte Lebensjahrzehnt eingetreten ist.

Dann ließ der Dichter die Zuhörer teilhaben an seinen Reiseerlebnissen, als er über Jerusalem las und über den Stillen Ozean. Schließlich führte er uns in seine oberpfälzische Heimat und ließ uns den Pferdemarkt in Berching miterleben. Wer hörte da nicht das Wiehern und Stampfen der Rosse, das Feilschen der Händler und wer genoß nicht den einladenden Duft von gutem Essen, der aus den offenen Fenstern der Wirtshäuser drang.

Mit einigen Liedern, begeistert und begeistert vorgetragen von Franz Mauder ging die Dichterlesung zu Ende. Von der Gelegenheit, Bücher des Dichters zu erwerben, machten die Anwesenden in großer Zahl Gebrauch, und Schauwecker ließ es sich nicht nehmen, jedem zu seinem Autogramm ein Wort der Erinnerung auf die Titelseite zu schreiben.

Anschließend saß Schauwecker noch mit seinen Schwabacher Freunden zu einem gemütlichen Gespräch im „Bären“ beisammen. Er erzählte uns von seinen Erlebnissen aus der Erlanger Studentenzeit. Als Vorsitzender des Sonderhäuser Verbandes Akademischer Sängerverbindungen nahm er teil an der Gründungsveranstaltung der Sängerverbindung Arion Dresden, die mit einem Festzug mit den Verbindungsfahnen durch Dresden erklang. Gefährlicher schien es, als er als Erlanger ASTA-Vorsitzender an der Spitze der Erlanger Korporationen vor das Rathaus zog, um gegen Störungen der Vorlesungen zu protestieren, obgleich der Soldatenrat gedroht hatte, auf die Demonstranten zu schießen. Schließlich öffneten sich aber die Fenster und die Mädchen winkten den Studenten zu.

– Das war vor 57 Jahren!

Dr. med. habil. A. Engelhardt,
8541 Büchenbach



RECORSAN-LIQUID.

Rein phytologisches Kardiotonicum für die kleine Herztherapie
Crataegus-Adonistherapie des Altersherzens

Altersherz, coronare Durchblutungsstörungen, Apoplexieprophylaxe
Hochdruckherz, Gastrokard. Syndrom.

In 100 ml: Rutin solub. 0,6 g. Alkohol. Auszüge aus: Crataegus 37,5 g. Adonis,
Visc. alb. ää 2,7 g. Apium grav. Auricul. ää 7,3 g. Val. 13 g. Cola 4,3 g. · 30 ml DM 5,40

Recorsan-Gesellschaften Gräfelfing und Lüneburg

Kongresse

Bayerische Akademie für Arbeits- und Sozialmedizin

vom 2. bis 27. Februar 1976
A-Kurs für Arbeitsmedizin

vom 15. bis 26. März 1976
Arbeitsmedizinischer Fortbildungskurs

vom 29. März bis 2. April 1976
Tagung „Epidemiologie und epidemiologische Methodik I und II“

Auskunft:
Bayerische Akademie für Arbeits- und Sozialmedizin, 8000 München 22, Pfarrstraße 3, Telefon (0 89) 21 8 41

HNO-Fortbildungsseminar am 7. Februar 1976 in Erlangen

Programm: Praktische Kurse in Audiologie, Neurotologie, Phoniatrie, Endoskopie I (Nase und Nebenhöhlen), Endoskopie II (Rachen und Kahlkopf).

Auskunft:
Professor Dr. M. E. Wigand, 8520 Erlangen, Waldstraße 1, Telefon (0 91 31) 85 31 41

Ärztliche Sofortmaßnahmen am Unfallort

am 7./8. Februar 1976, 13./14. März 1976,
8./9. Mai 1976, 16./17. Oktober 1976,
6./7. November 1976 in Delsenhofen bei München

Leitung: Dr. Haynen

Zeit: Die Lehrgänge beginnen samstags um 12.30 Uhr und enden sonntags um 12.15 Uhr.

Ort: Landesschule des BRK, Deisenhofen bei München, Linienstraße 53-55

Auskunft und Anmeldung:
Bayerisches Rotes Kreuz, Medizinalabteilung, 8000 München 22, Wagnmüllerstraße 16, Telefon (0 89) 22 33 21

Kurs für Laborheifer(innen) vom 15. bis 26. März 1976 in Nürnberg

Leitung: Dr. Weidemann, Nürnberg

Teilnahmevoraussetzung:
Nachweis einer dreijährigen praktischen Tätigkeit im Laborbereich

Auskunft und Anmeldung:
Bayerische Landesärztekammer, 8000 München 80, Mühlbauerstraße 16, Telefon (0 89) 41 47 - 278

26. Lindauer Psychotherapiewochen vom 26. April bis 8. Mai 1976 in Lindau

Leitung: Privatdozent Dr. H. Stolze, München

Leitthema: Frühe Beziehungsstörungen und ihre Auswirkungen

Für die Teilnahme ist eine vorherige Anmeldung erforderlich.

Auskunft:
Sekretariat der Lindauer Psychotherapiewochen, 8000 München 2, Orlandostraße 8/IV, Telefon (0 89) 22 39 96

Fortbildungsveranstaltungen der Bundesärztekammer 1976

7. – 20. März 1976 in Badgastein:
XXI. Internationaler Fortbildungskongreß
Thema: Technische Weiterentwicklung der ärztlichen Praxis

8. – 20. März 1976 in Davos:
XXIV. Internationaler Fortbildungskongreß
Thema: Technische Weiterentwicklung der ärztlichen Praxis

12. – 24. April 1976 in Meran:
VIII. Internationaler Seminarkongreß für praktische Medizin
Thema: Jugend und Alter aus der Sicht der praktischen Medizin

23. Mai – 5. Juni 1976 in Montecatini Terme:
XIV. Internationaler Fortbildungskongreß (Seminarkongreß)
Thema: Immunologie als interdisziplinäre Brücke

30. Mai – 12. Juni 1976 in Grado:
XXIV. Internationaler Fortbildungskongreß
Thema: Immunologie als interdisziplinäre Brücke

19. – 31. Juli 1976 in Davos:
VI. Internationaler Seminarkongreß für praktische Medizin
Thema: Prävention, Therapie, Rehabilitation

23. August – 4. September 1976 in Maran:
XXIV. Internationaler Fortbildungskongreß
Thema: Pharmakotherapie in der Praxis

29. August – 11. September 1976 in Grado:
X. Internationaler Seminarkongreß für praktische Medizin
Thema: Rationelle Diagnostik und Therapie in der ärztlichen Praxis

Auskunft:
Kongreßbüro der Bundesärztekammer, 5000 Köln 41, Postfach 41 02 20

ZUSAMMENSETZUNG: In 100 g Salbe: Arnica 9,15 g, Calendula 9, Hamamelis 9, ana 0,45 g, Echinacea angustifolia 9, Echinacea purpurea 9, Chamomilla 9, ana 0,15 g, Symphytum 9, Bellis perennis 9, ana 0,1 g, Hypericum 9, Millefolium 9, ana 0,09 g, Aconitum D 1, Belladonna D 1, ana 0,05 g, Aristolochia Clematis 9, Mercur solub. Hahnem. D 1, ana 0,04 g, Hepar sulfur. D 1 0,025 g.
ANWENDUNG: Salbe mehrmals täglich einreiben oder auftragen.
HANDELSFORM UND PREISE (incl. MwSt.) Preisänderungen vorbehalten. Salbe (Reg.-Nr. 49 962)
Salbe zu 21 g DM 3,65 - Salbe zu 84 g DM 12,-
Weitere Darreichungsformen von Traumeel: Ampullen zur Injektion - Tropfen und Tabletten zum Einnehmen.

für offene und stumpfe Traumen
Hämatome, Prellungen,
Distorsionen

Traumeel[®]-Salbe

zur Therapie posttraumatischer und
postoperativer Weichteilschwellungen

Biologische Heilmittel Heel GmbH
Baden-Baden

-Heel

Schnell informiert

Bekanntmachung des Bayerischen Staatsministeriums des Innern vom 7. November 1975 — Nr. IZ 4 — 5135/1 — 7/75 —

Stellenausschreibung für den öffentlichen Gesundheitsdienst

Im öffentlichen Gesundheitsdienst sind Stellen für *beamtete* Ärzte zu besetzen, und zwar im *amtsärztlichen* Dienst Stellen für ärztliche Mitarbeiter bei den *Staatlichen Gesundheitsämtern* Ansbach, Aschaffenburg, Bad Naustadt a. d. Saale, Bamberg, Bayreuth, Cham, Coburg, Dacheu, Dingolfing, Eichstätt, Erlangen, Forchheim, Fürstenfeldbruck, Fürth, Haßfurt, Hof, Karlstadt, Kelheim, Kulmbach, Lauf a. d. Pegnitz, Miltenberg, München, Neumarkt i. d. Opf., Neu-Ulm, Pfarrkirchen, Regan, Roth bei Nürnberg (Dienststalla Schwabach), Schwandorf (Dienststalla Burglengenfeld), Straubing, Weiden, Würzburg, Wunsiedel;

im *tuberkulosefürsorgeärztlichen* Dienst (Lungenfachärzte und Internisten mit der Teilgebietsbezeichnung Lungen- und Bronchialheilkunde, ferner Internisten oder Radiologen mit Erfahrungen auf dem Gebiet der Lungenerkrankheiten) bei den *Staatlichen Gesundheitsämtern* Donauwörth, Hof, Landshut, Miltenberg, Neu-Ulm, Pfarrkirchen, Regensburg, Würzburg;

als *Röntgenschirmbildarzt* (fachliche Voraussetzungen wie im tuberkulosefürsorgeärztlichen Dienst) bei den *Regierungen* in Ansbach, Augsburg, Bayreuth;

im *landgerichtsarztlichen* Dienst (mit selbständiger Tätigkeit in gerichtlicher Psychiatrie und gerichtlicher Medizin), und

zwar Chefstellen (A 15): Amberg, Deggendorf, Memmingen, Weiden i. d. Opf.; sonstige Stellen: Aschaffenburg, Augsburg, Kempten, München, Nürnberg, Regensburg, Traunstein.

Es können sich auch Ärzte bewerben, die erst kurze Zeit approbiert sind.

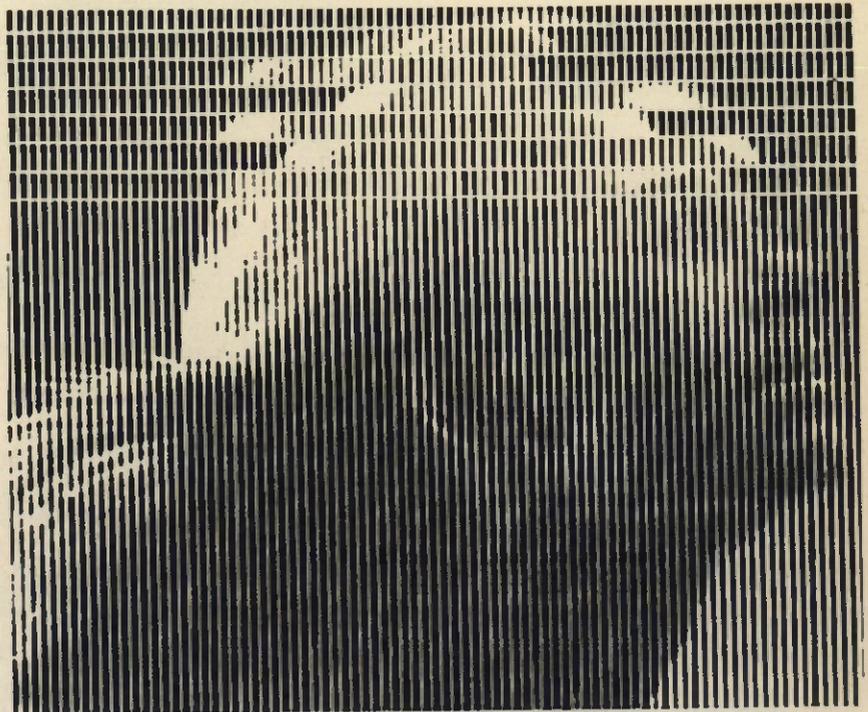
Der öffentliche Gesundheitsdienst bietet den Ärzten vielfältige und interessante Aufgaben mit der Möglichkeit, den jeweiligen besonderen Neigungen weitgehend Rechnung zu tragen. Den Ärzten wird auf Kosten des Dienstherrn eine umfassende Fortbildung auf den verschiedensten Gebieten vermittelt, z. B. Umwelthygiene, Verhütung und Bekämpfung übertragbarer Krankheiten, öffentliche Impfungen, Sozialhygiene (Jugendgesundheitspflege, Beratung Behinderter, soziale Psychiatrie), Gesundheitsförderung, ärztliche Gutachtertätigkeit usw.; Fortbildungskurse vertiefen das Fachwissen; auch klinische Fortbildung ist möglich.

Bewerber, die schon Beamte sind und die Amtsarztprüfung abgelegt haben, werden als Beamte übernommen. Die übrigen Bewerber werden zunächst als Angestellte (BAT) eingestellt.

Die Teilnahme am Amtsarztlehrgang ist kostenlos. Während des Lehrgangs laufen die Dienstbezüge weiter; daneben wird Trennungsgeld gezahlt. Nach der Amtsarztprüfung erfolgt die Übernahme in das Beamtenverhältnis. Die Laufbahn reicht vom Medizinalrat (A 13) bis zum Leitenden Medizinaldirektor (A 16).

Trennungsgeld und Umzugskostenvergütung werden gewährt. Staatsbedienstetenwohnungen werden nach Möglichkeit vermittelt. Privatpraxis (ohne gesetzliche Krankenkassen) und vertrauensärztliche Nebentätigkeiten werden genehmigt.

Vasomotorische Kopfschmerzen, Migräne, Wetterfühligkeit?



Indikationen:

Alle Formen von Kopfschmerzen, die ihre Ursache in funktionellen Störungen im Bereich des Gefäßsystems der A. carotis haben, d. h. vasomotorische Kopfschmerzen (Cephalaea vasomotorica), Migräne sowie Kopfschmerz bei Föhn und Wetterwechsel.

Kontraindikationen:

Schwere Leber- und Nierenfunktionsstörungen, schwere Myokardschäden, Zustände, die mit Atemdepressionen einhergehen, Husten mit Gefahr der Sekretstauung, Lungenemphysem, Asthma bronchiale, chronische Obstipation, genetisch bedingter Mangel an Glucose-6-Phosphat-Dehydrogenase (Symptom: hämolytische Anämie), Porphyrie, akute Alkohol-, Schlafmittel-, Analgetika- und Psychopharmakaintoxikationen.

Zusammensetzung:

	Tabletten	Suppositorien
Dihydroergotamin tartrat	0,5 mg	1,5 mg
4-Acetylamino phenol	400,0 mg	400,0 mg
Codeinphosphat	10,0 mg	20,0 mg
Amobarbital	30,0 mg	50,0 mg
Coffein	100,0 mg	100,0 mg

Bewerbungen und jederzeit mögliche Anträge auf unverbindliche Vormerkung für künftig freiwerdende Stellen werden erbeten an:

Bayerisches Staatsministerium des Innern, 8000 München 22, Odeonsplatz 3, Telefon (0 89) 21 92 – Durchwahl 655

Satzungsänderung im Deutschen Ärztinnenbund

Die 14. Mitgliederversammlung des Deutschen Ärztinnenbundes e.V. hat im Rahmen einer Satzungsänderung beschlossen, auch Zahnärztinnen in den Verband aufzunehmen. Anlässlich dieser Tagung trat die Bundestagsabgeordnete Dr. Hanna Neumeister als erste deutsche Zahnärztin in den Deutschen Ärztinnenbund ein.

Sozialpädiatrie in der Fortbildung

Der Deutsche Ärztinnenbund e.V. bat die Bundesärztekammer und die Landesärztekammern, das Fachgebiet der Sozialpädiatrie in ihre Fortbildungsprogramme aufzunehmen und zu fördern. Die Zunahme verhaltensgestörter Kinder und die immer häufiger zutage tretenden Schulschwierigkeiten, die bereits zum Gegenstand einer Entschließung des 78. Deutschen Ärztetages geworden sind, machen es notwendig, daß die Ärzteschaft mit den Erkenntnissen dieses Fachgebietes unverzüglich und kontinuierlich vertraut gemacht wird. Nur so kann sie ihrer Aufgabe der begleitenden ärztlichen Betreuung von Schulkindern auch aus diesem Aspekt gerecht werden.

Ludwig-Heilmeyer-Medailles 1975 verliehen

Die Ludwig-Heilmeyer-Medailles, von der Beyer AG 1969 gestiftet, wurden 1975 auf der Jahrestagung der Deutschen Gesellschaft für Fortschritte auf dem Gebiet der Inneren Medizin in Freiburg verliehen.

Mit der Ludwig-Heilmeyer-Medaille in Gold wurde Professor Dr. Dr. h. c. Hans Erhard Bock, Tübingen, in Würdigung seiner außerordentlichen Verdienste auf den Gebieten der Inneren Medizin, der Hämatologie und der ärztlichen Fortbildung ausgezeichnet.

Die Medaille in Silber, verbunden mit einem Geldbetrag von DM 6000,-, erhält Privatdozent Dr. Gustav G. Bez, Koblenz, für seine Arbeit „Klinische Pharmakologie und Plasmaspiegel von Scilla- und Digitalis-Glykosiden“.

Arthur-Peppenheimer-Preis 1975 verliehen

Anlässlich der gemeinsamen Tagung der deutschen und der österreichischen Gesellschaft für Hämatologie erhielt Privatdozent Dr. med. Rupert Engelhardt, Medizinische Universitätsklinik Freiburg, für seine Arbeit „Zum Aggregationsverhalten von Proteinen der Erythrozytenmembran“ den Arthur-Peppenheimer-Preis 1975.

Für hervorragende Arbeiten auf dem Gebiet der Hämatologie wird dieser wissenschaftliche Preis von der Deutschen Gesellschaft für Hämatologie ausgeschrieben und von den Nordmerck-Werken mit einem Geldbetrag dotiert.

(Fortsetzung Seite 61)

Ergo-Lonarid®

tonisiert
die Hirngefäße

harmonisiert
das Vegetativum

befreit
vom Schmerz



Besondere Hinweise:

Die maximale Tagesdosierung beträgt bei Erwachsenen und Jugendlichen 6 Tabletten bzw. 3 Suppositorien. In der Schwangerschaft sowie bei Angina pectoris, Koronarsklerose, arteriellen Durchblutungsstörungen, schweren Leber- und Nierenerkrankungen sollte die Dosierung möglichst niedrig gehalten werden. Ergo-Lonarid sollte wie alle Analgetika – nicht kontinuierlich über längere Zeit angewandt werden.

Packungen:	R. A. T.
20 Tabletten	OM 7,-
50 Tabletten	OM 15,30
10 Suppositorien	OM 9,35
Klinikpackungen	

Boehringer
Ingelheim



Weißblaue Politik im Zeichen des Rotstifts

Was sich bei der Aufstellung des Doppelhaushalts 1975/76 im vergangenen Frühjahr bereits abzeichnete, wurde am Jahresende vollends deutlich: Auch in Bayern bestand Politik immer mehr in einem Ringen um den Anteil an der immer schmäler werdenden Finanzmasse; je weiter das Jahr fortschritt, desto mehr ging es schließlich darum, von der Sparkur nicht über Gebühr betroffen zu werden, die Finanzminister Ludwig Huber dem Kabinett und dem Freistaat verordnete.

Bei der ersten – von der Landtagsopposition abgelehnten – Novellierung des Haushaltsgesetzes waren sich alle Seiten darin einig, daß die konjunkturbedingten Steuerausfälle von 900 Millionen DM in Bayern und die 300 Millionen DM Minder-einnahmen durch die Umsatzsteuer-neuverteilung, dieses 1,2 Milliarden-Mark-Loch im bayerischen Staats-säckel also, mit neuen Krediten gestopft werden soll. Dagegen sorgte für Konfliktstoff der neue Artikel 6 c des Haushaltsgesetzes. Er bestimmt u. a. nämlich, daß ein Drittel aller zwischen 1976 und 1978 freiwerdenden Positionen im öffentlichen Dienst gesperrt und dann eingezogen werden müssen. Wie diese wegfallenden Stellen zu verteilen sind und welche Ausnahmen zugelassen werden, regelt das Finanzministerium im Einvernehmen mit den obersten Dienstbehörden. Diese Ermächtigung erschien sowohl der Bayerischen Senat als auch der Landtagsopposition verfassungsrechtlich bedenklich. Man befürchtete eine „Entmachtung des Parlaments“ und forderte, die Verteilung und die Ausnahmen einvernehmlich mit dem Landtag zu regeln. Staatsregierung und CSU sahen demgegenüber keine Eingriffe in das Budgetrecht; im Gegenteil, der Gesetzgeber sei von der Sache her gehindert, über die Ausnahmen zu befinden. Dies sei Sache der Verwaltung, deren Entscheidungen ja nachträglich geändert werden könnten. Proteste von anderer Seite löste die Vorschrift aus, daß das Beamtenverhältnis von wissenschaftlichen Assistenten nicht mehr über sechs Jahre hinaus verlängert werden kann: Vor hundertern von Assistenten und Professoren der Münchener Universitäten stellte der Finanzminister bei der Beratung

im Haushaltsausschuß des Landtags dann aber klar, daß man damit nur Mißbräuchen vorbeugen, nicht aber die bisherige Praxis ändern wolle.

Turbulente Szenen im Landtag gleich nach dem Ende der parlamentarischen Sommerpause und Schlagzeilen über die Kontroverse zwischen den Staatsministern Ludwig Huber und Hans Maier wegen der Kürzungen im Kultusetat begleiteten die Diskussion um den Sparhaushalt 1976, durch den das Etatvolumen von 24,5 Milliarden auf 24,1 Milliarden DM verringert wird. Rund 700 Millionen DM, davon allein 416 Millionen DM im Kultusetat, will Huber streichen und das gleichzeitig noch verbleibende Defizit von 1,4 Milliarden DM mit Schulden decken. Dabei soll sich allerdings die Ermächtigung der Staatsregierung, Kredite aufzunehmen, wie 1975 auch heuer auf rund 3,3 Milliarden DM erstrecken. Mit der zweiten Novelle des Haushaltsgesetzes will man das Personal im öffentlichen Dienst wesentlich verringern, wobei andererseits die Bereiche öffentliche Sicherheit, Schulen, Hochschulen und Hochschulkliniken spürbare Stellenmehrungen zu verzeichnen haben. Der neue Etat 1976 hat so noch über 3900 zusätzliche Stellen. Im staatlichen Hochbau plant der Freistaat rund 160 Millionen Mark einzusparen, gleichzeitig will man aber den weiteren Ausbau der Bayreuther Universität, der Gesamthochschule Bamberg und Fortschritte beim Zahnklinikum und Klinikum in Regensburg, aber auch bei der Universität Passau sicherstellen.

Mit dem Nachtragsetat 1976 hat die Staatsregierung im Landtag auch den Entwurf eines Finanzplanungsgesetzes vorgelegt, mit dem noch

heuer rund 74 Millionen DM eingespart werden sollen. Von 1977 an sollen es dann pro Jahr sogar etwa 126 Millionen DM sein. Über zwei Drittel der Einsparungen nach diesem Gesetz werden mit Kürzungen bei staatlichen Leistungen im Kultusbereich erzielt. Betroffen sind die Ausbildungs- und die Begabtenförderung, der Denkmalschutz, die Lernmittelfreiheit, insbesondere aber die Schulwegkostenfreiheit, wo man rund die Hälfte der 74 Millionen DM gewinnen will. An diesen Punkten setzte denn auch die Kritik der Opposition an, die den Sparetat als „familienfeindlich“ bewertete, der die Lasten einseitig verteile. Von Regierungsseite wurde der Vorwurf der „sozialen Demontage“ zurückgewiesen und gleichzeitig betont, sämtliche Pflichtschulwege blieben ja kostenfrei.

Bei der Vorlage der Sparmaßnahmen im Maximilianeum schloß Minister Huber für 1976 eine Erhöhung der Krankenhausumlage aus. Er teilte weiter mit, daß der Verfügungsrahmen für den Krankenhausbau um zehn Millionen DM angehoben werden soll. Das Finanzministerium hat übrigens kurz vor dem Jahresende noch im Vorgriff auf die Förderleistungen nach dem Krankenhausfinanzierungsgesetz 115 Millionen DM ausgezahlt, um den Bauträgern kostspielige Zwischenfinanzierungen zu ersparen. Insgesamt sind die Mittel für das Krankenhausfinanzierungsgesetz gegenüber dem ursprünglichen Haushaltsansatz von 785 Millionen DM nunmehr im Nachtragsbudget auf 745 Millionen DM herabgesetzt worden. Dem Sozialbereich stehen zwar heuer gegenüber dem Vorjahr noch 20 Millionen DM mehr zur Verfügung, allerdings blieb auch er nicht von Kürzungen verschont. Am Landesplan für Altenhilfe wurden 4,2 Millionen DM, bei der Jugendwohlfahrt 1,6 Millionen DM und bei den Förderungen für Behinderte und für sozial Gefährdete sogar 5,8 Millionen DM gestrichen.

Trotz aller Streichungen im neuen Staatshaushalt birgt auch er nach den Worten des Finanzministers noch Risiken: Er setze ein reales Wachstum des Bruttosozialprodukts von fünf Prozent, eine Lohnsteu-erzuwachsrate von rund fünfzehn Prozent und auch bei den Personalausgaben „vernünftige Zuwachsraten“ bei Löhnen und Gehältern voraus.

Michael Gscheidle

E.-K.-Frey-Preis für 1974 und 1975 verliehen

Der von der Bayer AG 1969 für grundlegende wissenschaftliche Arbeiten auf dem Gebiet der internistischen Intensivmedizin gestiftete und mit DM 10 000,- dotierte E.-K.-Frey-Preis wurde anlässlich der Jahrestagung der Arbeitsgemeinschaft für Internistische Intensivmedizin in Gießen verliehen. Den E.-K.-Frey-Preis 1974 erhielt der englische Wissenschaftler Mr. John Trapnell, F. R. C. S. Bournemouth, für seine jahrelange Forschung auf dem Gebiet der Pankreaserkrankungen, vor allem der akuten Pankreatitis und ihrer Therapie. Der Preisträger des E.-K.-Frey-Preises 1975 ist Privatdozent Dr. med. Hans-Jörg Augustin, Hamburg, für seine Untersuchungen über die Wirkungen vasoaktiver Substanzen auf die Funktionen der Niere.

Paul-Martini-Medaille verliehen

Die Paul-Martini-Medaille in Gold für besondere Verdienste um die klinische Pharmakologie wurde von der Paul-Martini-Stiftung der Medizinisch Pharmazeutischen Studiengesellschaft a. V. (Frankfurt) an Professor Dr. med. Friedrich Hartmut Dost, Gießen, verliehen. Der Direktor der Universitäts-Kinderklinik Gießen hat die Pharmakokinetik, die Lehre von den Veränderungen arzneilich wirksamer Stoffe im Organismus, als neues wissenschaftliches Gebiet begründet und damit einen wesentlichen Beitrag zur Entwicklung der Arzneimittelforschung geleistet.

Fortschritt und Fortbildung in der Medizin

Interdisziplinärer Zentralkongress vom 11. bis 16. Oktober 1976 in Köln

Die Bundesärztekammer wird unter maßgeblicher Mitwirkung ihres Wissenschaftlichen Beirates und des Deutschen Senats für ärztliche Fortbildung sowie der medizinisch-wissenschaftlichen Redaktion des „Deutschen Ärzteblattes“ erstmals einen Interdisziplinären Zentralkongress „Fortschritt und Fortbildung in der Medizin“ vom 11. bis 16. Oktober 1976 in Köln veranstalten. Ziel dieses Kongresses ist es, Weg und Zeit zwischen herausragenden Neuerkenntnissen im Bereich der einzelnen Fachdisziplinen und dem Arzt in Klinik und Praxis abzukürzen und dabei eine Gesamtschau über das Fach hinaus zu ermöglichen.

Die Ergebnisse werden während dieses Kongresses vom Wissenschaftlichen Beirat der Bundesärztekammer und dem

Deutschen Senat für ärztliche Fortbildung beraten, nachdem vorher über die wesentlichen Neuerkenntnisse aus den einzelnen medizinischen Disziplinen von Referenten in Zusammenarbeit mit den medizinischen Fachgesellschaften berichtet worden ist. Die wichtigsten Neuerkenntnisse können damit sofort thematisiert und Programm der Fortbildungskongresse der Bundesärztekammer und die Fortbildungsveranstaltungen regionaler und lokaler Ärztekammern wesentlich beeinflussen.

Hartmannbund schreibt „Friedrich-Thieling-Preis 1975/76“ aus

Für eine wissenschaftliche Arbeit aus dem Bereich „Umweltschutz aus gesundheitspolitischer Sicht“ vergibt der Verband der Ärzte Deutschlands (Hartmannbund) seinen „Friedrich-Thieling-Preis 1975/76“. Ausgezeichnet werden ein Aufsatz, ein Buch oder eine Broschüre, die in der Zeit vom 1. Januar 1975 bis 31. Dezember 1976 veröffentlicht wurden oder werden. Es können auch Spezialthemen aus dem Bereich des Generalthemas ausgezeichnet werden. Der Preis ist mit DM 5 000,- dotiert.

Teilnahmebedingungen können beim Hartmannbund in 5300 Bonn-Bad Godesberg, Kölner Straße 40-42, angetordert werden.

Erlanger Förderungspreis 1976

Die Jacques-Pfimmer-Gedächtnisstiftung, Erlangen, schreibt hiermit den Erlanger Förderungspreis in Höhe von DM 20 000,- aus.

Dieser Preis soll jährlich zur Förderung des wissenschaftlichen Nachwuchses, in der Regel an Bewerber im Alter unter 40 Jahren, vergeben werden.

Die zur Bewerbung einzureichende Arbeit, welche publiziert oder zur Publikation angenommen sein muß, soll sich mit einem Thema befassen, das aus der ganzen Breite der Ernährung entnommen ist (maximal 15 Schreibmaschinenseiten Text, ausschließlich Abbildungen).

Einsendeschluß: 31. Mai 1976

Über die Vergabe des Preises entscheidet ein Gutachterausschuß, der aus deutschen Hochschullehrern besteht.

Bewerbungen sind zu richten an den Beauftragten des Gutachterausschusses: Professor Dr. Dr. Konrad Lang, 7812 Bad Krozingen, Schwarzwaldstraße 71

Passiorin Dragees

1 Dragee enthält:

Extr. Passiflor. incarnat. spir. alcc.	60.0 mg
Extr. Sclis equos alcc.	133.0 mg
Extr. Cretaeg. spir. alcc.	12.0 mg
Aneurin	0.3 mg

Passatorn liq.

Extr. Passiflor. incarnat. fl.	10 Vol. %
Extr. Sclis equos spiss.	5 Vol. %
Tinct. Cretaeg. oxyacanth.	11 Vol. %

Bei Angst-, Spannungs- und Unruhezuständen, als Tagessedativum:

1-2 Teelöffel bzw. 2-3 Dragees 3 mal täglich

Bei Einschlafstörungen: 2-4 Teelöffel bzw. 3-6 Dragees vor dem Schlafengehen

Keine Kontraindikationen und Nebenwirkungen bekannt.

Passiorin Dragees:

Packung mit	50 Dragees	DM 4.25
Kurpackung mit	250 Dragees	DM 16.-

Passiorin liq.:

Flasche mit ca.	100 ml	DM 6.70
Kurpackung mit ca.	500 ml	DM 27.50

Bei Angst-, Spannungs- und Unruhezuständen, als Tagessedativum.

SIMONS CHEMISCHE FABRIK · Gauting bei München



Passiorin®

Gesundheitspolitik der SPD und der FDP

SPD und FDP arbeiten in der Gesundheitspolitik nicht zusammen, sondern gegeneinander. Die SPD hat sich auf ihrem Mannheimer Parteitag auf den Weg zur Einheitsversicherung festgelegt; sie will die ambulante Versorgung durch niedergelassene Kassenärzte einschränken und das Schwergewicht der Medizin auf die Krankenhäuser verlagern. Die Freien Demokraten treten dagegen für Auflockerung des bestehenden gegliederten Systems der Krankenversicherung ein. Die CDU/CSU schweigt sich aus. Sie wird sich auf Dauer nicht mit der Rolle des Zuschauers begnügen können.

Auf ihrem Parteitag in Mainz haben die Freien Demokraten die Weichen für die Fortsetzung der Koalition mit der SPD nach der kommenden Bundestagswahl im Herbst 1976 gestellt. Auf ihrem Mannheimer Parteitag hat dann die SPD nach außen hin alles vermieden, was den Koalitionsfrieden stören könnte. Unter der eindrucksvollen Regie *Wehners*, *Brandts* und *Schmidts* und mit geschickter Rollenverteilung haben sich die gemäßigten Kräfte in den Personal- und Sachentscheidungen durchweg behauptet und den linken Flügel Männern Grenzen gesetzt, ohne sie zu demoralisieren.

Dennoch sammelt sich in der Koalition politischer Sprengstoff an. In der Öffentlichkeit wird dies bislang wenig registriert, und auch die Parteispitzen scheinen dies zunächst aus ihrem Bewußtsein zu verdrängen. In der Sozial- und Gesundheitspolitik gehen die Auffassungen der Koalitionspartner immer weiter auseinander.

Vor den Wahlen 1976 wird dieser Sprengstoff sicherlich nicht explodieren, und auch danach wird die Neuauflage der Koalition nicht an den Differenzen in diesem Bereich scheitern.

Daß SPD und FDP in der Sozialpolitik nicht geschlossen, sondern nahezu gegeneinander operieren, ist abseits von Bonn am deutlichsten geworden, und zwar auf dem Ersatzkassentag in München. Der FDP-Abgeordnete *Schmidt* (Kempten), sozialpolitischer Sprecher seiner Fraktion, stellte sich dort unter dem Beifall der Ersatzkassenvertreter als politischer Garant des gegliederten Systems und damit auch der Sonderrolle der Ersatzkassen vor, während sich der SPD-Vertreter *Glombig* Pfiffe gefallen lassen mußte, als

er die Beschlüsse des SPD-Parteitages vertrat, die eben auf den Abbau des gegliederten Systems zielen.

Hier einige Kostproben von *Schmidt*: Die gegliederte Versicherung entspricht dem Willen breiter Bevölkerungsgruppen. Die Ideologen haben eine neue Zauberformel gefunden, sie lautet: Strukturveränderung. Das fängt mit Einheitsgebühren und Einheitshonoraren an, geht weiter über Einheitsleistung, Einheitsbeiträge, Finanzausgleich zwischen Kassenarten und endet bei der Einheitsversicherung, beim Mammut-Kollektiv, das den kranken Bürger nur noch verwalten kann. Die Selbstverwaltung muß den Nivellierungstendenzen den Willen zur Selbstbehauptung entgegensetzen. Auf diese Weise werden wir am besten mit der Kosten-Herausforderung fertig. Auf diese Weise schaffen wir aber auch eine tragfähige Alternative zum Versorgungsstaat, sei er konservativ oder sozialistisch geprägt. Soweit nahezu wörtlich *Schmidt* (Kempten).

Wie tief der Graben in der Koalition geworden ist, läßt sich zeigen, wenn man der FDP-Position die Mannheimer Beschlüsse der SPD gegenüberstellt, die, noch verdeckt, die Neuorientierung der Partei in Richtung Systemveränderung erkennen läßt. Auch hier einige, zumeist wörtliche Kostproben: Die ambulante und stationäre Versorgung sind miteinander zu verzahnen. Den Krankenhäusern ist die Möglichkeit vorstationärer Diagnostik und nachstationärer ambulanter Behandlung zu geben. Aufwendige medizinisch-technische Einrichtungen sind möglichst von Krankenhäusern und niedergelassenen Ärzten gemeinsam zu nutzen. Wo die Versorgung der Bevölkerung dies erfordert, sind die Kran-

kenhäuser zur allgemeinen ambulanten Behandlung zu öffnen.

Die überhöhten Einkommenszuwächse der Ärzte sind stufenweise abzubauen. Die Vergütung der Ärzte ist in gleicher Höhe auf Bundesebene auszuhandeln. Die Stellung der Kassen ist in den Honorarverhandlungen zu stärken. Die Gebührenordnung muß als gesundheitspolitisch wirksames Steuerungsinstrument grundlegend neu gestaltet werden (mehr Geld für Beratung und Hausbesuch, weniger für technische Leistungen). Die Kassen sollen günstigere Betriebsgrößen anstreben und enger zusammenarbeiten. Die Versicherten sollen allein die Selbstverwaltung stellen (heute sind die Arbeitgeber mit von der Partie, da sie den halben Beitrag zahlen). Alle Versicherten sollen gleich hohe Beiträge zahlen.

Die ungleiche Beitragsbelastung muß durch einen Finanzausgleich beseitigt werden. Die Beitragsbemessungsgrenze in der Krankenversicherung wird an die der Rentenversicherung angeglichen. (Dies würde bedeuten, daß der Höchstbeitrag der Barmer 1976 nicht von DM 223,- auf DM 281,-, sondern auf DM 375,- steigen würde.) Bei den Arzneimitteln sollen pharmakologisch-therapeutische Vergleiche mit preislicher Bewertung eingeführt werden, aus denen für die kassenärztliche Verordnung Positivlisten mit verbindlichem Charakter abzuleiten wären.

Es gibt keinen Zweifel, daß die Verwirklichung solcher Vorschläge das Ende des heutigen Systems der kassenärztlichen Versorgung, die Verlagerung der Medizin in die Krankenhäuser, das Ende des gegliederten Systems der Krankenkassen und damit schließlich der entscheidende Schritt auch zur Einschränkung der Freizügigkeit von Ärzten und Patienten bedeuten würde. Dem nüchternen Ton dieses Parteitagbeschlusses fehlt zwar die Ideologische Würze. In den Debatten war sie zu schmecken. Schriftlich dürfte sie nachgeliefert werden, wenn im Frühjahr ein Parteikongreß folgt, auf dem ausschließlich über das Gesundheitswesen beraten werden soll. Dann kann Ex-Juso *Lépple* die Regie führen. Die SPD hat aber bereits in Mannheim den Weg zur pseudo-selbstverwalteten Gesundheitsvorsorge programmiert.

bonn-mot

Buchbesprechungen

Klinische Elektrokardiographie für die Praxis

Verf.: Prof. Dr. H. Hochrein / Dr. O. A. Beck / Dr. H. P. Helwing / Dr. K. D. Krämer / Dr. H. U. Lehmann / Dr. R. Wolf, 344 S., 232 EKG Abb., 31 Tab., Leinen, DM 84,-. Verlag Gerhard Witzstrock GmbH, Beden-Beden.

Auf 344 Seiten brachten die Autoren ein neues Buch auf den Markt, das in 12 Kapiteln die Elektrokardiographie in Grundlagen und Beispielen darlegt. Hinzu kommen 232 klare Abbildungen sowie 31 Tabellen. Gedruckt ist das Buch auf Glanzpapier, wofür die Grafiken verlangen.

In Kapitel I werden die Grundlagen über die Lage des Herzens erläutert, die Extremitätenableitungen genau besprochen, doch fehlen hier die nötigen Brustwendeableitungen.

Ausgezeichnet in Gliederung sind die weiteren Kapitel der jeweiligen Störungen der Erregungsbildung, Erregungsleitung und Erregungsrückbildung. Die Texte sind klar verständlich, die Abbildungen gleich dabel. In Tabellen ist das Wichtigste noch einmal zusammengefaßt.

Ausführlich erscheinen die Abschnitte Koronarinsuffizienz und Myokardinfarkt, zumeist dies doch in der Praxis die häufigsten Erkrankungen mit EKG-Veränderungen sind. Einen breiten Raum nimmt das Belastungs-EKG ein, doch ist mir nicht klar, weshalb der Zweistufentest nach Master noch so ausführlich beschrieben ist.

In weiteren Kapiteln werden die EKG-Veränderungen bei Vitien, bei Digitalis und im Zusammenhang mit Elektrolyten eingehend besprochen.

Ein umfangreiches Kapital bringt das Schrittmacher-EKG, womit man sich sicher in der Zukunft mehr beschäftigen muß, da die Schrittmacherimplantation in ihrem Umfang zunimmt. Dieses sonst stiefmütterlich abgehandelte Thema kann man schlechthin als gefungen bezeichnen.

Insgesamt erschien mit diesem EKG-Buch ein neues Werk, das sicherlich in Umfang und Ausdruck eine Bereicherung darstellt. Natürlich kann es kein umfassendes Lehrbuch sein, doch zeigt es sicherlich die Abnormitäten eines EKG auf, mit denen es der Arzt in der Praxis zu tun hat.

Dr. V. Pürckheuer, Teufkirchen

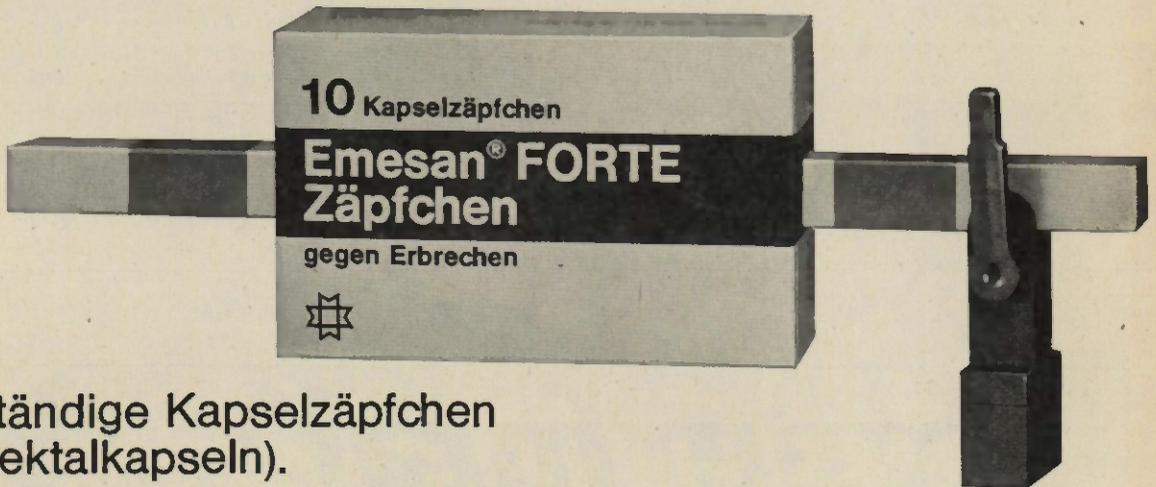
Klinische Pharmakologie und Pharmakotherapie

Verf.: Prof. Dr. H. P. Kuemmerle / Prof. Dr. E. R. Garrett / Prof. Dr. K. H. Spitz, 1010 S., 277 Abb., 190 Tab., Leinen, DM 148,-. Verlag Urban & Schwarzenberg, München-Berlin-Wien.

Das internationale, aber in deutscher Sprache abgefaßte Fachbuch enthält die Mitteilung, daß etwa 20 Prozent aller Klinik-Patienten von unerwünschten Arzneimittelwirkungen betroffen werden. Auf diesen Teilbestand zielt u. e. das Anliegen der Verfasser, mit dem Buch den Arzt in der Wahl des geeigneten Medikamentes und in der Beurteilung der therapeutischen Wirkung zu beraten.

Ein allgemeiner Teil bringt die Grundlagen der Pharmakokinetik, der Pharmakodynamik und der mutativen sowie teratogenen Wirkungen. Er enthält ferner eine ausführliche

Die Barriere gegen Erbrechen!



- Wärmebeständige Kapselzäpfchen (Gelatine-Rektalkapseln).
- Hohe Resorptionsquote. • Schneller Wirkungseintritt.

Indikationen
Erbrechen verschiedener Genese: Kinetosen, Hyperemesis grav., Röntgenkater, postnarkotisches Erbrechen, Erbrechen bei Azetonämie, Keuchhusten, Migräne, vegetativ bedingtes Erbrechen.

Kontraindikationen
Glaukom, Prostatahypertrophie mit Neigung zur Restharnbildung, mechanische Stenosen im Bereich des Magen-Darm-Kanals, Tachykardien, Megakolon, schwere Zerebrisklerose.

Hinweis
Emesan forte verstärkt die Wirkung von Alkohol (Kraftfahrer)!

	Zusammensetzung			
	Diphenhydramin	Chlorobutanol	Extr. Bellad.	Coffein
mesan Säuglingszäpfchen	10 mg	25 mg	2,5 mg	—
mesan Kinderzäpfchen	20 mg	50 mg	5 mg	—
mesan Dragées (ab 7 Jhr.)	25 mg	—	10 mg	50 mg
mesan forte Kapseln	50 mg	50 mg	10 mg	50 mg
mesan forte Zäpfchen	75 mg	100 mg	10 mg	50 mg

Dosierung	Handelsformen und Preise	
1-2 Zäpfch. tgl.	5/10 Zäpfch.	DM 3,50/5,80
1-2 (-3) Zäpfch. tgl.	5/10 Zäpfch.	DM 3,90/6,60
1-2 (-3) Dragées tgl. (Erw. jeweils 2 Dr.)	20 Dragées	DM 5,30
1-2 (-3) Kapseln tgl.	10/25 Kapseln	DM 4,60/9,80
1-2 (-3) Zäpfch. tgl.	5/10 Zäpfch.	DM 5,15/8,75



Lindopharm KG Hilden Rhld
Lizenz für Mova GmbH Wiesbaden

Darstellung der grundlegenden biochemischen Veränderungen, denen das Pharmakon im Organismus unterworfen ist. Aufschlußreiche Angaben bringt das Kapitel über die Beeinflussung des Stoffwechsels der Pharmaka. Neben den grundsätzlichen Erörterungen gegenseitiger Beeinflussung von Arzneimitteln sollten künftige Auflagen eine möglichst lückenlose tabellarische Zusammenstellung bekannter „drug interactions“ erhalten. Sie sind für den Arzt eminent wichtig. Hier obliegt der klinischen Pharmakologie eine ständige Aufklärungspflicht.

Im speziellen Teil, der $\frac{4}{5}$ des Gesamtwerkes umfaßt, findet der Leser detaillierte Darstellungen pharmakologischer Eigenschaften der Diagnostika, der Kompensations- und Substitutionsbehandlung sowie der Pharmakotherapie der einzelnen Organsysteme. Die Kapitel enthalten kurze Ausführungen zur Klinik der Krankheitsbilder, die im Falle bekannter Kausalbeziehungen zur Therapie durch physiologische und pathophysiologische Erläuterungen ergänzt werden. Es folgen Darstellungen der Wirkungen und Nebenwirkungen einschließlich der Toxikologie, die zudem noch in einem eigenen Kapitel vorgestellt wird. Indikationen und Kontraindikationen werden kurz erwähnt.

Es läßt sich natürlich nicht vermeiden, daß die rasche Folge von Neuentwicklungen in der Pharmakotherapie der Auflage eines Buches vorseilt. Andererseits empfiehlt sich eine gewisse abwartende Einstellung, um eine unnötige Stoffbelastung durch die Modeströmungen in der Therapie zu vermeiden. Von echten Lücken kann nicht die Rede sein. Etwas mager fiel das Kapitel über die Behandlung mit Antikonvulsiva aus. Hier sollten auch die pädiatrischen Aspekte mehr Beachtung finden, denn $\frac{3}{4}$ aller Anfallsleiden beginnen im Kindes- und Jugendalter. — Insgesamt handelt es sich im ersten Teil um ein interessantes Lehr- und Fortbildungsbuch, im zweiten um ein Nachschlagewerk, das nicht nur dem spezialisierten Kliniker, sondern ebenso dem Arzt für die allgemeine Medizin als reiche Informationsquelle zu empfehlen ist.

Dr. D. Harms, Erlangen

Die künstliche Niere

Ein Leitfaden für Ärzte, Krankenpflegepersonal und Patienten

Verf.: Y. Nosé, übersetzt und bearbeitet aus dem Englischen von D. v. Herrath/G. Offermann/A. Opitz/K. Schaefer, 366 S., 182 Abb., kart., DM 48,—. Verlag Walter de Gruyter, Berlin-New York.

Das vorliegende Buch ist eine Übersetzung der 1969 in Amerika erschienenen Ausgabe von Nosé „The artificial kidney“. Das sehr ausführlich geschriebene und mit vielfachen Abbildungen versehene Buch behandelt kurz und leicht faßlich die Aufgabe der gesunden Niere und stellt sie der kranken Niere gegenüber. Die Indikationen zur Hämodialyse werden aufgezählt und Vor- und Nachteile gegenüber der Nierentransplantation aufgezeigt. Neben einer Aufstellung der Normalwerte werden die unterschiedlichen Funktionen der künstlichen Niere entsprechend ihrer Arbeitsweise beschrieben. Ein kurzer Abriss der Geschichte der Hämodialyse wird angefügt. Vor- und Nachteile sowie ein Trainingsprogramm für die Helmdialyse werden in einem knappen Kapitel abgehandelt. Die Auswahl der Patienten für die Helmdialyse wird ausführlich dargelegt. Leider werden in dem Kapitel „Dialysatoren und Zubehör“ in breiter Form Dialysatoren, insbesondere die Kiil-Niere, besprochen, die heute teilweise bereits veraltet sind. Die jetzt gebräuchlicheren Nieren werden nur quasi im Anhang in kürzester Form erwähnt. Weiterhin werden neben theoretischen Überlegungen über die Dialysatkonzentration vielfache praktische Hinweise auf die Zufuhr des Dialysats sowie Regulierungs- und Überwachungsmethoden gegeben. Eine leicht verständliche Erklärung für eventuelle Alarmsignale schließt sich an. Im Kapitel über den AV-Shunt wird die Scribner-Methode in extenso beschrieben, während die Cimino-Fistel nur beiläufig erwähnt wird. Ebenso wird die Veneninterposition nur am Rande gestreift. Nützlich erscheint ein Abschnitt über die Kontrolle der Durchgängigkeit sowie eine Rekanalisierung des Shunts. An einem klar dargelegten Abschnitt über die notwendige Heparinisierung (Intermittierend, kontinuierlich und regional) fügt sich eine Aufzählung der Komplikationen während der Dialyse, ihre Ursache und Beseitigung. Dabei werden technische Probleme und medizinische Komplikationen unterschieden. Konsequenterweise wird auch ein kurzer Überblick über Indikationen und Kontraindikationen, Methode und Technik sowie über Komplikationen der Peritonealdialyse gegeben. Was in dem Kapitel „Zukunft der Hämodialyse“ nur andeutungsweise zum Vorschein kommt, wird heute, sechs Jahre nach Erscheinen der Originalfassung, teilweise schon im Routinebetrieb angewendet. Gerade hier zeigt sich die rasche und stetige Weiterentwicklung bei allen Fragen der Hämodialyse. Neben selbstverständlichen hygienischen Grundlagen werden die Möglichkeiten der Sterilisation (Dampf, Gas) kurz abgehandelt. Sehr nützliche und praktische Hinweise über Dosierung von Medikamenten bei Hämodialyse-Patienten

(Fortsetzung Seite 69)

Hyperforat®

Depressionen, psychische und nervöse Störungen

Zusammensetzung:

Tropfen: Extr. fl. Harb. Hyperic (Johanniskraut), stand. auf 2 mg HYPERICIN pro ml
 Dragées: 1 Dragée à 0,5 g enthält: Extr. Hyperic. sicc. (0,5 mg Hypericin) 40 mg, Vit. B₁ 0,062 mg,
 Lactofl. phosph. Na 0,072 mg, Niacinamid 0,51 mg, Ca. pantoth. 0,33 mg, Vit. B₆ 0,026 mg.
 Ampullen: 1 ml: Extr. Hyperic. (1/2 mg Hypericin/ml) in physiologischer Kochsalzlösung.

Dosierung:

Tropfen: 3 mal täglich 20-30 Tropfen; Dragées: 2-3 mal täglich 1-2 Dragées; Ampullen: 1-2 ml i.v. oder i.m.

Kontraindikation: Photosensibilisierung

Handelsformen und Preise (Incl. MwSt.):

Tropfen: 30 ml DM 7,45; 50 ml DM 11,45; 100 ml DM 19,45 · Dragées: 30 Drag. DM 6,20;
 100 Drag. DM 16,80 · Ampullen à 1 ml: 5 Amp. DM 9,35; 10 Amp. DM 16,80

Dr. Gustav Klein · Arzneipflanzenforschung · 7615 Zell-Harnersbach/Schwarzwald



Geldanlage-Strategie 1976: schnelle Reaktionen

Sie werden auch in diesem Jahr wieder sehr viel mehr Geld einnehmen müssen, als Sie brauchen, um Rücklagen für eine zusätzliche Altersversorgung machen zu können. Und selbst wenn Sie zu Ihrem Glück einen guten Berater wissen, bleibt Ihnen eine Beschäftigung mit dieser Problematik nicht erspart.

Der potentiellste Widersacher Ihrer Absichten bleibt die Inflation. Lassen Sie sich durch alle, teils politisch motivierten Versuche, den Kaufkraftschwund der DMark herunterzuspielen, nicht irreführen.

Ich habe dazu eigene Berechnungen angestellt, weil sie in dieser Art merkwürdigerweise in den vielen mir zugänglichen Informationen noch nicht zu finden waren. Dabei halte ich sie für sehr wirklichkeitsnah.

Angenommen, Ihr steuerpflichtiges Einkommen unterliegt einem Spitzensteuersatz von 50 Prozent. Weiterhin unterstellt, in den nächsten zehn Jahren bleibt die Geldentwertung bei sechs Prozent pro Jahr, nach meiner Meinung eine optimistische Erwartung.

Unter diesen Voraussetzungen haben Sie Anfang dieses Jahres eine runde Summe angelegt. Dafür gibt es zwei Möglichkeiten:

1. Sie haben eine sichere Form der Rücklage gewählt und dafür einen Zinssatz zwischen sechs Prozent auf kürzere und knapp neun Prozent auf längere Dauer eingehandelt.
2. Sie haben auf ein weit überdurchschnittlich hohes Ertragsversprechen gesetzt und dafür die damit verbundene, hohe Unsicherheit in Kauf genommen.

In beiden Fällen ist Ihnen nicht zu helfen. Sie brauchen nämlich nach Punkt 1 einen Zinssatz von 12,75 Prozent im ersten und um jährlich steigend auf 22,28 Prozent im zehnten Jahr, nur, damit Sie die Substanz

der Anlagesumme erhalten, also ohne nur einen Pfennig Gewinn zu erzielen. Das ist nach der Anlage zu 1 nicht möglich und zu 2 vielleicht versprochen, aber nicht einzuhalten.

Also können Sie sich nur in kurzen Fristen engagieren. Dafür sinken Ihre Ertragserwartungen bei Rentenwerten entsprechend. Sie könnten sie nur über die Inflationsrate hinaus erhöhen, wenn Sie sich Pfandbriefe in die Schublade legen und die Zinsen daraus bar kassieren, ohne sie dem Finanzamt zu bekennen. Obwohl ein solches Verfahren nicht kontrollierbar ist, wollen Sie dadurch natürlich nicht gegen das Einkommensteuergesetz verstoßen.

So müssen Sie zur häufigeren Umschichtung Ihrer Rücklagen bereit sein. Kurzfristige Anlagen ermöglichen Ihnen, sie schnell in höherverzinsliche zu wandeln, sobald Zinsniveau und damit zwangsläufig die Inflationsrate wieder steigen. Eine voraus zu befürchtende Entwicklung. Nur der Zeitpunkt ist noch nicht erkennbar.

So sollten Sie sich auch sehr überlegt und gut beraten in Aktien engagieren und zur Realisierung von Kursgewinnen auch kurzfristig bereit sein. Reizen Sie die Kursentwicklung nicht aus. Die einfachen Chancen, mehrfach wahrgenommen, bringen Ihnen mehr als der Versuch, Spitzengewinne abwarten zu wollen.

Im übrigen: Lassen Sie sich Ertrags-erwartungen aus Lebensversicherungsverträgen einmal genau und unter steuerlichen Aspekten vorrechnen. Die Gewinngutschriften daraus kassieren Sie ebenso wie die spätere Auszahlung steuerfrei. Und das kann sehr viel mehr wert sein als ein hoher Bruttoertrag mit zudem dem Geschmäcke, daß er durchaus nicht so sicher ist wie überhaupt.

Horst Beloch

Menetekel Inflation

Die Rezession hat die Diskussion über die Inflation verdrängt. Indes darf keine Schweigeminute darüber zulassen, wer eigenverantwortlich und größtenteils aus versteuertem Einkommen für die Vorsorge aufzukommen hat.

Selbst bei verniedrigtem Geldwert-schwund von sechs Prozent führt daran nichts vorbei: Bei 30prozentigem Steuersatz ist eine Rücklagen-Rendite von brutto 9,12, bei 50prozentigem von 12,75 Prozent und jährlich steigend zu erzielen, nur um den Kaufkraftverlust zu kompensieren. Utopien.

Daher haben Ärzte einen zunehmenden Teil ihrer Vorsorge-Rücklagen der Inflation zu opfern. Ignorante Verteufel der Arzt-Einkommen disqualifizieren sich auch durch Unkenntnis dieser Zusammenhänge. Bundesminister sollten es wissen.

Prosper

Kurz über Geld

SKI-URLAUB-RISIKEN im ganzen Umfang versichern. Versicherungsfachleute beraten.

ALTE FÜNFMARK-MÜNZEN bis spätestens 30. Januar 1976 bei Sparkassen oder Banken umwechseln. Silber – um rund 60 Prozent unter Münzwert.

EURO-CHEQUES IN DER DDR mit Scheckkarte jetzt verwendbar.

NEUES BAUSPAR-SYSTEM ermäßigt Belastung der ersten rund 24 Jahre.

LEIBRENTEN-SCHWINDEL mit Absender Schweiz. Vor Abschluß Lebensversicherung, Sparkasse oder Bank eingehend befragen.

REISEGEPÄCK - VERSICHERUNG neuerdings günstig für ganzes Jahr abzuschließen. Automatischer Mehrfach-Schutz bei Reisen ab fünf Tagen.

UNGESICHERTE EINLAGEN bei Teilzahlungsbanken, soweit sie nicht dem Bundesverband Deutscher Banken angehören.

1 Valium Roche reduziert
die Magensäure

2 Valium Roche mindert
die Hypermotilität des
Reizmagens

3 Valium Roche schützt
das Vegetativum vor
Streß

**Gründe,
weshalb wir
Valium[®] Roche
bei Gastritis
empfehlen.**

Valium Roche
angstlösend, beruhigend, entspannend
vegetativ stabilisierend

seit 1963 preisstabil



Valium® Roche

Hinweise:

Wie für alle psychotrop wirksamen Substanzen gilt auch für Valium Roche, daß man unter dem Einfluß seiner Wirkung keinen Alkohol genießen sollte, da die individuelle Reaktion im einzelnen nicht vorauszu-sehen ist. Je nach Anwendung, Dosis und individueller Empfindlichkeit kann das Reaktionsvermögen (z.B. Fahrtüchtigkeit, Verhalten im Straßenverkehr, Maschinenbedienung) beeinflußt werden. Bei gleichzeitiger Gabe zentralwirksamer Pharmaka (Neuroleptika, Tranquilizer, Antidepressiva, Hypnotika, Analgetika, Narkotika) kann Valium Roche – besonders bei parenteraler Applikation – den sedativen Effekt dieser Präparate verstärken. Diese Wirkungsverstärkung ist gegebenenfalls therapeutisch nutzbar.

Dosierung bei psychosomatischen Störungen: Täglich 2–3 mal 2–5 mg oral. Sind bei ambulanter Therapie (z.B. Berufstätige) höhere Dosen notwendig, empfiehlt es sich, den Schwerpunkt der Behandlung auf den Abend zu verlegen: z.B. abends 5 mg, tagsüber 2 mal 2 mg Tabletten unzerkaut mit Flüssigkeit einnehmen. Besonders in den ersten Behandlungstagen und vor allem bei älteren und körperlich geschwächten Patienten ist einschleichend zu dosieren (ab 2 mg oral täglich).

Für die parenterale Verabreichung von Valium Roche genügt in den meisten Fällen die i.m. Applikation. Sollte sich die i.v. Darreichung als notwendig erweisen, ist eine Vene mit großem Lumen zu wählen und die Injektion sehr langsam (ca. 0,5–1 ml pro Minute) auszuführen. Bei zu schneller Injektion oder zu kleinumigen Venen droht das Risiko einer Thrombophlebitis.

Eine intraarterielle Injektion muß wegen Nekrosegefahr und deren Folgen mit Sicherheit vermieden werden.

Valium Roche ist stets allein zu injizieren, da es in der Mischspritze mit zahlreichen Medikamenten inkompatibel ist. Valium Roche bleibt in 5- bis 10-prozentiger Glukose-Infusionslösung oder 0,9-prozentiger Natriumchlorid-Infusionslösung genügend lange ohne Ausfällung von Wirksubstanz gelöst, wenn folgendes beachtet wird: Die Ampullenlösung (nicht mehr als 4 ml) muß dem gesamten Volumen der Infusionslösung, das 250 ml nicht unterschreiten soll, unter gleichzeitigem gutem Vermischen zugesetzt werden, und mit der Infusion ist unverzüglich zu beginnen.

Wie verschiedene andere Medikamente kann auch Valium Roche nach i.m. Injektion (nicht aber nach oraler oder i.v. Verabreichung) einen Anstieg der Kreatinphosphokinase-Aktivität im Serum bewirken (Maximum 12–24 Stunden nach der Injektion). Diesem Umstand ist bei der Differentialdiagnose des Herzinfarktes Rechnung zu tragen.

Bei kreislaublabilen und älteren Patienten ist bei der parenteralen Anwendung von Valium Roche Vorsicht geboten. Patienten, denen Valium Roche parenteral verabreicht wird, sollten wegen der ausgeprägten Muskelentspannung noch kurze Zeit unter Beobachtung sein.

Die Oosierung ist bei Patienten mit himorganischen Veränderungen (vor allem Arteriosklerose) sowie mit zirkulatorischer und/oder respiratorischer Insuffizienz der individuell verschiedenen Toleranzgrenze anzupassen. Bei diesen Patienten sollte man in der ambulanten Praxis auf die parenterale Applikation in der Regel verzichten (Ausnahme Notfalltherapie, z.B. Myokardinfarkt, Krampfstörungen, sehr langsam i.v.). Unter Klinikbedingungen kann Valium Roche dieser Patientengruppe auch parenteral verabreicht werden. Dabei ist bei i.v. Gabe im allgemeinen niedrig zu dosieren und langsam zu injizieren. Wegen der Möglichkeit des Auftretens einer leichten Blutdrucksenkung oder in Einzelfällen einer kurzdauernden Beeinträchtigung der Atmung sollten Maßnahmen für zirkulatorische bzw. respiratorische Unterstützung vorgesehen werden.

Auch gilt für Valium Roche, daß Wirksubstanz in die Muttermilch übertritt. Bei notwendiger regelmäßiger Einnahme wird empfohlen, abzustellen. Wie andere Medikamente mit dämpfender Wirkung auf das Zentralnervensystem kann auch Valium Roche bei Verabreichung an die Mutter charakteristische Veränderungen im fetalen Herzfrequenzmuster (Verlust der Kurzzeitschwankungen) hervorrufen. Ein nachteiliger Einfluß auf den Fetus ist damit nicht verbunden; allerdings muß diesem Umstand bei der Interpretation von Aufzeichnungen der fetalen Herzaktion Rechnung getragen werden, weil damit die Kurzzeitschwankungen als Kriterium zur Beurteilung des fetalen Befindens wegfallen.

Bei Verabreichung von Valium Roche an Gebärende in der zur Geburtserleichterung empfohlenen Dosierung kann bei Neu-, besonders aber bei Frühgeborenen, eine vorübergehende muskuläre Hypotonie in Erscheinung treten. Hohe Dosen (wie z.B. zur Eklampsiebehandlung benötigt) können bei den Kindern auch Hypothermie und eine Beeinträchtigung der Atmung hervorrufen. Während der Frühschwangerschaft sollte Valium Roche – entsprechend den heutigen Auffassungen über den Arzneimittelgebrauch durch werdende Mütter – nur bei zwingender Indikation angewendet werden. Dieser Hinweis ist rein vorsorglich; nachteilige Erfahrungen liegen nicht vor.

Kontraindikation: Myasthenia gravis.

Valium Roche: 7-Chlor-1, 3-dihydro-1-methyl-5-phenyl-2 H-1,4-benzodiazepin-2-on.

Packungen und Preise:

20 Tabletten Valium 2 Roche DM	3,20 m.U.St.
50 Tabletten Valium 2 Roche DM	7,40 m.U.St.
20 Tabletten Valium 5 Roche DM	5,50 m.U.St.
50 Tabletten Valium 5 Roche DM	13,05 m.U.St.
20 Tabletten Valium 10 Roche DM	8,85 m.U.St.
50 Tabletten Valium 10 Roche DM	21,00 m.U.St.
100 ml Sirup Valium 2 Roche DM	6,35 m.U.St.
5 Zäpfchen Valium 5 Roche DM	4,70 m.U.St.
5 Zäpfchen Valium 10 Roche DM	6,90 m.U.St.
5 Ampullen Valium 10 Roche DM	8,60 m.U.St.

Weitere Anstaltspackungen

*unverbindlich



ten, über Wasseraufbereitungsprobleme, über diätetische Empfehlungen für chronische Nierenkranke sowie eine Zusammenstellung der gebräuchlichsten Dialysegeräte findet sich im Anhangsteil.

Für Ärzte, die sich mit den Problemen der Dialysebehandlung auseinandersetzen wollen, insbesondere aber für Dialyse-Schwestern und -Pfleger sowie auch sicherlich für einen Großteil der Patienten wird das Buch von Nutzen sein. Gerade die reiche Illustration wird bei den Lesern wesentlich zum besseren Verständnis beitragen.

Dr. M. Herrmann, München

Fortschritte und Tendenzen in der Gastroenterologie

Vert.: Prof. Dr. R. Ottenjann, 128 S., 54 Abb., davon 14 mehrfarbig, 27 Tab., Leinen, DM 45,-. Verlag Gerhard Witzstrock GmbH, Baden-Baden.

„Rationelle Diagnostik“ und „Pragmatische Therapie“ waren die Themen der beiden ersten gastroenterologischen Fortbildungskurse in München. Die rapide Entwicklung in der Gastroenterologie ließ es notwendig erscheinen, während des dritten gastroenterologischen Fortbildungskurses „Fortschritte und Tendenzen“ in diesem „bewegten“ Spezialfach der Inneren Medizin aufzuzeigen.

Fortschritte wurden auf diagnostischem und therapeutischem Sektor erzielt; dabei spielt die Endoskopie weiterhin eine überragende Rolle. Die fekulativen Schädigungen durch Genußmittel wurden analysiert; die daraus resultierenden Konsequenzen sind heute für Patient und Arzt besser einschätzbar. Die gastroenterologische Diät wurde sehr vereinfacht, nur für wenige Ausnahmen ist heute noch eine strenge Kostform angezeigt. Für das weit verbreitete Gallensteinleiden eröffnen „Pille und Schlinge“ neue therapeutische Chancen. Die Gabe von Verdauungsenzymen ist heute in den meisten Fällen als teure Unsitte anzusehen.

Endoskopie und Biopsie erfordern in der Gastroenterologie eine Partnerschaft mit dem Pathologen; wer sich in dieser Partnerschaft als „Erfüllungsgehilfe“ degradiert sieht, verkennt die heutige Situation und übersieht die Möglichkeiten einer integrierten Kooperation zum Wohle des kranken Menschen.

Die moderne Gastroenterologie ist mit den sich abzeichnenden Fortschritten und Tendenzen ein Gegenbeweis für die von Illich aufgestellte These der „Nemesis der Medizin“ und der in der Entwicklung erkennbaren „Kontreproduktion“. Sie – die moderne Gastroenterologie – ist durch die erzielten Fortschritte in Ihrer Diagnostik und Therapie sicherer und billiger geworden.

Prä-, Intra- und postoperative Maßnahmen in Gynäkologie und Geburtshilfe

Vert.: Prof. Dr. H. Schmidt-Mathiesen, 145 S., 17 Abb., 11 Tab., kart., DM 26,80. Ferdinand Enke Verlag, Stuttgart.

Das Buch behandelt, wie im Vorwort ausgesprochen, das ganze „Drumherum“ der operativen Behandlung in der Geburtshilfe und operativen Gynäkologie. Es füllt eine Lücke aus, und enthebt den Operateur der sehr mühevollen Arbeit, aus der mehr als umfangreichen Literatur, weitverstreut, sich zu orientieren. Besonders wertvoll ist seine Entstehung aus der Klinikpraxis. Es ist alles systematisch zusammen-

(Fortsetzung Seite 73)

Die meldepflichtigen übertragbaren Krankheiten in Bayern im Monat Oktober 1975*)

(Zusammengestellt aufgrund der Wochenmeldungen)

Erkrankungen an Scharlach wurden im Oktober häufiger als im September gemeldet; die auf 100 000 Einwohner berechnete Ziffer stieg von 23 auf 49 (jeweils umgerechnet auf ein Jahr). Dagegen ging die Erkrankungshäufigkeit an übertragbarer Hirnhautentzündung

gleichzeitig zurück, und zwar an Meningokokken-Meningitis von 2 auf 1, an übrigen Formen der Meningitis von 10 auf 6 Fälle je 100 000 Einwohner.

Trotz Beginn der kühleren Jahreszeit nahm im Oktober die Zahl der gemeldeten Salmonellose-Erkrankungen erneut

zu; im September trafen 102, im Oktober 116 Krankheitsfälle auf 100 000 Einwohner. An Hepatitis infectiosa (übertragbare Leberentzündung) erkrankten im Oktober ebenfalls mehr Menschen als im Vormonat, die Erkrankungsziffer stieg von 28 auf 33 je 100 000 Einwohner.

Neuerkrankungen und Sterbefälle in der Zeit vom 28. September bis 1. November 1975 (vorläufiges Ergebnis)

Gebiet	1		2		3		4		5		6		7		8		9		10		11		12	
	Diphtherie		Scharlach		Kinderlähmung		Übertragbare				Typhus abdominalis		Paratyphus A und B		Bakterielle Ruhr (ohne Amöbenruhr)		Enteritis infectiosa				Botulismus			
							Hirnhautentzündung		Gehirnentzündung								Salmoneellose		übrige Formen					
							Meningokokken-Meningitis		übrige Formen										E		ST			
E) ST)		E ST		E ST		E ST		E ST		E ST		E ST		E ST		E ST		E ST		E ST		E ST		
Oberbayern	-	-	248	-	-	-	5	-	24	1	1	-	3	-	1	-	12	-	485	2	-	-	2	-
Niederbayern	-	-	20	-	-	-	-	-	2	-	-	-	-	-	1	-	-	-	88	1	-	-	-	-
Oberpfalz	-	-	26	-	-	-	-	-	6	-	1	-	-	-	-	-	-	-	182	-	-	-	-	-
Oberfranken	-	-	54	-	-	-	4	2	5	-	-	-	-	-	1	-	1	-	91	-	-	-	-	-
Mittelfranken	-	-	61	-	-	-	-	-	13	1	-	1	1	-	-	-	2	-	143	-	2	-	-	-
Unterfranken	-	-	44	-	-	-	1	-	5	-	-	-	-	-	5	-	1	-	111	-	-	-	-	-
Schwaben	-	-	56	-	-	-	2	-	9	-	-	-	1	-	1	-	1	-	113	1	16	-	-	-
Bayern	-	-	507	-	-	-	12	2	64	2	2	1	5	-	9	-	17	-	1213	4	18	-	2	-
München	-	-	82	-	-	-	-	-	7	-	-	-	3	-	-	-	9	-	196	1	-	-	-	-
Nürnberg	-	-	22	-	-	-	-	-	3	-	-	-	1	-	-	-	-	-	21	-	-	-	-	-
Augsburg	-	-	2	-	-	-	1	-	-	-	-	-	-	-	1	-	-	-	9	1	-	-	-	-
Regensburg	-	-	4	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	21	-	-	-	-	-
Würzburg	-	-	4	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	8	-	-	-	-	-
Fürth	-	-	12	-	-	-	-	-	2	-	-	-	-	-	-	-	-	-	18	-	-	-	-	-
Erlangen	-	-	4	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	1	-	14	-	-	-	-	-

Gebiet	13		14		15		16		17		18		19		20		21		22		23		24	
	Hepatitis infectiosa		Ornithose				Mikrosporidien		Brucellose (übrige Formen)		Leptospirose				Melioidose		Toxoplasmose		Trichinose		Wundstarrkrampf		Verdachtsfälle von Tollwut ²⁾	
			Psittacose		übrige Formen						Feldfieber		übrige Formen											
	E ST		E ST		E ST		E ST		E ST		E ST		E ST		E ST		E ST		E ST		E ST		E ST	
Oberbayern	132	1	-	-	2	-	1	-	2	-	-	-	-	-	1	-	4	-	-	-	-	-	-	12
Niederbayern	33	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	2	-	-	-	1	-	-	1
Oberpfalz	21	2	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	4
Oberfranken	20	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	2	-	1	-	-	-	-	-	-	6
Mittelfranken	37	-	-	-	-	-	2	-	-	-	-	-	1	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	4
Unterfranken	38	-	-	-	1	-	-	-	-	-	-	-	1	-	-	-	1	-	1	-	-	1	-	2
Schwaben	65	-	2	-	1	-	-	-	-	-	1	-	-	-	-	-	3	-	-	-	1	-	-	11
Bayern	346	3	2	-	4	-	3	-	2	-	1	-	2	-	3	-	11	-	1	-	2	1	-	40
München	63	1	-	-	1	-	-	-	2	-	-	-	-	-	1	-	1	-	-	-	-	-	-	-
Nürnberg	15	-	-	-	-	-	1	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Augsburg	18	-	-	-	1	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	1	-	-	-	-	-	-	1
Regensburg	5	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Würzburg	3	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	1	-	-	-	-	-
Fürth	2	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Erlangen	4	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-

*) Bericht des Bayerischen Statistischen Landesamtes.

1) „E“ = Erkrankungen (einschließlich der erst beim Tode bekanntgewordenen Krankheitsfälle) mit Ausschluß der Verdachtsfälle.

2) „ST“ = Sterbefälle.

3) Verletzungen durch ein tollwutkrankes oder tollwutverdächtiges Tier sowie Berührungen eines solchen Tieres oder Tierkörpers.

getragen, was in unzähligen Gesprächen, Visiten und Klinikbesprechungen mit den Assistenten täglich geschieht. Neben der allgemeinen Indikationsstellung, der Auswahl des Operateurs werden in erschöpfender Weise die präoperativen Maßnahmen besprochen, wobei stets Raum für eigene Erfahrungen und Methoden gelassen ist. Den einzelnen präoperativen Maßnahmen folgt jeweils ein juristisch und medizinisch aufklärender Text, die Operationseinwilligung. Ich halte dies in der heutigen Situation für besonders wertvoll. Das Buch verdient einen Stammplatz in jeder Krankenhausbibliothek, es ist ein notwendiger Ratgeber für jeden Assistenten und eine sehr nützliche Quelle für jeden Operateur. Hoffentlich bleibt es nicht bei der heutigen Auflage, sondern wird es fortgeschrieben über viele Jahre hinaus zum Nutzen von Arzt und Patientin.

Medizinaldirektor Dr. J. Platz, Weiden

Medizinische Psychologie und Medizinische Soziologie

Verf.: Prof. Dr. H. H. *Wieck* / Prof. Dr. H. *Valentin* / Prof. Dr. K. G. *Specht*, 288 S., 17 Abb., 27 Tab., kart., DM 18,-, F. K. Schettauer Verlag GmbH, Stuttgart.

Dieses kurzgefaßte Lehrbuch wendet sich vornehmlich an die Medizinstudenten der vorklinischen Semester. In prägnanter, gut faßlicher Form wird all der Prüfungsstoff vermittelt, der nach der neuen Approbationsordnung für Ärzte vom 28. Oktober 1970 für die Vorprüfung in medizinischer Psychologie und medizinischer Soziologie vorgeschrieben ist.

Die Beiträge stammen in der Hauptsache aus dem Seminar für Soziologie, aus dem Institut für Arbeits- und Sozialmedizin und aus der Universitätsnervenklinik der Universität Erlangen-Nürnberg.

Zunächst wird in die medizinische Psychologie und in die medizinische Soziologie eingeführt. Dabei wird der Prüfungsstoff nach der neuen Approbationsordnung berücksichtigt. Die sehr praxisnah dargestellten und problemorientierten Ausführungen über den seelisch-geistigen Bereich, die neurophysiologischen Grundlagen, die vergleichende Verhaltensbiologie vermitteln die psychologischen Zusammenhänge für das ärztliche Denken, wenn es gilt, die Individualität des Patienten und seine Lebenssituation zu würdigen. Für den eingehenden Mediziner ist es auch sehr wichtig, daß er hier die Methoden der Psychologie dargestellt erhält, die Besonderheiten des Kindes- und Jugendalters, auch vertraut gemacht wird mit dem Arbeitsleben des Werk tätigen, mit den Besonderheiten des höheren Lebensalters und mit Ansatzpunkten für psychische Störungen. Es wird schließlich auf aktuelle Probleme der medizinischen Soziologie und die Fragen der Vorsorge und Nachsorge eingegangen. Für den Medizinstudenten der ersten Semester dürfte es auch von sehr großer Bedeutung sein, wenn er über die rechtlichen Grundlagen des Arzt-Patienten-Verhältnisses schon in dieser Phase seines Studiums vertraut gemacht wird.

Besonders zu schätzen ist in dem Taschenbuch die sehr umfangreiche Literaturzusammenstellung, gegliedert nach den einzelnen Sachbereichen.

In einem Glossar werden die wichtigsten Wörter aus der medizinischen Psychologie und der medizinischen Soziologie im einzelnen erklärt und erläutert.

Die Lektüre dieses recht instruktiven Büchleins kann auch dem fertigen Arzt für eine Mußstunde empfohlen werden.

Dr. S. Maier, Regensburg

VERTRAUENS BASIS.

In Zusammenarbeit mit Ihrer Ärztekammer haben wir einen Gruppenversicherungsvertrag erarbeitet, der dem individuellen Vorsorge-Bedürfnis des Arztes Rechnung trägt. Sicherheit auf Vertrauensbasis.

Als führende Krankenversicherung des Arztstandes bieten wir Ihnen:

- Einkommenssicherung bis zu 500,-DM Krankentagegeld ohne zeitliche Begrenzung.
- Krankenhaustagegeld bis zu 200,- DM.
- Krankheitskostenversicherung ohne oder mit Selbstbeteiligung.
- Individuelle Gestaltung des Versicherungsschutzes durch zahlreiche Varianten – auch für Familienangehörige.

DIE SICHERHEIT DES ARZTES
individuell • zuverlässig • preisgünstig

 **Vereinigte**
Krankenkassenversicherung AG

Salus Krankenhauskosten-Versicherungs-AG
Vertragsgesellschaften Ihrer Ärztekammer
und des Marburger Bundes

Coupon

Ich interessiere mich für die Teilnahme am Gruppenversicherungsvertrag

Name: _____

Anschrift: _____

Ich bin bereits versichert bei: Vereinigte Salus anderweitig

Vereinigte Krankenkassenversicherung AG
Generaldirektion, 8 München 40, Leopoldstraße 24

COROVERLAN®

...wenn
die Pumpleistung
nachläßt



Feuerlöschpumpe
von 1880
Städt.
Branddirektion
München

Zusammensetzung:

1 ml (= 25 Tropfen) enthält:
Magnesium-L-asparagin, hydrochlor, (ent-
spr. 13,5 mg Mg) 147 mg; Kalium-L-aspara-
gin, monobas. (entspr. 13,5 mg K) 65 mg;
Extr. Crataegi oxyacanth. 50 mg; 7-(β -
Hydroxypropyl)-theophyllin, 50 mg.

1 Dragée enthält:

Magnesium-L-asparagin, monobas. (entspr.
13,5 mg Mg) 200 mg; Kalium-L-asparagin,
monobas. (entspr. 13,5 mg K) 65 mg; Extr.
Crataegi oxyacanth. 50 mg; 7-(β -Hydroxy-
ethyl)-theophyllin, 50 mg.

Indikationen:

Präinsuffizientes Altersherz, Myodegene-
ratio cordis, Kardiosklerose, Rhythmus-
störungen, wie z. B. Herzstolpern, Extra-
systolen, Tachykardie, paroxysmale Tachy-
kardie, Kombinationsbehandlung mit Herz-
glykosiden.

Kontraindikationen:

Ausscheidungshemmung von Elektrolyten
bei schwerer Niereninsuffizienz, Anurie.

Oosierung:

3mal täglich 20–30 Tropfen bzw. 1 Dragée
unzerkaut vor den Mahlzeiten einnehmen.
Erhaltungstherapie: 3mal täglich 15–20
Tropfen oder 2mal täglich 20 Tropfen bzw.
1 Dragée.

Handelsformen:

30 Dragées DM 5,25
100 Dragées OM 13,30
25 ml Tropfen DM 5,25
100 ml Tropfen DM 16,30

Verla-Pharm, Arzneimittel-fabrik,
8132 Tützing / Oberbayern



COROVERLAN®

steigert und normalisiert die Förderleistung
des Herzens durch
Regeneration des Myokardstoffwechsels

Kongreßkalender

Da die Termine der Kongresse mehrfach geändert werden,
empfehlen wir, auf jeden Fall vor dem Besuch einer Tagung
sich noch einmal mit dem Kongreßbüro bzw. der Auskunfts-
stelle in Verbindung zu setzen.

Februar 1976

- 1.–7. **Lech/Vererlberg:** 18. Alpines EEG-Meeting. — Aus-
kunft: Prof. Dr. K. J. Kugler, 8000 München 2, Nuß-
baumstraße 7.
- 2.–4. **Neuherberg:** Spezialkurs im Strahlenschutz bei der
Behandlung mit Röntgenstrahlen, bei der Tele-
curietherapie und beim Umgang mit umschlosse-
nen radioaktiven Stoffen. — Auskunft: Kurssekre-
teriet des Instituts für Strahlenschutz, 8042 Neu-
herberg, Ingolstädter Landstraße 1.
- 2.–27. **München:** A-Kurs für Arbeitsmedizin. — Auskunft:
Bayerische Akademie für Arbeits- und Sozialemedi-
zin, 8000 München 22, Pfarrstraße 3.
- 5.–6. **Neuherberg:** Spezialkurs im Strahlenschutz bei der
Anwendung von Beschleunigern im medizinischen
Bereich. — Auskunft: Kurssekretariat des Instituts
für Strahlenschutz, 8042 Neuherberg, Ingolstädter
Landstraße 1.
- 19.–21. **Bed Nauhelm:** Tagung der Deutschen Gesellschaft
für Thorax-, Herz- und Gefäßchirurgie. — Auskunft:
Prof. Dr. W. Bircks, 4000 Düsseldorf, Mooren-
straße 5.
- 19.–21. **Hamburg:** 13. Deutscher Krebskongreß. — Aus-
kunft: Deutsche Krebsgesellschaft e. V., 4300 Es-
sen-Holsterhausen, Hufelandstraße 55.
- 20.–21. **Hannover:** Gemeinschaftstagung der Deutschen
und Österreichischen Gesellschaft zum Studium
der Fertilität und Sterilität. — Auskunft: Dr. L. Mett-
ler, 2300 Kiel 1, Hegewischstraße 4.
- 25.–28. **Graz:** 2. Internationales Arbeitskolloquium über
„Naturherde von Infektionskrankheiten in Zentrel-
europa“. — Auskunft: Dr. W. Sixl, Hygiene-Institut
der Universität Graz, A-8010 Graz, Universitäts-
platz 4.
- 27.–28. **Erlangen:** 9. Fortbildungstage in praktischer Me-
dizin. — Auskunft: Kongreßbüro der Medizinischen
Universitätsklinik, Freu Schett, 8520 Erlangen,
Krankenhausstraße 12.
- 27.–29. **Freiburg:** Arbeitskurs zum Verständnis der An-
passung von Hörgeräten. — Auskunft: Universitäts-
HNO-Klinik, Audiologische Abteilung, 7800 Frei-
burg, Killianstraße 5.
- 27.–29. **Köln:** Seminar „Film in der Medizin“, veranstaltet
von der Bundesärztekammer. — Auskunft: Bundes-
ärztekammer, 5000 Köln 41, Postfach 410220.
28. 2.–
13. 3. **San Martino di Castrozza:** 50. Fortbildungsleh-
gang des Bayerischen Sportärzte-Verbandes e. V.
— Auskunft: Bayerischer Sportärzte-Verband e. V.,
8000 München 19, Nymphenburger Straße 81.

März

- 1.-6. **München:** 10. EEG-Fortbildungskurs. — Auskunft: i. Frank, Psychiatrische Klinik, 8000 München 2, Nußbaumstraße 7.
- 5.-6. **Frankfurt:** Internationales Symposium über die Elektrostimulation der gelähmten Blase. — Auskunft: Dr. F.-W. Meinecke, 6000 Frankfurt 60, Friedberger Landstraße 430.
- 3.-6. **München:** 1. Internationaler Kongreß der Europäischen Gesellschaft für Kardiologie und der Europäischen Gesellschaft für klinische Physiologie der Atmung. — Auskunft: Privatdozent Dr. S. Daum, 8000 München 80, Ismaninger Straße 22.
- 7.-20. **Badgastein:** XXI. Internationaler Fortbildungskongreß der Bundesärztekammer — Lehrgang für praktische Medizin. — Auskunft: Kongreßbüro der Bundesärztekammer, 5000 Köln 41, Postfach 410 220.
- 8.-20. **Davos:** XXIV. internationaler Fortbildungskongreß der Bundesärztekammer — Lehrgang für praktische Medizin. — Auskunft: Kongreßbüro der Bundesärztekammer, 5000 Köln 41, Postfach 410 220.
- 13.-21. **Freudenstadt:** 50. Einführungs- und Fortbildungskongreß der Ärzte für Naturheilverfahren — Jubiläumskongreß. — Auskunft: Zentralverband der Ärzte für Naturheilverfahren e. V., 7290 Freudenstadt 1, Alter Weg 29.
- 14.-18. **Tokio:** V. Internationales Symposium über Herzschrittmacher. — Auskunft: Internationaler ärztlicher Kongreß-Reisedienst, Deutsches Reisebüro GmbH, 6000 Frankfurt, Postfach 26 71.
- 15.-18. **Erlangen:** 15. Einführungskurs in die gastroenterologische Endoskopie, Biopsia und Zytologie. — Auskunft: Kongreßbüro der Medizinischen Universitätsklinik, Frau Schatt, 8520 Erlangen, Krankenhausstraße 12.
- 15.-26. **München:** Arbeitsmedizinischer Fortbildungskurs. — Auskunft: Bayerische Akademie für Arbeits- und Sozialmedizin, 8000 München 22, Pfarrstraße 3.
- 19.-20. **München:** 8. Kongreß der Deutschen Gesellschaft für Endoskopie. — Auskunft: Privatdozent Dr. W. Rösch, 8520 Erlangen, Krankenhausstraße 12.
- 20.-27. **Bad Hofgastein:** 18. Internationaler Fortbildungskurs für Geriatria. — Auskunft: Österreichische Gesellschaft für Geriatria, A-1140 Wien, Hütteldorfer Straße 188.
- 20.-27. **Moskau-Leningrad:** Fachstudienreise für Unfallchirurgie. — Auskunft: internationaler ärztlicher Kongreß-Reisedienst, Deutsches Reisebüro GmbH, 6000 Frankfurt, Postfach 26 71.
22. 3.-9. 4. **Bern:** Kurs in Strahlenschutz für Nuklearmedizin. — Auskunft: Eidgenössisches Gesundheitsamt, Sektion Strahlenschutz, CH-3000 Bern, Postfach 26 44.
- 26.-27. **Bad Ems:** 12. Fortbildungskurs über allergische Erkrankungen. — Auskunft: Dr. V. Ruppert, 5000 Köln 41, Immermannstraße 26.
- 26.-28. **Augsburg:** 57. Augsburger Fortbildungskongreß für praktische Medizin (Themen: Was ist gesichert in der Therapie? — Notfalltherapie). — Auskunft: Sekretariat des Augsburger Fortbildungskongresses, 8900 Augsburg, Frohsinnstraße 2.
- 26.-29. **Köln:** Seminar „Film in der Medizin“, veranstaltet von der Bundesärztekammer. — Auskunft: Bundesärztekammer, 5000 Köln 41, Postfach 410 220.
- 27.-28. **Baden-Baden:** Tagung des Verbandes der Ärzte Deutschlands — Hartmannbund — Landesverband Baden-Württemberg. — Auskunft: Hartmannbund, Landesverband Baden-Württemberg, 7000 Stuttgart 70, Jahnstraße 32.
28. 3.-2. 4. **Cannes:** Internationaler Kongreß über Prothesentechnik und funktionelle Anpassung. — Auskunft: Prof. Dr. Rabischong, Faculté de Médecine, F-34 000 Montpellier.
29. 3.-2. 4. **Frankfurt:** Ärztfortbildungskurs in Familienplanung. — Auskunft: PRD FAMILIA, Deutsche Gesellschaft für Sexualberatung und Familienplanung a. V., 6000 Frankfurt 1, Cronstettenstraße 30.
29. 3.-9. 4. **München:** Epidemiologie und epidemiologische Methodik I und II. — Auskunft: Bayerische Akademie für Arbeits- und Sozialmedizin, 8000 München 22, Pfarrstraße 3.
31. 3.-2. 4. **Köln:** Internationales Symposium der Deutschen Ophthalmologischen Gesellschaft. — Auskunft: Prof. Dr. H. Neubauer, 5000 Köln 41, Josef-Stelzmann-Straße 9.
31. 3.-4. 4. **Baden-Baden:** Angiographie International. — Auskunft: Prof. Dr. K. E. Loose, 2210 Itzehoe, Städtische Krankenanstalten.

Bellagenhinweis:

Dieser Ausgabe ist ein Prospekt beigelegt der Firma: **Bionorica KG, Nürnberg.**

Eine Tailauflage enthält einen Prospekt der Firma: **Time-Life International GmbH, München.**

„Bayerisches Ärzteblatt“. Herausgeber und Verleger: Bayerische Landesärztekammer, 8000 München 80, Mühlabauerstraße 18, Telefon (089) 41 47-1. Schriftleitung: Professor Dr. med. Hans Joachim Sewering, Dr. med. Hermann Braun, Dr. med. Friedrich Kolb, Dr. med. Kurt Stordeur — verantwortlich für den Inhalt: Rita Horn. Die Zeitschrift erscheint monatlich.

Leserbriefe stellen keine Meinungsäußerung des Herausgebers oder der Schriftleitung dar. Das Recht auf Kürzung bleibt vorbehalten.

Bezugspreis vierteljährlich DM 2,40 einschl. Postzeitungsgebühren und 5,5 % = DM 0,12 Mehrwertsteuer. Postscheckkonto Nr. 52 52-802, Amt München, Bayerische Landesärztekammer (Abt. „Bayerisches Ärzteblatt“). Für Mitglieder im Mitgliedsbeitrag enthalten.

Anzeigenverwaltung: ATLAS Verlag und Werbung GmbH & Co. KG, früher Verlag und Anzeigenverwaltung Carl Gabler, 8000 München 2, Postfach, Sonnenstraße 29, Telefon 55 80 81, 55 82/41-48, Fernschreiber: 05/23 662, Telegrammadresse: atlaspress. Für den Anzeigenteil verantwortlich: Ernst W. Scherschinger, München.

Druck: Druckerei und Verlag Hana Zauner jr., 8060 Dachau.

Alle Rechte, insbesondere das Recht der Verbreitung, Vervielfältigung und Mikrofotografie sowie das Recht der Übersetzung in Fremdsprachen für alle veröffentlichten Beiträge vorbehalten.

Nachdruck, auch auszugsweise, nur mit Genehmigung des Verlags. Rücksendung nicht verlangter Manuskripte erfolgt nur, wenn vorbereiteter Umschlag mit Rückporto beiliegt. Bei Einsendungen an die Schriftleitung wird das Einverständnis zur vollen oder auszugsweisen Veröffentlichung vorausgesetzt, wenn gegenteilige Wünsche nicht besonders zum Ausdruck gebracht werden.



Der Landkreis Günzburg sucht für sein derzeit größtes Krankenhaus der Grundversorgung (240 Betten) in Krumbach/Schwaben

Fachärzte bzw. einen Facharzt für Innere Medizin

als LEITENDES TEAM bzw. CHEFARTZT der Inneren Abteilung.

Am Kreiskrankenhaus Krumbach scheidet der Chefarzt der Inneren Abteilung wegen Erreichens der Altersgrenze aus. Die Leitung der Inneren Abteilung soll daher zum 1. Juli 1976 neu besetzt werden.

In Betracht kommen entweder die kollegiale Besetzung mit zwei gleichberechtigten Fachärzten oder alternativ die Bestellung eines Chefarztes.

Gesucht werden daher Fachärzte der Inneren Medizin mit vorwiegender Ausbildung in Kardiologie bzw. Gastroenterologie und Stoffwechsellkrankheiten mit langjähriger Erfahrung in verantwortlicher Position – möglichst als Oberärzte eines großen Krankenhauses. Die Bewerber müssen mit allen modernen diagnostischen Methoden – darunter auch der fachgebundenen Röntgenologie – vertraut sein und nach Möglichkeit Erfahrung in der Ausübung der Nuklearmedizin besitzen.

Das Haus – durch Neu- und Umbau modern eingerichtet und apparativ großzügig ausgestattet – verfügt über 240 Betten mit zwei Hauptabteilungen (Chirurgie, Innere) und einer Gynäkologischen Belegabteilung, ab Sommer 1976 zusätzlich mit einer HNO-Belegabteilung. Der Bau eines weiteren Bettentraktes ist vorgesehen.

Die Innere Abteilung mit derzeit 80 Betten (weitere Betten können geschaffen werden) einschließlic einer Intensivstation mit 5 Betten verfügt zur Zeit über 5 nachgeordnete Ärzte.

Das Kreiskrankenhaus Krumbach ist als Ausbildungs- und Lehrbetrieb des Krankenhauses des Bezirkes Schwaben in Günzburg mit einbezogen.

Die Anstellung erfolgt im Rahmen eines Dienstvertrages, wobei die Bezüge einschließlic des Liquidationsrechtes im stationären und ambulanten Bereich auf der Grundlage einer vertraglichen Vereinbarung geregelt werden.

Krumbach (12000 Einwohner) ist eine reizvoll gelegene Stadt im Regierungsbezirk Schwaben/Bayern. Sämtliche weiterführende Schulen und eine Fachakademie für Sozialpädagogik sind am Ort vorhanden. Die Städte München, Stuttgart, Augsburg, Ulm sowie der Bodensee und das Allgäu sind in längstens ein- bis anderthalb Autostunden zu erreichen.

Bewerbungen werden unter Beifügung der üblichen Unterlagen erbeten an

den Landrat des Landkreises Günzburg,
8870 Günzburg, An der Kapuzinermauer 1.

Beim Kreiskrankenhaus, 8482 Neustadt a. d. Waldnaab ist die Stelle des

Oberarztes der Chirurgischen Abteilung

neu zu besetzen.

Der bisherige Oberarzt scheidet wegen Übernahme einer Chefarztstelle am 1. 1. 1976 aus. Das seit 1958 bestehende Haus wurde in den letzten Jahren sowohl in baulicher Hinsicht, aber auch in medizinischer und betriebstechnischer Hinsicht vollkommen neu konzipiert und großzügig ausgestattet. Es wird nach Inbetriebnahme der letzten im Jahresende noch fertiggestellten renovierten Station im Gesamten 206 Betten haben.

Zunächst erfolgt die Vergütung nach den tarifrechtlichen Bestimmungen gemäß der Vergütungsgruppe BAT I bei gleichzeitiger guter Honorierung der angeordneten Rufbereitschaft, die der Oberarzt in Abwechslung mit dem Chefarzt versieht.

Gewünscht wird die Eignung und Zulaassung zum D-Arzt, da diese Tätigkeit dem Oberarzt als selbstständige genehmigte Nebentätigkeit übertragen ist.

Neustadt liegt am Rande des Oberpfälzer Waldes. Unmittelbar neben dem Krankenhaus finden sich sämtliche Schulen (Grund-, Haupt- und Realschule, sowie Gymnasium). Weitere Schulen sind im 6 km entfernten Weiden l. d. Opf.

Interessenten bitten wir sich zu wenden an
Chefarzt Dr. med. Friedrich Mayer oder an das
Landratsamt, 8482 Neustadt a. d. Waldnaab.

Der Landkreis Nürnberger Land sucht zum frühestmöglichen Zeitpunkt

1. Einen

Oberarzt (Oberärztin)

für Innere Medizin für das Kreiskrankenhaus Altdorf bei Nürnberg.

Der Abteilung für Innere Krankheiten stehen 100 Betten zur Verfügung. Schwerpunkte sind Kardiologie und Gastroenterologie. Das Haus ist mit modernsten Geräten ausgestattet. Intensivstation ist vorhanden. Der Leitende Arzt ist zur Facharztweiterbildung voll zugelassen.

2. Drei

Assistenten (Assistentinnen)

für die hauptamtlich geleiteten Stationen im Kreiskrankenhaus Lauf a. d. Pegnitz-Schnalztach. Die Verwendung ist sowohl auf der Internen als auch auf der Chirurgischen Abteilung des Hauses möglich. Die Tätigkeit ist errechenbar für die Weiterbildung zum Arzt für Allgemeinmedizin als auch zum Facharzt für Innere Medizin (3 Jahre).

Der Landkreis bietet:

Tarifliche Höchstvergütung, großzügige Bereitschaftsdienstvergütung, zusätzliche Altersversorgung, Beihilfen und andere soziale Leistungen.

Bewerbungen mit den üblichen Unterlagen werden beimöglichst an die Herren Chefärzte oder an das Landratsamt Nürnberger Land – Personalreferat –, 8560 Lauf a. d. Pegnitz, erbeten.

Die Kurpark-Klinik

(200 Betten) in Bad Neustadt/Saale sucht zum baldmöglichsten Zeitpunkt:

1 Oberarzt (Oberärztin) 1 Stationsarzt (-ärztin)

Es erwartet Sie eine interessante Aufgabe in einer neu erbauten Klinik mit modernsten diagnostischen Möglichkeiten

- Endoskopie
- Röntgen mit Fernsehkette
- Zentrallabor
- Ergometrie und Telemetrie

Bad Neustadt liegt landschaftlich reizvoll in der Nähe von Würzburg und hat durch vielfältige Sportmöglichkeiten einen hohen Freizeitwert. Alle Schulen am Ort. Die Wohnraumbeschaffung bereitet keine Schwierigkeiten.

Wir bieten:

- systematische Fortbildung durch den Leiter der Klinik Priv.-Doz. Dr. Reith
- Möglichkeiten zur Dissertation
- weit über tarifliche Bezahlung
- Bereitschaftsdienstentschädigung
- geregelte Arbeitszeit

Bewerbungen an:

Direktor Freiherr Haereman,
8740 Bad Neustadt/Saale,
Postfach 1360

Wir sind Ihr Laborfachhändler für

Diagnostika, Reagenzien, Kontrollseren

Boehringer, Merck, Behring, Merz & Dede, Haury-Asal, Lenge, Gödecke, Roche, Asid, Ames u. a. m.

Laborgeräte und Laborverbrauchsmaterial

Eppendorf, Brand, Zeiss, Assistant, Schott, Hettich, Will usw.

Elphor-Geräte und -Lösungen

Schnelle und fachgerechte Kundenbetreuung.

BENDER & HOBEIN GMBH

Arzte- und Krankenhausbedarf, Laborchemikalien und -geräte
8000 München 2, Lindwurmstraße 71, Telefon (0 89) 53 95 31,
Telex 05 29566

Die Stadt Schwabach sucht für das Stadtkrankenhaus (260 Betten) zum frühestmöglichen Zeitpunkt

1 Assistenzarzt (-ärztin)

für die Geburtshilflich-Gynäkologische Abteilung (61 Betten).

Die hauptamtlich geleitete Abteilung ist modern ausgestattet, hohe Operationsfrequenz (800), Laparoskopie, ca. 400 Geburten, Perinatalmedizin.

Stellenplan der Abteilung: Chef, 1 Oberarzt, 3 Assistenzärzte. Baldiges selbständiges Operieren kann zugesichert werden. Bei der Bewerbung werden im Fach vorgebildete Kollegen oder Kolleginnen bevorzugt. Der leitende Arzt ist für 3 Jahre zur Facharztweiterbildung ermächtigt.

Vergütung nach BAT, Bereitschaftsdienstvergütung nach den höchsten Sätzen. Mithilfe bei der Wohnraumbeschaffung.

Die kreisfreie Stadt Schwabach (33 000 Einwohner) ist Teil der Städteachse Erlangen-Nürnberg-Fürth-Schwabach und Sitz mittlerer und höherer Schulen. Gute Verkehrsverbindungen.

Bewerbungen mit den üblichen Unterlagen werden erbeten an das Personalamt der Stadt, 8540 Schwabach, Postfach 1680, Telefon (0 91 22) 50 51.

Stadt Landsberg a. Lech

Zum 1. 3. 1976 sind am Krankenhaus Landsberg a. Lech die leitenden ärztlichen Funktionsstellen der Inneren Abteilung mit

1 Chefarzt 1 Oberarzt

neu zu besetzen.

Das 1968 erbaute Haus verfügt über 315 Betten, davon 113 Betten für Innere Medizin.

Der Chefarzt soll eine Persönlichkeit nach Ausbildung, beruflichem Werdegang und Können neben seiner ärztlichen Tätigkeit zur Personalführung befähigt sein. Dem Chefarzt wird ein Privatdienstvertrag mit einer Vergütung in Anlehnung an den BAT sowie eine vertragliche Vereinbarung des Liquidationsrechtes im Rahmen der Wehrlösungen des Hauses geboten.

Bewerbungen mit den üblichen Unterlagen werden bis 2. 2. 1976 erbeten an

Stadt, 8910 Landsberg a. Lech, Hauptplatz 1, Personalabteilung, Telefon (0 81 91) 23 63-23 67



Röthenbach bei St. Wolfgang, inmitten des Reichswaldes, vor den Toren Nürnbergs gelegen, sucht einen

Allgemein-/Prakt. Arzt

Einwohner z. Z. 2300, Einzugsgebiet 3000. In den Nachbarorten: Wendelstein (2 km, 6000) 2, in Feucht (3 km 12 000) 4 Praktische Ärzte. Krankenhäuser in Nürnberg (12 km) und Schwabach (13 km). Ärztlicher Notfalldienst geregelt. Kindergarten und Volksschule am Ort. Weiterbildende Schulen in Feucht, Nürnberg und Schwabach. Die Gemeinde stellt Wohn- und Praxisräume oder Bauplatz und ist bei der Finanzierung behilflich.

Gemeinde Röthenbach bei St. Wolfgang
Telefon (0 91 29) 2 85

Der Landkreis Regensburg sucht für sein Kreiskrankenhaus Wörth a. d. Donau ab sofort

1 Oberarzt der Fachrichtung Chirurgie

Die Vergütung erfolgt nach BAT bzw. Vereinbarung. Zusätzliche Entschädigungen für Bereitschaftsdienst und Überstunden werden gewährt. Wohnung kann auf Wunsch zur Verfügung gestellt werden.

Das Kreiskrankenhaus Wörth a. d. Donau, 25 km von Regensburg entfernt, wurde in den letzten Jahren modernisiert und auf 105 Planbetten erweitert.

Bewerbungen mit den üblichen Unterlagen werden erbeten an das Landratsamt Regensburg, Landkreisverwaltung, 8400 Regensburg 12, Postfach 12 03 29.

Die I. Medizinische Klinik des Rheuma-Zentrums Bad Abbach sucht zum baldigen Dienstantritt

1 Assistenzarzt (Stationsarzt) 1 Medizinalassistenten

Zur Facharztweiterbildung für die Innere Medizin sind 2 Jahre anrechenbar.

1 Ergotherapeutin

Die Aufgabe ist insofern reizvoll, als es sich um die weitgehend selbständige Leitung einer neu eingerichteten und noch zu erweiternden beschäftigungstherapeutischen Abteilung handelt.

Bad Abbach liegt in landschaftlich schöner Gegend an der Donau, 10 km von Regensburg und 120 km von München entfernt.

Bewerbungen und nähere Anfragen sind zu richten an: Professor Dr. med. H. Mathies, I. Medizinische Klinik, Rheuma-Zentrum, 8403 Bad Abbach bei Regensburg.



Der Landkreis Dachau sucht für die Chirurgische Abteilung des Kreiskrankenhauses in Indersdorf (56 Betten) zum sofortigen oder späteren Eintritt einen Facharzt als

Oberarzt

welcher den Chefarzt vertreten kann, Vergütung erfolgt nach Gruppe I b BAT.

Bewerbungen mit Unterlagen erbeten an das Landratsamt Dachau, 8060 Dachau, Augsburgstraße 1, Telefon (08131) 40 04.

Spezialkrankenhaus für alle Erkrankungen der Atmungsorgane

**KLINIK
ST. BLASIEN**

Leitende Ärzte:
Dr. E. Polz
Fr. Dr. E. v. Witzleben

Differentialdiagnostik und Therapie auch schwerer Formen spezifischer und unspezifischer Lungen- und Atemwegkrankungen.

3 getrennte, modern eingerichtete Abteilungen: 1. Intensivbehandlung unspezifischer Lungen- und Bronchialkrankheiten. 2. Tuberkulose. 3. Leichtkranke und Erholungssuchende. Alle Abteilungen mit Ein- und Zweibettzimmern, vorwiegend mit Balkon, z.T. mit Dusche und WC.

Privatpatienten (beihilfefähig), Sozialkostenträger, RVO-Kassen.

Eigentümer: Sanatorium St. Blasien GmbH, 7822 St. Blasien (Hochschwarzwald) Postfach 99 - Fernruf-Sammelnr. (0 76 72) 3 31



Bundesversicherungsanstalt für Angestellte, Klinikum Bad Kissingen

Die BfA sucht für die RHÖN-KLINIK in Bad Kissingen ab sofort oder später

1 Assistenzarzt (-ärztin)

und

1 Medizinalassistenten (-assistentin)

im letzten Ausbildungsgang.

Die Klinik verfügt über 251 Betten, deren Patienten von einem aktiven Ärztekollegium mit Chefarzt, 2 Oberärzten und 8 Assistenzärzten betreut werden. Es ist nur je eine freie Planstelle neu zu besetzen. Der leitende Arzt ist bis zu 2 Jahren zur Facharztweiterbildung ermächtigt. Bei rotierendem Einsatz in den verschiedenen Kliniken der BfA kann die gesamte Facharztweiterbildung im Rahmen der Tätigkeit bei der BfA abgeleistet werden.

Die ärztlichen Aufgaben sind bei einem ausgewählten Krankengut interessant, vielseitig und ausgesprochen praxisnah. Besondere Fortbildungsmöglichkeiten bestehen auf dem Gebiet der Hepatologie, Gastroenterologie und der Sozialmedizin mit gutachterlicher Tätigkeit. Möglichkeiten zu wissenschaftlichen Arbeiten sind ebenso gegeben wie Aufstiegsmöglichkeiten im Rahmen unseres Aufbauprogramms. Voraussetzung für die angeführten Möglichkeiten bieten moderne diagnostische wie auch therapeutische Einrichtungen (Endoskopie mit Laparoskopie, Gastroskopie usw. sowie im Zusammenhang mit einer zentralen medizinisch-technischen Untersuchungsstelle ein apparativ hervorragend ausgestattetes Laboratorium, eine Ergometrie, ein Lungenfunktionsplatz und eine moderne Röntgenabteilung unter Leitung eines Fachröntgenologen).

Wir bieten: Vergütung nach Gr. II/1 b MTAng-BfA (BAT), bei Vorliegen der Anerkennung als Facharzt für Innere Medizin Verg. nach Gr. I b/1 a MTAng-BfA (BAT); ein Medizinalassistent wird nach vierwöchiger Einarbeitung und bei Übertragung einer Station nach MTAng-BfA Verg.-Gr. II bezahlt; großzügige Vergütung des Bereitschaftsdienstes, 13. Monatsgehalt als Sonderzuwendung, monatliche Zulagen, zusätzliche Altersversorgung sowie Beihilfe und Erstattung der Umzugskosten nach den gesetzlichen Vorschriften. Übernahme in das Beamtenverhältnis ist möglich.

Dienstwohnungen verschiedener Größe oder Appartements in modern eingerichtetem Personalwohnhaus stehen zur Verfügung. Auf Wunsch Teilnahme an der Personalverpflegung zu günstigen Sätzen.

Bei einer Arbeitszeit von 40 Stunden im Rahmen der 5-Tage-Woche haben Sie genügend Zeit für Ihre Patienten, aber auch für sich selbst und für Ihre Weiterbildung.

Die Stadt Bad Kissingen und ihre unmittelbare Umgebung bieten bei einem Maximum an Lebensqualität (keine Umweltbelastungen, viel natürlich erhaltener Raum) alle Möglichkeiten einer größeren Stadt (Theater, Ausgleichssportarten wie Wandertouren, Tennis, Reiten, Golf, Segelfliegen usw.).

Bewerbungen erbeten an den leitenden Arzt der RHÖN-KLINIK, Dr. H. G. Dehnhardt, 8730 Bad Kissingen, Pfaffstraße 10, Telefon (0971), Durchwahl 85 21 81 oder Vermittlung 85-1.

MTA o. Laborantin

baldmöglichst in Facharzt-Praxis nach Rosenheim/Obb. gesucht.

Zuschriften erbeten unter Nr. 331/41 an die Anzeigenverwaltung BAYERISCHES ARZTEBLATT, 8000 München 2, Sonnenstr. 29.

Mitarbeiter

für Landpraxis mit Labor, im Raum Ingolstadt, für sofort oder später gesucht.

Spätere Praxisübernahme möglich.

Zuschriften erbeten unter Nr. 331/29 an die Anzeigenverwaltung BAYERISCHES ARZTEBLATT, 8000 München 2, Sonnenstraße 29.

Innere Ärztin

30, ledig, sucht zum 1. 2. 1976 oder später Assistenzarztstelle im Raum München. Ungerin; Studium und Promotion in BRD; Erlaubnis nach § 10 BAO. Antrag auf Approbation und Einbürgerung in Bearbeitung.

Zuschriften erbeten unter Nr. 331/46 an die Anzeigenverwaltung BAYERISCHES ARZTEBLATT, 8000 München 2, Sonnenstraße 29.

Deutscher Arzt

38 Jahre (Bayer!) sucht nach langjähriger Klinikätigkeit (z. Z. Oberarzt) und mehrmaliger Praxisvertretung ab Herbst 1976 Niederlassungsmöglichkeit im südlichen S-Bahn-Bereich München oder in Pasing/Umgebung als praktischer Arzt.

Angebote an: Pathologisches Institut, Dr. med. K. Müller, 7980 Revenburg, Rethausstraße 3.

Realschülerin

seit einem Jahr im Büro tätig, sucht Lehrstelle als Arzthelferin.

Telefon (0 89) 40 04 31

Für Ihre Praxis:

Stempel + Schilder

resch und prelegünstig

Röder 8000 München 22
U-Bahnhof Universität
Telefon (0 89) 2 80 93 61

Landshut/Ndb.

In Zentrumslage werden ca. 160 und 180 qm Praxisräume derzeit umgebaut und modernisiert. Ihre Wünsche können berücksichtigt werden. Parkplatznähe, Bushaltestelle.

Telefon (0 96 21) 1 22 74

Zuschriften erbeten unter Nr. 331/9 an die Anzeigenverwaltung BAYERISCHES ARZTEBLATT, 8000 München 2, Sonnenstr. 29.

„Herr Doktor bitte kommen ...“



wie oft hören Sie oder Ihre Helferinnen diese Worte - häufig aus dem Ortsteil, in dem Sie gerade erst waren.

Zeit ist Geld. Deshalb moderne Kommunikationsmittel: „Verordnen“ Sie sich Teleton Sprechfunk. Es ist das kleinste und zugleich leistungsstärkste deutsche UKW-Sprechfunkgerät.

Lesen Sie sich ausführlich über Leasing oder Kauf informieren.

Teleton Generalvertretung

DEISS Elektronik

8590 Lauf, Bertleinstraße 12, Teleton (0 91 23) 38 52
Sprechfunk - Personenruf - Anrufbeantworter
Eurosignal - Wechselsprechenlegen

BEFELKA - HERZ - KREISLAUF - DRAGEES

Ind.: Herzmuskelchwäche, nervöse Herzstörungen, Herzklopfen, Herzengst, Neigung zu schmerzhaften Herzanfällen, Herzbeschwerden der Wechseljahre, Herzpflege im Alter, hoher Blutdruck mit Kopfschmerz, Schwindelgefühl, Schlafstörungen, Arterienverkalkung. Zus.: 1 Oragee enthält: Extr. Leonur, card. spir. sicc. 20 mg; Extr. Scillae spir. sicc. 25 mg; Extr. Crataegi e flor. spir. sicc. 15 mg; Extr. Crataegi e fruct. spir. sicc. 50 mg; Extr. Rauwolfiae serp. spir. sicc., 40% Gesamtalkaloide, 2,5 mg (entrepr. 1 mg Gesamtalkaloide); Extr. Arnicae e flor. spir. sicc. 3 mg; Koffein 0,75 mg; Hesperidinphosphat-Natrium 7,5 mg.

Packung mit 25 Drag. DM 4,40, 50 Drag. DM 7,10, 100 Drag. DM 12,45

Ärztmuster durch:

BEFELKA-ARZNEIMITTEL, 4500 Osnabrück, Postfach 1351.

Etage

geeignet als Arztpraxis, Gemeinschaftspraxis oder Wohnung und Praxis, ca. 180 qm, in München, Universitätsnähe, zu vermieten.

Telefon (0 89) 39 68 38

Anzeigenschluß für die

März-Ausgabe

ist am 26. Januar 1976

140 qm neuerbaute Praxisräume

Im größten Stadtteil von Sulzbach-Rosenberg/Opf. ab Mitte 1976 zu vermieten.

Gestaltungswünsche können noch berücksichtigt werden.

Zuschriften erbeten unter Nr. 331/13 an die Anzeigenverwaltung BAYERISCHES ARZTEBLATT, 8000 München 2, Sonnenstr. 29.

SYSTEM Arztform

Fordern Sie unverbindlich

Arztform-Beratungsdienst*

bitte Fachrichtung angeben

komplette Praxisplanung

schriftliches Angebot

günstige Preise

direkt ab Spezialfabrik

Informationsmaterial kostenlos

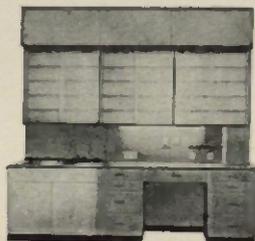
schreiben Sie bitte direkt an

Arztform-Medizin-Zentrum

405 Mönchengladbach 2, Postfach 313

oder rufen Sie Tel. 0 21 66/36 11

Funktionelle Einrichtung Ihrer Praxis durch Anbau-Praxismöbel Baukasten-System

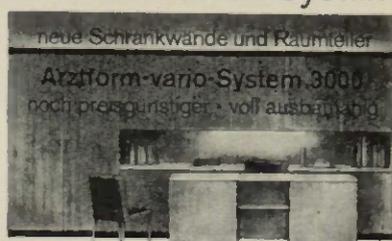


Funktions-Gruppe Labor DBGM



Aufbau-Beispiele für

Funktions-Gruppe Anmelde- und Kartell-Zentrale DBGM Funktions-Gruppe Sprechzimmer



neue Schrankwände und Raumteiler

Arztform-vario-System 3000

noch preisgünstiger • voll ausbaufähig

* wir zeigen Ihnen Original-Einrichtungs-Pläne und Farbfotos mit vielen interessanten Funktions-Ideen und günstige Fabrik-Preise für kluge Käufer

Praxisräume

Bestens geeignet für Arzt-, Facharztpraxis, in 8940 Memmingen/Allgäu (40.000 Einwohner), in einem Geschäftshausneubau (im Erdgeschoss betreibt der Eigentümer eine Apotheke) günstig zu vermieten. Bezugstermin ca. Ende 1978. Zentrale Lage im Stadtbereich, beste Verkehrsbindung, Raumaufteilung und Berücksichtigung von Sonderwünschen sind möglich.

Zuschriften erbeten unter Nr. 331/40 an die Anzeigenverwaltung BAYERISCHES ARZTEBLATT, 8000 München 2, Sonnenstraße 29.

Praxisräume in Nürnberg

McDonald Eck Allersberger Straße 80, 2. Etage (215 qm, unterteilbar, Fahrstuhl), zu vermieten. Chirurgische Praxis bereits im Hause. Privatwohnung in Dachterrassenwohnung möglich.

Zuschriften erbeten unter Nr. 331/43 an die Anzeigenverwaltung BAYERISCHES ARZTEBLATT, 8000 München 2, Sonnenstraße 29.

Alteingeführte Allgemeinpraxis

In Würzburg aus Altersgründen ab 1. April 1978 sehr günstig nachlos abzugeben. Telefon (09 31) 5 14 38 oder

Zuschriften erbeten unter Nr. 331/28 an die Anzeigenverwaltung BAYERISCHES ARZTEBLATT, 8000 München 2, Sonnenstraße 29.

Dr. von Ehrenwall'sche Klinik

Private Fachklinik für Neurologie, Psychiatrie und Grenzfälle der Inneren Medizin.

Leitender Arzt: Dr. Smolenski
5483 Bad Nauheim-Ahrweiler 2
Telefon (0 26 41) 32 31

Von angehendem Augenarzt wird zum Sommer/Herbst 1978 eine Möglichkeit zur Niederlassung, Assoziation oder Übernahme einer

Augenarztpraxis gesucht.

Zuschriften erbeten unter Nr. 331/38 an die Anzeigenverwaltung BAYERISCHES ARZTEBLATT, 8000 München 2, Sonnenstraße 29.

Gutgehende

Allgemeinpraxis

auf dem Lande, Nähe Mühlendorf, zu verkaufen oder zu vermieten.

Zuschriften erbeten unter Nr. 331/10 an die Anzeigenverwaltung BAYERISCHES ARZTEBLATT, 8000 München 2, Sonnenstraße 29.

Neumarkt bei Nürnberg

Großzügige Praxisräume in bester Lage an Arzt zu vermieten.

Zuschriften erbeten unter Nr. 331/604 an die Anzeigenverwaltung BAYERISCHES ARZTEBLATT, 8000 München 2, Sonnenstraße 29.

Große Allgemeinpraxis

In nordbayerischer Großstadt; verkehrsgünstige, trotzdem ruhige Lage in großer Eigentums-Wohnung. 1978 abzugeben.

Zuschriften erbeten unter Nr. 331/33 an die Anzeigenverwaltung BAYERISCHES ARZTEBLATT, 8000 München 2, Sonnenstraße 29.

Großzügig angelegte, helle Räume

direkt im Zentrum von Rosenheim (oberbayerisches Alpenvorland), 3. Stock, LIT, mit praktischen Nebenräumen (Kochgelegenheit, Bad), ab sofort zu vermieten.

Bestens geeignet für Arztpraxis (auch Gemeinschaftspraxis), Apotheke im Hause.

Zuschriften an Herrn Dr. Willi Preißler, 8200 Rosenheim, Münchener Straße 1a.

Allgemeinpraxis

8553 Ebermannstadt (Fränkische Schweiz, reizvolle Gegend, Schul- und Sportzentrum). 5 Praxisräume 80 qm, ca. 800 Scheine, ab 1. 4. 1978 krankheitshalber abzugeben.

Zuschriften an Dr. Kraller, Ebermannstadt, Bahnhofstraße 15, Telefon (09 1 94) 91 89.

Die moderne Arztpraxis

Einrichtungsvorschläge kostenlos. In meinen Ausstellungsräumen finden Sie Anregung für individuelle Praxislagegestaltung. Verabredungen auch zum Wochenende möglich.

Bewährter Kundendienst seit 25 Jahren und eben solange Erfahrung garantiert Ihnen eine sorgfältige fachliche Beratung.

Josef Pongratz, Arzt-, Krankenhaus- und Laborbedarf, 8360 Oeggendorf, Grafinger Straße 106, Telefon (09 91) 59 72

Die Heilung von Hautleiden und -schäden

Ekzem, Psoriasis, Lichen, Dermatitis, Neurodermitis, Pruritus, Prurigo, Crusta lactea, Favus, Pityriasis sowie von Intertrigo, Dekubitus, Traumen und Ulcera durch

BEFELKA-ÖL

Ist von überzeugender Eindringkraft

Zus.: Öl. Hyperici 10 g, Öl. Calend. 5 g, Öl. Chamom. 3 g, Öl. Oliv. 3 g, Öl. Viol. tric 3 g, med. Weißöl 78 g, Arom.

Arztmauer durch: 50 ml DM 4,50, 100 ml DM 7,60, 200 ml DM 13,50
BEFELKA-ARZNEIMITTEL, 45 Osnebrück - Postfach 13 51

Röntgenpraxis

im Münchener Osten, großes Einzugsgebiet, seit 12 Jahren gut eingeführt, komplett eingerichtet, aus Gesundheitsgründen gegen Ablösung abzugeben.

Zuschriften erbeten unter Nr. 331/34 an die Anzeigenverwaltung BAYERISCHES ARZTEBLATT, 8000 München 2, Sonnenstraße 29.

Gegen Enuresis nocturna

Ist HICOTON als Spezifikum seit vielen Jahren bestens bewährt und in allen Apotheken erhältlich!

Zusammensetzung pro Tabl.: Ferr. oxyd. sacch. 50 mg, Sojelaizin 1,7 mg, Calc. glyc. phosph. 25 mg, Extr. Rhols arom. 5 mg, Extr. Humuli lupuli 2,5 mg, Extr. chinae 2,5 mg, Camph. monobr. 0,05 mg, 50 Tabl. 8,40 DM, 300 Tabl. 39,50 DM.

Arztmauer durch: „MEDIKA“ Pharm. Präparate, 8024 München-Delsenhofen, Am Alten Weg 20

Seit mehr als 25 Jahren Partner des Arztes in der Medizin-Technik

- Schlüsselfertige Prelexeinrichtungen
- Beratung
- Projektierung
- Finanzierung
- Kundendienst

Röntgen - Medizin-Electronic - Labortechnik
Arzt- und Krankenhaus-Bedarf

KURT PFEIFFER KG

85 NÜRNBERG 2

Gleißbühlstraße 7/Ecke Marianstraße (Colonia-Haus)
Postfach 1946 - Telefon (09 11) 20 39 03 - 04

- Röntgen-Apparate und Untersuchungsgeräte
- Röntgen-Bildverstärker mit Farnsehkette
- Labortechnik
- Haemodialyse
- EKG - EEG - Echo-EEG - EMG



malträtierte Venen:

Krampfadern
 oberflächliche Thrombosen
 oberflächliche Venenentzündungen
 Venenreizungen
 Venenstauungen
 zur Venenpflege

stumpfe Verletzungen:

Sport-, Haushalts-,	Blutergüsse
Unfallverletzungen	Verrenkung
Verstauchung	Schwellung
Zerrung	
Prellung	
Quetschung	



Exhirud[®] SALBE GEL

Perkutanes Antithrombotikum mit dem Wirkstoff des Blutegels.

Vertrieb



PROMONTA
 HAMBURG

HINWEIS: Exhirud-Gel ist alkoholhaltig und sollte deshalb nicht mit offenen Wunden oder mit der Schleimhaut in Berührung kommen.

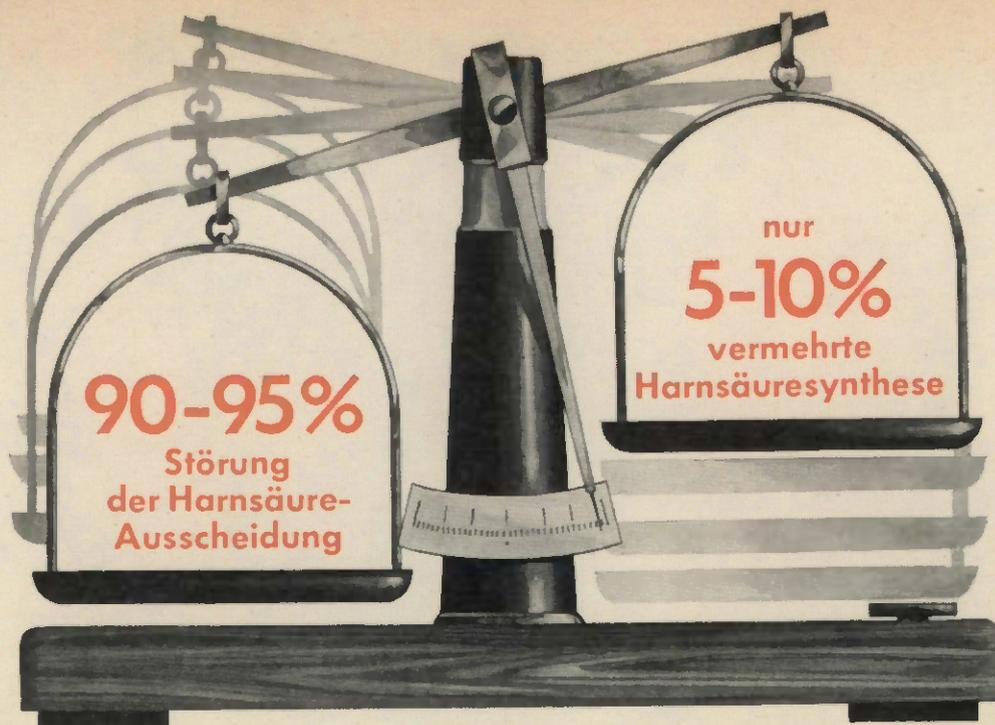
HANDELSFORMEN UND PREISE: Packung mit 40 g Salbe DM 7,25; Packung mit 100 g Salbe DM 14,40; Packung mit 40 g Gel DM 7,25; Packung mit 100 g Gel DM 14,40; Anstaltspackungen

INHALTSANGABEN: 100 g Salbe enthalten: Blutegel-
 tofflösung 1g, biochemisch standardisiert auf 500
 rombin-Einheiten.

GEL enthalten: Blutegelwirkstofflösung 1,5g, bio-
 loch standardisiert auf 750 Antithrombin-Einheiten.

WIRKSTOFFE: Siehe oben

INDIKATIONEN: Hämophilie



Jetzt zeigt sich das wahre Gewicht.

Die neue Erkenntnis der Ursachenforschung von Hyperurikämie: „Aufgrund von Untersuchungen der letzten Jahre wird heute allgemein akzeptiert, daß bei etwa 5-10% der Patienten mit primärer Gicht eine vermehrte Harnsäuresynthese varliert, während bei dem Rest, nämlich 90-95%, eine Ausscheidungsstörung für Harnsäure als Ursache der Hyperurikämie angenommen werden muß.“

Gräbner, W. u. N. Zöllner: Med. Technik 95 (1975) 94

Jetzt zeigt sich das wahre Gewicht von URICOVAC.

1. Behebung der Harnsäure-Minderausscheidung durch Steigerung der Harnsäureclearance.
2. Steigerung der enteralen Harnsäureausscheidung.
3. Hemmung der Purinsynthese durch Hemmung der PRPP-Synthetase und Aktivierung der Purin-Phosphoribosyltransferasen.

URICOVAC. Ein ganzes System in einer Tablette

Zusammensetzung: 1 Tablette Uricovac enthält 100 mg Benzbromaron.

Anwendungsgebiete: Hyperurikämie jeder Genese.

Dosierung: Falls vom Arzt nicht anders verordnet, 1 Tablette tgl. (am besten nach einer Mahlzeit).

Unverträglichkeiten und Risiken: Das Präparat soll nicht angewendet werden bei mittelschwerer bis schwerer Niereninsuffizienz (Patienten, deren glomeruläre Filtrationsrate weniger als 20 ml/min. beträgt).

Obwohl Uricovac in ausgedehnten Tierversuchen keinerlei teratogene Wirkung gezeigt hat, sollte das Präparat aus Vorsichtsgründen bei bestehender Schwangerschaft nicht verabreicht werden.

Grundsätzlich soll der Hyperurikämiker, insbesondere zu Beginn der Behandlung, mindestens 1,5 bis 2 Liter Flüssigkeit pro Tag zu sich nehmen. Bei Steindriese empfiehlt sich die Einstellung des Urins auf den annähernd neutralen Bereich von pH 6,4-6,8 speziell bis zur Normalisierung

der Serumharnsäurewerte. Darreichungsformen und Packungsgrößen: 30 Tabletten zu je 100 mg = 1 Monatspackung DM 29,- einschließlich MwSt., 90 Tabletten DM 78,- einschließlich MwSt., AP mit 300 Tabletten.



LABAZ GmbH
Pharmazeutische Präparate
4 Düsseldorf