



Bayerisches Ärzteblatt

Mit amtlichen Mitteilungen der Ministerien

Herausgegeben von der Bayerischen Landesärztekammer

Nummer 8

Zur Kenntnis genommen:

Der Juli war nicht nur durch tropische Hitze gekennzeichnet. Auch auf dem Gebiet der Gesundheits- und Sozialpolitik und im Bereich der Beziehung Ärzte-Krankenkassen war es heiß. Der Bundestag verabschiedete mit den Stimmen der Koalition ein Änderungsgesetz zum Krankenversicherungsrecht, mit dem vor allem eine Reihe von Neuerungen beschlossen wurden, die die Kassenärzte betreffen.

So soll nach dem Willen der Mehrheit des Bundestages die kassenärztliche Versorgung in Zukunft nicht nur ausreichend sein und das Maß des Notwendigen nicht überschreiten, sondern auch den Grundsätzen der Modernisierung und Rationalisierung entsprechen. Das sieht so harmlos, wenn Sie wollen, so fortschrittlich aus. Ärztliche Betreuung ist aber, auch wenn sie noch so modern sein mag, nicht vergleichbar mit naturwissenschaftlichen und betriebswirtschaftlichen Methoden. Sie muß unverzichtbar auf die Persönlichkeit des einzelnen Patienten ausgerichtet sein. Sie wird bestimmt von dem, was man unbestreitbar auch heute noch als ärztliche Kunst bezeichnen darf, und was sich eben nicht mit mathematischen Maßstäben oder Zeituhren messen läßt.

Andererseits kann eine solche gesetzliche Bestimmung aber denjenigen, die immer noch von medizinisch-technischen Zentren träumen, ein willkommenes Vorwand sein, um ihre Ziele zu verfolgen. Ob das denn rationell ist, bezweifle ich; daß es auf alle Fälle schlechter ist, beweisen uns die „fortschrittlichen“ Modelle in anderen Ländern. Das sozialistische Gesundheitswesen in Schweden mag durchaus „rationell“ sein. Daß es mit Abstand schlechter ist als das unsrige, vermögen selbst diejenigen nicht mehr zu bestreiten, welche nur noch mit dem linken Auge in die sozialpolitische Landschaft blicken.

Das Gesetz bestimmt weiterhin, daß an Lehrkrankenhäusern Polikliniken einzurichten seien, obwohl die Approbationsordnung einen poliklinischen Unterricht der Medizinstudenten an Lehrkrankenhäusern überhaupt nicht vorsieht und immer wieder mit treuem Augenaufschlag erklärt wird, eine Änderung der Approbationsordnung in dieser Richtung sei nicht beabsichtigt. Es wird also eine gesetzliche Bestimmung gewissermaßen als Konserve produziert. Ich habe allerdings die Sorge, daß es sich dabei mehr um eine kleine Zeitbombe handelt.

Die Verankerung einer besonderen gesetzlichen Verpflichtung zur kassenärztlichen Fortbildung mit der Maßgabe, daß die Satzungen der Kassenärztlichen Vereinigungen darüber und über die Teilnahmepflicht Bestimmungen enthalten müßten, ist eine weitere Besonderheit dieses Gesetzes. Daß die Verpflichtung des Arztes, sich lautend fortzubilden, bereits in den Berufsordnungen der Ärzte verankert ist, neuerdings in den Landesgesetzen, durch die die Kammergesetze ergänzt werden, sogar zur gesetzlichen Verpflichtung erhoben wurde, hat die Koalitionspolitiker in keiner Weise gestört.

Weiter wurde auch noch eine gesetzliche Vorschrift über die Einschaltung psychiatrischer Krankenhäuser und Abteilungen in die ambulante Versorgung beschlossen. Hier wird der Einbruch in das Kassenarztrecht, welcher bereits mit den krankenversicherungsrechtlichen Bestimmungen zum Schwangerschaftsabbruch begonnen worden ist, gefährlich ausgeweitet. Die Kassenärztlichen Vereinigungen werden durch das Gesetz verpflichtet, mit psychiatrischen Krankenhäusern und Fachabteilungen Verträge über die Erbringung ambulanter Leistungen abzuschließen, wenn die Landesverbände der Krankenkassen nach Prüfung des Bedürfnisses zustimmen. Bei der Art der gesetzlichen Regelung ist die Kassenärztliche Vereinigung hier mehr oder weniger Erfüllungsgehilfe für Vereinbarungen, die vorher andere getroffen haben. Der Bundesrat verlangt eine Änderung dieser Bestimmung, die dem geltenden Kassenarztrecht entspricht.

Schließlich erweitert das Gesetz auch die bisher auf Überweisung durch Kassenärzte beschränkte Beteiligung leitender Krankenhausärzte. Es soll in Zukunft möglich sein, daß diese Kollegen auch direkt vom Versicherten in Anspruch genommen werden. Eine Vorschrift, die nur zu einer sinnlosen Überlastung der leitenden Krankenhausärzte führen würde und deshalb nicht im Interesse einer guten ärztlichen Versorgung liegt.

Schon seit Vorliegen der Entwürfe von Bundesregierung und Bundesrat ist bekannt, daß über die Aufstellung von Bedarfsplänen zur kassenärztlichen Versorgung unterschiedliche Auffassungen bestehen. Der Bundesrat versucht natürlich, seine Vorstellung durchzusetzen, die im einzelnen konkreter ist als der Regierungsentwurf. Dieser regelt die Bedarfsplanung „locker“ und überläßt sie primär den Kassenärztlichen Vereinigungen, jedoch enthält das Gesetz dafür die Bestimmung, daß der Sicherstellungsauftrag an die Krankenkassen zurückfällt, wenn die Kassenärztliche Vereinigung eine Unterversorgung nicht in einem vorgegebenen Zeitraum beheben kann.

Der Bundesrat hat mit Mehrheit der CDU/CSU bei allen bedenklichen und für uns unannehmbaren Bestimmungen des Gesetzes Streichung oder Änderung beschlossen. Die Entscheidung wird im Vermittlungsausschuß fallen.

Sollte ein Kompromiß zustande kommen, so kann man nur hoffen, daß er nicht auf dem Rücken der Ärzte ausgehendelt wird. So wie das Gesetz von der Mehrheit des Bundestages verabschiedet wurde, ist es für die Ärzteschaft unerträglich.

Bis Sie diese Zeilen lesen, werden wir das Ergebnis kennen. In vier Wochen wird Gelegenheit sein, dazu Stellung zu nehmen.

Professor Dr. Sewering

29. Bayerischer Ärztetag in Regensburg

Vollversammlung der Bayerischen Landesärztekammer am 24./25./26. September 1976

- Tagungsort:** St. Antonius-Haus, Regensburg, Mühlweg 13
- Eröffnung des Ärztetages:** Freitag, den 24. September 1976, 19 Uhr s. t., in der Minoritenkirche, Regensburg, Dachauplatz
- Beginn der Arbeitstagen:** Samstag, den 25. September 1976, 9 Uhr s. t., und Sonntag, den 26. September 1976, 9 Uhr c. t., im St. Antonius-Haus, Regensburg, Mühlweg 13
- Die Verhandlungen finden in geschlossenen Sitzungen statt, zu denen außer den Delegierten der Kammer nur Ärzte als Zuhörer gegen Ausweis Zutritt haben.
- Stimmübertragung ist nach dem Kammergesetz nicht zulässig.
- Tagesordnung:**
1. Tätigkeitsbericht der Bayerischen Landesärztekammer
 2. Finanzen der Bayerischen Landesärztekammer
 - 2.1 Rechnungsabschluß 1975
 - 2.2 Bericht über die finanzielle Entwicklung des laufenden Geschäftsjahres
 - 2.3 Haushaltsvoranschlag 1977
 - 2.4 Beitragsordnung
 3. Ärztliches Berufsrecht
 - 3.1 Gesetz zur Änderung des Gesetzes über die Berufsvertretungen und über die Berufsgerichtsbarkeit der Ärzte, Zahnärzte, Tierärzte und Apotheker
 - 3.2 Neufassung der Berufsordnung für die Ärzte Bayerns
 - 3.3 Neufassung der Weiterbildungsordnung
 4. Nachwahl für ein ausscheidendes Mitglied des Vorstandes der Bayerischen Landesärztekammer
 5. Nachwahl für ein ausscheidendes Mitglied des Ausschusses für engestellte und beamtete Ärzte der Bayerischen Landesärztekammer
 6. Nachwahl für ein ausgeschiedenes Mitglied des Finanzausschusses der Bayerischen Landesärztekammer
 7. Geschäftsordnung der Bayerischen Akademie für ärztliche Fortbildung
 8. Errichtung einer Stiftung zur Förderung der Berufsbildung in den medizinischen Assistenzberufen
 9. Besetzung des Landesberufsgerichtes für die Heilberufe bei dem Bayerischen Obersten Landesgericht
Amt des 2. nichtrichterlichen Mitglieds und des 4. Stellvertreters des 3. nichtrichterlichen Mitglieds
 10. Wahl des Tagungsortes des 30. Bayerischen Ärztetages 1977

Moderne Konzepte kardiologischer Diagnostik und Therapie

von K. W. Schneider

Kein Ereignis hat die moderne kardiologische Diagnostik so sehr revolutioniert wie die erste Herzkatheterisierung durch *Forssmann* Ende der zwanziger Jahre. Die damals konzipierten Möglichkeiten der Sauerstoffsättigungs- und Druckmessung in den verschiedenen Herzhöhlen sowie die Injektion von Kontrastmittel in Vorhöfe oder Kammern zur radiologischen Darstellung sind von den damals führenden Ärzten als unrealistisch abqualifiziert worden und dadurch lange Zeit in Vergessenheit geraten. Sicherlich haben auch die Ereignisse des Weltkrieges dazu beigetragen, moderne radiologische Diagnostik in Europa zu verzögern. Heute hat die Herzkatheterisierung in Form der Kranzgefäßdarstellung ihre vielleicht letzte Phase der Vervollkommnung erreicht. Sie geht parallel mit der erschreckenden Zunahme der Herzgefäßkrankungen. Zwei Drittel aller kardiovaskulären Krankheiten sind Koronaraffektionen. 50 Prozent der 50- bis 54jährigen sterben an Herzversagen, 70 Prozent der Herzinfarkte aber bereits vor stationärer Behandlung. Sie erliegen ihrer Krankheit, weil sie selbst (patient delay) oder der behandelnde Arzt (clinic delay) die Beschwerden nicht rechtzeitig erkennen oder nicht ernst genug bewerten. Ein Teil dieser akuten Koronartodesfälle hätte unserer Meinung nach mit großer Wahrscheinlichkeit vermieden werden können, wenn einige Jahre vorher die Untersuchungen durchgeführt worden wären, von denen wir heute wissen, daß sie allein in der Lage sind, das Ausmaß der koronariellen Obstruktion zu objektivieren.

Zur Vermeidung kostspieliger, mit hohem apparativen Aufwand durchführbarer Untersuchungen wird man immer bestrebt sein, aus anamnestischen Angaben brauchbare Hinweise auf den Grad der Stenose zu erhalten. Als sogenannte instabile Angina pectoris werden Herzschmerzen bezeichnet, die durch immer häufigeres Auftreten und In-

tensitätssteigerung eine Zäsur in einem bisher gleichförmig abgelaufenen Krankheitsbild erkennen lassen. Diese Symptomatologie führt jedoch nicht in allen Fällen zum Herzinfarkt. Häufig sind die Beschwerden der progressiven Koronarsklerose uncharakteristisch, wie z. B. die Krankengeschichte eines 42jährigen Patienten zeigt, der lediglich über Leistungsabfall, Schmerzen in der rechten Schulter, vor allem beim Drehen des Halses klagte. Bei der heute allgemein akzeptierten Grundeinstellung ist es nicht verwunderlich, daß der Hausarzt einen Kuraufenthalt verordnete, noch bevor eine subtile diagnostische Abklärung erfolgt war. Unter dem Einfluß der dann praktizierten Moorbäder exazerbierten Stenokardien, so daß der Patient auf eigene Verantwortung seinen Kuraufenthalt abbrach und zu mir in die Sprechstunde kam. Bei der Koronarographie fand sich eine ausgedehnte Dreifäßerkrankung ohne Revaskularisationsmöglichkeit über Venen-Bypass-Operation. Nach allgemeinen Erfahrungen bei Verlaufskontrollen kann die Laufzeit für einen derartig fortgeschrittenen obstruktiven Prozeß auf mindestens fünf bis sechs Jahre geschätzt werden.

1959 wurde von *Sones* die erste selektive Koronarographie durchgeführt. Später gab *Judkins* eine einfachere Methode an, die den Zugang zu den Koronargefäßen ohne Arteriennaht ermöglichte. Durch die Einführung des Vena saphena-Bypasses durch *Favaro*, 1963, ist die Koronartherapie in eine neue Phase getreten. Die am ehesten akzeptierte Indikation zur Koronarographie ist eine medikamentös nicht beherrschbare Angina pectoris; unklare Rhythmusstörungen, zweifelhafte elektrokardiographische Befunde, uncharakteristische Zeichen von Herzinsuffizienz müssen aber auch in die Indikationsskala mitaufgenommen werden, obwohl sie erfahrungsgemäß auf Widerspruch bei vielen Praktikern und Klinikärzten stoßen. Auch beim drohenden, be-

ginnenden und subakuten progressiven Infarkt ist die Koronarographie zumindest zur Diskussion zu stellen. Wenn die ersten Erfolge der Bypassoperation zum ärztlichen Erlebnis geworden sind, taucht immer wieder die Frage auf, ob nach eingetretenem Infarkt nicht so rasch wie möglich eine Kranzgefäßdarstellung vorgenommen werden soll. Während bei der Stenokardie Monate oder Jahre der Verzögerung notwendiger invasiver Methoden keine Seltenheit sind, glaubt man nun, vierzehn Tage oder drei Wochen nach einem komplikationslosen Infarkt sei es höchste Zeit, den anatomischen Befund kennenzulernen. Es ist jedoch völlig sinnlos, früher als sechs bis acht Wochen nach Eintritt einer Nekrose einen angiographischen Eingriff anzusetzen. Letale Zwischenfälle bei der Koronarographie werden im amerikanischen Schrifttum mit 0,2 Prozent, in einer größeren französischen Sammelstatistik mit 0,6 Prozent angegeben. Mittlerweile gibt es auch in Deutschland einige Zentren, die über mehrere Tausend Koronarographien verfügen und über ihre Ergebnisse berichtet haben. Tödliche Zwischenfälle sind nirgends aufgetreten. Ob die spekulative Voraussage, daß bei Zunahme der Untersuchungszahlen in der Bundesrepublik letale Komplikationen nicht ausbleiben werden, einen echten Gradmesser für das Risiko der Koronarographie darstellt oder nur eine pauschale Umschreibung des Risikos jeder ärztlichen Intervention ist, bleibt abzuwarten. Zu den kleineren Komplikationsmöglichkeiten gehören Blutungen, Thrombosen, Thromboembolien, Kammerflimmern, Myokardinfarkt. In den Berichten über die Häufigkeit der genannten Zwischenfälle werden Zusammenhänge mit der angewandten Kathetertechnik angenommen. Lokale Komplikationen wie Blutungen, Thrombosen und von diesen ausgehende Embolien seien häufiger bei der *Sones*-Technik zu erwarten, während kardiale Läsionen und zerebrale Embolien bei der *Judkins*-Methode registriert würden. Die vor-

gelegten Zahlen scheinen mir nicht schlüssig in der einen oder anderen Hinsicht zu sein. Das gefürchtete Kammerflimmern muß in jedem Fall durch ein eingearbeitetes Team und sorgfältiges Vorgehen beherrschbar bzw. vermeidbar sein. Keine invasive Technik mit hohem Aussagewert ist in der Medizin ohne Risiko. Weder die Risikohäufigkeit noch der Grad ändert sich bei ambulanter Durchführung, wenn bestimmte Kautelen strikt eingehalten werden und der dem anglo-amerikanischen out-patient-nahestehende Begriff „ambulant“ streng definiert ist. Die Verantwortung für die ambulante Durchführbarkeit beinhaltet die fakultative Möglichkeit der stationären Aufnahme bei Auftreten von Komplikationen während und in den ersten Stunden nach dem Untersuchungsvorgang, sowie eine enge Zusammenarbeit mit dem mit den Problemen der Nachsorge vertrauten niedergelassenen oder im Krankenhaus tätigen Arzt. Ein solches Vorgehen gestattet ein Maximum an Untersuchungen trotz Erfüllung der berechtigten Forderung nach Einsparung von Krankenbetten. In psychologischer Hinsicht wird auch die Angst vor einer heute nicht mehr außergewöhnlichen Untersuchungsprozedur abgebaut, die mit Recht kritisierte Kluft zwischen Praxis und Klinik reduziert, da auch der Hausarzt am Untersuchungsprogramm partizipiert und nach anfänglichem Zögern meist gerne bereit ist, die Verantwortung in der Nachsorge mit der Klinik zu teilen.

Bis jetzt liegen keine eindeutigen Zahlenangaben vor, in welchem Prozentsatz Koronarographierte einer Bypassoperation zugeführt werden können. Offensichtlich ist dies in den einzelnen Zentren, vor allem auch in Abhängigkeit von dem Zeitpunkt der Inauguration der Untersuchungsmethode, unterschiedlich. In der Anfangsphase werden meistens Koronar-Patienten mit fortgeschrittener Koronargefäßstenosierung überwiesen. Später überwiegen unter Umständen inzipte oder leichtere Stenosen. Die Indikation zur Bypassoperation hat sich im Laufe der letzten Jahre weitgehend verändert. Die Angina pectoris-Chirurgie bietet den Vorteil der unmittelbaren postoperativen substantiellen Revaskularisation. Die Operationsletalität liegt im allgemeinen sehr niedrig, soweit nicht besonders

klassifizierte Risikofaktoren vorhanden sind, die ein individuelles Abwägen der Chancen der operativen oder konservativen Behandlung erfordern. In mindestens 80 Prozent der operierten Fälle verschwinden die anginösen Beschwerden oder werden entscheidend gebessert. Im Belastungsversuch kann die erreichbare Wattzahl verdoppelt werden. Kontraindikatorische Ansichten über den Einfluß der Graftoperation auf die linksventrikuläre Funktion erreichten Europa aus amerikanischen Berichten in regelmäßigen Abständen. Es besteht jedoch kein Zweifel, daß bei normaler Funktion der Bypässe (drei bis vier Bypässe werden an einzelnen Zentren durchgeführt) nicht nur eine Änderung im subjektiven Beschwerdebild eintritt, sondern die ventrikulären Parameter sich meßbar bessern bis normalisieren können. Die Verschlußrate der Bypässe liegt zwischen acht und fünfzehn Prozent. Die Frage der Dauerantikoagulantientherapie ist in diesem Zusammenhang zu stellen. Sie wird in ihrem Wert verschieden eingeschätzt.

Nur die Koronarographie kann endgültige Aussagen über einen etwaigen Funktionsverlust der Bypässe geben. Der Patient muß frühzeitig auf die absolute Notwendigkeit der Kontrolluntersuchungen aufmerksam gemacht werden. Mit Zunahme der Bypassoperation steigt die Zahl der unumgänglichen Koronarographien, ein weiterer Grund, für die breite Anwendung dieser Technik einzutreten.

Es ist verständlich, daß bei den aufgezeigten, völlig neuen Perspektiven in Koronardiagnostik und -therapie die Frage nach dem Stellenwert der aktiven Rehabilitations-therapie auftaucht. In Würzburg ist durch *Wahl* die Aktivtherapie, die sogenannte „Mit-dabei-seins-Therapie“, in Form des Ohlstädter Modells der Sozialversicherung zugänglich gemacht worden. Als *Beckmann* erstmals in Amerika die Erfolge seiner Ohlstädter Kur vorgebracht hat, mußte er erheblichen Widerspruch hinnehmen. Die Diskussionsbemerkungen konzentrierten sich ausschließlich auf das Problem der Zahl der letalen Zwischenfälle bei den genannten Kurmaßnahmen. Ob die damals von den amerikanischen Ärzten geäußerten kritischen Einwände ausschließlich durch die Tatsache der Innovation der Einbe-

ziehung körperlicher Aktivität in das Programm der koronaren Erkrankung initiiert oder aber vor dem Hintergrund einer bereits erheblich angestiegenen Morbiditätsrate bestimmt waren, mag dehingestellt bleiben. Zweifelloos muß bei Zunahme der Koronarsklerose auch die Zahl von Zwischenfällen bei Primär- oder Sekundär-Prävention und Rehabilitation berücksichtigt werden. Wenn auch bei der Ohlstädter Kur nach Auskunft von *Beckmann* und seinem Nachfolger *Jung* keine letalen Komplikationen aufgetreten sind, weisen doch die Zahlen in anderen Rehabilitationszentren, über die z. B. *Halhuber* und *Milz* berichtet haben, eine erschreckende Gefährdung auf. Trotzdem sollte das Neue und Wesentliche an der Ohlstädter Idee, nämlich statt der passiven Behandlung mit Tabletten, Massagen und Bädern die gemeinsame körperliche Aktivität von Patient und Arzt in den Mittelpunkt zu rücken, gewürdigt werden.

Nicht nur die Koronargefäßkrankungen, sondern auch die Herzklappenkrankungen bedürfen nach wie vor unserer speziellen Aufmerksamkeit. Der erwartete Rückgang aufgrund antibiotischer Prophylaxe hat sich bis jetzt nicht eingestellt. Die exakte quantitative Diagnostik des valvulären Schadens erfolgt insgesamt zu spät. Die häufigsten Einweisungsdiagnosen sind kombinierte Mitralklappenkrankungen, da ohne nähere Spezifizierung systolische und zum Teil diastolische Geräusche über der Mitralklappen- oder Trikuspidalklappen gehört werden. Die einmal in einer Klinik gestellte Diagnose wird meistens zwangsläufig von einer Untersuchung zur nächsten weitergegeben ohne Berücksichtigung des Ortes der besten Hörbarkeit (z. B. Erbscher Punkt statt Mitralklappen), noch beispielsweise der hoch- oder niederfrequente Charakter des Geräusches detailliert berücksichtigt. An das möglicherweise gleichzeitig bestehende Aortenklappenklappen wird oft nicht gedacht. Selbst durch die meist übliche Form der Herzkatheterisierung wird die Diagnostik nicht definitiv gesichert, wenn nach klinischer Indikation lediglich ein Rechtsherzkatheter durchgeführt wird.

Beispiel 1:

Ein Omnibusfahrer mußte wiederholt während seiner Busfahrten anhalten, sich vor den Kühler stellen und mit zu-

rückgestreckten Armen Luft holen. Wegen des peukenden ersten Tones, eines frühsystolischen Crescendo-Geräusches über der Herzspitze und eines Diastolikums an der gleichen Stelle wurde in Verbindung mit dem Katheterbefund des rechten Herzens eine Mitralstenose ersten Grades angenommen und die Beschwerden als psychogen überlegt abgetan. In Wirklichkeit handelte es sich um eine Aorteninsuffizienz, Schweregrad III, die cineangiographisch bewiesen wurde. Das typische Diastolikum wurde überhört.

Häufig werden Patienten mit Aortenkrankungen auch als Herzinfarkt fehldiagnostiziert. Die gleichzeitig mit den Stenokardien angegebenen Schwindelanfälle werden nicht ernst genug genommen, da diese Beschwerden ebenso bei jungen Leuten mit orthostatischer Hypotonie als auch bei langjährigen Hypertonikern angegeben werden. Gelegentlich macht man auch die Beobachtung, daß selbst auf der Ebene von städtischen oder Kreiskrankenhäusern eine exakte Festlegung der Diagnose vermieden wird. Trotz der auskultatorischen Phänomene eines fauchenden Systolikums und Diastolikums über der Spitze ist keine schärfere Präzisierung als die eines Vitium cordis zu erreichen.

Gerade im Hinblick auf die verständlichen Wünsche nach Rationalisierung der Befunderhebung und einer Verbesserung des Informationsflusses von Klinik zu Hausarzt, ins Sanatorium und von dort wieder zurück ist die Krankengeschichte einer 45jährigen Patientin lehrreich.

Beispiel 2:

1962 wurde ein lauter erster Ton, ein leises systolisches, nicht näher präziertes diastolisches Geräusch gehört. 1969 wurde das Systolikum als hart qualifiziert, das Diastolikum wurde nicht mehr erwähnt. Statt dessen tauchte in der Befunderhebung ein „zweiter“ Herzton auf, als ob dies irgendeine pathologische Relevanz beanspruchen würde. 1970 wurde ein hochfrequentes Diastolikum festgestellt. 1972 wurden anläßlich einer Kur in Bad N. lediglich dumpfe Herztöne registriert. Von Geräuschen war keine Rede mehr, irgendwelche Konsequenzen aus den doch auffälligen Änderungen des systolischen Geräuschcharakters, des Vorhandenseins und Fehlens des diastolischen Geräusches wurden jedoch nicht gezogen. Bei der Aufnahme in einer Medizinischen Uni-

versitätsklinik 1974 wird schließlich von dem erstuntersuchenden Arzt nur der leute erste Herzton wehrgenommen. Das Vorhandensein von Geräuschen wird ausdrücklich negiert. Kurze Zeit später ergibt eine Zweituntersuchung einen klaren Hinweis auf die Existenz eines Mitralöffnungsstones und eines systolisch-diastolischen Geräusches. Seit 1962 wird also trotz zahlreicher Untersuchungen und wiederholter Kureufenthalte weder die richtige Diagnose gestellt noch ein entscheidender Schritt zur einzig möglichen Therapie unternommen. Zwölf Jahre nach der ersten Herzkatheterisierung erfolgt schließlich die Implantation einer Herzklappenprothese, die zwar die kerdiale Kechexie beendet, aber die volle Leistungsfähigkeit nicht mehr herstellen kann.

Es besteht kein Zweifel, daß der Einsatz von Kugel- oder Scheibenprothesen die Überlebenszeit von Herzklappen-Patienten verlängert. Ob eine Wiedereingliederung in den Arbeitsprozeß ermöglicht wird, läßt sich heute noch nicht eindeutig beantworten. Wie schon angedeutet, hängt der Erfolg der Operation weitgehend von dem richtig gewählten Zeitpunkt der Protheseninsertion ab. Nach unseren Erfahrungen werden meist zwei bis drei Jahre vergehen, ehe die Patienten wieder arbeitsfähig sind. Nach einem meist mehr als ein Jahr betragenden Arbeitsausfall durch Krankheit kommt es zu einer Berentung auf Zeit.

Es muß weiter berücksichtigt werden, daß die Prothesen-Patienten lebenslang unter Antikoagulantientherapie stehen, womit eine dauernde Abhängigkeit von der Kontrolle des Gerinnungsstatus verbunden ist. Werden diese Überwachungen nicht ernst genug genommen, kann es entweder zu thrombotischen Auflagerungen an den Kunststoffprothesen oder zu massiven hämorrhagischen Komplikationen kommen.

Häufig muß bei Vitien-Patienten mit der Notwendigkeit einer Prothesenoperation eine Umschulung erwogen werden. Diese stößt erfahrungsgemäß aber bereits nach Ende des vierten Lebensjahrzehnts auf erhebliche gesellschaftsbezogene Schwierigkeiten.

Besonderes Augenmerk ist bei der Herzfehlerdiagnostik auch im Erwachsenenalter auf kongenitale Vitien zu richten. Lange Jahre bestand bei solchen Patienten volle

Breitband-
bakterizidum

Co-trim- Tablinen[®]

Co-trimoxazol 480 mg
Trimethoprim 60 mg, Sulfamethoxazol 400 mg

20 Tabl.

9.80

50 Tabl.

19.90

Also drastische
Kostensparnis

Normdosis	
morgens	abends
Hochdosis	
morgens	abends
Langzeitdosis	
morgens	abends
Kinderdosis individuell nach Alter!	
morgens	abends

Indikationen: Infektionen der Luftwege, der Nieren- und Harnorgane, des Magen-Darm-Traktes, der Haut u. a.

Kontraindikationen: Schwere Leber- und Nierenschäden, Blutkrankheiten, Sulfonamidüberempfindlichkeit, Schwangerschaft, Früh- und Neugeborene in den ersten Lebenswochen. Bei eingeschränkter Nierenfunktion darf das Präparat nur unter Kontrolle der Blutspiegelwerte in niedrigerer Dosierung verabreicht werden. Bei der Langzeittherapie soll das Blutbild regelmäßig kontrolliert werden. Sollte ein Folsäuremangel auftreten, muß eine entsprechende Substitutionsbehandlung durchgeführt werden. Hexamethylentetramin- und procanhaltige Präparate sollen nicht gleichzeitig eingenommen werden.

S SANORANIA Dr. G. Strohscheer
I Berlin 28

Leistungsfähigkeit, und erst zwischen dem 40. und 45. Lebensjahr reichen die Reserven des kardiovaskulären Apparates nicht mehr aus. Jetzt erst machen sich uncharakteristische Beschwerden bemerkbar, bei denen zunächst Mißbildungen nicht in differentialdiagnostische Erwägung mit einbezogen werden.

Eine Patientin mit zunehmender Belastungsdyspnoe und Dyskardie wies ein systolisches Geräusch mit uncharakteristischem röntgenologischen und elektrokardiographischen Befund auf. Über ein Jahrzehnt wurde bei der Patientin von den verschiedensten Ärzten eine Mitralsuffizienz mäßigen Grades

angenommen. In Wirklichkeit handelte es sich um einen großen Vorhof-Septumdefekt mit Fehleinmündung der Lungenvenen.

Weitere Untersuchungsmethoden, vor allem zur Abgrenzung entzündlicher oder toxischer Herzmuskelkrankungen sind die verschiedensten Techniken der Myokardbiopsie. Sie können jedoch noch nicht als ausreichend ausgereift bezeichnet werden, um als Routinemethode empfohlen zu werden.

Die Versicherungsanstalten heben heute bei der Bewältigung der Herzkreislaufkrankungen eine in so-

zielmedizinischer Hinsicht ständig wechselnde Bedeutung, aber auch Verantwortung. Angesichts der unruheerweckenden Schlagworte der Kostenexplosion auf dem Gesundheitssektor und der wiederholten Appelle zu Einsparungsmaßnahmen muß daran festgehalten werden, daß eine sachgerechte Diagnostik und Therapie auf lange Sicht trotz momentaner Unkosten am ökonomischsten ist.

Anschrift des Verfassers:

Professor Dr. med. K. W. Schneider,
Medizinische Universitätsklinik, Josef-Schneider-Straße 2, 8700 Würzburg

Zur Differentialdiagnose des Karpaltunnel-Syndroms

unter besonderer Berücksichtigung des Elektromy- und Elektroneurogramms

von H.-P. Richter und K. Schmidt

Aus der Neurochirurgischen Abteilung des Nervenkrankenhauses des Bezirks Schwaben in Günzburg
(Chefarzt: Professor Dr. med. K. Schmidt)

Einleitung

Als Karpaltunnel bezeichnen wir die Verlaufsstrecke des Nervus medianus zwischen dem Ligamentum carpi transversum und den Handwurzelknochen distal des Handgelenks. Eine chronische und chronisch intermittierende Kompression des Nervus medianus im Karpaltunnel führt zum Karpaltunnel-Syndrom (= KTS). Als Ursache des KTS findet sich in der Regel ein verdicktes Ligamentum carpi transversum. Symptomatisch kann ein KTS auch bei Frakturen der Handwurzelknochen, bei Ganglien, Tenosynovitis, erthrotischen Veränderungen im Handgelenksbereich, bei Schwangerschaft und bei Akromegalie auftreten. Die klinischen Symptome, im wesentlichen nach distal und nach proximal vom Karpaltunnel ausstrahlende, oft wechselnde, häufig nächtliche Schmerzen und die motori-

schen und sensiblen Ausfälle im Versorgungsgebiet des Nervus medianus distal vom Karpaltunnel sind charakteristisch, aber nicht eindeutig. Das KTS kann wegen der Ähnlichkeit der Symptomatologie besonders als Zervikalsyndrom oder Schulter-Arm-Syndrom fehlgedeutet und fehlbehandelt werden. — Die Tabelle zeigt die wichtigsten differentialdiagnostisch zu erwägenden Krankheitsbilder.

Die operative Behandlung des KTS durch Spaltung und weitgehende Resektion des Ligamentum carpi transversum ist einfach, praktisch risikolos und sicher. Sie unterscheidet sich grundsätzlich von der Behandlung der vertebra genen HWS-Schmerzen und der zervikalen Radikulopathien. Der Differentialdiagnose des KTS, dieser häufigsten peripheren Nervenschädigung (*Mumenthaler*) gegenüber anderen ähnli-

chen Schmerzsyndromen, insbesondere der C 7-Radikulopathie, kommt deshalb besondere Bedeutung zu.

Anamnestiche Differentialdiagnose

Als typisch für ein KTS gelten meist nächtlich betonte Brachialgien, die nicht nur in den Bereich des Handgelenks lokalisiert werden, sondern im gesamten Arm empfunden werden können, mit gelegentlicher Ausstrahlung sogar bis in Schulter und Nacken. Die Schmerzen bevorzugen in der Regel die Arbeitshand und stören den Nachtschlaf; die Patienten klagen über Steifigkeitsgefühl in Hand und Fingern, müssen diese erst mehrfach schütteln oder durchbewegen, bis vorübergehend Schmerzfreiheit eintritt. *Taubheitsgefühl* und *Parästhesien* im ersten bis dritten Finger als Innervationsgebiet des Nervus medianus sind häufig; Tätig-

Ursachen von Schulter-Arm-Schmerzen

- Kranio-zervikale Fehlbildungen
- Syringomyelie
- Zervikale extramedulläre Tumoren
- Vertebrale zervikale Myelopathie
- Zervikaler Bandscheibenvorfall und Osteochondrose
- Skalenus-Syndrom
- Plexus-brachialis-Neuritis
- Strehlienschädigung des Plexus brachialis
- Pancoest-Tumor
- Neurelgische Schulteramyotrophie
- Periarthritis humero-scapularis
- Herpes zoster
- Karpaltunnel-Syndrom

Tabelle

keiten wie Nähen und Schreiben werden zunehmend erschwert und schließlich unmöglich. Dabei werden die Akroparästhesien keineswegs regelmäßig im Medianusgebiet der Hand angegeben, sondern oft in alle Finger der betroffenen Hand projiziert. Häufig sind die Beschwerden beidseitig vorhanden, meist unter Betonung einer Seite.

Auch bei Prozessen im Zervikalbereich (s. Tab.) wird über Brachialgien geklagt. Diese werden in der Regel in den entsprechenden Dermatomen angegeben. Das Dermatom C 7 kommt dem Versorgungsgebiet des Nervus medianus am nächsten und ist deshalb in der Differentialdiagnose zum KTS von größter Bedeutung. Aufgrund der geklagten Schmerzen ist eine Differenzierung von KTS und radikulärer Läsion C 7 nicht möglich.

Klinische Differentialdiagnose

Die klassischen Zeichen einer *peripheren Medianusläsion* sind im Anfangsstadium eines KTS häufig nicht typisch ausgeprägt, auch wenn bereits eine stärkere Schmerzsymptomatik besteht. Ein positives *Hoffmann-Tinelsches Klopfzeichen* an der Stelle der Kompression des Nerven und eine *Atrophie des Thenar* fehlen häufig. Die den Atrophien entsprechenden Paresen (*Musculus abductor pollicis brevis*, *Musculus flexor pollicis brevis*, *Musculus opponens pollicis*) werden oft erst spät bemerkt, da die Funktion der betreffenden Muskeln von anderen übernommen wird oder ihr isolierter

Ausfall für die Gebrauchsfähigkeit der Hand nicht entscheidend ist. Charakteristische *sensible Ausfälle*, die entsprechend dem Versorgungsgebiet des Nervus medianus die radialen dreieinhalb Finger betreffen (besonders die Kuppe des zweiten Fingers als Autonomgebiet des Nervus medianus) sind ebenfalls nicht immer vorhanden.

Bei allen *radikulären* Schädigungen fehlt hingegen ein *Hoffmann-Tinelsches Klopfzeichen*. Eine Wurzelläsion führt zu muskulären Ausfällen – Atrophien und Paresen –, wobei in fortgeschrittenen Stadien aus den betroffenen atrophischen bzw. paretischen Muskeln auf die Höhe des Prozesses geschlossen werden kann. Für jedes zervikale Segment kennen wir sogenannte *Leitmuskeln*, die überwiegend – aber nicht ausschließlich – von diesem Segment innerviert werden. Der Leitmuskel für das Segment C 7 ist der *Musculus abductor pollicis brevis*, der auch

beim KTS besonders betroffen ist. Während beim KTS aber nur die distal vom Karpaltunnel vom Nervus medianus versorgten Muskeln betroffen sind, finden wir bei einer radikulären Läsion C 7 Veränderungen auch proximal der Hand, z. B. im *Musculus pronator teres* und im *Musculus triceps brachii* (mit Abschwächung des Trizeps-Sehnenreflexes – Abb. 1). – Die *sensiblen* Störungen sind bei einer zervikal-radikulären Schädigung anders verteilt als bei einer Medianusläsion (Abb. 1). So entsprechen dem Dermatom C 6 der Daumen und dem Dermatom C 7 die Finger zwei bis vier. Die Variabilität der zervikalen Dermatombegrenzen ist allerdings groß.

Rediologische Differentialdiagnose

Röntgenaufnahmen des Handgelenks in tangentialer Projektion geben keine Hinweise auf ein KTS,

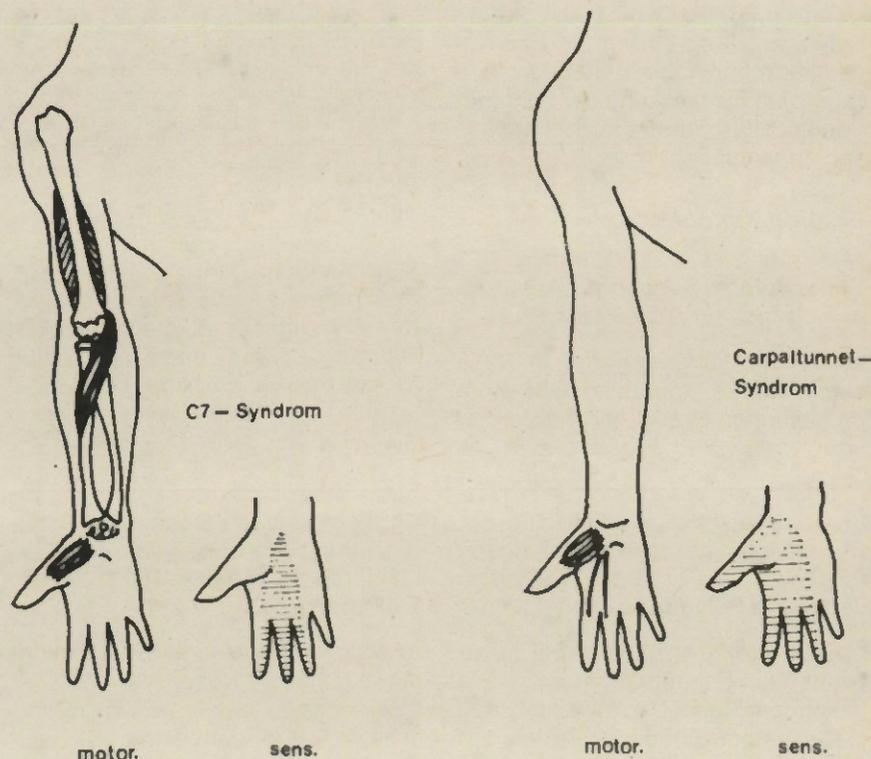


Abbildung 1

C 7 Syndrom

Leitmuskel: *Musculus abductor pollicis brevis*. Außerdem sind u. a. *Musculus pronator teres* und *Musculus triceps brachii* betroffen

schraffiert: Lokalisation der Sensibilitätsstörungen an der Hand

Karpaltunnel-Syndrom

Betroffene Muskeln: *Musculus abductor pollicis brevis*, *flexor pollicis brevis* (caput superficiale), *Musculus opponens pollicis*, *radiale Musculi lumbricales*

schraffiert: Lokalisation der Sensibilitätsstörungen nach Mumenthaler

wenn dieses nicht traumatisch bedingt ist (z. B. nach einer Handwurzelfraktur). Röntgenaufnahmen der Halswirbelsäule, vor allem im schrägen Strehlengang, lassen oft Randzacken und osteochondrotische Veränderungen erkennen, die zu einer Einengung der Foramina Intervertebralia geführt haben. Derartige röntgenologische Veränderungen lassen aber noch nicht den Schluß zu, daß die Beschwerden des Patienten zervikaler Genese sind. Degenerative Halswirbelsäulenveränderungen können esymptometisch sein und bevorzugen ebenso wie das KTS höhere Altersgruppen. Zervikale Myelographie und Diskographie sind zwar für eine weitere diagnostische Sicherung der Radikulopathie von Bedeutung, schließen aber ein KTS nicht aus.

Elektromyo- und -neurographische Differentialdiagnose

Unter *Elektromyographie* ist die intramuskuläre Ableitung von Potentialen meist mit konzentrischen Nadelelektroden, unter der *Elektroneurographie* die Messung der Leitfunktion sensibler und motorischer Nerven zu verstehen.

Elektromyographie:

Myographisch findet man beim KTS *Denervierungszeichen* als Ausdruck einer axonalen Schädigung:

a) Die Muskelfasern sind in Ruhe aktiv, zeigen Spontanaktivität, die im gesunden Muskel nicht ableitbar ist.

b) Die Aktionspotentiale, die normalerweise bi- bis triphasisch sind, werden bei einer Nervenschädigung umgebaut, d. h., zeigen vor allem vermehrte Polyphasie (Abb. 2).

c) Das Interferenzmuster bei maximaler Willkürinnervation, das beim gesunden Muskel so dicht ist, daß die einzelnen Aktionspotentiale auf dem Oszillographen nicht mehr voneinander zu trennen sind, lichtet sich, bis bei stärkeren Atrophien Einzelaktivität auftritt und sogar keine Willküraktivität mehr ableitbar ist.

Diese myographischen Veränderungen finden sich im Musculus abductor pollicis brevis sowohl beim KTS als auch bei einer radikulären Schä-

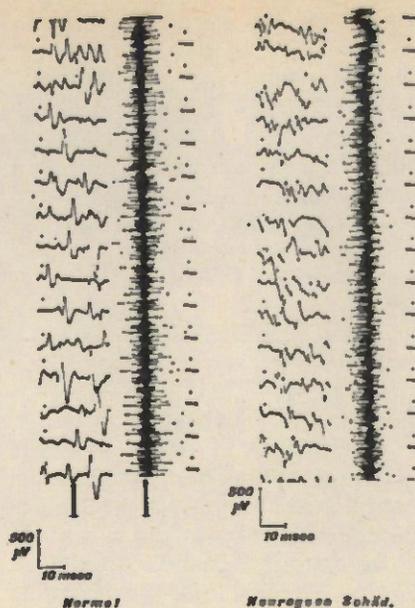


Abbildung 2

Muskelaktionspotentiale aus

e) links: gesundem Muskel (überwiegend biphasische Potentiale

b) rechts: Muskel mit neurogener Schädigung (deutlicher Potentialumbeu, vermehrte Polyphasie, nur seltene bi- oder triphasische Aktionspotentiale)

– Eichungen beziehen sich auf die Darstellungen mit höherer Kippgeschwindigkeit, jeweils linker Teil der beiden Abbildungshälften –

digung C 7. Bei letzterer sind aber ähnliche Veränderungen auch in Muskeln am Unter- und Oberarm abzuleiten, die ebenfalls dem Myotom C 7 zugehören, wie im Musculus pronator teres und im Musculus triceps brachii (vgl. Abb. 1).

Elektroneurographie:

Eine wesentlich aussagekräftigere Untersuchungsmethode zur Differenzierung eines KTS von einer radikulären Schädigung C 7 ist die Elektroneurographie.

a) *Motorische Nervenleitgeschwindigkeit*: Eine Nervenkompression bewirkt eine Schädigung der Merkscheiden und damit eine Störung der Leitfunktion motorischer und sensibler Fasern. Wird proximal des Karpaltunnels elektrisch gereizt und mit Oberflächenelektroden über dem Thenar abgeleitet, so kann distal ein motorisches Summenpotential gemessen werden, dessen zeitliche Verzögerung zum Reiz (Latenz) beim KTS über die Norm verlängert ist. Gemessen wird dabei die Latenz der am schnellsten leitenden Fasern.

Bei 41 Patienten mit den klinischen Zeichen eines KTS bestimmten wir die *distal motorische Latenz* des Nervus medianus, die bis 5,0 msec als normal angesehen wird (Kaeser). Bei Patienten mit beidseitigen Beschwerden (15) war die distale Latenz bei zehn Personen beidseits verlängert, bei vier Patienten nur auf der im Vordergrund stehenden Seite, und bei einem Patienten lag sie im Normbereich, war aber auf der kontralateralen – subjektiv nicht dominanten – Seite über die Norm verlängert. 25 der 26 Patienten mit einseitigen Beschwerden zeigten eine pathologische distale Latenz auf der erkrankten Seite, zwölf zusätzlich einen pathologischen Wert auch auf der subjektiv nicht betroffenen Seite. Diese Befunde entsprechen der Erfahrung, daß Karpaltunnelsyndrome oft beidseitig auftreten und zeigen ferner, daß eine Kompression des Nervus medianus neurographisch schon nachgewiesen werden kann, bevor sie klinisch in Erscheinung tritt. Andererseits fanden wir an 19 Händen eine *normale* distale motorische Latenz des Nervus medianus, obwohl an fünf Händen Beschwerden im Sinne eines KTS bestanden.

b) *Sensible Nervenleitgeschwindigkeit*: Zur weiteren Klärung steht eine andere neurographische Untersuchungsmethode – die Messung der sensiblen Nervenaktionspotentiale und der sensiblen Nervenleitgeschwindigkeit – zur Verfügung. Die sensiblen Nervenaktionspotentiale werden mit Nadelelektroden am Nervus medianus proximal des Karpaltunnels nach Reizung mit Ringelektroden am zweiten Finger abgeleitet.

An sieben der 19 Hände mit normaler distaler motorischer Latenz (siehe oben) untersuchten wir auf diese Weise die sensiblen Nervenaktionspotentiale; bei vieren bestanden Beschwerden auf dieser Seite. Während bei einer Hand die Latenz des sensiblen Nervenaktionspotentials verlängert war, war sie bei drei Händen noch normal. Diese drei – also sowohl von seiten der motorischen Medianuslatenz als auch von seiten der Latenz des sensiblen Nervenaktionspotentials normaler Hände – zeigten aber bei einer weiteren neurographischen Untersuchung einen pathologischen Befund: der vergleichenden Latenzmessung zwischen Nervus medianus und Nervus ulnaris.

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 Aufsättigungs- und Erhaltungstherapie jeder Herzmuskelschwäche mit oder ohne Frequenz- oder Rhythmusstörung.
Absolute Tachyarrhythmie bei Vorhofflimmern.
Supraventrikuläre paroxysmale Tachykardie.
Frühdigitalisierung bei lefenter bzw. Belastungs Herzinsuffizienz.
Vorsorge-Digitalisierung bei alternden Menschen.
Prä-, intra- und postoperative Digitalisierung.

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

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 Anfangsdosierung 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 Beeinträchtigung der Verkehrstüchtigkeit führen, ist fallweise zu entscheiden. **Dosierung** Hinweise entnehmen Sie bitte dem wissenschaftlichen Prospekt.

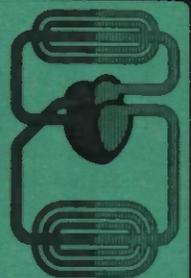
Handelsformen Novodigal Tabletten zu 0,2 mg ß-Acetyldigoxin
Packungen mit 50 Stück DM 5,90, 100 Stück DM 10,60
Anstaltspackungen

Novodigal Tropfen mit 0,1 mg ß-Acetyldigoxin in 10 Tropfen
Tropfflasche mit 30 ml DM 10,15, Anstaltspackung
Novodigal «mite» Tabletten zu 0,1 mg ß-Acetyldigoxin
Packungen mit 50 Stück DM 4,60, 100 Stück DM 8,50
Anstaltspackungen
Novodigal Ampullen zu 0,4 mg Digoxin 2 ml
Packung mit 10 Stück DM 8,70, Anstaltspackung

Nov 197

Beiersdorf AG · Unnestr. 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.

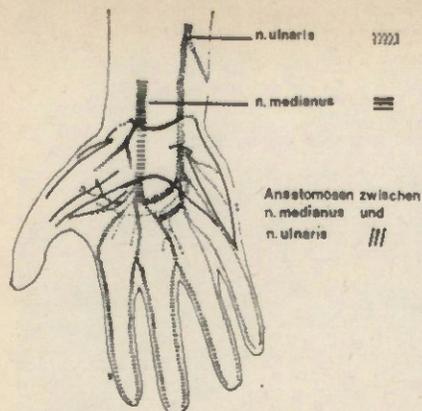


Abbildung 3

Innervationsverhältnisse an der Palma manus mit Anastomosen zwischen Nervus medianus und Ramus profundus nervi ulnaris nach Mumenthaler

c) *Vergleichende Latenzmessung zwischen Nervus medianus und Nervus ulnaris:* Wir reizten den Nervus medianus proximal des Handgelenks und dann den Nervus ulnaris auf der gleichen Höhe, wobei wir bei unveränderter Lage der Oberflächenelektroden über dem Thenar das evozierte Summenpotential ableiteten. Die beiden Latenzen wurden verglichen. Normalerweise ist die Latenz bei Reizung des Nervus ulnaris etwa 1 msec (0,9 msec) länger als bei Reizung des Nervus medianus, wie wir bei 137 Bestimmungen an 94 Normalpersonen feststellen konnten (Richter und Thoden). Die Impulsfortleitung vom Nervus ulnaris zum Thenar erfolgt über Anastomosen des Ramus profundus nervi ulnaris mit dem Nervus medianus (Abb. 3). Entsprechend der größeren Strecke erwartet man eine längere Latenz bei Reizung des Nervus ulnaris, wie bei der Messung der Normalpersonen bewiesen. Diese Latenzdifferenz kehrt sich im Falle einer Medianuskompression durch das Ligamentum carpi transversum um (Abb. 4). Bei allen drei sonst neurographisch uneuffälligen Händen war die Latenz bei Reizung des Nervus medianus länger als die bei Reizung des Nervus ulnaris. Wir sehen diese „Latenzumkehr“ als ein neurographisches Frühzeichen eines KTS an und werten die Fälle, bei denen keine Latenzdifferenz zwischen Nervus medianus und Nervus ulnaris vorliegt (beide Latenzen also gleich lang sind) bereits als leicht pathologisch.

Diese Untersuchung, d. h. die vergleichende neurographische Mes-

sung der motorischen Latenz von Nervus medianus und Nervus ulnaris bei unveränderter Lage der Ableitelektroden über dem Thenar, hat eine hohe Aussagekraft und ist dazu noch schnell durchzuführen, während die Untersuchung der sensiblen Nervenaktionspotentiale zeitlich und technisch aufwendig ist.

Pathologische neurographische Befunde, wie die beschriebenen, finden sich bei radikulären Schädigungen nicht, so daß diese Methoden die exaktesten Untersuchungen zur Differentialdiagnose einer radikulären Schädigung von einem KTS darstellen.

Diskussion

KTS und radikuläre Schädigung C 7 (oder C 6) sind aufgrund der anamnестischen Angaben und der kli-

nisch-neurologischen Untersuchung oft nicht differenzierbar. Brachialgien treten bei vielen pathogenetisch unterschiedlichen Krankheitsbildern auf. Proximal des Handgelenks lokalisierte Schmerzen sind bei den meisten Patienten mit KTS vorhanden (Cherington). Die neurologischen Befunde einer distalen Medianusparese treten erst in der Spätphase des KTS auf. Um eine Fehlbehandlung zu vermeiden, ist es notwendig, das operativ sehr einfach zu behandelnde KTS frühzeitig zu erkennen.

Die röntgenologischen Untersuchungen können im Zusammenhang mit den klinischen Befunden weitere Hinweise geben, gestatten aber nicht den Ausschluß eines KTS (Kaeser, 1966).

Elektromyographische Veränderungen finden sich sowohl bei radikulä-

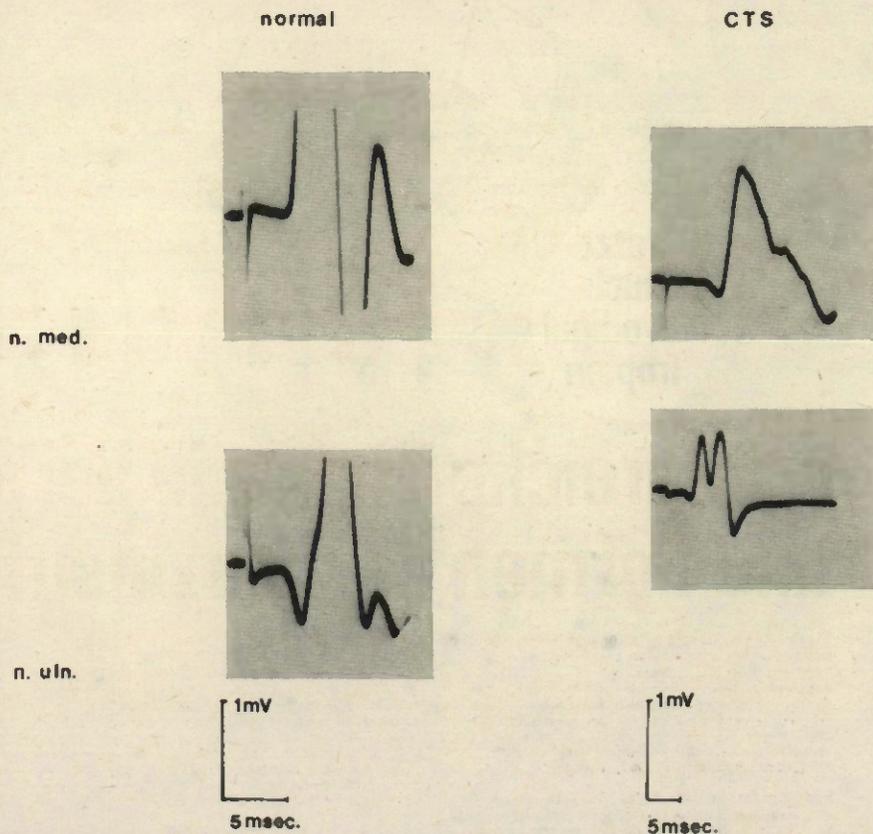


Abbildung 4

Motorische Summanpotentiale über dem Thenar (Oberflächenelektroden) bei Reizung a) des Nervus medianus proximal des Karpeltunnels (obere zwei Abbildungen) b) des Nervus ulnaris auf der gleichen Höhe (untere zwei Abbildungen)

Normalerweise ist die Latenz des Summenpotentials bei Reizung des Nervus ulnaris um etwa 1 msec länger als bei Reizung des Nervus medianus (linke zwei Abbildungen)

Beim KTS (rechte zwei Abbildungen) ist die Latenz bei Reizung des Nervus ulnaris kürzer (sogenannte „Latenzumkehr“)

— Das Summenpotential geht bei allen Abbildungen der Reizeinbruch voraus; als Latenz gilt die Zeit von Reizeinbruch bis zum Beginn der negativen Deflexion, also dem Ausschlag nach oben —

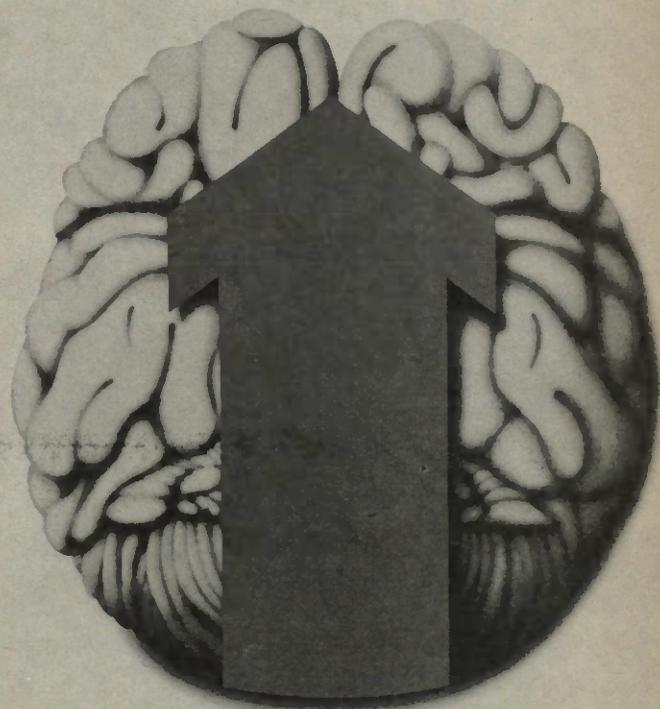
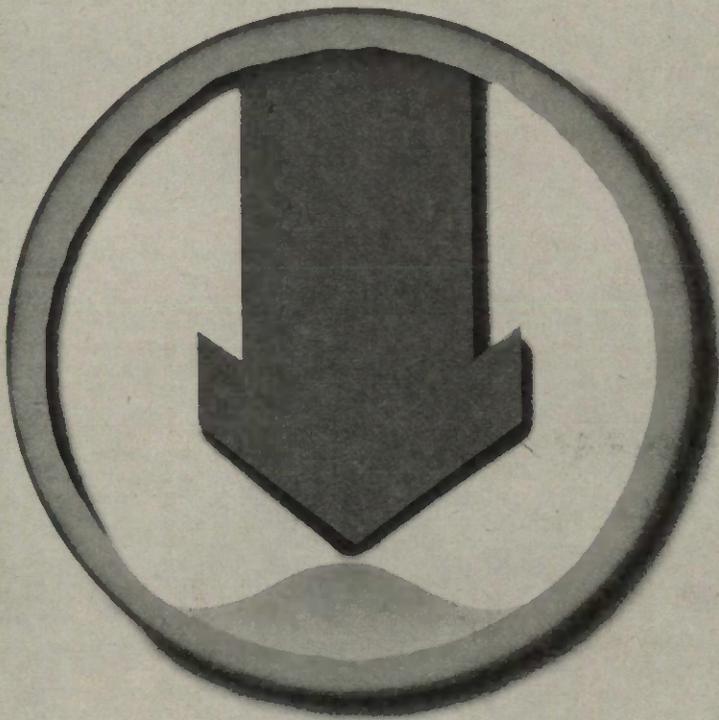
vasoatherolip[®]

stoppt die Atherosklerose

durch Senkung erhöhter Cholesterin-
und Triglyzeridwerte

schafft mehr Substrat ins Zielgebiet

durch Verbesserung der rheologischen
Eigenschaften



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

Zusammensetzung: Überzogene Manteltablette enthält im Mantel: Alufibrat 500 mg, Nicotinsäure 50 mg, Im Retardkern*: Nicotinsäure 120 mg, l* hergestellt nach DBP 14921271. **Indikationen:** Hyperlipoproteinämien mit koronaren, zerebralen und peripheren Durchblutungsstörungen. 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 Antikoagulantiengabe der Quickwert laufend kontrolliert werden. In den meisten Fällen muß die Dosis der Antikoagulantien reduziert werden. **Empfohlene Dosierung:** 3mal täglich überzogene Manteltablette. **Handelsformen:** Packung zu 100 überzogenen Manteltabletten DM 47,50.*

* Preis incl. MwSt.



Herz
Kreislauf
Fettstoff-
wechsel

Pharma Schwarz
GmbH
Mittelstraße 11
4019 Monheim

ren els auch bei peripher-neurogenen Schäden und sind deshalb für die Differenzierung des KTS von vertebra-genen Läsionen ohne große Bedeutung (Thomas, 1966).

Die *Elektroneurographie* hingegen gestattet eine eindeutige Differenzierung eines KTS von einer zervikal-radikulären Schädigung. Bei einem Kompressionsyndrom eines peripheren Nerven tritt eine Leitungsverzögerung durch Schädigung der Markscheiden auf. Im Falle eines KTS kommt es zu einer isolierten Leitungsverzögerung im Bereich des Karpaltunnels. Bei radikulären Schäden findet man diese nie, sondern höchstens eine allgemeine Herabsetzung der motorischen Nervenleitgeschwindigkeit des gesamten Nerven (Je Quesne and Casey). Auch die sensiblen Nervenaktionspotentiale des Nervus medianus sind bei radikulären Läsionen, d. h. Läsionen zwischen Rückenmark und Spinalganglion, unauffällig, während sie bei der Mehrzahl der KTS pathologische Latenzen aufweisen oder nicht ableitbar sind. Zwar gilt ihre Untersuchung als besonders empfindlich (Buchthal and Rosenfalck, Duensing et al., Thomas). Doch fand Duensing bei 2,2 Prozent seiner Patienten mit KTS normale Latenzen des sensiblen Medianus-Nervenaktionspotentials (mit Superposition von Einzelreizen), Manz sogar bei 11,3 Prozent (ohne Superposition).

Wir führten zusätzlich zu diesen Untersuchungen einen Vergleich der motorischen Latenz des Nervus medianus und Nervus ulnaris bei unveränderter Ableitung mit Oberflächenelektroden über dem Thenar durch. Diese Methode, die unseres Wissens erstmalig von Menz erwähnt, aber nicht systematisch untersucht wurde, gestattet, einen Teil der KTS mit sonst normalen neurographischen Meßwerten nachzuweisen und hilft damit, eine differentialdiagnostische Lücke zu schließen. Sie ist auf die Feststellung einer *Latenzumkehr* zwischen Nervus medianus und Nervus ulnaris gerichtet und hat den Vorteil, daß sie schnell durchzuführen ist und nicht den apparativen und zeitlichen Aufwand erfordert wie die Messung der sensiblen Nervenaktionspotentiale.

Die Geringfügigkeit und Sicherheit der Schmerzfreiheit des operativen Eingriffes, bei dem in Leistungsanästhesie das Ligamentum carpi trans-

versum gespalten und über dem Nervus medianus reseziert wird, steht in einem günstigen Verhältnis zu den von uns sehr häufig beobachteten oft jahrelangen Beschwerden der Patienten und der Erfolglosigkeit der konservativen, meist symptomatischen Therapie. Intraoperativ stößt man in der Regel auf ein verdicktes Ligament. Tanzer hat aber bei einem anatomischen Vergleich von Ligamenta carpi transversa bei Patienten mit KTS (intreoperativ) und an Autopsiematerial gezeigt, daß bei den Patienten mit KTS keine signifikante Verdickung des Ligaments gegenüber Personen ohne KTS besteht. Dennoch fanden wir meist eine makroskopisch deutlich sichtbare Kompression des Nervus medianus, vorwiegend im distalen Bereich des Bandes, in dem auch Tanzer bei dem Autopsiematerial die größte Dicke des Ligamentum carpi transversum gefunden hat.

Wir legen deshalb durch einen S-förmigen Schnitt den Karpaltunnel bis in die Hohlhand zur vollständigen Spaltung und weitgehenden Resektion des Bandes über dem Nerven frei. Auf diese — großzügige — Schnittführung haben auch Langloh und Linscheid besonders hingewiesen. Sie operierten eine größere Zahl von Patienten nach, bei denen das Ligamentum carpi transversum unvollständig gespalten war und deren Beschwerden deshalb nach der ersten Operation bestehen geblieben waren.

Bei genauer Diagnostik unter Einsatz der beschriebenen Methoden mit besonderer Berücksichtigung der vergleichenden Neurographie und bei richtiger operativer Technik mit vollständiger Dekompression des Nervus medianus im Karpaltunnel kann das KTS sehr sicher erkannt und behandelt werden.

Zusammenfassung

Karpaltunnel-Syndrom oder radikuläre Schulter-Arm-Hand-Schmerzen mit und ohne sensible und motorische Ausfälle sind pathogenetisch aufgrund der anamnestischen Angaben, der klinisch-neurologischen Befunde sowie mit röntgenologischen Techniken nicht sicher differenzierbar. Eine eindeutige Diagnose des Karpaltunnel-Syndroms gestattet die *Elektroneurographie*. Pathognomonisch für ein Karpaltunnel-

Syndrom ist insbesondere eine Leitungsverzögerung des Nervus medianus im Karpaltunnel. Dabei hat sich unsere Methode der vergleichenden Messung der motorischen Latenz bei Reizung des Nervus medianus und des Nervus ulnaris bei unveränderter Ableitung mit Oberflächenelektroden über dem Thenar als eine außerordentlich treffsichere und dazu noch leicht und schnell durchführbare Methode zur Sicherung der Diagnose eines Karpaltunnel-Syndroms erwiesen. Auf die Bedeutung einer vollständigen operativen Dekompression des Nervus medianus im Bereich des Karpaltunnels wird hingewiesen.

Literaturverzeichnis

- BUCHTHAL, F. and A. ROSENFALCK: Sensory conduction from digit to palm end from palm to wrist in the carpal tunnel syndrome. J. Neurol. Neurosurg. Psychiat. 34, 243-252 (1971)
- CHERINGTON, M.: Proximal pain in carpal tunnel syndrome. Arch. Surgery 108, 69 (1974)
- DUENSING, F. et al.: Neurophysiologische Befunde beim Karpaltunnelsyndrom. Z. Neurol. 206, 267-284 (1974)
- KAESER, H. E.: Diagnostische Probleme beim Karpaltunnelsyndrom. Otsch. Z. Nervenheilk. 185, 453-470 (1963)
- KAESER, H. E.: Das sensible Nervenaktionspotential und seine klinische Bedeutung. Dtsch. Z. Nervenheilk. 188, 289-299 (1966)
- LANGLOH, N. O. and R. L. LINSCHIED: Recurrent and unrelieved Carpal-Tunnel Syndrome. Clin. Orthoped. Rel. Res. 83, 41-47 (1972)
- LEHMANN, H. J. and W. TACKMANN: Neurographic analysis of trains of frequent electric stimuli in the diagnosis of peripheral nerve diseases. Europ. Neurol. 12, 293-308 (1974)
- LE QUENSE, P. and E. O. CASEY: Recovery of conduction velocity distal to a compressive lesion. J. Neurol. Neurosurg. Psychiat. 37, 1346-1351 (1974)
- MANZ, F.: Die Schädigung des Nervus medianus im Karpalkanal. Habilitationsschrift, Freiburg, 1971.
- MUMENTHALER, M.: Charakteristische Krankheitsbilder nicht unmittelbarer traumatischer peripherer Nervenschäden. Nervenarzt 45, 61-66 (1974)
- MUMENTHALER, M. and H. SCHLACK: Läsionen peripherer Nerven. Thieme, Stuttgart, 1973.
- RICHTER, H.-P. and U. THOENEN: Das Karpaltunnelsyndrom mit elektromyographischen „Normalbefunden“ (in Vorbereitung)
- TANZER, R. C.: The Carpal-Tunnel Syndrome. A clinical and anatomical study. J. Bone and Joint Surg. 41-A, 626-634 (1959)
- THOMAS, J. E. and H. E. LAMBERT: Das Karpaltunnelsyndrom. Münchn. Med. Wochenschr. 3, 123-127 (1962)
- THOMAS, J. E. et al.: Electrodiagnostic aspects of the Carpal-Tunnel-Syndrome. Arch. Neurol. 16, 635-641 (1967)

Anschrift der Verfasser:

Dr. med. H.-P. Richter und Professor Dr. med. K. Schmidt, Neurochirurgische Abteilung des Nervenkrankenhauses des Bezirks Schwaben, Postfach 349, 8870 Günzburg

Über die Gründe des Defizits der Krankenkassen der Sozialversicherung ohne Berücksichtigung von Arzthonoraren und Heilmittelpreisen

von Ludwig Schnorr v. Carolsfeld

A)

Es ist ein allgemein bekanntes Phänomen, daß die Krankenkassen der Sozialversicherung (= KK), besonders die AOK, heute meist tief in den roten Zahlen stecken. Als für diesen Zustand verantwortlich werden sehr häufig die Ärzte, die Krankenhausträger und die Pharmaindustrie auf das schärfste angegriffen, wodurch das Vertrauensverhältnis zwischen Arzt und Patient ernstlich gefährdet werden kann. Hierzu soll im folgenden nicht Stellung genommen werden. Auffällig erscheint, daß von seiten der so Beschuldigten offenbar kaum auf den Umstand hingewiesen wird, daß die Leistungspflichten der KK in den letzten Jahren erheblich erhöht wurden. Dadurch werden deren Finanzen wesentlich betroffen. Davon sei hier die Rede.

I.

Vorangeschickt seien noch einige allgemeine Bemerkungen. Es ist selbstverständlich, daß die heutigen Preiserhöhungen auch hier kostensteigernd wirken. Zu diesem allgemeinen Preisanstieg kommt noch der Umstand, daß gemäß § 182 Abs. 2 RVO die Krankenpflege, welche von den KK geleistet werden muß, notwendigerweise „ausreichend und zweckmäßig“ sein muß. Das bedeutet, daß die neuen Diagnosen- und Heilmethoden benutzt werden müssen, die regelmäßig hinsichtlich Anschaffung, Wartung und Benutzung den Aufwand für die früher angewandten Apparaturen überschreiten. Zu bedenken ist auch, daß die Ausgaben durch die zunehmende Zahl der Zivilisationsschäden und die vermehrte Zahl der Unfälle steigt, vor allem solche, die Folgen des Verkehrs sind. Denn hier handelt es sich stets um Krankheiten im Sinne der RVO. — Mag auch ein Teil der Unfälle mit der Arbeit zusammenhängen, also zu den sogenannten Arbeitsunfällen gehören, so daß deren Folgen die Träger der Unfallversicherung im wesentlichen belasten,

so müssen doch auch aus diesem Bereich die KK bis zum 18. Tag nach dem Unfall die Kosten ganz, nachher auch noch teilweise tragen (§§ 565, 1504 RVO).

Das gilt auch für die sogenannten Berufskrankheiten, wie die heute so häufigen Ertaubungen oder Erschütterungswirkungen, Staublungen usw. Die Gründe eines Unfalls sind für die Leistungspflicht der KK ohne Bedeutung — Leistungssport und andere Art der Freizeitgestaltung! Denn nur dann, wenn der Versicherte sich vorsätzlich die Krankheit zugezogen hat, kann die Satzung seiner KK das Krankengeld — nicht aber die übrigen Leistungen — versagen, z. B. bei mißglücktem Selbstmord, nachdem seit 1972 der Versagungsgrund „schuldhaftes Beteiligung bei Schlägereien oder Raufhändeln“ vom Gesetzgeber beseitigt wurde.

Hinzuweisen ist der Vollständigkeit halber darauf, daß es für die Höhe der Mitgliedsbeiträge der KK keine Rolle spielt, wieviele Personen durch einen einzigen Versicherten mitversichert sind; denn nach wie vor werden Ehegatten, Kinder und unter Umständen Enkel usw. im Rahmen der Familienhilfe ohne Aufschläge (im Gegensatz zur Privatversicherung) mitversichert, wenn sie nur nicht selbst versichert sind und einige weitere Voraussetzungen erfüllen (§ 205 RVO). — Heute ist sogar durch § 205 Abs. 3, Satz 4 RVO darüber hinaus der Kreis der mitversicherten Kinder erweitert worden; denn für diese besteht dann keine Altersgrenze mehr, „wenn sie wegen körperlicher, geistiger oder seelischer Behinderung außerstande sind, sich selbst zu unterhalten“. Allerdings gemäß § 214 Abs. 4 RVO nur bis längstens drei Wochen nach dem Tod des Versicherten, d. h. des Mitgliedes der KK, dessen „Kind“ der Abkömmling ist; dann mit Weiterversicherungsrecht gemäß § 176 b Abs. 1 Nr. 2 RVO.

II.

Außer dieser soeben erwähnten, geringen Erweiterung der Leistungspflichten hat die letzte Zeit noch eine Reihe erheblich einschneidendere gebracht:

1. a) Hier sind zunächst die *Vorbeugungsmaßnahmen* zu nennen, durch welche der Gesundheitszustand gebessert oder drohende schwere Erkrankungen abgewendet werden sollen, d. h. solche zur Sicherung der Gesundheit (§ 21 SGB; § 181 RVO), also Maßnahmen zur Früherkennung von Krankheiten, und zwar bei Kindern bis zur Vollendung des vierten Lebensjahres solche, die deren normale körperliche oder geistige Entwicklung in besonderem Maße gefährden, z. B. Fehlbildungen des Hüftgelenks, des Herzens, Früherkennung von Rachitis, bei Frauen ab 30 Jahren Krebsvorsorgeuntersuchungen, besonders auf Mamma-, Gebärmutter- und Mastdarmkarzinom, bei Männern ab 45 Jahren, besonders auf Prostata- oder Mastdarmkarzinom; vgl. § 368 r RVO über die hierher gehörenden ärztlichen Pflichten.

Hierher gehören auch die Vorsorgekuren gemäß § 21 Abs. 1 Nr. 2 SGB zur Verhütung von Krankheiten.

Dazu kommen noch die sogenannten „Sonstigen Hilfen“ der §§ 200eff. RVO, z. B. Beratung über Empfängnisregelung, Leistungen bei nicht rechtswidriger Sterilisation bzw. Schwangerschaftsunterbrechung, durch Krankenhilfe und Krankengeld (§ 200 g RVO).

b) Zu erwähnen ist hier weiter ein *Inhaltswandel des Krankheitsbegriffes*, der eine häufigere Leistungsverpflichtung der KK als bisher der Fall war, zur Folge hat. Während früher nur dann eine Krankheit als gegeben angenommen wurde, wenn es sich um eine Abweichung des Körper- oder Geisteszustandes von

dem gerade diesem Menschen eigenem handelte, ist heute Vergleichsperson der Normalmensch, vorausgesetzt, daß in diesem neuen, erweiterten Raum der abweichende Zustand behoben oder z. B. durch Prothesen verbessert werden kann, z. B. angeborene, eber operable Blindheit, angeborene Einarmigkeit, mit der Gefahr zukünftiger statischer Störungen (vgl. BSGE Band 30, S. 151), höchstwahrscheinliche Schwangerschaftsschädigungen, auch seelischer Art (vgl. BSGE Bd. 39, S. 167), frühzeitige Behandlung von Kieter- oder Zahnstellungsanomalien usw.

c) Schließlich sind die *Rehabilitationskosten* zu erwähnen, die auch die KK treffen können, wenn die primären Träger – Unfall- oder Rentenversicherung – nicht einzugreifen haben (Rehabilitationsausgleichsgesetz von 1974). Hierher gehört auch (§ 182 b RVO) die Ausstattung mit Körperersatzstücken oder orthopädischen Hilfsmitteln (z. B. angemessene Spezialschuhe). Dieser Anspruch umfaßt auch die Änderung, Instandsetzung und Ersatzbeschaffung jener Hilfsmittel, sowie die Ausbildung zu deren Gebrauch, etwa Gehunterricht in besonderen Schulen, einschließlich der Hin- und Rückfahrt (§ 194 RVO; s. auch § 184 e RVO).

d) Subsidiär, falls kein Arbeitsunfall vorliegt, auch nicht Berufs- oder Erwerbsunfähigkeit gegeben ist, sind *Belastungsproben und Arbeits-* (nicht Beschäftigungs-) *therapie* durchzuführen (§ 182 d RVO).

2. a) Wesentlich kostensteigernd wirkt die *Verlängerung der Bezugszeit von Krankengeld* von früher meist nur 26 Wochen auf jetzt meist 78 Wochen (Verkehrsunfälle mit langer Arbeitsunfähigkeit!).

b) Die *Pflicht zur Aufnahme in ein Krankenhaus* ist stark erweitert auf alle Fälle ausgedehnt worden, in denen diese erforderlich ist, um die Krankheit echt zu erkennen, zu behandeln oder Beschwerden zu lindern (§ 184 RVO), während solche Fälle früher nur „Kannfälle“ waren – auch eine Folge des Fehlens der Großfamilie in der heutigen Zeit.

Die *Krankenhauspflege* ist jetzt zeitlich unbegrenzt zu gewähren, was sich gerade bei Verkehrs- und Sportunfällen mit langer notwendiger Verweildauer kostensteigernd auswirkt, während früher der Satz galt, daß

Krankenhausaufenthalt = Krankenpflege + (zeitlich beschränktes) Krankengeld sei, so daß nach Ablauf des verhältnismäßig kurzen Zeitraumes der Leistungspflicht der Patient selbst oder der Träger der Sozialhilfe (meist der Kreis) für den weiterdauernden Aufenthalt aufzukommen hatte.

Zu eigentlichen Krankenhauskosten im engeren Sinn kommt jetzt aber nicht mehr bloß ein „Hausgeld“ (halbes Krankengeld, aber nur, wenn Angehörige des Patienten ganz oder überwiegend unterhalten wurden), sondern das gesamte Krankengeld während der Verweilzeit, auch wenn keine Arbeitsunfähigkeit vorliegt, die ja sonst Voraussetzung für die Leistungspflicht des Krankengelds ist (§ 186 Abs. 1 RVO) und hier sogar ohne die Karenztage des § 182 Abs. 3 RVO (§ 186 RVO).

c) Gemäß § 185 g RVO sind auch *Haushaltshilfen* dann zu stellen, wenn wegen des Krankenhausaufenthalts der Haushalt, auch nicht durch einen anderen Haushaltsangehörigen, geführt werden kann, und ferner ein Kind unter acht Jahren im Haushalt lebt oder behindert oder auf Hilfe angewiesen ist. Sofern die KK eine solche Kraft nicht selbst zu stellen vermag (die Regel), hat sie eine vom Versicherten beschaffte Ersatzkraft angemessen zu entlohnen.

d) Falls ein *Kind* im Sinn des § 205 RVO (bis zu acht Jahren) des Versicherten *erkrankt*, das nach ärztlichem Zeugnis Betreuung und Aufsicht benötigt und eine andere im Haushalt lebende Person diese Tätigkeit nicht übernehmen kann, so hat der Versicherte selbst Anspruch auf Krankengeld, und zwar für jedes Kind längstens für fünf Arbeitstage im Jahr, sofern ihm trotz Fernbleibens von der Arbeit nach arbeitsrechtlichen Grundsätzen (§§ 616 BGB, 133 c GewO, 63 HGB) kein Lohnanspruch zusteht.

e) *Reise- und Gepäckbelöderungskosten* (auch für eine notwendige Begleitperson), die mit einer Leistung der KK zusammenhängen, sind gemäß § 194 RVO zu übernehmen, eventuell auch Familienheimfahrtkosten oder Besuchskosten.

3. Das ständige Sorgenkind der KK sind *Zahnersatz- und Zahnkronenkosten* (§ 182 c RVO). Die Kostentragungspflicht ist den Satzungen der einzelnen KK überlassen. Da

das Nähere mit den Vereinbarungen zwischen den KK und den Zahnärzten zusammenhängt, soll davon hier nicht gesprochen werden.

4. Einige *Gruppen von Versicherten* belasten jetzt die KK in ganz besonderem Maße, weil für sie als Beiträge nur Pauschbeträge zu zahlen sind, deren Errechnung in der Regel Durchschnittslöhne zugrunde zu legen sind, die in früheren Jahren einmal gezahlt wurden, die also dem gegenwärtigen Preisniveau der Leistungsverpflichtungen auch nicht annähernd entsprechen (gemäß § 381 Abs. 1 RVO sind diese bei Rentnern von Trägern der Rentenversicherung zu zahlen). Hierher gehören vor allem die pflichtversicherten Rentner (§ 165 Abs. 1 Nr. 3 RVO), die ja auch von vornherein wegen ihres Alters oder wegen ihrer Gebrechen (Berufs- und Erwerbsunfähige) besonders krankheitsanfällig sind. Dazu kommt, daß diese Gruppe der Versicherten etwa ein Drittel der Gesamtversicherten ausmacht. Am 1. Oktober 1975 von 16,13 Millionen bei den AOK-Versicherten waren es 5,7 Millionen! Diese Personengruppen pflegen auch von der Arzneikostengebühr befreit zu sein (§ 182 e Abs. 2 RVO), auch eine zusätzliche Belastung der KK. – Hierher gehören außer den Beziehern von Übergangsgeld seit 1. Oktober 1975 auch die Studenten (§ 165 Abs. 1 Nr. 5 RVO), terner nach dem Gesetz über die Sozialversicherung Behinderter vom 7. Mai 1975 (seit 13. Mai 1975) die körperlich, geistig oder seelisch Behinderten, die in Behinderten- oder Blindenwerkstätten arbeiten (§ 165 Abs. 1 Nr. 2 a Buchst. b RVO).

Ungünstig kann sich für die KK auch die Krankenversicherung der Bezieher von Arbeitslosengeld, Arbeitslosenhilfe und Unterhaltsgeld im Sinne des § 44 AFG (§ 155 AFG) auswirken, da die Beiträge, welche die Bundesanstalt für Arbeit derentwegen zu entrichten hat, gemäß § 157 AFG in einer Art und Weise berechnet werden, daß ihr Ergebnis nicht vorausgesehen werden kann.

III.

Diesen erhöhten Belastungen der KK stehen allerdings einige neuere *Entlastungen* gegenüber.

1. Während früher die Arbeitgeber nur für Angestellte bei unverschuldeter Krankheit während sechs Wochen das Gehalt weiter zu zahlen

hatten (§§ 616 Abs. 2 Satz 2 BGB, 63 HGB, 133c Abs. 1 S. 1 GewO), so daß während dieser Zeit gemäß § 189 RVO die Pflicht der KK, Krankengeld leisten zu müssen, ruht, gilt jetzt auch für Arbeiter gemäß §§ 1 ff Lohnfortzahlungsgesetz (LFG) im wesentlichen das gleiche. Da ein nicht geringer Teil der Krankheiten sechs Wochen nicht überschreitet, entlastet diese Neuregelung die Finanzlage der KK wesentlich, zumal während jener Zeit die Beitragspflicht fortbesteht (§ 383 RVO) und die Tage eines bloßen Ruhens der Krankengeldverpflichtung auf deren Deuer anzurechnen sind.

Eine gewisse Korrektur erfährt allerdings diese für die KK günstige Rechtslage gemäß § 10 LFG, wenn es sich um Kleinbetriebe handelt, d. h. um solche Betriebe, die in der Regel, abgesehen von den Auszubildenden, nicht mehr als 20 Mitarbeiter beschäftigen. Hier sind 80 Prozent des Lohnes derjenigen Arbeiter, die zwar nicht arbeiten, denen aber Lohn weiter zu zahlen ist, an den Unternehmer seitens der KK zu vergüten, ebenso wie die von diesem gesetzlich zu tragenden Beiträge für die Kranken-, Renten- und Arbeitslosenversicherung.

Ähnlich wie bei den Angestellten liegen jetzt die Verhältnisse bei den Auszubildenden (§ 12 BerufsbildungsG).

2. Eine gewisse Entlastung der KK bedeutet es, daß heute in steigendem Maße beide Ehegatten Lohnarbeit zu verrichten pflegen, beide also selbst beitragspflichtig sind und daher als Versicherte und nicht aufgrund der dem einen Ehegatten ohne Beitragserhöhung geschuldeten Familienhilfe (nahezu) die gleichen Leistungen der KK erhalten. Ebenfalls auf die Leistungspflichten im Rahmen der Familienhilfe wirkt sich der Geburtenrückgang aus, wodurch die Zahl der bei den einzelnen Versicherten mitversicherten Kinder rückläufig ist. Auch das Entgelt, das Auszubildende gemäß § 10 BeBiG erhalten, führt zur Beitragspflicht für diese, wodurch ihre Pflichtversicherung nicht mehr ohne Beiträge gegeben sein kann.

3. Schließlich sei noch erwähnt, daß der § 214 RVO (Versicherung von arbeitslos Gewordenen ohne Beitragspflicht) infolge der Versicherung von Arbeitslosen, welche die Voraussetzungen der §§ 155 ff AFG erfüllen, seltener geworden ist.

Strahlenschutzkurse

zum Erwerb der Fachkunde und Kenntnisse im Strahlenschutz gemäß § 4 der Röntgenverordnung (RöV) vom 1. März 1973

Die erforderlichen Kurse werden in Bayern von der Gesellschaft für Strahlenschutz, Ingolstädter Landstraße 1, 8042 Neuherberg, telefonische Anfragen unter (089) 387 42 11 (Kurssekretariat) durchgeführt.

Nachdem diese Kurse vielfach schon über längere Zeit ausgebucht sind, geben wir nachstehend die Anschriften weiterer Veranstalter solcher Kurse an:

Akademie für Arbeitsmedizin Berlin
Soorstraße 84, 1000 Berlin 19, Telefon (030) 3025026, App. 48/42

Gesellschaft für Kernforschung m. b. H.
Postfach 3640, 7500 Karlsruhe, Telefon Linkenheim (072 47) 8 21

Haus der Technik e. V.
Hollestraße 1, 4300 Essen 1, Telefon (02 01) 23 50 07

Technische Akademie Esslingen
Institut des Kontaktstudiums an der Universität Stuttgart
Rotenackerstraße 71, 7000 Stuttgart, Telefon (07 11) 3 79 36

Interessierte Kollegen wollen sich bitte fernmündlich mit den Veranstaltern in Verbindung setzen (Termine, Platzzuweisung usw.).

B)

Überblickt man das Gesagte, so ist es klar, daß der Beitragssatz in Höhe von sechs Prozent des Grundlohnes (§ 180 RVO), welcher im Jahre 1930 dem Gesetzgeber der normale und die Pflichten der KK zu erfüllen geeignet schien, nicht mehr aufrecht zu erhalten ist. Tatsächlich betragen im Oktober 1975 die Beitragssätze der Allgemeinen Ortskrankenkassen im Schnitt 10,85 Prozent.

Da die Beiträge im allgemeinen von den im Arbeitsleben stehenden Mitgliedern zur Hälfte aufzubringen sind (§ 381 RVO), für viele weitere Versicherte, besonders die Rentner, die von anderer Seite zu leistenden Beiträge zu niedrig liegen, belasten die Leistungen zur Krankenversicherung weitestgehend diejenigen, welche im Arbeitsprozeß stehen, aber auch die Unternehmungen, die allerdings häufig in der Lage sind, ihre Lasten über die Preise auf die Verbraucher abzuwälzen. Weil also die öffentliche Hand in weitem Umfang die Sozialleistungen auf die Empfänger überträgt, die Pflichtleistungen der KK aus wohlwogenden Gründen nicht abgebaut werden dürften, so bleibt ein allerdings kaum

erfolgreicher Weg für den Abbau der Höhe der Verpflichtungsbeträge übrig: Den Versicherten ist klar zu machen, daß es sich hier um Ausgaben handelt, die sie selbst durch überlegte, maßvolle Inanspruchnahme der Leistungen der KK zu senken in der Lage sind. Hierzu wäre es allerdings nötig, dahin eine Aufklärung zu versuchen, daß die Krankenversicherung der im Berufsleben Stehenden ihre eigene und nicht eine fremde Versicherung ist, die sie selbst, wenn auch zugegebenermaßen gering, zu steuern vermögen. Aufgabe des Staates seinerseits ist es aber, Ausgaben, die er sich zu gute hält, auch zugute halten muß, selbst zu tragen und mit diesen nicht den Rücken derer zu belasten, welche die Lage nicht zu durchschauen vermögen. Das gilt besonders hinsichtlich der Ausstrahlungen der Rentenversicherung in die Krankenversicherung infolge der unterschiedlichen Quellen der aufzubringenden Mittel.

Anschrift des Verfassers:

Professor Dr. jur. Ludwig Schnorr von Carolstfeld, Ordinarius der Rechte an der Universität Erlangen-Nürnberg, Kochstraße 19, 8520 Erlangen

Der Jugendarbeitsschutz neu geregelt

Testliste für den ärztlichen Ausbilder

Mehr als anderthalb Millionen Jugendliche werden in der Bundesrepublik derzeit ausgebildet. Bei den freien Berufen sind es gut 100 000 und hierbei wiederum bei der Gruppe der Ärzte und Zahnärzte ca. 45 000 Auszubildende, die in den Praxen niedergelassener Ärzte und Zahnärzte ihre Berufsausbildung erfahren.

Rechtsboden für die Berufsausbildung ist nicht nur das Berufsbildungsgesetz, sondern auch das wiederholt reformierte und nun neu konzipierte Jugendarbeitsschutzgesetz.

Es ist ein Teilstück der Bestrebungen des Gesetzgebers zur stärkeren Humanisierung des Arbeitslebens und der Verbesserung der Arbeitsbedingungen jugendlicher Auszubildender.

Zu stark hat sich die soziale Wirklichkeit seit dem Jahre 1960 geändert. Das alte Jugendarbeitsschutzgesetz aus diesem Jahre wurde der Zielsetzung, junge Menschen nach modernen Maßstäben am Arbeitsplatz zu schützen, nicht mehr gerecht. Auch die in der Vergangenheit festgestellte Vielzahl von Verstößen (auch von ärztlichen Ausbildern) gegen den Jugendarbeitsschutz hat dazu geführt, daß eine sachgerechte Berufsausbildung mehr denn je im Blickpunkt der Öffentlichkeit steht. Fehler und Versäumnisse in der Beachtung gesetzlicher Vorschriften können sich nicht nur nachteilig für den Jugendlichen und den einzelnen Arzt als Ausbilder, sondern für das Ansehen aller Ärzte insgesamt negativ auswirken.

Der nachfolgende Fragenkatalog soll helfen, Fehler und Versäumnisse zu vermeiden; er macht allerdings nicht auf die wichtigsten Beratungen aufmerksam.

1. Wo gilt das Jugendarbeitsschutzgesetz?

Das Jugendarbeitsschutzgesetz gilt auch in der Arztpraxis, wenn Personen, die noch nicht 18 Jahre alt sind, dort beschäftigt sind

– und in der Berufsausbildung stehen, oder als

– Arbeitnehmer,

– mit sonstigen Dienstleistungen, die der Arbeitsleistung von Arbeitnehmern ähnlich sind,

– in einem der Berufsausbildung ähnlichen Ausbildungsverhältnis im Rahmen der Praxis befaßt sind (§ 1).

2. Dauer der täglichen Arbeitszeit?

§ 8:

Nicht mehr als acht Stunden!

Die tägliche Arbeitszeit im Sinne des Jugendarbeitsschutzgesetzes ist die Zeit vom Beginn bis zum Ende der täglichen Beschäftigung ohne die Ruhepausen.

3. Dauer der wöchentlichen Arbeitszeit?

§ 8 Abs. 1:

40 Stunden.

Die Arbeitszeit, die an einem Werktag infolge eines gesetzlichen Feiertages ausfällt, wird auf die wöchentliche Arbeitszeit angerechnet.

4. Fünftageswoche?

§ 15:

Jugendliche dürfen nur an fünf Tagen in der Woche beschäftigt werden.

5. Samstags-Ruhe?

§ 16:

Grundsätzlich dürfen Jugendliche an Samstagen nicht beschäftigt wer-

den. Ausnahmen für die ärztliche Praxis: Beschäftigung Jugendlicher im ärztlichen Notdienst. Das gleiche gilt für Sonn- und Feiertage.

6. Ruhepausen?

§ 11:

1. Sie müssen im voraus festgelegt werden;

2. sie müssen

a) 30 Minuten bei einer Arbeitszeit von mehr als viereinhalb bis zu sechs Stunden;

b) 60 Minuten bei einer Arbeitszeit von mehr als sechs Stunden betragen.

7. Aufenthaltsräume?

§ 11:

Wo mehr als zehn Jugendliche beschäftigt werden, sind gesonderte Aufenthaltsräume für Jugendliche bereitzustellen. Der Aufenthalt während der Pausen in Arbeitsräumen darf den Jugendlichen nur gestattet werden, wenn die Arbeit in diesen Räumen während dieser Zeit eingestellt ist und auch sonst die notwendige Erholung nicht beeinträchtigt wird.

8. Freizeit, Nachtruhe?

§ 13:

Die Freizeit muß mindestens zwölf Stunden (ununterbrochen) betragen.

§ 14:

In der Zeit von 20 bis 7 Uhr darf der Jugendliche nicht beschäftigt werden (Nachtruhe).

9. Urlaub?

§ 19:

a) Mindestens 30 Werktage, wenn der Jugendliche zu Beginn des Kalenderjahres noch nicht 16 Jahre alt ist;

b) mindestens 27 Werktage, wenn der Jugendliche zu Beginn des Kalenderjahres noch nicht 17 Jahre alt ist;

c) mindestens 25 Werktage, wenn der Jugendliche zu Beginn des Kalenderjahres noch nicht 18 Jahre alt ist.

10. Berufsschule:

§ 9:

a) Freistellungsverpflichtung seitens des Arbeitgebers zur Teilnahme des Jugendlichen am Berufsschulunterricht und zu Prüfungen;

b) Beschäftigungsverbot:

– vor einem vor 9 Uhr beginnenden Unterricht;

– an Berufsschultagen mit einer Unterrichtszeit einschließlich der Pausen von mindestens fünf Stunden;

– in Berufsschulwochen mit einem planmäßigen Blockunterricht von mindestens 25 Stunden an mindestens fünf Tagen; zusätzliche betriebliche Ausbildungsveranstaltung bis zu zwei Stunden wöchentlich sind zulässig.

Im übrigen sind auch die Arbeitszeit, Berufsschultage, Berufsschulwochen sowie die übrige Unterrichtszeit einschließlich der Pausen anzurechnen.

Ein Entgeltausfall darf durch den Besuch der Berufsschule nicht eintreten.

Eine Freistellung vom Praxisdienst ist auch an dem Tag, der der Abschlußprüfung unmittelbar vorangeht, zu gewähren.

11. Allgemeine Beschäftigungsverbote?

§ 22:

– Jugendliche dürfen nicht beschäftigt werden mit Arbeiten, die ihre Leistungsfähigkeit übersteigen;

– bei denen sie sittlichen Gefahren ausgesetzt sind;

– die mit Unfallgefahren verbunden sind, von denen anzunehmen ist, daß sie Jugendliche wegen mangelnden Sicherheitsbewußtseins oder mangelnder Erfahrung nicht erkennen oder nicht abwenden können;

– bei denen sie schädlicher Einwirkung von Lärm, Erschütterungen, Strahlen oder von giftigen, ätzenden oder reizenden Stoffen ausgesetzt sind.

12. Unterweisungspflicht über Gefahren?

§ 29:

Der Jugendliche ist vor Beginn der Beschäftigung vom Arbeitgeber über die Unfall- und Gesundheitsgefahren seiner Beschäftigung sowie über die Einrichtungen und Maßnahmen zur Abwendung dieser Gefahren zu unterweisen. Die Unter-

weisungen sind in angemessenen Zeitabständen, mindestens aber halbjährlich, zu wiederholen.

13. Verbot der Abgabe von Alkohol und Tabak? Züchtigungsverbot!

§ 31:

Wer Jugendliche beschäftigt, darf Jugendlichen unter 16 Jahren keine alkoholischen Getränke und Tabakwaren, den Jugendlichen über 16 Jahren keinen Branntwein geben.

14. Gesundheitliche Betreuung Jugendlicher?

§§ 32–46:

1. Erfolgte die Erstuntersuchung innerhalb der letzten neun Monate?

2. Liegt Bescheinigung über Erstuntersuchung vor?

3. Erste Nachuntersuchung (Bescheinigung!) nach einem Jahr?

4. Weitere Nachuntersuchungen nach Ablauf jedes weiteren Jahres möglich!

5. Außerordentliche Nachuntersuchung unter bestimmten Bedingungen angezeigt!

Der Arbeitgeber hat die ärztliche Bescheinigung bis zur Beendigung der Beschäftigung aufzubewahren.

15. Aushang oder Aushang des Gesetzes? *)

§ 47:

Bei Beschäftigung mindestens eines Jugendlichen muß der Arbeitgeber einen Abdruck dieses Gesetzes und die Anschrift der zuständigen Aufsichtsbehörde zur Einsicht auslegen oder aushängen.

16. Aushang über Arbeitszeit und Pausen?

§ 48:

Bei der Beschäftigung von mindestens drei Jugendlichen muß der Arbeitgeber einen Aushang über Beginn und Ende der regelmäßigen täglichen Arbeitszeit und der Pausen an geeigneter Stelle in der Praxis anbringen.

*) In preiswerten Ausgaben sind Abdrucke dieses und anderer wichtiger Gesetze in jeder Buchhandlung erhältlich.

17. Verzeichnis der Jugendlichen, Vorlage der Verzeichnisse

§§ 49, 50:

Der Arbeitgeber ist verpflichtet, ein Verzeichnis der Auszubildenden, der bei ihnen beschäftigten Jugendlichen unter Angabe des Vor- und Familiennamens, des Geburtsdatums und der Wohnanschrift zu führen; der erste Tag des Beginns der Beschäftigung des Jugendlichen muß darin vermerkt sein.

Der Aufsichtsbehörde ist das Verzeichnis auf Verlangen vorzulegen.

Diplomvolkswirt Franz Stobrawa, Köln

Neuwahlen im Marburger Bund

Im Rahmen seiner Landesversammlung 1976 bestellte der Marburger Bund, Verband der angestellten und beamteten Ärzte Deutschlands, Landesverband Bayern e. V., einen neuen Landesvorstand.

Zum 1. Landesvorsitzenden wählten die Delegierten der Krankenhausärzte Dr. Georg Fuchs, Akademischer Oberrat an der Universitätsklinik Würzburg. Dr. Fuchs ist bereits Mitglied des Landesgesundheitsrates und Mitglied des Senats und der Versammlung der Universität Würzburg. Seit 1973 gehört er dem Stadtrat seiner Heimatstadt Würzburg an. Er ist Mitglied des Vorstandes der Bayerischen Landesärztekammer.

Zum 2. Landesvorsitzenden wählte die Versammlung Dr. Gerhard Wündisch, Oberarzt am Städtischen Krankenhaus München-Schwabing. Er ist Mitglied des Vorstandes der Bundesärztekammer.

Der bisherige Landesvorsitzende, Dr. Jürgen Bausch, hat sein Amt wegen der bevorstehenden Niederlassung als praktischer Arzt in einer hessischen Landgemeinde zur Verfügung gestellt. In Würdigung seiner Tätigkeit und seiner wesentlichen Beiträge zur Münchener Krankenhausreform bestellten ihn seine Kollegen einmütig zum Ehrenvorsitzenden des Marburger Bundes Bayern.

Klassische Dermatologie in heutiger Darstellung

55. Fortbildungstagung für Ärzte in Regensburg

(Schluß)

Professor Dr. J. J. Herzberg, Bremen:

Die Beteiligung der Haut im Rahmen der paraneoplastischen Syndrome

Beim kutanen paraneoplastischen Syndrom handelt es sich um *nicht-metastatische Manifestationen*, welche an die Existenz eines malignen viszeralen Tumors oder einer anderen viszeralen Neoplasie (Retikulo-se, Leukose, Morbus *Hodgkin*) gebunden sind. Der enge pathogenetische Zusammenhang von Tumor und Dermato-se ist daran zu erkennen, daß die Hauterscheinungen spontan nach operativer, radiologischer oder zytostatischer Therapie der Geschwulst verschwinden. Ihr Wiederauftreten zeigt das Rezidiv oder die Metastase an. Eine tumorspezifische Dermato-se gibt es, vielleicht mit Ausnahme der Akrokeratose von *Bazex* und Mitarbeitern, nicht. Es gibt enderseits keine bösartige Geschwulst, welche stets, überwiegend oder auch nur häufig kutane paraneoplastische Syndrome provoziert. Das kutane paraneoplastische Syndrom hat aber nicht nur diese begrifflich festgelegte Signalfunktion, sondern es sagt in manchen Fällen etwas über die Prognose des zugrunde liegenden Tumoreleidens aus. Die Voraussage *quoad vitam* ist schlecht bei der *Acanthosis nigricans maligna*, bei der *Thrombophlebitis migrans*, beim *Herpes zoster generalisatus*, beim *Erythema gyratum repens*, bei der *Tylosis palmoplantaris* u. a. Gelegentlich erleichtert das Syndrom die topische Geschwulstdiagnose. Die *Acanthosis nigricans maligna* z. B. findet man in 86 Prozent der Fälle bei einem Karzinom des Bauchraumes, die Akrokeratose von *Bazex* und Mitarbeitern weist auf eine maligne epitheliale Neoplasie des hinteren Rachenraumes, der Zunge, des Kehlkopfes, des Ösophaguseinganges und der Tonsillen hin. Beim *Howel-Evans-Syndrom* gibt es prektisch

nur Ösophaguskarzinome, bei der *Thrombophlebitis migrans* prevalieren die Pankreaskarzinome. Erworbene Ichthyosen und Keratosen zeigen die Retikulosen und Leukosen an. Auch eine Aussage zur Geschwulstart ist manchmal möglich, so die fast ausschließlichen Adenokarzinome bei *Acanthosis nigricans maligna*. Das Studium der kutanen paraneoplastischen Syndrome hat gelehrt, daß Latenzzeiten von 16 bis 25 Jahren bis zum Auftreten der eigentlichen Tumorsymptome vorkommen können, dies sowohl bei epithelialen Neoplasien als auch beim Plasmozytom.

Vor allem aus didaktischen Gründen kann man die kutanen Paraneoplasien in vier Gruppen unterteilen. In einer Gruppe I finden sich fast tumorspezifische Dermatosen, wie die *Acanthosis nigricans maligna*, das *Erythema gyratum repens* *Gamel*, die Akrokeratose von *Bazex* und Mitarbeitern und das *Howel-Evans-Syndrom*. In einer Gruppe II finden sich Hauterkrankungen, bei denen der Arzt stets an einen die Dermato-se provozierenden Tumor denken muß, dazu zählen die erworbenen Ichthyosen und Keratosen, die erworbenen Hypertrichosen, die blasen- und bläschenbildenden sowie primär pustulösen Dermatosen der älteren Menschen, die *Dermatomyositis* der Patienten über 40 Jahre, gewisse Pigmentstörungen, die figurierten Erytheme (die zahlenmäßig stärkste Gruppe), die folliculären Mukinosen, die vielfältigen Hautveränderungen bei multiplen Myelomen, wie *Skleromyxödem Arndt-Gottron*, *Pyoderma gangraenosum*, Amyloidablagerungen, *Kyroproteinämie* mit all ihren Folgen, eruptive plane Xanthome usw.

Zur Gruppe III zählen kutane paraneoplastische Syndrome, bei denen der Arzt zumindest an die Kopplung mit einem viszeralen Malignom denken sollte. Dazu rechnen: Die un-

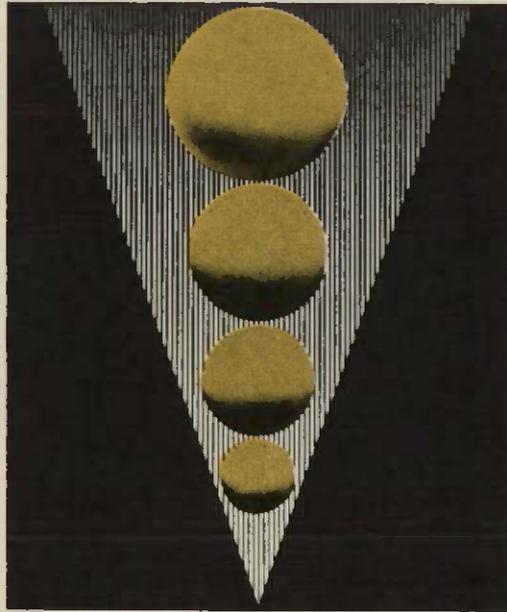
charakteristischen Erythrodermien, die lichenoiden Dermatitis, der *Pruritus sine materia*, die generalisierten Hefepilz-Erkrankungen, etwa beim metastasierten Thymom, *Herpes zoster generalisatus*, die hyperergische Vaskulitis, die plötzlich aufschießenden multiplen seborrhoiden Keratosen, die multiplen Rumpfbasaliome, die bowenoiden Karzinome. Und schließlich gäbe es noch eine IV. Gruppe, bei der man an einen Zusammenhang denken kann, deren große Zahl aber hier nicht im einzelnen aufgeführt werden kann.

Dr. W. Undeutsch, Tübingen:

Einige neue Tumorformen der Haut

In erster Linie ist hier das früher als Plattenepithelkarzinom der Haut häufig fehldiagnostizierte Keratokanthom zu nennen. Es zeichnet sich aus durch einen erhabenen glatten, oft Teleangiektasien aufweisenden Randwall und einen zentralen Hornkrater. Letzterer kann entfernt werden, ohne daß eine Blutung auftritt. Die Vorgeschichte bis zur maximalen Entwicklung ist selten länger als zwei Monate, der Durchmesser kaum über 2 cm. Die Histologie ist nur dann in der Lage, die Diagnose eines prognostisch gutartigen und sich selbst zurückbildenden Keratokanthoms mit hinreichender Sicherheit zu stellen, wenn der Tumor ganz zur Untersuchung kommt. Nach *Rassner* soll es immerhin in ca. 30 Prozent der Fälle aufgrund des histologischen Befundes allein nicht möglich sein, ein spinozelluläres Karzinom mit Sicherheit auszuschließen. Gerade diese Unsicherheitsfaktoren der in der Tumordiagnostik sonst so verlässlichen feingeweblichen Klassifizierung sind besonders bedrückend. Erschwert wird die Abtrennung noch dadurch, daß die Mehrzahl der befallenen Patienten älter als 60 Jahre sind, sich also im karzinomgefährdeten Alter befinden und daß 90 Prozent aller Keratokanthome in lichtexponierten Hautbereichen lokalisiert sind, die für Hautkrebs anfälliger sind. So ist aus Gründen der Sicherheit der histologischen Diagnostik sowie auch der Verhütung von Rezidiven die Totalexzision das Mittel der Wahl. Ist diese nicht möglich, so bleibt nichts anderes übrig, als nach Kürettage des Hornpropfes die Rückbildung abzuwarten — gegebenenfalls unter

Der Lipid-Senker



Lipo-Merz[®]

mit der Monosubstanz Etofibrat^{DBP} 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., Schnelder, J., Heese, W.:
Feldstudie für Lipidsenkung mit Etofibrat, fdm 94, 785 (1976).

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:

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



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

zusätzlicher Röntgenbestrahlung, deren Dosierung unterschiedlich, aber natürlich nicht so hoch ist wie beim Plattenepithelkarzinom. In jedem Fall sollte man den Patienten ein halbes Jahr lang nachbeobachten.

Kinder und Jugendliche haben eine besondere, sogenannte „lymphoplastische Disposition“, was sich in Form von Thymus-, Rachenmandel- und Tonsillenhyperplasie und auch an der relativen Lymphozytose im Blutbild äußert. Im Bereich des Hautorgans äußert sich das dadurch, daß sich besonders in Bereichen mit lockerem Unterhautgewebe, also z. B. an Ohr läppchen, Hodensack, Brustwarzenhof und Gesicht, tumorartige Wucherungen bilden, die histologisch aus reifem lymphadenoiden Gewebe bestehen, also etwa der Struktur eines normalen Lymphknotens entsprechen. *Bäverstedt* hat 1943 diese Veränderungen aus der Gruppe der Sarkomatosis cutis und der lymphatischen Leukämie der Haut herausgenommen und ihre Gutartigkeit herausgestellt. Er wies auch damals darauf bereits hin, daß sich diese singulären und regionär beschränkten Lymphozytome überwiegend bei zwei- bis dreijährigen Kindern finden. Sie können durch mechanische Traumen verursacht werden. Therapeutisch werden sie durch geringe Röntgendosen oder auch durch Penicillin gut beeinflußt. Bei klinisch eindeutiger Gutartigkeit sollte man trotzdem Blutbildkontrollen durchführen und eventuell mit einer Knochenmarkpunktion eine Leukose ausschließen. Durch die Histologie des entsprechenden Tumors ist eine Leukämie meistens auszuschließen.

Das sogenannte juvenile Xanthogranulom ist ein lipoidspeichernder Tumor des Säuglings- und Kindesalters, der Beziehung zur *Hand-Schüller-Christianschen-Erkrankung* und zum *Morbus Recklinghausen* hat. Er ist oft gruppiert in Form von meist 1 mm bis 2 cm im Durchmesser tragenden gelblichen bis gelbbraunen Papeln oder Knötchen. Nach ca. einem Jahr bildet sich das Xanthogranulom völlig, zum Teil unter Atrophie und Fibrosierung, zurück. Manifestationen an inneren Organen, besonders den Lungen, aber auch am Zentralnervensystem sind möglich.

Das nach *Gartmann* „benigne“ juvenile Melanom ist eine völlig gutartige Form des jugendlichen aktiven Nävuszellennävus und tritt in Form von

Knötchen, Knoten oder flachen Infiltraten mit meist rötlich bis rotbrauner Farbe auf. Verwechslungen mit dem metastasierenden malignen Melanom werden verständlich, wenn man die erhebliche Polymorphie, die dabei gelegentlich auftretenden Mitosen und das entzündliche Infiltrat berücksichtigt. Wegen der außerordentlich eingreifenden Therapie des malignen Melanoms ist die Differentialdiagnose besonders wichtig.

Professor Dr. H. Gartmann, Köln:

Das maligne Melanom — Frühdagnose und therapeutische Aussichten

In der rechtzeitigen Diagnostik, besonders der Initialformen, und der frühzeitigen Entfernung aller verdächtigen Tumoren besteht die bisher beste Therapie. Zur Vorsorgeuntersuchung gehört daher auch die Inspektion der Haut und angrenzenden Schleimhäute auf pigmentierte Flecken, Knötchen und Knoten. Bei verdächtigen Befunden sollte man umgehend einen Facharzt oder eine Fachklinik einschalten, wobei die Möglichkeit eines malignen Melanoms lieber zu häufig, als einmal zu wenig in Betracht zu ziehen ist.

Bei der Beschreibung der verschiedenen Formen des malignen Melanoms soll aus praktischen Gründen die von *Clark* geschaffene Klassifizierung zugrunde gelegt werden.

1. *Das Lentigo maligna-Melanom:* Eine Lentigo maligna bzw. Melanosis circumscripta praeblastomatosa, die sich ab dem fünften Lebensjahrzehnt sehr langsam, vorwiegend im Bereich chronisch lichtexponierter Hautpartien entwickelt, ist eine Neoplasie, nämlich ein horizontal in der Leitschiene Epidermis wachsendes, in diesem Stadium aber noch nicht metastasierendes „melanoma in situ“, bis eines Tages die Tumorzellen eine auch vertikale Wachstumsrichtung annehmen. Erst mit diesem Wachstum in die Höhe und Tiefe entsteht ein malignes Melanom im eigentlichen Sinne.

2. *Das oberflächlich spreitende Melanom* entwickelt sich schon ab dem dritten Lebensjahrzehnt und kann überall am Körper unter Bevorzugung des Rumpfes auftreten. Es beginnt als brauner bis schwarzbrauner Fleck und wird als solcher weder vom Kranken noch vom Arzt

sonderlich beachtet. Klinisch ist in dieser Frühphase die Abgrenzung von einem Nävuszellennävus sehr schwierig, wenn nicht unmöglich, so daß der Arzt es erst im ausgeprägten Stadium als münzengroßes oder auch größeres, kleinhogig, jedoch scharf begrenztes, flaches Infiltrat mit teilweise kurzen, zungenförmigen Ausläufern sieht. Beim Betasten ist im Gegensatz zur Lentigo maligna immer eine, wenn auch manchmal geringfügige Erhebung gegenüber der gesunden Haut feststellbar, besonders in der Randzone.

3. *Das knotige Melanom* entwickelt sich auf vorher unveränderter Haut oder auch im Bereich eines Nävuszellennävus. Es weist eine relativ kurze Anamnese auf (Wochen bis zwei Jahre) und tritt zunächst als flaches Infiltrat, später als halbkugeliger Knoten, gelegentlich auch als gestielter Tumor in Erscheinung. Die Oberfläche ist überwiegend glatt, der Farbton schwankt zwischen rötlich, rotviolett, bräunlich und schwarz. Frühzeitig besteht Neigung zum Nässen oder sogar zur Blutung. Beginn ist ab zweitem Lebensjahrzehnt möglich. Um Verwechslungen zu vermeiden, sollte man stets die Randzone betrachten oder bei gestielten Geschwülsten unter den Tumor schauen, da man dort nicht selten eine zarte graue oder schwärzliche Verfärbung erkennen kann, die richtungsweisend ist.

4. *Maligner blauer Nävus:* Die maligne Entartung eines blauen Nävus oder eines zellreichen blauen Nävus ist außerordentlich selten. Klinisch ist der maligne blaue Nävus nicht von einem zellreichen blauen Nävus zu unterscheiden, es sei denn, daß bereits ein ulzerierter Tumor und/oder Metastasen der Haut bzw. Lymphknoten vorliegen. Prädispositionsstellen sind behaarter Kopf, Kreuzbeingegend und Extremitäten. Das Wachstum geht sehr langsam vor sich. Die Prognose ist günstiger als die eines malignen Melanoms.

Obwohl das maligne Melanom, besonders auch die Frühphase dem Auge des Arztes sehr leicht zugänglich ist, wird es leider oft zu spät erkannt. Die Zahl der Fehl- und „zu spät“-Diagnosen ist erfahrungsgemäß recht hoch. Hierbei ist zu betonen, daß es ein typisches malignes Melanom nicht gibt, da die morphologischen Erscheinungsbilder stark wechseln. Bei zweifelhaften Hautbefunden sollte deshalb ein



Tannalbin®

stoppt
Diarrhoen zuverlässig

Indikationen

Durchfälle jeder Genese und Art.

Dosierung

Erwachsene 1 - 2 Tabletten 1-2stündlich bis zum Eintritt der Wirkung.

Säuglinge ab 3 Monaten $\frac{1}{4}$ - $\frac{1}{2}$ Tablette
4 - 6mal täglich, ältere Kinder 1 - 2
Tabletten 4 - 6mal täglich in Schleim-

suppe oder ähnlichem.

Bei schweren toxischen bzw. infektiösen Durchfällen empfiehlt sich die Kombination mit Antibiotika bzw. Sulfonamiden.

Zur besonderen Beachtung!

In den ersten 3 Monaten einer Schwangerschaft ist die Verordnung von Tannalbin — entsprechend den heutigen Auffassungen über den

Arzneimittelgebrauch durch werdende Mütter — kritisch abzuwägen.

Zusammensetzung

1 Tablette enthält 500 mg einer gehärteten Gerbsäure-Eiweiß-Verbindung mit einem Gehalt von etwa 50% Gerbsäure.

Handelsform

20 Tabletten O.-P. DM 3,85



KNOLLAG Chemische Fabriken 6700 Ludwigshafen

erfahrener Dermatologe hinzugezogen werden. Im Zweifelsfall sollte stets so gehandelt werden, als ob ein malignes Melanom vorliegen würde. Abwartende Haltung oder gar der ärztliche Rat, ein dem Pigmentmal „nichts machen zu lassen“, sind nach dem heutigen Stand nicht mehr zu rechtfertigen. Die operative Entfernung eines suspekten Tumors muß in der Klinik in Vollnarkose erfolgen und die Geschwulst sofort im Schnellschnitt histologisch überprüft werden. Die Prognose eines malignen Melanoms ist vom Geschlecht, der Lokalisation des Primärtumors, der Größe des Primärtumors und der Eindringtiefe abhängig.

Welches therapeutische Vorgehen das beste ist, ist heute nicht entschieden. Die Mehrzahl der mit dem Problem befaßten Spezialisten geben dem operativen Verfahren den Vorzug. Von einer Vor- und Nachbestrahlung des Operationsfeldes ist man wieder abgekommen.

Professor Dr. W. Adam, Tübingen:

Neue Entwicklungslinien in der Andrologie

Wenn auch die meisten Probleme dieses Fachgebietes am besten in einer Fachklinik geklärt werden, so sind doch einige Kenntnisse des praktischen Arztes wünschenswert, da nur so eine gezielte und rechtzeitige Einweisung erfolgen kann.

Ausführliche Spermauntersuchungen von einer großen Zahl fertiler und nicht-fertiler Männer haben ergeben, daß sich das Sperma bezüglich Spermienzahl, -beweglichkeit, -morphologie, -menge und der Fruktose im Seminalplasma statistisch nicht signifikant unterscheidet. Obwohl im Laufe der letzten Jahre zahlreiche Parameter untersucht worden sind, so z. B. auch Proteasen und Viskosität im Sperma, gibt es keinen sicheren Funktionstest der Fertilität am Sperma. Da Entzündungen der Adnexe beim Mann die Viskosität des Spermas verändern, besteht eine Hauptaufgabe des praktischen Arztes darin, Adnexentzündungen rechtzeitig und ausreichend zu behandeln. Durch eine Adnexitis kommt es nicht nur zu einer Transportstörung des Spermas, sondern auch zu einer Reifungsstörung durch eine Dysfunktion des Nebenhodens. Es muß also betont werden, daß

nicht nur die Gonorrhoe, sondern auch die unspezifische Urethritis aus diesem Grunde energisch und ausreichend behandelt werden muß.

Weiterhin wird der praktische Arzt mit den *Hodendystopien* konfrontiert. Es scheint heute endgültig klar zu sein, daß eine Behandlung bis zum Ende des zweiten Lebensjahres begonnen werden muß. Dabei muß man zunächst feststellen, ob ein Pendel-, Gleit- oder Leistenhoden bzw. sogar eine *Retentio testis abdominalis* vorliegt. Die internationalen Empfehlungen sagen folgendes: Primäre operative Versorgung aller Fälle mit Begleithernien, mit Hodenhochstand und der Ektopien. In allen anderen Fällen nach dem ersten Lebensjahr HCG-Behandlung zweimal 250 E/Woche fünf Wochen lang, bei Kleinkindern bis zum sechsten Lebensjahr zweimal 500 E/Woche, bei älteren Kindern zweimal 1000 E/Woche jeweils fünf Wochen lang. Die *idiopathische Varikozele* wird häufig zufällig entdeckt, ist meist linksseitig und beeinträchtigt die Fertilität des Mannes erheblich. Besteht Kinderwunsch, so sollte nach heutiger Auffassung immer operiert werden.

Der *Morbus Klinefelter* kommt mit einer Häufigkeit von 1:400 in der Bevölkerung vor und ist damit für jeden Arzt interessant. Typische Symptome, wie Hochwuchs, Varikosis, Unterschenkelulzera, Gynäkomastie, kleine Hoden und Voralterung, gehören zum typischen Bild des *Morbus Klinefelter*, aber nicht immer ist die volle Symptomatik vorhanden, so daß diagnostische Schwierigkeiten durchaus häufig sind. Hinsichtlich der Fertilität gibt es bei diesen Patienten keine Behandlungsmöglichkeit, trotzdem müssen bei Erwachsenen Androgene substituiert werden, um die typischen *Klinefelter*-Folgen, wie Voralterung und Osteoporose mit Fehlhaltung und früher Invalidität, zu verhindern. Die Richtdosis ist 250 mg Testosteron-Depot alle vier Wochen. Bei Spermauntersuchungen nicht-fertiler Männer findet man in einigen Fällen einen Fruktosemangel — zum Teil hervorgerufen durch Abflußstörungen bzw. Entzündungen der Samenbläschen. Durch Androgenezufuhr kommt es bei einem Teil dieser Patienten zum Fruktoseanstieg und zur Fertilität.

Referent:

Dr. med. E. Weber, Hohe Marter 19, 8500 Nürnberg

Keine allgemeine Impfpflicht gegen Pocken

Pockenschutzimpfung nur noch für engen Personenkreis

Seit dem 22. Mai 1976 ist in der Bundesrepublik Deutschland ein neues „Gesetz über die Pockenschutzimpfung“ gültig; es löste das alte Reichsimpfgesetz ab, das am 8. April 1874 in Kraft getreten war. Die allgemeine Impfpflicht wurde aufgegeben, nachdem das Programm der Weltgesundheitsorganisation von Monat zu Monat sichtbar geworden war, das bewirkt hat, daß nur noch in einem einzigen Land der Erde die einstige Geißel der Menschheit auftritt. Die WHO zieht daraus den Schluß, daß bei anhaltender Entwicklung in absehbarer Zeit die Pocken ausgerottet sein können — zumal im einzigen „Pockenland“ die Zahl der Erkrankungen selbst in den Monaten zurückgegangen ist, in denen die Zahl bisher anstieg.

Das neue Gesetz trifft folgende Regelungen:

— Die generelle Vorschrift, alle Kinder bis zum zweiten Lebensjahr gegen Pocken impfen zu lassen, gilt nicht mehr.

— Die Wiederimpfpflicht für erfolgreich geimpfte Kinder bleibt bestehen; jedoch keine Impfung von Zwölfjährigen, wenn sie nicht geimpft wurden. Die Impfung Zwölfjähriger läuft also in zwölf Jahren aus.

— Neueingeführt wird die Pockenimpfpflicht für

• ärztliches und anderes Personal in Krankenhäusern, sofern es Umgang mit Patienten hat (gilt auch für Personen, die ausgebildet werden),

• Personen, die in Laboratorien tätig sind, in denen mit Viren der Poxgruppe gearbeitet wird oder zu deren Aufgaben die Untersuchung pockenverdächtigen Materials gehört,

• Personen, die nach einem behördlichen Plan für Maßnahmen bei Einschleppungen oder Verdachtsfällen von Pocken (Pockenalarmplan) zum

Einsatz vorgesehen sind, soweit nicht durch die Art ihrer Aufgaben ausgeschlossen werden kann, daß sie mit Pocken-Kranken, Pocken-Verdächtigen oder mit Gegenständen in Berührung kommen, die mit Pockenviren behaftet sind.

Das Reichsimpfgesetz war 1874 verabschiedet worden, nachdem in Pockenepidemien 1871 60000 Menschen und 1872 noch einmal 65000 Menschen in Deutschland umkamen — dreimal so viele, wie der deutsch-französische Krieg an Verlusten gekostet hatte.

Peter Mandt, Bonn

Personalia

Bayerischer Verdienstorden

Mit dem Bayerischen Verdienstorden wurden ausgezeichnet: Dr. Friedrich *Daeschlein*, Petersaurach; Dr. Fritz *Erler*, Nürnberg; Professor Dr. Dr. Hermann *Eyer*, München; Dr. Dr. Erich Otto *Graßl*, München; Professor Dr. Werner *Grill*, Starnberg; Dr. Michael *Schreiber*, München; Dr. Dr. Simon *Snopkowski*, München; Dr. Josef *Ludwig*, Perlesreuth; Dr. Robert *Schindlbeck*, Herrsching.

Bundesverdienstkreuz

Mit dem Verdienstkreuz am Bande des Verdienstordens der Bundesrepublik Deutschland wurden ausgezeichnet: Dr. Walter *Strauch*, Mühldorf, und Dr. Clement *Kiermaier*, Fridolfing, der am 26. Juni 1976 sein fünfzigjähriges Doktor-Jubiläum feiern konnte.

Oberregierungsmedizinaldirektor Dr. Alfred *Böhm*, Neusting, wurde von der Mitgliederversammlung des Bundesverbandes der Ärzte des Öffentlichen Gesundheitsdienstes wieder zum Vorsitzenden gewählt.

Professor Dr. Ernst *Derra*, em. Direktor der Chirurgischen Universitätsklinik Düsseldorf, nunmehr Weiermühle/Obb., wurde zum Ehrenmitglied der Deutschen Gesellschaft für Thoraxchirurgie ernannt.

Professor Hermann Eyer 70 Jahre

Professor Dr. phil. nat., Dr. med. Hermann *Eyer*, emeritierter o. Professor für Hygiene und medizinische Mikrobiologie im Fachbereich Medizin der Universität München und kommissarischer Vorstand des Max v. Pettenkofer-Instituts, wurde am 29. Juni 1976 70 Jahre alt. Professor *Eyer* studierte in Heidelberg, zuerst Chemie, promovierte in diesem Fach und schloß 1932 sein Studium der Medizin ab. Nach kurzer klinischer Tätigkeit widmete er sich der Bakteriologie und Hygiene und habilitierte sich 1936 in Erlangen. Als Sanitätsoffizier bei der Militärärztlichen Akademie in Berlin befaßte er sich vorwiegend mit virologischen Arbeiten und übernahm 1939 den Aufbau und die Leitung des Instituts für Fleckfieber- und Virusforschung des OKH bis 1945. 1943 wurde er zum apl. Professor in Berlin ernannt. 1946 wurde er o. Professor in Bonn und folgte 1957 einem Ruf auf den Lehrstuhl für Hygiene nach München.

Das Hauptarbeitsgebiet des Jubilars ist die Hygiene in ihrer ganzen Breite. Schwerpunkte sind der Bereich von Ernährung und Bekleidung, sowie Fragen der Luft- und Individualhygiene, ferner der prophylaktische Einsatz von Schutzimpfungen, wie z. B. gegen Poliomyelitis. Seine umfassenden Kenntnisse stellt er in zahlreichen Gremien und Ausschüssen zur Verfügung, so als langjähriger Sprecher des Wehrmedizinischen Beirates der Bundeswehr und Kuratoriumsvorsitzender der Bayerischen Akademie für Arbeitsmedizin.

Der Bau und die Einrichtung der beiden Hygiene-Institute in Bonn und in München ist seinem persönlichen Einsatz zu verdanken.

Den Medizinischen Fakultäten hat Professor *Eyer* als Dekan, als Referent für Bau- und Zulassungsfragen und in München auch als Prüfungsausschußvorsitzender für die ärztliche Prüfung viel Zeit gewidmet.

Aus zahlreichen Ehrungen seien die Mitgliedschaft in der Leopoldina, die Verleihung der Bayerischen Staatsmedaille für soziale Verdienste und der Bayerische Verdienstorden sowie Ehrenmitgliedschaft in der Österreichischen Gesellschaft für Hygiene und der Deutschen Gesellschaft für Laboratoriumsmedizin genannt.

Professor Kurt Kramer 70 Jahre

Professor Dr. med. Kurt *Kramer*, emeritierter o. Professor für Physiologie im Fachbereich Medizin der Universität München, wurde am 16. Juni 1976 70 Jahre alt. Nach dem Medizinstudium in Freiburg, Berlin und Zürich promovierte Professor *Kramer* in Freiburg und ging im Anschluß an eine zweijährige Tätigkeit in der praktischen Medizin 1933 als Assistent an das Physiologische Institut in Göttingen. Nach einigen Assistentenjahren am Institut für experimentelle Pathologie und Balneologie in Bad Oeynhausen und danach am Physiologischen Institut Heidelberg wurde er 1940 auf das Extraordinariat für Physiologie in Berlin und bereits vier Jahre später als Ordinarius für Physiologie nach Leipzig berufen. Die ersten Nachkriegsjahre hat Professor *Kramer* in den USA gearbeitet. 1950 erhielt er die Berufung auf den Lehrstuhl für Physiologie in Marburg und wurde 1955 nach Göttingen berufen.

Eine große Aufgabe sah der Jubilar in der Gestaltung des studentischen Unterrichts, der ihm eine unerschöpfliche Quelle neuer wissenschaftlicher Konzeptionen bot und der in seiner Art all das vorwegnahm, was spätere Reformversuche zu etablieren suchten. 1965 übernahm er den Lehrstuhl für Physiologie in München in der Nachfolge von Professor Richard *Wagner*. Hier schuf Professor *Kramer* ein Institut mit breiten Forschungsmöglichkeiten für eine große Zahl von Wissenschaftlern, er selbst beschäftigte sich mit der Muskelfunktion, dem Lymphsystem und der Regulation der Körperflüssigkeiten. Die hohe internationale Anerkennung seiner wissenschaftlichen Arbeit fand ein äußeres Zeichen in der Verleihung des Prix Franqui durch die Medizinische Fakultät Lüttich und in der Wahl zum Präsidenten des XXV. Kongresses der International Union of Physiological Sciences 1971 in München, der über 3000 Wissenschaftler aus aller Welt zusammenführte.

In der Fachliteratur der Physiologie entstammen mehr als 100 wissenschaftliche Originalarbeiten seiner Feder; als Mitherausgeber von internationalen wissenschaftlichen Zeitschriften und Begründer einer umfassenden, 17bändigen Lehrbuchreihe stellt er auch weiterhin sein großes Wissen und seine Erfahrungen der Weiterentwicklung der Physiologie zur Verfügung.

Anerkennung von Beratungsstellen nach § 218 b StGB

Bekanntmachung des Bayerischen Staatsministeriums für Arbeit und Sozialordnung vom 15. Juni 1976 — Nr. VI 6 - 461/24 - 4/76 —

Nach § 218 b Abs. 1 Nr. 1 StGB in der Fassung des 15. Strafrechtsänderungsgesetzes vom 18. Mai 1976 (BGBl. I S. 1213) ist vor jedem Schwangerschaftsabbruch eine Beratung der Schwangeren über die zur Verfügung stehenden öffentlichen und privaten Hilfen für Mutter und Kind durchzuführen. Dieser Beratung kommt große Bedeutung zu, da sie dem Schutz des ungeborenen Lebens dient. Wer eine Schwangerschaft abbricht, ohne daß vorher die Schwangere beraten worden ist, macht sich nach Maßgabe des § 218 b Abs. 1 StGB strafbar; § 218 b Abs. 3 StGB bleibt unberührt.

Diese Beratung kann von einer anerkannten Beratungsstelle (§ 218 b Abs. 2 Nr. 1 StGB) oder von beratenden Ärzten (§ 218 b Abs. 2 Nr. 2 Buchst. e, b und c StGB) geleistet werden. Ein bayerisches Gesetz über die Beratung werdender Mütter, das gleichzeitig den Vollzug des § 218 b StGB regelt, ist zur Zeit in Vorbereitung.

Bis zum Inkrafttreten dieses Gesetzes wird im Einvernehmen mit den Staatsministerien des Innern und der Justiz folgende vorläufige Regelung getroffen:

I.

Als Beratungsstellen nach § 218 b Abs. 2 Nr. 1 StGB werden im Einvernehmen mit ihren Trägern anerkannt:

1. Modellberatungsstelle Amberg
Sozialdienst katholischer Frauen
Studentenplatz 2
8450 Amberg
Telefon (0 96 21) 1 30 47
2. Modellberatungsstelle Augsburg
Pro Familie
Äußere Uferstraße 49
8900 Augsburg
Telefon (08 21) 41 22 74
3. Modellberatungsstelle Bamberg
Caritasverband der Erzdiözese Bamberg
Hainstraße 15
8600 Bamberg
Telefon (09 51) 2 45 30
4. Modellberatungsstelle Bayreuth
Evangelische Stedtmision Bayreuth e. V.
Schulstraße 15
8580 Bayreuth
Telefon (09 21) 2 04 83

5. Modellberatungsstelle Fürth
Stadt Fürth
Blumenstraße 22
8510 Fürth
Telefon (09 11) 79 14 25
6. Modellberatungsstelle Garmisch-Partenkirchen
Sozialdienst katholischer Frauen
Martinswinkelstraße 13
8100 Garmisch-Partenkirchen
Telefon (0 88 21) 30 79
7. Modellberatungsstelle Hof
Evangelische Stedtmision Hof e. V.
Bahnhofspetz 1
8670 Hof/Seele
Telefon (0 92 81) 8 44 98
8. Modellberatungsstelle Ingolstadt
Sozialdienst katholischer Frauen
„Beratungsstelle für werdende Mütter in Not- und Konfliktsituationen“
Gymnasiumstraße 5
8070 Ingolstadt
Telefon (08 41) 3 24 88
9. Modellberatungsstelle Ismaning
Deutsche Arbeitsgemeinschaft für Jugend und Eheberatung e. V.
„Familienberatung Ismaning“
Schloßgartenweg 2
8045 Ismaning
Telefon (0 89) 96 72 20
10. Modellberatungsstelle Lendshut
Katholischer Jugendfürsorgeverein
Spiegelgasse 212
8300 Lendshut
Telefon (08 71) 2 80 91
11. Modellberatungsstelle Memmingen/
Kempten
Caritasverband der Diözese Augsburg
„Beratungsstelle für werdende Mütter in Not- und Konfliktsituationen“
Kelchstraße 6
8940 Memmingen
Telefon (0 83 31) 52 56
12. Modellberatungsstelle München 1
Sozialdienst katholischer Frauen
„Beratungsstelle für werdende Mütter in Not- und Konfliktsituationen“
Herzogspitalstraße 9
8000 München 2
Telefon (089) 2604023, (089) 268193
13. Modellberatungsstelle München 2
Evangelische Erziehungs-, Ehe- und Familienberatung e. V.
„Beratungsstelle für Sexual- und Schwangerschaftsfragen“

- Landwehrstraße 11
8000 München 2
Telefon (0 89) 59 11 41
14. Modellberatungsstelle Nürnberg
Evangelische Stadtmission Nürnberg e. V.
„Sexuel- und Schwangerschaftsberatung“
Vestner Torgraben 9
8500 Nürnberg
Telefon (09 11) 35 41 93
15. Modellberatungsstelle Passau
Caritesverband der Diözese Passau
Obere Doneulände 8/II
(Konradinum)
8390 Passau
Telefon (08 51) 5 12 64
16. Modellberatungsstelle Prien
Sozialdienst katholischer Frauen
„Beratungsstelle Chiemgau für werdende Mütter in Not- und Konfliktsituationen“
Schulstraße 8
8210 Prien/Chiemsee
Telefon (0 80 51) 35 13
17. Modellberatungsstelle Regensburg
Caritasverband der Diözese Regensburg
„Beratungsstelle für Frauen in Not- und Konfliktsituationen“
Obermünsterstraße 10
8400 Regensburg
Telefon (09 41) 56 04 78
18. Modellberatungsstelle Würzburg
Sozialamt katholischer Frauen
Friedrichstraße 28
8700 Würzburg
Telefon (09 31) 4 22 91

Diese Beratungsstellen arbeiten bereits nach dem Bundesmodellprogramm „Beratungsstellen im Rahmen ergänzender Maßnahmen zur Reform des § 218 StGB“ und dem Landesprogramm „Beratung und Hilfe für Mutter und Kind“. Sie beraten bei Schwangerschaftskonflikten, bei Fragen der Partnerbeziehung und der Familienplanung und sind deshalb geeignet, die Aufgabe einer anerkannten Beratungsstelle im Sinn des § 218 b Abs. 2 Nr. 1 StGB zu übernehmen.

Die Anerkennung erlischt, wenn der Träger der Beratungsstelle dem Staatsministerium für Arbeit und Sozialordnung schriftlich mitteilt, daß er an der Durchführung der Beratung nach § 218 b StGB nicht mehr mitwirkt.

Die Anerkennung wird durch das Staatsministerium für Arbeit und Sozialordnung widerrufen, wenn die Beratungsstelle die Aufgaben der Beratung nach § 218 b StGB nicht in der vorgeschriebenen Weise erfüllt.

II.

Neben den unter Nummer I genannten Beratungsstellen erfüllen die Gesundheitsämter die Aufgaben einer anerkannten Beratungsstelle nach § 218 b Abs. 2 Nr. 1 StGB.

III.

Des Ziel der Beratung nach § 218 b Abs. 1 Nr. 1 StGB ist der Schutz des ungeborenen Lebens durch Bewältigung einer etwaigen Not- und Konfliktsituation, in der sich eine ratsuchende Schwangere befindet.

DURCH FÄLLE

ein Fall für Mexaform plus

Zusammensetzung

1 Dragée enthält: 200 mg 5,7-Dichlor-8-hydroxychinolin (Helquinol) + 20 mg 4,7-Phenanthrolin-5,6-chinon (Phanquona);
1 Mikrotabelle enthält: 20 mg Helquinol + 2 mg Phanquona; 1 ml Tropfen (ca. 20 Tropfen) enthält: 80 mg Helquinol + 6 mg Phanquona.

Indikationen

Enteritis, Enterokolitis bzw. Kolitis infolge bakterieller und parasitärer Darminfektionen, unspezifische Durchfälle, bei Durchfällen infolge Antibiotika-Behandlung; bei operativen bedingtem 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 Optikus-Schädigung ist bei Hydroxychinolin-Präparaten verschiedener Art beschrieben worden, meist erst nach längerer, kontinuierlicher Verabreichung hoher Dosen.

Schon die ersten Anzeichen derartiger 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 Mikrotabellen.
Kleinkinder vom vollendeten 1.-6. Lebensjahr: 6-12 Mikrotabellen täglich oder 40-60 Tropfen.
Säuglinge bis 12 Monate: 3-5 Mikrotabellen oder 15-25 Tropfen täglich.
Akute Darmlösungen 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 avtl. 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 durchfallerkranken 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 Mikrotabellen	DM 2,90
30 ml Tropfen	DM 7,20

C I B A

Die Beratung umteßt

1. das Angebot einer Aussprache mit dem Ziel, der werdenden Mutter bei der Lösung persönlicher Probleme im Zusammenhang mit der Schwangerschaft zu helfen,

2. die Unterrichtung über die zur Verfügung stehenden öffentlichen und privaten Hilfen für Schwangere, Familien, Mütter und Kinder, insbesondere über solche Hilfen, die die Fortsetzung der Schwangerschaft und die Lege von Mutter und Kind erleichtern und

3. die Prüfung und Empfehlung der im Einzelfall möglichen und geeigneten Hilfen für Mutter und Kind.

Die Beratung kann sich nicht in einer kurzen Unterrichtung oder in der Übergabe von Broschüren und Merkblättern erschöpfen. Sie soll gleichzeitig die Vermittlung von praktischen Hilfsangeboten mit einschließen.

Die Beratung durch eine anerkannte Beratungsstelle ist für die Ratsuchenden kostenfrei.

IV.

Die unter Nummern I und II genannten Stellen sollen die Öffentlichkeit in geeigneter Weise auf die Möglichkeit der Beratung hinweisen. Um der besonderen Situation, dem Gesundheitszustand der ratsuchenden Schwangeren und der Wahrung strefrechtlicher Fristen Rechnung zu tragen, ist die Beratung unverzüglich zu leisten, nachdem sich die Schwangere an eine Beratungsstelle gewandt hat.

Die Schwangere soll sich möglichst frühzeitig beraten lassen. Soweit in den Fällen des § 218 a StGB für das Vorliegen einer Indikation zum Schwangerschaftsabbruch soziale Gründe ursächlich oder mitursächlich sind, soll die Beratung vor einer etwaigen Feststellung der Indikation durchgeführt werden.

V.

Die Mitglieder und Mitarbeiter der unter Nummern I und II genannten Stellen sind über den Inhalt der Beratung zur Verschwiegenheit verpflichtet (§ 203 StGB). Sie sind nicht zur Erstellung von Gutachten über das Vorliegen einer sozialen oder sozialmedizinischen Indikation befugt. Damit eine offene und unvoreingenommene Aussprache bei der Beratung möglich ist, muß auch gewährleistet sein, daß ihr Inhalt nicht zu Auskünften für die Feststellung einer Indikation Verwendung findet.

Anerkannte Beratungsstellen nach § 218 b Abs. 2 Nr. 1 StGB leisten nur Beratung und Vermittlung von Hilfen. Die Beratung über ärztlich bedeutsame Gesichtspunkte des Schwangerschaftsabbruchs (§ 218 b Abs. 1 Nr. 2 StGB), die Feststellung der Indikation (§ 219 StGB) und der Schwangerschaftsabbruch liegen ausschließlich in der Hand der dafür zuständigen Ärzte.

VI.

Soweit Schwangere einen Nachweis über die Beratung wünschen, sind die unter Nummern I und II genannten Stellen verpflichtet, Name, Geburtstag und Anschrift der Ratsuchenden sowie den Tag der Beratung aufzuzeichnen.

VII.

Einen Nachweis über die nach § 218 b StGB durchgeführte Beratung erteilen die unter Nummern I und II genannten Stellen nur, wenn der schriftlichen Antrage eines Arztes oder eines Krankenhauses eine Einwilligungserklärung der beratenden Schwangeren beiliegt.

VIII.

Der Beratungsnachweis hat folgenden Wortlaut:

„Vollzug des § 218 b Abs. 1 Nr. 1 StGB; hier: Ihr Schreiben vom

Nach § 218 b StGB ist grundsätzlich vor jedem legalen Schwangerschaftsabbruch eine Beratung über die zur Verfügung stehenden öffentlichen und privaten Hilfen für Schwangere, Mütter und Kinder durchzuführen. Mit Bekanntmachung des Bayerischen Staatsministeriums für Arbeit und Sozialordnung vom 15. Juni 1976 – Nr. VI 6 - 461/24 - 4/76 („Bayerischer Staatsanzeiger“ Nr. 25 vom 18. Juni 1976) – wurden wir mit der Beratung zum Schutz des ungeborenen Lebens nach § 218 b Abs. 2 Nr. 1 StGB beauftragt und als Beratungsstelle im Sinn von § 218 b Abs. 2 Nr. 1 StGB anerkannt.

Auf Ihre schriftliche Anfrage, der eine Einwilligungserklärung Ihrer Patientin beigelegt hat, teilen wir Ihnen mit, daß Ihre Patienten,

Frau
geb. am
von uns am

in der gesetzlich vorgeschriebenen Weise nach § 218 b Abs. 1 Nr. 1 StGB beraten wurde. Zu Auskünften über den Inhalt der Beratung, insbesondere zum Zwecke der Feststellung einer Indikation, sind wir nicht befugt.“

(aus „Bayerischer Staatsanzeiger“ Nr. 25 vom 18. Juni 1976)

Bekanntmachung des Bayerischen Staatsministeriums für Arbeit und Sozialordnung vom 2. Juni 1976 – Nr. VII - 5355/5 - 6/76 –

Bestellung von Landesärzten nach dem Bundessozialhilfegesetz

Der Nr. 1 der Bekanntmachung vom 10. Juni 1975 (AMBl. S. 163 – StAnz Nr. 25, S. 6) wird folgender neuer Buchstabe e) angefügt:

e) Landesärzte für Organ-geschädigte:

für die Regierungsbezirke Oberbayern und Schwaben:

Leitender Medizinaldirektor Dr. Eberhard Lander, Leiter der Versorgungsärztlichen Untersuchungsstelle München, Martiusstraße 4, 8000 München 40,

für die Regierungsbezirke Niederbayern und Oberpfalz:

Leitender Medizinaldirektor Dr. Manfred Moegele, Leitender Arzt des Versorgungsamtes Regensburg, Landshuter Straße 55, 8400 Regensburg 2,

für die Regierungsbezirke Oberfranken, Mittelfranken und Unterfranken:

Medizinaldirektor Dr. Werner Haase, stellvertretender Leitender Arzt des Versorgungsamtes Würzburg, Georg-Eydel-Straße 13, 8700 Würzburg 2.

Einführungslehrgänge in die kassenärztliche Tätigkeit

Die Kassenärztliche Vereinigung Bayerns veranstaltet am

19. September 1976 (nicht wie bisher angekündigt am 18. September 1976)

27. November 1976

im Ärztehaus Bayern, Mühlbeurstraße 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, Mühlbeurstraße 16, 8000 München 80, zu richten bis 10. September 1976 und 19. November 1976.

Die Teilnahmegebühr ist am Tage des Einführungslehrganges zu bezahlen.

Poeten-Party der Regensburger Schriftstellergruppe

Arbeitsgemeinschaft deutschsprachiger Autoren (RSG)

Auszug aus der Ansprache von
Erich L. Biberger

„Wenn es ums Atom geht, kann die Sprache nur noch dichterischen Ausdruck haben!“ So schrieb Niels Bohr, der berühmte Physiker, Erforscher von Atomstrukturen, an seinen Kollegen Werner Heisenberg, den Begründer der Wissenschaft über die Quantenmechanik. Wer also glaubt, die Worte so ganz beim Wort nehmen zu müssen, auf komplizierte Wiedergebe des intuitiven und auf das, was zwischen den Zeilen steht, verzichten zu können..., wer meint, die schöpferische Phantasie und den Vielklang dem absolut Nüchternen der Darstellung opfern zu sollen, um unserer Zeit der Wissenschaft gerecht zu werden..., der ist, wenn es um die letzten Dinge und Erkenntnisse unserer Welt geht, keineswegs fortschrittlich, sondern schon mit einem halben Jahrhundert hinter seiner Zeit her.

Und was für die Wissenschaft gilt, das gilt nicht minder für die Kontakte von Menschen zu Menschen, für das Ausloten menschlicher Toleranz, für den Ausdruck gegenseitigen Erkennens und Verstehens, die Übertregung von Gefühl und Geist, von Angst, Hoffnung, Liebe und Trost. Poesie ist nicht die Verschwendung von Sprache zu bloßem Vergnügen oder Selbstzweck, sondern Fortentwicklung des Sprachlichen, ein Medium freilich, das weit komplizierter ist als manchen angenehm – und zudem nicht geeignet, alleiniges Verständigungsmittel zu sein. Wer sich über Jahre und Jahrzehnte hinweg mit diesem Medium befaßt hat, vermag dies zu ermes- sen. Jene, die wir heute beglückwünschen, denen wir heute sagen, daß wir sie schätzen, haben – sei es auf höhere Werte oder auch an der unerläßlichen Basis – an Erhalt, Entwicklung und Anwendung dieses Mediums mitgewirkt, ihren bescheidenen Beitrag dazu geleistet: einen, am ganzen gemessen, klein erscheinenden Beitrag, der großen Einsatz abverlangt.

Waren es im vorigen Jahr sieben Autoren mit 130 Buchveröffentlichungen, also primär Bücherschreiber, die wir hier ehrten, so sind es heuer, wie Zufall und Schicksal es wollten, wieder genau sieben, aber Autoren, deren Wirken mehr in die Breite, in den Alltag gerichtet, im praktischen Leben verwurzelt ist. Selbst-

verständlich sind auch sie Verfasser von Büchern. Doch: Sie bedienen sich vorwiegend anderer Medien. Sie sind – zusammengerechnet – Leiter von Volkshochschulen, Kolumnisten, Kritiker, Redakteure, Geschichtsschreiber, Philosophierende am Grenzbereich zur Wissenschaft und bis in das Wissenschaftliche hinein – sowie Ärzte, die wissen, daß das klärende oder tröstende Wort, ebenso der eigene Schutz vor dem Leid, das von Patienten überzugreifen droht auf den Arzt und Helfer, zwar nicht immer Literatur im engeren Sinne des Wortes sein kann und darf, nicht Literatur, wie sie buchstäblich im Buche steht..., aber doch, so zwischen Leben und Tod, Tränen und Lächeln, der Poesie nicht entbehren kann: der schlichten, uneufdringlichen, selbstbewahrenden und ausstrahlenden...! Und sie werden somit – natürlich nicht ausschließlich, nicht ohne gleichzeitigen Pegasus-Ritt nach anderen Bereichen – gewissermaßen zu prektizierenden Poeten, die in unserer Welt so unerläßlich sind wie prektizierende Ärzte. Sie sind gewissermaßen praktizierende Ärzte der Poesie: wobei man Poesie nicht nur auf das Schönklingende und Schönegeistige begrenzen darf.

Folgende vier bayerische Schriftstellerärzte stellte der Vorsitzende der Regensburger Schriftstellergruppe, Erich L. Biberger, eniäßlich deren 65. und 70. Geburtstage u. e. den zahlreich versammelten Teilnehmern der Poeten-Party mit nachfolgenden Worten vor:

Wenn jemand fragt, wer oder was ein Schriftstellerarzt sei, dann darf man wohl antworten: Dr. Robert Paschke, Emskirchen/Mittelfranken, ist einer. Ist das Wort schon für Persönlichkeiten der deutschen Literaturgeschichte, beispielsweise für Gottfried Benn und Hans Cerssa, geprägt worden, und ist Robert Paschke auch nicht von der Literaturkritik in einem Atemzug mit ihnen genannt, so ist gerade bei ihm, der seinen Wirkungsbereich nicht auf solche Weite auszudehnen vermochte und des auch nicht beabsichtigte, jenes Verbindende, das in besagtem Doppelwort den Arzt und den Schriftsteller zusammenschließt wie zu einer guten Ehe, in Reinkultur vorhanden: das Bemühen, als Arzt auch Poet zu sein, das Leid, das der Arzt erlebt, auch den anderen verständlich und doch mittragbar zu machen, dabei auch

das Lebensbejahende, das Schöne, das Erfreuliche, das Hoffnungsvolle mitempfinden zu lassen. Und: Mit den Mitteln des Poeten mehr eber noch aus dem Intuitiven hereus, das eine Voraussetzung der Poesie ist, wiederum heilend zu wirken – wobei die Gefahr der süßlichen Gernierung nicht gegeben ist, weil der Arzt ja zu tief die Probleme des Menschseins und damit des Seins erlebt.

Natürlich gilt das im Prinzip auch für andere Schriftstellerärzte. Aber bei Dr. Paschke ist dieses Bemühen schon aus seinen vielen Essays besonders erkennbar, im übrigen aber auch in seiner Lyrik. „Die zwei Gesichter des Arztes“, „Von der Bescheidenheit im Können“, „Von der glücklichen Hand des Arztes“, „Vom guten Glauben“, „Von der Wahrhaftigkeit“, aber auch „Vom Geschwätz um den Arzt“ oder so heikle Themen wie „Arzt und Geschäftsmann“ oder Probleme wie „Von der Einsamkeit des Arztes“, das alles sind Titel und Inhalte von Arbeiten Paschkes, die in Medizinerzeitschriften und als Sonderdrucke erschienen sind. Daneben Gedichte wie „Der alte Arzt“, die von Ernst Kutzer vertont und schon vielfach aufgeführt worden sind, „Die Toten“ – und „Mit der Bombe leben“ und „Seid ihr noch Menschen?“. Und: „Alter, Krankheit, Tod“, diesen unpopulären und durchaus unlyrischen Titel hat ein Gedichtband Paschkes.

„Die Verhaftung des Sokrates“, ein als Buch erschienenes Versdrama, zeigt den Humanisten und den Denkenden von einer anderen Seite, doch mit gleichem Kern. Eine Buchherausgabe „Einst und jetzt“ läßt auch das Interesse an der Geschichte der Studentenverbindungen ersehen, doch das ist eine, wenn auch umfangreiche Arbeit nebenher. „Äskulap und Pegasus“, die Kolumne im „Bayerischen Ärzteblatt“, sagt es deutlich, wie es ihm ums Herz ist. Daß dieses Herz noch lange so schlagen möge, sei unser besonderer Glückwunsch, Herr Dr. Paschke.

Otto Molz, Dr. med., Arzt, Psychotherapeut und Schriftsteller, entwickelte vielseitige Aktivitäten. Er ist zugleich, seit vielen Jahren, Leiter der Volkshochschule Kelheim, Literatur- und Theaterkritiker, Dozent an Volkshochschulen, u. a. auch in Regensburg, wo er Rainer Wallerius, den Leiter des Amtes für außerschulische Bildung, heuer schon in Verlegenheit brachte, weil der Zustrom zu seinen Kursen so stark wurde, daß man Parallellahrgänge einrichten mußte. Autorenesungen gehören ostentativ zum Programm der Volkshochschule Kelheim, die Otto Molz leitet. Und seiner Initiative und Organisation sind auch schon Rezitationsabende mit Programmen der „Regensburger Schriftstellergruppe“ sowie die Suche nach literarischen Talenten im Kreis Kelheim – ein Wettbewerb, der heuer im Februar stattfand und für den die Schriftstellergruppe die Schirmherrschaft übernahm – zu verdanken.

Otto Molz, der am 10. August vorigen Jahres sein 65. Lebensjahr vollenden konnte, wurde in Feishelm bei Wiesbaden geboren, wuchs in Halle an der Saale auf, studierte in Halle, Frankfurt/Main, Kiel, Königsberg und Marburg, wurde 1938 praktizierender Arzt. Die Volkshochschule Kelheim leitet er schon seit den Nachkriegsjahren, er beute sie, als er aus der Kriegsgefangenschaft zurückkehrte, selbst auf.

Daß er zuweilen sogar mit Neandertalern telefoniert und dabei über Fortschritt oder Stagnation der menschlichen Kultur philosophiert, und zwar in recht offener, aber zugleich humorvoller Weise, das wissen wir aus einem seiner Gedichte. Daß er gerne Brücken zwischen den Menschen baut, finden wir in endlosen Versen bestätigt. Lyrik also, aber auch Essays, veröffentlicht in Zeitschriften, Zeitungen, sowie in einem eigenen Gedichtband und in Anthologien runden sein Wirken ab, für das ihn auch der Bundespräsident mit dem Verdienstkreuz am Bande auszeichnete.

Wir wünschen weiterhin viel Aktivität, danken für die gute Zusammenarbeit. Und trägt sein Gedichtband den bezeichnenden Titel „Menschen gibt's“, so dürfen wir hier hinzufügen: Wir freuen uns, daß es auch solche Menschen gibt wie Sie, Dr. Molz!

„Life e Game“, „Das Leben ein Spiel“, so lautet der Titel eines Gedichts von Hens Weigold, das in deutscher und englischer Fassung vorliegt und hier, in Old Germany, und dort – zwar nicht in Old England, aber in Old Ireland, veröffentlicht wurde. Spiel im ernstesten Sinne mag jedes Leben sein, eine Spielerei aber war das Leben von Dr. Hans Weigold sicher nicht. Als Arzt, als Facharzt für Lungenkrankheiten, hat er den Ernst des Lebens zur Genüge kennengelernt, und sein Gedicht vom Leben als „Spiel“ ist wie ein Trost gegenüber sich selbst: und wie die Anerkennung der keineswegs leichten Spielregeln des Lebens.

Ein Regensburger Arzt, der jetzt in München lebt, aber in Wexford/Irland zu Hause ist, auch das ist Dr. Hans Weigold: Es zog ihn nach der Grünen Insel, er beute sich dort seinen Traum-Wohnsitz aus, verbringt dort einen großen Teil seiner Zeit, kommt aber von Regensburg nicht los, und sein Wohnsitz München ist wohl ebenfalls so etwas wie ein Ersatz für

Regensburg, jedenfalls aber unerläßliche Kontaktstelle zu seiner Heimat Bayern. Geboren ist Hens Weigold in Niederbayern, in Passau, der schönen Dreiflüssestadt, am 23. Juli 1910, er hat also sein 65. Lebensjahr schon vor einer guten Weile vollenden können, und wenn wir nun gratulieren, so dürfen wir hinzufügen: zwar ein bißchen später, aber nicht minder herzlich.

Und der literarische Weigold, um nicht zu sagen: das literarische Wei-Gold: Erzählungen, Kurzgeschichten, Essays, dramatische Einakter, u. a. eine Komödie „Die Abendsprechstunde“, zu der ihm wiederum sein Beruf als Arzt die Vorlage gab, und auch Lyrik. „Meraner Elegie“ heißt ein Bändchen Prosa, das er herausbrachte. Nicht zuletzt findet man Gedichte und Prosa-Arbeiten von ihm auch in Anthologien, auch in Bänden des RSG und des Bundesverbandes Deutscher Schriftstellerärzte, dem er angehört und für den er, zusammen mit unserem Dr. Heinz Scheuwecker vor einigen Jahren auch Weltkongresse der UMEM, der Weltorganisation der Schriftstellerärzte, organisierte: eine Tegung, die das Regensburger Kulturleben mit bereicherte. Drei Jahre wirkte er auch als Beisitzer der RSG-Vorstandschef. Wir wünschen weiterhin Freude am Schreiben und ein – Immer-wieder-freundlich – Herüberblicken von der Grünen Insel zu uns, Dr. Weigold.

Ganz ins Ganze gerichtet! Dieses Paradoxum umreißt wohl am besten den Menschen Dr. Max Josef Zilch und dessen Wirken. In belletristischen wie in wissenschaftlichen Werken, die er verfaßte und veröffentlichte, ist die Suche nach dem Einklang von Leben und Kosmos im Sinne des *Perceus*, den er besonders schätzt, spürbar. Und gleiches Ganzheitsstreben sieht er geboten in der Kunst. Seine Gedichte, mit intuitiv engereicherter Gedanken, sind weniger lyrischer Selbstzweck als Beweise der ständigen Suche nach tieferem Sinn, weniger Brillanz als Bekenntnis, und stets Teil eines praktizierenden Ganzheitsstrebens, intensive Bemühungen, auch um den Zusammenklang von Wort und Bildender Kunst. Gemälde von Rupert Preissl und von Ludwig Geistreiter, nicht zuletzt aber auch Geistreiters Darstellungen von Evolutionen, Weltstrukturen und Energiefeldern sind für ihn Medien, Studienobjekte, Phantasieanreger und Produktivitätsfaktoren zugleich. In vielem aber ist Max Josef Zilch selbst

Anreger, er schätzt die Wechselbeziehungen und dabei auch die zwischen Künstlerischem und Wissenschaftlichem, darüber hinaus zwischen dem Mensch-Selenden und dem Philosophisch-Religiösen. Die Welt, trotz aller Widersprüche und allen Leides, eine Harmonie, ein Ganzes – das ist die Welt, die ihn fröhlich erhält. Und das ist die Welt, die er mit seinen schon geradezu zur beständigen Regensburger Einrichtung gewordenen Kolloquien mit zu ergründen versucht: mit Kolloquien, an denen Kapazitäten des In- und Auslandes teilnehmen, Universitätsprofessoren, Äbte, Künstler, Schriftsteller, natürlich auch Mediziner verschiedenster Sparten und Psychologen. „Der manipulierte Mensch“, „Ambivalenz und Ganzheit“, „Um mehr Gesundheit“, „Die Ambivalenz der Wissenschaften – eine Gefahr für den modernen Menschen“, das sind Generalthemen solcher Kolloquien.

„Ambivalenz und Ganzheit“ aber ist auch der Titel eines stattlichen Buches von Max Josef Zilch, dem sich bezeichnenderweise ein Band „Arzenei aus Liebe“ hinzufügte. Er ist als Schriftstellerarzt gleichzeitig der Arzt-Theosoph, der sich ebenso in mehreren hundert Selten eigener wissenschaftlicher Arbeit den Lymphgefäßen bis in kleinste Detailkenntnisse zuwendet wie dem Kosmos, als dessen Teil er dies alles sieht: einem Kosmos, den er gottertümt sieht.

Daß Dr. Zilch in Schwandorf geboren ist, wissen wohl nur wenige, er ist schon so sehr Regensburger geworden, daß man ihn schon als selbstverständlich hier beheimatet wähnt. Dr. Zilch konnte am 2. Februar sein 65. Lebensjahr vollenden. Und daß ihm noch viele ganze Jahre beschleden sein mögen, diese sich weiter produktiv in seine und unsere Welt des Ganzen fügen mögen, sei unser Wunsch für ihn.

Zusammen mit den vier Schriftstellerärzten, deren Würdigungen wir hier wiedergeben, wurden bei der „Poeten-Party 1976“ der RSG auch die Autoren W. Emil Schröder (Pseudonym: Emil Rath u. a.), Steinheim/Westfalen, 80 Jahre, sowie Dr. Josef Maier-Krellt (Pseudonym: Joseph KoeInbach), Vorstandsmitglied der RSG, Au-Hallertau, und Berta Agathe Komann, Weissenhorn bei Neu-Ulm, die das 70. Lebensjahr vollenden konnte, geehrt, eine eigene Laudatio galt dem Regierungspräsidenten der Oberpfalz, Dr. Ernst Emmerig, der in einelhalb Jahrzehnten seines Wirkens als Oberpfälzer „Landesvater“ auch als ein Freund des Dichterischen und durch Referate wie auch durch Ratsschläge das Wirken der RSG gefördert hat.

Im Anschluß daran lasen die Jubilare unter dem Beifall der Anwesenden Lyrik und Kurz-Prosa aus ihren Werken. Die Feier schloß dann mit einem Gläschen guten Weines bei gegenseitigem fruchtbarem Gedankenaustausch.



Krank im Ausland?

Schwere Unfälle im Ausland oder Erkrankungen fern von der Heimat sind kein Schreckgespenst mehr! Förder-Mitglieder werden bei medizinischer Notwendigkeit bis zu DM 10 000,- kostenfrei heimgeholt. Weitere Informationen bei

S.O.S.-Flugrettung e.V.

7000 Stuttgart 23 Flughafen Postfach 230 323 Telefon 07 11/ 70 55 55

München – Universität

Zum „außerplanmäßigen Professor“ wurden ernannt: Privatdozent Dr. med. Peter *Dieterle*, Chefarzt der III. Medizinischen Abteilung des Städtischen Krankenhauses Neuperlach; Privatdozent Dr. med. Stefan *Thierfelder*, Leiter der Abteilung für Immunologie am Hämatologischen Institut der Gesellschaft für Strahlen- und Umweltforschung.

Dr. med. Herbert *Kaess*, Chefarzt der 5. Medizinischen Abteilung des Städtischen Krankenhauses München-Schwabing, wurde die Lehrbefugnis für „Innere Medizin“ erteilt. Gleichzeitig wurde er zum „außerplanmäßigen Professor“ ernannt (durch Umhabilitation).

Dr. med. Gerhard *Paal*, Chefarzt an der Neurologischen Abteilung des Städtischen Krankenhauses München-Harlaching, wurde die Lehrbefugnis für „Neurologie“ erteilt. Gleichzeitig wurde er zum „außerplanmäßigen Professor“ ernannt (durch Umhabilitation).

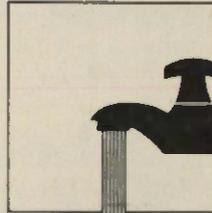
apl. Professor Dr. med. Johann *Kugler*, Leiter der Abteilung für Psychiatrische Neurophysiologie und EEG-Diagnostik an der Psychiatrischen Klinik und Poliklinik, wurde unter Berufung in das Beamtenverhältnis auf Lebenszeit zum „Leitenden Oberarzt“ ernannt.

Privatdozent Dr. med. Michael *Horster*, wiss. Assistent am Physiologischen Institut, wurde zum „Universitätsdozenten“ ernannt.

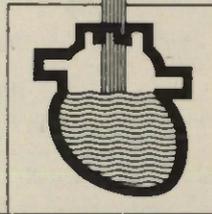
Zum „Privatdozent“ wurden ernannt: Dr. med. Frank *Bidlingmaier* für „Kinderheilkunde“; Dr. med. Wolfgang *Eicher* für „Frauenheilkunde und Geburtshilfe“; Dr. med. Peter *Eyer* für „Pharmakologie und Toxikologie“; Dr. med. Klaus *Horn* für „Innere Medizin“; Dr. med. Werner *Machleidt* für „Physiologische Chemie“; Dr. med. Rolf *Mocellin* für „Kinderheilkunde“; Dr. med. Karl *Theisen* für „Innere Medizin“; Dr. med. Sigurd *Werner* für „Physiologische Chemie“.

Hypolind[®] retard

macht den Kreislauf wetterfest.

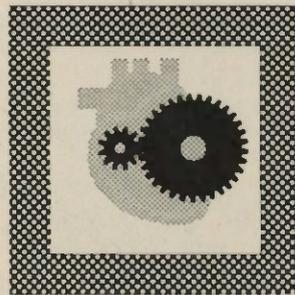


Erhöhtes
venöses
Angebot

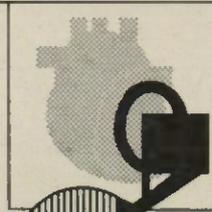


Bessere
Herzfüllung

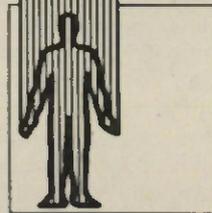
Norfenefrin
Spartein



Optimierung
der
Herzarbeit



Erhöhte
Förderleistung



Verbesserte
zerebrale
und
periphere
Versorgung.

Indikationen
Kreislaufkapazität bei essentieller Hypotonie
sowie als Folge von physischer oder psychischer
Überlastung, Operationen, Krankheitslagen, Infekten;
Kreislaufkapazität im Zusammenhang mit Psycho-
pharmakotherapie.
Kontraindikationen
Phlöchromozytose, schwere Nierenfunktionsstörungen,
Thyreotoxikose, AV-Block, Gravidität.
Zusammensetzung
Sparteinsulfat 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 Instruktion Dosiserhöhung.

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



Lindopharm KG Hilden Rhld

Kontroverse um soziale Beratung beim § 218

Nach der parlamentarischen Sommerpause wird die Staatsregierung im Landtag einen „Gesetzentwurf zur Beratung der werdenden Mütter“ einbringen, der Ausführungsbestimmungen zur Neufassung des § 218 in Bayern enthalten soll. Noch ehe dieser Entwurf allerdings das Kabinett erreichte, gab es schon politischen Wirbel um ihn: Über ein anderes Bundesland erhielten SPD-Landtagsabgeordnete Kenntnis von einem Arbeitspapier für den Gesetzentwurf, das aus dem bayerischen Sozialressort stammt. In ihm – es entstand um die Jahreswende 1975/76 – hatte man erwogen, daß das zuständige Gesundheitsamt eine Mitteilung über eine erfolgte Beratung vor einem legalen Schwangerschaftsabbruch erhält. Nach der Neufassung des § 218 muß ja eine solche Beratung über die „zur Verfügung stehenden öffentlichen und privaten Hilfen für Mutter und Kind“ durch anerkannte Stellen oder Ärzte erfolgt sein, ehe der Abbruch vorgenommen werden darf. In der erwogenen Mitteilungspflicht vermutete die SPD nun den Versuch einer Registrierung, sah darin eine Meldepflicht und auch einen erheblichen Eingriff in die ärztliche Schweigepflicht. Gleichzeitig warf sie der Staatsregierung vor, mit einem „Schubladenentwurf“, der „nach der Bundestagswahl hervorgeholt werden soll“, den neuen § 218 zu unterlaufen.

Um frühzeitig Einfluß auf die zu erwartenden Ausführungsbestimmungen nehmen zu können, brachte die SPD-Landtagsfraktion daraufhin einen Dringlichkeitsantrag im Landtag ein. Darin wird verlangt, daß jede über den Beratungszweck des § 218 hinausgehende Beeinflussung unterbleiben muß und daß alle gesetzlich zulässigen Indikationen bei der Beratung berücksichtigt werden. In das Anerkennungsverfahren für Be-

ratungsstellen sollen alle Einrichtungen – ohne Rücksicht auf den Träger – einbezogen werden. Ihre personelle Mindestbesetzung sei ebenso zu normieren, wie die Verpflichtung, Sitz und Öffnungszeiten laufend bekanntzugeben. Niedergelassene Ärzte seien ferner auf Antrag ohne weitere Nachweise vom zuständigen Gesundheitsamt als Berater anzuerkennen, sofern kein Versagungsgrund vorliegt. Schließlich wird verlangt, daß außer einem schriftlichen Nachweis über die Beratung, der der Schwangeren anschließend unverzüglich auszuhändigen sei, keine weitere Registrierung erfolgen dürfe, es sei denn Meldungen nach versicherungsrechtlichen Bestimmungen oder zu statistischen Zwecken. Dabei müsse sichergestellt sein, daß der Name der Schwangeren nicht bekannt wird.

Bei der Einbringung dieses Antrages durch die SPD-Abgeordnete Hedwig Westphal im Landtagsplenum wies Staatssekretär Dr. Wilhelm Vorndran vom Sozialministerium die erhobenen Vorwürfe zurück: Der sich in Arbeit befindliche Entwurf wolle keineswegs die Reform des § 218 unterlaufen. Es sei auch nicht beabsichtigt, in die ärztliche Schweigepflicht einzugreifen. Ebenso wenig handle es sich um einen Schubladenentwurf im Zusammenhang mit der Bundestagswahl, denn die Vorlage des Entwurfes ergebe sich aus dem Zeitpunkt des Inkrafttretens der Strafgesetzbuchnovelle. Zu der von der SPD kritisierten „Meldepflicht“ bemerkte Vorndran: Lediglich im allerersten Stadium habe man daran gedacht, „es sei im Interesse auch der Rechtssicherheit der Ärzte, die einen Schwangerschaftsabbruch vornehmen, angezeigt, eine Mitteilung über die Beratung an das Gesundheitsamt vorzusehen. Diese Überlegungen sind inzwischen gegenstandslos.“

Daß die SPD trotz dieser Erklärung ihre Bedenken nicht ausgeräumt sah, zeigte die folgende Beratung im sozialpolitischen Landtagsausschuß: Zwar war man sich einig darüber, daß es oberstes Ziel jeder Beratungstätigkeit sein müsse, ungebohenes Leben zu erhalten. Auch hinsichtlich der Mindestanforderungen an die anerkannten Beratungsstellen zeigten sich kaum Unterschiede. Die Opposition glaubte jedoch ihren Verdacht, daß doch eine Art Registrierung vorgesehen sei, durch die Bekanntmachung des Sozialministeriums über die Anerkennung der Beratungsstellen erhärtet. Darin wurde nämlich zum Beratungsnachweis erklärt: „Soweit Schwangere einen Nachweis wünschen, sind die anerkannten Beratungsstellen verpflichtet, Name, Geburtstag und Anschrift der Ratsuchenden sowie den Tag der Beratung aufzuzeichnen. Sie erteilen einen Nachweis nur, wenn eine schriftliche Anfrage eines Arztes erfolgt, der eine schriftliche Einwilligungserklärung der beratenen Schwangeren beilegt.“ Gegen dieses Verfahren wandte die SPD ein, es sei zu kompliziert, zeitlich angesichts der gesetzten Fristen zu aufwendig und es beinhalte in verklau-sulierter Form, daß doch registriert werden soll. Nach Ansicht der Opposition genüge für den Rechtsschutz des Arztes, wenn er eine schriftliche Bestätigung der Beratungsstelle über die erfolgte Unterrichtung von der Schwangeren entgegennimmt. Demgegenüber meinte der Staatssekretär im Hinblick auf einen möglichen Mißbrauch, aber auch auf den Rechtsschutz und die Kostenerstattung bei einem legalen Abbruch, sei es wichtig, ja dringend erforderlich, daß in den Beratungsstellen für Rückfragen die Personalien der Beratenen aufgezeichnet werden. Die Kritik an diesem Verfahren sei für ihn unverständlich.

Ebenso wie sich in diesem Punkt im Ausschuß keine Einigung herstellen ließ, so verfiel auch der Dringlichkeitsantrag der Ablehnung. Staatssekretär Vorndran schlug aber vor, die SPD könne ja einen eigenen Entwurf einbringen, über den man dann reden werde. Das Bundesgesetz jedenfalls werde von der Staatsregierung so vollzogen werden, „wie es das Gesetz vorschreibt, und zwar in dem dem Landesgesetzgeber noch verbleibenden Rahmen.“

Micheel Gscheidle

Parlamentsarbeit abgeschlossen

Die Bundestagsabgeordneten haben Bonn den Rücken gekehrt. Der Gesetzgeber hat seine Arbeit getan. Bei einigen Gesetzen muß freilich noch der Vermittlungsausschuß tätig werden.

Der Bundestag ist auch in dieser Legislaturperiode wieder fleißig gewesen. Für die Statistiker mag es von Interesse sein, daß der Bundestag in 257 Sitzungen 658 Gesetzentwürfe behandelt und 515 Gesetze verabschiedet hat. 482 Gesetze sind einmütig verabschiedet worden. Nur 33 Gesetzesvorlagen hat die Opposition abgelehnt, was zeigt, daß sich die politische Konfrontation auf wenige Gesetzesvorhaben beschränkt und von Obstruktion der Opposition eigentlich nicht die Rede sein kann.

Aber die Arbeit des Parlaments spielt sich ja nicht nur im Plenarsaal ab. Die Ausschüsse des Parlaments hielten mehr als 2140 Sitzungen ab. Im Parlament wurden zudem 24 Große Anfragen, 438 Kleine Anfragen und 17 295 mündliche Anfragen behandelt. Die Bilanz läßt sich sehen. Daß das Parlament faul gewesen sei, kann niemand behaupten.

Aktivposten der Gesetzesarbeit lassen sich auch im gesundheits- und sozialpolitischen Bereich finden. Das Schwerbehindertengesetz zählt dazu, wohl auch das Rehabilitationsangleichungsgesetz. Das Reformgesetz für die betriebliche Altersversorgung und das Konkursausfallgesetz schlagen positiv zu Buch. Das Arzneimittelgesetz mag in vielen Punkten nicht alle Wünsche erfüllen; die Arzneimittelsicherheit verbessert es sicherlich doch. Das umstrittene Neuordnungsgesetz für den Schwangerschaftsabbruch wird die Bewährungsprobe noch zu bestehen haben; Skepsis bleibt angebracht.

Am härtesten wurde innerhalb der Koalition um das neue Mitbestimmungsgesetz gerungen. Dem ursprünglichen Gesetzentwurf der Regierung, der den Gewerkschaften bestimmenden Einfluß gebracht hätte, wurden die ärgsten Giftzähne gezogen. Daß die Gewerkschaften die von ihnen verlangte totale Parität nicht erreichten und den Einzug eines Vertreters der Leitenden Angestellten in die paritätisch besetz-

ten Aufsichtsräte nicht verhindern konnten, läßt leicht vergessen, daß den Gewerkschaftsfunktionären mit diesem Gesetz viel Macht zuge wachsen ist.

Negativ schlägt zu Buche, daß Bundesregierung und Gesetzgeber der zum Teil dramatischen Verschlechterung der Finanzlage der Sozialversicherung nahezu tatenlos zusahen. Die Tätigkeit des Bundesarbeitsministers erschöpfte sich darin, den Partnern der Selbstverwaltung in der Krankenversicherung gut zuzureden, was, wenn man so will, einigen Erfolg hatte.

Von Schwierigkeiten mit der Rentenversicherung wollen *Arendt* und die SPD nichts wissen; sie werden schlicht geleugnet. Dabei rechnen die Rentenversicherungen für 1977 mit einer Liquiditätslücke bis zu 15,4 Milliarden DM, die nur mit massiver Hilfe des Bundes und der Bundesbank über den Kapitalmarkt zu schließen wäre. Sollte der Konjunkturaufschwung anhalten, wofür einiges spricht, so würden die Beitragseinnahmen stärker als angenommen steigen. Das brächte die Rentenversicherung aber nicht aus der Klemme heraus. Die Finanzierungslücke würde sich allenfalls auf zehn bis zwölf Milliarden DM verringern. Der Bund muß sich also schon heute auf eine kräftige Finanzspritze für die Rentenversicherung im nächsten Jahr einstellen.

Nach der Wahl wird auch für *Arendt* die Stunde der Wahrheit schlagen, sofern die Koalition ihre Mehrheit behaupten kann. Daß *Arendt* heute schon von sinkenden Beiträgen in der Krankenversicherung redet, könnte ein Zeichen dafür sein, daß er aufs Neue versuchen wird, der Krankenversicherung die Last der Rentner-Krankenversicherung aufzubürden, um sich in der Rentenversicherung an Beitragserhöhungen oder an Abstrichen bei den Renten vorbeizumogeln. Schon jetzt läßt sich ohne Risiko sagen, daß im Mittelpunkt aller Gespräche nach der

Wahl, wenn es um die Bildung der neuen Regierung geht, die Frage steht, wie denn der Staatshaushalt und die Sozialversicherung inflationsfrei zu finanzieren sei. An einer klaren Antwort auf diese Frage werden sich weder *Schmidt* noch *Kohl* vorbeidrücken können. Einem Kanzler *Schmidt* würde es dann nicht helfen, daß er heute mit dem Wahlslogan durch die Lande zieht, in das soziale Netz werde nicht hineingeschnitten. Und einem Kanzler *Kohl* würde es wenig helfen, daß er heute den Bürgern eine „Sozialgarantie“ gibt. Eingriffe in das Beitrags- oder Leistungsrecht der Rentenversicherung werden sich nicht vermeiden lassen. Es wäre besser gewesen, die Koalition hätte schon im letzten Jahr das Notwendige getan.

Bevor die Abgeordneten in die Sommerferien fahren, haben sie noch das Gesetz zur Weiterentwicklung des Kassenarztrechts verabschiedet. Was aber endgültig im Gesetzesblatt stehen wird, läßt sich noch nicht übersehen. Die Bundsratsausschüsse schlugen ein Vermittlungsverfahren vor. Die CDU/CSU hatte vor allem folgende Änderungswünsche: Die ärztlichen Bedarfspläne sollen „Im Einvernehmen“ mit den Verbänden der Kassen erarbeitet werden; die Koalition wünscht nur die Zusammenarbeit. Im Gesetz soll verankert werden, daß Zulassungssperren eingeführt werden, sofern die in den Bedarfsplänen ausgewiesenen Kassenarztsitze nicht besetzt werden können; der Koalitionsentwurf stellt sich da zunächst flexibler dar. Die Opposition wünscht nicht, daß an den Lehrkrankenhäusern Polikliniken errichtet und die psychiatrischen Krankenanstalten an der ambulanten Versorgung beteiligt werden. Die CDU/CSU lehnt es auch ab, daß den Krankenkassen als letztes Mittel zur Sicherung der ärztlichen Versorgung die Möglichkeit eröffnet wird, eigene Ambulatorien zu eröffnen.

Die Koalition hat nahezu zwei Jahre verstreichen lassen, um *Arendts* Gesetzesinitiative zu verabschieden. Nun muß im Schnellverfahren ein Kompromiß zwischen Koalition und Opposition gesucht werden.

Der Gesetzgeber ist in der siebten Legislaturperiode fleißig gewesen, gewiß; aber er hat nicht immer solide und gute Arbeit geleistet.

bonn-mot

Ärztliche Versorgung in Lesotho

Bericht über die Tätigkeit in einem Entwicklungsland

von J. Pini

Es ist niemandem zu verargen, wenn er Lesotho nicht kennt. Dieses rechteckige, etwa 200x100 km große, im Osten Südafrikas gelegene Bergland – den Ostrand bilden die Drakensberge –, ehemals englisches Protektorat Basutholand, seit 1965 unabhängiges Königreich, ist wegen seiner Kargheit, dem fast völligen Fehlen an Bodenschätzen und der dünnen Besiedelung noch immer eines der ärmsten Länder der Erde. Rings umgeben vom großen Nachbarn, der SAR, ist es zumindest wirtschaftlich erheblich von ihm abhängig: ein Großteil der männlichen Bevölkerung sucht Beschäftigung in den südafrikanischen Minen, wo ein vergleichsweise hoher Lohn winkt, der in Lesotho mangels Industrie kaum erzielt werden kann. Die etwa 600 000 Einwohner leben ansonsten von eher spärlichem Getreideanbau und überwiegender Viehhaltung, meist Schafe und Ziegen. Eine Plage bildet dabei die Erosion, die zu tiefen Einrissen in den dünnen, aber bei guter Bewässerung recht fruchtbaren Boden geführt hat und das fast baumlose Land mit unregelmäßigen, teilweise kilometerlangen Schluchten durchzieht. Der relativ reichere Landstrich liegt am Ostrand, eine Hochebene von ca. 1500 m Höhe, wo sich auch die größeren Siedlungen und die Hauptstadt Maseru befinden. Letztere ist durch ein Nebengleis an das Verbundnetz der Republik angeschlossen; in Lesotho gibt es sonst keine Bahn. Hier am Westrand der Berge führt auch die einzige geteerte Straße von NO nach SW entlang, auf der sich wenige Autos, dafür um so mehr Viehherden, Reiter und Fußgänger ein friedliches, abwechslungsreich kontrastierendes Stelldichein geben. Die anderen Straßen können bestenfalls als Pisten und holprige Schotterwege bezeichnet werden. Nach Osten türmen sich bis zu einer Höhe von 3600 m die charakteristischen, kahlen und meist tafelfartig

ebgeflachten Berge auf, im Sommer von herber, gelbgrün-brauner Schönheit, im Winter rau, kalt unnahbar. Hohe Schneefälle und lange Fröste sind hier oben keine Seltenheit und die Bergbasuthos, die zu den abgehärtetsten Afrikanern zu zählen sind, verlieren dabei manches Stück Vieh.

Durch private Vermittlung hatte ich mit einem Missionskrankenhaus, dem Scott Hospital, Verbindung aufgenommen, das in Morija, südlich von Maseru, liegt. Das 70-Betten-Haus – an dem ich von September 1974 bis Januar 1975 tätig war – (die Zahl sagt wenig: es können im Notfall auch doppelt so viele Patienten aufgenommen werden, sie liegen dann einfach unter den Betten auf dem Boden), wegen seines guten Rufes in ganz Lesotho bekannt, besteht aus einer kombinierten Station Innere-Chirurgie jeweils für Frauen, Männer und Kinder, zusätzlich eine große geburtshilfliche Abteilung und eine Tb-Station. Ein bemerkenswert gut ausgerüsteter Op-Trakt bietet die breiten Möglichkeiten der täglichen Routinechirurgie, vergleichbar einem kleineren Hause in Deutschland, gelegentlich eingeschränkt durch technische Mängel.

Personell ist das Haus im allgemeinen mit drei bis vier europäischen Ärzten besetzt, dazu eine große Anzahl von einheimischen Schwestern in unterschiedlichem Ausbildungsstand, die zum Teil im Scott herangebildet worden sind, einem der drei oder vier teaching hospitals des Landes. Es wird ausrüstungsmäßig und medikamentös von mehreren karitativen Organisationen aus Übersee unterstützt, doch hält es sich andererseits weitgehend auf eigener Basis. Ihm als „filiae“ angeschlossen sind ein halbes Dutzend kleiner „clinics“, die im Umkreis von etwa 50 km in kleinen Dör-

fernliegen, von staff-nurses (einer Art Stationsschwester mit allerdings wesentlich ausgedehnterem Befugnisbereich) versorgt. Diese Häuser werden im wöchentlichen Wechsel von einem Arzt im Klinikswagen unter Begleitung von Schwestern und der Mitnahme der erfahrungsgemäß notwendigen Untersuchungsgeräte und Medikamente aufgesucht. Unter „clinic“ müssen wir ein kleines ein- bis zweizimmeriges Häuschen verstehen, in dem die verantwortliche staff-nurse die täglichen ambulanten Fälle behandelt und eventuell zum „Scott“ überweist, wenn stationäre Behandlung notwendig erscheint oder sie über den Patienten unsicher ist. Sie wirkt damit nicht nur als medizinischer Sammelpunkt in der Peripherie, sondern filtrierte gleichzeitig die wirklich Kranken heraus. Eine gute staff-nurse bedeutet eine enorme Hilfe für das Hospital und hilft dem Arzt, die Fülle der Arbeit durch Vorselektion außerordentlich zu erleichtern.

Hauptkontingent der Arbeit stellen die outpatients, die von nah und fern, zu Fuß, zu Esel, zu Pferd, sehr selten im Auto, teilweise erst nach tagelangen Märschen aus den Bergen kommend, die morgendliche Szenerie beherrschen. Sie stellen sich schon im Morgengrauen vor der Anmeldung auf einem großen mit Bäumen bestandenen Hof in langer Reihe geduldig auf und warten, bis der Schalter um 7 Uhr öffnet. Dort entrichten sie ihren Obolus von 60 Cents (ca. DM 2,40), mit dem der ganze medizinische Arbeitsgang einschließlich Medikation abgegolten ist (außer stationärer Behandlung). Da die Basuthos ein fröhliches und im allgemeinen trotz ihrer Armut zufriedenes Volk sind und kindliche, unverdorbenes Neugier und teilnehmendes Interesse gleichermaßen zeigen, beherrscht ein ununterbrochenes Reden, Lachen, Rufen und manchmal lärmende Auseinandersetzungen den ganzen Platz. Schließlich ist man nicht nur als Patient zum Hospital, sondern auch zum Austausch von Neuigkeiten gekommen. Familie, Vieh, Ernten, das Wetter, Schicksalsschläge werden lebhaft und heftig beredet. Nebenbei findet noch ein kleiner Markt am Rande des Hofes statt, auch sieht man Grüppchen sich ihr Essen am Feuer bereiten. Der Anblick der braunen Gesichter, hohen Gestalten und farbenfrohen Gewänder bietet immer neue Reize.

Mit einem jungen Schweizer Kollegen, der schon ein Jahr lang in Lesotho gearbeitet hat, teile ich einen recht wohnlichen Bungalow, der am Rande des Klinikgeländes liegt. Versorgt werden wir von einer älteren, korpulenten, stets schnaufenden Basutho-Mamy, die in Küchen- und Haushaltsfragen sehr bewandert ist. Sie spricht recht gut englisch, was für uns unabdingbar ist, da wir die Landessprache Sesotho nicht beherrschen, nur nach und nach einige Fragen und Brocken für die Begrüßung und für Untersuchung und Befragung der Patienten aufgeschnappt haben. Wir benötigen deshalb auch für die Ambulanz einen Übersetzer; auf der Station sind wir auf die eingeborenen Nurses angewiesen, die neben Sesotho auch Englisch verstehen müssen. Dies hat nicht nur kolonial-historische Gründe, sondern geht auch zum Teil auf die Initiative des Chefs, Dr. Ted Germond, zurück, der Hugenotten-Nachfahre, in der dritten Generation in Lesotho lebend, mehrere Muttersprachen (Französisch, Englisch, Sesotho, Africaans) vollständig und einige geographisch anschließende Sprachen teilweise beherrscht. Er ist Haupt, Motor und Seele des ganzen Hospitals, hat jederzeit ein offenes Ohr für die Fragen und Sorgen seiner Mitarbeiter, gibt — ganz englische Erziehung — bescheiden Hinweise, Ratschläge, Empfehlungen, die uns auch bei möglicherweise (besonders anfänglich) groben Schnitzern nie das Gesicht verlieren lassen, führt seine jüngeren Assistenten zügig und freundlich assistierend in die chirurgische und geburtshilfliche Praxis ein und steht dem Neuling mit Rat und Tat bei Diagnose und Therapie ungewohnter Krankheitsbilder zur Seite. Auf diese angenehme Weise bin ich schnell über die anfängliche Eingewöhnungsunsicherheit (andere Menschen und Mentalitäten, neue Krankheiten, Medikamente und Behandlungswesen) hinweggeführt worden.

Der Arbeitstag beginnt für Ärzte um 7.30 Uhr, meist mit der Ambulanz, dem „großen Klotz“ der Tagesarbeit. Philip, mein Schweizer Kollege, und ich haben an guten Tagen je 80 bis 100 Patienten gesehen, vorausgesetzt, wir wurden nicht durch Stationsarbeit, Operationen oder ähnliches unterbrochen. Den Rest bzw. meist das Gros der Patienten übernimmt „Ted“, der wegen seiner enormen Routine und

Kenntnis der einheimischen Sprache und Mentalität dauernd die Mammutarbeit leistet. Da er in Lesotho geboren ist, kennt er seine Leute genau, weiß auf ihre Sorgen und Wünsche einzugehen und kann sich auch als Arzt und Missionar unter vier Augen ihrer psychischen Belange annehmen. Bei uns Fremden kann demnach ein so enger Kontakt selten hergestellt werden, da wir immer einen „interpreter“ benötigen, dem gegenüber man sich nicht so frei äußern mag, oder das Ergebnis des langen Gespräches zwischen dem sicherlich gutwilligen Übersetzer und dem Patienten wird uns nur in bedenklicher Kürze mitgeteilt, so daß psychologische Einzelheiten, Andeutungen, Einblicke lediglich aus Gesten, der Mimik und der Sprechweise, kaum aus unseren Sprachkenntnissen entnommen werden können. Dies hinterläßt oft ein Gefühl der Insuffizienz und veranlaßt uns zu vermehrter Beschäftigung mit der Materie.

Insgesamt waren täglich zwischen 100 und 300 oder mehr Patienten ambulant anzusehen, was ein hohes Maß an Organisation und reibungslosem Ablauf erfordert; daneben die Stationen, Geburtshilfe, Operationen, Notfälle — Langeweile gab's selten.

Um 10 bis 11 Uhr vormittags ist Tee-pause, wieviel Arbeit auch immer anliegt, sie ist heilig. Wichtig ist weniger der Tee, sondern das Zusammentreffen der verschiedenen Hospitalinstanzen, dem Verwalter, Apotheker, den chief-nurses, den Ärzten, wobei jedesmal eine Fülle von Informationen ausgetauscht werden, die beim täglichen Arbeiten anfallen. Es schließt sich daran meist die Visite an, die jeder auf seinen Stationen durchführt und die meist länger dauert als veranschlagt, dann wieder outpatients... — um 13 Uhr ist eine Stunde Mittagspause.

Das Essen der Europäer unterscheidet sich noch immer deutlich von dem der Einheimischen. Zwar gibt es in den größeren Dörfern „stores“ mit knarrenden Holzdielen und uralten Theken (so etwa müssen die Verhältnisse im „wildem Westen“ gewesen sein), in denen alle Waren, die für das tägliche Leben benötigt werden, erstanden werden können — und in Maseru gar mo-

derne Selbstbedienungsläden mit allem, was das verwöhnte Herz begehrt; doch mit den Bedürfnissen der Einheimischen hat dies wenig gemein: Je pompöser das Geschäft, desto seltener sind Basuthos anzutreffen (mit Ausnahme einer geringen reichen Minorität, deren zum Teil grell aufgemachte Art jedoch anachronistisch und pervertiert anmutet: der Eindruck drängt sich auf, daß sie mit der Masse des Volkes keine Verbindung mehr halten und ihr entfremdet sind. Es scheint bisweilen, als gäben sie sich europäischer als die Europäer...) — nein, der überwiegende Anteil der Basuthos, besonders in den Bergen, ernährt sich von einer Art Mehl-pamps, der aus lokalen Kornsorten gewonnen wird, welche selbst noch in den Bergen wachsen, dazu Milch der Weidetiere oder Wasser, gelegentlich etwas Fleisch. In jedem mittelgroßen Dorf trifft man auf eine Bretterbude, die eine Mühle, meist durch einen Diesel betrieben, beherbergt. Davor stehen die Esel und Pferde, die die vollen Säcke transportieren, Menschen kauern am Boden oder stehen in Gruppen schwatzend beieinander, Kinder treiben ihre munteren Fangspiele. Läßt man sich Zeit mit Auge und Kamera und sitzt gleichmütig und scheinbar unbeteiligt nicht zu weit vom Ort des Geschehens, läuft dies nie langweilige Geschehen wie ein reizvoller Film ab, der Einblick in das gesellschaftliche Leben und den Alltag der Basuthos bietet. In solcher Lage schwankt deren Verhalten dem Weißen gegenüber zwischen neugieriger Offenheit (mehr im Lande) und verhohlener Ablehnung bzw. Gleichgültigkeit in den größeren Orten. Oft habe ich die befreiende Ungezwungenheit und Direktheit der Kinder und Erwachsenen bewundert, die uns draußen angesprochen, freundlich unkompliziert ausgefragt haben und mir in teilweise erstaunlicher Deutlichkeit den Verlust der ungezwungenen Kommunikation unter uns Weißen, nicht nur in Europa, gezeigt haben. Sicherlich ist die dünne Besiedelung ein Grund für das leichte Sich-Ansprechen (was auch in anderen spärlich besiedelten Ländern, z. B. Island, beobachtet werden kann), hinzu kommt die natürliche Neugier am Neuen und enderen und das selbstverständliche Gefühl, Zeit zu haben, nichts zu versäumen; ein Basutho hat es eigentlich nie eilig.

Für mich bedeutet diese Philosophie eine nur langsam und schwer vollzogene Umstellung, so daß bei der ungewohnten Arbeitsfülle und eigenen Unsicherheit manchmal die Geduld riß. Es bedarf einer längeren Ein- und Umgewöhnungszeit, ja Umerziehung und Veränderung des eigenen philosophischen Standpunktes, um den Menschen gerecht zu werden. Irgendwann ist man ganz damit einverstanden und fühlt sich darin wohl. Die spätere Rückgewöhnung auf die ungesund-hektischen europäischen Bedingungen kostet wieder einige Mühe und hinterläßt einen faden Geschmack. Es gibt ein Wort für diese Lebenshaltung, die auf Sesotho „butle“ heißt, das ist langsam, gemächlich und nur dem voll eingängig, der sie über einen langen Zeitraum erlebt hat. Wider anfänglichem Erwarten versäumt man so viel nicht und kommt aufgrund angenäherter gemeinsamer Basis wesentlich besser an die Patienten heran, wird ihren Belangen und Wünschen gerecht. Dies wiederum hinterläßt bei diesen den Eindruck, daß man sich besser um sie kümmert.

Nachmittags werden die restlichen outpatients angesehen und die „minor ops“, die kleineren Eingriffe durchgeführt (Abszesse eröffnen, Wunden nähen, Insufflationen, Gipse), eine Arbeit, die ich aus Übungsgründen gern gemacht habe. Abends um 7 oder 8 Uhr war das Tagespensum meist erfüllt.

Einmal wöchentlich wird der gespendete VW-Kombi oder der Ford-Jeep mit der nötigen Arznei, Schachteln, Flaschen und Kisten beladen und früh am Morgen fährt ein Arzt (selten zwei) mit einigen routinierteren Schwestern und einem dispenser (er verteilt die Medizin, je nach Anordnung) in ein- bis zweistündiger Fahrt über holprige Straßen, später Pfade bedenklischeren Charakters in eine der abgelegenen „clinics“. Diese werden reihum, jede Woche eine andere, besucht, so daß die Menschen wissen, wann und wo der nächste „clinic day“ ist. Wir fahren durch Dörfer, wo uns Leute freundlich und lachend zuwinken, Kinder mit dem Auto um die Wette laufen, Ziegen und Schafe davonschieben. Vor der Hütte, die sich Klinik nennt, lagert schon eine Menge von ca. 400 Menschen geduldig und in endlose Unterhaltungen verstrickt, um bei unserer Ankunft in Bewegung

zu geraten. Nach kurzer Andacht, die „Ted“ als Missionar hält, gehen wir an das Aufbauen des Anbauzeltes, das sehr praktisch an der offenen Autoschiebetür angebracht wird, so daß dessen Innenraum und das Zelt ein angenehmes Sprechzimmer darstellen. Hier habe ich meist die Männer und Kinder angesehen, eine nurse übersetzt und gibt Spritzen. „Ted“ befaßt sich mit dem Gros, den Frauen, die mit medizinischen und menschlichen Problemen zu ihm kommen und die er als erfahrener Einheimischer zu lösen versteht. Eine nurse schaut sich die „under-five-children“ an, behandelt und schickt zu uns in Zweifelsfällen.

An manchen Orten, wo noch kein eigenes Gebäude zur Verfügung steht, wird die Klinik in einem Schuppen, in dem Kornsäcke, Futtermittel und Felle lagern, oder in einer großen Dorfhütte abgehalten, nach provisorischer Reinigung und Abkammerung durch Segeltuchmatten. Daß dabei gelegentlich Mäuse auf den Dachbalken entlanglaufen oder Ratten zwischen den Säcken davonhuschen, auch allerlei größere afrikanische Insekten auftauchen, verwundert nur im Anfang und wird nach anfänglichen Überraschungen mit Gleichmut toleriert.

Die wichtigste und häufigste Erkrankung in Lesotho, wie auch in angrenzenden Ländern ist die Tuberkulose, deren mannigfache Organmanifestation uns Europäern kraß dokumentiert wird. Sie wird nach bekannter Manier behandelt, ist aber trotzdem nur sehr schwer einzudämmen, da ein Zurückverfolgen der Ansteckungsspur infolge der fehlenden Untersuchung der Gesamtbevölkerung im Sande verläuft. Zu einer rigorosen Aktion dieser Art fehlt es an medizinischem Gerät, Transportmitteln, Geld; eine allgemeine Aufklärungscampagne zur Erfassung breiter Bevölkerungsschichten, auch derjenigen in den abgelegenen Bergnestern, wäre erforderlich — eine zunächst noch utopisch anmutende Forderung.

Wo irgend möglich, wird ambulante Behandlung durchgeführt, d. h., der Patient erhält die Spritzen und Tabletten in seiner nächstgelegenen „clinic“. Nur desolate Fälle werden in die Tb-Station aufgenommen. Zur Erhärtung der Diagnose werden meist Röntgenbilder angefertigt,

was jedoch wegen der vergleichsweise hohen Kosten für den Patienten (ein Röntgenbild kostet so viel wie die gesamte Tablettenbehandlung der Tb) zu teuer und manchmal bei evidenten Fällen nicht notwendig ist. Die Krankenhauskosten trägt der Patient oder seine Familie. Letztere ersetzt zumindest teilweise die Funktion unserer Krankenversicherung, die in Lesotho noch weitgehend unbekannt ist.

Manchmal haben wir Bilder fast völlig zerstörten Lungengewebes gesehen und mußten uns wundern, wie der Patient überhaupt noch Atemkapazität besitzt. Erstaunlich oft ist es uns gelungen, solche Menschen mit gutem Essen und entsprechender Chemotherapie durchzubringen. Als schwierig erwies sich, die Patienten nach Absetzen der Streptomycin-Spritzen (nach ca. sechs Wochen) von der Wichtigkeit der Tabletteneinnahme für weitere zwei Jahre zu überzeugen. Sie sind der verständlichen und durchaus sympathischen Meinung, daß Spritzen, da schmerzhaft, wirksamer sind und erachten das Tablettenschlucken als lästig oder überflüssig, besonders, wenn sich nach Wochen erste deutliche Zeichen der Besserung einstellen. Überhaupt werden wir oft gebeten — oder erkennen es an der Miene der Unzufriedenen —, Spritzen zu geben statt Tabletten. Der psychologische Gewinn ist ein beträchtlicher, auch wenn oder gerade weil zwanzig Cents mehr bezahlt werden müssen (bei Injektionen, die nicht notwendig sind).

Des weiteren tritt sehr häufig „VD“ auf (veneral disease), Go oder Lues, deren Behandlung, wie bei der Tb, gleichzeitig Aufklärungsarbeit bedeutet. Hypovitaminosen sind trotz der Kargkeit des Landes und der Armut der Leute selten. Vereinzelt trifft man auf Typhusfälle, deren Diagnose wegen der wechselnden Symptomatik manchmal schwer zu stellen ist. Nicht alles sieht immer lehrbuchartig aus und differentialdiagnostisches Denken steht oben an.

Auf dem chirurgischen Gebiet wird dem jungen Assistenten ein breites Betätigungsfeld geboten. „Ted“ gehört der guten in Südafrika und England ausgebildeten Ärztesgeneration an, die sich auf das Weitergeben erworbenen Wissens ebenso versteht, wie auf die unaufdringliche, aber

zügige Einlernung des Neulings, der sich in Deutschland eine ähnliche Anleitung gewünscht hat.

Die gesamte Bauch- und Extremitätenchirurgie (außer AO-Verfahren), dazu Versorgung von Unfallfolgen und eine ganze Reihe geburtshilflich-gynäkologische Eingriffe bieten vielfache Praxis. Nicht immer kann ein europäischer Maßstab angelegt werden, aber mit unseren geringen Mitteln und eventuell etwas Improvisation ist den Leuten mehr geholfen, als wenn nichts getan werden kann, was in manchen Teilen des Landes noch der Fall ist. Bei nicht offenen Frakturen wird vor der Reposition meist kein Röntgenbild gemacht – nicht nur weil es teuer ist, sondern weil kein Papier geliefert wird. Hier kommt unter Kurznarkose das Tastgefühl und schlichte Brachialgewalt wieder zu Ehren. Erstaunlicherweise stehen bei (auch nicht immer angefertigten) anschließenden Röntgenkontrollen die Mehrheit der Frakturen in befriedigender Stellung. Für den „verdorbenen“ Europäer bedarf es einer gehörigen Portion Kaltblütigkeit, um sich an diese neuen (und doch alten) Vorstellungen von pragmatischer Frakturbehandlung zu gewöhnen.

Die Erziehung der Kinder geschieht mit ungewöhnlicher Geduld, der individuellen Entfaltung und dem Willen des Kindes wird sooft wie nur möglich nachgegeben. Nie habe ich eine Mutter oder einen Vater sein Kind hart anfahren oder gar schlagen sehen, eine ungewöhnliche Tiefe an sanfter Freundlichkeit und Gleichmut herrscht im Umgang mit Kindern. Unfruchtbarkeit stellt die Existenzberechtigung der Ehefrau in Frage und bedeutet für die Ehe eine Katastrophe. Dieses wichtigste Familienproblem tritt uns bei der täglichen Ambulanz in seiner ganzen sozialen, medizinischen und menschlichen Bedeutung häufig genug gegenüber. Es erfordert behutsame Führung, ausführliche Aufklärung und differenzierte Behandlung, soweit wie möglich.

Erst nach längerer Zeit ist mir klar geworden, daß ein Großteil der Frauen, deren zentrales Problem die Kinderlosigkeit ist, eine ausgeprägte Scheu hat, uns dies einzugehen. Sie geben harmlose, diffuse Beschwerden an, in dem (verständlichen) Gedanken, daß der Arzt ja wissen müsse, weswegen sie ihn

aufsuchen; er braucht doch gar nicht extra zu fragen. Ich habe in der Folgezeit alle jüngeren Frauen über Eheschwierigkeiten, Kinderwunsch, auch venerische Erkrankungen befragt, eventuell den Ehemann separat zur Seite genommen, anschließend beide zusammen beraten.

Auffällig ist, daß manche Erkrankungen in Lesotho so gut wie nicht vorkommen, ein Faktum, das mir erst nach längerer Zeit aufgefallen ist. Man ist versucht, sie sämtlich als Zivilisationskrankheiten abzutun; Cholezystitis, Appendizitis (!), Infarkt, arterielle Verschlusskrankung. Die einzige notwendige Appendektomie wurde bei einem jüngeren, aus der Hauptstadt stammenden Geschäftsmann vorgenommen.

In der raren Freizeit haben Philip und ich kleinere Ausflüge in die nähere und weitere Umgebung unternommen, um das Land und seine Bewohner kennenzulernen, die uns

allezeit freundlich begegnet sind. Am Schluß meines Aufenthaltes, quasi als touristischer Höhepunkt, fand ein mehrtägiger Ritt in die Berge des Landesinneren statt, der Ende Januar, zur Zeit des afrikanischen Frühsommers, einen unvergeßlichen Eindruck von der herben Schönheit der weiten, baumlosen Berge, den schmalen grünen Flußtälern und dem abgeschlossenen Leben der Bergbasuthos bot.

Überflüssig, zu erwähnen, daß jedem jungen Mediziner nur geraten werden kann, einmal für längere Zeit eine Beschäftigung im Ausland zu suchen, um Einblick in die Probleme eines Entwicklungslandes zu erhalten und die Relativität unseres europäischen, manchmal allzu sicheren Standpunktes zu erkennen.

Anschrift des Verfassers:

Dr. med. J. Pini, Sanitätsoffizier, Keilhofgasse 15, 8242 Bischofswiesen

Kongresse

Fortbildungsveranstaltung in der Berufsgenossenschaftlichen Unfallklinik Murnau

in Verbindung mit dem Landesverband Bayern der gewerblichen Berufsgenossenschaften

am 25. September 1976

Leitung: Dr. St. Ernst, Murnau

Ort: Berufsgenossenschaftliche Unfallklinik, Vortregssaal, Murnau

Themen:

Probleme der internistischen Diagnostik und Therapie beim Schwerverletzten (Die Stellung der Inneren Medizin in der Unfall- und Wiederherstellungschirurgie – Traumatischer Schock, Diagnose und Therapie – Klinik der Störungen der Atmung und des Gasaustausches – Chirurgie des Thoraxtraumes – Die Zwerchfellruptur – Technik der Punktion der großen Hohlvenen und Komplikationen bei Venenkatheter – Röntgendiagnostik der Thoraxverletzungen – Pathologie der Schocklunge – Gegenwärtiger Stand der Untersuchungen zur posttraumatischen Fettembolie, Stoffwechsellastungen der Lunge – Beurteilung von Blutgasanalysen anhand der Signifikanz-Diagramme – Therapie pulmonaler Komplikationen – Diagnostik und Therapie des frischen traumatischen Herzschadens – Druckmessung

und Herzzeitvolumenbestimmung durch Einschwemm-katheter – Behandlung des Herzkreislauf-Vorschadens – Diagnostik und Therapie von Nierenfunktionsstörungen – Diagnose und Therapie von Störungen des Flüssigkeits-, Elektrolyt- und Eiweißhaushaltes – Diagnose und Therapie der posttraumatischen Entgleisung des Zuckerstoffwechsels – Kriterien der gutachterlichen Beurteilung nach Organverletzungen

Klinische Demonstrationen sind vorgesehen am Vortag, 24. September 1976, 14.00 bis 17.00 Uhr.

Auskunft:

Dr. St. Ernst, Chefarzt der Inneren Abteilung der BG-Unfallklinik, 8110 Murnau, Telefon (0 88 41) 19 - 256

4. Kongreß der Gesellschaft für Gastroenterologie in Bayern e. V.

am 5./6. November 1976 in Pessau

Leitung: Dr. D. von Steffen, Pessau

Auskunft:

Frau Schaff, Kongreßbüro der Medizinischen Universitätsklinik, Krankenhausstraße 12, 8520 Erlangen, Telefon (0 91 31) 85 33 74

Klinische Fortbildung in Bayern

Fortbildungsseminar „Praktische Elektrokardiographie“ an der I. Medizinischen Klinik und Poliklinik der Technischen Universität München Klinikum rechts der Isar

In Zusammenarbeit mit der Bayerischen Landesärztekammer

vom 15. bis 17. Oktober 1976 und vom 22. bis 24. Oktober 1976 in München

Leitung: Professor Dr. C. S. So, München
Teil I – Einführungsseminar (15. bis 17. Oktober)

Teil II – Fortgeschrittenen-Seminar (22. bis 24. Oktober)

Beginn jeweils: Freitag 16.00 Uhr – Ende jeweils: Sonntag, 12.00 Uhr

Ort: I. Medizinische Klinik und Poliklinik der Technischen Universität München, Klinikum rechts der Isar, Hörseel C, Ismaninger Straße 22, München 80

Begrenzte Teilnehmerzahl

Letzter Anmeldetermin: 1. Oktober 1976

9. Pädiatrische Fortbildung im Kinderkrankenhaus Schwabing

Kinderklinik und -Poliklinik der Technischen Universität München (Direktor: Professor Dr. H. Hilber), 2. Kinderabteilung (Chefarzt: Dr. P. Schweizer), 3. Kinderabteilung (Chefarzt Professor Dr. H. Singer)

in Zusammenarbeit mit der Bayerischen Landesärztekammer

vom 25. bis 28. Oktober 1976 in München

Programm:

Röntgenvisite – Klinische Visite in Gruppen – Derzeitige Behandlungsergebnisse bei der terminellen Niereninsuffizienz im Kindesalter – Derzeitiger Stand und Ergebnisse der Behandlung maligner Erkrankungen im Kindesalter – Möglichkeiten der poliklinischen Behandlung – Inhalative Allergie-Diagnostik – Diagnostik und Therapie von Wechsstörungen – Kinderchirurgische Visite (3. Kinderabteilung) – Verbrühungen und Verbrennungen – Die kombinierte Behandlung der Spaltbildungen des Gesichtes – Indikation zu urologischer Diagnostik und Therapie – Klinische Visite (2. Kinderabteilung) – Indikationen zur Adenotomie und Tonsillektomie – Probleme der Diagnostik und Therapie von Harnwegsinfektionen – Integration fachärztlich-pädiatrischer und psychologischer Diagnostik (mit Falldemonstration) – Klinische Demonstrationen aller Abteilungen – Röntgenvisite – Klinische Visite (2. Kinderabteilung) – Die chronisch-lymphozytäre Meningitis – Therapiekontrolle bei medikamentöser Langzeitbehandlung – Fragestunde mit Beteiligung aller Abteilungen

Begrenzte Teilnehmerzahl

Letzter Anmeldetermin: 15. Oktober 1976

16. Fortbildungskurs der I. Medizinischen Klinik der Technischen Universität München Klinikum rechts der Isar

in Zusammenarbeit mit dem Institut für Röntgendiagnostik der Technischen Universität München und der Bayerischen Landesärztekammer

vom 25. bis 29. Oktober 1976 in München

Direktor: Professor Dr. H. Blömer, München

Themen:

Myokardinfarkt – Neue diagnostische Methoden in der Kardiologie – Angiologie – Lungen-Bronchialekrankungen – Kardiologie – Hämatologie

Praktika in folgenden Labors: Herzkatheder – Phonokardiographie – Echokardiographie – Belastungs-EKG – Vektorkardiographie – Herzschrittmacher – Lungenfunktion – Hämatologisches Labor – Angiologisches Labor

Begrenzte Teilnehmerzahl

Letzter Anmeldetermin: 15. Oktober 1976

Fortbildungskurs für Phonokardiographie – Teil I

in Zusammenarbeit mit der Bayerischen Landesärztekammer

am 22./23. Oktober 1976 in München

Leitung: Professor Dr. D. Michel, München

Letzter Anmeldetermin: 12. Oktober 1976

Fortbildungskurs für Chirurgie an der Chirurgischen Klinik der Universitätsklinik und Poliklinik Würzburg

In Zusammenarbeit mit der Bayerischen Landesärztekammer

vom 8. bis 12. November 1976 in Würzburg

Direktor: Professor Dr. E. Kem, Würzburg

Es werden Kolloquien, Demonstrationen im Operationssaal und in der Ambulanz sowie ein Vortragabend durchgeführt. Teilnahme am Operationsprogramm, an den Visiten und an den täglichen Röntgenvisiten ist vorgesehen.

Spezielle Themen:

Nahtprobleme bei Dermoperationen – Entzündliche Dickdarmkrankungen – Präkancerösen des Dickdarmes – Bilio-digestive Anastomosen – Chirurgie der Milz und Spätveränderungen nach Splenektomie – Lokale Behandlung der Verbrennung – Weichteiltumoren

Maximale Teilnehmerzahl: 25 Personen

Letzter Anmeldetermin: 23. Oktober 1976

Samstagseminar der II. Universitäts-Frauenklinik München

zur Förderung der Zusammenarbeit von Klinik und Praxis

in Zusammenarbeit mit der Bayerischen Landesärztekammer und dem Berufsverband der Frauenärzte, Landesgruppe Bayern

am 6. November 1976 in München

Direktor: Professor Dr. K. Richter, München

Theme: Die weibliche Harninkontinenz – Entstehung – Erkennung – Behandlung

Ort: II. Frauenklinik der Universität München, Lindwurmstraße 2 a, München 2

Beginn: 10.00 Uhr c. t. – Ende: ca. 17.00 Uhr

Letzter Anmeldetermin: 28. Oktober 1976

Auskunft und Anmeldung:

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

Fortbildungskurs für Röntgenheiferinnen

vom 4. bis 15. Oktober 1976 in Erlangen

Leitung: Privatdozent Dr. H. Fuchs, Erlangen

Teilnahmevoraussetzung: Nachweis einer dreijährigen praktischen Tätigkeit im Röntgenbereich

Auskunft und Anmeldung:

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

Ärztliche Sofortmaßnahmen am Unfallort

16./17. Oktober 1976 und 6./7. November 1976 in Delsenhofen bei München

Leitung: Dr. U. Heynen, München

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

Ort: Landesschule des BRK, Linienstraße 53–55, Delsenhofen bei München

Auskunft und Anmeldung:

Bayerisches Rotes Kreuz, Medizinische Abteilung, Holbeinstraße 11, 8000 München 86, Telefon (0 89) 92 41 - 358

Symposium über Probleme der Tuberkulose und Nierenerkrankungen im Kindesalter

am 12./13. November 1976 in Würzburg

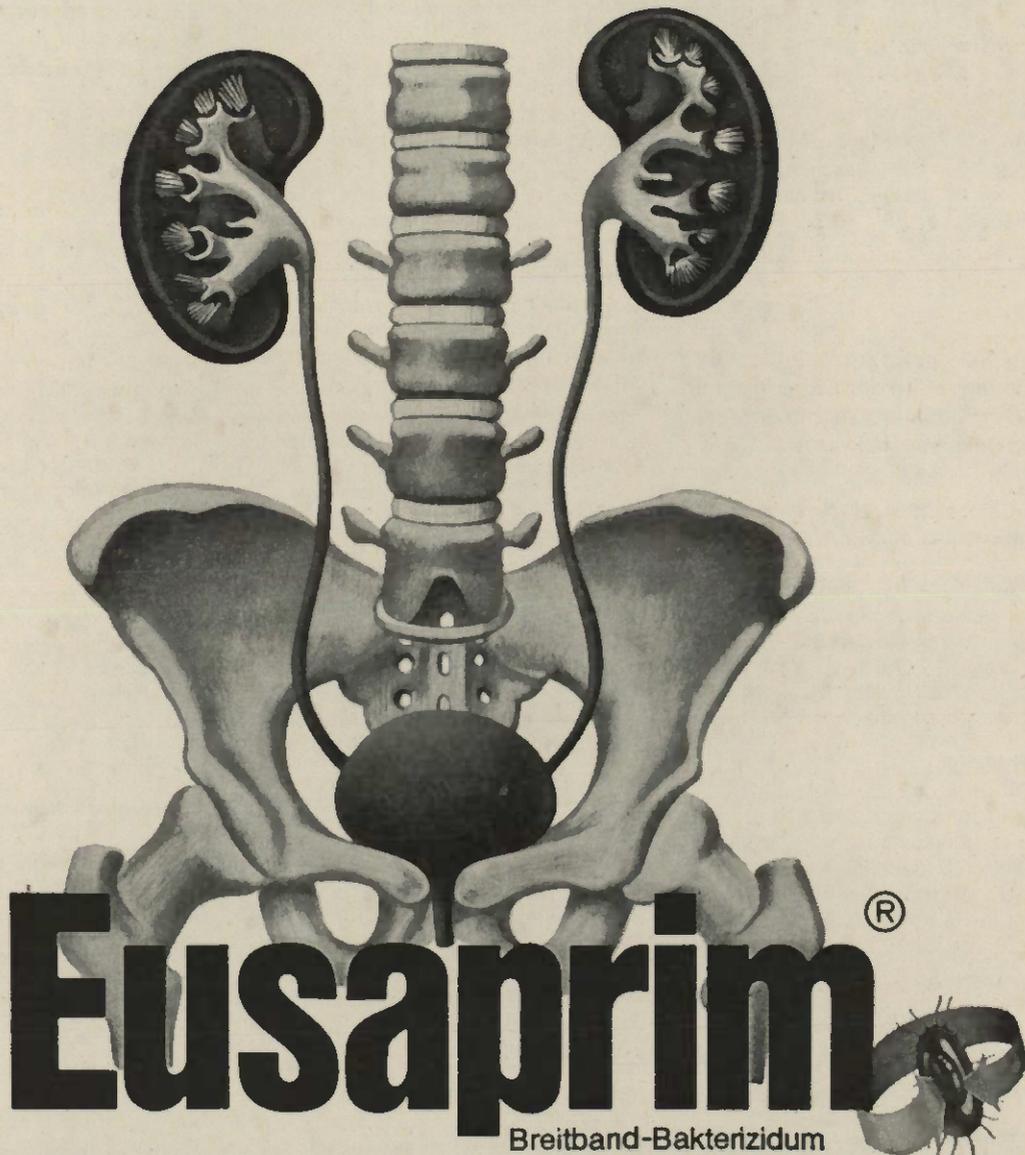
anlässlich des 100. Geburtstages von Professor C. Noeggerath

Auskunft:

Privatdozent Dr. D. Gekle, Universitäts-Kinderklinik und Kinder-Poliklinik Würzburg, Josef-Schneider-Straße, 8700 Würzburg, Telefon (09 31) 20 1 - 37 39

Harnwegsinfektionen

Pyelonephritis, Pyelitis, Zystitis, Urethritis



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 Exanthenen Eusaprim® absetzen) und reversible hämatologische Veränderungen. Bei Langzeitbehandlung regelmäßig Blutbildkontrollen. **Packungen und Preise*** (m. MwSt.): 20 Tabletten 19,10 DM, 50 Tabletten 42,65 DM, 20 Ampullen zur Infusion zu 5 ml (2x10) 91,35 DM. Suspension (100 ml) 20,95 DM, 20 Kinder-Tabletten 6,00 DM, 50 Kinder-Tabletten 14,25 DM. Kinder-Suspension (100 ml) 13,10 DM. *unverbindlich



Wellcome Deutsche Wellcome GmbH
3006 Burgwedel 1

Neue Applikationsform:
Eusaprim® Suspension für Erwachsene

Herbsttagung der Bayerischen Röntngesellschaft
am 18./19. September 1978 in Bamberg

Hauptthema: Radiodiagnostik und Radiotherapie im Pelvinum

Freie Vorträge sind zum gleichen Thema, zur Untersuchung und Behandlung von Erkrankungen der Mamma und zu primär wissenschaftlichen Ergebnissen vorgesehen. — Gleichzeitig findet an dieselbe Thematik gebunden eine Tagung der medizinisch-technischen Assistenten statt.

Auskunft und Anmeldung:

Professor Dr. med. H. Reschke, Strahleninstitut des Städtischen Krankenhauses, Sebestianstraße 18, 8070 Ingolstadt, Telefon (08 41) 3 47 91

Chirurgisch-gastroenterologische Fortbildungsreihe der Chirurgischen Klinik des Klinikums rechts der Isar der Technischen Universität München

am 28. Oktober 1976, 29. November 1976 und 4. Dezember 1978 in München

Direktor: Professor Dr. Maurer, München

Themen: Erkrankungen des Anus und Rektum — Proktologisches Praktikum (28. Oktober) — Audo-visueller Endoskopiekurs (29. November) — Entzündliche Dickdarmerkrankungen (4. Dezember)

Auskunft:

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

Veranstaltungskalender der Bayerischen Akademie für Arbeits- und Sozialmedizin

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)

21. 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

Fortbildungskurs an der Medizinischen Universitätsklinik Würzburg
am 30. Oktober 1976 in Würzburg

Direktor: Professor Dr. H. A. Kühn, Würzburg

Thema: Aktuelle Probleme der Diagnostik und Therapie interner Erkrankungen

Beginn: 9.00 Uhr

Ort: Hörsaal der Medizinischen Universitätsklinik, Luitpoldkrankenhaus, Josef-Schneider-Straße 2, Würzburg

Auskunft und Anmeldung:

Professor Dr. H. Kesper, Medizinische Universitätsklinik Würzburg, Josef-Schneider-Straße 2, 8700 Würzburg, Telefon (09 31) 20 11

8. gemeinsame Tagung der Deutschen und Österreichischen Arbeitsgemeinschaft für internistische Intensivmedizin

vom 11. bis 13. November 1976
in München

Vorsitz: Professor Dr. H. Jähmärker, München

Themen: Hämodynamische Überwachung — Herzrhythmusstörungen — Akute respiratorische Insuffizienz — Infektions-

probleme — Aktueller Stand auf verschiedenen Gebieten der Intensivmedizin — Freie Vorträge

Auskunft:

Professor Dr. H. Jähmärker, I. Medizinische Universitätsklinik, Ziemssenstraße 1, 8000 München 2

27. Kongreß der Deutschen Gesellschaft für Lungenkrankheiten und Tuberkulose

vom 8. bis 11. September 1976
in München

Themen:

Die Stellung der Pneumologie in der gesamten Medizin (Aktuelle Probleme der Tuberkulose und der Epidemiologie: Gegenwart und Zukunft — Die Tuberkulose als europäisches Problem — Zu den diagnostischen Methoden in verschiedenen Fachgebieten mit besonderer Berücksichtigung der Pneumophthisiologie — Die Beteiligung der Lunge an Erkrankungen verschiedener Organsysteme — Fortschritte der Medizin unter besonderer Berücksichtigung der Pneumologie)
Ort: Hotel Bayerischer Hof, Promenadeplatz 6, München

Auskunft:

Professor Dr. H. Bläse, Zentralkrankenhaus, 8035 Gauting, Telefon (0 89) 8 50 26 01

Kurs für Funktionsassistentinnen

vom 8. bis 10. November 1976 in Erlangen

Leitung: Professor Dr. W. Hilmer, Erlangen

Themen: EKG, Lungenfunktion, Ergometrie, Spiroergometrie

Ort: Medizinische Poliklinik, Östliche Stadtmauerstraße 29, Erlangen

Auskunft:

Fräulein Bergmann, Sportmedizinische Abteilung der Medizinischen Poliklinik, Östliche Stadtmauerstraße 29, 8520 Erlangen, Telefon (0 91 31) 85 39 16

8. Sportmedizinisches Seminar

vom 12. bis 14. November 1976
in Erlangen

Leitung: Professor Dr. W. Hilmer, Erlangen

Thema: Sportmedizin in der Praxis

Ort: Sportzentrum Erlangen, Gebbertstraße 123, Erlangen

Auskunft:

Dr. Klein, Sportmedizinische Abteilung der Medizinischen Poliklinik, Östliche Stadtmauerstraße 29, 8520 Erlangen, Telefon (0 91 31) 85 39 16

Schnell informiert

Bedarf an Ärztinnen und Ärzten für den zivilen Medizinaleinst der Bundeswehr

Im Bereich der Wehrbereichsverwaltung VI (Bayern) werden Musterungsärzte und -ärztinnen gesucht.

Es besteht die Möglichkeit, als beamteter oder angestellter Arzt (Ärztin) eingestellt oder als Vertragsarzt tätig zu werden.

Auskünfte erteilt die Wehrbereichsverwaltung VI - Dezernat V 3 - Hufelendstraße 81, 8000 München 45 (Postanschrift: Postfach, 8000 München 19), Telefon (0 89) 3 86 94 35.

Bekanntmachung des Bayerischen Staatsministeriums der Justiz vom 2. Juni 1976 - Gz. 2413 E - VII a - 2660/76 -

Stellenausschreibung für hauptamtliche Ärzte bei den Justizvollzugsanstalten

Für Aufgaben der Gesundheitsfürsorge in den Justizvollzugsanstalten Aichech, St. Georgen-Beyreuth, Landsberg am Lech und Kelsheim werden hauptamtliche Ärzte gesucht, die im Kreis weiterer Kollegen oder auch völlig selbständig interessante und vielseitige Aufgaben ausüben sollen.

In den Krankenabteilungen steht ausgebildetes Pflegepersonal zur Verfügung.

Auf Wunsch Übernahme in das Beamten- oder Angestelltenverhältnis. Die Prüfung für den öffentlichen Gesundheitsdienst oder eine Facharztanerkennung ist nicht erforderlich. Aufstiegsmöglichkeiten sind gegeben. Dienstwohnungen können gegebenenfalls zur Verfügung gestellt werden.

Die Ausübung einer Privatpraxis wird gestattet.

Bewerbungen werden erbeten an das Bayerische Staatsministerium der Justiz, Abteilung F, Justizpalast am Karlsplatz, 8000 München 35, Telefon (0 89) 55 97 - 615.

Kinderärzte gegen soziale Demontage

Die Deutsche Gesellschaft für Sozialpädiatrie, die Deutsche Gesellschaft für Kinderheilkunde, der Berufsverband der Kinderärzte Deutschlands, und der Deutsche Ärztinnenbund e. V. haben mit Bestürzung zur Kenntnis genommen, daß das Bundesministerium für Jugend, Familie und Gesundheit die finanziellen Zuwendungen für das Deutsche Müttergenesungswerk stark beschnitten hat. Nach Auskunft des Deutschen Müttergenesungswerkes wird durch die Kürzung des bisherigen Ansatzes von DM 3,5 Mill. um DM 500 000,- die weitere Arbeit auf diesem so wichtigen Sektor der Volksgesundheit stark in Frage gestellt. Das bedeutet, daß für eine relativ große unterprivilegierte Gruppe unserer Gesellschaft die notwendigen gesundheitsfördernden Maßnahmen weitgehend unterbleiben müssen: 52 Prozent der Teilnehmerinnen von Mütterkuren sind Arbeiterfrauen, 51 Prozent haben

zwei bis drei, 23 Prozent vier und mehr Kinder, und von diesen ist ein Fünftel zusätzlich noch berufstätig.

Die Sorge für diese benachteiligte Personengruppe müßte ein ganz besonderes Anliegen für ein Bundesministerium sein, das in seinem Namen die Bezeichnung für Familie und Gesundheit trägt; dies um so mehr, als durch die Kurmaßnahmen nicht nur die Gesundheit der Mütter gebessert wird, sondern darüber hinaus auch positive Auswirkungen auf die Entwicklung der Kinder und die gesamte Familiensituation erreicht werden.

Es wird nicht bestritten, daß aufgrund der eugenblicklichen Finanzsituation auch im Haushalt des Bundesministeriums für Jugend, Familie und Gesundheit Etatposten unumgänglich sind. Dies darf aber unserer Meinung nach nicht in so drastischer Weise bei den anerkanntermaßen erfolgreichen Leistungen des Deutschen Müttergenesungswerkes erfolgen.

In dieser besorgniserregenden Situation heben sich die drei kinderärztlichen Fachgesellschaften und der Deutsche Ärztinnenbund zusammengeschlossen, um aufgrund ihrer fachlichen Einsicht der Öffentlichkeit die dringende Notwendigkeit einer angemessenen finanziellen Hilfe für das Müttergenesungswerk vor Augen zu führen. Die Arbeit des Müttergenesungswerkes muß auf jeden Fall zumindest in dem gleichen Rahmen wie bisher weitergeführt werden. Dies ist jedoch nicht möglich, wenn die ohnehin schon geringen Mittel noch weiter gekürzt werden.

- 10 - AP -

Bekanntmachung der Akademie für das öffentliche Gesundheitswesen im Bayerischen Staatsministerium des Innern vom 21. Juni 1976 - Nr. I E 11 - 5126/1 - 24/76 -

Lehrgang zur Vorbereitung auf die Amtsarztprüfung

Die Akademie für das öffentliche Gesundheitswesen im Bayerischen Staatsministerium des Innern wird in der Zeit vom 4. Oktober 1976 bis 25. März 1977 in München einen Lehrgang zur Vorbereitung auf die Prüfung für den höheren öffentlichen Gesundheitsdienst (Amtsarztlehrgang) abhalten. Die Teilnahme daran ist Voraussetzung für die Zulassung zur Amtsarztprüfung.

Zu dem Lehrgang können 30 Ärzte zugezogen werden. Zulassungsgesuche müssen bis spätestens 15. August 1976 bei der Akademie für das öffentliche Gesundheitswesen im Bayerischen Staatsministerium des Innern, Odeonsplatz 3, 8000 München 22, eingehen. Dem Gesuch sind beizugeben

1. die Approbation als Arzt in Urschrift,
2. das Doktordiplom in Urschrift oder amtlich beglaubigter Abschrift,
3. Nachweise über die bisherige ärztliche Tätigkeit.

Eine Lehrgangsgebühr wird nicht erhoben.

Bereits im ortsärztlichen oder landgerichtsärztlichen Dienst in Bayern tätige Ärzte brauchen kein Bewerbungsgesuch einzureichen; sie werden zu dem Lehrgang dienstlich abgeordnet.



RECORSAN-HERZSALBE

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

Con: nervos, coronare und periphere Durchblutungsstörungen, pectanginöse Beschwerden, Segmenttherapie.

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

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

O.P. 30g DM 5,35

Recorsan-Gesellschaften Gräfelfing und Lüneburg



Muskel-
Schmerz

Schmerz: Ausdruck rheumatischer Entzündung

Gelenk-
Schmerz

Kapsel-
Schmerz

Sehnen-
Schmerz

Periost-
Schmerz

Neu

aus der Geigy-Forschung

[®]Voltaren

Diclofenac Na

ein Antirheumatikum
der neuen Generation

- prompt analgetisch
- stark antiphlogistisch
- bestechend gut verträglich

Außergewöhnliche Wirkung und hervorragende Toleranz
schließen sich in der Rheumatherapie nicht mehr aus

Zusammensetzung

Magensaftresistente Dragées mit Diclofenac Na 25 mg

Indikationen

Entzündliche und degenerative Formen des Rheumatismus: chronische Polyarthritis, Spondylitis ankylosans, Arthrosen, Spondylarthrosen. Extraartikulärer Rheumatismus, nicht-rheumatische entzündliche Schmerzzustände.

Kontraindikationen

Ulcus ventriculi et duodeni.

Dosierung

Erwachsene: Initial 3mal 1–2 Dragées pro Tag, je nach Schweregrad der Schmerzen.

Erhaltungsdosis: Im allgemeinen genügt 3mal 1 Dragée pro Tag.

Die Dragées sind zu oder nach den Mahlzeiten unzerkaut einzunehmen.

Richtlinien bezüglich der Dosierung im Kindesalter liegen bisher nicht vor.

Verträglichkeit

Voltaren ist im allgemeinen gut verträglich, doch können zu Beginn der Behandlung mitunter gastrointestinale Reaktionen wie Aufstoßen, Nausea, epigastrische Schmerzen

und Diarrhoe sowie leichtes Schwindelgefühl oder Kopfschmerzen auftreten. Diese Nebenwirkungen sind gewöhnlich leichter Natur und bilden sich in der Regel, auch bei fortgesetzter Therapie, nach einigen Tagen zurück. Ganz vereinzelt sind auch exanthematische Hautreaktionen beobachtet worden.

Besondere Hinweise

Bis zum Vorliegen ausreichender Erfahrungen soll Voltaren bei bestehender Schwangerschaft noch nicht verordnet werden.

Patienten mit gastrointestinalen Beschwerden oder mit anamnestischen Hinweisen auf Magen- und Duodenalgeschwüre sowie Kranke mit schwerer Leber- oder Nierenschädigung erfordern eine sorgfältige Überwachung.

Die chemische Herkunft der Wirksubstanzen einerseits und die bisherigen klinischen Erfahrungen andererseits lassen erwarten, daß das hämatopoetische System und die Leberfunktion durch Voltaren nicht geschädigt werden. Dennoch sollten bei Langzeitbehandlung, analog dem Vorgehen bei anderen hochwirksamen Substanzen, Kontrollen des Blutbildes und der Leberfunktion durchgeführt werden.

Handelsformen und Preise

Originalpackung mit 30 magensaftresistenten Dragées

Originalpackung mit 60 magensaftresistenten Dragées

Klinikpackungen

DM 18.90 lt. AT
DM 33.75 lt. AT

Förderpreis der Deutschen Diabetes-Gesellschaft verliehen

Der von der Bayer AG, Leverkusen, und der Schering AG, Berlin/Bergkamen, gestiftete Förderpreis der Deutschen Diabetes-Gesellschaft wurde zu gleichen Teilen Dr. Volker Trepp, Heidelberg, und Dr. Eberhard Siegel, Heidelberg, für ihre gemeinsame Dissertation über das Thema „Stoffwechselverhalten, Augenbefunde und andere Sekundärveränderungen beim experimentellen Langzeitdiabetes der Ratte in Abhängigkeit von der Nahrung“ zugesprochen.

Mit dem Förderpreis wird jährlich ein junger Doktorand ausgezeichnet, dessen Dissertation von einer deutschen Hochschule mindestens mit der Note „sehr gut“ beurteilt wurde.

Arbeitstagung für Gefäßchirurgie in München

Vom 24. bis 26. Juni 1978 fand an den beiden Münchener Chirurgischen Universitätskliniken (Technische Universität, Klinikum rechts der Isar, und Ludwig-Maximilians-Universität „Links der Isar“) unter gemeinsamer Leitung der beiden Privatdozenten Dr. P. C. Meurer und Dr. H. M. Becker erstmals in Deutschland ein „Workshop für Gefäßchirurgie“ statt; unterstützt von der LIPHA Arzneimittel GmbH, Essen.

Von den Todesfällen in der Bundesrepublik Deutschland waren 1974 46,5 Prozent auf Komplikationen der Grunderkrankung Arteriosklerose zurückzuführen (Gehirnschlag und Herzinfarkt nehmen die ersten Ränge ein). Trotz bedeutender Fortschritte im Aufbau gefäßchirurgischer Zentren werden in Deutschland jährlich etwa 7000 „Raucherbeine“

amputiert, ohne daß die Möglichkeit zu einer Gefäßoperation überprüft wird; von den 100 000 Schlaganfall-Toten könnten mutmaßlich 20 000 durch eine rechtzeitige Gefäßoperation gerettet werden.

Die 25 Teilnehmer an dem dreitägigen Workshop, welche als Assistenzärzte an mittleren und kleineren chirurgischen Abteilungen arbeiten, wurden in präzisierender, anschaulicher Form mit dem heutigen Stand und den Möglichkeiten der Gefäßchirurgie vertraut gemacht, vor allem wurden die Grenzen für die Durchführbarkeit dieser Operationen in den sogenannten „kleineren Häusern“ erörtert.

Zur Haftpflichtversicherung von Medizinstudenten

Weitere Diskussion zwischen Bundesregierung und Ländern

Die Erörterung der Bundesregierung mit den Ländern zur Frage einer Haftpflichtversicherung der Studenten während der praktischen Ausbildung im letzten Jahr des Medizinstudiums sind noch nicht abgeschlossen.

Zum gegenwärtigen Diskussionsstand führte der Parlamentarische Staatssekretär im Bundesgesundheitsministerium Zander aus, ein Teil der Länder halte noch wie vor an der Auffassung fest, daß eine besondere *Haftpflichtversicherung für Studenten*, die an Universitätskliniken ausgebildet werden, *nicht erforderlich* ist mit der Begründung, daß Studenten nur unter Aufsicht und Verantwortung des ausbildenden Arztes tätig werden dürfen.

Für *Universitätskliniken* bestehe im übrigen in einem Teil der Länder eine *Eigenversicherung des Landes*. In diesem

Vasomotorische Kopfschmerzen...



Zusammenhang werde dereuf hingewiesen, daß im Rahmen des klinischen Studiums eine Ausbildung an Patienten von jeher durchgeführt wurde, ohne daß bisher bekanntgeworden wäre, daß das Fehlen eines besonderen Haftpflichtversicherungsschutzes zu *unbilligen Belastungen von Studenten geführt hätte*.

Wes die Lehrkrankenhäuser betreffe, so seien alle Länder offenbar bereit, entsprechend der 1973 von der Kultusministerkonferenz beschlossenen „*Mustarvereinbarung für die Beteiligung von Krankenanstalten außerhalb der Hochschulen an der klinisch-praktischen Ausbildung von Studierenden der Medizin*“ den Krankenheusträgern die Kosten einer Erstreckung des Versicherungsschutzes auf die in Lehrkrankenhäusern außerhalb der Universitätskliniken auszubildenden Studenten zu erstatten.

Grundsätzlich vertritt die Bundesregierung die Auffassung, daß den *Ländern die Entscheidung* in dieser Angelegenheit überlassen bleiben sollte. — P. Mandt, Bonn —

Diät ist wichtigste Tharepla bei Stoffwechsaikrankheiten

Wissenschaftler fordern Diätberatung in Arztpraxis

300 Ärzte aus der Bundesrepublik trafen sich in Rottach-Egern zu einem Kongreß, den der Kneipp-Bund und die Landesvereinigung der bayerischen Milchwirtschaft organisiert hatten. Der Leiter dieser Tagung, Professor Dr. Hellmut Mehnart, München, prangerte das Übergewicht als Hauptursache der Stoffwechselkrankheiten deutlich an. Er stellte

auch fest, daß eine Diabetesdiät ohne Berechnung der Nahrungsmittel durch den Patienten selbst nicht möglich sei. Professor *Mahnert* forderte die Diätberatung für jeden Diabetiker, damit dieser die Chance habe, seine Stoffwechselführung und damit seine Lebenserwertung zu verbessern.

Professor Dr. Karl *Schöffling*, Frankfurt, zog in seinem Referat eine pessimistische Bilanz der ärztlichen Erfolge bei Adipositas. Mit keiner Therapieform seien bisher mehr als 30 Prozent der Kranken erreicht worden.

Als wenig sinnvoll bezeichnete Professor Dr. F. A. *Gries*, Düsseldorf, die Aufstellung fester Speisepläne für Patienten mit zu hohem Blutfettgehalt. Besser sei es, Kalorienmengen pro Tag anzugeben, Listen mit wertvollen und schädlichen Nahrungsmitteln zu erstellen und des Gewichtsverhalten genau vorzugeben. Er warnte vor der immer häufiger benutzten Reklame mit „*ungesättigten Fettsäuren*“ in Margarine, Ölen usw.

Privatdozent Dr. G. *Wolfrem*, München, der sich mit Hyperurikämia und Gicht auseinandersetzte, schränkte das Verbot purinreicher Nahrungsmittel auf wenige Produkte ein (Leber, Niere, Bries) und empfahl als purinfreie Eiweißquellen die Milch und Molkeerzeugnisse. Da Alkohol die Harnsäureausscheidung in der Niere hemme, sollte man als Hyperurikämiker mit diesem Genußmittel vorsichtig sein.

Daß die technologischen Verfahren zur Be- und Verarbeitung der Milch den ernährungsphysiologischen Wert dieses Grundnahrungsmittels nicht mindern und im Falle von Sauermilchprodukten oder Käse gar verbessern, zeigte Professor Dr. E. *Renner*, Gießen, auf.

... Migräne, Wetterfühligkeit?

Ergo-Lonarid®

tonisiert
die Hirngefäße

harmonisiert
das Vegetativum

befreit
vom Schmerz

Indikationen:

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

Kontraindikationen:

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

Zusammensetzung:

	Tabletten	Suppositorien
Dihydroergotamin tartrat	0,5 mg	1,5 mg
4-Acetylaminophenol	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

Besondere Hinweise:

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

Packungen: (Stand Januar 1976)

	IT A. T.
20 Tabletten	DM 7,-
50 Tabletten	DM 15,30
10 Suppositorien	DM 9,35
Klinikpackungen	

Eine ausführliche Präparateinformation finden Sie in unserem wissenschaftlichen Prospekt (derzeit gültige Auflage 176)

Boehringer
Ingelheim



4/76

Informationsbericht des Deutschen Zentralkomitees zur Bekämpfung der Tuberkulose

Der 6. Informationsbericht mit den Themen „Präventive Chemotherapie – Teratogene Wirkung antituberkulöser Medikamente – Empfehlungen zur Durchführung des BSeuchG § 47 Abs. 1-3 – Komplikationen nach BCG-Impfung – Hauttuberkulose – Die Tuberkulose 1973 bis 1974“ ist nunmehr erschienen.

Bezugspreis: Selbstkosten DM 14,-, zuzüglich Porto

Dieser Bericht kann beim Deutschen Zentralkomitee zur Bekämpfung der Tuberkulose, Poppenhusenstraße 14 c, 2000 Hamburg 60, angefordert werden.

Kunst in der Klinik

Unter diesem Motto fand im Klinikum Großhadern in München eine Ausstellung statt. Sie ist der Anfang einer Serie von Ausstellungen in mehreren bundesdeutschen Kliniken mit dem Zweck, ernsthafte junge Maler in einer Umgebung darzustellen, wo die Beschäftigung mit dem Menschen und seinen wichtigsten Problemen zum Alltag gehört. In diesem Rahmen Künstler zu zeigen, deren hauptsächliches Thema der Mensch mit all seinen Wünschen, Fantasien und Träumen die Auseinandersetzung mit dem Menschen also, vielleicht etwas abstrakter, surrealer als es der Medizin in vielen Fällen möglich ist, ist der Sinn dieser Ausstellungsserie.

Ausgestellt wurden Werke des Malers Andreas Nottebohm, 31 Jahre, in Eisenach geboren, Schüler von Professor Mac Zimmermann in München und von Friedländer in Paris, bei dem Nottebohm sich 1968 sein Können grafischer Techniken angeeignet hat.

Apotheker- und Ärztekbank auf gesichertem Expansionskurs

Nach Begrüßung der gewählten Vertreter und zahlreichen Gästen aus den berufsständischen Organisationen durch den Aufsichtsratsvorsitzenden der Bank, Präsident Dr. med. dent. Winter, und den Vorstand anlässlich der Vertreterversammlung erstattete Bankdirektor Walter Schlenkenbrock, Vorstandssprecher der Bank, den Bericht des Vorstandes über das Geschäftsjahr 1975. In den allgemeinen Ausführungen nahm er ausführlich Stellung zur Entwicklung der deutschen Wirtschaft unter Berücksichtigung der innen- und außenwirtschaftlichen Einflüsse, die zu der tiefgreifenden Rezession des Jahres 1975 geführt haben.

Um so bemerkenswerter ist es, daß die Apotheker- und Ärztekbank auf ein erfolgreiches Jahr zurückblicken kann. Die Bilanzsumme wuchs von DM 1,528 Mrd. auf DM 1,843 Mrd. = 20,6 Prozent. Diese günstige Entwicklung hat sich auch in 1976 fortgesetzt. Am 31. Mai 1976 lag die Bilanzsumme bei 1,958 Mrd. Hinter diesen Zahlen stehen jetzt mehr als 65 000 Mitglieder und Kunden.

Diese ungewöhnlich hohe Zunahme der Mitglieder- und Kundenzahl war auch dafür entscheidend, daß im Kreditgeschäft – bei fachkundiger und kritischer Überprüfung jedes Falles – die größte Expansion seit Bestehen der Bank mit über einer halben Milliarde erreicht wurde. Die Gesamtausleihungen betragen am 31. Dezember 1975 ca. DM 1,2 Mrd., mit Schwerpunkten bei Niederlassungsfinanzierungen und – naturgemäß – bei Förderungs- und Kontokorrentkrediten. Die enorme Ausweitung des Kreditvolumens wurde im wesentlichen durch die Zunahme der Kundeneinlagen finanziert. Die Einlagen stiegen um DM 300 Mio. auf DM 1,6 Mrd., wobei die besonders starke Erhöhung des Spareinlagenvolumens im wesentlichen auf eine Umschichtung von Termineinlagen

auf in 1975 höher verzinsliche Spareinlagen zurückzuführen ist.

Neben der laufenden Verstärkung der Kapitalbasis wird der Liquidität der Bank traditionell eine außerordentliche Bedeutung beigemessen. Die Bank hat auch in 1975 ein beachtliches Liquiditätspolster gehalten, um den Anforderungen der Heilberufsangehörigen und ihrer berufsständischen Organisationen stets gerecht werden zu können.

Die Sicherheit der Bank liegt vornehmlich in ihrer soliden Geschäftspolitik, die in einer gesunden Bilanzstruktur, in einer vernünftigen Weitsichtigen und an objektiven Kriterien orientierten Kreditvergabe und in der Abstinenz von spekulativen Geschäften zum Ausdruck kommt, nicht zuletzt aber auch in der Bonität der Kunden. So kann auch die Neufassung des Kreditwesengesetzes die Bank im Geschäft nicht einschränken, da sie aufgrund ihrer guten Bilanzrelationen die höchstzulässige Größenordnung erfahrungsgemäß nicht erreichen wird. Zum Thema „Sicherheit“ ist noch zu bemerken, daß die Bank unverändert den Einlagensicherungseinrichtungen des Deutschen Genossenschaftsverbandes angehört, die das Bundesaufsichtsamt als optimal bezeichnet.

Am Ende seiner Ausführungen analysierte Schlenkenbrock die derzeitige Wirtschaftslage, beurteilte sie vorsichtig optimistisch, zeigte aber auch die Schwierigkeiten auf, die es zu überwinden gilt, um die Aufwärtsbewegung zu stabilisieren. Er äußerte sich kritisch zu den Bestrebungen eines staatlichen Eingriffs in die Unabhängigkeit der Heilberufe und richtete in diesem Zusammenhang einen Appell an alle Landesvertreter, die Vorteile der Zusammenarbeit mit ihrer Landesbank zu nutzen und durch Konzentrierung der Gelder die weitere erfolgreiche Entwicklung der Bank zu fördern. Die Vertreterversammlung beschloß die Ausschüttung einer Dividende von acht Prozent = DM 1,84 Mio und die Zuweisung zu den Rücklagen in Höhe von DM 6 Mio.

Vorstand und Aufsichtsrat wurde einstimmig Entlastung erteilt.

Band 37 der von der Bayerischen Landesärztekammer herausgegebenen Schriftenreihe steht unseren Kollegen kostenlos zur Verfügung.

Dieser Band enthält die Vorträge des 25. Nürnberger Fortbildungskongresses der Bayerischen Landesärztekammer

„Tuberkulose heute“ - „Neuester Stand der Pharmakotherapie“ - „Besonderheiten der Therapie in der Geriatrie“ - „Probleme der Sterbehilfe“

Die Kassenärzte Bayerns erhielten ihn von den Bezirksstellen der Kassenärztlichen Vereinigung Bayerns.

Interessenten können Bestellungen an die Schriftleitung des „Bayerischen Ärzteblattes“, Mühlbauerstraße 18, 8000 München 80, unter Beifügung von **DM 1,-** in Briefmarken als Schutzgebühr, richten.

Testfall **Ulcus cruris**

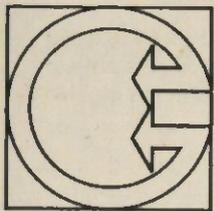
Bei Therapiebeginn

Nach 5 Wochen



B. Schnellen* behandelte abgebildetes Ulcus cruris lokal mit Cicatrex-Puder. Die Therapie wurde mit durchblutungsfördernden Maßnahmen unterstützt.

* Akad. Oberrat Dr. med. B. 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.

§

Im Ausland günstiger einkaufen?

Die Meinung, mit der harten DM könne man in Ländern mit weicher Währung günstiger als hierzulande einkaufen, kann trügen. Eben als Folge starker inflationärer Entwicklung, also sehr erheblicher Preissteigerungen, sind ja jene Währungen so verfallen.

Daher ist es schon unumgänglich, die deutschen Preise sehr genau zu kennen, wenn man sich für den Kauf vergleichbarer Waren jenseits der Grenzen interessiert. Darüber hinaus ist es notwendig, Qualitäten beurteilen zu können, und schließlich ist es wichtig, die Zollvorschriften für die Ausfuhr aus dem Ausland und die Einfuhr der Artikel in die Bundesrepublik zu kennen.

Selbst wer als perfekter Beherrscher der Landessprache nicht als Ausländer erkannt wird, sollte sich beim Einkauf so ausgeben. Dadurch läßt sich hier und da eine Luxus- oder auch die Mehrwertsteuer ersparen. Käufer auf Kreditkarte erkundigen sich häufig in Geschäften, ob ihnen ein Nachlaß gewährt wird, wenn sie bar zahlen. Dadurch erspart der Verkäufer nämlich seine Abgabe an die Kreditkarten-Organisation.

Für Deutsche sind in Italien zur Zeit Damen- wie Herrenbekleidung und Schuhe preiswert, wenn man sich die Mühe des Preisvergleiches auch zwischen den Geschäften innerhalb einer Stadt macht. Beim Kauf von Schmuck zum Preis des Gewichtes sollten die Stücke vorher genau betrachtet werden. Auch wertloses Lötmetall wird nämlich zum Goldpreis berechnet. Sorglose Schnellverarbeitung von Schmuck macht spätere Reparaturen unmöglich.

In Großbritannien bekommt man noch maßgeschneiderte Anzüge, Teppiche und Antiquitäten wie Möbel preiswert, doch sind die Transportkosten für große Stücke in die Berechnungen einzubeziehen. Lederwaren und Textilien werden Kennern in Jugoslawien günstig angeboten, abseits von den Urlaubszentren auch in Spanien.

Von den Duty-Free- oder Zollfreiläden auf den Flugplätzen hält Amsterdam im Durchschnitt die Spitze unter den günstigen Preisen. Englische Tabakpfeifen und Regenschirme, Pullover und Krokohandtaschen, Diktiergeräte, Rundfunkgeräte, Schreibmaschinen und schweizerische Uhren wie bestimmtes Spielzeug werden dort vorteilhaft angeboten. Beim Diamanten-Kauf ist auf dem Amsterdamer Flugplatz ebenfalls zu sparen.

Sehr viel preiswerter sind in den Duty-Free-Shops Zigarren wie Zigaretten und Tabak sowie Feuerzeuge renommierter internationaler Hersteller zu erwerben. Alkohol und Duftwässer erwirbt ein Normalsterblicher auch viel billiger dort als in einem deutschen Geschäft. Allerdings sollte man sich vor jedem Einkauf auch fragen, ob nicht persönliche Einkaufsvorteile in der Bundesrepublik die Vergünstigungen im Ausland ausgleichen oder sogar übertreffen. Zudem müssen bei diesen Artikeln auch die Maßeinheiten verglichen werden.

Problematisch ist im Ausland immer ein Einkauf von Waren, die gewartet werden müssen oder mit Garantiekarte ausgegeben werden. Reparaturen müssen dann in der Bundesrepublik zumeist doch bezahlt werden.

Horst Beloch

Das Kindergeld soll alljährlich um die Höhe des Kaufkraftschwundes der DM erhöht werden. So lautet eine jüngste politische Forderung.

Eine dynamische Entwicklung von Bezügen wurde bisher nur in der Altersversorgung zuerkannt. So steigen die Beamten-Pensionen und Sozialrenten über den Geldwertverlust hinaus.

Folgerichtig müßte die steuerliche Anerkennung des Vorsorgeaufwandes von Jahr zu Jahr angehoben werden. So kann wenigstens die Ausgangssituation im Ruhestand den tatsächlichen Verhältnissen entsprechen. Eine dynamische Ruhegeldanpassung vermag sich privat ohnehin kaum jemand zu finanzieren.

Die Dynamik ist ins Gespräch gebracht worden. Da sollten auch die Ärzte ihre Forderungen nach regelmäßig steigender steuerlicher Würdigung ihrer Anstrengungen für die Vorsorge erneut anmelden.

Prosper

Kurz über Geld

INFORMATIONSSCHRIFTEN-Kosten über Steuern gehören zu den abzugsfähigen Steuerberatungskosten.

MIETERHÖHUNGEN wegen des Kaufkraftschwundes der DM können Vermieter nur aufgrund einer Wertesicherungsklausel im Vertrag verlangen.

ZUM NACHWEIS DER ERB-FOLGE genügt bei Fehlen der Urschrift die Ablichtung eines wirksam erstellten Testaments.

BIS ZU DM 10000 dürfen Bauspar-kassen jetzt als Kredite ohne Sicherheit ausgeben.

MITTAGSHEIMFAHRT ZUR DIÄT-KOST wirkt nicht als Krankheitskosten steuermindernd.

ZUR MIETMINDERUNG berechtigt, wenn der Vermieter bei anhaltend kühler Witterung – auch im Sommer – nicht heizt.

„Funktionäre . . .“

In einem offenen Brief an Bundeskanzler SCHMIDT hat sich der Präsident der Bundesärztekammer, Professor Dr. SEWERING (siehe „Deutsches Ärzteblatt“, Nr. 23/1976 vom 3. Juni 1976) dagegen gewandt, von Helmut SCHMIDT als „Scharfmacher“ in der gesundheitspolitischen Diskussion „abqualifiziert“ zu werden. Der Kanzler hatte auf der „Sozialdemokratischen Fachkonferenz Gesundheit“ am 21. Mai in Gelsenkirchen u. a. zwischen der „Messe“ der Ärzte und den Funktionären der ärztlichen Berufsorganisationen unterschieden: Es sei bedauerlich, daß die Letztgenannten „gegen Gespenster kämpften“ und „Fronten eufrißen“, die für Patient und Arzt in Wirklichkeit gar nicht beständen. Professor SEWERING meinte dazu, ironisch reflektierend, offenbar hätten in der Politik „wir einfachen Bürger und Wähler untereinander überhaupt keinen Streit . . ., wenn es in den Parteien nicht diese Scharfmacher von Funktionären gäbe“. Und weiter wörtlich: „Unter meinen Patienten . . . befinden sich auch brave Setzer und Drucker. Ich bin überzeugt, daß sie nie auf den Gedanken gekommen wären, einen Streik vom Zeune zu brechen. Schuld an diesem Zeitungstreik, intolgedessen wir tageleng auf die Lektüre der politischen Aussagen unseres Bundeskanzlers verzichten mußten, waren keineswegs die Setzer und Drucker, sondern wiederum die Scharfmacher und Funktionäre, in diesem Fall die Gewerkschaftsfunktionäre mit ihrem Gewerkschaftsvorsitzenden, also dem Hauptfunktionär, an der Spitze. Wie friedlich könnte es also sein in der Arbeitswelt, wenn es keine Gewerkschaftsfunktionäre mehr gäbe. Dabei dürfte natürlich keinesfalls übersehen werden, auch den Oberfunktionär SCHLEYER und seine Mitfunktionäre von der Arbeitgeberseite in die Wüste zu schicken.“ SEWERING folgert daraus: Wenn er sich diesen „Idealzustand“ ausmale – „eine Welt völlig ohne Funktionäre“ –, dann bliebe „uns Funktionären, also sowohl Ihnen Herr Bundeskanzler, wie auch mir oder denen von der Gewerkschaft und den Arbeitgebern, immer noch der erlernte Beruf, dem wir sicher voll gerecht würden.“ SEWERING schließt: „Wäre dies nicht der Augenblick, einmal darüber nachzudenken, ob in unserer Gesellschaft nicht jede Gruppe ein Recht auf Interessenvertretung, also auf ihre Funktionäre, hat und auf sie angewiesen ist?“ . . .

aus „Bayern Rundblick“, Nr. 63/1976

Prostamed®

Periurethrale Adenome Stadium I und II · Chronische Prostatitis · Reizblase

Zusammensetzung: Kürbisglobulin 0,1 g, Kürbismehl 0,2 g, Extr. fl. Solidago 0,04 g, Extr. fl. Pop. trem. 0,06, Kakao 0,05, Sacch. lact. ad 0,5 g

Dosierung: 3 x täglich 2–4 Tabletten einnehmen.

Handelsform und Preise (incl. MwSt.): 60 Tabl. DM 7,30; 120 Tabl. DM 12,45; 360 Tabl. DM 29,90

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



Buchbesprechungen

Taschenatlas der Anatomie – Band 3: Nervensystem und Sinnesorgane

für Studium und Praxis – in drei Bänden

Verf.: Prof. Dr. W. Kahle, Prof. Dr. H. Leonhardt, Prof. Dr. W. Pletzer, 349 S., 167 Farbtafeln, Zeichnungen v. G. Spitzer, flexibles Taschenbuch, DM 19,80. Georg Thieme Verlag, Stuttgart (Gemeinschaftsausgabe mit dem Deutschen Taschenbuchverlag, München).

Anatomische Kenntnisse sind Voraussetzung jeden ärztlichen Handelns. Sie lassen sich exakt, aber nur durch Anschauung erwerben. Dieser Forderung entspricht der didaktisch geschickte Aufbau des Buches. Die Anordnung von Text und zugehörigem Bildmaterial auf einander gegenüberliegenden Seiten ermöglicht eine mühelose Verbindung zwischen Gelesenem und anatomischem Substrat. Hierbei erschöpft sich der Text aber keineswegs in der Erläuterung der mehrfarbigen Abbildungen; er bietet vielmehr eine zusammengefaßte Darstellung der Anatomie unter funktionellen Gesichtspunkten. Ausblick auf die Nachbargebiete Physiologie und Biochemie runden das Bild für den Lernenden ab. Eine Kombination also von Lehrbuch und Atlas.

Durch das handliche Taschenformat empfiehlt sich das Werk als ständiger Begleiter; der Taschenbuchpreis erleichtert seine Anschaffung für jedermann.

Mit Band 3 ist das Werk abgeschlossen.

Klinische Pharmakologie und Pharmakotherapie

Herausgegeben von H. P. Kuemmerle, E. R. Garret, K. H. Spitzky, unter Mitwirkung von G. Hitzinger, G. Maurer, H. Stamm-Scholar u. a., 3. überarbeitete und erweiterte Aufl., 1222 S., 527 Abb., 213 Tab., Leinen, DM 180,-. Verlag Urban & Schwarzenberg, München.

Arzneimittel erfolgreich anzuwenden, erfordert großes Wissen. 68 Fachkenner aus Ost und West heben theoretische Grundlagen und praktische Erfahrungen der klinischen Pharmakologie und Pharmakotherapie zu einem umfassenden Werk zusammengebaut. So überrascht nicht, daß die erste und zweite Auflage in kurzer Zeit vergriffen waren. Die schnelle Weiterentwicklung von Kenntnis und Methodik prägt auch die dritte Auflage.

Der Aufbau des Werkes wurde beibehalten, viele Kapitel umgearbeitet, zum Teil neu geschrieben und einige neue Beiträge (z. B. Allgemeine Grundlagen der Pharmakodynamik, Arzneimitteldosierung bei Niereninsuffizienz, Grundlagen der Pharmakobiotransformation, Antiallergische Pharmakotherapie, Antiinflammatorische Substanzen, Desinfizienzen und Antiseptika, Pankreas) neu eingefügt. Durch gleichzeitige Streichung von weniger wichtigen Passagen und des Beitrages „Grundlagen der klinischen Toxikologie“ konnte die Erhöhung der Seitenzahlen in einem vertretbaren Rahmen gehalten werden.

Die Knochenzemente

Verf.: Prof. Dr. O. Oest / Dr.-Ing. K. Müller / Priv.-Doz. Dr. W. Hupfner, 290 S., 257 Abb., geb., DM 128,-. Ferdinand Enke Verlag, Stuttgart.

Knochenzemente aus Polymethylmetacrylaten dienen zur derzeit ubiquitär verwendeten Verankerung von Totalalloarthroplastiken zahlreicher Gelenke sowie zur Verbundosteo-synthese pathologischer Knochensubstanzdefekte.

In dem die Probleme umfassend behandelnden Werk ist die Leistungsfähigkeit der Knochenzemente aus verschiedenen umfangreichen Untersuchungen in klinischer, morphologischer und chemisch-physikalischer Hinsicht dargestellt.

Bei der verbreiteten Anwendbarkeit und der Möglichkeit, die Grenzen der Operabilität ganz erheblich weiter zu setzen, muß auf das große Interesse an diesem vielschichtigen Werk nicht gesondert verwiesen werden. Somit trägt es zum Verständnis vieler nach Anwendung auftretender Fremdkörperreaktionen, radiologischer, Phänomene, Erscheinungen des Abriebes usw. bei.

Die reaktiven Vorgänge am Implantatlagar zum benachbarten Knochen und Knochenmark sind ausführlich berücksichtigt. Die mechanische Belastbarkeit ist eingehend dargestellt und experimentell erhärtet. Zur Abrundung erhält der Leser wertvolle Hinweise bei der praktischen Anwendung und Handhabung der Zemente.

Das Werk bildet die Basis für die bei Verwendung des Zements auftretenden Möglichkeiten und Probleme, auf der Forschung und Erkenntnis zur Lösung von zahlreichen weiterführenden Fragen aufzubauen ist.

Dr. M. Schnitzler, München

Zur Immunpathologie der Neurodermitis constitutionalis

Verf.: Dr. B. Wüthrich, 178 S., 25 Abb., 36 Tab., kart., DM 32,-. Verlag Hans Huber, Bern-Stuttgart-Wien.

In der vorliegenden Monographie wird im ersten Teil eine Übersicht über klinische, humangenetische, pathophysiologische, psychologische Aspekte und assoziierte Charakteristika der Neurodermitis constitutionalis gegeben.

Im zweiten Teil berichtet der Autor über die Resultate der eigenen Untersuchungen an einem Kollektiv von 174 Patienten hinsichtlich Anamnese, Verlauf sowie Messungen humoraler und zellulärer Immunreaktionen. Mit der sorgfältigen Literaturübersicht vermittelt die Arbeit dem Leser ein gutes Bild vom heutigen Stand der Forschung auf dem Gebiet dieser oft rätselhaften Dermatose und gibt viele Anregungen.

Kurze Geschichte der Medizin

Verf.: Prof. Dr. E. H. Ackerknecht, 2. deutsche Aufl., 231 S., kart., DM 27,-. Ferdinand Enke Verlag, Stuttgart.

Die kurze, systematische Darstellung, die sich an diejenigen wendet, die dieses Gebiet kennenlernen möchten, aber nicht die Möglichkeit haben, sich durch umfassende und bis ins einzelne gehende Bücher durchzuarbeiten, liest sich wie ein spannender Roman. Der Verfasser schildert die Medizingeschichte von ihrem sozialen und kulturellem Hintergrund und erreicht dabei neben der Vermittlung von Wissen und Verständnis noch etwas mehr: Faszination und Begeisterung, die jeden aufmerksamen Leser ergreifen müssen, wenn er hier den langen Weg verfolgt, den die Menschheit in ihrem Kampf gegen die Krankheit gewandert ist.

461 Heus- und Sympthiemittel

Vom Überlugen, Ansprechen, Gesundbeten und Anwünschen

Verf.: Peul Friedl, 144 S., 98 Abb. elter Holzschnitte, dreifarbiger Druck, Leinen, DM 19,80. Rosenheimer Verlagsheus.

Ein halbes Jehrundert hindurch hat der Verfasser mit vieler Mühe die Heus- und Sympthiemittel gesammelt, dia kaum einmal niedergeschrieben, sondern meist nur mündlich weitergegeben wurden.

Gewiß, diese Mittel sind äußerst fregwürdig, wenn sie euch aus der Kenntnis der Netur hereus entwickelt wurden und in verbesserter Form heute noch vielfech Verwendung finden. Doch ist es sicher von Interesse, eine Rückschau zu halten auf die oft seltsamen und wunderlichen Volkshellweisen, bei denen, neben Erfahrung, durch Jehrhundarte überkommener Abargleube und alter Zauber mitwirken.

Schritte nach Innen

Östliche Meditation und westliche Mystik

Verf.: Dr. J. Wunderli, 184 S., kert.-lam., DM 24,-. Verleg Herder, Freiburg-Besei-Wien.

Der Autor versteht Meditation als eine Chance, Existenzangst durch Einkehr in sich selbst zu überwinden, allerdings nur für denjenigen anwendber, der sich in der immer quälenderen Hektik des Alltags eine „Mönchszelle der Stille“ zu errichten versteht. Hier muß der Westen vom Osten lernen,

denn der Vorsprung der östlichen Meditationspraktiken ist enorm, da er auf Jahrtausende elter Erfahrung beruht.

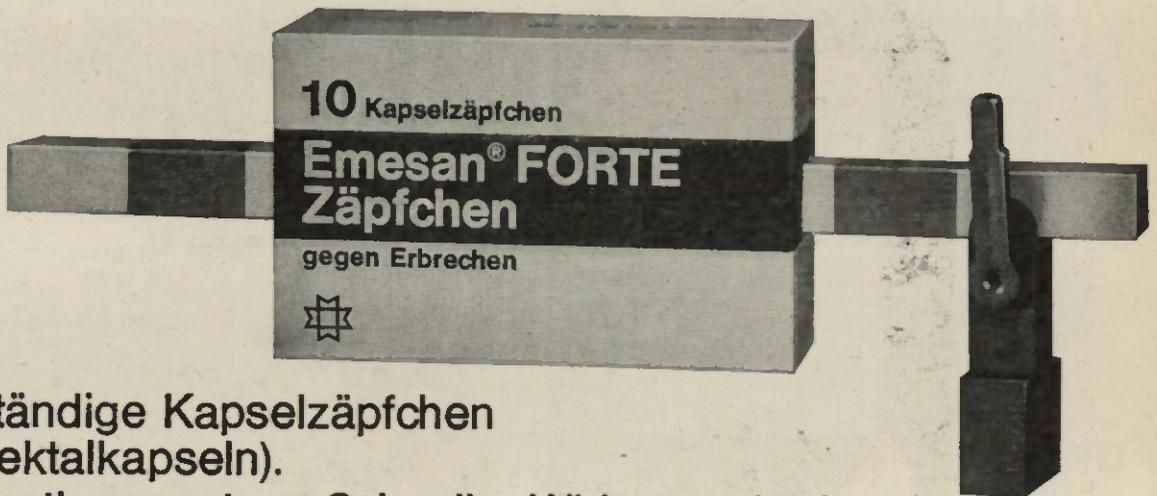
Über ein Viertel des Werkes widmet dar Autor dem Yoga. Nach Kapiteln über primitive Ekstese und Trance und über die buddhistische Versenkung folgen vergleichende Studien zum Thema „Osten und christliches Abendland“. Das Fazit des Buches ist eine positiv-kritische und zugleich engagierte Stellungnahme zur Anwendung östlicher Meditationsformen im Westen, verbunden mit dem Hinweis auf die Gefahr, sie unkritisch zu übernehmen.

Beirische Grammetik

Verf.: Ludwig Merkle, ce. 210 S., kart., DM 32,-. Heimeren Verlag, München.

Dies ist eine beirische Grammetik. Oder der Versuch einer baifrischen Grammetik, für bayerische Leser, denen es Freude mecht, über Ihre Sprache zu sinnieren, und für zugereiste auch, die der bayerischen Seele und Zunge auf diesem Wege näherkommen wollen. Die regionalen Unterschiede von Lendkreis zu Lendkreis, von Gemeinde zu Gemeinde verringern sich unter dem Einfluß von Hendel, Wandel, Fernsehen und Fremdenverkehr oder haben sich bereits verwischt. Was immerhin blieb, ist ein gewissarmeßen allgemeines Baifrisch, zu dem sich die Mundarten mehr und mehr nivellieren. Es entspricht etwe dem, was man in München und Umgebung redet.

Die Barriere gegen Erbrechen!



• Wärmebeständige Kapselzäpfchen (Gelatine-Rektalkapseln).

• Hohe Resorptionsquote. • Schneller Wirkungseintritt.

Indikationen

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

Kontraindikationen

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

Hinweis

Emesan forte verstärkt die Wirkung von Alkohol (Kraftfehler)!

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

Dosierung

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

Lindopharm KG Hilden Rhld
Lizenz für Move GmbH Wiesbaden



neu bei Siegfried®

Sigaprim

Co-trimoxazol Trimethoprim
Sulfamethoxazol

Das große Breitband-Bactericidum zum kleinen Preis



DM
9,80

DM
12,40

- **Breit - in der bakteriziden Wirkung** durch Doppelblockade
- **Breit - in der therapeutischen Anwendung** risikoarm durch geringe Nebenwirkungen
- **Breite Palette** mit fortschrittlicher Galenik



SIEGFRIED
ARZNEIMITTEL
SÄCKINGEN



Therapiekosten senken – das Gebot der Stunde

Sigaprim®

für Erwachsene und Kinder über 12 Jahre

Zubereitung	Tageszeit	Standarddosis	Minimaldosis und Dosierung für die Langzeitbehandl. (mehr als 14 Tage)	Maximaldosis (für besonders schwere Fälle)
Tabletten	morgens	2 ⊕ ⊕	1 ⊕	3 ⊕ ⊕ ⊕
	abends	2 ⊕ ⊕	1 ⊕	3 ⊕ ⊕ ⊕
Suspension für Erwachsene	morgens	2 Meßl. (10 ml)	1 Meßl. (5 ml)	3 Meßl. (15 ml)
		2 Meßl. (10 ml)	1 Meßl. (5 ml)	3 Meßl. (15 ml)
	abends	2 Meßl. (10 ml)	1 Meßl. (5 ml)	3 Meßl. (15 ml)
		2 Meßl. (10 ml)	1 Meßl. (5 ml)	3 Meßl. (15 ml)

für Kinder unter 12 Jahren

Zubereitung	Tageszeit	6 Wochen bis 5 Monate	6 bis 12 Monate	2 bis 5 Jahre	6 bis 12 Jahre
Tabletten	morgens	–	–	½ ⊕	1 ⊕
	abends	–	–	½ ⊕	1 ⊕
Kindertabletten	morgens	–	–	2 ⊕ ⊕	4 ⊕ ⊕ ⊕ ⊕
	abends	–	–	2 ⊕ ⊕	4 ⊕ ⊕ ⊕ ⊕
Suspension für Kinder	morgens	½ Meßl. (2,5 ml)	1 Meßl. (5 ml)	1 Meßl. (5 ml)	2 Meßl. (10 ml)
		½ Meßl. (2,5 ml)	1 Meßl. (5 ml)	1 Meßl. (5 ml)	2 Meßl. (10 ml)
	abends	½ Meßl. (2,5 ml)	1 Meßl. (5 ml)	1 Meßl. (5 ml)	2 Meßl. (10 ml)
		½ Meßl. (2,5 ml)	1 Meßl. (5 ml)	1 Meßl. (5 ml)	2 Meßl. (10 ml)

Zusammensetzung

1 Tablette für Erwachsene enthält: 80 mg Trimethoprim, 400 mg Sulfamethoxazol.
1 Tablette für Kinder enthält: 20 mg Trimethoprim, 100 mg Sulfamethoxazol.
Suspension für Erwachsene 5 ml (= 1 Meßlöffel) enthält: 80 mg Trimethoprim, 400 mg Sulfamethoxazol.
Suspension für Kinder 5 ml (= 1 Meßlöffel) enthält: 40 mg Trimethoprim, 200 mg Sulfamethoxazol.

Indikationen

Infektionen der Luftwege, der Nieren und ableitenden Harnwege, der weiblichen und männlichen Genitalorgane, des Magen-Darm-Traktes und der Haut, postoperative Infektionen, septische Prozesse und andere Infektionen mit sensiblen Keimen.

Nebenwirkungen

Selten Magenbeschwerden und allergische Hauterscheinungen sowie reversible hämatologische Veränderungen.

Kontraindikationen

Sulfonamidüberempfindlichkeit, schwere Leber-, Nierenschäden und Blutbildveränderungen, Schwangerschaft und in der Stillperiode die ersten 4 Wochen.

Packungen

Tabletten für Erwachsene: 20 Tbl. DM 12,40, 50 Tbl. DM 27,-, Klinikpackung 250.
Tabletten für Kinder: 20 Tbl. DM 4,20, 50 Tbl. DM 9,40, Klinikpackung 250.
Suspension für Erwachsene 100 ml DM 15,70, Klinikpackung 500 ml.
Suspension für Kinder 100 ml DM 9,80, Klinikpackung 500 ml.

Therapeutika

Dextro® O.G.-T.

Oraler Glucose-Toleranztest

Zusammensetzung:

400 ml aromatisierter Saft anhalten: Glucosa, wassertrei 17 g, Maltosa 13 g, Maltotriose 11 g, höhere Oligosaccharida 53 g (entsprechend 100 g resorbierbarer wassertrailer Glucose).

Indikation:

Oraler Glucose-Toleranztest zur Diagnostik eines Diabetes mellitus. Ein Diabetes-Risiko besteht vor allem bei Patienten mit: Übergewicht, Hyperlipoproteinämie, Hypertonie, koronaren, zerebralen und peripheren Durchblutungsstörungen, Herzinfarkt, besonders vor dem 50. Lebensjahr, Mikroangiopathien, Glukosuria oder Hyparglykämie (bei Stress, Operation, Schwangerschaft, Steroidtherapie, Apoplexie, Infektionskrankheiten), familiärer Diabetes-Disposition, Hyperurikämie, Gicht, Lebererkrankungen einschließlich Fettleber, Cholelithiasis, chronischen Infekten der Harn- und Atemwege, sowie bei Müttern mit übergewichtigen oder mißgebildeten Kindern und bei Fehl- und Frühgeburten.

Kontraindikation:

Präkomatöse Zustände

Nebenwirkungen:

Dextro® O.G.-T. ist gut verträglich. Gelegentlich auftretende hypoglykämische Symptome werden durch Kohlenhydratgabe beseitigt.

Dosierung:

Morgens nüchtern innerhalb fünf Minuten trinken. Erwachsene: 400 ml Dextro® O.G.-T. (Inhalt einer Originalflasche). Kinder: 8 ml Dextro® O.G.-T. (entsprechend 2 g resorbierbarer Glucosa) pro kg Körpergewicht bzw. 240 ml Dextro® O.G.-T. (entsprechend 60 g resorbierbarer Glucose) pro m² Körperoberfläche.

Handelsformen und Preise:

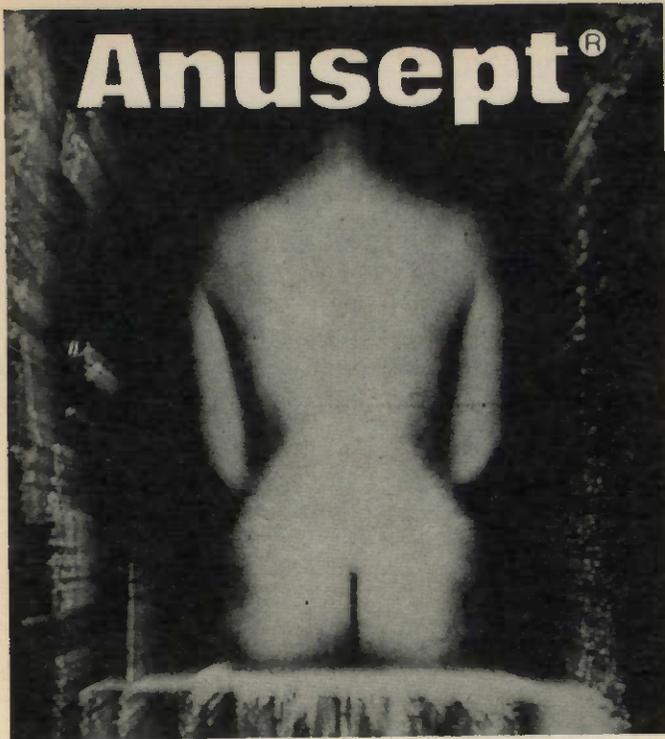
Originalflasche 400 ml DM 4,35; Karton mit 12 Originalflaschen DM 52,20

Hersteller:

Boehringer Mannheim GmbH, 6800 Mannheim 31

Edlwal

Bisher mußten Ärzte bei Frauen, die über Zyklusstörungen unter Kontrazeptiva klagten, entweder das Kontrazeptivum absetzen oder ein Präparat mit hoher Östrogendosis verordnen. Jetzt können Ärzte gezielt verordnen, denn jetzt gibt es das spezielle Kontrazeptivum „gegen Zwischenblutungen“.



Die Lösung eines brennenden Problems

1. **Benzocain** beseitigt als Lokalanaesthetikum rasch Brennen und Juckreiz
2. **Wismut** schützt die Schleimhaut vor Verletzungen und verschließt kleine Wunden
3. **Zinkoxyd** adstringiert und wirkt hämostyptisch
4. **Myroxylon** fördert die Proliferation und bindegewebige Umwandlung der Knoten.

Zusammensetzung:

100 g Salbe enthalten:
 Bismut. subnitric. 1 g, Myroxyl.
 balaam. var. parair. 2 g, Zinc.
 oxydat. 8 g, Benzocain 2 g, Urea
 pura 1 g, Natriumtetraborat 2 g
 1 Suppositorium enthält:

Bismut. subnitric. 120 mg, Myroxyl.
 balsam. var. parair. 100 mg, Zinc.
 oxydat. 100 mg, Benzocain 40 mg.

Indikationen:

Äußere und innere Hämorrhoiden,
 Analfissuren, Analjuckreiz, Proktitis

Dosierung:

Siehe Packungsbeilage und wissenschaftlicher Prospekt.

Handelsformen:

Tuba mit 40 g	DM 7,20
Anusept Salbe	
Packung mit 10	
Anusept Zäpfchen	DM 5,80
Kombi-Packung mit 40 g	
Anusept Salbe und	
10 Anusept Zäpfchen	DM 11,50

Arzneimittelfabrik Kanold
 Höchstädt-Donau



Anusept®

die klassische Arzneimittel-Kombination
 gegen alle Beschwerden des anorektalen
 Symptomen-Komplexes.

Ediwal enthält bekannte Wirkstoffe in einem neuen, zur Zyklusstabilisierung besonders geeigneten Dosierungsverhältnis: 0,05 mg Ethinylestradiol (Äthinylöstrediol) und 0,125 mg D-Norgestrel pro Dregee. Damit ist Ediwal besonders für die Frauen geeignet, die Zyklusstörungen unter anderen Kontrazeptiva haben.

Zusammensetzung:

1 Dregee Ediwal® 21: 0,125 mg D-Norgestrel, 0,05 mg Ethinylestradiol.

Indikation:

Konzeptionsverhütung

Kontraindikationen und Risiken:

Wie bei allen hormonellen Kontrazeptiva vom Typ der Gestagen-Östrogen-Kombinationen: schwere Leberfunktionsstörungen: idopathischer Schwangerschaftsikerus und schwerer Schwangerschaftspruritus in der Anamnese, *Dubin-Johnson-* und *Rotor-Syndrom*, voreausgegangene oder bestehende thromboembolische Prozesse, Sichelzellanämie, Mamma- oder Korpuskarzinom (auch nach Behandlung), Fettstoffwechselstörungen; Herpes gestationis in der Anamnese, Otoklerose mit Verschlechterung in vorengegangenen Schwangerschaften.

Einfluß auf die Wirkung bei gleichzeitiger Gabe anderer Medikamente siehe Prospekt.

Nebenwirkungen:

Möglich sind: Spannungsgefühl in den Brüsten, Übelkeit, Kopfschmerzen, Migräne und Sehstörungen, Beeinflussung des Körpergewichts und der Libido, depressive Verstimmungen, Chloasma, Zwischenblutungen.

Gründe für das sofortige Absetzen von Ediwal 21: erstmaliges Auftreten migräneartiger oder gehäuftes Auftreten ungewohnt starker Kopfschmerzen, ekute Sehstörungen jeder Art, erste Anzeichen von Thrombophlebitiden oder thromboembolischen Erscheinungen, sechs Wochen vor geplanten Operationen und nach Unfällen für die Dauer der Immobilisation, Auftreten von Ikerus, stärkerer Blutdruckanstieg, Schwangerschaft.

Dosierung:

Ediwal 21: Im ersten Zyklus täglich ein Dregee vom 5. bis 25. Zyklustag (erster Tag der Menstruation = erster Zyklustag). Nach einer Pause von sieben Tagen, in der es zur Entzugsblutung kommt, wird die Einnahme aus der nächsten Packung fortgesetzt.

Besondere Hinweise:

Weitere Informationen enthält der wissenschaftliche Prospekt. Außerdem sind ausführliche Hinweise zu folgenden Themen aufgeführt: Notwendigkeit gynäkologischer Kontrolluntersuchungen, Einfluß auf die Scheidenflora, Beeinflussung der Leberfunktion, Thrombosierisiko unter der Anwendung, Möglichkeit einer geringen androgenen Restwirkung, Wirkung auf Nebennieren und Schilddrüse, Einfluß auf klinisch-chemische Normalwerte, Stoffwechselfunktionen und Blutdruck, Krankheiten, die sich wie in der Schwangerschaft verschlimmern können (Otoklerose, Multiple Sklerose, Epilepsie, Porphyrie, Tetanie).

Packungen und Preise:

Kelenderpackung mit 21 Dragees DM 8,95, 3 x 21 Dragees DM 23,70, 6 x 21 Dragees DM 41,95.

Hersteller:

Scherling AG, 1000 Berlin 65

Gallo-Merz
Spasmolytikum

Zusammensetzung:

1 Film-Dragee enthält: Ethaverin-Hydrochlorid 20 mg, Dehydrocholsäure 100 mg, Pankreatin 150 mg (eingestellt auf Amylase 3600 F.I.P. Einheiten, Lipase 4600 F.I.P. Einheiten, Proteasen 190 F.I.P. Einheiten), Cellulose 20 mg, Dimethylpolysiloxan (mittl. M. G. 13000) 50 mg, Extract. Rhiz. Curcumae sicc. 20 mg, c. Carbinol 95% (g/g) parat. (entspr. 3 mg Curcumin).

Indikationen:

Krampfartige Schmerzen infolge spastischer Zustände der Gallenwege und des Gallengang-Schließmuskels – auch bei Vorliegen von Gallensteinen; Spasmen von seiten des Magen-Darmtrakts; entzündliche und nervöse Reizzustände; Beschwerden infolge unzureichenden Gallenflusses, wie Appetitlosigkeit, Völlegefühl, Blähungen, Aufstoßen, Übelkeit; diffuse Oberbauchschmerzen. Zur Anhebung der eingeschränkten Verdauungsleistung im Alter und bei schmerzhaften Störungen nach dem Genuß schwer verdaulicher Speisen.

Kontraindikationen:

Das Präparat soll nicht angewandt werden bei akuter und subakuter Hepatitis sowie Leberzirrhose, bei cholestatischen Zuständen.

Nebenwirkungen und Begleiterscheinungen:

Sind nicht bekannt

Dosierung:

Dreimal täglich eine, bei stärkeren Beschwerden zwei Film-Dragees einnehmen, bei starken Schmerzen und Spasmen kann die Dosis erhöht werden.

Handelsformen und Preis:

Originalpackung mit 60 Film-Dragees DM 18,90; Anstalts-packungen mit 300 und 600 Film-Dragees

Hersteller:

Marz & Co., 6000 Frankfurt 1

Glovex®

Vinylhandschuha

Material:

Dünnes, speziell behandeltes PVC

Eigenschaften:

Tastgefühl kaum beeinträchtigt, gute Paßform für beide Hände, keine Naht, widerstandsfähig, gapudert.

Indikationen:

Universell verwendbarer Untersuchungs-, Schutz- und Behandlungshandschuh zur Verhütung von Kontaktinfektionen und zur Behandlung von Dermatosen.

Handelsformen:

Spandapackung mit 50 Stück in den Größen

klein (Handschuhgröße 6–7)

mittel (Handschuhgröße 7–8)

groß (Handschuhgröße 8–9)

Vertrieb:

Baiersdorf AG, 2000 Hamburg 20

ZEIT IST GELD- AUCH BEI KRANKHEIT

... denn die Kosten laufen weiter – in der Praxis und privat. Sicherheit durch Vorsorge – für Sie und Ihre Familie. „100%ig vorsorgen“ – bei der Vereinigten, das bedeutet:

- kein Einkommensausfall
- keine Krankheitskosten, die Sie selbst tragen müßten
- in Ruhe gesund werden.

Durch den Gruppenversicherungsvertrag mit Ihrer Ärztekammer:

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

DIE SICHERHEIT DES ARZTES
individuell · zuverlässig · preisgünstig

Vereinigte
Krankenversicherung AG

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

Coupon

Ich interessiere mich für die Teilnahme
am Gruppenversicherungsvertrag

Name _____

Anschrift: _____

Ich bin bereits versichert bei Vereinigte Salus anderweitig

Vereinigte Krankenversicherung AG
Generaldirektion, Leopoldstraße 24, 8000 München 40

Die meldepflichtigen übertragbaren Krankheiten in Bayern im Monat Mai 1976*

(Zusammangestellt aufgrund der Wochenmeldungen)

Die Zahl der gemeldeten Scherlecharkrankungen war im Mai annähernd ebenso hoch wie im April; auf 100 000 Einwohner entfielen durchschnittlich 68 Fälle (umgerechnet auf ein Jahr). Erkrankungen an übertragbarer Hirnhautentzündung traten etwas häufiger als im Vormonat auf, und zwar vor allem an

sonstigen, nicht durch Meningokokken hervorgerufenen Formen der Meningitis. Die entsprechende Erkrankungsziffer stieg von 5 im April auf 7 im Mai, jeweils auf 100 000 Einwohner.

Erstmals in diesem Jahr nahm die Häufigkeit von Salmonellosa-Erkrankungen

zu; waren im April noch im Durchschnitt von 100 000 Einwohnern 22 erkrankt, so im Mai schon 31. Geringfügig, nämlich von 25 auf 26, erhöhte sich im gleichen Zeitraum die entsprechende Erkrankungsziffer an Hepatitis infectiosa (übertragbare Leberentzündung).

Neuerkrankungen und Sterbefälle in der Zeit vom 3. bis 30. Mai 1976 (vorläufiges Ergebnis)

Gebiet	1		2		3		4				5		6		7		8		9		10		11		12	
	Diphtherie		Scherlach		Kinderlähmung		Übertragbare				Gehirnentzündung		Typhus abdominalis		Paratyphus A und B		Bakterielle Ruhr (ohne Amöbenruhr)		Enteritis infectiosa				Botulismus			
							Meningokokken-Meningitis		übrige Formen										Salmonellose		übrige Formen					
	E ¹⁾	ST ²⁾	E	ST	E	ST	E	ST	E	ST	E	ST	E	ST	E	ST	E	ST	E	ST	E	ST	E	ST	E	ST
Oberbayern	—	—	293	—	—	—	6	—	26	—	—	—	—	1	—	5	—	154	—	—	—	—	—	—	—	—
Niederbayern	—	—	72	—	—	—	—	—	2	—	—	—	—	—	—	—	—	16	1	8	—	—	—	—	—	
Oberpfalz	—	—	46	—	—	—	1	—	5	—	2	—	—	—	—	—	—	15	—	—	—	—	—	—	—	
Oberfranken	—	—	29	—	—	—	—	—	9	—	—	—	—	—	—	—	—	14	1	—	—	—	—	—	—	
Mittelfranken	1	—	41	—	—	—	—	—	2	—	—	—	—	1	—	—	—	25	—	—	—	—	—	—	—	
Unterfranken	—	—	23	—	—	—	1	—	10	—	—	—	—	—	—	—	—	10	1	2	—	—	—	—	—	
Schwaben	—	—	61	—	—	—	5	—	4	—	—	—	—	—	—	—	—	26	—	4	—	—	—	—	—	
Bayern	1	—	565	—	—	—	13	—	58	—	2	—	—	2	—	8	—	260	3	14	—	—	—	—	—	
München	—	—	112	—	—	—	—	—	3	—	—	—	—	—	—	3	—	54	—	—	—	—	—	—	—	
Nürnberg	—	—	11	—	—	—	—	—	2	—	—	—	—	1	—	—	—	9	—	—	—	—	—	—	—	
Augsburg	—	—	7	—	—	—	2	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	3	—	—	—	—	—	—	—	
Regensburg	—	—	2	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	5	—	—	—	—	—	—	—	
Würzburg	—	—	4	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	1	—	—	—	—	—	—	—	
Fürth	—	—	6	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	1	—	—	—	—	—	—	—	
Erlangen	—	—	5	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	2	—	—	—	—	—	—	—	

Gebiet	13		14		15		16		17		18		19		20		21		22		23		24	
	Hepatitis infectiosa		Ornithose				Amöbenruhr		Bangsche Krankheit		Leptosepirose (übrige Formen)		Malaria				Toxoplasmosse		Wundstarrkrampf		Verdachtsfälle von Tollwut ³⁾			
			Psittacose		übrige Formen								Ersterkrankung		Rückfall									
	E	ST	E	ST	E	ST	E	ST	E	ST	E	ST	E	ST	E	ST	E	ST	E	ST	E	ST	E	ST
Oberbayern	73	1	—	—	—	—	1	—	—	—	—	—	—	—	—	3	1	—	—	—	—	—	—	6
Niederbayern	26	—	—	—	—	—	—	—	—	—	1	—	—	—	—	1	—	1	—	—	—	—	—	—
Oberpfalz	12	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	4
Oberfranken	25	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	1	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	4
Mittelfranken	32	1	—	—	—	—	—	—	1	—	—	—	—	—	1	—	—	1	—	—	—	—	—	—
Unterfranken	22	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	2	—	—	—	—	—	1
Schwaben	30	—	—	—	—	—	—	—	—	—	1	—	—	—	—	—	—	2	—	—	—	—	—	12
Bayern	220	2	—	—	—	—	1	—	1	—	2	—	2	—	1	—	9	1	1	—	—	—	—	27
München	40	—	—	—	—	—	1	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
Nürnberg	8	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
Augsburg	8	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
Regensburg	1	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
Würzburg	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
Fürth	1	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
Erlangen	2	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—

*) 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.

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.

September 1978

- 1.-3. **Bratislava:** 4. Tschechoslowakischer Radiologenkongreß mit Internationaler Beteiligung. — Auskunft: Slowakische Medizinische Gesellschaft, Mickiewiczova 18, CS-88 322 Bratislava.
- 3.-5. **Köln:** 10. Fortbildungskurs für endoskopische Magendiagnostik der Europäischen Gesellschaft für Gastrokamere-Diagnostik. — Auskunft: Cheferzt Dr. W. Möckel, Johann-Clessen-Straße 50-70, 5000 Köln-Kelk.
- 5.-8. **Köln:** 73. Jahrestagung der Deutschen Gesellschaft für Kinderheilkunde. — Auskunft: Prof. Dr. H. Ewerbeck, Amsterdamer Straße 59, 5000 Köln 60.
- 5.-9. **Preg:** Internationaler morphologischer Kongreß und XXI. wissenschaftliche Konferenz der medizinischen Fakultät der Karls-Universität. — Auskunft: Kongreßbüro der Tschechischen Medizinischen Gesellschaft, Sokolská 31, CS-12 026 Praha 2.
- 5.-11. **Kyoto:** 16. Internationaler Kongreß für Hämatologie. — Auskunft: Gyoichi Wakiseke, M. D., Kyoto International Conference Hall, Tekereike, Sakyo-ku, Kyoto 606/Japan.
- 5.-11. **Norderney:** Fortbildungskurs für Ärzte. — Auskunft: Ärztekammer Nordrhein, Tersteegenstraße 31, 4000 Düsseldorf 30.
- 5.-18. **Velden:** Internationaler Herbstkongreß für Ganzheitsmedizin. — Auskunft: Dr. V. Harth, Heinstraße 9, 8600 Bamberg.
- 6.-8. **Köln:** 73. Tagung der Deutschen Gesellschaft für Kinderheilkunde. — Auskunft: Dr. H. G. Terheggen, Amsterdamer Straße 59, 5000 Köln 60.
- 6.-11. **London:** 3. Kongreß der Europäischen Gesellschaft für Kiefer- und Gesichtschirurgie. — Auskunft: Secretariat, 3 rd Congress EAMFS, 100 Park Road, London NW 1 4 RN.
- 6.-18. **Berlin:** Sportärztekurs. — Auskunft: Dr. Lübs, Forckenbeckstraße 20, 1000 Berlin 33.
- 7.-12. **Devoe:** 4. Weltkongreß „Collegium Internationale Chirurgiae Digestive“. — Auskunft: Prof. Dr. M. Allgöwer, Kantonspital, CH-4000 Basel.
- 8.-9. **Köln:** Jahrestagung der Deutschen Vereinigung für Kinder- und Jugendpsychiatrie. — Auskunft: Prof. Dr. G. Bosch, Horionstraße 14, 4060 Viersen 12.
- 8.-11. **München:** 27. Wissenschaftliche Tagung der Deutschen Gesellschaft für Lungenkrankheiten und Tuberkulose. — Auskunft: Prof. Dr. H. Biehe, Zentralkrankenhause, 8035 Geuting.

Unser Herzglykosid mit der
..... gleichmäßigen Resorption
..... raschen Digitalisierung
..... guten Steuerbarkeit

bei allen Formen und Grade der Herzinsuffizienz, evtl. paroxysmale Tachykardie.
(Rp.)



kristallines Reinglykosid
aus Digitalis lanata

Handelsform:

1 OP zu 75 Minitabletten DM 3,50 mit MwSt.

Wir senden Ihnen gern unsere Indikations-Liste und selbstverständlich auch Muster. Schreiben Sie uns bitte.



Rheingold-Arzneimittel GmbH & Co
Kommanditgesellschaft
4040 Neuß/Rhein - Postfach 532

- 8.-12. **Timmendorfer Strend:** 15. Fortbildungstagung der Akademie für Ärztliche Fortbildung. — Auskunft: Akademie für Ärztliche Fortbildung in der Ärztekammer Berlin, Augustenburger Platz 1, 1000 Berlin 65.
- 9.-11. **Homburg:** Jahrestagung der Deutschen Gesellschaft für Neuroradiologie. — Auskunft: Prof. Dr. U. Piepgras, Abteilung für Neuroreologie der Universitäts-Kliniken, 6650 Homburg.
- 10.-12. **Bodenfels:** Frostig-Seminar — veranstaltet von der Ärztlichen Aktion pro infantibus. — Auskunft: Frau H. Tremel, Butzstraße 19e, Spetikerzentrum, 8900 Augsburg 22.
- 11.-15. **S. Angelo/Ischle:** 9. Internationales Rheuma-Symposium. — Auskunft: Kongreßdienst Deutscher Kessenerztverband, Postfach 73 04 20, 2000 Hamburg 73.
- 11.-19. **Freudenstadt:** 51. Kongreß des Zentralverbandes der Ärzte für Naturheilverfahren. — Auskunft: Städtische Kurverwaltung, 7290 Freudenstadt.
- 12.-15. **Berlin:** Jahrestagung der Deutschen Gesellschaft für Neurochirurgie. — Auskunft: Prof. Dr. W. Umbach, Hindenburgdamm 30, 1000 Berlin 45.
- 12.-18. **München:** X. Kongreß der Internationalen Akademie für gerichtliche und soziale Medizin. — Auskunft: Institut für Rechtsmedizin, Frauenlobstraße 7e, 8000 München 2.

- 12.–25. **Bodenmais:** 4. Bobathseminar für Ärzte. — Auskunft: Dr. Dr. H. Braumandl, Ärztliche Aktion pro infantibus a. V., Parkstraße 4, 8370 Regen.
- 13.–17. **Hannover:** Jahreskongreß der Deutschen Pharmakologischen Gesellschaft in Zusammenarbeit mit der Polnischen Gesellschaft für Pharmakologia. — Auskunft: Prof. Dr. E. Wastermann, Karl-Wiechart-Allee 9, 3000 Hannover 61.
- 13.–18. **Regensburg:** Herbsttagung der Deutschen Physiologischen Gesellschaft. — Auskunft: Prof. Dr. Albars, Universitätsstraße 31, 8400 Regensburg.
- 14.–17. **München:** 2. Europäische Ernährungs-Konferenz. — Auskunft: Privatdozent Dr. G. Wolfram, Pettenkoferstraße 8 a, 8000 München 2.
- 15.–18. **Wiesbaden:** 63. Kongreß der Deutschen Gesellschaft für Orthopädie und Traumatologie. — Auskunft: Prof. Dr. H. Breitanfeldt, Uhlenhorststraße 21, 3500 Kassel-W.
- 15.–20. **Berlin:** 15. Internationaler Kongreß für Nuklearmedizin. — Auskunft: Prof. Dr. K. Oeff, Hindenburgdamm 30, 1000 Berlin 45.
- 15.–20. **Heiligoland:** 9. Herbst-Symposion (Thema: Der Mensch als Patient). — Auskunft: Nordwestdeutsche Gesellschaft für ärztliche Fortbildung, Huda 1, 2060 Bad Oldesloe.
- 16.–18. **Lübeck-Travemünde:** 7. Tagung der Vereinigung der Deutschen Plastischen Chirurgen. — Auskunft: Prof. Dr. G. M. Lösch, Ratzeburger Allee 160, 2400 Lübeck 1.
- 17.–18. **Heidelberg:** Ultraschall-Diagnostik 76. — Auskunft: Frau U. Pfahler, Universitäts-Frauenklinik, Zimmer 147, Voßstraße 9, 6900 Heidelberg.
- 17.–20. **Mainz:** 59. Wissenschaftlicher Kongreß der Deutschen Gesellschaft für Geschichte der Medizin, Naturwissenschaft und Technik. — Auskunft: Prof. Dr. Dr. R. Winau, Postfach 3980, 6500 Mainz.
- 18.–19. **Bamberg:** Herbsttagung der Bayerischen Röntgen-Gesellschaft. — Auskunft: Prof. Dr. H. Raschka, Sebastianstraße 18, 8070 Ingolstadt.
- 18.–24. **Freudenstadt:** XXXIII. Psychotherapie-Seminar. — Auskunft: Psychotherapie-Seminare e. V., Seminarbüro, Königinstraße 101, 8000 München 40.
- 19.–23. **Regensburg:** 30. Kongreß der Deutschen Gesellschaft für Psychologia. — Auskunft: Dr. A. Vukovich, Lehrstuhl für Psychologia I, Universitätsstraße, 8400 Regensburg.
- 19.–25. **Interlaken:** Fortbildungswochenende des Europaeum Medicum Collegium (Themen: Onkologia, Dermatologia, Nephrologie, Urologia). — Auskunft: Dr. R. Eglin, Oberer Burghaldenweg 3, CH-4410 Liastal.
- 20.–25. **Innsbruck:** 22. Praktischer EKG-Kurs. — Auskunft: Frau Boida, Sekretariat der Medizinischen Universitätsklinik, A-6020 Innsbruck.
- 20.–25. **Pörschech:** 8. Internationaler Knaipp-Ärztetkongreß. — Auskunft: Knaipp-Bund a. V., Postfach 284, 8000 München 60.
- 22.–25. **Bremen:** 21. Jahrestagung der Deutschen EEG-Gesellschaft. — Auskunft: Dr. H.-D. Waigand, Osterholzer Landstraße 51, 2800 Bremen 44.
- 23.–25. **Prag:** II. Kongreß der Europäischen urologischen Gesellschaft. — Auskunft: Tschachischka medizinische Gesellschaft, Sokolská 31, CS-12026 Praha 2.
- 24.–26. **Augsburg:** 58. Augsburger Fortbildungskongreß für praktische Medizin (Themen: Tumorfürerkennung und Therapie, Arterien- und venöse Verschlusskrankheiten). — Auskunft: Sekretariat des Augsburger Fortbildungskongresses, Frohsinnstraße 2, 8900 Augsburg.
- 24.–26. **Bad Neuhelm:** 42. Bad Nauhaier Fortbildungslehrgang „Schwerpunkte und Grenzen der operativen Herztherapie“. — Auskunft: Dr. W. Koenig, Wetterauklinik der BfA, 6350 Bad Nauheim.
- 24.–26. **Millstadt:** 14. Jahrestagung der Österreichischen Gesellschaft für Kinderheilkunde. — Auskunft: Dr. K. Kellner, Universitäts-Kinderklinik, Auanbruggerplatz, A-8036 Graz.
- 24.–26. **Schloß Weidenkam:** Ärztekurs C für Homöopathia des Deutschen Zentralvereins homöopathischer Ärzte. — Auskunft: Dr. M. Stübler, Singerstraße 1, 8900 Augsburg.
- 25.–26. **Innsbruck:** Klinisches Wochenende. — Auskunft: Frau Boida, Sekretariat der Medizinischen Universitätsklinik, A-6020 Innsbruck.
- 25.–27. **Cluj:** III. Nationalkongreß für Gastroenterologie. — Auskunft: III. Nationalkongreß für Gastroenterologie, Sekretariat III. Medizinische Klinik, str. Iasilor no. 16, Cluj, Rumänien.
- 25.–28. **Würzburg:** 1. Kongreß der Gesellschaft zur Erforschung und Bekämpfung von Schlafstörungen (GEBS). — Auskunft: Kongreß-Sekretariat, Dr. Jovanovic, Röntgenring 12, 8700 Würzburg.
- 26.–29. **Hannover:** 21. Jahrestagung der Deutschen Gesellschaft für Medizinische Dokumentation und Statistik. — Auskunft: Department für Biometrie und Medizinische Informatik, Medizinische Hochschule Hannover, Postfach 610180, 3000 Hannover 61.
- 26.–30. **Homburg:** 6. internationaler Fortbildungskurs für klinische Anästhesie. — Auskunft: Prof. Dr. K. Hutchenrauer, Institut für Anästhesie der Universitäts-Kliniken, 6650 Homburg.
- 27.–28. **Innsbruck:** Übungskurs in klinischer Elektrokardiographie. — Auskunft: Frau Boida, Sekretariat der Medizinischen Universitätsklinik, A-6020 Innsbruck.
- 27.–29. **Basel:** 8. Jahrestagung der Gesellschaft für Immunologie. — Auskunft: Dr. F. Maichers, Institut für Immunologie, Grenzacher Straße, CH-4058 Basel.
27. 9.–1. 10. **Innsbruck:** XXVIII. Kongreß der Deutschen Gesellschaft für Urologie. — Auskunft: Prof. Dr. R. Nagel, Spandauer Damm 130, 1000 Berlin 19.

neu
Paspertin + Pankreon

**Paspertase programmiert
den Verdauungsablauf**

Paspertase®

- beseitigt dyspeptische Beschwerden
- substituiert Enzyme
- normalisiert die Motorik



Wirkungsweise

Paspertase beseitigt funktionelle Störungen im Oberbauch und dyspeptische Beschwerden durch Normalisierung der Motilität von Magen und Dünndarm und gleichzeitige Substitution von Pankreasenzymen.

Zusammensetzung

1 Dragee enthält 212,5 mg Pankreatin, entsprechend 6 500 Amylase-, 8 000 Lipase- und 450 Protease-Einheiten nach F. I. P., und 5 mg Metoclopramid-Monohydrochlorid (Paspertin®).

Indikationen

Funktionelle Oberbauchbeschwerden und dyspeptisches Syndrom bei: chronischer Gastritis, Sub- und Anazidität, Pankreasinsuffizienz, Leber- und Gallenwegserkrankungen.

Kontraindikationen

sind nicht bekannt.

Nebenwirkungen

In Einzelfällen kann nach Paspertase wegen des Gehaltes an Paspertin ein dyskinetisches Syndrom (Krampferscheinungen des Kopf-, Hals-, Schulterbereiches) auftreten. Diese Erscheinungen klingen nach Absetzen von Paspertase innerhalb weniger Stunden ab; durch i. v.-Injektion von Coffein oder Akineton® (WZ Knoll, Angaben des Herstellers beachten) können sie sofort beseitigt werden. In seltenen Fällen werden motorische Unruhe oder leichte Müdigkeit beobachtet.

Hinweis

Paspertase soll bei Kindern unter 14 Jahren, vor allem bei Kleinkindern, wegen der Möglichkeit des dyskinetischen Syndroms nur bei strenger Indikationsstellung angewandt werden.

Dosierung

3mal täglich 1-2 Dragees zu den Mahlzeiten einnehmen.

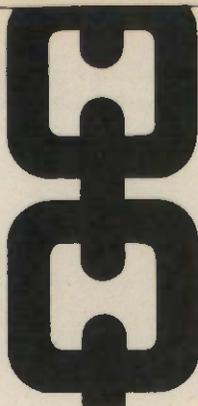
Packungen und Preise

20 Dragees DM 8,20 50 Dragees DM 18,65



**KALI-CHEMIE PHARMA GMBH
HANNOVER**

Indikationen: Funktionelle nervöse Magen- und Darmbeschwerden, akute und chronische Gastritiden, Magen- und Zwölffingerdarmgeschwüre.
Kontraindikationen: Akute entzündliche Stemmhirnprozesse. **Relative Kontraindikationen:** Gel Prostatahyperplasie und Glaukom sollte die empfohlene Dosierung nicht überschritten werden, da Dilsopromin HCl eine atropinartige Wirkung entfaltet. **Hinweise:** Zusätzliche Medikation von Trenquillantien ist überflüssig. Gleichzeitiger Alkoholgenuß kann die Reaktionsbereitschaft (Kreittfehler) vermindern.



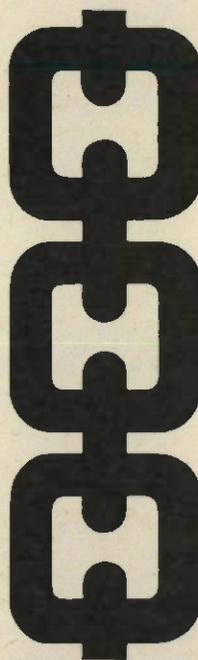
Dosierung: 3mal täglich 1-2 Tabletten, im allgemeinen eine halbe Stunde vor den Mahlzeiten. **Zusammensetzung:** 1 Tablette enthält: 0,1 mg Heloperidol, 2 mg Dilsoprominhydrochlorid, 100 mg Bismutum elumicum, 100 mg Magnesium trisilic., 400 mg Extr. Liquiritillae, 25 mg Cholin. orotat. **Handelformen und Preise:** 30 Tabletten DM 7,25 60 Tabletten DM 12,25 Kurpackung 240 Tabletten



Lindopharm KG
Hilden Rhld

Ulcolind.[®] Damit's kein Ulcus wird.

Sowohl
bei nervösem
Reizmagen



als auch
bei Gastritis
und Ulcus

Ulcolind[®] unterbricht die Streß-Ulcus-Kette^{*)}

Sowohl
durch psychosomatische
Harmonisierung
ohne Bewußt-
seinseingung



als auch
durch Spasmo-
lyse, Säurepuffe-
rung und Schleim-
hautschutz

*) K. Geckar: Ärztliche Praxis 12 (1965): 623
F. Bach: Ärztliche Praxis 76 (1966): 2538

27. 9.- **Köln:** IX. Sportärzte-Aus- und Fortbildungslehrgang. - Auskunft: Dr. H. Liesen, Institut für Kreislaufforschung und Sportmedizin, Carl-Diem-Weg, 5000 Köln 41.
27. 9.- **Innsbruck:** Hämatologiekurs für Fortgeschrittene mit praktischen Übungen. - Auskunft: Frau Boide, Sekretariat der Medizinischen Universitätsklinik, A-6020 Innsbruck.
27. 9.- **München:** B-Kurs für Arbeitsmedizin. - Auskunft: Bayerische Akademie für Arbeits- und Sozialmedizin, Pfarrstraße 3, 8000 München 22.
28. 9.- **Hamburg:** 41. Tagung der Deutschen Gesellschaft für Gynäkologie und Geburtshilfe. - Auskunft: Prof. Dr. H. Maess, Martinstraße 52, 2000 Hamburg 20.
28. 9.- **Regensburg:** 17. Tagung der Deutschen Gesellschaft für Rheumatologie. - Auskunft: Prof. Dr. H. Mathies, Rheumazentrum, 8430 Bad Abbach.
28. 9.- **Düsseldorf:** Lehrgang für Ärzte des öffentlichen Gesundheitswesens „Amtsarzt-Lehrgang“. - Auskunft: Akademie für öffentliches Gesundheitswesen, Auf'm Hennekamp 70, 4000 Düsseldorf 1.
29. 9.- **Innsbruck:** 27. Kongreß der Deutschen Gesellschaft für Urologie. - Auskunft: Prof. Dr. Marberger, Anichstraße 35, A-6020 Innsbruck.
30. 9.- **Heidelberg:** Wissenschaftliche Jahrestagung der Deutschen Gesellschaft für Sozialmedizin. - Auskunft: Sekretariat der Deutschen Gesellschaft für Sozialmedizin, Im Neuenheimer Feld 326, 6900 Heidelberg.
30. 9.- **Hannover:** Jahrestagung der Deutschen Gesellschaft für Angiologie. - Auskunft: Prof. Dr. K. Alexander, Medizinische Hochschule Hannover, Medizinische Klinik, 3000 Hannover-Kleefeld.
30. 9.- **Lübeck-Travemünde:** 31. Tagung der Deutschen Gesellschaft für Verdauungs- und Stoffwechsellkrankheiten. - Auskunft: Prof. Dr. U. Ritter, Kronsforder Allee 71-73, 2400 Lübeck.
30. 9.- **Pevla:** VII. Internationales Symposium für klinische Pharmakologie. - Auskunft: Internationale Gesellschaft für klinische Pharmakologie, Postfach 345, 8400 Regensburg 1.

Oktober 1976

2. **Regensburg:** Fortbildungstagung der Deutschen Rheuma-Lige. - Auskunft: Medizinaldirektor Dr. J. Treichlar, Kronprinzenstraße 19, 4000 Düsseldorf.
- 3.-6. **Freiburg:** 19. Tagung der Deutschen Gesellschaft für Hämatologie. - Auskunft: Privatdozent Dr. H. Arnold, Hugstetterstraße 55, 7800 Freiburg.

- 13.-16. **Köln:** I. Interdisziplinäres Forum „Fortschritte und Fortbildung in der Medizin“. — Auskunft: Bundesärztekammer, Postfach 41 02 20, 5000 Köln 41.
- 14.-15. **München:** Verbandstagung des Deutschen Sozialgerichtsverbandes. — Auskunft: Deutscher Sozialgerichtsverband e. V., Landessozialgericht NW, Zweigertstraße 54, 4300 Essen.
- 14.-16. **München:** XI. Symposion der Gesellschaft für Nephrologie. — Auskunft: Prof. Dr. E. Buchborn, Ziemssenstraße 1, 8000 München 2.
- 14.-17. **Regensburg:** Ärztliche Fortbildung Regensburg. — Auskunft: Ärztliche Fortbildung Regensburg, Altes Rathaus, 8400 Regensburg.
- 15.-17. **Ambach:** Ärzte-Kurs C des Deutschen Zentralvereins homöopathischer Ärzte. — Auskunft: Dr. Stübler, Singerstraße 1, 8900 Augsburg.
- 15.-17. **Kassel:** 19. Fortbildungskongreß der Landesärztekammer Hessen. Auskunft: Akademie für ärztliche Fortbildung der Landesärztekammer Hessen, Carl-Oelemann-Weg 1, 6350 Bad Nauheim.
- 16.-17. **Grünwald/München:** Sportärztliche Ausbildungstagung. — Auskunft: Dr. H. Papsf, Sportschule, Ebertstraße 1, 8022 Grünwald.
- 25.-30. **Wien:** 30. Österreichischer Ärztekongreß — Vanswieten-Tagung. — Auskunft: Österreichische Ärztekammer, Referat für ärztliche Fortbildung, Postfach 213, A-1011 Wien 1.

„Bayerisches Ärzteblatt“. Herausgeber und Verleger: Bayerische Landesärztekammer, Mühlbauerstraße 16, 8000 München 80, Telefon (089) 41 47-1. Schriftleitung: Professor Dr. med. Hans Joachim Sewering, Dr. med. Hermann Graun, 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.

Gezugspreis vierteljährlich DM 2,40 einchl. 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 81, 55 82/41-48, Fernschreiber: 05/23 662, Telegrammadresse: atlas-prass. Für den Anzeigenteil verantwortlich: Ernst W. Scharshinger, München.

Druck: Druckerel und Verlag Hans Zauner jr., 8060 Dachau.

Alle Rechte, insbesondere das Recht der Verbreitung, Vervielfältigung und Mikrototografie 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, wann gegenwärtige Wünsche nicht besonders zum Ausdruck gebracht werden.

Bei Hyperhidrosis

besonders an den Füßen und damit in Zusammenhang stehende Hauterkrankungen

Antihydral

Antihydral®

trocknet die gequollene Haut ab und kräftigt sie. Dadurch wird die Schweißsekretion normalisiert. Dieser Vorgang ist biologisch gesteuert. Sobald eine Normalisierung erreicht ist, hört dieser Effekt auf.

Antihydral »M«®

In feuchtwarmer Atmosphäre siedeln sich gerne Pilze an. Deshalb sind Körperstellen mit übermäßiger Schweißabsonderung vielfach mykotisch infiziert. In diesem Fall ist Antihydral »M« das Mittel der Wahl. Es entzieht den Pilzen durch Abtrocknen das günstige Milieu und enthält Schwefel als Fungistatikum. Der unangenehme Juckreiz wird rasch beseitigt.

Antihydral und Antihydral »M« trägt man 1-2mal täglich dünn auf und läßt es antrocknen.

Zusammensetzungen:

Antihydral enthält 13% Hexamethylentetramin in fettfreier, abtrocknender Salbengrundlage.

Antihydral »M« enthält 10% Sulfur praec. und 10% Hexamethylentetramin in fettfreier, abtrocknender Salbengrundlage.

Kontraindikationen: Keine bekannt.

Zur Beachtung: Nicht auf offene Wunden auftragen!

Preise: Tuben mit 70 g DM 3,85

ROBUGEN GMEH · PHARMAZEUTISCHE FABRIK · ESSLINGEN/N



Die Stadt Bad Reichenhall – große Kreisstadt in den bayerischen Hochalpen – stellt zum baldmöglichsten Zeitpunkt einen

Oberarzt

für die zentrale Röntgenabteilung des städtischen Krankenhauses ein. Der Bewerber oder die Bewerberin soll Facharzt sein oder kurz vor der Facharztenerkennung stehen. Erwünscht sind u. e. auch Kenntnisse auf den Gebieten Angiologie, Nuklearmedizin und Lymphographie.

Das Krankenhaus verfügt über 465 Betten und besitzt folgende Abteilungen: allgemeine innere Abteilung, Spezialabteilung für Asthma und Bronchitis, Chirurgische, Geburtshilflich-Gynäkologische und Urologische Abteilung.

Die Vergütung richtet sich nach den Tarifbestimmungen für Angestellte im öffentlichen Dienst (BAT) mit besonderer Entschädigung des Bereitschaftsdienstes, zusätzlicher Altersversorgung und den im öffentlichen Dienst üblichen Sozialleistungen. Die Umzugskosten werden ersetzt; der Chefarzt gewährt eine Oberarztzulage.

Bewerbungen mit Lebenslauf und den erforderlichen urkundlichen Nachweisen werden erbeten an das Personalamt der Stadt Bad Reichenhall, Rathausplatz 8, 8230 Bad Reichenhall. Telefonische Auskünfte erteilt bei Bedarf die Krankenhausverwaltung oder der Chefarzt, Telefon (0 86 61) 50 51.

*Wir heißen Sie in unserem und
im Namen vieler Industriebetriebe
der Stadt Neuburg/Donau
herzlich willkommen:*

Etwa zehn mittelständische Unternehmen und Zweigbetriebe großer Gesellschaften zählt unser Neuburg/Donau, Mittelpunkt des Landkreises Neuburg-Schrobenhausen. Die mehr als 20 000 Einwohner genießen alle Vorzüge einer infrastrukturell gut entwickelten Gemeinde nebst Umland: Alle weiterführenden Schulen (Neusprachliches und Naturwissenschaftliche Gymnasien), Krankenhäuser und Kinderklinik, selbst ein hübsches Stadttheater und erfreuliche Einkaufsmöglichkeiten zeichnen diese Stadt mit ihrem historischen Kern aus. Was uns (und so manchem anderen Unternehmen) noch fehlt, ist der Arbeitsmediziner, der in freier Tätigkeit

Arbeitsmediziner

die ärztliche Versorgung unserer rund 200 Mitarbeiter übernimmt. Die Bevölkerung dieser Stadt und seines Umlandes wird derzeit von zehn praktischen Ärzten medizinisch betreut. Ob sich angesichts dieser Zahlenrelation die Frage eines Risikos bei einer Niederlassung überhaupt noch stellt, werden Sie sich selbst beantworten müssen. Wir wissen nur: Die Arbeit ist da, die Wohnsituation akzeptabel, die Verbindung zu umliegender Urbanität günstig (München unter 60 Autominuten, Augsburg 35, Ingolstadt 20) und das Gemeinwesen offensichtlich so attraktiv, daß die Fremdenverkehrsstatistik positive Tendenzen aufweist. Nehmen Sie den Kontakt zu uns auf?



EUROPA CARTON AKTIENGESELLSCHAFT

Wellpappenwerk Neuburg/Donau · Sehensander Weg 17
8858 Neuburg/Donau · Telefon (08431) 7051

BEFELKA® - ASTHMA - TABLETTEN

Ind.: Asthma – Bronchitis – Heuschnupfen – Grippe.

Zus.: Ephedrin 25 mg; Diphenhydramin (Antihistaminikum) 20 mg; Coffeinum 20 mg; 1-Phenyl-2,3-dimethyl-4-isopropyl-pyrazolon 300 mg.

Kontraind.: Akute intermittierende Porphyrie, Hypertonie, Thyreotoxikose, schwere organische Herzerkrankungen, Tachykardie, nephrogene Ausscheidungsstörungen, sklerotische Gefäßveränderungen, Prostatahypertrophie, Glaukom, dekompensierte diabetische Stoffwechsellege.

Peckung mit 20 Tabl. 4,55 DM, 50 Tabl. 9,90 DM.

Arztmuster durch:

BEFELKA-ARZNEIMITTEL, 45 Danabrück, Postfach 1351

Bezirkskrankenhaus Erlangen

Fachkrankenhaus für Psychiatrie und Neurologie

Der Bezirk Mittelfranken wird ab Herbst 1976 mit der Belegung eines neuerbauten Krankenhauses in Erlangen – am Europakanal – beginnen. Das Krankenhaus ist nach modernsten Gesichtspunkten erbaut und ausgestattet, es bietet in allen diagnostischen und therapeutischen Bereichen hervorragende Arbeitsbedingungen.

Kolleginnen und Kollegen mit Interesse an den vielfältigen Aufgaben in Psychiatrie und Neurologie werden um Mitarbeit gebeten, insbesondere

Fachärzte mit Erfahrung in Psychiatrie

Fachärzte mit Erfahrung in Neurologie

Ärzte mit Interesse an der Weiterbildung zum Facharzt

Im Frühjahr 1977 ist die Eröffnung einer neu aufzubauenden Neurologischen Abteilung mit 60 Betten vorgesehen. Interessierte Fachkollegen werden aber schon jetzt um Ihre Bewerbung gebeten, weil sie an der operativen Ausstattung mitwirken und ihre Vorstellungen einbringen sollen. Neben entsprechenden Kenntnissen in Diagnostik und Therapie neurologischer Krankheitsbilder sind Voraussetzung:

Beherrschen von EEG, EMG, Echo, zerebraler Angiographie, Myelographie und sonstiger für die Diagnostik wichtiger Verfahren.

Eine Einrichtung für nuklearmedizinische Untersuchungen ist vorgesehen, die Mitarbeit eines Kollegen mit der Berechtigung für diesen Arbeitsbereich ist besonders erwünscht.

Anfragen und Bewerbungen bitte ich zu richten an

Dr. F. Meyer, Außenstelle des Bezirkskrankenhauses,
Am Europakanal 71, 8520 Erlangen, Telefon
(0 91 31) 4 20 46

Die Medizinische Abteilung des Kreiskrankenhauses
Dingolfing sucht zum baldmöglichsten Termin einen

Assistenzarzt

Ausstattung: Endoskope (Laparoskope, Gastroduodenoskope, Koloskope, Zystoskope, Rektoskope), Intenelabteilung, modernes Labor, moderne Röntgen-einrichtung (Angiographie, Mammographie incl.).

Die Abteilung verfügt über fünf Plin-Assistentenstellen.

Unterbringung im neu erbauten Personal-Appartementhaus möglich. Bezahlung nach BAT, Chefarztzulage. Das Kreiskrankenhaus Dingolfing (100 km von München entfernt) ist ein moderner Neubau mit vier Fachabteilungen.

Bewerbungen an Landratsamt, 8312 Dingolfing.

Der Landkreis Cham/Oberpfalz sucht für seine Krankenhäuser in Roding und Cham zum nächstmöglichen Zeitpunkt je einen

Facharzt für Anästhesie (Chefarzt)

zum Aufbau einer Anästhesieabteilung.

Beim Kreiskrankenhaus Cham handelt es sich um ein Krankenhaus der Versorgungsstufe I mit insgesamt 200 Planbetten.

Fachabteilungen mit Anstaltsärzten bestehen für Chirurgie (67 Betten) und Innere Krankheiten (69 Betten).

Belegabteilungen bestehen für Säuglings- und Kinderkrankheiten (12 Betten), Gynäkologie und Geburtshilfe (36 Betten), Orthopädie (8 Betten), Urologie (4 Betten), HNO (4 Betten).

Das im Jahre 1968 in Betrieb genommene Kreiskrankenhaus Roding ist im Krankenhausbedarfsplan ebenfalls als Krankenhaus der Versorgungsstufe I ausgewiesen. Es verfügt über 265 Betten, die wie folgt aufgeteilt sind: Chirurgie 100 Betten, Innere Krankheiten 88 Betten, Infektionskrankheiten 12 Betten, Gynäkologie und Geburtshilfe 65 Betten.

Ab 1. Januar 1977 Belegabteilung für HNO mit ca. 15 Betten.

Das Haus verfügt über eine Krankenpflegeschule, Intensivstation (12 Betten), Dialysestation (6 Plätze) und Infektionsabteilung.

Privatliquidation, eine Einkommensgarantie sowie Verträge nach den derzeit üblichen Richtlinien werden zugesichert.

Entsprechende Wohnung kann zur Verfügung gestellt oder vermittelt werden.

Im landschaftlich reizvollen Landkreis Cham stehen neben sämtlichen Schulformen moderne Sport- und Freizeiteinrichtungen zur Verfügung. Die Städte Cham und Roding liegen verkehrsgünstig zur Universitätsstadt Regensburg (Roding 45 km, Cham 60 km) und zur Landeshauptstadt München (Roding 160 km, Cham 195 km).

Eintritt sofort oder nach Vereinbarung.

Bewerbungen werden erbeten an die Verwaltung der Kreiskrankenhäuser des Landkreises Cham, Kreiskrankenhaus, Arnulfstraße 1, 8495 Roding.

Am Kreiskrankenhaus Vohenstrauß, Landkreises Neustadt an der Waldnaab, ist ab sofort auf der Chirurgischen Abteilung die Stelle eines

Assistenzarztes (-ärztin)

bzw. eines

Medizinalassistenten (-assistentin)

zu besetzen.

Die Bezahlung erfolgt nach Verg.-Gruppe II BAT I. d. F. f. Bayer. Landkreise. Der leitende Arzt ist zum Durchgangsarztverfahren sowie 2 Jahre zur Facharztweiterbildung ermächtigt. Die Stadt Vohenstrauß liegt in reizvoller Landschaft im Oberpfälzer Wald. Realschule und Hallenbad im Ort, Gymnasien können mit Schulbus leicht erreicht werden.

Bewerbungen mit den üblichen Unterlagen werden erbeten an den Chefarzt des Kreiskrankenhauses, 8483 Vohenstrauß/Opf.

Die Stadt Schwabach

sucht für das Stadtkrankenhaus (260 Betten) zum frühestmöglichen Zeitpunkt

1 Assistenzarzt (-ärztin)

für die Chirurgische Abteilung (100 Betten).

Angenehmes Arbeitsklima, Vergütung nach BAT (13. Monatsgehalt), Bereitschaftsdienstvergütung nach den höchsten Sätzen.

Die hauptamtlich geleitete Chirurgische Abteilung ist solide und modern ausgestattet. Eine hohe Operationsfrequenz mit Schwerpunkten in der Abdominal- und Unfallchirurgie ermöglicht baldiges selbständiges Operieren. Ausbildung auch in Röntgendiagnostik, AO-Verfahren, Urologie und Anästhesiologie, Ambulanz. Stellenplan der Abteilung: Chef, ein Oberarzt, sieben Assistenzärzte. Chefarzt Dr. Zemsch, welcher zur Facharztweiterbildung für vier Jahre ermächtigt ist, steht für ein Gespräch jederzeit zur Verfügung, Telefon (0 91 22) 50 21.

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

Bewerbungen mit den üblichen Unterlagen werden erbeten an das Personalamt der Stadt Schwabach, Postfach 1680, 8450 Schwabach, Telefon (0 91 22) 50 51.

Ihren Anzeigenauftrag richten Sie bitte an Atlas Verlag und Werbung GmbH & Co. KG., Sonnenstraße 29, Postfach 20 01 11, 8000 München 2, Telefon (0 89) 55 80 81

SYSTEM
Arztform

Fordern Sie unverbindlich

Arztform-Information

mit Katalog über Baukasten-System

Kostenlose Praxisplanung

mit Funktionsvorschlägen und den günstigen Baukasten-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 Karteitrog Tisch 155 cm mit 6 Karteibahnen 482,-

Bitte Prospekt AZ

bevor Sie mit der Planung beginnen, kommen Sie zu uns

Am Städtischen Krankenhaus Forchheim/Dfr. mit 293 Betten, vier Hauptfachabteilungen und zwei Belegerzt-abteilungen ist für die

Innere Abteilung

mit 106 Betten beidmöglicht die Stelle eines (einer)

Assistenzarztes (-ärztin)

zu besetzen.

Geboten werden: Vergütung nach BAT II/b, tarifge-rechte Abgeltung des Bereitschaftsdienstes, sämtliche Sozialleistungen des öffentlichen Dienstes. Umzugs- und Trennungskosten werden nach der staatlichen Regelung gewährt. Die Stadt Forchheim ist bei der Wohnungsbeschaffung behilflich.

Wir suchen Mitarbeiter, die an einer harmonischen Zu-sammenerbeit und an klinischer Weiterbildung Inter-essiert sind.

Der Cheferzt ist zur vollen Facharztweiterbildung er-mächtigt. Geboten werden gründliche Weiterbildung in der gesamten allgemeinen internen Medizin. Moderne diagnostische Möglichkeiten mit Schwerpunkt Gastro-enterologie, Kardiologie sind gegeben.

Forchheim, 25 000 Einwohner, ist Eingegstor zur Frän-kischen Schweiz in der Nähe von Bamberg und der Universitätsstadt Erlangen-Nürnberg mit Autobahn-schluß und hat alle weiterführenden Schulen.

Bewerbungen mit den üblichen Unterlagen erbeten an: **Med.-Dir. Dr. W. Albert, Cheferzt der Inneren Abteil-ung des Städtischen Krankenhauses Forchheim, 8550 Forchheim/Dfr., Telefon (0 91 91) 781.**

Nervenkrankenhaus Regensburg

Unser erweiterter Stellenplan läßt die Einstellung einli-ger weiterer

Assistenzärzte (-ärztinnen)

jetzt oder in absehbarer Zeit zu.

Es ist die volle Weiterbildung zum Arzt für Neurologie und Psychiatrie möglich, ferner die Anerkennung für ein Jahr für Kinder- und Jugendpsychiatrie.

Das Krankenhaus liegt unmittelbar gegenüber der Uni-versität Regensburg und umfaßt zur Zeit rund 1400 Bet-ten in sehr differenzierten, psychiatrischen Stationen. Die Neurologische Abteilung, 60 Betten, großer Durch-gang, ist modernst eingerichtet, verfügt seit Mai 1976 auch über einen Computer-Tomographen, ferner selbst-verständlich EEG, EMG, Scintigraphie, Arteriographie usw., Bäderabteilung, Beschäftigungs- und Arbeitsthera-pie, Musiktherapie, Heilgymnastik, Gerichtspsychiatrie, Krankenpflegeschule, Sozialzentrum.

Wir bieten die Vergütungen des öffentlichen Dienstes, Übernahme ins Beamtenverhältnis, Bereitschaftsdienst-vergütung, Nebeneinnahmen durch Erstattung von Gut-achten und Erstellung von Unterrichten in der Kranken-pflegeschule. Sozialleistungen des öffentlichen Dien-stes. Moderner Personalkindergarten. Für Ledige Wohn-möglichkeit vorhanden. Wir helfen Verheirateten bei der Wohnungsbeschaffung in der Stadt.

Bewerbungen mit den üblichen Unterlagen werden er-beten an die **Abteilung des Nervenkrankenhauses, Uni-versitätsstraße 84, 8400 Regensburg.**

Telefonische Kontaktaufnahme mit Direktor Dr. Sebe-stian Maier ist unter der Telefonnummer (09 41) 94 12 00 möglich.

Die moderne Arztpraxis

Einrichtungsvorschläge kostenlos. In meinen Ausstellungs-räumen finden Sie Anregungen für individuelle Praxisgestaltung. Vorbereitungen auch zum Wochenende möglich.

Bewährter Kundendienst seit 25 Jahren und eben solange Er-fahrung garantiert Ihnen eine sorgfältige fachliche Beratung.

Josef Pongretz, Arzt-, Krankenhaus- und Laborbedarf, Grafinger Straße 108, 8360 Deggendorf, Telefon (09 91) 59 72

Chir. Ass.-Stelle

Ab 1. Oktober 1976 gesucht im Groß-raum München von 30-jährigem Mün-chener Assistenzarzt, jeweils ein halbes Jahr chirurgische und innere Medizinalassistenten-Zeit.

Zuschriften erbeten unter Nr. 331/242 an die Anzeigenverwaltung BAYE-RISCHES ARZTEBLATT, Sonnen-straße 29, 8000 München 2.

Deutscher, Assistenzarzt (Chirurg), 29 Jahre, ledig, im 2. Facharzt-Jahr, in ungekündigter Position, sucht zum 2. Oktober 1976

Stelle zur Weiterbildung
Raum Oberbayern bevorzugt.

Zuschriften erbeten unter Nr. 331/243 an die Anzeigenverwaltung BAYE-RISCHES ARZTEBLATT, Sonnen-straße 29, 8000 München 2.

Ihr Fachberater für perfekte Praxiseinrichtung

Ausstellung kompletter Praxen aller Fachrichtungen

Nutzen Sie den Vorteil der Lieferung und späteren Betreuung aus einer Hand. Unsere Referenz: über 90 Praxiseinrichtungen in 30 Monaten.

HÖLLERER KG

Röntgen, Med. Elektronik, Labortechnik, Diagnostik

85 Nürnberg

Noricus am Wördersee

Norikerstraße 2 · Telefon (09 11) ○ 49 20 02

NEU

Bei der Symptomtrias

**Magenschmerzen
Säurebeschwerden
Völlegefühl**

**RABRO[®]
GEL**



**trivalentes
Magen-Gel**

Zusammensetzung:

5 g Suspension enthalten: Calciumcarbonat 0,500 g, Magnesiumtrisilikat USP XVIII 0,250 g, Bentonit USP XVIII 0,100 g, Dimethylpolysiloxan 350 cSt 0,040 g.

Eigenschaften:

Rabro-Gel ist ein gut verträgliches und intensiv wirkendes säurebindendes Präparat (Antazidum) zur Behandlung von Beschwerden, die durch übermäßige Säurebildung verursacht sind. Die Antazide Calciumcarbonat, Magnesiumtrisilikat und Bentonit dämpfen die Säurewirkung in Richtung physiologischer Werte. Des nur im stärker sauren Bereich optimal wirksame Pepsin erfährt dadurch ebenfalls eine Herabsetzung der Wirksamkeit. Das Dimethylpolysiloxan beseitigt krankhafte Gasansammlungen im Verdauungstrakt.

Anwendungsgebiete:

Rabro-Gel ist besonders geeignet zur unterstützenden Therapie bei Schleimhautentzündung des Magens (Gastritis) und zur Behandlung von Beschwerden, die durch überschüssige Säurebildung verursacht sind.

Dosierung und Anwendungsweise:

Wenn vom Arzt nicht anders verordnet, den Inhalt von 1-2 Beuteln bzw. 1-2 großen Teelöffeln mehrmals unverdünnt einnehmen. Die Dauer der antiziden Wirkung kann verlängert werden, wenn das Gel etwa eine Stunde nach den Mahlzeiten eingenommen wird.

Nebenwirkungen, Begleiterscheinungen:

Die Resorption von Nahrungsstoffen und Medikamenten, z. B. Tetracyclin, kann beeinträchtigt werden.

Besondere Hinweise:

Schwer verdauliche Speisen, wie z. B. Hülsenfrüchte und alle Späisen und Genußmittel die nach eigener Erfahrung zu Magenschmerzen führen, sollten während der Behandlung gemieden werden.

Darreichungsformen, Packungsgrößen und Preise:

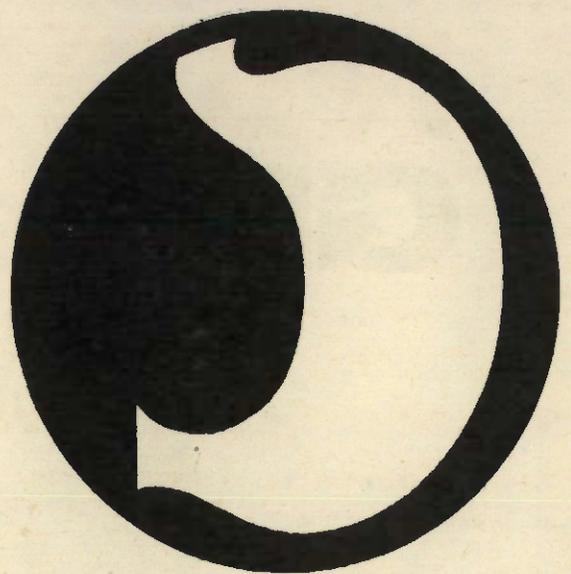
Originalpackg m. 20 Beuteln à 5 g DM 9,95
Originalpackg m. 1 Flasche à 200 g DM 14,40
Anstaltspackg m. 200 Beuteln à 5 g
Anstaltspackg m. 10 Flaschen à 200 g



**DAUELSBERG + CO
GÖTTINGEN
PENICILLIN-
GESELLSCHAFT**

GASTRICHOLAN[®]

**STOMACHICUM
UND
CHOLAGOGUM**



**Die bewährte Phytotherapie
bei gastrointestinalen Störungen**

Zusammensetzung

1 Tropfen:

Flor. Chamom.	1,25 mg
Rhlz. Calami	1,20 mg
Fol. Menthae pip.	1,25 mg
Herba Absinthii	0,75 mg
Herba Thymi	0,80 mg
Fruct. Foenic.	0,75 mg
Spirit.	8 mg
Aqu. dest.	32 mg

Indikationen

Subazide Gastropathien
chron.-dyspept. Zustände
Dauerbehandlung nach
Rollkuren
Subazidität nach Antibiotika-
und Tuberkulostatika-
Therapie

Handelsformen

Flasche 20 ml DM 3,70
Flasche 50 ml DM 6,80
Packung mit 6 x 50 ml

SÜDMEDICA GMBH 8 MÜNCHEN 70



In der Mitte herausnehmbar:

Wichtige Mitteilung für Nichtkassenärzte: Förderung der Niederlassung durch „Erweitertes Bayern-Programm“

Inhalt:

Zum 29. Bayerischen Ärztetag in Regensburg

Sewering 753

Grüßworte:

Regierungspräsident Dr. Emmerig 755

Oberbürgermeister Schlichtinger 756

Dr. Braun 757

Programm 759

Schipperges: Honorius von Regensburg 760

Ehrhart: Internistische Therapie maligner Tumoren 768

Einführungslehrgänge in die kassenärztliche Tätigkeit 783

Reindell/Kindermann: Die Bedeutung der Sportmedizin für die Allgemeinmedizin 784

Schretzenmayr: Das Antoniusfeuer 798

Fakultät 808

Der künstliche Zahn ging ins „Kessen“-Auge! 813

Aktuelle Anämiefreigen 814

Gesundheits-Sozial-Berufspolitik 820
Neuregelung des Schwangerschaftsabbruches – Neuwahlen bei den Anästhesisten

Landespolitik: Bayerns Sorge – eine Baby-Baisse 826

Rechtsfragen: Klinische Sektion 829

Brief aus Bonn: Diskussion um Rentenpolitik 835

Äskulap und Pegasus 836

Kongresse 838

Schnell informiert 844

Wirtschaftsinformationen 847

Die meldepflichtigen übertregbaren Krankheiten in Bayern – Juni 1976 850

Buchbesprechungen 854

Therapeutika 859

Kongreßkalender 865

← **Breitband-**
bakterizidum →

Co-trim- Tablinen®

Co-trimoxazol 480 mg
Trimethoprim 80 mg, Sulfamethoxazol 400 mg



20 Tabl. **9.80**

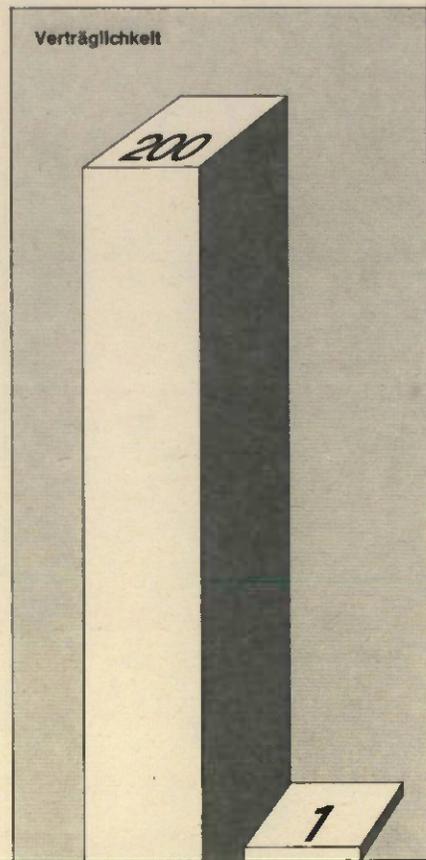
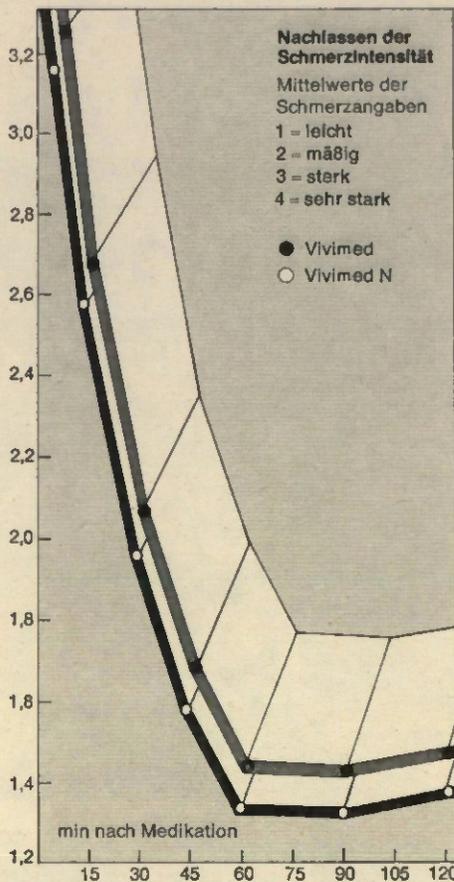
50 Tabl. **19.90**

Normdosis	
morgens	⊕ ⊕
abends	⊕ ⊕
Hochdosis	
morgens	⊕ ⊕ ⊕
abends	⊕ ⊕ ⊕
Langzeitdosis	
morgens	⊕
abends	⊕
Kinderdosis individuell nach Alter!	
morgens	⌣ bis ⊕
abends	⌣ bis ⊕

Indikationen: Infektionen der Luftwege, der Nieren- und Harnorgane, des Magen-Darm-Traktes, der Haut u. a.

Kontraindikationen: Schwere Leber- und Nierenschäden, Blutkrankheiten, Sulfonamidüberempfindlichkeit, Schwangerschaft; Früh- und Neugeborene in den ersten Lebenswochen. Bei eingeschränkter Nierenfunktion darf das Präparat nur unter Kontrolle der Blutspiegelwerte in niedrigerer Dosierung verabreicht werden. Bei der Langzeittherapie soll das Blutbild regelmäßig kontrolliert werden. Sollte ein Folsäuremangel auftreten, muß eine entsprechende Substitutionsbehandlung durchgeführt werden. Hexamethylentetramin- und procainhaltige Präparate sollen nicht gleichzeitig eingenommen werden.

Auch ein wirksames Analgetikum kann verträglich sein



Im kontrollierten Doppelblindversuch* konnte die noch stärkere Wirkung von Vivimed N gegenüber Vivimed bei schweren postoperativen Schmerzzuständen eindeutig nachgewiesen werden.

Auch die Verträglichkeit war ausgezeichnet. Nur einer von insgesamt 200 Patienten zeigte eine Nebenwirkung in Form von Magenunverträglichkeit.

*LINCKE, U./HARNISCH, H.: Doppelblindstudie über Wirkungsvergleich von Phenazetin und Paracetamol in einer Analgetika-Kombination. (Aus der Abteilung für Kieferchirurgie des Städt. Rudolf-Virchow-Krankenhauses Berlin). Zahnärztl. Welt 84 (1975), SS. 318-323

vivimed[®] N

vereinigt höhere Wirksamkeit mit besserer Verträglichkeit

Zusammensetzung: Propyphenazon 90 mg, Phenyl-dimethyl-pyrazolon-methylemino-methansulfonseures Natrium 35 mg, Paracetamol (NAPA) 200 mg, Bucetin 30 mg, Coffein 50 mg, Vitamin-B₁-nitrat 5 mg pro Tablette. **Indikationen:** Kopfschmerzen, Zahnschmerzen, Nervenschmerzen (Neuralgien), rheumatische Schmerzen, Migräne, Menstruationsbeschwerden, Grippe u. e. Erkältungskrankheiten, Wetterfühligkeit und Föhnkrankheit sowie Folgen von übermäßigem Alkohol- und Nikotingenuß. **Kontraindikationen:** Schwere Nierenfunktionsstörungen; akute intermittierende Porphyrie; Granulozytopenie; genetisch bedingter Mangel an Glukose-6-Phosphat-Dehydrogenase. **Dosierung und Anwendungsweise:** 1 Tablette, bei besonders starken Schmerzen 1 1/2-2 Tabletten; bei Erkältungskrankheiten 4 x täglich 1 Tablette. Die Dosierung von 6 Tabletten pro Tag sollte nicht überschritten werden. Kinder erhalten je nach Alter und Bedarf 1/4-1/2 Tablette. Die Tabletten sind mit etwas Flüssigkeit einzunehmen. **Besondere Hinweise:** Vivimed N enthält keine Substanzen, die Ermüdungserscheinungen hervorrufen; dadurch kommt es bei Autofahrern nicht zu Reaktionsverminderung. **Handelsformen und Preise:** Packungen mit 10 Tabletten DM 1,85 m. Mwst., 20 Tabletten DM 3,20 m. Mwst., Klinikpackungen.

dr. menn
1000 berlin 20