



# Bayerisches Ärzteblatt

Mit amtlichen Mittellungen der Ministerien

Herausgegeben von der Bayerischen Landesärztekammer

Nummer 4

## Zur Kenntnis genommen:

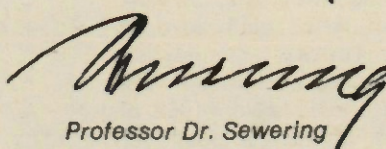
Ein Arzt aus Ghana, der in 19 langen Jahren seine medizinische Ausbildung und Weiterbildung zum Frauenarzt in deutschen Krankenhäusern absolviert hat, erhielt die Mitteilung, daß seine Arbeitserlaubnis nicht mehr verlängert wurde. Er wollte aber nicht nach Hause zurückkehren und setzte alle Hebel in Bewegung. Es kam in der kleinen Stadt fast zu einem Bürgeraufstand, weil der Ärmste von den bösen Behörden gezwungen werden sollte, in seine Heimat zurückzukehren. Daß zugleich auch so etwas Ähnliches wie der Zusammenbruch der ärztlichen Versorgung bei uns an die Wand gemalt wurde, versteht sich von selbst.

Nun hat auch der Landtag es abgelehnt, zugunsten des ghanesischen Kollegen tätig zu werden. Man wird abwarten können, was noch alles versucht wird, um seine Heimkehr zu verhindern. Schon schrieb eine Tageszeitung, seine „letzte Chance“ sei die Verheiratung mit einer deutschen Frau. Dann brauche er nicht mit Ausweisung zu rechnen.

Wäre das ein Einzelfall, könnte man darüber hinweggehen. Dem ist aber nicht so. Der Fall ist typisch für viele andere. Deshalb muß ein Wort dazu gesagt werden. Einem Land wie dem unseren steht es gut an, jungen Menschen, vor allem auch aus Entwicklungsländern, Ausbildungschancen für die verschiedensten Berufe zu geben. In den letzten Jahren hat uns das im medizinischen Bereich noch dazu sehr gut getan, weil schwach besetzte Arztjahrgänge den gestiegenen Bedarf an nachgeordneten Ärzten nicht decken konnten. Das mag an manchen Plätzen auch heute noch zutreffen. Ein erheblicher Wandel zeichnet sich bereits ab. Dem Mangel an jungen Ärzten könnte schon bald eine Verknappung der Arbeitsplätze folgen. Dazu gibt es recht eindrucksvolle Zahlen: Während 1960/64 in der Bundesrepublik 9322 junge Ärzte ihre Approbation erhielten, waren es 1970/74 bereits 30 721. Die Zahl der Studienanfänger in der Humanmedizin hat die „Alptraumgrenze“ von 8000 erreicht! Dennoch sollten wir auch in der Zukunft die Aus- und Weiterbildung junger Ärzte aus Entwicklungsländern ermöglichen, wenn solche Länder es wünschen. Es muß aber heute wie in der Zukunft sichergestellt sein, daß solche Ärzte nach einer angemessenen Zeit in ihre Länder zurückkehren, um für die ärztliche Versorgung ihrer Landsleute zur Verfügung zu stehen! Angesichts der erschreckend geringen Zahl der Ärzte in Ghana oder in anderen Entwicklungsländern kann man sich nur noch wundern über die Einfalt, mit der Bürger unseres Landes sich echauffieren, um einem Rückkehrunwilligen auch noch Hilfestellung zu leisten.

Den Mitgliedern des Beschwerdeausschusses des Bayerischen Landtages muß man deshalb dankbar sein für die klare Haltung. Die an dem Arzt geleistete Entwicklungshilfe, so erklärte ein Abgeordneter, sei nicht vollständig, wenn sie nicht seinen Landsleuten zugute käme.

Ich denke dabei an den ersten Appell, welchen die ärztlichen Vertreter aus Entwicklungsländern erst jüngst an die Generalversammlung des Weltärztebundes richteten: sie appellierten dringend an die Industrienationen, die in ihren Ländern ausgebildeten Ärzte aus Entwicklungsländern nicht festzuhalten, sondern sobald wie möglich in ihre Heimatländer zurückzuschicken, wo sie für die ärztliche Versorgung einer vielfach notleidenden Bevölkerung dringend notwendig sind.



Professor Dr. Sewering

# Umwelt und Herzinfarkt\*

von G. Schettler und E. Nüssel

Aus dem Klinischen Institut für Herzinfektforschung an der Medizinischen Klinik der Universität Heidelberg (Direktor: Professor Dr. med. Dr. h. c. G. Schettler)

Herrn Professor Dr. A. Schretzenmayr, Augsburg, zum 70. Geburtstag

In den Industriestaaten bedingen die Herz- und Kreislaufkrankheiten fast die Hälfte aller Todesfälle. Die entzündlich bedingten Herz-Kreislaufkrankheiten sind mit der Besserung der allgemeinen Lebenshygiene und insbesondere der Beherrschung bakterieller Infektionen außerordentlich selten geworden. Den meisten der zum Tode führenden Herz-Kreislaufkrankheiten liegt eine Arteriosklerose zugrunde. Bei einem Drittel aller Herz-Kreislauf-Toten bilden die Erscheinungsformen der koronaren Herzkrankheit die Todesursache. Von diesen Koronar-Toten hatten 60 Prozent einen akuten Herzinfarkt. Die Zunahme der Herz-Kreislaufkrankheiten ist im wesentlichen durch eine Zunahme der koronaren Herzkrankheit bedingt.

## Häufigkeit des Herzinfarktes

Zur Untersuchung der Beziehungen zwischen Umwelt und Herz-Kreislaufkrankheiten ist es nötig, das Vorkommen dieser Krankheiten in definierten Bevölkerungsarealen zu kennen. Unsere Kenntnisse von der Morbidität der verschiedenen arteriosklerotisch bedingten Krankheiten sind aber oft ungenau und unvollständig. So wissen wir z. B. von der Hypertonie zwar, daß sie bei 15 bis 25 Prozent der Erwachsenen vorkommt, wir wissen aber nicht sicher, ob sie in den letzten 30 Jahren zugenommen hat; das können wir nur vermuten. Demgegenüber läßt sich die Häufigkeitsentwicklung der koronaren Herzkrankheit relativ zuverlässig aus der Todesursachenstatistik ableiten. So sind z. B. in der BRD die Koronartodesfälle von 1952 bis 1972 um das Fünffache angestiegen. Das gilt für Männer und Frauen.

\*) Vortrag entliehen der 29. Van-Swieten-Tagung in Wien vom 20. bis 22. Oktober 1975.

Gesichert ist ferner die Vorverlagerung des Manifestationsalters der koronaren Herzkrankheit in zunehmend jüngere Jahrgänge.

Von den Erscheinungsformen der koronaren Herzkrankheit ist das Vorkommen des Herzinfarktes in der Bevölkerung besonders gut bekannt. Es liegt daher nahe, den Herzinfarkt auszuwählen, um Beziehungen zur Umwelt zu untersuchen. Dies ist aus zwei weiteren Gründen sinnvoll:

1. Die bekannten Risikofaktoren des Herzinfarktes sind auch die Risikofaktoren der anderen arteriosklerotisch bedingten Herz-Kreislaufkrankheiten. Dabei gibt es besonders enge Beziehungen der einzelnen Risikofaktoren zu den Krankheiten bestimmter Gefäßprovinzen:

– Hypertonie ist der wichtigste Risikofaktor des Schlaganfalls;

– die Hypercholesterinämie korreliert besonders hoch zur koronaren Herzkrankheit und zu den extrakraniellen Hirngefäßverschlüssen;

– das gesteigerte Zigarettenrauchen ist besonders gefährlich in Richtung periphere Gefäßverschlüsse.

2. Forschungsstrategien und Forschungsergebnisse, die bei der Betrachtung von Beziehungen zwischen Umwelt und Herzinfarkt gefunden werden, können für die Erforschung der Umwelteinflüsse auf andere Krankheitsformen hilfreich sein.

## Risikofaktoren

Die im Organismus klinisch manifesten Risikofaktoren Hypertonie, Hypercholesterinämie, Hypertriglyceridämie, Hyperurikämie und Diabetes mellitus sind ernährungsab-

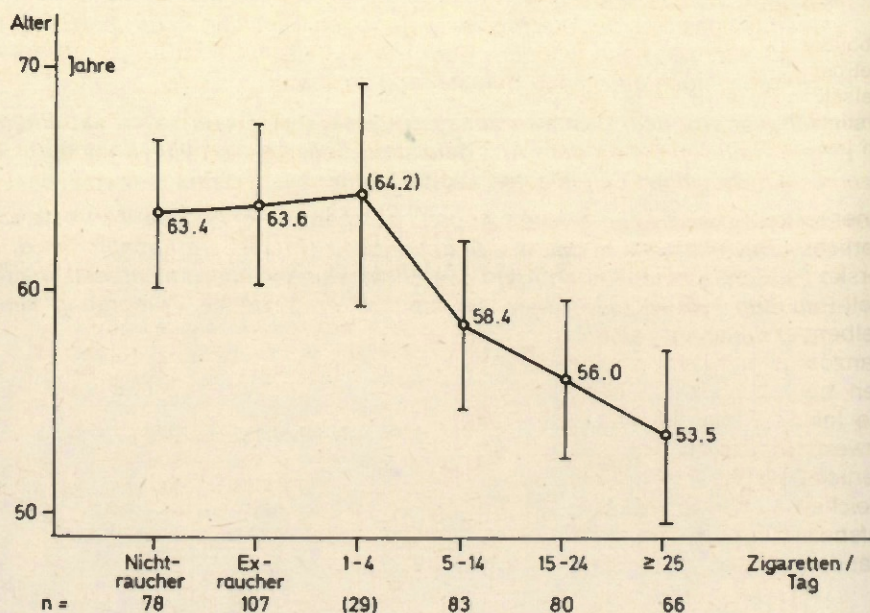


Abbildung 1  
Durchschnittsalter von Männern bei Eintritt des ersten Herzinfarktes in Abhängigkeit von den Rauchgewohnheiten (WHO-Projekt – Euro 5010 – Heidelberg, Center 07)

hängig. Es steht heute allgemein fest, daß überreichliche Zufuhr von Kohlenhydraten und tierischen Fetten eine entscheidende Ursache für die klinische Manifestation dieser Risikofaktoren darstellen.

Neben der Überernährung ist das Zigarettenrauchen eine wichtige risikoreiche Lebens- bzw. Verhaltensweise (Abb. 1). Nichttreucher sind bei Eintritt des ersten Herzinfarktes im Durchschnitt 63 Jahre alt. Bei einem Tageskonsum von mehr als 25 Zigaretten beträgt das Durchschnittsalter bei Erstinfarkt 53 Jahre. Das Durchschnittsalter ist von der täglichen Zigarettenmenge abhängig.

Heute hat sich (auch) die Meinung durchgesetzt, daß Bewegungsmangel das Risiko einer Koronarkrankheit erhöht. Ein Beispiel (Abb. 2) aus

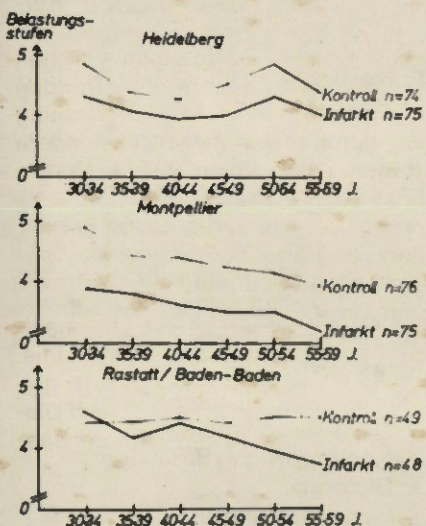


Abbildung 2 Retrospektive Analyse der körperlichen Belastung im Beruf bei alterskorrelierten Erstinfarkt- und Kontroll-Patienten (In jeweils fünf Lebensjahren)

einer retrospektiven Analyse zur körperlichen Belastung im Beruf bei alterskorrelierten Infarkt- und Kontroll-Patienten aus Montpellier, Heidelberg und Rastatt zeigt, daß in der französischen Stadt, ebenso wie in den beiden süddeutschen Städten, die Infarkt-Patienten während ihres Erwerbslebens deutlich weniger körperlich belastet waren als die altersgleichen Kontrollpersonen. Die Berufsbelastung wurde nach einem standardisierten Verfahren bestimmt.

Es ist heute allgemein bekannt, daß Fehlnahrung, Inhalation von Tabakrauch und Bewegungsarmut entscheidend zur epidemischen Aus-

breitung der arteriosklerotisch bedingten Herz-Kreislaufkrankheiten beitragen. Es ist auch sicher, daß die genetischen Faktoren von diesen risikoreichen Lebensweisen dominiert werden. Das haben insbesondere Untersuchungen an Zwillingsbrüdern mit unterschiedlichen Lebensgewohnheiten gezeigt. Wir werden uns im folgenden mit dem Problem sozio-ökologischer Einflüsse auseinandersetzen und dabei bevorzugt auf eigene Untersuchungen zurückgreifen.

### Sozio-ökologische Befunde

Im Auftrage des Bundesministeriums für Jugend, Familie und Gesundheit wurde 1970 im Stadt- und Landkreis von Heidelberg bei einer Grundgesamtheit von 304 000 Einwohnern ein sogenanntes Herzinfarkt-Register eingerichtet. Dieses Register dient der Erfassung aller neu auftretenden Fälle mit Herzinfarkt. Das methodische Vorgehen erfolgt nach den von der WHO ausgearbeiteten Empfehlungen. Koordiniert von der WHO wurden in Europa 1970 und 1971 insgesamt 19 Register eingerichtet. Das Ziel dieser 19 Register war zunächst die Feststellung der Häufigkeit des Herzinfarktes in bestimmten Bevölkerungsarealen (Tab.).

Die Infarkt-Register in Skandinavien und auf den Britischen Inseln wiesen die höchsten Infarktrenten auf. Zusammen mit Polen, Ungarn, der CSSR und Holland gehört die BRD zur Zone der mittleren Häufigkeit. Die geringsten Häufigkeitsraten fanden sich in der DDR, Rumänien, Bulgarien und Österreich. In der BRD können wir aufgrund dieser in Heidelberg gefundenen Raten die Zahl der jährlich Neuerkrankten schätzen. In der BRD rechnen wir mit einer halben Million jährlicher Neuerkrankungen durch Erscheinungsformen der koronaren Herzkrankheit. Von diesen beträgt die Zahl der Kranken mit Herzinfarkt etwa eine Viertelmil-

lion. Wenn die Entwicklung so weitergeht, wird man in der BRD gegen Ende dieses Jahrhunderts pro Jahr ca. eine Million Neuerkrankungen finden, darunter wird die Zahl der frischen Herzinfarkte etwa eine halbe Million betragen. Es ist also nur zu hoffen, daß es uns gelingt, eine solche Entwicklung bald abzuwenden.

Die epidemische Ausbreitung der koronaren Herzkrankheiten wurde unter den verschiedenen Gesellschaftssystemen in Ost und West beobachtet. Das gehäufte Vorkommen des Herzinfarktes in Großstädten scheint uns ein Befund zu sein, der ziemlich konstant unter verschiedenen Bedingungen erhoben wird. In den Großstädten der USA kommen Koronarkrankheiten dreimal häufiger vor als auf dem Lande. In der Sowjetunion schätzt man, daß die Stadtbevölkerung durch Koronarkrankheiten um das Zwei- bis Dreifache stärker bedroht ist als die Bevölkerung ländlicher Gegenden. Auch in der BRD kommt der Infarkt in der Großstadt signifikant häufiger vor als auf dem Lande. Dieses sogenannte Stadt/Land-Gefälle legt die Frage nach Beziehungen zur Wohn- und Verkehrsdichte nahe.

Während bei unseren Infarkt-Patienten die Personenzahl der Haushalte kleiner war als bei den Kontrollpersonen ( $p < 0.001$ ), lag die Belegdichte der Wohnräume von Infarkt-Patienten etwas höher ( $p < 0.05$ ). Unsere Infarkt-Patienten leben also in relativ kleinen Familien auf relativ engem Raum.

In der Heidelberger Herzinfarkt-Registerstudie ergab sich bei den Frauen eine signifikant positive Korrelation zwischen der Inzidenzrate des Herzinfarktes und der Wohndichte (Bewohner pro Hektar). Bei den Männern war die korrelative Beziehung zwischen diesen beiden Parametern zwar gleichsinnig, jedoch statistisch nicht zu sichern. Im

	Altersgruppe						20-64
	20-39	40-44	45-49	50-54	55-59	60-64	
Männer	0,3	1,8	3,7	4,4	6,7	9,9	2,3
Frauen	0,02	0,1	0,3	0,4	0,7	2,2	0,4

Tabelle Frisches Auftreten von Herzinfarkt im Verlaufe des Registerjahres 1971 pro 1000 Einwohner (WHO-Projekt - Euro 5010 - Heidelberg, Center 07)

Areal des Herzinfarkt-Registers von Heidelberg wurde für alle Straßen bzw. Straßenabschnitte die Verkehrsdichte (PKW-Einheiten) bestimmt. Es zeigte sich eine positive Korrelation dieses Parameters zur Infarktinzidenz. Unsere geographischen Analysen zeigten ferner, daß unsere Infarkt-Kranken vor dem akuten Ereignis im Vergleich zu den Kontrollpersonen häufiger vom Lande in die Großstadt und seltener von der Großstadt auf das Land gezogen waren. Aus den USA liegen Berichte über gehäuften Wohnortwechsel bei Koronar-Kranken vor, wobei Einflüsse der Risikofaktoren ausgeschlossen werden konnten. In Nord-Carolina stieg bei der seßhaften Bevölkerung die Koronarsterblichkeit in zeitlicher Parallele zur Verstädterung der ländlichen Gebiete.

Zunehmend mehrten sich die Stimmen für einen Zusammenhang zwischen Trinkwasserqualität und Infarkthäufigkeit. Die allgemeine Devise lautet: in Hartwassergebieten kommt der Herzinfarkt seltener vor als in Weichwassergebieten. In Heidelberg-Stadt würde diese Annahme zutreffen, nicht dagegen auf dem Lande.

Mit Zunahme des allgemeinen Wohlstandes verlieren sich zwar zwischen den sozialen Schichten Häufigkeitsunterschiede der Koronarkrankheiten; dennoch lassen sich solche Unterschiede immer noch finden. So kommt in Heidelberg-Stadt bei den Selbständigen der Herzinfarkt häufiger vor als bei den Arbeitern und Angestellten. Genau umgekehrte Verhältnisse ergeben sich im Landkreis von Heidelberg.

Bereits diese ökologischen Einzelbefunde zeigen, wie problematisch ihre Interpretation ist. Sicher ist heute nur eines: die Genese des Herzinfarktes ist multifaktoriell; Erbanlagen spielen sicher eine Rolle, aber es kommen viele Umwelteinflüsse hinzu. Diese Umwelteinflüsse sind miteinander verflochten. Das „einfache Ursachen-Wirkungsprinzip“ wird der Infarktentstehung sicher nicht gerecht. Wir brauchen eine epidemiologische Forschung, die diese Wechselbeziehungen hinreichend zu klären versucht. Um dies zu betonen, sprechen wir von „Interaktionsepidemiologie“. Zur Erfassung komplexer Wirkzusammenhänge werden uns heute zwar von der Biomathematik Modelle angeboten, die Medi-

zin muß aber zunächst Erfahrungen in der Anwendung dieser Modelle sammeln. Vorerst ist es in jedem Fall sicher verkehrt, die oben dargestellten sozio-ökologischen Einzelbefunde interpretieren zu wollen.

### Risikoverhalten

Zu den Umwelteinflüssen gehören auch sozio-kulturelle Gegebenheiten. Sie stehen zum Risikoverhalten in Beziehung. Die wissenschaftliche Analyse dieser Beziehungen ist eine zukünftige Aufgabe. Vorerst ist es wichtig, Fakten zu sammeln, die das Risikoverhalten beschreiben.

Dieses Vorgehen soll am Beispiel des Risikoverhaltens „Rauchen nach Herzinfarkt“ aufgezeigt werden. Die Ergebnisse einer Häufigkeitsanalyse enthält Abbildung 3.

Von den Männern aller Altersgruppen waren bei Eintritt des ersten Herzinfarktes 60 Prozent Raucher. In den jüngeren Jahrgängen ist der prozentuale Anteil der Raucher natürlich wesentlich höher; er liegt bei 90 Prozent. Drei Monate nach Infarkt rauchten 20 Prozent der Infarkt-Patienten, ein Jahr nach Infarkt 25 Prozent, zwei Jahre danach 30 Prozent, drei Jahre später 32 Prozent; ein weiterer Anstieg bahnt sich für das vierte Jahr an.

Das durchschnittliche Körpergewicht fiel bei unseren Infarkt-Patienten nur vorübergehend ab, um sich bereits ein Jahr nach Infarkt wieder auf das Ausgangsniveau einzupendeln.

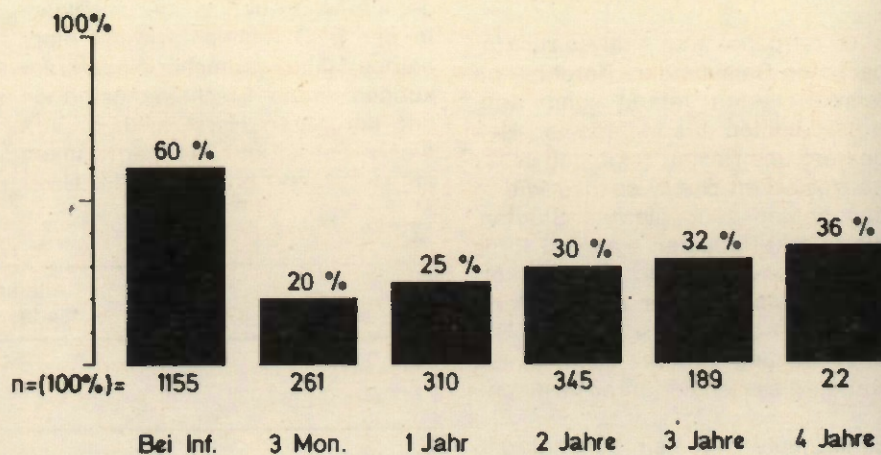


Abbildung 3  
Wiederaufnahme des Rauchens nach Herzinfarkt  
(WHO-Projekt – Euro 5010 – Heidelberg, Center 07)

Die subjektive Beschwerdesymptomatik im Sinne einer Angina pectoris hatte keinen wesentlichen Einfluß auf die Rauchgewohnheiten vor und nach Infarkt.

Bemerkenswert ist, daß sich bei unseren psychologischen Untersuchungen mit Hilfe der Persönlichkeits-Skala „Gesundheitsbewußtes Verhalten“ Herzinfarkt-Patienten mit und ohne Angina pectoris in der Vorgeschichte deutlich differenzieren ließen. Dabei hatten die Infarkt-Patienten ohne eine Angina pectoris in der Vorgeschichte ein signifikant ausgeprägteres gesundheitsbewußtes Verhalten als die Infarkt-Patienten mit einer chronischen, belastungsabhängigen Angina pectoris in der Vorgeschichte. Diese Befunde zeigen die konkreten Ansatzmöglichkeiten für eine Motivationsforschung.

### Prävention

Wir bereiten zur Zeit in zwei Kleinstädten des Heidelberger Herzinfarkt-Registerareals ein Langzeitprojekt zur intervenierenden Prävention vor. Dabei beschränken wir uns ganz bewußt auf die Früherkennung und Beeinflussung der Risikofaktoren und kontrollieren dabei folgende Parameter:

- Rauchgewohnheiten
- Körpergewicht (BROCA-Index)
- Blutdruck
- Serumcholesterin
- Serumtriglycerid
- Serumharnsäure
- Urin- und Blutzucker

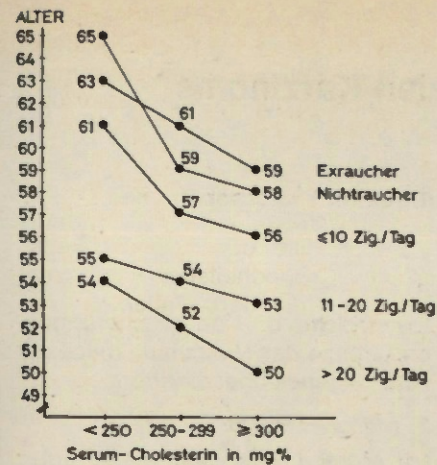


Abbildung 4  
Durchschnittsalter von Männern mit  
erstem Herzinfarkt in Abhängigkeit von  
Rauchgewohnheiten und Serumcholesterinspiegel

Aus Abbildung 4 geht hervor, daß man mit diesen Parametern gefährdete Gruppen sehr wohl definieren kann. Nichtraucher mit einem normalen Cholesterinspiegel sind bei Eintritt des ersten Herzinfarktes durchschnittlich 65 Jahre alt; Raucher mit einem Zigarettenkonsum von mehr als 20 Zigaretten pro Tag und einem Cholesterinspiegel von über 300 mg% sind bei Erstinfarkt durchschnittlich 50 Jahre alt. Der Unterschied zwischen den beiden Extremgruppen beträgt also 15 Jahre.

Ein solches relativ einfaches Sieben-Punkte-Programm zur Früherkennung von Risikofaktoren wird dann besonders effektiv, wenn die Bevölkerung nach dem System des „Per-

manent-Family-Doctor“ ärztlich versorgt wird, d. h., wir propagieren den Arzt, der die ganze Familie langfristig betreut. Häufiger Arztwechsel ist dem Präventiv-Mediziner ein Dorn im Auge, denn in der Prävention chronischer Leiden gilt es, das Krankheitsrisiko des einzelnen aus der Entwicklung und der Konstellation von Risikofaktoren abzuleiten. Die Langzeitbeobachtung dieser Risikokonstellationen soll im Sinne einer Synopsis beim Patienten und zugleich bei seinen Verwandten erfolgen.

Risikoreicher Lebensstil (*Christian*) muß dort erforscht werden, wo er gelebt wird. Das bedeutet: nicht am Krankenbett oder im Ambulatorium einer Klinik oder eines Krankenhauses, sondern in den Wohnungen und an den Arbeitsplätzen müssen die Erkenntnisse gesammelt werden. Die niedergelassenen Ärzte sind zu dieser Forschung prädestiniert. Da Planung, Durchführung und Effizienzkontrolle von Gesundheitsmaßnahmen wissenschaftlich fundiert sein müssen, ist es nötig, daß für die Erforschung der Möglichkeiten zu einer rechtzeitig erkennenden und rechtzeitig intervenierenden Prävention geeignete Voraussetzungen in der freien Praxis geschaffen werden.

Anschrift der Verfasser:

Professor Dr. med. Dr. h. c. G. Schettler  
und Professor Dr. med. E. Nüssel, Medizinische Universitätsklinik der Universität Heidelberg, Bergheimer Straße 58, 6900 Heidelberg

## Einführungslehrgänge in die kassenärztliche Tätigkeit

Die Kassenärztliche Vereinigung Bayerns veranstaltet am

12. Juni 1976

18. September 1978

27. November 1978

im Ärztehaus Bayern, Mühlbaustraße 16, 8000 München 80, Einführungslehrgänge in die kassenärztliche Tätigkeit.

Beginn: jeweils 9.15 Uhr – Ende: jeweils gegen 16.30 Uhr

Anmeldungen sind an die KVB-Landesgeschäftsstelle, Mühlbaustraße 16, 8000 München 80, zu richten bis 4. Juni 1976, 10. September 1978 und 19. November 1976.

Die Teilnahmegebühr ist am Tage des Einführungslehrganges zu bezahlen.

neu  
von Sanorania  
sodort- und  
langwirkend

# Nitro-Tablinen<sup>®</sup>

Koronartherapeutikum  
Isosorbiddinitrat 5 mg

25 Tabl.

100 Tabl.

3.85

11.-

### Zusammensetzung

1 Tablette enthält 5 mg Isosorbiddinitrat.

### Eigenschaften

Die Wirkung von Nitro-Tablinen auf den Angina-pectoralis-Anfall tritt fast ebenso schnell ein wie beim Nitroglycerin. Die Wirkung hält jedoch wesentlich länger an.

### Indikationen

Angina pectoris, koronare Durchblutungsstörungen, Koronarinsuffizienz, Nachbehandlung des Herzinfarktes.

### Kontraindikationen

Glaukom, starke Hypotonie, frischer Herzinfarkt.

### Dosierung und Anwendungsweise

Im Anfall oder vor einer Belastung eine Tablette lutschen oder im Munde zergehen lassen, jedoch nicht herunterschlucken! Die Dosis kann auf 2 Tabletten erhöht werden. Zur Anfallsverbeugung nimmt man 3-4 mal täglich eine Tablette ein. Zur Sicherung der Nachtruhe vor einem Anfall nimmt man vor dem Schlafengehen 1-2 Tabletten ein.

### Nebenwirkungen

Nebenwirkungen ernster Art sind nicht zu erwarten; allerdings kommt es gelegentlich zu Kopfschmerzen. Diese sind jedoch ein Zeichen für die Wirkung des Präparates und harmloser Natur. Hierbei empfiehlt es sich, anfangs niedriger zu dosieren (jeweils ½ Tablette). Die kopfschmerzverursachende Wirkung verschwindet dann meist von allein.

SANORANIA Dr. G. Strohscheer  
1 Berlin 28

# Klinische Pathologie der Frühstadien des kolorektalen Karzinoms\*

von P. Hermenek

Aus der Chirurgischen Klinik mit Poliklinik der Universität Erlangen-Nürnberg (Direktor: Professor Dr. med. G. Hegemann)

Die Tendenz der Onkologie geht heute dahin, eine differenzierte Therapie des malignen Tumors anzustreben. Differenziert in der Operationsmethode, differenziert im Einsatz zusätzlicher Strahlen- und Chemotherapie. Voraussetzung einer solchen differenzierten Therapie sind eine detaillierte histologische Klassifikation, eine histologische Malignitätsgradbestimmung und eine möglichst histologische Bestimmung der Ausdehnung des Tumors (histopathologische Stadienbestimmung). Das alles ist für Tumoren vieler Regionen bzw. Organe heute eine Selbstverständlichkeit. Beim kolorektalen Karzinom — wie auch bei den übrigen gastrointestinalen Karzinomen — finden sich diesbezüglich erst bescheidene Ansätze.

Beim kolorektalen Karzinom ist die Situation verwirrend, da eine einheitliche Nomenklatur der Frühstadien bisher fehlt. Im Schrifttum und bei den täglichen Befunden verschiedener Pathologen begegnet man Begriffen wie maligner Polyp, malignes Adenom, krebsig entarteter Polyp, fokales Karzinom, Frühkrebs, Carcinoma in situ, präinvasives Karzinom, schwere Dysplasie u. a. Diese unterschiedlichen Ausdrücke werden in vielfach wechselndem Sinn verwendet.

## Bau des gestielten adenomatösen Polypen

Besonders bei gestielten adenomatösen Polypen ist es von größter praktischer Bedeutung, daß sie karzinomatöse Areale in unterschiedlicher Lokalisation und Ausdehnung zeigen können und daß dementsprechend die Therapie unterschiedlich ist.

Die Abbildung zeigt schematisch den Bau eines gestielten adenomatösen Polypen. Wir haben als erstes

zwischen Polypenkopf, Polypenstiel und polypentragender Darmwand zu unterscheiden. Die Grenze zwischen Stiel und Kopf ergibt sich aus den beiden Stellen des Übergangs von adenomatösem Gewebe zu normaler Schleimhaut. Sowohl innerhalb des Polypenstieles als auch im Polypenkopf finden wir jeweils eine Schleimhaut- und eine Submukosazone. Die Grenze ist die Muscularis mucosae. Diese ist im Bereich des Polypenkopfes oft unterbrochen und aufgesplittert. Dann hilft zur Unterscheidung die Beschaffenheit des Gewebes zwischen den Drüsen. Das Stroma der Schleimhautzone ist locker und enthält nur Kapillaren und Venolen, das Stroma der Submukosazone jedoch auch Arterien und Venen sowie kolligene Fasern.

## Fokales Karzinom und maligner Polyp

In der Abbildung sind auch die Möglichkeiten krebsiger Veränderungen in gestielten Polypen dargestellt. Wir können dabei zwei Situationen unterscheiden:

### 1. Fokales Karzinom:

Ausschließlich in der Schleimhautzone finden sich herdförmig (fokal) stark atypische, polymorphe und mi-

tosenreiche drüsige Wucherungen, die Grenze der Muscularis mucosae wird nirgends überschritten.

### 2. Maligner Polyp:

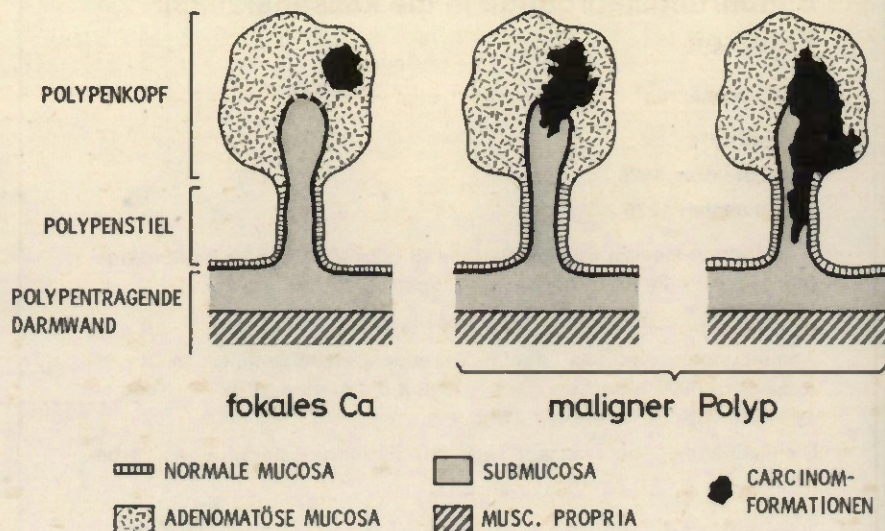
Mit Morson verstehen wir darunter einen gestielten adenomatösen oder papillären Polypen, bei dem die Karzinomformationen in die Submukosa des Polypenkopfes oder Polypenstieles infiltrieren.

## Therapie bei fokalem Karzinom

Es besteht heute, wohl allgemeine Übereinstimmung, daß beim fokalen Karzinom die Polypektomie im Gesunden völlig ausreichend ist. In der Schleimhautzone gibt es, wie neuere elektronenmikroskopische Untersuchungen zeigten, keine Lymphgefäße. Daher kommt Lymphknotenmetastasierung beim fokalen Karzinom nicht vor.

## Therapie bei malignen Polypen

Hinsichtlich der Therapie des malignen Polypen im obigen Sinn gibt es zwei Anschauungen. Manche halten hierbei die klassische Krebstherapie, d. h. die Resektion des tumortragenden Darmabschnittes einschließlich der Entfernung der Lymphabflußgebiete, angezeigt. Mit



\*) Nach einem Referat, gehalten beim 16. Gastroenterologischen Informationskurs in München am 12. November 1975.

namhaften Zentren der Dickdarmchirurgie, so dem St. Marks Hospital, der Mayo-Klinik, dem Memorial Cancer Hospital und der Columbia University New York stehen wir auf anderem Standpunkt. Entscheidend für das Vorgehen sind

1. die Tumorfreiheit der Resektionslinie und
2. der histologische Malignitätsgrad des Tumors.

Beim Adenokarzinom vom Malignitätsgrad I und II begnügen wir uns mit der Polypektomie im Gesunden. Die Begründung für dieses Vorgehen liegt darin, daß regionale Lymphknotenmetastasen beim malignen Polypen von Malignitätsgrad I und II auch nach Infiltration in die Submukosazone äußerst selten vorkommen und die hierdurch gegebene Gefahr geringer ist als das Risiko einer resezierenden Operation.

Anders liegt die Situation bei den seltenen malignen Polypen, die das histologische Bild eines Adenokarzinoms vom Malignitätsgrad III bzw. anaplastischen Karzinoms zeigen. Bei diesen ist mit Rezidiven und lymphogener Metastasierung zu rechnen. Daher ist in diesen Fällen die Polypektomie im Gesunden nicht ausreichend, vielmehr die Resektion indiziert.

### Diagnose durch Polypektomie

Die unterschiedliche Therapie bei karzinomatösen Arealen in einem gestielten polypösen Gebilde, je nach Ausdehnung des Karzinoms, zwingt dazu, als diagnostischen Eingriff prinzipiell die Polypektomie vorzunehmen. Wird aus einem Polypen

mit fokalem Karzinom eine Inzisionsbiopsie entnommen und dabei das Karzinom getroffen, ergibt sich im histologischen Präparat genau das gleiche Bild wie bei einer Inzisionsbiopsie aus einem malignen Polypen. Die Inzisionsbiopsie erlaubt also keine Unterscheidung zwischen fokalem Karzinom und malignem Polyp. Die Inzisionsbiopsie ist daher für die Aufstellung eines Therapieplanes völlig ungeeignet. Ein Therapieplan kann bei gestielten polypösen Gebilden erst dann begründet und zielführend aufgestellt werden, wenn das polypoide Gebilde zur Gänze vom Pathologen untersucht wird. Der Pathologe muß dabei angeben, ob etwaige karzinomatöse Veränderungen

1. auf die Mukosa begrenzt sind oder aber in die Submukosa infiltrieren,
2. ob sie auf die Submukosazone des Polypenkopfes beschränkt sind oder sich in den Stiel oder gar noch tiefer in die polypentragende Darmwand erstrecken,
3. ob die Entfernung lokal im Gesunden erfolgt ist und — last not least
4. welchen Malignitätsgrad die Tumorformationen aufweisen.

Erst mit der Summe dieser Aussagen kann man sich über die biologische Dignität einigermaßen Klarheit verschaffen.

Nicht ganz so selten ist es für die Pathologen unmöglich, mit absoluter Sicherheit zu sagen, ob die Entfernung im Gesunden erfolgt ist. Das gilt besonders dann, wenn die ektomierten malignen Polypen in mehreren Teilen dem Pathologen übersandt werden. In diesen Fällen sollte bei Nachweis eines in die Sub-

mukosazone infiltrierten Karzinoms immer grundsätzlich nachreseziert werden. Man findet dann am Resektionspräparat in etwa 25 Prozent dieser Fälle tatsächlich noch Karzinomformationen.

### Polypoides Karzinom

Im Gegensatz zu den gestielten malignen Polypen ist das Karzinom in sessilen polypösen Gebilden bzw. das von vornherein polypoide Karzinom anders zu bewerten. Wenn bei diesen Fällen die Submukosa infiltriert ist, muß in etwa zehn Prozent mit lymphogener Metastasierung gerechnet werden. Es muß daher bei sessilen polypösen Karzinomen mit Infiltration der Submukosa die Radikaloperation vorgenommen werden. Die lymphogene Metastasierung wird auch nach Erreichen der Muscularis propria nichtwesentlich höher, man beobachtet sie dann bei maximal fünfzehn Prozent der Fälle. Der entscheidende Anstieg in der Häufigkeit der lymphogenen Metastasierung ist erst dann gegeben, wenn der Tumor sich jenseits der Muscularis propria in das periproktale bzw. in das subseröse Fettgewebe ausgedehnt hat. Dann ist in fast 60 Prozent mit lymphogener Metastasierung zu rechnen. Dies ist auch der Grund, warum prognostisch die entscheidenden Weichen erst gestellt sind, wenn die Muscularis propria vom Tumor überschritten wird.

Das fokale Karzinom ist mit dem kleinen Eingriff der Polypektomie praktisch immer zu heilen. Auch bei malignen Polypen ist in der Mehrzahl der Fälle mit Polypektomie, sonst durch resezierende Verfahren nahezu immer Heilung zu erzielen. Nach wie vor aber sind an allen Zentren fokales Karzinom und maligner Polyp unter allen diagnostizierten Karzinomen selten. Alles diagnostische Streben muß daher zum Ziele haben, das kolorektale Karzinom in früheren Stadien zu erkennen.

### Literaturhinweis:

MORSON, B. C.; I. M. P. DAWSON: Gastrointestinal Pathology. Oxford-London-Edinburgh-Melbourne, Blackwell 1972

### Anschrift des Verfassers:

Professor Dr. med. P. Hermanek, Vorstand der Abteilung für Klinische Pathologie der Chirurgischen Klinik und Poliklinik der Universität Erlangen-Nürnberg, Maximiliansplatz, 8520 Erlangen

## Beratungsstelle für Träger eines Anus praeter naturalis

Seit Februar 1976 finden in der Chirurgischen Klinik des Klinikums rechts der Isar der Technischen Universität München Beratungsstunden für Träger eines Anus praeter naturalis statt.

Die Sprechstunden sind jeweils Dienstag von 14.00 bis 17.00 Uhr in der Chirurgischen Endoskopie des Klinikums rechts der Isar der Technischen Universität München, Ismaninger Straße 22, 8000 München 80.

Voranmeldung ist nicht erforderlich.

Die Beratung ist unentgeltlich.

Weitere Auskunft:

Dr. med. Dorothea Geile, Chirurgische Klinik des Klinikums rechts der Isar der Technischen Universität München, Ismaninger Straße 22, 8000 München 80, Station 1/17, Telefon (0 89) 41 40 - 21 17

Hohe  
Resorptionsquote  
schneller  
Wirkungseintritt  
therapiegerechte  
Abklingquote  
beste  
Verträglichkeit—  
macht es den Patienten leicht,  
die Dosierungsrichtlinien  
konsequent einzuhalten.

Jetzt  
auch  
Novodigal  
Tropfen

# Novodigal®

## erfolgreiche Therapie bei allen Graden und Formen der Herzinsuffizienz

**Indikationen** Klassische Aufsaättigungs- und Erhaltungstherapie jeder Herzmuskulinsuffizienz mit oder ohne Frequenz- oder Rhythmusstörung.  
Absolute Tachyenrhythmie bei Vorhofflimmern.  
Supraventrikuläre paroxysmale Tachykardie.  
Frühdigitalisierung bei leterter bzw. Befestungs Herzinsuffizienz.  
Vorsorge-Digitalisierung bei alternen Menschen.  
Prä-, intra- und postoperative Digitalisierung.

**Kontraindikationen** Absolut: Glykosidintoxikation, atrioventrikuläre Leitungsstörungen, paroxysmale Ventrikeltachykardie, idiopathische hypertrophische subaortale Stenose, geplante Elektrokonversion.  
Relativ: bradykarde Rhythmusstörungen, Kaliummangelzustände, Hyperkalzämie, Carotisinsyndrom.

**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 Laxantien-Gabe), Hypoxie, hormonelle Störungen, empfiehlt sich eine einschleichende Antengsdosierung mit Novodigal «mite». Bei Niereninsuffizienz mit verminderter renaler Filtrationsrate ist der Glykosidbedarf reduziert.

Bei jeder Glykosidtherapie ist von parenteralen Kalziumgaben wegen der potenzierenden Wirkung abzusehen. In den Frühstadien der Schwangerschaft entscheidet - wie bei allen Medikamenten - die Dringlichkeit der Therapie.  
Ob erkrankungs- oder behandlungsbedingte Situationen zu einer vorübergehenden Besinrechtigung der Verkehrstüchtigkeit führen, ist fallweise zu entscheiden.  
**Dosierung** Hinweise entnehmen Sie bitte dem wissenschaftlichen Prospekt.

**Handelsformen** Novodigal Tabletten zu 0,2 mg 8-Acetyldigoxin  
Packungen mit 50 Stück DM 5,90, 100 Stück DM 10,60  
Anstaltspackungen

Novodigal Tropfen mit 0,1 mg 8-Acetyldigoxin in 10 Tropfen  
Tropfflasche mit 30 ml DM 10,15, Anstaltspackung  
Novodigal «mite» Tabletten zu 0,1 mg 8-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

Beiersdorf AG · Unnastr. 48 · 2000 Hamburg 20

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.



# Ist die Existenz des Kassenarztes gefährdet?\*

von Friedrich Kolb

Wir erleben in diesen Wochen und Monaten nach vorausgegangenen Angriffen gegen Unternehmer und Chefärzte eine gezielte und wohl programmierte Pressekampagne gegen die Ärzte und insbesondere gegen die Kassenärzte, und zwar gerade zu dem Zeitpunkt, zu dem die Behandlung der Gesetzentwürfe zur Weiterentwicklung der gesetzlichen Krankenversicherung im Bundestag ansteht. Die Massenmedien, Krankenkassen und Politiker überschlagen sich förmlich mit solchen Angriffen. Nach dieser veröffentlichten Meinung, die – wie durch Rundfragen bewiesen – keineswegs der Überzeugung der großen Mehrzahl unserer Patienten entspricht, muß der nicht vollständig orientierte Staatsbürger den Eindruck gewinnen, daß der Arzt und besonders der Kassenarzt in der Bundesrepublik einer der anrühmlichsten und übelsten Zeitgenossen ist.

Nachstehend werden einige polemische *Pressestimmen und Verlautbarungen* von Politikern und Krankenkassen zitiert, ohne daß diese Aufzählung auch nur annähernd Anspruch auf Vollständigkeit erheben kann:

1. Die „*Spiegel-Serie*“ vom vergangenen Jahr: „Die Bombe tickt“

2. in der Zeitschrift „*Die Ortskrankenkasse*“ vom 1. Oktober 1975 spricht unter der Überschrift: „Arzthonorare und Bruttosozialprodukt“ *Wollny* vom „Über- und Horror-Honorar“ (eine Erwiderung darauf ist im „*Bayerischen Ärzteblatt*“ 12/1975 erschienen)

3. *BdO Presseseminar Merla Laech* (Dezember 1975) – Presseverlautbarung unter der Überschrift: „Ärzte, Gewinner der Rezession“

Angeblich wurde für 1975 ein Honorarzuwachs von 15 Prozent festgestellt, und zwar bevor die Ergebnisse für 1975 überhaupt vorliegen konnten. Tatsächlich beträgt er in Bayern, fast ausschließlich durch Mehrarbeit der Kassenärzte bedingt, bei den RVO-Kassen nach vorläufigen Ergebnissen 7,97 Prozent.

Weitere Vorwürfe:

Ausweichen in die Menge und in die technischen Leistungen. Auch dies trifft für Bayern nicht zu. Die Zahl der Röntgen- und Laborleistungen pro Fell ist von I bis III/75 konstant geblieben, die physikalischen Leistungen sind sogar rückläufig.

In den bayerischen Kassenpraxen werden 0,7 bis 1 Laborleistung pro Behandlungsstelle abgerechnet, in der Klinik 25 bis 40 pro Klinikeufenthalt.

4. *Zehn-Punkte-Programm des SPD-Parteivorstandes:*

„Die überhöhten Einkommenszuwächse der Ärzte in der Vergangenheit (müssen) stufenweise abgebeut werden.“

5. *Läpple*, Hiltsschullehrer und sozialdemokratischer „Gesundheitsexperte“, empfiehlt die Aufhebung der Trennung von ambulanter und stationärer Behandlung und die ambulante Diagnostik in der Klinik. Am Ärztteeinkommen (nicht Umsatz), das er mit angeblich DM 200 000,- absolut tausch beziffert, könnten zehn Prozent und damit insgesamt DM 1,5 Milliarden eingespart werden. Des ist eine typische Milchmädchenrechnung. Wenn die Gesamtausgaben der Krankenkassen für ambulante ärztliche Behandlung 1975 DM 7,7 Milliarden betragen, sind zehn Prozent davon keine 1,5 Milliarden.

6. *Muhr*, Stv. Vorsitzender des DGB, fordert in der „*Zeit*“ vom 30. Januar 1976: „Arzthonorare an die Kette“

7. Der Bundestagsebeordnete *Glombig* schreibt im SPD-Pressedienst vom 23. Januar 1976:

„Da die erforderlichen Strukturereformen aus technischen Gründen kaum vor 1978 in Kraft treten können, müssen für 1976 und 1977 wirksame Übergangslösungen gefunden werden. Die Ausgaben für Arzt- und Zahnärzthonorare müssen auf den Stand von 1975 fixiert werden, zuzüglich eines Ausgleichs für den Anstieg der Praxisunkosten und den Krebtkostenverlust.“

8. Der „*Stern*“ kommentiert unter der Überschrift: „Die Beutelschneider“ die Vorschläge *Glombigs*:

„Ihm (*Glombig*) schwebt vor, mit dem angestrebten Honorarstop Zeit zu gewinnen, um ohne finanziellen Druck auf die Krankenkassen über eine Reform des Gesundheitswesens in der Bundesrepublik nachdenken zu können.“

9. *Artikelserie in der „Abendzeitung“* – „Der verkaufte Patient“ – täglich seit 30. Januar 1976

10. in der „*Panorama*“-Sendung am 2. Februar 1976 „Brauchen wir einen Stop für die Arzthonorare?“ kommt als einziger Arzt der Vorsitzende der KBV, Dr. *Muschelilik*, zu Wort, dessen mehrere Minuten langer Diskussionsbeitrag auf drei Sätze zusammengestrichen wurde.

11. *Staatssekretär Buschfort* vor dem Deutschen Bundestag: „Der Honorarzuwachs ist nach Auffassung der Bundesregierung als zu hoch zu bezeichnen.“

Ziel all dieser Angriffe ist letztlich nicht die Verringerung der Ausgaben der Krankenversicherung, sondern Klassenkampf und Wahlkampf. Durch Verdächtigungen und Erweckung von Neidkomplexen soll das Ansehen des Kassenarztes und das noch bestehende Vertrauensverhältnis zu seinen Patienten gestört und schließlich zerstört werden, um dann leichteres Spiel für strukturelle Veränderungen, sprich Sozialisierung auf Raten, zu haben.

Es gibt jedoch auch sachliche Veröffentlichungen, z. B.:

a) Der Leitartikel von *Tervooren* in der „*Innungskrankenkasse*“

\*) Referat auf der Hertmannbund-Versammlung am 18. Februar 1976 in Nürnberg.

- b) Zwei Stellungnahmen von A. Friedl in der „Bayrischen Staatszeitung“: „Arzthonorare im Schußfeld“
- c) A. Müller in der „Welt“: „Hexenjagd auf Ärzte“
- d) „Münchener Merkur“ vom 13. Februar 1976: „Wahlkampf im Wartezimmer“
- e) Die „Süddeutsche Zeitung“ vom 11. Februar 1976 schreibt: „Aufs Ganze umgerechnet sind jedoch die Arzteinnahmen ein vergleichsweise geringer Kostenfaktor“

### Gegenaktion der Ärzteschaft

Inzwischen ist auch die Ärzteschaft selbst zum Gegenangriff angetreten. Die KV Westfalen machte mit der Serie „KVWL aktuell“ mit der Information ihrer Kassenärzte den Anfang. Die KV Bayern verteilte ein Wartezimmerflugblatt mit der Überschrift „Ihr Kassenarzt ein Betrüger?“ an ihre Ärzte. Weitere Flugblätter, Posters und Plakate, herausgegeben von der Informationsabteilung der Bundesärztekammer und Kassenärztlichen Bundesvereinigung zur Auflage bzw. zum Aushang im Wartezimmer werden folgen. Die gleichen Körperschaften veröffentlichten in der „Welt“ vom 11. Februar 1976 eine ganzseitige Anzeige mit der von A. Müller übernommenen Überschrift „Hexenjagd auf Ärzte“.

Die freien ärztlichen Verbände in Westfalen verteilten ein Wartezimmerflugblatt „Dichtung und Wahrheit über die Arzteinkommen“ an ihre Ärzte, außerdem veranstalteten sie eine Protestversammlung am 26. Februar 1976. Die KV Hamburg hat bereits am 15. Februar 1976 eine solche Protestaktion im überfüllten Kongreßzentrum am Dammtor-Bahnhof durchgeführt.

Der mittelfränkische Hartmannbund hatte für den 18. Februar 1976 in Nürnberg zu einer Versammlung der Kassenärzte aufgerufen, die ebenfalls überfüllt war und ein gutes Presseecho hatte. Eine Protestversammlung des Hartmannbundes Baden-Württemberg am 16. März 1976 in Stuttgart wird folgen.

### Seit Jahren gezielte Kampagne gegen die Ärzte

Die Angriffe gegen die Ärzteschaft, die jetzt nach Umfang und Gehässigkeit ihren Gipfel erreicht zu haben scheinen, können viele Jahre zurückverfolgt werden. Früher hieß es immer, die Kassenärzte seien medizinisch-technisch ungenügend ausgestattet und vernachlässigten ihre Weiterbildung. Ein angebliches Gefälle zur Klinik wurde bemängelt. Inzwischen haben die Kassenärzte alle Anstrengungen unternommen, um ihren Patienten den enormen medizinisch-technischen Fortschritt zugute kommen zu lassen. Jetzt werfen ihnen dieselben Kreise vor, sie würden zu viel tun und seien zu teuer.

Lange Wartezeiten und die sogenannte „Drei-Minuten-Medizin“ waren weitere Punkte der Kritik. Inzwischen ist die große Mehrzahl der Kassenärzte – soweit möglich – zur Bestellpraxis übergegangen und dies trotz der Schwierigkeiten, die sich aus der wechselnden Inanspruchnahme und der ständigen Dienstbereitschaft des Arztes ergeben.

Der Ärztemangel auf dem Lande und in Stadtrandgebieten wird beklagt, obwohl wir heute auf dem Land und in Kleinstädten zwei- bis dreimal soviel Ärzte ha-

ben wie 1939 vor Beginn des Zweiten Weltkrieges, die Zahl der Kassenärzte jährlich um ca. drei Prozent zunimmt und die Maßnahmen der KV zur gleichmäßigen Verteilung der Ärzte erfolgreich waren.

Frau K. Strobel, ehemaliger Gesundheitsminister, soll ihre jungen Parteifreunde aufgefordert haben: „Macht nur kräftig Feuer darunter“ (unter den angeblichen Ärztemangel).

Zur Zeit ist es die sogenannte Kostenexplosion in der gesetzlichen Krankenversicherung, für die in erster Linie die Kassenärzte verantwortlich gemacht werden. Frau Dr. K. Focke, Bundesgesundheitsministerin, führte dazu vor der Gesundheitsministerkonferenz der Länder aus: „Die Kostenentwicklung kommt uns bei den strukturellen Änderungen zu Hilfe.“

### Kostenentwicklung in der Sozialen Krankenversicherung

Es handelt sich um keine „Explosion“, sondern seit Jahren um ein ständiges Ansteigen der Kosten weltweit in allen Gesundheitssystemen. Diese Kostenentwicklung wird von den Kassenärzten nur zum kleinsten Teil direkt und indirekt beeinflusst. Seit Jahrzehnten trägt der Anteil für ambulante kassenärztliche Behandlung einschließlich belegärztlicher Behandlung an den Gesamtausgaben der Krankenkassen ca. 20 Prozent; in den letzten Jahren ist er rückläufig und liegt derzeit zwischen 17 und 19 Prozent.

Das hat Jäger für die AOK München nachgewiesen, die 1972 = 20 Prozent, 1974 = 18 Prozent ihrer Einnahmen für die ambulante kassenärztliche Versorgung aus gibt.

Der neuesten Statistik der AOK Mittelfranken entnehme ich folgende Ausgaben-Zahlen für 1975 (vorläufiges Ergebnis):

Ärztliche Behandlung	DM 109 Mill.
Zahnärztliche Behandlung einschließlich Zahnersatz	OM 80 Mill.
Arznei- und Heilmittel	OM 116 Mill.
Krankenhauspflege	OM 205 Mill.

Das bedeutet, daß die Ärzte mehr an Arznei- und Heilmitteln verordnen, als sie selbst Honorar erhalten.

Der Beitragssatz der AOK Mittelfranken beträgt 8,8 Prozent bei einem durchschnittlichen Beitragssatz der Ortskrankenkassen im Bundesgebiet von derzeit knapp elf Prozent. Bei den 14 Ortskrankenkassen des Bundesgebietes mit den niedrigsten Beitragssätzen unter neun Prozent handelt es sich ausschließlich um bayerische Krankenkassen, einschließlich der AOK Mittelfranken.

Nach einer schriftlichen Vorlage der AOK Kelheim zeigt ein Vergleich der Ausgaben der bayerischen Ortskrankenkassen folgendes Bild (in Millionen DM):

	1966	1975	
Arzthonorare	332	auf 892	= + 168%
Zahnarzthonorare und Zahnersatz (Zahnärzte ohne Prothetik + 173%)	174	auf 588	= + 236%
Arznei- und Heilmittel	229	auf 883	= + 285%
Krankenhäuser	289	auf 1452	= + 400%

(Jede dritte Beitragsmerk geben die bayerischen Ortskrankenkassen für die Krankenhausbehandlung aus)

Daraus ergibt sich, daß unter den Hauptausgabeposten der Krankenkassen (die gut 80 Prozent ausmachen) die kassenärztlichen Honorare innerhalb von zehn Jahren den weitaus geringsten Anstieg zu verzeichnen haben.

Weitere Zahlen für die gesamte gesetzliche Krankenversicherung, Vergleich 1970 bis 1975 (vorläufiges Ergebnis), entnommen einer Veröffentlichung des Bundesministeriums für Arbeit und Sozialordnung (in Milliarden DM):

	1970	1975	
Ausgaben für Ärzte	von 4	auf 7,75	= + 93 %
Zahnärzte einschließlich Prothetik	von 2,14	auf 6,14	= + 137 bzw. 321 %
Arznei- und Heilmittel	von 2,85	auf 6,35	= + 96 bzw. 261 %
Stationäre Behandlung	von 3,86	auf 10,89	= + 181 %

Die durchschnittliche Erhöhung der Beitragsätze zur Krankenversicherung in den letzten fünf Jahren betrug rund 2,8 Beitragspunkte. Von diesen 2,8 Punkten Beitragssteigerung gehen nach Aussage der Bundesregierung im Bundestag noch nicht einmal ganze 0,2 Punkte zu Lasten der Kosten der Behandlung durch Kassenärzte.

90 Prozent aller Krankheitsfälle werden von Kassenärzten behandelt,

Steigerung des Beitragsatzes dafür 0,2 Beitragspunkte

10 Prozent der Krankheitsfälle werden in den Krankenhäusern behandelt,

Beitragssteigerung dafür über 1 Beitragspunkt

Auswirkung von Gesetzen und

Rechtssprechung ca. 1 Beitragspunkt

Die Kassenärzte sind allein gar nicht in der Lage, die Kostenentwicklung wesentlich zu beeinflussen, wenn nicht alle anderen Beteiligten mitmachen. Sie sind aber bereit, ihren Teil dazu beizutragen und haben das bewiesen.

Nachdem bei den Ersatzkassen bereits 1975 die Laborleistungen im Schnitt um 16 Prozent gesenkt wurden, wurden diese bei den Orts-, Betriebs-, Innungs- und Landwirtschaftlichen Krankenkassen ab 1. Januar 1976 durchschnittlich um 24 Prozent, einzelne Leistungen bis zu 50 Prozent, im Ansatz verringert.

Bei den Ersatzkassen wurde für das Jahr 1976 auf jede Honorarerhöhung verzichtet, bei den RVO-Kassen ein Zuschlag von lediglich 2,35 Prozent auf Bundesebene vereinbart und empfohlen, der bei weitem nicht die Inflationsrate abdeckt. Viele Kassenärztliche Vereinigungen haben außerdem ihre Ärzte aufgefordert, das in der RVO verankerte Gebot der Wirtschaftlichkeit und Sparsamkeit derzeit in der Rezession besonders sorgfältig zu beachten.

Was erhielt der bayerische Kassenarzt 1975 als Honorar für einige typische ärztliche Leistungen?

Eine Beratung (Sprechstunde) DM 4,26

Hausbesuch einschließlich Wegebepauschale DM 14,20

Eingehende, das gewöhnliche Maß übersteigende Untersuchung DM 9,51

Entfernung einer kleinen Geschwulst DM 9,94

(dieser Honorarsatz deckt nicht einmal die tatsächlichen Unkosten des operativen Eingriffs)

für den Behandlungsfall eines Vierteljahres ca. DM 43,-

Demgegenüber gaben die RVO-Kassen in Bayern aus

für einen Verpflegungstag im Krankenhaus DM 100,- bis 200,-

für eine Teilmassage durch den Physiotherapeuten DM 5,50

für einen Krankentransport pauschal DM 78,-  
(über eine Erhöhung des zuletzt genannten Betrages wird derzeit verhandelt).

Wir Kassenärzte wehren uns deshalb mit Entschiedenheit gegen die Rolle des Sündenbocks und des Hauptschuldigen an der Kostenentwicklung in der gesetzlichen Krankenversicherung. Wir wehren uns gegen den Versuch, uns als die maßgeblichen Kostentreiber in der Krankenversicherung hinzustellen.

### Welches sind die wahren Gründe der Kostenexpansion im Gesundheitswesen?

Die nachfolgende Aufzählung der wichtigsten Kostenfaktoren erfolgt ohne sozialpolitische Wertung und dient lediglich einer Verdeutlichung der Ursachen der Kostensteigerung.

Ihre Hauptgründe sind:

1. Die Fortschritte der Medizin in den letzten 30 Jahren, die so groß waren, wie die Entwicklung in den 200 Jahren vorher. Deswegen ist diese Kostenexpansion auch weltweit.

2. Entscheidungen der Gerichte und des Gesetzgebers, die in der Euphorie der Hochkonjunktur als Sozialmätze zu Lasten der Krankenkassen und der Beitragszahler aufgetreten sind.

Unter diesem Abschnitt sind in erster Linie das Krankenhausfinanzierungsgesetz und die Bundespflegegesetzverordnung zu nennen, die eine Umstellung der Finanzierung zugunsten der Krankenträger und zu Lasten der Krankenversicherung brachte, die zusammenfiel mit einer Arbeitszeitverkürzung und gleichzeitigen Tarifierhöhung der Mitarbeiter der Krankenhäuser um elf Prozent.

Billigere kleinere Krankenhäuser sollen nach diesem Gesetz, zu dem angekündigte Durchführungsverordnungen noch fehlen, nicht in den Krankenhausbedarfsplan aufgenommen werden.

Weitere kostensteigernde Gesetze und Gerichtsentscheidungen:

Zeitlich unbegrenzte Krankenhauspflege,

flexible Altersgrenze in der Rentenversicherung,

Abschaffung des Rentnerbeitrages zur Krankenversicherung,

die zunehmende Belastung der Krankenkassen mit den Kosten der Krankenversicherung der Rentner,

der Krankengeldanspruch bei der Pflege eines kranken Kindes,

die Haushaltshilfe bei Erkrankung der Mutter zu Lasten der Krankenversicherung,

das Bayerische Rettungsgesetz, das die laufenden Kosten für Personal und Material in den Rettungsstellen, die rund um die Uhr besetzt sein müssen, im wesentlichen den Krankenkassen aufbürdet (über eine Erhöhung der zur Zeit geltenden Pauschalgebühren für einen Krankentransport von DM 78,-, mit denen die Rettungsstellen finanziert werden, wird derzeit verhandelt).

Folgende Gesetze, Verordnungen und Gerichtsentscheidungen brachten nicht nur vermehrte Ausgaben

für die Krankenkassen, sondern auch Mehrarbeit für die Ärzte und Zahnärzte:

Übernahme der Zahnprothetik,  
der kieferorthopädischen und Parodontose-Behandlung als Sachleistung in die gesetzliche Krankenversicherung,  
Vorsorgeuntersuchung mit Folgekosten,  
Öffnung der Krankenversicherung für alle Angestellten und Schwerbeschädigten,  
Übernahme der Studentenkrankenversicherung mit nicht kostendeckendem Beitrag,  
die flankierenden Maßnahmen zu § 218 (Familienberatung, Empfängnisregelung, Sterilisation),  
das Rehabilitationsangleichungsgesetz,  
Übernahme der Krankenversicherung der Strafgefangenen.

Weiter Gründe der Kostensteigerung sind:

3. Das Sachleistungssystem mit steigenden Beiträgen, das das Solidaritätsgefühl der Versicherten wenig anspricht.

4. Die relative Zunahme der alten Menschen

1962 waren 22,6 Prozent

1973 32,18 Prozent der Versicherten Rentner mit doppeltem Leistungsbedarf.

5. Die Krankenkassen haben ihre freiwilligen Leistungen ausgeweitet

durch zusätzliche Vorsorgeleistungen,  
durch Übernahme der vollen Kosten für Heil- und Hilfsmittel,

durch großzügige Gewährung von Kuren und Erholungsaufenthalten,

durch die Ausgabe von Krankenscheinscheckheften und doppelten Krankenscheinen, die die gleichzeitige Inanspruchnahme mehrerer Ärzte ermöglicht, ohne daß diese von den gegenseitigen Behandlungsmethoden wissen.

6. Die Massenmedien haben die gesetzlichen Vorsorgeuntersuchungen als unzureichend hingestellt, das Anspruchsdenken propagiert (wie derzeit noch die „Abendzeitung“)

Angstpsychosen erweckt und oft Wundermittel propagiert.

7. Die Kassenärzte haben an Zahl zugenommen. Insbesondere haben sich mehr jüngere Ärzte und Fachärzte niedergelassen als altershalber ausgeschieden sind. Durch Investitionen wurde bei jungen und alten Kassenärzten das Leistungsangebot der Kassenpraxis ausgebaut.

### Wes kann man gegen die Kostenexplosion tun?

Man muß versuchen, durch viele kleine Schritte und viele Einzelmaßnahmen bei allen Leistungserbringern in der sozialen Krankenversicherung, den Krankenkassen und den Versicherten eine Verlangsamung des Kostenanstieges zu erreichen.

1. Der Gesetzgeber sollte keine neuen kostenträchtigen Pflichtleistungen mehr einführen, die Finanzierung der Rentnerkrankenversicherung regeln und die anstehenden Ausführungsbestimmungen zum Krankenhausfinanzierungsgesetz erlassen.

Ob — ähnlich wie derzeit bei den Arzneikosten — auch in anderen Leistungssparten der gesetzlichen Krankenversicherung eine Selbstbeteiligung der Versicherten als Kostenbremse fakultativ oder obligatorisch eingeführt werden kann, wird zur Zeit besonders von der FDP diskutiert. Die SPD lehnt den Selbstbehalt der Versicherten uneingeschränkt ab, die CDU/CSU schweigt sich bis auf ganz vereinzelte Stimmen aus.

Nach meiner Ansicht könnte eine ausgewogene, differenzierende, nach oben begrenzte Selbstbeteiligung ohne Schaden für die Versicherten wesentlich zur Kostenersparnis beitragen und zusätzlich die gewünschte Transparenz der Ausgaben der Krankenversicherung bringen.

2. Die Krankenkassen sollten auch gegenüber den Versicherten sparsam handeln und Kurverschickungen, Erholungsaufenthalte und freiwillige Leistungen auf das Notwendigste einschränken. Insbesondere sollte am Kassenschalter der folgende zweite Halbsatz nicht unterdrückt werden: „Ihr Arzt kann alles verordnen, was notwendig und wirtschaftlich ist.“

3. Die Krankenhäuser müßten um eine Verkürzung der Verweildauer und den dann möglichen Abbau unnötiger Betten bemüht sein. Degressiver Pflegesatz und ein nach Pflegeintensität gestaffelter Pflegesatz müssen erprobt werden.

Die Verzahnung ambulanter und stationärer Behandlung durch prästationäre Diagnostik in freier Praxis sollte verbessert und kostengünstige Beleghäuser und Praxiskliniken gefördert werden.

4. Die Massenmedien sollten keine Angstpsychosen erwecken, sondern sachlich aufklären und eine vernünftige Inanspruchnahme ärztlicher Hilfe propagieren.

5. Die Kassenärzte müssen sparsam handeln bei der Diagnostik, Behandlung, Verordnung von Krankenhauseinweisung und der Attestierung von Arbeitsruhe, unter Austausch erhobener Befunde intensiv zusammenarbeiten,

soweit wie möglich — weil kostensparend — ambulant behandeln und trotzdem eine dem Stand der Wissenschaft entsprechende Behandlung und eine lückenlose individuelle Betreuung ihrer Patienten sicherstellen.

### Der kassenärztliche Umsetz

Der durchschnittliche Honorarumsatz des bayerischen Kassenarztes lag bereits 1974/75 20 Prozent unter dem Bundesdurchschnitt. Der durchschnittliche Gesamtumsatz eines praktischen Arztes in Bayern über

die KV betrug 1974 DM 142 000,—  
für 1975 dürfte er (+ 7,97 Prozent) mit ca. DM 153 000,— anzusetzen sein.

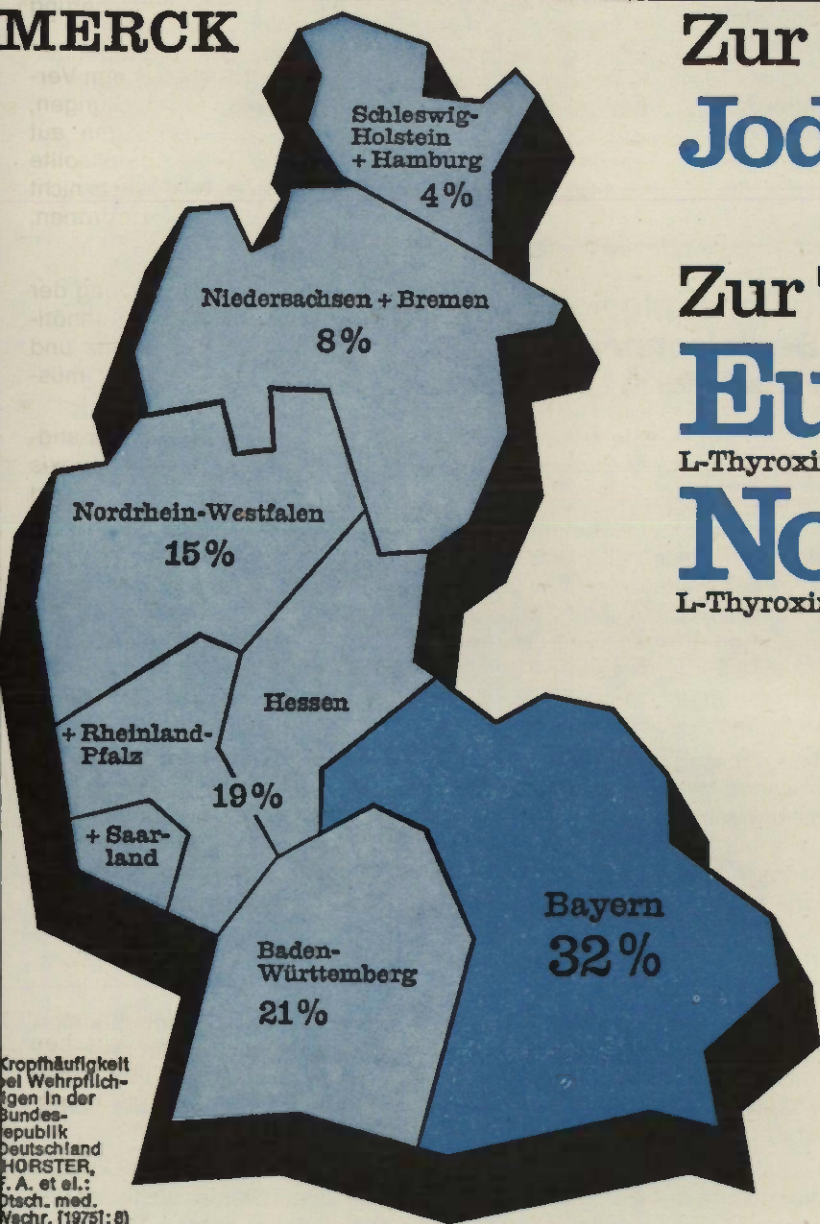
Dabei ist in Mittelfranken eine Honorarspanne zwischen DM 30 000,— und DM 500 000,— jährlich, je nach Patientenzahl und Leistungsumfang, zu verzeichnen. Die andernorts genannten Phantasiezahlen von über DM 200 000,— Einkommen treffen in Bayern weder für den Umsatz noch für das Bruttoeinkommen (nach Abzug der Betriebsausgaben) zu.

Wenn ich von diesem durchschnittlichen Kassenumsatz der praktischen Ärzte von etwa DM 153 000 in Bayern 1975 drei Prozent Verwaltungskosten der KV,

# Kropfhäufigkeit in Bayern:

# 32%

**MERCK**



Kropfhäufigkeit bei Wehrpflichtigen in der Bundesrepublik Deutschland  
HORSTER, F. A. et al.: Dtsch. med. Wochr. [1975]: 8)

Zur Prophylaxe:  
**Jodid-Tabletten**

Zur Therapie:  
**Euthyrox**  
L-Thyroxin (L-T<sub>4</sub>)  
**Novothyral**  
L-Thyroxin + L-Trijodthyronin (L-T<sub>4</sub> + L-T<sub>3</sub>)

HORMON  
FORSCHUNG

MERCK

6016 a

**Euthyrox® 1** Tablette enthält  
100 µg L-Thyroxin-Na (L-T<sub>4</sub>)  
DM 10,35  
50 Tabletten mit Kreuzrille DM 17,40

**Novothyral® 1** Tablette enthält  
100 µg L-Thyroxin-Na (L-T<sub>4</sub>)  
5 µg L-Trijodthyronin-Na (L-T<sub>3</sub>)  
DM 12,85  
50 Tabletten mit Kreuzrille DM 23,65

**Novothyral® mite 1** Tablette enthält  
25 µg L-Thyroxin-Na (L-T<sub>4</sub>)  
5 µg L-Trijodthyronin-Na (L-T<sub>3</sub>)  
DM 7,50  
50 Tabletten mit Kreuzrille  
ferner Anstalts-Packungen  
Preise n. A. T.

**Indikationen**  
Blinde Strume, Rezidivprophylaxe nach Strumeresektion, Hypothyreose, Begleittherapie bei thyreostatischer Behandlung der Hyperthyreose, Thyreoiditis, Schilddrüsenmalignome (postoperativ).

**Kontraindikationen**  
Myokardinfarkt, Angine pectoris, Myokarditis, tachykarde Herzinsuffizienz.

**Anwendungshinweise**  
Die Einnahme der Tagesdosis erfolgt zweckmäßigerweise nach dem Frühstück, bei höherer Dosierung als zweimalige Gabe morgens und mittags.

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

**Jodid-Tabletten 1** Tablette enthält  
65,4 µg Kaliumjodid, entsprechend  
50 µg Jod.  
100 Tabletten  
DM 3,50  
Preis n. A. T.

**Kontraindikationen**  
Jodüberempfindlichkeit, Hyperthyreose.

**Nebenwirkungen**  
Jodid-Tabletten sind gut verträglich, Nebenwirkungen wurden bei der empfohlenen Dosierung nicht bekannt.

**Anwendungshinweise**  
Die Einnahme erfolgt zweckmäßigerweise nach einer Mahlzeit mit etwas Flüssigkeit.

**Anmerkung**  
Auch in der Schwangerschaft ist bei Jodmangel die prophylaktische Gabe von Jodid-Tabletten fortzusetzen.  
Stand 1. 12. 1975  
E. Merck 61 Oermstadt 2 Postfach 4119

35 Prozent (eher zu niedrig) Betriebsausgaben, die Steuern, die steuerbegünstigten Sonderausgaben und den zusätzlichen größeren voll zu versteuernden Anteil an Versicherungsbeiträgen und Rücklagen für Alter, Krankheit, Unfall und Tod in Abzug bringe, bleibt dem praktischen Arzt in Bayern ein durchschnittliches Nettoeinkommen in Höhe von DM 3000,— bis DM 4000,— im Monat. Dieses Nettoeinkommen überschreitet trotz längerer Arbeitszeit keineswegs die Einkünfte vergleichbarer Berufe und beläßt trotzdem dem Kassenarzt ein weit größeres Risiko als freier Beruf, als vergleichbaren Beamten oder Angestellten. Die Höhe der dynamisierten Pension eines vergleichbaren Beamten durch entsprechend hohe Rücklagen zu erreichen, ist dem Kassenarzt bei einer Inflationsrate von derzeit sechs Prozent jährlich praktisch unmöglich.

Aus dieser Darstellung ergibt sich — damit beantworte ich die in diesem Referat gestellte Frage —, daß derzeit zwar die Existenz des Kassenarztes als freier Beruf bei entsprechendem Einsatz und Leistung noch nicht ge-

fährdet ist, aber in Frage gestellt wird, wenn die vortragenen Forderungen der Gewerkschaften, der Ortskrankenkassen und der SPD verwirklicht werden.

Billiger wird eine Versorgung durch engestellte und beamtete Ärzte keinesfalls, da für zwei Kassenärzte, die im Schnitt 60 Stunden arbeiten, mehr als drei Arbeitnehmer-Ärzte eingestellt und Überstunden und Dienstbereitschaft über die tarifliche Arbeitszeit hinaus voll abgegoiten werden müßten. Dem Kassenpatienten würde dann wohl auch, wie in anderen sozialistischen Ländern, die freie Arztwahl genommen.

Wir Ärzte werden in jedem System der Gesundheits-sicherung gebraucht und unser Auskommen haben. Vielen von uns wäre eine Reduzierung unseres Arbeitsumfanges auch nicht unwillkommen. Die Leidtragenden einer Systemänderung aber wären unsere Patienten, und davor möchten wir sie bewahren.

Anschrift des Verfassers:

Dr. med. Friedrich Kolb, Bucherstraße 11, 8500 Nürnberg

## Was sind die Gründe für die Kostenexplosion? — oder: Sind die Ärzte denn wirklich Beutelschneider?

W. Thumshirn interviewte Professor Dr. Hans J. Sewering für „Bild am Sonntag“

*Frage:* Ist es richtig, daß Ärzte die niedrigen Honorarerhöhungen durch eine Ausweitung der medizinisch-technischen Leistungen kompensieren? Ist die Zunahme solcher Leistungen hauptsächlich für Diagnose oder bei der Therapie zu verzeichnen?

*Antwort:* Die Ausweitung der medizinisch-technischen Leistungen ist kein Teil der „Honorärpolitik“ der Ärzte, sondern eine zwangsläufige Folge der medizinisch-wissenschaftlichen Entwicklung. Ich möchte nicht erleben, welche Vorwürfe uns in der Öffentlichkeit und in der deutschen Publizistik gemacht würden, wenn die Kassenärzte nicht bemüht wären, sich dem medizinisch-wissenschaftlichen Fortschritt entsprechend zu verhalten. Daraus ergibt sich für jeden Kassenarzt die zwangsläufige Verpflichtung zu immer mehr Diagnostik und Therapie. Kostenmäßig schlägt dabei sicher mehr die Diagnostik zu Buche.

*Frage:* Gibt es eine „Drei-Klassen-Medizin“ für AOK-, Ersatzkassen- und Privatpatienten? Halten Sie die um ca. 20 Prozent höheren Honorarleistungen der Ersatzkassen für sinnvoll?

*Antwort:* Es gibt keine Dreiklassenmedizin. Ich sage das ganz bewußt in dieser Deutlichkeit. Jeder Patient wird den medizinischen Erfordernissen entsprechend behandelt. Unterschiedliche Honorarleistungen gibt es übrigens nicht nur im Vergleich zu den Ersatzkassen, sondern auch unter den verschiedenen Orts-, Betriebs- und Innungskrankenkassen. Der Sinn ist (ähnlich wie bei den von Gewerkschaften und Arbeitgebern geschlossenen Tarifverträgen) die Berücksichtigung der Leistungsfähigkeit nach regionalen und gruppenspezifischen Gesichtspunkten. Diese Unterschiedlichkeit in den Honoraren entspricht im übrigen den gesetzlichen Bestimmungen. Sie sind also vom Gesetzgeber ausdrücklich gewollt.

*Frage:* Erfüllt die KV gegenwärtig den „Sicherstellungsauftrag“ a) in der Fläche — b) für Notdienste (Sonntag und Feiertage, Ferien) — c) für die Qualität der ärztlichen Versorgung?

*Antwort:* Es trifft zu, daß wir in den letzten Jahren nicht für alle Kassenarztsitze einen Arzt finden konnten. Das lag an den schwachbesetzten Jahrgängen der nachrückenden Kassenärzte. Bereits in den letzten zwei Jahren hat sich die Situation deutlich gebessert und in den vor uns liegenden Jahren stehen von Jahr zu Jahr immer mehr junge Ärzte für die Kassenpraxis zu Verfügung. Personelle Engpässe, wie sie hier sichtbar wurden, hatten aber nicht nur die Ärzte in den vergangenen Jahren, sondern praktisch alle Berufsgruppen.

Der kassenärztliche Notfall- und Bereitschaftsdienst ist, so weit ich es übersehen kann, im Bundesgebiet organisiert. Die verantwortlichen ärztlichen Berufsorganisationen sind intensiv dabei, diesen Dienst immer weiter zu verbessern. Was die Qualität der Kassenärzte anbetrifft, so kann festgestellt werden, daß jeder dieser Ärzte nach einem Medizinstudium von sechs Jahren im Durchschnitt sechs bis acht Jahre Krankenhaus-tätigkeit hinter sich bringt, bevor er in die Praxis geht. Die freipraktizierenden Ärzte bilden sich laufend fort, was allein schon durch die hohen Teilnehmerzahlen der von uns organisierten Fortbildungsveranstaltungen dokumentiert wird.

*Frage:* Wie häufig sind Honorarkürzungen der KV? Wieviele Ärzte rufen wegen solcher Kürzungen den Beschwerdeausschuß der KV, wieviele die Sozialgerichte an? Wieviele Ärzte „bekommen Recht“? Betreffen solche Kürzungen hauptsächlich diagnostische oder therapeutische Leistungen?

*Antwort:* Es gibt keine Bundesstatistik über Honorarprüfungen und -kürzungen. Tatsache ist aber, daß die Abrechnungen der Kassenärzte regelmäßig durch Prüfungsausschüsse eingehend hinsichtlich Umfang der erbrachten Leistungen und Höhe der Forderungen überprüft werden. Im Falle einer Honorarkürzung hat der Arzt das Recht des Widerspruchs und er kann auch die Sozialgerichtsbarkeit in Anspruch nehmen. Wird eine Honorarforderung vom

Prüfungsausschuß nicht gekürzt, so steht — worauf ich ganz besonders hinweisen möchte — das gleiche Recht des Widerspruchs und der Klage den Krankenkassen zu. Es kann also keine Rede davon sein, daß die Krankenkassen etwa „widerspruchslos“ die Honorarforderungen der Kassenärzte „schlucken“ müßten.

*Frage: Was halten Sie vom „vorinformierten Patienten“?*

*Antwort:* Ich freue mich, wenn ich es in meiner Praxis mit einem informierten Patienten zu tun habe, das Vertrauensverhältnis von Arzt und Patient gewinnt dadurch eine neue Dimension. Lassen Sie mich aber hinzufügen: Beim „vorinformierten Patienten“ sollte es sich um einen „richtig“ informierten Patienten handeln. Hier liegt eine wesentliche Aufgabe auch für die Publizistik.

Von besonderer Bedeutung wäre es gerade in diesem Zusammenhang, daß unsere Mitmenschen intensiv über Gesundheitsrisiken aufgeklärt werden, die im Zusammenhang mit ihrer eigenen Lebensweise und Lebensführung stehen. Nur wenn eine solche Aufklärung erfolgt und Erfolg hat, wird z. B. auf dem Gebiete der Herz-, Kreislauf- und Stoffwechselerkrankungen eine fühlbare Besserung möglich sein.

*Frage: Beanspruchen Gastarbeiter überdurchschnittlich hohe medizinische Leistungen?*

*Antwort:* Gastarbeiter beanspruchen schon infolge häufig erheblicher sprachlicher Verständigungsschwierigkeiten mehr Zeit. Hinzu kommt, daß unsere Gastarbeiter vielfach aus Ländern kommen, in denen ihnen keine auch nur annähernd ausreichende ärztliche Versorgung zur Verfügung steht. Wir erleben deshalb bei diesem Personenkreis besonders viele verschleppte chronische Krankheiten und es darf nicht übersehen werden, daß die klimatische und arbeitsmäßige Umstellung dieser Menschen eine erhöhte Krankheitsanfälligkeit bewirken kann und bewirkt. Daraus ergibt sich, daß in aller Regel der diagnostische und therapeutische Aufwand für Gastarbeiter besonders hoch ist. Gerade dieser Aufgabe — nämlich der ärztlichen Betreuung der Gastarbeiter — wenden die deutschen Ärzte deshalb ihre besondere Aufmerksamkeit zu.

*Frage: Hat sich die „Kunstfehler“-Schiedsstelle der Bayerischen Landesärztekammer schon bewährt?*

*Antwort:* Es hat sich gezeigt, daß die Einrichtung unserer Schiedsstelle gerade von unseren Patienten und ihren Anwälten außerordentlich begrüßt wurde. Die Zahl der uns vorgelegten Fälle ist erheblich. Ihre Bearbeitung ist im vollen Gange. Es liegt in der Natur der Sache, daß bei der Schwierigkeit der Sachaufklärung in jedem Einzelfall nach wenigen Monaten noch keine „Erfolgsstatistik“ vorgelegt werden kann.

*Frage: Ist die Gegnerschaft der niedergelassenen Ärzte gegen die Einbeziehung der Krankenhäuser in die ambulante Versorgung sachlich begründbar?*

*Antwort:* Die Ärzte der Krankenhäuser haben die Aufgabe einer bestmöglichen ärztlichen Versorgung der stationär ins Krankenhaus eingewiesenen Patienten. Wenn man sie auch noch mit ambulanter Diagnostik und Therapie belastet, werden sie ihrer eigentlichen Aufgabe zumindest teilweise entzogen. Die niedergelassenen Ärzte insgesamt, also Allgemeinärzte und Ärzte aller Fachgebiete, sind heute in der Lage, die ambulant überhaupt mögliche Diagnostik und Therapie aus eigener Kraft zu erbringen. Wenn wirklich eine ganz spezielle diagnostische oder therapeutische Leistung an einen Krankenhausarzt gebunden ist, wobei sowohl fachliche Erfahrung als auch apparative Ausstattung der Grund sein kann, so wird ein solcher Arzt an der ambulanten kassenärztlichen Versorgung auf Überweisung ohnehin beteiligt. Das sieht schon das derzeitige Kassenarztrecht vor. Darüber hinaus nehmen in den Universitätsstädten auch die Polikliniken der Medizinischen Fakultäten an der ambulanten ärztlichen Versorgung teil, zumindest soweit es ihre Aufgaben in Lehre und Forschung erfordern und zulassen. Würde man die Krankenhäuser als solche in die ambulante Versorgung einschalten — und sei es auch „nur“ in Form der vorstationären Diagnostik —, so könnte damit mit Sicherheit keine Senkung der Krankenhauskosten erreicht werden. Es zeigt sich immer deutlicher, daß die Forderung nach der vorstationären Diagnostik von politischen Kräften weniger aus sachlichen Gründen als deshalb erhoben wird, weil man damit politische Ziele zu erreichen hofft.

*Frage: Halten die Ärzte die derzeitige Situation unseres Pharmawesens in ihrem und der Patienten Interesse für optimal oder verbesserungsbedürftig?*

*Antwort:* Die deutsche pharmazeutische Industrie hat sich nach dem totalen Zusammenbruch nach 1945 in mühsamer Arbeit wieder Weltgeltung verschafft. Dies ist das Ergebnis ihrer intensiven und erfolgreichen wissenschaftlichen Arbeit, der wir und viele andere Länder eine Fülle neuer hochwirksamer Arzneimittel verdanken, welche Patienten das Leben retten, die vor einigen Jahrzehnten noch sterben mußten. Fragen der wirtschaftlichen Kalkulation zu beantworten, kann nicht meine Sache sein.

*Frage: Welche Möglichkeiten sehen Sie, die Kostenexplosion im Gesundheitswesen ohne Qualitäts- und Leistungsminderung zu stoppen?*

*Antwort:* Zunächst muß festgestellt werden, daß sich die wissenschaftliche Entwicklung der Medizin nicht an der Entwicklung der sogenannten Grundlohnsumme und nicht am Bruttosozialprodukt orientieren kann. Die Frage wird sich umgekehrt stellen: Der Bürger unseres Landes muß darüber aufgeklärt werden, daß soziale Sicherheit einschließlich gesundheitlicher Versorgung Aufwendungen erforderlich macht, die jedenfalls bisher von Jahr zu Jahr gestiegen sind. Es wird unsere gemeinsame Aufgabe sein, festzustellen, wo die Leistungsgrenze liegt, oder besser gesagt, welchen Teil ihres Lohnvolumens unsere Mitbürger für diesen Bereich aufzuwenden bereit sind. Hier muß also eine Entscheidung getroffen werden, ob unsere Mitbürger gegebenenfalls auch zu einem gewissen Konsumverzicht bereit sind, wenn ihnen eine weitere Verbesserung des Systems der sozialen Leistungen am Herzen liegt. Schon heute muß festgestellt werden, daß der deutsche Arbeitnehmer nicht darüber informiert ist, welche Beitragsaufwendungen allein für die Rentenversicherung erforderlich wären, wenn diese ihre Leistungskraft erhalten soll. Man kann es nur bedauern, daß die Arbeitnehmer darüber aus rein politischen Gründen im unklaren belassen werden. Im übrigen darf ich Ihnen versichern, daß die Ärzte zum Sparen jeden Beitrag leisten werden der zumutbar ist und die Qualität der medizinischen Versorgung nicht beeinträchtigt.

### Zur Selbstbeteiligung in der sozialen Krankenversicherung

Studie des Wissenschaftlichen Dienstes des Bundestages  
Überblick über bisherige Formen der Selbstbeteiligung

von Peter Mandt

Der Wissenschaftliche Dienst des Bundestages, eine Institution von Fachexperten, die die Aufgabe hat, dem Bundestag bzw. den Parlamentariern wissenschaftliches Material aufzubereiten, hat eine Studie zur Selbstbeteiligung der Sozialversichererten vorgelegt. Darin wird versucht, auf der Basis bisheriger gesetzlicher Erfahrungen bzw. Auswertungen auf diesem Gebiet die verschiedenen Formen der Selbstbeteiligung unter dem Aspekt des zur Zeit zur Diskussion stehenden Kosteneffekts im Sinne einer Kostendämpfung im Bereich der gesetzlichen Krankenkassen aufzuzeigen.

Wichtigstes Ergebnis dürften die Feststellungen sein, daß

— exakte Schätzungen über die jeweilige Höhe möglicher Einsparungen durch eine bestimmte Form der Selbstbeteiligung nicht möglich sind,  
— durch bisherige Formen der Selbstbeteiligung kein verändertes bzw. kostenbewußteres Verbraucherverhalten verifiziert werden könnte.

Die Studie beschreibt zunächst generell die möglichen Auswirkungen der Selbstbeteiligung auf die Kostensituation der Krankenversicherung. Danach

— lassen sich Mehreinnahmen der Kassen erzielen durch zusätzliche Geldzahlung des Versicherten, der die Leistung der Krankenversicherung in Anspruch nimmt (z. B. Krankenscheingebühr);

— ergibt sich eine Kostenersparnis der Kasse, wenn der Versicherte aufgrund einer Kostenbeteiligung die Leistungen der Kasse in geringerem Umfang in Anspruch nimmt (beabsichtigter Ausschluß von Bagatellfällen).

Je nach Ausgestaltung der Kostenbeteiligung überwiegt nach Ansicht des Wissenschaftlichen Dienstes der eine oder andere der beiden Kosten-

faktoren. In beiden Fällen seien jedoch aufgrund zahlreicher Unwägbarkeiten keine zuverlässigen Kostenberechnungen möglich. Selbst Schätzungen und Hochrechnungen seien, da oft Erhebungen über notwendige Zahlen fehlen, nur bedingt möglich.

Verwiesen wird dabei auf nachstehende Schwierigkeiten:

— Erwünschte Mehreinnahmen werden — je nach dem Grad der Kompliziertheit der Kostenbeteiligung — durch zusätzlichen Verwaltungsaufwand (auch Zwangseintreibung kleiner Beträge) aufgezehrt; dabei könne die Höhe der Kosten des zusätzlichen Verwaltungsaufwandes im voraus schwer eingeschätzt werden; dazu komme, daß nach dem Rechnungswesen der Krankenkassen bestimmte Zahlen und Tatsachen, die für die genaue Ermittlung der Einnahmen erforderlich sind, nicht erhoben werden.

— Im Hinblick auf die Kostenersparnis der Kassen ist es nach Meinung des Wissenschaftlichen Dienstes ungewiß, inwieweit sich der Versicherte durch die Kostenbeteiligung von der Inanspruchnahme der Leistung abhalten läßt.

• In dem Bericht der Sozialenqueter-Kommission aus dem Jahre 1965 werde z. B. die Auffassung vertreten, daß die eigentliche Kostenersparnis darin bestehen würde, daß die Versicherten weniger Gesundheitsleistungen, insbesondere weniger Medikamente, nachfragen würden, während die von den Mitgliedern aufzubringenden Kostenanteile nicht sehr zu Buche schlugen. Genaue Zahlenangaben würden dabei nicht gemacht.

• Von anderer Seite werde unter Hinweis auf die Kostenbeteiligung an Arzneimitteln und die Krankenscheinprämie — die zunächst durch das Lohnfortzahlungs- und Kranken-

versicherungsänderungsgesetz vom 27. Juli 1969 eingeführt, im Jahre 1974 jedoch wieder abgeschafft wurden — die Meinung vertreten, daß keine dauerhafte „Abschreckung“ erreicht wird. Das werde auch in dem Bericht der Bundesregierung über die Erfahrungen mit der Rezeptblattgebühr und der Krankenscheinprämie bestätigt, wonach die Kosten auch nach Einführung einer Selbstbeteiligung weiter steigen, wobei sich allerdings zunächst die Steigerung deutlich verringert, danach aber wieder erheblich steigt. Analoges habe auch die Sachverständigen-Anhörung zum Lohnfortzahlungs- und Krankenversicherungsänderungsgesetz vom 27. Juli 1969 ergeben.

Aussagen über eine Größenordnung der Kostenauswirkung müssen daher nach Auffassung der Autoren der Studie zwangsläufig fragwürdig sein. Als zutreffend könne lediglich die zum Teil vertretene Meinung gewertet werden, daß nur eine hohe Kostenbeteiligung finanziell und erzieherisch wirksam sein kann. Dann allerdings bestehe die Gefahr, die auch die Befürworter der Kostenbeteiligung vermeiden wollen, daß der Versicherte vom rechtzeitigen Aufsuchen des Arztes abgehalten wird, was im Krankheitsfalle wieder zu Kostenerhöhungen führen würde. Dies gelte insbesondere für den Bereich der Vorsorgeuntersuchungen, soweit diese nicht von der Selbstbeteiligung ausgenommen werden.

Zu Erfahrungen des Auslandes mit dem Kostenfaktor bei der Selbstbeteiligung wird in diesem Zusammenhang erklärt, diese ließen sich nicht auf deutsche Verhältnisse übertragen, ohne daß zunächst ein genauer Systemvergleich angestellt wird. Tatsache sei, daß auch Länder mit Kostenbeteiligungen (Schweiz, Frankreich und England) Kostenexplosionen im Gesundheitswesen verzeichnen. Ob und inwieweit die Kostenbeteiligung dennoch bremsend gewirkt habe, sei nicht bekannt.

Von diesen Gegebenheiten ausgehend, gibt die Studie einen Überblick über die bisher bestehenden bzw. zur Diskussion stehenden Formen der Selbstbeteiligung.

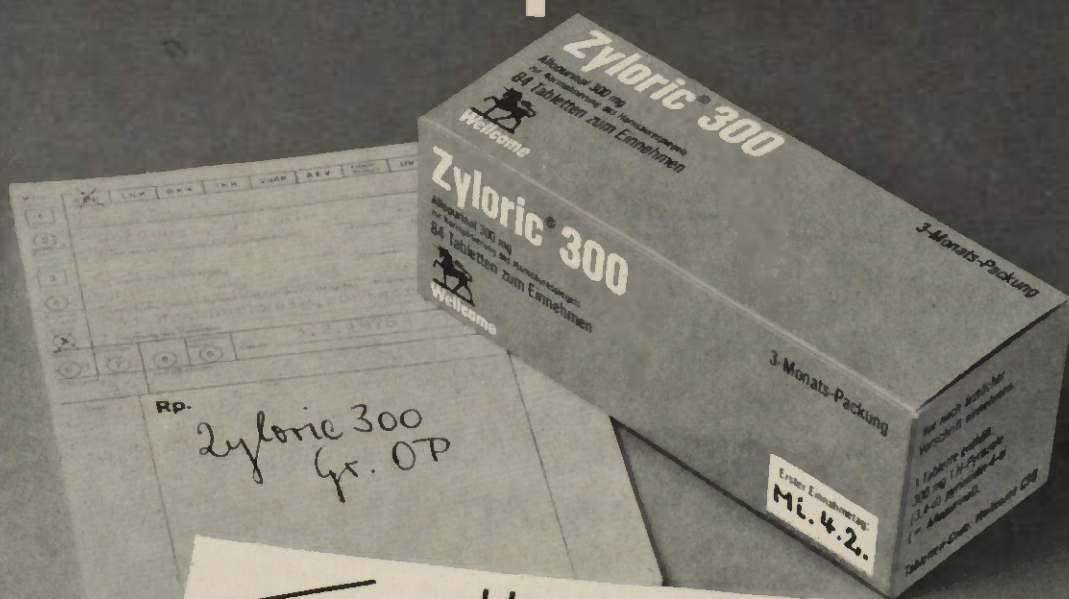
#### Verordnungsblattgebühr

Seit 1. Januar 1970 besteht eine prozentuale Beteiligung der Versicherten an den Kosten der Arznei-, Verband- und Heilmittel in Höhe von



# 3-Monats Packung

senkt die Therapiekosten



Liegt in jeder  
3 Monats-Packung

## Hyperurikämie und Gicht

Wichtige  
Information  
für  
Patienten

Bitte lesen Sie dieses Heft, auch wenn Sie Zyloric® 300 schon länger einnehmen.

# Zyloric® 300

## Den Harnsäurespiegel schonend normalisieren

**Zusammensetzung:** 1 Tablette Zyloric® 300 enthält 300 mg, 1 Tablette Zyloric® enthält 100 mg 1 H-Pyrazolo(3,4-d)pyrimidin-4-ol (Allopurinol). **Indikationen:** Hyperurikämie und Urikopathien wie Gicht, Uratnephrolithiasis, Verhinderung der Calciumoxalatsteinbildung bei gleichzeitiger Hyperurikämie. Erkrankungen mit starkem Nukleoproteinabbau. Röntgen- und Chemotherapie von Hämoblastosen und Tumoren. **Kontraindikation:** Während einer Schwangerschaft wird von der Behandlung mit Zyloric® abgeraten. Nur bei dringlicher Indikation kann die Behandlung ab 4. Schwangerschaftsmonat begonnen werden. **Nebenwirkungen:** Gelegentlich allergische Reaktionen. Vereinzelt Übelkeit und Brechreiz. **Dosierung:** Standard-Dosierung: 1 Tablette Zyloric® 300 täglich (nach dem Essen mit Flüssigkeit). Ist eine von der Standard-Dosierung abweichende Dosierung angezeigt, empfiehlt sich die Verabreichung von Zyloric® à 100 mg. Ausführliche Angaben im wissenschaftlichen Prospekt. **Hinweise:** Bei manifester Gicht können zu Beginn der Behandlung vereinzelt Gichtanfälle auftreten; hier empfiehlt sich die gleichzeitige Gabe von Colchizin oder Analgetika. Bei der Therapie der Gichtnieren und der Harnsäuresteine soll die tägliche Urinausscheidung mindestens 2 Liter betragen. Die Harnreaktion sollte annähernd neutral sein (pH 6,4-6,8). Bei der Behandlung mit dem Zytostatikum Puri-Nethol® (6-Mercaptopurin) oder dem Immunsuppressivum Imurek® (Azathioprin) muß deren Dosierung bei gleichzeitiger Gabe von Zyloric® auf 25% gesenkt werden. **Packungen und Preise\*** (m. MwSt): Zyloric® 300: 30 Tabletten à 300 mg 39,20 DM, 84 Tabletten à 300 mg (3-Monats-Packung) 92,40 DM. Zyloric®: 50 Tabletten à 100 mg 29,50 DM.

\*unverbindlich



Wellcome

Deutsche Wellcome GmbH  
3006 Burgwedel 1

20 vom Hundert, maximal DM 2,50, davon Versichertenanteile von DM 1,— und RM 0,50 (1945).

Nach Auffassung des Wissenschaftlichen Dienstes läßt sich die Verordnungsblattgebühr gut mit dem Sachleistungsprinzip der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV) vereinbaren: der Versicherer erbringt seine Sachleistung, die Kostenbeteiligung des Versicherten erfolgt durch eine ausgleichende Geldzahlung pro Verordnungsblatt. Welche Einnahmen aus der Gebühr erzielt wurden, lasse sich für die Zeit vor 1970 nicht sicher feststellen. Im Jahre 1958 sei für eine Gebühr von DM 1,— geschätzt worden, daß 20 vom Hundert des Arzneimittelverbrauches gedeckt werden. Verwaltungskosten seien bei den Trägern der GKV nicht entstanden, wohl aber bei den Apotheken.

Die Auswirkungen auf das Verbraucherverhalten der Versicherten sind entsprechend dem Bericht der Bundesregierung über die Auswirkungen der Verordnungsblattgebühr für die Zeit nach 1970 beurteilt worden: danach ist eine dauerhafte Beeinflussung des Versichertenverhaltens auch durch eine Erhöhung der Kostenbeteiligung wie im Jahre 1970 nicht zu erzielen. Ob eine weitere Erhöhung der Beteiligung auf dem Arzneimittelsektor zu wesentlichen Einsparungen führen kann, wird daher von den Autoren der Studie als zweifelhaft bezeichnet.

### Krankenscheingebühr

Diese Gebühr, die je Krankenschein erhoben wurde, bestand seit 1930, zunächst in Höhe von RM 0,50, 1956 waren die Einnahmen aus dieser Gebühr auf weniger als eins vom Hundert der ärztlichen Behandlungskosten gesunken und wurden danach nicht mehr erhoben. Durch das Gesetz über die Fortzahlung des Arbeitsentgelts im Krankheitsfalle und über die Änderungen des Rechts der GKV vom 27. Juli 1969 wurde § 187 b RVO, der die Krankenscheingebühr festsetzte, aufgehoben.

### Prämie für Nichtinanspruchnahme von Leistungen

Diese war für die GKV durch das Krankenversicherungsänderungsgesetz vom 27. Juli 1969 eingeführt, mit Wirkung vom 1. Januar 1974 jedoch aufgrund des Berichtes und der Empfehlung der Sachverständigen-Kommission für die Weiterentwicklung der GKV wieder aufgehoben

worden. Einer der Gründe für die Forderung der Sachverständigen war dabei, die neu eingeführten Maßnahmen zur Früherkennung von Krankheiten nicht zu gefährden.

Im Ergebnis war — so die Studie — die Belastung der Krankenkassen durch Auszahlung der Prämien und durch den Verwaltungsaufwand größer als die Entlastung. Auch verlangsamt sich nicht der angestrebte Anstieg der Kosten für ärztliche Behandlung, sondern stieg 1970/71 stärker als in den Vorjahren.

### Selbstbeteiligung durch Übernahme eines Kostenanteils

Die dritte Form der Kostenbeteiligung ist nach Darstellung der Studie die Übernahme eines Teils der tatsächlich entstandenen Kosten durch den Versicherten — als prozentuale Beteiligung oder Beteiligung zu festen Beträgen. Ausnahmetatbestände könnten dabei die wirtschaftliche Lage und eventuelle Familienverhältnisse berücksichtigen.

Hier komme der Einbau von Höchstgrenzen bei prozentualer Beteiligung in Betracht oder die Selbstbeteiligung nur von einer bestimmten Einkommensgrenze an. Weitere Ausnahmetatbestände könnten sich auf die Art der Leistung beziehen: es werde z. B. gelegentlich vorgeschlagen, Vorsorgeuntersuchungen von der Selbstbeteiligung auszuschließen.

Weiter wird hierzu in der Studie ausgeführt, die Selbstbeteiligung müsse verschieden ausgestaltet werden, je nachdem, ob die Versicherung nach dem Sachleistungsprinzip (GKV) oder dem Kostenerstattungsprinzip (private Krankenversicherung) ausgerichtet ist. Beim Kostenerstattungsprinzip ist nach Meinung der Autoren eine Selbstbeteiligung technisch leicht durchzuführen mit Mindestgrenzen (Erstattung nur bei Überschreiten einer bestimmten Schadenssumme), Höchstgrenzen oder prozentualen Beteiligungen.

Beim Sachleistungsprinzip, das die Abrechnung zwischen Arzt/Kassen-ärztlichen Vereinigungen/Krankenkassen, Apotheken und Krankenhäusern mit den Krankenkassen vorsehe, könne die Beteiligung nur auf dem Umwege einer zusätzlichen Geldleistung vom Versicherten verlangt werden. Die Sozialenquete schlage daher u. e. im Hinblick auf die Praktikabilität dem Gesetzgeber vor, den Übergang zum Kostener-

stattungsprinzip in Erwägung zu ziehen, weil dadurch auch die erzieherische Wirkung, das Bewußtwerden der Kosten für den Versicherten erreicht werde.

Der Wissenschaftliche Dienst geht jedoch von dem Fortbestand des geltenden Sachleistungsprinzips aus und skizziert nachstehende Bereiche, für die die Kostenbeteiligung im Sinne einer zusätzlichen Leistung in Frage komme.

### — Ambulante ärztliche Behandlung

Die Studie verweist hier auf mehrere in der Vergangenheit gemachte Vorschläge und Gesetzentwürfe zur Beteiligung des Versicherten an den Kosten der ärztlichen Behandlung.

- Der Regierungsentwurf eines Gesetzes zur Neuregelung des Rechts der gesetzlichen Krankenversicherung von 1959 sah die pauschale Beteiligung an den Kosten der einzelnen Leistung des Arztes vor (DM 1,50 pro Leistung). Dieser Vorschlag wurde u. a. fallengelassen, weil er wenig praktikabel war.

- Bei den Beratungen dieses Gesetzes schlug der Präsident der Bundesanstalt für Arbeit, *Stingl*, vor, parallel zu einer Krankenscheingebühr die Kassen zu ermächtigen, bei Ansteigen des Beitragssatzes um zehn vom Hundert eine Kostenbeteiligung von DM 1,—, höchstens jedoch DM 15,— im Quartal einzuführen.

- Im sozialpolitischen Ausschuß wurde eine Krankenscheingebühr von DM 2,— sowie das Kostenerstattungsprinzip für freiwillig Versicherte mit einem Gesamteinkommen von über DM 15 000,— mit Erstattung von 80 vom Hundert der ärztlichen Behandlungskosten beschlossen. Dieser Vorschlag nahm in Kauf, daß es zwei Arten von Versicherten in der GKV geben würde.

- Ein weiterer Vorschlag ging dahin, daß der Versicherte die Erstbehandlung bis zum Betrag von DM 15,— pro Quartal selbst bezahlen sollte, die weiteren Behandlungen sollten auf dem Wege des Sachleistungsprinzips ohne Selbstbeteiligung gewährt werden (*Köhler-Plan*).

- Darüber hinaus ist eine prozentuale Selbstbeteiligung erwogen worden: Der Versicherte sollte die Wahl haben, keine über seine Beiträge hinausgehende Selbstbeteiligung leisten zu müssen oder eine 20prozentige Selbstbeteiligung in Kauf zu

nehmen bei gleichzeitiger Herabsetzung seines Beitrages. Diese Art der Selbstbeteiligung wird jetzt von der FDP vorgeschlagen.

Als Argument für eine Kostenbeteiligung bei der ambulanten ärztlichen Behandlung spricht nach Auffassung des Wissenschaftlichen Dienstes, daß der Versicherte die Kosten der Behandlung nicht kennt und die Selbstbeteiligung möglicherweise ein kostenbewußtes Verhalten auslösen könnte. Dagegen spreche jedoch, daß die sich daraus ergebenden Auswirkungen auf die Kosten kaum geschätzt werden können.

Die Studie führt beispielhaft an:

Geht man von der Zahl der von den Kassenärztlichen Vereinigungen abgerechneten Fälle der ärztlichen Behandlung aus, so ergebe sich bei maximaler Beteiligung von DM 15,- pro Behandlungsfall und Quartal ein Betrag von rund DM 2,5 Mrd. im Jahr. Dieser Betrag ermäßige sich um die Verwaltungskosten, die zum Teil hoch eingeschätzt werden, da Klein- und Kleinstbeträge, notfalls zwangsweise, eingezogen werden müssen (die Höhe der Verwaltungskosten werde auch davon abhängen, ob Ärzte, Kassenärztliche Vereinigungen oder Krankenkassen mit der Einziehung beauftragt werden). Der Betrag verringere sich darüber hinaus, wenn die Zahl der Behandlungsfälle durch den — beabsichtigten — Abschreckungseffekt fallen sollte. Der Betrag würde sich auch vermindern, wenn bestimmte Personengruppen oder bestimmte Einkommensgruppen von der Selbstbeteiligung befreit würden (Familienversicherte, Rentner, Versicherte, die bestimmte Einkommensgrenzen nicht erreichen).

Schätzungen über die Auswirkung der prozentualen Selbstbeteiligung bzw. der Selbstbeteiligung zu festen Sätzen mit gleichzeitiger Beitragsermäßigung nach Wahl des Versicherten sind nach Auffassung des Wissenschaftlichen Dienstes noch schwieriger. Hier schlage der Faktor der Nichtinanspruchnahme der Leistungen noch stärker zu Buche. Vor allem sei ungewiß, inwieweit die Versicherten von der Wahlmöglichkeit Gebrauch machen.

Die Studie kommt daher zu dem Ergebnis, der Verwaltungsaufwand für diese Art der wahlweisen Selbstbeteiligung dürfte erheblich sein. Es

müßte sogar geprüft werden, ob dieses Verfahren überhaupt bei der GKV durchführbar ist. Bei den Versicherten, die die Selbstbeteiligung gewählt haben, müsse für jeden Leistungsfall die Höhe der Selbstbeteiligung geprüft werden, die Beträge müßten eingezogen werden (falls nicht zum Kostenerstattungsprinzip übergegangen wird, bei der in einem Arbeitsgang nur ein Teil der Kosten erstattet wird), außerdem könnten die Beiträge nicht mehr einheitlich für alle Versicherten berechnet werden; dies würde auch bei den Arbeitgebern zusätzliche Verwaltungskosten verursachen. Hinzu komme, daß dem Versicherten die Möglichkeit eingeräumt werden müßte, unter bestimmten Voraussetzungen von der Selbstbeteiligung zur Vollversicherung zu wechseln und umgekehrt.

#### — Arznei-, Verband- und Heilmittel

Neben der erwähnten Rezeptblattgebühr kommt nach der Studie für die Selbstbeteiligung auch hier die prozentuale Beteiligung, eventuell mit Höchstbetrag, in Betracht. Sie ist jetzt mit 20 vom Hundert, höchstens DM 2,50 je Verordnungsblatt in § 182 a RVO festgesetzt. Aufgrund dieser Regelung beträgt der Anteil der Kostenbeteiligung an den Gesamtbruttokosten (Mitglieder ohne Rentner und Familienangehörige) 10,5 vom Hundert; der Versicherte hat durchschnittlich DM 1,95 pro Verordnungsblatt bezahlt. Nach Meinung des Wissenschaftlichen Dienstes ist es fraglich, ob mit einer Erhöhung der Kostenbeteiligung weitere Einsparungen bewirkt werden können. Der Bericht der Bundesregierung über die Erfahrungen mit der Rezeptblattgebühr habe ergeben, daß eine dauerhafte Beeinflussung des Versichertenverhaltens durch den zum 1. Januar 1970 eingeführten § 182 a RVO nicht erreicht werden konnte unter Hinweis darauf, daß

- die Ausgaben für Arzneimittel 1970 gegenüber 1969 anstiegen; die Steigerungsrate zwar 1970 deutlich verringert war, danach jedoch wieder erheblich stieg; mit einer Erhöhung der Beteiligung zwar die Zahl der Verordnungsblätter sank, der Aufwand pro Verordnungsblatt jedoch wuchs.

Die Sachverständigen-Kommission zur Weiterentwicklung der Krankenversicherung habe daher die Aufhe-

bung des § 182 a RVO empfohlen unter Hinweis darauf, daß die Position der Krankenversicherung auf dem Arzneimittelmarkt ohnehin von ihr geprüft werde.

#### — Krankenhauskosten

Auf diesem Sektor kommt nach Meinung der Autoren eine Beteiligung des Versicherten an den Pflegekosten in Betracht. Im Zusammenhang mit den Beratungen zum Krankenversicherungsänderungsgesetz von 1961 seien Vorschläge zur Beteiligung in Höhe von DM 1,- bis 3,- pro Pflage tag gemacht worden für die Versicherten, die Einkünfte weiterbeziehen (Lohnfortzahlungsgesetz). Auch Beteiligungen in Höhe der Einsparungen im Haushalt des Versicherten seien erwogen worden. Die Sozialenquete-Kommission habe die Auffassung vertreten, daß die Selbstbeteiligung sich nicht auf Krankenhauskosten und Operationen beziehen, sondern sich auf die Arztkosten und Medikamente beschränken sollte. Andere einschränkende Vorschläge gehen dahin, die Selbstbeteiligung nur für die Dauer der Gehaltsfortzahlung einzuführen.

Die Einsparungen durch Selbstbeteiligung pro Krankentage kann nach der Studie aus der Zahl der Krankentage errechnet werden. Für 1970 nennt sie folgende Zahlen:

Krankentage	(in tausend)
der Mitglieder ohne Rentner	40 395,9
der pflichtversicherten Rentner	38 342,9
der Familienangehörigen der Mitglieder ohne Rentner	31 850,6
der Familienangehörigen der Rentner	4 981,1

Die Höhe der Kostenersparnis könne aus diesen Zahlen errechnet werden je nach der Höhe der Selbstbeteiligung pro Tag, je nachdem, ob man nur Versicherte in die Selbstbeteiligung einbezieht oder auch die Rentner, oder auch die Familienangehörigen. Ferner sei zu erwägen, ob eine Höchstdauer der Selbstbeteiligung (etwa sechs Wochen) eingeführt wird, um die schweren Krankentagefälle nicht übermäßig zu belasten.

Anschrift des Verfassers: Peter Mandt, Wolkenburgstraße 1, 5300 Bonn



Während der Glückwunschadresse des bayerischen Sozialministers Dr. Fritz Pirkl: Geburtstagsgäste im Ärztehaus Bayern

## Ein „hochpolitischer“ Geburtstagsempfang für Hans Joachim Sewering

An die 400 Gäste versammelten sich am Vormittag des 30. Januar 1976 im Großen Sitzungssaal des Ärztehauses Bayern in der Münchener Mühlbauerstraße zum Geburtstagsempfang für Hans Joachim Sewering:

Doktoren wollten dem Arzt Sewering gratulieren, gewählte Vertreter der Ärzteschaft dem Kollegen, bayerische und Bonner Parlamentarier dem politischen Freund oder Kontrahenten, Journalisten dem höchsten gewählten Repräsentanten der deutschen Ärzte — alle auf jeden Fall dem Menschen Sewering. Dieser ließ die Prozedur der Reden, Ehrungen und Geschenke, wie es so seine Art ist, mit Sicherheit, Humor und Bescheidenheit über sich ergehen.

Es war bezeichnend für Sewering, daß er sich am Schluß bei seinen Gästen dafür entschuldigte, daß sie eine Stunde lang hätten stehen und sich Reden über ihn anhören müssen. (Überhaupt, fand er, bedrücke ihn die ganze Sache etwas; man sollte solche Lobsprüche doch lieber erst bei der Beerdigung machen, denn dann könne sich der Betroffene nicht mehr darauf berufen . . .)

Es war aber auch bezeichnend für die Atmosphäre, die im Hause Sewe-

rings und seiner Mitarbeiter herrscht, daß eine große Zahl der Gäste lange nach dem offiziellen Schluß des Empfanges noch immer im Saal standen. Mit besonderem Beifall bedacht wurde der mit 87 Jahren wohl älteste Gast, nämlich Professor Sewerings Vater.

Als Gastgeber fungierte diesmal der Vizepräsident der Bayerischen Landesärztekammer, Dr. Hermann Braun, der nicht weniger als acht Redner anzukündigen hatte. Er zeichnete kurz die wichtigsten Stationen in Professor Sewerings Laufbahn als Arzt und als Berufspolitiker



Drei Generationen Sewering bei dem Geburtstagsempfang: links der Jubilar, in der Mitte sein Vater, August Sewering (87), rechts der Sohn, Dr. med. Rolf Sewering

nach und hob drei Dinge besonders hervor: Das durch und durch Bayerische an Sewering (trotz seines „zufällig“ außerbayerischen Geburtsortes); die Tatsache, daß sein familiärer Hintergrund auf alles andere hingedeutet habe als die Möglichkeit einer akademischen Bildung; und schließlich die enorme Arbeitskraft Professor Sewerings, mit der sich so schnell keiner messen könne.

Für Ministerpräsident Goppel und das gesamte Bayerische Kabinett sprach der Staatsminister für Arbeit und Sozialordnung, Dr. Fritz Pirkel. Er ging aus von der stets bayerisch-individualistischen Prägung des Wesens und Schaffens von Professor Sewering. Ausgangsort und Hintergrund seines berufspolitischen Wir-



Dr. Bruno Merk, der bayerische Innenminister, gratuliert



Bei der Gratulationscour: der Präsident des Bayerischen Senats, Freiherr Poschinger von Frauenau

präsidenten, der Präsident des Bayerischen Senats, Hippolyt Freiherr Poschinger von Frauenau. Professor Sewering, der dem Senat seit 1971 als Vertreter der freien Berufe Bayerns angehört, habe als Mitglied des Ausschusses für Kulturpolitik und als stellvertretender Vorsitzender des Ausschusses für Sozial-, Gesundheits- und Familienpolitik an vielen Gesetzen mitgearbeitet. Der Präsident des Bayerischen Senats erwähnte insbesondere Sewerings Ini-

tiative bei der Errichtung einer Abteilung für Humangenetik an der Münchener Universität.

Über eine lange vertrauensvolle Zusammenarbeit sprach der CDU-Bundestagsabgeordnete Botho Prinz zu Sayn-Wittgenstein-Hohenstein, der die Glückwünsche der CDU/CSU-Bundestagsfraktion und des Gesundheitspolitischen Ausschusses der CDU überbrachte. In dieser Zusammenarbeit habe stets das Wohl der

kens sei stets München gewesen, das so zu einem Zentrum der Gesundheitspolitik überhaupt geworden sei. Aber mit den Ämtern, in die seine Kollegen den Dachauer Landarzt wählten, weitete sich auch das Wirkungsfeld wie in konzentrischen Kreisen aus auf ganz Bayern, die Bundesrepublik Deutschland, die Europäische Gemeinschaft, den Weltärztebund.

Dr. Pirkels Ansprache enthielt gut gemischt menschliches und politisches, z. B. als er erklärte, seine Amtspflicht als Familienminister gebiete es ihm auch, Sewering vor allem Gesundheit und Muße für seine Familie zu wünschen. Er wisse aber, daß Sewering immer Gesundheitspolitiker bleiben und nie zum bloßen Interessenvertreter herabsinken werde.

Dem Parlamentarier Sewering gratulierte, auch im Namen des Landtags-



Glückwunsch des bayerischen Umweltministers, Dr. Max Streibl



MdB Glombig (rechts), Gratulant der SPD-Bundestagsfraktion, nutzte die Gelegenheit zu aktuellen politischen Gesprächen: hier mit Dr. Muschallik

Gesundheit des ganzen Volkes im Vordergrund gestanden; Sewering wisse, Neid und Ideologische Engstirnigkeit seien schlechte Ratgeber.

Es sei an dieser Stelle erwähnt, daß sich außer mehreren anderen Abgeordneten der CDU/CSU auch zum Beispiel der SPD-Bundestagsabgeordnete Eugen Glombig zu dem Geburtstagsempfang eingefunden hatte. Er hatte erst wenige Tage zuvor Aufsehen erregt mit dem für die Ärzteschaft völlig indiskutablen Vorschlag zu einem Einfrieren der Ausgaben für die verschiedenen Sektoren des Gesundheitswesens. Glombig benutzte die Gelegenheit, Professor Sewering noch einmal seine Vorschläge zu überreichen und auch mit anderen Vertretern der Ärzteschaft darüber zu sprechen. Damit soll nicht etwa angedeutet werden, dies sei Mißbrauch einer Einladung; aber es ist vielleicht für manchen, der die Belastung von „Funktionären“ nicht kennt, ein Hinweis darauf, daß der Präsident der Bundesärztekammer eben immer im Dienst sein muß, auch dann, wenn sein eigener Geburtstag gefeiert wird.

Weitere Sprecher waren der Vertreter der Stadt München, Bürgermeister Gittel, der Präsident der Arbeitsgemeinschaft der Berufsvertretungen Deutscher Apotheken, Walter Riemerschmid (er überreichte Professor Sewering auch im Namen der Vorstände der Bundesapothekerkammer und des Deutschen Apothekervereins die Ehrennadel der deutschen Apotheker), der Präsident der Bayerischen Zahnärztekammer, Dr. Wolfgang Mzyk, der Erste Vorsitzende der Kassenärztlichen Bundesvereinigung, Dr. Hans Wolf Muschallik, und, gleichzeitig für die ärztlichen

Verbände, der Vizepräsident der Bundesärztekammer und Vorsitzende des Hartmannbundes, Dr. Horst Bourmer.

Dr. Muschallik hielt eine sehr persönlich gefärbte Gratulationsansprache an den berufspolitischen Kollegen und langjährigen Freund Hans Joechim Sewering, von dem ihn, erklärte Muschallik, z. B. die Tatsache unterscheidet, daß der KBV-Vorsitzende sich auf dem Boden der ärztlichen Interessenvertretung zu bewegen und sich auch um das Geld zu kümmern habe, während der Ärztekammerpräsident in den höheren Regionen der Ethik schwebt. Viel Erfolg bei den Gästen erzielte Muschallik auch mit der Definition der Qualifikationen, die ein Präsident der Bundesärztekammer und

des Deutschen Ärztetages mitbringen müsse, um seiner Aufgabe gerecht zu werden: Das Geschick eines Diplomaten, den Mut eines Domppteurs und die Beherrlichkeit eines Forschers.

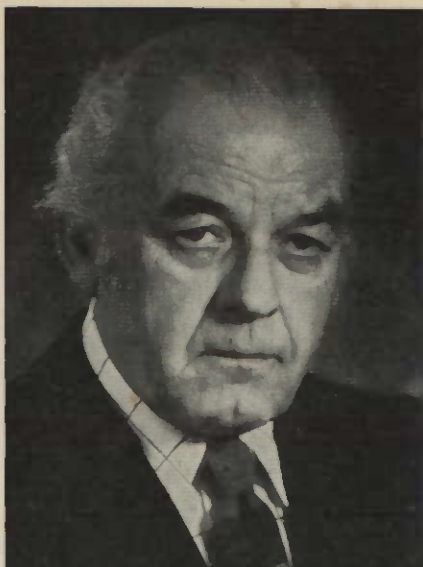
Dr. Horst Bourmer erläuterte im wesentlichen die Geschenke, die er mitgebracht hatte: Von den Vorstandskollegen in der Bundesärztekammer einen Silberteller mit allen Namenszügen; von den ärztlichen Verbänden eine alte Grubenlampe, die den Sproß einer Bergarbeiterfamilie Sewering in den kommenden düsteren Zeiten Übersicht geben, ihn aber auch vor schlagenden Wettern warnen möge.

Professor Sewering selbst ging abschließend kurz auf einiges von dem ein, was ihm oder über ihn gesagt worden war. Als die wichtigsten Grundsätze, an die er sich in seiner Arbeit immer gehalten habe, nannte er sein Bemühen, sich selbst nie für gescheitert zu halten als die anderen, aber stets noch mehr zu tun als die anderen, von denen er Leistung verlange. Und zu mancherlei Anspielungen auf seine Ämter erklärte er, er hoffe, daß die personalen Verbindungen von Ärztekammer und Kassenärztlicher Vereinigung, wie sie in Bayern gegeben sei, auch für die Zukunft beibehalten werden könne. Denn auch darin dokumentiere sich die Einheit der Ärzteschaft, die in den kommenden schweren Zeiten unbedingt nötig sein werde. - gb -

(Fotos [7]: Nausch)



Prinz zu Seyn-Wittgenstein MdB (rechts) überbrachte die Glückwünsche der CDU/CSU-Bundestagsfraktion



## Hermann Braun 60 Jahre

Am 2. April 1976 kann der Vizepräsident der Bayerischen Landesärztekammer, Dr. Hermann Braun, Nittendorf bei Regensburg, seinen 60. Geburtstag feiern.

Dr. Braun wurde am 2. April 1916 in Elbart geboren. Er besuchte in Regensburg die Volksschule und anschließend das Neue Gymnasium, das er 1937 mit dem Abitur abschloß. Von 1937 bis 1942 studierte er in München Medizin. 1942 erhielt er die Bestallung als Arzt und promovierte zum Doktor der Medizin. Er nahm am Polen-, Frankreich- und Rußland-Feldzug teil. Bis Februar 1946 war er in Kriegsgefangenschaft. Seit Mai 1946 ist Dr. Hermann Braun als Allgemeinarzt in Nittendorf bei Regensburg niedergelassen.

Von 1948 bis 1953 war er Vorsitzender des Beschwerdeausschusses der Bezirksstelle Oberpfalz der Kassenärztlichen Vereinigung Bayerns. Seit 1954 ist er Delegierter zum Bayerischen Ärztetag. Im Jahre 1958 wurde er zum 2. Vorsitzenden des Ärztlichen Bezirksverbandes Oberpfalz und des Ärztlichen Kreisverbandes Regensburg gewählt. Seit 1966 ist er 1. Vorsitzender und Vorstandsmitglied der Bayerischen Landesärztekammer, seit 1969 deren Vizepräsident.

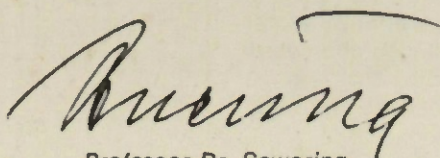
1950 gründete Dr. Braun den Bezirksverband Oberpfalz des Verbandes der Ärzte Deutschlands – Hartmannbund –, dessen Vorsitzender er seit dieser Zeit ist. 1971 wurde er zum 1. Vorsitzenden des Landesverbandes Bayern des Hartmannbundes gewählt, 1972 zum 1. Stellvertretenden Bundesvorsitzenden. Seit 3. April 1974 ist Dr. Braun auch Präsident des Verbandes Freier Berufe in Bayern.

Besonders hervorzuheben ist die Mitwirkung von Dr. Braun im Bayerischen Roten Kreuz: 1947 war er Mitgründer der Ortsvereinigung Nittendorf. Jahrzehntelang führte er Erste-Hilfe-Kurse durch. Er gehört von Anfang an dem Vorstand des Kreisverbandes Regensburg an und war einige Jahre Stellvertretender Chefarzt des Bezirksverbandes Oberpfalz/Niederbayern.

Während des Krieges wurde Dr. Braun mit dem EK II und dem EK I sowie dem Infanteriesturmabzeichen ausgezeichnet. 1966 erhielt er das Ehrenzeichen des Deutschen Roten Kreuzes. 1968 wurde er zum Ritter des Sylvesterordens ernannt. Die Ärzteschaft ehrte ihn 1972 mit der Verleihung der Ernst-von-Bergmann-Plakette für Verdienste um die ärztliche Fortbildung. Im Jahre 1974 wurde Dr. Hermann Braun das Bundesverdienstkreuz Erster Klasse verliehen.

Besonders hat sich Dr. Hermann Braun um die Aus- und Weiterbildung in Allgemeinmedizin verdient gemacht. Er hat damit einen wesentlichen gesundheitspolitischen Beitrag zur Verbesserung der ärztlichen Versorgung unserer Bevölkerung geleistet. In seiner Eigenschaft als stellvertretender Vorsitzender der Akademie der Praktischen Ärzte der Bundesärztekammer ist er ständig bemüht, beim ärztlichen Nachwuchs Verständnis und Interesse für die landärztliche Tätigkeit zu wecken. Er leistet vielfache Beiträge zur Ausgestaltung, Intensivierung und Vertiefung der Wirkungsmöglichkeiten des Allgemeinarztes.

Die bayerischen Ärzte wünschen Hermann Braun weiterhin gute Gesundheit und vielen Erfolg für sein berufliches und berufspolitisches Schaffen! Ich möchte diese Wünsche auch im eigenen Namen von Herzen dem bewährten Mitstreiter in guten und schlechten Tagen sagen.

  
Professor Dr. Sewering

# Die Lohnnebenkosten – ein gewichtiger Kostenfaktor auch in der Arzt- und Zahnarztpraxis

von H. Reisinger

Das Schlagwort von der sogenannten Kostenexplosion im Gesundheitswesen – es scheint mir bald ebenso oft mißbraucht zu werden wie die Begriffe Dame, Jacketkrone und Metallkeramik – droht als Negativbegriff in der Gleichsetzung mit ärztlicher Habgier den Blick auf die Kostenbelastung der freien Heilberufe für viele Bürger unseres Landes zu verdecken. Und doch hat die Lohnkostenentwicklung des letzten Jahrzehntes auch auf die immer personal- und damit lohnintensiver werdende freie Arzt- und Zahnarztpraxis voll durchgeschlagen. Dies ist gemeinhin an der Steigerung der Gehälter des Praxispersonals abzulesen. Aber dies ist nur ein Teilaspekt des Problems Personalkosten.

Daneben bleibt auch die freie Arzt- und Zahnarztpraxis von der nach außen hin verborgenen rasanten Steigerung der Lohnnebenkosten nicht verschont. Sie werden heute in der gewerblichen Wirtschaft bereits mit 60 Prozent der Lohnkosten veranschlagt. Diese 60 Prozent Lohnkostenzuschlag sind eine Folge der Tatsache, daß aufgrund der Entwicklung der sozialpolitischen und arbeitsrechtlichen Gesetzgebung und der Tarifautonomie die Arbeitnehmer in der Bundesrepublik eine absolute Spitzenstellung in der sozialen Sicherung erreicht haben, was Ihnen von Herzen gegönnt sei. Nur wird diese Zusatzleistung des Arbeitgebers von den Arbeitnehmern kaum gewürdigt, weil das Geld dafür vom Arbeitgeber direkt, d. h. am Geldbeutel des Arbeitnehmers vorbei, und teils steuerfrei für ihn aufgebracht wird.

In der Kostenbelastung der Praxis wirkt sich jedoch die Zusatzleistung von rund 60 Prozent zum Bruttogehalt erheblich aus. Diese Tatsache wird erstaunlicherweise auch immer noch von vielen Kollegen übersehen und demgemäß nicht nachdrücklich genug gegenüber der Öffentlichkeit und dem Praxispersonal verdeutlicht. Dabei ist doch die Forderung nach Transparenz der Kostenbelastung

der freien Heilberufe ein Gebot der Stunde in der Auseinandersetzung um das angemessene Honorar für Arzt und Zahnarzt.

Was sind nun betriebskalkulatorisch Lohnnebenkosten? Sie setzen sich hauptsächlich aus folgenden Posten zusammen:

## 1. Gesetzliche Lohnnebenkosten:

- a) Arbeitgeberanteil zur Rentenversicherung, Krankenversicherung, Arbeitslosenversicherung und Unfallversicherung des Arbeitnehmers,
- b) Gehaltszahlung für gesetzliche Feiertage,
- c) Lohnfortzahlung im Krankheitsfall.

## 2. Tarifliche bzw. freiwillige Lohnnebenkosten:

- a) Gehaltszahlung während des Urlaubs über den gesetzlichen Mindesturlaub hinaus,
- b) Leistungszulagen bzw. Sondervergütungen,
- c) Leistungen zur Vermögensbildung des Arbeitnehmers,

- d) bezahlter Bildungsurlaub bzw. Übernahme von Fortbildungskosten,
- e) betriebliche Altersversorgung,
- f) Gewährung von Fahrtzuschüssen bzw. von Garagen- oder Parkgebühren,
- g) Geburtsbeihilfen usw.

Dies ist eine stattliche Liste von Zusatzleistungen, die um so mehr ins Gewicht fallen, je mehr Personal in einer Praxis beschäftigt wird.

Wie sehr die Lohnnebenkosten betriebskalkulatorisch zu Buche schlagen, kann jeder aus den Handwerkerrechnungen ersehen, in denen dem Kunden nicht selten je Arbeitsstunde das Doppelte des tatsächlich gezahlten Stundenlohnes in Rechnung gestellt wird.

Auf diesen Sachverhalt, der auch auf die den Regeln unserer freien Marktwirtschaft als selbständige „Unternehmen“ unterworfenen Arzt- und Zahnarztpraxen zutrifft, einmal hinzuweisen, schien mir anlässlich der breiten Diskussion über die Kostenentwicklung im Gesundheitswesen durchaus notwendig zu sein.

Anschrift des Verfassers:

Dr. med. dent. H. Reisinger, Direktor der Bayerischen Landes Zahnärztekammer und der Kassenzahnärztlichen Vereinigung Bayerns, Schubertstraße 5, 8000 München 2

## 79. Deutscher Ärztetag

vom 10. bis 15. Mai 1976 in Düsseldorf

### Tagesordnung

1. Grundsatz-Referat des Präsidenten der Bundesärztekammer und des Deutschen Ärztetages
2. Neufassung der Berufsordnung
3. Neufassung der Weiterbildungsordnung
4. Ärztliche Zusammenarbeit bei ambulanter und stationärer Versorgung
5. Tätigkeitsbericht der Bundesärztekammer
6. Finanzbericht der Bundesärztekammer für 1975
7. Bericht des Finanzausschusses der Bundesärztekammer
8. Entlastung des Vorstandes der Bundesärztekammer
9. Voranschlag für das Geschäftsjahr 1977
10. Wahl des Finanzausschusses der Bundesärztekammer
11. Wahl des Tagungsortes des 82. Deutschen Ärztetages



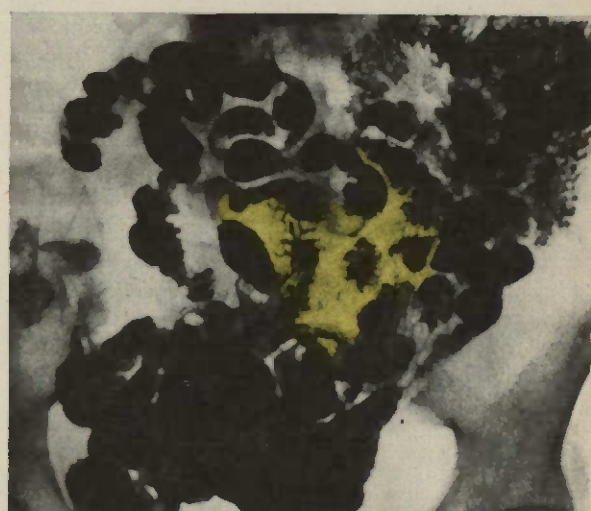
# Dysbakterie

Gärungs- und Fäulnisdyspepsien

Störungen im gesamten Verdauungstrakt

# SULFredox® schafft Eubakterie ohne Diät

## Die 2-Phasen-Wirkung



SULFredox enthält amphotere Mineralstoffe, welche die Redox-Systeme und pH-Werte im Verdauungstrakt wiederherstellen und aufrechterhalten.

Prophylaktisch verabreicht, stabilisiert SULFredox die physiologische Darmflora und deren Lebensmilieu. Biologisch-amphotere Salzgemische halten die Redox-potentiale im Gleichgewicht und ergänzen die Salzverluste, welche durch Schwitzen entstehen.

**Indikationen:**  
Dysbakterie verschiedener Genese, chronische habituelle Obstipation und Diarrhoe, zur Wiederherstellung des Säure-Basen-Gleichgewichtes im Verdauungstrakt. Normalisierung des pH-Wertes und des Redox-Potentiales im Darmmilieu, dadurch gesunde Lebensbedingungen für die physiologische Darmflora. Umstimmungstherapie, Gärungs- und Fäulnisdyspepsien, Gastritis, Ulcus ventriculi et duodeni, Hepatopathien, Cholecystopathien, Pankreatopathien, Colica mucosa, Osteoporose, Akne vulgaris, Allergien, Adjuvans bei der internen Krebstherapie, Stoffwechselstörungen, Roemheldscher Symptomenkomplex.

**Kontraindikationen:**  
Eisenkumulation (Hämochromatosen, chron. Hämolyse), Eisenverwertungsstörungen (Sideroachrestische Anämien, Bleianämien, Thalassämien) Schwere Leber- und Nierenfunktionsstörungen.

### Zusammensetzung

1 Dragée SULFredox enthält

Na-Al-Silikat	320,00 mg	Ferr glucon	200 mg
Sulfur dep.	115,00 mg	Cobalt chlorat	0,25 mg
Calc. carb. praec.	17,50 mg	Mangan chlorat	0,25 mg
Na-l-ascorbic.	30,00 mg	Saccharum lact.	235,18 mg

SULFredox entzieht den Dysbakterien den Nährboden, so daß die Eubakterien sich auf physiologischem Milieu entwickeln können.



Original-Packung  
60 Dragées AVK DM 10,50  
Kurpackung  
250 Dragées AVK DM 31,50  
Granulat  
120 g AVK DM 5,30  
Granulat  
250 g AVK DM 10,25

Nebenwirkungen: Keine bekannt

Muster auf Anforderung

Arzneimittel so natürlich wie möglich  
KURT MERZ · 6497 STEINAU

**TOSSA-  
ARZNEI**

# Psychiatrie und Psychosomatik in der täglichen Praxis

55. Fortbildungstagung für Ärzte in Regensburg

*Eröffnungsansprache des Jahresvorsitzenden Professor Dr. H. G. Faßbender, Mainz:*

## Gedanken zur Stellung des Arztes in unserer Gesellschaft

Es kann niemandem verborgen geblieben sein, daß der Arzt in den letzten Jahren zunehmend konzentrierten Angriffen von unterschiedlichen Seiten ausgesetzt wird. Diese Angriffe zielen sowohl auf die Funktion des Arztes als auch auf seine Stellung in der Gesellschaft.

Es muß als natürlich angesehen werden, daß der Arzt dank seiner exponierten Stellung schon immer Gegenstand einer wachen Kritik war. Man muß dabei bedenken, daß wohl kein Angehöriger eines anderen Berufes mit einer so schweren Hypothek belastet ist, wie sie die kaum erfüllbare Hoffnung bedeutet, die man an das Handeln des Arztes knüpft. Der Arzt kämpft einen ständigen Kampf, in dem letzten Endes der Tod stets der Sieger und der Arzt immer wieder der Verlierer bleiben muß. Dieses zeitlose Problem spiegelt sich bereits in den bissigen Karikaturen vergangener Jahrhunderte (Zeichnungen im „Punch“ und von Daurier).

Kein Arzt kann sich aber einer kritischen Betrachtung seines Berufes entziehen. Sie ist Regulativ und ständiger Ansporn, das Beste zu tun. Sie gehört zum Grundgesetz des Berufes. In den letzten Jahren bahnt sich jedoch eine Entwicklung an, die in eine völlig andere Richtung weist und die sich zu einer essentiellen Bedrohung des Berufes auswachsen kann. Dabei handelt es sich um einen Prozeß, bei dem verschiedene Faktoren zusammenwirken.

Eine Analyse muß zunächst Fehler eigenen ärztlichen Verhaltens aufdecken. So hat die zum Teil unkluge und undelicate Rolle, die einige Ärzte bei der Diskussion des Paragraphen 218 und um Probleme der Euthanasie gespielt haben, weniger zu einer Klärung dieser Fragen als zu einer Erosion des ärztlichen Ansehens geführt. Abträglich ist ferner die öffent-

liche Erörterung von Honorarforderungen, unbesetzbarer Landpraxen, abgelehnter Hausbesuche und ungenügender Fortbildung des Hausarztes. Das Geltungsbedürfnis einzelner Ärzte, verbunden mit einer indiskreten Berichterstattung der Sensationspresse fördern diesen Erosionsprozeß zusätzlich.

Es muß die Frage gestellt werden, ob die Ärzte ebenso wie Generationen zuvor nicht zu lange von dem Vertrauenskapital der Bevölkerung gelebt haben, ohne durch Selbstlosigkeit und Opferbereitschaft das Potential wieder aufzufüllen. Über diese vorwiegend endogenen Faktoren hinaus droht den Ärzten jedoch eine Gefahr, deren Umfang noch nicht abzuschätzen ist. Die hohen Risiken, mit denen die Ausübung des Berufes verbunden ist und immer sein wird, macht den Arzt zu einem ebenso geeigneten wie wehrlosen Objekt für eine gewissenlose Ausbeutung:

In den Vereinigten Staaten haben sich bereits Anwaltsgruppen darauf spezialisiert, frisch operierte Patienten zu Schadenersatzforderungen zu veranlassen, die von ihnen gegen hohes Erfolgshonorar vertreten werden. So kommt es, daß in manchen amerikanischen Staaten Ärzte von keiner Haftpflichtversicherung mehr aufgenommen werden. In der Bundesrepublik sind bereits erste Anzeichen solcher Praktiken zu spüren.

In einer Zeit, in der Verantwortung und Risiko nur noch auf Kollektive und Institutionen abgewälzt werden, muß der Öffentlichkeit in besonderem Maße klargemacht werden, daß ohne Bereitschaft zum Risiko ärztliche Tätigkeit undenkbar ist und bleiben wird. Hinzu kommt, daß eine systematisch betriebene Nivellierung den Arzt durch seine Stellung und Funktion zu einem besonders geeigneten Neidobjekt machen. Dieser soziale Neid betrifft nicht nur die Einkünfte, sondern auch die Selbständigkeit des ärztlichen Standes. Auf die Dauer kann sich hieraus ein Klima entwickeln, das eine wirkungsvolle ärztliche Tätigkeit erstickt und den Arzt selbst zur Resignation treiben muß.

Der Arzt definiert seine Aufgaben und seine Stellung nicht selbst, sondern erhält sie von der Gesellschaft. Diese kann jedoch auf den Arzt ebenso wenig verzichten wie auf den Priester. Beide haben zeitlose Funktionen, derer der Mensch bedarf, so lange Leiden und Tod unseren Weg begleiten. Eine Demontage des Arztbildes ist nicht ohne schwere Schäden für die Allgemeinheit denkbar, da kein anonymes poliklinisches System diese Funktionen zu ersetzen vermag. Wer die Autorität des Arztes untergräbt und das Vertrauen der Patienten in den Arzt bewußt erschüttert, gefährdet die Grundlage jeden Behandlungserfolges. Das Ergebnis solcher Bemühungen ist nicht als Reform, sondern als Zerstörung einer Position zu bezeichnen, aus der allein heraus der Arzt wirken kann.

*Professor Dr. P. Kielholz, Basel:*

## Depressive Zustände in der Praxis – Erkennung und Therapie

Die Häufigkeit depressiver Zustandsbilder in der Bevölkerung ist von der WHO auf drei bis fünf Prozent geschätzt worden. Zehn Prozent der Kranken, die einen Arzt aufsuchen, leiden an einer Depression. Dafür gibt es viel zu wenig Psychiater, so daß der praktische Arzt gezwungen ist, den größten Teil dieser Patienten selbst zu behandeln. Die Diagnose muß bei den recht häufigen larvierten Depressionen, bei denen sich das depressive Geschehen vorwiegend im somatischen Bereich manifestiert, aufgrund der diskreten depressiven Hintergrundsymptomatik gestellt werden. Als Indizien gelten „sich-nicht-mehr-freuen-können“, Anschlußhemmung, Interessenverlust, Tendenz zum Grübeln, Nachlassen des Antriebes und der Libido und Verschiebung der Stimmungslage. Da sich prinzipiell hinter jeder körperlichen Symptomatik eine Depression verbergen kann, stellt sich die Frage, bei welchen körperlichen Symptomen am ehesten an eine larvierte Depression zu denken ist. Hinweise sind eine unscharfe, unbestimmte und wechselnde körperliche Symptomatik, ängstliche hypochondrische Schilderungen der organischen Beschwerden und Schmerzen und daß die Beschwerden am Morgen besonders ausgeprägt sind und periodisch auftreten. Eine nosologische Abgrenzung in somatogene,

endogene und psychogene Depressionen mit ihren Untergruppen hat sich als zweckmäßig erwiesen, weil sich aus ihr sowohl die Indikation für die Psycho- und Pharmakotherapie als auch für die Rehabilitation und Langzeitbehandlung ableiten lassen. Während bei den organischen Depressionen, z. B. bei der Altersdepression, zunächst somatisch behandelt werden muß, d. h. in diesem Falle eine Herz-Kreislauftherapie, müssen endogene und psychogene Depressionen vorwiegend durch eine Kombination von Psychotherapie und Antidepressiva behandelt werden. Für die Wahl des richtigen Antidepressivums darf man sich nicht nur auf die nosologische Diagnose beschränken, sondern man muß die phänomenologischen Aspekte berücksichtigen. Herrscht Traurigkeit, gedrückte/niedergeschlagene Grundstimmung vor, sind stimmungshobende, depressionslösende Medikamente wie Tofranil®, Anafranil® und Noveril® angezeigt. Überwiegt im depressiven Syndrom Angst, innere Unruhe und Hypochondrie, was weitaus am häufigsten beobachtet wird, sind anxiolytische, angstdämpfende Antidepressiva indiziert. Wegen ihres schlafanstoßenden Effektes sollte die Hauptdosis der angstdämpfenden Antidepressiva auf den Abend verordnet werden.

Je mehr in der Genese des depressiven Zustandsbildes psychogene Elemente vorherrschen, um so intensiver sollte die Psychotherapie eingesetzt werden. Bei keiner anderen Krankheit werden so viele Fehler in der Psychotherapie gemacht wie bei den depressiven Zuständen. Es ist falsch, an Depressive Appelle zu richten, wie „Haltung bewahren, sich nicht gehen lassen oder sich durchzubeißen“. Ebenso falsch sind alle Ablenkungs-, Aufheiterungs- und Zerstreuungsversuche. Es ist auch falsch, depressive Kranke in Urlaub zu schicken. In der fremden Umgebung finden sie keinen mitmenschlichen Kontakt, sinken noch mehr auf sich zurück und ihre Gedanken kreisen nur noch um ihre depressiven Inhalte. Über die Selbstmordideen sollte mit den Kranken offen und natürlich gesprochen werden. Das Wissen, daß bei jedem Depressiven Selbstvernichtungsimpulse auftreten, erleichtert und entspannt den Patienten. Am zweckmäßigsten wird die Therapie im eigenen Milieu zu Hause, ambulant, ohne Unterbrechung der Arbeit, durchgeführt.

Die Psycho- und Pharmakotherapie ist bis zum völligen Abklingen der Depression weiterzuführen. Bei den endogenen Depressionen ist nach der dritten Phase, wenn das freie Intervall nicht länger als drei Jahre gedauert hat, eine prophylaktische Langzeittherapie indiziert. Bei bipolaren Depressionen haben sich als erfolgversprechende Prophylaxe Lithiumsalze und bei unipolaren endogenen Depressionen ebenso gut auch Antidepressiva als Dauermedikation bewährt.

*Professor G. Huber, Lübeck:*

### **Langzeittherapie der Schizophrenie in der Praxis**

Die Möglichkeit einer ambulanten Erhaltungs- und Langzeitbehandlung der Schizophrenie war der wesentliche Fortschritt, den die modernen Psychopharmaka brachten. Die ambulante Therapie der Schizophrenie ist vorrangig eine Aufgabe des niedergelassenen Arztes, weil die Herstellung und Aufrechterhaltung eines tragfähigen Kontaktes und eine möglichst kontinuierliche Arzt-Patient-Beziehung oft nicht weniger wichtig als die medikamentöse Behandlung sind. Auch bei den psychoanalytischen Verfahren ist weniger die Besonderheit der Methodik als die andauernde Kommunikation und Beschäftigung mit dem Patienten und die Persönlichkeit des Therapeuten ausschlaggebend. Die Schizophrenen sind echte Krankheiten, die in erster Linie mit modernen Psychopharmaka behandelt werden müssen, denn Psychotherapie allein hat Behandlungsergebnisse, die sich nicht signifikant von den Spontanprognosen unbehandelter Verläufe unterscheiden. Die antipsychotisch wirksamen Neuro- und Thymoleptika stellen bei den endogenen, schizophrenen und zyklischen Psychosen das Kernstück der Therapie dar. Eine scharfe Trennung zwischen Neuro- und Thymoleptika ist nicht möglich. Neben den reinen Neuroleptika, wie z. B. Haloperidol oder Fluphenazin (Lyogen®), gibt es auch Neuroleptika, wie Melleril®, Truxal® oder Neurocil®, die sowohl neuro- wie thymoleptisch wirken. Wir sprechen von Neurothymoleptika. Bei den Thymoleptika interessieren in der Schizophreniebehandlung die Substanzen vom Typ des Imipramin (Tofranil®) oder Amitriptylin (Saroten®, Laroxyl®, Tryptizol®). Die Auswahl des Psychopharmakons richtet sich

nach dem Zielsyndrom, wobei eine Unterscheidung nach der neuroleptischen Potenz nützlich ist. Zu den sehr starken Neuroleptika gehören neben Haloperidol®, Triperidol®, Glanimon®, Lyogen® und Orap®; zu den starken Neuroleptika, z. B. Randolectil® und Decentan®, zu den mittelstarken Psyquil® oder Megaphen® und zu den schwachen, den sogenannten Neurothymoleptika, Melleril® und Neurocil®.

Über die möglichen Begleit- und Nebenwirkungen eines Psychopharmakons muß der Patient am Beginn der Langzeittherapie informiert werden. So ist er auf die Möglichkeit von paroxysmalen extrapyramidalen Frühdiskinesien, persistierenden extrapyramidalen Hyperkinesien, eines Parkinson-Syndroms, vegetativen Irritationsphänomenen und seltenen Komplikationen, wie allergische Exantheme, Agranulozytose, epileptische Anfälle und andere, hinzuweisen. Psychische Abhängigkeit und echte Sucht durch Neuro- und Thymoleptika bei Psychotikern sind in der Regel nicht zu befürchten. Stets muß man dagegen die potenzierende Wirkung der Neuro- und Thymoleptika auf Hypnotika, Analgetika und besonders auch auf Alkohol beachten. Das Ziel der Erhaltungs- und Langzeitbehandlung ist, nach Beseitigung psychotischer Symptome die Remission zu stabilisieren und Rezidive hintanzuhalten und eine Dauerrehabilitation zu ermöglichen. Huber bevorzugt für die Langzeittherapie die starken Neuroleptika, während schwache nur dann geeignet sind, wenn relativ niedrige Dosen, die keine Tagessedation bewirken, ausreichen. Schon die älteren Retardformen zur peroralen Einnahme waren ein Fortschritt, der jedoch durch die neuen Depotformen hochpotenter Neuroleptika zur i. m.-Injektion deutlich übertroffen wurde. Bei Präparaten wie Lyogen-Depot® und Fluanxol-Depot® genügt eine i. m.-Injektion im Abstand von zwei bis drei Wochen, bei Imap® ist eine wöchentliche Injektion notwendig. Echte Langzeit-Neuroleptika sind Orap®, bei dem man die gesamte Tagesdosis auf einmal nehmen kann, und beim Semap® genügt eine einmalige wöchentliche Einnahme von durchschnittlich ein bis zwei Tabletten. Die klinisch ermittelte Erhaltungsmedikation soll vom weiterbehandelnden Arzt nicht ohne zwingenden Grund geändert werden. Kommt es trotz regelmäßiger Ein-

nahme zu Änderungen des psychopathologischen Syndroms, ist eine Adaptation der Medikation an das jeweilige Zustandsbild erforderlich, unter Umständen eine stationäre Neueinstellung. Man soll zumindest vier Monate lang behandeln. Bei psychotischen Erst-, gelegentlich auch Zweitmanifestationen wird man bei guter Remission nach vier Monaten die Behandlung beenden und von einer Langzeitbehandlung absehen. Bei häufigen psychotischen Rezidiven und bei typischen schizophrenen Persönlichkeitswandlungen, aber auch bei Ausbildung unaufdringlicher reiner oder gemischter Residuen ist eine Langzeitbehandlung indiziert.

Professor Dr. U. H. Peters, Mainz:

### Psychische Führung in der Praxis

Es wird nicht immer als selbstverständlich empfunden, daß psychische Führung (oder Beratung) eine Form der Psychotherapie darstellt. Unter Psychotherapie verstehen wir die „Behandlung von abnormen Seelenzuständen, psychischen und Körperkrankheiten durch gezielte seelische Einflußnahme, genauer gesagt, durch bewußte (nicht zufällige) Ausnutzung der Beziehung zwischen Arzt und Patient“. Die Geschichte der psychischen Führung ist nicht sehr alt. Erst die Allgemeinärzte der Aufklärung haben, allerdings schon in einem mehr allgemeinen Sinne durch generelle Lebensanweisungen, Einfluß auf Leben und Verhalten ihrer Leser zu nehmen versucht. Dies kommt z. B. in dem viel gelesenen Werk von *Hufeland* über „Die Kunst, das menschliche Leben zu verlängern“, deutlich zum Ausdruck. Ein programmatischer Teil des therapeutischen Konzeptes wird die psychische Führung jedoch erst allmählich mit dem Aufkommen der neuen dynamischen Psychiatrie, die wir in erster Linie mit den Namen von *Freud*, *Jung* und *Adler* verbinden. In *Freuds* Schriften ist davon allerdings bemerkenswert wenig zu finden. Die psychoanalytische Theorie verbietet geradezu eine derartige direkte Einflußnahme auf den Patienten. *Freud* stellt jedoch als Person eine derart übermächtige Vaterfigur dar, daß die geringsten Andeutungen und Äußerungen seinerseits bereits einen intensiven Einfluß auf die Lebensführung seiner Patienten und Schüler hatte. Auch *C. G. Jung*

nimmt in seiner Lehre eine überwiegend ablehnende Haltung gegenüber einer beratenden Beeinflussung ein, wenn er ein derartiges Vorgehen auch nicht direkt verurteilt. Immerhin führt *Jung* unter den in der Psychotherapie „therapeutisch wirksamen Faktoren“ die „ärztliche Autorität“ und den „guten Rat“ auf. In Werk und Praxis *A. Adlers* nimmt dagegen die Beratung einen herausragenden Platz ein. Sie wird unter der Bezeichnung „Therapeutische Erziehung“ abgehandelt. Aber auch *Adler* hat nie eine Technik der Beratung formuliert. *Adler* war jedoch der Überzeugung, daß der Lebensstil des Beraters auch die Art seines Vorgehens bestimmt, und daß es daher so viele Techniken der Beratung wie Berater gibt. Nach *Adler* hat der Individualberater vier Aufgaben: Er muß Kontakt mit dem Patienten gewinnen, seinen Irrtum im Lebensstil aufdecken, ihn ermutigen und seine Mitmenschlichkeit entwickeln. Heute stellt die Therapie des Psychologen *Carl Rogers* eine der am häufigsten angewendeten Psychotherapieformen dar, allerdings mehr bei nichtärztlichen Therapeuten. Diese nicht-direktive Beratung setzt sich zum Ziel, unter Verzicht auf Ratschläge und Führung zu therapieren. Der *Rogers*-Therapie liegt die Auffassung zugrunde, jeder Mensch besitze Kräfte genug, seine eigenen Probleme zu lösen, die Kräfte müßten aber oft erst gelockert und befreit werden. Der Therapeut bringt dem Klienten viel Einfühlung, Wärme und Verständnis entgegen und ermuntert ihn in permissiver, nicht-direktiver Weise, Probleme und Gefühle frei in Worte zu fassen. Der Therapeut faßt dann seinerseits das Verstandene in Worte, unternimmt aber keine Versuche zur Diagnose, Interpretation, Ratschlägen und Überredung. Diese Therapie ist leicht erlernbar und in 10 bis 50 Sitzungen also sehr rasch durchführbar. Die historische Entfaltung der zur Führung von Patienten angewandten Methoden läßt somit sowohl ihren wesentlichen Kern wie auch ihre Gefahren erkennen. Auf der einen Seite kommt es darauf an, daß der Therapeut nicht sein eigenes Weltbild als alleinigen Gradmesser zugrunde legt, an dem er den Patienten auszurichten trachtet, sondern er muß die im Patienten vorhandenen Tendenzen erkennen und fördern. Eine Theorie („Philosophie“), welcher sich Therapeut und Patient verpflichtet fühlen, wird dabei große Dienste

leisten. Auf der anderen Seite ist aber die Persönlichkeit des Therapeuten von ganz entscheidender Bedeutung; sie benötigt etwas, was man mit einem neuen und modischen Wort „Reife“ und mit einem altmodischen „Weisheit“ nennt. Hier gilt die alte Regel, daß ein Psychotherapeut wie guter Wein ist, je älter desto besser. Wie aber mecht man und wie erlernt man Führung bzw. Beratung? Eine Möglichkeit ist die Erlernung der *Rogers*-Therapie, eine andere die psychoanalytisch orientierten *Balint*-Gruppen. *M. Balint* hatte bekanntlich 1949 Seminare zum Thema „seelische Probleme in der Praxis des Arztes“ begonnen, in denen jeweils eine Gruppe psychotherapeutisch tätiger Ärzte unter Anleitung eines erfahrenen Psychoanalytikers über die Probleme ihrer Patienten sprechen.

Bei jeder Psychotherapie bestehen jedoch Gefahren des Mißbrauches und der Scharlatanerie. Man erlebt immer wieder, daß gerade die jüngsten Kollegen und Kolleginnen intensive, aber ganz unreflektierte und gewöhnlich sehr autoritäre Beratungsversuche unternehmen, wobei sie die sofortige Befolgung ihrer Ratschläge erwarten. Bei der Nichtbefolgung reagieren sie dann mit Antipathiegefühlen und Aggressionen gegenüber dem Patienten. Hier ist die Einsicht in die eigene Unzulänglichkeit der erste Lernschritt, Aufsuchen der Hilfe eines erfahrenen Kollegen wäre der zweite und die Ablösung von der Kollegenhilfe der dritte Schritt zur Besserung. Ein fast schon historisches Beispiel für fehlgeleitete psychische Führung stellt das Heidelberger sozialistische Patientenkollektiv dar. Eine von einer „Basisgruppe Medizin“ in Gießen – allerdings unter anderen Motiven – herausgegebene und vom Historiker dankbar begrüßte Dokumentation macht die Entwicklung durchsichtig. Es begann mit der positiv und auch idealistisch verstandenen Beratung durch einen jungen Arzt. Die wegen mangelnder Voraussetzungen rasch offenbar werdende Erfolglosigkeit führte nun nicht zu Einsicht und allmählicher Verbesserung durch Mithilfe erfahrener Kollegen, sondern – dem Geist der Zeit folgend – gerade zur aggressiven Frontstellung gegen mögliche Vorbilder und damit zum Einschluß in die Engigkeit einer Gruppe, in welcher durch eine einheitliche Ideologie und gemeinsame Wendung der Aggression nach außen

# Der Erfolg einer lokalen Kortikoidtherapie wird entschieden:

# 1.

## durch die Indikation

Entzündliche und allergische Hauterkrankungen jeder Art. Allergische und toxische Dermatitis, akute und chronische Ekzeme, Neurodermitis, Psoriasis vulgaris, Lichen ruber, Intertrigo.

# 2.

## durch das Kortikoid

KABAN enthält das biologisch hochaktive Clocortolon, das chemisch dem körpereigenen Corticosteron nahesteht. Die Sofortwirkung und der Depoteffekt werden erreicht durch zwei unterschiedlich schnell resorbierbare Ester.

# 3.

## durch die Salben- grundlage

Die Wahl einer gut verträglichen Salbengrundlage ist oft wichtiger als das „differente“ Heilmittel. (Kuschinsky)  
KABAN Salbe und Creme sind hautadäquat, phasenadäquat und tiefenadäquat, mit optimaler Wirkungsentfaltung am Ort des krankhaften Geschehens.

darum **Kaban**<sup>®</sup> Salbe/Creme  
für die erfolgreiche Ekzemtherapie

#### Zusammensetzung:

1 g Salbe bzw. 1 g Creme enthält: 1 mg Clocortolon-21-trimethylacetat, 1 mg Clocortolon-21-capronat, 25 mg Clemizolhexachlorophenat.

#### Indikationen: siehe oben

#### Kontraindikationen:

Variolo, Varizellen, Vakzinationsreaktionen, spezifische Hautprozesse (z. B. Haut-Tbc, Lues).

#### Dosierung:

Salbe oder Creme braucht täglich nur einmal dünn aufgetragen oder einmassiert zu werden. In schweren Fällen empfiehlt es sich, in den ersten Tagen die Applikation morgens und abends vornehmen zu lassen.

#### Zur Beachtung:

Bei großflächiger Anwendung, unter Okklusivverbänden sowie bei Säuglingen und Kleinkindern unter Windeln und Plastikhöchen bzw. im Bereich starker Hautfalten ist wegen der Möglichkeit einer vorübergehenden Resorption systemisch wirkender Kortikoidmengen und einer evtl. Störung der Wärmeregulation Vorsicht angezeigt. Hier nach Möglichkeit nicht länger als maximal 3 Wochen behandeln!

#### Hinweis:

Wie bei anderen hochwirksamen Kortikoid-Externa können bei Anwendung über sehr lange Zeit in seltenen Fällen Nebenwirkungen wie Striae, Hautatrophien, Teleangiectasien und Hypertrichosen auftreten. Bei einer Dauertherapie ist darauf zu

achten und das Präparat gegebenenfalls abzusetzen. Bei mykotischen und starken bakteriellen Infektionen ist eine adäquate zusätzliche Therapie erforderlich!

#### Handelsformen:

Salbe und Creme  
Tube mit 10 g  
Tube mit 30 g  
Tube mit 50 g

(Preise lt. A. T.)

5,50 DM  
13,20 DM  
19,80 DM

**ASCHE**

2 HAMBURG 50 · POSTFACH 50 01 32

eine Zeit lang eine gute Gruppenkohäsion und eine vorübergehende Erleichterung der nervösen Beschwerden ihrer Mitglieder erreicht werden konnte. Der weitere Weg, das rasche Abgleiten in Kriminalität und Terrorismus ist allen bekannt, und soil am Schluß nur noch einmal vor Augen führen, welche Dynamik auch in einem so harmlos erscheinenden Akt wie der psychischen Führung stecken kann.

*Hofrat Professor Dr. G. Herrler,  
Salzburg:*

### **Behandlung der psychovegetativen Allgemeinstörungen**

Bei kaum einer anderen Erkrankung sind Diagnose und Therapie in so vielfältiger Weise und so intensiv miteinander verknüpft. Bei diesen meist multifaktoriellen Krankheitsbildern müssen die einzelnen Teilaspekte aufgedeckt werden, um gezielt mehrdimensional behandelt werden zu können. Schon das Anhören des Patienten bei der Anamnese und die Befunderhebung können den Ansatzpunkt zur Therapie bedeuten, wie auch auf der anderen Seite hier bereits eine falsche Weichenstellung erfolgen kann. Geduldiges Zuhören und aufmunternde Gesten, aber auch eine gründliche körperliche Untersuchung sind für das Vertrauen des Patienten von entscheidender Bedeutung, was dann um so wichtiger ist, wenn der Arzt von dem Patienten eingreifende Veränderungen seines Lebensstiles verlangt. So ist es nicht selten vor einer gezielten Therapie notwendig, daß bestimmte Noxen erst ausgeschaltet werden. Um Patienten von der Harmlosigkeit der Störung zu überzeugen, sollte man dem Patienten gegenüber die volle Verantwortung übernehmen und mit ihm den weiteren Behandlungsplan ausführlich besprechen. Hast und Unruhe, Kilometerfresserei mit dem Auto, Vergnügungssucht und Sensationslust, viel Essen bei gleichzeitigem Bewegungsmangel, vor allem Nikotin-, Alkohol- und Medikamentenebenbus sind vermeidbare Noxen. Auf echte Ruhe- und Erholungsphasen ist zu achten. Die Therapie sollte spätestens dann beginnen, wenn über die Einschränkung der Leistungsfähigkeit geklagt wird. Hat man die Umgebung als krankmachenden Faktor erkannt, so sollte der Patient, wenn möglich, daraus ganz oder doch wenigstens vorübergehend, entfernt werden. Nicht sel-

ten jedoch ist zur Neuharmonisierung der vegetativen Funktionen eine zusätzliche Behandlung notwendig, so z. B. physiotherapeutische Maßnahmen. Hierzu gehören z. B. Klima- und Wasserkuren. Sich ergotrop auswirkende Maßnahmen sollte man in den Morgenstunden und sich trophotrop auswirkende Maßnahmen in den Abendstunden einsetzen. Maßnahmen, die der Patient passiv über sich ergehen lassen muß, sollten mit wohl dosierten aktiven Maßnahmen kombiniert werden. Auch nach Beseitigung der psychovegetativen Symptome sollte ein Ausgleichssport weiter betrieben werden. *Kneipp*-Kuren sind durch die Kombination von Hydrotherapie mit Bewegungsübungen wirksam. Der Wert der Atemgymnastik besteht vor allem darin, daß die Atemmuskulatur entkrampft und die Atembewegung neu harmonisiert wird. Das autogene Training ist sowohl als therapeutische als aber auch als prophylaktische Maßnahme bei psychovegetativer Symptomatik von großem Wert. Sind die bisher besprochenen Maßnahmen durchgeführt oder zumindest bedacht worden, kann auch eine Pharmakotherapie, z. B. in Form des *Bellergal*® retard, durchgeführt werden. Aber auch die Tranquillizer sind in der Lage, die überschießenden Reaktionen des Vegetativums auf die verschiedenen Störreize wirksam zu drosseln. So ist z. B. nachgewiesen, daß die vasokonstriktischen Änderungen auf Lärmreize ausbleiben und die tachykarde Reaktion auf Schreckreize gemindert wird. Somit ist es klar, daß die Tranquillizer dort sinnvoll eingesetzt werden, wo die psychovegetativen Störungen Ausdruck einer primär psychischen Erkrankung sind. Aber selbst hier ist es wichtiger, dem Patienten die Notwendigkeit seines aktiven Handelns klarzumachen, als einfach und ausschließlich Tranquillizer zu verordnen.

*Professor Dr. L. Delius,  
Baden-Baden:*

### **Psycho-vegetative Allgemeinstörungen — Erkennung und Beurteilung**

Man schätzt, daß psycho-vegetative Symptome mindestens 30 Prozent der Beratungen von Allgemeinärzten, Internisten und Neurologen ausmachen. Das ist nicht so verwunderlich, wenn man sich erinnert, daß sowohl somatische Erkrankungen als aber auch Geist und Seele auf das

## **56. Fortbildungsveranstaltung für Ärzte**

vom 27. bis 30. Mai 1978

In Ragensburg

vegetative Nervensystem wirken. So ist es wichtig, je nach Krankheitsbild, im Rahmen einer funktionellen Anamnese etwas zu erfahren über eine niedrige Schmerzschwelle, die Grundstimmung, depressive Phasen, Angstintensität, Hautreaktion, Anorexie, aber auch Obstipation und Schlaf. Daneben ist in vielen Fällen eine biographische Anamnese zur Erforschung von Lebenskrisen, der gegenwärtigen psychosozialen Stress-Situation, vom Gebrauch der Medikamente und Genußmittel und nicht zuletzt des Symptomwechsels, d. h., daß die Symptome stark wechseln sowohl nach ihrer Intensität als auch nach dem Organ, notwendig. Laborbefunde spielen demgegenüber, wenn überhaupt, eine nur untergeordnete Rolle. Die Prognose dieser Störung ist im allgemeinen, wenn auch stark von der Grunderkrankung abhängig, gut. Da es sich hier um ein Gebiet mit zum Teil vagen wechselnden Symptomen und entsprechend fließenden Begriffen handelt, ist eine Zuordnung zu einem medizinischen Spezialgebiet nur schwer möglich, so daß die psychovegetativen Allgemeinstörungen eine Domäne des Allgemein- arztes bleiben werden.

*Privatdozent Dr. F. Böcker, Bayreuth:*

### **Suizidprophylaxe in der Praxis**

Ca. 13 000 Menschen nehmen sich pro Jahr in der Bundesrepublik das Leben, weitere 100 000 Personen überleben im gleichen Zeitraum eine Selbsttötungshandlung. Bei einer erheblichen Zahl haben wir Ärzte eine reelle Chance, die Gefährdung zu erkennen und die Handlung abzuwenden. Wie stark der einzelne Mensch gefährdet ist, ist oft nur schwer zu beantworten, da persönliche und Umweltfaktoren gemeinsam zum Suizid führen. Die Suizidforschung bemüht sich seit langem, Risikofaktoren aufzudecken und als diagnostische Hinweise nutzbar zu machen. Solche Risikofaktoren lassen sich aus medizinischen, psycho-

logischen und soziologischen Faktoren ableiten. Jede depressive Stimmungslage bedeutet, unabhängig von ihrer Ätiologie, eine potentielle Suizidgefahr. Bedeutsam scheint, daß selbst bei endogenen Depressionen, die in ca. 80 Prozent Selbstmordgedanken haben, soziale und psychologische Faktoren dazu beitragen, diese Gedanken in die Tat umzusetzen. So fördert z. B. mangelnde Geborgenheit in der Familie die Suizidgefahr. Bei reaktiven Verstimmungen wirken fast immer persönliche und Umweltprobleme zusammen. Häufig handelt es sich um zwischenmenschliche Konflikte. Ähnliches gilt von Suchtkranken, vor allem von Trinkern, bei denen wir von einer extrem hohen Suizidgefährdung ausgehen müssen. Besonders hoch ist die Suizidgefährdung bei vereinsamten älteren Menschen mit sozialen Schwierigkeiten. Diese Situation kann verstärkt werden durch zerebrale Durchblutungsstörungen, wenn sie ein Durchgangssyndrom auslösen. Besonders stark gefährdet sind weiterhin Patienten mit chronischen Erkrankungen, insbesondere Krebsleiden und degenerativen Nervenerkrankungen. Auch soziale Randgruppen, wie Straftäter, Geschiedene, Ausländer und in zunehmenden Maße Arbeitslose, sind stärker gefährdet. Aber all diese statistischen Faktoren reichen nicht aus, um im Einzelfall einen Suizidgefährdeten zu erkennen. Um die Gefährdeten zu finden, müssen wir uns aber bei jedem Patienten, der einer Risikogruppe angehört, auch zur Frage der Suizidalität ein klares Urteil bilden. Dazu gehört, daß wir uns über die soziale Situation des Patienten informieren, keine Konflikte übersehen und uns davon überzeugen, ob der einzelne in der Lage ist, seine Lebenssituation zu meistern. Der Satz „wer von Selbstmord redet, führt ihn nicht aus“, ist einfach falsch, weil eine große Anzahl von Patienten den Selbstmord offen ankündigt. Taucht bei einem Patienten der Verdacht einer Selbstgefährdung auf, wird man in der Regel offen über Suizidgedanken reden; das kann allerdings nur in einer zugewandten, menschlich verstehenden Art geschehen. Meist sind die Patienten dann schon durch das Gespräch erleichtert. Da mindestens 20 Prozent der Menschen, die einen Suizidversuch durchgeführt haben, ein Rezidiv erleiden, ist zu fordern, daß nach einem Suizid eine gründliche psychiatrische Diagnostik und Behand-



# Tonsilgon®

bei lymphatischen Reaktionen

- steigert die Infektabwehr deutlich
- Appetit und Gesamtbefinden bessern sich
- akute Schübe bleiben allmählich aus

**Chronische Tonsillitis und chronische Pharyngitis**

**sind wichtige Indikationen in jedem Lebensalter**

**Basistherapeutikum bei lymphatischer Diathese und bei allen lymphatischen Reaktionen.**

**Zusammensetzung:** 100 g enthalten 29 g Mazerat aus: Rad. Althae. 0,4 g, Flor. Chamomill. 0,3 g, Fruct. Cynosbat. 0,4 g, Herb. Equiset. 0,5 g, Fol. Jugland. 0,4 g, Herb. Millefol. 0,4 g, Cort. Querc. 0,2 g, Herb. Tarax. 0,4 g. - 1 Dreege enthält: Rad. Althae. 0,008 g, Flor. Chamomill. 0,006 g, Fruct. Cynosbat. 0,004 g, Herb. Equiset. 0,010 g, Fol. Jugland 0,012 g, Herb. Millefol. 0,004 g, Cort. Querc. 0,004 g, Herb. Tarax. 0,004 g, Vitamin C 0,019 g. **Indikationen:** Lymphatische Diathese und ihre akuten Manifestationen (wie Tonsillitis catarrhalis, Pharyngitis lateralis); Schwellungen der Lymphknoten, besonders bei chronisch rezidivierenden Erkrankungen im Nasen-Rachenraum; Nachbehandlung nach Tonsillektomie. Chronische Racheninfekte. Zusatztherapie bei allen katarrhaliachen Infekten. Zur Ergänzung der Chemotherapie. **Nebenwirkungen** wurden bisher nicht beobachtet. **Dosierung:** Zur Basistherapie gibt man Erwachsenen 3mal täglich 25 Tropfen oder 2 Dreeges, Kindern 3mal täglich 15 Tropfen oder 1 Dreege über Wochen; bei akuten Katarrhen zunächst 5- bis 6mal täglich, nach Abklingen wieder 3mal täglich die gleiche Dosis 4 bis 6 Wochen lang.

**Handelsformen:** Tonsilgon OP mit 30 ml DM 5,60 OP mit 60 Drag. DM 7,75  
 OP mit 50 ml DM 7,75 OP mit 240 Drag. DM 22,95  
 OP mit 100 ml DM 10,45

**BIONORICA KG · NÜRNBERG**

lung durchgeführt wird. War die Ursache eine Psychose, so ist eine klinisch-psychiatrische Behandlung meist notwendig, bei einer reaktiven Psychose sollte man alles unternehmen, um die Konfliktsituation zu beseitigen. Von großer Bedeutung für den Verlauf ist die verstärkte Zuwendung durch Familienmitglieder. Zwingend notwendig ist es, die Nöte der Patienten ernst zu nehmen und die Maßnahmen verschiedener Personen zu koordinieren. Ein Suizidversuch, sei er auch eindeutig demonstrativ, ist immer ein Signal, das auf ein vermindertes Selbstwertgefühl und auf eine Selbstunsicherheit hinweist. Diese Verunsicherung ist nicht durch Schulterklopfen, sondern durch ernsthafte Bemühungen zu beseitigen. Medizinische Betreuung ist allein oft nicht ausreichend, so muß in Einzelfällen der Konfliktpartner in die Psychotherapie mit einbezogen werden, oder es muß eine neue Wohnung und ein neuer Arbeitsplatz vermittelt werden. Diese Maßnahmen müssen dann rasch geschehen, weil der Patient oft nach einem Suizidversuch am zugänglichsten ist. Sind diese und ähnliche Maßnahmen von der Klinik versäumt worden, so ist es Aufgabe des Hausarztes, diese und ähnliche gezielte Maßnahmen rasch einzuleiten.

Referent:

Dr. E. Weber, Nürnberg

### **Keine generelle Tuberkuloseschutzimpfung bei Säuglingen**

*Empfehlung des Bundesgesundheitsamtes*

Zur Tuberkuloseschutzimpfung (BCG-Impfung) hat die beim Bundesgesundheitsamt ressortierende „Ständige Impfkommision“ beschlossen, die generelle Impfung der Säuglinge als Routinemaßnahme nicht mehr zu empfehlen. Ihrer Ansicht nach ist es vertretbar, die BCG-Impfung auf Kinder in gefährdetem Milieu zu beschränken.

Die Kommission befindet sich dabei in Übereinstimmung mit den Empfehlungen des Deutschen Zentralkomitees zur Bekämpfung der Tuberkulose, das diese Auffassung bereits in seinem 3. Informationsbericht vom März 1973 vertreten hatte.

## **Bekanntmachungen**

Bekanntmachung des Bayerischen Staatsministeriums des Innern vom 12. Februar 1976 – I E 9 - 5280/5 - 1/76 –

### **Vollzug des Bundes-Seuchengesetzes**

vom 18. Juli 1961 (BGBl. I S. 1012), zuletzt geändert durch Gesetz vom 9. Juni 1975 (BGBl. I S. 1321)

*Zusammenarbeit der niedergelassenen Ärzte, Krankenhausärzte und der Ärzte der Gesundheitsämter*

Eine ordnungsgemäße und erfolgreiche Verhütung und Bekämpfung übertragbarer Krankheiten nach dem Bundes-Seuchengesetz (BSeuchG) erfordert eine vertrauensvolle kollegiale Zusammenarbeit der niedergelassenen Ärzte, Krankenhausärzte und der Ärzte der Gesundheitsämter. Von wesentlicher Bedeutung ist dabei, daß

1. der behandelnde Arzt der im Bundes-Seuchengesetz vorgeschriebenen Meldepflicht (§§ 3 ff) nachkommt und das Gesundheitsamt darüber hinaus bei der Ermittlungstätigkeit über Art, Ursache, Ansteckungsquelle und Ausbreitung der Krankheit soweit wie möglich unterstützt;

2. der niedergelassene Arzt und der Krankenhausarzt darüber Bescheid wissen, daß das Gesundheitsamt grundsätzlich keine Schutzanordnungen im Vollzug des Bundes-Seuchengesetzes erläßt. Solche Maßnahmen werden regelmäßig von der Kreisverwaltungsbehörde (Landratsamt, kreisfreie Stadt) als zuständiger Behörde angeordnet (§ 35 Abs. 1 Bundes-Seuchengesetz).

Bei Gesprächen zwischen niedergelassenen Ärzten, Krankenhausärzten und dem Arzt des Gesundheitsamtes über die im Einzelfall zweckmäßigerweise zu treffende ärztliche Entscheidung kann es sich deshalb nur um ein fachliches Beraten zwischen Kollegen handeln, dem hinsichtlich der Äußerungen des Arztes des Gesundheitsamtes keine seuchenrechtliche Bindungswirkung zukommt.

Im übrigen ist zu beachten, daß seuchenrechtliche Schutzmaßnahmen von den zuständigen Behörden

nur dem jeweils Betroffenen gegenüber verbindlich ausgesprochen werden können. Sie können dem Betroffenen keinesfalls über seinen behandelnden Arzt rechtswirksam mitgeteilt werden.

### **Prüfungsordnung für die Abschlußprüfung der Auszubildenden im Ausbildungsberuf der Arzthelferin**

Die amtliche Veröffentlichung der „Prüfungsordnung für die Abschlußprüfung der Auszubildenden im Ausbildungsberuf der Arzthelferin“ erfolgt in diesem Heft (April 1976) und ist herausnehmbar in der Mitte dieses Heftes abgedruckt; auf diese Veröffentlichung wird verwiesen.

München, 1. April 1976

Bayerische Landesärztekammer  
i. A.

Dr. Sluka

## **Personalia**

### **Dr. Karl Lubert 80 Jahre**

Dr. Karl Lubert, den bayerischen Ärzten als jahrzehntelanger Leiter der Bayerischen Ärzteversorgung in bester Erinnerung, kann am 8. April 1976 seinen 80. Geburtstag feiern. Wir wünschen dem Jubilar zu diesem Festtag alles Gute.

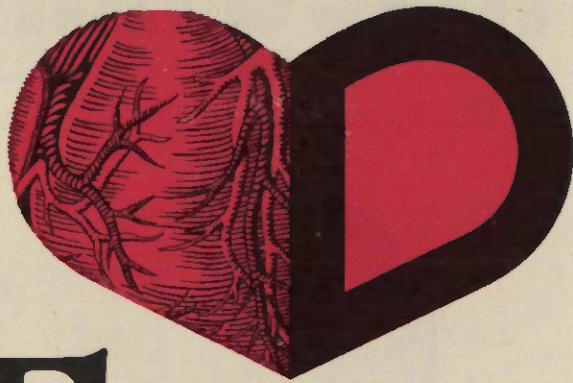
Dr. Lubert ist mit der Geschichte der Bayerischen Ärzteversorgung unlösbar verbunden. Er hat diese Einrichtung mit aufgebaut und stand an entscheidender Stelle, als es galt, die Versorgungsanstalt der bayerischen Heilberufe über schwere Krisenzeiten hinwegzubringen. Seine Einsatzbereitschaft, seine Fachkenntnis und seine guten Ideen behalten wir in bester Erinnerung.

Die Verdienste von Dr. Lubert wurden durch die Verleihung des Ehrenzeichens der Deutschen Ärzteschaft beim 64. Deutschen Ärztetag gewürdigt und anerkannt.

Professor Dr. Sewering



# Ein Herz und eine Therapie



## Digipersantin<sup>®</sup> Digoxin+Persantin<sup>®</sup>

„Die schweren Formen und Stadien der Herzinsuffizienz, die therapeutisch mit Digitalis allein nicht genügend zu bessern sind, können bei zusätzlicher Persantin-Gabe eine höhere Rekompensationsstufe erreichen.“

König, E., Trepel, F.: Med. Klin. 59, 624-633 (1964)

**Zusammensetzung:** Digipersantin 1/8: 1 Dragée enthält: 2,6-Bis(diäthanolamino)-4,8-dipiperidino-pyrimido-[5,4-d]pyrimidin 25,0 mg; Digoxin 0,125 mg.  
Digipersantin 1/4: 1 Dragée enthält: 2,6-Bis(diäthanolamino)-4,8-dipiperidino-pyrimido-[5,4-d]pyrimidin 25,0 mg; Digoxin 0,25 mg.

**Anwendungsgebiete:** Alle Formen der Herzinsuffizienz.

**Dosierung und Anwendungsweise:** Digipersantin wird - seinem Glykosidanteil entsprechend - individuell dosiert. Im allgemeinen kann man von einer der folgenden Grunddosierungen ausgehen:

Mittelschnelle Sättigung								Erhaltungsdosis	
1.	2.	3.	4.	5.	6.	7.	8.	und folgende Tage	
3	3	3	3	3	1-2	1-2	1-2	Drag. Digipersantin 1/4	
6	6	6	6	6	1-4	1-4	1-4	Drag. Digipersantin 1/8	

Die mittelschnelle Sättigung ist im allgemeinen nach 3-5 Tagen erreicht, dann Übergang auf die Erhaltungsdosis. Die Erhaltungsdosis beträgt für Digipersantin

1/4 1-2 Dragées pro Tag; Digipersantin 1/8 1-4 Dragées pro Tag. Die Dragées sind unzerkaut nach den Mahlzeiten zu nehmen.

**Unverträglichkeiten und Risiken:** Das Präparat darf nicht angewandt werden bei Hyperkalzämie, Kaliummangelzuständen, atrio-ventrikulären Reizleitungsstörungen, schwerer Bradykardie.

**Besondere Hinweise:** Die gleichzeitige Einnahme von Digipersantin zusammen mit Bohnenkaffee oder Schwarztee ist zu vermeiden. Vorsicht bei gleichzeitiger I.v. Kalziumtherapie.

**Darreichungsformen und Packungsgrößen:** Digipersantin 1/8: Originalpackung mit 50 Dragées DM 12,25; Originalpackung mit 100 Dragées DM 21,85; Klinikpackung

Digipersantin 1/4: Originalpackung mit 50 Dragées DM 13,60; Originalpackung mit 100 Dragées DM 24,30; Klinikpackung

Unverbindliche empfohlene Preise I.L.AT

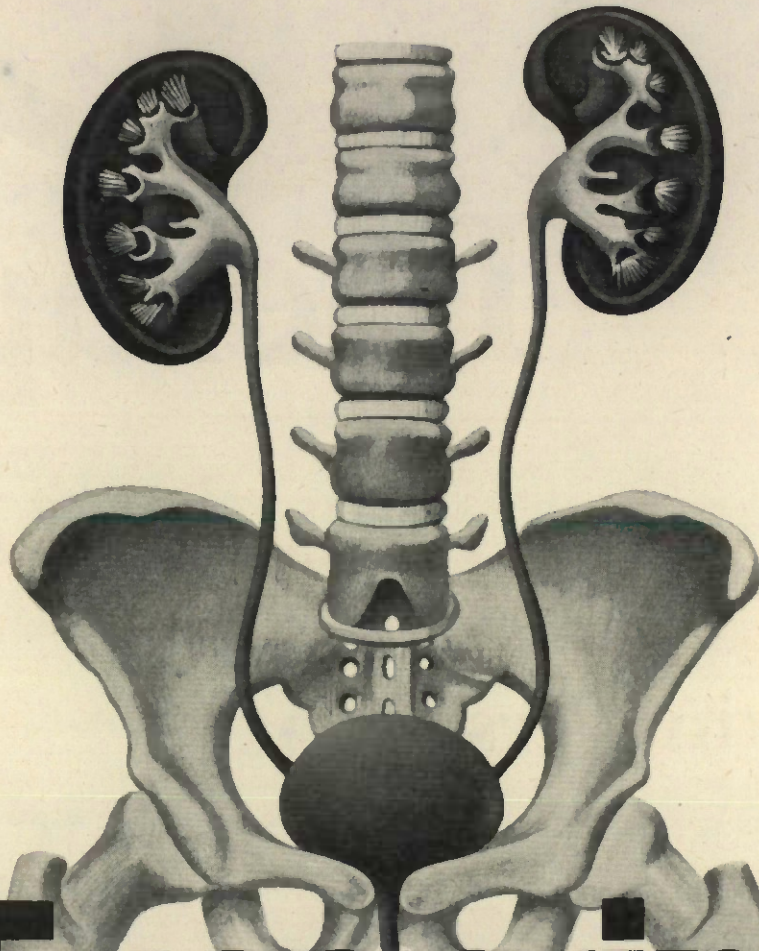
Dr. Karl Thomae GmbH · Biberach an der Riss

thomae

Digipersantin<sup>®</sup>  
mehr als eine Digitalisbehandlung

# Harnwegsinfektionen

Pyelonephritis, Pyelitis, Zystitis, Urethritis



# Eusaprim®

Breitband-Bakterizidum

## Bakterielle Infektionen schnell beherrschen

### Indikationen:

#### Bakterielle Infektionen

- der Harnwege
- der Atemwege
- 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 Nierenfunktionsstörungen (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. **Peckungen 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



Wellcome

Deutsche Wellcome GmbH  
3006 Burgwedel 1

Neue Applikationsform:

Eusaprim® Suspension für Erwachsene



# Bayerische Landesärztekammer

Körperschaft des öffentlichen Rechts

Nachstehend wird die Prüfungsordnung vom 14. Mai 1973, genehmigt mit Entschließung des Bayerischen Staatsministeriums des Innern — Nr. I E 9 - 5370/45-1/73 — vom 23. Mai 1973, veröffentlicht im „Bayerischen Ärzteblatt“ Heft 6/1973, mit den Änderungen und Ergänzungen vom 26. März 1975, genehmigt mit Entschließung des Bayerischen Staatsministeriums des Innern — Nr. I E 9-5370/45-6/75 — vom 21. April 1975, veröffentlicht im „Bayerischen Ärzteblatt“ Heft 6/1975, in der heute geltenden Fassung neu veröffentlicht:

## Prüfungsordnung für die Abschlußprüfung der Auszubildenden im Ausbildungsberuf der Arzthelferin

Aufgrund der Beschlüsse ihres Berufsbildungsausschusses für „Arzthelferinnen“ vom 6. Dezember 1972 und 16. April 1973 erläßt die Bayerische Landesärztekammer als zuständige Stelle hiermit gemäß §§ 41 Satz 1, 58 Abs. 2 Berufsbildungsgesetz (BBiG) vom 14. August 1969 (BGBl. I S. 1112), geändert durch das Gesetz vom 12. März 1971 (BGBl. I S. 185) unter Berücksichtigung der Richtlinien des Bundesausschusses für Berufsbildung vom 9. Juni 1971 und 2. November 1971 die folgende Prüfungsordnung für die Durchführung von Abschlußprüfungen im Ausbildungsberuf der Arzthelferin:

### I. Abschnitt

#### Prüfungsausschüsse

##### § 1 Errichtung

(1) Für die Abnahme der Abschlußprüfung errichtet die Bayerische Landesärztekammer einen Prüfungsausschuß (§ 36 Satz 1 BBiG).

(2) Bei Bedarf, insbesondere bei einer großen Anzahl von Prüfungsbewerbern können mehrere Prüfungsausschüsse errichtet werden.

##### § 2 Zusammensetzung und Berufung

(1) Der Prüfungsausschuß besteht aus mindestens drei Mitgliedern. Die Mitglieder müssen für die Prüfungsgebiete sechskundig und für die Mitwirkung im Prüfungswesen geeignet sein (§ 37 Abs. 1 BBiG).

(2) Dem Prüfungsausschuß gehören als Mitglieder Beauftragte der Arbeitgeber und der Arbeitnehmer in gleicher Zahl sowie mindestens ein Lehrer einer berufsbildenden Schule an. Mindestens zwei Drittel der Gesamtzahl der Mitglieder sind Beauftragte der Arbeitgeber und der Arbeitnehmer. Von dieser Zusammensetzung darf nur abgewichen werden, wenn endemfalls die erforderliche Zahl von Mitgliedern des Prüfungs-

ausschusses nicht berufen werden kann (§ 37 Abs. 5 BBiG).

(3) Die Mitglieder haben einen oder mehrere Stellvertreter (§ 37 Abs. 2 BBiG).

(4) Die Mitglieder und stellvertretenden Mitglieder werden von der Bayerischen Landesärztekammer für drei Jahre berufen (vgl. § 37 Abs. 3 Satz 1 BBiG).

(5) Die Arbeitnehmermitglieder werden auf Vorschlag der im Bereich der Bayerischen Landesärztekammer bestehenden Gewerkschaften und selbständigen Vereinigungen von Arbeitnehmern mit sozial- und berufspolitischer Zwecksetzung berufen (§ 37 Abs. 3 Satz 2 BBiG).

(6) Lehrer von berufsbildenden Schulen werden im Einvernehmen mit der Schulaufsichtsbehörde oder der von ihr bestimmten Stelle berufen (vgl. § 37 Abs. 3 Satz 3 BBiG).

(7) Werden Mitglieder nicht oder nicht in ausreichender Zahl innerhalb einer von der Bayerischen Landesärztekammer gesetzten angemessenen Frist vorgeschlagen, so beruft die Bayerische Landesärztekammer insoweit nach pflichtgemäßem Ermessen (§ 37 Abs. 3 Satz 4 BBiG).

(8) Die Mitglieder und stellvertretenden Mitglieder der Prüfungsausschüsse können nach Anhören der an ihrer Berufung Beteiligten aus wichtigem Grund abberufen werden (§ 37 Abs. 3 Satz 5 BBiG).

(9) Die Tätigkeit im Prüfungsausschuß ist ehrenamtlich. Für bare Auslagen und für Zeitversäumnis ist, soweit eine Entschädigung nicht von anderer Seite gewährt wird, eine angemessene Entschädigung zu zahlen, deren Höhe von der Bayerischen Landesärztekammer mit Genehmigung des Bayerischen Staatsministeriums des Innern festgesetzt wird (§ 37 Abs. 4 BBiG).

##### § 3 Befangenheit

(1) Bei der Zulassung und Prüfung dürfen Prüfungsausschußmitglieder nicht mitwirken, die mit dem Prüfungsbewerber verheiratet oder verheiratet gewe-

sen oder mit ihm in gerader Linie verwandt oder verschwägert oder durch Annahme an Kindesstatt verbunden oder in der Seitenlinie bis zum dritten Grade verwandt oder bis zum zweiten Grade verschwägert sind, auch wenn die Ehe, durch welche die Schwägerschaft begründet ist, nicht mehr besteht.

(2) Mitwirken soll ebenfalls nicht der ausbildende Arzt, soweit nicht besondere Umstände eine Mitwirkung zulassen oder erfordern.

(3) Prüfungsausschußmitglieder, die sich befangen fühlen, oder Prüfungsteilnehmer, die die Besorgnis der Befangenheit geltend machen wollen, haben dies der Bayerischen Landesärztekammer mitzuteilen, während der Prüfung dem Prüfungsausschuß.

(4) Die Entscheidung über den Ausschluß von der Mitwirkung trifft die Bayerische Landesärztekammer, während der Prüfung der Prüfungsausschuß.

(5) Wenn infolge Befangenheit eine ordnungsgemäße Besetzung des Prüfungsausschusses nicht möglich ist, kann die Bayerische Landesärztekammer die Durchführung der Prüfung einem anderen Prüfungsausschuß, erforderlichenfalls einer anderen zuständigen Stelle übertragen. Das gleiche gilt, wenn eine objektive Durchführung der Prüfung aus anderen Gründen nicht gewährleistet erscheint.

##### § 4 Vorsitz, Beschlußfähigkeit, Abstimmung (§ 38 BBiG)

(1) Der Prüfungsausschuß wählt aus seiner Mitte einen Vorsitzenden und dessen Stellvertreter. Der Vorsitzende und sein Stellvertreter sollen nicht derselben Mitgliedergruppe angehören.

(2) Der Prüfungsausschuß ist beschlußfähig, wenn zwei Drittel der Mitglieder, mindestens drei, mitwirken. Er beschließt mit der Mehrheit der abgegebenen Stimmen. Bei Stimmengleichheit gibt die Stimme des Vorsitzenden den Ausschlag.

## § 5 Geschäftsführung

(1) Die Bayerische Landesärztekammer regelt im Einvernehmen mit dem Prüfungsausschuß dessen Geschäftsführung, insbesondere Einladungen, Protokollführung und Durchführung der Beschlüsse.

(2) Die Sitzungsprotokolle sind vom Protokollführer und vom Vorsitzenden zu unterzeichnen. § 25 Abs. 4 bleibt unberührt.

## § 6 Verschwiegenheit

Die Mitglieder des Prüfungsausschusses haben über alle Prüfungsvorgänge gegenüber Dritten Verschwiegenheit zu wahren. Dies gilt nicht gegenüber dem Berufsbildungsausschuß. Ausnahmen nach Satz 1 bedürfen der Einwilligung der Bayerischen Landesärztekammer.

## II. Abschnitt

### Vorbereitung der Prüfung

#### § 7 Prüfungstermine

(1) Die Bayerische Landesärztekammer bestimmt in der Regel die für die Durchführung der Prüfung maßgebenden Termine. Diese Termine sollen auf den Ablauf der Berufsausbildung und des Schuljahres abgestimmt sein.

(2) Die Bayerische Landesärztekammer gibt diese Termine einschließlich der Anmeldefristen rechtzeitig, mindestens zwei Monate vorher bekannt.

(3) Wird die Abschlußprüfung mit einheitlichen überregionalen Prüfungsaufgaben durchgeführt, sind einheitliche Prüfungstage anzusetzen, soweit die Durchführbarkeit sichergestellt werden kann.

#### § 8 Zulassungsvoraussetzungen für die Abschlußprüfung

(1) Zur Abschlußprüfung ist zuzulassen (§ 39 Abs. 1 BBiG),

1. wer die Ausbildungszeit zurückgelegt hat oder dessen Ausbildungszeit nicht später als zwei Monate nach dem Ende des Monats der mündlichen Prüfung endet,

2. wer an vorgeschriebenen Zwischenprüfungen teilgenommen hat und das vorgeschriebene Berichtsheft geführt hat und

3. dessen Berufsausbildungsverhältnis in das Verzeichnis der Berufsausbildungsverhältnisse eingetragen oder aus einem Grund nicht eingetragen ist, den weder der Auszubildende noch dessen gesetzlicher Vertreter zu vertreten hat.

(2) Körperlich, geistig oder seelisch Behinderte sind zur Abschlußprüfung auch zuzulassen, wenn die Voraussetzungen des Abs. 1 nicht vorliegen (vgl. § 48 Abs. 3 Nr. 2 BBiG).

#### § 9 Zulassungsvoraussetzungen in besonderen Fällen (§ 40 BBiG)

(1) Der Auszubildende kann nach Anhören des ausbildenden Arztes und der Berufsschule vor Ablauf seiner Ausbildungszeit zur Abschlußprüfung zugelassen werden, wenn seine Leistungen dies rechtfertigen.

(2) Zur Abschlußprüfung ist auch zuzulassen, wer nachweist, daß er mindestens vier Jahre in dem Beruf der Arztin tätig gewesen ist. Hiervon kann abgesehen werden, wenn durch Vorlage von Zeugnissen oder auf andere Weise glaubhaft dargetan wird, daß der Bewerber Kenntnisse und Fertigkeiten erworben hat, die die Zulassung zur Prüfung rechtfertigen.

(3) Zur Abschlußprüfung ist ferner zuzulassen, wer in einer berufsbildenden Schule oder in einer sonstigen Einrichtung ausgebildet worden ist, wenn diese Ausbildung der Berufsausbildung in einem anerkannten Ausbildungsberuf entspricht.

#### § 10 Anmeldung zur Prüfung

(1) Die Anmeldung zur Prüfung hat schriftlich nach den von der Bayerischen Landesärztekammer bestimmten Anmeldefristen und Formularen durch den auszubildenden Arzt mit Zustimmung des Auszubildenden zu erfolgen.

(2) In besonderen Fällen kann der Prüfungsbewerber selbst den Antrag auf Zulassung zur Prüfung stellen. Dies gilt insbesondere in Fällen gemäß § 9 und bei Wiederholungsprüfungen, falls ein Ausbildungsverhältnis nicht mehr besteht.

(3) Örtlich zuständig für die Anmeldung ist die Bayerische Landesärztekammer, wenn in den Fällen des § 8 und § 9 Abs. 1 die Ausbildungsstätte, in den Fällen des § 9 Abs. 2 und 3 die Arbeitsstätte oder, soweit kein Arbeitsverhältnis besteht, der Wohnsitz des Prüfungsbewerbers in Bayern liegt.

(4) Der Anmeldung sind beizufügen:

e) in den Fällen des § 8

– eine Bescheinigung über die Teilnahme an vorgeschriebenen Zwischenprüfungen,

– das Abschlußzeugnis der allgemeinbildenden Schule in beglaubigter Abschrift,

– das Versetzungszeugnis in die zweite Klasse,

– das Abschlußzeugnis der 1. Fachklasse der Berufsschule in beglaubigter Abschrift,

– eine Bescheinigung einer anerkannten Hilfsorganisation über die erfolgreiche Teilnahme an einem Kurs in Erster Hilfe von mindestens acht Doppelstunden im letzten Ausbildungsjahr oder ähnliche Nachweise,

– gegebenenfalls weitere Ausbildungs- und Tätigkeitsnachweise,

– ein tabellarischer Lebenslauf,

b) in den Fällen des § 9

– Tätigkeitsnachweise oder glaubhafte Darlegung über den Erwerb von Kenntnissen und Fertigkeiten im Sinne des § 9 Abs. 2 oder Ausbildungsnachweise im Sinne des § 9 Abs. 3,

– das Abschlußzeugnis der allgemeinbildenden Schule in beglaubigter Abschrift,

– eine Bescheinigung einer anerkannten Hilfsorganisation über die erfolgreiche Teilnahme an einem Kurs in Erster Hilfe von mindestens acht Doppelstunden im letzten Jahr oder ähnliche Nachweise,

– gegebenenfalls weitere Ausbildungs- und Tätigkeitsnachweise,

– ein tabellarischer Lebenslauf.

(5) Bei der Anmeldung zur Prüfung hat der auszubildende Arzt die Prüfungsgebühr zu entrichten. In den Fällen des § 9 Abs. 2 und 3 hat der Prüfling die Prüfungsgebühr zu bezahlen. Sie beträgt für die Abschlußprüfung DM 100,— und für die Wiederholungsprüfung DM 50,—.

#### § 11 Entscheidung über die Zulassung

(1) Über die Zulassung zur Abschlußprüfung entscheidet die Bayerische Landesärztekammer. Hält sie die Zulassungsvoraussetzungen nicht für gegeben, so entscheidet der Prüfungsausschuß (§ 39 Abs. 2 BBiG).

(2) Die Entscheidung über die Zulassung ist dem Prüfungsbewerber rechtzeitig unter Angabe des Prüfungstages und -ortes einschließlich der erlaubten Arbeits- und Hilfsmittel mitzuteilen.

(3) Eine ablehnende Entscheidung ist dem Auszubildenden schriftlich unter Angabe der Gründe mitzuteilen; der auszubildende Arzt ist von der Entscheidung zu benachrichtigen.

(4) Die Zulassung kann vom Prüfungsausschuß bis zum ersten Prüfungstag, wenn sie aufgrund von gefälschten Unterlagen oder falschen Angaben ausgesprochen wird, widerrufen werden.

## III. Abschnitt

### Durchführung der Prüfung

#### § 12 Prüfungsgegenstand

(vgl. § 35 BBiG)

(1) Durch die Abschlußprüfung ist festzustellen, ob der Prüfungsteilnehmer die erforderlichen Fertigkeiten beherrscht, die notwendigen praktischen und theoretischen Kenntnisse besitzt und mit dem ihm im Berufsschulunterricht vermittelten, für die Berufsausbildung wesentlichen Lehrstoff vertraut ist.

(2) Inhalt, Ziel und Gliederung der Prüfung sind durch die vom Bundesminister für Arbeit und Sozialordnung vom 12. Januar 1965 erlassenen Berufsordnungsmittel, insbesondere durch die Prüfungsanforderungen für den Lehrberuf „Arztin“ bestimmt.

### § 13 Gliederung der Prüfung

(1) Die Prüfung gliedert sich in einen schriftlichen sowie einen mündlichen und praktischen Teil.

(2) Soweit körperlich, geistig oder seelisch Behinderte an der Prüfung teilnehmen, sind deren besonderen Balance bei der Prüfung zu berücksichtigen.

### § 14 Prüfungsaufgaben

(1) Der Prüfungsausschuß beschließt auf der Grundlage der Prüfungsanforderungen die Prüfungsaufgaben.

(2) Der Prüfungsausschuß ist gehalten, überragend erstellte Prüfungsaufgaben zu übernehmen.

### § 15 Nichtöffentlichkeit

(1) Die Prüfungen sind nicht öffentlich. Vertreter der obersten Landesbehörden und der Bayerischen Landesärztekammer können anwesend sein. Der Prüfungsausschuß kann im Einvernehmen mit der Bayerischen Landesärztekammer andere Personen, z. B. Mitglieder und stellvertretende Mitglieder des Berufsbildungsausschusses, als Gäste zulassen.

(2) Die in Abs. 1 bezeichneten Personen sind nicht stimmberechtigt und haben sich auch sonst jeder Einwirkung auf den Prüfungsablauf zu enthalten.

(3) Bei der Beratung über das Prüfungsergebnis dürfen nur die Mitglieder des Prüfungsausschusses anwesend sein.

### § 16 Leitung und Aufsicht

(1) Die Prüfung wird unter Leitung des Vorsitzenden vom gesamten Prüfungsausschuß abgenommen.

(2) Bei schriftlichen Prüfungen regelt die Bayerische Landesärztekammer im Einvernehmen mit dem Prüfungsausschuß die Aufsichtsführung, die sicherstellen soll, daß der Prüfungsteilnehmer die Arbeiten selbständig und nur mit den erlaubten Arbeits- und Hilfsmitteln ausführt. Die Prüfungsaufgaben sollen dem Aufsichtsführenden im verschlossenen Umschlag übergeben werden, der erst bei Prüfungsbeginn zu öffnen ist.

(3) Praktische Übungen sind von mindestens zwei, nicht der gleichen Gruppe angehörnden Mitgliedern des Prüfungsausschusses zu überwachen; diese werden vom Prüfungsausschuß bestimmt.

(4) In den Fällen der Absätze 2 und 3 ist über den Ablauf eine Niederschrift zu fertigen.

### § 17 Ausweisung und Belehrung

Die Prüfungsteilnehmer haben sich auf Verlangen des Vorsitzenden oder des Aufsichtsführenden über ihre Person auszuweisen. Sie sind vor Beginn der Prüfung über den Prüfungsablauf, die zur Verfügung stehende Zeit, die er-

laubten Arbeits- und Hilfsmittel, die Folgen von Täuschungshandlungen und Ordnungsverstößen zu belehren.

### § 18 Täuschungshandlungen und Ordnungsverstöße

(1) Teilnehmer, die sich einer Täuschungshandlung oder einer erheblichen Störung des Prüfungsablaufs schuldig machen, kann der Aufsichtsführende von der Prüfung vorläufig ausschließen.

(2) Über den endgültigen Ausschluß und die Folgen entscheidet der Prüfungsausschuß nach Anhören des Prüfungsteilnehmers. In schwerwiegenden Fällen, insbesondere bei vorbereiteten Täuschungshandlungen, kann die Prüfung für nicht bestanden erklärt werden. Das gleiche gilt bei innerhalb eines Jahres nachträglich festgestellten Täuschungen.

### § 19 Rücktritt, Nichtteilnahme

(1) Der Prüfungsbewerber kann nach erfolgter Anmeldung rechtzeitig vor Beginn der Prüfung durch schriftliche Erklärung zurücktreten. In diesem Fall gilt die Prüfung als nicht abgelegt.

(2) Tritt der Prüfungsbewerber nach Beginn der Prüfung zurück, so können bereits erbrachte, in sich abgeschlossene Prüfungsleistungen nur anerkannt werden, wenn ein wichtiger Grund für den Rücktritt vorliegt (z. B. im Krankheitsfall durch Vorlage eines ärztlichen Attestes).

(3) Erfolgt der Rücktritt nach Beginn der Prüfung oder nimmt der Prüfungsbewerber an der Prüfung nicht teil, ohne daß ein wichtiger Grund vorliegt, so gilt die Prüfung als nicht bestanden.

(4) Über das Vorliegen eines wichtigen Grundes entscheidet der Prüfungsausschuß.

## IV. Abschnitt

### Bewertung, Feststellung und Beurkundung des Prüfungsergebnisses

#### § 20 Bewertung

(1) Die Bewertung der Leistungen des Prüflings richtet sich nach § 21. Die Gesamtleistung des Auszubildenden in der Berufsschule und in der praktischen Ausbildung beim auszubildenden Arzt ist bei der Bewertung zu berücksichtigen.

(2) Die schriftlichen, mündlichen und praktischen Leistungen werden in den einzelnen Prüfungsfächern getrennt bewertet. Das Mittel dieser Noten ergibt die Bewertungsnota für das jeweilige Prüfungsfach.

(3) Als Endbewertung sind nur ganze Noten zulässig.

(4) Die schriftlichen Arbeiten werden von dem Fachlehrer für das jeweilige Prüfungsfach korrigiert und vorbewertet. Die endgültige Bewertung obliegt dem Prüfungsausschuß.

(5) Ergeben sich bei der Bewertung der Prüfungsleistungen eines Prüflings erhebliche Unterschiede gegenüber der in der Berufsschule gezeigten Gesamtleistung, so hat der Prüfungsausschuß vor seiner Entscheidung die Prüfungsleistungen durch weitere Maßnahmen nachzuprüfen.

(6) Ergibt die schriftliche Prüfung ein Versagen des Auszubildenden in Prüfungsfächern darart, daß daraufhin die Gesamtpfung nicht mehr bestanden werden kann, so kann der Prüfling von der weiteren Prüfung ausgeschlossen werden.

Die Prüfung gilt dann als nicht bestanden.

#### § 21 Bewertungsmaßstab

(1) Die Prüfungsleistungen sind wie folgt zu bewerten:

- 1 = sehr gut
- 2 = gut
- 3 = befriedigend
- 4 = ausreichend
- 5 = mangelhaft
- 6 = ungenügend

(2) Der Bewertungsmaßstab ist vor der Prüfung vom Prüfungsausschuß festzulegen und zu protokollieren.

(3) Bei programmierter Prüfung ist eine der Prüfungsart entsprechende Bewertung vorzunehmen.

(4) Jede Prüfungsleistung ist von den Mitgliedern des Prüfungsausschusses getrennt und selbständig zu beurteilen und zu bewerten.

#### § 22 Prüfungsgebiet A

(1) Im Prüfungsgebiet A (Fachkunde, Hilfe in der Sprechstunde und Hilfeleistung bei der Behandlung) werden die Noten für folgende Prüfungsfächer getrennt ermittelt:

##### 1. Aufsatz

Es werden drei Themen zur Wahl gestellt, von denen mindestens zwei zum Lehrstoff des Berufsbildungsplanes gehören müssen.

Die Höchstdauer beträgt 120 Minuten.

##### 2. Fachkundliche Fragen

Fragen aus dem gesamten Gebiet der Fachkunde

###### a) schriftlich

Die Höchstdauer beträgt 60 Minuten

###### b) mündlich

##### 3. Praktische Übungen

###### e) allgemein

###### b) Labor

(2) Die Prüfung im Prüfungsgebiet A ist bestanden, wenn in allen Prüfungsfächern mindestens die Note 4 erreicht wurde. Unbeschadet des Satzes 1 ist die Prüfung im Prüfungsgebiet A nicht bestanden, wenn im Teilgebiet Labor nicht mindestens die Note 4 erreicht wurde.

## § 23 Prüfungsgebiet B

(1) Im Prüfungsgebiet B (Verwaltungsarbeit) werden die Noten für folgende Prüfungsfächer getrennt ermittelt:

### 1. Rechnen

Schriftliche Lösung praxisnaher rechnerischer Aufgaben.

Die Höchstdauer beträgt 60 Minuten.

### 2. Buchführung

Aufgaben aus der praktischen Buchführung des Arztes

#### a) schriftlich

Die Höchstdauer beträgt 45 Minuten

#### b) mündlich

### 3. Ärztliches Abrechnungswesen

#### a) schriftlich

Die Höchstdauer beträgt 60 Minuten

#### b) mündlich

### 4. Büroarbeiten

Festzustellen ist das Mittel aus den Bewertungsnoten für

#### a) schriftlich

Schriftverkehr

Die Höchstdauer beträgt 60 Minuten

#### b) mündlich

Bürokunde (Wirtschaftskunde)

(2) Die Prüfung im Prüfungsgebiet B ist bestanden, wenn in den Prüfungsfächern 2 mit 4 mindestens die Note 4 erreicht wurde.

## § 24 Gesamtbewertung

(1) Der Prüfungsausschuß stellt gemeinsam die Ergebnisse der einzelnen Prüfungsleistungen sowie das Gesamtergebnis der Prüfung fest.

(2) Die Prüfung ist bestanden, wenn sowohl das Prüfungsgebiet A als auch das Prüfungsgebiet B der Prüfung bestanden wurde.

(3) Die Gesamtnote ergibt sich aus der Summe der Bewertungen der Prüfungsfächer und Teilgebiete geteilt durch die Summe ihrer Multiplikatoren.

(4) Über den Verlauf der Prüfung einschließlich der Feststellung der einzelnen Prüfungsergebnisse ist eine Niederschrift zu fertigen. Sie ist von den Mitgliedern des Prüfungsausschusses zu unterzeichnen.

(5) Der Prüfungsausschuß muß dem Prüfungsteilnehmer am letzten Prüfungstag mitteilen, ob er die Prüfung bestanden oder nicht bestanden hat. Hierüber ist dem Prüfungsteilnehmer unverzüglich eine vom Vorsitzenden zu unterzeichnende Bescheinigung auszuhändigen. Dabei ist als Termin des Bestehens bzw. Nichtbestehens der Tag der letzten Prüfungsleistung einzusetzen.

## § 25 Prüfungszeugnis

(1) Über die Prüfung erhält der Prüfungsteilnehmer von der Bayerischen Landesärztekammer ein Zeugnis (§ 34 BBiG).

(2) Das Prüfungszeugnis enthält

– die Bezeichnung „Prüfungszeugnis“,

– die Personallen des Prüfungsteilnehmers,

– die Bezeichnung „Arzthelferin“,

– des Gesamtergebnis der Prüfung,

– das Datum des Bestehens der Prüfung,

– die Unterschriften des Vorsitzenden des Prüfungsausschusses und des Präsidenten der Bayerischen Landesärztekammer oder seines Beauftragten mit dem Siegel.

(3) Über die Leistungen in Kurzschrift und Maschinenschriften ist eine Bescheinigung zu erteilen.

(4) Daneben erteilt die Bayerische Landesärztekammer nach bestandener Prüfung den Helferinnenbrief.

## § 26 Nicht bestandene Prüfung

(1) Bei nicht bestandener Prüfung erhalten der Prüfungsteilnehmer und sein gesetzlicher Vertreter sowie der ausbildende Arzt von der Bayerischen Landesärztekammer einen schriftlichen Bescheid. Darin ist anzugeben, in welchen Prüfungsteilen ausreichende Leistungen nicht erbracht worden sind.

(2) Auf die besonderen Bedingungen der Wiederholungsprüfung gemäß § 28 ist hinzuweisen.

## V. Abschnitt

### Wiederholungsprüfung

## § 27 Wiederholungsprüfung

(1) Eine nicht bestandene Abschlußprüfung kann zweimal wiederholt werden (§ 34 Abs. 1 Satz 2 BBiG).

(2) Hat der Prüfungsteilnehmer bei nicht bestandener Prüfung in einem Prüfungsfach mindestens ausreichende Leistungen erbracht, so ist dieses Teilgebiet auf Antrag des Prüfungsteilnehmers nicht zu wiederholen, sofern dieser sich innerhalb von zwei Jahren – gerechnet vom Tage der Beendigung der nicht bestandenen Prüfung – zur Wiederholungsprüfung anmeldet.

(3) Wenn zwei oder mehrere Prüfungsfächer nach § 22 Abs. 1 Nr. 1 mit 3 und § 23 Abs. 1 Nr. 2 mit 4 mit einer schlechteren Note als ausreichend bewertet wurden, kann die Prüfung frühestens ein halbes Jahr nach dem letzten Tag der Abschlußprüfung wiederholt werden.

(4) Auf Antrag des Prüflings kann er auch zur Wiederholungsprüfung bei einem anderen Prüfungsausschuß zugelassen werden. Über den Antrag entscheidet die Bayerische Landesärztekammer nach Anhörung der Vorsitzenden der beiden Prüfungsausschüsse.

(5) Die Vorschriften über die Anmeldung und Zulassung (§§ 8 bis 11) gelten sinngemäß. Bei der Anmeldung sind außerdem Ort und Datum der vorausgegangenen Prüfung anzugeben.

## § 28 Ergänzungsfach „Kurzschrift und Maschinenschriften“

(1) Es soll geprüft werden: Die Fertigkeiten einer mittleren Geschwindigkeit in Kurzschrift und Maschinenschriften.

### (2) Kurzschrift

Geschwindigkeitsprobe:

Der Prüfling hat zwei Ansagen von je fünf Minuten Dauer in der Geschwindigkeit von 100 Silben in der Minute aufzunehmen.

Zwischen den beiden Ansagen ist eine Pause von drei Minuten einzulegen. Beide Ansagen sind unverzüglich hand- oder maschinenschriftlich zu übertreten.

Übertretungszeit:

handschriftlich	80 Minuten
maschinenschriftlich	60 Minuten.

Das Stenogramm ist auf Wiederlesbarkeit und Silbenleistung zu beurteilen. Bei der Übertragung sind deren Richtigkeit, die formgerechte Gestaltung und die Unterschriftsreife zu werten.

### (3) Maschinenschriften

Der Prüfling hat einen Brief im Umfang von 1200 Anschlägen nach einer vorliegenden Vorlage innerhalb von 15 Minuten formgerecht zu schreiben. Zur Niederschrift ist ein Briefblatt DIN A 4 nach DIN 676 zu benutzen. Die „Regeln für Maschinenschriften (DIN 5008)“ sind anzuwenden.

(4) Das Ergänzungsfach wird getrennt für Kurzschrift und Maschinenschriften bewertet.

## VI. Schlußbestimmungen

### § 29 Rechtsmittel

Maßnahmen und Entscheidungen der Prüfungsausschüsse sowie der Bayerischen Landesärztekammer sind bei ihrer schriftlichen Bekanntgabe an den Prüfungsbewerber bzw. Teilnehmer mit einer Rechtsmittelbelehrung zu versehen. Diese richtet sich im einzelnen nach der Verwaltungsgerichtsordnung und den Ausführungsbestimmungen des Freistaates Bayern.

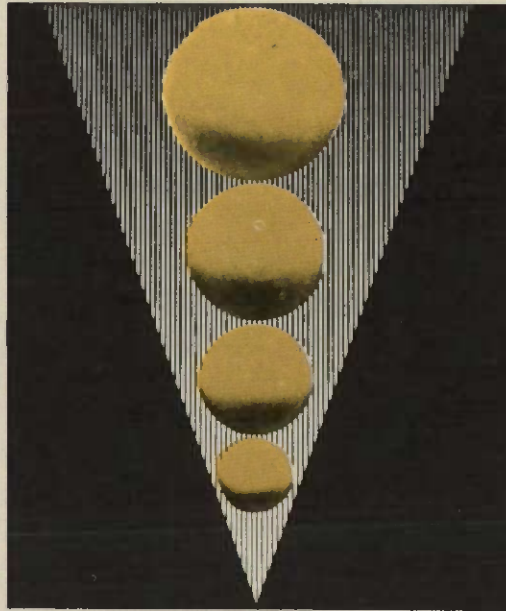
### § 30 Prüfungsunterlagen

Auf Antrag ist dem Prüfungsteilnehmer Einsicht in seine Prüfungsunterlagen zu gewähren. Die schriftlichen Prüfungsarbeiten sind zwei Jahre, die Anmeldungen und Niederschriften gemäß § 25 Abs. 5 sind zehn Jahre aufzubewahren.

### § 31 Inkrafttreten, Genehmigung

Die Prüfungsordnung wurde gemäß § 41 Satz 3 BBiG vom Bayerischen Staatsministerium des Innern mit Schreiben vom 25. Mai 1973 – Nr. I E 9-5370/45-1/73 – genehmigt. Sie tritt nach ihrer Verkündung im „Bayerischen Ärzteblatt“ am 12. Juni 1973 in Kraft.

# Der Lipid-Senker



# Lipo-Merz<sup>®</sup>

## mit der Monosubstanz Etofibrat<sup>DBP</sup> unübertroffen wirksam

Die rasche und nachhaltige Senkung von Cholesterin und Triglyzeriden – auch bei Patienten, die bereits mit anderen Präparaten vorbehandelt waren – ist eindrucksvoll.  
Beweis: Größte europäische Feldstudie, die bisher für einen Lipidsenker durchgeführt wurde.

#### Quellenangabe:

Kaffarnik, H., Schneider, J., Haase, W.: Multizentrische Studie über Etofibrat, Fortschritte der Medizin, im Druck.

**Zusammensetzung:** 1 Kapsel enthält: 300 mg Etofibrat I.N.N. = 2-(p-Chlorphenoxy)-2-methyl-propionsäure-[2-(nicotinoyl-oxy)-äthyl]-ester

**Indikationen:** Hyperlipidämien, einschließlich essentielle Hyperlipidämien; Erkrankungen, für deren Entstehung und Verlauf die Erhöhung der Serumlipidwerte (Triglyzeride, Cholesterin) einen wesentlichen Risikofaktor darstellt; z. B. coronare und cerebrale sowie periphere Durchblutungsstörungen; Anglo- und Retinopathien.

**Dosierung:** 3 x täglich 1 Kapsel nach dem Essen.

**Nebenwirkungen – Begleiterscheinungen:** LIPO-MERZ wird im allgemeinen ausgezeichnet vertragen. Magen und Darm werden nicht gereizt. Gelegentlich kann es zu Behandlungsbeginn zu Flush-Erscheinungen kommen. Diese Erscheinungen bilden sich bei Fortsetzung der Therapie nach wenigen Tagen zurück.

#### Unverträglichkeiten und Risiken:

Bei schweren Leberschäden und schweren Nierenschäden sowie während der Schwangerschaft sollte LIPO-MERZ nicht angewandt werden. LIPO-MERZ kann die Wirkung von Antikoagulantien verstärken. Daher ist im Einzelfall darauf zu achten, ob während der Behandlung mit LIPO-MERZ Antikoagulantien eingespart werden können.

#### Handelsformen und Preise:

30 Kapseln DM 14,80 m. MWSt.  
100 Kapseln DM 34,85 m. MWSt.  
Anstaltspackung 500 und 1000 Kapseln



Merz + Co.  
Chemische Fabrik  
6000 Frankfurt/M.  
Eckenheimer Landstraße 100

Der Vorstand der Bundesärztekammer zeichnete Dr. Manfred *Freigang*, Nürnberg, mit der Ernst-von-Bergmann-Plakette aus. Dr. Ernst *Bauer*, Vorsitzender des Ärztlichen Bezirksverbandes Mittelfranken und Vorstandsmitglied der Bayerischen Landesärztekammer, überreichte die Plakette am 7. Februar 1976.

Dr. *Freigang* hat sich große Verdienste um die Fortbildung der Augenärzte auf dem Gebiet der Störungen des Binokularsehens erworben. Seit 14 Jahren ist er Leiter des Arbeitskreises „Schielbehandlung“ im Berufsverband der Augenärzte und es ist im wesentlichen ihm zu danken, daß auf diesem — auch sozial bedeutsamen — Teilgebiet der Augenheilkunde in der Bundesrepublik heute ein gut ausgebautes System der Früherkennung und Frühbehandlung besteht.

Die von ihm initiierte und geleitete vorbildliche Organisation ist im gesamten europäischen Raum anerkannt, so daß das „Consilium Europaeum Strabismi Studio Deditium“ seine Tagung 1976 bereits zum zweiten Mal gemeinsam mit diesem Arbeitskreis durchführt.

## Fakultät

### Erlangen-Nürnberg

apl. Professor Dr. med., Dr. med. dent. *Otto Kriens*, Leitender Oberarzt an der Klinik und Poliklinik für Kieferchirurgie, wurde zum Klinikdirektor an der Klinik für Kiefer- und Gesichtschirurgie in Bremen ernannt.

Privatdozent Dr. med. *Erich Leng*, Chefarzt der Medizinischen Klinik des Waldkrankenhauses St. Marien, wurde zum „außerplanmäßigen Professor“ ernannt.

Privatdozent Dr. med. *Hans Wolfgang Rösch*, wiss. Assistent an der Medizinischen Klinik mit Poliklinik, wurde zum „Oberarzt“ ernannt.

Zum „Privatdozent“ wurden ernannt: Dr. med. *Bernhard Fleckenstein* für „Virologie“; Dr. med. *Fritz Matzkies* für „Innere Medizin“; Dr. med. habil. *Hans-Ulrich Schwenk* für „Kinderheilkunde“.

## Rechtsfragen

### Standeswidrige Werbung durch Interviews mit Zeitungen

*Der für die Ausübung des ärztlichen Berufes — wie auch z. B. für den freien Beruf des Rechtsanwalts — selbstverständliche Grundsatz, daß „jegliche Werbung und Anpreisung untersagt ist“, wird von einzelnen Ärzten nicht selten mit dem Argument durchbrochen, die Öffentlichkeit habe einen Anspruch darauf, über bestimmte Erkenntnisse und Methoden aus der ärztlichen Tätigkeit informiert zu werden. Sicher ist dieses Argument in manchen Fällen anzuerkennen, insbesondere dann, wenn es um eine sachgerechte Selbstdarstellung der ärztlichen Tätigkeit und des ärztlichen Berufes geht. Daß selbstverständlich aber auch hier Grenzen gelten müssen und diese Grenzen letztlich für jeden verantwortungsbewußten Arzt erkennbar sind, wird in der Rechtsprechung der ärztlichen Berufsgerichte immer wieder deutlich herausgestellt. Dabei kann nicht übersehen werden, daß hier Verstöße immer wieder nur einzelne Ärzte begehen; ein besonders „beliebtes“ Mittel, das häufig zu Verstößen gegen das Werbeverbot führt, ist dabei das Gewähren von Interviews für einzelne Zeitungen, die ihrerseits mit dem Argument auftreten, sie wollten ihre Leser über bestimmte Heilmethoden und Heilerfolge unterrichten.*

*Über die Grenzen, die hier ein Arzt beachten muß, wenn er sich entschließt, ein solches Interview zu geben, hat das Berufsgericht für die Heilberufe beim Oberlandesgericht München in den beiden nachfolgend wiedergegebenen Urteilen bedeutsame Ausführungen gemacht.*

#### I.

**Urteil des Berufsgerichts für die Heilberufe beim Oberlandesgericht München vom 3. Dezember 1975**  
— Az.: BG Ä 5/74 —

#### noch nicht rechtskräftig

Der beschuldigte Arzt Dr. X. hatte drei Zeitschriften Interviews gegeben, wobei er einmal seine Erfolge bei der Behandlung eines prominenten Patienten schilderte, in den anderen Fällen bestimmte Behandlungsmethoden und ihre Erfolge anpreist. Wegen dieser Verstöße, die trotz vorheriger Abmahnungen durch den zuständigen Ärztlichen Kreisverband erfolgten (und wegen eines anderweitigen Verstoßes gegen seine Berufspflichten), erkannte das Berufsgericht gegen Dr. X. insgesamt auf einen Verweis und eine Geldbuße von DM 2000,—.

#### Aus den Gründen:

... Das Berufsgericht erblickt in den Veröffentlichungen in den drei genannten Zeitschriften einen Verstoß gegen § 19 Abs. 1 und 3 der Berufsordnung für die Ärzte Bayerns (genehmigt mit Entschließung des Baye-

rischen Staatsministeriums des Innern vom 12. Oktober 1970). Danach ist dem Arzt jegliche Werbung untersagt. Er darf nicht dulden, daß Berichte und Bildberichte mit werbendem Charakter über seine ärztliche Tätigkeit angefertigt und mit Verwendung seines Namens veröffentlicht werden.

Dr. X. hat zwar die Berichte in den Zeitschriften weder veranlaßt noch den Anstoß dazu gegeben. Er hat jedoch das Material für diese Artikel geliefert. Ohne sein Tätigwerden hätten die Artikel nicht erscheinen können.

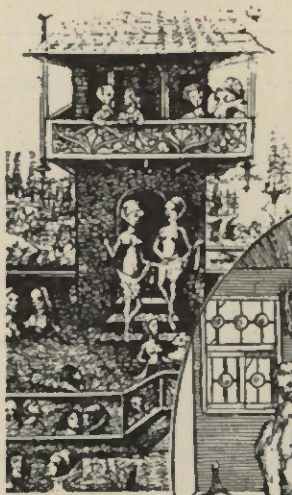
#### 1.

Der Bericht in der Zeitschrift ... ist ganz auf die Person des Arztes Dr. X. abgestellt, der wiederholt mit Namen genannt und im Bild gezeigt wird. In selbstbewußter Weise stellt er sich als der erfolgreiche Arzt bei der Behandlung des Patienten Y. dar. Es handelt sich um eine eindeutige Reklame für den Arzt Dr. X. Der werbende Charakter geht aus der Tatsache hervor, daß Dr. X. sich als Arzt bei der Behandlung eines Patienten vor einem Fotografen und einem Re-



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

# Pernionin<sup>®</sup> 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 städtbürgerlichen, 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 unbeachtete 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 sibir. 3,0 g, Methylsalicylat 1,0 g, Nicotinsäure-benzylester 0,3 g, Nicotinsäure-methylester 0,2 g, Nonylsäurevanillylamid 0,03 g, Roßkastanienextrakt 1,0 g, Selbeiöl 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 38,85; OP 5000 ml DM 144,40.

porter zur Schau stellt. Dr. X. stellt die von ihm angewandte . . . Methode als besonders wirksam heraus und versucht, dies durch die Behandlung Y's unter Beweis zu stellen.

Zu Unrecht macht Dr. X. geltend, er habe in diesem Falle nicht als Arzt, sondern nur als Leiter der . . . Akademie gehandelt. Das Berufsgericht wertet dieses Vorbringen als Schutzbehauptung. Dr. X. wird in dem Artikel ausdrücklich als Arzt bezeichnet. Er wird aber auch bei der Behandlung eines Patienten gezeigt. Jeder Leser der Zeitschrift kann daraus entnehmen, daß Dr. X. nicht nur Leiter der Akademie, sondern auch ausübender Arzt ist.

Wenn Dr. X. den Vorwurf der standeswidrigen Werbung von sich hätte fernhalten wollen, so hätte er dafür sorgen und sich auch davon überzeugen müssen, daß sein Bild nicht gezeigt und sein Name in dem Bericht nicht wiederholt genannt wird. Seine Sache wäre es auch gewesen, vor Erscheinen des Berichtes sicherzustellen, daß eine die Person des Arztes in den Vordergrund stellende Berichterstattung unterbleibt. Dr. X. bringt zwar vor, er habe mit . . . vereinbart, daß die Aufmachung des Berichtes mit ihm abgestimmt werden solle. Eine derartige Überprüfung des zu veröffentlichenden Berichtes hat er aber aus eigenem Verschulden dadurch unmöglich gemacht, daß er sich vor Erscheinen des Berichtes auf eine Reise begab, so daß der Entwurf des Berichtes ihm nicht vorgelegt werden konnte. Das Berufsgericht hält auch ein schuldhaftes Handeln für gegeben. Dr. X. mußte damit rechnen, daß die von der Reporterin angefertigten Fotografien in der Zeitschrift erscheinen und daß über die Behandlung Y's durch ihn berichtet werden würde. Die Möglichkeit eines berufsunwürdigen Verhaltens hat er gebilligt.

Mit dem Vorbringen, er habe durch diesen Artikel der Tätigkeit der Heilpraktiker auf dem Gebiet der . . . Methode entgegenzutreten wollen, kann Dr. X. nicht gehört werden. Nicht durch Berichte in Zeitschriften, die auf Sensationsbedürfnis und Unterhaltung abgestellt sind, kann die . . . Methode als ein medizinisches Verfahren vorgestellt werden. Dadurch, daß Dr. X. in dem vorliegenden Artikel ein dem ärztlichen Beruf nicht angemessenes Gebahren an den Tag legt, hat er seinem Berufsstand einen

schlechten Dienst erwiesen. Die Standesunwürdigkeit einer Handlung würde auch dann nicht beseitigt werden, wenn letztere auf die Verdrängung einer den ärztlichen Interessen schädlichen Werbung durch Heilpraktiker abzielt.

Im übrigen ist der einzige standeswürdige Weg der Bekanntmachung einer besonderen Heilmethode die Veröffentlichung in den Fachzeitschriften.

## 2.

Als standeswidrige Werbung betrachtet das Berufsgericht auch die drei Veröffentlichungen in der Zeitschrift . . . Diese Artikel sind in Beziehung zu der ärztlichen Tätigkeit Dr. X. gesetzt, da er als Arzt genannt und im Bild gezeigt wird. Es wird zum mindesten der Anschein erweckt, als ob Dr. X. seine Person und seine Akademie für das Publikum in Erinnerung bringen will. Auch wenn Dr. X. die sensationellen Heilungen nicht seiner persönlichen Tätigkeit zuschreibt, sondern vorgibt, sie seien durch andere . . . Ärzte bewirkt worden, so wird gerade durch diese Erfolgsmeldungen die Aufmerksamkeit des Publikums auf Dr. X. gelenkt. Durch die drei Veröffentlichungen wird bei dem sachkundigen Publikum der Eindruck erweckt, als verdiene die . . . Methode ein ganz besonderes Vertrauen. Durch die Schilderung Dr. X. über die ungewöhnlichen Erfolge der . . . Methode bei Asthma, Migräne, Allergien und Rauschgiftsucht können Kranke veranlaßt werden, einen Arzt aufzusuchen, der diese besondere Heilmethode beherrscht. Das nächstliegende ist, daß sie sich an den Arzt Dr. X. wenden, der als . . . Spezialist bezeichnet wird und offenbar als Leiter einer Akademie für . . . für die Anwendung dieses Heilverfahrens besonders befähigt ist. Die Anschrift Dr. X's kann mit den in den Artikeln gegebenen Hinweisen ermittelt werden.

Daß Dr. X. den Reporter um Durchsicht des zu veröffentlichenden Artikels gebeten hat, kann als wahr unterstellt werden. Zugunsten Dr. X. fällt auch ins Gewicht, daß er die Änderung der werbenden Überschrift des ersten Artikels, wenn auch nicht in der gleichen Druckgröße erreicht hat. Anzuerkennen ist auch, daß die Redaktion die Anschrift Dr. X. anfragenden Interessenten zunächst nicht

bekannt gab. Sie wies Patienten an die Anschrift der von Dr. X. geführten Akademie. Dort erhielt der Patient eine Liste der Ärzte, die die . . . Methode anwenden. Dr. X. wird in dieser Liste nicht aufgeführt. Dadurch aber, daß der Name Dr. X. als Leiter der Akademie in Kleindruck auf der unteren Seite des Begleitschreibens erscheint, erfuhr der Patient mittelbar die Anschrift Dr. X. Es wäre in keiner Weise erforderlich gewesen, daß — abgesehen von der Anschrift der Akademie — der Name Dr. X. in diesem Begleitschreiben erscheint.

Durch die nachträgliche Änderung der Überschrift des ersten Artikels ist die Werbewirkung zwar verringert, aber nicht beseitigt worden. Mit seiner wiederholten Namensnennung, der Ausstattung mit Bildern und der marktschreierischen Anpreisung der angeblich ungewöhnlichen Erfolge der . . . Methode bei näher geschilderten Fällen empfiehlt sich Dr. X. als Arzt. Dr. X. hat zwar die erste Veröffentlichung mit dem Journalisten . . . abgesprochen. Aber bereits in diesem dem Berufsgericht vorliegenden Entwurf des ersten Artikels wird der Name Dr. X. wiederholt genannt und auf seine Tätigkeit als Leiter der Akademie . . . hingewiesen. In diesem Entwurf werden auch bereits die drei ungewöhnlichen Heilerfolge bei drei Patienten durch Dr. X. eingehend beschrieben. Aus der Art der Abfassung und der Ausstattung der Artikel hat das Berufsgericht die Überzeugung erlangt, daß Dr. X. die drei Veröffentlichungen zuließ, obwohl er damit rechnen mußte, daß durch diese Artikel der Verdacht unzulässiger Reklame erweckt werden könne. Die Grenzen einer sachlichen Abhandlung werden in diesen Fällen verlassen. Es handelt sich nicht lediglich um ernstgemeinte Erörterungen einer die Allgemeinheit interessierenden medizinischen Frage. Form und Inhalt der Artikel lassen erkennen, daß es ihm nicht nur darum zu tun ist, Leser zu unterrichten, sondern auch Leser auf seine Person aufmerksam zu machen.

Will ein Arzt ein dem Wohle der leidenden Menschheit dienendes neues Heilverfahren der Öffentlichkeit übergeben, so steht ihm zu diesem Zweck der Weg der Veröffentlichung in einer ärztlichen Fachzeitschrift offen. Das von Dr. X. aber angewandte Mittel der sich an die Laienwelt wendenden Reklame muß als eines Arztes unwürdig bezeichnet werden.

3.

Eine mit den ärztlichen Standesan-  
schauungen nicht zu vereinbarende  
Werbung liegt auch in der Veröffent-  
lichung in der Zeitschrift. . . . Auch  
hier steht die Person des Arztes im  
Vordergrund und nicht die Sache.  
Dies beweist die fast ganzseitige Ab-  
bildung Dr. X. im weißen Arztkittel  
und die drei weiteren Bilder, die ihn  
bei der Arbeit an einem Patienten  
zeigen. Die sehr auffällige bildliche  
Hervorhebung des Arztes ist zur Er-  
läuterung des Textes in keiner Weise  
erforderlich gewesen. Dr. X. wird  
wiederholt mit Namen genannt und  
als Arzt bezeichnet, der zugleich Lei-  
ter der Akademie . . . ist. Dr. X. preist  
in diesem Artikel die Behandlungsmethode der . . . an, die wissenschaft-  
lich nicht erprobt und klinisch nicht  
überprüft worden ist. Dennoch be-  
hauptet er, diese Heilbehandlung sei  
in der Lage, Wunderheilungen zu  
vollbringen. Dadurch wird die Öffent-  
lichkeit nicht über ärztlich-wissen-

schaftliche Erfolge unterrichtet. Bei  
chronischen und häufig unheilbaren  
Kranken wird vielmehr der Wunsch  
geweckt, sich in die Behandlung des  
Arztes zu begeben, der diese Heil-  
methode beherrscht. Dr. X. bietet  
sich hier aufgrund seiner Hervorhe-  
bung als Arzt einer Akademie . . .  
und als der Arzt an, dem sich der  
Patient anvertrauen kann. Auch hier  
kann sich Dr. X. nicht damit entlas-  
ten, es sei ihm nur darum gegangen,  
einer neuen Heilmethode zum Durch-  
bruch zu verhelfen. Die Würde des  
ärztlichen Standes erfordert viel-  
mehr, daß, wenn ein Arzt die Auf-  
merksamkeit der Öffentlichkeit auf  
ein neuartiges Heilverfahren lenken  
will, er hierzu den Weg der Publika-  
tion in der fachwissenschaftlichen  
Presse wählt. Die von Dr. X. bevor-  
zugten Veröffentlichungen in Zeitun-  
gen und Illustrierten, in denen er die  
Heilerfolge der . . . Methode markt-  
schreierisch anpreist, enthalten eine  
gröbliche Verletzung der ärztlichen  
Standesehre. . . .

II.

**Urteil des Berufsgerichts für die Heil-  
berufe beim Oberlandesgericht Mün-  
chen vom 26. November 1975**

— Az.: BG Ä 3/75 —

**noch nicht rechtskräftig**

Der beschuldigte Arzt Dr. Y. hatte  
ebenfalls in mehreren Interviews  
über seine Behandlungsmethode und  
seine Heilerfolge in bestimmten Zeit-  
schriften die Öffentlichkeit unterrich-  
tet. Das Berufsgericht erkannte we-  
gen ihn wegen standeswidriger Wer-  
bung auf einen Verweis und eine  
Geldbuße von DM 1500,—.

*Aus den Gründen:*

. . . Nach § 19 Abs. 3 der Berufsord-  
nung für die Ärzte Bayerns (geneh-  
migt durch Entschließung des Baye-  
rischen Staatsministeriums des In-  
nern vom 12. Oktober 1970, „Bayeri-  
sches Ärzteblatt“ 1970, Seite 989 ff.)  
darf der Arzt nicht dulden, daß Be-

# Causat®



## Das Neuraltherapeutikum für die tägliche Praxis

### Indikationen:

Neuralgien, Neuritiden, Arthropathien (insbe-  
sondere intraartikuläre Therapie),  
Wurzelreizsyndrome, periphere und cerebrale  
Durchblutungsstörungen, Tachyarrhythmien,  
Migräne, vegetative Dysregulationen,  
geriatrische Erkrankungen, Segmenttherapie.

### Kontraindikationen:

Oekompensierte Herzinsuffizienz, Bradykardie, primäre  
Hypotonie. Allergie gegen Procain.

### Hinweis:

Keine gleichzeitige Sulfonamidtherapie, da der PAB-Anteil  
des Procains die Wirkung der Sulfonamide abschwächt  
bzw. aufhebt.

I. v.-Injektionen von Causat können individuell un-  
terschiedlich das Reaktionsvermögen bzw. die Fahrtüchtigkeit  
beeinträchtigen.

### Zusammensetzung:

1 Amp. zu 5 ml enthält: Procain. hydrochlor. 46,25 mg,  
Phenobarbital 4,25 mg, Acid. nicotinic. 0,5 mg,  
Atropin. sulf. 0,15 mg.

### Dosierung:

Tägl. 1-2 Amp. langsam i.v. (möglichst am liegenden  
Patienten); i.m. und periartikulär 5 ml; intraartikulär 2-4 ml  
2 x wöchentlich, zur intrakutanen Segmenttherapie  
6-10 Quaddeln im Segment.

### Handelsformen und Preise m. U.:

Packung mit 5 Amp. zu 5 ml OM 10,10  
Packung mit 1 Inj. Fl. zu 10 ml OM 4,20  
AP mit 20 und 100 Amp.  
AP mit 10 Inj. Fl.



DR. RUDOLF REISS CHEMISCHE WERKE · 1 BERLIN 21

richte und Bildberichte mit werbendem Charakter über seine ärztliche Tätigkeit angefertigt und mit Verwendung seines Namens oder seiner Anschrift veröffentlicht werden. Gegen diese Bestimmung hat der Arzt Y. in objektiver und subjektiver Hinsicht verstoßen.

Sämtliche Veröffentlichungen tragen eindeutig werbenden Charakter. Y. wird als erfolgreicher Spezialist auf dem Gebiet der Kinderheilkunde dargestellt, dem es gelungen ist, bisher als unheilbar geltende Krankheiten zu bessern oder zu heilen. In Bild, Namen und Praxissitz wird er dem Publikum vorgestellt. In sensationeller Aufmachung wird über seine Behandlungsweise berichtet. Die Veröffentlichungen sind ganz auf die Person des Arztes abgestellt. Sie können nicht als eine sachliche Abhandlung über eine neue Behandlungsweise gewertet werden. Sie stellen vielmehr eine marktschreierische Reklame für den Arzt persönlich dar. Es handelt sich nicht um eine sachliche Darlegung seiner Behandlungsmethode, für die der Weg in der Fachpresse zur Verfügung gestanden wäre, sondern um die rühmende Hervorhebung seiner Person.

Der Arzt kann sich auch nicht damit verteidigen, er habe auf den Inhalt und die Formulierung der Artikel keinen Einfluß gehabt. Das Berufsgericht unterstellt, daß über die Form die Journalisten befunden haben. Die Veröffentlichungen waren aber nur möglich, weil der Arzt das Material für die Artikel lieferte. In den Berichten wird ausdrücklich auf seine Angaben hingewiesen und zum Teil seine Äußerungen in der Ich-Form wiedergegeben. Der Arzt mußte damit rechnen, daß alle Tatsachen, die er den Reportern mitteilte, von diesen auch veröffentlicht wurden. Wenn der Arzt Y. ernstlich eine Veröffentlichung vermeiden wollte, die werbenden Charakter trug, dann durfte er den Reportern solche Tatsachen nicht mitteilen, die geeignet waren, für die Praxis zu werben. Er hätte ferner darauf bestehen und sich rechtzeitig davon in geeigneter Weise überzeugen müssen, daß sein Name und der Praxissitz in den Berichten nicht genannt wird. Er hätte sich das Recht vorbehalten können, in die Berichte vor ihrer Veröffentlichung Einsicht zu nehmen und etwaige Änderungen nachzubringen. Auch hätte er die endgültige Formulierung der

Berichte überprüfen müssen. Bezeichnenderweise hat der Arzt auch nach Bekanntwerden der Veröffentlichungen nichts gegen die Reporter unternommen. Der Arzt Y. konnte die Tragweite seiner Schritte überblicken. Er hat die Möglichkeit eines berufswürdigen Verhaltens gebilligt, also mit bedingtem Vorsatz gehandelt. Das Verhalten des Arztes begründet somit eine schuldhaftige Gefährdung der zu wahrenen Standeswürde und damit die Annahme einer berufsgerichtlichen zu ahndenden mittelbaren Werbung nach § 19 Abs. 3 der Berufsordnung für die Ärzte Bayerns.

Das Berufsgericht verkennt bei der Beurteilung der Handlungsweise des Arztes nicht, daß die Bekanntgabe medizinisch-wissenschaftlicher Entdeckungen im Interesse des Publikums liegen kann. Will der Arzt eine neue Heilmethode der Öffentlichkeit übergeben, so steht ihm zu dieser der Weg der Veröffentlichung in einer ärztlichen Fachzeitschrift offen. Grundsätzlich kann dem Arzt auch nicht die Inanspruchnahme der Tagespresse verwehrt werden, wenn

sie erfolgt, um in angemessener Form wissenschaftlich einwandfrei erprobte Heilmethoden kund zu machen. Die von dem Arzt Y. geduldeten Zeitungsberichte waren aber geeignet und auch dazu bestimmt, die Aufmerksamkeit des Publikums auf ihn zu lenken und besondere Hoffnungen von Patienten, die an unheilbaren Krankheiten litten, zu erwecken.

Der Arzt Y. kann sich auch nicht damit entlasten, daß auch andere Ärzte, insbesondere Professoren unter Veröffentlichung von Bildern unter Nennung ihres Namens und ihrer Anschrift in Illustrierten und Tageszeitungen über ihre Tätigkeit berichten und zu ärztlichen Fragen Stellung nehmen. Über das berufsrechtliche Verhalten anderer Ärzte kann das Berufsgericht erst dann befinden, wenn ein Antrag vorliegt. Außerdem entbindet die Verletzung der Standesehre durch andere Ärzte nicht den Arzt Y. von der Verpflichtung, die Berufspflichten zu beachten. . . .

Poellinger, München

---

## Äskulap und Pegasus

---

### Bücher von Ärzten für Ärzte

*Wie schon in der Dezember-Nummer für Weihnachten, so haben wir euch dieses Mal für Ostern die Besprechungen von Neuerscheinungen zusammengetaßt. In unserer heutigen schnelllebigen Zeit ist ein Werk oft schon nach zwei bis drei Jahren vergessen und doch befinden sich darunter oft solche, die es wert sind, der Vergessenheit entrissen zu werden, da sie manchem von uns noch einige besinnliche Stunden bereiten können. Da die Werke von Schritstellerärzten immer innerlich mit unserem Beruf verbunden sind, euch wenn sie keine ärztlichen Probleme behandeln, so wird sich mancher Kollege und manche Kollegentfrau durch diese angesprochen und so vielleicht in ihrer Liebe zu unserem Beruf bestätigt fühlen. Wie immer erhebt diese Zusammenstellung keinen Anspruch auf Vollständigkeit, sie stellt nur die persönliche Meinung des Rezensenten dar. Sie soll also kein Werturteil sein, sondern den Kollegen es erleichtern, für sich, ihre Angehörigen und eventuell auch für das Wartezimmer die passende Lektüre zu finden.*

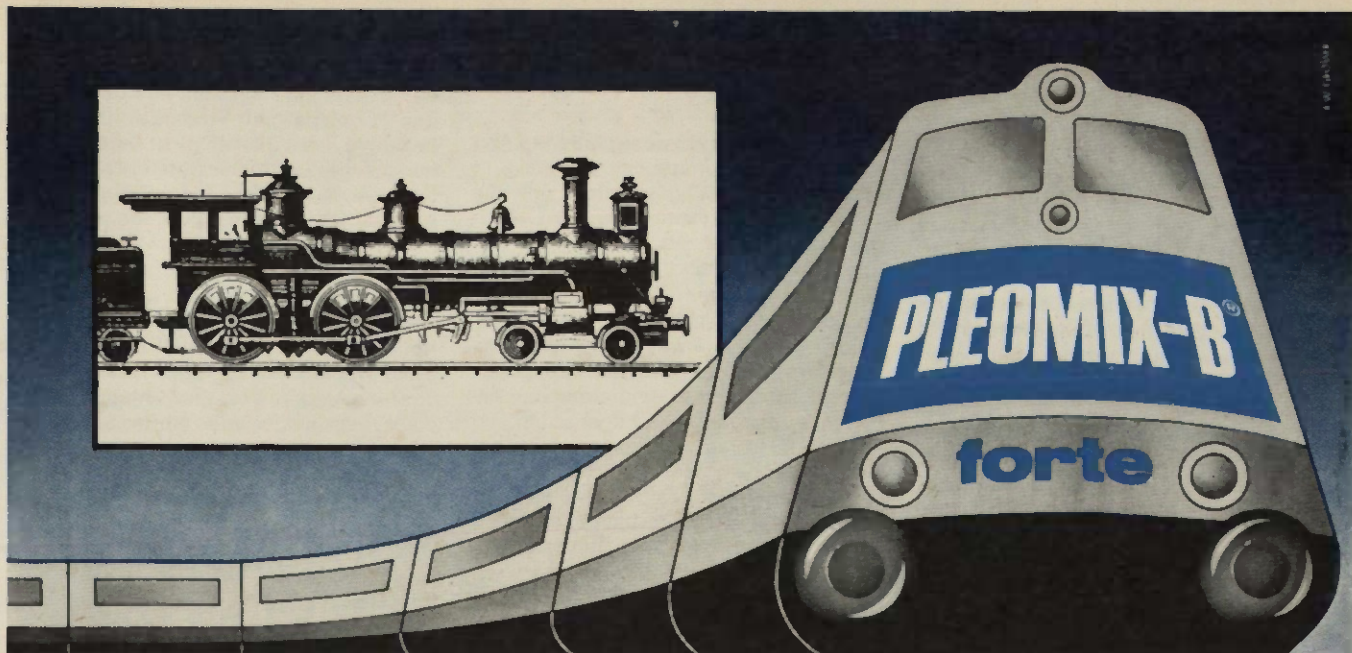
#### Ambivalenz und Genzheit

Begegnungen mit Ludwig Geistreiter

Verf. M. J. Zilch, mit einem Geleitwort von Professor Dr. Dr. H. Schipperges, 184 S., 59 Abb., davon 16 farbige, Leinen mit farbigem Schutzumschlag, Kunst-

druckpepler, DM 36,—. Ambo Verlag, 8400 Regensburg 9.

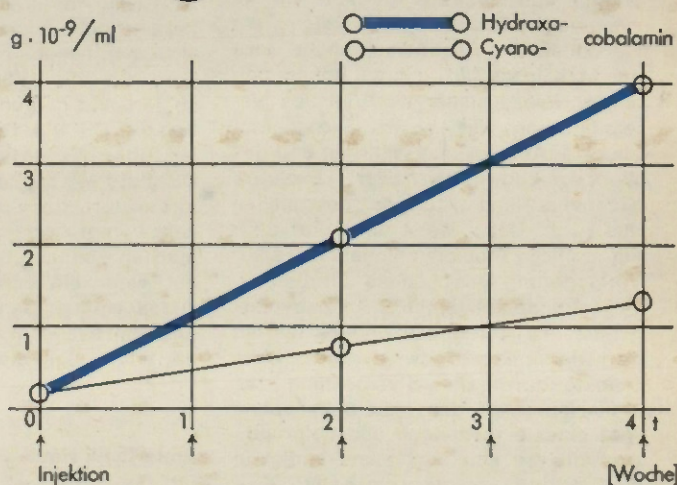
Das Buch ist geschrieben um das Werk des Malerphilosophen Ludwig Geistreiter von dem mitten im Leben stehenden Arztphilosophen Max Josef Zilch, der in Regensburg eine Allgemeinpraxis eus-



# Der Vitamin-B-Express. Schneller. Stärker. Länger wirksam.

**Pleomix-B forte. Sie kommen schneller zum Zug in der kausalen Schmerztherapie. Im Unterschied zu den üblichen B-Kombinationen enthält Pleomix-B forte nämlich:**

1. Physialagisch aktive, schon phosphorylierte Vitamine B<sub>1</sub> und B<sub>6</sub>, die vom Körper ohne vorherigen Umbau sofort verwertbar sind.  
= rascherer Wirkungseintritt
2. Sehr hohe Vitamin-Werte  
= intensive analgetische Wirkung
3. Vitamin B<sub>12</sub> in Depotform (Hydraxocobalamin)  
= länger anhaltende Schmerzfremheit



Mittelwertkurven der Serumspiegel von Hydroxocobalamin (25 Patienten) bzw. Cyanocobalamin (23 Patienten) bei wöchentlicher im-Gabe von 500 µg Hydroxocobalamin bzw. Cyanocobalamin.

#### Zusammensetzung:

**PLEOMIX B<sup>®</sup> forte Ampullen**  
 Vitamin B<sub>1</sub> (Thiaminpyrophosphat) 40 mg  
 Vitamin B<sub>6</sub> (Pyridoxal-5-phosphat) 40 mg  
 Vitamin B<sub>12</sub> (Hydroxocobalamin) 5000 µg

**PLEOMIX - B<sup>®</sup> Ampullen**  
 Vitamin B<sub>1</sub> (Thiaminpyrophosphat) 20 mg  
 Vitamin B<sub>6</sub> (Pyridoxal-5-phosphat) 20 mg  
 Vitamin B<sub>12</sub> (Hydroxocobalamin) 500 µg

**PLEOMIX - B<sup>®</sup> Manteltabletten**  
 Vitamin B<sub>1</sub> 125 mg  
 Vitamin B<sub>6</sub> 125 mg  
 Vitamin B<sub>12</sub> 125 µg

#### Anwendungsgebiete

Neuralgien, Neuritiden, Polyneuritiden (auch toxische und metabolische), Ischialgie, Wurzelschmerz, Gesichtsschmerz, Schulter-Arm-Syndrom, Zervikelsyndrom, Lumbago, Myalgien, Muskelrheumatismus, andere rheumatische Krankheitsbilder, Herpes Zoster.

#### Unverträglichkeiten und Risiken

PLEOMIX - B<sup>®</sup> bzw. B<sup>®</sup> forte sollte bei B<sub>1</sub>-Überempfindlichkeit nicht verwendet werden.

#### Dosierung

1. **PLEOMIX - B<sup>®</sup> forte Ampullen**  
Zunächst täglich 1 Injektion, danach 2 oder 3 Injektionen wöchentlich. Die Trockensubst. (lyophil.) wird nach Zugabe des Lösungsmittels tief i. m. injiziert.
2. **PLEOMIX - B<sup>®</sup> Ampullen**  
Zunächst täglich 1 Injektion, danach 2 oder 3 Injektionen wöchentlich. Die Trockensubst. (lyophil.) wird nach Zugabe des Lösungsmittels tief i. m. injiziert.
3. **PLEOMIX - B<sup>®</sup> Tabletten**  
1 Tabl. 3-4 mal tgl. während der Mahlzeiten. Bei starken Schmerzen 2 Tabl. 3-4 mal tgl.

#### Darreichungsformen und Packungsgrößen

**PLEOMIX - B<sup>®</sup> forte - Ampullen**  
 O.P.m. 3 Amp. Trockensubst. (lyophil.) und 3 Lösungsmittelamp.

DM 26,65

A.P. mit 30 Amp. Trockensubst. (lyophil.) und 30 Lösungsmittelamp.

**PLEOMIX - B<sup>®</sup> - Ampullen**  
 O.P. mit 3 Amp. Trockensubst. (lyophil.) und 3 Lösungsmittelamp. DM 19,80

A.P. mit 50 Amp. Trockensubst. (lyophil.) und 50 Lösungsmittelamp.

**PLEOMIX - B<sup>®</sup> - Tabletten**  
 O.P. mit 20 Tabl. DM 16,25  
 A.P. mit 250 Tabl.



**LABAZ GmbH**  
 Pharmazeutische Präparate  
 4 Düsseldorf

übt, in Verbindung mit dem Medizinhistoriker Professor Dr. med. et phil. Schipperges, der in Heidelberg lehrt. An zahlreichen Bildern, in denen die erkenntnistheoretischen Reflexionen sich widerspiageln und von denen besonders die farbigen ergreifen und von dem Betrachter Besitz nehmen, wird die Lebensanschauung und das Gottsuchen eines zweifellos großen Künstlers interpretiert. *Geistreiter* selbst sagt: „Die Gottheit ist des Überwesens, des sich in seiner allumfassenden Ganzheit und Wesensfülle entsprechend der unendlich möglichen und ambivalenten Prägungen in seiner Schöpfung äußert. Es gibt demnach nichts, und wäre es das Geringste, was nicht dem göttlichen Überwesens in der jeweiligen Prägung als Wesensäußerung zukommt.“ Man kann nur bedauern, daß es, sicherlich aus Kostengründen, nicht möglich war, alle abgedruckten Bilder in der einmaligen Farbgebung des Künstlers zu zeigen. Max Josef Zilch, den Lesern des „Bayrischen Arztablattes“ längst kein Unbekannter mehr, zeigt uns den Malerphilosophen, den er im ersten Kapitel „Begegnungen“ vorstellt, als „Meister künstlerischen Experimentierens und experimentierenden Gestaltens“ und der Medizinhistoriker Schippargas führt den Leser mit seinem Aufsatz „Welt-Bild und Bild-Welt“ und Meditationen über *Novalis*-Dichtertexte: „Durch den Ursprung allein wird erkannt und vermittelt die Mitte“ in die symbolische Bedeutung von *Geistreiters* Gemälden ein. Randbemerkungen dazu von Max Josef Zilch, ein auf hohem geistigen Niveau stehender Brief des Malers und noch vier Aufsätze Zilchs: „Einblicke“, „Ambivalente Wahrheit und das Werk von Ludwig *Geistreiter*“, „Evolutive Kreativität“ und „Ausblick“ beschließen das Buch. Dabei weist der Autor auch auf ärztliche Probleme hin, als das sind: Verlängerung des Lebens Sterbender, Organtransplantationen, Antibiotikapille, Schutz des werdenden Lebens bis hin zum Drogeniker sowie auf genetische Defekte durch Umweltverpestung. Die „Pinselsprache“ des Malerphilosophen wird einer eingehenden und tiefgründigen Analyse unterzogen und endet in dem Schluß: „Menschsein heißt: Teilnehmen am Licht des göttlichen Geistes, Berufung zum Dialog mit Gott.“ Man wird *Geistreiters* Philosophia nicht in allen Punkten nachvollziehen müssen, im Wesentlichen muß man es doch wohl tun; der Eindruck ist stark. Das Buch würde in manchen wissenschaftlichen Kolloquien und Bagagnungen erarbeitet, es ist flüssig und fesselnd geschrieben. Die Ausstattung ist vorzüglich. Das Buch, das hohe Ansprüche an den Leser stellt, ist gut geeignet für geistig Interessierte junge Menschen und natürlich auch für Kollegen, die sich für ein paar Stunden die Stille und das Schweigen einer konzentrierten Aufmerksamkeit aus dem Stress ihrer Praxis heraus gönnen können, sie werden sicherlich davon Gewinn haben.

## Iskeriot

Verf.: B. Reuch, 49 S., Paperback mit lemnisiertem Umschlag, DM 9,80. J. G. Bläschke Verlag, Darmstadt.

Der lange Zeit in Nürnberg lebende Arzt hat hier eine eifrüttelnde Dichtung in gehobener Prose geschaffen um die apokalyptischen Reiter, um die Lehren des Menschensohnes, um den ihn verurteilenden Judas und damit letztlich um den Sinn unseres Erdendaseins. Die Sprache seiner Dichtung erinnert in ihrer Eindringlichkeit etwas an Nietzsches „Zerethustra“: „Ich war bei den schaffenden, so dachte er, und sie waren erbärmlich, bei den mächtigen, und sie konnten nur knechten und zerstören, bei den wissenden, und was sie wußten, war eitel, bei den besitzenden, und sah sie ersticken an ihrem Besitz. Ich habe gehandelt nach dem, was Der Sohn des Menschen mich geheißen, und es ward unheil, das Leben fand ich nicht. Was kann ich noch tun?“ sagt Judas. Geißel-schwingend rasen die vier apokalyptischen Reiter um die Erde. „Wer hält sie auf? . . . Da hob der Sohn des Menschen sich empor, neigte sich und breitete sich über die Erde hin, senkte sie umschließend sich auf sie und löste sich auf in die Seelen der Menschen . . . Und des Judas Geist zerstoß wie feiner Nebel in silbrige Tröpfchen, deren eines in eines jeden Menschen Brust sich senkte und tief am Grunde blieb . . . Ein Geißelhieb sauste auf Petrus herab, daß er zu Boden fiel und ohne Besinnung war / Als er zu sich kam, begann er sein Werk. Doch ein Dorn aus der Geißel der Reiter war in seine Hand gedrungen und stak tief im Fleisch / Die Vier Reiter rasen ohne Weilen über die Erde.“ Eine allegorische Dichtung von starker Ausdruckskraft, die in meisterhafter Sprache zum Nachdenken zwingt, wie man manches besser machen könnte. „Wäre nicht diese Welt gut, wenn ein Sinn in ihr wäre?“ fragt Judas einmal. Darüber sollten wir alle ernsthaft nachdenken. Dies ist wohl auch der tiefere Sinn dieser Dichtung.

## Ärzte Lyrik Heute

Herausg.: A. Jüngling, 262 S., Peperbeck mit farbiger erster Umschlagseite, DM 15,-. Verlag Th. Breit, Marquardstein. Zu beziehen bei der Buchhandlung Steiner, B211 Untarwössan.

Wenn der Herausgeber in seinem Vorwort meint, „daß Lyrik heute im Abendland zum Starben verurteilt ist“, so scheint mir dies etwas zu pessimistisch zu sein. Gewiß, Lyrikbände und Lyrikentologien haben sich in den letzten Jahren schwer verkauft. Aber lag dies vielleicht nicht an den Lyrikern selbst, die oftmals schwer verständliche Verse schreiben, sowohl der Form als besonders auch dem Inhalt nach? Dies ist in den letzten Jahren besser geworden, die „spirituelle Poesie“, die wart auf Geist legt, beginnt sich durchzusetzen und es

erscheinen auch in zunehmendem Maße Lyrikbände auf dem Büchermarkt. So ist es das besondere Verdienst *Jünglings*, daß er uns eine Auswahl aus der heutigen Ärztesyrik gibt. Vierundsiebzig teils bekannte, teils bisher nicht in Erscheinung getretene Arztschriftsteller sind in dem Bände vertreten, darunter vierzehn bayerische: Janson, *Jüngling*, Keller, Kristl, Laya, Molz, Paschka, Picard, Rauch, Schauwacker, Schürar, Späcker, Völk und Weigold. Es sind auch erfreulicherweise eine Reihe österreichischer Kollegen darunter. Eine kurze Bio- und Bibliographie gibt am Ende des Buches über die Autoren Auskunft. Entsprechend dieser begrüßenswerten breiten Streuung sind viele ärztliche und allgemein menschliche Probleme angesprochen. Eines zeigt der 1914 geborene, in Wien als praktischer Arzt tätige Wilhelm Ledwina serkistisch auf: „sinnlos / Professoren belehren / Gläubige bekehren / Informierte informieren / Bastochene bestechen, Manipulierten überzeugen / Gifte verschreiben / und dann noch lyrisch sein“. Mancher Leser wird in dem Buche das eine oder andere Gedicht finden, das ihm Freude machen und zum Nachdenken anregen wird.

## Himalaya-Abenteuer

Durch Pakistan zu den Achtausendern im Kerakorum-Himalaya

Verf.: K. M. Herrligkoffer, 186 S., 27 Abb., 2 Übersichtskarten, Leinen mit farbigem Umschlag, DM 26,80. Verlag Passavia, Passau.

Der weltbekannte Münchener Arzt und Bergsteiger Dr. Herrligkoffer war schon 1953 Expeditionsleiter der Nenga-Parbat-Expedition, als Expeditionsarzt nahm er der in diesem Buche beschriebenen Besteigung noch ein Münchener Arzt, Dr. Joachim Fischer, teil. Im Verlaufe der letzten zwanzig Jahre war der Verfasser als Initiator, Leiter, Arzt und Kameramann von über einem Dutzend Expeditionen tätig und er hat „alle Höhen und Tiefen eines verantwortlichen Expeditionsleiters durchwandert“. In seiner Einleitung und dem Vorwort geht er auf die vielfältigen Probleme, wie den „Expeditionskoller“, aus der Sicht seiner Erfahrungen ein, wobei er auch die Vorbereitungsschwierigkeiten (finanzielle Opfer und die manchmal nachfolgenden Querelen) schildert. Er schließt mit den Worten: „Jetzt aber wollen wir noch einmal zurückblicken auf jene Zeit, wo wir, eine vierzahnköpfige Expedition – die aus Deutschen, Österreichern und dem pakistanischen Doktorfreund Captain Ajeem bestand – zu einem harmonischen und erlebnisreichen Unternehmen einzogen – wo wir erstmals Bilder geschaut, wie sie keiner von uns vorher in seinem Leben je gesehen hatte. Da gerade diese deutsche Himalaya-Expedition 1954 zu den schönsten Erlebnissen meiner Expeditionstätigkeit gehört,

möchte ich die Geschehnisse um dieses große Baltoro-Unternehmen an jenen, die am Expeditionswesen im Himalaya interessiert sind, noch einmal nahebringen.“ Es folgt nun eine lebendige Darstellung des ganzen Verlaufs der Expedition mit allen Schwierigkeiten und Erfolgen, geschmückt mit einmaligen, herrlichen Bildern. Dabei wird uns auch ein eindrucksvoller Blick in die sozialen, religiösen und politischen Verhältnisse Pakistans sowie der dortigen Menschen mit ihren Problemen gegeben. Auch die Mentalität der über hundert Träger wird interessant durchleuchtet. Am Schluß folgt noch auf über dreißig Seiten eine „kurzgefaßte Erschließungsgeschichte des Baltoro-Gebietes im Karakorum“, beginnend mit dem Jahre 1856. Dieses „Himalaya-Abenteuer“ ist auch für den, der sich, wie der Rezensent, die Barge lieber von unten anschaut, fessalnd zu lesen, für den Bergsteiger, deren es in Bayern genug gibt, wird es ein Genuß sein und die größeren Buben werden an den geschilderten Abenteuern ihre wahre Freude haben.

**Leng schien die Reise**

Gedichte in deutscher und englischer Sprache

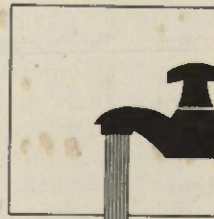
Varf.: A. Boskamp, 51 S., Lainen, DM 11,80. Verlag G. Pohl-Boskamp, Hohenlockstadt.

Das Buch hat eine begrenzte Liebhabereulage von 500 Exemplaren und stammt von dem Mitinhaber der Chamisch-pharmazeutischen Fabrik G. Pohl-Boskamp. Letzterer ist vielen Kollegen bekannt durch seine mit Versen und eigenen Zeichnungen versehenen Jahreskalender seiner Firma. Auch auf seine Gemäldeausstellungen alljährlich zur Therapiewoche in Karlsruhe unter dem Motto: „Äskulap malt“ und auf seine permanente Galerie von Ärztemalern in Hamburg sei bei dieser Gelegenheit hingewiesen. Der vorliegende Gedichtband enthält eine Reihe von heiteren, zeitkritischen und nachdenklichen Gedichten, die zwischen 1957 und 1971 entstanden sind; es sind feinsinnige lyrische Verse. Ein zweifellos interessanter Versuch Boskamps ist es, seine eigenen Gedichte ins Englische umzudichten, wobei der Leser beim Vergleich der beiden Sprachschöpfungen vom gleichen Autor ermesen kann, wie schwer für einen Fremden die Übertragung von Dichtungen in eine andere Sprache sein muß. Die englischen Fassungen „Too much vibration“, „A whole decade“ und „A snowman“ sind einfühlsam von seiner verstorbenen Tochter Angalika nachgedichtet, die in Dublin Anglistik und Germanistik studierte. Zum Schluß noch eine kleine Probe von Boskamps Nachdichtungen: „Auf dem Esel reiten / Häufig die Gasscheiten / Often on the donkey ride / Men with brain and clearer sight“

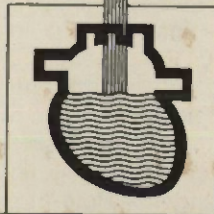
Dr. med. Robert Paschka  
8535 Emskirchen

# Hypolind<sup>®</sup> retard

macht den Kreislauf wetterfest.

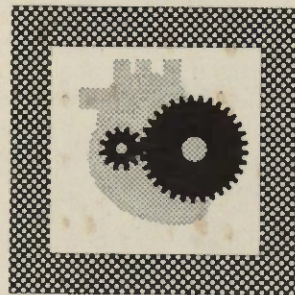


Erhöhtes  
venöses  
Angebot



Bessere  
Herzfüllung

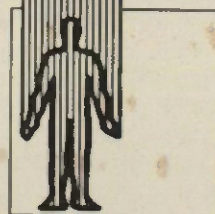
Norfenefrin  
Spartein



Ökonomisierung  
der  
Herzarbeit



Erhöhte  
Förderleistung



Verbesserte  
zerebrale  
und  
periphere  
Versorgung.

**Indikationen**  
Kreislaufblut bei essentieller Hypertonie  
sowie als Folge von physischer oder psychischer  
Überlastung, Operationen, Krankenträger, Infekten;  
Kreislaufblut in Zusammenhang mit Psycho-  
pharmakotherapie.  
**Kontraindikationen**  
Phäochromozytom, schwere Nierenfunktionsstörungen,  
Thyreotoxikose, AV-Block, Gravidität.  
**Zusammensetzung**  
Sparteinautit 20 mg, Norfenefrin-HCl 12 mg.

**Dosierung**  
Bis zur Besserung des Befindens morgens 2 Dragées;  
falls erforderlich 1-2 weitere Dragées im Laufe  
des Nachmittags. Bei kreislaufbedingten Schlaf-  
störungen empfiehlt sich die Einnahme der zweiten  
Tagesgabe am frühen Abend.  
Nach Besserung des Befindens genügt im allgemeinen  
1 Dragée morgens, ggf. ein weiteres Dragée am  
Nachmittag bzw. Abend.  
**Hinweise**  
Wichtig! Umweltbedingungen: z. B. Wettereinfluß,  
physische und psychische Überlastung erfordern oft  
eine interkurante Dosiserhöhung.

**Packungen und Preise**  
20 und 50 Retard-Dragees  
DM 7,25/14,60.  
Anstaltspackung  
200 Retard-Dragees.



Lindopharm KG Hilden Rhld

### Bayerns Gemeinden mit neuem Zuschnitt

„Das kommunalpolitisch bedeutendste Ereignis in diesem Jahrhundert“ fand in diesen Tagen formell seinen Abschluß: Grünes Licht gab die CSU-Mehrheit im Landtag der Gemeindegebietsreform, die seit rund sieben Jahren die Kommunalpolitiker in Bayern beschäftigt. Nach dieser Neugliederung der kommunalen Ebene wird es vom 1. Mai 1978 an im Freistaat nur noch 2039 selbständige Gemeinden geben. Bei Reformbeginn, Anfang 1969 existierten noch 70 767, während es heute 4042 Kommunen, darunter 90 Gemeinden in 23 Verwaltungsgemeinschaften sind. Nach der Zielplanung, die das Innenministerium nach einem mehrmonatigen Anhörungsverfahren im Herbst 1975 vorstellte, sollen jetzt weitere 2000 Gemeinden ihre Selbständigkeit verlieren: von den 2039 Kommunen sind dann 25 kreisfreie Städte, 763 Einheitsgemeinden und 1251 Mitgliedsgemeinden in 380 Verwaltungsgemeinschaften. Die Tetsche, daß eine überwiegende Zahl von Gemeinden in Verwaltungsgemeinschaften aufgehen, berücksichtigt die besondere Siedlungsstruktur Bayerns. Nach den Worten des zuständigen Innenministers Dr. Bruno Merk ist die Verwaltungsgemeinschaft vor allem für dünn besiedelte und schwächer strukturierte Bereiche die „angemessene Verknüpfung von kommunaler Eigenständigkeit und leistungskräftiger Verwaltung“, beides Ziele der Reform. So sei die Verwaltungsgemeinschaft durchaus keine Übergangslösung zur Einheitsgemeinde, sondern mit dieser gleichwertig; beliebig austauschbar sind beide Organisationsformen allerdings nicht: In jedem Einzelfall wurde, wie der Minister wiederholt unterstrich, das jeweils besser geeignete Institut ausgesucht.

Ehe der Landtag gegen das Votum der Opposition dem Verordnungsentwurf zur Gemeindegebietsreform seinen Segen gab, verdeutlichte

Merk nochmals den Zweck der Neugliederung: Seit der letzten Gemeindegebietsreform Anfang des 19. Jahrhunderts durch den Grafen Montgelas hätten sich in Bayern keine grundlegenden Änderungen mehr im Gebietszuschnitt ergeben. Andererseits habe sich im Bild und in den Aufgaben der Gemeinden ein grundlegender Wandel vollzogen, nämlich ein ständiger Aufgabenzuwachs mit einer wesentlichen Ausweitung auch der hoheitlichen Funktionen der Gemeinde gegenüber dem Bürger. „Die Gemeinden sind heute umfassende Leistungsträger für Vorsorge und Versorgung.“ So sei die Reform keine Absage an die kommunale Selbstverwaltung, im Gegenteil, sie sei geradezu ein Bekenntnis dazu, weil man die vielfältigen Gemeindeaufgaben fortentwickeln und damit die Lebensverhältnisse verbessern sowie das Leistungsgefälle zwischen Stadt und Land abbauen wolle.

Der gewaltige Einschnitt in die kommunale Landschaft Bayerns ist freilich nicht überall im Lande auf ungeteilte Zustimmung gestoßen: Von den derzeit noch bestehenden rund 4000 Gemeinden haben zwar nur knapp 300 die Neugliederung abgelehnt: Darunter waren aber gerade jene Fälle, die von der Opposition als so gravierend erachtet wurden, daß sie später den Entwurf im Parlament ablehnte. Insgesamt hatte der Landtag ja nicht die gesamte Neugliederung zu erörtern, sondern konnte nur über jene Fälle befinden, in denen ganze Gemeinden in einen anderen Landkreis oder in eine kreisfreie Stadt eingegliedert werden, oder in denen sich die Bezirksgrenzen ändern. Doch diese 34 Fälle, die insgesamt 60 Gemeinden betreffen, boten Zündstoff genug: Fast 14 Stunden diskutierte der Kommunaleusschuß des Landtages den Verordnungsentwurf der Staatsregierung; im Plenum selbst wurden die strittigen

Punkte fast einen Tag lang erörtert, ehe die Vorlage unverändert passieren konnte. Schwerpunkte dieser Debatten waren die Neugliederungen in den Flußtäälern „Itzgrund“ und „Reiche-Ebrach-Grund“ sowie die Frage des Regensburger Osthafens.

Aus sozio-ökonomischen und wirtschaftlichen Überlegungen heraus hätte die Opposition im Itzgrund lieber eine Einheitsgemeinde als eine Verwaltungsgemeinschaft gesehen, wie sie die Vorlage wegen der Trennung dieses Flußtales durch die Regierungsbezirksgrenze zwischen Unter- und Oberfranken festlegt. Aus zentralörtlichen Überlegungen blieb es jedoch beim ursprünglichen Konzept. Sozio-ökonomische und geschichtliche Verflechtungen wurden auch für die dann erfolglose Oppositionsforderung geltend gemacht, den „Reichen-Ebrach-Grund“ nicht in die Regierungsbezirke Mittel- und Oberfranken aufzuteilen, sondern ihn insgesamt Oberfranken zuzuordnen. Geradezu widersprüchlich erschien es der Opposition, der Stadt Regensburg die Gemeinde Barbing mit dem Osthafen nicht zu geben, sondern sie beim Landkreis zu belassen. Die Stadt hatte den Hafen im Hinblick auf seine weitere Entwicklung für sich gefordert, während der Kreis ihn als steuerliche Einnahmequelle beanspruchte.

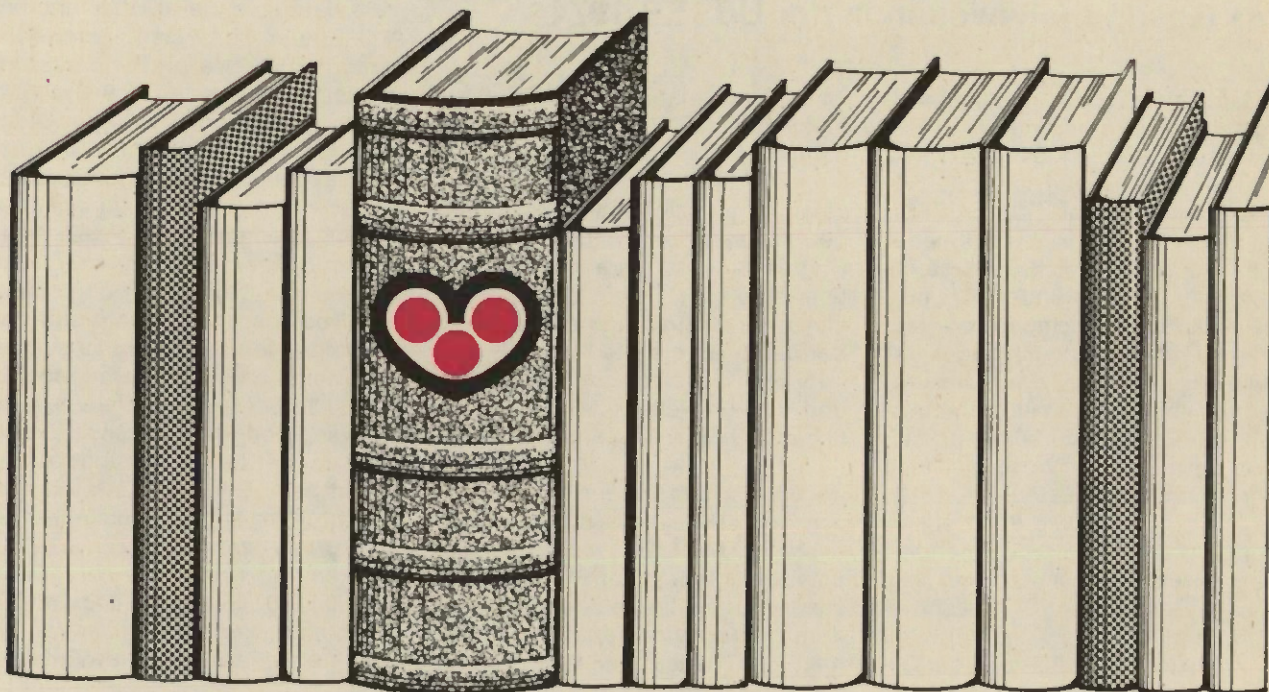
In diesem Zusammenhang wurde auf das Beispiel Aschaffenburg verwiesen, das aus ähnlichen Gründen eine Eingemeindung zugebilligt bekam. Im Landtag ging die Front der Befürworter einer „Eingemeindung des Osthafens“ quer durch die Fraktionen: Sogar Ministerpräsident Goppel stimmte in diesem Fall gegen das Konzept der Staatsregierung: Er ist Ehrenbürger von Regensburg . . .

Zur Schlußabstimmung äußerten SPD und FDP ihre Enttäuschung darüber, daß an der Verordnung kein einziges Komma geändert worden sei. Ja, man habe gar nicht wirklich diskutieren wollen, sondern nach politischen und nicht nach sachlichen oder fachlichen Gründen entschieden. Wie weit das der Fall ist, wird die Zukunft zeigen: Zumindest einige der Gemeinden, die mit der Neugliederung nicht zufrieden sind, werden den Gang zum Verwaltungsgericht antreten, um dort die Reform nachprüfen zu lassen.

Michael Gscheidle



# Isoptin® – der Klassiker unter den Kalzium-Antagonisten



Seit über einem Jahrzehnt

- klinisch bewährt
- weltweit diskutiert
- wissenschaftlich anerkannt
- richtungweisend für die Therapie der koronaren Herzerkrankung

#### Indikationen

Akute und chronische Koronarinsuffizienz;  
Vorbeugung und Nachbehandlung des Herzinfarktes;  
tachykardie Rhythmusstörungen, wie paroxysmale supraventrikuläre Tachykardie, absolute Arrhythmie infolge Vorhofflimmerns, Vorhofflattern mit schneller Überleitung, Extrasystolie.  
Bei Patienten mit chronischem Vorhof-Vorhofflimmern zur medikamentösen Herbeiführung und Aufrechterhaltung des Sinusrhythmus in Kombination mit Chinidin,

desgleichen zur Rezidivprophylaxe nach Elektro-Kardioversion, Prophylaxe und Therapie von kardiovaskulären Nebenwirkungen bei der Anwendung von  $\beta$ -Sympathomimetika zur Wehenhemmung unter gleichzeitiger Verstärkung des tokolytischen Effektes.

#### Zur besonderen Beachtung!

Bei manifester Herzinsuffizienz zunächst Kompensation mit Herzglykosiden. In den ersten 3 Monaten einer Schwangerschaft ist die Verordnung

von Isoptin – entsprechend den heutigen Auffassungen über den Arzneimittelgebrauch durch werdende Mütter – kritisch abzuwägen.

#### Dosierung

Erwachsene erhalten im Regelfall je nach Indikation und Schwere der Erkrankung 1 bis 2 Dragées Isoptin 40 mg bzw. 1 Dragée Isoptin 80 mg 3mal täglich.

#### Zusammensetzung

Ein Dragée enthält 40 mg bzw. 80 mg

$\epsilon$ -Isopropyl- $\epsilon$ -[[N-methyl-N-homoveratryl] 7-aminopropyl]-3,4-dimethoxyphenyl-acetonitril (Verapamil)hydrochlorid.

#### Handelsformen

Isoptin® 40 mg  
50 Dragées Orig.-Pckg. DM 11,35  
100 Dragées Orig.-Pckg. DM 19,85

Isoptin® 80 mg  
20 Dragées Orig.-Pckg. DM 8,85  
50 Dragées Orig.-Pckg. DM 19,25



KNOLLAG Chemische Fabriken 6700 Ludwigshafen

### Das Gesundheitswesen in der UdSSR 1974

Im September 1974 wäre der Sozialhygieniker Nikolai Aleksandrovic Semasko (gestorben 1949) 100 Jahre alt geworden. Er war der erste Gesundheitskommissar der RSFSR und (seit 1922) der erste Inhaber eines sozialhygienischen Lehrstuhls in Moskau. Als Begründer der „prophylaktischen Ausrichtung“ der Medizin wurde er zur Symbolfigur des sozialistischen Gesundheitswesens. Die von ihm proklamierten Prinzipien – Gesundheitsfürsorge als Aufgabe des Staates, Verstaatlichung aller Krankenanstalten, Kurorte, Apotheken usw. sowie des Heilpersonals, Integration der Maßnahmen des Gesundheitsschutzes in die Volkswirtschaftspläne, Kostenfreiheit und allgemeine Zugänglichkeit der medizinischen Hilfe und die Betonung der Krankheitsverhütung gegenüber der Behandlung – sind auch heute noch die Grundlagen des gesundheitspolitischen Programms der Sowjetunion.

Diesem Programm und dem Gesundheitskodex der Sowjetunion, den 1969 erlassenen „Grundlagen für die Gesetzgebung der UdSSR und der Unionsrepubliken über den Gesundheitsschutz“, entsprechen die vordringlichen Aufgaben, die Gesundheitsminister Professor B. V. Petrovskij im Jahr 1974 für das vierte Jahr des laufenden Fünfjahresplanes umrissen hat. Sie lassen den Stand, die Entwicklungsrichtungen und die aktuellen Bedürfnisse des Gesundheitswesens auf der derzeitigen Stufe der wirtschaftspolitischen Entwicklung erkennen und dürften

im Laufe des Jahres weitgehend erfüllt worden sein. Als Schwerpunkte nannte der Minister u. a. den Ausbau und die Verbesserung der ambulanten medizinischen Versorgung, den Ausbau der „Schnellen Hilfe“ (Rettungsdienst) und eines Netzes überregionaler, eng spezialisierter klinischer Zentren, die Angleichung der Land- an die Stadtbevölkerung im Niveau der ärztlichen Versorgung und den Umweltschutz, einschließlich der Gewerbehygiene.

Im Unterschied zu den Intentionen von Semasko sind diese Aufgaben heute nicht mehr ausschließlich unter dem Aspekt der Erhaltung gesunder Arbeitskräfte zu sehen, sondern sie gewinnen daneben im Rahmen der Wirtschaftspläne Bedeutung als Konsumgut. Die zunehmend konsumbewußte Gesellschaft in der Sowjetunion beginnt, auch an die Gesundheitsfürsorge Ansprüche zu stellen, die über eine Basisversorgung hinausgehen. Das bedeutet jedoch keine Änderung, sondern eine Weiterentwicklung der Gesundheitspolitik, von der 1974 und in den nächsten Jahren vor allem die bisher gegenüber den Industrie-Arbeitern vernachlässigte Landbevölkerung profitieren dürfte.

Für die meisten Teilbereiche des sowjetischen Gesundheitswesens begann das Jahr 1974 mit zufriedenstellenden Kennziffern. Daneben gab es aber einige Bereiche, die von den Gesundheitsbehörden besondere Beachtung erfordern. Zwar wird die mittlere Lebenserwar-

tung bei Männern mit 64, bei Frauen mit 74 und im Gesamtdurchschnitt – wie in den Jahren zuvor – mit 70 Jahren angegeben. Doch Ende 1973 entfielen auf je 1000 Einwohner 17,6 Geborene und 8,6 Gestorbene. Das ergab einen natürlichen Bevölkerungszuwachs von nur 9/1000. Aus unbekanntem Gründen stieg die Säuglingssterblichkeit weiter an. 1969 waren (von je 1000 Geborenen) 25,8 Kinder im ersten Lebensjahr gestorben, 1971 erreichte dieser Index ein Minimum von 22,9 und 1973 betrug er wieder 26/1000. Im Oktober 1974 wurde auf dem X. Unionskongreß der Pädiater in Moskau berichtet, daß von der Säuglingssterblichkeit zu einem hohen Prozentsatz die Frühgeborenen betroffen sind, und daß die Ursache für den späteren Tod bereits in intrauterinen Schädigungen der Frucht zu suchen ist. Diese Schwierigkeiten sollten durch verbesserte Betreuung der Schwangeren und intensive Fürsorge in der perinatalen Periode zu beheben sein, denn die Sowjetunion verfügt über 444 000 Krankenbetten für Kinder, fast 20 000 Kinder-Polikliniken und Frauen-Beratungsstellen, 94 000 Pädiater und 48 000 Gynäkologen und Geburtshelfer (3,7 bzw. 1,9 auf je 10 000 Einwohner).

Auf fast allen anderen Gebieten meldet der Gesundheitsdienst Erfolge. Der Haushaltsplan wies für Gesundheitswesen und Sport insgesamt 10,6 Milliarden Rubel aus – 359 Millionen mehr als 1973. Der staatlichen Sozialversicherung standen 1973 (geschätzt) 9,9 Milliarden Rubel zur Verfügung. Für die ambulante medizinische Versorgung der Bevölkerung waren mehr als 36 000 Polikliniken und (auf dem Lande) Ambulatorien in Betrieb, denen in den Städten und Fabriken die „ärztlichen Bereiche“ für jeweils – theoretisch – 2000 Einwohner oder Beschäftigte vorgeschaltet sind.

Für die stationäre Behandlung waren mehrere große Kliniken mit über

(Fortsetzung Seite 350)



## RECORSAN-HERZSALBE

Das älteste, percutans Kardiakum, seit 5 Jahrzehnten bewährt, dabei in Wirkung und Anwendung stets weiterentwickelt und verbessert.

Cor. nervos., coronare und periphere Durchblutungsstörungen, pectanginöse Beschwerden, Segmenttherapie.

In 100 g Salbe: Extr. Crataeg. 2,2g-Valerian. 1,7g-Tinct. Convall. 0,8g.

-Castor. 0,6g, Camph. 1,0g, Menthol. 0,5g, Nicotin. 0,155g.

O.P. 30g DM 5,3S

Recorsan-Gesellschaften Gräfelfing und Lüneburg

### Schlußrunde im parlamentarischen Wettstreit

*In Bonn ist der Gong für die Schlußrunde im parlamentarischen Wettstreit erklingen. Die Koalition gerät mit ihren Reformgesetzen in Zeitnot. Niemand weiß heute, was aus der Reform des Arzneimittelrechts, aus den Änderungen im Kassenarztrecht, aus der Reform der beruflichen Bildung und des Bodenrechts wird. Sicher scheint dagegen, daß das neue Mitbestimmungsgesetz die letzten Hürden im Gesetzgebungsverfahren nehmen wird.*

Die Maschinerie der Gesetzgebung läuft in den Wochen vor der parlamentarischen Osterpause auf Hochtour. Für die Koalition heißt die politische Devise, noch möglichst viel vom vereinbarten Regierungsprogramm zu erledigen. Was bis Ostern nicht die zuständigen Bundestagsausschüsse durchlaufen hat, wird kaum noch bis zum Ende dieser Legislaturperiode ins Gesetzblatt zu bringen sein. Erschwerend kommt für die Koalition hinzu, daß sich die Position der CDU/CSU im Bundesrat mit dem Regierungswechsel in Hannover noch verfestigt hat. Und viele der noch geplanten Gesetzesvorhaben bedürfen der Zustimmung des Bundesrates.

SPD und FDP haben also nicht nur Zeit einzuplanen, mit sich selbst ins Reine zu kommen; für nahezu jede gewichtige Gesetzesvorlage wird zusätzlich die Zeit für ein oder mehrere Vermittlungsverfahren zu reservieren sein. Aber Anfang Juli soll spätestens Schluß gemacht werden in Bonn. Ob es dabei bleibt? Überraschend wäre es jedenfalls nicht, wenn der Bundestag Ende Juli noch einmal aus den Ferien nach Bonn gerufen würde, um den letzten Kompromißentscheidungen dieser Legislaturperiode seinen Segen zu geben.

Das Reformprojekt „Mitbestimmung“ gilt auf der Liste der Parteistrategen als „abgehakt“. Am Bundesrat wird das neue Mitbestimmungsgesetz nicht scheitern. Die Wirtschaft wird sich also darauf einzustellen haben, daß in allen Unternehmen, die mehr als zweitausend Arbeitnehmer beschäftigen, bis Ende April die paritätische Mitbestimmung eingeführt wird. Die Bedeutung dieser Entscheidung für unsere politische Ordnung, für die Wirtschafts- und Gesellschaftsordnung kann nicht hoch genug veranschlagt werden.

Niemand scheint glücklich mit dem Gesetz zu sein. Der SPD und vor al-

lem den Gewerkschaften bringt es nicht genug Parität, den Unternehmern dagegen zuviel. Die Freien Demokraten demonstrieren öffentlich, daß sie mit der Einführung eines „Arbeitsdirektors“ in den Unternehmen nichts zu tun haben wollen. Zufrieden kann allenfalls die Opposition sein, da sich die beiden regierenden Parteien nach vielen Umwegen ihrem eigenen vor zwei Jahren auf dem Hamburger Parteitag beschlossenen Mitbestimmungskompromiß sehr weit genähert haben. Jedenfalls scheint nunmehr die Gefahr gebannt zu sein, daß dieses Mitbestimmungsgesetz an einer Verfassungsklage scheitern könnte; die größten rechtlichen Bedenken scheinen ausgeräumt. Allenfalls die leitenden Angestellten hätten Grund zur Klage, da sie auch künftig von der Mitbestimmung in den Kohle- und Stahlunternehmen ausgeschlossen bleiben. Die Montanmitbestimmung wird durch das neue Gesetz nicht abgelöst, wie es die FDP früher einmal verlangt hatte.

Wichtig sind vor allem folgende Regelungen. Die Aufsichtsorgane der größeren Unternehmen werden künftig paritätisch mit Vertretern der Arbeitnehmer und der Eigentümer besetzt. Auf der Arbeitnehmerbank sitzen neben Belegschaftsmitgliedern und einem leitenden Angestellten auch außerbetriebliche Gewerkschaftsfunktionäre. Sie können allein von den Gewerkschaften vorgeschlagen werden. Der Einfluß der Gewerkschaften in der Wirtschaft wird also weiter wachsen.

Den Anforderungen des Verfassungsrechts auf Bewahrung der Eigentumsgarantie und der Funktionsfähigkeit der Unternehmen wird dadurch Rechnung getragen, daß dem Aufsichtsratsvorsitzenden bei Stimmengleichheit im Stichentscheid eine zweite Stimme zugebilligt wird. Das Gesetz ist so angelegt, daß der Auf-

sichtsratsvorsitzende im Regelfall die Eigentümerseite vertreten wird, vorausgesetzt, daß die Eigentümer sich auch einig sind, was ja nicht immer der Fall sein soll. Jedenfalls wird auf diese Weise sichergestellt, daß sich die beiden Seiten im Aufsichtsrat nicht gegenseitig blockieren können und der Vorstand damit handlungsfähig bleibt. Ob bei diesem Gesetz das Wort Reform angebracht ist, wird die Zukunft zeigen.

Dagegen scheint schon heute festzustehen, daß den Koalitionsfraktionen der Versuch mißlingt, das Bodenrecht und die Berufsausbildung zu reformieren. Der vorgesehene Planungswertausgleich, mit dem ein Teil der Planungsgewinne abgeschöpft werden soll, bedarf der Zustimmung des Bundesrates; und diese Hürde ist nicht zu nehmen. Dasselbe gilt für das Berufsausbildungsgesetz von Minister Rohde. Hier ist vor allem die Absicht umstritten, die Unternehmen, die keine Lehrlinge ausbilden, zur Finanzierung der überbetrieblichen Ausbildung heranzuziehen. Auch diesem Reformversuch, der weithin auf Kritik stößt, sind nur geringe Chancen einzuräumen. Besser wäre es wohl gewesen, sich zunächst auf die Verbesserung des Berufsschulwesens zu konzentrieren.

Was aus der Neuordnung des Kassenarztrechts wird, ist schwer abzuschätzen. Die Chancen stehen 50:50, obwohl sich für die Einführung der ärztlichen Bedarfsplanung im Bundestag sicherlich eine Mehrheit finden ließe. Aber SPD und FDP streiten sich weiterhin über die Frage, welche kostensenkenden Maßnahmen mit diesem Gesetz verknüpft werden sollen. Auch die Opposition hat bislang zu diesem Thema keinen Beitrag geleistet.

Auch das Schicksal des Arzneimittelgesetzes ist noch nicht bekannt. Es zielt darauf, die Arzneimittelsicherheit durch die Einführung eines allgemeinen Zulassungsverfahrens, das an die Stelle der bisherigen Registrierung treten soll, zu verbessern. Die Absicht des Gesundheitsministeriums ist klar: die Markenpräparate sollen unter verstärkten Wettbewerbs- und Preisdruck gesetzt werden. Für die Ärzte wird sich die Frage stellen, ob sie sich unter diesen Bedingungen noch auf die Einhaltung der verordneten Therapie verlassen können.

bon-mot

1000 Betten und zahlreiche mittlere Krankenhäuser im Bau. Bei den chronischen Schwierigkeiten und Verzögerungen im sowjetischen Hochbau ist kaum damit zu rechnen, daß alle Vorhaben fristgerecht abgeschlossen werden konnten. Doch nach der Fertigstellung der Anstalten sollte 1974 die Zahl der Krankenbetten auf 2934200 gesteigert werden, so daß für je 1000 Einwohner 11,58 Betten zur Verfügung stehen. Gegen Ende des Fünfjahresplanes soll dieser Index 11,7 Betten betragen. Bei den Neubauten und bei der Reorganisation bestehender Krankenanstalten wird die Tendenz zur Vergrößerung der Kapazität und der Einzugsbereiche verfolgt, um die Wirtschaftlichkeit zu steigern. Von den Stadtkrankenhäusern haben fast zwei Drittel eine Kapazität unter 200 Betten, fast die Hälfte unter 100 Betten und auf dem Lande noch erheblich weniger. Um das Niveau der stationären Versorgung auf dem Lande anzuheben, wird die Einrichtung zentraler Kliniken mit spezialisierten Fachabteilungen für einen oder mehrere Kreise fortgesetzt. In den Landbereichen gab es zu Beginn des Jahres erst 187 größere Krankenhäuser mit durchschnittlich 638 Betten, aber auch noch rund 11000 kleine Bereichskrankenhäuser mit einer mittleren Kapazität von 31 Betten, die in den nächsten Jahren aufgelöst oder zu Abteilungen an Kreiskrankenhäusern bzw. zu Feldscher-Stationen reorganisiert werden sollen.

Auch in den Städten wird das Netz überregionaler, eng spezialisierter Zentren und, für die Notfall-Versorgung, der Stationen für die „Schnelle Hilfe“ weiter ausgebaut. Neben der Ausdehnung dieses Netzes, das zu Beginn des Jahres 3700 Stationen und 44 Notfall-Krankenhäuser umfaßte, auch für mittlere Städte und Landkreise steht seine organisatorische Zusammenlegung mit dem mobilen Notdienst der Polikliniken („Dringliche Hilfe“) auf dem Programm. Die Einsatzbrigaden und ihre Fahrzeuge sind stärker als bisher auf bestimmte Bedarfsfälle (Herzinfarkt, Wiederbelebung, Vergiftungen, Schock) zu spezialisieren und mit Funk auszurüsten. Die „Schnelle Hilfe“ wurde zuerst in Leningrad aufgebaut; die Stadt ist auch heute noch führend in ihrer Organisation. In Leningrad arbeiteten 1974 in der „Schnellen Hilfe“ 1950 Personen, darunter 518 Ärzte.

Zu 95 Prozent erreichen die Einsatzwagen den Kranken oder Verunglückten innerhalb von zehn Minuten nach dem Notruf. Im vergangenen Jahr wurden die Rettungsaktionen von einer Million Notrufe alarmiert. — Die Fahrer der Moskauer Rettungswagen verpflichteten sich im August, durch sorgfältige Beachtung der Verkehrsvorschriften die Zahl der Verkehrsunfälle zu vermindern.

In der Versorgung mit Ärzten und Heilhilfspersonal („mittlerem medizinischen Personal“) gibt es, trotz der hohen absoluten und relativen Zahlen, noch Engpässe, besonders in den Polikliniken und Bereichen, auf dem Lande und in einigen Fachrichtungen (Rettungsdienst, Hygiene). In den Jahren von 1970 bis 1973 hatte die Sowjetunion 174680 Ärzte und Apotheker ausgebildet. Anfang 1974 gab es dort insgesamt 766000 Ärzte und Zahnärzte (ohne aktive Militärärzte). Das sind 30,5 Ärzte und Zahnärzte auf 10000 Einwohner. In diesen Zahlen sind neben den Fachärzten für Zahn- und Mundkrankheiten (Stomatologen) auch über 50000 „Zahnärzte“ im engeren Sinne enthalten, die zum mittleren medizinischen Personal gehören. Im Sommer 1974 wurden über 47000 Studienabgänger erwartet, so daß die Gesamtzahl der Ärzte und Zahnärzte gegen Ende des Jahres auf rund 800000 ansteigen sollte und zum Ende des Fünfjahrplanes 830000 betragen soll. Das entspricht dann 32,5 Ärzten auf 10000 oder einem Arzt für 308 Einwohner.

Die UdSSR stellt damit rund ein Viertel aller auf der Welt vorhandenen Ärzte (über 2,6 Millionen). Doch die sowjetische Zahl ist mit denen anderer Länder nicht ohne weiteres vergleichbar, denn der relativ kurze gesetzliche Arbeitstag für Ärzte (durchschnittlich sechs Stunden), die enge Spezialisierung in 51 Fachrichtungen und die ungleichmäßige Verteilung der Fachkräfte schaffen einen weit höheren Bedarf als in anderen Gesundheitssystemen. Rund ein Zwölftel der Ärzte ist durch die Lehre sowie durch die medizinische und pharmazeutische Forschung absorbiert. Etwa zehn Prozent der Ärzte werden für den „öffentlichen Dienst“ ausgebildet, d. h., als Hygieniker, Epidemiologen, Verwaltungsmediziner, Gesundheitserzieher und andere Berufsbilder der unmittelbaren Arbeit am Kranken

entzogen. Fast 800 sowjetische Ärzte sind in Entwicklungsländern beschäftigt.

Das Sozialprestige der Ärzte ist unverändert hoch; die Zahl der Studienbewerber übersteigt alljährlich die der freien Studienplätze um ein Mehrfaches. Damit zeigt sich auch in der Medizin ein unerwünschter Trend zu den Berufen mit Hochschulausbildung, der mit ökonomischen Mitteln gesteuert werden soll: Trotz einer Gehaltsaufbesserung für Ärzte um rund 20 Prozent im Jahre 1972 liegen die Medizinalpersonen insgesamt am Ende der Einkommenskala. Sie verdienen 1974 durchschnittlich nur 99 Rubel im Monat. Die Lohnliste wird von den Schiffern (189 Rubel) und den Bauarbeitern (167,5 Rubel) angeführt; der monatliche Durchschnitt für alle Berufe beträgt 135 Rubel.

Die Ärzte und Apotheker werden an einer der 83 selbständigen medizinischen oder pharmazeutischen Hochschulen (ohne die Militärärztliche Akademie in Leningrad) oder einer der neun medizinischen Fakultäten der staatlichen Universitäten ausgebildet. Hierbei sind in jüngster Zeit — nach sorgfältiger Vorbereitung durch Modellexperimente — Veränderungen eingetreten, die die Qualität der Ausbildung für die meisten Ärzte verbessern sollen. Bei dem überall bekannten Mißverhältnis zwischen steigendem Lehrstoffangebot und begrenzter Studienzzeit hatte sich die Sowjetunion bereits in den dreißiger Jahren entschlossen, auf eine immer breiter werdende medizinische Allgemeinbildung zu verzichten und frühzeitig mit der Spezialisierung zu beginnen. Dafür wurden die medizinischen Hochschulen in Fakultäten für klinische Medizin (Therapeutik), Kinderheilkunde, Hygiene und Seuchenschutz, Zahnheilkunde und Pharmazie unterteilt. Die Einengung des vermittelten Wissens entsprach dem Ausbildungsziel, denn das sozialistische Gesundheitssystem benötigt keine selbständigen, niedergelassenen Ärzte, sondern Spezialisten für die Mitarbeit in dem Team einer Poliklinik oder eines Krankenhauses.

Dieser Weg wurde jetzt durch eine Studienreform weiter verfolgt, die 1969 begonnen, dann schrittweise

(Fortsetzung Seite 355)

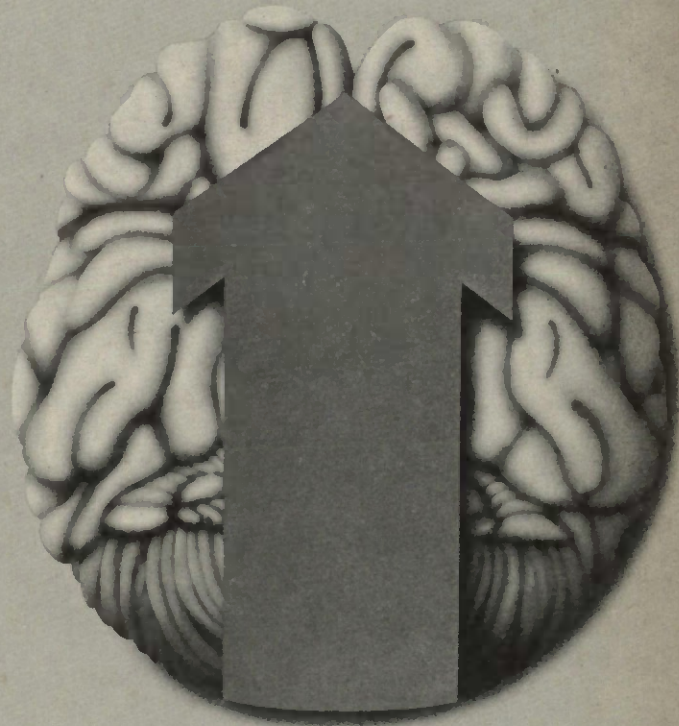
# vasoatherolip<sup>®</sup>

## stoppt die Atherosklerose

durch Senkung erhöhter Cholesterin-  
und Triglyzeridwerte

## schafft mehr Substrat ins Zielgebiet

durch Verbesserung der rheologischen  
Eigenschaften



**Bei Atherosklerose, zerebralen und koronaren  
Durchblutungsstörungen.**

**Zusammensetzung:** 1 überzogene Manteltablette enthält im Mantel: Alufibrat 500 mg, Nicotinsäure 50 mg. Im Retordkern\*: Nicotinsäure 120 mg. (\*hergestellt nach DBP 1492127) **Indikationen:** Hirn-Stoffwechselstörungen sowie Durchblutungsstörungen auf atherosklerotischer Basis im koronaren und peripheren Bereich, Hyperlipoproteinämien, diabetische Angiopathien, Prophylaxe von arteriellen Gefäßverschlüssen. **Kontraindikationen:** Schwere Leberfunktionsstörungen, schwere Nierenfunktionsstörungen, Gravidität, dekompensierte Herzinsuffizienz, frischer Myocardinfarkt, akute Blutungen. **Nebenwirkung:** Die Durchblutungssteigerung äußert sich manchmal in leichtem Wärmegefühl mit Prickeln und Hautrötungen im Gesicht und eventuell an anderen Körperteilen. Diese Reaktion ist jedoch unbedenklich. **Hinweis:** Da vasoatherolip die körpereigene fibrinolytische Aktivität steigert, sollte bei gleichzeitiger Antikoagulantengabe der Quikwert laufend kontrolliert werden. In den meisten Fällen muß die Dosis der Antikoagulantien reduziert werden. **Empfohlene Dosierung:** 3mal täglich 1 überzogene Manteltablette. **Handelsformen:** Packung zu 100 überzogenen Manteltabletten DM 47,50.\*

\*Preise incl. MwSt.



Pharma Schwarz  
GmbH  
Mittelstraße 11  
4019 Monheim



### H. Zauner 65 Jahre

Der Inhaber der Druckerei des „Bayerischen Ärzteblattes“ und der Schriftenreihe der Bayerischen Landesärztekammer, Hans Zauner, Dachau, konnte am 30. März seinen 65. Geburtstag feiern. Mit dem Dank für die lange und sehr gute Zusammenarbeit verbinden wir unsere herzlichsten Glückwünsche!

Die Redaktion

## Glosse

### Grenzverletzer

*Ein Hoheitsgebiet grenzt die Einflußnahme der Landesregierung ab. Von außen läßt sie sich in ihre Handlungen nicht einreden. Den gleichen Anspruch erheben die anliegenden Länder.*

*Eine vergleichbare Tabu-Forderung postulieren die Tarifpartner unter anderem für ihre Lohn- und Gehaltsverhandlungen. Deren Ergebnisse wirken sich indes unmittelbar auf die anrainenden „Hoheitsgebiete“ der Verbraucher und Sparer aus.*

*Lohnsteigerungen können Preis- wie als Folge Inflationslawinen auslösen und ebenso die konjunkturelle Entwicklung bremsen. So schädigen „Hoheits-Inhaber“ jedermann.*

*Dennoch reagieren sie mimosenhaft auf jede als Einmischung zu beargwöhnende Äußerung. Konsequenz müßten sie zu Einkommensbewegungen in anderen Bereichen schweigen. Müßten!* Prosper

### Aktueller Hintergrund zur Geldanlage

In den letzten Monaten hat sich eine interessante Entwicklung der Aktien- und der Rentenpapierkurse vollzogen. Sie läßt für Ihre persönliche Geldanlage aufschlußreiche Rückschlüsse zu.

Die Aktienkurse kletterten Anfang Januar steil an. Nach einer Talfahrt hatten sie einen Monat später in etwa die Jahresbeginn-Höhe wieder erreicht. Die folgende Mulde bildete sich kürzerfristig, denn der Hochstand wurde bereits im letzten Februardrittel erneut erzielt. Die nächsten Einschnitte waren von noch kürzerer Dauer.

Kurz vor Mitte März, zur Zeit der Niederschrift dieses Beitrages, entwickelte sich eine Hausse. Sicherlich wird es bis zum Erscheinen dieser Kolumne wieder schwache Kurstage gegeben haben. Die Grundtendenz weist indes aufwärts. Und sie wird auch unterstützt.

Auf die Bundestagswahlen zu dürfen die Koalitionspolitiker jedes Anzeichen einer Konjunkturbelebung zu optimistischen Äußerungen nutzen. Daraus sind positive Einflüsse auf die weitere Kursbildung zu erwarten, soweit die kritischen Börsianer in solchen Meinungen eine anzuerkennende Substanz zu bemerken vermögen.

Die Deutsche Bundesbank leistet im Rahmen ihrer Möglichkeiten Hilfestellung zugunsten kletternder Kurse. Die Gründe für diese ihre Taktik sind anzuerkennen. Die Bestrebungen der Notenbank, das Zinsniveau weiter zu drücken, haben zwei Effekte:

Erstens vernachlässigt bei einem solchen Trend das anlagesuchende

Geld den Markt der festverzinslichen Wertpapiere. Kapital läuft immer der denkbar höchsten Ertragsmöglichkeit nach. Und die scheint zur Zeit durch Aktien gegeben.

Die positive Stimmung für die Aktie bietet ein erfolgversprechendes Klima für Kapitalerhöhungen der Aktiengesellschaften. Je mehr Mittel sie auf diese Weise einnehmen, um so weniger brauchen sie als Fremdkapital, also in Form von Krediten, für ihre Investitionsabsichten aufzunehmen.

Zweitens kann auf diese Weise verhindert werden, daß auf die Kreditinstitute eine übermäßige Nachfrage nach Investitionskrediten zukommt. In einem solchen Fall müßten sie nämlich große Posten festverzinslicher Wertpapiere abstoßen, aus deren Erträgen sie zur Zeit in erheblichem Ausmaß die Zinsgewährung an ihre Sparer finanzieren.

Ein Nachfragestoß nach Krediten und die dadurch induzierte starke Abgabe von Rentenpapieren würde nämlich zu einer Kursschwäche jener festverzinslichen Wertpapiere führen. Das wiederum hätte eine Anhebung des Zinsniveaus zur Folge. Dadurch würde versucht, einen größeren Anreiz für den Kauf jener Papiere zu bieten. Steigende Zinsen implizieren steigende Inflationsraten. Und das würde aus vielerlei Gründen nicht in die konjunkturpolitisch wünschenswerte Wirtschafts-Landschaftsgestaltung passen.

Aktionäre wie Aktieninvestments-Inhaber haben also zur Zeit einflußreiche Bundesgenossen. Daher ist in dieser Phase ein Engagement noch immer erwägenswert.

Horst Beloch

auf alle Hochschulen ausgedehnt und 1974 abgeschlossen wurde. Sie bezieht an den therapeutischen und pädiatrischen Fakultäten die „Primärspezialisierung“ bereits in das Grundstudium ein. Das früher sechs Jahre dauernde Studium wurde auf sieben Ausbildungsjahre erweitert. Davon dienen fünf Jahre dem theoretischen Unterricht in dem spezifischen Gebiet der Fakultät, und im sechsten Jahr („Subordinatur“) überwiegt die praktische Ausbildung in der gewählten Fachrichtung: Innere Medizin, Chirurgie, Frauenheilkunde oder eine pädiatrische Disziplin. Dann folgen das Staatsexamen in den großen Fächern und die „Internatur“, eine praktische Fachausbildung, die der junge Arzt an einem peripheren Lehrkrankenhaus absolviert und als Spezialist der untersten Kategorie abschließt. Der weitestgrößte Teil der Studenten wird in die Fachrichtung „Therapeutik“ gelenkt, die unserer Allgemeinmedizin mit vorwiegend internistischer Ausbildung entspricht.

Auch von der Seite der Auszubildenden wird versucht, den Studienerfolg zu verbessern. Mitte 1974 waren an den medizinischen Hochschulen rund 34 000 Lehrkräfte tätig. 2800 trugen den akademischen Grad eines „Doktors der Wissenschaft“ (habilitiert) und über 17 000 waren promoviert („Kandidat der Wissenschaft“). Die hohe Zahl der Lehrenden, vor allem auf der Ebene der Assistenten und Lektoren, ist dadurch bedingt, daß der Unterricht in kleinen Gruppen abgehalten wird. Für die Lehrkräfte wurden bis 1974 sechs Fortbildungsfakultäten einge-

richtet, an denen sie – auch die Lehrstuhlinhaber – in regelmäßigen Kursen mit den Fortschritten ihres Faches, mit den Grundlagen der Pädagogik und Psychologie sowie mit neuen (audiovisuellen, programmierten) Lehrmethoden vertraut gemacht werden.

Der Einsatz der Hochschulabsolventen wird staatlich gelenkt. Für die ersten drei Jahre haben die Behörden das Recht, ihnen Arbeitsplätze zuzuweisen. Unterversorgungen, auch mit Ärzten, können auf diese Weise allmählich ausgeglichen werden. An Therapeuten besteht ein Mangel in der ambulanten Versorgung, besonders auf dem Lande und in den ärztlichen Bereichen, in denen ein erkrankter Stadtbewohner in der Regel den ersten Kontakt zu einem Arzt aufnimmt. Den ambulanten Betreuungseinrichtungen kommt daher besondere Bedeutung zu, um so mehr, als zu ihren Aufgaben nicht nur die Behandlung von Krankheiten gehört, sondern auch ihre Verhütung und Früherkennung. Doch dieses Netz der Polikliniken und Bereiche ist noch nicht überall voll funktionsfähig. Die Versorgungskontingente sind häufig noch zu groß. Selbst in der RSFSR sind zahlreiche ärztliche Planstellen in den Bereichen nicht oder – zu rund zwölf Prozent – nur mit Arzthelfern (Feldscheren) besetzt; auch in Kasachstan arbeiten Feldschere auf fünf Prozent der Arztstellen. Die Bereitschaft der Mediziner, als Bereichstherapeuten zu arbeiten, blieb auch 1974 hinter dem Bedarf zurück, und die Fluktuation in diesen Stellen ist erheblich.

Die großen Anstrengungen, die in der materiellen und personellen Ausstattung der Polikliniken und Ambulatorien gemacht worden sind, sowie die schwachen Stellen in der ambulanten Betreuung zeigte im Mai 1974 eine kritische Betrachtung des Stellvertretenden Gesundheitsministers der UdSSR, A. F. Serenko. Viele Anstalten auf dem Lande, aber auch in den Städten, sind in unzureichenden Räumen untergebracht, so daß die notwendigen Voraussetzungen für die reibungslose Aufnahme, Untersuchung und Behandlung der Kranken fehlen. Der Plan für den Neubau von Polikliniken wird aber nur mit Verzögerung erfüllt, in Armenien z. B. 1973 nur zu 22 Prozent. Beim Bau neuer Wohnsiedlungen vergessen die Planer oft, in der Infrastruktur auch Polikliniken vorzusehen. In einigen Republiken vernachlässigen die Zentralbehörden das Personal für die ärztlichen Bereiche, so daß diese immer noch zu groß sind und stellenweise über 4000 Einwohner umfassen. Die daraus resultierende Mehrbelastung der wenigen Bereichstherapeuten verstärkt ihre Neigung, in andere Stellen abzuwandern. Daher findet man in den Bereichen vorwiegend ganz junge, noch unerfahrene oder alte Mediziner. Der Anteil der Jungärzte mit ein- bis fünfjähriger Berufserfahrung macht in der verantwortungsvollen Funktion der Bereichsärzte 26 bis 29 Prozent aus (in einigen Städten sogar über 60 Prozent). Die Bindung der Patienten an bestimmte Ärzte im Sinne des hausärztlichen Vertrauensverhältnisses wird dadurch erheblich erschwert. Die Gründe für

# Hyperforat®

**Depressionen, psychische und nervöse Störungen**

**Zusammensetzung:**

Tropfen: Extr. fl. Herb. Hyperici (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. B<sub>1</sub> 0,062 mg,  
 Lactofl. phosph. Na 0,072 mg, Niacinamid 0,51 mg, Ca. pantoth. 0,33 mg, Vit. B<sub>6</sub> 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 Dreg. DM 6,20;  
 100 Dreg. DM 15,80 · Ampullen à 1 ml: 5 Amp. DM 9,35; 10 Amp. DM 16,80

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



die Fluktuation der Ärzte sind in der schweren Arbeit unter ungünstigen Bedingungen, im Fehlen von Kraftfahrzeugen für dienstliche Wege, von Wohnungen, kulturellen und Fortbildungsmöglichkeiten usw. zu suchen.

Mängel gibt es auch bei der fachspezialisierten Hilfe in den Polikliniken. Häufig bemühen sich die Chefärzte, ihre Polikliniken auf Kosten der allgemein-medizinischen Grundversorgung mit allen engen Fachrichtungen auszustatten, ohne daß dafür Mittel und Kräfte vorgesehen sind und echter Bedarf besteht. Wiederum leidet darunter die Primärversorgung in den ärztlichen Bereichen. Die zunehmende Polarisierung zwischen den Allgemeinmedizinern und den Spezialisten führt offenbar auch zu unterschiedlichen Ansichten bei der Frage, wer eigentlich als Anlaufstelle für die Kranken zuständig ist. Nachwuchsmangel in einigen Disziplinen (Neurologie); unklare Anweisungen, welche Patienten bzw. welche Krankheitsformen der regelmäßigen Dispensaire-

(Fürsorge-) Kontrolle unterliegen; isoliertes Vorgehen einiger Spezialisten, die konkurrierende Erkrankungen außerhalb ihres engen Fachbereiches nicht beachten; verzögerte Untersuchungs- und Behandlungszeiten durch ungenügende Ausnutzung der vorhandenen diagnostischen und therapeutischen Kapazitäten und andere Versäumnisse sind für Serenko weitere Gründe, die Qualität der ambulanten Versorgung mit einer gewissen Skepsis zu betrachten.

Ernste Vorwürfe betreffen die Hausbesuche, die ebenfalls zu den Aufgaben der Poliklinik- und Bereichsärzte gehören. Viele Polikliniken führen Hausbesuche nur bis 13 Uhr aus und machen kaum von der Möglichkeit Gebrauch, Untersuchungs- und Behandlungsprozeduren mit tragbaren Geräten am Bett des Kranken vorzunehmen. Den Bereichsärzten fehlen für die Hausbesuche Kraftfahrzeuge und Ärztetaschen mit Medikamenten und Instrumenten. Formalismus und schlechte Organisation beim Einsatz der Ärzte

führen zu Engpässen, so daß die Bevölkerung, besonders auf dem Lande, häufig nur durch Feldschere (Arztshelfer) versorgt wird. Viele Bürger beklagen sich in Beschwerden an das Gesundheitsministerium über Grobheit und verletzendes Verhalten von Ärzten.

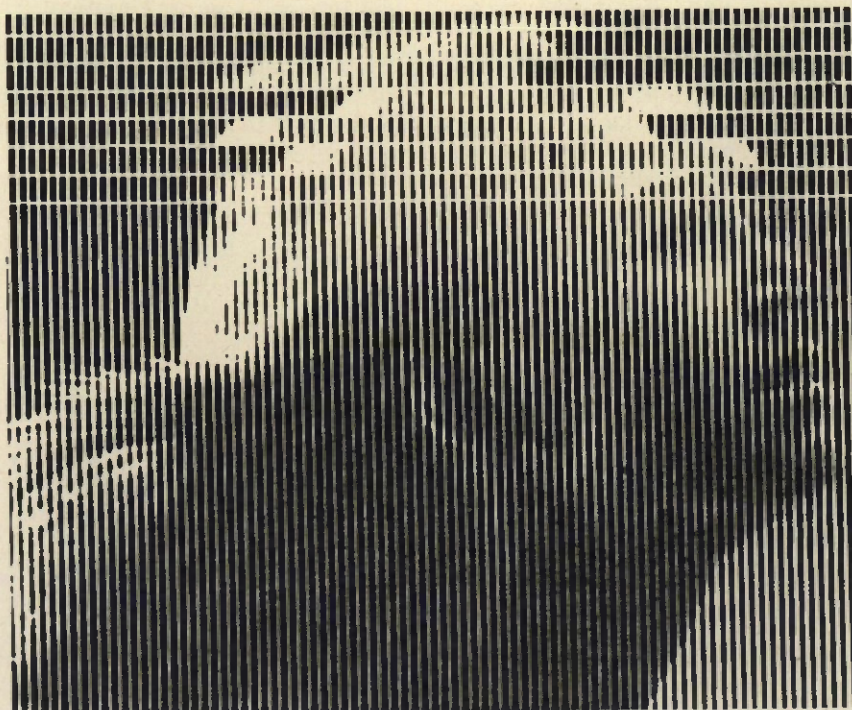
Diese Kritik darf jedoch sicherlich nicht überbewertet und verallgemeinert werden. Alle geschilderten Zustände können Rand- und Übergangserscheinungen sein. Sie sind nicht unbedingt typisch für das gesamte ambulante Gesundheitswesen, das im ganzen, den Erfolgen nach zu urteilen, zufriedenstellend funktioniert und sich als der sozialistischen Gesellschaftsordnung adäquates System bewährt. Einige auffallende Anstrengungen und Veränderungen dabei waren 1974 vom Bedarf diktiert.

H. Müller-Dietz

(aus „Mitteilungen des Medizinischen Literaturdienstes am Osteuropa-Institut der Freien Universität Berlin“ 1975, Nr. 1)

(Schluß folgt)

## 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 Sekretretention, Lungenemphysem, Asthma bronchiale, chronische Obstipation, genetisch bedingter Mangel an Glucose-6-Phosphat-Dehydrogenase (Symptom: hämolytische Anämie), Porphyrurie, akute Alkohol-, Schlafmittel-, Analgetika- und Psychopharmakalintoxikationen.

### Zusammensetzung:

	Tabletten	Suppositorien
Dihydroergotamintriat	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



## V. Zentralkongreß für Medizinische Assistenzberufe der Bundesärztekammer

vom 26. bis 29. Mai 1976 in Augsburg

Leitung: Professor Dr. A. Schretzenmayr, Augsburg

Thema: Das Krebsproblem aus der Sicht der medizinischen Assistenzberufe

Veranstalter: Bundesärztekammer (Arbeitsgemeinschaft der westdeutschen Ärztekammern) in Zusammenarbeit mit dem Deutschen Verband Technischer Assistentinnen und Assistenten e. V., dem Berufsverband der Arzthelferinnen e. V., der Vereinigung der staatlich anerkannten Diätassistentinnen und Ernährungsberaterinnen Deutschlands e. V. und dem Zentralverband Krankengymnastik e. V.

### I. Hauptreferate

Moderne Erkenntnisse zur Krebsentstehung und Krebsprophylaxe  
Prof. Dr. H. Sander, Osnabrück

Techniken und morphologische Möglichkeiten in der Krebsfrüherkennung  
Prof. Dr. H. J. Mohr, Gelsenkirchen

Laboruntersuchungen und Krebserkennung  
Prof. Dr. W. Prellwitz, Mainz

Fortschritte der operativen und Bestrahlungstherapie der Krebserkennung  
Prof. Dr. G. H. Gumrich, Augsburg  
Med.-Dir. Dr. E. Klotz, Augsburg

### II. Seminarveranstaltungen

Röntgenologie – Diät – Krankengymnastik – Hämatologie – EKG – Histologie – Zytologie – Pädiatrische Intensivpflege – Immunologie – Rationelles Arbeiten im Labor – Elektrotherapie – Serodiagnostik bei Candida-Infektionen – Spirographie – Elektrophorese – Lungenfunktionsprüfungen – Ultraschall – Einführung in die Rheumadiagnostik – Mikrolitermethoden im klinisch-chemischen Labor – Abrechnung – Erwachsenen-Intensivpflege – EEG – Gerinnungsdiagnostik – CEA-Roche-Test – Nuklearmedizin –

### III. Vorträge zum Thema „Laborarbeit“

### IV. Diagnostika-Sondergestlabor

### V. Vorführung Wissenschaftlicher Filme

Teilnahmeberechtigt sind alle Angehörigen der medizinischen Assistenzberufe, alle approbierten Ärzte, Zahnärzte und Tierärzte, Madizinalassistenten, Studenten der klinischen Semester und Apotheker.

Für die Kongreßteilnahme werden folgende Gebühren erhoben:

für die Dauer des gesamten Kongresses DM 40,-; Tageskarte DM 15,-; für Schulklassen in Begleitung einer Lehrperson (pro Person und Tag) DM 2,-

Ort: Kongreßhalle Augsburg, Gögginger Straße 10

Auskunft und Anmeldung:

Kongreßbüro der Bundesärztekammer, Haedenkampstraße 1, 5000 Köln 41, Telefon (02 21) 44 60 93 - 95

## 9. Fortbildungstagung „Klinische Immunologie“

am 19. Juni 1976 in Erlangen

Thema: Immunologie und Gastroenterologie

Auskunft:

Sekretariat des Instituts und Poliklinik für klinische Immunologie der Universität Erlangen-Nürnberg, Krankenhausstraße 12, 8520 Erlangen, Telefon (09131) 85 - 33 63

# Ergo-Lonarid®

tonisiert  
die Hirngefäße

harmonisiert  
das Vegetativum

befreit  
vom Schmerz



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

Boehringer  
Ingelheim



#### 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.

## 9. Kolloquium der Bad Reichenhaller Forschungsanstalt

vom 11. bis 13. Juni 1978 in Bad Reichenhall

Wissenschaftliche Gesamtleitung: Professor Dr. Meier-Sydow, Frankfurt

Thema: Bronchosekretion, Wechselwirkungen — Pneumologie und Innere Medizin — in der Praxis (Kasuistik, Systemetik und Therapie)

### Freitag, 11. Juni 1978

Vorsitz: Professor Dr. Herzog, Besei

Thema: Bronchosekretion

14.30 — 14.50 Uhr:

Die Bedeutung der Sekretelimination bei Bronchialerkrankungen

Prof. Dr. Herzog, Besei

14.50 — 15.10 Uhr:

Biochemie des Bronchialsekrets

Doz. Dr. Bürgi, Bern

15.10 — 15.30 Uhr:

Die Bronchialwegsreinigung — Möglichkeiten Ihrer Beeinflussung

Doz. Dr. Konietzko, Ulm

15.30 — 15.40 Uhr:

Pharmekologie und Wirkmechanismus eines neuen Mukolytikums (Transbronchin)

Prof. Dr. Quevauviller, Paris

15.40 — 16.00 Uhr:

Medikamentöse Therapie bronchosekretorischer Störungen

Dr. Schmidt, Bad Reichenhall

Dr. Primer

16.00 — 16.20 Uhr:

Methoden der experimentellen Untersuchung von Pharmaka, die die Bronchialsekretion beeinflussen

Doz. Dr. Medici, Zürich

16.20 — 16.30 Uhr:

Neue Untersuchungsmethode zum Nachweis der lokalen mukolytischen Wirkung (Rasterelektronen-Mikroskopie)

Dr. Albecker, Graz

16.40 — 17.30 Uhr:

Diskussion und Zusammenfassung

Prof. Dr. Herzog, Besei

### Samsstag, 12. Juni 1978

Vorsitz: Professor Dr. Meier-Sydow, Frankfurt

9.00 — 9.40 Uhr:

Eröffnung — Die Geschichte der Lungenfunktionsprüfung

Prof. Dr. Tammeling, Leiden

Thema: Pulmonale Manifestationen systemischer und/oder organbezogener innerer Krankheiten oder wann brecht man den Pneumologen?

9.40 — 9.50 Uhr:

Einführung

Prof. Dr. Meier-Sydow, Frankfurt

9.50 — 10.35 Uhr:

Kardiologie

Doz. Dr. Becker, Hanau

10.35 — 11.10 Uhr:

Angiologie

Prof. Dr. Breddin, Frankfurt

11.30 — 12.20 Uhr:

Klinische Immunologie — Rheumatologie

Prof. Dr. Turner-Warwick, London

12.20 — 13.00 Uhr:

Nephrologie

Prof. Dr. Schoeppe, Frankfurt

15.00 — 15.40 Uhr:

Gastroenterologie — Stoffwechselerkrankungen

Prof. Dr. Müller-Wieland, Hamburg

15.40 — 16.20 Uhr:

Hämatologie — Onkologie

Doz. Dr. Fischer, Frankfurt

16.40 — 17.15 Uhr:

Infektiologie

Doz. Dr. Lode, Berlin

17.15 — 18.15 Uhr:

Radiologie (multiple doppelseitige Verschattungen)

1. Allgemeines — Technik — Röntgen-Morphologie

Dr. Bohlig, Lüdenscheid

2. Röntgen-Funktionsanalyse

Dr. Hügel, Frankfurt

### Sonntag, 13. Juni 1978

Vorsitz: Professor Dr. Blehe, Gauting

9.00 — 9.40 Uhr:

Diagnostik des Bronchialkarzinoms — be-

währte Routine und neue Entwicklungen  
Prof. Dr. Trendelenburg, Homburg/Saar

9.40 — 10.10 Uhr:

Beispiel der systemischen Manifestation einer pulmonalen Erkrankung: Perineoplasien bei Bronchielektin  
Prof. Dr. Herzberg, Bremen

10.10 — 10.35 Uhr:

Zusammenfassung: Die Stellung der Pneumologie in der inneren Medizin  
Prof. Dr. Herzog, Basel

10.50 — 12.00 Uhr:

Rundtischgespräch und allgemeine Diskussion: Wie kann man die ärztliche Zusammenarbeit verbessern? (Diagnostische und therapeutische Möglichkeiten, Überweisung, Rücküberweisung)

Moderator:

Prof. Dr. Meier-Sydow, Frankfurt

12.00 Uhr:

Schlußwort

Auskunft:

Obermedizinaldirektor Dr. O. P. Schmidt, Chefarzt am Klinischen Sanatorium Trausnitz, Seilburger Straße 9, 8230 Bad Reichenhall, Telefon (0 86 51) 40 63

## 93. Tagung der Deutschen Gesellschaft für Chirurgie

vom 28. April bis 1. Mai 1976 in München

Präsident: Professor Dr. K. Kremer, Düsseldorf

Schwerpunktthemen: Probleme der modernen Intensivpflege — Divertikulitis des Kolons — Neurochirurgische Behandlung des Schmerzes — Wiederholungseingriffe in der Karzinomchirurgie — Knochenbrüche bei Kindern — Neues auf dem Gebiet der operativen Behandlung des Intrehepatischen Blockes — Freie Vorträge mit Diskussionen (Bauchchirurgie — Unfallchirurgie — Thorax-, Herz-, Gefäßchirurgie — Chirurgische Technik)

Auskunft:

Professor Dr. K. Kremer, Moorenstraße 5, 4000 Düsseldorf

# Lentinorm schärft die Sinne.

### Zusammensetzung:

1 Dragée enth.: Vit. A 2500 I.E., Vit. K 0,5 mg, Vit. - B<sub>1</sub> - chloridhydr. 1 mg, Vit. B<sub>2</sub> 0,5 mg, Vit. C 5 mg, Gland. Thyreoid. sicc. 3 mg, Testes sicc. 5 mg, Ovar. sicc. 5 mg, Caffein 3 mg, Kal. iod. 0,1 mg, Extr. Nucis vomicae DAB 6 0,02 mg, Calc. lact. 20 mg.

### Kontraindikation:

Jadüberempfindlichkeit.

### Dosierung:

2-3mal täglich 1 Dragée.

### Handelsform:

Röhrchen mit 50 Dragées. DM 7,20 (inkl. Mwst)



### Indikation:

Sehchwäche infolge von Linsentrübung (Altersstar), herabgesetzte Sehnerven- u. Netzhautempfindlichkeit, Lichtscheu, Blendempfindlichkeit u. Nachtblindheit, Innenohrschwerhörigkeit, Ohrensausen, Schwindelgefühl. Altersbedingte Leistungsstörungen

und vorzeitige Abnutzungserscheinungen, Konzentrations- und Merkschwäche, rasche körperliche und geistige Ermüdung.



Chemische Fabrik Jede GmbH  
2000 Hamburg 20  
Salomon-Heine-Weg 44

## Veranstaltungskalender der Bayerischen Akademie für Arbeits- und Sozialmedizin

15. bis 26. März 1976

Arbeitsmedizinischer Fortbildungskurs (Einführung in die betriebsärztliche Tätigkeit — Arbeitsmedizinische Fechkunde § 4 ASiG)

29. März bis 9. April 1976

Epidemiologie und epidemiologische Methodik I und II

27. September bis 22. Oktober 1976

B-Kurs für Arbeitsmedizin (Weiterbildung für die Erlangung der Zusatzbezeichnung „Arbeitsmedizin“)

22. November bis 3. Dezember 1976

Arbeitsmedizinischer Fortbildungskurs (Einführung in die betriebsärztliche Tätigkeit — Arbeitsmedizinische Fechkunde § 4 ASiG)

24. Januar bis 18. Februar 1977

C-Kurs für Arbeitsmedizin (Weiterbildung für die Erlangung der Zusatzbezeichnung „Arbeitsmedizin“)

28. Februar bis 11. März 1977

Arbeitsmedizinischer Fortbildungskurs (Einführung in die betriebsärztliche Tätigkeit — Arbeitsmedizinische Fechkunde § 4 ASiG)

23. März bis 1. April 1977

Epidemiologie und epidemiologische Methodik I und II

3. bis 28. Oktober 1977

A-Kurs für Arbeitsmedizin (Weiterbildung für die Erlangung der Zusatzbezeichnung „Arbeitsmedizin“)

21. November bis 2. Dezember 1977

Arbeitsmedizinischer Fortbildungskurs (Einführung in die betriebsärztliche Tätigkeit — Arbeitsmedizinische Fechkunde § 4 ASiG)

Soweit nicht anders angegeben, finden die Veranstaltungen in der Bayerischen Akademie für Arbeits- und Sozialmedizin statt.

Für die Arbeitsmedizinischen Einführungslehrgänge wird eine Gebühr von DM 250,— erhoben. Alle anderen Veranstaltungen sind gebührenfrei.

Eine Teilnahme an den Veranstaltungen ist nur nach vorheriger schriftlicher Anmeldung und erfolgter Bestätigung durch die Akademie möglich.

Zimmerbestellungen: Fremdenverkehrsamt der Stadt München, Rindermarkt 5, 8000 München 2, Telefon (0 89) 2 39 11

Auskunft und Anmeldung:

Bayerische Akademie für Arbeits- und Sozialmedizin, Pfarrstraße 3, 8000 München 22, Telefon (0 89) 21 84 25 9 - 2 60

## 56. Fortbildungsveranstaltung für Ärzte

vom 27. bis 30. Mai 1976 in Regensburg

Themen: Aktuelle Aspekte der Kardiologie — Wirbelsäule im Blickfeld der Praxis — Aktuelle Anämiefregnen

Auskunft und Anmeldung:

Ärztliche Fortbildung Regensburg, Altes Rathaus, 8400 Regensburg, Telefon (09 41) 5 07 - 21 83

## Klinische Fortbildung In Bayern

### Fortbildungskurs für Phonokardiographie (Teil I)

am 7./8. Mai 1976 in München

Leitung: Professor Dr. D. Michel, München

Ort: Stiftsklinik Augustinum, München 70, Stiftsbogen 74

Letzter Anmeldetermin: 27. April 1976

### Seminar über Präventiv-Kardiologie

In Zusammenarbeit mit der Bayerischen Landesärztekammer und der Landesversicherungsanstalt Oberbayern

vom 17. bis 22. Mai 1976 in Bernried

Leitung: Professor Dr. M. J. Heilhuber, Bernried

Ort: Bernried, Klinik Höhenried der LVA  
Letzter Anmeldetermin: 27. April 1976

Auskunft und Anmeldung:

Bayerische Landesärztekammer, Mühlbeurerstraße 16, 8000 München 80, Telefon (0 89) 41 47 - 294

## Arzthelferinnen-Fortbildungskurs der Bayerischen Landesärztekammer am 28./29. Mai 1976 in Regensburg

Themen: Gerinnungsdiagnostik — Immunodiagnostik — Rheumediagnostik — Fettstoffwechselfeldiagnostik

Zeit: Freitag, 28. Mai 1976, 14.00 bis 17.30 Uhr — Samstag, 29. Mai 1976, 9.00 bis 17.00 Uhr

Ort: St. Antoniushaus, Mühlweg 13, Regensburg

Auskunft und Anmeldung:

Frau Hiemer, Ärztlicher Kreisverband Regensburg, Lendshuter Straße 49, 8400 Regensburg

## 12. Internationaler Kongreß für Lebensversicherungsmedizin

vom 30. Mai bis 3. Juni 1976 in München

Themen: Verbesserung der Lebenserwartung durch entihypertensive Therapie, durch Bypass-Operationen, durch Kreislaufessistenz und durch Herzschrittmacher — Prognose von Nieren-, Lungen- und Lebererkrankungen — Versicherungsmedizinische statistische Erhebungen

Auskunft:

Dr. H. Kreuz, Postfach 40 13 20, 8000 München 40, Telefon (0 89) 38 91 - 1

## 2. Klinisch-Radiologische Woche

vom 22. bis 26. November 1976 in München

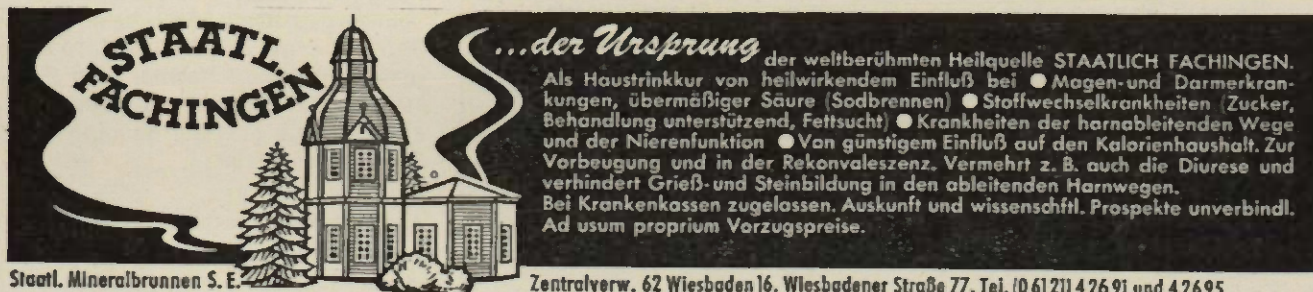
In Zusammenarbeit mit der Bayerischen Landesärztekammer

Themen: Axiale Computer-Tomographie des Schädels wie des Körperstammes — Skelettdiagnostik (Möglichkeiten und Notwendigkeiten von Spezialmethoden) — Endo-, Myo- und Perikarderkrenkungen im Röntgenbild — Das Pankreas und seine Nachbarorgane — Lungenfibrosen

Letzter Anmeldetermin: 1. Juni 1976

Auskunft und Anmeldung:

Dr. A. Gebeuer oder Dr. R. Rienmüller, Sekretariat der Klinik und Poliklinik für Radiologie der Universität, Ziemssenstraße 1, 8000 München 2, Telefon (0 89) 51 60 - 1



**STAATL. FACHINGEN**

...der Ursprung

der weltberühmten Heilquelle STAATLICH FACHINGEN.

Als Haustrinkkur von heilwirkendem Einfluß bei ● Magen- und Darmerkrankungen, übermäßiger Säure (Sodbrennen) ● Stoffwechselkrankheiten (Zucker, Behandlung unterstützend, Fettsucht) ● Krankheiten der harnableitenden Wege und der Nierenfunktion ● Von günstigem Einfluß auf den Kalorienhaushalt. Zur Vorbeugung und in der Rekonvaleszenz. Vermehrt z. B. auch die Diurese und verhindert Gries- und Steinbildung in den ableitenden Harnwegen.

Bei Krankenkassen zugelassen. Auskunft und wissenschaftl. Prospekte unverbindl. Ad usum proprium Vorzugspreise.

Staatl. Mineralbrunnen S. E. Zentralverw. 62 Wiesbaden 16, Wiesbadener Straße 77, Tel. (0 61 21) 4 26 91 und 4 26 95

## Fortbildungsveranstaltungen der Bundesärztekammer 1976

12. bis 24. April 1976 in Maran:

VIII. Internationaler Seminarkongreß für praktische Medizin  
Thema: **Jugend und Alter aus der Sicht der praktischen Medizin**

23. Mai bis 5. Juni 1976 in Montecatini Terme:

XIV. Internationaler Fortbildungskongreß (Seminarkongreß)  
Thema: **Immunologia als Interdisziplinäre Brücke**

26. bis 29. Mai 1976 in Augsburg:

V. Zentralkongreß für Medizinische Assistenzberufe  
Thema: **Das Krebsproblem aus der Sicht der medizinischen Assistenzberufe**

30. Mai bis 12. Juni 1976 in Greda:

XXIV. Internationaler Fortbildungskongreß  
Thema: **Immunologia als Interdisziplinäre Brücke**

19. bis 31. Juli 1976 in Davos:

VI. Internationaler Seminarkongreß für praktische Medizin  
Thema: **Prävention, Therapie, Rehabilitation**

23. August bis 4. September 1976 in Maran:

XXIV. Internationaler Fortbildungskongreß  
Thema: **Pharmakotherapie in der Praxis**

29. August bis 11. September 1976 in Grado:

X. Internationaler Seminarkongreß für praktische Medizin  
Thema: **Rationale Diagnostik und Therapie in der ärztlichen Praxis**

11. bis 16. Oktober 1976 in Köln:

I. Interdisziplinärer Zentralkongreß  
Thema: **Fortschritt und Fortbildung in der Medizin**

Auskunft:

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

### Bayerische Ärzteversorgung

Die höchstmöglichen Einzahlungen betragen im Jahre 1976

**DM 16 740,—.**

Diese Höchstgrenze ist für Mitglieder dann von Bedeutung, wenn die Pflichtbeiträge allein oder die Pflichtbeiträge zusammen mit den beabsichtigten freiwilligen Mehrzahlungen den Höchstbeitrag übersteigen sollten. Der Höchstbeitrag darf nicht überschritten werden. Bis zum Ende des Kalenderjahres, in dem das Mitglied das 55. Lebensjahr vollendet, können auf jeden Fall die allgemeinen Höchstbeiträge entrichtet werden. Nach Ablauf des Kalenderjahres, in dem das Mitglied das 55. Lebensjahr vollendet, kann sich im Einzelfall eine Beschränkung der Einzahlungsmöglichkeit ergeben (persönliche Beitragsgrenze), und zwar dann, wenn in den vorausgegangenen fünf Kalenderjahren nicht die allgemeinen Höchstbeiträge entrichtet wurden. Die Anstaltsverwaltung gibt über die persönliche Beitragsgrenze jederzeit gerne Auskunft.

Die angestellten Mitglieder, die zugunsten der Bayerischen Ärzteversorgung von der Angestelltenversicherungspflicht befreit sind, haben an das Versorgungswerk denselben Beitrag zu leisten, den sie ohne diese Befreiung an die Angestelltenversicherung zahlen müßten; das sind wie bisher 18 v. H. des Brutto-Arbeitsentgeltes. Bei einem monatlichen Brutto-Arbeitsentgelt von DM 3100,— und höher beträgt der höchste Pflichtbeitrag für das Jahr 1976

**DM 558,— monatlich.**

Der Mindestbeitrag im Jahre 1976 beträgt DM 834,— (DM 69,50 monatlich).

## Leserbrief

### Neue „Rote Liste“ — unhandlich!

Auch mit der „Roten Liste“ 1975 ist uns wieder ein Verzeichnis der Arzneimittelspezialitäten präsentiert worden, das umfangreich — aber gegenüber unserer „alten“ Roten Liste in seiner Handhabung recht umständlich ist. Gegen die farbigen Teile des Buches ist nichts einzuwenden, zum Teil sind sie eine wesentliche Bereicherung gegenüber der Roten Liste von früher. Aber den Hauptteil nach Indikationsgebieten zu ordnen, ist sehr umständlich. Man muß das gewünschte Medikament erst in einem alphabetischen Verzeichnis suchen und dann erfährt man, unter welcher Nummer über das betreffende Medikament Einzelheiten aufgeführt sind.

Früher war es ein Handgriff, um über ein Präparat Näheres zu erfahren, heute sind zwei Handgriffe notwendig. Und warum eigentlich? Der Praktiker, der sich im deutschen Arzneimittelschatz noch nicht genügend auskennt, sollte sich zur Erweiterung seines Wissens, welche Mittel gegen ein und dieselbe Krankheit Verwendung finden können, doch in einem der vielen angebotenen Therapiebücher seine Kenntnisse holen. Die „Rote Liste“ aber gleichzeitig zu einem Therapiebuch zu machen, erschwert das Arbeiten mit diesem Buch enorm. —

Ein Umstand, weshalb man die Rote Liste immer wieder zur Hand nehmen muß, ist u. a. der, daß unsere pharmazeutischen Firmen nicht dazu zu bewegen sind, einheitliche Mengen zu schaffen. Da gibt es eine 6er, 10er, 16er, 20er, 24er, 28er, 30er, 36er, 40er, 45er, 50er, 60er, 70er, 80er, 90er, 100er usw. Packung für Pillen, Dragées, Tabletten oder Kapseln, es gibt 10 ml, 15 ml, 20 ml, 25 ml, 30 ml usw. und es gibt 3, 5, 6, 10 Ampullen in einer Schachtel oder 5, 6, 10 oder 12 Suppos, als wenn man sich nicht auf ein paar gängige Größen einigen könnte.

Anschrift des Verfassers:

Dr. med. habil. K. M. Herrligkottar, Plingansarstraße 120 a, 8000 München 70

# Esberitox®

Stimulans  
der körpereigenen  
Abwehrsysteme

Unspezifisches  
Reiztherapeutikum zur  
Prophylaxe und  
Basistherapie bei  
infektiösen Erkrankungen.

**Zusammensetzung:** 20 ml ESBERITOX liquid. enthalten: Percolat 1 = 5 Herb. Thujae occid. rec. 1,0 ml, Percolat. 1 = 5 Radix Baptisiae tinctor. 2,0 ml, Percolat. 1 = 10 Rad. Echinac. angust. et purp. 1 + 1 3,0 ml, Apis mellifica D 4 2,0 ml, Crotales 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. 1 Suppositorium = ca. 20 Tropfen Liquidum. **Indikationen:** Esberitox® dient daher zur Prophylaxe bzw. Therapie akuter und chronischer Infektionskrankheiten virusbedingter oder bakterieller Art, wie banale und grippele 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, Chemothérapie, Kortikolde. **Dosierung:** Oral: 3mal täglich 20–50 Tropfen unverteilt, 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 4,80 und 10,30, Ampullen zu 2 ml 5 Stück DM 7,50, Suppositorien 10 Stück DM 4,90 und



Schaper & Brümmer  
3324 Salzgitter-Ringeiheim

## Schnell informiert

### Englischkurs für Ärzte

Einen speziell für Ärzte konzipierten intensivsprachkurs in Englisch bietet euch im Jahr 1976 wieder der Ausland Sprechendienst GmbH, Frenkfurter Straße 50, 6079 Sprendlingen, in seinem neuen, soeben erschienenen Prospekt für Sprechkurs-Aufenthalte im Ausland.

Der Kursus wird in Colchester, der ältesten Stadt Englands, durchgeführt und bietet täglich sechs Unterrichtsstunden. Wichtigste Methode für die Erweiterung der fachbezogenen Englischkenntnisse der Teilnehmer sind Rollenspiele, bei denen Fälle besprochen, Diagnosen gestellt und Diskussionen geführt werden, auf welche die Teilnehmer unter Verwendung modernster audio-visueller Hilfsmittel vorbereitet werden. Der Kursus wird mit einer Reihe von Terminen das ganze Jahr hindurch ebenfalls an deutschen Flughäfen sowie ebenfalls in Wien angeboten.

Der Prospekt, der eine Vielzahl weiterer Ferien- und Intensivsprachkurse für Schüler und für Erwachsene in England, Irland, Frankreich, Spanien, Portugal und Italien enthält, kann direkt vom Veranstalter angefordert werden.

### Dickdarmkrebs: „Dreißig-Sekunden-Test“

Noch im Jahre 1970 stand der Dickdarmkrebs als Todesursache in der Krebsstatistik an dritter Stelle. In den vergangenen Jahren verzeichnete das Statistische Bundesamt eine Zunahme des Darmkrebses bei gleichzeitiger Abnahme des Magenkrebses. Diese Entwicklung erfordert einerseits erhöhte Aufmerksamkeit bei der Früherkennung des Darmkrebses, andererseits ein Testverfahren, das angesichts von mehr als 20 000 Todesfällen pro Jahr in der Praxis schnell und kostengünstig anwendbar ist. Anlässlich der MEDICA '75 in Düsseldorf wurde nun ein „Dreißig-Sekunden-Test“ unter der Bezeichnung „Haemocult“ vorgestellt. Er beruht auf dem Nachweis von Blut im Stuhl und hat seine Effizienz in mehreren Reihenuntersuchungen an mehr als 12 000 Personen bereits unter Beweis gestellt, u. e. bei einem klinischen Test an der Deutschen Klinik für Diagnostik in Wiesbaden. Der Test kostet pro Patient DM 3,-.

## Buchbesprechungen

### Rom

Ein archäologischer Führer

Verf.: F. Coarelli, aus dem Italienischen von A. Allroggen-Bedel, 360 S., 58 Farbabbildungen, 217 Pläne, Grundrisse und Zeichnungen, geb., DM 68,-. Verlag Herder, Freiburg-Basel-Wien.

Mit einem Überblick über die Baugeschichte der Stadt von der Eisenzeit bis zum Niedergang Roms wird der Band eingeleitet. Drei Hauptabschnitte „Die großen öffentlichen Bauten“, „Das religiöse und politische Zentrum der Stadt“ und „Die augusteischen Regionen“ (d. h. die Stadtviertel nach der augusteischen Einteilung) schließen sich an. Die einzelnen Baulichkeiten, wie die Stadtmauern, Wasserleitungen, Foren, Tempel usw., werden aber nicht nur abgehandelt, sondern es wird auch ihre Geschichte und städtebauliche Entwicklung und eine eingehende Beschreibung der Denkmäler anhand von Lageplänen, schematischen Darstellungen, Umzeichnungen (z. B. des Relieffandes der Trajanssäule in 114 Abbildungen) sehr anschaulich dargestellt.

Der Anhang umfasst farbige Darstellungen von Marmor- und Steinsorten, ein Kapitel über Bautechniken und Baumaterialien, eine Tabelle der römischen Kaiser, praktische Hinweise zum Besuch der Denkmäler, Bibliographie und Register.

Philippo Coarelli gilt als der beste Kenner des antiken Roms; er ist gegenwärtig Professor für Klassische Archäologie an der Universität Siena und durch zahlreiche wissenschaftliche Publikationen über Rom ausgewiesen.

Mit diesem Standardwerk über die Denkmäler des antiken Roms wird sich „die ewige Stadt“ dem großen Kreis der kunstgeschichtlich interessierten Reisenden, der Archäologen, Altphilologen, Architekten, Historiker und Theologen aufs neue erschließen.

### Gynäkologie des Kindes

Verf.: J. W. Hufmann, 77 S., 53 Abb., 7 Farbtafeln, Leinen, DM 28,-. Verlag Urban & Schwarzenberg, München-Berlin-Wien.

Die Kindergynäkologie, also gynäkologische Erkrankungen, die hauptsächlich in die Prämenarche fallen, hat sich seit



# Dismenol®

1 Tablette enthält: Paracetamol 0,50 g  
Dimethylamino-phenyldimethylpyrazolon 0,25 g

**Prämenstruelle Beschwerden, Kopf- und Kreuzschmerzen bei Dysmenorrhoe, Blasen-Tenesmen, Spasmen der glatten Muskulatur.**

**Kontraindikation: Akute intermittierende Porphyrie.**

**Nebenwirkungen wurden dem Hersteller bisher nicht bekannt.**

**Dosierung:** Packung mit 15 Tabletten DM 3.10  
2-3 mal täglich Packung mit 150 Tabletten DM 24.-  
eine Tablette Klinikpackung mit 500 Tabletten DM 58.-

**AGPHARM LUZERN · Simons Chemische Fabrik, Gauting**

Jahren einen festen Platz innerhalb der Frauenheilkunde schlechthin erobert. Die Notwendigkeit hierzu ist schon durch die Tatsache gegeben, daß eben die kindlichen Genitalorgane keineswegs ein verkleinertes Abbild der Genitalorgane der erwachsenen Frau darstellen. Die besonderen anatomischen Verhältnisse beim Kind und die physiologischen Funktionsabläufe werden im vorliegenden Buch behandelt. Im Vorwort wird mit Recht darauf hingewiesen, daß bei der allgemeinen Untersuchung kleiner Mädchen auch heute noch häufig aus mancherlei Gründen und Tabus auf eine genitale Untersuchung verzichtet wird. So ist diese Abhandlung besonders wertvoll für den Allgemeinarzt, dem Schularzt, aber auch und vor allem für den Frauenarzt. Das Buch behandelt eingangs die Anatomie und Physiologie mit Unterscheidung der einzelnen Entwicklungsperioden. Es folgt ein hochaktuelles Kapitel über die sexuelle Frühreife, kongenitale Anomalien werden besprochen, ebenso die Intersexualität. Des Vorkommen von Tumoren des Genitale ist nur kurz dargestellt, aber ausreichend. Einen breiten Raum nimmt die Besprechung der Vulvovaginitis ein, was von großer praktischer Bedeutung ist, bei der Verbreitung von Mykosen und Trichomoniasis. Verletzungen von Vulva und Vagina, wie sie gerade im Kindesalter relativ häufig sind, werden dankenswerterweise besprochen. Hervorzuheben sind die ausgezeichneten, auch farbigen Abbildungen. Alles in allem, eine Darstellung der Kindergynäkologie, die uns bisher gelehrt hat.

Dr. J. Platz, Weiden

#### Die Kneippkur – Die Kur der Erfolge

Verf.: Dr. A. Schalle, 434 S., 25 Abb. und Tafeln, Leinen, DM 28,—. Ehrenwirth Verlag, München.

Wer könnte berufener sein, die Naturheilmethoden Sebastian Kneipps (1821 bis 1897) in ihrer Gesamtheit der Allgemeinheit nahezubringen, als der Autor, der lange Jahre als Protagonist und einer der letzten Schüler des „Wasserdoktors“ in Bad Wörishofen wirkte.

Das Buch, das jetzt in einer überarbeiteten Neuauflage vorliegt, hat über vier Jahrzehnte dem Retsuchenden hilfreich zur Seite gestanden, 150 000 Exemplare haben inzwischen ihre Leser gefunden.

Inhaltlich klar gegliedert, fesselt es gleich bei der Lektüre der ersten Kapitel, in denen die Geschichte der Wasserkur und des Kneippischen Heilverfahrens beschrieben wird, dessen wesentlichster Faktor die Abhärtung, die Verhütung der Krankheit ist. Wer die Methoden beherrscht, kann sie mit einfachsten Mitteln praktizieren: „ein Brunnen mit frischem Wasser, eine Gießkanne, einige Meter grobes Leinen, ein Badeschaff, das sind die Instrumente der Wasserheilkunst“.

So werden auch die verschiedenen Kneippischen Anwendungen in 20 Abschnitten ausführlich behandelt, eingefangen bei den Waschungen über die Voll- und Teilbäder bis zu den mannigfachen Arten von Güssen, wobei die Teilgüsse neben den Rumpfgüssen eingehende Erläuterung finden. Die anschauliche Schilderung dieser therapeutischen Maßnahmen wird durch eine Reihe von Bildtafeln noch unterstrichen.

In den weiteren Kapiteln befaßt sich Schalle mit den praktischen Anwendungsmöglichkeiten der verschiedenen Kneippischen Heilverfahren bei Nerven- und Herzleiden, Frauen- und Infektionskrankheiten sowie zahlreichen Orgenerkrankungen. Auf die Möglichkeiten Kneippischer Anwendungen bei Gicht wird ebenso hingewiesen, wie auf eine solche bei Adipositas zur Gewichtsreduzierung. Schließlich findet die Behandlung von Kontusionen und Gelenkserkrankungen, von Krampfadern, Venenentzündungen und Wadenkrämpfen nach den verschiedenen Kneippischen Verfahren eingehende Würdigung. Der Verfasser geht hier auch kurz auf die Möglichkeit ein, periphere Durchblutungsstörungen erfolgreich nach den Methoden seines großen Lehrmeisters zu behandeln.

Das abschließende Kapitel ist den Fragen zweckmäßiger, natürlicher Ernährung gewidmet, wobei die Rohkost-, Obst- und Traubenkuren ebenso Erwähnung finden wie das Heilfasten. Kräuterkuren und die verschiedenen Anwendungsmöglichkeiten von Heilpflanzen bei einzelnen Krankheiten bleiben nicht unerwähnt.

Das sehr schön verlegte Buch wird manchem Laien ein zuverlässiger Ratgeber sein, auch der Arzt dürfte es mit Interesse lesen.

Dr. H. Schröder, Augsburg

#### Das gesunde Kind

Das große Beratungsbuch für Eltern

Verf.: Dr. H. Jolly, aus dem Englischen von M. Carroux, tachsärztlicher Berater Dozent Dr. J.-D. Murken, 624 S., 104 Farbabb. auf Tafeln, zahlr. Textzeichnungen, Lexikonformat, Leinen, DM 38,—. Ehrenwirth Verlag, München.

Bei dem vorliegenden Werk handelt es sich um ein umfassendes Beratungsbuch in allen Erziehungs- und Gesundheitsfragen von der Geburt bis zur Reife.

Der Autor ist Leiter der Abteilung für Kinderkrankheiten im Cehring Cross Krankenhaus in London, das zur Universität gehört. Der techärztliche Berater für die deutsche Übersetzung ist leitender Oberarzt an der Kinderpoliklinik der Universität München und Mitglied des wissenschaftlichen Beirates der Redaktion der Zeitschrift „Eltern“.

**ZUSAMMENSETZUNG Tabletten:** 1 Tablette enthält: Cocculus D 4 210 mg, Conium D 3, Ambra D 6, Petroleum D 8 ana 30 mg.  
**Tropfen:** In 100 ml: Cocculus D 4 70 ml, Conium D 3, Ambra D 6, Petroleum D 8 ana 10 ml.  
**ANWENDUNG:** Tabletten, Tropfen: 3–4 mal täglich 1 Tablette lutschen (bzw. 6–10 Tropfen), bei anfallsweisem Schwindel und Übelkeit Stoßtherapie (alle 15 Minuten 1 Tablette bzw. 6–10 Tropfen).  
**HANDELSFORMEN UND PREISE (incl. MwSt.):** Preisänderungen vorbehalten. Packung zu 50 Tabletten DM 3,65, zu 250 Tabletten DM 12,95.  
 Tropfflasche zu 15 ml DM 4,—, zu 30 ml DM 6,20, zu 100 ml DM 16,95.  
 Weitere Darreichungsform: Injektionslösung bei schweren Schwindelzuständen

**Schwindel  
 verschiedener Genese**

# Vertigoheel®

**Kinetosen (See-, Luft-  
 Autokrankheit)**

**Biologische Heilmittel Heel GmbH  
 Baden-Baden -Heel**

## Die meldepflichtigen übertragbaren Krankheiten in Bayern im Monat Januar 1976 \*)

(Zusammengestellt aufgrund der Wochenmeldungen)

Die Zahl der gemeldeten Scharlachkrankungen ging im Januar merklich zurück, nämlich von 110 im Dezember vorigen Jahres auf 60, jeweils auf 100 000 Einwohner bezogen und auf ein Jahr umgerechnet. Eine ähnliche Entwicklung war auch zu Beginn der vergangenen Jahre zu beobachten. Erhöht hat sich

dagegen, wenn auch nur geringfügig, die Erkrankungshäufigkeit an übertragbarer Hirnhautentzündung; sie lag nunmehr wieder auf gleicher Höhe wie im November vorigen Jahres.

An Salmonellosa erkrankte im Januar die gleiche Zahl von Menschen wie im

Vormonat, auf 100 000 Einwohner entfielen 34 Fälle. Die Erkrankungsziffer an Hepatitis infectiosa stieg von 24 im Dezember auf 30 im Berichtsmonat, jeweils auf 100 000 Einwohner, an.

### Neuerkrankungen und Sterbefälle in der Zeit vom 5. Januar bis 1. Februar 1976 (vorläufiges Ergebnis)

Gebiet	1		2		3		4		5		6		7		8		9		10		11		12	
	Diphtherie		Scharlach		Übertragbare																			
					Kinderlähmung		Hirnhautentzündung		Gehirnentzündung		Typhus abdominalis		Pere-typhus A und B		Bakterielle Ruhr (ohne Amöbenruhr)		Enteritis infectiosa				Botulismus			
	Meningokokken-Meningitis		übrige Formen				Salmonellose										übrige Formen							
	E <sup>1)</sup>	ST <sup>2)</sup>	E	ST	E	ST	E	ST	E	ST	E	ST	E	ST	E	ST	E	ST	E	ST	E	ST	E	ST
Oberbayern	1	—	200	—	—	—	3	2	13	—	—	—	1	—	—	—	5	—	144	—	—	—	—	—
Niederbayern	—	—	32	—	—	—	—	—	—	—	1	—	—	—	—	—	—	—	18	—	2	—	—	—
Oberpfalz	—	—	30	—	—	—	2	—	12	—	—	—	—	—	—	—	—	—	22	—	—	—	—	—
Oberfranken	—	—	43	—	—	—	2	—	14	—	—	—	—	—	—	—	—	—	7	—	—	—	—	—
Mittelfranken	—	—	66	—	—	—	4	1	6	—	—	—	—	—	—	—	2	—	43	—	—	—	—	—
Unterfranken	1	—	40	—	—	—	3	—	12	—	—	—	1	—	—	—	—	—	25	—	—	—	—	—
Schwaben	—	—	88	—	—	—	5	—	10	—	—	—	—	—	—	—	2	—	26	—	3	—	—	—
Bayern	2	—	499	—	—	—	19	3	67	—	1	—	2	—	—	—	9	—	285	—	5	—	—	—
München	—	—	81	—	—	—	—	—	1	—	—	—	1	—	—	—	4	—	56	—	—	—	—	—
Nürnberg	—	—	12	—	—	—	—	—	4	—	—	—	—	—	—	—	—	—	8	—	—	—	—	—
Augsburg	—	—	4	—	—	—	1	—	—	—	—	—	—	—	—	—	1	—	2	—	—	—	—	—
Regensburg	—	—	5	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	2	—	—	—	—	—
Würzburg	—	—	1	—	—	—	1	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	6	—	—	—	—	—
Fürth	—	—	7	—	—	—	—	—	1	—	—	—	—	—	—	—	1	—	3	—	—	—	—	—
Erlangen	—	—	5	—	—	—	1	1	—	—	—	—	—	—	—	—	1	—	6	—	—	—	—	—

Gebiet	13		14		15		16		17		18		19		20		21		22		23		24	
	Hepatitis infectiosa		Ornithose				Mikrosporidie		Bengische Krankheit		Malaria-Erkrankung		Toxoplasmosis										Verdachtsfälle von Tollwut <sup>3)</sup>	
			Psittacose		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
Oberbayern	94	2	2	—	—	—	—	—	—	—	1	1	1	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	16
Niederbayern	20	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
Oberpfalz	16	—	1	—	1	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	8
Oberfranken	29	—	—	—	—	—	—	—	1	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	4
Mittelfranken	32	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	9
Unterfranken	23	1	—	—	—	—	1	—	—	—	1	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	2
Schwaben	32	—	1	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	12
Bayern	246	3	4	—	1	—	1	—	1	—	2	1	1	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	51
München	55	2	—	—	—	—	—	—	—	—	1	1	1	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
Nürnberg	15	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
Augsburg	7	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	1
Regensburg	2	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
Würzburg	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	1	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
Fürth	2	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
Erlangen	5	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—

\*) 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.



# DURCH FÄLLE

## ein Fall für Mexaform plus

# A

### Zusammensetzung

1 Dragée enthält: 200 mg 5,7-Dichlor-8-hydroxychinolin (Helquinol) + 20 mg 4,7-Phenanthrolin-5,6-chinon (Phanquone);  
1 Mikrotablette enthält: 20 mg Halquinol + 2 mg Phanquone; 1 ml Tropfen (ca. 20 Tropfen) enthält: 80 mg Helquinol + 8 mg Phanquone.

### Indikationen

Enteritis, Enterokolitis bzw. Kolitis infolge bakterieller und parasitärer Dermifektionen, unspezifische Durchfälle. Bei Durchfällen infolge Antibiotika-Behandlung; bei operationsbedingtem Meteorismus.

### Kontraindikationen

Hepatische oder renale Insuffizienz.

### Nebenwirkungen

Unspezifische Nebenerscheinungen wie Übelkeit, Kopfschmerzen und Schwindelgefühl werden selten beobachtet. Überempfindlichkeitsreaktion der Haut kommen sporadisch vor. Das Vorkommen von peripherer Neuropathie, Myelopathie sowie von Optikusschädigung ist bei Hydroxychinolinen verschiedener Art beschrieben worden, meist erst nach längerer, kontinuierlicher Verabreichung hoher Dosen.

Schon die ersten Anzeichen dererziger Störungen erfordern ein sofortiges Absetzen des Präparates.

### Dosierung und Anwendungsdauer

Erwachsene: Durchschnittlich 3mal täglich 1 Dragée.  
Schulkinder über 12 Jahre: 1-3mal täglich 1 Dragée.  
Schulkinder vom vollendeten 6.-12. Lebensjahr: 1-2mal täglich 1 Dragée oder 10-20 Mikrotabletten.  
Kleinkinder vom vollendeten 1.-6. Lebensjahr: 8-12 Mikrotabletten täglich oder 40-60 Tropfen.  
Säuglinge bis 12 Monate: 3-5 Mikrotabletten oder 15-25 Tropfen täglich.  
Akute Dermatornungen erfordern praktisch nie mehr als eine einwöchige Behandlungsdauer. Ist in seltenen Fällen eine Überschreitung der einwöchigen Behandlungsdauer (bis maximal vier Wochen) erforderlich, sollte diese stets unter ärztlicher Überwachung erfolgen.

### Besondere Hinweise

Sollte MEXAFORM PLUS mit anderen hydroxychinolinhaltigen Medikamenten gemeinsam verabreicht werden, so ist darauf zu achten, daß bei Erwachsenen Hydroxychinolin-Tagesdosen von 750 mg, bei Kindern entsprechend weniger, nicht überschritten werden. Desgleichen darf nach der als maximal angegebenen Behandlungsdauer kein anderes hydroxychinolinhaltiges Medikament zur evtl. Weiterbehandlung verwendet werden.

Während der Schwangerschaft, besonders in den ersten 3 Monaten, soll MEXAFORM PLUS wie alle Arzneimittel nur bei strenger Indikationsstellung angewendet werden.

MEXAFORM PLUS ist nur zur Anwendung beim Menschen bestimmt. Bei durchfallerkrankten Hunden und Katzen kann es wegen artspezifischer Überempfindlichkeit zu Nebenwirkungen kommen.

### Handelsformen und Preise

10 Dragées	DM 4,20
20 Dragées	DM 7,45
50 Dragées	DM 17,20
Anstaltspackungen	
50 Mikrotabletten	DM 2,90
30 ml Tropfen	DM 7,20

C I B A

**Indikationen:** Funktionelle nervöse Magen- und Darmbeschwerden, akute und chronische Gastritiden, Magen- und Zwölffingerdarmgeschwüre.  
**Kontraindikationen:** Akut entzündliche Stammhirnprozesse. **Relative Kontraindikationen:** Bei Prostatahypertrophie und Glaukom sollte die empfohlene Dosierung nicht überschritten werden, da Oisopromin HCl eine atropinartige Wirkung entfaltet. **Hinweis:** Zusätzliche Medikation von Tranquillantien ist überflüssig. Gleichzeitiger Alkoholgenuß kann die Reaktionsbereitschaft (Kraftfahrer!) vermindern.



**Dosierung:** 3mal täglich 1–2 Tabletten, im allgemeinen eine halbe Stunde vor den Mahlzeiten. **Zusammensetzung:** 1 Tablette enthält: 0,1 mg Haloparidol, 2 mg Oisoprominhydrochlorid, 100 mg Bismutum albuminum, 100 mg Magnesium trisilicium, 400 mg Extr. Liquiritiae, 25 mg Cholin-*-orotat*. **Hendelsformen und Preise:** 30 Tabletten OM 7,25 60 Tabletten OM 12,25 Kurpackung 240 Tabletten



Lindopharm KG  
Hilden Rhld

# Ulcolind.<sup>®</sup> Damit's kein Ulcus wird.

**Sowohl**  
bei nervösem  
Reizmagern



**als auch**  
bei Gastritis  
und Ulcus

# Ulcolind<sup>®</sup> unterbricht die Streß-Ulcus-Kette<sup>\*)</sup>

**Sowohl**  
durch psychosomatische  
Harmonisierung  
ohne Bewußtseinseingung



**als auch**  
durch Spasmodolyse,  
Säurepufferung  
und Schleimhautschutz

\*) K. Becker: Ärztliche Praxis 12 (1965): 623  
F. Bach: Ärztliche Praxis 76 (1966): 2538

## Kongreßkalender

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

### Mal 1976

- 1.–2. **Bonn-Bad Godesberg:** 2. Sitzung der 11. Seminargruppe der Friedrich-Thieding-Stiftung. – Auskunft: Friedrich-Thieding-Stiftung, Kölner Straße 40–42, 5300 Bonn-Bad Godesberg.
- 1.–5. **Wiesbaden:** 3. Arbeitstagung der Arbeitsgemeinschaft „Cervix uteri“ – Sektion der Deutschen Gesellschaft für Gynäkologie und Geburtshilfe. – Auskunft: Arbeitsgemeinschaft „Cervix uteri“, Biebricher Allee 1, 6200 Wiesbaden.
- 2.–8. **Bad Wörlishofen:** 37. Fortbildungskongreß des Kneippärztabundes – Ärztliche Gesellschaft für Physiotherapie. – Auskunft: Sekretariat des Kneippärztabundes, Fidel-Kreuzer-Straße 17, 8939 Bad Wörlishofen.
- 3.–6. **Neuherberg:** Spezialkurs im Strahlenschutz beim Umgang mit offenen radioaktiven Stoffen. – Auskunft: Kurssekretariat des Instituts für Strahlenschutz, Ingolstädter Landstraße 1, 8042 Neuherberg.
- 3.–7. **Istanbul:** 14. Jahreskongreß der Europäischen Gesellschaft für Kinderheilkunde. – Auskunft: Dr. Taoman-Onat, Carrahpasa Cocuk Klinigi, Kardiologil Bölümü Aksaray – Istanbul.
- 5.–7. **Heidelberg:** 7. Wissenschaftliche Tagung der Deutschen Gesellschaft für Medizinische Physik. – Auskunft: Prof. Dr. W. J. Loranz, Deutsches Krebsforschungszentrum, Institut für Nuklearmedizin, Im Neuenheimer Feld 260, 6900 Heidelberg.
- 5.–8. **Erlangen:** EKG-Kurs für Sportärzte (Fortgeschrittene). – Auskunft: Prof. Dr. W. Hilmar, Sportmedizinische Abteilung der Medizinischen Poliklinik, Östliche Stadtmauerstraße 29, 8520 Erlangen.
- 5.–8. **Köln:** Jahrestagung der Deutschen Gesellschaft für Arbeitsmedizin. – Auskunft: Dr. A. Buchter, Institut und Poliklinik für Arbeits- und Sozialmedizin der Universität, Lindenburg, Haus 11 B, 5000 Köln 41.
- 6.–9. **Wiesbaden:** 4. Wissenschaftliche Arbeitstagung der Deutschen Gesellschaft für Ästhetische-Plastische Chirurgie mit der Société Française de Chirurgie Esthétique. – Auskunft: Dr. F. Lichtenhald, Laibnitzstraße 19, 6200 Wiesbaden.
- 7.–8. **München:** Fortbildungskurs für Phonokardiographia (Teil I). – Auskunft: Bayerische Landesärztekammer, Mühlbauerstraße 16, 8000 München 80.
- 8. **Würzburg:** 8. Fortbildungstagung für praktizierende Ärzte – Thema: Rationelle Diagnostik bei internen Erkrankungen. – Auskunft: Prof. Dr. P. Polzien, Klinikstraße 8, 8700 Würzburg.

- 8.-9. **Grefschett:** Fortbildungsveranstaltung der Ärztekammer Westfalen-Lippe — Thema: Atemwegserkrankungen. — Auskunft: Ärztekammer Westfalen-Lippe, Kaiser-Wilhelm-Ring 4-6, 4400 Münster.
- 8.-9. **Hennef:** Sportärzte-Fortbildungslehrgang. — Auskunft: Dr. D. Schnell, Otto-Willach-Straße 2, 5207 Ruppichteroth.
- 8.-9. **München-Grünwald:** Sportärztliche Ausbildungstagung. — Auskunft: Dr. H. Pabst, Sportmedizinisches Untersuchungszentrum, Ebertstraße 1, 8022 Grünwald.
- 8.-15. **Moskau/Leningrad:** Fachstudienreise für Allgemeinmedizin. — Auskunft: Deutsches Reisebüro GmbH, Ärztliche Kongreßreisen, Eschersheimer Landstraße 25-27, 6000 Frankfurt.
- 10.-13. **Neuherberg:** Spezialkurs im Strahlenschutz bei der Untersuchung mit Röntgenstrahlen. — Auskunft: Kurssekretariat des Instituts für Strahlenschutz, Ingolstädter Landstraße 1, 8042 Neuherberg.
- 10.-15. **Düsseldorf: 79. Deutscher Ärztetag.** — Auskunft: Bundesärztekammer, Postfach 41 02 20, 5000 Köln 41.
- 13.-15. **Bed Aussee:** Alpenländisches Symposium — Thema: Prostatakarzinom. — Auskunft: G. Hubmer, Department für Urologie, Universitätsklinik, Auenbruggerplatz, A-8036 Graz.
- 14.-18. **Ambech:** Ärzte-Kurs C des Deutschen Zentralvereins homöopathischer Ärzte. — Auskunft: Dr. Stübler, Singerstraße 1, 8900 Augsburg.
15. **München:** Chirurgisch-gastroenterologische Fortbildung — Thema: Aktuelle Chirurgie der Gallenwege. — Auskunft: Dr. D. Gelfe, Ismeninger Straße 22, 8000 München 80.
- 15.-18. **Füssen:** 2. Wehrmedizinisches Symposium der Deutschen Gesellschaft für Wehrmedizin und Wehrpharmazie e. V. — anschließend Exkursion nach Solferino. — Auskunft: Dr. A. Wandel, Kurklinik, 8959 Schwengau.
- 17.-19. **Paris:** Internationale Tagung für Kardiologie. — Auskunft: L'expansion scientifique française, 15, rue Saint-Benoit, F-75278 Paris Cedex 06.
- 17.-20. **Berlin:** 26. Wissenschaftlicher Kongreß der Ärzte des Öffentlichen Gesundheitsdienstes. — Auskunft: Prof. Fülgraff, Postfach, 1000 Berlin 33.
- 17.-22. **Höhenried:** Seminar über Präventiv-Kardiologie. — Auskunft: Bayerische Landesärztekammer, Mühlbaurestraße 16, 8000 München 80.
- 19.-22. **Stockholm:** 13. Tagung der Europäischen Gesellschaft für Kinder-Radiologie. — Auskunft: Organisationskomitee, Sekretariat Dr. O. Ekloef, P. O. Box 272, S-10123 Stockholm.
- 20.-22. **Berlin:** Kongreß für Laboratoriumsmedizin. — Auskunft: Deutsche Gesellschaft für Laboratoriumsmedizin, Zentralbüro, Postfach 10 06 42, 5090 Leverkusen.

# Stullmaton hilft auf pflanzlicher Basis

bei  
schwer verdaulichen Speisen



Ungewohnte Umwelteinflüsse, Alkohol- und Nikotingenuß führen oft zu Magen- und Darmstörungen.

**STULLMATON** hilft oft schon bei einmaliger Einnahme, selbst bei hartnäckigen Durchfällen werden nach 1 - 2 Tagen wieder normale Resorptions- und Verdauungsverhältnisse hergestellt.

**STULLMATON**, auf rein pflanzlicher Basis hergestellt, läßt auch bei Dauergebrauch oder Überdosierung keine Nebenwirkungen zu.

**STULLMATON** kann ohne Bedenken auch Säuglingen und Kleinkindern gegeben werden.

**Indikationen:** Alle Arten von Schleimhauterkrankungen des Magen- und Darmkanals.

**Zusammensetzung:** 0,60 g Trockenextrakt aus 3,60 g *Summitates Piceae excelsae*, 0,04 g *Herbe Centaurii*, 0,03 g *Flores Arnicae*, 0,40 g *Folia Melissa*, 0,48 g *Flores Chamomillae*, 0,04 g *Herba Absinthii*; Extraktionsmittel: Aqua dest.

— 0,14 g p - Hydroxybenzoesäuremethylester, 0,06 g p Hydroxybenzoesäurepropylester, 0,36 mg Manganchlorid, 0,20 mg Kobaltchlorid, 0,13 mg Kupferchlorid, ad 200 ml Aqua dest.

**Handelsform:** Originalpackung 200 ml zu DM 5,75. Reisepackung 10 x 15 ml zu DM 6,20.

Auch ideal für die Reise

**VAW Flußspat-Chemie GmbH**  
8470 Stulln/Nabburg





# Neurovegetalin®

eine stets zeitgerechte Therapie  
vegetativer Störungen



Seit 20 Jahren züchten wir Mutterkorn im eigenen Feldanbau und erzeugen Mutterkorn-Alkaloide für unsere Präparate.

**Zusammensetzung**

In 1 Dregée sind enthalten Secale-Alkaloide-Verla: Ergotaminertret 0,10 mg; Ergotoxinphosphat 0,12 mg. Belladonna-Alkaloide: Hyoscyamin 0,087 mg; Scopolaminhydrobromid 0,003 mg; Phenylethylberbitursäure 20,0 mg.

**Indikationen**

Alle Erscheinungsformen der vegetativen Dystonie: Überregbarkeit, Erregungszustände, nervöse Schlafstörungen, Gleichgewichtsstörungen, Unruhe, Reizbarkeit, Erröten, Schweißausbrüche, Wetterfühligkeit, Migräne, klimakterische Beschwerden, gastrointestinale Störungen, Reizblase. Zustände bei psychischen Belastungen, Angstneurosen, Angestgefühle, Schwindel, psychoneurotische Zustände, vegetative Neurosen.

**Kontraindikationen**

Gravidität, Laktation, Gefäßerkrankungen, schwere Leber- und Nierenfunktionsstörungen, Glaukom, Porphyrie, Prostatahypertrophie mit Neigung zur Restharnbildung, schwere Zerebrasklerose.

**Oasierung**

Meist genügen 2 Oregées täglich – abends gegeben –, um die physiologische Erholungspause des Vegetativum während der Nacht zu vertiefen. Höhere Dosierung auf dieser Abenddosis aufbauen! In schweren Fällen können bis 6 Dregées täglich verabreicht werden; die Oasierung wird stufenweise wieder abgebaut.

**Handelsformen**

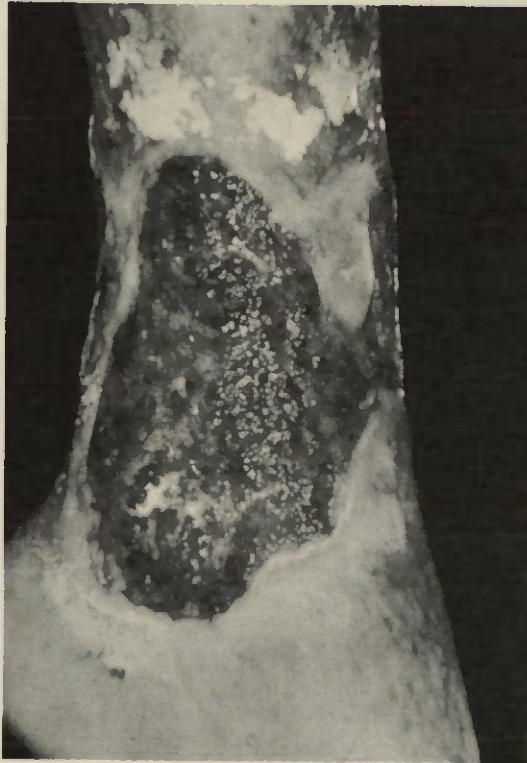
25 Dregées DM 5.30; 50 Dregées OM 9.95; 100 Dregées OM 17.50; Anstaltspeckungen.

- 21.–22. **Hennover:** 5. Wissenschaftlicher Kongreß des Bundesverbandes der Vertreuensärzte. – Auskunft: Direktor Dr. K. Kohlhausen, Hildesheimer Straße 41, 3000 Hennover.
- 21.–23. **Rotteck-Egern:** Ärzte-Kongreß „Stoffwechselkrankheiten“. – Auskunft: Kneipp-Bund e. V., Postfach 264, 8000 München 60.
- 22.–23. **Bed Neuheim:** NAV-Symposion. – Auskunft: Verband der niedergelassenen Ärzte Deutschlands, Beltortstraße 9/III, 5000 Köln 1.
- 23.–26. **London:** 3. Kongreß der Vereinigung katholischer Ärzteverbände. – Auskunft: Katholische Ärzearbeit Deutschlands, Venusberg 1, 5300 Bonn 1.
- 23. 5.–5. 6. **Montecatini Terme:** XIV. Internationaler Fortbildungskongreß der Bundesärztekammer (Seminerkongreß). – Auskunft: Kongreßbüro der Bundesärztekammer, Postfach 41 02 20, 5000 Köln 41.
- 26.–29. **Augsburg:** V. Zentralkongreß 10r Medizinische Assistentenberufe „Des Krebsproblem aus der Sicht der medizinischen Assistentenberufe“. – Auskunft: Kongreßbüro der Bundesärztekammer, Postfach 41 02 20, 5000 Köln 41.
- 26.–29. **Meinz:** Bundestagung des Kreftfahrverbandes Deutscher Ärzte e. V. mit verkehrsmedizinischem Symposion. – Auskunft: KVDA-Hauptverwaltung, Johanne-Melber-Weg 31, 6000 Frankfurt 70.
- 27.–29. **Braunlage:** 11. Jahrestagung der Deutschen Diabetes-Gesellschaft. – Auskunft: Prof. Dr. H. D. Söling, Humboldtallee 1, 3400 Göttingen.
- 27.–29. **München:** Wissenschaftlicher Kongreß der Bayerischen Gesellschaft für Geburtshilfe und Frauenheilkunde. – Auskunft: Prof. Dr. E. Waidl, Ismaninger Straße 22, 8000 München 80.
- 27.–29. **München:** Symposion „kraniale Computer-Tomographie“. – Auskunft: Priv.-Doz. Dr. E. Kazner, Neurochirurgische Klinik im Klinikum Großhadern der Universität, Marchioninistraße 15, 8000 München 70.
- 27.–29. **Velden:** 28. Kärntner Ärztetreffen. – Auskunft: Ärztekammer für Kärnten, Behnhofstraße 22, A-9020 Klagenfurt.
- 27.–30. **Regensburg:** Ärztliche Fortbildung Regensburg. – Auskunft: Dr. F. Schmidl, Ärztliche Fortbildung Regensburg, Altes Rethaus, 8400 Regensburg.
- 28.–29. **München:** Tagung der Vereinigung Bayerischer Augenärzte. – Auskunft: Prof. Dr. O.-E. Lund, Mathildenstraße B, 8000 München 2.
- 29.–30. **Bonn-Bed Godesberg:** 3. Sitzung der 11. Seminargruppe der Friedrich-Thieding-Stiftung. – Auskunft: Friedrich-Thieding-Stiftung, Kölner Straße 40–42, 5300 Bonn-Bed Godesberg.
- 29.–30. **Erlangen:** Tegung der Süddeutschen Kinderärzte. – Auskunft: Prof. Dr. Sitzmann, Loschgstraße 15, 8520 Erlangen.
- 29.–30. **München-Grünwald:** Sportärztliche Ausbildungstagung. – Auskunft: Dr. H. Pabst, Sportmedizinisches Untersuchungszentrum, Ebertstraße 1, 8022 Grünwald.

# Testfall **Ulcus cruris**

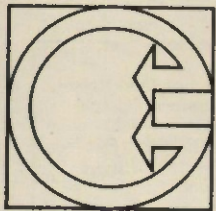
Bei Therapiebeginn

Nach 5 Wochen



8. Schnellen\* behandelte abgebildetes Ulcus cruris lokal mit Cicatrex-Puder. Die Therapie wurde mit durchblutungsfördernden Maßnahmen unterstützt.

\* Akad. Dberrat Dr. med. 8. Schnellen, Univ.-Hautklinik, 74 Tübingen, Liebermeisterweg



# cicatrex

## heilt Wunden schnell

Indikationen:

**Alle zu Infektionen neigenden Wunden.**

Zum Beispiel: Schnittwunden, Schürfwunden, Rißwunden und Verbrennungen. Außerdem Ulcus cruris, Dekubitus und Hautinfektionen.



**Wellcome**

Deutsche Wellcome GmbH  
3006 Burgwedel 1

Anwendung: 2 x täglich oder bei jedem Verbandwechsel.

Nebenwirkungen: Vereinzelt Wundbrennen.

Kontraindikationen: Überempfindlichkeit gegen die einzelnen Bestandteile.

Hinweis: Bei Resorption von Neomycin potentielle Toxizität für den Hörnerv (siehe auch Packungsbeilage und wissenschaftlichen Prospekt).

Zusammensetzung: 1 g enthält Glycin 10 mg, L-Cystein 2 mg, DL-Threonin 1 mg, Bacitracin-Zink 3,4 mg, Neomycinsulfat 4,7 mg.

Handelsformen und Preise\* (mit MWSt): Puder (mit resorbierbarer Maisstärke) 5 g 4,25 DM, 50 g 27,15 DM.

Salbe (reizlose Paraffingrundlage) 15 g 8,40 DM, 50 g 19,00 DM.

\* unverbindlich.

30. 5.— **München:** 12. Internationaler Kongreß für Lebensversicherungsmedizin. — Auskunft: Drogenisierungs-komitee, 12. Internationaler Kongreß für Lebensversicherungsmedizin, Postfach 40 13 20, 8000 München 40.
30. 5.— **Greda:** XXIV. Internationaler Fortbildungskongreß der Bundesärztekammer, Lehrgang für praktische Medizin. — Auskunft: Kongreßbüro der Bundesärztekammer, Postfach 41 02 20, 5000 Köln 41.
31. 5.— **Münster:** XXVI. Tagung der Deutschen Gesellschaft für Mund-, Kiefer- und Gesichtschirurgie. — Auskunft: Prof. Dr. Dr. R. Becker, Robert-Koch-Straße 27 a, 4400 Münster.
31. 5.— **Lengede:** Sportärzte-Fortbildungslehrgang. — 13. 6. Auskunft: Direktor Dr. G. Schwerz, Sprangerweg 2, 3400 Göttingen.

Juni 1976

- 8.—12. **Berlin:** 25. Deutscher Kongreß für ärztliche Fortbildung. — Auskunft: Kongreßgesellschaft für ärztliche Fortbildung e. V., Klingensorstraße 21, 1000 Berlin 41.
- 10.—13. **Würzburg:** Wissenschaftliche Jahrestagung der Deutschen Gesellschaft für Kieferorthopädie. — Auskunft: Prof. Dr. E. Witt, Pleichertorstraße 32, 8700 Würzburg.
- 11.—13. **Bad Reichenhall:** 9. Kolloquium der Bad Reichenhaller Forschungsanstalt für Krankheiten der At-

mungsorgane. — Auskunft: Obermedizinischer Direktor Dr. O. P. Schmidt, Selzburger Straße 9, 8230 Bad Reichenhall.

- 12.—13. **Höhenried:** Ergometrie-Wochenende. — Auskunft: Dr. Hofmann, Klinik Höhenried, 8131 Bernried.
- 18.—20. **Berlin:** Kongreß der Deutschen Gesellschaft für Gerontologie. — Auskunft: Prof. Dr. Kenowski, Renkestraße 17, 1000 Berlin 30.
19. **Erlangen:** 9. Fortbildungstagung „Klinische Immunologie“. — Auskunft: Sekretariat des Instituts und Poliklinik für klinische Immunologie der Universität, Krankenhausstraße 12, 8520 Erlangen.
- 19.—20. **Baden-Baden:** 4. Deutscher Kongreß für Allgemeinmedizin. — Auskunft: Sekretariat des 4. Deutschen Kongresses für Allgemeinmedizin, Carl-Delemann-Weg 1, 6350 Bad Nauheim.
- 22.—25. **Hamburg:** XIII. Kongreß der Europäischen Gesellschaft für Dialyse und Transplantation. — Auskunft: Kongreßbüro, Deutsches Reisebüro GmbH, Hohe Bleichen 13, 2000 Hamburg 36.
- 27.—30. **Venedig:** Symposium der Deutschen und Italienischen Gesellschaft für Rheumatologie. — Auskunft: Prof. Dr. H. Mathies, Rheuma-Zentrum, 8403 Bad Abbach.
28. 6.— 2. 7. **Lindau:** 26. Tagung der Nobelpreisträger — IX. Tagung der Physiker. — Auskunft: Ständiger Arbeitsausschuß für die Tagungen der Nobelpreisträger in Lindau, Postfach 1325, 8990 Lindau.

**Beilagenhinweis:**

Dieser Ausgabe ist je ein Prospekt beigelegt der Firmen: **Benechemie GmbH, München;**  
**C. H. Boehringer Sohn.**

Eine Teillaufage enthält einen Prospekt der Firma **Karl Heuser & Sohn, Böhmeschinnen, München.**

**Optimal sauberes, hautverträgliches  
Schwimmbadwasser**

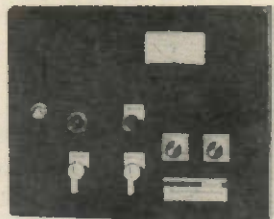
durch integrierte Elektronik

**vollautomatisch messen, regeln,  
dosieren**

pH-Wert-Regulierung mit Kohlensäure  
Typ ACIDOMAT Q

Entkeimung chlorfrei mit Perfluid  
Typ DEOMAT Q

absolute Reinheit durch  
elektronisch gesteuerte  
Wasserpflege



**Seufert+Fink  
Schwimmbadbau**

GmbH & Co., Vertriebs KG.

Oberdiller Straße 27, 8021 Gaiersbrunn  
Telefon (0 89) 7 93 33 34

„Bayerisches Ärzteblatt“. Herausgeber und Verleger: Bayerische Landesärztekammer, Mühlbauerstraße 16, 8000 München 80, Telefon (0 89) 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.

Bezugspreise 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, Postfach, Sonnenstraße 29, 8000 München 2, Telefon 55 80 61, 55 82/41-48, Fernschreiber: 05/23 662, Telegrammadresse: atlaspress. Für den Anzeigenteil verantwortlich: Ernst W. Scharachinger, München.

Druck: Druckerei und Verlag Hans 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.

*Principiis obsta!*

# Prostagutt®

im Frühstadium des Prostata-Adenoms  
und bei anderen Prostatopathien

Prostagutt® bewährt  
sich beim  
prostatischen  
Beschwerdekomplex  
insbesondere bei  
Miktionsstörungen,  
weil es:

1. spasmolytisch
  2. dekongestiv
  3. analgetisch
  4. antiphlogistisch
- wirkt

**Zusammensetzung:**

100 g enth.: Tinct. Sabal serrulat. 30 g,  
Tinct. Populi tremul. 30 g, Tinct. Urticae dioic.  
30 g, Cantharis D3 1 g, Conium D4 1 g,  
Aethanol 60° 8 g  
1 Kapsel enth.: 10 mg Äthylester natür-  
licher Fettsäuren von Sabal serrulat., 3 mg  
Extr. Urticae sicc., 7 mg Extr. Populi sicc.

**Indikationen:**

1. Stadium des Prostata-Adenoms (früher  
sog. Prostatahypertrophie), Sphinktersklerose,  
Vor- und Nachbehandlung von  
Prostata-Operationen, chronische Prostatitis,  
Prostatopathie mit Kongestionen (Prostata-  
neurose, Prostatismus), Reizblase und  
Harninkontinenz ohne Organbefund,  
auch bei Frauen.

**Dosierung:**

3mal täglich 15-20 Tropfen bzw. 3mal  
täglich 1 Kapsel

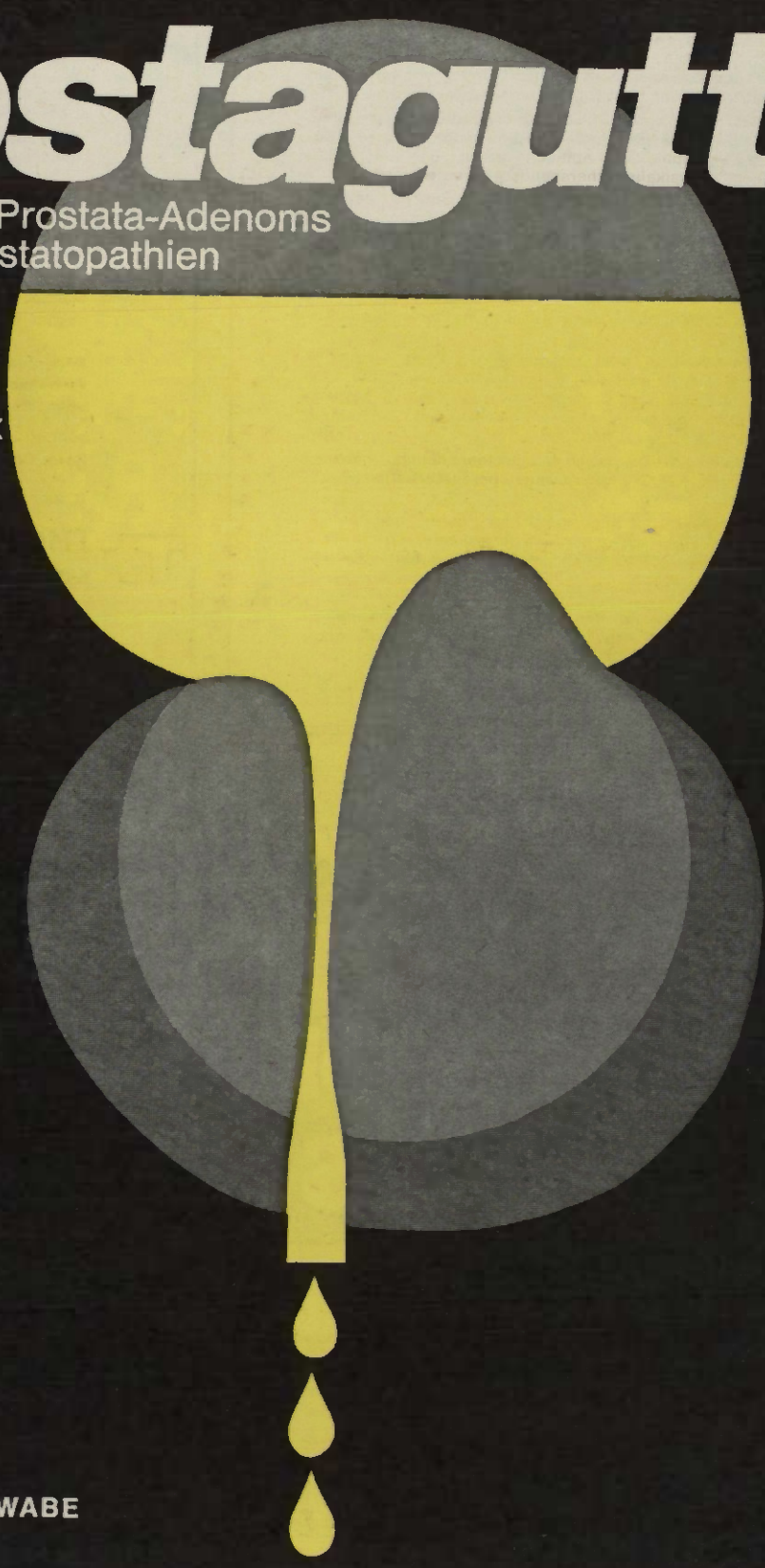
**Packungen und Preise:**

OP 20 ml DM 4,70, 50 ml DM 9,30,  
100 ml DM 15,35  
OP 60 Kapseln DM 8,90, 100 Kapseln  
DM 13,30

Stand 1.1.1976



DR. WILLMAR SCHWABE  
KARLSRUHE



Für unsere neu erbaute und modern eingerichtete

### Neurologische Abteilung am Kaiserweiher (Chefarzt Dr. Roesmenith)

suchen wir baldmöglichst einen neurologisch Interessierten

### Assistenzarzt (-ärztin)

Die Abteilung umfaßt rund 80 Betten und ist zur Behandlung akut neurologischer Fälle mit großem Einzugsgebiet eingerichtet. Der Leitende Arzt ist zur Fortsetzungsweiterbildung auf dem Gebiet der Neurologie für die Dauer von drei Jahren ermächtigt.

Als diagnostische Methoden stehen zur Verfügung: EEG, EMG, Echographie, Neuro-Radiologie und Hirnszintigraphie. Die Abteilung verfügt über ausgezeichnete physikalisch-therapeutische Einrichtungen.

Für unser Nervenkrankenhaus (1000 Betten, 21 Arztstellen, zwei Psychologen) suchen wir außerdem

### 2 Assistenzärzte (ärztinnen)

Wir bieten Möglichkeit zur vollen Fortsetzungsweiterbildung.

Die Anstellung erfolgt nach VergGr. II bzw. I b BAT je nach den persönlichen Voraussetzungen mit allen Vergünstigungen des öffentlichen Dienstes, 13. Monatsgehalt, preiswerte Wohnmöglichkeit und Verpflegung im Hause.

Nebeneinnahmen durch Gutachtenerstellung, Unterricht an der Krankenpflegeschule, Bereitschaftsdienstvergütung.

Kaufbeuren mit über 40.000 Einwohnern liegt im reizvollen Voralpenland – eine Autostunde von der Landeshauptstadt München entfernt. Es verfügt über alle Schulgelegenheiten.

Bewerbungen mit den üblichen Unterlagen erbeten an die **Direktion des Nervenkrankenhauses Kaufbeuren, Postfach 401, 8950 Kaufbeuren, Telefon (08341) 72-1.**

Am Theresienkrankenhaus Nürnberg ist die Stelle des

### Oberarztes (Oberärztin)

der Anästhesieabteilung, Chefarzt Dr. E. Heuth, wieder zu besetzen.

Das Haus hat 353 Plattenbetten mit Medizinischer und Chirurgischer Fachklinik, 13 Betten interdisziplinäre Intensivstation, modernem Strahleninstitut und 132 Belegbetten für Gynäkologie und Geburtshilfe, HNO, Urologie, Orthopädie, Mund- und Kieferchirurgie.

Vergütung 1 b AVR (BAT). Großzügige Regelung und Berechtigung der Bereitschaftsdienste. Chefarztbeteiligung. Gegebenenfalls wird Umzugskostenbeihilfe gewährt.

Nürnberg mit über 500.000 Einwohnern ist das nordbayerische Kulturzentrum nahe der Fränkischen Schweiz.

Bewerbungen erbeten an die **Verwaltung des Theresienkrankenhauses Nürnberg, Mommenstraße 24, 8500 Nürnberg**

oder

Herrn Chefarzt Dr. E. Heuth

**T+ THERESIENKRANKENHAUS  
NÜRNBERG**

Praxisräume?

Einrichtung?

Planung?

Finanzierung?

Wirtschaftlichkeits-Analyse?

Kundendienst?

# Start zur eigenen Praxis

Unsere neue Broschüre mit Planungskonzept für Facharzt-Praxisgründungen erhalten Sie kostenlos und unverbindlich gegen Einsendung dieses Coupons an: C. H. F. Müller, Unternehmensbereich der Philips GmbH, Abt. B 60, 2000 Hamburg 1, Postfach 10 46 40

Meine Anschrift:

Fachrichtung:



Medizinisch-Technische Systeme

**MÜLLER**

Für die Röntgendiagnostik, Strahlentherapie, Nuklearmedizin und Medizintechnik liefern wir ein umfassendes Geräteprogramm.

### Am Kreis Krankenhaus Mindelheim

(Krankenhaus der Versorgungsstufe 1 mit 222 Betten und den Fachabteilungen Innere und Chirurgie als Hauptabteilungen sowie HNO, Augen, Gynäkologie-Geburtshilfe als Belegabteilungen) bietet sich für einen operationserfahrenen

### Facharzt für HNO

die Möglichkeit, im Laufe des Jahres 1976 die HNO-Belegabteilung mit 18 Krankenbetten zu übernehmen. Der bisherige HNO-Belegarzt wird sich nach Absprache mit seinem Nachfolger zur Ruhe setzen; eine gut gehende Praxis kann übernommen werden.

Mindelheim ist die reizvolle Kreisstadt des Landkreises Unterallgäu im Voralpengebiet zwischen München und Lindau (in der Nähe von Bad Wörishofen, das zum Einzugsgebiet der Praxis gehört). Alle Schulen am Ort, gute Sportmöglichkeiten.

Schriftliche Bewerbungen mit den üblichen Unterlagen werden erbeten an den

**Landrat des Landkreises Unterallgäu**  
8948 Mindelheim, Telefon (08261) 8191.

**Süddeutsche HNO-Abteilung** (ständig 50 Betten belegt), in der alle Operationen im Fachgebiet (Mikrochirurgie des Ohres, Tumorchirurgie, Traumatologie u. a.) durchgeführt werden, sucht zum baldmöglichsten Eintritt

### operativ versierten Oberarzt

Der Oberarzt sollte den Chef voll vertreten können. Gutes Betriebsklima und angemessene Bezahlung werden zugesichert. Bewerbungen mit den üblichen Unterlagen.

Zuschriften erbeten unter Nr. 331/130 an die Anzeigenverwaltung BAYERISCHES ARZTEBLATT, Sonnenstr. 29, 8000 München 2.



### Offingen, Lkr. Günzburg

Merkt Offingen hat 2800 Einwohner, der Versorgungsbereich umfaßt rund 6000 Einwohner. Durch bevorstehende Erweiterung des Kernkraftwerkes Gundremmingen (3 km) sind sieben Jahre lang bis zu 2500 Personen zusätzlich zu betreuen, nach Ausbeu beschäftigt das Kernkraftwerk 400 Stammpersonen mehr. Zwei neu in Offingen angesiedelte Betriebe schaffen zusätzlich 100 Arbeitsplätze.

Wegen Wegzugs ist dar

### 3. Kassenarztsitz dringend zu besetzen

Arztthaus kann gemietet oder durch Kauf erworben werden. Ärztlicher Notfelldienst ist geregelt. Nächstes Krankenhaus, Versorgungskrankenhaus, Gymnasium, Realschule in Günzburg (8 km). Gute Schienen- und Busverbindungen nach Günzburg, Ulm (33 km). 12 km zur Autobahn Stuttgart-München. Offingen ist zentraler Ort, künftiger Verwaltungssitz, Grund- und Hauptschule, neue Mehrzweckhalle mit Bowling und Schießstand, Hallenschwimmbäder in nächster Umgebung, aufstrebender Industriort. Eilzughalte auf Bahnhöfen Offingen und Neuoffingen, Schnellzughalte in Günzburg.

Die Gemeinde Langweid a. Lech sucht für ihre Ortsteile Langweid und Achsheim (ca. 5000 Einwohner) einen weiteren

### praktischen Arzt (Ärztin)

damit der vorhandene praktische Arzt, der zugleich Werksarzt für ca. 2200 Arbeiter ist, entlastet wird.

Die Gemeinde ist bei der Beschaffung einer Wohnung und Praxisräumen behilflich.

Langweid a. Lech liegt 15 km nördlich von Augsburg.

Das Landratsamt Kitzingen sucht zum 1. 4. 1976 oder später für das Kreis Krankenhaus Volkach (68 Betten, Fachrichtung Chirurgie) einen

### Assistenzarzt

Vergütung nach Tarif. Die im öffentlichen Dienst üblichen Sozialleistungen werden gewährt.

Volkach liegt in landschaftlich reizvoller Umgebung; zur nahen Universitätsstadt Würzburg bestehen gute Verkehrsverbindungen.

interessenten werden gebeten, die üblichen Bewerbungsunterlagen bei Herrn Chefarzt Dr. Otto, Kreis Krankenhaus, 8712 Volkach, einzureichen.

Das Kreis Krankenhaus Altötting in Oberbayern (335 Betten) sucht für die Gynäkologisch-Geburtshilfliche Abteilung (70 Betten, 1 Oberarztstelle, 4 Assistenzarztstellen, zur fachärztlichen Weiterbildung für 4 Jahre ermächtigt, ca. 600 bis 700 Geburten jährlich, abdominale und vaginale Operationstechnik, Intubationsnarkose, Laparoskopie, Amnioskopie, CTG, MBU, Vidoson, reichliche Operationsmöglichkeit) eine(n)

### Assistenzarzt (-ärztin)

Das Arbeitsverhältnis richtet sich nach dem Bundes-Angestelltenarbeitsvertrag (BAT) vom 23. 2. 1961 in der derzeit geltenden Fassung. Die Vergütung erfolgt nach Vergütungsgruppe II/1 b der Anlage 1 a zum BAT. Der Bereitschaftsdienst wird gesondert vergütet.

Bewerbungen mit den üblichen Unterlagen sind an die Verwaltung des Kreis Krankenhauses, Mühldorfer Str. 16 a, 8262 Altötting, zu richten.

### Die Heilung von Hautleiden und -schäden

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

### BEFELKA-ÖL

Zus.: Öl. Hyperici 10 g, Öl. Calend. 5 g, Öl. Chamom. 3 g, Öl. Oliv. 3 g, Öl. Viol. tric 3 g, med. Weißöl 76 g, Arom.

Arztmuster durch: 50 ml DM 4,50, 100 ml DM 7,60, 200 ml DM 13,50  
BEFELKA-ARZNEIMITTEL, Postfach 13 51, 4500 Osnabrück

## SYSTEM Arztform

Fordern Sie unverbindlich

### Arztform-Information

mit Katalog über Baukasten-System

### Kostenlose Praxisplanung

mit Funktionsvorschlägen und den günstigen Baukasten-System-Preisen

Ihren Besuchs-Termin erwarten wir  
Telefon 0 21 66-36 11 [4 60 61]

direkt an der BAB-Abfahrt Wickrath

Arztform-Medizin-Zentrum

405 Mönchengladbach 2, Postf. 313

## Funktionelle Praxismöbel-Ausstellung für Neueinrichtung, Umgestaltung, Ergänzung Ihrer Praxis



Wir zeigen Ihnen interessante  
Einrichtungs-Kombinationen  
in funktionsgerechtem Einsatz

Sprechzimmer, Anmeldungen,  
Kartei, Labor, Behandlung,  
Bestrahlung, Wartezimmer,  
Polstermöbel, Raumtrennwände  
und Elektromedizin  
mit günstigen Baukasten-Preisen

Anmelde- und Kartei-Zentrale, funktionell, preisgünstig im Kombi-Baukasten-System  
Preis-Beispiel für Karteitrogstisch 155cm mit 6 Karteibahnen 482,-

Bitte Prospekt AZ

bevor Sie mit der Planung beginnen, kommen Sie zu uns

Kurklinik für internistische Rehabilitation in Schwangau am Fergeneae bei Füßen sucht baldmöglichst einen bewegungstherapeutischen, kardiologisch interessierten

### Gruppenarzt

Team von 4 Ärzten und 5 Therapeuten für 119 Patienten. Gruppentherapie, Bewegungstherapie, Terreinkur. Modernes Kreislauflabor (u. e. Ergometrieplatz, Spiroergometrieplatz usw.), klinisch-chemisches Labor. Bereitschaftsdienst, 1 Jahr Allgemeinmedizin wird anerkannt. Bezahlung erfolgt nach Tarif der Priv.KrA. (analog BAT II a/1 b).

Möglichkeit zur Gemeinschaftsverpflegung, Appartement-Wohnung. Bewerbung bitte an Cheferzt Dr. Chr. de Werth, 8959 Schwangau, Telefon (0 83 62) 82 69.

### Deutscher Chirurg, D-Arzt

sucht bis Ende 1978 Praxisübernahme, Deuervertretung oder Assoziation mit älterem Kollegen. Eigenkapital vorhanden.

Zuschriften erbeten unter Nr. 331/120 an die Anzeigenverwaltung BAYERISCHES ÄRZTEBLATT, Sonnenstraße 29, 8000 München 2.

### Assistenzärztin

(vier Jahre Facharztweiterbildung in Gynäkologie/Geburtshilfe) strebt ab letztem Facharzt-Weiterbildungsjahr Veränderung in den Reum München an. Braute gynäkologisch/geburtshilfliche Ausbildung, Operations-Katalog erfüllt. An Dauerstellung interessiert.

Zuschriften erbeten unter Nr. 331/129 an die Anzeigenverwaltung BAYERISCHES ÄRZTEBLATT, Sonnenstr. 29, 8000 München 2.

### Junge Arzthelferin

mittlere Reife, einjährige Fachschulausbildung mit mittlerem Labor sucht Stelle (möglichst Raum Allgäu) zum 1. 9. 1976.

Zuschriften erbeten an Ingrid Komeyer, 8790 Buhl/Alpsee 5/2

Realschülerin sucht

### Lehrstelle als Arzthelferin

Barbara Machill, Camerloherstraße 85 a, 8000 München 21, Telefon (089) 55 42 49 von 9-18 Uhr, (089) 56 06 17 ab 19 Uhr.

### Klinik

im Klinikviertel Münchens, erstklassig renoviert und sofort bezugsfertig für 80 bis 100 Betten zu verkaufen.

Zuschriften erbeten unter Nr. 331/121 an die Anzeigenverwaltung BAYERISCHES ÄRZTEBLATT, Sonnenstraße 29, 8000 München 2.

### Die moderne Arztpraxis

Einrichtungsvorschläge kostenlos. In meinen Aussteffungsräumen finden Sie Anregung für individuelle Praxisgestaltung. 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, Grafinger Straße 108, 8360 Deggendorf, Telefon (09 81) 59 72

### Arztehepaar

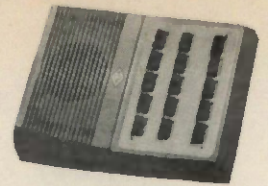
(Internist und praktische Ärztin) sucht Niederlassungsmöglichkeit oder Praxisübernahme für frühestens 1. 7. 1976.

Zuschriften erbeten unter Nr. 331/113 an die Anzeigenverwaltung BAYERISCHES ÄRZTEBLATT, Sonnenstraße 29, 8000 München 2.

### Gegen Enuresis nocturna

ist HICOTON ein Spezifikum seit vielen Jahren bestens bewährt und in allen Apotheken erhältlich!

Zusammensetzung pro Tabl.: Ferr. oxyd. sacch. 50 mg, Sojalezithin 1,7 mg, Calc. glyc. phosph. 25 mg, Extr. Rhola arom. 5 mg, Extr. Humuli lupuli 2,5 mg, Extr. chinae 2,5 mg, Camph. monobr. 9,05 mg, 50 Tabl. 8,40 DM, 300 Tabl. 39,50 DM. Ärztemuster durch: „MEDIKA“ Pharm. Präparate, Am Alten Weg 20, 8024 München-Deisenhofen



### Sprechanlagen

- schnelle Information
- keine Telefonbelastung
- preiswert
- problemlose Montage
- sprechen Sie mit

**DEISS**  
Elektronik

Bretscheldstraße 53  
8500 Ngrnberg  
Telefon (09 11) 45 40 71

Alt eingeführte, sehr gut ausgestattete, große

### Allgemein-Praxis

(5 Praxisräume) in schön gelegener Industrie-Kleinstadt Oberfrankens wegen Todesfall baldmöglichst abzugeben.

Zuschriften an Frau Lisefotte Städtler, Schultreße 22, 8671 Schönwald/Ofr.

### Privatnervenklinik Dr. Ph. Schmidt

Gauting bei München

Vorortnähe München, in landschaftlich schöner Lage  
Intime Atmosphäre, keine geschlossene Abteilung

Leitender Arzt Dr. Philipp Schmidt

Bergstraße 50, 8035 Gauting, Telefon (089) 850 80 51

### BEFELKA®-ASTHMA-TABLETTEN

Ind.: Aathme - Bronchitia - Heuschnupfen - Grippe.  
Zus.: Ephedrin 25 mg; Diphenhydramin (Antihistaminikum) 20 mg; Coffeinum 20mg; 1-Phenyl-2,3-dimethyl-isopropyl-pyrazolon 300mg.  
KontraInd.: Akute intermittierende Porphyrie, Hypertonie, Thyreotoxikose, schwere organische Herzerkrankungen, Tachykardie, nephrogene Ausscheidungstörungen, sklerotische Gefäßveränderungen, Prostatahypertrophie, Glaukom, dekompensierte diabetische Stoffwechsellage.

Packung mit 20 Tabl. 4,55 DM, 50 Tabl. 8,90 DM.

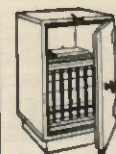
Ärztemuster durch: BEFELKA-ARZNEIMITTEL, 4500 Osnebr9ck, Postfach 1351

Für Ihre Praxis:

### Stempel + Schilder

rasch und preisgünstig

Röder 8000 M9nchen 22  
U-Bahnhof Universität  
Telefon (0 89) 2 80 93 81



**KLEINTREBOR**  
80 od. 120 x 48 x 55  
feuersicher  
Einbautreore ab  
DM 313,-  
Katalog „BY“ freil  
W. Dreisörner  
6000 Frankfurt/M. 50  
Postfach 50 18 48

## Seit mehr als 30 Jahren Partner des Arztes in der Medizin-Technik

- Schlüsselfertige  
Praxiseinrichtungen

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

- Beratung
- Projektierung
- Finanzierung
- Kundendienst

**KURT PFEIFFER KG**

Gleißbühlstraße 7/Ecke Marienstraße (Colonia-Haus)

**8500 NÜRNBERG 2**

Postfach 1946 - Telefon (09 11) 20 39 03 - 04

- Röntgen-Apparate und  
Untersuchungsgeräte
- Röntgen-Bildverstärker  
mit Fernsehkette
- Labortechnik
- Hämodialyse
- EKG - EEG - Echo-EEG  
- EMG

# WAHL-FREIHEIT.

Als Arzt wünschen Sie sich individuellen Spielraum, Vorsorge für den Krankheitsfall zu treffen oder Ihr Einkommen abzusichern.

Bei uns können Sie wählen:

zwischen unterschiedlichen Formen der Selbstbeteiligung (z. B. an Arzneimitteln und Arzthonoraren) und

zwischen vielfältigen Möglichkeiten der Einkommenssicherung.

Hier einige Beispiele:

Krankentagegeld als Einkommenssicherung bis zu insgesamt 500,- DM ab dem 4. Tag, dem 8. Tag und dem 29. Tag - und für den angestellten Arzt je nach Dauer der Gehaltsfortzahlung von der 7. bis zur 27. Woche.

100%ige Erstattung im ambulanten Bereich mit den Möglichkeiten der Selbstbeteiligung für Arzneimittel oder Arzthonorar oder auch für beides. Weitere beitragsparende Programme, wie z. B. 80% Erstattung aller Kosten.

100%ige Erstattung im stationären Bereich mit der Möglichkeit der Selbstbeteiligung für Arzthonorar oder 80%ige Erstattung aller Kosten.

75%ige Erstattung bei Zahnbehandlung, 80%ige Erstattung bei Zahnersatz, bei Zahn- und Kieferregulierung.

Lassen Sie sich doch von unserem Direktionsbeauftragten einmal unverbindlich Ihr persönliches Vorsorge-Programm zusammenstellen.

 **Vereinigte**

**Krankenkassenversicherung AG**

**Salus Krankenhauskosten-Versicherungs-AG**

Vertragsgesellschaften Ihrer Ärztekammer  
und des Marburger Bundes

**Die Sicherheit des Arztes: individuell • zuverlässig • preisgünstig**

**COUPON**

Ich interessiere mich für die Teilnahme  
am Gruppenversicherungsvertrag

Vereinigte  
Krankenkassenversicherung AG  
Generaldirektion,  
Leopoldstraße 24,  
Telefon (089) 389 31

8000 München 40

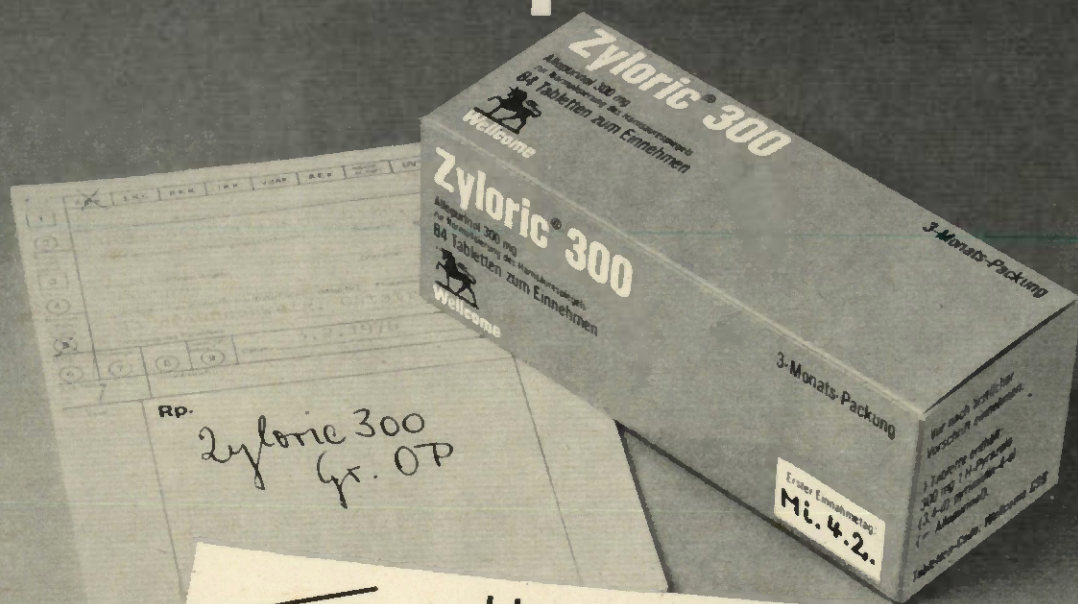
Name: \_\_\_\_\_

Anschrift: \_\_\_\_\_

Ich bin bereits versichert bei: Vereinigte  Salus  anderweitig

# 3-Monats Packung

senkt die Therapiekosten



Liegt in jeder  
3-Monats-Packung

## Hyperurikämie und Gicht

Wichtige  
Information  
für  
Patienten

Bitte lesen Sie dieses Heft, auch wenn Sie Zyloric® 300 schon länger einnehmen.

# Zyloric® 300

## Den Harnsäurespiegel schonend normalisieren



Wellcome

Deutsche Wellcome GmbH  
3006 Burgwedel 1

**Zusammensetzung:** 1 Tablette Zyloric® 300 enthält 300 mg, 1 Tablette Zyloric® enthält 100 mg 1-H-Pyrazolo(3,4-d)pyrimidin-4-ol (Allopurinol). **Indikationen:** Hyperurikämie und Urikopathien wie Gicht, Uratnephrolithiasis. Verhinderung der Calciumoxalatsteinbildung bei gleichzeitiger Hyperurikämie. Erkrankungen mit starkem Nukleoproteinabbau. Röntgen- und Chemotherapie von Hämoblastosen und Tumoren. **Kontraindikation:** Während einer Schwangerschaft wird von der Behandlung mit Zyloric® abgeraten. Nur bei dringlicher Indikation kann die Behandlung ab 4. Schwangerschaftsmonat begonnen werden. **Nebenwirkungen:** Gelegentlich allergische Reaktionen. Vereinzelt Übelkeit und Brechreiz. **Dosierung:** Standard-Dosierung: 1 Tablette Zyloric® 300 täglich (nach dem Essen mit Flüssigkeit). Ist eine von der Standard-Dosierung abweichende Dosierung angezeigt, empfiehlt sich die Verabreichung von Zyloric® à 100 mg. Ausführliche Angaben im wissenschaftlichen Prospekt. **Hinweise:** Bei manifester Gicht können zu Beginn der Behandlung vereinzelt Gichtanfälle auftreten; hier empfiehlt sich die gleichzeitige Gabe von Colchizin oder Analgetika. Bei der Therapie der Gichtniere und der Harnsäuresteine soll die tägliche Urinausscheidung mindestens 2 Liter betragen. Die Harnreaktion sollte annähernd neutral sein (pH 6,4–6,8). Bei der Behandlung mit dem Zytostatikum Puri-Nethol® (6-Mercaptopurin) oder dem Immunsuppressivum Imurek® (Azathioprin) muß deren Dosierung bei gleichzeitiger Gabe von Zyloric® auf 25% gesenkt werden. **Packungen und Preise\* (m. MwSt):** Zyloric® 300: 30 Tabletten à 300 mg 39,20 DM, 84 Tabletten à 300 mg (3-Monats-Packung) 92,40 DM. Zyloric®: 50 Tabletten à 100 mg 29,50 DM.

\*unverbindlich