



Bayerisches Ärzteblatt

Mit amtlichen Mitteilungen der Ministerien

Herausgegeben von der Bayerischen Landesärztekammer

Nummer 12

„Willst Du die Herde schlagen, mußt Du den Hirten treffen!“

Diffamierungskampagne gegen Professor Dr. Sewering

Die Tatsache, daß auch die Gemeinschaftspraxis der Ärzte Professor Dr. Sewering - Dr. St. in zwei Quartalen 1975 auf Wirtschaftlichkeit überprüft wurde und eine Kürzung der Honorarabrechnung im Raume steht, hat zu einer unglaublichen Haß- und Hetzkampagne gegen die Person des Kollegen Sewering in der Öffentlichkeit geführt. In 29 Jahren kassenärztlicher Tätigkeit ist diese Prüfung stets durchgeführt worden; die Praxisführung wurde bisher immer als wirtschaftlich anerkannt. Der jetzige Beschluß des Beschwerdeausschusses, der selbstverständlich in geheimer Beratung gefaßt wurde, ist weder abgesetzt, noch begründet, noch zugestellt. Selbstverständlich steht auch in keiner Weise fest, ob die Prüfmaßnahme sachlich berechtigt ist und rechtskräftig werden wird. Immerhin kann der Kollege Sewering seine wirtschaftliche Praxisführung mit guten Gründen vertreten. Die Praxis wird als Gemeinschaftspraxis geführt, in der ständig drei Ärzte, zeitweise mehr, tätig sind. Sie ist fast ausschließlich auf diagnostische Leistungen nach Überweisung (90 Prozent) durch Kassenärzte ausgerichtet.

Die Wirtschaftlichkeitsprüfung trifft jeden Kassenarzt — sie bewirkt lediglich, daß tatsächlich erbrachte ärztliche Leistungen unter Umständen im Hinblick auf das Wirtschaftlichkeitsgebot nicht honoriert werden können. Eine solche Feststellung beinhaltet selbstverständlich in keiner Weise den Vorwurf einer unkorrekten, ehrenrührigen oder gar betrügerischen Handlungsweise.

Unabhängig von dieser Sach- und Rechtslage geschieht heute folgendes:

Der Öffentlichkeit wird durch Zeitungsberichte eine „Verurteilung“ des Kollegen Sewering mitgeteilt, wobei angebliche Einzelheiten mit angegeben wer-

den. Ein Münchener Boulevardblatt beruft sich dabei auf einen „Sprecher der Krankenkassen“, dem Worte in den Mund gelegt werden, die eindeutig eine Schweigepflichtverletzung beinhalten.

Als Folge solcher Pressedarstellungen verunglimpfen SPD-Abgeordnete im Land und im Bund den Kollegen Sewering als „profitgierig“ und fordern seinen Rücktritt. Die SPD-Abgeordneten machen sich in keiner Weise die Mühe, die Sach- und Rechtslage zu prüfen, obwohl sich darunter Sozialpolitiker befinden, die Bescheid wissen müßten.

Hier wird deutlich, daß gezielt Rufmord begangen werden soll. Wenn man berücksichtigt, daß die Ortskrankenkassen bereits im Mai 1976 — zur Zeit des Deutschen Ärztetages — in ihrer Hauspostille „Die Ortskrankenkasse“ die Einleitung des Prüfungsverfahrens gehässig glossiert haben, kann das nunmehr politische Hochspielen des Vorganges nicht überraschen. Hier greift man vordergründig den Arzt an, der das Fehlverhalten des Landesverbandes der Ortskrankenkassen bei dem durch die Presse bekanntgewordenen „AOK-Skandal“ von Lindau angepregert hat, und der sich immer wieder für die Erhaltung eines freiheitlichen Gesundheitswesens und gegen alle Sozialisierungstendenzen in der SPD eingesetzt hat. In Wahrheit meint man hier die Sache der Ärzte, nach dem Motto: „Willst Du die Herde schlagen, mußt Du den Hirten treffen!“

Die Vorstände der Bayerischen Landesärztekammer und der Kassenärztlichen Vereinigung Bayerns sind dieser durchsichtigen und verantwortungslosen Kampagne mit Entschiedenheit entgegengetreten.

Die bayerische Ärzteschaft wird ihr mit erhöhter Geschlossenheit und mit voller Solidarität zu ihrem Präsidenten entworten.

Erklärung des Vorstandes der Kassenärztlichen Vereinigung Bayerns:

Die Veröffentlichungen sind ein Musterbeispiel einer gezielten Diffamierung des Herrn Professor Sewering, insbesondere im Hinblick auf seine Ehrenämter innerhalb der deutschen und bayerischen Ärzteschaft.

1. Tatsache ist, daß die Gemeinschaftspraxis der Ärzte Professor Dr. Sewering - Dr. St. für zwei Quartale 1975 auf Wirtschaftlichkeit überprüft wurde und eine Honorarkürzung hinnehmen mußte, weil im Hinblick auf das sogenannte Wirtschaftlichkeitsgebot die Kassen nicht alle für die Patienten erbrachten Leistungen zu zahlen bereit waren. Daß die Honorarforderung eines Kassenarztes nicht in vollem Umfang wegen des Wirtschaftlichkeitsgebotes anerkannt wird, ist ein absolut normaler Vorgang, den Tausende von Kassenärzten jedes Quartal erleben. Im Rahmen der kassenärztlichen Versorgung werden ständig Leistungen im Interesse der Patienten erbracht, die von den Kassenärzten für notwendig gehalten werden, die aber im Prüfverfahren nicht als „wirtschaftlich“ anerkannt werden. Im Prüfverfahren ist maßgebend, daß die kassenärztliche Versorgung sich an den Grenzen des „Ausreichenden“ orientiert und nicht „optimal“ oder „maximal“ sein kann.

Die Gemeinschaftspraxis ist fast ausschließlich auf diagnostische Leistungen nach Überweisung durch Kassenärzte ausgerichtet. Sie hat deshalb eine weit über den üblichen Rahmen hinausgehende technische Ausstattung mit umfangreichen Möglichkeiten einer integrierten Diagnostik. Professor Sewering vertritt in der Praxis das Teilgebiet der Lungen- und Bronchialheilkunde, das sich auch von der Wirtschaftlichkeit her gesehen als unproblematisch darstellt. Die Beurteilung derartiger Praxen wird aber immer wieder Probleme im Rahmen der Wirtschaftlichkeitsprüfung aufreißen. Inhaber derartiger Praxen werden notgedrungen Abstriche hinnehmen müssen. Daraus eine Verletzung kassenärztlicher Pflichten ableiten zu wollen, ist eine bewußte Diffamierung.

2. Tatsache ist, daß es sich bei einer Honorarmaßnahme nicht um eine „Verurteilung“ des Kassenarztes handelt, sondern um die Festsetzung des Honorar-

anteils des Arztes an der Gesamtvergütung der Kassenärztlichen Vereinigung, in diesem Fall für die Gemeinschaftspraxis. Daraus eine Pflichtverletzung zu konstruieren oder von einem „Skandal“ zu sprechen, ist eine unverantwortliche Irreführung der Öffentlichkeit.

3. Tatsache ist, daß die Tätigkeit der Prüforgane der Kassenärztlichen Vereinigung und Krankenkassen bei Wirtschaftlichkeitsmaßnahmen gegen Kassenärzte häufig öffentliches Interesse gefunden hat. Dabei hat insbesondere die Boulevardpresse stets für den betroffenen Kassenarzt Stellung genommen, weil er ja nur deshalb „bestraft“ worden sei, „weil er seine Patienten zu gut behandelt habe“. Ausgerechnet und ausschließlich der Kassenarzt Sewering wird mit seiner Gemeinschaftspraxis von denselben Vertretern der Öffentlichkeit bezichtigt, daß er – im Hinblick auf eine Wirtschaftlichkeitsmaßnahme – „verurteilt“ worden sei.

4. Was bei dieser Diffamierungskampagne gewollt ist, wird besonders deutlich durch eine Presseverlautbarung der SPD-Abgeordneten Hedi Westphal, MdL, in ihrer Eigenschaft als Vorsitzende des sozialpolitischen Arbeitskreises der SPD-Landtagsfraktion.

Den absolut normalen Vorgang einer Honorarkürzung in der Gemeinschaftspraxis Professor Sewering - Dr. St. nimmt die SPD-Abgeordnete zum Anlaß, den Rücktritt Sewerings von seinen Ehrenämtern zu fordern. Dieses Verhalten muß der Vorstand der Kassenärztlichen Vereinigung Bayerns als politischen Skandal bezeichnen.

Tatsache ist, daß die Begründung der Honorarmaßnahme überhaupt noch nicht niedergelegt ist und die SPD-Abgeordnete sich darüber gar nicht informiert hat. Außerdem müßte der Sozialpolitikerin der SPD der Vorgang als normaler Verwaltungsvorgang im Rahmen der gesetzlichen Tätigkeit der Kassenärztlichen Vereinigung bekannt sein. Mit ihrer Verlautbarung hat die SPD-Abgeordnete gröblich ihre Sorgfaltspflicht verletzt und muß sich den Vorwurf machen lassen, daß sie bewußt diffamieren will.

München, 9. November 1976

Erklärung des Vorstandes der Bayerischen Landesärztekammer:

Bestimmte Politiker sind seit Jahren bestrebt, das Vertrauen der Bevölkerung zu ihren Ärzten auch dadurch zu untergraben, daß sie führende Repräsentanten der deutschen Ärzteschaft in der Öffentlichkeit diffamieren. So wird seit einiger Zeit gegen besseres Wissen und mit gefälschten Tebestandsschilderungen durch gezielte Aktionen versucht, den Präsidenten der Bundesärztekammer und der Bayerischen Landesärztekammer, Professor Dr. Sewering, als Rechtsbrecher hinzustellen. In Presseberichten wird behauptet, Professor Dr. Sewering hätte als Kassen-

arzt den Krankenkassen hohe Summen von „unberechtigten Honoraren“ in Rechnung gestellt und wäre deshalb zu einer hohen Rückzahlung „verurteilt“ worden.

Dadurch wird der Eindruck erweckt, als ob durch ein Gericht eine Verurteilung erfolgt wäre. In einigen Presseberichten wird ferner der Eindruck erweckt, als wären nicht erbrachte Leistungen in Rechnung gestellt worden. Dies ist nicht der Fall. Ein derartiger Sachverhalt, der unweigerlich von den betroffenen Krankenkassen zum Gegenstand eines Strafantrages

wegen Betrug es gemecht worden wäre, liegt hier ebenfalls nicht vor. Vielmehr wurde die Gemeinschaftspraxis Professor Dr. Sewering und Dr. Stattelmann, wie jede andere Kassenpraxis auch, daraufhin überprüft, ob die erbrachten und den Patienten zugute gekommenen Leistungen auch in vollem Umfange als kassenwirtschaftlich notwendig angesehen werden können.

Dabei wurde festgestellt, daß in zwei Abrechnungsquartalen von der umfangreichen und fachspezifisch qualifizierten Gemeinschaftspraxis ein Teil der tatsächlich erbrachten Leistungen, unter Anwendung der derzeit geltenden Wirtschaftlichkeitsgrundsätze, nicht honoriert werden soll. Es handelt sich also um einen im Rahmen der gemeinsamen Selbstverwaltung von Kassenärzten und Krankenkassen normalen Prüfvergang. Dabei ist überdies zu berücksichtigen, daß die Gemeinschaftspraxis Professor Dr. Sewering und Dr.

Stattelmann eine fast ausschließlich diagnostisch tätige Überweisungspraxis ist, bei der die Überweisungsaufträge der überweisenden Ärzte für gesicherte Diagnostik mit relativ hohem Personal- und Sachaufwend ausgeführt werden müssen.

Es charakterisiert die Presseveröffentlichungen als gezielte Diffamierungskampagne, daß die von dem Prüfverfahren Betroffenen bis heute noch keinen schriftlichen Entscheid des Beschwerdeausschusses vorliegen haben.

Diese Methode versuchten Rufmordes zielt ganz offensichtlich auf die Ausschaltung eines von unlauteren Gegnern gefürchteten Kämpfers für die ärztliche Freiberuflichkeit und Unabhängigkeit. Um so nachdrücklicher erklärt die Vorstandschaft der Bayerischen Landesärztekammer ihre volle Solidarität mit ihrem Präsidenten.

Schreiben an die Fraktion der SPD im Bayerischen Landtag des stellvertretenden Vorsitzenden des Vorstandes der Kassenärztlichen Vereinigung Bayerns, Dr. Kolb, und des Vorsitzenden der Vertreter- versammlung der Kassenärztlichen Vereinigung Bayerns, Dr. Seuss:

Zu den weiteren Veröffentlichungen durch die Landtagsfraktion der SPD in Bayern, Ihres Vorsitzenden Dr. Rothmund und des Vorsitzenden der Landesgruppe bayerischer Abgeordneter in der SPD-Bundestagsfraktion, Dr. A. Bayerl, gibt die Kassenärztliche Vereinigung Bayerns folgende weitere Stellungnahme ab:

Anträge der Krankenkassen auf Überprüfung der kassenärztlichen Behandlung und Verordnung sind in der Tat alltägliche Vorkommnisse. Mehr als die Hälfte aller bayerischen Kassenärzte war davon im Laufe ihrer kassenärztlichen Tätigkeit schon betroffen, zum Beispiel auch die beiden Unterzeichneten. Mehr als ein Viertel aller bayerischen Kassenärzte hat schon einmal einen Honorarabstrich oder Arzneimittelregreß hinnehmen müssen, darunter auch der rechts Unterzeichnete (Dr. Kolb).

Die Honorarforderung des Kassenarztes an die Kassenärztliche Vereinigung ist zwar die Grundlage für seine Vergütung, ein Rechtsanspruch auf Anteil an der Gesamtvergütung erwächst ihm aber nur in der Höhe, die die vertraglich vereinbarte Zahlung der Krankenkassen zuläßt.

Nach dem Gesetz muß die kassenärztliche Versorgung ausreichend und zweckmäßig sein. Eine „maximale“ oder „optimale“ ärztliche Versorgung kann in der Kassenpraxis nicht voll honoriert werden.

Aus diesen Gründen ist ein Prüfverfahren oder eine rechtswirksame Kürzung des Kassenhonorars, die im übrigen für die Gemeinschaftspraxis Dr. Sewering -

Dr. St. noch gar nicht vorliegt, kein Beweis für eine gesetzwidrige, schuldhefte oder ehrenrührige Handlungweise. Im Gegenteil: Ein von einer Kürzung betroffener Kassenarzt hat in aller Regel für seine Patienten ärztlich mehr getan, als der Gesetzgeber und die soziale Krankenversicherung dem einzelnen Versicherten zubilligen können. Im übrigen sind für Verstöße gegen das Gesetz nicht die Prüforgane, sondern die Disziplinarausschüsse der Kassenärztlichen Vereinigungen und die Gerichte zuständig.

Diese Tatsachen sollten mindestens den sozialpolitisch engagierten Mitgliedern Ihrer Fraktion bekannt sein.

Ihre Presseverleutberungen verschweigen außerdem, daß in der Gemeinschaftspraxis Dr. Sewering - Dr. St. drei Ärzte ständig und zeitweise weitere Ärzte tätig sind.

Vorgänge und Verfahren der kassenärztlichen Prüfung unterliegen der Schweigepflicht. Das Verfahren vor dem Beschwerdeausschuß Oberbayern in Sachen der Gemeinschaftspraxis Dr. Sewering - Dr. St. kann nur unter Bruch dieser gesetzlich vorgeschriebenen Schweigepflicht öffentlich bekanntgeworden sein. Eine ohne Ansehen der Person verfügte Honorarkürzung beweist das Funktionieren einer von Kassenärzten und Kassenvertretern paritätisch besetzten Selbstverwaltungseinrichtung selbst dann, wenn man bedauern muß, daß offensichtlich ein bayerischer Kassenverband durch gezielte Maßnahmen und Indiskretionen eine politische Diffamierungskampagne gegen Professor Sewering gestert haben könnte, der

als Vorsitzender der Kassenärztlichen Vereinigung Bayerns wegen des Lindauer AOK-Skandals mitten in einer heftigen Kontroverse mit dem Landesverband der Ortskrankenkassen in Bayern steht. Erhöhet wird dies dadurch, daß bereits in der Zeitschrift „Die Ortskrankenkasse“ (der Hauszeitschrift des Bundesverbandes der Ortskrankenkassen) 9-10/1976 vom Mal — zum Zeitpunkt des Deutschen Ärztetages 1976 — durch Bruch der Schweigepflicht über das Verwertungsprüfverfahren berichtet wurde.

Wir erlauben uns daher die Frage, wie es mit der politischen Verantwortung einer demokratischen Partei vereinbar ist, eine auf diesem Wege gewonnene Information zur Grundlage unzutreffender Aussagen und eines diffamierenden Antrages zu machen. Wir betrachten weiterhin die Forderung der Abgeordneten H. Westphal und Dr. Bayerl nach Rücktritt Sewerings als einen unverantwortlichen Eingriff in die demokratische Selbstverwaltung der Ärzte.

Nach Ihrer in dpa am 9. November 1976 gegebenen Presseinformation wollen Sie angeblich die „gesamte Ärzteschaft“ vor „großem Schaden“ bewahren. Die gleichzeitig von Dr. Bayerl, MdB, erhobene Forderung nach „durchgreifenden Maßnahmen“ zur „Senkung der Kosten“ im Gesundheitsbereich und nach „Ein-

richtung medizinisch-technischer Zentren“ offenbart Ihre wirklichen Ziele und verdeutlicht Ihre Taktik, die nach dem Motto operiert:

Willst Du die Herde schlagen,
mußt Du den Hirten treffen.

Die bayerischen Kassenärzte wissen den unermüdlischen Einsatz und die hohen Verdienste ihres Vorstandsvorsitzenden, Professor Dr. Sewering, für die bayerischen Kassenärzte, die Erhaltung eines freihheitlichen Gesundheitswesens und gegen alle Sozialisierungstendenzen Ihrer Partei wohl zu würdigen. Sie dürfen gewiß sein, daß die gewählten Vertreter der KVB nicht im entferntesten an eine Abwahl ihres Vorsitzenden denken. Sie werden ihm mit Sicherheit auf der nächsten Vertreterversammlung mit noch größerer Mehrheit als in der Vergangenheit das Vertrauen aussprechen.

Wir sind überzeugt, daß die unverantwortliche Diffamierung des Repräsentanten der bayerischen Kassenärzte durch Ihre Partei die bayerischen Kassenärzte unter Führung Sewerings zu einer geschlossenen Abwehrfront gegen die Pläne der SPD zusammenführen wird.

Dieser Brief wurde auch der Presse übergeben.

Liebe Kolleginnen und Kollegen!

Die erste Seite dieses Blattes war, wie jedes Jahr, für unseren Weihnachtsgruß reserviert. Aktuelle Ereignisse verlangten den Vorrang. Unser Gruß und unsere Wünsche an Sie, liebe Kolleginnen und Kollegen, sind deshalb nicht weniger herzlich.

Das zu Ende gehende Jahr hat uns auch im Bereich der gesundheitlichen Versorgung gezeigt, wie schwierig die Lage in der Bundesrepublik geworden ist. Die finanzielle Misere der Rentenversicherung, der Plan, sie auf Kosten der Krankenversicherung zu sanieren, das Kesseltreiben gegen die angeblich zu hohen Honorare der Ärzte lassen für das kommende Jahr eher eine weitere Anspannung der Lage erwarten. Das soeben verabschiedete Änderungsgesetz zum Kassenarztgesetz bringt weder für die Patienten noch für die Ärzte irgendeine Verbesserung. Aber es wurde wieder eine Weiche gestellt für den Einbruch in den Sicherstellungsauftrag der Kassenärzte.

Die Reglementierung der Fortbildung über das Kassenarztrecht ist ein bedenklicher Einbruch in das allgemeine Arztrecht. Daß der Bundesrat seine zunächst so klar geäußerten verfassungsrechtlichen Einwände fallen ließ, nur um eines fragwürdigen Kompromisses willen, bleibt unverständlich.

Von Jahr zu Jahr verlassen mehr junge Ärzte die Universität. Gleichzeitig werden aber die Krankenhäuser ihren Bettenbestand und damit auch ihre Personalstellen verringern müssen. Bedenkenlos hat man dennoch zugleich die Zahl der Studienanländer weiter erhöht, die 10000-Marke pro Jahr wird jetzt erreicht. Man will uns offensichtlich mit dem „Überlautprinzip“ in den Griff bekommen, was bisher noch nicht so recht nach Wunsch gelingen wollte.

Dennoch dürfen wir uns nicht entmutigen lassen. Die deutschen Ärzte haben schon oft harte Zeiten und Kämpfe durchstehen müssen. Entscheidend ist, daß wir dabei unsere eigentliche Aufgabe nicht vernachlässigen: die bestmögliche ärztliche Versorgung unserer Patienten. Ihr Vertrauen und ihr Dank muß uns auch in Zukunft für manches entschädigen.

Ihnen allen, liebe Kolleginnen und Kollegen, und Ihren Familienangehörigen gelten unsere aufrichtigen Wünsche für das kommende Jahr.

Ihre

Dr. Hermann Braun

Professor Dr. Hans J. Sewering

Dr. Friedrich Kolb

Was haben wir von der neuen Bundesregierung zu erwarten und welche Forderungen haben wir an sie?*

von Hermann Braun

Die Würfel sind gefallen. Es steht fest, daß wir für die nächste Zeit die gleiche Regierungskoalition haben werden wie in der vergangenen Zeit. Es steht aber nicht fest, ob die personelle Besetzung der einzelnen Regierungsressorts gleichbleibt. Sie haben z.B. auch erfahren, daß schon vor der Wahl geredet wurde, daß es auch bei Gleichbleiben der Regierung im Gesundheitsministerium eine Umbesetzung geben soll.

Wir haben vor der Wahl sehr aufmerksam die Wahlprogramme der einzelnen Parteien gelesen. Natürlich haben wir uns dabei schwerge- wichtig mit den Dingen befaßt, die zur zukünftigen Gesundheitspolitik gesagt wurden. Mit Sicherheit kann man heute schon sagen, daß bei der geringen Stimmenmehrheit der Regierungskoalition im Bundestag und bei den Gegebenheiten im Bundesrat es kaum möglich sein wird, heiße Eisen in der Gesetzgebung anzufassen. Es wird daher kaum einschneidende Regelungen geben können, die die prekäre finanzielle Situation der Rentenversicherungsträger und die Kostenentwicklung im Gesundheitswesen überhaupt von Grund auf lösen können.

Bei den gesundheitspolitischen Aussagen der Parteien vor der Wahl konnten wir feststellen, daß die CDU, die CSU und die FDP uneingeschränkt an der Erhaltung unseres Systems der gesundheitlichen Versorgung der Bevölkerung festhalten wollen. Dabei ist man aber über allgemeine Feststellungen nicht wesentlich hinausgegangen. Zum mindesten konnte man kaum etwas darüber lesen, wie man zum Teil

sehr schwierige Probleme in der Zukunft lösen und wie man den Bürger dieses Landes zu mehr Gesundheitsbewußtsein und Selbstverantwortung bringen will.

Auch die SPD hat in ihren Wahlausagen erhebliche Zugeständnisse an die Freiberuflichkeit des ärztlichen Wirkens und an die freie Arztwahl sowie an unser gegenwärtiges System der Krankenversorgung gemacht. Trotzdem sollte man aber nicht vergessen, daß es seit einem Jahr einen Orientierungsrahmen 85 gibt, in dem es ein integriertes Gesundheitssystem mit medizinisch-technischen Zentren, mit vorstationärer Diagnostik und nachstationärer Behandlung und mit einer Gebietskörperschaft gibt, die generell sowohl die ambulante wie die stationäre Versorgung der Bevölkerung sicherstellen soll. Trotzdem soll auch nach diesem Orientierungsrahmen die niedergelassene Ärzteschaft erhalten bleiben. Geflissentlich verschweigt man dabei, daß bei diesem System der frei niedergelassene Arzt automatisch ausgehungert wird, weil man ihm sein Werkzeug aus der Hand nimmt. Er könnte nurmehr einen Überweisungsschein schreiben und ein Berater in psychischen und sozialen Problemen sein. Sein selbstverantwortliches Handeln für den kranken Menschen und seine Entscheidungsfreiheit wären dahin, weil er ohne Hilfe der modernen Technik keine klaren Diagnosen mehr stellen und auch den Patienten nicht mehr qualifiziert behandeln könnte.

Diese Feststellung hat gar nichts zu tun mit einem Festhaltenwollen an unserem materiellen Besitzstand. Es gibt heute schon viele unter uns, denen es wirtschaftlich besser ginge,

wenn sie mit festen monatlichen Bezügen rechnen könnten, wenn sie einen gesetzlich fixierten und bezahlten Urlaubsanspruch hätten und mit festen Pensionsbezügen rechnen könnten. Natürlich geht es hier auch um uns und um unsere Wirkungsmöglichkeit – in erster Linie aber geht es hier um unsere Bürger, die unsere Patienten sind. Sie würden in einem solchen System nicht mehr freie Menschen sein, mit ihrer eigenen Individualität, die sich den Arzt ihres Vertrauens suchen, um ihm ihr ganzes Leben anzuvertrauen. Sie würden zu Nummern, die einer anonymen Institution ausgeliefert sind und die gerade das nicht mehr könnten, was man in letzter Zeit immer lauter von uns fordert, daß sie nämlich das geduldige Ohr eines Arztes ihres Vertrauens finden, dem sie die intimsten Vorgänge in ihrem Leben anvertrauen können. Diese durchnummerierten Menschen würden sich nämlich hüten, ihre Intimsphäre preiszugeben, wenn sie wissen, daß dies alles jederzeit abruf- fähig in die Computer eingespel- chert wird.

Daß dies alles auch in der nächsten Legislaturperiode wegen der parlamentarischen Gegebenheiten nicht realisierbar ist, hoffen wir zuversichtlich.

Was haben wir dann von der neuen Bundesregierung zu erwarten?

Die Kostenentwicklung im Gesundheitswesen muß man doch irgendwie in den Griff bekommen. Es ist nicht zu erwarten, daß auch das neu gewählte Parlament viel Verständnis für das Wesen der Freiberuflichkeit, nicht nur des Arztes, sondern auch aller anderen freien Berufe,

*) Referat auf der Münchener Ärzteversammlung am 13. Oktober 1976.

aufbringt. Sind doch die Abgeordneten zum weitaus größten Teil Beamte und Funktionäre, die sich nur schwer in die Probleme des freien Berufes hineindenken können. Wie man aber in kleinen Schritten zu Reglementierungen des freien Berufes „Arzt“ kommen kann, zeigt schon der Kompromiß im Vermittlungsausschuß zum Kassenarztrecht. Hier wurde echt gehandelt, was der eine und was der andere bekommen soll. Die Änderungsanträge des Bundesrates haben, wie Sie wissen, ganz unseren Vorstellungen entsprochen. Einige davon hat man im Vermittlungsausschuß akzeptiert, die anderen dagegen abgelehnt. So ist z. B. die Pflichtfortbildung für die Kassenärzte geblieben, so wie die Beteiligung der Nervenkrankehäuser als Institutionen an der ambulanten ärztlichen Versorgung. Fraglich bleibt dabei sowieso, wie dies realisiert werden soll, da man die ärztliche Unterbesetzung gerade dieser Anstalten kennt.

Auch in der Besteuerung werden wir Freiberufler in Zukunft kein besonderes Entgegenkommen erwarten können. Bei der Finanzmisere des Bundes haben die Finanzämter Anweisung, mit allen Mitteln Geld hereinzuholen. Wer in der letzten Zeit eine Buchprüfung durch das Finanzamt hatte, wird dies leidvoll bestätigen.

Wir werden in den nächsten Jahren sicher mit mehr und mit härteren Reglementierungen zu rechnen haben, die nicht nur unsere, sondern die Freiheit des Bürgers ganz allgemein immer mehr einengt. In einem bürokratischen System kann man natürlich alles besser in den Griff bekommen, auch wenn dadurch die Bürokratie immer teurer und immer schwerfälliger wird. Frißt doch die Bürokratie von unserem Steuereinkommen einen immer größeren Anteil.

So wird man auch die Kostenentwicklung im Gesundheitswesen auf bürokratische Art zu lösen versuchen. Daß damit die Kosten nicht geringer, sondern höchstens immer mehr zur Bürokratie hin verlagert werden, bedenkt dabei keiner. Nachdem man weiß, daß das Krankenhaus den teuersten Sektor im Gesundheitswesen darstellt, was wegen der modernen wissenschaftlichen und technischen Entwicklung auch so sein muß, versucht man hier,

die Kosten zu senken, indem Planstellen an den Krankenhäusern eingespart werden. Daß die moderne Medizin aber immer personalintensiver wird, bedenkt man dabei nicht. Trotzdem aber fordert man weiter, daß den Bürgern dieses Landes die modernste Medizin angedeihen soll. Andererseits plant und baut man immer mehr große, moderne Krankenhäuser, die die patientennahen kleinen Häuser der Peripherie entbehrenlich machen sollen. Man bedenkt dabei nicht, daß die Krankenhausbehandlung immer patientenferner wird, und daß die kleinen Krankenhäuser der Peripherie immer noch mit Abstand die billigsten waren.

Was fordern wir nun von der neuen Bundesregierung?

Um gleich beim Krankenhaus zu bleiben, wollen wir nicht für uns, sondern für unsere Bürger, daß der Industrialisierung und der Entmenschlichung auf diesem Sektor Einhalt geboten wird, daß gerade dieser Sektor eher mehr humanisiert wird. Jeder Patient soll, wenn er einer stationären Behandlung bedarf, möglichst einen Arzt seines Vertrauens finden, der ihn individuell betreut. Dazu ist mit Ausnahme von schweren und komplizierten Krankheitsverläufen das wohnortnahe Krankenhaus, in dem die Patienten die Ärzte wenigstens dem Namen nach kennen, am geeignetsten. Die nach den wissenschaftlichen Erkenntnissen erforderliche moderne Technik ist aber für alle bereitzuhalten, die ihrer bedürfen, um durch eine moderne Diagnostik zu einer gezielten Therapie zu kommen und dabei die beste Chance zu haben, die Gesundheit wieder zu erlangen.

Man sollte aber auch nicht ständig daran vorbeigehen, daß in der stationären Behandlung die belegärztliche Tätigkeit nicht nur eine sehr humane Lösung darstellt, weil sich hier der Patient den Arzt aussuchen kann, der ihn behandeln soll, sondern daß dies auch eine kostensparende Lösung ist.

In der ambulanten Versorgung hat die Kassenärzteschaft in letzter Zeit einen Beitrag zur Kostendämpfung geliefert, die die Kassenärzte in den nächsten Abrechnungsquartalen erheblich spüren werden. Jeder, der lauthals feststellt, daß dieses Opfer

gar nicht als solches zu werten sei, weil die Kassenärzte immer noch einen Zuwachs von acht Prozent pro Jahr zugestanden bekommen hätten, während im Arbeitnehmersektor nur sechs Prozent Steigerung abgemacht worden sei, verschweigt dabei geflissentlich, daß es sich hierbei nicht um einen achtprozentigen Zuwachs des Honorars des einzelnen Kassenarztes handelt, sondern daß es sich hier um eine globale Zuwachsrate des Gesamthonorars handelt, in der die steigende Inanspruchnahme und die ständig geforderte höhere Zahl an Kassenärzten mit aufzufangen werden muß. Ebenso sind darin unsere eigenen, ständig steigenden Unkosten enthalten.

Natürlich sind auch wir bereit, zur Kostendämpfung beizutragen. So fordern wir seit vielen Jahren vergeblich eine neue, moderne Gebührenordnung. Sinnvoll gemacht, kann auch sie zur Kostendämpfung beitragen. Sie sollte nicht tausende von Positionen enthalten, sie sollte aber vernünftige Relationen schaffen. Man könnte sicher für bestimmte komplexe Leistungen bei einer Behandlung einheitliche Gebührenpositionen schaffen. Eine Komplexgebührenordnung aber, wie sie der DGB fordert, lehnen wir ab. Der DGB nämlich stellt sich vor, daß man einheitliche Gebührenordnungspositionen für die Behandlung bestimmter Krankheiten schaffen könnte. So würde z. B. die Behandlung einer Pneumonie eine einheitliche Gebührenordnungsnummer sein ebenso wie die Behandlung eines Panaritiums. Dabei bliebe vollständig außer Betracht, daß eine Pneumonie mit zwei Behandlungen und einer gründlichen Untersuchung abgetan sein kann, daß aber in einem anderen Falle viele Besuche und Injektionen notwendig sind.

Wenn wir aber — und das nicht erst seit dem April dieses Jahres — an die wirtschaftlichen Verhältnisse der Krankenkassen ständig Konzessionen machen und dies von der Regierung erwartet wird, dann verlangen wir aber auch mit aller Deutlichkeit von der Regierung, daß sie das volle Risiko, das wir als Freiberufler zu tragen haben, würdigt. Davon aber ist in den Steuergesetzen der letzten Jahre nichts zu spüren. Wir alle haben nicht nur eine lange und teure Ausbildungszeit hinter uns. Wir verzichten dabei nicht nur auf ein Einkommen, das andere vom 16.

Lebensjahr ab beziehen, sondern wir haben stattdessen lange Jahre erhebliche Aufwendungen zu machen, um den Stand zu erreichen, der uns befähigt, in einem Alter, wo andere schon in einer hohen Verdienststufe stehen, verantwortungsvoll kranke Menschen behandeln zu können. Wir tragen nicht nur das wirtschaftliche Risiko in unseren Praxen, von denen man verlangt, daß sie immer auf dem neuesten Stand der Wissenschaft und Technik sich befinden, sondern wir tragen auch das volle Haftungsrisiko für alles, was wir tun. Dazu kommt, daß viele von uns nur in ganz bescheidenem Rahmen Urlaub machen können, wobei sie keinerlei Einkommen beziehen. Die intensive Fortbildung, der sich die Ärzte anerkanntermaßen unterziehen, wird steuerlich durchaus nicht in ausreichendem Maße berücksichtigt. Schließlich müssen wir sehr hohe Beträge für unsere Alterssicherung aufwenden, wenn wir einen einigermaßen sorglosen Lebensabend erleben wollen. Während die dafür erforderlichen Beträge bei den Beamten und bei allen Arbeitnehmern steuerlich überhaupt unberücksichtigt bleiben, können wir als Freiberufler diese Beträge in einem nur ganz bescheidenem Rahmen steuerlich absetzen. Dazu kommt, daß wir nur während eines verhältnismäßig kurzen Zeitraumes unseres Lebens einen einigermaßen ausreichenden Umsatz erzielen, um dann wegen der Steuerprogression erhebliche Beträge, die uns bei der Altersvorsorge ebegehen, ans Finanzamt abführen zu müssen. Alle Fachleute wissen um die Ungerechtigkeiten bei der Besteuerung der freien Berufe. Hier Abhilfe zu schaffen, ist eine unserer wichtigsten Forderungen an die Bundesregierung.

So stellt man seit vielen Jahren nicht nur in diesem Bereich an uns ständig Forderungen des Verzichts. Wir sollen Tag und Nacht bereit sein, was wir auch als Selbstverständlichkeit empfinden, unsere jungen Kollegen sollen aufs Land gehen und auf die Vorteile der Großstadt verzichten, wir sollen eine qualifizierte Weiterbildung durchlaufen und uns ständig und ununterbrochen fortbilden; aber dort, wo es nur um kleine Erleichterungen unserer Arbeit geht, die die Allgemeinheit in keiner Weise beeinträchtigen, versagt man sie uns. Ich denke dabei nur an die seit Jahren währende Frage nach den

Parkplätzen für Ärzte vor ihren Praxen und bei Hausbesuchen. Hier wäre längst eine bundeseinheitliche Regelung notwendig; aber sie scheidet an den bürokratischen Schwerfälligkeiten. So ist es für uns völlig unverständlich, daß seit Ende der fünfziger Jahre die ärztliche Versorgung im Katastrophenfall zur Diskussion steht. Einigermaßen klare Vorstellungen über den Bedarf an Ärzten hat nur die Bundeswehr. Wegen der schlechten Koordination unter den zuständigen Ministerien wissen wir heute aber immer noch nicht, wo und wieviele Ärzte für die Versorgung der zivilen Bevölkerung gebraucht werden.

Wenn auch mühsam, hat man inzwischen fast überall verstanden, daß eine ambulante ärztliche Versorgung auch in der Zukunft undenkbar ist ohne eine ausreichende Zahl von Allgemeinärzten. Obwohl wir gerade in Bayern sehen, daß sich immer mehr junge Kollegen für die Allgemeinmedizin interessieren, sehen wir doch mit großer Sorge den nächsten zehn Jahren entgegen, in denen wegen der Altersstruktur der praktischen und Allgemeinärzte immer mehr aus ihrer Tätigkeit ausscheiden. Obwohl dies bekannt ist, stoßen wir bei der Regierung und zum Teil auch bei den Fachbereichen auf taube Ohren, wenn wir die Institutionalisierung der Allgemeinmedizin an unseren Medizinischen Fakultäten fordern. So gibt es in Bayern in den vier Medizinischen Fakultäten nur an einer Lehraufträge für Allgemeinmedizin.

Ebenso schlecht steht es um die Realisierung der neuen Approbationsordnung, was das praktische Jahr betrifft. Wir stehen zwar in Bayern besser da als in den übrigen Bundesländern. Für den Anfang sind bei uns genug Lehrkrankenhäuser unter Vertrag genommen. In diesen Lehrkrankenhäusern aber sind noch keine Einrichtungen für den Unterricht und keine Planstellen für Lehrassistenten geschaffen. Außerdem sehen sehr viele Medizinstudenten dem praktischen Jahr mit großer Sorge entgegen, weil sie für diese Zeit wirtschaftlich nicht gesichert sind. Fast alle, die durch das Bundesausbildungsförderungsgesetz Zuschüsse bekommen, müssen sich zusätzlich Geld verdienen. Dies können sie während des praktischen Jahres nicht, weil sie hier den ganzen Tag im Krankenhaus anwesend sein müssen. Außerdem

Breitband-
bakterizidum

Optimale
Bioverfügbarkeit*

Co-trim-
Tablinen®

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

20 Tabl.

9.80

50 Tabl.

19.90

Preiswertestes
Präparat
siehe Preisvergleich
Arzneitelegamm 6-70

Normdosierung	
morgens	abends
Hochdosierung	
morgens	abends
Langzeitdosierung	
morgens	abends
Kinderdosierung individuell nach Alter!	
morgens	abends
bis	bis

Kindertablette überflüssig!

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. Hexamethyltetramin- und proscinthalige Präparate sollen nicht gleichzeitig eingenommen werden.

* Prof. Dr. Dr. Kozma
Inst. für pharm. Forschung und Entwicklung, München

SANORANIA Dr. G. Strohscheer
Berlin 28

haben viele von ihnen zusätzliche Kosten, indem sie sich am Ort des Lehrkrankenhauses eine zweite Wohnung mieten müssen. Eine schnelle und klare Lösung ist hier dringendst erforderlich.

Es gibt viele Bereiche, in denen man erheblich Kosten sparen könnte. Sie alle wissen, welche hohen Summen in den letzten Jahren die Kurbehandlungen und die medizinische und berufliche Rehabilitation verschlungen haben. Gerade die medizinisch geleitete berufliche Rehabilitation hat die Bundesanstalt für Arbeit in den letzten Jahren in erhebliche Schwierigkeiten gebracht. Sie erfolgte nämlich ausschließlich in Rehabilitationszentren, die meist weit abgelegen vom Wohnort waren. Dies hat bei vielen, und vor allem bei Frauen, nicht nur die Rehabilitationswilligkeit erheblich beeinträchtigt, sondern es hat auch erhebliche Unkosten verursacht. Man sollte sich endlich entschließen, wie es schon einmal der Deutsche Ärztetag und der Hartmannbund gefordert haben, eine ambulante Rehabilitation einzuführen, bei der die Rehabilitation möglichst im alten Betrieb erfolgt und der Hausarzt in Zusammenarbeit mit dem Arbeitsmediziner die medizinische Betreuung übernimmt. Dadurch würde auch Frauen mit Kindern eine Rehabilitation ermöglicht und die Kosten könnten auf ein Minimum gesenkt werden.

Hierher gehört auch eine andere Forderung des Hartmannbundes, nämlich eine Teilarbeitsunfähigkeit einzuführen. Auch hier könnte man erheblich Kosten sparen. Wie Sie wissen, kennen wir in unserer gesetzlichen Krankenversicherung nur die volle Arbeitsunfähigkeit oder die volle Arbeitsfähigkeit. Bei vielen heute noch Arbeitsunfähigen aber wäre es möglich, daß sie, wenn sie noch nicht voll belastungsfähig sind, bis zur vollen Wiederherstellung leichtere Arbeiten oder Teilzeitarbeit verrichten könnten.

Weiter wäre es möglich, erhebliche Kosten zu sparen, wenn man den richtigen Patienten ins richtige Bett legen könnte. Das heißt, daß heute noch viele Pflegefälle teure Akutkrankenbetten blockieren, weil wir keine billigen Pflegestationen oder Pflegekrankenhäuser haben. Dazu gehört auch der Ausbau von ambulanten Pflegediensten, wodurch ge-

rede viele alte und alleinstehende Menschen oder Mütter mit Kindern nicht in das Krankenhaus eingewiesen zu werden bräuchten, wenn sie durch qualifizierte Krankenpflegekräfte zu Hause gepflegt werden könnten.

Wie Sie alle wissen, stellt die Rentnerkrankenversicherung heute für unsere gesetzlichen Krankenkassen eine enorme Belastung dar, weil die noch aktiv im Arbeitsleben stehenden Versicherten fast die gesamten Kosten für die Rentnerkrankenversicherung mit aufbringen müssen. Da aber bei der heutigen Bevölkerungsstruktur die Menschen jenseits des Rentenalters immer mehr zunehmen und alte Menschen wesentlich mehr an ärztlicher Betreuung brauchen wie junge, sind die aufzuwendenden Kosten dafür sehr groß. Hier endlich eine klare Regelung zu schaffen, wäre ein dringendes Gebot. Ich fürchte aber, daß auch die kommende Bundesregierung dieses Problem nicht lösen kann, genauso wenig, wie sie unpopuläre Maßnahmen zur Sanierung der Rentenversicherung ergreifen wird.

Das Grundübel unserer heutigen gesetzlichen Krankenversicherung und der Kostenentwicklung in diesem Bereich aber ist, daß sie heute nicht mehr eine Versicherung ist, sondern eine Volksversorgung geworden ist. Ursprünglich wurde die gesetzliche Krankenversicherung für die Bedürftigen in unserem Volke geschaffen. Heute aber gehören ihr über 90 Prozent unseres Volkes an. Daß damit der Solidaritätsgedanke gestorben und ein allgemeines Anspruchsdenken entstanden ist, ist wohl nicht verwunderlich. Gelöst könnte dieses Problem nur werden, wenn man die gesetzliche Krankenversicherung in Zukunft wieder nur denen vorbehalten würde, die ihrer bedürfen. Zum mindesten aber sollten alle die, die im Verhältnis zum Familienstand über einer bestimmten Einkommensgrenze liegen, in demselben Prozentsatz wie die weniger verdienenden am Beitragsaufkommen beteiligt werden oder, wie in der privaten Krankenversicherung, einem Honorarerstattungssystem unterworfen sein.

Während der Staat ständig eine bessere Vorsorgemedizin fordert, bot er selbst für die Lösung dieses Pro-

blems fast gar nichts. Wo gibt es in den Schulen ein Fach Gesundheits-erziehung, oder wo ist im Lehrplan ein Unterricht in Erster Hilfe eingebaut? Wo sieht man staatliche Initiativen zur Gesundheitsaufklärung in der Bevölkerung, die die Menschen wirklich zu einer gesunden Lebensführung veranlassen könnten? All diese Dinge vermissen wir. Sie liegen aber sicher nicht in unserer Zuständigkeit, sondern in der des Staates. Daran mitzuwirken sind wir bereit und am einzelnen Menschen in unserer Sprechstunde tun wir es ja laufend. Statt eines humanen Städtebaues baut man riesige Wohnsilos, in denen die Menschen zunehmend mehr vereinsamen. Statt wirksamen Umweltschutz zu betreiben, siedelt man Industriebetriebe sogar schon auf dem Lande an.

Sie sehen, wie leicht es ist, immer nur die einen — nämlich die Ärzte — zu Prügelknaben zu machen. Von uns fordert man das Letzte: Unseren uneingeschränkten Einsatz und unsere hohen Steuern.

Der Staat aber könnte viel mehr tun, um die Gesundheit der Menschen zu verbessern und die Behandlung der Kranken zu verbilligen, wie ich in meinen Ausführungen gezeigt habe. Wir verlangen wahrlich nicht alles vom Staat. Wir fordern aber, daß der Staat das Seinige zu einer Verbesserung unserer Situation beibringt.

Eines aber ist sicher: Wir werden nichts verbessern, weder in den Kosten, noch in der Effizienz, wenn wir alle und der Staat nicht zusammenhelfen, damit allen Bürgern dieses Volkes ihre persönliche und soziale Verantwortung wieder bewußt wird. Das eine aber sollte unser oberstes Ziel sein, unsere Gesellschaft und unser Gesundheitssystem nicht zu kollektivieren, sondern zu humanisieren, damit wieder an oberster Stelle steht, die Ehrfurcht vor dem Leben — vor dem ungebo- renen, vor dem in dieser Welt wirkenden und auch vor dem, das aus dem toten Körper entwichen ist.

Anschrift des Verfassers:

Dr. med. Hermann Braun, Talstraße 5, 8411 Nittendorf



Schmerz:
Ausdruck
rheumatischer
Entzündung

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, nichttraumatische 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 Wirksubstanz 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 16.90 lt. AT
DM 33.75 lt. AT

Alkoholbedingte Pankreasschäden

von H.-J. Pusch

Aus der Medizinischen Poliklinik der Universität Würzburg (Direktor: Professor Dr. H. Franke)

Alkoholika gehören zu den ältesten und am weitesten verbreiteten Genußmittel des Menschen. Der steigende Lebensstandard, die zunehmende Freizeit und die uneingeschränkte Verfügbarkeit des Alkohols tragen heute zu einem immer größer werdenden Konsum bei. Daß nun immer mehr Geld für Genußmittel ausgegeben wird, soll eine graphische Darstellung aus einem Jahresbericht der Hamburgischen Landesstelle gegen Suchtgefahren demonstrieren.

Wie man auf der Abbildung 1 erkennen kann, wurden 1950 gut DM 5 Milliarden für Alkohol ausgegeben. Dagegen betrug das Ausgabevolumen 1970 schon knapp DM 25 Milliarden.

An der Abbildung 2, aufgestellt nach Angaben des Statistischen Bundesamtes Wiesbaden, kann man den kontinuierlich steigenden Bierverbrauch in der Bundesrepublik seit 1960 erkennen.

Auch der Trinkweinverbrauch nahm, wie man auf der Abbildung 3 sehen kann, vor allem in den letzten Jahren deutlich zu.

Das Problem des übermäßigen Alkoholenusses ist heute äußerst aktuell. Eine Ursache findet sich sicherlich auch in den sich ändernden Trinksitten. So stellt der sogenannte „Fernsehtrinker“ eine neue Kategorie dar, welcher fast unbeußt beim Fernsehen regelmäßig bereits schädliche Alkoholmengen zu sich nimmt. Eine weitere Gruppe kann man zu den sogenannten „Sozialtrinkern“ zusammenfassen. Der notwendige Aufenthalt in beruflicher oder privater Hinsicht bei Gesellschaften, Tagungen, Verhandlungen usw. verführt ebenfalls häufig zu einem regelmäßigen Alkoholenuss.

Untersuchungen der letzten Zeit zeigen nun, daß der sogenannte

„Elendsalkoholismus“ von früher vom „Wohlstandsalkoholüberkonsum“ der heutigen Zeit abgelöst wurde.

Seit vielen Jahren wird nun immer wieder auf die Bedeutung des Alkoholenusses bei der Entstehung einer Pankreatitis hingewiesen. Die Angaben über alkoholbedingte Pankreasschädenschwanken allerdings. Viele Arbeiten aus dem angloamerikanischen Sprachgebiet sehen in mindestens 30 bis weit über 50 Prozent aller analysierten Fälle im Alkoholabusus die Ursache für die Pankreasschäden. Mitteilungen aus Europa weisen unterschiedliche Angaben auf. So soll der Alkoholmißbrauch als Entstehungsursache einer chronischen Pankreatitis in der Tschechoslowakei und in England nur eine unbedeutende Rolle spielen. In Frankreich dagegen konnte eine hohe Inzidenz zwischen Alkohol und Pankreatitis festgestellt werden. *Creutzfeldt* und *Fehr* veröffentlichten 1970 eine umfangreiche Statistik über eigene Erhebungen und Mitteilungen aus der Literatur seit 1946. Der Alkoholenuss ist auf

grund dieser Darstellung in rund 36 Prozent die ausschließliche Ursache einer Pankreatitis.

1848 wurde zum ersten Mal das Säuerpankreas durch *Friedreich* beschrieben. Eine umfangreiche experimentelle Untersuchung zur Frage des Zusammenhanges zwischen chronischem Alkoholenuss und Pankreasveränderungen erfolgte 1906. Der Einfluß des Alkohols auf das Pankreas wurde als vagale Reaktion über eine Erregung der Medulla oblongata gedeutet. 1931 erkannte dann *Wangensteen*, daß die Alkoholwirkung auf das Pankreas durch eine ansteigende exokrine Funktion und durch eine gleichzeitige Gangobstruktion charakterisiert ist.

An einem modifizierten Schema (Abb. 4) von *Filippini* werden die verschiedenen heute bekannten Einflußmöglichkeiten des Alkohols auf das Pankreas dargestellt. Drei große Wege des schädigenden Einflusses sind erkennbar. Einmal können wir eine Steigerung der Pankreassekretion feststellen. *Shapiro* und Mitarbeiter postulierten einen alkoholbe-

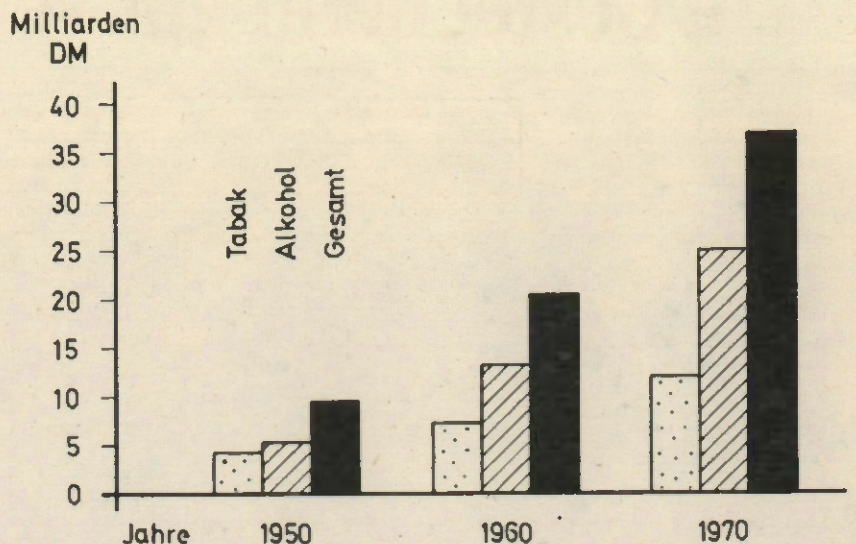


Abbildung 1
Ausgaben für Alkohol und Tabak in Milliarden DM in der Bundesrepublik

Denken Sie an den langen Lebensweg Ihres Rheuma-Patienten



PROLIXAN® 300

**aggressiv gegen den
Aggressor Rheuma**

**behutsam zum
Patienten**

Zusammensetzung

1 Kapsel Prolixan® 300 enthält 300 mg Azapropazon-Dihydrat

Wirkungsweise

Prolixan 300 stabilisiert Lysosomen, Albumine und Globuline; hemmt die Kollagenpeptidase sowie die Vorstufen von Prostaglandin E₂ und hat einen ausgeprägten Antibradykinin-Effekt.

Indikationen

Rheumatische und traumatische Entzündungen im und um das Gelenk, Weichteilrheumatismus

Kontraindikationen

Akute Ulcera des Gastro-Intestinal-Traktes. In der Gravidität nur bei strenger ärztlicher Indikationsstellung verordnen.

Nebenwirkungen

Nur vereinzelt passagere leichte Magenbeschwerden, ganz selten Auftreten allergischer Hauterscheinungen.

Hinweise

Gleichzeitiger Genuß von Alkohol kann die gute Verträglichkeit des Prolixan 300 beeinträchtigen. Wegen der erhöhten Spontan-Ulcusquote älterer, auch unbehandelter Patienten ist bei diesen darauf besonders zu achten. Durch die individuellen Schwankungstendenzen des Quickwertes unter Antikoagulantien kann dessen Wert verlängert werden. Bei Niereninsuffizienz ist die Dosierung den Ausscheidungsverhältnissen anzupassen.

Dosierung

Zu Beginn: morgens 1 Kapsel, mittags 1 Kapsel, abends 2 Kapseln, für die Dauertherapie 2-3mal täglich 1 Kapsel jeweils zu den Mahlzeiten. In schweren Fällen für die ersten 3 Tage 3mal täglich 2 Kapseln.

Packungen und Preise

20 Kapseln DM 12,50, 50 Kapseln DM 28,15, 100 Kapseln DM 50,70. Klinikpackungen.

Kali-Chemie Pharma GmbH,
Hannover
Siegfried Arzneimittel GmbH,
Säckingen

Die bewährte und sorgsame Rheumatherapie

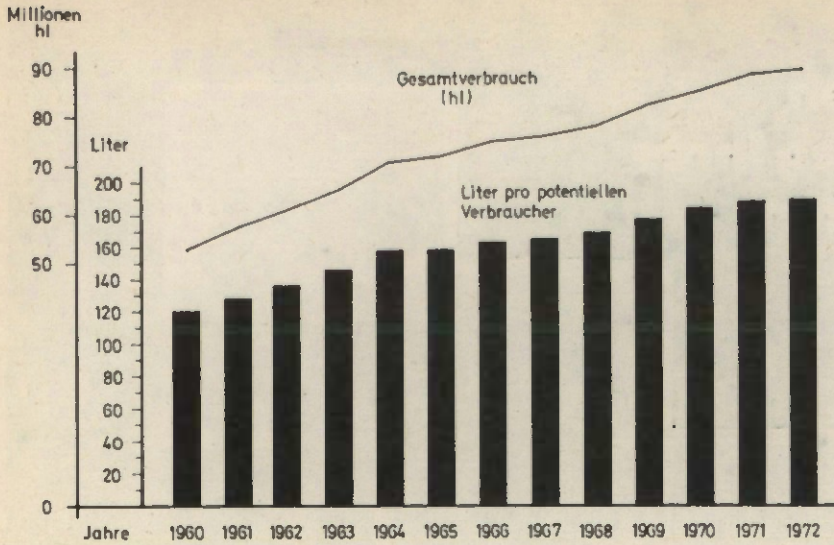


Abbildung 2
Bierverbrauch in der Bundesrepublik

dingten Sekretionsanreiz auf das Pankreas durch einen gastrinähnlichen Faktor. Denn durch Benetzung der Antralmukosa durch Alkohol erfolgte eine Anregung des Pankreas, obwohl durch eine Gastrojejunostomie oder einer Magenfistel die Magensäure nicht in das Duodenum gelangen konnte. Die Arbeitskreise um *Dreiling* und *Walton* machten schon im Jahre 1962 auf den Sekretinmechanismus aufmerksam. Hunden mit duodenokutaner Fistel wur-

den Sekretin, Histamin und Alkohol sowohl in intravenöser Form als auch oral verabreicht und dann die Pankreasreaktion gemessen. In allen Fällen kam es zu einem Anstieg von Volumen und Bikarbonatkonzentration. Nach einer Gastrektomie ließ sich durch Histamin und Alkohol keine Pankreaswirkung mehr erzielen. Lediglich die intravenöse Gabe von Sekretin ergab gegenüber dem Vorversuch einen Anstieg. In einem anderen Versuchs-

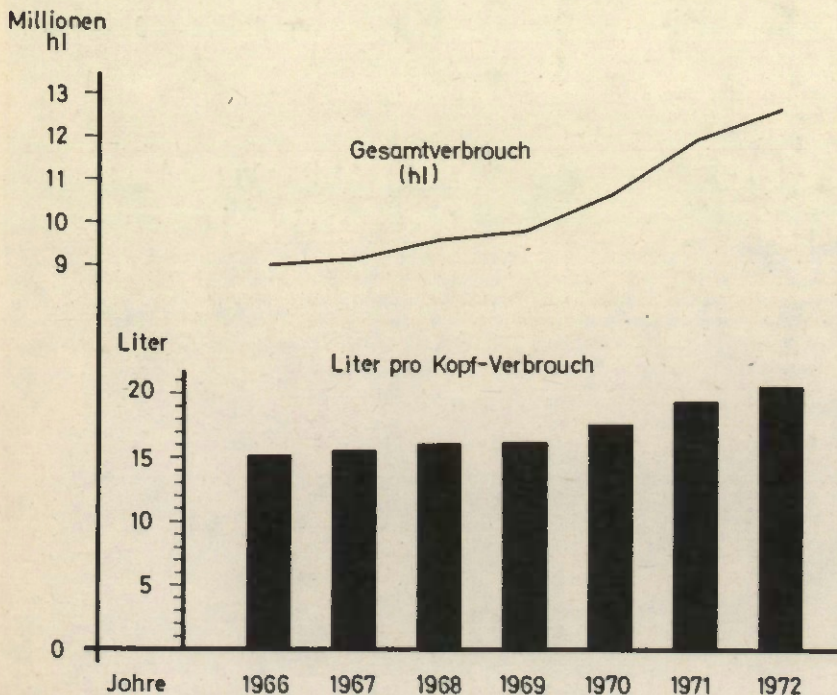


Abbildung 3
Trinkweinverbrauch in der Bundesrepublik

ansatz wurde ebenfalls eine Alkoholwirkung bei oraler Gabe nach Gastroduodenostomie vermißt.

Auch *Epstein* und *Williams* konnten keine Wirkung des Alkohols auf die Pankreassekretion nachweisen, wenn eine Antralösophagostomie erfolgte und dadurch der Säuresekretinmechanismus ausgeschaltet wurde. *Barroso* sowie *Brocks* und *Thomas* konnten in Tierversuchen nachweisen, daß die Hauptwirkung des Alkohols durch die Freisetzung von Magensäure und einer anschließenden Freisetzung von Sekretin im Duodenum besteht, welches dann wiederum zur Pankreassekretionsanregung führt.

Die zweite große Einflußmöglichkeit des Alkohols auf das Pankreas besteht in einer Pankreassekretstauung sowie teilweise auch eines Galle- bzw. Duodenalsaftrefluxes. Die Arbeitskreise um *Pirola* und *Davis* stellten bei konstanter Sekretininfusion und zusätzlicher Gabe von Alkohol intravenös einen Abfall des Volumens um 40 Prozent fest. Bikarbonatkonzentration und Amylase blieben gleich. Durch Nitrolingualgabe war die Reduktion des Pankreassaftflusses zu korrigieren. Als Ursache vermuteten sie eine Störung des Abflusses durch Tonussteigerung des Sphinkter Oddi und eine Erhöhung des Druckes im Pankreasgangsystem. *Ritter* beobachtete an freiwilligen Versuchspersonen ebenfalls zuerst einen Abfall des Volumens, der Bikarbonatkonzentration und einiger Enzyme. Anschließend trat dann eine überschießende Abgabereaktion auf. In einem Tierversuch füllte er einen Dünndarmabschnitt mit Alkohol und bemerkte anfänglich einen muskulären Spasmus mit Minderdurchblutung, der abgelöst wurde durch eine dann auftretende Hyperämie mit gleichzeitiger Papillenöffnung durch Tonusverlust. Bedeutsam ist also zuerst immer ein Sphinkterspasmus, der eine initiale Abflußsperrre hervorruft. Später machen sich dann sekundäre Darmveränderungen durch Ödem, Entzündung und Läsion bemerkbar, d. h., durch eine Duodenitis entsteht eine Abflußbehinderung.

Andere Untersucher konnten bei Tieren durch Gangfreilegung mittels intraduodener Alkoholinjektion eine Druckerhöhung nachweisen. In einem weiteren Versuch be-

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**

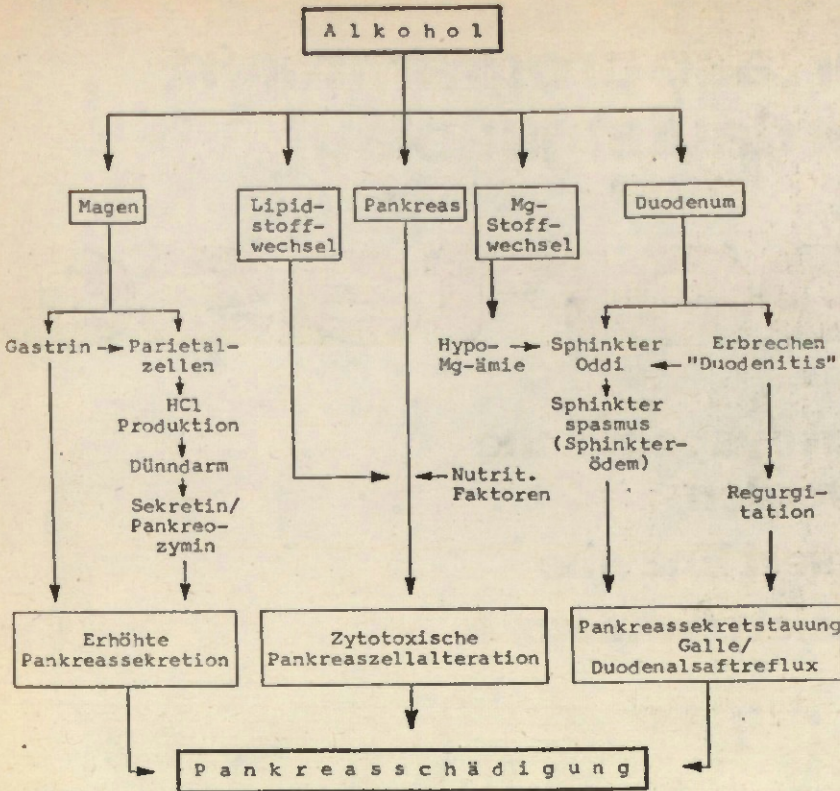


Abbildung 4

stimmte man manometrisch die Druckverhältnisse. Außerdem wurde die Zahl der Wellen registriert und ein Druckindex aufgestellt. Bei Alkoholgabe stiegen die Zahl der Druckwellen und der Druckindex deutlich an. Radiologische Studien ergaben eine Erhöhung der Duodenalmotilität.

Ein Alkoholabusus führt nun häufig auch zu einem Magnesiummangelzustand. Magnesiummangel kann aber zu einer besonderen Krampfbarkeit des Sphinkter Oddi führen, so daß hier ein weiterer Mechanismus zur Druckerhöhung erkennbar wird.

Als dritten großen Schädigungseinfluß kennen wir eine direkte zytotoxische Pankreaszellalteration durch den Alkohol. Der Arbeitskreis um Sarles stellte bei Hunden mit einer Magen- und Pankreasfistel bei intravenöser Alkoholgabe eine Hemmung aller Pankreasfunktionen fest, die bis über 70 Prozent gegenüber dem Normalwert betrug. Andere Untersucher beobachteten bei freiwilligen Versuchspersonen während eines Sekretin-Pankreozymin-Testes bei Gabe von Alkohol bei gleichzeitigem Verschluß des Pylorus einen Abfall von Volumen, Bikarbo-

natkonzentration und Bikarbonatmenge sowie Lipase und Chymotrypsin. Die Hemmung nach intravenöser Alkoholgabe trat schneller ein als nach oraler Verabreichungsform.

Als Angriffsort des Alkohols bei dieser direkten Beeinflussung der Pankreasfunktion wird einmal die Adenosintriphosphatase angesehen, welche in den Wasser- und Elektrolyttransport eingreift. Denn eine Erniedrigung von Adenosintriphosphatase reduziert im Pankreas deutlich den Fluß und die Bikarbonatsekretion.

Auch die Proteinsynthese, gemessen mit Aminoleucin-C¹⁴, verändert sich im Sinne einer Minderung bei Alkoholgabe als Trinkflüssigkeit in verschiedenen Tierversuchen. Auch die Atmungsrate in Gewebsschnitten, die als Ausdruck der Aktivität der Proteinsynthese sowie der Ribonukleasenaktivität angesehen werden kann, zeigt nach Alkoholgabe einen erheblichen Abfall. Ebenfalls wurde eine Reduktion der P³²-Aufnahme in die Pankreasphospholipide festgestellt, wenn Alkohol verabreicht wurde. Vor allem die natriumabhängigen Konzentrationsaufnahmen von einigen Aminosäu-

ren in des Pankreas werden durch Alkohol negativ beeinflusst.

In den bisherigen Untersuchungen zur Frage des Zusammenhanges zwischen Alkoholgenuß und Pankreatitis wurden vorwiegend Pankreatitis-Kranke auf möglichen Alkoholmißbrauch analysiert. In einigen wenigen Arbeiten ging man aber auch einen anderen Weg. Es wurden Alkoholiker untersucht, die bisher keine Anhaltspunkte für eine Pankreaserkrankung aufwiesen. Sowohl *Dinosa* und Mitarbeiter als auch *Goebell* und Mitarbeiter konnten in diesen Analysen bei ihren Alkoholikern stets asymptotische Pankreasfunktionsstörungen nachweisen.

In einer eigenen Studie interessierte nun, ob auch Pankreasfunktionsstörungen in bestimmten Bevölkerungskreisen eines klassischen Weinanbaugebietes vorliegen, die Most, Wein und auch Bier als tägliche durstlöschende Getränke betrachten und entsprechend auch zu sich nehmen, die aber weder Alkoholiker im Sinne der gebräuchlichen Definition waren, noch Anzeichen einer Pankreatitis aufwiesen. Die Abbildung 5 zeigt die Einteilung in eine Gruppe mit einem minimalen Alkoholgenuß sowie in zwei Gruppen mit mäßigem bis starkem Alkoholverbrauch.

Trinkmenge reiner Alkohol			
	Gruppe I	Gruppe II	Gruppe III
n	25	26	24
\bar{x}	10,8	62,4	129,5
s	11,1	13,4	62,1
s \bar{x}	2,2	2,6	12,7

t-Test

Gruppe I - II	P < 0,001
II - III	P < 0,001
I - III	P < 0,001

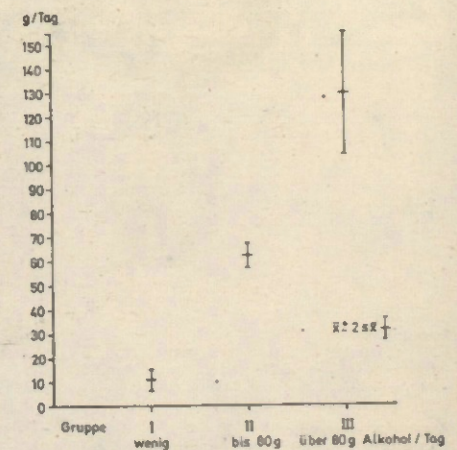


Abbildung 5

Bicarbonatkonzentration

	Gruppe I	Gruppe II	Gruppe III
n	25	28	24
\bar{x}	74,4	64,8	66,1
s	12,4	26,8	31,5
s \bar{x}	2,5	5,3	6,4

Anzahl path. erniedr. Werte	Gruppe I	Gruppe II	Gruppe III
	9	18	17

t-Test:
Gruppe I - II } nicht signifikant
II - III }
I - III }

χ^2 -Test:
Gruppe I - II/III signifikant

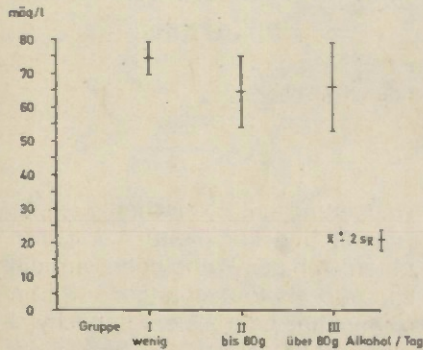


Abbildung 6

In der Abbildung 6 erkennt man, daß der Vergleich von Mittelwerten und Abweichung der Bikarbonatkonzentrationen keine signifikanten Unterschiede aufweist. Vergleicht man aber die Anzahl pathologisch erniedrigter Werte bei den einzelnen Analysen im χ^2 -Test, dann sieht man zwischen der Gruppe mit geringem und den Gruppen mit erhöhtem Alkoholverbrauch doch einen Unterschied im Sinne der zunehmenden pathologischen Erniedrigung.

Amylose

	Gruppe I	Gruppe II	Gruppe III
n	25	28	24
\bar{x}	854	434	328
s	697	634	294
s \bar{x}	139	125	58

Anzahl path. erniedr. Werte	Gruppe I	Gruppe II	Gruppe III
	13	23	22

t-Test:
Gruppe I - II } P < 0,05
II - III } nicht signifikant
I - III } P < 0,005

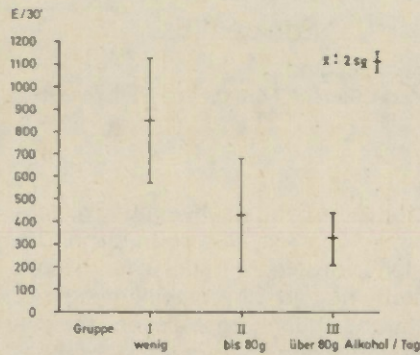


Abbildung 7

Zur Charakterisierung der Fermentproduktion wurden die Aktivitäten von Amylase, Lipase und der tryptischen Fermente Chymotrypsin und Trypsin gemessen. Die Abbildung 7 läßt nun gut erkennen, daß mit steigendem Alkoholverbrauch ein Aktivitätsabfall der Amylase nachweisbar ist. Es ließ sich sogar eine Korrelation zwischen dem steigenden Alkoholverbrauch und der abfallenden Aktivität aufstellen, wie man an der Abbildung 8 ablesen kann.

Amylose

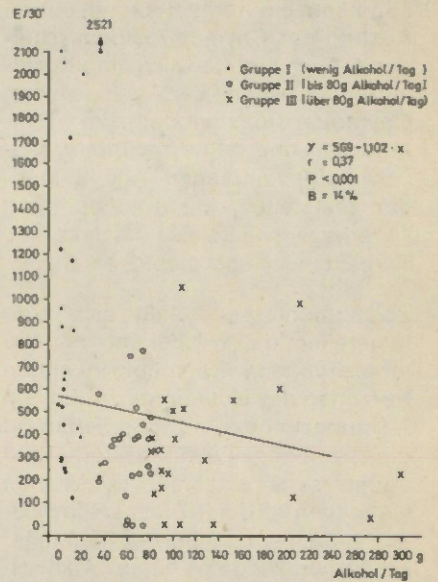


Abbildung 8

Die Messung der Lipase ergibt im Vergleich der Mittelwerte mit den Abweichungen keine signifikanten Unterschiede. Der Vergleich der Häufigkeiten pathologisch erniedrigter Werte zwischen der Gruppe I und III ist dagegen wiederum signifikant, d. h., je größer der Alkoholverbrauch, desto häufiger fanden wir pathologisch erniedrigte Lipasewerte im Duodenalsaft. Die Abbildung 9 demonstriert diese Verhältnisse.

Lipase

	Gruppe I	Gruppe II	Gruppe III
n	25	26	24
\bar{x}	1119	1182	1086
s	366	531	609
s \bar{x}	73	104	125

Anzahl path. erniedr. Werte	Gruppe I	Gruppe II	Gruppe III
	1	4	8

t-Test:
Gruppe I - II } nicht signifikant
II - III }
I - III }

χ^2 -Test:
Gruppe I - III signifikant

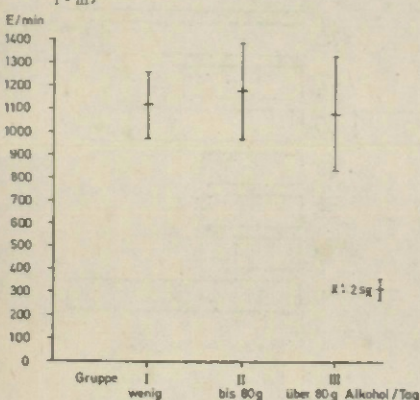


Abbildung 9

Chymotrypsin

	Gruppe I	Gruppe II	Gruppe III
n	25	26	24
\bar{x}	1003	2337	4033
s	1527	1575	4763
s \bar{x}	305	309	974

Anzahl path. erniedr. Werte	Gruppe I	Gruppe II	Gruppe III
	1	2	1

t-Test:
Gruppe I - II } nicht signifikant
II - III }
I - III } P < 0,05

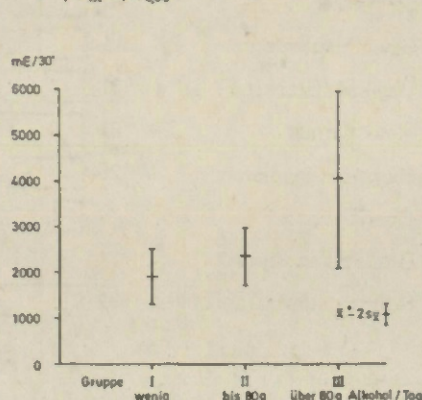


Abbildung 10

Chymotrypsin

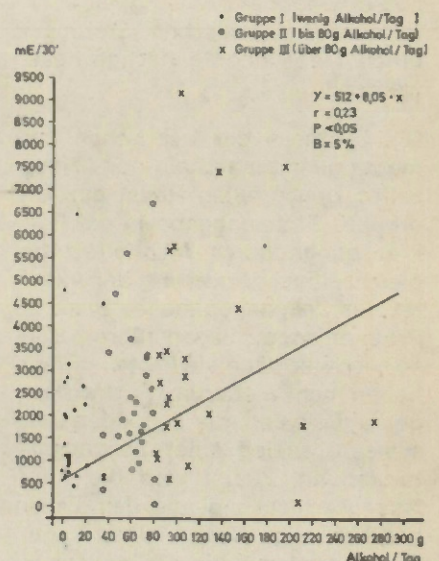


Abbildung 11

In der Abbildung 10 fällt nun ein überraschender Befund auf. Wir fanden nämlich bei steigendem Alkoholkonsum einen signifikanten Anstieg der Chymotrypsinausscheidung. Auch hier ließ sich eine Korrelation zwischen den gemessenen Chymotrypsinaktivitäten im Pankreassaft und den errechneten täglich aufgenommenen Alkoholmengen feststellen, wie die Abbildung 11 erkennen läßt. Die Analyse des Trypsins war unergiebig.

Zusammenfassend läßt sich also feststellen, daß wir bei unseren Untersuchungen von alkoholtrinkenden Personen das Kombinationsbild von Leistungsminderung einerseits und gleichzeitiger Leistungssteigerung andererseits einzelner Funktionen feststellen konnten. Dieses Bild müssen wir als erste Stufe der Pankreasschädigung durch einen Alkoholüberkonsum über längere Zeit ansehen. Diese besondere Entwicklungsform läßt sich durch einige bisher schon erarbeitete Erkenntnisse zwanglos erklären. So ist z. B. schon Anfang der fünfziger Jahre durch Altmann und seine Schule nachgewiesen worden, daß durch einen ständigen Sekretionsreiz in der Pankreaszelle nicht nur eine Quantitätssteigerung zu bemerken ist, sondern auch bald eine Qualitätsänderung eintreten kann.

Nach anderen Untersuchungen weisen die einzelnen Enzyme unterschiedliche Synthesegeschwindigkeiten, Synthesewege und Speichersorte auf. So besitzt z. B. das amyloklastische System die höchste Umsatzgeschwindigkeit und soll dadurch auch am anfälligsten sein. Diese besondere Anfälligkeit konnte auch bei toxischen Störungen durch Medikamente nachgewiesen werden.

Die Synthese der tryptischen Fermente nimmt innerhalb der Azinuszellen den größten Raum ein. Die erhöhte Proteinabgabe in die Pankreasgänge durch Alkoholreiz bei gleichzeitiger Minderung der Aktivität der Zellgangepithelien kann zu Proteinniederschlägen führen. Diese Niederschläge als Proteinpfropfe heben nun wiederum Rückwirkungen auf die dahinter liegenden Zellsysteme analog einer Zellgengunterbindung. Zuerst wird die Amylaseausschleusung aus den Zellen beeinträchtigt. Nach einigen Tagen folgt eine Hemmung der Lipeseausschleusung. Im weiteren Verlaufe ent-

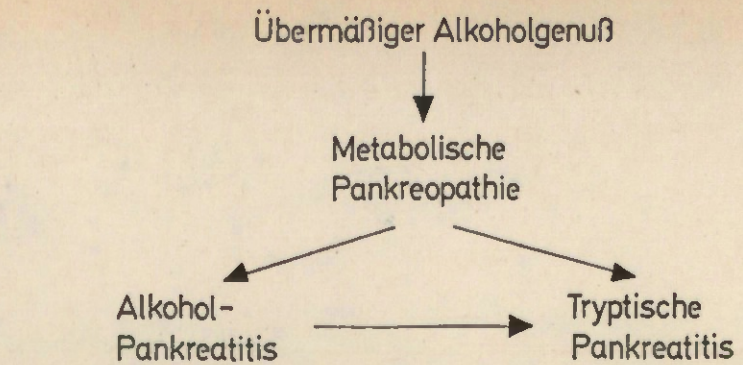


Abbildung 12
Verschiedene Formen von Pankreasschäden durch Alkohol

steht eine Synthesehemmung gleichsinnig von Amylase und Lipase. Die hier vorgelegte klinische Studie steht nun in Übereinstimmung mit Untersuchungsergebnissen der pathologischen Anatomie, die ergaben, daß die Alkoholschädigung am Pankreas stets eine Kombination von Intoxikation und Funktionssteigerung darstellt.

Bei fortgesetztem Alkoholgenuß und schon bestehender metabolischer Pankreopathie entwickelt sich dann allmählich das typische Bild der alkoholischen Pankreatitis, wie es in der Abbildung 12 schematisch dargestellt wird, welche nun nach mehreren Untersuchern charakteristische Zeichen aufweist. Typisch ist eine irreguläre Verteilung der Schäden, die sich in Proteinniederschlägen und Gangerweiterungen äußern. Die erweiterten Gänge zeigen einen Verlust des Gangepithels, eine Stenose durch periduktale Gewebs-

wucherung mit zystischen Erweiterungen und komplette Azinusatrophien. Von den Pathologen wird dieses Bild als Entlaubung der Parenchymgänge oder als entparenchymisierende Pankreatitis bezeichnet. Die Eiweißniederschläge können sich häufig in Kalkformen umwandeln.

Durch einen Alkoholabusus kann es aber auch vorübergehend zu einem erheblichen Trypsininhibitorabfall kommen, so daß Aktivierungen des tryptischen Fermentsystems vorzeitig innerhalb des Pankreasorgans auftreten können.

Durch einen einmaligen Alkoholexzeß kann über diesen Mechanismus eine mehr oder weniger dramatische tryptische Pankreatitis entstehen, welche sich also entweder aus der metabolischen Pankreopathie entwickelt oder die vorhandene Alkoholpankreatitis kompliziert.

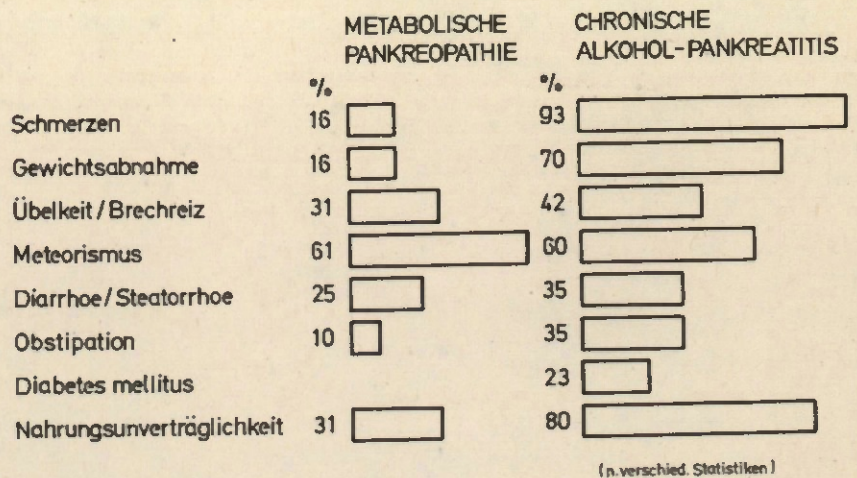


Abbildung 13
Symptomenhäufigkeit bei den einzelnen Pankreaserkrankungen (nach verschiedenen Statistiken)

Man stirbt, wie man lebt.

*Bewegungsmangel, Rauchen, Alkohol, falsche Ernährung, Übergewicht, Leistungszwänge:
Die Multiplikation der Risikofaktoren. Quittung: Koronarsklerose, Stenokardie, Angina pectoris, Herzinfarkt.*



Zur Prophylaxe und Therapie der koronaren Herzkrankheiten:

1. Adalat, 2. Adalat, 3. Adalat.®

Das Prinzip der Sauerstoffeinsparung.

Gezielte Reduzierung des Energieverbrauchs durch Hemmung des kontraktilitätssteigernden Calcium-Einstroms in die Myokardzelle. Die regulative Anpassung des Herzens bleibt erhalten. Der myokardiale Sauerstoffverbrauch wird gesenkt.

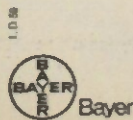
Das Prinzip der Druckentlastung des Herzens.

Die Senkung des peripheren Widerstandes führt zur Druckentlastung des Herzens. Damit wird die Herzarbeit vermindert und parallel dazu der Sauerstoffverbrauch.

Das Prinzip der Neuerschliessung von Kollateralen durch Koronardilatation.

Dilatierbare Koronargefäße werden erweitert. Bei Dauermedikation stimuliert Adalat die Kollateralen-Neuerschliessung. Verbesserte Koronardurchblutung und günstigere Blutverteilung erhöhen das Sauerstoffangebot.

*Adalat wird zuverlässig sublingual und enteral resorbiert.
Adalat hat eine schnell (2-3 Minuten) einsetzende und lang anhaltende Wirkung.*



sowie Anstaltspackung
nehmen. Durchschnittlich Tagesdosis 3mal
1 Kapsel; in besonderen Fällen bis zu 3mal täg-
lich 2 Kapseln, dabei Einnahmehinweis
2 Stunden nicht unterschreiten. Bei drohenden
Angina-pectoris-Anfall zum raschen Wirkung-
eintritt Kapseln zerstoßen.

genesen oder fortgeführt werden. Inkompatibili-
täten mit anderen Arzneimitteln sind bei der
klinischen Prüfung des Präparates nicht zutage
getreten.

Zur Begründung:
Adalat kann die Wirkung von blutdrucksenken-
den Präparaten und β -Rezeptorenblockern ver-
stärken.

legendlich kann es zu Kopfschmerz, Gesicht-
rötung, Wärmegefühl, Schwindel und Übelkeits-
erscheinungen kommen. Umfangreiche Labor-
toriumuntersuchungen ergaben keine auf das
Präparat zurückzuführenden pathologischen
Abweichungen von den Normwerten.

Herzinfarkt, Angina pectoris, Zustand nach Herzinfarkt).

Eine Zusammenstellung aus verschiedenen Statistiken zeigt in der Abbildung 13 einige Unterschiede in den anamnestischen Angaben bei metabolischer Pankreopathie und bei chronischer Alkoholpankreatitis. Am Anfang stehen mehr oder weniger dyspeptische Beschwerden im Vordergrund. Charakteristisch ist nachher neben Nahrungsunverträglichkeiten und dyspeptischen Beschwerden vor allem die Angabe von Schmerz und Gewichtsabnahme.

Bei der Entwicklung einer alkoholbedingten Pankreopathie spielen individuelle Faktoren selbstverständlich eine sehr große Rolle. Daneben kommt aber auch der jeweiligen Zusammensetzung der Nahrung eine besondere Bedeutung zu, denn die Enzymausstattung in den Azinuszellen ist stark diätabhängig. Die Kombination von hohem Eiweiß und Fettanteil in der Nahrung mit gleichzeitigem Alkoholüberkonsum bietet eine besondere Gefährdung.

Die Angaben über die schädlichen Alkoholdosen sind nicht einheitlich. *Creutzfeldt* und andere nehmen 100 g und *Goebell* 120 g reinen Alkohol pro Tag als kritische Dosis an.

Sarles fand dagegen schon bei einem Genuß von 50 g reinen Alkohol täglich über längere Zeit deutliche Pankreasveränderungen.

Unsere Ergebnisse zeigen, daß die kritische Grenze etwa bei 80 g reinem Alkohol täglich über längere Zeit genossen angesehen werden muß. Das entspricht etwa 2 bis 2¹/₂ Liter Bier, 1¹/₄ Liter Most oder 1 Liter Wein täglich. Wir stehen damit in Übereinstimmung mit *Ratnoff* und *Patek*, die das Limit bei 1 Liter Wein täglich bzw. 6 Glas Bier oder 180 ml Whisky ansetzen. Andere Untersucher wie *Oldershausen*, *Lutterotti*, *Wewalka*, *Knick* und andere nennen etwas höhere Grenzwerte, so z. B. 1,5 Liter Wein oder das Äquivalent an anderen alkoholischen Getränken mehrmals wöchentlich oder täglich über Jahre als kritischen Bereich.

Owens und *Howard* konnten durch Auswertung des eigenen Materials und Heranziehung anderer Ergebnisse die wahrscheinlichen Zeitabschnitte bei der Entwicklung von Pankreasfunktionsstörungen bedingt durch einen chronischen Alko-

holgenuß angeben. Nach neunjährigem Alkoholmißbrauch soll sich im allgemeinen die alkoholische Pankreatitis entwickeln. Weitere sechs Jahre später kommt es zu Pankreasverkalkungen und zum Diabetes mellitus. Acht Jahre nach den ersten Pankreatitisschüben tritt die Steatorrhoe auf und etwa elf Jahre nach den deutlichen Pankreasveränderungen muß mit dem Tod gerechnet werden.

Die angenehmen Seiten des gelegentlichen Alkoholgenusses dürfen nicht über die Kehrseite bei Alkoholüberkonsum hinwegtäuschen.

Literatur beim Verfasser.

Anschrift des Verfassers:

Privatdozent Dr. med. H.-J. Pusch, Wissenschaftlicher Assistent an der Medizinischen Poliklinik der Universität Würzburg, Klinikstraße 8, 8700 Würzburg

Tumoren - Verschußkrankheiten

58. Augsburger Fortbildungskongreß für praktische Medizin

Für die Herbsttagung 1976 hatte A. Schretzenmayr, Augsburg, als ständiger Tagungsleiter in Zusammenarbeit mit dem „Collegium Medicum Augustanum“ zwei Hauptthemen gewählt, nämlich „Tumorfrüherkennung und -therapie“ sowie „arterielle Verschußkrankheiten“.

In seinem Vortrag über die Früherkennung der gastroenterologischen Karzinome erinnerte B. Frosch, Augsburg, daran, daß es beim Magenkarzinom weder spezifische noch generell früh auftretende Beschwerden gibt und daß auch beim Schleimhautkarzinom des Magens nur in etwa 50 Prozent der Fälle epigastrische Beschwerden angegeben werden. Die Mehrzahl der Patienten klagt lediglich über unbestimmte Beschwerden im Oberbauch, über Druck und Völlegefühl, Appetitlosigkeit und Widerwillen gegen bestimmte Nahrungsmittel, wobei die oft zitierte Aversion gegen Fleisch als völlig unspezifisch anzusehen ist. Hinsichtlich ihrer Symptomatologie gibt es zwischen den Frühkarzinomen und den fortgeschrittenen Karzinomen insofern Unterschiede, als bei der ersten Gruppe der epigastrische Schmerz das häufigste Symptom ist, während beim fortge-

schrrittenen Karzinom der Gewichtsverlust dominiert.

In seinen weiteren Ausführungen bezog sich *Frosch* auf Untersuchungsergebnisse japanischer Autoren, wonach für die Prognose des Magenkarzinoms weniger die Flächenausdehnung als die Tiefe der neoplastischen Infiltration in der Magenwand von Bedeutung ist. Dies erklärt, weshalb beim Magenfrühkarzinom, bei dem die maligne Läsion definitionsgemäß auf die Schleimhaut und die Submukosa beschränkt ist, und zwar ohne Berücksichtigung eventueller Lymphknotenmetastasen, die Fünfjahres-Überlebensquote nach Gastrektomie über 90 Prozent liegt; sie sinkt auf acht Prozent ab, wenn alle Wandschichten beteiligt sind. Somit ist das Magenfrühkarzinom ein chirurgisch heilbares Leiden, weshalb alle diagnostischen Möglichkeiten ausgenutzt werden müssen, um diese Krebsform so früh als möglich aufzudecken.

Nachdem prophylaktische Massenuntersuchungen bestimmter Kollektive nach japanischem Vorbild in Mitteleuropa aus personellen und finanziellen Gründen nicht realisier-

bar sind (wobei in diese Überlegungen auch die gegenüber Japan geringere Magenkarzinominzidenz hineinspielt), stellte der Augsburger Internist drei Leitsätze auf, deren Berücksichtigung zu Fortschritten in der Früherkennung des Magenkarzinoms führen könnten:

1. Alle Patienten mit länger als vierzehn Tage bestehenden Magenbeschwerden müssen unverzüglich geröntgt und mit und ohne suspektem Befund gastrokopisch-biologisch untersucht werden.

2. Angehörige von Risikogruppen (Patienten mit perniziöser Anämie, mit bekannter atrophischer Gastritis, nach Magenresektion sowie Träger von Polypen) müssen regelmäßig jährlich untersucht werden.

3. Durch Magensaftanalysen und gastrokopische Biopsie müssen Patienten mit einer atrophischen Gastritis erfaßt werden.

Bei der Besprechung des Kolon- und Rektumkarzinoms wies *Frosch* darauf hin, daß die auch hier unbedingt anzustrebende Früherkennung derzeit noch durch fatale Verschleppungszeiten belastet wird. So betrage nach den Untersuchungen von *Hoffmann* die Verzögerungszeit zu Lasten des Patienten beim Kolonkarzinom 6,6, beim Rektumkarzinom 6,7 Monate, zu Lasten des behandelnden Arztes beim Kolonkarzinom sogar 12 und beim Rektumkarzinom 15 Monate. Angesichts dieser unbefriedigenden Situation sollte man es sich zum Grundsatz machen, zumindest bei Patienten im sechsten und siebten Dezennium Angaben über Bauch- und Stuhlbeschwerden solange als Karzinomsymptome aufzufassen, bis ein Malignom ausgeschlossen worden ist.

Da ein großer Teil der Dickdarmkarzinome und Polypen intermittierend blutet, wird als Vorsorgemaßnahme immer wieder die Untersuchung des Stuhls auf okkultes Blut postuliert, wozu heute gewöhnlich der sogenannte Haemocult-Test verwendet wird. Auf jeden Fall sollte schon beim geringsten Verdacht eine digitale Untersuchung des Enddarmes durchgeführt und diese mit einer Rekto-Sigmoidoskopie kombiniert werden. Läßt sich damit die Art der vorliegenden Darmerkrankung nicht klären, muß ein Kolon-Kontrasteinlauf mit Doppelkontrast

durchgeführt und durch eine Koloskopie ergänzt werden. *Frosch* meinte in diesem Zusammenhang, es müsse heute als Kunstfehler bezeichnet werden, wenn viele Patienten mit Rektumkarzinomen monatelang ohne weitere Untersuchungen als sogenannte Hämorrhoidenträger behandelt werden.

In einem ergänzenden Beitrag machte *H. Gumrich*, Augsburg, einige Bemerkungen zur Chirurgie der Magen-Darm-Erkrankungen, wobei er mit dem Hinweis begann, daß jedes Druckgefühl mit Schluckstörungen hinter dem Brustbein verdächtig ist auf eine Verengung im Kardiabereich. Treten erst Schmerzen im Rücken in der Höhe der unteren Brustwirbelsäule auf, ist das Karzinom meist bereits inoperabel. Schon die Röntgenaufnahme führt hier diagnostisch weiter: Bei einer gutartigen Stenose kommt es zu einer starken Erweiterung der Speiseröhre, bei einem malignen Tumor ist nur eine geringe Erweiterung zu erwarten.

Aufgrund seiner Erfahrungen sprach *Gumrich* die Empfehlung aus, bei jeder Gallenblasenoperation den Dickdarm genauestens abzutasten. Er habe in mehreren Fällen gleichzeitig ein Aszendens- oder Transversumkarzinom gefunden und dieses mit operieren können. Jedenfalls sollten Angaben über ein Druckgefühl im rechten Oberbauch auch auf ein mögliches Dickdarmkarzinom bezogen werden. Von den Divertikeln wurde gesagt, daß diese die gleichen Beschwerden auslösen können wie ein Karzinom. In manchen Fällen kann es ganz plötzlich zur Perforation kommen, die dann sofort operiert werden und wegen der Gefahr der kotigen Peritonitis durch eine zusätzliche Peritonealspülung behandelt werden muß.

Der erste Schritt zur Diagnose eines Rektumtumors, so betonte der Vortragende ausdrücklich, liegt beim praktischen Arzt, der durch die digitale Untersuchung etwa 75 Prozent aller Karzinome mit dem Finger erreichen kann; meist ist es eine Blutung, die den Patienten zum Arzt führt. Die Tatsache, daß an der Augsburger Chirurgischen Klinik in den letzten dreieinhalb Jahren mehr als 700 Dickdarmoperationen durchgeführt wurden, zeigt, daß inzwischen durch Zusammenarbeit von prakti-

schen Ärzten, Internisten und Radiologen die wichtigen Voraussetzungen für die Tumorerkennung und damit für eine frühzeitige Operation geschaffen worden sind.

Nicht nur bei großen Polypen, sondern auch im höheren Alter bei umschriebenen Karzinomen des Rektumbereichs führt *Gumrich* seit einigen Jahren die sogenannte Rectotomia posterior durch. Hierbei wird das Karzinom im Gesunden ohne Anlage eines Kunstafters elektrisch herausgeschnitten. An der Augsburger Klinik wurden bisher 33 Patienten nach dieser Methode operiert und wiederholt nachkontrolliert, wobei sich nur in einem Fall nach fünf Jahren eine retroperitoneale Metastasierung fand.

D. L. Heene, Gießen, sprach über Antikoagulation und Rezidivprophylaxe von Gefäßverschlüssen, wobei er auf die Notwendigkeit hinwies, streng zwischen einer Langzeitantikoagulation und einer kurzfristigen Antikoagulantientherapie zu unterscheiden. Im wesentlichen stehen heute drei Gruppen von Medikamenten zur Verfügung:

1. Die plättchenwirksamen Medikamente, wozu die Aggregationshemmer wie Acetylsalicylsäure (z. B. Colfarit) und Dipyridamol (Persantin) gehören sowie die Adhäsivitätshemmer vom Typ des Sulfinpyrazon (Anturan).

2. Medikamente mit Wirkung gegen plasmatische Gerinnungsfaktoren. In diese Gruppe gehören die Vitamin-K-Antagonisten vom Dikumarol-Typ, welches vorwiegend für die Langzeitantikoagulation in Frage kommt und außerdem die mit Antithrombinwirksamkeit ausgestatteten Heparine und die zur therapeutischen Defibrinierung geeigneten Schlangengifte wie Ancrod und Reptilase, welche nur für die Kurzzeittherapie geeignet sind.

3. Die Fibrinolyse-wirksamen Medikamente, deren wichtigster Vertreter die Streptokinase ist; auch Ancrod und Reptilase haben fibrinolytische Eigenschaften.

Nach der Besprechung einiger repräsentativer Studien machte *Heene* zur Anwendung von Antikoagulantien und Aggregationshemmern die Aussage, daß keine dieser Substanzen in der Lage ist, einen Einfluß

auf das Fortschreiten arteriosklerotischer Wandveränderungen zu nehmen. Da die Gerinnungsphänomene im Bereich der arteriosklerotischen Plaques offensichtlich nur sekundäre Phänomene sind, kann man auch nicht erwarten, daß durch eine Beeinflussung der Hämostase eine entscheidende Besserung eines primären Leidens erreicht werden kann. Bei der arteriellen Verschlusskrankheit ergibt sich eine Indikation für diese Pharmaka, weil damit nachgewiesenermaßen eine Senkung der vaskulär bedingten Komplikationen und der Amputationsrate sowie der vaskulär bedingten Mortalität erreicht werden kann. In weiteren Studien wird geprüft werden müssen, ob Antikoagulantien oder Aggregationshemmer hierfür günstiger sind.

Nach dem derzeitigen Stand der Kenntnisse kann man sagen, daß Antikoagulantien in erster Linie zur Vermeidung embolischer Komplikationen indiziert sind, sie finden vor allem bei Herzklappenoperationen, bei Aneurysmen und anderen ähnlichen Gefäßdefekten im Makrogefäßbereich Ihre Anwendung. Die Aggregationshemmer wirken offensichtlich mehr im Bereich der Mikroangiopathien, sie zeigen jedoch auch tierexperimentell einen Effekt auf die Ablagerung von thrombotischen Materialien in atheromatösen Bezirken großer Gefäße.

Bei der Abwägung beider Therapiemöglichkeiten verwies Heene auf die erhöhte Blutungskomplikationsrate unter der Antikoagulantientherapie. Hier zeigen Aggregationshemmer deutliche Vorteile, doch fallen hier Unverträglichkeitsreaktionen, Magenbeschwerden und bei der Therapie mit Acetylsalicylsäure auch Magen-Darm-Blutungen ins Gewicht. Als Argument, welches gegen die Antikoagulantientherapie spricht, wurde die Tatsache erwähnt, daß in Ermangelung einer standardisierten Thromboplastinzeitbestimmung eine konsequente Einhaltung des optimalen therapeutischen Bereiches nicht immer gewährleistet ist; außerdem muß die Toleranzhöhung bzw. -minderung durch den Einfluß anderer Medikamente berücksichtigt werden.

Referent:

Dr. med. D. Müller-Plettenberg, Herzkammer Straße 1 a, 5600 Wuppertal 2

Wirbelsäule im Blickfeld der Praxis

56. Fortbildungsteilung für Ärzte in Regensburg

Privatdozent Dr. H. P. Groeneveld, Neuwied:

Die kindliche Wirbelsäule

Die Wirbelsäule des Kindes erhält ihre endgültige Form innerhalb der gesamten Wachstumsperiode, am stärksten jedoch am Ende des ersten Lebensjahres. Die Wirbelsäule eines Neugeborenen zeigt einige strukturelle Merkmale, die sich von einer präpubertären oder erwachsenen Wirbelsäule grundsätzlich unterscheidet. So zeigt die Wirbelsäule im a.-p.-Strahlengang eine bikonvexe, seitlich eine fast ovale Form der Wirbelkörper mit hohen knorpeligen Zwischenwirbelscheiben und Verknöcherungsdefiziten im Bereich der Bögen und der Gefäßkanäle. Der Myelonkanal ist besonders im HWS- und LWS-Bereich sehr weit. Zwischen Wirbelkörper und Bogenteil sieht man bis zum vierten Lebensjahr eine Kontinuitätstrennung. Die rechteckige Form der Wirbelkörper wird erst kurz vor Abschluß des Wirbelsäulenwachstums erreicht. Als Besonderheit des klein-kindlichen Wirbelsäulenskeletts sei auf den vergrößerten Atlas-Dens-Abstand hingewiesen, der bis zu einem Alter von sechs Jahren bis zu 4 mm völlig normal ist. Relativ häufig sind im Kindesalter Verkalkungen der Bandscheiben zu sehen, die spontan oder nach banalen Unfällen auftreten und genauso wieder verschwinden können. Generell ist festzustellen, daß im Gegensatz zu den Erkrankungen der Wirbelsäule beim Erwachsenen die Form und deren Veränderungen und weniger der Schmerz oft das führende Symptom bei der kindlichen Wirbelsäulenerkrankung ist. Von den sogenannten Haltungsschwächen, also Abweichungen der Wirbelsäulenform in der sagittalen Ebene aufgrund einer verminderten neuromuskulären Koordinationsleistung, ist nur der Haltungsverfall sicher pathologisch.

Von den pathologischen Veränderungen der kindlichen Wirbelsäule sollen einige Formabweichungen in der frontalen und sagittalen Ebene besprochen werden.

Bei der *Säuglingsskoliose* ist man heute der Meinung, daß es asymmetrisch-extrapyramidal-motorische Reflexe sind, die einerseits eine halbschräge Rückenlage des Säuglings verursachen und andererseits das Auftreten von zunächst reflektorischen, später möglicherweise Schrumpfungskontrakturen begünstigen, die zu einer seitlichen Verbiegung der kindlichen Wirbelsäule führen. Symptome der Schräglagen-deformität sind Thoraxabflachung mit kontralateraler Wirbelsäulenverkrümmung, Hinterhaupt- und Beckenabflachung mit gleichzeitigem Beckenhochstand. Die Erkennung einer Wirbelsäulenskoliose erfordert eine Untersuchung im Sitzen, in Bauchlage und in Vorbeuge. Die Asymmetrie der Thoraxhälften mit Abflachung und Verbreiterung auf der Konkavseite der Krümmung ist dabei das führende Symptom der in der Regel c-förmigen und linkskonvexen Säuglingsskoliose. Die Behandlung besteht in einer Lagerungsbehandlung mit einem Stützkissen oder durch vermehrte Lagerung des Säuglings in Bauchlage. Nur selten wird eine seitliche Liegeschale oder eine *Kalabis*-Bandage erforderlich werden. Die Prognose ist in der Regel sehr gut. Es gibt ungezählte Fälle von spontanen Remissionen. Selten gibt es jedoch progrediente Formen, die heute oft schon im frühen Kindesalter operiert werden müssen. Die Erkennung einer Skoliose beim älteren Kind (günstige Zeitpunkte viertes bis sechstes und acht bis zehntes Lebensjahr) fordert eine Untersuchung im Stehen und auf Distanz, wobei besonders auf Schulter- und Beckenstand, auf die Taillendreiecke, auf das Lot und das Verhalten von Thorax- und Lum-

**Novodigal[®]
kompensiert
seine
Herzinsuffizienz**



Ein typischer Fall, erste Konsultation: Alter: 67 Jahre, Belastungsdyspnoe, allgemeine Erschöpfung, mäßige Tachykardie, RR 165/115, hörbare Lungenstauung. Diagnose: Herzinsuffizienz bei Hypertonie. Therapie: 3 x 1 Tablette Novodigal »mite«

Novodigal[®] »mite« Novodigal[®]

Die Glykosidtherapie von Beginn an
einfach – zuverlässig – erfolgreich

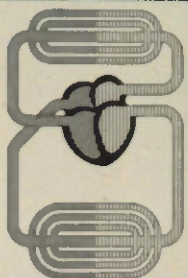
Indikationen: Akute und chronische Herzinsuffizienz jeder Art und jeden Schweregrades. **Kontraindikationen:** Absolut: Digitalisintoxikation, atrioventrikuläre Leitungsstörungen 2. und 3. Grades (außer bei implantiertem Schrittmacher), idiopathische hypertrophische subaortale Stenose, geplante Elektrokardioversion. Relativ: Ventrikuläre Tachykardie, bradykarde Rhythmusstörungen, Kaliummangelzustände, Hyperkalzämie, Carotissinusyndrom, atrioventrikuläre Leitungsstörungen 1. Grades. **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, Hypoxie oder 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 Kalzium-Gaben wegen der potenzierenden Wirkung abzusehen. In den Frühstadien der Schwangerschaft entscheidet – wie bei allen Medikamenten – die Dringlichkeit der Indikation. 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 B-Acetyldigoxin, Packungen mit 50 Stück DM 5,90, 100 Stück DM 10,60, Anstaltspackungen. Novodigal »mite« Tabletten zu 0,1 mg B-Acetyldigoxin, Packungen mit 50 Stück DM 4,80, 100 Stück DM 8,50, Anstaltspackungen. Novodigal Tropfen zu 0,4 mg/40 Tropfen B-Acetyldigoxin, Tröpfelflasche mit 30 ml DM 10,15, Anstaltspackung. Novodigal Ampullen zu 0,4 mg Digoxin 2 ml, Packung mit 10 Stück DM 8,70, Anstaltspackung. Beiersdorf AG · Unnastr. 48 · 2000 Hamburg 20

Aus dem
Herz-
Kreislauf-
Programm

PHARMA

HAMBURG



balregion beim Vorbeugen zu achten ist. Die Behandlung der Skoliose erfolgt in der Regel bei einer Seitenverschiebung bis zu 25 Grad allein krankengymnastisch, darüber hinaus in der Regel mit einem *Milwaukee-Korsett* und jenseits von 50 Grad wird heute in der Regel operiert.

Von den *Hyperkyphosen der Wirbelsäule* ist die wichtigste zweifellos die juvenile Kyphose, die sogenannte *Scheuermansche* Erkrankung. Eine zweite Erkrankung aus dem Formenkreis der osteochondrotischen Syndrome, die mehr unifokal abläuft, und meist nur eine diskrete und kurzbogige Kyphose bedingt, ist die *Vertebra plana*. Therapeutisch wird auch hier ein *Milwaukee-Korsett* benutzt oder ein Rumpfgips. Als hormonale Störung, die charakteristischer Weise beim jungen Säugling zu einer Hyperkyphose führt, sei die Hypothyreose angeführt. Ausgeprägte kurzbogige Kyphosen, sogenannte Gibbusbildungen, finden sich bei der Tbc der Wirbelsäule. Die Symptome entsprechen denen bei der Erwachsenen-Tbc und das Führungssymptom ist der Schmerz. Bei Kindern ist man therapeutisch eher konservativ eingestellt. Orthopädisch ist, je nach Lokalisation und Ausprägung der Erkrankung, ein hochgezogenes Rumpfkorsett oder eine Rumpfgipsbehandlung über lange Zeit angebracht. Weniger ausgeprägte, großbogige Kyphosen sieht man zuweilen im Gefolge einer kindlichen primär chronischen Polyarthrit, am häufigsten wohl iatrogen, nach Kortisonbehandlung. Die Rachitis, die Osteogenesis imperfecta und das *Cushing-Syndrom* führen ebenfalls zur Kyphose.

Medizinalrat Dr. Ch. Kuhlenbäumer,
Mainz:

Morbus Scheuermann als Störung von Wachstum und Relfe

Der Morbus *Scheuermann* ist eine Erkrankung des Pubertätsalters. Der Ort der pathologischen Veränderungen sind die Deckplatten, Bandscheiben und Wirbelkörper der mittleren und unteren BWS, wesentlich seltener der LWS. Pathologisch-anatomisch liegt primär eine mangelhafte Widerstandsfähigkeit der Wirbelkörperdeckplatten vor, deren Faserknorpelschicht histologisch deutliche Unterbrüche zeigt, durch

Der Termin des
30. Bayerischen Ärztetages
ist nunmehr endgültig festgelegt auf

7. bis 9. Oktober 1977

Ort: München

welche Bandscheibengewebe in die begrenzenden Wirbelkörper eindringt. Dabei wird die Platte des Wachstumsknorpels geschädigt, so daß mit einer Störung des Höhenwachstums der Wirbelkörper zu rechnen ist. Die Ätiologie der *Scheuermanschen* Erkrankung ist unklar. Familiäres Auftreten ist nicht ungewöhnlich, so daß eine hereditäre Disposition als gesichert angesehen werden kann. Es wird ein dominanter Erbgang mit wechselnder Penetranz angenommen. Die Bindung der Erkrankung an das Pubertätsalter weist auf den Einfluß von Wachstum und Reifung hin. Wachstum ist ein quantitativer Vorgang und wird vor allem durch das Wachstumshormon gesteuert, dessen Freisetzung durch einen hypothalamischen Releasingfaktor ausgelöst wird. Reifung ist dagegen ein qualitativer Vorgang, der bis zur Pubertät vorwiegend vom Schilddrüsenhormon gesteuert wird und nach Einsetzen der Pubertät unmittelbar von den Gonadenhormonen. Bei der enchondralen Entwicklung der Knochen findet an der Epiphyse ein Wachstums-, an der Metaphyse ein Reifungsvorgang statt. Der Krankheitswert der *Scheuermanschen* Erkrankung wird verschieden beurteilt. Der Schmerz dieser Erkrankung wird mit Sicherheit nicht von den primär befallenen Deckplatten und Wirbelkörpern ausgelöst. Die Schmerzen entstehen bei Überlastung der paravertebralen Weichteilstrukturen, die bei Kyphose und Bewegungseinschränkung statisch ungünstiger wirken. Wenn Schmerz angegeben wurde, dann trat er meist bei längerem Sitzen oder Stehen unterhalb des fixierten Gebietes auf. Eine Korrelation der Schmerzintensität mit dem Grad der Ausprägung der *Scheuermanschen* Symptome kann nicht nachgewiesen werden, dagegen besteht eine signifikante Korrelation zwischen Schmerzen und psychischen Faktoren wie Depressivität, Nervosität, Aggressivität usw. Therapeutisch

wird zunehmend eine aktive Therapie mit krankengymnastischer Einzelbehandlung in den Vordergrund gestellt und eine Ruhigstellung und Schonung, auch bei Jugendlichen mit Schmerzen, für nicht notwendig gehalten. Befreiung vom Sport und Unterricht sollte in keinem Falle generell und nur für begrenzte Zeit erteilt werden. Vor Beginn einer aktiven Therapie sollte die Differentialdiagnose zur Spondylitis dann nicht außer acht gelassen werden, wenn die Patienten über Schmerzen klagen, die auch nachts auftreten und bei denen sich ein Stauchungsschmerz der Wirbelsäule auslösen läßt. Die Prognose der *Scheuermanschen* Erkrankung ist im allgemeinen gut. Es besteht zwar eine erhöhte Disposition für Überlastungsschmerzen im Bereich der Wirbelsäule, ein Berufsverbot oder eine Umschulung sollte jedoch nur bei langdauernden, durch Therapie nicht beeinflussbaren Schmerzen in Erwägung gezogen werden.

Dr. E. Peter, Aachen:

Statische Wirbelsäulenbeschwerden

Statische Beschwerden sind die Folgen eines Ungleichgewichts zwischen den niederziehenden Einwirkungen der Schwerkraft und den aufrichtenden Kräften des Haltungs- und Bewegungssystems. Zwischen dem Achsenskelett Wirbelsäule und der Rumpfmuskulatur besteht eine organische Funktionsgemeinschaft, d. h., jede Veränderung des einen Funktionspartners kann zu einer Störung des anderen führen, ihn in Mitleidenschaft ziehen. Das Ungleichgewicht entsteht durch eine Störung im statischen Aufbau der Wirbelsäule oder eine Insuffizienz der Anti-Schwerkraft-Muskulatur. Auch bei intakter Wirbelsäulenstatik und suffizienter Muskulatur können unphysiologische statische Bean-

spruchungen (z. B. durch stereotype Dauerzwangshaltung am Arbeitsplatz) zu statischen Beschwerden Anlaß geben. Eine statische Insuffizienz kann lange Zeit kompensiert (beschwerdefrei und belastungsfähig) sein. Strukturelle Störungen des Wirbelsäulenaufbaues sind die unterschiedlichsten Formveränderungen, die in bestimmten Wirbelsäulenabschnitten fixiert sind und deren Kompensation in den kaudal und kranial angrenzenden, beweglicheren Wirbelsäulenabschnitten geschieht. Deshalb treten statische Beschwerden oft nicht im Bereich der primären Wirbelsäulendeformität, sondern distal und proximal davon auf. Die Diagnose der statischen Wirbelsäulenbeschwerden gründet sich auf die Anamnese, die Schilderung der Beschwerden sowie Inspektion, Palpation und den Funktionsbefund. Die Patienten klagen über Schwächegefühl und eine vermehrte lokale Ermüdbarkeit im Rücken, ein Gefühl der Haltlosigkeit des Rückgrats, oft auch eine Steifigkeit, und schließlich über einen dumpf bohrenden oder ziehenden Schmerz. Auffallend ist die Abhängigkeit der Beschwerden von bestimmten Körperhaltungen oder Tätigkeiten. Dabei zeigen statische Beschwerden oft eine recht konstante Lokalisation. Schmerzausstrahlung vom pseudoradikulären Typ kommen vor. Häufigste Manifestation statischer Beschwerden ist das statisch-myalgische Syndrom, zweithäufigste sind die Ligamentosen, Tendinosen und Insertionstendopathien. Ziel der Therapie ist die Rekompensation, wobei erstes Behandlungsziel die Beseitigung der Schmerzen ist durch den Einsatz von Analgetika, im allgemeinen in Form cortisonfreier Antirheumatika. Physikalisch haben sich Interferenzstrom und die diadynamischen Ströme mit ihrem schmerzlindernden Effekt bewährt. Der zweite therapeutische Schritt ist die Beseitigung des Reflexhypertonus der Muskulatur mit Hilfe von Myotonolytika, Wärmeapplikationen, Hochfrequenztherapie, Massagen und Unterwassermassagen. Die dritte therapeutische Zielsetzung ist eine Funktionsverbesserung des Achsenorganes durch eine konsequente Krankengymnastik. Die erzielte Rekompensation muß durch eine gezielte Haltungshygiene in Freizeit und Beruf (Anschaffung wirbelsäulengerechter Sitzmöbel, Umgestaltung des Arbeitsplatzes usw.) stabi-

lisiert werden. Jugendlichen sollte man einen geeigneten Ausgleichssport, wie Schwimmen, Federball und Langlauf, empfehlen und bei älteren Menschen sind orthopädische Kompensationshilfen in Gestalt von Kreuzstützbandagen oder Stütz-miedern oft nicht zu umgehen.

Professor Dr. K. Reinhardt, Völklingen:

Pathologie und Anomalie im Röntgenbild der Lendenwirbelsäule

Die Form der Lendenwirbelsäule und des Kreuzbeines weist eine nicht unerhebliche Variationsbreite auf. Man hat versucht, individuelle Formvarianten im Bereich des normalen, von sogenannten Fehlhaltungen mit einer gewissen pathologischen Wertigkeit und von eigentlichen pathologischen Verkrümmungen abzugrenzen. Eine sichere Grenzziehung ist aber nicht möglich, mindestens nicht rein von der Morphologie her. Bei den sogenannten anlagemäßigen Fehlhaltungen kommt als Schmerzursache praktisch nur eine deutlich verstärkte Lendenlordose in Betracht, wenn andere Schmerzursachen ausgeschlossen sind, während eine Delordose kaum als Schmerzursache in Frage kommt. Dagegen stellen ausgeprägte Delordosen und Haltungsskiosen fast ausschließlich Symptome eines vertebragenen Schmerzzustandes (Osteomyelitis, Zustand nach Operation, Tumoren u. a.) dar. Vergrößerung oder Verringerung des Beckenneigungswinkels und des Lumbosakralwinkels kommt keine nennenswerte pathogenetische Potenz zu. Ein wenig bekanntes Krankheitsbild, das im ätiologischen Zusammenhang mit einer Verengung des Lumbosakralkanals steht, ist die sogenannte Claudicatio intermittens spinalis. Sie ist klinisch charakterisiert durch krampfartige Schmerzen in den Beinen, die in Abhängigkeit von Bewegungen, Sitzhaltungen und Stehen auftreten. Diese Beschwerden beruhen auf einer Durchblutungsdröselung im Kaudabereich infolge der Engigkeit des Lumbalkanales, verstärkt durch Lordose. Die Spina bifida stellt die häufigste Anomalie im Lumbosakralbereich dar. Gemeinhin unterscheidet man zwischen einer Spina bifida aperta und occulta. Von einer aperta

spricht man, wenn gleichzeitig eine Meningozele, Myelozele oder Myelomeningozele besteht, von einer occulta, wenn diese Mißbildung fehlt und lediglich eine Hypertrichose oder eine Lipombildung vorhanden ist. Mitunter reserviert man die Bezeichnung occulta jedoch auch für Fälle, bei denen jegliche äußere Erscheinungen fehlen. Von Bedeutung ist, daß das Bettnässen mit einer Spina bifida nichts zu tun hat. Die echte pathologische Spina bifida geht zwar vielfach mit Miktionsstörungen einher, dann ist aber das Bettnässen keineswegs das einzige Symptom, sondern es besteht in den meisten Fällen auch eine diurne Inkontinenz und sehr häufig sind gleichgeordnete Mißbildungen im Urogenitalsystem vorhanden. Je nach Ausprägung kommen neurologische und trophische Störungen hinzu. Die Beurteilung der pathogenetischen Wertigkeit der Spina bifida stützt sich zwar auch auf die Größe des Schlußdefektes im Röntgenbild. In jedem Falle ist jedoch eine Myelographie heranzuziehen, die Aufschlüsse über die terminalen Mark- und Kaudastrukturen zu geben vermag. Die Diagnose Spina bifida aperta ist deshalb von großer prognostischer Bedeutung, weil es in der Regel zu einem Hydrozephalus dabei kommt. Eine weitere Anomalie im Lendenabschnitt ist die sogenannte Spondylolisthesis. Sie beruht auf einer Spaltbildung in der Interartikularportion des Wirbelbogens, also schrägverlaufend zwischen dem kaudalen und kranialen Gelenkfortsatz. Der dorsale Bogenanteil bleibt an Ort und Stelle, der ventrale Bogenanteil verschiebt sich zusammen mit dem Wirbelkörper nach ventral gegenüber dem Kreuzbein bzw. dem nächstfolgenden Lendenwirbel. Ätiologische Beziehungen zum Kreuzschmerz sind unsicher, da asymptomatische Zufallsbefunde häufig sind. Der optische Eindruck der Spaltbildung sollte keineswegs zum operativen Eingreifen verführen, da weder die Schmerzzustände noch das Gleiten im erwachsenen Alter progredient sind. Eine symptomatische Behandlung ist fast immer ausreichend. Noch geringer als bei der Spina bifida occulta und Spondylolisthesis ist die klinische Bedeutung sogenannter Übergangswirbelbildungen und nur unter selten gegebenen Voraussetzungen können Kreuzschmerzen auf einen solchen Befund bezogen werden, nämlich wenn zwischen dem

flügel förmig verbreiterten Querfortsatz und der Kreuzbeinoberkante Artikulation besteht, die zu arthrotischen Veränderungen und reaktiven subchondralen Sklerosen geführt hat. Bandverkalkungen in der Lumbosakralregion sind ebenfalls von äußerst geringer klinischer Bedeutung. Eine Sonderform der Spina bifida mit sakraler Lokalisation stellt die sogenannte präsakrale Meningocele dar, die sich in die Beckenlichtung hinein entwickelt und Verdrängungserscheinungen an den Beckeneingeweiden mit entsprechenden klinischen Symptomen verursacht. Der Nachweis einer präsakralen Zystenbildung bei der gynäkologischen oder rektalen Untersuchung sollte keinesfalls zur Punktion führen, da solche Eingriffe bisher meistens den Tod zur Folge gehabt haben.

Professor Dr. P. Otte, Mainz:

Die physiologische und pathologische Osteoporose

Bei der Beurteilung der Osteoporose ist die entscheidende Frage: Wer kann mir sagen, ob diese Wirbelsäule im Rahmen der physiologischen Altersatrophie bleibt, ob sie sich in Richtung auf eine pathologische Osteoporose zu entwickelt oder ob sie sich bereits im Bereich einer pathologischen Osteoporose befindet? Der Grund für die Dringlichkeit dieser Frage geht aus drei von *Dambacher* ungefähr folgendermaßen definierten Punkten hervor:

1. Bei weitgehend unbekannter Ursache ist eine wirksame kausale Therapie einer bestehenden postklimakterischen Osteoporose nicht möglich.
2. Fluorid ist derzeit die einzige Substanz, bei der bei bestehender postklimakterischer Osteoporose eine Zunahme der Knochendichte erzielt werden kann.
3. Fluorid ist aber kein Mittel der Wahl; die Indikation muß so sorgfältig unter Berücksichtigung der möglichen Nebenwirkungen gestellt werden. Das aber bedeutet, die Indikation ist nicht die physiologische Altersatrophie, sondern die schwere Osteoporose mit Fraktur. Klinisch ist also die Kompressionsfraktur bisher das entscheidende Merkmal für den Einsatz von Fluorid gewesen, was jedoch keineswegs befrie-

digt, da ja gerade die Fraktur verhindert werden soll. Ein sicheres klinisches Zeichen für den Wendepunkt zur pathologischen Osteoporose gibt es nicht, aber zumindest ein wesentliches Indiz, und zwar eine Bandscheibenverbreiterung, die sogenannte Bandscheibenexpansion. Die Pathogenese stellt man sich dabei etwa so vor: Die trophischen Verhältnisse der Bandscheiben im Rahmen der Osteoporose verändern sich durch Diffusionsveränderungen der Deckplatten so, daß es zu einer Veränderung der Disci kommt, was zu einem Überdruck führt und damit zu einer Expansion. Findet man neben dieser Bandscheibenverbreiterung eine fixierte Lordose, dann ist nach heutigem Verständnis der Punkt erreicht, wo eine pathologische Osteoporose beginnt und wegen der akuten Bruchgefahr die Therapie begonnen werden sollte.

Professor Dr. E. Uehlinger, Zürich:

Fälle unerkannter Wirbelsäulenerkrankungen

Das besondere der Wirbelsäule gegenüber den anderen Skelettanteilen ist die Nähe zum Nervensystem und die sehr starke Vaskularisation. So sind die ersten Symptome maligner Wirbelsäulenerkrankungen meist neurogener Natur, in erster Linie der Schmerz, dann Motilitäts- und Sensibilitätsstörungen. Demgegenüber stehen die ossären Symptome der Osteolyse, der Osteoporose, der Fraktur und der Verformung. Unter Berücksichtigung des Alters, des Schmerztypus und des Röntgenbildes lassen sich die primären Wirbelsäulentumoren in der Regel differenzieren. Maligne primäre Wirbelgeschwülste werden nach dem dreißigsten Lebensjahr kaum beobachtet, dagegen ist die Wirbelsäulenzündung, die Spondylitis, an kein Lebensalter gebunden. Die überwiegende Zahl der in den ersten drei Dezennien auftretenden primären Wirbelgeschwülste sind benigne im Gegensatz zu denen der langen Röhrenknochen, weil hier auch die Mitosezahl wesentlich geringer und dadurch die Gefahr einer Fehlsteuerung geringer ist.

Die benignen Geschwülste der Wirbelsäule unterteilen wir in Osteoidosteome, Osteoblastome und das Knochenaneurysma. Das charakte-

ristische Symptom des Osteoidosteoms ist der Schmerz, der besonders in der Nacht sehr stark ist und sich nicht durch Ruhe mildern läßt und durch Bewegung kaum intensiviert wird. Röntgenologisch ist eine polyzystische Aufhellung mit einem Kernschatten in der Mitte pathognomonisch. Gewissermaßen der Vetter des Osteoidosteoms ist das Osteoblastom. Es kommt hauptsächlich in der zweiten Dekade vor, ist größer als das Osteoidosteom und macht wesentlich weniger Schmerzen. Histologisch können die beiden Geschwülste nicht voneinander unterschieden werden. Das Röntgenbild ist gekennzeichnet durch eine Auftreibung, vor allem im Bereich des Wirbelbogenansatzes. Auch das Knochenaneurysma tritt am häufigsten in der zweiten Dekade auf. Die Diagnose wird häufig dadurch erschwert, daß in der Anamnese ein Trauma angegeben wird. Man unterscheidet einen intravon einem extraossären Typ. Therapie der Wahl bei allen drei Formen ist die Operation.

Zu den sehr seltenen malignen Wirbelsäulengeschwülsten gehört das *Ewing-Sarkom*, das zu Temperatursteigerungen führt, früh metastasiert und sehr stark strahlenempfindlich ist. Trotzdem versterben die Patienten nach einer Krankheitsdauer von ca. einem Jahr nach Metastasierung und meistens durch eine hämorrhagische Diathese.

Die Wirbelentzündung war früher identisch mit einer Spondylitis tuberculosa, deren Häufigkeitsgipfel sehr stark zum Alter hin verschoben war. Nicht selten kommt es zu intermittierenden Temperatursteigerungen, jedoch häufig ohne weitere Beschwerden, so daß die Diagnose nicht selten zu spät gestellt wird. Anstelle der Spondylitis tuberculosa ist heute die unspezifische Staphylokokken-Spondylitis getreten. Eine klinische Unterscheidungsmöglichkeit ist das Tempo, denn was bei der Spondylitis tuberculosa Monate und Jahre dauert, läuft bei der Kokken-Spondylitis in Tagen und Wochen ab. Die Wirbelkörper werden rasch zerstört mit Übergreifen auf die Wirbelbögen, es kommt zu keiner perifokalen Osteoporose und schließlich treten perivertebrale Spangengebilden auf.

Zusammenfassend ist die Schmerzanalyse von großer Bedeutung, d. h.,

3x250mg täglich

*genügend
regelmäßig!*



Das neue Depot-Tetracyclin heißt:

Remicyclin®

Streptokokken
Pneumokokken
Gonokokken
Haemophilus pertussis

H. influenzae
Brucella abortus
Clostridio
Klebsiella pneumoniae

Dosierung:
initial
2 Kapseln zu 250 mg = 500 mg
3x täglich
1 Kapsel zu 250 mg = 750 mg

Erwachsene und Kinder über 12 Jahre zu Beginn der Behandlung einmög 2 Kapseln; dann alle 8 Stunden 1 Kapsel einnehmen. Die Einhaltung dieser Dosierung ist zur Erzielung eines therapeutisch notwendigen Blutspiegels unbedingt erforderlich. Die Einnahme soll eine Stunde vor den Mahlzeiten mit etwas Wasser erfolgen. Gleichzeitige Verabreichung von Milch und säurebindenden Präparaten ist zu vermeiden. Die Behandlung sollte noch 1-3 Tage nach Abklingen der Krankheitssymptome fortgesetzt werden.

Zusammensetzung:
1 Kapsel enthält:
Tetracyclinhydrochlorid in Depoform 250 mg

Indikationen:
Remicyclin ist ein Breitspektrumantibiotikum und wirkt gegen grampositive und gramnegative Erreger; hierzu gehören vor allem Streptokokken, Pneumokokken, Gonokokken, Haemophilus pertussis, H. influenzae.

Brucella abortus, Clostridio und Klebsiella pneumoniae. Es hemmt gleichzeitig die Entwicklung von Rickettsien, Amoeben, Mykoplasmen und der Erreger von Psittakose, Lymphogranuloma ing. sowie Trachom.

Kontraindikationen:
Bei bereits bestehender Überempfindlichkeit gegen Tetracycline darf Remicyclin nicht angewendet werden, ebenso bei schweren Leber- und Nierenfunktionsstörungen. Nach den üblichen Richtlinien soll auch Remicyclin während der Schwangerschaft, insbesondere den ersten drei Monaten, nur unter strenger Indikation verabreicht werden.

Nebenwirkungen:
Magen- und Darmstörungen - wie weiche voluminöse Stühle, vermehrte Stuhlfrequenzen, leichte Diarrhöen- und Photodermatosen werden bisweilen beobachtet. Weitere Nebenwirkungen können Erbrechen, Brechreiz, Fieberschübe, Ikterus, Hämatoeme, Meläna,

Azotämie und Verlängerung der Prothrombinzeit sein, die zu einem Absetzen des Präparates führen können.

Besondere Hinweise:
Bei Kindern unter 12 Jahren ist Remicyclin nicht anzuwenden.

Handelsformen und Preise:
10 Kapseln
20 Kapseln
100 Kapseln (Klinikpackung)

DM 13,55
DM 23,65

Stand: Januar 1976



Schaper & Brümmer
Salzgitter-Ringelheim

der permanente Schmerz, der zunehmend weniger auf Analgetika anspricht, weist auf ein Neoplasma hin, wenn er ganz unerträglich wird, handelt es sich meist um ein Osteoidosteom. Eine weitere Differenzierungsmöglichkeit ist das Alter. Gutartige Wirbelgeschwülste sind in den ersten drei Dezennien zu erwarten. Alles, was später kommt, ist suspekt auf Metastasen oder eine Geschwulst mit primärer Malignität. Bei länger dauernden Schmerzen muß ein Röntgenbild angefertigt werden, was häufig weiter führt, aber ein negativer Befund berechtigt nicht, ein Neoplasma oder eine Spondylitis auszuschließen. Deshalb Kontrolle in drei Monaten und eventuell weitergehende Untersuchungen wie Tomographie und Szintigraphie.

Dr. P. Puls, Mainz:

Anfangsstadien bedrohlicher Wirbelsäulenerkrankungen

Allgemein gilt es, bedrohliche Erkrankungen in der ersten Phase, in der Schmerzphase, zu erkennen und einer Therapie zuzuführen. Die radikuläre Zwischenphase führt uns der Diagnose näher, da Arzt wie Patient nun bereit sind, alle möglichen diagnostischen Untersuchungsverfahren einzusetzen. In der paraplegischen Endphase hat sich schließlich der destruktive Wirbelsäulenprozeß in seiner letzten bitteren Konsequenz offenbart. Je mehr uns die Progredienz der Erkrankung Hilfestellung für die Diagnostik bietet, um so geringer werden die therapeutischen Möglichkeiten und damit die Heilchancen des Patienten. Daraus ergibt sich die Notwendigkeit, bedrohliche Wirbelsäulenerkrankungen so früh wie möglich zu erkennen. Die wesentliche diagnostische Schwierigkeit liegt in der Häufigkeit des unspezifischen Symptomes Rückenschmerz. Deshalb sollte man, vor allem bei therapieresistenten Fällen, auch an selteneren Erkrankungen denken und die Schmerzanalyse des Einzelfalles erneut kritisch in Frage stellen. Bei Progredienz oder spätestens nach drei Monaten sollte man alle möglichen diagnostischen Verfahren ausnutzen. Die Ausführung über primäre Wirbeltumoren und Wirbelentzündungen (s. Vortrag Professor

Uehlinger, S. 1146) werden durch zahlreiche Beispiele untermauert und weiter ausgeführt, wobei nochmals betont wird, daß die primären Wirbeltumoren fast ausschließlich in den ersten drei Dezennien auftreten und daß man bei einer infektiösen Spondylitis nicht nur an die tuberkulöse, sondern auch an die Form durch Staphylokokken denken muß, wobei die Progredienz bei der letzteren deutlich höher ist.

Bei den Wirbeltumoren ist das Plasmazytom, der maligne Tumor der Plasmazellen, die häufigste bösartige Primärgeschwulst. Dabei können neben ausgestanzten osteolytischen Herden auch Formen vorkommen, die eine diffuse Entkalkung des Skeletts mit typischen Merkmalen der Osteoporose und die Eindellung von Deck- und Grundplatten in Form der Fischwirbel, Keilwirbel und Planwirbel hervorrufen. Die BSG, Elektrophorese und Immunelektrophorese mit dem Nachweis von Paraproteinen bieten hier gute Abgrenzungsmöglichkeiten. Das diffuse Plasmazytom ist bei der Stammskelettosteoporose differentialdiagnostisch stets in Erwägung zu ziehen. Im Vordergrund der Tumorerkrankungen stehen jedoch metastatische Absiedelungen an der Wirbelsäule, die bei verschiedenartigen Primärtumoren, besonders beim Bronchial-, Mamma- und Prostatakarzinom und Hypernephrom anzutreffen sind. Dabei können die Wirbelsäulenschmerzen, verbunden mit einer radikulären Symptomatik, die erste Manifestation des bis dahin verborgenen Tumorleidens sein. Gute Röntgenaufnahmen und die rechtzeitige Szintigraphie, eventuell auch Biopsie, führen in einem sehr hohen Prozentsatz zur Diagnose.

Die Wirbelsäule stellt nach dem Kreuzbein die zweithäufigste Lokalisation der Ostitis deformans Paget dar. Neurologische Komplikationen dieser Erkrankung sind relativ selten und führen daher zu diagnostischen Schwierigkeiten, so daß fortgeschrittene Ausfallserscheinungen mit kompletten oder partiellen Querschnittssyndromen beobachtet werden können. Da hier jedoch eine Markkompression durch ein gutartiges Grundleiden vorliegt und die Ergebnisse einer frühzeitigen Dekompression sehr gut sind, kommt der Früherkennung eine besondere Bedeutung zu.

An den Schluß seien folgende zusammenfassende Gedanken gesetzt:

1. Gemessen an der Vielzahl der Rückenschmerzen sind bedrohliche Wirbelsäulenerkrankungen zum Glück selten.
2. Der therapieresistenteste Rückenschmerz ist als Hinweiszeichen für ernstliche Wirbelsäulenerkrankungen aufzufassen und muß nach drei Monaten zu einer Eskalation diagnostischer Maßnahmen Anlaß geben, da pathognomonische Symptome für diese Erkrankung nicht existent sind.
3. Die einzuleitende Diagnostik soll alle bisherigen Schmerzanalysen in Frage stellen, die Nachbarregionen mit einbeziehen und sich zusätzlicher Untersuchungsmethoden bedienen. Als solche bieten sich an: Tomographie, Szintigraphie, Angiographie und Myelographie, eventuell auch eine Nadelbiopsie.
4. Je früher die Diagnostik zum Ziele gelangt, um so kürzer ist der Leidensweg des Patienten. Selbst bei metastasierenden malignen Grunderkrankungen sind durch operative Behandlungsmethoden beachtliche Teilerfolge zu erzielen.

Professor Dr. F. Schilling, Mainz:

Variationen der rheumatisch-entzündlichen Wirbelsäulenerkrankungen

Rheuma ist Behinderung und Schmerz am Bewegungsapparat, ohne daß eine definierbare Infektursache oder ein Tumor gefunden wird. Bei der Lokalisation Wirbelsäule sind in erster Linie der sogenannte Morbus Bechterew und die chronische Polyarthrit in Gestalt der rheumatoiden Zervikalarthrit zu besprechen.

Die Spondylitis enkylopoetica (= Sp.a.) tritt als juvenile Form fröheitens mit dem siebten Lebensjahr auf, ist erblich (Hinweis z. B. durch Nachweis des HL-B 27). Der Beginn der Erkrankung liegt meist um das zwölfte Lebensjahr und es tritt meist erst eine Oligoarthrit der unteren Extremitäten auf. In der Hälfte der Fälle hat der Vater eine Sp.e. Bewiesen wird die Sp.a. beim Jugend-

lichen erst durch die Ileosakralarthritis, denn Verknöcherungen mit Spangenbildungen und Verkrümmung der Wirbelsäule fehlen bei den Jugendlichen häufig. Beim älteren Patienten treten Verknöcherungen auf in Form der sogenannten Syndesmoiden im prädiskalen Raum. Parallel dazu treten destruktive Veränderungen an den Wirbelkörpern auf, vor allem an den Ecken, wobei jedoch die anderen Partien des Wirbelkörpers und auch die Bandscheiben betroffen werden können, so daß die Differentialdiagnose gegenüber anderen Wirbelsäulenerkrankungen durchaus schwerer sein kann.

Die Spondylitis psoriatica ist von der Sp.a. röntgenologisch dadurch recht gut zu unterscheiden, daß die Verknöcherungen paravertebral liegen, d. h., zwischen den schmalen Verknöcherungen und den Wirbelkörpern besteht eine Distanz. Weitere Symptome sind neben den Hautveränderungen die Endgelenkarthritis und die psoriatische Onychopathie.

Das chronische Reiter-Syndrom (Trias: Konjunktivitis, Urethritis und Arthritis) wird in der Hälfte der Fälle chronisch mit zum Teil jahrzehntelangen Verläufen, hat im Bereich der Wirbelsäule auch paraspinale Ossifikationen, die jedoch insgesamt größer sind als die der Spondylitis psoriatica.

Bei der chronischen Polyarthritis wird vom Achsenskelett ausschließlich die Halswirbelsäule betroffen, die aber nicht versteift, sondern — ähnlich wie an den Extremitäten (man hat auch von der fünften Extremität gesprochen) — in Form einer rheumatoiden Destruktion von Bandscheiben und einer Unkovertebralarthritis. Häufig kommt es dabei zu einer atlanto-axialen Dislokation. Das Hauptsymptom ist der Schmerz.

Ein weiteres Krankheitsbild ist die Spondylosis hyperostotica, die sich an einer Verknöcherung des vorderen Längsbandes zeigt und ein relativ harmloses Bild der alternden Wirbelsäule ist. An der Brustwirbelsäule sind diese Veränderungen nur rechts, da auf der linken Seite die pulsierende Aorta diese Veränderung verhindert. Der Hintergrund dieser Erkrankung ist meist ein Diabetes oder eine Hyperurikämie.



Tonsilgon®

bei lymphatischen Reaktionen

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

**Chronische Tonsillitis und chronische Pharyngitis
sind wichtige Indikationen in jedem Lebensalter**

Basistherapeutikum bei lymphatischer Diathese und bei allen lymphatischen Reaktionen.

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

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

BIONORICA KG · NÜRNBERG

Die radikulären und pseudoradikulären Syndrome im Lendenwirbelbereich

Als Voraussetzung für das Verständnis der radikulären Syndrome sei daran erinnert, daß die Wurzel des Spinalnervs oberhalb der Bandscheibe den Wirbelkanal seitlich verläßt. Das bedeutet, daß bei einem Bandscheibenprolaps die darunter liegende Wurzel hauptsächlich betroffen ist. Im Rahmen dieses Vortrages interessieren uns die Wurzeln L₄ mit dem Musculus quadriceps und Musculus tibialis anterior als Kennmuskel, L₅ mit den Kennmuskeln Extensor hallucis und digitorum longus und S₁ mit Fibularis brevis und vor allem der Wadenmuskulatur. Das bedeutet, daß die einfachste Methode der motorischen Wurzelüberprüfung darin besteht, bei L₅ den Patienten auf den Hacken gehen zu lassen und bei S₁ auf den Zehen. Kann er das nicht, ist auf der entsprechenden Seite diese Wurzel geschädigt. Ergänzt wird diese Untersuchung durch eine Reflexüberprüfung, wobei der PSR zu L₄ und der ASR zu S₁, seltener untersucht aber streng zu L₅ gehörend ist der Tibialis posterior-Reflex. Im weiteren Untersuchungsverlauf sollte man dann eine exakte Sensibilitätsprüfung durchführen, wobei nur daran erinnert sei, daß die Sensibilität von S₁ die drei lateralen Zehen, den lateralen Fußrand, die Unterschenkelaußenseite und die Oberschenkelhinterseite betrifft, während bei L₅ Oberschenkelaußenseite und vor allem Fußrücken mit Großzehe betroffen ist, medial davon die Sensibilitätszone für L₄ liegt. Der nächste Schritt ist die Überprüfung des Wurzeldehnungszeichens nach Lasègue, wobei in Rückenlage mit fixiertem Becken das Bein gestreckt passiv vom Untersucher angehoben wird. Dann folgt die Inspektion und Palpation der Lendenwirbelsäule, danach sollte ein Röntgenbild der LWS in zwei Ebenen angefertigt werden und schließlich sollte man in ausgeprägten Fällen eine Liquoruntersuchung durchführen, wobei eine sehr starke Eiweißhöhung auf einen Tumor deuten würde. Die häufigste Ursache einer Wurzelreizung ist jedoch der Bandscheibenvorfall, der, wenn er sehr groß ist, die ganze Cauda equina betreffen kann, wobei dann die Miktionsstörung die bedrohliche Situation anzeigt. Heben

diese Untersuchungen die Vermutung eines Wurzelkompressionsyndroms erhärtet, so wird zur Sicherung der Diagnose eine Myelographie durchgeführt, die dann genaue Lokalisation und Größe der Verdrängung zeigt. Als Ergänzung zu dem sehr bedrohlichen Caudaequina-Syndrom, das innerhalb weniger Stunden operiert werden sollte, sei darauf hingewiesen, daß man bei Verdacht auf einen größeren Bandscheibenprolaps immer die Sensibilität im Gesäßbereich prüfen sollte, da es dann dort zu einer mehr oder weniger ausgeprägten Hypalgesie kommt.

Die sogenannten pseudoradikulären Syndrome werden durch die unterschiedlichsten Ursachen ausgelöst. So kommt es bei Myotendinosen zu ausstrahlenden pseudoradikulären Beschwerden, wenn man auf die befallenen Gebiete drückt. Der Patient klagt über ischiasähnliche Beschwerden, aber neurologisch finden sich keinerlei Ausfälle. Typischerweise findet sich jedoch bei gründlicher Untersuchung eine druckschmerzhafte Stelle, bei deren Beklopfen man diesen ischiasähnlichen Schmerz auslösen kann. Tumoren und Entzündungen im Bereich des Beckens und der Hüftgelenke können ebenfalls zu ischiasähnlichen Beschwerden führen, so daß man immer dann, wenn man keine eindeutigen neurologischen Befunde nachweisen kann, weitere Untersuchungen, insbesondere Röntgenuntersuchung von Lendenwirbelsäule, Becken und Oberschenkeln durchführen sollte.

Dr. A. Weintraub, Zürich:

Die Grenzen der psychosomatischen Kreuzschmerzanalyse

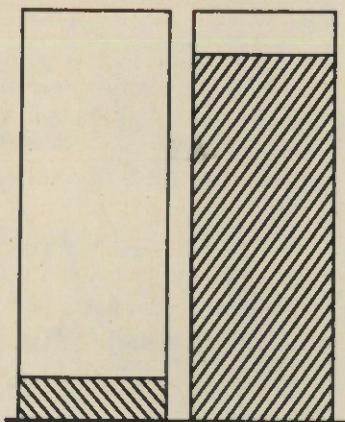
Der psychosomatischen Kreuzschmerzanalyse sind in Anbetracht der Vielfalt differentialdiagnostischer Möglichkeiten enge Grenzen gesetzt. Die innige Verflechtung zwischen Psyche und Kreuzsymptomatologie läßt eine Unterscheidung in psychischen und somatischen Anteil oft kaum zu, ganz besonders auch deshalb, weil frühzeitige degenerative Veränderungen beinahe ubiquitär sind. Immerhin gibt es gewisse psycho-diagnostische Merkmale des Kreuzschmerzes, deren Bedeutung jedoch nicht

überschätzt werden darf. Eine genaue internistische und rheumatologische Abklärung ist unerlässlich, ebenso Langzeitbeobachtung. Die entscheidende Frage ist jedoch: Gibt es bestimmte Kriterien, um einen psychogenen Kreuzschmerz von Anfang an zu erkennen, ohne den ganzen differentialdiagnostischen Apparat in Gang zu setzen und ohne das Scheitern aller somatischen Behandlungsversuche abzuwarten? Zunächst ist in vielen Fällen die Diskrepanz zwischen Beschwerdebild und klinisch-röntgenologischem Befund sehr groß. Schwere Veränderungen sind oft Zufallsbefunde und symptomlos. Andererseits besteht die Versuchung, dem Kausalitätsbedürfnis von Arzt und Patient zu genügen durch Mikrobefunde an der Wirbelsäule. Der psychosomatische Kreuzschmerz im engeren Sinne ist als Weichteilschmerz zu charakterisieren, da er weder vertebragen noch neurogen entsteht, nicht selten als Muskelhartspann zu palpieren. Die Angaben über Schmerzintensität und Schmerzlokalisierung sind häufig unbestimmt. Die Schmerzäußerung steht selten mit dem objektiven Befund und der Mimik im Einklang. Typisch ist, daß er in Freizeit, Ferien und bei Ablenkung verschwindet, auch die Nachtruhe nicht stört. Bei genauem Befragen können Zusammenhänge mit psychischen Belastungen und Stress-Situationen eruiert werden. Ein wichtiger Hinweis auf die Psychogenie ist weiterhin die Beobachtung, daß der Schmerz durch die Tränen abgelöst wird, wenn die zugrunde liegenden Konflikte angesprochen werden. Stärkste psychosomatische Schmerzen können auf diese Weise in kürzester Zeit verschwinden. Häufig sind psychovegetative Begleitsymptome, wie Dermographismus, Akrozyanose, funktionelle Magen-Darm- oder Herzbeschwerden, festzustellen. In gleicher Weise ist die Nichtansprechbarkeit auf eine klassische antirheumatische Therapie, die bessere Wirkung von Psychopharmaka und Muskelrelaxantien zu deuten. Doch alle diese Stigmata können trügen. Deshalb sind kritische Kontrolluntersuchungen und Langzeitbeobachtungen unbedingt erforderlich, auch wenn der Patient noch so „psychosomatisch“ imponiert. Den psychosomatischen Kreuzschmerz finden wir bei Menschen, die nicht imstande sind, sich mit einer Konfliktsituation auseinander

Neue Erkenntnisse über die Ursachenhäufigkeit der Hyperurikämie bestätigen die Schlüsselstellung eines trivalenten Therapeutikums.

Seit kurzem hat sich die Lehrmeinung über die Ursachenhäufigkeit der Hyperurikämie völlig geändert. Heute stellen noch allgemeiner Auffassung (u. a. Mertz und Zöllner) Störungen im Purinstoffwechsel nur einen ganz geringen Anteil der Hyperurikämie dar, während die Harnsäure-Minderausscheidung die Regel ist.

Die neue Ursachen-Relation lautet:



Nur 5-10%
an vermehrter
Harnsäurebildung.

90-95%
aller Patienten leiden
an Ausscheidungs-
störungen für Harn-
säure.

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

Diese neue Erkenntnis der Ursachenhäufigkeit macht URICOVAC mit seiner Doppelwirkung auf die Ausscheidung noch wichtiger.

Bei 9 von 10 Ihrer Hyperurikämie-Patienten kann nach dieser Erkenntnis eine Ausscheidungsstörung angenommen werden. Hier greift Uricovac doppelt an -

verstärkt sowohl die renale wie die enterale Ausscheidung. Hinzu kommt die nachgewiesene Hemmung der Purinsynthese.

Denn URICOVAC ist der trivalente Harnsäuresenker:



1.
Behebung der Harnsäure-Minderausscheidung durch Steigerung der Harnsäureclearance.

2.
Hemmung der Purinsynthese durch Hemmung der PRPP-Synthetase und Aktivierung der Purin-Phosphoribosyltransferasen.

3.
Steigerung der enteralen Harnsäureausscheidung.

URICOVAC. Ein ganzes System in einer Tablette.

Zusammensetzung: 1 Tablette Uricovac enthält 100 mg Benzbromaron.
Anwendungsgebiete: Hyperurikämie jeder Genese.
Dosierung: Falls vom Arzt nicht anders verordnet, 1 Tablette tgl. (am besten nach einer Mahlzeit).
Unverträglichkeiten und Risiken: Das Präparat soll nicht angewendet werden bei mittelschwerer bis schwerer Niereninsuffizienz (Patienten, deren glomeruläre Filtrationsrate weniger als 20 ml/min. beträgt).

Obwohl Uricovac in ausgedehnten Tierversuchen keinerlei teratogene Wirkung gezeigt hat, sollte das Präparat aus Vorsichtsgründen bei bestehender Schwangerschaft nicht verabreicht werden.
Grundsätzlich soll der Hyperurikämiker, insbesondere zu Beginn der Behandlung, mindestens 1,5 bis 2 Liter Flüssigkeit pro Tag zu sich nehmen. Bei Steindiothese empfiehlt sich die Einstellung des Urins auf den annähernd neutralen Bereich von pH 6,4-6,8 speziell bis zur Normalisierung

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



LABAZ GmbH
Pharmazeutische Präparate
4 Düsseldorf

zu setzen, und die unfähig sind, ihre psychischen Konflikte zu verbalisieren. Der Konflikt wird verleiblicht. Dieser Vorgang ist selbstverständlich unbewußt. Meist weist der Patient sogar jede Beziehung zu einem Konflikt weit von sich, ja, es wird betont, daß psychisch alles zum Besten stehe. Des zeigt, daß die psychische Exploration so subtil wie möglich durchzuführen ist. Erschwert wird die Differenzierung durch die Tatsache, daß sich der Mensch in der heutigen Medizinstruktur verpflichtet fühlt, ein körperliches Symptom aufzuweisen, um einen Arzt in Anspruch zu nehmen und um ernst genommen zu werden. Die immer noch unzureichende psychosomatische Ausbildung und die eventuell problematische Persönlichkeitsstruktur des Arztes können weitere Erschwernisse sein. Überspitzt ausgedrückt: die Neurose des Arztes ist vom Patienten, ganz besonders vom psychosomatischen, auszubaden. Eine weitere Grenze psychosomatischer Kreuzschmerzanalyse ist umweltbedingt. Arbeitgeber, Versicherungsträger und Familie drängen auf ökonomische Sofortbehandlung und Soforthilfe. Doch gerade der psychosomatische Patient braucht viel Zeit, soll es zu einer echten Heilung kommen.

Dr. D. Decking, Neuwied:

Die manuelle Therapie im Bereich der Lendenwirbelsäule

Besonders unter der Ärzteschaft gibt es zahlreiche Gegner der manuellen Therapie oder Chirotherapie, wobei der noch nicht erbrachte wissenschaftliche Nachweis der Wirkungsweise dieser Therapie sowie spektakuläre Zwischenfälle als Argument für diese Ablehnung angeführt werden. Zugegeben, die Zwischenfälle mit Querschnittslähmung, sogar Todesfälle nach chiropraktischer Manipulation sind bekannt und werden sich weiterhin ereignen, solange ohne vorheriges Röntgenbild und ohne exakte Untersuchung mit der Hand nach alter, chiropraktischer Manier mit Rotationsgriffen gearbeitet wird.

Es stellt sich also die Frage, womit sich heute die manuelle Medizin befaßt. Und die Antwort lautet: Mit der Pathologie und Pathophysiologie der reversiblen Funktionsstörung am Bewegungsapparat.

Neben den oft sehr schmerzhaften Gelenkveränderungen kennen wir auch, besonders im Bereich der Wirbelsäule, Schmerzen, die mit Funktionsminderung im Bewegungssegment einhergehen, ohne einen positiven Röntgen- oder Laborbefund. Dabei verstehen wir unter Funktionsstörung nicht nur die Minderung des aktiven Bewegungsspielraumes, sondern besonders die des passiven Gelenkspiels. Untersuchungstechniken, wie Inspektion, Überprüfung des Spinenabstandes, Kompression und Traktion, Rotation Dorn gegen Dorn, segmentale Bewegungsprüfung u. a., zielen auf eine Überprüfung der passiven Bewegungsmöglichkeiten im Wirbelsäulenbereich. Kommt es z. B. im Verlaufe des normalen Alterungsprozesses der Bandscheibe in einem Bewegungssegment der LWS zu einer Lockerung, so kann daraus eine Fehlstellung der zugeordneten Wirbelbogengelenke beiderseits resultieren, wobei meniskoide Strukturen eingeklemmt werden können, wie auch die veränderte Situation im Wirbelbogengelenk eine Irritation der Kapselrezeptoren verursachen kann. Neben der dann bestehenden Blockierung mechanischer Art können die aus der Gelenkkapsel gegebenen Signale zum Teil direkt, zum Teil über bekannte oder unbekannte Reflexbögen segmental wie auch übersegmental weitergeleitet werden und so auf reflektorischem Wege bei gestörter Gelenkfunktion Schmerzen in der Muskulatur, Haut und auch in den inneren Organen verursachen, da ihre Potentiale auch über neurovegetative Bahnen weitergeleitet werden. Stimmen diese theoretischen Überlegungen, dann können Funktionsstörungen im Be-

reich eines kleinen Wirbelbogengelenkes nervale Irritationen hervorrufen, die zum schmerzhaften Muskelhartspann oder zu einem akuten Schiefhals führen können. So ist es nicht verwunderlich, daß zahlreiche Kreuzschmerz-Patienten mit den üblichen medikamentösen und physikalischen Methoden nicht befriedigend behandelt werden können und dann bleibt dem behandelnden Arzt lediglich die manuelle Untersuchung und Therapie. Bei der Untersuchung kann folgendes Funktionsspektrum registriert werden: Pathologische Beweglichkeit, Hypermobilität (Lockerung), normale Beweglichkeit, partielle Blockierung, totale Blockierung und Blockwirbel. Je nach Befund kommt für den LWS-Bereich eine der drei manuellen Therapien in Frage:

1. Weichteiltechniken, die massageähnlich sind und dabei Haut und Muskulatur beeinflussen.
2. Mobilisationstechniken, d. h. im wesentlichen rhythmische Traktionen oder Parallelgleiten im Bereich von Gelenken und Muskeln.
3. Manipulation, d. h. plötzliche Distractionen, wobei nochmals darauf hingewiesen werden soll, daß dabei Rotationsgriffe wegen der möglichen Komplikation vermieden werden müssen.

Ohne weiteres einleuchtend ist auch, daß sowohl die Untersuchungs- als auch die therapeutischen Maßnahmen praktisch unter Anweisung erlernt werden müssen.

Rafarent:

Dr. med. E. Weber, Bahnhofstraße 21, 8581 Creußen

Arbeitsmedizinischer Einführungslehrgang für die nebenberufliche Tätigkeit als Betriebsarzt

Die Bayerische Landesärztekammer führt den geforderten vierzehntägigen Einführungslehrgang gemäß § 3 Abs. 3 Nr. 2 UVV „Betriebsärzte“ zum Erwerb der arbeitsmedizinischen Fachkunde in sechs Teilen an folgenden Terminen in München durch:

Mittwoch, 27. April 1977 (nachmittag)	Samstag, 7. Mai 1977 (ganztägig)
Samstag, 30. April 1977 (ganztägig)	Mittwoch, 11. Mai 1977 (nachmittag)
Mittwoch, 4. Mai 1977 (nachmittag)	Samstag, 14. Mai 1977 (ganztägig)

Es muß darauf hingewiesen werden, daß die lückenlose Teilnahme an allen sechs Teilen Voraussetzung für die Ausstellung der Fachkundebescheinigung ist.

Teilnahmegebühr DM 300,-

Interessierte Kollegen wollen sich zur Teilnahme bitte baldmöglichst schriftlich anmelden: Bayerische Landesärztekammer, Mühlbauerstraße 16, 8000 München 80, Telefon (0 89) 41 47 - 292 (Frau Flurschütz)

Hartmannbund-Stiftung

Ärzte helfen Ärzten



Weihnachtsaufruf der ärztlichen, zahn- und tierärztlichen Organisationen für die Hartmannbund-Stiftung „Ärzte helfen Ärzten“

Sehr verehrte Frau Kollegin!

Sehr geehrter Herr Kollege!

Was sicher für viele unter uns schwer verständlich ist, trat im vergangenen Jahr für die Hartmannbund-Stiftung „Ärzte helfen Ärzten“ wiederum ein: Der Zustrom von unterstützungsbedürftigen Schützlingen hat sich weiter verstärkt. Aus der Bundesrepublik und aus der DDR kamen nahezu 100 junge Menschen – Kollegenkinder – mit der Bitte zu uns, ihnen eine vernünftige Berufsausbildung zu ermöglichen. Ihre Eltern können ihnen dazu nicht verhelfen, sie sind entweder gestorben oder leben jenseits des Todeszaunes. Insgesamt sind so am Jahres-schluß 1976 über 900 Arzt-, Zahnarzt- und Tierärztkinder in der laufenden Betreuung der Stiftung.

Deshalb wenden wir uns auch an diesem Weihnachtsfest an Sie alle. Mehr als 2500 Kollegenkinder haben durch Ihre Unterstützung die Berufsausbildung abschließen können. Viele von ihnen gehören seitdem zu den Dauer-spendern, die mit monatlichen Überweisungen der Stiftung ermöglichen, über einmalige Semesterhilfen hinaus laufende Unterstützungszusagen für ein ganzes Semester zu machen. Eine solche Sicherheit ist besonders wichtig, und deshalb möchten wir hier auch sehr danken den über 3000 Kolleginnen und Kollegen, die der Stiftung in gleicher Weise helfen. Aber auch jede einmalige Spende bringt uns ein Stück weiter.

Lassen Sie sich von uns, stellvertretend für unsere gemeinsamen Schützlinge, herzlich bitten, entsprechend Ihren Möglichkeiten zu helfen. Weihnachten ist eine so gute Gelegenheit dazu!

Mit freundlichen kollegialen Grüßen

Professor Dr. Sewering
Präsident der Bundesärztekammer
und des Deutschen Ärztetages

Dr. Haupt
Vorsitzender des Berufsverbandes der Praktischen Ärzte
und Ärzte für Allgemeinmedizin Deutschlands (BPA) e. V.

Dr. Muschellik
1. Vorsitzender der Kassenärztlichen Bundesvereinigung

Dr. Schüller
Präsident der Gemeinschaft fachärztlicher Berufsverbände

Dr. Bourmer
Vorsitzender des Verbandes der Ärzte Deutschlands
(Hartmannbund) e. V.

Professor Dr. Dr. Hoffmann
Präsident des Verbandes der leitenden
Krankenhausärzte Deutschlands e. V.

Dr. Vilmar
1. Vorsitzender des Merburger Bundes,
Verband der angestellten und beamteten Ärzte
Deutschlands e. V., Bundesverband

Leitender Medizineldirektor Dr. Böhm
Vorsitzender des Bundesverbandes der Ärzte des
Öffentlichen Gesundheitsdienstes e. V.

Dr. Roos
Bundesvorsitzender des Verbandes der
niedergelassenen Ärzte Deutschlands (NAV) e. V.

Dr. Eggers
Präsident des Bundesverbandes der
Deutschen Zahnärzte e. V.

Frau Dr. Heuser-Schreiber
Präsidentin des Deutschen Ärztinnenbundes e. V.

Dr. Zedelmaier
Bundesvorsitzender des Freien Verbandes
Deutscher Zahnärzte e. V.

Dr. Walther
1. Bundesvorsitzender des Deutschen Kassenarztverbandes

Dr. Rupprecht
Präsident der Deutschen Tierärzteschaft

Für Ihre Überweisung stehen Ihnen folgende Konten der Stiftung zur Verfügung:

Dresdner Bank Stuttgart Nr. 1 222 387, Deutsche Apotheker- und Ärztebank Stuttgart Nr. 00 919 190, Landessparkasse - Giro-
kasse Stuttgart Nr. 1 268 267, Postscheckkonto Stuttgart Nr. 415 33-701.

Pflichtfamulatur in freier Praxis

Zentrale Famulaturvermittlung der Bayerischen Landesärztekammer
ab 1. Januar 1977

Die Approbationsordnung für Ärzte vom 28. Oktober 1970 fordert eine zweimonatige Pflichtfamulatur in den Semesterferien (jährlich etwa von Mitte Februar bis Mitte April und von Mitte Juli bis Mitte Oktober), die u. a. auch in freier Praxis abgeleistet werden kann. Damit wurde dem Drängen der Ärzteschaft entsprochen, Medizinstudenten Gelegenheit zu geben, die freie Praxis aus eigener Anschauung kennenzulernen. Von Januar 1974 bis heute haben sich in Bayern 721 Kolleginnen und Kollegen, davon 579 Allgemeinärzte und 142 Fachärzte, hierzu bereit erklärt und die Bayerische Landesärztekammer konnte in diesen drei Jahren etwa 1200 Famuli vermitteln.

In der Bundesrepublik haben wir derzeit jährlich über 8000 Studienanfänger in der Medizin, damit wächst aber der Bedarf an Famulaturstellen in den kommenden Jahren sprunghaft. Angesichts dieser Situation hat sich die Bayerische Landesärztekammer entschlossen, die bisherige Vermittlungsstelle umzuorganisieren und eine

Zentrale Famulaturvermittlung

Bayerische Landesärztekammer
Mühlbauerstraße 16, 8000 München 80
Telefon (0 89) 41 47 - 1

Dienstzeiten:

täglich 9.00 bis 15.30 Uhr
Freitag bis 14.00 Uhr

einzurichten, die Ihnen für alle diesbezüglichen Fragen (Anmeldungen, Übersendung von Merkblättern und Zeugnisformularen usw.) zur Verfügung steht.

Um diese Vermittlung auch in jedem Einzelfall unter Berücksichtigung aller individuellen Faktoren optimal durchführen zu können, wurde ein einfacher Orientierungsbogen entwickelt, der hier angefordert werden kann. Wenn Sie diesen ausgefüllt einsenden, können wir Ihre Vorstellungen mit denen des Famulus abgleichen und durch direkten Kontakt sicherstellen, daß die Erwartungen beider Seiten erfüllt werden.

Allgemeine Hinweise

1. Die Famulatur begründet kein Arbeitsverhältnis. Die Tätigkeit des Famulus soll sich auf die ganze Breite der Praxis beziehen.
2. Die Kassenärztliche Vereinigung Bayerns (KVB) bezahlt für eine mindestens vierwöchige Famulatur bei einem Allgemeinarzt/praktischen Arzt in Bayern DM 200,-, für jede weitere volle Woche DM 50,-. An-

tragsformulare sind bei der für den Famulusvater zuständigen Bezirksstelle der KVB erhältlich und einzureichen.

3. Ihre Haftpflichtversicherung schließt auch den Famulus ohne weitere Formalitäten ein.

4. Die Berufsgenossenschaft für Gesundheitsdienst und Wohlfahrtspflege sichert auch den Famulus bei Arbeitsunfall und Berufskrankheit.

5. Eine schriftliche Abmachung – auch in Briefform – sollte Beginn und Ende der Famulatur, freie Station oder anderweitige Unterbringung usw. festlegen.

6. Ein Zeugnis über die abgeleistete Famulatur nach vorgeschriebenem Formblatt ist vom Famulusvater auszustellen. Den Vordruck erhält man bei der Bayerischen Landesärztekammer oder bei den Bezirksstellen der KVB.

Wir appellieren an alle niedergelassenen Ärzte Bayerns, sich an dieser wichtigen gemeinsamen Aufgabe zu beteiligen! Hier ist die einmalige Chance geboten, falsche Vorstellungen der Medizinstudenten zu korrigieren und ihnen all die Möglichkeiten ärztlichen Wirkens in freier Praxis zu demonstrieren, d. h. aber, Gelegenheit haben, auf die spätere Entscheidung des Medizinstudenten direkten Einfluß zu nehmen! Helfen Sie alle mit, diese wichtige berufspolitische Aufgabe zu lösen! Erklären Sie Ihre Bereitschaft telefonisch oder schriftlich an Ihre Zentrale Famulaturvermittlung!

Band 40 der von der Bayerischen Landesärztekammer herausgegebenen Schriftenreihe steht unseren Kollegen kostenlos zur Verfügung.

Dieser Band enthält die Vorträge des 26. Nürnberger Fortbildungskongresses der Bayerischen Landesärztekammer

„Antikonzeption und Sterilisation – Psychotherapie in der Praxis – Karzinom-Prävention, Diagnostik, Therapie – Aufklärungspflicht, Schweigepflicht in Theorie und Praxis“

Die Kassenärzte Bayerns erhielten die Broschüre über die Bezirksstellen der Kassenärztlichen Vereinigung Bayerns.

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

Personalia

Bundesverdienstkreuz

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

Obermedizinaldirektor a. D. Dr. Friedrich Bassermann, Donaustauf; Professor Dr. Friedrich Diehl, München; Leitender Medizinaldirektor Dr. Georg Gaide, Eichenau; Dr. Eduard Hiller, Dachau; Dr. Friedrich Keller, Aschaffenburg; Dr. Johann Schwägerl, Riedenburg; Dr. Max Zuchold, Bayreuth.

Professor Ries 65 Jahre

Seinen 65. Geburtstag feierte am 1. November 1976 Professor Dr. Julius Ries, einer der bahnbrechenden gynäkologischen Strahlentherapeuten der Bundesrepublik und langjähriger Vorstand der Strahlenabteilung der I. Universitäts-Frauenklinik München. Ries, in Koblenz geboren, promovierte nach Studienjahren in Bonn und Innsbruck in München. Nach seiner Weiterbildung in den Gebieten Innere Medizin, Pathologie, Bakteriologie, Serologie und Chirurgie kam er 1939 an die I. Universitäts-Frauenklinik in München. 1948 übernahm Ries die 1913 von Professor Döderlein gegründete Strahlenabteilung, zwei Jahre später habilitierte er sich.

Unter seiner Leitung wurde die Abteilung zum größten Institut für gynäkologische Strahlentherapie der Welt. Über 30 000 Krebs-Patientinnen wurden dort in den vergangenen 28 Jahren behandelt.

Maßgeblich beteiligt war Professor Ries an der Neugründung der Bayerischen Krebsgesellschaft im Jahre 1949, in der er sich ständig, zusammen mit Professor Dr. Soost, um Vorsorge- und Früherkennungsmaßnahmen bemühte.

Goldenes Doktor-Jubiläum

Dr. Hartmut Oemisch, Allgemeinarzt in München, kann am 13. Dezember 1976 sein goldenes Doktor-Jubiläum feiern.

Ehrung E. Ulbrich

Am 5. November 1976 überreichte im Ärztehaus Bayern in München Professor Dr. Sewering dem Hauptgeschäftsführer der Kassenärztlichen Vereinigung Bayerns, Erich Ulbrich, das Ehrenzeichen der deutschen Ärzteschaft.

Mit Erich Ulbrich trat 1965 ein Verwaltungsfachmann in die Dienste der Kassenärztlichen Vereinigung Bayerns, der in vertragsärztlichen Kreisen der KVB-Bezirksstellen München und Oberbayern vielen Organmitgliedern zwar als ein erfahrener und bewährter Interessenvertreter der Ersatzkassen bekannt war, dem man aber allseits eine vorbildliche vertragspartnerschaftliche Haltung bescheinigte.

Mit seiner Tätigkeit als Geschäftsführer der KVB-Bezirksstelle Oberbayern begann im Zusammenhang mit der Einführung der Einzelleistungsverträge mit den RVO-Kassen unter Einsatz der EDV ein organisatorischer Neuaufbau der Bezirksstelle, der allgemeine Anerkennung der oberbayerischen Kassenärzte aber auch der Mitarbeiter in der Kassenärztlichen Vereinigung fand.

Aufgrund seines unermüdlichen Einsatzes wuchs ihm u. a. auch die Aufgabe zu, als Verbindungsmann zwischen dem gemeinsamen Bauausschuß der Bayerischen Landesärztekammer und der KVB zur Architektengruppe an der organischen und funktionellen Gestaltung des Ärztehauses Bayern wesentlich mitzuwirken.

Sein beispielhafter Einsatz für die Belange der Kassenärzte, verbunden mit seinem Organisationstalent, waren für den Vorstand der KVB Anlaß, E. Ulbrich 1971 zum Geschäftsführer der KVB zu bestellen. Unter seiner Tätigkeit entwickelte sich in Teamarbeit der Aufbau einer neuen Organisation umfassender Art, der die KVB, die größte KV der Länder, zu einer modernen, leistungsfähigen Organisation machte. Beispielhaft ist die Zentrale EDV mit Fernverarbeitung zu erwähnen.

E. Ulbrich, der die KV Bayerns in der Geschäftsführerkonferenz auf Bundesebene vertritt, wurde aufgrund seiner besonderen Fach- und Sachkenntnisse in wesentliche Arbeitskreise der Kassenärztlichen Bundes-

vereinigung und des Zentralinstitutes für die kassenärztliche Versorgung berufen und erfreut sich aufgrund seiner kollegialen Art persönlicher Wertschätzung.

Professor Sewering ehrte vor einem großen Kreis mit sehr persönlichen Ausführungen E. Ulbrich als einen seiner nächsten Mitarbeiter, wobei er insbesondere dessen vorbildlichen Einsatz und sein kooperatives Wirken hervorhob und seine menschlichen und fachlichen Qualitäten herausstellte.

E. Ulbrich, der am 8. November 1976 seinen 50. Geburtstag beging, wurde herzlich gratuliert.

Dr. Breidenbach †

Dr. Heinz Breidenbach, München, ist am 27. Oktober 1976 im 67. Lebensjahr verstorben. Dr. Breidenbach war lange Jahre Delegierter zur Bayerischen Landesärztekammer. In den ersten Nachkriegsjahren gehörte Dr. Breidenbach zu den Gründungsmitgliedern der Arbeitsgemeinschaft der Privatkrankenanstalten, aus der später der Verband der Privatkrankenanstalten in Bayern e. V. und der Bundesverband Deutscher Privatkrankenanstalten hervorgingen.

Professor Dr. Albrecht Struppler, Direktor der Neurologischen Klinik der Technischen Universität München, wurde von der Deutschen EEG-Gesellschaft für „grundlegende elektromyographische Untersuchungen“ der Hans-Berger-Preis 1976 verliehen.

Professor Dr. Alfred Nikolaus Witt, Direktor der Orthopädischen Klinik und Orthopädischen Poliklinik der Universität München, wurde auf der Jahresversammlung der Deutschen Gesellschaft für Orthopädie und Traumatologie in Wiesbaden für das Jahr 1977/78 zum zweiten Male zum Präsidenten dieser Gesellschaft gewählt. Mit dieser Präsidentschaft ist der besondere Auftrag verbunden, den ersten Gemeinschaftskongreß mit der Deutschen Gesellschaft für Chirurgie 1978 in München zu gestalten.

Ermächtigung von Ärzten zur Untersuchung beruflich strahlenexponierter Personen

Bekanntmachung des Bayerischen Staatsministeriums für Arbeit und Sozialordnung vom 30. September 1976 — Nr. VII - 1494/154/76 —

Aufgrund § 3 der Verordnung über die Zuständigkeiten zum Vollzug atomrechtlicher Vorschriften vom 22. Februar 1971 (GVBl. S. 67), geändert durch Verordnung über die Übertragung von Zuständigkeiten und Aufsichtsbefugnissen auf dem Gebiet des Strahlenschutzes vom 20. Januar 1972 (GVBl. S. 8) in Verbindung mit § 46 Abs. 1 der Ersten Strahlenschutzverordnung in der Fassung der Bekanntmachung vom 15. Oktober 1965 (BGBl. I S. 1653) und § 6 der Verordnung über die Zuständigkeiten zum Vollzug der Röntgenverordnung vom 24. Januar 1974 (GVBl. S. 37), geändert durch Verordnung vom 13. Mai 1974 (GVBl. S. 239), in Verbindung mit § 42 Abs. 1 der Röntgenverordnung vom 1. März 1973 (BGBl. I S. 173) wird bekanntgegeben:

Nr. 1

Die in der Anlage aufgeführten Ärzte sind ermächtigt, Untersuchungen beruflich strahlenexponierter Personen nach

§ 46 — ärztliche Untersuchung der Arbeitnehmer,

§ 49 — Sofortmaßnahmen bei Bestrahlung mit einer erhöhten Einzeldosis,

§ 52 — ärztliche Überwachung anderer Personen der Ersten Strahlenschutzverordnung

§ 42 — ärztliche Untersuchung der beruflich strahlenexponierten Personen,

§ 45 — Sofortmaßnahmen bei Bestrahlung mit einer erhöhten Einzeldosis der Röntgenverordnung durchzuführen.

Nr. 2

Das Bayerische Landesinstitut für Arbeitsmedizin, Pfarrstraße 3, 8000

München 22, Telefon (0 89) 2 18 41, ist außer nach den in Nr. 1 genannten Vorschriften ermächtigt

a) für Untersuchungen nach

§ 50 — Aufnahme radioaktiver Stoffe in den Körper,

§ 51 — ärztliche Untersuchung auf Anordnung der Aufsichtsbehörde der Ersten Strahlenschutzverordnung,

§ 46 — ärztliche Untersuchung auf behördliche Anordnung der Röntgenverordnung,

b) bei Dosisüberschreitungen, Strahlenunfällen und bei Bedenken gegen eine Weiterbeschäftigung die Untersuchungsunterlagen der ermächtigten Ärzte zur Einsichtnahme anzufragen.

Nr. 3

Ermächtigte Ärzte, die nur Personen innerhalb ihres Betriebsbereiches untersuchen können, sind in diese Bekanntmachung nicht aufgenommen.

Nr. 4

Nach Inkrafttreten der neuen Strahlenschutzverordnung werden die redaktionellen Änderungen der einschlägigen Vorschriften bekanntgegeben werden.

Nr. 5

(1) Diese Bekanntmachung tritt am 1. Oktober 1976 in Kraft.

(2) Gleichzeitig tritt die Bekanntmachung vom 22. Juli 1974 (AMBl. S. A 224 = StAnz Nr. 32, S. 6), zuletzt geändert durch die Bekanntmachung vom 5. Dezember 1975 (AMBl. 1976 S. A 2 = StAnz Nr. 50, S. 7), außer Kraft.

Ermächtigte Ärzte in Bayern, die uneingeschränkt für Untersuchungen zur Verfügung stehen

Bachmayr, F., Dr. med., Internist, Ärztlicher Direktor des Kreiskrankenhauses Oettingen, Manggasse C 7, 8867 Oettingen

Beitinger, Alois, Dr. med., Medizinaldirektor, Staatliches Gesundheitsamt Ingolstadt, 8070 Ingolstadt

Berghoff, Alfred, Dr. med., Internist, Leitender Arzt der Klinik Hochstauen der BfA, Herkommerstraße 2, 8232 Bayrisch Gmain

Biehl, Barbara, Dr. med., Betriebsarzt bei der Firma Messerschmitt-Bölkow, Waldstraße 2 a, 8012 Ottonbrunn

Bloedner, Claus Dieter, Dr. Dr., Privatdozent, Internist — Lungen- und Bronchialheilkunde, Ärztlicher Direktor der Kurklinik Lautergrund der LVA Berlin, 8621 Schwabthal

Borchers, Arnulf, Dr. med., Radiologe, Weinstraße 6, 8000 München 2

Denninger, Karl, Dr., Internist, Medizinaldirektor, Friedenstraße 14, 8700 Würzburg

Deuerling, E., Dr. med., Lungenarzt, Leiter der Nuklearmedizinischen Abteilung des Bezirkskrankenhauses, 8621 Kutzenberg

Distler, Hans, Dr. med., Internist/Arbeitsmedizin, Münchener Straße 17, 8904 Friedberg/Bay.

Dörrich, H. M., Dr., Internist, Rathausplatz 3, 8070 Ingolstadt

Dorsch, Walter, Dr., Internist/Arbeitsmedizin, Reitmorstraße 51, 8000 München 22

Engel, Dieter, Dr. med., Internist/Sportmedizin, Milchstraße 9, 8070 Ingolstadt

Essing, Hans-Günther, Dr. med., Privatdozent, Internist/Arbeitsmedizin, Schillerstraße 25/29, 8520 Erlangen

Ewald, Hans, Dr. med., Orthopäde/Sportmedizin, Medizinaldirektor der Versorgungsärztlichen Untersuchungsstelle Nürnberg, Pirkheimerstraße 42, 8500 Nürnberg

Fischer, Helmut, Dr. med., Morgensternstraße 2 a, 8060 Dachau

Frenger, Werner, Dr., Internist, Leitender Medizinaldirektor, Chefarzt der Rheumaklinik der LVA Unterfranken, Ghersburgstraße 20, 8202 Bad Aibling

Fuchs, Günter, Dr. med., Werksarzt der Krauss-Maffei AG, Krauss-Maffei-Straße 2, 8000 München-Allach

Gaul, Alexander, Dr. med., Radiologe, Kreiskrankenhaus Erding, Bajuwarenstraße 5, 8058 Altenerding

Gröniger, Karl-Heinz, Dr. med., Chirurg, Rankestraße 72, 8500 Nürnberg

Gross, Hans, Dr. med., Werksarzt der Motoren- und Turbinen-Union München GmbH, Dachauer Straße 665, 8000 München 50

Gutzeit, Jürgen, Dr. med., Arbeitsmedizin, Audi NSU Auto Union AG, 8070 Ingolstadt

Hammerschmidt, K. H., Dr., Internist, Holbeinstraße 12, 8900 Augsburg

Heller, H., Dr. med., Chirurg, Chefarzt, Mühlbergstraße 7, 8360 Degendorf

Herzer, Hans, Dr. med., Chirurg, Medizinaldirektor, Versorgungskrankenhaus, 8481 Wöllershof

Hirsch, Günther, Dr. med., Internist, Hauptstraße 7, 8782 Karlstadt/Main

Hoelzer, Ingmar, Dr. med., Internist, St.-Bonifatius-Straße 5, 8000 München 90

Jäger, Alfred, Dr., Internist, Goldbacher-Straße, City Galerie, 8750 Aschaffenburg

Jahn, Peter, Dr. med., Arbeitsmedizin, Werksarzt, Kabel- und Metallwerke Gutehoffnungshütte AG, Klingenhofstraße 70-72, 8500 Nürnberg

Kaiser, Nils, Dr., Laborarzt, Betriebsarzt des Max-Planck-Instituts für Plasmaphysik, 8046 Garching bei München

Keim, Hubert, Dr. med., Chefarzt der Strahlen- und nuklearmedizinischen Abteilung des Städtischen Krankenhauses Kaufbeuren, 8950 Kaufbeuren

Keller, H. L., Dr. med., Professor, Chefarzt der Strahlenabteilung des Stadt- und Kreiskrankenhauses Ansbach, Am Strüther Berg 7, 8800 Ansbach

Kern, Walter, Dr., Radiologe, Lange Straße 3, 8600 Bamberg

Kirchmayr, Konstantin, Dr. med., Internist, Chefarzt der Inneren Abteilung des Kreiskrankenhauses, 8458 Sulzbach-Rosenberg

Kittel, Herbert, Dr., Medizinaldirektor, Strüth 24, 8800 Ansbach

Kleiner, Helga, Dr. med., Laborärztin, Obermedizinalrätin, Hauptstraße 70, 8045 Ismaning

Komhas, Heinz, Dr. med., Internist, Münchner Freiheit 12, 8000 München 40

Kotzschmar, Hans, Dr. med., Arbeitsmedizin, Werksarzt der Hoechst AG, Hoechst AG, 8216 Gendorf

Krafft, Peter, Dr., Urologe, Ludwigstraße 13, 8390 Passau

Krebs, Joachim, Dr. med., Internist, Richard-Wagner-Straße 70, 8580 Bayreuth

Kröhl, Rudolf, Dr. med., Professor, Chefarzt der II. Medizinischen Klinik des Allgemeinen Krankenhauses, Untere Sandstraße 32, 8600 Bamberg

Lechtken, Franz, Dr. med., Internist/Arbeitsmedizin, Oberarzt bei der Bundesbahndirektion, Sandstraße 38/40, 8500 Nürnberg

Leiner, Ernst, Dr., Arbeitsmedizin, Sportmedizin, Medizinaldirektor, Bürgermeister-Landmann-Platz 8, 8870 Günzburg

Löfelholz, Edit, Frfr. v. Colberg, Dr., Medizinaldirektorin, Staatliches Gesundheitsamt Erding, Josef-Kyreinstraße 1, 8014 Neubiberg

Manns, Fritz Otto, Dr. med., Medizinaldirektor, Am Steinicht 15, 8630 Coburg

Messerschmidt, Otfried, Dr., Professor, Leiter des Laboratoriums für experimentelle Radiologie, Ingolstädter Landstraße 2, 8042 Neuherberg bei München

Nitz, Dag, Dr. med., Internist, Weinstraße 3, 8000 München 2

Nümberger, S., Dr. med., Internist, Steubenstraße 3, 8700 Würzburg

Pfob, Helmut, Dr. med., Allgemein- arzt, Bahnhofstraße 21, 8875 Offingen/Donau

Prechtel, Johann, Dr., Internist, Medizinaldirektor, Schrämelstraße 26, 8000 München 60

Presch, Hans-Rudolf, Dr. med., Internist, Leitender Medizinaldirektor und Chefarzt der Klinik Frankenburg, Postfach 1240, 8675 Bad Steben

Raisch, W., Dr., Radiologe, Medizinaldirektor, Chefarzt der Röntgenabteilung Krankenhaus Hohe Warte, Hohe Warte 8, 8580 Bayreuth 2

Sauer, Kurt, Dr. med., Internist, Medizinaldirektor, Leitender Arzt der Vertrauensärztlichen Dienststelle, Bahnhofstraße 13, 8480 Weiden

Schäcke, Gustav, Dr. med., Privatdozent, Arbeitsmedizin, Wilhelm-Tell-Straße 8, 8520 Erlangen-Frauenaurach

Scheuffler, Henning, Dr. med., Obermedizinalrat, Pausalastraße 28, 8500 Nürnberg

Schmidt, Wolfgang, Dr. med., Internist, Wiffertshäuser Straße 10, 8904 Friedberg

Schrott, Ferdinand, Dr. med., Internist, Johannisplatz 1, 8000 München 80

Sirtl, Rudolf, Dr. med., Arbeitsmedizin, Medizinaldirektor, Vertrauensärztliche Dienststelle der LVA Ndb./Opf., Umbach 3, 8391 Salzweg

Sitter, Ewald, Dr., Internist, Neuburger Straße 14, 8390 Passau

Spengruber, Paul, Dr., Internist, Medizinaldirektor, Versorgungsärztliche Untersuchungsstelle München, Hofmillerstraße 3, 8000 München 60

Steinbach, Heinz-Werner, Dr. med., Arbeitsmedizin, Betriebsarzt-Zentrum MBB-IABG Ottobrunn bei München, Rosenstraße 118, 8021 Taufkirchen

Thiele, Friedrich, H., Dr. med., Internist, Medizinaldirektor, Menzelstraße 5/6, 8730 Bad Kissingen

Valentin, H., Dr., Professor, Direktor, Institut für Arbeits- und Sozialmedizin und Poliklinik für Berufskrankheiten der Universität, Schillerstraße 25/29, 8520 Erlangen

Weidinger, Eberhard, Dr., Internist, Partenkirchner Straße 8, München 70

Wigge, Wolfgang, Dr. med., Frauenarzt, Arbeitsmedizin, Werksarzt Messerschmitt-Bölkow-Blohm GmbH, Ottobrunn, Mainstraße 1, 8014 Neubiberg/München

Wirth, Rolf, Dr. med., Arbeitsmedizin, Sportmedizin, Internist, Leiter der Ärztlichen Untersuchungsstelle der DB, Bahnhofstraße 20, 8400 Regensburg

Wurm, Dietrich, Dr. med., Internist, Inselgraben 6, 8990 Lindau

Zilz, Thora, Internistin/Arbeitsmedizin, Maffeistraße 3, 8000 München 2

Der 29. Bayerische Ärztetag hat am 25. September 1976 folgende Änderungen der geltenden Beitragsordnung der Bayerischen Landesärztekammer vom 1. Januar 1971 beschlossen, die mit Entschließung des Bayerischen Staatsministeriums des Innern vom 28. Oktober 1976 — I E 9 - 5011/5 - 9/76 — genehmigt worden sind:

Beitragsordnung der Bayerischen Landesärztekammer für das Jahr 1977

In § 1 wird der Jahresbeitrag der Gruppe I von DM 400,— auf DM 500,— angehoben. Der Beitrag zum Hilfsfonds davon bleibt bei DM 50,—.

Die Gruppe II erhält folgende Fassung:

Jehresbeitrag DM 130,—; ein Beitrag zum Hilfsfonds wird nicht erhoben.

Angestellte Ärzte;

wissenschaftliche Assistenten;

beamtete Ärzte ohne Nebeneinnahmen bzw. mit Bruttoeinnahmen unter DM 8000,— aus ärztlicher Nebentätigkeit;

Sanitätsoffiziere;

Vertragsärzte;

Praxisvertreter und -assistenten;

Ärzte, die in der pharmazeutischen Industrie tätig sind;

Ärzte als freie Mitarbeiter mit jährlichen Einnahmen aus abhängiger Tätigkeit bzw. als freie Mitarbeiter über DM 8000,—, soweit sie nicht unter Gruppe I fallen;

Die bisherige Gruppe III entfällt.

Gruppe IV der bisherigen Beitragsordnung wird Gruppe III; der Jahresbeitrag beträgt DM 20,—.

§ 3 entfällt.

In § 4 Abs. 2 werden die ermäßigten Beiträge wie folgt geändert:

DM 300,—

DM 165,—

DM 100,—

Der Beitragsanteil zum Hilfsfonds von DM 50,— bleibt unverändert.

§ 7 Abs. 1 Satz 1:

Hier wird I—IV geändert in „I—III“.

Abs. 2 entfällt.

§ 8 erhält die Fassung:

„Die Änderung der Beitragsordnung tritt am 1. Januar 1977 in Kraft.“

Die Paragraphen der bisherigen Beitragsordnung werden in der Peregration entsprechend geändert.

Die Neufassung der neuen Beitragsordnung wird im Januar-Heft 1977 des „Bayerischen Ärzteblattes“ veröffentlicht.

Besetzung der Berufsgerichte für die Heilberufe bei dem Oberlandesgericht München und Nürnberg

Der Vorsitzende Richter am Oberlandesgericht München Dr. Kurt Steine wurde mit Wirkung vom 1. Oktober 1976 für die Dauer seines Hauptamtes erneut zum Vorsitzenden des Berufsgerichtes für die Heilberufe bei dem Oberlandesgericht München ernannt.

Der Vorsitzende Richter am Oberlandesgericht Nürnberg Dr. Walter Riedl wurde mit Wirkung vom 1. November 1976 auf die Dauer von fünf Jahren zum Vorsitzenden des Berufsgerichtes für die Heilberufe bei dem Oberlandesgericht Nürnberg ernannt.

Der Vorsitzende Richter am Oberlandesgericht Nürnberg Georg Bachmeier wurde mit Wirkung vom 1. Dezember 1976 auf die Dauer von fünf Jahren zum Stellvertreter des Vorsitzenden des Berufsgerichtes für die Heilberufe bei dem Oberlandesgericht Nürnberg ernannt.

Bekanntmachung des Bayerischen Staatsministeriums des Innern vom 27. Oktober 1976 — Nr. I E 2 - 5004/30 - 8/76 —

Gegenstandskatalog für die Ärztliche Vorprüfung

Vollzug der Approbationsordnung für Ärzte (ÄAppO) vom 28. Oktober 1970 (BGBl. I S. 1458), geändert durch Verordnung vom 21. Mai 1975 (BGBl. I S. 1257)

Der vom Institut für medizinische und pharmazeutische Prüfungsfragen herausgegebene „Gegenstandskatalog für die Ärztliche Vorprüfung“, überarbeitete 2. Auflage 1976, ist beim Verlag Druckhaus Schmidt & Bödige, Rheinallée 191, 6500 Mainz, erschienen. Er kann im Buchhandel bezogen werden.

Die Neufassung des Gegenstandskatalogs wird ab März 1978 Grundlage des schriftlichen Exams sein.



RECORSAN-HERZSALBE

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

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

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

-Castor. 0,6 g - Camph. 1,0 g - Menthol. 0,5 g - Nicotin. 0,155 g. · O.P. 30g DM 5,65

Recorsan-Gesellschaften Gräfelfing und Lüneburg

Therapiekosten senken - das Gebot der Stunde

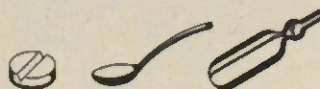
Neu bei Siegfried!

Das große Breitband-Bactericidum zum kleinen Preis



In patientengerechten Darreichungsformen mit moderner Galenik

für Erwachsene für Kinder



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.
1 Ampulle (5 ml) zur i.v.-Infusion enthält: 80 mg Trimethoprim, 400 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 eublen 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. Früh- und Neugeborenen darf während der ersten Lebenswochen Sigaprim nicht verordnet werden.

Gleichzeitige Gabe von Hexamethylentetramin, Pyrazolon-Derivaten und Cytostatica.

Packungen

Tabletten für Erwachsene: 20 Tbl. DM 8,90,
50 Tbl. DM 19,50, 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.
20 Ampullen zu 5 ml (4 x 5 Ampullen) DM 64,-.

SIEGFRIED
ARZNEIMITTEL
SÄCKINGEN



Lehrer sehen Ausbildungsreform in Gefahr

Im Maximilianeum begann die Landtagsarbeit nach der Sommerpause mit einer bildungspolitischen Bombe: Knapp ein Jahr vor dem ursprünglich vorgesehenen Termin beschloß die CSU-Fraktion auf Antrag von Kultusminister Hans Maier, das Inkrafttreten des Bayerischen Lehrerbildungsgesetzes um drei Jahre zu verschieben. Es war erst im Juli 1974 kurz vor den Landtagswahlen und nach nur rund zwei-monatiger parlamentarischer Behandlung mit 135 Stimmen von CSU und SPD bei einigen Enthaltungen gegen die Voten der damaligen FDP-Fraktion und einiger CSU- und SPD-Politiker verabschiedet worden. Von ihren Befürwortern damals war die Reform der Lehrerbildung als bildungspolitische Leistung ersten Ranges herausgestellt worden, strebte sie doch die Vereinheitlichung der Lehrerausbildung bei gleichzeitiger qualitativer Verbesserung an.

Es war vorgesehen, daß die Lehrer nicht mehr wie bisher nach Schularten, also als Volks-, Real- oder Gymnasiallehrer ausgebildet werden. Künftig sollte es eine einheitliche, lediglich nach Schulstufen bezogene Ausbildung geben, nämlich den Lehrer für die Primarstufe, das sind die Jahrgangsklassen 1 bis 4, den Lehrer der Sekundarstufe I, d. h. die Klassen 5 bis 10, und schließlich den Lehrer der Sekundarstufe II, also der Klassen 11 bis 13. Das Studium für das Lehramt an der Primar- und an der Sekundarstufe I war nach den Reformzielen mindestens sechs Semester, das für die Sekundarstufe II mindestens acht Semester lang, an das sich eine 18-monatige Referendarzeit anschließen sollte. Ausbildungsort für die Lehrer sollte grundsätzlich die Hochschule sein. Die angestrebte Vollakademisierung auch der Grund- und Hauptschullehrer, die sich im vollen Promotions- und Habilitationsrecht ausdrückte, hätte den Pädagogen natürlich zwangsläufig auch besoldungsmäßige Verbesserungen mit sich bringen müssen.

Eben diesen Punkt kritisierte insbesondere die FDP: Ihre damalige

Fraktionsvorsitzende Dr. Hildegard Hamm-Brücher warnte angesichts der schon damals bedenklichen Situation der öffentlichen Kassen vor den Besoldungskonsequenzen. Attacken seitens der Staatsregierung und der CSU sowie des einflußreichen Bayerischen Lehrer- und Lehrerinnenverbandes (BLLV) waren die Antwort. Auch ein neuerlicher Vorstoß der FDP noch im ersten Halbjahr 1976, das Inkrafttreten der neuen Lehrerbildung angesichts der hohen Kosten dafür und der zahlreichen arbeitslosen Lehrer sowie noch ungeklärter organisatorischer Probleme aufzuschieben, wurde im Parlament niedergestimmt. In einem Aufschub erblickten CSU und SPD ein „Begräbnis erster Klasse“; BLLV-Präsident Wilhelm Ebert gar drohte für einen solchen Schritt den „casus belli“ an.

Im Herbst war der „casus belli“ geschaffen, als die CSU-Landtagsfraktion mit ihrem Beschluß die Öffentlichkeit überraschte. Ein von ihr im Landtag eingebrachter Antrag zur Änderung des Lehrerbildungsgesetzes bezweckte, den Reformbeginn auf den 1. Oktober 1980 zu vertagen. Mit den dadurch freiwerdenden Mitteln will man arbeitslose Lehrer beschäftigen, die räumlichen und organisatorischen Probleme an den Universitäten zwischenzeitlich lösen und die Studienordnungen für die neuen Ausbildungsgänge besser beraten können. Begründet wurde die Verschiebung neben den Kosten vor allem mit einem verringerten Lehrerberauf aufgrund rapide gesunkener Geburtenzahlen und mit der Frage, ob das seinerzeit dem Gesetz zugrunde gelegte Bild des Lehrers „in seinen organisatorischen und pädagogischen Voraussetzungen noch den Gegebenheiten und Anforderungen unserer Schulen in der Zeit eines rapiden Geburtenschwundes entspricht.“

Der Plan der CSU löste heftige Auseinandersetzungen aus: Auf dem Hauptschulkongreß des BLLV in Nürnberg wurde der Kultusminister ausgepöfeln, Forderungen nach seinem Rücktritt wurden laut, im Landtag sprach die Opposition von „Wäh-

lertäuschung“ und von „Wählerbetrug“. Auch in der CSU schien Maier Absicht nicht allenthalben auf Zustimmung zu stoßen. Ihr kulturpolitischer Sprecher Otto Meyer erklärte, er wolle durch Anträge wenigstens die erziehungswissenschaftliche und didaktische Ausbildung an den Universitäten, den 18monatigen Vorbereitungsdienst sowie das Promotions- und Habilitationsrecht für die Pädagogikstudenten zu retten suchen.

Als der Gesetzentwurf der CSU im Landtag in erster Lesung behandelt wurde, hatte auch die SPD einen Dringlichkeitsantrag eingebracht mit dem Ziel, die Verschiebung zu verhindern und die Staatsregierung aufzufordern, die Voraussetzungen für den ursprünglich geplanten Vollzug zu schaffen. In der turbulenten Debatte darüber traten zudem noch Widersprüche zwischen dem Kultusminister und dem Finanzminister zutage: Während Professor Maier u. a. davon sprach, daß bei einer Verwirklichung der neuen Lehrerbildung allein im Hochschulbereich DM 176 Mio. investiert werden müssen und jährliche Kosten von DM 90 Mio entstünden, erklärte Dr. Huber, die im nächsten Jahr anfallenden DM 11 Mio. stünden im Haushalt bereit.

BLLV-Präsident Ebert hatte sich in der Zwischenzeit an CSU-Chef Franz Josef Strauß gewandt mit dem Ergebnis, daß beide Seiten „hinsichtlich der baldigen weiteren Behandlung nach Inhalt und Zeitplan und der Notwendigkeit einer den Anforderungen der Zukunft entsprechenden Lösung“ übereinstimmen. Was darunter zu verstehen ist, wurde wenige Tage später nach einer Sitzung des CSU-Landesvorstandes bekannt: Nunmehr soll das bisherige Gesetz durch eine vom Kultusminister zu berufende Fachkommission überprüft und dann der Entwurf einer Novelle im Sommer nächsten Jahres dem Landtag zugeleitet werden. Auch nach diesem Treffen blieb offen, ob die Fraktion an ihrem Beschluß, den Vollzug zumindestens bis 1980 aufzuschieben, festhalten wird, oder ob nicht ein Termin bereits für 1978 möglich ist. In jedem Fall aber wird das Thema „Reform der Lehrerbildung“ die Landespolitik auch in den kommenden Monaten weiter beherrschen.

Michael Gscheidle

Kongresse

Veranstaltungskalender der Bayerischen Akademie für Arbeits- und Sozialmedizin

24. Januar bis 18. Februar 1977

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

23. Februar bis 11. März 1977

Arbeitsmedizinischer Fortbildungskurs (Einführung in die betriebsärztliche Tätigkeit – Arbeitsmedizinische Fachkunde § 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 Fachkunde § 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, Pfarrerstraße 3, 8000 München 22, Telefon (0 89) 21 84 25 9 - 2 60

27. Lindauer Psychotherapiewochen vom 25. April bis 7. Mai 1977 in Lindau

Leitung: Privatdozent Dr. H. Stolze, H. Remmler, München

Themen: Gruppentherapie und Selbstfindung – Einzelbehandlung und Gruppenbehandlung

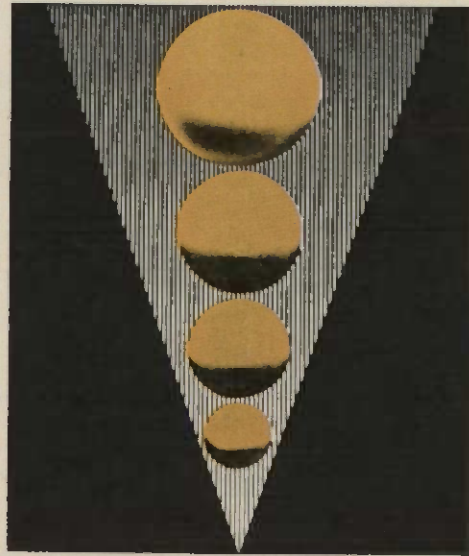
Für die Teilnahme ist eine vorherige Anmeldung erforderlich.

Auskunft:

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

Bayerisches Ärzteblatt 12/76

Der Lipid-Senker



Lipo-Merz[®]

mit der Monosubstanz Etofibrat^{DBP}
unübertroffen wirksam

Beweis:

Die Ergebnisse der größten in Europa für einen Lipidsenker durchgeführten multizentrischen Studie (4.405 Patienten, 223 Ärzte).

J. Schneider, W. Haase, H. Keffernik: Feldstudie zur Lipidsenkung mit Etofibrat. FdM 94 786 (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 (Triglyceride, Cholesterin) einen wesentlichen Risikofaktor darstellt; z. B. coronare und cerebrale sowie periphere Durchblutungsstörungen; Angio- 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 Flush-Erscheinungen kommen. Diese bilden sich bei Fortsetzung der Therapie meist zurück. **Unverträglichkeiten und Risiken:** Bei schweren Leberschäden und schweren Nierenschäden sowie während der Schwangerschaft sollte LIPO-MERZ nicht angewandt werden. Es ist im Einzelfall darauf zu achten, daß während der Behandlung mit LIPO-MERZ Antikoagulantien eingespart werden können. **Handelformen und Preise:** 100 Kapseln DM 34,85 m. MwSt. Anstaltspackungen 500 und 1000 Kapseln.



Merz + Co. Chemische Fabrik · Eckenheimer Landstraße 100 · 8000 Frankfurt/M.

Rentner-Krankenversicherung

Die Spitzenpolitiker von FDP und SPD arbeiten an dem Programm für die neue Legislaturperiode. Die finanzielle Konsolidierung der Sozialversicherung bereitet die größten Schwierigkeiten, zumal alle Parteien mit Zusagen vor der Wahl ihren Entscheidungsspielraum eingeengt haben. Arendt bleibt beim Lavieren. Er will die Krankenkassen noch stärker als bisher mit den Ausgaben für die Krankenversicherung der Rentner belasten. Die Kassen protestieren. Sie fürchten, daß ihre Vertragspartner nicht mehr mitmachen, wenn es um freiwillige Maßnahmen zur Eindämmung des Kostenanstiegs geht.

In Bonn geht es jetzt darum, wer die Sanierung der Rentenversicherung bezahlen soll. Die Spitzenpolitiker der Koalition haben zwischen mehreren Möglichkeiten zu wählen. So könnten die Rentner herangezogen werden; dann könnten natürlich auch die Beitragszahler in der Rentenversicherung, also Arbeitnehmer und Arbeitgeber, zur Kasse gebeten werden.

Ein Teil des Defizits ließe sich aber auch von der Rentenversicherung zur Krankenversicherung verlagern; der finanzielle Verbund geht hier über die Rentner-Krankenversicherung. Eine solche Verlagerung sagt freilich noch nichts darüber aus, wer denn diese Last am Ende zu übernehmen hat. Auch hier gibt es drei Möglichkeiten: entweder müssen die Krankenkassenbeiträge erhöht, oder, wenn man dies nicht will, die Leistungen an die Versicherten beschnitten oder die Ausgaben der Anbieter von Leistungen im Gesundheitswesen plafoniert werden. Die Deckungslücken in der Bilanz der Rentenversicherung hätten im letzten Fall Ärzte, Zahnärzte, Apotheker, Krankenhäuser und Pharmaindustrie zu schließen.

Die Palette der Möglichkeiten ist also breit, aber die Politiker haben vor der Wahl ihren Entscheidungsspielraum unnötig eingeengt. Das macht es so schwer, jetzt vernünftige Wege zu beschreiten. Die CDU/CSU, deren gewachsenes Gewicht erst im Bundesrat zur Geltung gebracht werden kann, hat eine Sozialgarantie gegeben; die Renten sollen auf jeden Fall zum 1. Juli 1977, wie die Rentenformel es vorsieht, um zehn Prozent verbessert werden. Die SPD steht bei den Rentnern ebenfalls im Wort und weniger ver-

bindlich auch bei den Beitragszahlern. Die FDP hat eine Beitragsgarantie gegeben. Das alles läßt sich nicht zu einem vernünftigen Paket zusammenbinden.

Arendt setzt auf das Prinzip Hoffnung. Er hofft auf inflationäre Lohnraten, denn nur sie brächten wieder Geld in die leere Rentenkasse. Aber die Konjunktur will noch immer nicht so recht laufen, und die Arbeitslosenzahlen steigen wieder an. *Arendt* schiebt die Entscheidung vor sich her, um möglichst billig davon zu kommen. Auch nach der Wahl setzt er das Taktieren fort.

Eine Entscheidung ist freilich schon gefallen, auch wenn *Genscher* dies dementieren ließ: die Zahlungen der Rentenversicherung an die gesetzliche Krankenversicherung für die Krankenversicherung der Rentner werden gekürzt, von bisher 17 Prozent der Rentenausgaben auf künftig elf Prozent. *Arendt* hat dies der Rentenversicherung namens der Bundesregierung zugesagt; sie braucht diese Entlastung, um überhaupt noch 1977 die Renten bezahlen zu können. Die Rentenversicherung wird 1977 um rund drei Milliarden DM entlastet, was nur heißen kann, daß die entsprechende Mehrbelastung auf die Krankenkassen vom 1. Juli an zukommen wird. Auf's Jahr gerechnet macht die Mehrbelastung runde sechs Milliarden DM aus.

Was aber wird mit dieser Verlagerung von Kosten gewonnen? Die Krankenkassen prophezeien Beitragserhöhungen von durchschnittlich 1,2 Prozentpunkten; ihr Protest ist laut, zumal Regierungssprecher *Grünwald* öffentlich wissen ließ, daß ja nicht die Bundesregierung die Beiträge beschleße, sondern

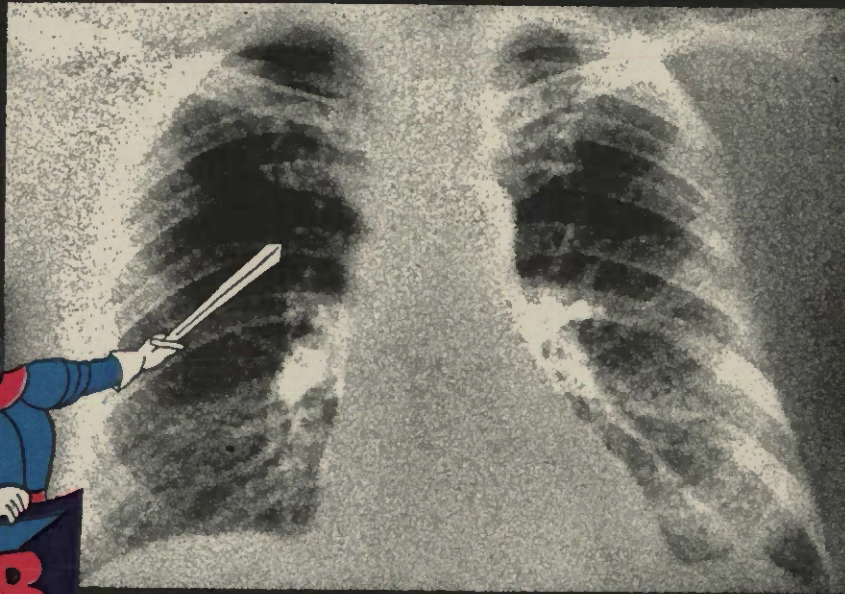
daß die Selbstverwaltung der Kassen dafür verantwortlich sei, und man hoffe auf Disziplin. *Arendt* machte es sich nicht so leicht. Er ließ erklären, daß es zusätzlich ein Programm zur Eindämmung des Kostenanstiegs in der Krankenversicherung geben werde. Darauf wartet nun jedermann. Spekulieren hat wenig Sinn. Doch soviel scheint klar zu sein: auch *Arendt* kann nicht zaubern. Eine zusätzliche Belastung der Krankenkassen von sechs Milliarden DM ist, selbst wenn es ein flankierendes Programm geben sollte, nicht ohne Beitragserhöhungen zu verkraften. Wer etwas anderes sagt, täuscht sich und/oder die Öffentlichkeit.

Das bringt die FDP in Nöte, denn sie hatte doch vor der Wahl die Beitragssätze garantiert. Also muß sie nach anderen Zahlern suchen. Das können nach Lage der Dinge nur die Rentner sein. Aber die Einführung eines allgemeinen Rentner-Beitrags hatte die FDP vor der Wahl strikt abgelehnt. Also müssen andere Lösungen her. *Mischnick* läßt über folgendes Konzept nachdenken: Die Rentenversicherung zahlt das Geld für die Krankenversicherung nicht mehr an die Kassen, sondern in der Form eines festen monatlichen Betrags an die Rentner aus, was den kleinen Rentner begünstigen würde. Dann wird ein Krankenversicherungsbeitrag erhoben, dessen Höhe sich nach dem Einkommen richtet, was noch einmal den kleinen Rentner begünstigt. Fazit: Wer vor der Wahl die vernünftige Lösung ausschließt, muß nach der Wahl komplizierte und unvernünftige Lösungen suchen. Dies freilich gilt nicht nur für die FDP, sondern mehr noch für die beiden großen Parteien, von denen die CDU/CSU nach knapp verlorener Wahl den Vorteil hat, zunächst einmal auf die Regierungsvorschläge warten zu können.

Mehr als die Kritik der Opposition wird *Arendt* freilich die Tatsache stören, daß die massive Verlagerung der Kosten zur Krankenversicherung nicht ausreicht, um die Rentenversicherung finanziell zu konsolidieren. Alle Modellrechnungen zeigen, daß die Rentenversicherung selbst dann nur zu finanzieren wäre, wenn die Löhne jährlich um mehr als zehn Prozent stiegen und die Arbeitslosenquote von 4,6 Prozent im Durchschnitt dieses Jahres unter zwei Prozent sank.

bonn-mot

Bisolvomycin[®] bekämpft Bronchialinfekte



Hier hilft Bisolvomycin

Überzeugen Sie sich von Bisolvomycin. Mit Bisolvomycin beherrschen Sie das Krankheitsgeschehen bei Pneumonien, Bronchopneumonien und schweren Bronchialinfekten. Maximale antibiotische Wirkspiegel als Ergebnis des Zusammenwirkens von Oxytetracyclin und Bisolvon[®] sichern die hohe Erfolgsquote.

Zusammensetzung

1 Kapsel enthält:
N-Cyclohexyl-N-methyl-(2-amino-3,5-dibrombenzyl)amin-hydrochlorid 4 mg
Oxytetracyclin-HCl 280 mg

Anwendungsgebiete

Infizierte Bronchitiden, insbesondere deren chronische Formen, Schubprophylaxe chronisch verlaufender Bronchitiden, alle Atemwegserkrankungen auf bakterieller Grundlage, wie z. B. Bronchopneumonien, Pneumonien und Bronchiektasien.

Dosierung und Anwendungsweise

Bei akutem Krankheitsbild empfiehlt sich die Einnahme von 3x2 Kapseln täglich, nach Besserung der Symptome kann auf 4x1 Kapsel reduziert werden. Schulkinder erhalten die halbe Erwachsenendosis. Zur langfristigen Anwendung: 3x1 Kapsel täglich. Auch hierbei ist eine Reduzierung (2x1 Kapsel) möglich, über die von Fall zu Fall zu entscheiden ist. Nach Abklingen der Infektion hat sich die Weiterbehandlung mit Bisolvon[®]-Tabletten als zweckvoll erwiesen.

Nebenwirkungen, Begleiterscheinungen

Treten Magen-Darmstörungen auf, so ist je nach Schweregrad die Dosis zu reduzieren oder die Therapie vorübergehend zu unterbrechen.

Während der Schwangerschaft und bei schweren Leber- und Nierenfunktionsstörungen sollte Bisolvomycin wegen der Tetra-

cyclin-Komponente nur bei strenger Indikationsstellung verordnet werden.

Bei Kindern bis zum 8. Lebensjahr können durch Tetracyclin und damit auch durch Bisolvomycin Schädigungen der Knochen- und Zahnentwicklung auftreten; in dieser Altersgruppe ist deshalb die Anwendung von Bisolvomycin nur bei vitaler Indikation anzuraten.

Besondere Hinweise

Die Gefahr eines Rezidivs und damit einer Verschlechterung des Krankheitsbildes ist bei der chronischen Bronchitis besonders groß. Deshalb sollte die sofortige Wiederaufnahme einer Bisolvomycin-Behandlung schon bei den ersten Anzeichen einer neuerlichen Infektion, die sich häufig in einer Verschlimmerung der subjektiven Symptome äußert, erfolgen.

Darreichungsformen und Packungsgrößen

Originalpackung mit 20 Kapseln DM 22,10

Originalpackung mit 40 Kapseln DM 39,75

Klinikpackung

Unverbindliche empfohlene Preise lt. AT

Extremer Individualismus

Eindrücke aus einer Gruppenausstellung künstlerisch tätiger Ärzte

Gruppenausstellungen von Malerei, Graphik und Plastik, die nicht den Rahmen eines gesetzten Themas haben, tun sich schwer. Sie brauchen viel Zuneigung. Man kann nicht einfach hereinkommen, sich einmal im Kreis drehen, um sich – wie in der Einzelausstellung eines Künstlers – den ohnehin meist überschätzten „ersten Eindruck“ zu verschaffen.

Wenn Besucher der Gruppenausstellung „Äskulap malt“, die anlässlich des Bayerischen Ärztetages vom 24. bis 26. September 1976 von der „galerie boskamp“ im St. Antoniushaus in Regensburg veranstaltet wurde, das Rundblick-Verfahren angewandt haben, dann mußten sie zunächst einen negativen Eindruck gewinnen: „gemischt“, „kunterbunt“. Einen Besucher-Arzt habe ich sagen hören: „Wie in der Gemäldeabteilung eines Kaufhauses ...“

Wie sollte auch irgend ein Eindruck von Geschlossenheit erzielt werden können, wenn die Gruppe der Aussteller als Merkmal ihrer Gemeinsamkeit extremen Individualismus aufweist? Alle sind im Hauptberuf ärztlich tätig. Dies aber scheint sich als Gruppenmerkmal nicht in der Malerei auszuprägen: Da mischen

sich die Temperamente, die Generationen, die Geschmäcker.

Deswegen also: Eine derart heterogene Gruppenausstellung fordert vom Betrachter mehr als den Museumssprint. Sie fordert besonders viel Aufmerksamkeit, Aufgeschlossenheit und Energie: Zwanzigmal neu mußte man im St. Antoniushaus in Regensburg auf eine kleine Auswahl von Ölbildern, Aquarellen, Zeichnungen oder Plastiken zugehen und eingehen, die von Ärztinnen und Ärzten als Beispiele ihrer künstlerischen Tätigkeit gezeigt wurden.

Nur so konnte man auch die vielen erfreulichen Augenreize aufnehmen, die sich überall im Bemühten, Dekorativen, Epigonalen und künstlerisch Ambitionierten anboten. Hier einige Hinweise auf das, was nach intensivem Hinschauen noch jetzt – Wochen nach der Ausstellung – haftet:

Die naive, stark farbige Exotik der Bilder von Lena Bosch (Regensburg); der malerische „Tulpensee“ von Franz Bergmann (Schweinfurt); das schöne Licht in den Bildern Josef Cerins (Freilassing); das Literarische bei W. Eichstaedt (Straubing); die starke Klarheit der „Kartoffelklauberinnen“ von Franz Erhardt (München); die getupften

Feinheiten der Bilder von Kerl Gemeinhardt (Schwarzenbach am Wald); die souveräne Zeichenkunst von Klaus-Hinnerk Gosau (Würzburg); das durch Stilisierung expressiv Gesteigerte bei Rolf Graebel (Neunkirchen a. Br.), der außerdem eine verblüffend perfekte Dürer-Kopie zeigte. Eine blaue Steilküste und der „Bauernhof Mallorca“ in durchsichtig klarem Licht, gemalt von J. Hasenbach (Oberviechtach).

Besonders schön die offenen Konturen und das stumpfe Rotbraun in der Malerei A. Hebergers (Weyarn); das Liebenswerte von Blumen und Landschaft bei Hans Heid (Abensberg); die Bewältigung der Doppelfiguren und Gruppen in der Plastik durch Anton Chr. Hofmann (München); der Gedankensog der Graphik „Festungsfenster“ von Richard Hofmann (München); die Formenstudie der Plastik von K. Janda (Garmisch-Partenkirchen); das kraftvoll nebeneinandergesetzte Rot und Violett der „Lupinen“ von Hai Len Yvonne Laacke (Erlangen).

Auffallend und in diesem Rahmen besonders stark wirksam die engagierte Malerei von Volker Lehmann (Würzburg); ein schön gemalter flacher „Regentag am Haarsee“ von Joachim Liebig (Herrsching am Ammersee); die gekonnten Aquarelle von K. M. Ranneberg (Coburg); die starke Farbigkeit der Bilder von Joh. Ulrich (Weißenburg); die Bläue der Winterlandschaften von Erich Weihs (Bayreuth).

Die Gruppenausstellung der bildnerisch tätigen Ärzte wurde ergänzt durch eine Ausstellung der schriftstellerisch tätigen Ärzte, veranstaltet von der Bayerischen Landesgruppe im Bundesverband Deutscher Schriftstellerärzte. Auf einem langen Büchertisch zeigten folgende Doctores ihre publizierten Werke: Maria Busch (Augsburg), Karl Hamman (Lauterbach), Hans Höss (Buching), Armin Jüngling (Unterwössen), Otto Molz (Kelheim), Wolfgang Nitsche (Nürnberg), Robert Paschke (Emskirchen), Walter G. Picard (Rodenbach), Bernhard Rauch (Gailingen), Max Reichenbach (Birkenreuth), Alfred Rottler (Nürnberg), Franz Schmid (Aschafenburg), Heinz Schauwecker (Berching), Hans Spiecker (Lauf an der Pegnitz), Erwin Stetter (Amberg), Rolf Vatke (Coburg), Erich Weihs (Bayreuth).
R.-H.

Foto: Horst Hanske, Regensburg



Aus der Arbeit des Bundesverbandes Deutscher Schriftstellerärzte (BDSÄ)

In der Vorstandssitzung in Bad Mergentheim am Sonntagnachmittag, 23. Mai 1976, standen interessante Probleme zur Aussprache und Beratung. Der „Vice-président de l'Association Française des Ecrivains-Médecins et Conseiller technique coopté par la Comité de L'Association Mondiale“, Dr. med. Bernhard Schmitt, Metz, ein Neffe von Albert Schweitzer, legte einen gut ausgearbeiteten Plan vor für die Schaffung eines Buchklubs „Lettres et Médecine“ unter der Schutzherrschaft der Weltorganisation der Schriftstellerärzte. Danach soll ab Januar 1978 pro Monat ein Buch in sieben Sprachen erscheinen, wenn für jede Sprache wenigstens 3000 Subskribenten vorhanden sind. Das Buch würde dann in 21 000 Exemplaren gedruckt werden. Die Vorstandsschenschaft des BDSÄ sprach sich einstimmig für den Plan aus. Es bleibt abzuwarten, ob bei Annahme durch die UMEM diese von dem französischen Vizepräsidenten Schmitt mit großem Elan und überzeugten Idealismus vorgetragenen Ideen sich in die Tat umsetzen lassen. Zu hoffen und zu wünschen wäre dies!

Vom Kollegen Klafky wurden in einem Referat die Fragen aufgeworfen: „Kann schöne Literatur psychotherapeutisch angewendet werden? Wie stehen die Schriftstellerärzte dazu? Kann die Belletristik als Mittel zur Therapie verwendet werden? Gibt es eine Biblio-Therapie und eine Biblio-Diagnostik?“ Diese hier gestellten Fragen dürften wohl zu bejahen sein, wenn auch wissenschaftliche Untersuchungen darüber nicht vorhanden sind. Der Kollege will wohl solche anstellen, was zweifellos sehr verdienstvoll wäre. Wenn man als Hausarzt unendlich viele Besuche gemacht hat und dabei die kleinen und größeren Bibliotheken seiner Patienten inspiziert und über das auf dem Nachttisch liegende Buch sich unterhalten hat, so hat man keinen Zweifel an der psycho-

therapeutischen Beeinflussung kranker Menschen durch die Belletristik. Allerdings ist es dazu notwendig, das häusliche Milieu der Kranken zu kennen und dies ist wiederum nur möglich durch die immer mehr aus der Übung kommenden Hausbesuche.

Die Vorstandsschenschaft hat sich mit der eingehenden Behandlung obiger Probleme aufgeschlossen gezeigt für die Sorgen und Ideen ihrer Mitglieder und der Ärzte überhaupt. Die Vorstandssitzungen sollen auch in Zukunft offen sein, wie es der Präsident des BDSÄ, Professor Jörgensen, formulierte, offen für alle, wenn sie wertvolle Anregungen vorzutragen haben. Der Präsident rief zum Schluß zu einer Verstärkung der Mitgliederwerbung auf. Nur mit einer möglichst großen Zahl können die Schriftstellerärzte die Aufgaben erfüllen, die sie sich selbst gestellt haben.

Am Montag, 24. Mai vormittags, fand die Mitgliederversammlung des BDSÄ statt. Der Präsident Professor Jörgensen dankte zu Beginn seines Berichtes dem „Baden-Württembergischen-“, dem „Bayerischen-“ und dem „Hessischen Ärzteblatt“ für das Verständnis für die Belange der Arztschriftsteller, wobei er besonders auf die ständige Spalte „Äskulap und Pegasus“ hinwies. Buchausstellungen des Verbandes fanden zum Deutschen Ärztetag, zum Bayerischen Ärztetag und zu verschiedenen Kongressen statt und sollen weiterhin fortgesetzt werden. Die Positionen in der literarischen Welt wurden weiterhin ausgebaut, besonders durch regelmäßige Berichte in der Monatszeitschrift „Der Literat“, der allen Mitgliedern zum Bezug empfohlen wird. Cfr. Alfred Rottler, Nürnberg, der in seiner Eigenschaft als Generalsekretär der UMEM in Brasilien weilte, wurde zum Ehrenmitglied des dortigen Landesverbandes ernannt. Cfr. Picard wurde zum

Archivrät des Verbandes bestellt. Alle Veröffentlichungen der Mitglieder sind an ihn zu senden, möglichst in zweifacher Ausfertigung für Buchausstellungen. Eine Reihe jüngerer Kollegen erwarben die Mitgliedschaft, die jetzt die Zahl von 120 erreicht hat. Veröffentlichungen, Bücher, Lesungen sind dem Präsidenten Professor Jörgensen anzuzeigen, damit sie im „Literaten“ veröffentlicht werden können. Der erste und der zweite Vorsitzende der Regensburger Schriftstellergruppe, Chefredakteur Erich L. Biberger, und Bibliotheksdirektor Dr. Ernst R. Hauschka, sowie Frau Gollinsky wurden einstimmig zu korrespondierenden Mitgliedern gewählt. Zu Ehrenmitgliedern wurden ernannt Dr. med. dent. Ilse Benn, die Gattin des verstorbenen Dichters Gottfried Benn und Sylvester Wöhler, Leiter der Pressestelle der deutschen Ärzteschaft.

Nach dem Kassenbericht der Schatzmeisterin Dr. med. Elisabeth Lichdi ist die finanzielle Lage des Verbandes gut. Die Schatzmeisterin hat nun sieben Jahre, seit Gründung des Verbandes, die Kasse geführt und erklärte aus persönlichen Gründen ihren Rücktritt. Der Präsident sprach ihr und ihrem ebenfalls zurücktretenden Stellvertreter Cfr. Pfeiffer unter großem Beifall den Dank für ihre mühevollen Arbeit aus. Bei der nun folgenden Wahl wurde Präsident Professor Jörgensen, die Vizepräsidenten Soeder und Schwiertert sowie Verbandssekretär Rottler in ihren Ämtern bestätigt. Als neuer Schatzmeister wurde Cfr. Picard und als Stellvertreter Cfr. Leyer gewählt.

Als Termin für die nächste Jahrestagung des BDSÄ wurde der 19. bis 22. Mai 1977 in Hamburg bestimmt.

Mittags um 12 Uhr fand dann unter der geschickten Leitung von Vizepräsident Soeder eine gut besuchte Pressekonferenz statt, in der die Ziele und Aufgaben des BDSÄ und der UMEM dargelegt wurden. Es nahmen daran neben Oberbürgermeister Dr. Mauch auch Präsident Professor Jörgensen, der Präsident der UMEM, Dr. med. Kaech, Basel, und die Präsidenten der Schweiz Dr. med. Agostini, von Österreich Dr. med. Emrich, von Belgien Madame Dr. med. de Miomandre teil. Die Darlegungen wurden von der Presse sehr günstig aufgenommen, wie die Überschriften der einschlägigen Zei-

tungen beweisen: „Maxime der Schriftstellerärzte: Freunde durch Literatur“ – „Die Freundschaft stehe im Vordergrund, persönliche Beziehungen stehen den politischen voran. Der Verband stehe nicht auf Seite der Macht, sondern der Menschlichkeit.“ So war die Pressekonferenz ein voller Erfolg und diente zweifelsohne dem ärztlichen Ansehen in der Öffentlichkeit.

Das *Werkstattgespräch* am 25. Mai vormittags galt einer Aussprache über technische, organisatorische und kommunikatorische Fragen. Es erwies sich dabei als vorteilhaft, daß die Schriftleiter des „Hessischen Ärzteblattes“, Professor *Theopold*, und des „Baden-Württembergischen Ärzteblattes“, Cfr. *Vescovi*, sowie verschiedene Confrères, die für Spalten in Ärzteblättern verantwortlich sind (Professor *Jörgensen* für die Insel in der „Münchener Medizinischen Wochenschrift“) anwesend waren. Auch der verdienstvolle Herausgeber von bereits drei Ärzte-Anthologien Cfr. *Jüngling* hatte manches Interessante zu sagen. In Kürze das Wichtigste: *Theopold*: Jede Zeitschrift hat ein bestimmtes Gesicht, wer schreibt, stellt sich der Kritik. *Jörgensen*: Der Leser will unterhalten werden, nicht für den Schreibtisch schreiben, sondern für den Leser. Ganz spezifisch einstellen auf die Standesblätter. Angebot ist größer als unsere Kapazität. Es fehlt kurze Prosa. Hinweis für Lyriker auf die Vierteljahreshefte „Das Boot“. *Emrich*, Österreich, empfiehlt eine humoristische Ecke in den Standesblättern. *Kaech*, Basel: bescheidener werden, der Redaktion entgegen kommen, sich überlegen, ob man nicht selbst streichen kann.

Professor *Schmid*, Ascheffenburg, regt eine gesundheitspolitische Zeitschrift an, die eine Wirkung nach außen habe. *Jüngling* weist auf die Empfindlichkeit mancher Autoren hin, man muß Zeit haben für Lyrik, wenige sind berufen, viele schreiben. *Pfeiffer*: Es dient zur Selbstkritik, wenn man seine eigenen Gedichte auf Band spricht und wenn sie dann beim Abhören noch ansprechen, ist es gut. *Vescovi* meint, daß die Ärztekammern bei passender Gelegenheit die Ärzte-Anthologien als Geschenk verwenden sollten. Mit einem Erwerb von 20 Exemplaren je Ärztekammer wäre schon viel geholfen*). *Picard* gibt bekannt, daß übrige Bücher aus eigener Produktion an ihn zur Verteilung an Altersheime eingeschickt werden sollen. Er würde dafür eine Spendenbescheinigung fürs Finanzamt in Höhe des tatsächlichen Betrages ausstellen. *Theopold* erläutert das Projekt einer Enzyklopädie der Schriftstellerärzte. Es findet einhellige Billigung, Mittel dafür sollen zurückgelegt werden.

Damit waren die Arbeitssitzungen der Jahrestagung des BDSÄ in Bad Mergentheim beendet. Sie gaben manche wertvollen Anregungen. Auch in dieser Hinsicht muß den Organisatoren dieses Kongresses, in erster Linie den Cfrs. *Vescovi* und Professor *Jörgensen*, Dank gesagt werden.

Dr. med. Robert Paschke, Emskirchen

*) In diesem Jahr erscheinen noch zwei Anthologien der Schriftstellerärzte, eine Mundart-Anthologie und eine Weihnachtsgeschichten-Anthologie. Die Auflagen sind beschränkt. Bestellungen sind zu richten an: Dr. med. Armin JÜNGLING, Josef Aberger Straße 9, 8211 Unterwössen.

Kongresse

Ärztliche Sofortmaßnahmen am Unfallort

am 22./23. Januar 1977, 12./13. März 1977, 7./8. Mai 1977, 24./25. September 1977 und 5./6. November 1977 in Delsenhofen bei München

Leitung: Dr. U. Haynen, München

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

Ort: Landesschule des BRK, Liniestraße 53-55, Delsenhofen bei München

Auskunft und Anmeldung:

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

2. Erlanger Röntgenkolloquium „Thorex“

am 11./12. Februar 1977 in Erlangen

Leitung: Privatdozent Dr. H. F. Fuchs, Erlangen

Auskunft:

Dr. B. Geiter, Diagnostische Röntgenabteilung der Medizinischen Klinik mit Poliklinik der Universität Erlangen-Nürnberg, Postfach 35 60, 8520 Erlangen, Telefon (0 91 31) 85 30 59

10. Fortbildungstege in Praktischer Medizin

am 25./26. Februar 1977 in Erlangen

Leitung: Professor Dr. L. Demling – Professor Dr. K. Bachmann, Erlangen

Auskunft:

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

Solidago® >Dr. Klein<

Glomeruläre Nephropathien · Chronisch renale Hypertonie · Entzündungen und Spasmen der Harnwege

Zusammensetzung: Extr. fl. Herb. Solidag. virg. 50 g, -Potentill. anserin. 17 g, Rad. Rub. tinct. 15 g, -Equiset. arv. 12 g, Fruct. Petrosel. sat. 5 g; Ol. Junip. 1 g.

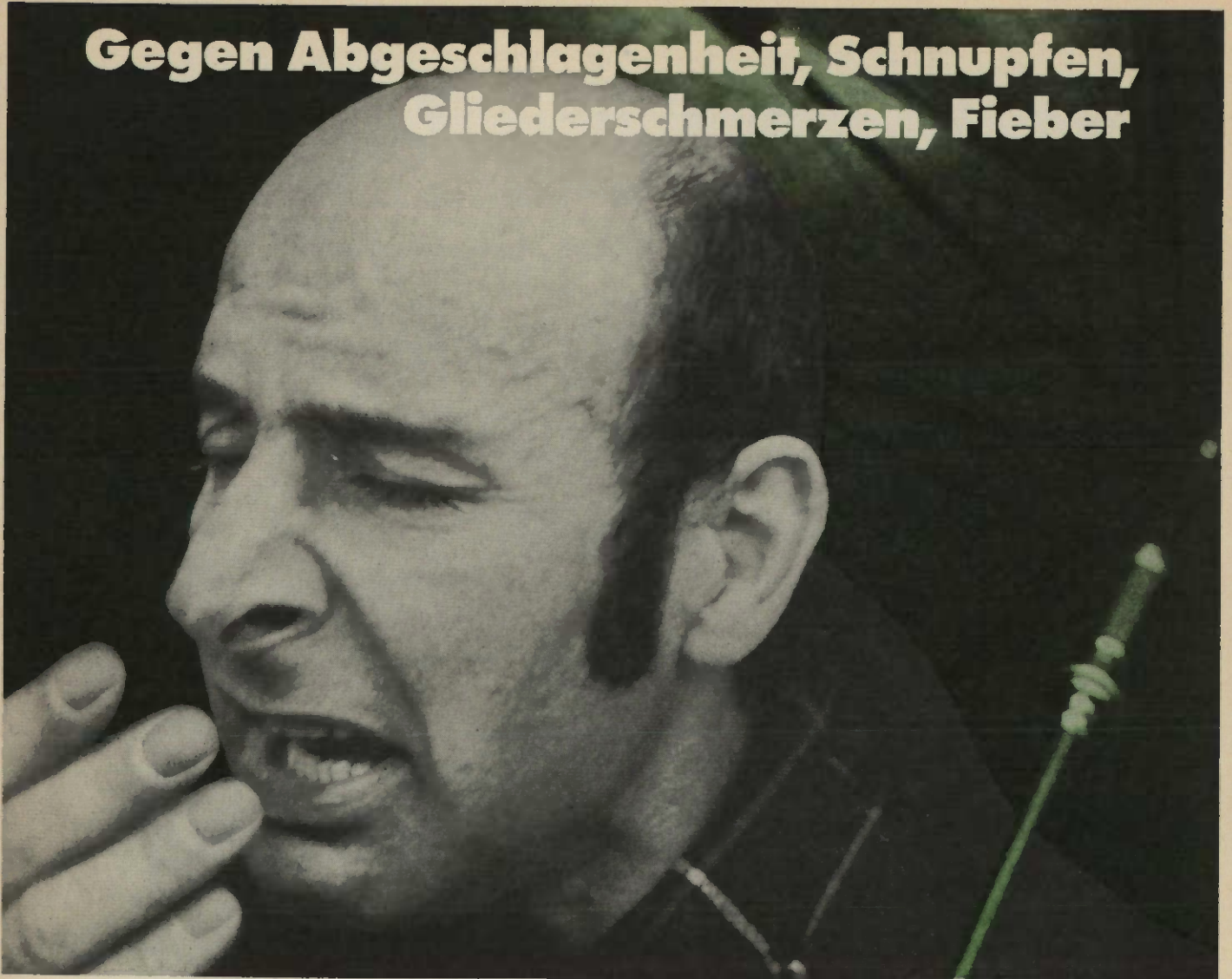
Dosierung: Bei mittlerer Dosierung 3 x täglich 20 Tropfen in etwas Flüssigkeit.

Handelsform und Preise (incl. MwSt.): 20 ml 8,20 DM, 50 ml 12,45 DM, 100 ml 20,95 DM

Dr. Gustav Klein · Arzneipflanzenforschung · 7615 Zall-Harmersbach/Schwarzwald



**Gegen Abgeschlagenheit, Schnupfen,
Gliederschmerzen, Fieber**



Tempil® macht klar bei Grippe

- Tempil wirkt gegen Abgeschlagenheit und Kreislaufschwäche.
- Tempil wirkt schnell und nachhaltig gegen Schnupfen
- Tempil wirkt gegen Schmerzen und Fieber
- Tempil beseitigt schnell und sicher die quälenden Begleitsymptome bei Grippe und fieberhaften Erkältungskrankheiten.

Zusammensetzung: 1 Kapsel enthält Diphenylpyralin-hydrochlorid 2,5 mg, 2-Dimethylamino-propiofenon-hydrochlorid 10,0 mg, Noramidopyrimethansulfonat-Natrium 250,0 mg.

Indikationen: Fieberhafte Erkältungskrankheiten mit Schnupfen, Kopf- und Gliederschmerzen, Abgeschlagenheit und Kreislaufschwäche.

Nebenwirkungen, Begleiterscheinungen: Mundtrockenheit und Müdigkeit können in wenigen Fällen auftreten.

Kontraindikationen: Akute intermittierende Porphyrie, schwere Leber- und Nierenfunktionsstörungen, Granulozytopenie, Überempfindlichkeit gegen Pyrazolon-Verbindungen.

Hinweis: Es wird empfohlen, bei für fieberhafte Erkältungskrankheiten atypischen Störungen des Allgemeinbefindens während der Therapie mit Tempil® das weiße Blutbild zu kontrollieren und beim Vorliegen einer Granulozytopenie das Präparat abzusetzen. Während der ersten drei Schwangerschaftsmonate sollte Tempil®, entsprechend der heutigen Auffassung über den Medikamentengebrauch durch werdende Mütter, nur in besonders dringenden Fällen auf Anweisung des Arztes eingenommen werden.

Besondere Hinweise: Dieses Arzneimittel kann auch bei bestimmungsgemäßem Gebrauch Ermüdungserscheinungen hervorrufen, die durch anregende Mittel oder Getränke nicht beseitigt werden können. Es ist daher nach Verabfolgung dieses Medikamentes, besonders in Verbindung mit Alkohol, mit einer so weitgehenden Beeinträchtigung des Reaktionsvermögens zu rechnen, daß es für den Straßenverkehr oder zur Bedienung von Kraftfahrzeugen oder Maschinen nicht mehr ausreicht.

Darreichungsformen und Packungsgrößen: Packung mit 20 Kapseln DM 5,65, Anstaltspackung mit 200 Kapseln.

- Apothekenpflichtig -



TEMLER-WERKE
MARBURG

Reg.-Nr. 47676

Veranstaltungskalender der Ärztlichen Kreisvereine Bodenseekreis, Ravensburg, Lindau

12. Januar 1977:

Pathologisch-klinische Konferenz (Prof. Dr. Loewe, Friedrichshafen)

Beginn: 20.00 Uhr

Ort: Pathologisches Institut im Städtischen Krankenhaus, Friedrichshafen

19. Januar 1977:

Biochemia des Gedächtnisses und die Möglichkeiten der pharmakologischen Beeinflussung (Prof. Dr. Müller-Limmroth, München)

Beginn: 20.00 Uhr

Ort: Auditorium des Städtischen Krankenhauses, Friedrichshafen

2. Februar 1977:

Pathologisch-klinische Konferenz (Prof. Dr. Loewe, Friedrichshafen)

Beginn: 20.00 Uhr

Ort: Pathologisches Institut im Städtischen Krankenhaus, Friedrichshafen

16. Februar 1977:

Wann ist eine Corticoidtherapie sinnvoll? (Priv.-Doz. Dr. v. Werder, München)

Beginn: 19.30 Uhr

Ort: Hotel Rosengarten, Tettnang

2. März 1977:

Pathologisch-klinische Konferenz (Prof. Dr. Loewe, Friedrichshafen)

Beginn: 20.00 Uhr

Ort: Pathologisches Institut im Städtischen Krankenhaus, Friedrichshafen

16. März 1977:

Grundprinzipien der Antibiotika-Anwendung — Antibiotogramm, Hospitalismus, Nebenwirkungen (Prof. Dr. Mössner, Freiburg)

Beginn: 20.00 Uhr

Ort: Auditorium des Städtischen Krankenhauses, Friedrichshafen

Fortbildungsveranstaltungen der Bundesärztekammer

6. — 19. März 1977 in Bad Gastein:

XXII. Internationaler Fortbildungskongress

Thema: Das Krebsproblem in der ambulanten Praxis

7. — 19. März 1977 in Davos:

XXV. Internationaler Fortbildungskongress

Thema: Das Krebsproblem in der ambulanten Praxis

4. — 16. April 1977 in Maran:

IX. Internationaler Seminarkongress für praktische Medizin

Thema: Jugend und Alter aus der Sicht der praktischen Medizin

20. Mai — 4. Juni 1977 in Montecatini Terme:

XV. Internationaler Fortbildungskongress

Thema: Stoffwechselkrankheiten und Endokrinologie in der Praxis

28. Mai — 11. Juni 1977 in Grado:

XXV. Internationaler Fortbildungskongress

Thema: Stoffwechselkrankheiten und Endokrinologie in der Praxis

25. Juli — 6. August 1977 in Davos:

VII. Internationaler Seminarkongress für praktische Medizin

Thema: Prävention, Therapie, Rehabilitation

29. August — 10. September 1977 in Meran:

XXV. Internationaler Fortbildungskongress

Thema: Kardiovaskuläre Pharmakotherapie

4. — 17. September 1977 in Grado:

XI. Internationaler Seminarkongress

Thema: Rationelle Diagnostik und Therapie in der ärztlichen Praxis

23. — 25. September 1977 in Augsburg:

VI. Zentralkongress für Medizinische Assistenzberufe in zeitlichem Zusammenhang mit dem 60. Augsburger Fortbildungskongress für praktische Medizin

12. — 15. Oktober 1977 in Köln:

II. Interdisziplinäres Forum „Fortschritt und Fortbildung in der Medizin“

Auskunft:

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

Lentinorm® stärkt die Sehkraft



Zusammensetzung:
 Extr. Strychni DAB 6 0,02 mg;
 Retinol 2.500 I.E.; Kal. iod. 0,1 mg;
 Calciumlactat 10,0 mg;
 Coffein 3,0 mg; Testes sicc. 7,1 mg;
 Ovar. sicc. 7,1 5,0 mg;

Gland. thyreoid sicc. 3,0 mg;
 Menadion 0,5 mg; Aneurin-chloridhydrochl. 1,0 mg; Riboflavin 0,5 mg; Ascorbinsäure 5,0 mg.

Indikationen:
 Sehschwäche infolge von Linsentrübung, Netz- und Aderhauterkrankungen und Sehnervenschwäche.

Kontraindikation:
 Jodüberempfindlichkeit
Dosierung:
 2-3 mal täglich 1 Dragee
Handelsform:
 50 Dragees OM 7,20 (inkl. MWSt.)



Die meldepflichtigen übertragbaren Krankheiten in Bayern im Monat September 1976*

(Zusammengestellt aufgrund der Wochenmeldungen)

Erkrankungen an Scharlach wurden weiterhin in abnehmender Anzahl gemeldet. Auf 100 000 Einwohner entfielen im August 22, im September 18 Erkrankungen, jeweils umgerechnet auf ein Jahr. Deutlich ging auch im gleichen Zeitraum die Erkrankungshäufigkeit an übertragbarer Hirnhautentzündung zurück,

nämlich bei der durch Meningokokken verursachten Form von drei auf einen, bei den übrigen Formen von 21 auf sieben Fälle je 100 000 Einwohner.

Demgegenüber lag die Zahl der im September gemeldeten Salmonellose-Erkrankungen ziemlich geringfügig unter

der des Augusts. Die Erkrankungsziffer sank von 100 auf 92 je 100 000 Einwohner. Ebenso verringerte sich die Erkrankungshäufigkeit an Hepatitis Infec-tiosa (übertragbare Leberentzündung) nur unbedeutend, nämlich von 31 im August auf 29 im September, jeweils auf 100 000 Einwohner bezogen.

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

Gebiet	1		2		3		4		5		8		7		8		9		10		11		12	
	Diphtherie		Scharlach		Kinderlähmung		Übertragbare				Typhus abdominalis		Paratyphus A und B		Bakterielle Ruhr (ohne Amöbenruhr)		Enteritiae Infectiosa				Botulismus			
							Hirnhautentzündung		Gehirnentzündung								Salmonellose		übrige Formen					
							Meningokokken-Meningitis		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		
Oberbayern	—	—	89	—	—	—	3	—	18	—	—	—	3	—	—	—	31	—	395	1	—	—	2	—
Niederbayern	—	—	6	—	—	—	2	1	5	1	—	—	—	—	3	—	2	—	48	—	7	—	—	—
Oberpfalz	—	—	18	—	—	—	—	—	15	—	—	—	—	—	—	—	—	—	135	—	—	—	—	—
Oberfranken	—	—	17	—	—	—	—	—	12	—	3	—	—	—	—	—	1	—	78	—	4	—	—	—
Mittelfranken	—	—	24	—	—	—	3	—	13	—	—	—	4	—	1	—	2	—	99	—	—	—	—	—
Unterfranken	—	—	13	—	1 ³⁾	—	2	—	8	1	—	—	—	—	—	—	—	—	111	—	1	—	1	—
Schwaben	—	—	24	—	—	—	5	1	—	—	1	—	—	—	4	—	10	—	85	—	4	—	3	1
Bayern	—	—	191	—	1 ⁴⁾	—	15	2	71	2	4	—	7	—	8	—	46	—	951	1	16	—	6	1
München	—	—	36	—	—	—	—	—	1	—	—	—	3	—	—	—	15	—	151	—	—	—	—	—
Nürnberg	—	—	9	—	—	—	—	—	6	—	—	—	3	—	1	—	—	—	20	—	—	—	—	—
Augsburg	—	—	2	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	1	—	4	—	—	—	—	—
Regensburg	—	—	1	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	19	—	—	—	—	—
Würzburg	—	—	1	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	9	—	1	—	1	—
Fürth	—	—	—	—	—	—	—	—	3	—	—	—	—	—	—	—	—	—	8	—	—	—	—	—
Erlangen	—	—	1	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	1	—	13	—	—	—	—	—

Gebiet	13		14		15		16		17		18		19		20		21		22		23		24	
	Hepatitis Infec-tiose		Ornithose				Milzbrand		Amöbenruhr		Malaria-				Toxoplas-mose		Wundsterr-krampf						Verdachts-fälle von Toll-wut ⁵⁾	
			Psittacose		übrige Formen						Erst-er-krankung		Rück-fall											
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	106	1	—	—	—	—	—	—	2	—	1	—	—	—	7	—	1	—						57
Niederbayern	20	2	—	—	1	—	—	—	—	—	—	—	—	—	1	—	—	—						—
Oberpfalz	21	1	—	—	—	—	—	—	1	—	—	—	—	—	—	—	1	1						18
Oberfranken	36	—	—	—	—	—	1	—	1	—	—	—	—	—	—	—	—	—						10
Mittelfranken	38	2	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	1	—	1	—	—	—						5
Unterfranken	28	—	—	—	—	—	—	—	1	—	—	—	—	—	1	—	—	—						4
Schwaben	49	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	1	—	—	—						47
Bayern	298	6	—	—	1	—	1	—	5	—	1	—	1	—	11	—	2	1						141
München	53	—	—	—	—	—	—	—	1	—	—	—	—	—	1	—	—	—						4
Nürnberg	18	2	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	1	—	—	—						1
Augsburg	20	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—						1
Regensburg	4	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—						—
Würzburg	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—						—
Fürth	7	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—						—
Erlangen	3	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—						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.

⁴⁾ Infiziert im Ausland.

Hypotheken: Rechner zahlen weniger

Überlegte Interessenten an Einfamilienhäusern oder Eigentumswohnungen entschließen sich jetzt, denn die Preise für Ein- und Zweifamilienhaus-Grundstücke steigen bereits, und die Baupreise dürften mit Sicherheit im kommenden Jahr folgen. Auch die Erhöhung der Architektengebühren wirkt sich natürlich kostensteigernd aus.

Es ist in jedem Fall vorteilhafter, die gegenwärtigen Forderungen für Immobilien noch zu nutzen, als eine möglicherweise geringfügige weitere Senkung der Hypothekenzinsen abzuwarten. Sinnvoller als dieser Versuch scheint eine eingehende Beschäftigung mit den unterschiedlichen Arten der ersten Hypothek, um eine individuelle Lösung anzustreben.

Erste Hypotheken werden von den Sparkassen, von Hypothekenbanken, den Lebensversicherungsgesellschaften und von Versorgungseinrichtungen ausgegeben. Die übrigen Quellen für solch erstrangig abgesicherte Baudarlehen sind geringfügig und können hier nicht behandelt werden.

Die Sparkassenhypothek wird in der Regel mit einem variablen Zinssatz gegeben. Je nach Veränderung des allgemeinen Zinsniveaus hat der Hypothekenschuldner mit einer Anhebung oder einer Senkung seines Hypothekenzinses zu rechnen. Eine vorzeitige Kündigung der ersten Hypothek wird im allgemeinen von den Sparkassen mit verhältnismäßig kurzen Fristen entgegengenommen.

Die Hypothekenbanken begrenzen eine Zusage eines festen Zinses auf fünf oder zehn Jahre. Anschließend wird eine neue Zinsvereinbarung getroffen. Dafür ist von der verbleibenden Schuld ein bestimmter Prozentsatz, das sogenannte Disagio, abzuziehen. Aber nicht allein, um bereits nach fünf Jahren einen solchen Abschlag zu vermeiden, sondern auch, um auf eine längere

Frist genau kalkulieren zu können, sollte die auf zehn Jahre laufende Zinsvereinbarung abgeschlossen werden. Sie ist etwas teurer als die kürzere Laufzeit.

Hypothekenbanken nehmen Geld in etwa so lange durch den Verkauf von Pfandbriefen entgegen, wie andererseits eine Hypothek getilgt ist. Der Pfandbriefkäufer ist also auf dem Umweg über die Hypothekenbank der Gläubiger der Bauherren. Wenn die Bauherren ihre erstellte Belastung vorzeitig zurückzahlen wollen, bleibt der Bank dennoch die längerwährende Zinsverpflichtung an die entsprechenden Pfandbriefinhaber. Ein gewisser Teil wird dem Rückzahler als Vorfälligkeitsentschädigung berechnet.

Als Voraussetzung für eine Hypothek von einer Lebensversicherungsgesellschaft gilt ein laufender oder neu abzuschließender Lebensversicherungsvertrag mindestens in Höhe der Hypothekensumme. Die Zinsen dafür sind relativ günstig. Sie werden bis zum Ende der Laufzeit gezahlt. Sodann wird mit der fällig werdenden Versicherungssumme die Hypothek auf einmal getilgt. Zusätzlich werden die bis dahin angefallenen steuerfreien Gewinnanteile vergütet.

Mit einer Lebensversicherungshypothek wird die Schuldenfreiheit bei frühzeitigem Tod des Hypothekennnehmers gesichert, denn auch in diesem Fall setzt die Zehlung der Versicherung ein. Eine vorzeitige Tilgung der Lebensversicherungshypothek ist problemlos.

Auch die Bayerische Ärzteversorgung nimmt frühzeitige Tilgungen ohne weiteres entgegen. Sie liegt mit ihren Zinsforderungen unter dem Durchschnitt. Die Zinsen werden jeweils dem Diskontsatz angepaßt, also bei einer Erhöhung jenes Leitzinses der Deutschen Bundesbank angehoben, bei einer Ermäßigung gesenkt.

Horst Beloch

Die Entwicklung der Kosten für die Gesundheit soll zu den Schwerpunkten der Regierungserklärung gehören. Es ist zu befürchten, daß dieses Thema deren schwächster Bestandteil wird.

Was ist festzustellen? Eine Anspruchsinflation zur Demonstration von Reform-Resultaten hat die Explosion der Ausgaben der Krankenkassen ausgelöst. Der „Beschenkte“ hat jene Präsente selbst zu finanzieren.

Was ist zu tun? Der Patient muß aus der Euphorie der Angebote und vom Standpunkt „Die Kasse zahlt's ja“ zu einem Sinn für die Wirtschaftlichkeit und Zweckmäßigkeit seiner Forderungen zurückgeführt werden. Wenn ein solcher Passus in der Regierungserklärung fehlt, hätte sie über das Thema besser ganz geschwiegen.

Prosper

Kurz über Geld

BUNDESSCHATZBRIEFE bieten bei allgemeinem Zinsrückgang unverändert hohe Rendite. Die gegenwärtige Serie könnte bald durch eine weniger rentierliche abgelöst werden.

IOS-GESCHÄDIGTE: Anschrift zur baldigen Anmeldung der Ansprüche: Liquidateurs des Fonds IOS, Boîte Postale 44, F-01210 Fernay-Voltaire.

SCHUTZ FÜR MÜNZSAMMLER nun durch das gesetzliche Gebot der Kennzeichnung von Nachahmungen.

EINE AUSBILDUNG OHNE MÄNGEL, aber nicht einen teuren Lebensstandard haben Eltern ihren Kindern nach einem jüngsten Urteil zu finanzieren.

1000 - SCHILLING - GOLDMÜNZE, neu, wird schon für DM 190 bei nur etwa DM 112 Goldwert verkauft. Zurückhaltung erwägenswert.

Die kritische Situation beim alternden Menschen. Herzinsuffizienz bei eingeschränkter Nierenfunktion.

Kein Problem für **Talusin**,
denn Talusin führt auch bei Niereninsuffizienz
zu keinen toxischen Kumulationen.



Indikationen

Herzinsuffizienz, auch bei Vorliegen von Bradykardie, AV-Überleitungsstörungen, Extrasystolie, eingeschränkter Nierenfunktion;
Belastungsinsuffizienz des alternden Menschen (Altersherz);
chron. Cor pulmonale;
Digitalisunverträglichkeit;
Nachbehandlung des Herzintarktes.

Kontraindikationen

Hyperkalzämie;
unmittelbar vor einer Kardioversion.

Nebenwirkungen

Während der Behandlung können gelegentlich gastrointestinale Beschwerden auftreten.

Zur besonderen Beachtung!

Von parenteralen Kalziumgaben ist während der Talusin-Therapie abzuraten. Eine manifeste Hypokaliämie sollte möglichst rasch behoben werden. Patienten mit AV-Block sollten sorgfältig überwacht werden. In den ersten drei Monaten einer Schwangerschaft ist die Verordnung von Talusin – entsprechend der heutigen Auffassungen über den

Arzneimittelgebrauch durch werdende Mütter – kritisch abzuwägen.

Dosierung

Durchschnittliche Sättigungsdosis bei mittelschneller Sättigung 1,0-1,5 mg pro Tag.
Durchschnittliche Erhaltungsdosis 1,0-1,5 mg pro Tag.
Sättigungs- und Erhaltungsdosen sind in der Regel gleich.
2-3mal 1 Dragée Talusin ½ mg pro Tag. Bei leichteren Formen der Herzinsuffizienz (z.B. Altersherz) und bei chronischem Cor pulmonale genügen als Erhaltungsdosis häufig

3mal 1 Dragée Talusin ½ mg pro Tag. Bei erhöhtem Glykosidbedarf kann es erforderlich sein, die Dosis auf 2,0-2,5 mg Talusin pro Tag zu steigern.

Zusammensetzung

1 Dragée enthält ½ mg bzw. ½ mg reines, kristallisiertes Proscillaridin.

Handelsformen

Talusin ½ mg

50 Dragées Orig.-Pckg. DM 5,95
100 Dragées Orig.-Pckg. DM 11,—

Talusin 1 mg

50 Dragées Orig.-Pckg. DM 9,55
100 Dragées Orig.-Pckg. DM 17,20



KNOLLAG 6700 Ludwigshafen

Umbenennung von Kliniken in München

Die I. Medizinische Klinik der Universität München ist von der Ziemssenstraße in der Innenstadt in das neue Klinikum Großhadern umgezogen. Sie erhält im Klinikum Großhadern die Bezeichnung „Medizinische Klinik II“.

Die bisher als II. Medizinische Klinik bezeichnete Universitätsklinik (Direktor: Professor *Buchborn*) in der Ziemssenstraße bleibt zunächst im alten Haus und wird auch in Zukunft in der Altstadt bleiben. Um Verwechslungen mit den Medizinischen Kliniken in Großhadern zu vermeiden, wird sie künftig „Medizinische Klinik Innenstadt“ heißen.

Ertellung von Ausnahmegenehmigungen von der Gurtanlega- und Schutzhelmtragepflicht

Nach § 21 a StVO ist das Anlegen von vorgeschriebenen Sicherheitsgurten und das Tragen von Schutzhelmen Pflicht. Nach Abstimmung mit den für den Straßenverkehr und für die Verkehrspolizei zuständigen obersten Landesbehörden bin ich damit einverstanden, daß bei der Erteilung von Ausnahmegenehmigungen nach § 46 Abs. 1 Ziffer 5 b StVO wie folgt verfahren wird:

1. Anlegepflicht von Sicherheitsgurten

Von der Anlegepflicht für Sicherheitsgurte können Personen im Ausnahmewege befreit werden, wenn

das Anlegen der Gurte aus gesundheitlichen Gründen nicht möglich ist, oder

die Körpergröße weniger als 150 cm beträgt, oder

bei Körpergrößen über 150 cm infolge der Anbringungshöhe der Gurtverankerungen der Schutzzweck der angelegten Sicherheitsgurte nicht erreicht werden kann.

2. Schutzhelmtragepflicht

Von der Schutzhelmtragepflicht können Personen im Ausnahmewege befreit werden, wenn das Tragen eines Schutzhelms aus gesundheitlichen Gründen nicht möglich ist.

3. Die in Nr. 1 und Nr. 2 genannten Voraussetzungen gesundheitlicher Art sind durch eine ärztliche Bescheinigung nachzuweisen. In der ärztlichen Bescheinigung ist ausdrücklich zu bestätigen, daß der Antragsteller aufgrund der ärztlichen Befunde von der Gurtanlega- bzw. Helmtragepflicht befreit werden muß. Die Diagnose braucht aus der Bescheinigung nicht hervorzugehen.

Von dem Vorliegen der übrigen in Nr. 1 genannten Voraussetzungen hat sich die Genehmigungsbehörde in geeigneter Weise (z. B. Nachmessen oder Augenschein) selbst zu überzeugen.

4. Geltungsdauer und Auflagen

Die Ausnahmegenehmigungen sind widerruflich und befristet zu erteilen.

Soweit aus der ärztlichen Bescheinigung keine geringere Dauer hervorgeht, ist die Ausnahmegenehmigung in der Regel auf ein Jahr zu befristen. Dort, wo es sich um einen attestierten nicht bassarungsfähigen Dauerzustand handelt, ist eine unbefristete Ausnahmegenehmigung zu erteilen.

Der Bundesminister für Verkehr

Kurzwellenbestrahlung auch beim Kupfer-T-Pessar

Vielfach wird heute in der ärztlichen Praxis zur Behandlung von Entzündungen und rheumatischen Erkrankungen eine Kurzwellenbestrahlung verordnet. Die dabei erzeugten elektromagnetischen Schwingungen bewirken nicht nur eine Erwärmung des bestrahlten Gewebes, sondern auch von Metallteilen im Körper. Dozent *Luukkainen* von der Universität Helsinki ging deshalb der Frage nach, inwieweit beispielsweise das Intrauterin-pessar Kupfer T 200 der Scheering AG infolge einer Erwärmung des Kupferfadens zu gesundheitsschädigenden Wirkungen führen kann. *Luukkainen*, der in Europa wohl über die größten Erfahrungen mit dem Kupfer-T-200-Pessar verfügt, kam aufgrund seiner Untersuchungen zu dem Ergebnis, daß die Kupferwicklungen des Pessars durch Kurzwellenbestrahlung nicht erwärmt werden. Der Grund hierfür liegt in dem günstigen Verhältnis der Kupfermasse (120 mg) zur großen wärmeabgebenden Oberfläche (200 mm²). Frauen, die das Intrauterin-pessar Kupfer T 200 tragen, können sich daher unbesorgt einer Kurzwellenbestrahlung unterziehen.

Neuer Kaugummi stoppt das Rauchen

Gute Nachricht für die 15 Millionen Raucher in der Bundesrepublik: Ein neuer Kaugummi kann jetzt helfen, den Zigarettenverbrauch einzuschränken oder ganz einzustellen. Das neue Entwöhnungsmittel mit der Bezeichnung „Anti-Raucher Kaugummi-Dragee No Smoking“ wurde in Ratten- und Affentests in England sowie in Patientenversuchen in skandinavischen und amerikanischen Kliniken erprobt. Die Firma Pharmawerk E. Scheurich, Appenweier, stellte es aus Anlaß des Deutschen Apothekertages 1976 in München vor.

In dem Anti-Raucher-Kaugummi befinden sich medizinische Wirkstoffe – Silberacetat und Co-Carboxylase –, die dem Zigarettenrauch im Mund einen äußerst unangenehmen Geschmack verleihen. Bei etwas Willen ist das direkte Resultat, daß man während ein bis drei Stunden nach der Einnahme keine Zigarette anzündet. Die Zigarette, die man dennoch anstackt, schmeckt so, wie sie nach Malzung basorgter Mediziner schmecken sollte: scheußlich. Nach einigen Tagen ist das Ergebnis eine erhebliche Verminderung des Zigarettenverbrauches und nach einiger Zeit das vollständige Aufhören mit dem Rauchen.

Eine in der schwedischen Staatsklinik für Rauchentwöhnung in Stockholm durchgeführte Untersuchung ergab, daß der Zigarettenkonsum unter schweren Rauchern bei Gebrauch des Anti-Raucher-Kaugummis nach 14 Tagen um 55 Prozent abgenommen hatte. In einer Anti-Raucher-Klinik in Kopenhagen betrug die Anzahl derer, die das Rauchen aufgaben bzw. um mindestens zwei Drittel einschränkten im gleichen Zeitraum sogar 73 Prozent. Einen Monat nach Beendigung der Einnahme des neuen Entwöhnungsmittels hatten 47 Prozent der Patienten das Rauchen entweder völlig eingestellt oder ihren Zigarettenverbrauch um mehr als 50 Prozent eingeschränkt.

Wie schwierig das Einschränken oder die Aufgabe des Rauchens bei schweren Rauchern ist, zeigt eine Untersuchung des österreichischen Bundesinstitutes für Gesundheitswesen: von den 1 286 500 regelmäßig Rauchenden (davon: 978 200 Männer) hatten 42 Prozent bereits versucht, das Rauchen aufzugeben, wobei hinsichtlich dieses Prozentsatzes kein wesentlicher geschlechtsspezifischer Unterschied festzustellen war.

Von den Zigarettenrauchern wurden folgende Gründe für mißglückte bzw. geglückte Aufgabeveruche angegeben:

Grund	Raucher %	Ex-Raucher %
Aufgetretenes Symptom oder manifeste Erkrankung	82,4	101,2
Angst vor gesundheitlicher Gefährdung	48,1	51,1
Aufklärung	20,8	22,8
finanzielle Ersparnis	19,6	15,8
Rücksichtnahme	13,3	14,2
Verbot	7,2	11,6

Dies bedeutet, daß praktisch bei jedem geglückten und bei der überwiegenden Mehrzahl der erfolglosen Aufgabeveruche bereits ein Symptom oder eine Erkrankung vorlag, die zumindest eines von mehreren Motiven war. Eng damit verbunden ist der Grund „Angst vor gesundheitlicher Gefährdung“, die in vielen Fällen als Angst vor weiterer gesundheitlicher Gefährdung interpretiert werden muß.

Gerade für diese Menschen ist des „Anti-Raucher Kaugummi-Dragee No Smoking“ entwickelt worden. Ein wichtiger Beitrag im Kampf gegen den Nikotintod, dem jährlich 140 000 Bundesdeutsche zum Opfer fallen.

Ärztelbelf in der Wiener Hotburg

Am 29. Januar 1977 findet in der Wiener Hotburg der traditionelle Ärztelbelf statt.

Auskunft erteilt: Deutsches Reisebüro GmbH, Abteilung Sonderreisen, Eschersheimer Landstraße 25-27, 6000 Frankfurt, Telefon (06 11) 15 66 391 und 389.

Eine neue photometrische Methode zur routinemäßigen Überwachung bleigefährdeter Personen

Zu den Aufgaben der modernen Arbeitsmedizin gehört heute als Selbstverständlichkeit die routinemäßige Überwachung bleiexponierter Berufsgruppen. Allgemein ist man sich darüber im klaren, daß der Kreis der bleigefährdeten Personen über den der „klassischen“ Bleiberufe hinausgeht. Untersuchungen verschiedener Autoren haben gezeigt, daß zum Beispiel Müllader, Verkehrspolizisten, Straßenarbeiter, um nur einige Berufe zu nennen, konstant zumindest einer latenten Bleibelastung ausgesetzt sind.

Zur Überwachung bleiexponierter Personen zur Diagnose von chronischen und den wesentlich selteneren akuten Bleivergiftungen ist die Bestimmung der Delta-Aminolävulinäure ein spezifischer Parameter. Unter der Einwirkung von Blei kommt es zu einer erhöhten Ausscheidung dieser Substanz, was erklärt, warum bereits lange vor dem Manifestwerden einer Bleivergiftung stark erhöhte Delta-Aminolävulinäureausscheidungen beobachtet werden. Debes ist die Höhe der Ausscheidung der Delta-Aminolävulinäure dem resorbierten Bleigehalt proportional.

Die Boehringer Ingelheim Diagnostika GmbH, Garching/München, hat nun vor einiger Zeit eine Testpackung in den Handel gebracht, die die photometrische Bestimmung der Delta-

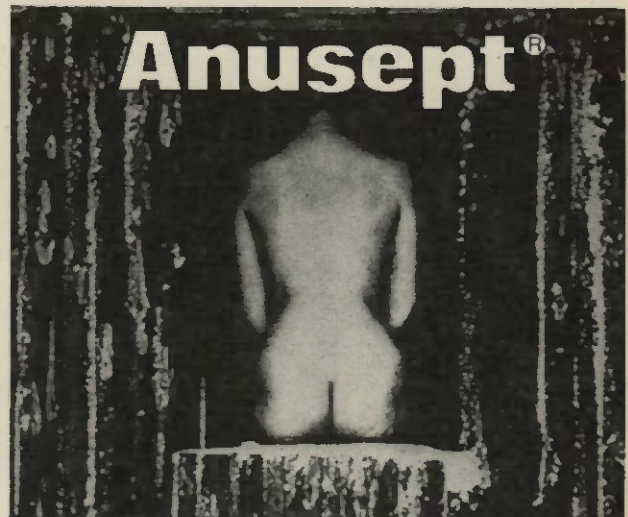
Aminolävulinäure erlaubt. Das Prinzip dieser Methode geht auf Ergebnisse zurück, die von Hoeflmayr, Fried und Wildgruber *) 1975 veröffentlicht wurden. Daneben wird die Delta-Aminolävulinäure des Urins zunächst kondensiert und anschließend mit Äthylacetat extrahiert. Das extrahierte Kondensationsprodukt – eine Pyrrolverbindung – wird nachfolgend mit 4-Dimethylaminobenzaldehyd (Ehrlichs Reagenz) in stark saurem Medium quantitativ zu einem Farbstoff umgesetzt. Die Intensität der entstandenen purpurroten Farbe ist proportional dem Gehalt an Delta-Aminolävulinäure im Urin. Die Messung erfolgt bei einer Wellenlänge von 546 nm, und die Auswertung erfolgt durch Multiplikation mit einem Faktor.

Die Methode kann in jedem ärztlichen und klinischen Laboratorium routinemäßig durchgeführt werden; durch den Wegfall des Standards, wenn bei 546 nm gemessen wird, vereinfacht sie sich noch einmal erheblich.

Die Ergebnisse folgen bis mindestens 80 mg Delta-Aminolävulinäure/l dem Lambert-Beerschen Gesetz. Damit wird der diagnostisch interessante Konzentrationsbereich vollständig abgedeckt. Die Präzision ist mit $\pm 4,8$ Prozent als sehr gut zu bezeichnen.

Die von den oben genannten Autoren an 76 Proben ermittelten Normalwerte liegen zwischen 0 und 6 mg Delta-Aminolävulinäure/l. Nach Angaben der Deutschen Gesellschaft für Klinische Chemie gelten folgende Beurteilungsgrenzen (mg Delta-Aminolävulinäure/l Urin): Unter 6 normal, 6 bis 12 noch tolerierbar, 20 bis 40 nicht mehr tolerierbar, mehr als 40 gefährlich. Als untere Grenze der Gefährdung sind 20 mg Delta-Aminolävulinäure/l anzusehen.

*) HOEFLMAYR, J., R. FRIED und R. WILDGRUBER: Dtsch. med. Wschr. 100 (1975) 187-191.



Die Lösung eines brennenden Problems

Zusammensetzung:
100 g Salbe enthalten:
Bismut. subnitric. 1 g, Myroxyl. balsam. var. pereir. 2 g, Zinc. oxydat. 8 g, Benzocain 2 g, Urea pure 1 g, Natriumtetraborat 2 g
1 Suppositorium enthält:
Bismut. subnitric. 120 mg, Myroxyl. balsam. var. pereir. 100 mg, Zinc. oxydat. 100 mg, Benzocain 40 mg.

Indikationen:
Äußere und innere Hämorrhoiden, Analfissuren, Analjuckreiz, Proktitis

Unverträglichkeiten und Risiken:
Nicht bekannt.

Dosierung:
Siehe Packungsbeilage und wissenschaftlicher Prospekt.

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

Anusept® - Neu von Kanoldt

Buchbesprechungen

Poliklinik der Nieren- und Hochdruckkrankheiten

Herausgeber: Prof. Dr. R. Kluthe / Dr. Th. Rippich, 102 S., 34 Abb., 45 Tab., kart., DM 34,—. Georg Thieme Verlag, Stuttgart.

Im Mittelpunkt dieses Buches steht das „Freiburger Modell“ der Behandlung und Betreuung chronisch Nieren-Krankter. Diagnostisches Programm, Patientenführung und Bederfsplanung sind in übersichtlicher Form zusammengestellt. Besonderen Wert legen die Autoren auf prektisch bedeutsame Fregen, wie sie sich etwe in der Betreuung von noch konservativ Behandelten, Dielyse-Petienten, sowie Transplantierten für Spezielambufenz und Praxis ergeben. Aus der Fülle des dergebotenen Informationsmateriels werden Konzepte zur Überwindung organisatorischer und medizinischer Probleme entwickelt.

Lehrbuch der Orthopädie und Traumatologie

Band II: Erworbene Erkrankungen, Teil 1

Verf.: Prof. Dr. M. Lenge, 464 S., 347 teils farbige Abb., Ganzleinen, DM 199,—, Ferdinand Enke Verlag, Stuttgart.

Der erste Teil des zweiten Bandes bringt in der zweiten Auflage eine weitgehende Neubearbeitung der verschiedenen orthopädischen Erkrankungen, wobei vor allem auch auf neue Erkenntnisse der Diagnose und Therapie eingegangen wird. Im Kapitel der avaskulären Nekrosen sind auch die ideopathischen Nekrosen des Erwachsenen ausführlich abgehandelt, und zwar unter Berücksichtigung angiographischer Befunde. Diese neuen Erkenntnisse erfolgten nicht zuletzt aufgrund ausgedehnter Erfahrungen des Autors. Umlangreich ist ferner das Kapitel der primär chronischen Polyarthrits (PCP) abgehandelt. Dabei werden neben den Problemen der Diagnose übersichtlich die Möglichkeiten der konservativen und operativen Behandlung besprochen, was besonders hervorzuheben ist, da sich gerade bei der Behandlung der chronischen Polyarthrits seit der Erstauflage wichtige Fortschritte ergeben haben.

Hervorzuheben ist auch das Kapitel Gefäßerkrankungen, das von P. C. Maurer, dem Leiter der Gefäßabteilung im Klinikum rechts der Isar, übernommen wurde. A. Göb von der Orthopädischen Klinik der Ludwig-Maximilian-Universität hat wiederum das Kapitel der Zerebralparesen bearbeitet und neue Kenntnisse bei Diagnose und Therapie berücksichtigt.

Besonders eingehend wurde das Kapitel der Knochen- und Weichteiltumoren gestaltet und mit vielen großformatigen Farbaufnahmen bebildert. Die Tumoren des Halte- und Bewegungsapparates stellen ebenfalls ein Spezialgebiet des Autors dar, was offensichtlich wird, wenn die langjährigen Beobachtungen unter Berücksichtigung sämtlicher Möglichkeiten einer modernen Diagnose und Therapie Berücksichtigung finden. Diese Darlegungen entsprechen dem modernsten Stand der Erkenntnisse.

Insgesamt gesehen stellt die neue Bearbeitung des Lehrbuches eine aktuelle Analyse des Wissensstoffes dar, der sicher nicht nur beim Orthopäden, sondern auch beim Chirurgen, Radiologen und Pädiater wichtige Informationen vermitteln kann. Man kann gespannt auf das Hereuskommen des folgenden Bandes im nächsten Jahr warten.

H. J. S.

Hautlibef — Medizinische Kosmetik

Verf.: Priv.-Doz. Dr. W. Raab, 134 S., 43 teilweise farbige Abb., Taschenbuch, DM 9,80. Gustav Fischer Verlag, Stuttgart.

Dem Grundkonzept der Reihe „Ärztliche Retschläge“ folgend, informiert die Fibel über die Gesunderhaltung der menschlichen Haut, über die richtige Heutpflege und den sinnvollen Hautschutz. In separaten Abschnitten werden wichtige Zusemmenhältnisse zwischen allgemeinen Erkrankungen, Stoffwechselstörungen und dem Auftreten von Heutveränderungen besprochen und mit instruktiven Abbildungen belegt. Weitere Kapitel beschäftigen sich mit den wichtigsten Hautkrankheiten, ihren Ursachen und ihrer Behandlung. Ein kurzer Abriss ist den Veränderungen der Geschlechtsorgane gewidmet.

Lehrbuch der Medizinischen Soziologie

Verf.: Prof. Dr. J. Siegrist, 2., überarbeitete und erweiterte Aufl., 192 S., kart., DM 24,—. Verlag Urban & Schwarzenberg, München-Berlin-Wien.

Die Bedeutung des jungen Fachgebietes „Medizinische Soziologie“ ist nicht allein darin begründet, daß die neue Ausbildungsordnung eine Beschäftigung damit verlangt; es ist vielmehr für jeden Arzt notwendig, sich mit diesen Problemen euseinanderzusetzen. Leider wird die Einarbeitung mitunter durch die besondere soziologische Terminologie erschwert. Bereits nach einem Jahr wurde eine Neuauflage des vorliegenden Lehrbuches nötig; es konnte erweitert und noch stärker nach den Bedürfnissen des Medizinstudenten ausgerichtet werden. Neben Fregen von Methodik und Definition sind die Voraussetzungen der Medizinischen Soziologie, Industriegesellschaft und medizinische Entwicklung abgehandelt; es folgt eine Erörterung von Gesundheit und Krankheit als gesellschaftlicher Tetbestände, der Soziologie des ärztlichen Handelns und der Probleme von Patient und Krankenhaus. So wird die soziologische Stellung des Arztes herausgearbeitet, die für sein Selbstverständnis in der modernen, sich wandelnden Gesellschaft wichtig ist. Ein Verzeichnis soziologischer und demographischer Begriffe erleichtert das Verständnis des Buches; die vielleicht etwas mühsame Lektüre dürfte jedem Interessierten wertvolle Einsichten und wichtige Anregungen vermitteln.

Privatdozent Dr. G. Neuhäuser, Erlangen

Des Prinzip Handeln in der Psychotherapie

Verf.: Dr. H. Schulze, 2. Aufl., 111 S., 16 Abb., kart., DM 34,—. Ferdinand Enke Verlag, Stuttgart.

S. Freud hat zu seiner Zeit vor dem „Agieren“ in der Psychoanalyse gewarnt. Damit meinte er allerdings nur ein therapiewidriges Handeln des Patienten, der damit dem Erinnern seiner eigentlichen Konllikte auszuweichen sucht. Durch die mißverständliche Wortwahl Freuds scheint aber auch des therapieförderliche Handeln des Petienten in psychotherapeutischen Mißkredit geraten zu sein. Erst die moderne Verhaltenstherapie, besonders deren aktivste Variante, die Grenzsituationstherapie des Verfassers, hat dem Selbsthandeln des Patienten im Rahmen der psychotherapeutischen Behandlung eine wichtige Rolle zugewiesen. Dieses „Prinzip Handeln“ in der Psychotherapie, das der Verfasser bereits seit über zwanzig Jahren als Ergänzung tiefenpsychologischer und analytischer Methoden praktiziert, wird in diesem Buch dargelegt und mit reichlicher Kasuistik belegt.

Wirbelsäule und innere Medizin

Verf.: Prof. Dr. W. Kunert, 2., überarbeitete Aufl., 281 S., 107 Abb., 13 Tab., Alkorphan, geb., DM 79,—. Ferdinand Enke Verlag, Stuttgart.

Nach einer Zeit nur deskriptiver Beurteilung formativer Veränderungen der Wirbelsäule tritt in den letzten Jahren die Betrachtungsweise funktioneller Abläufe am Achsenorgan immer mehr in den Vordergrund. In klarer Form und in eusgezeichneter Sprache versteht es der Verfasser, in der zweiten Auflage seines Buches „Wirbelsäule und Innere Medizin“, dieses umfassende Problem des „Organes“ Wirbelsäule und natürlich besonders des Wechselspiels zwischen Wirbelsäule und inneren Organen darzustellen. Aufbauend auf eigenen Forschungsergebnissen werden die derzeit vorwiegend als gültig erachteten Lehrmeinungen der Pathophysiologie vertebralegener Krankheitsbilder abgehandelt. Neu aufgenommen wurde eine zusammenfassende Betrachtung über Rheumatismus und Wirbelsäule sowie ein Abschnitt über Therapie vertebralegener Erkrankungen. Neben den wissenschaftlich fundierten theoretischen Überlegungen werden gerade die therapeutischen Hinweise für viele in der Praxis tätigen Ärzte ein guter Leitfaden in der Behandlung wirbelsäulenbedingter Krankheitsformen sein. Vielleicht sollte in einer weiteren Auflage gerade der manuellen Therapie und hier besonders der Chirotherapie (nicht Chiropraktik) ein noch etwas weiterer und größerer Raum gewidmet sein.

Insgesamt aber wird das vorliegende Buch innerhalb vieler Fachdisziplinen einen großen Leserkreis finden, da es allen an vertebralegenen Krankheiten Interessierten neben ausführlichen theoretischen Grundlagen auch praktische Therapiehilfen in die Hand gibt.

Dr. E. Müller, Würzburg

Fortschritte der gastroenterologischen Endoskopie

Verf.: Priv.-Doz. Dr. H. Lindner, 200 S., 122 Abb., davon 26 mehrfarb., 35 Tab., Leinen, Band 6, DM 54,—. Verlag Gerhard Witzstrock GmbH, Baden-Baden.

Der Band 6 in der Reihe „Fortschritte der gastroenterologischen Endoskopie“ faßt die Vorträge und Diskussionsbemerkungen des 6. Kongresses für gastroenterologische Endoskopie 1974 in Würzburg zusammen. Es ist ein Verdienst dieses Kongresses wie auch des Autors H. Lindner, der Partnerschaft zwischen Endoskopiker und Pathologen als Ausdruck der notwendigen interdisziplinären Zusammenarbeit einen wichtigen Platz eingeräumt zu haben. So kommen zu Beginn dieses Buches namhafte Pathologen zu Wort, die die Aussagekraft der endoskopischen Biopsie unter diesem Blickwinkel bewerten. Weitere Themenkreise sind neue Aspekte der Leptoskopischen Leberbeurteilung, neue Techniken und Instrumente, das Karzinom des operierten Magens, die Bedeutung der endoskopisch-radiologischen Cholangio-Pankreatikographie (ERCP) für die Diagnostik von Pankreas- und Gallenwegserkrankungen sowie die Stellung der Koloskopie in der Diagnostik der Kolonpolypen. Ein letzter Abschnitt befaßt sich mit Fortschritten in der therapeutischen Endoskopie, wo vor allem die endoskopische Papillotomie mit ersten klinischen Erfahrungen angesprochen wird. Das Buch reiht sich nahtlos in die Reihe der vorausgegangenen Publikationen ein. Es vermittelt einen Einblick in die stetige Weiterentwicklung dieses Fachgebietes. Der von H. Lindner in bewährter Weise zusammengestellte Band bringt notwendige und neue Informationen, die der gastroenterologisch Interessierte jederzeit verfügbar haben sollte.

Dr. J. F. Riemann, Erlangen

Medizin zwischen Heil und Unheil

oder: Besser leben durch umfassende Gesundheitspflege

Verf.: G. Stolzenberg, mit einem Vorwort von Dr. M. O. Bruker und einem Geleitwort von Prof. Dr. O. V. Knack, 384 S., Leinen, DM 26,—. Schweizer Verlagshaus, Zürich.

Leben wir in einem Zeitalter des medizinisch-technologischen Kennibellismus? Diese Frage verdienen wir wohl eher dem Verlag als dem pensionierten Studienrat für Handelswissenschaften und Sportlehrer Stolzenberg. Die Umschlagrückseite würdigt den Autor als Bekannten des Wiederentdeckers der Helderde. Es geht gut an. Da wird an Rabindrenath Tagore und seine Suche nach Synthese erinnert. In den dreißiger Jahren waren die Bücherkisten der Münchener Antiquariate voll von seinen Werken. Mit Pythagoras, Heraklit, Hippokrates, Plato, Leibnitz, Goethe, Bircher-Benner, Bier, Kötscheu und Zabel — in dieser Reihenfolge — wird geradlinig der „Holismus“ angesteuert, der uns lehrt, daß wir Teile des Weltganzen sind.

Im Kapitel über „Lebensweise und Sterbensweise“ finden sich neben durchaus akzeptablen — und bekannten — auch sehr erstaunliche Feststellungen, z. B. die, daß es im Osten Europas, wo die Menschen noch einfach und naturgemäß leben, mehr langlebige Menschen gibt als anderswo. Zwar könnten wir nicht mehr, wie der Mensch vor der Eiszeit, überwiegend von Obst (!) und Nüssen leben, aber frische Früchte, Gemüse (nicht ebrühen!), Vollkartoffeln (gepelte und ungepelte), gutes kerniges Schwarzbrot, Vollkornbrot und Vollmilch mit mäßiger Beigabe von Butter, Käse, Fleisch und Fisch und mit Vermeidung von Kochsalz (!), Konservierungsmitteln, Medikamenten usw. sollten unsere „nichtganze Teilkost“ sein.

Die Nichtzulassung des „Ganzheitsarztes“ nach Kötscheu wird bitter beklagt. Zwar „ganz ohne Penicillin, Insulin und ähnliche Präparate mag es in unserem Zeitalter der Super-technik noch nicht wieder gehen, jedenfalls nicht in jedem einzelnen Falle“; jedoch „wer sagt uns denn mit Sicherheit, daß eine Krankheit, die nach zahlreichen Injektionen zum Verschwinden gebracht worden ist, wirklich durch diese Prozedur geheilt wurde?“ Mit präzisen Vorschlägen hat es der Autor schwer. Die Milchsäuretherapie beim „Krebs“ mag — zusätzlich zur Operation — wenig schaden, aber zu behaupten, alle chirurgische Behandlung des „Krebses“ erschöpfe sich „weitgehend in der Heilung von Scheinkrebs und Scheinheilung von Krebs“ verrät den Nichtarzt mehr als die akribische Aufführung aller jener, die jemals die Begriffe Ganzheit und Harmonie im Munde geführt haben. — Ein ganzheitliches Buch zwischen gut gemeintem Heil und unvermeidlichem Unheil.

Dr. M. Lindner, Nürnberg

Des Rektumkarzinom

Verf.: Dr. I. Gyalog, 136 S., 18 Abb., 44 Tab., kart., DM 15,—. Verlag für Medizin, Dr. Ewald Fischer, Heidelberg.

Aufgabe der vorliegenden Arbeit war es, alle an Rektumkarzinom erkrankten Patienten der Chirurgischen Universitätsklinik Köln-Lindenthal für den Zeitraum von 1960 bis 1971 einer Nachuntersuchung zu unterziehen.

Zu der systematischen Untersuchung wurde für jeden in Frage kommenden Patienten ein Datenbogen mit etwa 60 verschiedenen Kriterien angelegt, auf den der Krankheitsverlauf, soweit er aus den Unterlagen zu entnehmen war, übertragen wurde. Zusätzlich wurden alle entlassenen Patienten Fregebogen verschickt, in denen sie ersucht wurden, über ihr weiteres Schicksal detailliert Auskunft zu geben.

MENADIER
 ein Hamburger Unternehmen, seit 1788,
 stellt vor:

Malinert®

MALINERT ist ein selektives, nicht steroidales Präparat gegen Rückenschmerzen, das Symptom bei Wirbelsäulen-Syndrom, Schulter-Arm-Syndrom, Ischialgie, Lum-

bago, Neuralgien, Myalgien, Wurzelneuritiden.

Die multiaktive Kombination in den Dragées ist dabei besonders preiswürdig.

MALINERT – die preisbewußte Therapie

Therapie-Kosten*) mit MALINERT-Dragées

pro Einzeldosis	–.26 / –.29 DM
pro Tagesdosis	–.78 / –.87 DM

*) Basis: Apothekenverkaufspreise lt. AT für MALINERT à 50 und 20 Dragées.

Deshalb **Malinert®**-Dragées -Salbe das Spezifikum gegen Rückenschmerzen

wirkt zuverlässig, rasch und anhaltend,
 für eine preisbewußte Therapie.

Indikationen: Wirbelsäulen-Syndrom, Schulter-Arm-Syndrom, Ischialgie, Lumbago, Neuralgien, Myelgien, Wurzelneuritiden.

Zusammensetzung: 1 Dragée enthält: 200 mg Metamizol (= Phenylidimethyl-pyrazolon-methylamino-methansulfonsaures Natrium), 250 mg Phenazonsalicylat (= Phenylidimethyl-pyrazolon-salicylat), 7,5 mg Diphenhydraminhydrochlorid, 20 mg Coffein, 3 mg Aesculin, 10 mg Octotiamin, 5 mg Pyridoxinhydrochlorid, 10 µg Cyanocobalamin.

100 g MALINERT-Salbe enthalten: 2 g Aneurinchloridhydrochlorid, 1 g Menthol, 1,25 g Nicotinäurebenzylester, 3 g Campher, 10 g Aethylen-glykolmonosalicylat.

Dosierung und Anwendungsweise: MALINERT-Drugées: Täglich 3mal 1 Drugée am besten nach den Mahlzeiten mit etwas Flüssigkeit. MALINERT-Salbe: Morgens und abends auf den erkrankten Körperbereich auftragen und leicht einmassieren.

Kontraindikationen (für MALINERT-Drugées): Akute intermittierende Porphyrie, Granulozytopenie; Überempfindlichkeit gegenüber Schmerzmitteln; Hämorrhagische Diathese, Magen- und Darm-Ulcere, bei Schwangerschaft (in den letzten 4 Wochen).

Packungsgrößen und Preise (lt. A.T.):
 OF mit 20 Dragées, AV m. MwSt. . . . DM 5,85
 Packung mit 50 Dragées, AV m. MwSt. DM 13,10
 OP mit 30 g Salbe, AV m. MwSt. DM 5,70

Muster von MALINERT erhalten Sie auf Wunsch direkt durch uns.

MENADIER Heilmittel GmbH · 2 Hamburg 50 · Postfach 50 10 04

Sozialgesetzbuch — Reichsversicherungsordnung

Loseblatt-Textausgabe mit Nebengesetzen, Ausführungs- und Verlehrenschriften, Anmerkungen und Sachverzeichnis

Herausgeber: F. Aichberger, ca. 2650 S., 38. Aufl., Plastikordner, DM 26,80. C. H. Beck'sche Verlagsbuchhandlung, München.

Das seit Jahrzehnten bewährte Werk entspricht in Format und Ausstattung dem Parallelwerk von Aichberger „Angestelltenversicherungsgesetz“. Die Neuauflage 1976 enthält — jetzt in einer systematischen Gliederung in Anlehnung an des „Bundesgesetzblatt“ Teil III — sämtliche Rechtsvorschriften des Sozialversicherungsrechts, natürlich auch das „Sozialgesetzbuch (SGB) — Allgemeiner Teil — vom 11. Dezember 1975“; ausgenommen sind lediglich das Recht der Angestelltenversicherung und der Knappschaftsversicherung sowie die Ausführungsgesetze zu zwischenstaatlichen Vereinbarungen und Abkommen.

Rechts- und Berufskunde für medizinische Assistenzberufe *Arbeitsmittel für Studium und Unterricht*

Verf.: A. Schneider, 145 S., kart., DM 19,80. Hermann Luchterhand Verlag, Neuwied.

Die Ausbildungs- und Prüfungsordnung für Krankenschwestern, Krankenpfleger und Kinderkrankenschwestern sieht u. e. als Unterrichtssach „Berufskunde, Staatsbürger- und Gesetzeskunde“ vor. An dieser Dreiteilung orientiert sich auch der Inhalt des Buches. So werden im Rahmen der

Berufskunde die Entwicklung des Krankenpflegewesens dargestellt und ein Einblick in den Berufsweg der Krankenschwester und Krankenpfleger gegeben. Die Staatsbürgerkunde beschäftigt sich schwerpunktmäßig mit dem allgemeinen Staatseulbeu.

Ein weiteres Kapitel beschäftigt sich dann mit der Rechtskunde, in dessen Rahmen neben Bestimmungen des Bürgerlichen Rechts strafrechtliche Vorschriften erläutert werden, soweit sie im Beruf der medizinischen Hilfspersonen einschlägig werden können.

Abgerundet wird der Inhalt des Buches durch eine kurze Darstellung der Entwicklung der Sozialgesetzgebung.

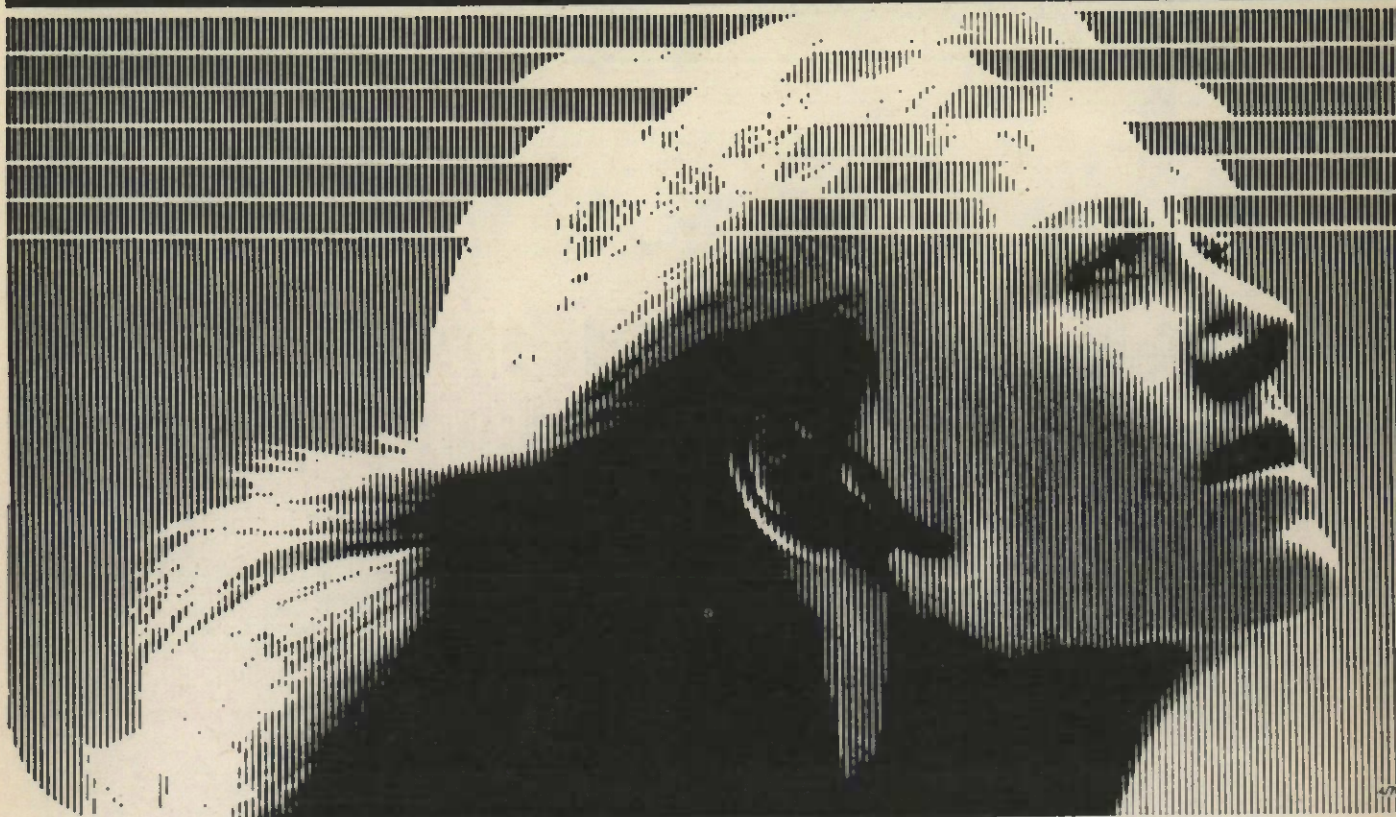
Risikolose Arzneimitteltherapie

Verf.: Dr. W. Wellmer, 280 S., kart., DM 60,—. Karl F. Haug Verlag, Heidelberg.

Das Buch hat es sich zur Aufgabe gemacht, bei einer genzen Anzahl von klinischen Indikationen — es sind allein 45 große und über 100 kleine — die jeweils bei ihnen zu findenden individuellen Krankheitsbilder darzustellen und das passende homöopathische Einzelmittel dazu zu benennen (Simile). Das Ganze erfolgt kurz und prägnant, in der Sprache unserer Zeit und mit Angabe der gebräuchlichsten Potenz.

Der reiche Erfahrungsschatz ganzer Ärztegenerationen liegt dieser Darstellung zugrunde und kann in der vorliegenden Form von jedem interessierten Arzt in seiner Praxis voll genutzt werden.

Vasomotorische Kopfschmerzen...



Entwicklung der werksärztlichen Versorgung in Deutschland nach dem Zweiten Weltkrieg

Verf.: Dr. M. E. Pfeffer, 364 S., DM 19,80, Wilson Verlag, Köln.

Nachdem durch die Einleitung der Begriff Arbeitsmedizin und Werksarzt abgegrenzt ist, werden im Hauptteil zuerst die gesetzgeberischen und quasi-gesetzgeberischen Initiativen zur Entwicklung des werksärztlichen Dienstes in Deutschland dargestellt. Es folgen Untersuchungen zur Ausbildung, dem Berufsbild und zur Stellung des Werkserztes im Betrieb, verbunden mit seinen wirtschaftlichen Möglichkeiten. Nach der Abhandlung über den Umfang des werksärztlichen Dienstes, zu dem es leider keine einheitlichen statistischen Angaben gibt, kommt die Verfasserin zum inhaltlichen Schwerpunkt ihrer Arbeit, der Beschreibung der verschiedenen bisher bestehenden werksärztlichen Einrichtungen in der Bundesrepublik. Am Schluß wird das Arbeitssicherheits- und Betriebsärztegesetz nicht nur nach seiner Entstehung und Entwicklung erläutert, sondern es werden auch einige Zukunftsperspektiven abgeleitet.

Die Sprechstunde des Arztes

Herausgeber: Prof. Dr. Dr. H. Schipperges, 32 S., Band 25 der Schriftenreihe Bezirksärztekammer Nordwürttemberg, DM 4,80. A. W. Gentner Verlag, Stuttgart.

Die Sprechstunde des Arztes ist in den letzten Jahren verstärkt in den Mittelpunkt des Interesses gerückt. Zur Kommunika-

tion zwischen Arzt und Patient sind in jüngster Zeit verschiedene – empirische wie auch ideologische – Untersuchungen erschienen. Als „Kursus der Medizinischen Terminologie“ hat die Thematik Eingang auch in die neue Approbationsordnung für Ärzte gefunden. Die vorliegende Untersuchung, die sich neben der sprachlichen Grundform auch den verschiedenen Nomenklaturen und der Semantik widmet, geht auf einen Vortrag zurück, der 1974 auf dem Südwestdeutschen Internistentag in Mannheim gehalten wurde; das Thema wurde weiter ausgebaut und lebhaft diskutiert im „Arbeitskreis für medizinische Grundsetzfragen“ der Stuttgarter Pressestelle der Heilberufe in Baden-Württemberg. Die Studie bringt zahlreiche Literaturhinweise zu terminologischen, linguistischen und semantischen Fragen, die heute in der Kommunikation zwischen Arzt und Patient zur Debatte stehen.

Auf Kufen und Rädern

Verf.: F. Hörber, 94 S., 134 Abb., Kunstdruck, brosch. DM 11,71 einschl. Porto und MWSt., Bestellungen direkt an Verlag „Wille und Weg“, VdK-Postfach, 8000 München 34.

Auf 94 Seiten schildert der Verfasser in Wort und Bild die Entstehung von „Kufe und Red“ im Altertum, die Erfindung der ersten Krankenfahrzeuge, den Krenkentransport von der Krankenbehre bis zu Sanitätsflugmaschinen sowie die Entwicklung der modernen Krankenfahrzeuge bis 1976.

... 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 Myokardschaden, 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), Porphyr, akute Alkohol-, Schlafmittel-, Analgetika- und Psychopharmakaintoxikationen.

Zusammensetzung:

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

Besondere Hinweise:

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

Packungen: (Stand Januar 1976)

	II. 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 1/76)

Boehringer
Ingelheim



4 a/76

**Ein Laxans
soll nur hier wirken**

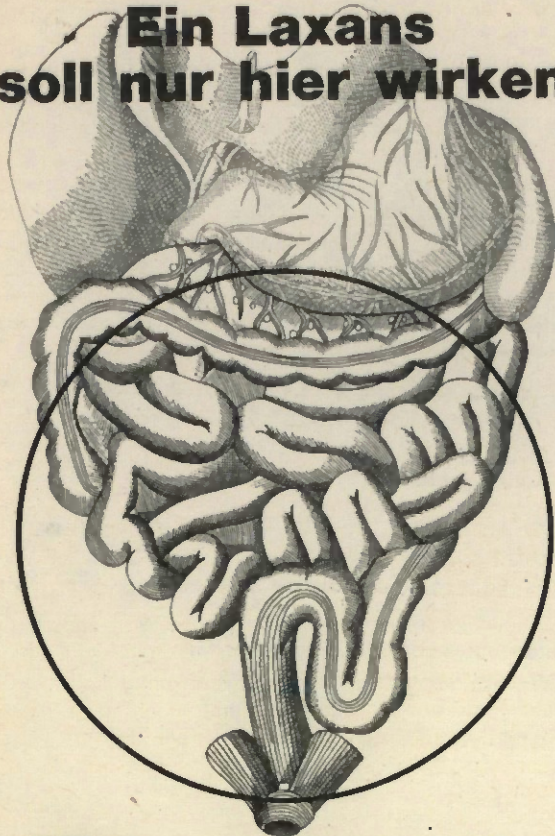


Abb. aus "Tabularum anatomicarum", B. S. Albinus und B. Eustachius, 1791.

Rheogen®

**Rein pflanzliches Abführmittel
tut es!**

Rheogen hilft zuverlässig bei allen Erkrankungen, bei denen eine Stuhlregulierung bzw. eine gründliche Darmentleerung erwünscht ist; bei langer Bettlägerigkeit, nach Operationen.

Rheogen reguliert den Stuhlgang bei akuter und chronischer Obstipation.

Rheogen eignet sich durch den Zusatz von Belladonna besonders bei spastischer Obstipation.

Rheogen wirkt auf Dünn- und Dickdarm.

Leberschädigungen durch Rheogen sind nicht bekannt.

Zusammensetzung: 1 Oragee enthält Rhiz. Rhei 20 mg, Extr. Aloe (harzfrei) 80 mg, Extr. Colocynth. 8 mg, Extr. Belladonn. 4 mg.

Kontraindikationen: Ileus; Abortus imminens. Kontraind. der Tropa-Alkaloide.

Dosierung: Erwachsene abends 1-3 Oragees; Kinder ab 6 Jahren 1-2 Oragees.



ROUGEN GMGH · PHARMAZEUTISCHE FABRIK · ESSLINGEN/N

Handelsformen und Preise:
OP mit 30 Oragees OM 2,70
OP mit 75 Oragees OM 4,45
AP mit 250, 1000, 5000 Dragees

BAYER

Psychologische Tests für Kinder und Jugendliche

Verf.: Dr. St. Schmidtchen, 224 S., DM 38,—. Verlag für Psychologie Dr. C. J. Hogrefe, Göttingen-Toronto-Zürich.

Dieses Buch informiert umfassend über die gebräuchlichsten Tests zu Intelligenz-, Leistungs- und Persönlichkeitsuntersuchung von Kindern und Jugendlichen. Es wendet sich an Studierende und Praktiker, die sich mit der testpsychologischen Untersuchung dieser Zielgruppe befassen.

Die Testdarstellungen sind unter besonderer Berücksichtigung der zahlreichen Zusatzuntersuchungen vorgenommen worden, die in psychologischen Fachzeitschriften zu diesen Tests veröffentlicht, von den Testautoren aber nur bedingt verwendet worden sind. Dadurch wird eine Fülle neuer Informationen zusammengetragen, die die bekannten Tests zum Teil in einem anderen Licht erscheinen lassen.

Pessive Entspannung

Verf.: Dr. H. E. Helmrich, 2 Bände, Textband 112 S., Bildband 88 S., 264 Abb., Balacron, DM 120,—. Karl F. Haug Verlag, Heidelberg. — Zu diesem Werk ist ein 8 mm-Film (240 m), der die praktische Anwendung zeigt, lieferbar.

Mit dem Stichwort Entspannung werden wohl immer durchgehende psychosomatische Verhältnisse angesprochen. Entspannung als therapeutische Bemühung von außen kann daher nur mit körperlich wirksamen Methoden erzielt werden. Dabei stehen, abgesehen von Medikamenten und medizinischen Bädern sowie Messagen, passive Bewegungsübungen im Vordergrund.

Diese passiven Bewegungsübungen schildert der Verfasser in Text und Bild, wobei er nicht vergißt, das hierfür vorhandene Indikationsspektrum anzugehen, das noch erweitert wird durch das große Niemandsland zwischen Gesundheit und Krankheit, in welchem es noch keine klinische Symptomatik gibt, und wo die Verspannungen in Haltung und Bewegung selbst zu Indikation werden.

Naive Malerei

Vert.: A. Jekovsky, ins Deutsche übersetzt von H. Scheuring und F. F. Weigel, 104 S. mit 72 vierfarbigen Tafeln, geb., DM 34,—. Reihe „Bildkunst des 20. Jahrhunderts“. Verlag Herder, Freiburg-Beset-Wien.

A. Jekovsky (geb. 1909), Kunstschriftsteller in Paris und persönlicher Freund vieler Sonntagsmaier, entdeckte die Naive Malerei während des letzten Krieges durch Zufall, als er auf dem Flohmarkt sein erstes anonymes naives Gemälde kaufte. Sogleich begann er, der sich bereits durch Veröffentlichungen über die Abstreken (die er ebenso verteidigte und bekenntmachte wie später die Naiven) einen Namen gemacht hatte, über die Sonntagsmaier zu schreiben.

In seinem Essey definiert er zunächst den Begriff „Naiver“, zeigt dann die Wurzeln der naiven Malerei auf, die im Amerika des 17. Jahrhunderts zu suchen sind, und beschreibt die Unterschiede dieses „Early Painting“ in den USA zu den frühen französischen Naiven, die bis zur französischen Revolution von 1789 zurückzuführen sind. In weiteren Kapiteln grenzt er die Naive Malerei gegen die Folklore ab und beschäftigt sich denn mit den verschiedenen Phasen ihrer Entwicklung: vom berühmten Zöllner Rousseau über die erste internatio-

nale Ausstellung in Knokke-le-Zoute 1958, die den Anstoß zum weltweiten Interesse an Naiver Malerei gab, bis hin zu den berühmten jugoslawischen Bauernmalern, den Italienern und Deutschen.

Die große Enzyklopädie der Malerei

Malerei, Grafiker, Epochen, Stile, Museen der Welt

Herausgeber: Prof. Dr. H. Bauer, 8 Bände, erster Band A-Boz, Leinen, Vorbestellpreis DM 168,-. Verlag Herder, Freiburg-Basel-Wien.

Die auf einen Umfang von acht Bänden geplante Enzyklopädie ist mit über 5000 Stichwörtern das umfassendste Nachschlagewerk über Malerei und Grafik, das jemals in deutscher Sprache erschienen ist. Etwa 3600 biografische Artikel geben Auskunft über Maler und Grafiker von den Anfängen der Kunst bis zur unmittelbaren Gegenwart. Die etwa 1400 Artikel zu Sachbegriffen vermitteln einen umfassenden Überblick über Epochen, Stile, Entwicklungen der einzelnen Länder und Kulturräume oder bieten präzise Einzelinformationen über Techniken, Bildgattungen, Künstlergruppen, Museen, wichtige Ausstellungen usw. Alle Beiträge sind sinnvoll aufeinander bezogen und durch Verweise miteinander verbunden.

Besonders auffellend ist die Zahl von rund 2600 farbigen Abbildungen. Die Enzyklopädie ist durchweg vierfarbig gedruckt und mit Ausnahme der Wiedergabe einfarbiger Grafiken ausschließlich farbig bebildert. Die Bildauswahl vermittelt einen repräsentativen Querschnitt durch alle Epochen der Malerei und macht auch die neueste Entwicklung an typischen Beispielen deutlich. Überhaupt spiegelt das Werk auch die neue und neueste Entwicklung der Malerei und Grafik bis in die 70er Jahre unseres Jahrhunderts wider. Dabei wurde der zeitgenössischen deutschen Malerei besondere Aufmerksamkeit geschenkt. Zu jedem Artikel wird die wichtigste weiterführende Literatur (z. B. auch Zeitschriftenaufsätze und Ausstellungskataloge) angegeben. Die Bildlegenden enthalten jeweils genaue Angaben über Maltechnik, Originalformat, Entstehungszeit und jetzigen Standort.

Die unter Mitarbeit zahlreicher deutscher und französischer Fachleute von Professor Dr. Hermann Bauer, München, herausgegebene Enzyklopädie kann jetzt noch zu einem ermäßigten Vorbestellpreis erworben werden. Die weiteren Bände sollen in vierteljährigem Abstand erscheinen, so daß das Gesamtwerk im Herbst 1978 vorliegen wird.

Herder Lexikon Psychologie

Bearbeitet von F.-J. Blumenherz und H. Kury, 240 S. mit über 2800 Stichwörtern sowie über 270 Abb. und Tab., flex. Plastikeinband, DM 19,80. Verlag Herder, Freiburg-Basel-Wien.

Dieses Sachwörterbuch trägt einerseits als Lesehilfe zum Verständnis der überaus komplizierten Fachterminologie bei, andererseits findet der Praktiker, also der Lehrer, Sozialarbeiter, Berufsberater, die für seinen Arbeitsbereich relevanten Begriffsdefinitionen, u. a. aus der Kinder- und Jugendpsychologie, der pädagogischen Psychologie, der Sozialpsychologie.

Entsprechend dem in den letzten Jahren zunehmenden Gewicht der klinischen Psychologie und der therapeutischen Interventionstechniken, vor allem Gesprächspsychotherapie, Psychoanalyse und Verhaltenstherapie, wurden auch Begriffe aus diesen Bereichen besonders berücksichtigt.

FRÜHLING FÜR DAS HAAR
DAS GANZE JAHR - DANK

pantogar®



Klinisch belegte Wirkung!

Literatur:

Tronnier H. und Pfitzer H., KOSMETOLOGIE 1972/Nr. 6
Kauffmann M., Diss. 1973

Indikationen:

Wachstumsstörungen und degenerative Veränderungen der Haarstruktur (auch als Auswirkung von Krankheiten wie Vitaminmangel, Überlastungs- und Erschöpfungszustände, psychische Affektionen, Vergiftungen), Haarausfall, schwache Nägel und Nagelerkrankungen. Auch zur vorbeugenden und kosmetischen Anwendung.

Kontraindikation:

Sulfonamidbehandlung (mögliche Beeinträchtigung der Sulfonamidwirkung durch p-Aminobenzoäure).

Zusammensetzung:

	1 Dragée	1 Kapsel
Thieminum (DCI); Aneurin	0,015 g	0,060 g
Celcii pantothenas (DCI)	0,015 g	0,060 g
Saccharomyces medic. (VIGAR-Hefe)	0,025 g	0,100 g
L-Cystin	0,005 g	0,020 g
Keratin	0,005 g	0,020 g
Acid. p-aminobenzoicum	0,005 g	0,020 g

Reg.-Nr. P 1912 (Drg.)
46868 (Kps.)

Apothekenpflichtig

Packungen:

90 Kapseln (30 Tage)	AVP m Mwst	DM 42,60
300 Kapseln (100 Tage)	AVP m Mwst	DM 123,40
300 Dragées (25 Tage)	AVP m Mwst	DM 30,45
1200 Dragées (100 Tage)	AVP m Mwst	DM 84,55

pantogar®

Hersteller: PHARMA-VINCI A/S, Kopenhagen
Vertrieb: Georg Simons Chemische Fabrik,
8035 Gauting/Obb.

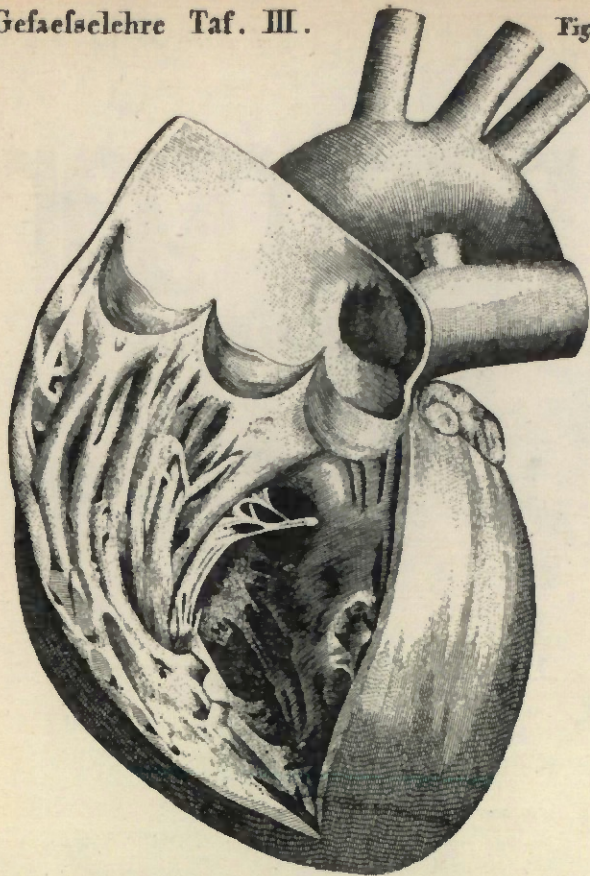


Abb. aus „Dr. H. Oesterreicher's Anatomischer Atlas“, 1929.



Altersherz, nervöse Extrasystolen,
Cor nervosum; Schwindelgefühl,
Kollapsneigung, Ohnmachtsanfälle
bei Hypotonie;
für die Kleine Herztherapie.

Dosierung: 3x tgl. 4–5 Tropfen auf einem Stück Zucker. Obletiker nehmen Korodin auf einem Stückchen Brot. Nicht mit Wasser einnehmen! Bei Schwächeanfällen und drohendem Kollaps werden alle 15 Minuten 5 Tropfen gegeben, bis der Patient sich wieder erholt. Bewußtlosen verabreicht man 10 Tropfen unter der Nase.
Zusammensetzung: Extr. Crataegi fluid. 55,0 g, Menthol. 0,2 g, Cemphor. 2,5 g, Tinct. Convalliar. 0,4 g, Tinct. Val. 2,0 g, Exclp. ad 100 g.
Kontraindikationen: keine bekannt.



ROBUGEN GMBH · PHARMAZEUTISCHE FABRIK · ESSLINGEN/NECKAR

Handelsformen und Preise:

OP Tropfflasche mit 10 ml OM 3,50;
OP Tropfflasche mit 30 ml OM 8,30;
Großpackung mit 100 ml OM 21,45.

Therapeutika

Contrapect® Infant**Zusammensetzung:**

100 g Sirup anthaltan:
Dioxethedrinhydrochlorid 0,101 g, Promethazinhydrochlorid
0,047 g, Pholcodin 0,031 g, Sulfogaiacol 1,015 g.

Indikationen:

Therapie des Hustens bei katarrhalischen Entzündungen der Atemwege im Bereich des Rachens, der Luftröhre und der Bronchien. Baglaihusten bei Lungenentzündungen und allergischen Zuständen. Unterstützende Behandlung des Keuchhustens.

Kontraindikationen:

Akute Alkohol-, Schlafmittel- und Analgetika- sowie Psychopharmaka-Intoxikationen.

Wirkungsweise und besondere Hinweise:

Siehe wissenschaftlichen Prospekt.

Dosierung:

Kleinkinder im Alter von 1 bis 3 Jahren: 1- bis 2x täglich 1 Teelöffel;

Kinder über 3 Jahre: 3- bis 4x täglich 1 Teelöffel;

Schulkindern kann auch Contrapect verordnet werden.

Handelsformen und Preis:

O. P. mit 100 ml Sirup DM 7,10, A. P. mit 1000 ml Sirup.

Hersteller:

Krawel-Werke GmbH, 5208 Eitorf

Dociton® 80 – Dytida® H**Zusammensetzung:**

Dociton 80: Propranolol-HCl 80 mg

Dytide H: Triamteren 50 mg, Hydrochlorothiazid 25 mg

Indikation:

Hypertonia

Kontraindikationen:

Dociton: Nichtkompensierte Herzinsuffizienz, frischer Herzinfarkt, AV-Block 2. und 3. Grades, Bradykardie, Azidose, obstruktive Atemwegserkrankungen wie Asthma bronchiale und spastische Bronchitis, schwere allergische Rhinitis, Glottisödem.

Bei gleichzeitiger Gabe von Dociton und Insulin bzw. oralen Antidiabetika kann es zur Auslösung oder Verstärkung einer Hypoglykämie kommen.

Dytida H: Schwere Nierenfunktionsstörungen, Sulfonamidüberempfindlichkeit, Coma hepaticum.

Nebenwirkungen:

In seltenen Fällen kann Übelkeit, Kältegefühl in den Extremitäten, Muskelschwäche oder Schwindelgefühl auftreten.

Dosierung:

Morgens 1 Tablette Dociton 80 und 1 Tablette Dytide H.
Am späten Nachmittag 1 Tablette Dociton 80.

Handelsformen und Preise:

Packung mit 45 Tabletten (30 Tabl. Dociton 80 - 15 Tabl. Dytide H) DM 29,50;

Packung mit 90 Tabletten (60 Tabl. Dociton 80 - 30 Tabl. Dytida H) DM 55,85.

Hersteller:

pharma Markt und Werbung, Arno-W. Kiehl KG, 6079 Spremlingen

Halfargin® 500

Zusammensetzung:

1 Dragea enthält 500 mg p-Chlorphenoxyessigsäuredimethylamino-äthylster-hydrochlorid = Maclofenoxat (INN)-hydrochlorid (Cantrophenoxyin)

Indikationen:

Zerebrale Abbauerscheinungen bei Stoffwechsel- und Durchblutungsstörungen des Gehirns, Zustände nach Schädel-Hirn-Trauma, postapoplektische Ausfallerscheinungen.

Kontraindikationen:

Halfargin® 500, Dragees, sind auch bei hoher Dosierung gut verträglich. Eine Kontraindikation besteht nur bei Patienten, bei denen es durch die vigilanzsteigernde Wirkung von Halfargin® 500, Dragees, zur Manifestation oder Steigerung von Unruhe und Erregung kommen kann.

Wirkungsweise und besondere Hinweise:

Siehe wissenschaftlichen Prospekt.

Dosierung:

2 x 1 Dragea täglich; In schweren klinischen Fällen initial bis zu 2 x 2 Dragees täglich.

Packungsgrößen und Preise:

OP Hellargin® 500, 20 Dragees DM 19,85; OP Helfargin® 500, 50 Dragees DM 39,70

Anstaltspackungen

Hersteller:

Promonta, 2000 Hamburg 26

Liquidin®-Oel

Zusammensetzung:

100 g Liquidin-Oel enthalten:

Myristinsäureisopropylester 23,0 g, Oleum Sojae 65,0 g, Hexachlorophan 1,0 g.

Anwendungsgebiete:

Trockene Ekzeme, schuppige, juckende, entzündliche Erkrankungen der Haut (Neurodermitis, Pruritus, Psoriasis).

Als rückfettendes Bad bei trockener Haut sowie zur Nachbehandlung nach Teer- und Schwefelbädern.

Säuglings- und Kindereczema, rissige Haut, Wundsein, tägliche Pflege als Vorbeugung.

Dosierung und Anwendungswise:

Wann vom Arzt nicht anders verordnet: Wöchentlich zwei bis drei Bäder. 15 ml (s. Skala auf Meßkappe) Liquidin-Oel auf ein Vollbad.

Badatmosphäre: nach Verträglichkeit. — Badedauer: 10 bis 20 Minuten.

Darreichungsformen und Packungsgrößen:

Flasche mit 200 ml und 800 ml Badesatz, Anstaltspackung mit fünf Litern Badesatz.

Hersteller:

Tammler-Werke, 3550 Marburg

PROGRAMM-HINWEIS.

Als Arzt sollten Sie es nicht versäumen, die Vorsorge-Programme der Vereinigten eingehend zu prüfen. Denn als führende Krankenversicherung des Ärztestandes können wir Ihnen natürlich auch greifbare Vorteile bieten:

- durch den Gruppenversicherungsvertrag mit Ihrer Ärztekammer,
- durch vielfältige Möglichkeiten der Selbstbeteiligung und der Einkommenssicherung.

Wir bieten Ihnen:

■ Einkommenssicherung: bis zu 500,- DM Krankentagegeld ohne zeitliche Begrenzung!

■ Krankenhaustagegeld bis zu 200,- DM

■ Krankheitskostenversicherung ohne oder mit Selbstbeteiligung.

■ Individuelle Gestaltung des Versicherungsschutzes durch zahlreiche Varianten – auch für Familienangehörige.

DIE SICHERHEIT DES ARZTES
individuell • zuverlässig • preisgünstig

 **Vereinigte**
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

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.

Februar 1977

- 11.–12. **Erlangen:** 2. Erlanger Röntgenkolloquium „Thorex“. – Auskunft: Dr. B. Geiter, Postfach 35 60, 8528 Erlangen.
23. 2.–
11. 3. **München:** Arbeitsmedizinischer Fortbildungskurs (Einführung in die betriebsärztliche Tätigkeit – Arbeitsmedizinische Fachkunde § 4 ASiG). – Auskunft: Bayerische Akademie für Arbeits- und Sozialmedizin, Pfarrstraße 3, 8000 München 22.
- 25.–28. **Erfangen:** 18. Fortbildungstege in Praktischer Medizin. – Auskunft: Kongreßbüro der Medizinischen Universitätsklinik, Frau Schatt, Krankenhausstraße 12, 8520 Erlangen.

März 1977

- 1.–4. **Neuherberg:** Grundkurs im Strahlenschutz für Ärzte. – Auskunft: Kurssekretariat des Instituts für Strahlenschutz der GSF, Ingolstädter Landstraße 1, 8042 Neuherberg.
- 8.–19. **Bad Gastein: XXII. Internationaler Fortbildungskongreß der Bundesärztekammer (Theme: Das Krebsproblem in der ambulanten Praxis).** – Auskunft: Kongreßbüro der Bundesärztekammer, Postfach 41 82 28, 5000 Köln 41.
- 7.–18. **Neuherberg:** Spezialkurs im Strahlenschutz beim Umgang mit offenen radioaktiven Stoffen für Ärzte. – Auskunft: Kurssekretariat des Instituts für Strahlenschutz der GSF, Ingolstädter Landstraße 1, 8042 Neuherberg.
- 7.–19. **Davos: XXV. Internationaler Fortbildungskongreß der Bundesärztekammer (Theme: Das Krebsproblem in der ambulanten Praxis).** – Auskunft: Kongreßbüro der Bundesärztekammer, Postfach 41 82 28, 5000 Köln 41.
- 12.–13. **Dalsenhofen/München:** Wochenendlehrgang „Ärztliche Sofortmaßnahmen am Unfallort.“ – Auskunft: Bayerisches Rotes Kreuz, Medizinalabteilung, Postfach 86 82 49, 8000 München 86.
- 13.–19. **Buenos Aires:** 11. Weltkongreß für Otorhinolaryngologie. – Auskunft: globmed, Seminar für internationale medizinische Kooperation und Fortbildung e. V., Nymphenburger Straße 147, 8000 München 19.
- 14.–17. **Erlangen:** 17. Erlanger Einführungskurs in die gastroenterologische Endoskopie, Biopsie und Zytologie. – Auskunft: Kongreßbüro der Medizinischen Universitätsklinik, Frau Schatt, Krankenhausstraße 12, 8520 Erlangen.
- 14.–17. **Neuherberg:** Spezialkurs im Strahlenschutz bei der Untersuchung mit Röntgenstrahlen für Ärzte.

– Auskunft: Kurssekretariat des Instituts für Strahlenschutz der GSF, Ingolstädter Landstraße 1, 8042 Neuherberg.

- 15.–18. **Kerl-Merx-Stadt:** IV. Internationaler Onkologenkongreß. – Auskunft: Dr. K. Rieche, Gesellschaft für Geschwulstbekämpfung der DDR, Lindenberger Weg 80, DDR-1115 Berlin-Buch.
- 18.–19. **Essen:** X. Kongreß der Deutschen Gesellschaft für Endoskopie. – Auskunft: Priv.-Doz. Dr. W. Rösch, Krankenhausstraße 12, 8520 Erlangen.
- 21.–24. **Neuherberg:** Spezialkurs im Strahlenschutz bei der Behandlung mit Röntgenstrahlen, bei der Telecurie-Therapie und beim Umgang mit umschlossenen radioaktiven Stoffen für Ärzte. – Auskunft: Kurssekretariat des Instituts für Strahlenschutz der GSF, Ingolstädter Landstraße 1, 8042 Neuherberg.
21. 3.–
1. 4. **München:** Epidemiologie und epidemiologische Methodik I und II. – Auskunft: Bayerische Akademie für Arbeits- und Sozialmedizin, Pfarrstraße 3, 8000 München 22.
- 24.–25. **Neuherberg:** Spezialkurs im Strahlenschutz an medizinisch genutzten Elektronenbeschleunigern für Ärzte. – Auskunft: Kurssekretariat des Instituts für Strahlenschutz der GSF, Ingolstädter Landstraße 1, 8042 Neuherberg.
29. 3.–
2. 4. **Köln:** 31. Tagung der Deutschen Dermatologischen Gesellschaft. – Auskunft: Prof. Dr. G. K. Steigleder, Joseph-Stelzmann-Straße 9, 5000 Köln.

Beilagenhinweis:

Dieser Ausgabe ist ein Prospekt beigelegt der Firma: **Promonta GmbH, Hamburg.**

„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 Braun, Dr. med. Friedrich Kolb, Dr. med. Kurt Stordeur – verantwortlich für den Inhalt: Rita Horn. Die Zeitschrift erscheint monatlich.

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

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

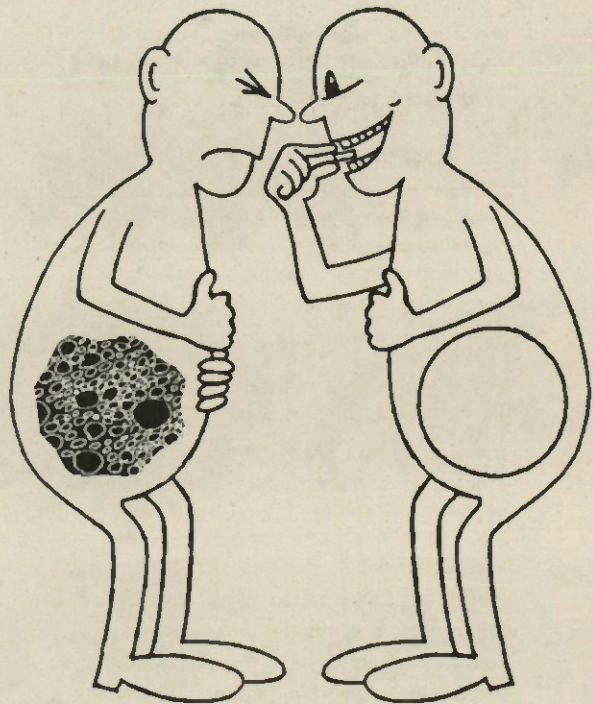
Anzeigenverwaltung: ATLAS Verlag und Werbung GmbH & Co. KG, früher Verlag und Anzeigenverwaltung Carl Gabler, Postfach, Sonnenstraße 29, 8000 München 2, Telefon 55 80 81, 55 82/41-48, Fernschreiber: 05/23 662, Telegrammadresse: atlaspress. Für den Anzeigenteil verantwortlich: Ernat W. Scharfingher, München.

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

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

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

Meteorismus behandeln heißt Lefax verordnen.



Lefax und Enzym Lefax:
bis heute unübertroffen
in Wirkung und Verträglichkeit

Lefax®

Zusammensetzung: Eine Kautablette enthält: Dimethylpolysiloxan 40 mg; Siliciumdioxid 2 mg. **Indikationen:** Meteorismus, Völlegefühl, Aerophagie und gastro-intestinale Beschwerden, Roemheld-Syndrom. **Dosierung und Anwendungsweise:** Je 1–2 Kautabletten 3–4mal täglich zwischen den Mahlzeiten und vor dem Schläfengehen. **Packungsgrößen und Preise:** 30 Tabletten DM 4,65 lt. A.T.; 100 Tabletten DM 13,10 lt. A.T. Weitere Informationen im wissenschaftlichen Prospekt!

ASCHE

Enzym-Lefax®

Zusammensetzung: 1 Kautablette enthält: Dimethylpolysiloxan 40,0 mg; Siliciumdioxid 1,2 mg; Bromelin 1,5 mg; Pankraetin 50,0 mg; Diastase 15,0 mg; Pepsin (1:3500) 20,0 mg. **Indikationen:** Meteorismus bei gleichzeitiger Ferment-schwäche, Völlegefühl, Roemheld-Syndrom. **Dosierung und Anwendungsweise:** 3mal täglich 1–2 Kautabletten nach den Mahlzeiten. **Packungsgrößen und Preise:** 30 Tabletten DM 6,30 lt. A.T.; 100 Tabletten DM 18,10 lt. A.T. Weitere Informationen im wissenschaftlichen Prospekt!

**Am Krankenhaus mit Rehabilitationsklinik für Rückenmarkverletzte
Hohe Warte, Bayreuth**

sind kurzfristig die planmäßigen Stellen des

**Oberarztes der
Urologischen Abteilung**

und des

**Oberarztes der
Anästhesie-Abteilung**

die unter der Leitung der Herren Chefärzte Dr. Söliner und Dr. Hessek stehen, mit fachlich versierten Persönlichkeiten zu besetzen.

Die Einstellung kann im Angestelltenverhältnis, oder, sofern die beamtenrechtlichen Voraussetzungen vorliegen, im Beamtenverhältnis erfolgen. Geboten wird weiterhin eine große Neubau-Wohnung im Krankenhauskomplex und Beteiligung am Abteilungspool.

Die Universitäts- und Festspielstadt Bayreuth liegt in landschaftlich reizvoller Umgebung mit Ausflugsmöglichkeiten in das nahe Fichtengebirge, den Frankenwald und die Fränkische Schweiz.

Sollten Sie an einer Miterbeit als Stellvertreter des Chefarztes interessiert sein, bitten wir um Kontaktaufnahme mit den Herren Chefärzten, Telefon (09 21) 801, und um ihre Bewerbung mit den üblichen

Unterlagen an das

**Landesversorgungsamt Bayern
Personalabteilung
Pilgersheimer Straße 20
8000 München 90**

**CHEFARZT
Internist**

Wir suchen:

eine aktive und kreative Persönlichkeit mit umfassenden Kenntnissen auf den Gebieten der rheumatischen Erkrankungen, Stoffwechselerkrankungen, Herz-Kreislauf-Erkrankungen, Magen-, Derm-, Leber- und Gallenwegserkrankungen.

Eintrittstermin: 1. 1. 1977

Wir bieten:

eine interessante und umfassende Aufgabenstellung in unserer, nach modernsten Gesichtspunkten erbauten und durch die BfA Berlin belegten Kurparkklinik (200 Betten) mit Endoskopieabteilung, Röntgendiagnostik mit Fernsehen, klinischem Labor, EKG mit Ergometrie und einer großen physikalisch-therapeutischen Abteilung;

eine der Weiterbildung und Verantwortung entsprechende Dotierung, großzügige Sozialleistungen sowie die Möglichkeit privat zu liquidieren und innerbetriebliche Umzugskostenregelung.

Bad Neustadt/Saale, im Naturpark Bayerische Rhön, hat einen hohen Freizeitwert mit zahlreichen Sportmöglichkeiten (Tennis, Reiten, Segelfliegen, Ski usw.), alle weiterführenden Schulen sind am Ort.

Die Wohnungsbeschaffung bereitet keine Schwierigkeiten.

Bewerbungen mit den üblichen Unterlagen erbitten wir an **Herrn Direktor Bösker,**
Kurhausstraße 35, Postfach 13 60, 6740 Bad Neustadt/Saale.

Stadt Sonthofen

im Erholungsgebiet Oberallgäu

Wegen Übernahme einer Chelarztstelle durch den bisherigen Stelleninhaber suchen wir zum baldmöglichsten Zeitpunkt (1. 1. 1977 gegebenenfalls 1. 4. 1977) für die Chirurgische Abteilung des Stadtkrankenhauses mit reichem DP-Gut — über 1000 Operationen pro Jahr —

1 Oberarzt (Chirurg)

als Chelarztvertreter. Erwünscht sind neben der Weiterbildung in Allgemeinchirurgie Kenntnisse in Unfallchirurgie (Skigebiet).

Die Vergütung richtet sich nach den jeweils geltenden Bestimmungen des Bundesangestelltentarifvertrages (BAT) in Verbindung mit der Sonderregelung 2 c hierzu. Zusätzlich werden Nebeneinnahmen durch den Chefarzt zugesichert.

Bei der Wohnraumbeschaffung ist die Stadt Sonthofen behilflich.

Die Kreisstadt Sonthofen mit rund 20 000 Einwohnern liegt als südlichste Stadt Deutschlands in den Allgäuer Alpen und weist als Höhenluftkurort und Wintersportplatz einen sehr hohen Freizeitwert auf. Alle weiterführenden Schulen befinden sich in der Stadt.

Bewerbungen mit handgeschriebenem tabellarischen Lebenslauf, Lichtbild, Facharztanerkennung und Nachweisen über die bisherige Tätigkeit werden an die **Personalabteilung der Stadt, 8972 Sonthofen, Rathaus, Zimmer 23** erbeten. Fernmündlich sind wir erreichbar unter Nr. (08321) 3061 — 3069, App. 67.

BEFELKA® - ASTHMA - TABLETTEN

Ind.: Asthma — Bronchitis — Heuschnupfen — Grippe.
Zus.: Ephedrin 25 mg; Diphenhydramin (Antihistaminikum) 20 mg; Colloleum 20 mg; 1-Phenyl-2,3-dimethyl-4-isopropyl-pyrazolon 300 mg.
KontraInd.: Akute intermittierende Porphyrrie, Hypertonie, Thyreotoxikose, schwere organische Herzerkrankungen, Tachykardie, nephrogene Ausscheidungsstörungen, sklerotische Gefäßveränderungen, Prostatahypertrophie, Glaukom, dekompensierte diabetische Stoffwechsellage.
Packung mit 20 Tabl. 4,55 DM, 50 Tabl. 9,90 DM.
Ärztmuster durch:
BEFELKA-ARZNEIMITTEL, 45 Danabrück, Postfach 13 51

Neualbenreuth

Kassenarztsitz im Oberpfälzer Wald (Nähe Waldsassen) im Landkreis Tirschenreuth zu besetzen.

Die Besetzung dieses Kassenarztsitzes liegt uns besonders am Herzen; die 2500 Einwohner dieses Gebietes in Grenznähe sollten den Eindruck haben dürfen, daß Ihre Probleme in besonderer Weise von uns allen mitgetragen werden. Die Grenzlage sollte deshalb kein Nachteil für die Bevölkerung sein. Der Kassenarztsitz wird nach dem „Erweiterten Bayernprogramm“ Gruppe I gefördert. Ärztlicher Notfalldienst und Acht-Wochen-Turnus mit Funkkaiersatz, nächstes Krankenhaus in Waldsassen (Chirurgisch/Interne Abteilung).

Sind Sie der Arzt/die Ärztin der/die in einem reizvollen Winkel des Stiftlandes diese Aufgabe erfüllen will, dann nehmen Sie bitte Verbindung mit der **Kassenärztlichen Vereinigung Bayerns, Bezirksstelle Oberpfalz, Landhuter Straße 49, 8400 Regensburg, Telefon (09 41) 7 50 71**, auf.

Allgemeinarzt

gesucht, der sich in 8934 Großaitingen niederlassen möchte. Im Zuge des Neubaus einer Apotheke in Großaitingen ist die Möglichkeit geboten, gleichzeitig eine Arztpraxis miteinzurichten. Großaitingen liegt ca. 20 km südlich von Augsburg an der Staatsstraße 2035 in Richtung Bad Wörishofen—Allgäu. Es hat zur Zeit etwas über 3000 Einwohner und wird Sitz einer Verwaltungsgemeinschaft mit etwa 7000 Einwohnern; zur Zeit ist ein praktischer Arzt tätig.

Interessierte Ärzte werden gebeten, sich mit der **Gemeindeverwaltung, 8934 Großaitingen** in Verbindung zu setzen.

Gelßelmeier, 1. Bürgermeister

Laborverlegung in Dachau

Am 8. 11. 1978 habe ich mein zytodiagnostisches Labor (gynäkologische- und nichtgynäkologische Zytologie) von der **MÜNCHNER STRASSE 44** ins Haus **AMPERWEG 6** verlegt.

Punktionsprechstunde (Aspirationszytologie): täglich von 10.00 bis 12.00 Uhr oder nach Vereinbarung.

Dr. med. R. **MANAOUR-BLTHORN**, internist

Amperweg 6, 8060 Dachau, Postfach 1540, Telefon (081 31) 43 89

Gegen Enuresis nocturna

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

Zusammensetzung pro Tabl.: Ferr. oxyd. sech. 50 mg, Sojalezithin 1,7 mg, Calc. glyc. phosph. 25 mg, Extr. Rhols arom. 5 mg, Extr. Humuli lupuli 2,5 mg, Extr. chiniae 2,5 mg, Camph. monobr. 0,05 mg. 50 Tabl. B, 40 DM, 300 Tabl. 39,50 DM.
Arztmuster durch: „**MEDIKA**“ Pharm. Präparate, Am Alten Weg 20, 8024 München-Dalsenhofen

Nervenarzt sucht zur Neueröffnung seiner Praxis Anfang 1977 in Bad Reichenhall eine erfahrene, zuverlässige

Arzthelferin

Zuschriften erbeten unter Nr. 331/390 an die Anzeigenverwaltung **BAYERISCHES ARZTEBLATT**, Sonnenstraße 29, 8000 München 2.

in einer Gemeinde des Landkreises Lindau ist die Stelle eines

Gemeindearztes

offen. Die zentrale Versorgungsfunktion wird künftig für ca. 4000 Einwohner wahrgenommen.

Wir vermitteln einem Arzt ein Landhaus mit angebauter Scheuer, 2 separat stehende Garagen mit großem Vorplatz.

Grundstücksgröße 6680 qm. Gesamt-Wohnfläche 270 qm. Die Parterre-Wohnfläche mit 95 qm ist für eine Praxis bestens geeignet.

Das Haus wurde 1972 innen und außen renoviert und ausgebaut. Eingezaunter Garten mit ca. 1500 qm beim Haus ist pflegearm angelegt. Eine vorhandene Quelle könnte genutzt werden (z. B. für Schwimmbassin usw.). Pferde und sonstige Tierhaltung ist möglich. Verkehrsgünstig gelegen. Ins Allgäu ca. 10 km, zum Bodensee ca. 5 km, nach Österreich ca. 1 km.

Anfragen sind an Firma

Wohnbau Wilhelm Immobilien, Adolf Wilhelm, Postfach 30, 8974 Stelbis-Oberstauen, Telefon (0 83 86) 81 88, zu richten.

Die moderne Arztpraxis

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

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

Josef Pongratz, Arzt-, Krankenhaus- und Laborbedarf, Grafinger Straße 108, 8360 Deggendorf, Telefon (08 91) 59 72

2 MA (Brüder)

auchen chir. und int. Stelle in Bayern ab 1. 1. 1977 (oder früher), möglichst im selben Haus (nicht Bedingung).

Angebote erbeten an Michaeli Dosch, Med. Ass., Zweigstr. 2, 8022 Grünwald bei München.

Vertreter(in)

für anerkannte Landpraxis vom 1. 3. bis 30. 3. 1977 gesucht. Praxiswagen vorhanden, Honorar nach Vereinbarung.

Telefon (0 86 82) 2 94.

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, Diagnostika

85 Nürnberg

Noricus am Wördersee

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

Die Landesversicherungsanstalt Oberbayern sucht für die **Untersuchungsstelle** und den **Oberguteachterdienst** in München

Internisten und Orthopäden

Aufgabenbereich:

Durchführung von Untersuchungen zur Frage der Berufs- und Erwerbsfähigkeit sowie für Heilmaßnahmen, ferner Stellungnahmen für die Verwaltung.

Voraussetzungen:

Gute medizinische Weiterbildung. Kenntnisse auf sozialmedizinischem Gebiet sind erwünscht.

Vergütung:

Bezahlung nach BAT 1b/1a bzw. bei Übernahme in das Beamtenverhältnis Bes.-Gr. A 14/A 15 (Obermedizinalrat bzw. Medizineldirektor).

Aufstiegsmöglichkeiten sind gegeben.

Ausübung einer Privatpraxis ist möglich.

Bewerbungen mit den üblichen Unterlagen werden erbeten an die

Landesversicherungsanstalt Oberbayern

Ärztlicher Dienst

z. H. Herrn ärztl. Abt.-Direktor Dr. Deckstein

Thomas-Dehler-Straße 3, 8000 München 83

Telefon (0 89) 67 81 21 33

Die Heilung von Hautleiden und -schäden

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

BEFELKA-ÖL

Ist von überzeugender Wirkkraft

Zus.: Öl. Hyperici 10 g, Öl. Calend. 5 g, Öl. Chamom. 3 g, Öl. Oliv. 3 g, Öl. Viol. tric 3 g, med. Weißöl 76 g, Arom.

Arztmuster durch: 50 ml DM 4,50, 100 ml DM 7,60, 200 ml DM 13,50
BEFELKA-ARZNEIMITTEL, Postfach 13 51, 4800 Osnabrück

Rheinisch-Bergischer Kreis

Die Verwaltung des **Rheinisch-Bergischen Kreises** sucht zum nächstmöglichen Zeitpunkt für die Aufgaben eines **Jugendarztes** im nördlichen Teil des Kreises (Wermelskirchen, Burscheid, Leichlingen)

1 Kinderarzt

oder in der Pädiatrie erfahrener Arzt.

Geboten werden:

Vergütung bis i a BAT, bzw. bei Vorliegen der Voraussetzungen Übernahme in das Beamtenverhältnis – Besoldung A 13/14 BO, Möglichkeit zur Ausübung von Nebentätigkeit und die üblichen sozialen Leistungen des öffentlichen Dienstes.

Der Rheinisch-Bergische Kreis liegt im Naturpark Bergisch Land. In den Städten des nördlichen Kreisgebietes sind alle weiterführenden Schulen vorhanden. In unmittelbarer Nähe befinden sich mehrere Universitätsstädte.

Sollten Sie interessiert sein, senden Sie Ihre Bewerbung mit Lebenslauf, Lichtbild und Zeugniskopien bitte an

Oberkreisdirektor – Personalamt –

Am Rübezahlwald 7, 5070 Bergisch Gladbach

Telefon (0 22 02) 13 361

Der **Landkreis Schwandorf** sucht für das am 3. Mai 1976 in Betrieb genommene neue **Kreis Krankenhaus Oberviechtach** (Insgesamt 150 Betten)

1 Oberarzt für die Interne Abteilung

Die modern eingerichtete Interne Abteilung verfügt über 64 Betten. Eine Chirurgische und eine Gynäkologisch-Geburtshilfliche Abteilung sind ebenfalls vorhanden. Oberviechtach ist Fremdenverkehrsort und Garnisonsstadt im Oberpfälzer Wald. Am Ort befinden sich ein Gymnasium (mathematisch-naturwissenschaftlich mit neusprachlichem Zweig) und eine Berufsschule für Sozialkunde und Kinderpflege. Bei der Wohnungssuche ist der Landkreis behilflich. Umzugskosten werden erstattet.

Bewerbungen mit den üblichen Unterlagen werden unter Angabe des frühesten Eintrittstermines erbeten an das **Landratsamt Schwandorf, Personalverwaltung, Postfach 154, 8460 Schwandorf.**

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]

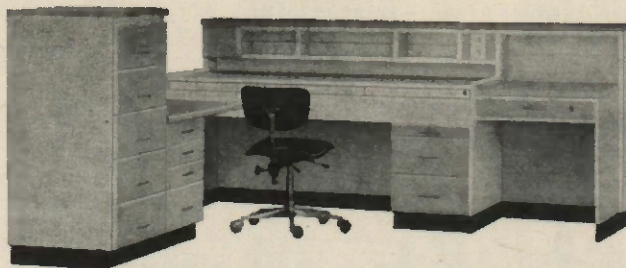
direkt an der BAB-Abfahrt Wickrath

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 Karteitrogstisch 155cm mit 6 Karteibahnen 482,-

Bitte Prospekt AZ

bevor Sie mit der Planung beginnen, kommen Sie zu uns