



# Bayerisches Ärzteblatt

Mit amtlichen Mitteilungen der Ministerien

Herausgegeben von der Bayerischen Landesärztekammer

Nummer 2

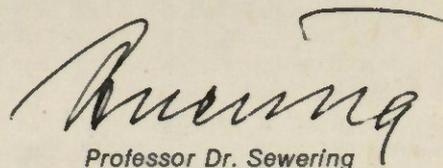
## Zur Kenntnis genommen:

Während diese Zeilen geschrieben werden, „tobt“ im Bundestag die Redeschlacht um die Regierungserklärung. Mit zunehmender Besorgnis blickt und hört der Bürger nach Bonn und fragt sich, was wohl aus unserem so vorbildlichen System der sozialen Sicherung werden soll. Ein Defizit der Rentenversicherung von runden 85 Milliarden DM muß gedeckt werden. Man fragt sich, wie es dazu überhaupt kommen konnte. Hat man Welter Arendt absichtlich ins Abseits laufen lassen, indem man ihn mit falschen Zahlen versorgte? Oder sind die Rentenfechtleute, die ihn beraten haben, Ignoranten? Man wagt nicht daran zu denken, daß dies alles vielleicht gar nicht so unwillkommen sein könnte. Es ist nicht von der Hand zu weisen, daß über eine ausgeblutete Rentenversicherung, die nur noch von Steuergeldern lebt, der Staatsbürger-Einheitsrente geredet die Tore geöffnet würden. Ein gesellschaftspolitisches Ziel? Man wird erinnert an die Worte eines ebenfalls ausgeschiedenen (weiblichen) Kabinettsmitgliedes, das einmal äußerte, die finanziellen Schwierigkeiten der Krankenversicherung seien gar nicht so unwillkommen, weil man endlich „Reformen“ durchführen könne.

Der Vergleich drängt sich auf. Die Pläne der Koalition zur Änderung des Krankenversicherungs- und Kassenarztrechtens zeigen, daß jedenfalls auf diesem Teilgebiet die Veränderung des Systems mit Maßnahmen zur materiellen Zermürbung der freiberuflich tätigen Ärzte eng verknüpft wurden. Das ist Gesellschaftspolitik mit unverhüllter Zielsetzung. Die niedergelassenen, freiberuflich tätigen Ärzte – und ihr Nachwuchs! – werden durch die in Aussicht stehende permanente Honorarbremse, die Einheitsgebührenordnung und die Drohung, Arzneiverordnungen bei globaler Überschreitung eines Höchstbetrages aus der eigenen Tasche bezahlen zu müssen, total verunsichert. Zugleich wird unseren Kollegen im Krankenhaus – wie einst dem Adam im Paradies – der Apfel der Versuchung hingehalten, sie hätten die Chance, zusätzlich zu ihrer Stellung als Krankenhausärzte auch noch das Recht der vollen Kassenzufassung zu erlangen. Ist damit die Spaltung der Ärzteschaft programmiert? Der Gedanke, die Zahl der mehr als 50 000 Kassenärzte in freier Praxis von heute auf morgen um vielleicht 15 000 bis 20 000 hauptamtliche Fechärzte an Krankenhäusern zu erhöhen und gleichzeitig die kassenärztliche Gesamtvergütung so zu „fimitieren“, daß 2 Milliarden DM pro Jahr gespart werden, ist so absurd, daß man damit eigentlich nicht einmal einen Hund aus der Hütte locken könnte. Würde es gelingen, damit die Ärzteschaft zu spalten, dann hätte sie es nicht anders verdient. Unsere Kollegen am Krankenhaus wissen aber nur zu gut, daß eine – auch materiell gesunde – freipraktizierende Ärzteschaft den Stamm bildet, an dem sich einzig und allein auch die Belange der hauptamtlichen Krankenhausärzte hochranken können. Daß die Schiene der Institutionalisierung – zunächst für vorstationäre Diagnostik und nachstationäre Behandlung durch das Krankenhaus – bereits gelegt ist, sollte auch die größten Optimisten zum Nachdenken veranlassen.

Wir dürfen keine Zweifel lassen:

Zu finanziellen Beiträgen, soweit sie die Lebens- und Entwicklungsfähigkeit der freiberuflich tätigen Ärzte nicht gefährden, werden wir in Notzeiten immer bereit sein. Die Veränderung eines sinnvollen Systems der ärztlichen Versorgung, das bisher jedem Arzt die Aufgabe und den Platz läßt, für den er sich freiwillig entschieden hat, können die Ärzte nur hinnehmen, wenn sie sich selbst aufgeben. Sie hätten dann freiwillig den Weg in eine syndikalisierte Arbeitnehmergeinschaft eingeschlagen. An seinem Ende würden sich allerdings die Ärzte mit ihren Patienten als gemeinsame Leidtragende treffen.

  
Professor Dr. Sewering

# Sanierung der Rentenversicherung auf Kosten der Krankenversicherung? \*

## Pläne der Bundesregierung gefährden kassenärztliche Versorgung

von Friedrich K o l b

Die unverantwortliche Sozialpolitik der Bundesregierung, auch in Zeiten einer Rezession, und die fahrlässige Ausweitung der Sozialversicherung in Richtung einer allgemeinen Volksversorgung durch den Gesetzgeber und die Gerichte haben das finanzielle Fundament unserer Sozialversicherung untergraben. Besonders deutlich wird dies am

### Beispiel der gesetzlichen Rentenversicherung.

Vor der Bundestagswahl war die Finanzierung der Rentenversicherung für Bundeskanzler Schmidt höchstens ein „Problemchen“; Bundesminister Arendt führte damals aus: „Die Rentenversicherungen der Arbeiter und Angestellten haben ein solides finanzielles Polster. Es besteht derzeit nicht der geringste Anlaß zu irgendwelchen Eingriffen in das Rentenrecht; das gilt für die Beitragsseite und das gilt genauso für die Leistungsseite.“

Nach der Bundestagswahl wurde plötzlich von allen eingeräumt, daß der gesetzlichen Rentenversicherung, deren Vermögen derzeit stündlich um eine Million DM „abschmilzt“ und deren Rücklagen auf eine Monatsausgabe der Rentenversicherung abgeschmolzen werden sollen, bis 1980 ein Defizit von 83 Milliarden DM bevorsteht, wenn ihre Finanzierung nicht den veränderten Verhältnissen der Wirtschaft und des Arbeitsmarktes angepaßt und wieder auf eine solide finanzielle Basis gestellt wird.

### Neue entscheidende Pläne

Noch bevor das nach einigen Geburtswehen im Dezember endgültig beschlossene Krankenversicherungs-Weiterentwicklungsgesetz am 1. Januar 1977 in Kraft getreten ist, wurden neue einschneidende Pläne

der Bundesregierung bekannt, die die gesetzliche Rentenversicherung auf Kosten der Beitragszahler in der gesetzlichen Krankenversicherung und der Kassenärzte sanieren sollen. Ein Referentenentwurf eines „Gesetzes zur Kostendämpfung und Strukturverbesserung im Gesundheitswesen“ soll bereits vorliegen.

Soweit bisher inoffiziell bekannt wurde, sehen die „Sanierungspläne“ der Bundesregierung für die Rentenversicherung und Krankenversicherung folgendes vor:

1.

Die sogenannte „Überzahlung“ der Rentenversicherung an die Krankenkassen für die Krankenversicherung der Rentner soll eingestellt werden. Die Vergütungen der Rentenversicherung sollen von bisher 17 bis 18 Prozent der Rentensumme auf elf Prozent erniedrigt werden. Dadurch sollen 6 Milliarden DM in der Rentenversicherung jährlich eingespart werden; damit decken die Zahlungen der Rentenversicherung nicht einmal mehr die Hälfte der Kosten der Krankenversicherung der Rentner, die sich auf 23 Prozent der Rentensumme belaufen. Jeder aktive Versicherte zahlt dann statt bisher DM 236 DM 471 jährlich und durchschnittlich für die Krankenversicherung der Rentner.

Krankenkassen und Kassenärztliche Vereinigungen haben eindringlich darauf hingewiesen, daß diese Belastung nicht ohne eine massive Beitragserhöhung in der gesetzlichen Krankenversicherung von 10 bis 15 Prozent verkraftet werden kann, und damit alle Bemühungen um eine Stabilität des Beitragssatzes in der Krankenversicherung zunichte gemacht werden, zu der die Kassenärzte mit der Empfehlungsvereinbarung 1976/77 wesentlich beigetragen haben.

2.

Die Beitragsbemessungsgrenze (nicht Pflichtversicherungsgrenze) der Krankenversicherung soll von DM 2550 auf DM 3400 (Monatsverdienst) im Jahre 1977 angehoben werden. Das bringt in den oberen Beitragsklassen ohne Gegenleistungen Beitragserhöhungen bis zu DM 170 monatlich. Es ist zu erwarten, daß die Betroffenen in die dann günstigere private Krankenversicherung ausweichen und die erhoffte finanzielle Besserstellung der gesetzlichen Krankenversicherung ausbleibt.

3.

Durch „Angleichung“ an die Lohnentwicklung und eine Begrenzung der Vergütungen an die Kassenärzte und Kassenzahnärzte sollen auf der Basis von neuen bundeseinheitlichen Empfehlungsvereinbarungen und von Einheitsgebühren 2 bis 2,5 Milliarden DM jährlich eingespart werden.

Das hat zur Folge:

– eine durchschnittliche Umsatzminderung jedes Kassenarztes und Kassenzahnarztes von ca. DM 30 000 jährlich (welchem anderen Berufsstand mutet man eine solche Umsatz- und Einkommensminderung zu?),

– die Entlassung durchschnittlich einer Arzthelferin pro ärztliche Praxis,

– eine Verhinderung der für eine moderne ärztliche Versorgung notwendigen Investitionen in der Kassenpraxis und damit schließlich

– die Gefährdung einer guten, dem Stand der Wissenschaft entsprechenden kassenärztlichen Versorgung.

(\*) Stand: 10. Januar 1977

4.

Außerdem sollen Höchstbeträge für die Arzneimittelverordnung festgelegt und die Ausgaben für Arzneimittel in die Verträge über die ärztliche Gesamtvergütung einbezogen werden (geschätzte Einsparung eine Milliarde DM). Alle Überschreitungen dieser Höchstbeträge für Arzneimittel sollen zu Lasten des Kassenarzthonorars gehen. Diese Bestimmung ist besonders perfide, ja geradezu diabolisch, weil sie den Arzt, der die Medikamente weder anbietet noch erhält, mit Kosten belastet, die er aufgrund seiner ärztlichen Verpflichtung veranlassen muß, ohne daß er dafür einen Pfennig Honorar erhält. Damit schafft man erstmalig eine Zwei-Klassen-Medizin. Der Arzt wird selbstverständlich auf billigere Arzneimittel ausweichen, die vorwiegend aus „Waschküchenbetrieben“ ohne Forschungsaufwand kommen und die teureren Präparate renommierter Firmen seinen Privatversicherten vorbehalten. Oder er wird bei einer bestimmten Höhe der Verordnungskosten seinen Kassenpatienten sagen müssen, daß sie von nun an ihre Medikamente aus eigener Tasche bezahlen müssen. Man kann vom Arzt schließlich nicht verlangen, daß er teilweise die Kosten der Arzneimittelversorgung seiner Kassenpatienten trägt, die beim Allgemeinarzt etwa das Doppelte seiner Vergütungen durch die Krankenkassen betragen.

Eine solche gesetzliche Regelung ist schlimmer als der alte berücksichtigte Regelbetrag und außerdem unnötig, wenn tatsächlich nur die unwirtschaftliche Verordnung getroffen werden soll. Das gesetzlich vorgeschriebene Prüfverfahren für alle Leistungen, die der Kassenarzt veranlaßt, bewahrt die Versicherten-gemeinschaft der Krankenkassen seit 1955 bis heute vor unwirtschaftlichen Ausgaben, auch bezüglich der Arzneimittelversorgung.

5.

Bei den *Krankenhäusern* sollen jährlich 1,5 Milliarden DM eingespart werden. Die Krankenhausträger sollen zehn Prozent der Investitionskosten tragen und die Pflegesätze mit den Krankenkassen aushandeln.

Diese Änderung soll erfolgen, nachdem das hochgelobte Krankenhausfinanzierungsgesetz, das voll kostendeckende Pflegesätze garan-

tieren sollte, gerade vier Jahre in Kraft ist.

Die vor- und nachstationäre Versorgung im Krankenhaus als Institution sollen gesetzlich verankert und außerdem die Krankenhausärzte an der ambulanten Versorgung persönlich beteiligt werden. Das letztere entspricht auch dem jüngst beschlossenen gesundheitspolitischen Programm der FDP.

Diese Beschlüsse bedeuten, wenn sie Wirklichkeit werden:

– Eine ganz erhebliche Kostensteigerung der ambulanten Behandlung in einer Zeit der stark beschränkten Finanzmittel; denn das Krankenhaus ist die „teuerste“ Einrichtung der medizinischen Versorgung.

– Eine überflüssige Vergrößerung des ärztlichen Angebots in Ballungsräumen und Großstädten zu Lasten der niedergelassenen Ärzte (in Kleinstädten sind die leitenden Ärzte schon bisher an der ambulanten kassenärztlichen Versorgung beteiligt, da dort ein entsprechender Bedarf besteht); wenn zu den 53 000 frei praktizierenden Kassenärzten nochmals ca. 40 000 Krankenhausärzte als Kassenärzte im Nebenamt hinzukommen, werden tatsächlich und erstmalig die Kosten der ambulanten Behandlung „explodieren“.

– Eine Verschlechterung der Versorgung stationärer Patienten; auch wegen der verfügbaren Reduzierung der Stellenpläne an den Krankenhäusern wird die für die Behandlung ambulanter Kranker aufgewendete Zeit der Krankenhausärzte für die Versorgung stationärer Patienten fehlen.

– Den Untergang des frei praktizierenden Facharztes; welcher Facharzt wird, wenn er risikolos neben seinem Gehalt mit Pensions- oder Rentenanspruch und ohne eigene Investitionen seinen Beruf auch ambulant ausführen kann, noch das Wagnis einer ausschließlich freiberuflichen Existenz unter ungleichen Wettbewerbsbedingungen auf sich nehmen?

– Und schließlich langfristig eine Verschlechterung des rechtlichen und finanziellen Status der Krankenhausärzte, deren Tätigkeit in der Ambulanz nach kurzer Zeit Dienstaufgabe werden wird; eine Abwan-

derung in die freie Praxis bei nicht zusagenden Arbeitsbedingungen im Krankenhaus ist ihnen dann nur unter sehr erschwerten Bedingungen möglich.

6.

Der vorgesehene *Belastungsausgleich* zwischen den Krankenkassen auf der Grundlage der unterschiedlichen Rentnerdichte ist neben dem Einheitshonorar ein weiterer Schritt zur Einheitsversicherung und der Anfang vom Ende der gegliederten Krankenversicherung.

*Zusammenfassend kann man zum geplanten Gesetz zur Kostendämpfung und Strukturverbesserung im Gesundheitswesen feststellen:*

– Die vorgesehenen Maßnahmen der Bundesregierung sanieren die *Rentenversicherung* weder kurzfristig noch gar auf längere Dauer.

Der Gesetzgeber überläßt die unpopuläre Beitragserhöhung der Selbstverwaltung der Krankenversicherung, weil er selbst eine Beitragserhöhung in der Rentenversicherung in eigener Verantwortung scheut und auch deshalb, um seine fatalen Wahlversprechungen nicht zu brechen. Für den Versicherten ist es letzten Endes aber gleichgültig, ob er die höheren Beiträge in der Renten- oder Krankenversicherung zahlt.

– Trotz aller geplanten Einsparungen in der *Krankenversicherung* wird auch dort eine spürbare *Beitragserhöhung* notwendig werden, weil die aktiven Mitglieder der Krankenkassen und ihre Arbeitgeber mehr als die Hälfte der Kosten der Rentnerkrankenversicherung bezahlen müssen.

– Die *Therapiefreiheit* wird durch sogenannte Transparenz- oder Positivlisten für Arzneimittel und durch eine ständige Regreßandrohung beseitigt.

– Die *Vertragstfreiheit* der Ärzte wird durch Einheitsgebühren, auch für Ersatzkrankenkassen-Mitglieder und sonstige Kostenträger und durch verbindliche Empfehlungsvereinbarungen zerstört.

– Der kassenärztliche Umsatz wird massiv gedrosselt mit der Folge einer *Verschlechterung des Standards* in Diagnose und Therapie, eines Abbaues der Leistungen zu

Lasten der Patienten und eines Verzichts auf die Fortschritte der medizinischen Wissenschaft und Technik.

– Die Versicherten und die Kassenärzte sollen die Zeche einer verfehlten und fahrlässigen Sozialpolitik der Bundesregierung bezahlen; der bisher niemals berechtigte böse Slogan: „Weil du arm bist, mußt du früher sterben“, könnte erstmals Wahrheit werden, falls das geplante Gesetz zur Kostendämpfung in seiner bisher bekanntgewordenen Form Wirklichkeit würde.

#### **Keine Stärkung der Selbstverantwortung**

Nicht angesprochen wird in den Plänen der Bundesregierung die Selbstverantwortung der Versicherten, die eine Voraussetzung für eine Sanierung der Sozialversicherung ist. Lediglich die freilich umstrittene Erhöhung der Rezeptgebühr ist im Gespräch, die wiederum pauschal und nicht prozentual erhoben werden soll. Dabei bietet sich gerade der Sektor der Arznei-, Heil- und Hilfsmittel für eine individuelle, selbstverantwortliche Mitwirkung und Mit-

beteiligung der Versicherten an den Kosten besonders an.

Professor Dr. H. Baier schreibt: „Das deutsche Gesundheitswesen steht mitten in einer Krise, die freilich nur Teil einer länger schon schleichenden, jetzt scharf aufgebrochenen Krise des Gesamtsystems der sozialen Sicherung der Bundesrepublik Deutschland ist. Mit der rapiden Ausweitung der Bedürfnisse und Erwartungen bei der medizinischen Versorgung der Bevölkerung auf der einen und der beschleunigten Entwicklung in Medizinforschung und Medizintechnik auf der anderen Seite ist gleichsam ein Kreisel von Nachfrage und Angebot in Gang gekommen, der das mühsam genug ausbalancierte Leistungssystem des Sozialstaates überlastet und zu sprengen droht.“

In der Schrift von Professor Dr. S. Häußler: „Gesundheitspolitik – Reform durch Zwang oder Einsicht?“ finden sich u. a. die folgenden Ausführungen: „Der Gesetzgeber muß sich entscheiden, ob er weiterhin Versicherungs-, Versorgungs- und Fürsorgeaufgaben den gesetzlichen Krankenkassen auflasten will. Sollte

er dies tun, muß er die nicht versicherbaren Versorgungs- und Fürsorgeleistungen der Krankenkassen aus Steuermitteln erstatten.

Der Gesetzgeber muß sich entscheiden, ob er die Struktur der gesetzlichen Krankenversicherung nicht endlich den seit Bismarcks Zeiten eingetretenen gesellschaftlichen Veränderungen anpassen will.

Der Gesetzgeber muß eine klare Entscheidung darüber treffen, was an Gesundheitsleistungen durch den einzelnen, und was solidarisch durch die Versichertengemeinschaft zu erbringen ist.“

Nur auf diesem Weg wird eine Sanierung der Sozialversicherung in Deutschland gelingen, ohne ihre Leistungen zu verschlechtern.

„Der fundamentale Trugschluß in bezug auf den Wohlfahrtsstaat, welcher sowohl in die Finanzkrise wie zum Verlust der Freiheit führt, liegt in dem Versuch, Gutes auf Kosten anderer zu tun“ (Milton Friedman).

Anschrift des Verfassers:

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

## **Stellungnahme des Vorstandes der Bundesärztekammer zu den Plänen der Bundesregierung**

*Die Ärzteschaft wendet sich in zunehmender Unruhe dagegen, daß die allein durch das Versagen der Bundesregierung und des Gesetzgebers entstandene Finanzmisere der gesetzlichen Rentenversicherung nach den bisher bekanntgewordenen Plänen der Koalitionspartner in Höhe vieler Milliarden auch auf die soziale Krankenversicherung verlagert werden soll. Die Absicht, auf Kosten des Gesundheitswesens die Fehler in der Rentenpolitik zu korrigieren, stößt auf um so heftigere Kritik der Ärzte, als gerade die Kassenärzte im Zusammenwirken mit ihren Vertragspartnern in der Krankenversicherung längst einen wirksamen Schritt zur Kostenstabilisierung in der Krankenversicherung unternommen haben.*

*Der Vorstand der Bundesärztekammer stellt fest, daß die bekanntgewordenen Pläne der Regierungskoalition in unvereinbarem Widerspruch mit den Wahlaussagen der Regierungsparteien und insbesondere mit dem Brief des Bundeskanzlers Helmut Schmidt an die deutschen Ärzte stehen. Er stellt fest, daß die Verwirklichung der bekanntgewordenen Pläne das derzeitige System der sozialen Sicherung in Deutschland zerstören und mindestens mittel- bis langfristig in ein staatliches Einheitsversorgungssystem umwandeln wird. Er stellt fest, daß die Verwirklichung der bekanntgewordenen Pläne schon in kürzester Frist zum Schaden aller Versicherten zu einer Minimierung der medizinischen Versorgung in der Bundesrepublik Deutschland führen muß.*

*Der Vorstand der Bundesärztekammer fordert die Bundesregierung und die Regierungsparteien dringend auf, das bisher bekanntgewordene Konzept zur Sanierung der gesetzlichen Rentenversicherung auch auf Kosten der gesetzlichen Krankenversicherung fallenzulassen.*

*Die Ärzte sind bereit, jederzeit konstruktive Vorschläge zur Weiterentwicklung sozialer Sicherung und zu dringend notwendigen Sparmaßnahmen zu machen.*

# Otitis, Sinusitis, Angina (Pseudo-Krupp) und Harnwegsinfektionen im Kindesalter\*

## Erreger und Behandlung

von Dieter Adam

Aus der Abteilung für antimikrobielle Therapie und Infektionsimmunologie (Abteilungsleiter: Professor Dr. med. W. Marget) der Kinderklinik der Universität München im Dr. von Haunerschen Kinderspital (Direktor: Professor Dr. med. K. Betke)

### 1. Otitis

Die akute, nichteitrige katarrhalische Otitis media (selten!) bedarf keiner antibiotischen Behandlung. Sie ist häufig Begleitinfektion anderer Grundkrankheiten (Masern, Grippe usw.). Hier genügen abschwellende Maßnahmen und eine symptomatische Therapie.

Die Otitis media purulenta erfordert in jedem Falle von vorneherein eine antibiotische Allgemeinbehandlung, die frühzeitig, d. h. unmittelbar nach Diagnosestellung, möglichst gezielt und hochdosiert einsetzen muß.

#### Häufigste Erreger:

Pneumokokken, Streptokokken, Haemophilus influenzae, Staphylococcus aureus, E. coli, Proteus-Arten, Pseudomonas pyocyanea und Enterokokken.

#### Antibiotische Therapie:

Oralpenicilline, z. B. 30000 bis 100000 E/kg/die Penicillin V oder Phenethicillin oder Propicillin in drei bis vier Einzeldosen, je nach Alter. Weiterhin können gegeben werden: 100 bis 150 mg/kg/die Ampicillin in Form von Pivampicillin plus 50 bis 80 mg/kg/die Oxacillin, oder 80 bis 100 mg/kg/die Amoxicillin oder 50 bis 80 mg/kg/die Cephalexin bzw. Cephradin in jeweils drei bis vier Einzeldosen. Auch Tetracyclin in Form von Doxycyclin (4 mg/kg/die) ist indiziert. Zusätzlich kommt die Lokalbehandlung mit Furacin bzw. Chloramphenicol-Ohrentropfen in Frage.

#### Therapiedauer:

Sie beträgt wegen der relativ schlechten Diffusion der Antibiotika in diesem Bereich und der daraus resultierenden Rezidivgefahr min-

destens sieben bis vierzehn Tage. Sie sollte jedoch mindestens zwei Tage nach Ende der Sekretion bzw. fünf Tage nach Verschwinden aller Symptome bzw. bis zur völligen Normalisierung des Trommelfellbefundes fortgesetzt werden.

Vor Therapiebeginn sollte bei „laufendem Ohr“ ein Abstrich zur Erregerisolierung und Erstellung eines Antibiotogramms durchgeführt werden. Das in Frage kommende Erregerspektrum ist äußerst variabel (s. o.).

#### Anmerkung:

Wegen der Häufigkeit des Vorkommens Penicillin-empfindlicher grampositiver Erreger wird die Erstbehandlung vielfach mit einem oralen Penicillinpräparat empfohlen. Besser ist es, wenn die Resistenzbestimmung noch nicht vorliegt und man ungezielt behandeln muß, Pivampicillin plus Oxacillin, oder ein Cephalosporinderivat oder auch Tetracyclin bzw. Co-Trimoxazol zu verabreichen. Bei Vorliegen des Antibiotogramms muß eventuell umgestellt und entsprechend gezielt weiterbehandelt werden.

#### Handelsnamen:

s. Tabelle

### 2. Sinusitis

Bei der Sinusitis bzw. Sinubronchitis ist nach Stellung der Diagnose anhand des Röntgenbefundes in jedem Fall eine antibakterielle Therapie gerechtfertigt.

Es sollten aber stets vor Therapiebeginn nicht bakteriell bedingte Sinusitiden abgegrenzt werden (Allergie, Virusinfektion, Fremdkörper!).

#### Häufigste Erreger:

Staphylokokken (in über 50 Prozent), Streptokokken, Pneumokokken, Haemophilus influenzae, Klebsiella pneumoniae, Proteus-Bakterien, selten E. coli, Pseudomonas pyocyanea, Corynebakterien und Pilze.

#### Therapie:

Erste medikamentöse Maßnahmen sollten Mittel zur Abschwellung der Schleimhäute, vor allem der Ostien sein, um damit den Abfluß des Sekretes zu verbessern, z. B. mit Otriven, Tyzine, Rhinogutt usw. An Antibiotika werden bevorzugt eingesetzt: Lincomycin 50 bis 80 mg/kg/die in drei Dosen, oder Penicillin V und andere Oralpenicilline, 1 000 000 bis 3 000 000 E täglich, je nach Alter, oder Erythromycin 50 bis 60 mg/kg/die (vor allem bei Penicillinunverträglichkeit) oder Cephalexin 80 bis 100 mg/kg/die oder Ampicillin in Form von Pivampicillin 100 bis 150 mg/kg/die sowie Co-Trimoxazol.

Die Therapiedauer beträgt mindestens vierzehn Tage, besser drei Wochen. Die Wahl des Chemotherapeutikums sollte sich nach Möglichkeit nach Erregerbefund und Antibiotogramm richten. Hohe Dosierungen sind stets erforderlich, da Durchblutungsstörungen und Abdrosselung der entzündlichen Schleimhaut die Erreichung ausreichender Antibiotikumkonzentrationen am Infektionsherd erschweren.

Nach Abschluß der Behandlung sollte stets eine röntgenologische Kontrolle erfolgen.

Rezidivgefahr ist häufig.

\*) Vortrag anlässlich einer Fortbildungsveranstaltung der Kinderabteilung des Städtischen Krankenhauses München-Harlaching

Frainame	Handelsbezeichnungen (Auswahl)
Amoxycillin	Clamoxyl, Amoxyphen
Ampicillin	Binotal, Amblosin, Deripen u. a.
Carindacillin	Carindapen
Cephradin	Sefril
Cephalexin	Oracef, Ceporexin
Chloramphenicol	Leukomylin, Paraxin, Catilan u. a.
Cloxacillin	Staphobristol, Gelstaph
Co-Trimoxazol	Bactrim, Eusaprim, Omsat, Sulfotrimin u. a.
Doxycyclin	Vibramycin
Erythromycin	Erycnum, Pädiatrocin
Gentamicin	Refobacin, Sulmycin
Indanyl-Carbenicillin	Carindapen
Lincomycin	Albiotic, Cillimycin
Nalidixinsäure	Nogram
Nitrofurantoin	Furadantin, Ituran
Oxacillin	Stapenor, Cryptocillin
Penicillin G	Penicillin „Göttingen“ Penicillin „Grünenthal“ u. a.
Penicillin V	Beromycin, Isocillin, Arcarsin u. a.
Phenathicillin	Pen 200, Oralopen
Pivampicillin	Berocillin, Maxifen
Propicillin	Pluscillin, Baycillin

Operative Eingriffe kommen erst in Frage, wenn die konservative Behandlung zu keinem Erfolg geführt hat, oder wenn die Gefahr einer Komplikation droht.

*Handelsnamen:*

s. Tabelle

### 3. Angina

Differentialdiagnostisch stets abzugrenzen sind Virusinfektionen (die allerdings häufig bakteriell superinfiziert sein können!). Etwa 90 Prozent aller Pharyngitiden sind virusbedingt (Tuberkulose, Lues, Aktinomykose und Diphtherie sind extrem selten).

*Häufigste Erreger:*

Akute Angina (Angina lacunaris, Angina follicularis), akute und chronische Tonsillitis, bakterielle Pharyngitis und andere bakterielle Infektionen des Rachenringes: Hämolyisierende Streptokokken, seltener Pneumokokken und Staphylokokken. Sehr selten andere aerobe und anaerobe Keimarten.

*Antibiotische Therapie:*

Hämolyisierende Streptokokken der Gruppe A sind immer *Penicillinempfindlich*. Hämolyisierende Strep-

tokokken, die zu anderen serologischen Gruppen gehören, können unterschiedliche Empfindlichkeitsgrade aufweisen.

Bei jeder akuten Angina, Tonsillitis oder Pharyngitis, bei welcher hämolyisierende Streptokokken der Gruppe A nachgewiesen oder nach dem klinischen Krankheitsbild wahrscheinlich sind, stellen orale Penicilline die Antibiotika der Wahl dar: Penicillin V, Phenethicillin, Propicillin werden in einer Dosierung von 600 000 bis 800 000 (bis 1 200 000) E bzw. 500 bis 1000 mg, je nach Alter, verteilt auf drei bis vier Einzelgaben appliziert.

*Reserveantibiotika:*

(z. B. bei Penicillin-Unverträglichkeit) Lincomycin 50 bis 60 mg/kg/die in drei Einzelgaben, Erythromycin 50 bis 60 mg/kg/die in drei Einzelgaben, Cephalexin oder Cephradin 80 bis 100 mg/kg/die in drei bis vier Einzelgaben bzw. Co-Trimoxazol.

*Therapiedauer:*

Wegen der Gefahr des Streptokokken-Rezidivs (Streptokokken-Nephritis, rheumatisches Fieber) sollte die Therapie für mindestens zehn Tage fortgesetzt werden.

Bei den sogenannten Ausweichantibiotika kann es primäre Resistenzen

oder Resistenzentwicklungen während der Therapie geben. Aus diesem Grunde muß bei Nichtansprechen baldigst umgesetzt werden.

Alle mit dem Erkrankten im gleichen Haushalt lebende Personen sind klinisch und eventuell bakteriologisch zu untersuchen. Bei Zeichen einer Infektion des Nasen-Rachen-Raumes bzw. reichlichem Nachweis von Streptokokken der Gruppe A ist eine volle Behandlung indiziert.

*Allgemeine Maßnahmen:*

Bei hohem Fieber Aminophenazon- oder Paracetamol-Suppositorien, kühle Teilpackungen von halbstündiger Dauer, zwei- bis dreimal wiederholt, Mundspülungen bei größeren Kindern.

*Pseudo-Krupp:*

An der bakteriellen Superinfektion des primär überwiegend viralen Pseudo-Krupps sind meist Haemophilus-influenzae-Bakterien beteiligt. Allerdings nur bei der Epiglottitis, etwa jedem zehnten Fall von Pseudo-Krupp.

*Mittel der Wahl:*

Ampicillin (in Form von Pivampicillin) oral: 100 bis 150 mg/kg/die in drei Einzelgaben oder Amoxycillin in der gleichen Dosierung.

*Handelsnamen:*

s. Tabelle

### 4. Harnwegsinfektionen

Es ist zu unterscheiden zwischen der *primären, akuten Harnwegsinfektion* (Pyurie – selten im klinischen Krankengut!) sowie der *chronisch-rezidivierenden Harnwegsinfektion* ohne und mit anatomischen Veränderungen.

*Häufigste Erreger:*

Es handelt sich fast immer um gramnegative Keime, beim Primärinfekt fast ausschließlich um E. coli. Auch bei den chronisch-rezidivierenden Harnwegsinfektionen dominieren E. coli (80 Prozent), gefolgt von Proteus mirabilis, anderen Proteus-Arten, Enterokokken, Pseudomonas aeruginosa, apathogenen Staphylokokken, Klebsiellen, Serratia und anderen Escherichia-Arten, z. B. E. alcalescens.

Wichtig für die Indikation zur Behandlung und für die Kontrolle des therapeutischen Erfolges ist die *quantitative kulturelle bakteriologische Untersuchung mit Identifikation des Erregers* und Bestimmung des Antibiotogramms.

Nur die primäre akute Harnwegsinfektion darf „blind“ behandelt werden. Bei jedem Rezidiv sind Erregernachweis und Antibiotogramm obligatorisch.

#### Antibiotische Therapie:

##### e) Primäre akute Harnwegsinfektion:

Co-Trimoxazol (Dosierung nach Waschzettel, je nach Alter), oder 5 mg/kg/die Nitrofurantoin in drei Einzelgaben, oder 80 bis 100 mg/kg/die Cephalexin oder Cephadrin in drei bis vier Einzelgaben, oder 50 bis 100 mg/kg/die Amoxicillin in drei bis vier Einzeldosen oder 100 bis 150 mg/kg/die Ampicillin in Form von Pivampicillin oral in drei bis vier Einzeldosen.

#### Therapiedauer und Kontrollen:

Die Dauer der Behandlung beträgt zehn bis vierzehn Tage. Während der Therapie erfolgt am dritten oder vierten Tag eine bakteriologische Kontrolle ohne abzusetzen. Dann fünf Tage Pause. Danach bakteriologische Kontrolle, drei Wochen lang jede Woche, dann drei Monate lang jeden Monat und schließlich eineinhalb Jahre lang jedes halbe Jahr. Bei einem Rezidiv gilt die Harnwegsinfektion als chronisch und die Therapie beginnt nach Antibiotogramm wieder von vorne.

##### b) Chronisch-rezidivierende Harnwegsinfektion:

Die Therapie muß streng nach Antibiotogramm erfolgen. Zur Langzeittherapie eignen sich: 5 mg/kg/die Nitrofurantoin in drei Einzelgaben bzw. in der Retardform in ein bis

zwei Einzelgaben, auch Co-Trimoxazol, bei Unverträglichkeitserrscheinungen (z. B. Erbrechen auf Nitrofurantoin) auch 50 mg/kg/die Nalidixinsäure in drei Einzelgaben. Unter bestimmten Voraussetzungen auch Ampicillin (in Form von Pivampicillin) oral 100 bis 150 mg/kg/die in drei Einzelgaben oder Amoxicillin 50 bis 100 mg/kg/die bzw. 80 bis 100 mg/kg/die Cephalexin oder Cephadrin. Weniger geeignet zur Langzeittherapie (aber manchmal bleibt keine andere Wahl) 5 mg/kg/die Gentamicin in einer Einzelgabe, oder 4 mg/kg/die Doxycyclin in einer Einzelgabe oder 50 bis 100 mg/kg/die Indanyl-Carbenicillin in zwei bis drei Einzeldosen.

#### Therapiedauer und Kontrollen:

Die Dauer der Behandlung sollte ein halbes Jahr betragen mit Urinkontrollen in monatlichen Abständen bzw. nach obigem Schema. Vor jeder Kontrolle muß das Medikament fünf Tage abgesetzt werden (dies gilt besonders für die Therapie mit Co-Trimoxazol und Gentamicin).

#### Allgemeine Richtlinien:

Durch eine konsequente und ausreichend dosierte Therapie von Erstinfektionen kann der Entwicklung einer chronisch-rezidivierenden Harnwegsinfektion vorgebeugt werden. Jede Erstinfektion sollte eineinhalb Jahre nachkontrolliert werden. Nach dem ersten Rezidiv ist Röntgenuntersuchung (IVP, MCU, ING) obligatorisch.

#### Handelsnamen:

s. Tabelle

#### Anschrift des Verfassers:

Privatdozent Dr. med., Dr. rer. nat. Dieter Adam, Oberarzt, Lindwurmstraße 4, 8000 München 2

## Aufbewahrung von Rezeptvordrucken

Der ärztlichen Berufsvertretung gingen in letzter Zeit vermehrt Mitteilungen über Diebstahl von Kassen- und Privatrezepten zu. In den meisten Fällen wurden diese Formulare während der Sprechstundenzeit gestohlen. Es wird deshalb wiederholt dringend empfohlen, durch organisatorische Maßnahmen sicherzustellen, daß eine Entwendung und mißbräuchliche Verwendung dieser Vordrucke verhindert wird.

**Breitband-**  
**bakterizidum**

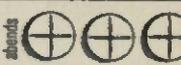
*Optimale Bioverfügbarkeit\**

# Co-trim-Tablinen®

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

20 Tabl. **9.80**  
50 Tabl. **19.90**

*Zur Arzneikosten-senkung siehe Preisvergleich Arzneitelegramm 6-76*

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

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. Hexamethylentetramin- und procarbazin-haltige Präparate sollen nicht gleichzeitig eingenommen werden.

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

**S SANORANIA Dr. G. Strohscheer**  
Berlin 28

# Das Sharp-Syndrom: Eine „neue“ Bindegewebskrankheit\*

von M. Rosenthal

Das Sharp-Syndrom, oder wie es im Englischen genannt wird, die mixed connective tissue disease, ist nach unseren heutigen Erkenntnissen eine eigenständige rheumatische Erkrankung, die, wie ihr Name bereits sagt, Merkmale verschiedener rheumatischer Erkrankungen aufweist (1, 2). So findet man bei Patienten mit Sharp-Syndrom Merkmale von Lupus erythematoses disseminatus, Sklerodermie, chronischer Polyarthritits und Polymyositis. Als Leitsymptome gelten Raynaud-Phänomen, Polyarthritits bzw. Polyarthralgien, Hand- und Fingerschwellungen und unterschiedlich ausgeprägte Myositis. Weitere Symptome sind ösophageale Motilitätsstörungen, interstitielle Lungenfibrose, Lymphadenopathie, Sklerodermie und Hautexantheme, Fieber, Polyserositis und selten Spleno- und Hepatomegalie. Bereits aus dieser Aufstellung ist ersichtlich, daß das klinische Bild allein keine sichere Diagnose der Erkrankung erlaubt, was möglicherweise erklärt, warum bis vor kurzem in Europa keine solchen Fälle beschrieben wurden. Die meisten Patienten mit Sharp-Syndrom liefen unter den Diagnosen Lupus erythematoses disseminatus, chronische Polyarthritits, Sklerodermie, Polymyositis oder Kollagenose ungeklärter Art.

## Krankengut

Es wird über eine Gruppe von 15 Patienten mit gesichertem Sharp-Syndrom berichtet. Wie beim Lupus erythematoses disseminatus sind auch beim Sharp-Syndrom vor allem Frauen befallen. Das Durchschnittsalter beim Auftritt der Symptome beträgt 34 Jahre, doch sind Fälle bekannt, bei denen die Erkrankung bereits im Säuglings- bzw. erst im hohen Alter auftrat. Bei der Diagnosestellung betrug das Durchschnittsalter 41 Jahre mit einem Mindestalter von zehn und einem Höchstalter von 78 Jahren.

## Klinische Befunde

Die Leitsymptome Hand- und Fingerschwellungen sowie Polyarthralgien waren bei 14 von 15 Patienten vorhanden, Polyarthritits bei 13, davon bei nur zwei Patienten röntgenologische Erosionen (Tabelle). Ein Ray-

### Sharp-Syndrom: Klinisches Bild

#### Leitsymptome:

Hand- und Fingerschwellungen  
Polyarthritits/Polyarthralgien  
Raynaud-Syndrom  
Myositis

#### Weitere Symptome:

Fieber  
Hautexanthem  
Lymphadenopathie und Parotisschwellung  
Interstitielle Lungenfibrose  
Polyserositis (Pleuritis, Perikarditis)  
Neuropathie  
Sklerodermie  
Ösophageale Motilitätsstörungen  
Hepatopathie

Tabelle

naud-Phänomen war bei elf und Myositis bzw. Myalgie bei sieben Patienten nachweisbar. Fieber, Hautexanthem und Lymphadenopathie wurden bei etwa der Hälfte der Patienten, die folgenden Symptome nur vereinzelt festgestellt: Morgensteifigkeit, Lungenveränderungen, Pleuritis, Hypotonie, Neuropathie, Sklerodermie, Perikarditis, Parotisschwellung, Hepatopathie, Hypertonie, rezidivierende Zystitiden, Sicca-Syndrom, Splenomegalie, Endokarditis und Alopecia totalis. Im Vergleich zum Lupus erythematoses disseminatus fällt beim Sharp-Syndrom das Fehlen der Nierenbeteiligung und Vaskulitis auf.

## Laborbefunde

Beim Sharp-Syndrom werden vor allem die typischen Befunde beobachtet, wie sie bei rheumatischen Erkrankungen zu finden sind. Neben der erhöhten Blutsenkungsgeschwindigkeit, Anämie und Leukopenie fallen die häufig nachweisbaren Rheumafaktoren auf (87 Prozent). Muskelenzymerrhöhung, Leberfunktionsstörungen und EKG-Veränderungen waren vereinzelt zu beobachten. Eine Proteinurie war transitorisch bei zwei Patienten nachweisbar. Immunserologisch war bei allen Patienten eine Hypergammaglobulinämie vorhanden, dagegen fielen die Coombs-Teste, LE-Zellteste und Anti-DNS stets negativ aus. Die Spiegel der verschiedenen Komplementkomponenten und des gesamthämolytischen Komplements ( $CH_{50}$ ) waren nur bei einem Patienten geringgradig erniedrigt. Alle bisher genannten Laborbefunde geben jedoch keine Möglichkeit, diese Erkrankung mit Sicherheit zu diagnostizieren oder auszuschließen. Erst der immunfluoreszente Nachweis antinukleärer Faktoren läßt eine Vermutungsdiagnose zu. Bekanntlich weisen die antinukleären Antikörper verschiedene Bindungsmuster auf, die gewisse Hinweise auf das Vorliegen bestimmter Erkrankungen geben können. So kommen antinukleäre Faktoren mit diffusem, ringförmigem, nukleolärem bzw. gesprenkeltem Bindungsmuster vor. Für den antinukleären Antikörper beim Sharp-Syndrom ist das gesprenkelte („speckled“) Bindungsmuster charakteristisch (Abb.). Diese Antikörper weisen meist sehr hohe Titer auf (1 : 2560 bis 1 : 20480), enthalten IgG und binden Komplementkomponenten.

Ein besonderes Charakteristikum dieser antinukleären Faktoren ist,

\* Vortrag anlässlich eines Kolloquiums im Klinikum Großhadern der I. Medizinischen Klinik der Universität München

# Zur Prophylaxe und Therapie von Schilddrüsenerkrankungen

## Euthyrox Reines L-Thyroxin

## Novothyral L-Thyroxin + L-Trijodthyronin

## Jodid- Tabletten

### Hauptindikationen:

Blande Struma  
Rezidivprophylaxe  
nach Strumaresektion  
Hypothyreose  
Begleittherapie  
bei thyreostatischer Behandlung  
der Hyperthyreose

## MERCK

**Euthyrox® 1** Tablette enthält  
100 µg L-Thyroxin-Ne (L-T<sub>4</sub>)  
50 Tabl. mit Kreuzrille DM 10.35  
100 Tabl. mit Kreuzrille DM 17.40  
**Novothyral® 1** Tablette enthält  
100 µg L-Thyroxin-Ne (L-T<sub>4</sub>)  
20 µg L-Trijodthyronin-Na (L-T<sub>3</sub>)  
50 Tabl. mit Kreuzrille DM 12.85  
100 Tabl. mit Kreuzrille DM 23.65  
**Novothyral® mite**  
1 Tablette enthält  
25 µg L-Thyroxin-Ne (L-T<sub>4</sub>)  
5 µg L-Trijodthyronin-Na (L-T<sub>3</sub>)  
50 Tabl. mit Kreuzrille DM 7.50  
Preise n. A.T.  
Ferner jeweils Anstalts-Packungen

**Anwendungshinweis**  
Die Einnahme der Tagesdosis erfolgt zweckmäßigerweise nach dem Frühstück.

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

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

**Zur Prophylaxe der endemischen Struma**

**Jodid-Tabletten**  
1 Tablette enthält 65,4 µg Kaliumjodid, entsprechend 50 µg Jod  
100 Tabletten DM 3.50  
Preis n. A.T.

**Kontraindikationen**  
Jodüberempfindlichkeit, Hyperthyreose.

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

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

**Anmerkung**  
Auch in der Schwangerschaft ist bei Jodmangel die prophylaktische Gabe von Jodid-Tabletten fortzusetzen.

Stand 1. 11. 1976

E. Merck  
Postfach 4119 6100 Darmstadt 1



HORMON  
FORSCHUNG

MERCK

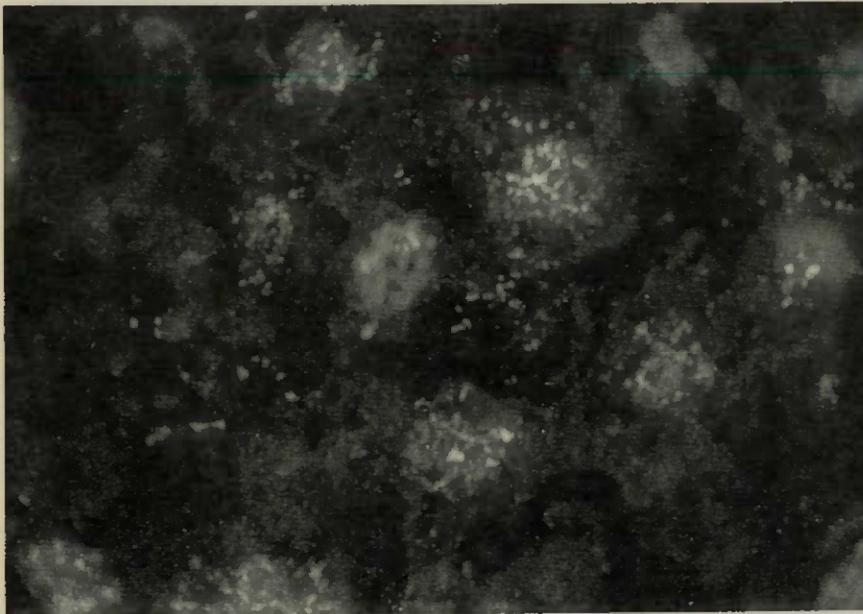
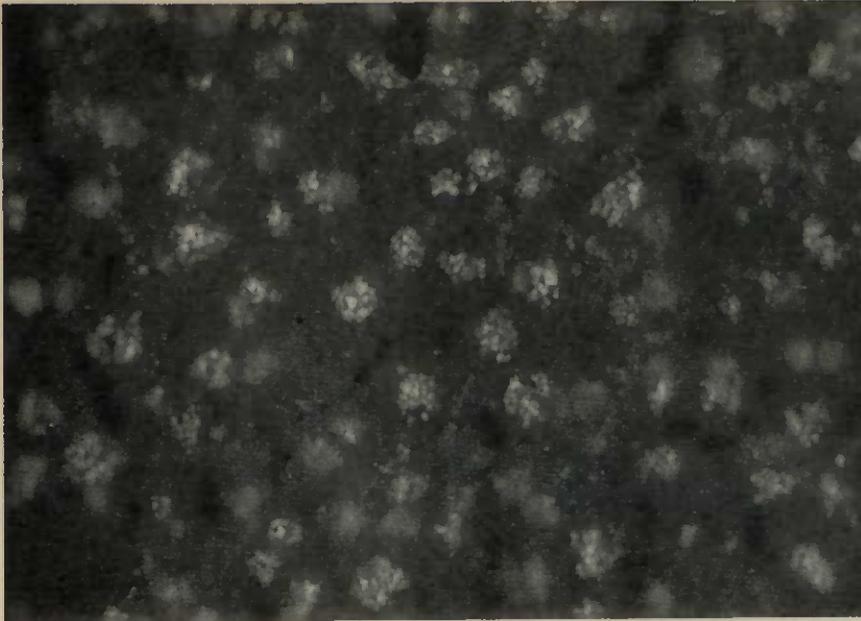


Abbildung  
 Immunfluoreszenzdarstellung antinukleärer Antikörper mit gesprenkeltem („speckled“) Bindungsmuster \*)  
 oben: 320fach vergrößert — unten: 800fach vergrößert

daß sie gegen Ribonuclease-sensitive Kernantigene gerichtet sind, was zu substantiellem Titerabfall bzw. vollständiger Elimination der nachweisbaren antinukleären Faktoren nach Vorbehandlung des Substrates mit Ribonuclease führt. Die Patienten mit Sharp-Syndrom weisen ferner ein durch Hämagglutinationstest nachweisbares Antigen auf, das gegen extrahierbare nukleäre Antigene (ENA) gerichtet ist, die man als Ribonucleoproteine identifizieren konnte. Dieser Antikörper (Anti-ENA)

Ist meist in sehr hohen Titern ( $1:10^4$  bis  $1:10^6$ ) vorhanden und wird, wie im Fall der antinukleären Faktoren, nach Ribonuclease-Vorbehandlung der Antigen-beladenen Erythrozyten ebenfalls eliminiert. Da die letztgenannte Bestimmung noch schwierig und sehr arbeitsaufwendig ist, werden zur Zeit zusätzliche Nachweismethoden entwickelt, so z. B. der Nachweis von Antikörpern gegen Ribonucleoproteine (RNP) mittels eines Immundiffusionsverfahrens (3). Anhand unserer Erfahrungen ist

durch die Differenzierung der entinkleären Faktoren mit gesprenkeltem Bindungsmuster die Abgrenzung zwischen Sharp-Syndrom und allen anderen rheumatischen Erkrankungen in vielen Fällen möglich (4).

Eine in ihrer Bedeutung noch ungeklärte Beobachtung ist der Nachweis von komplementbindenden Antikörpern gegen Zytomegalievirus bei etwa 70 Prozent unserer Patienten mit Sharp-Syndrom. Interessanterweise kam es bei zwei Patientinnen zum Titerabfall, als eine klinische Besserung eintrat (5).

### Verlauf und Prognose

Wie wir bereits bei unseren eingangs erwähnten Patienten beobachten konnten und wie auch aus Mitteilungen anderer Autoren zu entnehmen ist, weisen die Patienten mit Sharp-Syndrom nur ausnahmsweise und dann meist transitorisch Nierenfunktionsstörungen bzw. Vaskulitis auf. Damit ist die Prognose dieser Erkrankung erheblich besser als bei Lupus erythematoses disseminatus bzw. Sklerodermie, bei denen dieser Befall den schlechten prognostischen Ausgang bestimmt. Auch im Hinblick auf die Therapie ist das Sharp-Syndrom besser zu beeinflussen als Lupus erythematoses, Sklerodermie oder Polymyositis, da es meist mit Corticoiden gut unter Kontrolle gebracht werden kann. In einigen Fällen reichen sogar nicht-steroidale Antiphlogistika aus, um einen gutartigen Verlauf zu bewirken. Nur ausnahmsweise sind immunsuppressive Medikamente, manchmal in Kombination mit Steroiden notwendig, um eine effektive Kontrolle der Erkrankung zu erreichen. Diese letztgenannten Faktoren, nämlich die gute Ansprechbarkeit auf die Therapie sowie die eher günstige Prognose unterstreichen die Bedeutung der Diagnosestellung bei Patienten, bei denen klinisch ein Sharp-Syndrom in Frage kommen könnte.

Es scheint, daß gewisse Differenzen zwischen dem Sharp-Syndrom beim Erwachsenen und beim Kind vorliegen. Die kindliche Form verläuft eher

\*) Für die Durchführung der Anti-ENA-Bestimmungen sind die Autoren Dr. Gordon C. Sharp, Columbia, Missouri, zu Dank verpflichtet

bösartig, doch reichen die heutigen Erfahrungen nicht aus, diese Beobachtungen zu sichern. In unserem Krankengut sind vier Kinder mit dieser Erkrankung, wovon zwei eine schwere klinische Form aufweisen.

Das Sharp-Syndrom ist nur eine von vielen Krankheiten, die man als Mischkollagenosen bezeichnen kann. An das Vorliegen dieser Erkrankung muß gedacht werden, wenn ein Patient klinisch eine Mischkollagenose hat, die mit hochtitrigen antinukleären Faktoren von gesprenkeltem Bindungsmuster einhergeht.

### Zusammenfassung

Das Sharp-Syndrom (mixed connective tissue disease) ist eine eigenständige Bindegewebskrankheit, die Symptome verschiedener rheumatischer Erkrankungen (chronische Polyarthrit, Lupus erythematodes disseminatus, Sklerodermie, Polymyositis usw.) aufweist. Zum erstenmal sind vor kurzem auch Patienten mit Sharp-Syndrom (mixed connective tissue disease) in Europa beschrieben worden. Anhand unserer Erfahrungen bei 15 Patienten werden das klinische Bild, die diagnostischen und differentialdiagnostischen Aspekte sowie Verlauf und Prognose der Erkrankung erläutert.

### Literaturverzeichnis

1. SHARP, G. C., IRVIN, W. S., TAN, E. M., GOULO, R. G. and HOLMAN, H. R.: Mixed connective tissue disease. An apparently distinct rheumatic disease syndrome associated with a specific antibody to an extractable nuclear antigen (ENA). *Amer. J. Med.* 52, 148, 1972.
2. ROSENTHAL, M.: Das Sharp-Syndrom (mixed connective tissue disease). *Schweiz. med. Wschr.* 106, 129, 1976.
3. SHARP, G. C.: persönliche Mitteilung.
4. ROSENTHAL, M.: Die Bedeutung der RNase-ANF-Bestimmung für die Diagnose des Sharp-Syndroms (mixed connective tissue disease). *Klin. Wschr.* 54, 1976 (im Druck).
5. ROSENTHAL, M.: Cytomegaly virus antibodies in mixed connective tissue disease. *Arthr. Rheum.* 1976 (im Druck).

### Anschrift des Verfassers:

Dr. med. M. Rosenthal, I. Oberarzt der Rheumatologischen Universitätsklinik — Felix Platter-Spital, Burgfelder Straße 101, CH — 4055 Basel

## Aktuelle Aspekte der Kardiologie

56. Ärztliche Fortbildungstagung Regensburg

(Schluß)

Privatdozent Dr. W. Delius, München:

### Diagnostik und Therapie von Herzrhythmusstörungen im Vorhofbereich

Seit langem bekannte Rhythmusstörungen haben durch feinere elektrophysiologische Untersuchungstechniken plötzlich neue, klinisch und therapeutisch bedeutungsvolle Aspekte gewonnen. Besondere Aktualität unter den supraventrikulären Rhythmusstörungen haben während der letzten Jahre das Sinusknotensyndrom und neue Vorstellungen zur Pathogenese supraventrikulärer Tachykardien erhalten.

Normalerweise führt eine vom Sinusknoten über mehrere internodale Bahnen eintreffende Erregungswelle zu einer gleichmäßigen Erregung des Sinusknotens und zu einer geschlossenen Ausbreitung der Erregungsfront innerhalb des Hischen Bündels. Ändert eine der Bahnen ihre Leitungseigenschaft oder kommt es zu einer vom AV-Knoten ausgehenden Erregungswelle, entsteht Unordnung oder Inhomogenität der AV-Leitung, deren Folge z. B. eine tachykarde Rhythmusstörung sein kann. Die Störungen lassen sich u. a. durch sogenannte „Reentry-Mechanismen“ mit Umkehrstolen und Umkehrrhythmen erklären. So ist auch für die paroxysmalen Tachykardien des WPW-Syndroms ein Umkehrmechanismus anzunehmen, für den das Vorhandensein einer normalen Bahn vom Sinusknoten über den AV-Knoten und eine zusätzliche Leitungsbahn mit unterschiedlichen Leitungseigenschaften die anatomische Voraussetzung darstellt.

Unter dem „Sinusknotensyndrom“ versteht man eine Dysfunktion des Sinusknotens entweder im Sinne einer mangelhaften Schrittmacherimpulsbildung oder einer Blockierung der sinuatrialen Ausbreitung. Folgende Rhythmusstörungen können

als direkter Hinweis auf ein Sinusknotensyndrom gelten:

1. Die persistierende, schwere und anderweitig nicht zu erklärende Sinusbradykardie;
2. Aussetzen der Sinustätigkeit für kürzere oder längere Zeit, also Sinusstillstand oder sinuatrialer Block mit häufigem Ersatz des Sinusrhythmus durch einen heterotopen Vorhof oder Knotenrhythmus;
3. das Bradykardie-Tachykardie-Syndrom;
4. Sinusstillstand nach Elektroreduktion von Vorhofflimmern bzw. -flattern;
5. chronisches Vorhofflimmern als Folge eines permanenten Sinusstillstandes.

Die Ätiologie des Sinusknotensyndroms bleibt häufig im unklaren: Ischämische, sklerotische, rheumatische oder entzündliche Erkrankungen, die häufig nicht nur den Sinusknoten, sondern auch das Vorhofmyokard und auch den AV-Knoten betreffen, können die Ursachen des Syndroms sein. Besonders anfällig ist der Sinusknoten gegenüber Zirkulationsstörungen, da er nur von einer einzigen Arterie versorgt wird. Da bei den wenigsten Patienten mit einem Sinusknotensyndrom bisher eine Koronarangiographie durchgeführt wurde, kann die ätiologische Rolle der koronaren Herzkrankeheit nur geschätzt werden. Auffallend häufig sind in der Anamnese entzündliche Erkrankungen, besonders die Diphtherie, zu finden.

In der Mehrzahl der Fälle kann das Sinusknotensyndrom an der persistierenden Sinusbradykardie im Ruhe-EKG erkannt werden. Zur weitergehenden Diagnostik hat sich die Langzeitelektrokardiographie zur Erfassung der intermittierend auftretenden Herzrhythmusstörungen und insbesondere der Asystolien bewährt. Das Belastungs-EKG ist insofern wichtig, als es beim Sinusknotensyndrom häufig zu beobach-

tende inadäquat geringe Frequenzsteigerungen aufdeckt. Unter den Provokationsmethoden ist der Atropintest einfach durchzuführen und dabei von relativ großer Wertigkeit: durch die i. v.-Gabe von 1 mg Atropin wird wiederum die Fähigkeit des Sinusknotens zur Frequenzbeschleunigung geprüft. Diese ist beim Sinusknotensyndrom wiederum eingeschränkt. Einen größeren technischen Aufwand erfordert die nach Vorhofstimulation zu bestimmende Sinusknotenerholungszeit. Diese ist definiert als Intervall zwischen letzter stimulusindizierter P-Zacke und erster Sinusaktion nach beendeter Vorhofstimulation. Normalerweise liegt diese Zeit bei 1000 msec, als oberer Grenzwert der Norm wird 1400 msec angegeben. Bei Patienten mit einem Sinusknotensyndrom werden demgegenüber Pausen von drei bis vier oder mehr Sekunden beobachtet. Das zwingt dann zur Einschaltung eines externen Schrittmachers, um subjektive Beschwerden bis hin zu Adams-Stokes'schen Anfällen zu vermeiden. Der Test vermittelt einen guten Eindruck darüber, inwieweit der Patient bei plötzlich endenden tachykerden Phasen gefährdet ist.

Die Indikation zu einer eventuellen Schrittmacherimplantation sollte neben den Ergebnissen der Provokationsteste in erster Linie von der subjektiven Symptomatik abhängig gemacht werden. Am stärksten gefährdet erscheinen Patienten mit einem Bradykardie-Tachykardie-Syndrom. Die Gefahr einer länger dauernden Asystolie ist bei ihnen ständig gegeben; sie wird wesentlich erhöht, wenn man medikamentös mit Antiarrhythmika (z. B. Isoprotin) versucht, die tachykerden Phasen zu behandeln.

Professor Dr. Ch. Büchner, Freiburg/Br.:

### Diagnose und Therapie von Herzrhythmusstörungen im Kammerbereich

Grundsätzlich kann jeder Bereich des Erregungsleitungssystems von Funktionsstörungen betroffen sein, im Aschoff-Tawara-Knoten, im Hischen Bündel oder in den Kammerchenkeln. In der Regel liegt diesen Funktionsstörungen eine Schädigung als Folge einer Koronarinsuffizienz zugrunde. Etabliert sich dieser

Schaden im eigentlichen AV-Überleitungssystem, so tritt er elektrokardiographisch als PQ-Verlängerung oder z. B. als Wenckebach'sche Periodik in Erscheinung. Eine Schädigung des ventrikulären Tawara-Systems dokumentiert sich im EKG als Schenkelblock.

Durch das EKG ist es ferner möglich, nicht nur den Linksschenkelblock vom Rechtsschenkelblock zu unterscheiden, sondern auch andere Blocklokalisationen innerhalb der Kammern zu analysieren. Hieraus entstanden die Begriffe des *Hemiblocks* und *mehrfaszikulären Blocks*. Die hergebrachten Vorstellungen, daß sich eine Blockierung der Erregungsleitung von den Vorhöfen auf die Herzkammern im eigentlichen atrioventrikulären System vollzieht, müssen wir revidieren.

Die Diagnose mehrfach faszikulärer Schenkelblockbefunde stützt sich auf folgende Kriterien:

1. Der partielle bibranchiale Kammerblock anterioren Typs ist im Extremitäten-EKG durch einen überdrehten Linkstyp, im Thorax-EKG durch einen Rechtsschenkelblock und gleichzeitig durch betonte S-Zacken links gekennzeichnet. Die Erregungsleitung vollzieht sich nur mehr über den hinteren Teilast des linksventrikulären Tawara-Schenkels.

2. Der partielle bibranchiale Kammerblock posterioren Typs ist im Extremitäten-EKG durch einen deutlichen Rechtstyp mit meist besonders ausgeprägten S-Zacken in Ableitung I, im Thorax-EKG durch einen Rechtsschenkelblock charakterisiert. Die Erregungsleitung erfolgt nur noch über den vorderen Teilast des Tawara-Systems der linken Kammer.

Wird aus der bifaszikulären eine trifaszikuläre Ableitungsstörung, dann bedeutet das einen totalen Herzblock mit allen Folgen. Demnach orientiert sich die *Schrittmacherindikation* in erster Linie an den EKG-Befunden des mehrfaszikulären Schenkelblocks:

1. Tritt im Zuge einer floriden Erkrankung (z. B. Infarkt) ein bifaszikulärer Schenkelblock auf, ist in der Regel eine Schrittmacherindikation gegeben, da ein komplettes Blockereignis den akut kranken Patienten in hohem Maße gefährden würde.

2. In chronischen Fällen muß der EKG-Befund Anlaß zu einer sorgfältigen Fahndung nach Adams-Stokes'schen Äquivalenten sein und zum anderen die Funktion der Restbahn des Leitungssystems überprüft werden, bevor ein Schrittmacher eingepflanzt wird.

3. Ein trifaszikulärer Block liegt auch vor, wenn sich zu einem bifaszikulären Bild eine Verlängerung der PQ-Zeit zugesellt. Solche Patienten sind ohne Absicherung mit einem Schrittmacher nicht digitalisierbar, nicht narkosefähig und z. B. nicht fäherscheintauglich. Gleiches gilt auch für Patienten mit einem bifaszikulären Block vom seltenen posterioren Typ.

4. Führt eine Durchblutungsstörung zu Myokardschädigungen, die sowohl eine rechtskoronare als auch eine linkskoronare Ursache annehmen läßt, muß mit einer Gefährdung der Funktion auch des dritten Astes gerechnet werden. Daraus ergibt sich die relativ strenge Behandlungskonsequenz und Indikation zur Schrittmacherimplantation.

Eine normale Herzschlagfolge ist durch einen homogenen Erregungsablauf gekennzeichnet. Die ventrikuläre Erregungsausbreitung (die QRS-Gruppe) ist nach 0,1 Sekunden abgeschlossen und die Repolarisation des Kammermyokards vollzieht sich in einer stets gleichbleibenden geordneten Folge. Jede Erregung trifft in jedem Myokardbereich auf gleichbleibende Bedingungen der Erregbarkeit, die uns mit den Grundbegriffen der absoluten und relativen Refraktärphase und der normalen diastolischen Reizansprechbarkeit geläufig sind.

Treffen unter besonderen Voraussetzungen in ein und demselben umschriebenen Myokardbereich unterschiedliche Erregbarkeiten konkurrierend aufeinander, entsteht das Bild einer sogenannten *inhomogenen verzögerten Repolarisation*. Es handelt sich hierbei um einen der elektrokardiographischen Diagnostik zugänglichen Befund, der durch eine QT-Zeit-Verlängerung bzw. TV-Verschmelzungswelle bei meist normalem QRS-Komplex gekennzeichnet ist. Durch abnorme Verbreiterungen bzw. Fraktionierung der vulnerablen Phase kommt es zu einer Disposition zu Übererregbarkeiten, die z. B. im Tierexperiment geeignet sind, ein Kammerflimmern auszulösen.

# Rund um die Uhr

## Kontinuierlicher Koronarschutz



für das  
ischämie-bedrohte  
Herz

# Dilcoran<sup>®</sup> 80

erhöht die  
kardiale Belastungstoleranz

senkt Anfallsfrequenz und  
Schmerzintensität

**Zusammensetzung:** Dilcoran 80: 1 Oblong-Tablette enthält 80 mg PETN. Dilcoran 80 S: 1 Oblong-Tablette enthält 80 mg PETN, 45 mg Phenobarbital. **Indikationen:** Koronare Durchblutungsstörungen jeder Genese. Dilcoran 80 S bei Angina pectoris mit psychischen oder nervalen Komponenten. **KontraIndikationen:** Kollapszustände und Schock, frischer Myokardinfarkt. Bei Dilcoran 80 S zusätzlich Porphyrie. **Nebenwirkungen und Begleiterscheinungen:** Bei allen Nitrat-Verbindungen können Kopfschmerzen unterschiedlicher Dauer und Stärke auftreten. Bei der Therapie mit PETN sind diese jedoch außerordentlich selten; sie klingen bei Fortführung der Therapie von selbst ab. **Besonderer Hinweis:** Alkohol kann mögliche Nebenwirkungen von Dilcoran 80/80 S verstärken. Die Einnahme von Dilcoran 80 S kann infolge des sedierenden Effektes das Reaktionsvermögen im Straßenverkehr beeinträchtigen. **Dosierung und Anwendungsweise:** Die Dosierung ist der Art und Schwere des Einzelfalles anzupassen. Näheres siehe wissenschaftlicher Prospekt bzw. Packungsprospekt. **Handelsformen und Preise:** Dilcoran 80: 50 Oblong-Tabletten DM 16,65 m. MwSt., 100 Oblong-Tabletten DM 31,20 m. MwSt., Anstaltspackung. Dilcoran 80 S: 50 Oblong-Tabletten DM 18,40 m. MwSt., 100 Oblong-Tabletten DM 34,35 m. MwSt., Anstaltspackung

GÖDECKE

Der akut-tödliche Elektrounfall hat hier seine Ursache und die Elektrolithapie des Herzens berücksichtigt dies durch die Anwendung der modernen Demand-Schrittmacher und des synchronisierten Elektroschocks zur Defibrillation der Vorhöfe. Selbst vorzeitig im Sinne des R- auf T-Phänomens einfallende Extrasystolen können Ursache tödlichen Kammerflimmers sein, wenn eine entsprechende Bereitschaft (z. B. beim akuten Infarkt) hierzu besteht.

Ein besonderes Modell für die inhomogen verzögerte Repolarisation und ihre möglichen Risiken stellt das erbliche Jervel-Lange-Nielsen-Syndrom dar, das mit Taubheit einhergeht und mit der schweren Prognose belastet ist, daß die Betroffenen früher oder später an einem Sekundenherztod im Kammerflimmern sterben. Im EKG dieser Patienten findet sich meist eine beträchtliche QT-Zeit Verlängerung (durch eine sichtbar verzögerte inhomogene Repolarisation), die die Systole der Kammern deutlich überdauert.

Extrasystolien bei Hypokaliämie und z. B. auch bei Blockarrhythmien werden häufig beobachtet. Sie stehen im Zusammenhang mit der postextrasystolischen, inhomogen verzögerten Repolarisation. Daraus ergibt sich die besondere Bedeutung des Kaliums für die normale homogene Erregbarkeit. Eine Frequenznormalisierung mit Hilfe der Schrittmachertherapie kann darüber hinaus die Ursache der abnormalen Repolarisationsvorgänge korrigieren, und sie ist deshalb Therapie der Wahl bei pathologischen Bradykardien und bei Bradykardie-Tachykardie-Syndromen der Vorhöfe und Kammern. Die Gabe von rhythmisierenden Substanzen wie Chinidin, Procainamid und Ajmalin ist kontraindiziert. Gegenüber Behandlungsversuchen mit Lidocain und Diphenylhydantoin bestehen keine Bedenken. Zuvor sollte jedoch immer für eine optimale Kaliumkonzentration Sorge getragen werden.

Professor Dr. U. Gleichmann, Bad Oeynhausen:

#### Medikamentöse Therapie der Herzrhythmusstörungen

Die medikamentöse Therapie von Herzrhythmusstörungen setzt einige grundsätzliche Kenntnisse über den

Wirkungsmechanismus zur Beurteilung des Therapieerfolges und zur Abschätzung der Gefahren möglicher kardialer Nebenwirkungen sowie für die antiarrhythmische Kombinationstherapie mit mehreren Substanzen voraus. In diesem Zusammenhang ist es besonders bedeutsam, daß das Aktionspotential des Reizleitungssystems sich von dem der Arbeitsmuskulatur durch die sogenannte diastolische Depolarisation unterscheidet. Diese ermöglicht eine Spontanautomatie oder Schrittmacheraktivität. Die Schnelligkeit der Depolarisation bestimmt die Frequenz des Schrittmachers. In höherer Dosierung wird bei allen Antiarrhythmika auch das Aktionspotential der Arbeitsmuskulatur ungünstig beeinflusst, was zur Herzmuskelinsuffizienz beitragen kann. Bei myokardialen Vorschäden tritt dieser Effekt früher ein.

Die meisten Antiarrhythmika entsprechen in ihrer grundsätzlichen Wirkung dem *Chinidin*: Sie führen zu einer Verlängerung der Refraktärzeit, Verminderung der Anstiegsgeschwindigkeit des Aktionspotentials (gleich Abnahme der Leitungsgeschwindigkeit) und der spontanen diastolischen Depolarisation (gleich Senkung der Schrittmacherfrequenz) sowie zu einem Atropin-ähnlichen, parasympathikolytischen Effekt. Hierdurch kann es unter niedrigen bis mittleren Chinidindosen zu einer Beschleunigung der atrioventrikulären Überleitung kommen (z. B. beim Vorhofflattern mit nachfolgender 1 : 1 Überleitung).

Im Gegensatz zu den Antiarrhythmika vom Chinidintyp führen *Lidocain* und *Diphenylhydantoin* nicht zu einer Verlängerung der Refraktärzeit, sondern zu einer Verkürzung des Aktionspotentials und Verkürzung der Refraktärzeit. Dies erlaubt eine antiarrhythmische Differentialtherapie. Aber auch bei prinzipiell gleichartig wirkenden Substanzen können Wirkungsschwerpunkte auf verschiedenen Abschnitten des Reizleitungssystems und des Herzmuskels unterschieden werden. So wird die Spontanautomatie des Sinusknotens und die Sinusknotenerholungszeit unterschiedlich beeinflusst, was durch die His-Bündel-Elektrokardiographie nachzuweisen ist.

*Procainamid* und *Ajmalin* wirken vorzugsweise auf die intraventrikuläre Erregungsleitung, *Isoptin* be-

einflußt vorwiegend den AV-Knoten, *Aprindin* hat eine ausgeglichene Wirkung auf die atrioventrikuläre und intraventrikuläre Erregungsleitung. Leider gibt es bisher kein Mittel, das ausschließlich oder bevorzugt auf die atriale Leitung einwirkt. Daraus ergibt sich das Dilemma in der Behandlung von supraventrikulären Extrasystolen und anderen supraventrikulären Rhythmusstörungen. Die Beta-Rezeptorenblocker wirken einerseits durch kompetitive Hemmung des adrenergen Antriebs, auf der anderen Seite zeigen sie jedoch mehr oder weniger deutlich auch spezifisch antiarrhythmische Eigenschaften mit Verlängerung der Aktionspotentialdauer und der Refraktärzeit sowie Abnahme der Aktionspotential-Anstiegsgeschwindigkeit und Abnahme der spontanen diastolischen Depolarisation des Sinusknotens und der Purkinje-Phasen.

Naturgemäß können durch Antiarrhythmika auch Herzrhythmusstörungen ausgelöst werden. Dabei handelt es sich entweder um ventrikuläre Tachykardien, die bei der Behandlung von ventrikulären Extrasystolen oder der Therapie einer Sinusbradykardie beim akuten Myokardinfarkt auftreten (Reentry-Tachykardien). Eine Hypokaliämie vermindert im allgemeinen die Wirksamkeit von Antiarrhythmika.

Das Mittel der Wahl zur Unterbrechung supraventrikulärer Tachykardien ist das Verapamil (*Isoptin*). Die Beta-Rezeptorenblocker *Visken* und *Dociton* sind hierfür ebenfalls als geeignet anzusehen und führen darüber hinaus auch zu einer Frequenzsenkung bei der schnellen Form des Vorhofflimmerns. Zusätzlich sollte bei diesen Fällen eine Schnellsättigung mit Digitalis erfolgen. Bei ventrikulären Tachykardien und gehäulter ventrikulärer Extrasystolie bieten sich *Lidocain* und *Aprindin* (*Amidonal*) an. *Lidocain* verliert nach wenigen Minuten seine Wirksamkeit, was teilweise ein Nachteil ist, andererseits aber auch von Vorteil sein kann. *Aprindin* hat in der therapeutischen Dosierung keine meßbare negativ inotrope Wirkung und unterscheidet sich hiervon wesentlich vom *Ajmalin*. Ist eine Differentialdiagnose zwischen ventrikulärer und supraventrikulärer Tachykardie mit Block (und dadurch verbreitertem QRS-Komplex) nicht möglich, empfiehlt es sich, zunächst

einen Beta-Rezeptorenblocker oder Isoptin zu injizieren und bei Unwirksamkeit auf ein vorwiegend auf ventrikuläre Rhythmusstörungen ausgerichtetes Medikament überzugehen (Antidot: Alupent und Atropin). Kommt es beim akuten Herzinfarkt bereits vor der Klinikeinweisung zum Auftreten gehäufter ventrikulärer Extrasystolen, so ist derzeit die intramuskuläre Gabe von ca. 300 mg Xylocain (mit einem ausreichenden Wirkspiegel für etwa zwei Stunden) angezeigt. Bei gefährlich wirkenden Bradykardien empfiehlt sich die intravenöse Gabe von 0,5 bis 1 mg Atropin. Eine routinemäßige Gabe ist wegen der Möglichkeit des Auftretens ventrikulärer Reentry-Tachykardien zu unterlassen.

Die für eine orale Langzeittherapie in Frage kommenden Medikamente sollten eine hohe antiarrhythmische Wirksamkeit, eine gute und gleichmäßige enterale Resorption, eine lange Wirkdauer und bei therapeutisch wirksamer Dosierung keine wesentlichen Nebenwirkungen aufweisen. Für die Behandlung der ventrikulären Tachykardien und Extrasystolen eignen sich wiederum das Aprindin (Amidonal) und das Ajmalinbitartrat (Neo-Gilurytmal). Supraventrikuläre Tachykardien und schnelles Vorhofflimmern lassen sich durch Verapamil (Isoptin), Pindolol (Visken), Alprenolol (Aptin), Chinidinbisulfat (Chinidin-Duriles) und Acetyl-Digoxin (z. B. Novodigal) behandeln. Gegenüber Bradykardien wird sich nach wie vor das Orciprenalin (Alupent) und Atropin bewähren.

Dr. K. W. Westermann, Hamburg:

#### Schrittmacher – wann, welche und wie sind sie zu überwecken?

Nach wie vor stellt der Adams-Stokes-Anfall die klassische Indikation zur Dauerstimulation des Herzens dar. Auch die mit glykosidpflichtiger Herzinsuffizienz einhergehende schwere Bradykardie ist als Indikation weitgehend unumstritten. In letzter Zeit werden auch tachykerde Störungen zunehmend in den Indikationskatalog für eine Dauerstimulation aufgenommen.

Bei der passageren Stimulation wird die Indikation großzügiger gestellt. Protektive Behandlung beim hoch-

gradigen AV-Block I. Grades, beim AV-Block II. Grades oder bei bifasikulären Blockierungen wird z. B. vor Operationen, beim akuten Infarkt oder der frischen Karditis durchgeführt.

Beim asymptomatisch erworbenen oder angeborenen totalen AV-Block wird eine Schrittmacherversorgung nur von einem Teil der kompetenten Kardiologen für notwendig erachtet. Auch bei den im Rahmen des Sinusknotensyndroms aufgetretenen schweren Sinusbradykardien und beim chronischen SA-Block wird die Notwendigkeit zur Schrittmacherimplantation nur bei den symptomatischen Formen gesehen und beim Tachykardie-Bradykardie-Syndrom mehrheitlich akzeptiert. Eine AV-Blockierung II. Grades vom Typ Mobitz I mit Wenckebachscher Automatik wird wegen seiner geringen höhergradigen Blockierungsneigung bei guter Erholungstendenz vorwiegend konservativ behandelt, während der Mobitz-II-Typ mit weiter distalwärts gelegener Blockierung wegen seiner Neigung zu Adams-Stokes-Anfällen eine Schrittmacherindikation darstellt.

Unter den verwandten Schrittmachertypen haben die anfänglich ausschließlich eingesetzten, starr frequent arbeitenden Geräte nur noch einen geringen Marktanteil. Der Rückgang zugunsten ventrikelgesteuerter Einheiten erfolgte unter dem Eindruck der häufigen Interaktionen zwischen natürlichen und artefiziellen Depolarisationen. Die Einführung der universell anwendbaren ventrikelgesteuerten Geräte, die heute in über 90 Prozent der Fälle eingesetzt werden, wurden durch die Tatsache, daß bei der Implantation kein Mehraufwand entsteht, begünstigt. Da er durchschnittlich weniger Impulse abgibt als sein QRS-synchron arbeitender Konkurrent, sollte seine Lebensdauer auch höher liegen.

Um beim höhergradigen AV-Block mit intakter Vorhoftätigkeit die alte Verbindung wieder herstellen zu können, wurden vorhofgesteuerte Geräte entwickelt. Die vorhofgesteuerte Ventrikelstimulation, die mit schätzungsweise 60 Prozent die größte Indikationsbreite einnimmt, wirft leider einige praktische Probleme auf: Es bestehen Schwierigkeiten, eine zweite für die Sensorfunktion benötigte Elektrode in den

hierfür schlecht geeigneten rechten Vorhof zu fixieren. Dies hat zur Entwicklung von sogenannten Haken-elektroden und Elektroden mit J-förmig gebogenem Ende für die Platzierung im Herzohr geführt. Die bifokale Stimulation hat die gleichen technischen Schwierigkeiten zu überwinden. Ihre Indikationsbreite ist mit zehn Prozent jedoch gering. Sinusbradykardie und sinuatrialer Block stellen bei zusätzlicher distaler Blockierung hierfür eine Indikation dar, werden derzeit aber noch sicherer mit der ventrikelgesteuerten Stimulation beherrscht.

Im Gegensatz zur vorhofgesteuerten Stimulation ist bei den anderen Systemen die leistungsadäquate Frequenzanpassung nicht möglich. Deshalb liegen Entwicklungen frequenzvariabler Schrittmacher vor, die ihre Steuerung aus dem Aktivitätszustand des Organismus (Blutlaktat, zentralvenöser Sauerstoffgehalt und Atemfrequenz) beziehen.

Seit Einführung der langlebigen Radio-Nucleid-Batterien ist auch die Entwicklung elektromechanischer Energiequellen vorangekommen. Die geringe Verwendung von Isotopen-Schrittmachern hat ihre Ursache in administrativen Problemen, in der Größe und Schwere des Gerätes und nicht zuletzt im Preis. Die konventionellen, mit Quecksilber-Oxyd-Zink betriebenen Geräte besitzen derzeit eine theoretische Lebensdauer von fünf bis sechs Jahren; die Zukunft scheint jedoch den Lithium-Jodid-Zellen zu gehören, die über eine Lebensdauer von acht Jahren und mehr verfügen.

Angesichts der längerlebigen Systeme und wachsenden Zahl von Schrittmacherträgern (in der Bundesrepublik Deutschland derzeit schätzungsweise über 30 000) stellt sich die Frage nach der Überwachung in ganz besonderem Maße. Aus heutiger Sicht liegt eine Dreiteilung der Kontrollfunktion vor. Der Patient und seine Umgebung, der Hausarzt und das Schrittmacherzentrum sind die verantwortlichen Instanzen. Die wichtigste Frage nach der Funktionstüchtigkeit des Gerätes kann größtenteils mit der Frequenzkontrolle vom Patienten selbst beantwortet werden. Zur Selbstmessung der Pulsfrequenz werden von den Schrittmacherfirmen Überwachungsgeräte angeboten, die die kritische Abweichung von der Soll-

frequenz angeben. Liegt der Eigenrhythmus überwiegend oberhalb der Schrittmachergrundfrequenz, so fällt diese Kontrollmöglichkeit aus.

Die spezifische Aufgabe des Hausarztes liegt in einer etwa vierteljährlich durchzuführenden EKG-Untersuchung zur Prüfung der Unversehrtheit von Stimulation und Synchronisation und zur Überprüfung der Grundfrequenz. Erst in unklaren Fällen oder in größeren Zeitabständen sollte das Zentrum eingeschaltet werden.

*Professor Dr. H. G. Faßbender, Mainz, Jahresvorsitzender des Regensburger Ärztlichen Kollegiums:*

### **Sorge um des Bild des Arztes in der Öffentlichkeit \*)**

Müßte sich ein Außenstehender allein mit der in den letzten Jahren und Monaten in illustrierten Zeitschriften und im Fernsehen publizierten ärztlichen Tätigkeit ein Bild von diesem Beruf machen, so entstünde eine geradezu groteske Vorstellung von dem, was der Arzt ist und was er tut. Angelockt vom Gesetz des stehenden und vor allem des bewegten Bildes haben die Illustrierten und das Fernsehen spektakuläre Momente der ärztlichen Tätigkeit entdeckt und unter ihren Aspekten ausgebeutet, so z. B. Bilder von gewagten Herzoperationen und Organtransplantationen. In einer Zeit, in der die Vorsorgeuntersuchung nur mit Mühe in der Bevölkerung Boden gewinnt, wird im Fernsehen eine Brustamputation mit allen Folgen für die betroffene Frau gezeigt. Dies wirkt für viele so abschreckend, daß sie von weiteren Vorsorgeuntersuchungen fern bleiben.

Versetzt man sich in die Lage des außenstehenden Lesers, so steht man einem völlig verzerrten Arztbild gegenüber, das ihm die Medien präsentieren: Neben der bereits bekannten Polemik gegen unseren Stand treten ihm im Fernsehen und in Illustrierten vermummte Wesen gegenüber, die ihm ehestens an Astronauten erinnern. Diese scheinen nicht mehr an den alltäglichen Sorgen und Nöten der Menschen, sondern nur noch an spektakulären

medizinischen Fällen interessiert zu sein. Abgesehen davon, daß der Laie von einer sich so artistisch und blutig gebärenden Medizin mehrere Schritte zurücktritt, betreibt der Arzt, je mehr er sich als Techniker versteht, die Endmythologisierung seines Standes und untergräbt damit den Standort, von dem allein er heilen, helfen und raten kann. Der Vorwurf kann in diesen Fällen nicht den Medien gelten, weil sie nach ihren eigenen optischen Gesetzen handeln, um beim Leser und Zuschauer aktuell und populär zu bleiben. Der Vorwurf gilt vielmehr uns Ärzten, weil uns mehr und mehr das Gefühl dafür zu verlassen scheint, welche Art der Selbstdarstellung sinnvoll oder ungeeignet ist. Mehr und mehr wird die Solidarität mit der großen Schar der Ärzte zerstört, deren täglicher Dienst am Menschen zwar optisch uninteressant, aber für die Menschheit zu allen Zeiten lebenswichtig ist.

Zur gleichen Zeit, wo Ärzte genüßlich bei blutrünstiger und für Patienten risikoreicher Arbeit gezeigt werden, schenkt die illustrierte und nichtillustrierte Presse unverhohlene Sympathie dem neuen Helfertyp, der, ohne vorausgegangenes Medizinstudium, ohne Operationen, Narkosen und Medikamente nur mit einer einfachen Nadel Schmerzen lindern und Krankheiten heilen soll. Es versteht sich von selbst, daß man diesen Leuten, derer sich unsere Zeitungen mit so viel Wärme und Sympathie annehmen, im Gegensatz zur Gewinnsucht der Ärzte Charisma und Sendungsbewußtsein unterstellt. So entsteht den rat- und hilfeschuchenden Kranken aus Wort und Bild der Medizin eine seltsame Landschaft: Auf der einen Seite findet man den Arzt als einen überbeschäftigten, profitorientierten und überwiegend von der operativen und spektakulären Seite faszinierten Techniker, von dem der Patient kein Interesse an seinen personellen Problemen erhoffen

kann. Auf der anderen Seite entsteht ihm ein neuer, charismatischer Verbündeter gegen Schmerz und Krankheit, der mit seiner Nadel sogar Operationen überflüssig macht.

Seit sich die Medizin zunehmend zwischen den Arzt und den Patienten schiebt und die Erosion der traditionellen Vertrauensbasis fördert, ist der charismatische, nicht medizinisch geschulte Außenseiter eindeutig Favorit der Presse und damit in zunehmendem Maße auch der öffentlichen Meinung.

Nun ist es nicht so sehr unsere Sache, Unwirksamkeit von Außenseitermethoden zu beweisen, solange sie ungefährlich sind. Im Grunde sollten sie uns sogar recht sein, wenn sie in irgendeiner Weise mithelfen, menschliches Leid zu lindern. Man denke dabei beispielsweise an die relativ hohen Erfolgsraten der Placebomedikation, die grundsätzlich zu begrüßen sind. Unsere Aufgabe müßte es dagegen sein, jede Mitwirkung an bildlichen Darstellungen zu unterlassen, die dazu geeignet sind, unsere Tätigkeit in das kalte Licht der risikoreichen Technik und der Sensation zu rücken. Die Öffentlichkeit muß wieder mit den Urfunktionen des Arztes vertraut gemacht werden. Wir müssen ihn als den Menschen zeigen, dessen Beruf es ist, einer zu Leiden und Sterben verurteilten Menschheit für ihre großen und kleinen Sorgen mit Geduld, Verständnis und mit einem in oft mühevoller Fortbildungsarbeit erworbenen Wissen zur Verfügung zu stehen. Vertügbare und Verbundenheit, erwachsen aus der Erkenntnis, daß auch wir Ärzte selbst in die Solidarität des Leidenden und Sterbenden eingeschlossen sind. Diese Antithese von den „Göttern in Weiß“ sind wir unseren Mitmenschen schuldig – sie warten darauf!

*Referent:*

*Dr. med. A. Peetzke, Behrlingsdorfer Straße 5 a, 8501 Schwaig*

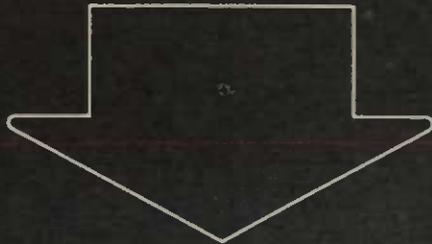
## **59. Augsburger Fortbildungskongreß für praktische Medizin**

**vom 25. bis 27. März 1977**

Auskunft: Sekretariat des Augsburger Fortbildungskongresses, Frohsinnstraße 2, 8900 Augsburg, Telefon (08 21) 3 37 77

\*) Vortrag gehalten beim Empfang durch die Stadt Regensburg

# Einfache Dosierung



Bei bakteriellen  
Infektionen

# Eusaprim<sup>®</sup> forte



Standard-Dosierung

## 2 x 1 Tablette täglich

Eusaprim



=

Eusaprim  
forte



Eusaprim<sup>®</sup> steht Ihnen auch weiterhin zur Verfügung.  
Standard-Dosierung von Eusaprim<sup>®</sup>: 2x2 Tabletten.

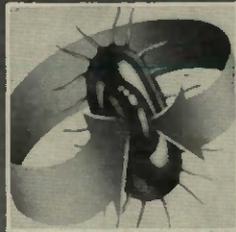
# Niedrige Tageskosten

In dieser Jahreszeit häufig:

# akute Infekte



## Eusaprim<sup>®</sup> forte



Zuverlässige Therapie-Erfolge

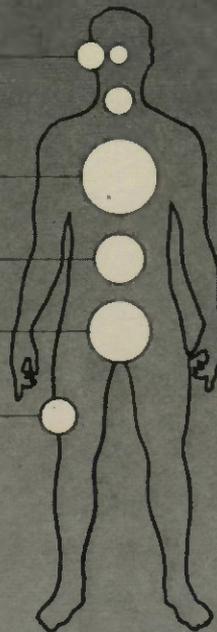
Hals-Nase-Ohren

Atemwege

Magen-Darm-Trakt

Urogenital-Trakt

Haut



**Indikationen:** Bakterielle Infektionen der Atemwege, der Nieren und ableitenden Harnwege, der Genitalorgane, des Magen-Darm-Traktes, der Haut und andere Infektionen mit empfindlichen Erregern. **Kontraindikationen:** Schwere Leberschäden, schwere Nierenfunktionsstörungen (Anwendung abhängig vom Serumkreatininapiegel), schwere Schäden des hämatopoetischen Systems, Sulfonamidüberempfindlichkeit, Schwangerschaft und erste vier Wochen der Stillperiode, erste vier Lebenswochen. **Nebenwirkungen:** Gelegentlich allergische Reaktionen (bei Exanthenen Eusaprim<sup>®</sup> forte absetzen) und reversible hämatologische Veränderungen. Bei Langzeitbehandlung regelmäßige Blutbildkontrollen. **Dosierung:** Standard-Dosis für Erwachsene: 2 x 1 Tablette täglich, Minimal-Dosis und Dosis für Langzeittherapie (mehr als vierzehn Tage): 2 x 1/2 Tablette täglich, Maximal-Dosis: 2 x 1 1/2 Tabletten täglich. **Packungen und Preise (m. MwSt.):** 10 Tabletten 1770 DM, 25 Tabletten 40,50 DM.



Wellcome

DEUTSCHE WELLCOME GMBH · 3006 BURGWEDEL 1

# Möglichkeiten und Grenzen der chirurgischen Behandlung der arteriellen Verschlüßerkrankungen\*

von H. M. Becker

Aus der Chirurgischen Klinik der Universität München (Direktor: Professor Dr. G. Heberer)

Die Arteriosklerose, oder besser die arterielle Verschlüßerkrankung, ergreift nicht unbedingt das gesamte Arteriensystem, sondern bevorzugt mit Bildung von Stenosen oder Verschlüssen ganz bestimmte Arterienabschnitte: so etwa Bifurkationen, längerstreckige Gefäße oder bei gekrümmten Gefäßen den sogenannten Innenkrümmer. Daß nach stenosierte oder verschlossene Arterienstrecken in der Regel wieder durchgängige Arterienabschnitte kommen, ist Voraussetzung für jede wiederherstellende Gefäßchirurgie.

Es gibt drei Formen der chirurgischen Behandlung bei Vorliegen einer arteriellen Verschlüßerkrankung:

1.

Die *Amputation*, die als Ablatio femoris/cruis seit Jahrhunderten die klassische chirurgische Therapie darstellte. Erst in den vergangenen zwanzig Jahren kommt zunehmend auch der Begriff der *Grenzzonenabtragung* hinzu, ein Begriff, der besagt, daß nach Ausschöpfen hyperämischer oder gefäßwiederherstellender Eingriffe die Absetzung nekrotisch gewordenen Gewebes an der Demarkationslinie möglich geworden ist mit Aussicht auf eine gute und in absehbarer Zeit zu erzielende Heilung.

2.

*Hyperämisierende Operationen.* Von allen den im Laufe der Zeit angegebenen Eingriffen ist letztlich nur noch die Grenzstrangresektion übrig geblieben, deren Sinn darin liegt, an den Extremitätenperipherien die Haut besser zu durchbluten, und damit gewissermaßen der Nekrose bzw. der Gangrän vorzubeugen. In Verwendung an der oberen Extremität: transthorakale Resektion von Th 2 bis 5. An der unteren Extremität: lumbale Sympathektomie unter Resektion mindestens von 2 Lumbalganglien. Voraussetzung für diesen

Eingriff: periphere Verschlüsse, die jenseits rekonstruierbarer Lichtungsgrößen liegen (Unterarm, Unterschenkel, Hand, Digitalarterien).

3.

*Rekonstruktive Verfahren.* Hier kennen wir zwei Formen: einmal die *Desobliteration* (Desobstruktion, Thrombendarteriektomie, Ausschälplastik), in vielen Bereichen die Methode der Wahl, heute bei kurzstreckigen Prozessen in der offenen, bei längerstreckigen in der halbgeschlossenen Form mit eigenen Desobliteratoren (Ringstrippern) möglich. Ihr stehen die *Umleitungsverfahren* (Überbrückungsplastiken, Bypass-Methoden) gegenüber, die unter Einsatz von synthetischen Gefäßprothesen oder, bei kleiner kalibrigen Arterien, autogener Vena saphena magna, den Einbau einer Kollateralbahn von der prä- zur postokklusiven Arterienstrecke darstellen.

Indikationsstellung, Wahl des Operationsverfahrens, Prognose und Spätergebnisse sind an den verschiedenen Lokalisationen arterieller Verschlüßerkrankungen unterschiedlich.

## Zerebrovaskuläre Insuffizienz

Sind arterielle Strombahnhindernisse der Hirnarterien außerhalb des Schädels lokalisiert, lassen sie sich unter Umständen gut operativ angehen. In Analogie zum Beschwerdekomples an den unteren Gliedmaßen unterscheiden wir heute nach Ratschow-Fontaine vier Stadien:

Stadium I = symptomlos bei nachweisbarer Stenose bzw. Verschuß im Bereich der Hirnarterien.

Stadium II = flüchtige, intermittierend auftretende, in der Regel innerhalb von Minuten, Stunden oder

Tagen völlig reversible Ausfallsymptomatik.

Stadium III = progredienter, innerhalb von Stunden oder Tagen in der Schwere der Ausfallserscheinungen langsam zunehmender Insult.

Stadium IV = kompletter zerebraler Insult.

Je nach betroffenem Hirnareal kann man drei verschiedene Formen extrakraniell bedingter Durchblutungsstörungen des Gehirns unterscheiden: die Karotisinsuffizienz, die vertebro-basiläre Insuffizienz und das Aortenbogensyndrom.

## Kerotisinsuffizienz

Den Beschwerden nach gekennzeichnet von gleichseitigen Sehstörungen (Schleierbildung, Doppelbilder, Gesichtsfeldausfälle bis zur Amaurose) sowie einer Halbseiten-symptomatik, die entweder arm- oder beinbetont sein kann und meist auch mit einer zentralen Fazialisparese einhergeht. Ist die linke Großhirnhemisphäre beim Rechtshänder betroffen, sind eigentlich stets, wenn auch gelegentlich nur vorübergehend, motorische Sprachstörungen vorhanden. Angiographisches Korrelat dieser Beschwerden sind Strombahnhindernisse im Bereich der Karotiden, wie sie sich insbesondere an der Karotisbifurkation am Ostium oder den ersten Zentimetern der Arteria carotis interna finden. Ziel der Behandlung ist die Prophylaxe eines zerebralen Insultes – deshalb ist die Operation nur sinnvoll, solange keine bleibende Ausfallsymptomatik vorliegt, die den umschriebenen Erweichungsherd kennzeichnet. Demgemäß wird die Indikation vorwiegend im Stadium II der intermittierenden, aber reversiblen und flüchtigen

\* Vortrag anlässlich einer Fortbildungsveranstaltung der „Ärztlichen Fortbildung im Chiemgau“

Halbseitensymptome zu stellen sein, mehr und mehr auch im Stadium I trotz der Beschwerdefreiheit, da die bereits vorliegende Stenose innerhalb von fünf Jahren mit einer Wahrscheinlichkeit um 30 bis 35 Prozent zum bleibenden Apoplex führt. Operation der Wahl: die offene Desobliteration der Karotisbifurkation. Die Längsarteriotomie kann durch ein Streifentransplantat aus der peripheren Vena saphena magna („Venen-Patch“) vernäht werden. Während der Operation protektive Maßnahmen zur Aufrechterhaltung einer minimalen Hirndurchströmung mittels Intraluminalem temporären Röhrchen-Shunt. Ergebnisse im Stadium I sehr gut, keine Letalität. Im Stadium II Letalität zwischen zwei und vier Prozent, nach fünf und zehn Jahren nur in zwei Prozent der Fälle gleichseitige Hirninfarkte. Die Letalität im Stadium III beträgt über zwölf Prozent, bleibende gute Ergebnisse bei rund 60 Prozent. Im Stadium IV sollte zunächst nicht operiert werden, erst nach einigen Wochen die Indikation vorsichtig gestellt werden – berücksichtigt werden muß die Gegenseite, deren Stenose dringend der Rekonstruktion bedarf. Selbstverständlich wird auch im Stadium der Somnolenz oder Bewußtlosigkeit (Hirnödem!) unter keinen Umständen operiert.

#### **Vertebro-basiläre insuffizienz**

Die Beschwerden sind weitaus uncharakteristischer als diejenigen der Karotisinsuffizienz: vorwiegend wird über Schwindelzustände geklagt (Dreh- und Schwankschwindel), deren Folge Ataxie und ohnmachtsartige Zustände sind. Meist sind die Beschwerden relativ diskret, lassen sich aber gelegentlich durch aktive Muskelbetätigung des entsprechenden Armes provozieren. Angiographisch finden sich Stenosen oder Verschlüsse der Vertebralarterien und der zubringenden Subklaviaabschnitte. Eine Sonderform ist das *Subklaviaentzugssyndrom*, röntgenologisch charakterisiert durch Stenose oder Verschuß der zentralen Arteria subclavia (meist links), Strömungsumkehr der gleichseitigen Arteria vertebralis (angiographisch nachweisbar als Entzugseffekt) und Provokation des Beschwerdekompleses durch Muskelbetätigung des Armes. Hierbei wird dem vertebro-basilären System Blut entzogen zugunsten der Durchblutungssteigerung des Armes. Indika-

tion zur operativen Gefäßwiederherstellung zurückhaltend! Linksseitig nur selten Thorektomie indiziert. Sonstige Möglichkeiten sind Umleitungsverfahren: gleichseitig von der Carotis communis zur Subklavia (carotido-subclaviel) oder von der Gegenseite her subclavio-subclavial, wobei beide Anastomosen infraklavikulär liegen und das Transplantat subkutan das Manubrium überquert. Gerade der letztere Eingriff erfreut sich in den vergangenen Jahren zunehmender Beliebtheit, da er einfach ist, kaum eine größere Belastung darstellt und gute Resultate erbringt.

#### **Aortenbogensyndrom**

Gekennzeichnet durch eine allgemeine Symptomatik: organisches Psychosyndrom, Vergeßlichkeit, Merkfähigkeitsstörungen, Intelligenzdefekt. Angiographisch finden sich Stenosierungen oder Verschlüsse der Aortenbogenäste, insbesondere des Truncus brachiocephalicus und der linken Arteria carotis communis am Aortenbogen. Sonderform: Takayasu-Arteriitis, eine spezifische, bei jungen Frauen Ostesiens vorwiegend vorkommende chronische Verschlusserkrankung („Pulseless-Disease“). Gegenüber der Abgangstenose der Arteria carotis interna oder Subklaviaprozessen selten. Zur Behandlung ist Voraussetzung die Begrenzung der Prozesse auf den Aortenbogen bzw. die Ostien der Aortenbogenarterien; Verfahren der Wahl sind meist Umleitungen, die von der Aorta descendens ausgehen (durch Sternotomie freigelegt) und im Schulter-Halsbereich in sämtliche supraaortale Arterien einmünden können. Nur gelegentlich werden Desobliterationsverfahren am Ostium der entsprechenden Aortenbogenäste gewählt.

#### **Renoveskulärer Hochdruck**

Rund 25 Prozent aller Hochdruck-Kranken besitzen einen renalen Hochdruck. Hiervon hat etwa jeder Vierte einen renovaskulär bedingten Hochdruck durch Strombahnhindernisse im Bereich der Nierenhauptarterien. Charakteristisch ist der hohe diastolische Druck. Die Arteriosklerose als Ostiumstenose der Nierenarterie am Ursprung aus der Aorta abdominalis ist in etwa zwei Drittel der Fälle Ursache des Hochdrucks, im restlichen Drittel finden

sich multiple fibromuskulär-hyperplastische Stenosierungen mit relativ weiten poststenotischen Dilatationen. Letzteres Krankheitsbild vorwiegend bei jungen Frauen. Andere Ursachen (Vernarbungen nach Dezelationstraumen mit Einrissen, kongenitale Nierenarterienstenosen, extravasale Einengungen, Aneurysmen usw.) sind dagegen sehr selten.

Der renovaskuläre Hochdruck fällt unter die chirurgisch angehbaren Hochdruckformen. Während fibromuskulär dysplastische Nierenarterien durch Resektion und aorto-renales Venen-Interponat mit guter Chance und Prognose operiert werden können, muß man bei arteriosklerotischen Abgangsstenosen in der Indikationsstellung etwas zurückhaltender sein (unter 45 Jahre, übriges Gefäßsystem weitgehend durchgängig, keine Begleiterkrankungen). Die sklerotische Stenose links wird in der Regel ausgeschält, die Arteriotomie mit einem Venenstreifentransplantat vernäht, rechts hingegen wird die aorto-renale Venenumleitung bevorzugt. Operationsletalität um fünf Prozent, Erreichung der Normotonie im Spätergebnis nach fünf Jahren bei den fibromuskulär-hyperplastischen Patienten zu 70 Prozent, bei den arteriosklerotischen Patienten nur zu 30 bis 40 Prozent. In den meisten Fällen läßt sich aber die Hypertonie medikamentös postoperativ besser einstellen als ante operationem. Trotzdem gibt es Einzelfälle, deren Hypertonie durch den Eingriff unbeeinflusst bleibt, da offenbar bereits fixiert.

Jeder junge Mensch mit Hypertonie und hohen diastolischen Werten sollte einem Frühurogramm mit Spätbildern, einer Angiographie und einer selektiven Nierenvenenblutentnahme zur Reninbestimmung unterzogen werden. Die Hypertonie ist zunächst keine Krankheit, sondern nur ein Symptom, dessen Ursachen abgeklärt werden müssen. Die Diagnose „essentielle Hypertonie“ ist eine Diagnose per exclusionem!

Auch bei älteren Kranken jenseits des 60. Lebensjahres werden gefäßwiederherstellende Eingriffe an den Nierenarterien durchgeführt; die Indikation stellt weniger die vaskulär bedingte Hypertonie als die zunehmende Niereninsuffizienz bei bilateralem Befall beider Nierenarterien.

# Dysbakterie

Gärungs- und Fäulnisdyspepsien  
Störungen im gesamten Verdauungstrakt

# SULFredox® schafft Eubakterie ohne Diät

## Die 2-Phasen-Wirkung



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

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

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

**Kontraindikationen:**  
Eisenakkumulation (Hämochromatosen, chron. Hämolyse), Eisenverwertungsstörungen, sideroachrestische Anämien, Bleianämien, Thalassämien.

### Zusammensetzung

Dragee SULFredox enthält:

Al-Silikat	320,00 mg	Ferr. glucon	2,00 mg
Alu. dep.	115,00 mg	Cobalt chlorat.	0,25 mg
Calc. carb. praec.	17,50 mg	Mangan chlorat.	0,25 mg
Ascorbic acid	30,00 mg	Saccharum lact.	235,18 mg



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

Nebenwirkungen: Keine bekannt

Arzneimittel so natürlich wie möglich  
KURT MERZ · 6497 STEINAU

Muster auf Anforderung  
**TOSSA**  
ARZNEI

Operationsletalität hoch (über zwölf Prozent), die Ergebnisse sind jedoch befriedigend.

### Intestinale Durchblutungsstörungen

Am Darm sind zu unterscheiden akute von chronischen arteriellen Verschlussyndromen.

Die akuten Durchblutungsstörungen des Darmes sind meist hervorgerufen durch thromboembolische Verschlüsse im Rahmen einer kardiogenen Emboliekrankheit (etwa fünf Prozent aller peripheren arteriellen Embolien lokalisieren sich in der Arteria mesenterica superior). Der akute Verschluss führt zu stärksten Leibschmerzen, zu denen der blande Untersuchungsbefund kontrastiert. Starke Hypermotilität (ischämiebedingt) des gesamten Darmes. Auch Opiate können darartige Schmerzen kaum lindern. Nach einigen Stunden Nachlassen der Schmerzen mit dem Beginn der Darmparalyse, die dann zunehmend in das Stadium der Darmgangrän mit Durchwanderungsperitonitis übergeht. Entscheidend ist die Frühdiagnose, gesichert durch ein Viszeralarteriogramm, zur Wegberaumung der verschlossenen Darmarterie per Laparotomie (Embolektomie), ehe die ischämischen Darmabschnitte irreversibel endoxisch geschädigt sind. Die Embolektomie hat eine gute Prognose, das Abwarten ist für den Patienten absolut todbringend!

Das chronische Verschlussyndrom der Eingeweidaschlagadern ist gekennzeichnet durch den postprandialen Schmerz, den erheblichen Gewichtsverlust, ein (ischämiebedingtes) Malabsorptionssyndrom mit nachfolgender Keuchexie und mögliche Gefäßgeräusche im Oberbauch. Gastroenterologische Durchuntersuchungen ergeben weder einen Hinweis auf das Vorliegen eines Karzinoms noch einer sonstigen gastrointestinalen Erkrankung. Lediglich die Viszeralarteriographie zeigt die Stenosen oder Verschlüsse am Truncus coeliacus, Arteria mesenterica superior und inferior sowie die meist vorhandenen, aber ungenügenden Kollateralkreisläufe. Stenosen und Verschlüsse an den Darmarterien sind übrigens sehr häufig, wengleich durch ausgeglichene Kollateralen in der Regel gut kompensiert. Die Operationsindika-

tion muß aus vitalen Gründen gestellt werden, Operationsverfahren der Wahl ist entweder die Desobliteration der Stenose oder das aorto-mesenteriale Umleitungsverfahren mittels autogener Vena saphena magna. Oft sind Kombinationseingriffe zur Beseitigung von Verschlüssen im Aorta-iliaca-Abschnitt oder an den Nierenarterien zusätzlich angelegt. Letalität über fünf Prozent, die Ergebnisse der wenigen in der Welt durchgeführten Eingriffe (wird selbst verfügen über 16 Eigenbeobachtungen) insgesamt gut.

### Arterien der unteren Körperhälfte

Weitaus am häufigsten kommen Krenke mit Verschlussprozessen an den Arterien der unteren Extremitäten zur Behandlung. Die von Fontaine/Ratschow angegebene Stadieneinteilung gibt über die reine Beschreibung hinaus diagnostische und therapeutische Hinweise:

Stadium I = symptomlos bei nachweisbarem Arterienverschluß.

Stadium II = Claudicatio intermittens, intermittierendes Hinken mit wechselnd zurücklegbarer Gehstrecke.

Stadium III = Ruheschmerz bei horizontal liegender Extremität.

Stadium IV = trophische Störung (Nekrose/Gangrän).

Das Stadium II wird sinnvollerweise unterteilt in ein Stadium IIa mit noch relativ weiter, schmerzfrei zurücklegbarer Gehstrecke, dann das Stadium IIb mit sehr kurzer (um 50 m) Gehstrecke gegenübersteht. Erst das Stadium III, in welchem in Waagrechtlage das zur Funktions- und Strukturhaltung nötige Ruheblutvolumen unterschritten wird, signalisiert die Gefährdung für die Extremität, die im Stadium IV dann augenfällig wird.

Der Therapeut unterscheidet drei Gefäßetagen: Die Aorta-iliaca-Etage, die Femoralis-poplitea-Etage und die Unterschenkel-Etage, womit der vorliegende Typ der Durchblutungsstörung gekennzeichnet wird; Kombinationsverschlüsse der unterschiedlichen Etagen sind allerdings häufig.

Nach den in den vergangenen Jahren weiterentwickelten Formen kon-

servativer Therapie und den zum Teil enttäuschenden Spätergebnissen wiederherstellender Operationsverfahren ist die Indikationsstellung erheblich eingeschränkt worden. Gerechtfertigt ist der operative rekonstruierende Gefäßeingriff im Stadium der Bedrohung der Gliedmaßen (III und IV), nur gelegentlich im Stadium II. Für die einzelnen Abschnitte gelten hierbei unterschiedliche Wiederherstellungsprinzipien, wobei beim Vorliegen von Kombinationsverschlüssen immer zuerst die proximale Etage rekonstruiert werden muß.

### Aorta-iliaca-Abschnitt

Für den hohen Infrarenalen Aortenverschluß bzw. den Aortenbifurkationsverschluß mit Befall beider Beckenarterien kommt als Rekonstruktionsverfahren lediglich das synthetische Bifurkationstransplantat aorto-bifemorale in Betracht. Dieser Eingriff muß, insbesondere beim hohen Aortenverschluß, transperitoneal ausgeführt werden, lediglich der Aortenbifurkationsverschluß bzw. die dort befindliche Stenose und die bilateralen Beckenarterienverschlüsse kann man von extraperitoneal her operieren. Der transperitoneale Zugang hat eine Letalität über sechs Prozent, der extraperitoneale Zugang von vier Prozent. Im Aorta-iliaca-Abschnitt bevorzugt man jedoch das Desobliterationsverfahren, vorwiegend wegen der geringeren Spätergebnisse. Ist die Arterie zu sehr verkalkt, elongiert oder läßt sich für die Desobliteration keine intramurale Trennschicht finden, kann auch einseitig ein aorto- bzw. iliaco-femorales Transplantat eingesetzt werden. Voraussetzung ist in jedem Falle eine aufnahmefähige Arteria profunda femoris am Oberschenkel, günstiger noch eine zusätzlich durchgängige Arteria femoralis superficialis. Nach fünf und zehn Jahren Durchgängigkeit sowohl der Transplantate als auch der desobliterierten Strecken von rund 80 Prozent der Überlebenden. Die Absterbequote liegt bei zehn Jahren um 50 Prozent der Kranken!

Ist das Risiko des operativen Eingriffes mit Durchtrennung der Bauchwand (trans- oder extraperitoneal) aufgrund von Alter, Emphysebronchitis, koronarer Herzerkrankung oder sonstiger Begleiterkrankungen

zu hoch, kann man beim einseitigen Iliakaverschluß die durchgängige andere Iliaka im Leistenbereich (Arteria femoralis communis) als Spenderarterie verwenden und ein Transplantat subkutan suprapubisch zur anderen Leiste hinüberführen. Dieser femoro-femorale Bypass hat eine geringfügige Operationsletalität und erbringt gute Ergebnisse. Sind beide Beckenarterien verschlossen oder die Aortenbifurkation bzw. die terminale Bauchaorta betroffen, kann beim Risiko-Patienten auch die Arteria axillaris als Spenderarterie herangezogen werden. Das meist axillo-bifemoral einzusetzende Transplantat kann subkutan am Stamm heruntergeführt werden. Diese langen Transplantate haben zwar keine gute Durchgängigkeitsprognose, erbringen aber einen Zeitgewinn, der erfahrungsgemäß auch beim Wiederverschluß eine bessere Durchblutungssituation der Beine zurückläßt als vor dem operativen Eingriff.

#### Femorals-poplitea-Abschnitt

Verschlußprozesse an den Arterien des Oberschenkels sind, vorwiegend in Kombination mit Unterschenkelarterienverschlüssen, für die Erhaltung der Extremität von größerer Bedeutung als singuläre Beckenarterienverschlüsse. Verschiedene Methoden der Rekonstruktion kommen in Betracht: zum einen die *Profundoplastik*, d. h. die Wegbarmachung der kleinen tiefen Oberschenkelarterie, deren Bedeutung in den vergangenen Jahren erkannt wurde. Sie speist den Kollateralkreislauf, der auch bei Verschluß sämtlicher übriger Stammarterien die Erhaltung der Extremität unter Umständen gewährleisten kann. Sind Femoralis superficialis und Poplitea verschlossen, so kommt der Stenosektomie am Ostium der Arteria profunda femoris, unter Umständen auch der Desobliteration der Anfangsstrecken bis zum zweiten oder dritten Muskelast, für die Erhaltung des Beines entscheidende Bedeutung zu. Dieser Eingriff kann in Lokalanästhesie durchgeführt werden, ist wenig belastend und hat nach fünf Jahren eine Erfolgchance von rund 80 Prozent.

Für die Wiederherstellung der Arteria femoralis superficialis und Arteria poplitea ist die Umleitung mittels autogener Vena saphena magna

heute das Verfahren der Wahl. Desobliterationen sind Ausweichverfahren infolge nicht verwendbarer oder bereits entfernter Vena saphena magna. Die Überbrückung der langen Oberschenkelarterienstrecken mittels synthetischer Gefäßprothesen hat enttäuscht. Heute sind weitere Gefäßersatzmaterialien in Form desantigenisierter boviner Karotis oder von Teflon-Gußprothesen auf den Markt gekommen, deren Langzeitergebnisse abgewartet werden müssen. Die autologe Venenumleitung, ob die distale Anastomose oberhalb oder jenseits des Kniegelenkes angelegt worden ist, hat nach fünf Jahren eine Durchgängigkeitsquote von 65 Prozent, diejenige der halbgeschlossenen Desobliterationsverfahren nur von knapp 50 Prozent. Wiederverschlüsse führen häufiger als im Aorta-iliaca-Abschnitt zum Verlust des Beines, falls es nicht gelingt, durch Rezidiveingriffe die Durchblutung der Beinperipherie wieder herzustellen.

Wegen der gegenüber den wiederherstellenden Eingriffen der Aorta-iliaca-Etage weniger günstigen Spätergebnisse ist die Indikationsstellung zur Rekonstruktion femoro-poplitealer Arterienverschlüsse zunehmend strenger gestellt worden. Hinzu kommt, daß durch konservative Maßnahmen (Gehtraining, Antikoagulation, vasoaktive Pharmaka und Verwendung von Thrombolytika und defibrinogenisierenden Schlangengiften) bedrohende Situationen durch Verschlußprozesse in diesem Abschnitt heute besser behandelt werden können als noch vor einigen Jahren.

#### Unterschenkelarterien

Isolierte Unterschenkel- und Fußarterienverschlüsse sind auch heute noch nach wie vor die Domäne der lumbalen Sympathektomie. Handelt es sich um Kombinationsverschlüsse von Ober- und Unterschenkelarterien, können Venentransplantate bis in die supramalleoläre Region hinuntergeführt werden und dort an wieder durchgängige Unterschenkelarterien angeschlossen werden. Diese langdauernden, allerdings gliedmaßerhaltenden Eingriffe sind naturgemäß nur im Stadium III oder IV indiziert. Sie werden gerne kombiniert mit einer lumbalen Sympathektomie der gleichen Seite.

Die lumbale Sympathektomie hat auch heute noch eine Letalität knapp unter zwei Prozent, die Amputationsquote nach fünf Jahren liegt im Stadium II bei 7,5 Prozent, im Stadium III bei rund 20 Prozent und im Stadium IV bei über 50 Prozent. Aus diesem Grunde wird die Indikation zur lumbalen Sympathektomie vorwiegend im Stadium II und III gestellt, während die Operation im Stadium IV zu spät kommt.

#### Komplikationen

Für den synthetischen Gefäßersatz gibt es zwei typische Komplikationen: zum einen die Protheseninfektion, zum anderen das Nahtaneurysma.

Die *Protheseninfektion* stellt für den Kranken eine lebensbedrohende Situation dar. Entgegen mancher Einzelberichte in der Literatur gelingt es meist nicht, die Infektion zu beherrschen, so daß die Prothese in toto entfernt werden muß und an den Anastomosen die Arterien sämtlich ligiert werden müssen. Meist hat das zur Folge die Opferung der betroffenen Gliedmaße, die Letalität ist hoch. Nur selten gelingt es durch extraanatomische Umleitungsverfahren (etwa von der terminalen Aorta via Foramen obturatorium auf den Oberschenkel oder von der Aorta lumbalis über den Darmbeinkamm und seitlich am Oberschenkel an die Arterien im distalen Oberschenkelbereich) die Extremität zu erhalten.

Das *Anastomosen- oder Nahtaneurysma* ist die zweite prothesenspezifische Komplikation. In der Regel reißt die Naht aus der degenerativ veränderten Arterienwand, insbesondere nach im Anastomosenbereich durchgeführter Desobliteration. Gelegentlich kommt es auch zu Fadenfrakturen oder zum Ausriß der Naht aus der Prothese selbst. Tritt das Anastomosenaneurysma akut auf, muß es sofort operiert werden — das chronisch auftretende Anastomosenaneurysma erfordert keine unverzügliche, aber baldigst mögliche operative Revision. Meist ist ein kleines Kunststoff-Interponat zum nächst tiefergelegenen, wandstabilen Arterienabschnitt erforderlich. Auch diese spezifischen Komplikationen, von denen zwar die Infektion mit unter ein Prozent außerordentlich selten, das Nahtaneurys-

ma zwischen fünf und sieben Prozent jedoch relativ häufig sind, sprechen bei Vorliegen arterieller Verschlüsse mehr für das Desobliterations- als für das synthetische Umleitungsverfahren.

Die direkt an die Operation anschließende Nachbehandlung versucht durch frühestmögliche Mobilisation Allgemeinkomplikationen chirurgischer Patienten zu vermeiden. Die Durchführung eines Gehtrainings verbessert durch den peripher nötigen Blutbedarf die Durchströmung der desobliterierten bzw. überbrückten Gefäßstrecke, wobei zunächst unterstützend, je nach Ausdehnung der arteriellen Verschlussprozesse, auch gerinnungshemmende Pharmaka (Heparin) gegeben werden können. Dies insbesondere auch zur heute allgemein üblichen chirurgischen Thrombo-Embolie-Prophylaxe in kleinsten Dosen.

Der Chirurg muß sich darüber im klaren sein, daß Gefäßrekonstruktionen beim Vorliegen arterieller Verschlüsse lediglich die Durchblutung bedrohter Gewebsbezirke zu verbessern in der Lage sind, an der Erkrankung selbst aber kausal keine Änderung bewirken. Der Zusammenarbeit mit dem Hausarzt bzw. weiterbehandelnden Arzt kommt deshalb große Bedeutung zu: dieser sollte die der arteriellen Verschlusskrankheit zugrunde liegenden Noxen (Nikotin, Hyperlipidämie, Diabetes, Hypertonie usw.) weitgehend ausschalten und, in Zusammenarbeit mit dem Chirurgen, über die Durchführung einer Dauerantikoagulantientherapie entscheiden. Die Dauerantikoagulation wird üblicherweise weniger zur Offenhaltung rekonstruierter Gefäßstrecken als vielmehr zur Prophylaxe weiterer Arterienverschlüsse in anderen Gefäßprovinzen angewendet. Bei der strengen Indikationsstellung jedoch wird in dem einen oder anderen Fall auch die Dauerantikoagulation zur Erhaltung der Durchgängigkeit gewagter, etwa femoro-cruraler Transplantate beitragen müssen, wenn ausgedehnte arterielle Verschlüsse sämtlicher Etagen, u. a. auch der Ausfließbahn, vorliegen.

Anschrift des Verfassers:

Privatdozent Dr. med. H. M. Becker, wissenschaftlicher Oberassistent an der Chirurgischen Klinik der Universität München, Thalkirchner Straße 48, 8000 München 2

## Sinn und Aufgaben wissenschaftlicher Gesellschaften\*

von Horst Baier

Verehrter Herr Staatsminister, Herr Vorsitzender, geehrte Kollegen!  
Meine Damen und Herren!

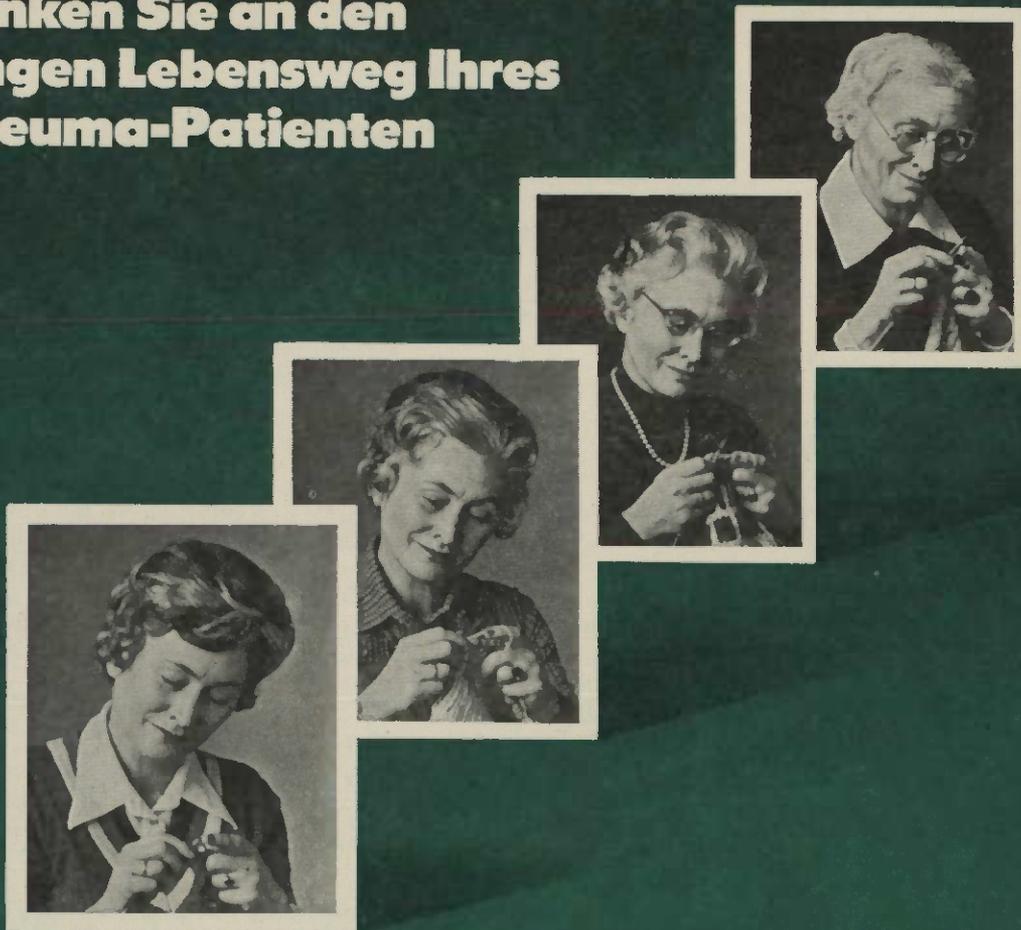
Sie haben mich mit der ehrenvollen Aufgabe betraut, zum 50jährigen Jubiläum der Deutschen Gesellschaft für Lungenkrankheiten und Tuberkulose über den „Sinn und die Aufgaben wissenschaftlicher Gesellschaften“ zu sprechen. Das trifft sich gut mit Ihrem Münchener Kongreßthema, das nach der „Stellung der Pneumologie in der gesamten Medizin“ fragt und das vom Standort der wissenschaftlich gesicherten wie praktisch erfolgreichen, eigentlich schon legendären Phthiseologie ausgreift in die noch unwegsamen Gebiete der Sozialmedizin des Bronchialkarzinoms zum Beispiel, der Öko-Pathologie der Lungenkrankheiten (also der dem Tuberkulosemediziner immer schon wichtigen Einflußanalyse von pathogenen Umweltfaktoren), ja bis in eine neuartige Informations-, Entscheidungs- und Planungslehre, die für die lungenmedizinische Diagnostik und Therapeutik, für Prävention und Rehabilitation die sozialwissenschaftliche Entscheidungstheorie und die ingenieurwissenschaftliche Systemplanung nutzbar macht. Derüber kommt – bei einem Blick in das Kongreßprogramm – sicher nicht die klassische Lungenheilkunde zu kurz, was – trotz der pressebreiten Euphorie der Gesundheitspolitiker angesichts des stetigen Rückgangs der Lungentuberkulose – seinen guten Sinn hat. Schließlich haben wir noch kaum die wirtschafts- und sozialstrukturellen Umbrüche im Griff, die mit der Verdichtung und Vernetzung der Weltbevölkerung, mit der weltwirtschaftlichen Umverteilung des Wohlstands und mit der massenpsychologischen Abkehr von den Lebens- und damit von den Gesundheitsidealen der industriellen Leistungs- und Konsumgesellschaft im Gange sind. Wie schnell sich Krankheitspanoramen unter dem

Einfluß von Sozial- und Mentalfaktoren wandeln können, zeigen gegenwärtig eindrucksvoll die längst totgesagten Geschlechtskrankheiten und Parasitosen.

„Beständigkeit durch Wandel“, dieses Motto Ihres Vorsitzenden Professor Blaha für den Kongreß, ist deshalb für die Zukunft Ihrer Gesellschaft ein gutes Wort. Da ich annehme, daß für Beständigkeit schon genügend die erfahrenen und bewährten Mitglieder Ihrer Vereinigung sorgen, will ich mich auf die Aspekte eines möglichen Wandels konzentrieren, auf den es sich klug einzustellen gilt und der – gegen allen Pessimismus – durchaus Chancen für die freie medizinische Wissenschaft bietet, mögliche Chancen auch für die Zukunft der medizinischen Gesellschaften und Vereinigungen. Als Mann der Universität, als lehrender und forschender Soziologe und Sozialmediziner, ziehe ich dabei auf einen Punkt, an dem meine und Ihre Interessen zusammenlaufen könnten, an dem wir uns überhaupt als sehr kritisch gewordene Zeitgenossen übermächtiger, freiheitsbedrohender Tendenzen in Staat und Gesellschaft wiederfinden. Ich meine den gemeinsamen Interessenpunkt einer unparteilichen und objektiven, einer selbstverantwortlichen und erfahrungsfruchtbaren *Forschung*. Die Bedrohung der bürgerlichen Freiheiten und individuellen Grundrechte durch Sozialstaat, Wirtschaftskonzentration und gesellschaftliche Großverbände ist gegenwärtig ein großes und aufregendes Thema der Innenpolitik. In der Hitze des Gefechts im Wahlkampf und in der politischen Apathie nach den Wahlen gehen aber prompt die Themen unter, die erstens für Politiker und Massenmedien nicht genügend „skandalisi-

\*) Festvortrag zum 50jährigen Bestehen der Deutschen Gesellschaft für Lungenkrankheiten und Tuberkulose in München

# 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 E<sub>2</sub> 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**

siert" sind, die zweitens nicht zum Parolenrepertoire mächtiger Interessengruppen gehören, für die drittens Kompetenz für komplizierte Sachverhalte nötig sind. Ein solches Thema ist die *Freiheit der Forschung*.

Hier liegt eine Chance für wissenschaftliche Gesellschaften, Fehler in der Wissenschafts- und Forschungspolitik des Staates, der Universitäten, der diversen Interessenvertretungen der Wissenschaft rechtzeitig zu erkennen, sie deutlich in der Öffentlichkeit zu nennen und sie womöglich zu korrigieren. Hier ist noch Kompetenz in der Sache, Unparteilichkeit gegenüber Interessengruppen, Unbeeinflussbarkeit gegenüber Massenmedien. Mit diesem Optimismus angesichts einer gewiß nicht trostvollen Lage will ich drei mögliche Aufgaben von wissenschaftlichen Vereinigungen zur Förderung freier Forschung entwerfen:

1. Selbstverantwortliche und fachkompetente Teilhabe an der Forschungspolitik in Bund und Ländern;
2. verstärkte Fortbildung durch Darstellung, Diskussion und Beurteilung des facheinschlägigen Forschungsfortschritts;
3. Mitwirkung bei der Auswahl und Leistungsbemessung des Forschungsnachwuchses.

Vor diesen drei Punkten will ich eine Skizze der allgemeinen Lage der wissenschaftlichen Forschung an den und außerhalb der Universitäten versuchen.

Wir haben in der Bundesrepublik Deutschland zwei extreme Prinzipien der Forschungsorganisation verwirklicht. Auf der einen Seite die weit verstreute und hochpersonalisierte Forschung an den *Universitäten* und universitätsnahen Instituten, auf der anderen Seite die an einem Ort lokalisierte und straff zentralisierte Forschung in der nichtuniversitären *Großforschung*, etwa in den Max-Planck-Instituten, aber auch in anderen öffentlichen Großforschungseinrichtungen, z. B. im Deutschen Krebsforschungszentrum oder in der Kernforschungsanlage Jülich oder zunehmend auch im Bundesgesundheitsamt. Den dritten Typ: die *Industrieforschung* lasse ich einmal außer Betracht (nicht, weil er für die Medizin oder gar für Ihr Fach uninteressant wäre

— man denke nur an die Grundlagenforschung der Pharmaindustrie, also an die Chemotherapie der Tuberkulose und überhaupt der Mykobakterien, oder an die Anwendungs- und Entwicklungsforschung in der Medizin- und Krankenhaustechnik —, sondern weil diese Forschung Marktgesetzlichkeiten und wirtschaftspolitischen Einflüssen folgt, die außerhalb der Handlungsreichweite von Wissenschaftlern liegen).

Für die *Universitätsforschung* gilt nun, daß sie besonders hart und rücksichtslos von den Organisations- und Personalveränderungen im Zuge der Hochschulreform getroffen worden ist, und zwar in allen Bundesländern, vielleicht — je nach dem Reformradikalismus in Parteien und Landtagen, weniger in den Ministerien — mit unterschiedlichem Maß. Obzwar Presse, Funk und Fernsehen ihre Reportagen konzentriert haben auf Sozial- und Geisteswissenschaften und hier wieder einzelne, besonders skandalträchtige Orte wie Berlin, Frankfurt, Heidelberg bevorzugt haben, sind die Auswirkungen natürlich geradeso in der Medizin, in den Natur- und Technikwissenschaften beobachtbar. Die Beseitigung einer klaren Direktorialverfassung der medizinischen und naturwissenschaftlichen Forschungsinstitute; die Zerstörung der persönlichen und fachlichen Autorität der Universitätsprofessoren; die Priorität einer schnellen Lehre für möglichst viele Studenten vor der spezialisierten und langfristigen Forschung; der Interessendruck von wissenschaftlichen und nichtwissenschaftlichen Mitarbeitern in den Entscheidungsgremien hat die Hochschulforschung ruiniert, zumindest unwiderruflich dezimiert. Die einen haben sich privatisiert und isoliert, sind vielleicht — wenn sie Geld für ihre Projekte brauchten — zu Vagabunden der Auftragsforschung ohne lästige politische Auflagen geworden; die anderen sind aus ihren Forscherkarrieren herausgesprungen und widmen sich dem Vereinsleben ihrer Hochschule: überbezahlte Studienräte mit Professorentitel.

Diese sehr generell gezeichnete Entwicklung mag im Einzelfall recht unterschiedlich ausfallen. Ein Forschungsinstitut der theoretischen Medizin zeigt einen anderen Verfall der Führungs- und Organisationsstruktur als eine Klinik; Autoritäts-

und Assistenzprobleme stellen sich in der epidemiologischen Feldforschung anders als im Labor oder am Krankenbett. Auch wirkt sich der praktische Zwang, dem Kranken hier und jetzt zu helfen, Stationen und Ambulanz also intakt zu halten, mildernd auf den Struktur- und Kontinuitätsbruch in der Universitätsmedizin aus. Jedoch auch hier sind — bei nüchternem Überblick und Vergleich — die großen Innovationen durch die endlich angst- und autoritätsbefreiten Institutsassistenten, Assistenzärzte und Oberärzte ausgeblieben; die Demokratisierung der Institute und Kliniken hat sich als — keineswegs unnötige — Umverteilung der Einkünfte herausgestellt, aber keinesfalls als „produktive Forschungsdemokratie“, die den Anschluß an das Weltniveau bringen sollte; die Reform der medizinischen Ausbildung hat wertvolle, unverzichtbare Energien von der substantiellen Arbeit im Labor, im Feld, am Krankenbett, in den Bibliotheken abgeschöpft und in Didaktik und in Gremienpalaver umgeleitet.

Die Universitätsforschung — ich habe es am Beispiel der Medizin zeigen wollen — ist aus solchen Gründen hilflos zwei künftigen Gefährdungen ausgeliefert. Einmal wird, was allseits bereits sichtbar ist, das Hineinpressen von weiteren Studentmassen die Forschungsaktivitäten vollends lähmen. Zuerst die Zerstörung der Autoritätsstruktur, dann die Pfründenwirtschaft des Mittelbaus, jetzt das hektische Durchschleusen von nicht mehr wissenschafts-, sondern primär berufsorientierten Studenten, und über die ganze Zeit keine Erholung von den Staatseingriffen, keine Chance zur Reform aus innen: — das ist ein zu hoher Tribut der Massendemokratie von Institutionen, die von der schöpferischen Aktivität einzelner und kleiner Gruppen leben. Das Bild von der individuellen Förderung der Forscher, das der Präsident der Deutschen Forschungsgemeinschaft, Heinz Maier-Leibnitz, noch 1974 vor der Gesellschaft deutscher Naturforscher und Ärzte entworfen hat, wirkt heute schon wie eine schmerzliche Utopie. Ich zitiere aus dem Abdruck in der „Ärztlichen Praxis“ vom Oktober 1974: „Die Meinung, die wir von dem Einfluß bedeutender einzelner haben, hat allergrößte Bedeutung auf die künftigen Strukturen unserer Forschung und unserer Hochschulen. Wenn wir an diesen Einfluß

glauben, dann müssen wir vieles tun: Wir müssen das Heranwachsen der einzelnen fördern, d. h., wir dürfen ihre Entwicklung nicht durch Gleichmacherei von oben abschneiden. Wir müssen sie erkennen und sie ohne schmerzhaftes Auslese aus der Menge herausheben, indem wir sie größere Aufgaben erfüllen lassen. Wir müssen für eine entspannte Atmosphäre in Laboratorien und Hochschulen bemüht sein, damit alle, auch die besten, unbeschwert arbeiten. Wir müssen dem einzelnen angesichts seiner Schwächen Aufgaben abnehmen und ihn beschützen vor Auseinandersetzungen, denen er nicht gewachsen ist."

Die andere Gefährdung ist noch wenig bemerkt, breitet sich aber unter der Hand der Öffentlichkeit und unter unseren eigenen Augen wie ein Ölfleck aus. Der emotionalen und ideologischen Politisierung der Hochschule, genauer gesagt: des wissenschaftlichen Mittelbaus und der nichtwissenschaftlichen Bediensteten, in den letzten acht bis zehn Jahren, folgt nämlich konsequent — nach Eindämmung der vulgärsozialistischen und anarchistischen Gruppen — die gewerkschaftliche Organisation und im weiteren Zug der gewerkschaftliche Interessenkampf um — was in Maßen legitim ist — sozialen Aufstieg und interne Macht, dann um Einfluß auf die Personalrekrutierung im Forschungssektor, schließlich um Mitsprache und Mitentscheidung in der Forschung selbst. Das ist sicher in den Regionen und Disziplinen sehr verschieden. Bremen, Marburg, Oldenburg und Osnabrück gehen voran, Bochum und Bielefeld folgen, die Lage in Konstanz wird bisher kaum in der Öffentlichkeit beobachtet, geschweige diskutiert. Auch sind die medizinischen Fachbereiche wegen ihrer professionellen Abgeschlossenheit und ihrer komplizierten Spezialisierung immuner als Lehrerbildung zum Beispiel oder Gesellschaftswissenschaften. Aber am Ende wiegt die gewerkschaftliche Eroberung einer Klinik mehr als die Verfügung über Soziologen. Aus der Geschichte von Emanzipationsbewegungen wissen wir, daß nicht zum ersten Mal der Politisierung die Syndikalisierung gefolgt ist, dem antiautoritären Schwung die disziplinierte Monotonie von Kadern — im gesamtstaatlichen und gesamtgesellschaftlichen Krisenfall besorgen schlimmstenfalls den Rest totalitäre Eliten von außen.

Bei der dispersen und personalisierten Universitätsforschung greift — schon vom Organisationstyp erleichtert und durch nachlässige Hochschulgesetzgebung provoziert — die Gefahr von unten herauf. Bei der konzentrierten und zentralisierten *Institutsforschung*, bei der „big science“ außerhalb der Hochschulen haben wir eine ganz andere Entwicklung. Hier droht eine rigide Themen- und Finanzplanung der Forschung von oben, die örtlichen, persönlichen, fachlichen Besonderheiten einzuebnen und überblickbare Areale von Großforschungseinheiten zu schaffen. Die Verkürzung der Medizin- und Bioforschung auf einige epidemiologisch herausgefilterte Krankheitsbilder wie Herz-Kreislaufkrankungen, bösartige Neubildungen, psychosozialer Stress, körperliche und geistige Behinderungen, Rheumatismus, Mütter- und Säuglingssterblichkeit, endlich Zahnkaries und Parodontopathien mag für eine konzentrierte Gesundheitspolitik bei knappen Finanzmitteln ihren Sinn haben. Sobald aber eine derart reduzierte „Krankheits- und Gesundheitsforschung“ unter alleinigem sozialmedizinischen Blickwinkel die Aufmerksamkeiten und Problemsensibilitäten im breiten Bereich der Forschungsentwicklung liquidiert, haben wir vielleicht eine kurzfristige Verbesserung der Gesundheits- und Krankheitsstatistik im rhetorisch so wirksamen internationalen Vergleich, mittelfristig haben wir jedoch die Blockade einer allseits reagiblen und einer vielfältig flexiblen Klinik-, Labor- und Feldforschung. Und das heißt, wir werden wehrlos gegenüber den überraschenden Entwicklungen des Krankheitspanoramas und des Krankheitsverhaltens der Bevölkerung. Wir haben hier das Paradox — schon an anderer Stelle von Helmut Schelsky und Friedrich Tenbruck scharfsinnig aufgespießt —, daß gerade die futurischen Gewißheiten der Planung uns heillos den Ungewißheiten der Zukunft ausliefern.

Die Kenner unter meinen Zuhörern werden schon bemerkt haben, daß ich mit meiner lebhaften Schilderung der Planungseuphorie von oben und der Forschungsverödung von unten das langfristige *Rahmenprogramm zur „Forschung und Technologie im Dienst der Gesundheit“* zitiert habe, das das Bundesgesundheitsministerium und das Bundesforschungsmi-

## Viele Symptome -eine Ursache: Magnesium- Mangel



## MAGNESIUM VERLA®

verhindert Mangelsituationen  
in der  
Wachstums-  
und Entwicklungsphase  
während  
Schwangerschaft, Stillzeit  
bei Einnahme  
von Kontrazeptiva, Diätkuren  
zur Therapie bei  
normocalcaemischer Tetanie  
nächtlichen Wadenkrämpfen  
Hyperlipidaemien, Migräne  
zur Prophylaxe gegen  
Calcium-Oxalatsteine  
Thrombose  
metabolischen Herzinfarkt.

**Kontraindikationen:** Ausscheidungshemmung bei schwerer Niereninsuffizienz, Anurie. Mg-Ampullen: Myasthenia gravis. Chronische Myokardschäden mit verlängerter Oberleitungszeit, AV-Block. Mg hemmt die Reizleitung, deshalb ist die Injektion von MAGNESIUM VERLA bei gleichzeitiger Herzglykosidtherapie nur in Fällen von Tachykardie bzw. Tachyarrhythmie angezeigt.

**Zusammensetzung:** Oragées (entspr. 40 mg Mg = 3,3 mval), Magnesium-L-glutaminic. 100 mg, Magnesium citric. 230 mg, Magnesium nicotinic. 5 mg, Ampullen zu 10 ml (entspr. 77 mg Mg = 6,3 mval), Magnesium-L-glutaminic. 1000 mg, Konzentrat (1 Beutel enthält) mono-Magnesium-L-aspartat 1803 mg, Vitamin-B<sub>1</sub>-nitrat 2 mg, Vitamin B<sub>2</sub> 3 mg, Vitamin-B<sub>6</sub>-hydrochl. 3 mg, Magnesium-Gehalt: 121,56 mg entspr. 10 mval.  
50 Oragées 6,10 OM, 150 Dragées 15,30 OM ·  
3 Ampullen 4,40 OM, 10 Ampullen 13,45 DM ·  
Konzentrat 20 Beutel 8,85 DM, 50 Beutel 19,95

## VERLA-PHARM

### 8132 TUTZING

nisterium eben im Verbund der Öffentlichkeit – wohlgermerkt als Entwurf, d. h. jederzeit dementierbar und nicht festlegbar – vorgelegt haben.

Aus Ihrem Bereich finden sich übrigens die „Krankheiten der Atmungsorgane einschließlich Grippe“ erst in nachgeordneter Rangfolge, obwohl sie bekanntlich in der Morbiditätsstatistik an erster Stelle stehen. Ich überblicke die Gründe nicht: fehlende Lobby in Bonn; schwierige sozial- und arbeitsmedizinische Beeinflussbarkeit zum Beispiel der chronischen Bronchitis, des Asthma und des Emphysems; Kostenfragen bei der Grippeimmunisierung? Jedenfalls, und dafür ist das Exempel Ihres weiteren Fachgebietes lehrreich, sind für solche Prioritätenlisten politische Gründe maßgeblich und nicht mehr ärztliche bzw. innermedizinische. Für die Forschung heißt dies, und damit nehme ich einen Gemeinplatz auf, daß gesellschaftspolitische und gesellschaftsideologische Ziele künftig die Forschung programmieren sollen. Das läuft heute noch unter der ökonomischen Formel der „Bedarfsgerechtigkeit im Gesundheitswesen“ und unter der pragmatischen der „Anwendungsfähigkeit von Forschungsergebnissen“. Im Hintergrund zeigen sich aber sehr deutlich die parteipolitischen und weltanschaulichen Zielprogramme der Beherrschbarkeit der Gesellschaft durch Wissenschaft und Technik, der sozialen Umverteilung der Lebens- und Gesundheitsgüter zum Nutzen der jeweiligen Versorgungsklientel, zum Schaden der ehemals Privilegierten und der vielen nicht organisierbaren einzelnen. Was dies für die Forschungspolitik und Forschungsfinanzierung allgemein heißt, gibt schlagend ein Zitat des Parlamentarischen Staatssekretärs im Bundesforschungsministerium, Volker Hauff, aus dem Frühjahr 1976 wieder: „Wissenschaftler, Arbeitsgruppen, Institute und Organisationen dürfen sich nicht grundsätzlich gegen eine bedarfs- und anwendungsbezogene Forschungstätigkeit sperren, etwa wenn sie ein Kenntnis- und Erfahrungsmonopol besitzen. Der Aufwand für zweckfreie Grundlagenforschung darf insgesamt nicht so hoch, ihr Stellenwert in der wissenschaftlichen Gemeinschaft nicht so groß sein, daß damit die Durchführung bedarfsbezogener Projekte und Programme in Frage gestellt wird.“ Folgerungen

aus diesen Sätzen sind im benannten Forschungsrahmenprogramm seines und des Gesundheitsministeriums gezogen.

Nun gebe ich sofort zu, daß derartige Großplanung und in ihrem Gefolge Verödung der Medizinforschung sich nicht hindernisfrei in der immer noch bunten Landschaft des deutschen Gesundheitswesens ausbreiten werden. Die Max-Planck-Institute folgen vorrangig immer noch dem klassischen Organisationsprinzip, auch ein Großforschungsinstitut um die (freilich nicht durchwegs) kreative Wissenschaftspersönlichkeit eines anerkannten Forschers herumzubauen. Die Sonderforschungsbereiche der Deutschen Forschungsgemeinschaft bieten immer noch genügend Raum und Wirkung für nichtpolitisierte Wissenschaft, obwohl sich gerade hier – im Schutz des DFG-Patriarchalismus und infiziert von der Universitätsmißwirtschaft – sogenannte Demokratisierungen ausbreiten, d. h. Entmachtung der Projektleiter, Entscheidung durch Plebiszite in sogenannten Wissenschaftlervollversammlungen, d. h. unter Pressionen der Existenzinteressen nachrangig tätiger Mitarbeiter. Beobachtenswert ist jedoch vor allem die Entwicklung im Bundesgesundheitsamt, das zweifellos auch in der Forschungspolitik der Bundesregierung enorm aufgewertet worden ist und das künftig wohl eine Art Pilotforschung in den sozialmedizinischen Disziplinen betreiben soll. Aufmerksamkeit verdient auch die bundesministeriell geförderte medizinische Projektforschung, die, so hört man es immer wieder von den Betroffenen, an der kurzen Leine der Bonner Gesundheits- und Sozialpolitiker gehalten wird und die künftig vorrangig die Forschungslandschaft der Bundesrepublik bestimmen soll. Die zunehmende Finanzmacht des Bundes im Wissenschaftssektor, von Fall zu Fall verbunden mit politischen und bürokratischen Interessen an gelenkter Forschung in den Bundesländern, wird, so zweifle ich nicht, schon in den nächsten Jahren, für uns alle bedrohlich die Freiheit selbstverantwortlicher und objektiver Wissenschaft scharf einschränken. Zumal wir in der Hochschul- und hochschulfreien Forschung einem Zangenangriff ausgesetzt sind, der von oben mit Planung und von unten, hauptsächlich eben in den Fakultäten, mit Strukturzerstörung angreift.

Bis hierher habe ich das Terrain der Forschung als Aufgabe wissenschaftlicher Gesellschaften gleichsam auf einer Negativfolie nachgezeichnet. Ich bin denjenigen Entwicklungen nachgegangen, die ja nicht naturgesetzlich, sondern politik- und gesellschaftsmanipulativ ablaufen und somit durch Konteraktionen wahrscheinlich nicht zu blocken, aber doch zu bremsen und womöglich umzulenken sind. Und wer wäre dafür mehr kompetent – für das jeweilige Forschungsgebiet – und besser geschützt – vor politischen und finanziellen Oppressionen – als freie Fachvereinigungen? Selbstverständlich sind andere Institutionen und Organisationen in der Welt der medizinischen Wissenschaft und Profession gleichfalls berufen und beauftragt, den Freiheitsraum der Forschung zu schützen. Ich denke an die Freie Medizinische Hochschule des Hartmannbundes in Koblenz, freilich mit dem Risiko der Privatgründung in einer durchstaatlichten Hochschullandschaft; oder an die Ärztekammern, wobei hier häufig berufsständische und öffentliche Aufgaben querstehen mögen; oder auch an die Kassenärztlichen Vereinigungen mit ihrer Chance einer nichtstaatlichen, fachinternen Entwicklung der Sozialmedizin. Aber bei den *wissenschaftlichen Gesellschaften* bestehen doch die Vorteile, daß sie

1. traditionell Darstellung und Diskussion, Gewichtung und Verbreitung der Forschung pflegen,
2. professionell den Transfer von der Theorie in die Praxis und umgekehrt, besorgen und
3. institutionell geschützt sind vor dem Interessenkampf um Geld und Stellen.

Das gerade hat sie ja bewahrt vor den großen Strukturverwerfungen, die ich für die akademische Medizinforschung und für die „big science“ der Institute geschildert habe.

Es kann sicher nicht mein Auftrag sein, daß ich – auch als Mediziner Laie unter Ihnen – eine Programmatik und Forschungsstrategie Ihrer Fachdisziplin vortrage. Meine Weisheiten hätte ich auch nur von Ihnen selbst, etwa von den für mich vorzüglichen Ortsbestimmungen der Broncho-Pneumologie durch Freerksen auf dem Hamburger Jubiläumskongreß 1972, oder durch Blaha und

**Zusammensetzung:**  
 1 Dragee enthält  
 0,1 g Propyphenazon  
 0,02 g Chininhydrobromid  
 0,02 g Phenyläthylbarbitursäure  
 0,0013 g Diphenylpyralinhydrochlorid

**Eigenschaften:**  
 Grippinon dient der symptomatischen Behandlung grippaler Erkrankungen. Es behebt unangenehme Begleiterscheinungen der Erkältung und hilft, den Krankheitsverlauf zu verkürzen. Die Exsudation in Nase und Rachen wird herabgesetzt.

**Anwendungsgebiete:**  
 Zur unterstützenden Behandlung grippaler Infekte und von Erkältungskrankheiten.

**Dosierung und Anwendungsweise:**  
 Kleinkinder von 2 bis 5 Jahren: abends 1 Dragee – Schulkinder von 6 bis 12 Jahren: morgens 1 Dragee, abends 1–2 Dragees – Jugendliche und Erwachsene: morgens 1 Dragee, mittags 1 Dragee, abends 2–3 Dragees

**Nebenwirkungen, Begleiterscheinungen:**  
 In Ausnahmefällen sind allergische Hautreaktionen nach Einnahme von Grippinon möglich. Grippinon kann die Wirkung von Alkohol verstärken.

**Unverträglichkeiten und Risiken:**  
 Grippinon soll nicht während der Schwangerschaft eingenommen werden.

**Besondere Hinweise:**  
 Grippinon kann das Reaktionsvermögen so weit beeinträchtigen, daß es für den Straßenverkehr oder zur Bedienung von Kraftfahrzeugen oder Maschinen nicht mehr ausreicht. Dies gilt in verstärktem Maße im Zusammenhang mit Alkoholgenuß.

**Darreichungsformen und Packungsgrößen:**  
 Originalpackung mit 20 Dragees DM 5,20  
 Anstaltspackung mit 500 Dragees DM 7,—

# R<sub>p</sub> Grippinon®

grippale Infekte

allein in der Hand des Arztes

Fieber  
 Erkältung  
 Kopf- und Gliederschmerzen  
 Schnupfen Heiserkeit  
 und  
 gestörte Nachtruhe\*

analgetisch  
 antiallergisch  
 antiphlogistisch  
 antipyretisch  
 und sedativ\*



\* Nachtruhe ja – erst recht bei einem grippalen Infekt

DAUELSBERG + CO  
 GOTTINGEN  
 PENICILLIN-  
 GESELLSCHAFT



Hellmann im Januar 1976 im „Deutschen Ärzteblatt“. Ich möchte allein auf einen zentralen Trend in Ziel- und Mittelprogrammierung von Forschung aufmerksam machen, der in Medizin und Ärzteschaft lange Zeit fahrlässig übersehen worden ist und der nur zu gut erklärt, warum heute Planer und Programmierer in Bürokratie, Parteien und Verbänden einen so großen Vorsprung in der Forschungs- und Wissenschaftspolitik besitzen.

Ich ziele auf den, man kann durchaus sagen, Umsturz des medizinischen Wissens- und Problemkosmos unter dem neuartigen Angriffspunkt der Sozialmedizin. Übrigens ein Blickpunkt, der Ihnen als Tuberkuloseärzte ja seit je bekanntgewesen ist. Denn was heute unter Epidemiologie und Patho-Ökologie der Zivilisationskrankheiten erforscht werden soll; was gegenwärtig unter Risikofaktoren und erziehbarem Gesundheitsverhalten diskutiert wird; was unter Bedarfsgerechtigkeit und Wirtschaftlichkeit in Kosten-Nutzen-Analysen durchkalkuliert wird, ist der Form und der Methode nach schon seit Jahrzehnten Thema einer Sozialhygiene der Tuberkulose, freilich in anderer Sprache, mit anderem Gewicht. Aber global darf man für die Medizin sagen, daß sie zu lange und zu selbstsicher unter dem Bann der naturwissenschaftlichen Denkweisen des 19. Jahrhunderts und der technischen des 20. Jahrhunderts gestanden hat. Das Aufkommen eines neuen Paradigmas der Sozialmedizin – die Ausweitung von Ätiologie und Aktivität, von ärztlicher Erkenntnis und Handlung über den medizintraditionellen Bereich von Soma und Psyche in den überkomplexen und dynamischen Strukturraum der Gesellschaft hinein – hat sie nicht rechtzeitig wahrgenommen, geschweige entschieden zur Umorientierung in Praxis und Beruf, in Ausbildung und Fortbildung, in wissenschaftlicher Lehre und empirischer Forschung benützt.

Wes Wissenschaftssoziologen schon lange wissen, daß nämlich sogenannte Paradigmenwechsel in den Wissenschaften niemals ohne sozialstrukturelle und sozialmentale Evolutionsschübe vor sich gehen, ließe sich schlagend auch hier nachweisen. Der Sozialstaat mit seiner Raison der Steuerung und Subventionierung existenzkritischer Sozialbereiche – wozu das Dienstleistungs-

und Versorgungssystem des Gesundheitswesens erstrangig gehört – fordert zunehmend seinen Tribut, nicht nur in der beruflichen Abhängigkeit der Ärzte vom Sozialversicherungswesen, sondern auch von ihrem „Überbau“: von ihren Theorien und Kategorien, von ihren Forschungsthemen und Forschungsleistungen. Läuft hier geradezu eine Sachgesetzlichkeit der sozialstaatlich verfaßten Industriegesellschaft ab, so war es keineswegs sachgesetzlich, daß das medizinisch ausgebildete und ärztlich motivierte Personal für diese neuen Aufgaben der Planung und Steuerung des Medizinsystems, hier speziell der Forschungsektivitäten und Forschungskapazitäten, gegen Sozialwissenschaftler, also gegen Ökonomen, Soziologen, Politologen, auch gegen Ingenieure und Techniker ausgewechselt werden mußte. Man sehe sich einmal in den Planungsabteilungen und Stäben der Ministerien, der großen Forschungsorganisationen und Stiftungen, auch der Parteien und der Verbände, etwa der Gewerkschaften, unter diesem Blickwinkel um.

Wer also den Vorsprung in der sozialpolitischen und sozialmedizinischen Planungs- und Steuerungskompetenz aufholen will, der muß dies in der Raison des Zeitgeistes unternehmen. Und diese Raison heißt für die Medizin Verantwortlichkeit, ja Haftbarkeit für das Gesundheits- und Krankheitsniveau der Gesellschaft. Die Chance, daß Vermögen und Leistung für diese Aufgaben, schon in den Kernentscheidungen der Forschungsentwicklung und Forschungsförderung, nicht von Sozialingenieuren, sondern wieder von Medizinern beurteilt und beherrscht wird, diese Chance gebe ich wissenschaftlichen Gesellschaften.

Nachdem ich das Forschungsterrain der Medizin abgesteckt habe, besser: den nötigen sozialmedizinischen und sozialpolitischen Blickpunkt auf dieses Terrain, kann ich die beiden anderen Aufgaben von wissenschaftlichen Gesellschaften knapper fassen. Denn die Chancen wohlorganisierter *Fortbildung* und wohlbemessener *Nachwuchsauslese* sind durch das vorrangige Problem: „Wer bestimmt über Forschung?“ bedingt.

Bei der Frage nach der *Fortbildung* im Rahmen wissenschaftlicher Gesellschaften will ich auf den je facheigenen Inhalt nicht eingehen. Auch über die berufsrechtlichen und

berufspolitischen Randbedingungen haben Berufenere unter Ihnen das Wesentliche gesagt. Ich will nur auf einen Aspekt hinweisen, der mir bei Fortbildungsprogrammen und Fortbildungsmethoden durchwegs zu wenig beachtet bleibt. Und zwar meine ich – angesichts der ungeheuren Komplexität des medizinischen Wissens und der unüberblickbaren Ausdifferenzierung seiner praktischen und technischen Anwendung –, daß nichts nötiger wäre, als eine Art bewegliche Systematisierung des laufenden Forschungswissens. Es ist bezeichnend, daß in den medizinischen Fächern bis heute kaum Ansätze einer Wissenschaftstheorie entwickelt worden sind, die in systematischer Absicht das empirische und praktische Wissen durchgliedern und ordnen, es dem Pointillismus des Spezialisten entziehen und dem lernenden Auge des Kollegen öffnen. Ich kenne eigentlich nur den bestechenden Versuch Karl E. Rothschuhs, des Münsterschen Medizinhistorikers und Medizintheoretikers, in seinen „Prinzipien der Medizin“ von 1965 für unser ganzes Erkenntnis- und Handlungsgebiet eine Fundamentaltheorie zu entwerfen.

Wir benötigen gerade für die medizinische und übrigens auch für die paramedizinische Fortbildung eine derartige synoptische Ätiologie, Nosologie und Praxeologie vielleicht nicht gleich der Gesamtmedizin, jedenfalls aber ihrer klinischen, experimentellen und epidemiologischen Fächer. Der Erfahrungsfortschritt ist lehrbar und lernbar eben nicht mehr im additiven Pluralismus der Spezialforschung, sondern nur noch in einer integrativen Theorie.

Die Vorbereitung von diagnostischen und therapeutischen Entscheidungen, die Berechnung von präventiven und rehabilitativen Maßnahmen im komplexen und dynamischen Strukturfeld der Gesellschaft kann künftig nicht mehr allein der persönlichen Erfahrung und der individuellen Spontaneität überlassen werden, so initiativ und produktiv diese unversiegbare Quelle des Fortschritts auch ist. Auch die naturwissenschaftlichen Weltbilder des 19. Jahrhunderts und ihre theoretischen Denkmodelle sind heute nicht mehr zu der ätiologischen, nosologischen, praxeologischen Ordnungsleistung fähig, wie sie die moderne Medizin im Sozialstaat verlangt. Das

gilt natürlich auch für Anthropologien und Sozialphilosophien, überhaupt für jede private Weltanschauung, wie sie gerne mit Emphase von dilettierenden Ärztephilosophen in die wissenschaftliche Medizin eingeschleppt werden.

Stattdessen stehen philosophische Wissenschaftstheorie (soweit sie aus angelsächsischen Ländern importiert ist: erstaunlich empirie- und praxisnah); sozialwissenschaftliche System-, Handlungs- und Entscheidungstheorie; ingenieur- und informationswissenschaftliche System- und Programmplanung bereit zur Hilfestellung für die geforderte Reorganisation des medizinischen Wissens, für eine synoptische Wissenschaftstheorie mit pragmatischem und didaktischem Nutzen. Keine Frage ist, daß eine so angelegte Fortbildung auf Kongressen nicht nur ihren Standard und damit ihren Zulauf erhöhen dürfte, sondern auch umgekehrt für die Forschung den Reiz konzentrierter Selbstreflexion und effektiver Selbstkontrolle erhalte. Fortbildung wäre die darstellende Seite der Forschung, Forschung die tatsächlich materielle Seite der Fortbildung.

Forschung, Fortbildung und Förderung des Forschernachwuchses, die dritte Aufgabe von wissenschaftlichen Gesellschaften, hängen naturgemäß eng zusammen. Zwar waren die Fachgesellschaften schon immer eine Nachwuchs- und Begabungsbörse. Unter den kritischen Augen der etablierten Professoren und Klinikdirektoren haben die jüngeren Kollegen mit Stil, Thema und Inhalt ihrer Forschungsreferate ihre Karrieren gebahnt oder nicht gebahnt. Dazu läuft seit jeher auf den Kongressen die Kommunikation unter Gleichaltrigen und Gleichrangigen über Stellen- und Aufstiegschancen in ihrem Berufsumkreis; Gesellschaften sind Meinungs- und Gerüchtebörsen über Rang und Leistung der jeweiligen Fachautoritäten. Nur scheint mir, daß heute die Naturwüchsigkeit und Zufälligkeit einer solchen Urteilsbildung, vor allem über jüngere Kollegen, nicht mehr am Platze ist.

Im Blick auf die geschilderten tiefgreifenden Zerstörungen der Personalstruktur und Personalrekrutierung in den Hochschulen und angesichts der relativen Intaktheit der wissenschaftlichen Gesellschaften fragt es sich zum Beispiel, ob man

nicht die Mandate zur namentlichen Qualifizierung des wissenschaftlichen Nachwuchses kurzerhand auswechseln sollte. Wenn die Fakultäten und Fachbereiche die Habilitation immer vorrangiger unter dem Gesichtspunkt der Beamtenversorgung und der Anciennität, übrigens auch ein bürokratisches und kein wissenschaftliches Karrieremuster, vornehmen, ja sogar, wo das Selbstschutzinteresse des Mittelbaus dominiert, sich eine neuartige Ämterpatronage breitmacht, wenn also die Hebilitationen in den Universitäten keine verlässliche Qualifikation von Forschungsbegabungen mehr gewährleisten, dann könnte man, sollte man vielleicht sogar die Verfahren in strikt objektive und streng fachkompetente Organe außerhalb der Hochschule verlagern. Wissenschaftliche Vereinigungen haben keine Posten, nur Prestige zu vergeben. Und die Habilitation als Ausweis der Forschungsbefähigung bedeutet ein solches kollegial anerkanntes und zertifiziertes Prestige.

Man könnte diesen Gedanken bei dem gerade in der Öffentlichkeit diskutierten „Heisenberg-Programm für junge Forscher“ durchspielen. Die Promotoren dieses Notprogramms der Nachwuchsförderung: die DFG, die Max-Planck-Gesellschaft, die Westdeutsche Rektorenkonferenz, der Wissenschaftsrat und die Arbeitsgemeinschaft der Großforschungseinrichtungen, haben ausgiebig Vorstellungen über Finanzierung und Stufenförderung mit dreijährigen „Heisenberg-Stipendien“ und fünfjährigen „Heisenberg-Professuren“ vorgetragen (ich zitiere aus dem Memorandum der genannten Forschungsorganisationen „zur Lage des wissenschaftlichen Nachwuchses“, abgedruckt in den August-Mitteilungen des Hochschulverbandes). Bezeichnend ist aber, daß das Auswahlverfahren einer gemischten Kommission der „Großen Fünf“ in der deutschen Forschung übertragen werden soll – unter Ausschluß der direkten Mitwirkung der Universitäten und unter ausdrückli-

chem Abweis universitätseigener Ausleseverfahren wie Lehrbedarf oder Planstellenangebot. Es fehlt aber auch – ebenfalls bezeichnend – die Mitwirkung an der Begabtenauswahl durch andere kompetente und sogar fach- und basisnähere Vereinigungen und Institutionen, sei es durch unmittelbares Vorschlagsrecht oder Bewerberbegutachtung, sei es durch formelle Kriterien- und Auslesemodelle. Ich denke an die wissenschaftlichen Akademien und ihre Kommissionen wie natürlich an die wissenschaftlichen Fachverbände. Immerhin zeigt diese Debatte um den Forschungsnachwuchs, wie sich Verfahren und Entscheidungen über seine Leistungskarrieren aus der Universität zu verlagern beginnen. Es ist ein Zeichen für ein neues Mandat der wissenschaftlichen Gesellschaften.

Mag der eine oder der andere Zuhörer meine Hinweise und meine Vorschläge skeptisch aufnehmen, solche neuen Aufgaben einer sozialmedizinisch orientierten Forschungspolitik, einer wissenschaftstheoretisch fundierten Fortbildung und einer gezielten Nachwuchsförderung hier und jetzt im Rahmen wissenschaftlicher Gesellschaften aufzugreifen. Bei allen möglichen Vorbehalten ist jedoch eines sicher: Die Zeit der Fachgesellschaften als reine Kongreßroutiniers oder als Zufallsverteiler des Forschungswissens oder als naturwüchsige Nachwuchsbörse oder gar als bloß berufsständische Lobby und Geselligkeitsvereine ist endgültig vorbei. Dazu steht für die medizinische Wissenschaft und Forschung, für den ärztlichen Beruf und das Gesundheitswesen viel zu viel auf dem Spiel. Die Anstrengung, Ihnen dieses Thema aufzuschließen, ist meine Form der Gratulation zum 50jährigen Geburtstag der „Deutschen Gesellschaft für Lungenkrankheiten und Tuberkulose“.

Anschrift des Verfassers:

Professor Dr. med. Horst Baier, Lehrstuhl für Soziologie an der Universität Konstanz, Postfach 77 33, 7750 Konstanz



**Krank im Ausland?**

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

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

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

### Zur Beratungssituation nach Inkrafttreten des 15. Strafrechtsänderungsgesetzes am 21. Juni 1976

von I. Schmid-Tannwald

Am 25. Februar 1975 wurde die sogenannte Fristenlösung vom Bundesverfassungsgericht für verfassungswidrig erklärt. Mit dem 15. Strafrechtsänderungsgesetz vom 18. Mai 1976 hat der Gesetzgeber eine Neuregelung getroffen, welche am 21. Juni 1976 in Kraft getreten ist. Der Gesetzestext ist u. a. auch im „Deutschen Ärzteblatt“ veröffentlicht worden (1). Danach ist ein Schwangerschaftsabbruch nach Vorliegen einer Einwilligung der Schwangeren und bei Vorliegen einer medizinischen, eugenischen, kriminologischen Indikation oder einer Notlagenindikation innerhalb bestimmter Fristen straffrei. Für die medizinische Indikation ist keine Frist gesetzt. Demgegenüber ist ein Schwangerschaftsabbruch aus eugenischer Indikation bis zur 22. Woche nach Empfängnis straffrei. Bei der ethischen und bei der Notlagenindikation ist ein straffreier Schwangerschaftsabbruch bis zur 12. Woche nach der Empfängnis möglich. Außerdem ist für die Straffreiheit die vom Gesetzgeber geforderte, ausführliche und zeitgerechte Beratung bei den autorisierten Beratern oder Beratungsstellen nötig. Der indikationsstellende Arzt darf nicht gleichzeitig interruptierender Arzt sein. Der Eingriff muß in einem Krankenhaus oder in einer hierfür zugelassenen Einrichtung erfolgen und ist dem Statistischen Bundesamt in vierteljährlichen Abständen auf speziellen Formblättern zu melden. In den letzten fünf Monaten seit Inkrafttreten des Gesetzes offenbarten sich eine Fülle von grundsätzlichen und formellen Schwierigkeiten bei der Anwendung. Die formellen Probleme betrafen in erster Linie das Beratungs- und Indikationsstellungsverfahren, wie auch persönliche Erfahrungen zeigten. Der Beratungsvor-

gang und das Vorgehen beim legalen Schwangerschaftsabbruch in Bayern ist in der Abbildung (Seite 142) dargestellt.

#### 1. Beratungsverfahren

Der Gesetzgeber hat der Beratung der Schwangeren einen hohen Rang eingeräumt und entspricht damit dem an der Verfassung abgeleiteten Gebot des Lebensschutzes. Neben der akuten Schwangerschaftskonfliktberatung will man einer Wiederholung ähnlicher Konflikte in der Zukunft vorbeugen. Daher kann es sich nicht um eine „pro-forma“-Beratung handeln, wie sie in verschiedenen Bundesländern praktiziert wird. Es muß wissenschaftlichen Begleituntersuchungen vorbehalten bleiben, die Effizienz des Beratungswesens zu bewerten.

Hinsichtlich Inhalt, Zeitpunkt und Verfahren der Beratung, ergeben sich aus dem § 218 ff StGB Regelungen.

#### 1.1 Schwangerschaftskonfliktberatung

(§ 218 b Abs. 1 Nr. 1 StGB)

Die Schwangere muß mindestens drei Tage vor dem Abbruch der Schwangerschaft beraten werden. In Abs. 2 werden die Berater definiert. Außer einem Arzt, der nicht selbst den Schwangerschaftsabbruch vornehmen darf, kommen in Bayern 18 Bundes- und Landesmodellberatungsstellen, sowie die 74 staatlichen und kommunalen Gesundheitsämter in Betracht. Bei den Bundesmodellberatungsstellen handelt es sich um „Beratungsstellen im Rah-

men ergänzender Maßnahmen zur Reform des § 218 StGB“, welche vorläufig zu 50 Prozent vom Bund, zu 25 Prozent vom Freistaat Bayern und in der Regel zu 25 Prozent von den jeweiligen Trägern finanziert werden. Die wissenschaftliche Begleitung des Bundesmodellprogrammes wird vom Nürnberger Zentrum für Angewandte Psychologie (ZAP) durchgeführt. Die Finanzierung der Landesmodellberatungsstellen nach dem Bayerischen Landesmodellprogramm „Beratung und Hilfe für Mutter und Kind“ erfolgt durch Eigenmittel des jeweiligen Trägers und Personalkostenzuschüsse des Freistaates Bayern. Die wissenschaftliche Begleitung liegt beim Institut für Psychologie der Universität Erlangen-Nürnberg.

Das Beratungsangebot der Modellberatungsstellen umfaßt die Sexual- und Partnerberatung, die Familienplanung und die Schwangerschaftskonfliktberatung. In Bayern mißt man der Beratung große Bedeutung zu. Daher werden an die personellen und räumlichen Ausstattungen der Beratungsstellen entsprechende Anforderungen gestellt. Beratungsziel ist der Schutz ungeborenen Lebens, wobei es entscheidend darauf ankommt, die Ratsuchende zu akzeptieren, sie in ihrer Konfliktsituation zu verstehen und mit ihr eine gemeinsame Problemlösung zu finden, ohne in ihre freie Entscheidung einzugreifen. Die Beratung will daher eine umfassende Lebensberatung sein und nur so scheint eine Aufarbeitung und Bewältigung der oft schwierigen menschlichen Konflikte möglich, welche der unerwünschten Schwangerschaft zugrunde liegen können(2). Im Rahmen dieser Beratung sollen die Schwangeren auch „über die zur Verfügung stehenden öffentlichen und privaten Hilfen für Schwangere, Mütter und Kinder beraten“ werden, „insbesondere über solche Hilfen, die die Fortsetzung der Schwangerschaft und die Lage von Mutter und Kind erleichtern“. Zu den öffentlichen und privaten Hilfen gehören in erster Linie jene des Bundessozialhilfegesetzes (BSHG), des Jugendwohlfahrtsgesetzes (JWG) und der Reichsversicherungsordnung (RVO) sowie die Hilfsfonds der Kirchen. Da die Modellberatungsstellen absolute Verschwiegenheit über den Inhalt des einzelnen Beratungsgesprächs garantieren, ergibt sich hieraus für den Arzt keine Hilfe bei der Indikationsstellung. Allerdings erteilen die Beratungsstel-

# Dem Alltagsstreß die Spitze nehmen



## ® **Trasicor 40** zur kardioprotektiven Behandlung bei

Angina pectoris  
Herzrhythmusstörungen  
Tachykardien  
hyperkinetischem Herzsyndrom

**Zusammensetzung**  
Oxprenolol-HCl: Tabletten mit 40 mg

**Nebenwirkungen**  
Zu Behandlungsbeginn gelegentlich Magen-Darmstörungen und Schwindel.  
Blutbildkontrollen, Leber- und Nierenfunktionsprüfungen angeben auch bei langfristiger Anwendung keinen pathologischen Befund.

**Kontraindikationen**  
AV-Block II. und III. Grades, ausgeprägte Bradykardie, nicht kompensierte Herzinsuffizienz, Asthma bronchiale. Schwangeren anßten ß-Sympatholytika, solange noch keine genügenden Erfahrungen vorliegen, nicht verordnet werden.

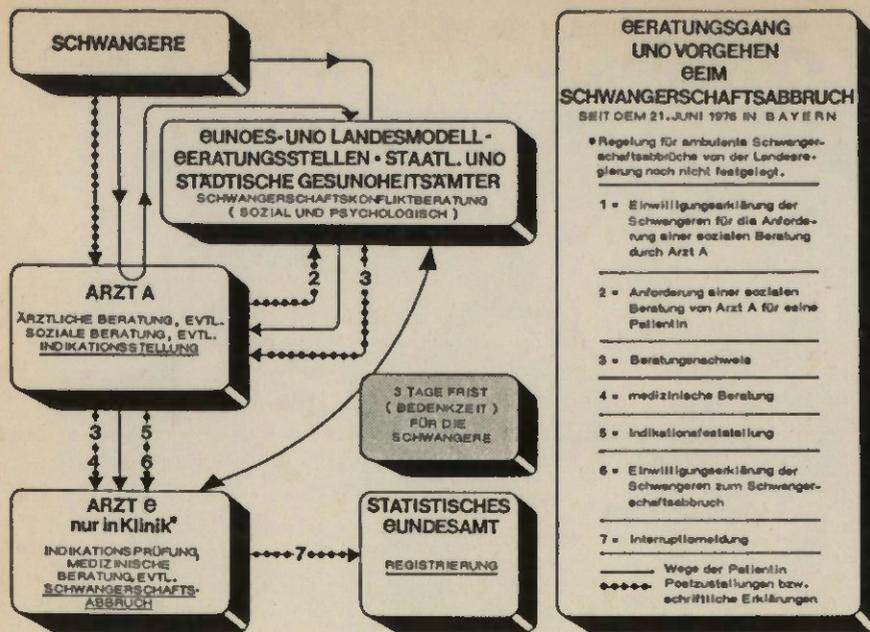
**Dosierung**  
Die Dosis und Behandlungsdauer sind individuell festzulegen.  
Bei Angina pectoris empfiehlt sich eine Behandlung beginnend mit 2mal 1 Tablette (80 mg) täglich. Die Tagesdosis kann bei Bedarf allmählich gesteigert werden. Im allgemeinen jedoch sind 3mal 1 Tablette (120 mg) täglich ausreichend.

Bei Herzrhythmusstörungen empfiehlt sich eine Anfangsdosis von 1 Tablette (40 mg) täglich. Bei Bedarf kann die Tagesdosis erhöht werden. Wenn die gewünschte Wirkung erreicht ist, kann häufig mit einer Dosis von 1 Tablette TRASICOR 40 täglich der erreichte Effekt aufrechterhalten werden.  
In Notfallsituationen – bei schweren Arrhythmien und Tachykardien – kann TRASICOR auch parenteral unter klinischer Kontrolle verabreicht werden (nähere Einzelheiten s. Packungsprospekt TRASICOR Ampullen).  
Beim hyperkinetischen Herzsyndrom liegt die erforderliche Behandlungsdosis bei 40 mg täglich. Höhere Tagesdosen, wie bei der Angina pectoris, sind nur in Ausnahmefällen erforderlich.

**Besondere Hinweise**  
Bei Herzinsuffizienz ist ausreichende Digitalisierung erforderlich und die Anwendung von TRASICOR 40 an eine besondere ärztliche Kontrolle gebunden.  
Bei gleichzeitiger Gabe von Antihypertonika ist eine Verstärkung der drucksenkenden Wirkung durch TRASICOR 40 möglich. Daher bedarf die Dosis der Antihypertonika einer Überprüfung und sollte evtl. verringert werden.

Bei Überdosierung und bei starker Bradykardie wird die Gabe folgender Antidots empfohlen: Man verabreicht 1 mg Atropinsulfat i.v. und, wenn die Pulsfrequenz daraufhin nicht genügend ansteigt, ein ß-Sympathikomimetikum.  
Die Behandlung mit ß-Sympatholytika kann die Symptome einer Hypoglykämie larvieren und überdies den Kohlenhydratstoffwechsel beeinflussen. Eine Anpassung der blutzuckersenkenden Medikation kann daher – besonders bei labilem oder insulinabhängigem Diabetes – nötig sein.

**Handelsformen und Preise**  
20 Tabletten DM 8,30  
50 Tabletten DM 19,10  
Anstaltspackungen



Beratungsgang und Vorgehen beim Schwangerschaftsabbruch in Bayern (Erläuterungen im Text)  
(nach Schatz H. W., I. Schmid-Tannwald)

len Ärzten jederzeit allgemeine Auskünfte über soziale Hilfsangebote und deren Vermittlung.

Die soziale Beratung muß grundsätzlich vor jedem Schwangerschaftsabbruch erfolgen. Ausnahmen sind allein Schwangerschaftsabbrüche aus medizinischer Indikation (§ 218 b Abs. 3 StGB). Um die Möglichkeiten persönlicher und sozialer Hilfen auszuschöpfen, ist es sinnvoll, die Beratung vor der Indikationsstellung durchzuführen.

Wegen der Komplexität der Materie und dem erheblichen Zeitaufwand hat es sich bewährt, diese gesetzlich vorgeschriebene Beratung den autorisierten Beratungsstellen zu überlassen. Die II. Universitäts-Frauenklinik München arbeitet daher seit etwa 18 Monaten auch auf diesem Sektor zur vollsten Zufriedenheit mit der Bundesmodellberatungsstelle, Lendwehrstraße 11, München 2, zusammen.

Entschließt sich die Schwangere zum Schwangerschaftsabbruch, ist in Bayern vom indikationsstellenden oder abbrechenden Arzt der Beratungsnachweis schriftlich bei den Beratungsstellen anzufordern. Besteht die Gefahr, strafrechtliche Fristen zu versäumen, sind Abweichungen vom Regelverfahren möglich.

## 1.2 Beratungstätigkeit der Bayerischen Modellberatungsstellen

Die 18 Bayerischen Modellberatungsstellen haben vom 21. Juni bis 21. Oktober 1976 insgesamt 2036 Schwangerschaftskonfliktberatungen durchgeführt und damit einen beachtlichen Beitrag zur Beratung im Rahmen des § 218 StGB geleistet. Diese und die folgenden Angaben stammen aus einer Statistik der Arbeitsgemeinschaft der Bayerischen Modellberatungsstellen. Die Klientinnen wurden den Beratungsstellen in 40 Prozent der Fälle von Gynäkologen und in 24 Prozent der Fälle von anderen Ärzten zugewiesen, was die starke Bereitschaft der Ärzteschaft in Bayern unterstreicht, mit diesen Stellen zusammenzuarbeiten. Ohne Überweisung suchten etwa 18 Prozent der Klientinnen die Beratungsstellen auf, wobei je ein Viertel durch Massenmedien oder durch Mund-zu-Mund-Propaganda motiviert wurden. 18 Prozent der Frauen waren 20 Jahre alt oder jünger, während die über 30jährigen 45 Prozent ausmachten. 88 Prozent hatten ihren Wohnort am Sitz der Beratungsstelle oder in deren Einzugsbereich. Die Klientinnen zeigten in 74 Prozent der Fälle ein Interesse an der Beratung und nur in 26 Prozent blieb diese eine „pro-forma“-Angelegenheit. In 74 Prozent der Fälle dauerte die Beratung eine Stunde oder mehr,

in 26 Prozent sogar zwei Stunden und mehr. Mit 54 Prozent stunden Probleme der Familienplanung als weitere Beratungsinhalte an der Spitze, gefolgt von Schwangerschaftsberatung (22 Prozent) und Ehe- und Partnerberatung (20 Prozent). In 36 Prozent der Fälle kam es nach dem Erstkontakt zu weiteren Kontakten mit den Beratungsstellen. In 54 Prozent der Fälle wurde ein Beratungsnachweis angefordert, in 46 Prozent wurde darauf verzichtet; bei ca. 20 Prozent der Fälle kann angenommen werden, daß die Klientin die Schwangerschaft austragen wird.

Diese Angaben veranschaulichen die Arbeitsweise der Modellberatungsstellen. Sie zeigen auch, daß die bayerischen Ärzte die Vorzüge dieses Beratungssystems erkannt haben und davon Gebrauch machen.

## 1.3 Ärztliche Beratung nach § 218 b Abs. 1.2 StGB

Nach dem Gesetz muß die Schwangere von einem Arzt über die ärztlich bedeutsamen Gesichtspunkte beraten werden. Es empfiehlt sich, sich die ärztliche Beratung bestätigen zu lassen. Über Zielsetzung und Inhalt dieser Beratung geben die Ausführungen im Bericht des Sonderausschusses für Strafrechtsreform Auskunft: „Damit ist einmal die Beratung über die Art des Eingriffes und dessen mögliche gesundheitliche Folgen gemeint. Sie darf sich jedoch – was durch die bewußte Wahl des Begriffes ärztlich ausgedrückt wird – nicht auf diesen rein medizinischen Aspekt beschränken. Vielmehr muß sie sich in dem jeweils möglichen und angemessenen Umfang auf die gegenwärtige und künftige Gesamtsituation der Schwangeren, soweit sie durch den Schwangerschaftsabbruch tangiert werden kann, erstrecken und zugleich, dem anderen Auftrag des Arztes entsprechend, den Schutz des ungeborenen Lebens mit einbeziehen. Der Arzt muß also die Schwangere auch darüber aufklären, daß mit dem Eingriff menschliches Leben vernichtet wird und in welchem Entwicklungsstadium es sich befindet. Die ... Erfahrung zeigt, daß viele Frauen in dieser Hinsicht keine klaren Vorstellungen haben und daß der Umstand, wenn sie später davon erfahren, häufig Anlaß für schwerwiegende

(Fortsetzung Seite 147)

## Kassenarzt in Bayern

Förderung der Niederlassung durch „Erweitertes Bayern-Programm“

Ein Arzt, welcher die Zulassung für einen der unter I aufgeführten Kassenarztsitze mit dem Ziel einer langjährigen Tätigkeit erwirbt, erhält die Zusicherung, daß seine Niederlassung im Rahmen des Erweiterten Bayern-Programms durch Vollfinanzierung eines Arzthauses zu besonders günstigen Bedingungen gefördert wird. Diese Kassenarztsitze bieten nach den Erfahrungen der Kassenärztlichen Vereinigung eine gute Existenzgrundlage. Dennoch sichert die KV diesen Kassenärzten für die Anlaufzeit von sechs Quartalen eine Umsatz-Garantie in der Höhe des durchschnittlichen Umsatzes der Arztgruppe zu. Weitere Hilfe bei der Praxiseinrichtung wird in Aussicht gestellt. Interessierten Ärzten wird empfohlen, sich wegen weiterer Auskunft über örtliche Verhältnisse und unterstützende Maßnahmen mit der zuständigen Bezirksstelle der KASSENÄRZTLICHEN VEREINIGUNG BAYERNS (siehe jeweilige Angabe der Anschrift mit Telefonnummer) in Verbindung zu setzen.

### I. Dringlich zu besetzende Kassenarztstellen

KASSENÄRZTLICHE VEREINIGUNG BAYERNS – Bezirksstelle Oberpfalz  
Landshuter Straße 49, Regensburg, Telefon (09 41) 7 50 71

**Eslarn, Lkr. Neustadt/WN:**

1 Allgemein-/Prakt. Arzt

Eslarn hat 3000 Einwohner (Einzugsgebiet rund 3800 Einwohner), ein Kassenarzt, ein Kassenarztsitz ist zu besetzen (Nachfolger). Nächstes Facharztzentrum Weiden. Nächstes Krankenhaus Vohenstrauß bzw. Oberviechtach. Ärztlicher Notfalldienst über Notrufzentrale Weiden – 8-Wochen-Turnus – Weiterbildende Schulen in Oberviechtach und Weiden.

**Neualbenreuth, Lkr. Tirschenreuth:**

1 Allgemein-/Prakt. Arzt

Neualbenreuth hat rund 1600 Einwohner (Einzugsgebiet rund 2000 Einwohner). Der Kassenarztsitz ist zu besetzen, weil der bisherige Inhaber verstorben ist. Nächstes Facharztzentrum Waldsassen und Tirschenreuth. Nächstes Krankenhaus Waldsassen (Chirurgische/Interne Abteilung). Ärztlicher Notfalldienst über Notrufzentrale Tirschenreuth – 8-Wochen-Turnus – Funkeinsatz. Alle weiterbildenden Schulen in Tirschenreuth.

**Waldsessen, Lkr. Tirschenreuth:**

1 Allgemein-/Prakt. Arzt

Waldsessen hat rund 9000 Einwohner, zugelassen 3 Allgemein-/Prakt. Ärzte, 3 Fachärzte (Int./Lunge). Kreis-krankenhaus mit chirurgischer und interner Abteilung, Chefärzte sind beteiligt. Nächstes Facharztzentrum Tirschenreuth. Ärztlicher Notfalldienst über Notrufzentrale Tirschenreuth – 8-Wochen-Turnus – Funkeinsatz. Weiterbildende Schulen in Tirschenreuth.

Direkte Bewerbungen sind zu richten an den Zulassungsausschuß für Ärzte Oberpfalz, Landshuter Straße 49, 8400 Regensburg.

**KASSENÄRZTLICHE VEREINIGUNG BAYERNS – Bezirksstelle Schwaben**  
**Frohsinnstraße 2, Augsburg, Telefon (08 21) 31 30 31**

**Oberkammlach, Lkr. Unterallgäu:**

1 Allgemein-/Prakt. Arzt

Wiederbesetzung eines freiwerdenden Allgemeinarztsitzes. Arzthaus mit Wohn- und Praxisräumen vorhanden. Zu versorgen sind mit Einzugsgebiet ca. 1800 Personen. Ärztlicher Notfalldienst geregelt. Kreis Krankenhaus mit augenärztl., chir., gyn., HNO-ärztl. und int. Abteilungen sowie weiterführende Schulen in der nahegelegenen Kreisstadt Mindelheim (6,5 km).

Direkte Bewerbungen sind zu richten an den Zulassungsausschuß für Ärzte Schwaben, Frohsinnstraße 2, 8900 Augsburg.

**KASSENÄRZTLICHE VEREINIGUNG BAYERNS – Bezirksstelle Oberfranken**  
**Bürgerreuther Straße 7a – 9, Bayreuth, Telefon (09 21) 2 30 32**

**Bad Steben, Lkr. Hof:**

1 Allgemein-/Prakt. Arzt

Im bayerischen Staatsbad Bad Steben wird ein weiterer Allgemein-/Prakt. Arzt benötigt. Die Anerkennung als Bade- bzw. Kurarzt oder der Erwerb der Anerkennung ist erwünscht. Die als Kleinzentrum eingestufte Markt-gemeinde hat 3300 Einwohner, mit Einzugsgebiet sind ca. 5000 Menschen zu betreuen. Die Zahl der Kurgäste – Kurkliniken der BfA und LVA am Ort – beläuft sich auf über 20000 im Jahr. Grund- und Hauptschule in Bad Steben, Realschule und Gymnasium in der 8 km entfernten ehemaligen Kreisstadt Naila. Geeignete Praxisräume mit Wohnung stehen in günstiger Lage – Kurzentrum – zur Verfügung. Der Notfalldienst ist geregelt.

**Burgkunstadt, Lkr. Lichtenfels:**

1 Allgemein-/Prakt. Arzt

In der Stadt Burgkunstadt sind derzeit neben 1 Internisten 3 Allgemein-/Prakt. Ärzte niedergelassen, von denen 2 Ärzte ihr Ausscheiden angekündigt haben. Burgkunstadt hat ca. 5250 Einwohner und Einzugsgebiet. Weiterhin bedeutende Schuhindustrie, renommiertes Großversandhaus mit 1600 Beschäftigten am Ort. Die Stadtverwaltung ist bei der Beschaffung von Wohn- und Praxisräumen behilflich. Bauplatz kann erworben werden. In Burgkunstadt math.-nat.-neusprachliches Gymnasium (Unterstufe Klassen 5–10), Realschule. 13-klassige Gymnasien in Lichtenfels und Kulmbach, jeweils 15 km entfernt, gute Verkehrsverbindungen. Notfalldienst ist geregelt.

**Ebersdorf-Frohnelech, Lkr. Coburg:**

1 Allgemein-/Prakt. Arzt

Wiederbesetzung der 2. zum 30. Juni 1976 freigewordenen Kassenarztstelle. Es sind ca. 6000 Menschen zu betreuen, Entfernung nach Coburg 12 km. Dort alle höheren Schulen und gute kulturelle Einrichtungen, Landestheater. Praxisanbau an das Wohnhaus des Vorgängers kann übernommen werden. Eingearbeitete Sprechstundenhilfe würde für den Nachfolger tätig werden. Bei Wohnungs- und Baugrundsuche ist die Gemeinde behilflich.

**Gößweinstein, Lkr. Forchheim:**

1 Allgemein-/Prakt. Arzt

In der Marktgemeinde Gößweinstein, staatlich anerkannter Luftkurort in der Fränkischen Schweiz, ist die Stelle des aus Gesundheitsgründen ausgeschiedenen vierten Allgemein-/Prakt. Arztes wieder zu besetzen. Gößweinstein hat 3500 Einwohner, insgesamt sind ca. 7000 Menschen zu betreuen. Realschule im 12 km entfernten Ebermannstadt, alle höheren Schulen in den ca. 30 km entfernten Städten Forchheim und Bayreuth (Busverbindungen). Die Marktgemeinde ist bei Wohnungsbeschaffung und evtl. Kauf eines Baugrundstückes behilflich. Der Notfalldienst ist geregelt.

**Hof/Saale:**

1 Nervenarzt

Es handelt sich um die Besetzung einer zweiten Nervenarztstelle in Hof/S.. Die Stadt hat 55500 Einwohner. Zum Einzugsgebiet gehört der gesamte Landkreis Hof einschließlich der ehemaligen Landkreise Naila und Rehau mit ca. 120 000 Menschen. Alle höheren Schulen, gute kulturelle Möglichkeiten, u. a. Theater in Hof. Stadt Krankenhaus und Privatkliniken am Ort.

**Kulmbach:**

1 Allgemein-/Prakt. Arzt

In der Kreisstadt Kulmbach (26 000 Einwohner) ist nach dem Ausfall zweier Ärzte die Niederlassung eines weiteren Allgemein-/Prakt. Arztes dringend angezeigt. Derzeit sind 10 Allgemein-/Prakt. Ärzte und sämtliche Fachgebiete in freier Kassenpraxis vertreten. Kulmbach ist eine renommierte Industriestadt mit bedeutenden Sehenswürdigkeiten (Plassenburg). Alle höheren Schulen und modernes Stadt- und Kreis Krankenhaus mit verschiedenen Fachrichtungen am Ort.

**Neustadt bei Coburg:**

1 Augenerzt

Es handelt sich um die Wiederbesetzung der derzeit verwaisten Augenarztstelle. Die Stadt Neustadt bei Coburg hat 13 000 Einwohner. Insgesamt sind ca. 20 000 Einwohner zu betreuen. In Neustadt bei Coburg existieren zwei Volksschulen, Staatliche Realschule, Mathematisch-naturwissenschaftliches Gymnasium. In Neustadt bei Coburg ist Puppenindustrie, Glasbläserindustrie beheimatet, ein Siemens-Werk beschäftigt 3000 Menschen. Hallenwellenbad, Freizeitzentrum wird derzeit gebaut. In der 15 km entfernten Stadt Coburg alle höheren Schulen, ausgezeichnete kulturelle Einrichtungen, Landestheater.

**Rodach bei Coburg:**

1 Allgemein-/Prakt. Arzt

In der als Thermalbad anerkannten Stadt Rodach bei Coburg ist die Stelle eines 4. Allgemein-/Prakt. Arztes zu besetzen. Die Stadt Rodach hat 5000 Einwohner, insgesamt sind ca. 9000 Menschen zu betreuen. In der 12 km entfernten Stadt Coburg gute kulturelle Einrichtungen, u. e. Landestheater, alle höheren Schulen, Fachhochschule.

**Schönwald, Lkr. Wunsiedel:**

1 Allgemein-/Prakt. Arzt

Infolge Ablebens des Stelleninhabers wird in Schönwald ein dritter Allgemein-/Prakt. Arzt benötigt. Das Städtchen Schönwald hat 4300 Einwohner, insgesamt sind ca. 6000 Menschen zu betreuen. Schönwald ist ein aufstrebender Fremdenverkehrsort im Fichtelgebirge, beheiztes Schwimmbad, bedeutende Porzellanindustrie am Ort. Neuartige Praxis kann übernommen werden. Realschule, Math.-nat.-neuspr. Gymnasium sind in der 6 km entfernten Stadt Selb.

**Schwarzenbach am Wald, Lkr. Hof:**

1 Allgemein-/Prakt. Arzt

Die als Kleinzentrum eingestufte Stadt Schwarzenbach am Wald (3600 Einwohner) liegt inmitten der reizvollen Landschaft des Frankenwaldes. Mit Einzugsgebiet sind insgesamt ca. 7500 Einwohner zu betreuen. Wiederbesetzung der am 31. Oktober 1976 freigewordenen Kassenarztstelle für einen dritten Allgemein-/Prakt. Arzt. Realschule und Gymnasium in der 7 km entfernten ehemaligen Kreisstadt Naila. Das Haus des Vorgängers kann käuflich erworben werden. Der Notfalldienst ist geregelt.

**Tattau, Lkr. Kronach:**

1 Allgemein-/Prakt. Arzt

In Tattau sind derzeit zwei Allgemein-/Prakt. Ärzte niedergelassen, von welchen einer aus Altersgründen seine Praxis aufgeben wird. Der im Frankenwald schön gelegene Industrieort Tattau (Wintersportgebiet) zählt ca. 2000 Einwohner; insgesamt sind ca. 5000 Menschen zu betreuen. Apotheka am Ort. Voliklassige Verbandsschule. Staatl. Realschule und Math.-nat.-neuspr. Gymnasium in der Kreisstadt Kronach. Fahrt möglich mit Schulbus und Bundesbahn.

Direkte Bewerbungen sind zu richten an den Zulassungsausschuß für Ärzte Oberfranken, Bürgerreuther Straße 7a - 9, 8580 Bayreuth.

**KASSENÄRZTLICHE VEREINIGUNG BAYERNS — Bezirksstelle Unterfranken**  
Hofstraße 5, Würzburg, Telefon (09 31) 307 - 1

**Helgenbrücken, Lkr. Aschaffenburg:**

1 Allgemein-/Prakt. Arzt

Einwohnerzahl 2400, Einzugsgebiet Heinrichsthal 820 Einwohner, eine Gemeinschaftspraxis am Ort. Günstige Verkehrsverbindung nach Aschaffenburg und Frankfurt, viel Fremdenverkehr, Grund- und Hauptschule am Ort.

**Wildflecken, Lkr. Bad Kissingen:**

1 Allgemein-/Prakt. Arzt

Einwohnerzahl 2500, großes Einzugsgebiet, Verbandsschule mit Grund- und Hauptschule am Ort. Verkehrsverbindung mit Bahn- und Buslinie. Unterstützung durch die Gemeinde bei Praxisraum- und Bauplatzbeschaffung.

Direkte Bewerbungen sind zu richten an den Zulassungsausschuß für Ärzte Unterfranken, Hofstraße 5, 8700 Würzburg.

**KASSENÄRZTLICHE VEREINIGUNG BAYERNS — Bezirksstelle Mittelfranken**  
Vogelsgarten 6, Nürnberg, Telefon (09 11) 4 96 21 - 24

**Neuendattelsau, Lkr. Ansbach:**

1 Allgemein-/Prakt. Arzt

Einwohnerzahl mit Einzugsgebiet ca. 7500. Ausfall von 2 Allgemein-/Prakt. Ärzten in Neuendattelsau und Umgebung aus Altersgründen. Neuaniederlassung in Gruppenpraxis geplant. Für die ärztliche Versorgung stehen derzeit am Ort zur Verfügung: 2 Allgemein-/Prakt. Ärzte und 1 Internist; darüber hinaus sind folgende hauptamtlich engestellte Chefärzte an der ambulanten Versorgung beteiligt: 1 Anästhesist, 1 Chirurg, 1 Frauenärztin, 1 Internist. Krankenhaus der Diakonissanstalt sowie weiterführende Schule (des Diakoniarwarks) am Ort.

**Weißenburg, Lkr. Weißenburg-Gunzenhausen:**

1 Nervenarzt

Einwohnerzahl: rund 16100 (21 Kassenärzte), großes Einzugsgebiet; nach Praxisaufgabe aus Altersgründen kein weiterer Nervenarztsitz im Landkreis. Krankenhaus und weiterführende Schulen (Realschule, Gymnasium) am Ort.

Direkte Bewerbungen sind zu richten an den Zulassungsausschuß für Ärzte Mittelfranken, Vogelsgarten 6, 8500 Nürnberg.

**KASSENÄRZTLICHE VEREINIGUNG BAYERNS — Bezirksstelle Oberbayern  
Mühlbauerstraße 16/II, München, Telefon (0 89) 41 47 - 247**

**Rennertshofen, Lkr. Neuburg/Donau:**

1 Allgemein-/Prakt. Arzt

Einwohnerzahl: ca. 1200; Einzugsgebiet: ca. 4800. In Rennertshofen und der Nachbargemeinde Hatzenhofen ist je ein Allgemein-/Prakt. Arzt niedergelassen. Aufgrund des großen Einzugsgebietes ist die Niederlassung eines dritten Arztes wünschenswert. Das nächste Facharztzentrum ist in Neuburg (12 km) mit Krankenhaus. Weiterführende Schulen sind in Neuburg (12 km). Eine Apotheke ist ebenfalls in Rennertshofen. Praxis- und Wohnräume könnten evtl. von privater Seite vermittelt werden.

Direkte Bewerbungen sind zu richten an den Zulassungsausschuß für Ärzte Oberbayern, Mühlbauerstraße 16, 8000 München 80.

## II. Weitere freie Kassenarztstellen

Bei Niederlassung und Kassenzulassung besteht die Möglichkeit, Grunderwerb und Bau eines Arzthauses mit Unterstützung des Wohnbauwerkes der Bayerischen Ärzteversorgung zu finanzieren. Interessenten wenden sich an die Kassenärztliche Vereinigung Bayerns zur Beratung im Einzelfall.

**KASSENÄRZTLICHE VEREINIGUNG BAYERNS  
Bezirksstelle Oberpfalz  
Landshuter Straße 49, Regensburg  
Telefon (09 41) 7 50 71**

**KASSENÄRZTLICHE VEREINIGUNG BAYERNS  
Bezirksstelle Niederbayern  
Lilienstraße 5 - 7, Straubing  
Telefon (0 94 21) 70 53**

**Hals-Nasen-Ohrenarzt:**

**Burglengenfeld,  
Lkr. Schwandorf I. Bay.:** 1 Hals-Nasen-Ohrenarzt

**Kinderarzt:**

**Sulzbach-Rosenberg, Lkr.  
Amberg-Sulzbach:** 1 Kinderarzt

Direkte Bewerbungen sind zu richten an den Zulassungsausschuß für Ärzte Oberpfalz, Landshuter Straße 49, 8400 Regensburg.

**Allgemein-/Prakt. Ärzte:**

**Deggendorf-Stadt:** 1 Allgemein-/Prakt. Arzt

**Frontenhausen, Lkr. Dingolfing-Landau:** 1 Allgemein-/Prakt. Arzt

**Gelsenhausen, Lkr. Landshut:** 1 Allgemein-/Prakt. Arzt

**Hofkirchen, Lkr. Passau:** 1 Allgemein-/Prakt. Arzt

**Osterhofen, Lkr. Deggendorf:** 1 Allgemein-/Prakt. Arzt

**Pilsting, Lkr. Dingolfing-Landau:** 1 Allgemein-/Prakt. Arzt

Schölnach, Lkr. Deggendorf: 1 Allgemein-/Prakt. Arzt  
 Slegenburg, Lkr. Keiheim: 1 Allgemein-/Prakt. Arzt  
 Tann, Lkr. Rottal-Inn: 1 Allgemein-/Prakt. Arzt  
 Wittibreut, Lkr. Rottal-Inn: 1 Allgemein-/Prakt. Arzt

**Augenärzte:**

Kalhelm: 1 Augenarzt  
 Landau, Lkr. Dingoifling-Landau: 1 Augenarzt

**Hautärzte:**

Deggendorf-Stadt: 1 Hautarzt  
 Pfarrkirchen, Lkr. Rottal-Inn: 1 Hautarzt  
 Regen: 1 Hautarzt

Im gesamten Bereich Niederbayern ist der ärztliche Notfalldienst über Notrufzentralen – Funkeinsatz – geregelt.

Direkte Bewerbungen sind zu richten an den Zulassungsausschuß für Ärzte Niederbayern, Lilienstraße 5 – 7, 8440 Straubing.

**KASSENÄRZTLICHE VEREINIGUNG BAYERNS**

Bezirksstelle Schwaben  
 Frohsinnstraße 2, Augsburg  
 Telefon (08 21) 31 30 31

**Allgemein-/Prakt. Ärzte:**

Augsburg-Oberhausen (Ortsteil 16, 17): 1 Allgemein-/Prakt. Arzt  
 Ichenhausen, Lkr. Günzburg: 1 Allgemein-/Prakt. Arzt  
 Marxheim, Lkr. Donau-Ries: 1 Allgemein-/Prakt. Arzt  
 Niederraunau, Lkr. Günzburg: 1 Allgemein-/Prakt. Arzt  
 Oettingen, Lkr. Donau-Ries: 1 Allgemein-/Prakt. Arzt  
 Roggenburg, Lkr. Neu-Ulm: 1 Allgemein-/Prakt. Arzt  
 Senden, Lkr. Neu-Ulm: 1 Allgemein-/Prakt. Arzt

**Nervenarzt:**

Stadt Augsburg: 1 Nervenarzt (Psychotherapie)

Direkte Bewerbungen sind zu richten an den Zulassungsausschuß für Ärzte Schwaben, Frohsinnstraße 2, 8900 Augsburg.

**KASSENÄRZTLICHE VEREINIGUNG BAYERNS**

Bezirksstelle Oberfranken  
 Bürgerreuther Straße 7 a – 9, Bayreuth  
 Telefon (09 21) 2 30 32

**Allgemein-/Prakt. Ärzte:**

Betzenstein, Lkr. Bayreuth: 1 Allgemein-/Prakt. Arzt  
 Bischofsgrün, Lkr. Bayreuth: 1 Allgemein-/Prakt. Arzt  
 Enchenreuth, Lkr. Kulmbach: 1 Allgemein-/Prakt. Arzt  
 Kupferberg, Lkr. Kulmbach: 1 Allgemein-/Prakt. Arzt  
 Marktredwitz, Lkr. Wunsledel: 1 Allgemein-/Prakt. Arzt  
 Münchberg, Lkr. Hof: 1 Allgemein-/Prakt. Arzt  
 Seib, Lkr. Wunsledel: 1 Allgemein-/Prakt. Arzt  
 Töpen, Lkr. Hof: 1 Allgemein-/Prakt. Arzt  
 Waischenfeld, Lkr. Bayreuth: 1 Allgemein-/Prakt. Arzt  
 Warmensteinach, Lkr. Bayreuth: 1 Allgemein-/Prakt. Arzt

**Augenarzt:**

Coburg: 1 Augenarzt

**Orthopäde:**

Selb, Lkr. Wunsledel: 1 Orthopäde

Direkte Bewerbungen sind zu richten an den Zulassungsausschuß für Ärzte Oberfranken, Bürgerreuther Straße 7 a – 9, 8580 Bayreuth

**KASSENÄRZTLICHE VEREINIGUNG BAYERNS**

Bezirksstelle Unterfranken  
 Hofstraße 5, Würzburg  
 Telefon (09 31) 307 - 1

**Allgemein-/Prakt. Ärzte:**

Aizenu, Lkr. Aschaffenburg: 1 Allgemein-/Prakt. Arzt  
 Bad Neustadt-Ortsteil Herschfeld, Lkr. Rhön-Grabfeld: 1 Allgemein-/Prakt. Arzt  
 Bischofsheim, Lkr. Rhön-Grabfeld: 1 Allgemein-/Prakt. Arzt  
 Eisenfeld, Lkr. Miltenberg: 1 Allgemein-/Prakt. Arzt  
 Gerolzhofen, Lkr. Schweinfurt: 1 Allgemein-/Prakt. Arzt  
 Gräfendorf, Lkr. Main-Spessart: 1 Allgemein-/Prakt. Arzt

**MENADIER**  
ein Hamburger Unternehmen, seit 1788,  
stellt vor:

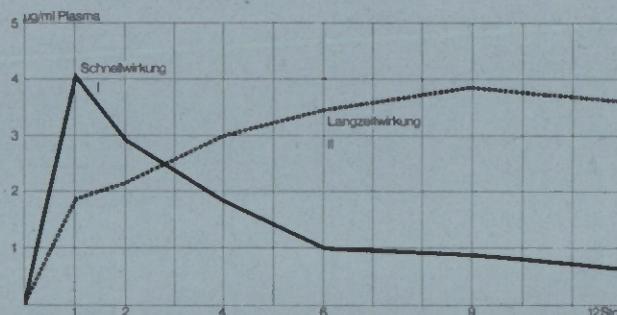
# Malinert®

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 enthält u.a. Metamizol in einer dem Symptom angepaßten Dosierung.

## Malinert-Drageés wirken rasch und anhaltend



Nach Gabe von Metamizol entstehen wirksame Metabolite, deren pharmako-kinetisches Verhalten die Sofort- (I) und Langzeit-Wirkung (II) von MALINERT belegen.

Mittlere Blutspiegel von 8 Probanden nach oraler Gabe von Metamizol.

## Deshalb **Malinert®**-Drageés -Salbe das Spezifikum gegen Rückenschmerzen

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

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

Zusammensetzung: 1 Dragee enthält: 200 mg Metamizol (= Phenyl-dimethyl-pyrazolon-methyl-amino-methansulfonsaures Natrium), 250 mg Phenazonsalicylat (= Phenyl-dimethyl-pyrazolon-salicylat), 7,5 mg Diphenhydraminhydrochlorid, 20 mg Coffein, 3 mg Aesculin, 10 mg Doctotiamin, 5 mg Pyridoxinhydrochlorid, 10 µg Cyanocobalamin.

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

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

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

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

Muster und Literatur von MALINERT® erhalten Sie auf Wunsch direkt durch uns.

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

**Grafenrheinfeld, Lkr. Schweinfurt:** 1 Allgemein-/Prakt. Arzt  
**Grettstadt, Lkr. Schweinfurt:** 1 Allgemein-/Prakt. Arzt  
**Halbach, Lkr. Aschaffenburg:** 1 Allgemein-/Prakt. Arzt  
**Hambach, Lkr. Schweinfurt:** 1 Allgemein-/Prakt. Arzt  
**Kirchhelm, Lkr. Würzburg:** 1 Allgemein-/Prakt. Arzt  
**Killingen am Main, Lkr. Miltenberg:** 1 Allgemein-/Prakt. Arzt  
**Mömbriß, Lkr. Aschaffenburg:** 1 Allgemein-/Prakt. Arzt  
**Schonungen, Lkr. Schweinfurt:** 1 Allgemein-/Prakt. Arzt  
**Schweinfurt:** 1 Allgemein-/Prakt. Arzt  
**Unsleben, Lkr. Rhön-Grabfeld:** 1 Allgemein-/Prakt. Arzt  
**Wülfershausen/Saale, Lkr. Rhön-Grabfeld:** 1 Allgemein-/Prakt. Arzt

**Augenärzte:**

**Alzenau, Lkr. Aschaffenburg:** 1 Augenarzt  
**Marktheldenfeld, Lkr. Main-Spessart:** 1 Augenarzt,  
**Obernburg, Lkr. Miltenberg:** 1 Augenarzt

**Hals-Nasen-Ohrenarzt:**

**Marktheldenfeld, Lkr. Main-Spessart:** 1 Hals-Nasen-Ohrenarzt

**Kinderärzte:**

**Alzenau, Lkr. Aschaffenburg:** 1 Kinderarzt  
**Bad Neustadt, Lkr. Rhön-Grabfeld:** 1 Kinderarzt

Direkte Bewerbungen sind zu richten an den Zulassungsausschuß für Ärzte Unterfranken, Hofstraße 5, 8700 Würzburg.

**KASSENÄRZTLICHE VEREINIGUNG BAYERNS**

Bezirksstelle Mittelfranken  
 Vogelsgarten 6, Nürnberg  
 Telefon (09 11) 4 96 21 - 24

**Allgemein-/Prakt. Ärzte:**

**Arberg, Lkr. Ansbach:** 1 Allgemein-/Prakt. Arzt  
**Büchenbach, Lkr. Roth:** 1 Allgemein-/Prakt. Arzt

**Eillingen, Lkr. Weißenburg-Gunzenhausen:** 1 Allgemein-/Prakt. Arzt  
**Fürth-Stadeln bzw. angrenzende Gebiete Fürth-Nord:** 1 Allgemein-/Prakt. Arzt  
**Großhabersdorf, Lkr. Fürth:** 1 Allgemein-/Prakt. Arzt  
**Nürnberg-Langwasser:** 1 Allgemein-/Prakt. Arzt  
**Nürnberg-St. Leonhard:** 1 Allgemein-/Prakt. Arzt  
**Nürnberg-West:** 1 Allgemein-/Prakt. Arzt  
**Veltsbronn-Siegelsdorf oder Puschendorf, Lkr. Fürth:** 1 Allgemein-/Prakt. Arzt  
**Wittelshofen oder Ehingen, Lkr. Ansbach:** 1 Allgemein-/Prakt. Arzt

**Nervenarzt:**

**Neustadt/Alsch, Lkr. Neustadt/Alsch-Bad Windsheim:** 1 Nervenarzt, möglichst mit Psychotherapie

Direkte Bewerbungen sind zu richten an den Zulassungsausschuß für Ärzte Mittelfranken, Vogelsgarten 6, 8500 Nürnberg.

**KASSENÄRZTLICHE VEREINIGUNG BAYERNS**

Bezirksstelle Oberbayern  
 Mühlbauerstraße 16/II, München  
 Telefon (0 89) 41 47 247

**Allgemein-/Prakt. Ärzte:**

**Egling, Lkr. Landsberg:** 1 Allgemein-/Prakt. Arzt  
**Elchstätt:** 1 Allgemein-/Prakt. Arzt

**Augenarzt:**

**Moosburg, Lkr. Freising:** 1 Augenarzt

**Kinderarzt:**

**Moosburg, Lkr. Freising:** 1 Kinderarzt

**Nervenarzt:**

**Bad Reichenhall, Lkr. Berchtesgadener Land:** 1 Nervenarzt

Direkte Bewerbungen sind zu richten an den Zulassungsausschuß für Ärzte Oberbayern, Mühlbauerstraße 16, 8000 München 80.

Zweifel und Gewissensbedenken ist. Dementsprechend muß die Beratung mit darauf ausgerichtet sein, derartigen Konfliktsituationen vorzubeugen“ (3). Derüber hinaus muß auch auf die Risiken des Schwangerschaftsabbruches für spätere gewünschte Schwangerschaften hingewiesen werden.

Selbstverständlich sollte im Rahmen dieses Gesprächs eine familienplanerische Aufklärung, möglichst mit Festlegung der für später vorgesehenen empfängnisverhütenden Methode folgen.

## 2. Indikationsstellung nach § 219 Abs. 1 und 2 StGB

„Der Sinn der Regelung des § 219 StGB ist, daß die schriftliche Feststellung dem mit dem Eingriff betrauten Arzt Grundlagen und Hilfen für die von ihm zu treffende abschließende Beurteilung und Entscheidung über die Vornahme oder Ablehnung des Eingriffs vermitteln soll“ (4). Die Indikationsstellung darf nur von einem Arzt vorgenommen werden. Indikationsstellender und interruptierender Arzt dürfen nicht die gleiche Person sein. Da es nach § 218 StGB für die Straffreiheit eines Schwangerschaftsabbruches auf das tatsächliche Vorliegen einer Indikation und nicht nur auf das Vorliegen einer Indikationsbestätigung eines anderen Arztes ankommt, muß der mit dem Eingriff betraute Arzt in eigener Verantwortung die maßgebliche Entscheidung treffen, ob eine Indikation gegeben ist. Der Arzt kann

sich deher, trotz der Indikationsfeststellung durch einen anderen Arzt, nach § 218 StGB strafbar machen, wenn eine Indikation in Wirklichkeit nicht vorlag. Auf eine „schriftliche Feststellung“, daß eine Indikation vorliegt, kann sich daher der abbrechende Arzt auf keinen Fall alleine verlassen. „Es wird vielmehr zu fordern sein, daß aus dem Schriftstück selbst die für eine hinreichende Beurteilung, ob eine Indikation im Sinne des § 218 e StGB gegeben ist und die Voraussetzungen des § 218 Abs. 3 StGB erfüllt sind, notwendigen Tatsachenfeststellungen ersichtlich sind“ (5).

Die den Schwangerschaftsabbruch indizierenden Umstände können bekanntlich auf einem Gebiet liegen, das dem mit dem Eingriff betrauten Arzt fremd ist. Aus obigen Ausführungen ist verständlich, wenn der abbrechende Arzt vom indikationsstellenden Fachkollegen die entsprechenden ärztlichen Unterlagen zur Einsicht erhält, wie es auch sonst in der interkollegialen Zusammenarbeit üblich ist. Die Indikationsstellung ist – wie oben bereits gesagt – für den abbrechenden Arzt nicht verbindlich. Er muß in eigener Verantwortung prüfen, ob die Voraussetzungen für den Schwangerschaftsabbruch gegeben sind. Die Erfahrungen der letzten Zeit zeigen, daß diese verantwortliche Prüfung häufig wegen unzureichender Unterlagen nicht möglich ist. Dies ist um so mißlicher, wenn die Patientin in der Klinik eingetroffen ist und in Erwartung einer schnellen Abwicklung des Schwangerschaftsabbruches mit einer derartigen Sachlage konfrontiert werden muß.

## 3. Einwilligung der Schwangeren

Aufgrund der derzeitigen Rechtslage „ist die Einwilligung in Maßnahmen, die (wie hier) Eingriffe in höchstpersönliche Rechtsgüter darstellen, unabhängig von Geschäftsfähigkeit und Alter der Einwilligenden“ enzuwenden. „Minderjährige und sonst nicht Geschäftsfähige sind im strafrechtlichen Sinne einwilligungsfähig, wenn sie nach ihrer geistigen und sittlichen Reife Bedeutung und Tragweite des Eingriffes und seiner Gestaltung ermessen können. In diesen Fällen dürfte die Einwilligung der Schwangeren zur Rechtfertigung des Schwangerschaftsabbruches ausreichen und eine zusätzliche Erklärung der gesetzlichen Vertreter entbehrlich sein“ (6). Es empfiehlt sich, die Einwilligung der Schwangeren schriftlich zu fixieren und in Zweifelsfällen den gesetzlichen Vertreter bzw. die Erziehungsberechtigten gegenzeichnen zu lassen.

## 4. Leistungen der Krankenkassen

Am 1. Dezember 1975 ist des Strefrechtsreform-Änderungsgesetz (StREG) in Kraft getreten. Es handelt sich hierbei um neue Leistungen, welche flankierende Maßnahmen zur Reform des Schwangerschaftsabbruches (218 StGB) darstellen. Demnach haben die Versicherten und Ihre familienberechtigten Angehörigen Anspruch auf:

– ärztliche Beratung über Fregen der Empfängnisregeiung (§ 200 e RVO),



### NEPHROLOGIKUM zur risikolosen Langzeittherapie von NEPHROPATHIEN

# Canephron®

**Indikationen:** Basistherapeutikum bei Nierenerkrankungen; chronische Pyelonephritis; chronische Interstitielle Nephritis; chronische Glomerulonephritis; Schwangerschaftsnephropathie; Nephrolithiasis; Zystitis. • **Kontraindikationen und Nebenwirkungen** sind bisher nicht bekannt. • **Zusammensetzung:** 100 g enthalten 29 g Mazerat aus: Herb. Centaur. 0,6 g, Fruct. Cynosbat. sin. Semin. 1,0 g, Rad. Levistic. 18 mg, Fol. Rosmarin. 0,6 g - 1 Oragée enthält: Herb. Centaur. 18 mg, Fruct. Cynosbat. sin. Semin. 30 mg, Rad. Levistic. 18 mg, Fol. Rosmarin. 16 mg. • **Dosierung:** Erwachsene erhalten 3mal täglich 1 Teelöffel voll oder 2 Oragées, Schulkinder 3mal täglich ½ Teelöffel oder 1 Oragée, Kleinkinder 3mal täglich 25 Tropfen, Säuglinge 3mal täglich 15 Tropfen, jeweils nach dem Essen; zur Langzeitbehandlung über mindestens 12 Wochen. • **Handelsformen:** Canephron OP mit 100 ml OM 8,35, OP mit 60 Oragées OM 6,35, OP mit 240 Oragées OM 25,90; Großpackungen mit 500 ml, 1000 ml und 1000 Oragées.



BIONORICA KG · APOTHEKER POPP · NÜRNBERG

— Sach- und Geldleistungen bei nicht rechtswidriger Sterilisation (§ 200 f RVO),

— nicht rechtswidrigen Schwangerschaftsabbruch (§ 200 f RVO).

Nach § 200 f der Reichsversicherungsordnung (RVO) besteht im Falle eines Schwangerschaftsabbruches Anspruch auf folgende Leistungen:

— ärztliche Beratung über die Erhaltung und den Abbruch der Schwangerschaft,

— ärztliche Untersuchung und Begutachtung zur Feststellung der Voraussetzungen für einen nicht rechtswidrigen Schwangerschaftsabbruch,

— ärztliche Behandlung, Versorgung mit Arznei-, Verband- und Heilmitteln sowie Krankenhauspflege,

— im Falle der Arbeitsunfähigkeit: Krankengeld.

Die Sozialberatung nach § 218 b Abs. 1 Nr. 1 StGB ist von den Leistungen der gesetzlichen Krankenversicherung *ausgenommen*.

### Zusammenfassung

Der vorstehende Artikel behandelt die derzeitige Rechtslage des legalen Schwangerschaftsabbruches. Insbesondere werden die formellen Aspekte der Beratung, der Indikationsstellung und der Einwilligung der Schwangeren besprochen, die einschlägigen Leistungen der Krankenkassen angeführt, und auf die Bedeutung der Modellberatungsstellen hingewiesen.

### Literaturverzeichnis

1. Deutsches Ärzteblatt: Die strafrechtlichen Vorschriften über den Schwangerschaftsabbruch. 73. 2148, 1976.
2. Bayerisches Staatsministerium für Arbeit und Sozialordnung: Verzeichnisse der anerkannten Modellberatungsstellen. Stand 15. Juni 1976.
3. Erster Bericht des Sonderausschusses für die Strafrechtsreform zum Entwurf des 5. StrRG. Bundestags-Drucke 7/1971 (neu) S. 16 f.
4. Bayerisches Staatsministerium der Justiz: Stellungnahme vom 7. September 1976 zu Auslegungsfragen der Neuregelung des § 218 StGB.
5. Gesetz vom 28. August 1975, BGBl. I S. 2289.
6. SCHIRMER, D.: § 218 StGB (Schwangerschaftsabbruch) und die flankierenden Leistungen der Krankenkassen. Die Betriebskrankenkasse 64 (1976) 185.

### Anschrift des Verfassers:

Dr. med. I. Schmid-Tannwald, II. Universitäts-Frauenklinik München, Lindwurmstraße 2 a, 8000 München 2

## Personalia

### Professor Kötschau 85 Jahre

Professor Dr. Karl Kötschau, Lindenbergweg 23, 8201 Schloßberg, konnte am 19. Januar seinen 85. Geburtstag feiern. Während der vielen Jahre seiner ärztlichen Tätigkeit hat er sich besonders mit den Problemen naturgemäßer Heilmethoden befaßt und zahlreiche wissenschaftliche Arbeiten veröffentlicht.

Wir wünschen dem Jubilar noch viele lebenswerte Jahre.

### Dr. Doerfler 80 Jahre

Am 26. Januar wurde Dr. Hermann Doerfler, Eichstätter Straße 19, 8832 Weißenburg, 80 Jahre alt.

Nach Abschluß des Medizinstudiums widmete sich Dr. Doerfler einer umfassenden Weiterbildung in Chirurgie, Gynäkologie und Radiologie. Nach längerer erfolgreicher Tätigkeit am Krankenhaus und während des Krieges als Chefarzt einer Sanitätskompanie ließ sich der Jubilar 1946 als Allgemeinarzt nieder. Er erwarb sich durch sein ärztliches Können und seiner hervorragenden menschlichen Eigenschaften höchste Wertschätzung. Von 1950 bis Ende 1970 war Dr. Doerfler Vorsitzender des Ärztlichen Kreisverbandes Südfranken. Seit gleichem Datum ist er Delegierter zur Bayerischen Landesärztekammer und Vorsitzender des Hilfsausschusses. In dieser Eigenschaft wirkt er besonders segensreich für notleidende Ärzte und deren Angehörige.

Wir wünschen dem vorbildlichen Kollegen noch viele gute, gesunde Jahre.

Professor Dr. Jakob Bauer, Kungundenstraße 41, 8000 München 40, wurde von seinem Heimatort Mitterteich (Landkreis Tirschenreuth) zum Ehrenbürger ernannt.

### Dr. Vierheilig 65 Jahre

Dr. Hugo Vierheilig, Leitender Medizinaldirektor, Walther-von-der-Vogelweide-Straße 19, 8700 Würzburg, trat am 31. Januar 1977 — in zeitlichem Zusammenhang mit seinem 65. Geburtstag am 27. Januar — in den Ruhestand.

Nach dem Studium der Medizin in Freiburg und Würzburg machte Dr. Vierheilig 1936 das Staatsexamen. 1944 legte er die Staatsmedizinische Prüfung (Physikat) ab. Von 1940 bis 1945 war er Amtsarzt in Lublin und Ratibor. 1951 erhielt er die Anerkennung als Arzt für Neurologie und Psychiatrie. Seit 1948 war er am Versorgungsamt Würzburg tätig, ab 1951 stellvertretender leitender Arzt, ab 1963 leitender Arzt.

Seit 1949 ist der Jubilar in der ärztlichen Landesvertretung tätig, und zwar sowohl im Bereich der Bayerischen Landesärztekammer als auch der Kassenärztlichen Vereinigung Bayerns. Er ist Vorsitzender des Bezirkes Unterfranken des Bayerischen Sportärzte-Verbandes, seit 1958 Leiter der sportärztlichen Beratungsstelle der Stadt Würzburg, seit 1954 ärztlicher Sachverständiger für Fliegertauglichkeit. Seit 1963 gehört er dem Stadtrat in Würzburg an und ist seit 1972 Fraktionsvorsitzender der FWG/FDP.

Dem Marburger Bund gehört Dr. Vierheilig seit 1949 an und ist dort auch noch aktiv tätig.

ed multos annos!

Dr. Sigismund von Forster, Ulrichstraße 2 b, 8908 Krumbach, wurde die Hartmann-Thieding-Plakette verliehen.

Generalarzt Dr. Hubertus J. Grunhofer, Leiter des Flugmedizinischen Instituts der Luftwaffe, 8080 Fürstentfeldbruck, ist zu einem der Vizepräsidenten der Aerospace Medical Association (Sitz Washington, D. C., USA) gewählt worden.



# Amphodyn<sup>®</sup> retard Die BiTherapie

Physiologisch angepaßte Tonisierung  
der beiden Kreislaufseiten:

venös kräftig  
mobilisiert venös versacktes  
Blut. Erhöht das aktive Blut-  
angebot.

arteriell behutsam  
dynamisiert den Arteria-Tonus  
herzökonomisch - ohne Gefahr von  
Tachykardie.

**Indikationen:** Bei allen essentiellen Formen der Hypotonie (insbes. bei Jugendlichen), bei allen symptomatischen Formen der hypotonen Dysregulation nach Infektionen, Operationen, Grippe, Geburten, Bettlägerigkeit.

**Zusammensetzung:** 1 Retardkapsel enthält Etilfrinhydrochlorid 20 mg, Raßkastaniextrakt 150 mg (enth. 25 mg Aescin). **Kontraindikationen:** Phöchromozytom, Thyreotoxikose. **Anwendung und Dosierung:** Morgens vor dem Aufstehen 1 Retardkapsel. Nur selten braucht ein Patient am frühen Nachmittag eine zweite. **Packungsgrößen und Preise:** 20 Retardkapseln DM 10,95 · 50 Retardkapseln DM 25,65 · 100 Retardkapseln DM 44,75 · Anstaltspackung.



## Dr. Flath, MdL, 60 Jahre

Dr. Fritz Flath, 8823 Altenmuhr, feierte am 28. Januar seinen 60. Geburtstag.

Nach Studium und Kriegsdienst ließ sich Dr. Flath 1945 als Allgemeinarzt in Altenmuhr/Mittelfranken nieder, wo er seitdem ununterbrochen als Allgemeinarzt tätig ist. 1960 wurde er Gemeinderat der FDP, dann Kreisrat und Fraktionsvorsitzendes Mitglied, seit 1962 ist er Kreisvorsitzender, seit 1963 stellvertretender Bezirksvorsitzender der FDP in Mittelfranken, seit 1970 Bezirksvorsitzender der FDP in Mittelfranken. Nach Delegiertentätigkeit auf Landes- und Bundesebene wurde er Mitglied des Landes- und Bundeshauptausschusses. Seit 1970 ist er Mitglied des Bayerischen Landtages und sozial- und gesundheitspolitischer Sprecher der Fraktion und außerdem ist er seit Dezember 1976 stellvertretender Landesvorsitzender. Durch seine außerordentliche Aktivität und seine Bereitschaft, auch heiße Eisen anzufassen, tritt er immer wieder in Erscheinung.

ad multos annos!

Professor Dr. Theodor Hellbrügge, Leiter des Kinder-Zentrums an der Forschungsstelle für Soziale Pädiatrie und Jugendmedizin der Universität München, Güllstraße 3, 8000 München 2, wurde der Pestalozzi-Preis für seine Bemühungen um die schulische und gesellschaftliche Eingliederung behinderter Kinder verliehen.

## Bundesverdienstkreuz

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

Dr. Othmar Baluschek, Hiltenspergerstraße 62, 8000 München 40; Dr. Dr. Kurt Hemmerich, Maximilianstraße 10, 8000 München 22; Dr. Fritz Kraefft, Egloffsteinstraße 8, 8700 Würzburg; Obermedizinalrat Dr. Samuel Kutschinski, Stuckstraße 4, 8000 München 80; Dr. Erich Schuster, Meistersingerstraße 18, 8580 Bayreuth; Dr. Josef Tudyka, v.-Ketteler-Ring 10, 8674 Naila.

Professor Dr. Fritz Holle, Direktor der Chirurgischen Universitäts-Poliklinik München, Pettenkoflerstraße 8 a, 8000 München 2, wurde zum Ehrenmitglied im „American College of Surgeons“ ernannt.

Dr. Eduard Koschade, Konrad-Adenauer-Straße 30, 8060 Dachau, wurde bei der Neuwahl der Landesgruppe Bayern des Berufsverbandes der Frauenärzte als Nachfolger von Dr. Conrad, der nicht mehr kandidierte, zum Vorsitzenden gewählt.

Professor Dr. H.-J. Merté, Direktor der Augenklinik der Technischen Universität München, Ismaninger Straße 22, 8000 München 80, wurde als Gründungsmitglied in die Academia Ophthalmologica Internationalis (die eine Höchstzahl von 50 Mitgliedern hat) berufen.

## Fakultät

### München — Universität

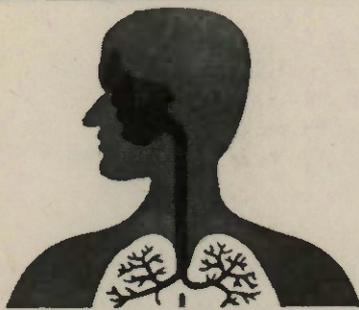
Dr. rer. nat. Gundolf Beier, wissenschaftlicher Angestellter am Institut für Rechtsmedizin, wurde zum „Akademischen Rat“ ernannt.

Dr. med. Hans Dörfler, wissenschaftlicher Assistent an der Medizinischen Poliklinik, wurde unter Berufung in das Beamtenverhältnis auf Probe zum „Akademischen Rat“ ernannt.

### München — Technische Universität

Professor Dr. med. Walter Müller, em. Ordinarius für Pathologie am Klinikum Essen, wurde in Würdigung seiner Leistungen als Wissenschaftler und Lehrer unter Betonung seiner außerordentlichen Verdienste um den Ausbau der Stellung der Pathologie im Rahmen der klinischen Medizin sowie um die ärztliche Ausbildung und wissenschaftliche Fortbildung die Ehrendoktorwürde der Technischen Universität München verliehen.

Privatdozent Dr. med. Dr. phil. Jochen Stork wurde zum Leiter der neugeschaffenen Abteilung für Medizinische Psychologie im Institut für Medizinische Psychologie und Psychotherapie ernannt.



## SEKRETOLYTIKUM bei SINUSITIDEN und SINOBRONCHITIDEN

# Sinupret®

**Indikationen:** Akute, subakute und chronische Sinusitiden, Rhinosinusitis, Sinobronchitis, sinogene Kopfschmerzen, Rhinitis sicca et humida, Ozeana, Tubenkatarrh, zur Infektophylaxe beim bronchitischen Syndrom. - **Kontraindikationen und Nebenwirkungen** sind bisher nicht bekannt. - **Zusammensetzung:** 100 g enthalten 29 g Mazerat aus: Red. Gentian. 0,2 g, Flor. Primul. 0,6 g, Herb. Rumic. 0,6 g, Flor. Sembuc. 0,6 g, Herb. Verben. 0,6 g - 1 Oragée enthält: Red. Gentian. 0,008 g, Flor. Primul. 0,018 g, Herb. Rumic. 0,018 g, Flor. Sembuc. 0,018 g, Herb. Verben. 0,018 g, Vitamin C 0,010 g. - **Dosierung:** Erwachsene erhalten 3mal täglich 1 Teelöffel voll oder 2 Dregées, Kinder 3mal täglich 1/2 Teelöffel oder 1 Dregée. Steigerung der Dosis ist möglich und unbedenklich. - **Handelsformen:** Sinupret DP mit 100 ml OM 8,35, DP mit 60 Oragées OM 8,35, OP mit 240 Oragées DM 25,90; Großpackungen mit 500 ml, 1000 ml und 1000 Dregées.



BIONORICA KG · APOTHEKER POPP · NÜRNBERG

# HUSTENWETTER!

## Paracodin® für jedes Alter!



### Zusammensetzung

1 Tablette enthält 10 mg Dihydrocodeinhydrogentartrat; 1 g Tropfen (= 25 Tropfen) 10 mg Dihydrocodeinhydrochlorid, 200 mg Thymianfluidextrakt DAB 6, 150 mg Süßholzfluidextrakt und 100 mg Primelwurzelfluidextrakt; 5 ml (= ca. 1 Teelöffel) Sirup enthalten 12,1 mg Dihydrocodeinhydrogentartrat, 60,5 mg Eibischfluidextrakt und 90,75 mg Grindeliafluidextrakt.

### Indikationen

Husten und Hustenreiz jeder Art, insbesondere auch bei entzündlichen Affektionen der Atemwege. Deshalb kommen besonders folgende Indikationen in Frage: Bronchitis, Keuchhusten, Tracheitis,

Pharyngitis, Laryngitis sowie Husten bei Emphysem und Lungentuberkulose.

### Dosierung

Erwachsene erhalten durchschnittlich 1-3 Tabletten 3mal täglich, doch wird man häufig auch mit kleineren Gaben auskommen; andererseits kann man ohne Bedenken 50 mg pro dosi geben. Kinder von 2-5 Jahren erhalten  $\frac{1}{2}$  -  $\frac{1}{2}$  Tablette, Kinder von 6-12 Jahren  $\frac{1}{2}$  - 1 Tablette, 1-2-3mal täglich. Tropfen: Säuglinge (4-12 Monate) erhalten 4 Tropfen, Kleinkinder 5-7 Tropfen, 1-2-3mal täglich; ältere Kinder 8-15 Tropfen, Erwachsene 20-25 Tropfen, bei Bedarf auch mehr, mehrmals täglich. Sirup: Säuglinge (4-12 Monate) erhalten

$\frac{1}{4}$  Teelöffel, Kleinkinder  $\frac{1}{4}$  -  $\frac{1}{2}$  Teelöffel, ältere Kinder  $\frac{1}{2}$  - 1 Teelöffel, Erwachsene 1-2 Teelöffel voll, bis zu 3mal täglich.

### Kontraindikationen

Zustände, die mit Einschränkung der Atemfunktion einhergehen; Längzeitverabreichung bei chronischer Obstipation.

### Nebenwirkungen

Paracodin kann, besonders bei Säuglingen und Kleinkindern, zu Obstipation führen.

### Zur besonderen Beachtung!

Paracodin-Tropfen und Sirup: Ein möglicherweise vorhandener Bodensatz

rührt von den im Präparat enthaltenen Pflanzenextrakten her. Er läßt sich durch leichtes Schütteln beseitigen und hat keinen Einfluß auf die Wirksamkeit. In den ersten 3 Monaten einer Schwangerschaft ist die Verordnung von Paracodin — entsprechend den heutigen Auffassungen über den Arzneimittelgebrauch durch werdende Mütter — kritisch abzuwägen.

### Handeleformen

20 Tabletten	O.-P.	DM 3,95
50 g Sirup	O.-P.	DM 3,10
100 g Sirup	O.-P.	DM 5,40
15 g Tropfen	O.-P.	DM 3,65
30 g Tropfen	O.-P.	DM 6,30



**KNOLL AG 6700 Ludwigshafen**

## in memoriam

### Dr. Völlinger †

Am 31. Dezember 1976 verstarb Dr. Friedrich Völlinger, Ehrenvorsitzender der Kassenärztlichen Vereinigung Bayerns, kurz vor Vollendung seines 82. Lebensjahres.

Dr. Völlinger, der sich 1923 als Praktischer Arzt in Freising niederließ, erkannte schnell den Wert und die große Bedeutung der sozialen Krankenversicherung für die Bevölkerung Deutschlands. Er stellte sich deshalb sofort zur Mitarbeit beim Aufbau der ärztlichen Selbstverwaltung und der Ausgestaltung der ärztlichen Versorgung der Bürger zur Verfügung.

In der Zeit des Dritten Reiches zog er sich von allen Ämtern zurück und widmete sich als hochangesehener Praktischer Arzt und Geburtshelfer seinen Patienten in Stadt und Land Freising. Während des Krieges diente er als Sanitätsoffizier in der Wehrmacht und versorgte auch in dieser Zeit, soweit es ihm nur irgendwie möglich war, seine Patienten.

Sofort nach dem Zusammenbruch wurde Dr. Völlinger wieder gerufen, um an führender Stelle am Wiederaufbau der kassenärztlichen und allgemeinärztlichen Versorgung der bayerischen Bevölkerung mitzuwirken. Wenn in Bayern auch in den damaligen schweren Zeiten die kassenärztliche Versorgung sichergestellt werden konnte, ist das mit ein wesentliches Verdienst von Dr. Völlinger.

Er wurde damals zum Vorsitzenden des Ärztlichen Kreisverbandes Freising gewählt, bald darauf zum stellvertretenden Vorsitzenden der Bezirksstelle Oberbayern der Kassenärztlichen Vereinigung Bayerns. Zwanzig Jahre lang – vom Tode Dr. Landauers an bis zum Januar 1972 – stand Dr. Völlinger an der Spitze der Kassenärztlichen Vereinigung Bayerns und war Mitglied des Vorstandes der Kassenärztlichen Bundesvereinigung.

Auch die Kammer war mit Dr. Völlinger eng verbunden: Er war Delegierter zur Bayerischen Landes-

ärztekammer, deren Vorstand er jahrzehntelang angehörte.

Die Verdienste Dr. Völlingers fanden vielfache Würdigung. 1961 wurde er mit dem Großen Bundesverdienstkreuz ausgezeichnet. Die Paracelsus-Medaille erhielt er auf dem Deutschen Ärztetag 1964 in Augsburg. 1972 wurde ihm der Bayerische Verdienstorden verliehen.

Wir werden ihm stets ein ehrendes Gedenken bewahren!

H. Sewering

### Dr. Weidinger †

Am 27. Dezember 1976 verstarb im 64. Lebensjahr unerwartet Dr. Anton Weidinger, Chirurg, Leitender Arzt der Krankenanstalt des III. Ordens in München-Nymphenburg.

Nach Beendigung des Medizinstudiums in München erhielt Dr. Weidinger am 27. Dezember 1938 seine Bestallung als Arzt und promovierte im Jahr 1939 zum Doktor der Medizin.

Im Jahr 1946 erhielt er die Anerkennung als Facharzt für Innere Medizin. Anschließend widmete er sich der Weiterbildung in Chirurgie an der Krankenanstalt des III. Ordens, unter der Leitung von Geheimrat Dr. Schindler und Professor Dr. Scheicher. 1950 erwarb er die Anerkennung als Facharzt für Chirurgie. Am 1. Januar 1963 übernahm er die Leitung der Chirurgischen Abteilung der Nymphenburger Krankenanstalt und wurde zugleich zu deren leitendem Arzt bestellt. In dieser Tätigkeit setzte er die Tradition dieses Krankenhauses fort und widmete sich insbesondere der Kropfchirurgie. Aus gesundheitlichen Gründen war er gezwungen, seine berufliche Tätigkeit Anfang April 1972 zu beenden, behielt jedoch die Stellung als Ärztlicher Direktor der Krankenanstalt bei.

Bereits während seiner aktiven ärztlichen Tätigkeit galt sein besonderes Interesse berufspolitischen Fragen und Problemen seiner chirurgischen Fachkollegen. Im Jahr 1965 übernahm er das Amt des Vorsitzenden des Landesverbandes Bayern des Berufsverbandes der Deutschen Chirurgen und wurde im gleichen

Jahr zum Vizepräsidenten des Bundesverbandes der Deutschen Chirurgen gewählt.

Der Bayerischen Landesärztekammer gehörte Dr. Weidinger als Delegierter an und war Mitglied des Krankenhausausschusses. Am 1. Juni 1976 wurde er zum Vorsitzenden der Schlichtungsstelle der Bayerischen Landesärztekammer zur außergerichtlichen Erledigung von Haftpflichtstreitigkeiten zwischen Patienten und Ärzten berufen.

Der Verstorbene war mit Leib und Seele seinem Beruf als Chirurg verbunden. Seine beruflichen Leistungen und sein verbindliches Wesen wurden gleichermaßen von seinen Patienten geschätzt. Seinen Mitarbeitern war er ein vorbildlicher Lehrer und väterlicher Freund.

Die Ärzteschaft wird seiner stets ehrend gedenken.

## Bekanntmachungen

### Besetzung des Berufsgerichtes für die Heilberufe bei dem Oberlandesgericht Nürnberg

Dr. med. Karl Stöhr, Kinderarzt, Jean-Paul-Straße 4, 8730 Bad Kissingen, wurde auf die Dauer von fünf Jahren als ehrenamtlicher Richter zum Beisitzer des Berufsgerichtes für die Heilberufe bei dem Oberlandesgericht Nürnberg ernannt. Er ist Nachfolger für Dr. Moegen.

### Besetzung des Landesberufsgerichtes für die Heilberufe bei dem Bayerischen Obersten Landesgericht

Dr. med. Eduard Koschade, Frauenarzt, Konrad-Adenauer-Straße 30, 8060 Dachau, wurde auf die Dauer von fünf Jahren als ehrenamtlicher Richter zum 2. Beisitzer und

Dr. Jörg Schmutterer, Kinderarzt, Damaschkestraße 65, 8000 München 82, wurde auf die Dauer von fünf Jahren als ehrenamtlicher Richter zum 4. Stellvertreter des 3. Beisitzers (Dr. Einhauser)

des Landesberufsgerichtes für die Heilberufe bei dem Bayerischen Obersten Landesgericht ernannt.

# Wenn bronchiale Infekte

1. antibiotisch behandelt werden müssen
2. einen Sekretstau befürchten lassen
3. auf einen geschwächten Organismus treffen

## dann Bisolvomycin®

Denn die entscheidenden Wirkqualitäten, durch die eine Bisolvomycin-Medikation jeder alleinigen Antibiotika-Verabreichung überlegen wird, erreichen zuverlässig

1. maximale antibiotische Konzentrationen am Ort des Infektgeschehens
2. Verminderung des Sekretstaus durch umfassende Sekretolyse
3. Stärkung des lokalen immunologischen Abwehrpotentials

Bisolvomycin ist ein therapeutischer Sicherheitsfaktor.

#### Zusammensetzung

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

4 mg  
250 mg

#### Anwendungsgebiete

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

#### 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 Tetracyclin-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 anzusetzen.

#### 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  
Originalpackung mit 40 Kapseln  
Klinikpackung

DM 22,10  
DM 39,75

Unverbindliche empfohlene Preise lt. AT

Thomae

### Hochsaison für Haushaltspolitiker

Für die Haushaltspolitiker im Landtag und Senat herrscht jetzt Hochsaison. Bis zur parlamentarischen Sommerpause wollen sie den bayerischen Staatshaushalt mit seinen vierzehn Einzelplans beraten und verabschieden. Den Budgetentwurf hatte Finanzminister Dr. Ludwig Huber noch im Dezember im Landtag eingebracht und bei der ersten Lesung als einen Haushalt zur Konsolidierung der öffentlichen Finanzen bezeichnet. 1977 sollen die Staatseinnahmen und -ausgaben insgesamt 25,7 Milliarden DM und 1978 27,2 Milliarden DM betragen; das sind Steigerungsreihen gegenüber dem jeweiligen Vorjahr von 6,9 Prozent bzw. 6,7 Prozent. Der größte Einzelplan im Doppelhaushalt 1977/78 ist wiederum der Kultusetat mit einem Anteil von 31 Prozent. An zweiter Stelle rangiert mit deutlichem Abstand der Haushalt der Staatsbauverwaltung gefolgt vom Innen- und vom Landwirtschaftetat. Kennzeichnend für die Problematik des Budgetentwurfs sind die Ausgaben im Personalbereich, die trotz einer Stellenmehrung von nur 0,5 Prozent – das sind 1256 Stellen – einen Anteil von 43 Prozent an den Ausgaben haben.

Die Einbringung des neuen Doppelhaushalts im Landtag war von einer Kontroverse zwischen Regierungspartei und Opposition über das Beratungsverfahren begleitet. Die SPD hatte nämlich moniert, daß nur der Haushaltsplan insgesamt, nicht aber die Einzelpläne vorliegen. Sie verlangte, daß von der bisherigen Praxis abgegangen werde, derzufolge das Budget in erster Lesung nur in seinen Grundzügen behandelt wird. In den vergangenen dreißig Jahren war es üblich, nach der Einbringung des Gesamtplanes die Einzelpläne der Ressorts sukzessiv nachzuschieben. Sie wurden dann im Haushaltsausschuß beraten und vom Plenum verabschiedet. Gesetzeskraft erlangten sie erst, wenn das Haushaltsgesetz insgesamt gebilligt worden ist. Die SPD begründete den Wunsch nach der sofortigen Vorlage aller Einzelpläne damit, daß erst dann

eine sinnvolle Beratung möglich sei. Weiter wurde darauf hingewiesen, daß nach der Geschäftsordnung des Landtags ein Gesetz, wie es auch der Staatshaushalt ist, mit all seinen Anlagen, also auch den Einzelplänen, bereits zur ersten Lesung vorliegen müsse.

In seiner Haushaltsrede vor dem Landtag stellte der Finanzminister den Willen zu einer Konsolidierung der öffentlichen Finanzen in den Vordergrund. Deshalb solle die Zuwachsraten unter der erwarteten Steigerung des Bruttosozialproduktes bleiben. Aus dem gleichen Grund ist die Neuverschuldung gegenüber dem Vorjahr um ein Drittel niedriger angesetzt worden. 1977 will der Freistaat 2,42 Milliarden DM und 1978 nur noch 2,29 Milliarden DM an Schulden machen. Für den Finanzminister hat die Staatsverschuldung seit 1973 „ein bedenkliches Ausmaß“ erreicht. Damals habe sie noch 2,75 Milliarden DM betragen, im Herbst 1976 aber bereits 10,5 Milliarden DM. 1974 habe den Schuldendienst für den Kreditmarkt 3,19 Prozent der Steuereinnahmen ausgemacht, 1977 würden bereits 7,3 Prozent und ein Jahr später 8,53 Prozent dadurch gebunden. In diesem Jahr wird der Freistaat nach Angaben Hubers 733 Millionen DM und 1978 925 Millionen DM allein an Zinsen zahlen müssen.

Für Ludwig Huber ist auch dieser Doppelhaushalt, wie schon die vorangegangenen, nicht ohne Risiken. Er sieht sie im angenommenen Zuwachs des Bruttosozialproduktes von rund zehn Prozent und in der noch offenen Umsatzsteuerverteilung zwischen Bund und Ländern, von der er befürchtet, daß Bonn weit mehr fordern werde, als im Finanzplan 1975 bis 1978 vorgesehen ist.

Die harten Sparmaßnahmen, mit denen Huber eine „gefestigte Grundlage“ für den Haushalt schaffen will, beweisen deutlich die geringen Stellenmehrungen. Insgesamt waren nahezu 16 000 Stellen von den Ressorts zusätzlich angefordert worden. Bewilligt wurden jedoch nur 3608

Stellen für 1977 und 2369 Stellen für 1978, denen 4721 eingezogene Stellen gegenüberstehen. Nach Angaben Hubers hat die Staatsregierung im Schulbereich insgesamt 3479 Stellen ausgebracht. Für die Universitäten Bayreuth, Bamberg und Passau sind 185, 53 bzw. 126 Stellen neu vorgesehen. 630 Stellen sollen das Klinikum Großhadern und 70 die neue Kopfklinik Erlangen erhalten. Verstärkt wird die Polizei mit 900 Stellen sowie die Zahl der Richter (260) und die Zahl der Beamten im mittleren Dienst der Steuerverwaltung (275).

In seiner Etatrede stellte der Finanzminister insbesondere das Sonderinvestitionsprogramm der Staatsregierung zur Stärkung der Struktur und Wirtschaftskraft Bayerns heraus. Es war ursprünglich mit 176 Millionen DM eingeplant, wurde aber zwischenzeitlich vom Haushaltsausschuß des Landtags auf 202 Millionen DM aufgestockt. Es soll dem Grenzland und den strukturschwachen Gebieten zugute kommen, wobei die Mittel in den Staatsstraßenbau und die Errichtung von Wasserversorgungs- und Abwasseranlagen fließen. Verstärkt gefördert wird der soziale, der landwirtschaftliche und der Altenwohnungsbau sowie der Sportstättenbau.

Mit einer überdurchschnittlichen Unterstützung seitens des Freistaats können nach dem vorliegenden Haushaltsplan die bayerischen Kommunen rechnen. Der kommunale Finanzausgleich wird sich heuer um 7,3 Prozent erhöhen, wobei das finanzpolitische Schwergewicht auf eine Steigerung der frei verfügbaren Mittel für die Gemeinden, Städte und Landkreise gelegt wurde. Insgesamt stehen im Doppelhaushalt 1977/78 8,1 Milliarden DM für sie bereit.

Trotz aller festgelegten Ausgaben kann nach Ansicht Hubers mit diesem Budget „Politik gemacht werden“. Gleichzeitig forderte der Finanzminister aber dazu auf, darüber nachzudenken, „wie weitere gesetzliche Fixierungen uns den Bereich echten politischen Handelns für die Zukunft nehmen“. Wie weit es den Haushaltspolitikern gelingt, den schmal gewordenen finanziellen Spielraum des Budgets zu sichern und vielleicht auch einmal wieder zu erweitern, werden jedenfalls die nächsten Wochen und Monate zeigen.

Micheel Gscheidle

## Kein Ausweg für Frankreichs Sozialversicherung?

Die französische Sécurité sociale steht vor einer finanziellen Katastrophe. Sie war vorauszusehen. Seit zehn Jahren fehlte es nicht an warnenden Stimmen. Die sozialen Ausgaben des Staates erreichen fast 300 Millionen Francs, mehr als das gesamte Staatsbudget. Und unter diesen Ausgaben steigen die Gesundheitskosten am stärksten. Sie haben sich in den letzten zehn Jahren verdreifacht: Von 27 auf mehr als 80 Milliarden. Der französische Bürger verwendet doppelt soviel Medikamente als der amerikanische. Und in den kommenden Jahren, bis 1980, werden die Ausgaben für die Gesundheit um weitere 70 Prozent ansteigen. Der zuständige Minister errechnete für 1977 ein Defizit der Sécurité sociale im Ausmaß von mindestens 16 Milliarden Francs.

Eine ähnliche Situation findet man in anderen Ländern auch. In Schweden erhöhen sich die Gesundheitsausgaben um acht Prozent pro Jahr, in den USA stiegen sie in den letzten zehn Jahren um 300 Prozent, um 1975 den phantastischen Betrag von 120 Milliarden Dollar zu erreichen. Aber

in den meisten, kulturell entwickelten Ländern, die über einen ausgezeichneten organisierten Gesundheitsdienst verfügen, hat man aufgehört, diesen unaufhörlichen Anstieg des medialen Verbrauchs als ein Zeichen des Fortschritts zu registrieren. Im Gegenteil, man beginnt ihn als ein Zeichen der Krankheit zu beurteilen, die der modernen Zivilisation anhaftet.

Das Problem tauchte Ende der fünfziger Jahre auf mit der phantastischen Entwicklung der medizinischen Technik und Chirurgie in den USA und der Entdeckung überaus wirksamer Medikamente, die von der französischen Medizin adaptiert wurden. Die Kinderlähmung wurde überwunden, die Tbc verschwand fast, die Babys starben nicht mehr wie in den vergangenen Jahrzehnten und die Frühgeburten wurden dem Leben erhalten. In den Spitälern selbst vollzog sich ein Wandel. Sie erhielten die modernsten technischen Behelfe, ihre Ärzte sind hochqualifiziert, die Grenzen des Todes weichen überall zurück. Die sozialen Differenzen verschwin-

den in dem Augenblick, da es um die Gesundheit geht. Das Geld spielt keine Rolle mehr, die Sécurité sociale bezahlt die Rechnung für alle in der gleichen Weise.

Die neuen Möglichkeiten der medizinischen Wissenschaft, der Krankheit vorzubeugen oder sie zu heilen, sind gewiß zu begrüßen. Aber der technische Fortschritt hat seine Schattenseiten. Dr. Bouvard, einer der Chefs der Krankenkassen, erklärt: Die finanziellen Schwierigkeiten der Sécurité sociale resultieren nicht so sehr aus dem Wunsch der Franzosen, unter allen Umständen gesund zu werden oder der Krankheit vorzubeugen, sondern aus der fehlerhaften Adaptation der Medizin, wie sie heute praktiziert wird, an die tatsächlichen Bedürfnisse der Menschen. Die Spitäler, die fast die Hälfte des Gesundheitsbudgets in Anspruch nehmen, werden von Kranken belegt, die sehr wohl auch daheim behandelt werden könnten. Die urgenten Fälle repräsentieren lediglich 10 bis 15 Prozent der Spitalsanmeldungen. Bedeutende Spitalsabteilungen könnten reduziert werden, wenn die Spitalsärzte etwas mehr Vertrauen den Dossiers schenken würden, die ihnen die Kranken mitbringen. Denn die Untersuchungen, deren Resultate bereits in der Krankheitsgeschichte festgelegt sind, werden regelmäßig wiederholt. Wenn es tatsächlich eine echte Zusammenarbeit zwischen Hausarzt und Spitalsarzt geben würde, kämen nur die schwersten Fälle ins Krankenhaus.

Die Ärzte in der Stadt beklagen sich, daß sie überfordert sind. Wie kann man in zehn Minuten die Geschichte

(Fortsetzung Seite 162)

# 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; Ribo-  
flavin 0,5 mg; Ascorbinsäure  
5,0 mg.

**Indikationen:**

Sehschwäche infolge von Lin-  
senstrübung, Netz- und Ader-  
hauterkrankungen und Seh-  
nervenschwäche.

**Kontraindikation:**

Jodüberempfindlichkeit.

**Dosierung:**

2-3 mal täglich 1 Dragee.

**Handelsform:**

50 Dragees DM 7,20 (inkl. MWST.)

**Phera Jade**

### Weiter brisant: Rentenversicherung

*Die Koalition faßt nur mühsam Tritt. Kanzler Schmidt sitzt zwar fest im Sattel, obwohl nur mit einer Stimme mehr als nötig gewählt. Aber er steht vor einem Berg ungelöster Probleme. Und in beiden Fraktionen rumort es, bei der SPD wie bei der FDP. Die Bereitschaft, jeden von den Spitzenpolitikern ausgehandelten Kompromiß mitzutragen, ist schwächer geworden. Die gegenseitigen Pressionen werden stärker. Die SPD hat den ersten Renten-Kompromiß, mit dem die nächste Rentenerhöhung entgegen den Wahlversprechen um ein halbes Jahr hinausgeschoben werden sollte, vom Tisch gewischt. Den neuen Kompromiß bezeichnet der FDP-Abgeordnete Schmidt (Kempten) als „Flickschusterei“, und der zweite prominente Sozialpolitiker der FDP, Spitzmüller, schiebt die Forderung nach, daß noch einmal über einen Krankenversicherungsbeitrag der Rentner gesprochen werden müsse, was dann die SPD veranlaßt, zu verlangen, daß neben der Beitragsbemessungsgrenze in der Krankenversicherung auch die Pflichtgrenze angehoben wird.*

Ob Schmidt und Genscher die auseinanderstrebenden Kräfte noch einmal zusammenbinden können, erscheint mehr als fraglich. Denn das kurz vor Weihnachten mit heißer Nadel zusammengenähte Sanierungspaket ist mit zuviel Widersprüchen und Ungereimtheiten belastet. Es hat, das läßt sich ohne Risiko sagen, keine Chance, in dieser Fassung bis zum 1. Juli 1977 Gesetzeskraft zu erlangen. Eine neue Verhandlungsrunde ist bereits eingeleitet. Niemand kann freilich darauf setzen, daß es doch vernünftige und abgewogene Entscheidungen geben wird. Der Zeitpunkt dafür wurde vor einem Jahr verpaßt. Jetzt geht es nur noch um das größere oder kleinere Übel. Auch von der Opposition ist nicht viel zu erhoffen. Jedenfalls läuft das, was bislang von der CDU/CSU zu hören ist, auf Beitragserhöhungen hinaus.

Wenn jetzt in der Koalition erneut über die Sanierung der Rentenversicherung verhandelt werden muß, so geht es dabei vor allem um folgende Fragen:

1. Die Koalitionsbeschlüsse sehen vor, daß die Defizite der Rentenversicherung zum Teil aus der Rücklage finanziert werden. Die Rücklage soll bis auf eine Monatsausgabe der Rentenversicherung abgebaut werden, also von etwa 35 Milliarden DM am Jahreswechsel auf weniger als zehn Milliarden DM. Dies ist aber nur möglich, wenn der Bund seine Schulden bei der Rentenversicherung von insgesamt 9 Milliarden DM bis Ende 1978 zu-

rückzahlt und auch die Verluste der Rentenversicherung bei der Veräußerung niedrig-verzinslicher Wertpapiere übernimmt. Apel hat bislang seine Zustimmung dazu nicht gegeben.

2. Umstritten ist auch, wie hoch künftig die Rücklagen sein sollen. Die Koalitionsvereinbarung sieht vor, daß die Rücklage bis 1980 auf eine Monatsausgabe verringert wird. Was danach geschieht, ist ungewiß. Der neue Arbeitsminister Ehrenberg, ein waschechter Ostpreuße, Ökonom, schnodderig und hemdsärmelig dazu, aber ohne politische Hausmacht, hält eine solche Rücklage für völlig ausreichend. Sie genüge, um kleinere Schwankungen bei den Einnahmen und Ausgaben auszugleichen. Ihn schreckt es nicht, daß damit die Rentenversicherung zwangsläufig in die finanzielle Abhängigkeit vom Bundeshaushalt geraten müßte. Der Finanzminister hätte künftig bei der Rentenversicherung selbst kleine Konjunkturerbrüche finanziell zu überbrücken. Die FDP besteht daher darauf, daß die Rücklage nach 1980 wieder aufgestockt wird.

3. Dies geht aber nur, wenn nicht nur 1979 und 1980, wie vereinbart, die Renten den Nettoverdiensten der Arbeitnehmer und nicht wie bislang deren Bruttoverdiensten folgen, sondern auch auf Dauer. Die bruttolohnbezogene Rente müßte also durch die nettolohnbezogene Rente abgelöst werden. Sozialdemokraten wie Christdemokraten sind hierzu vorerst nicht bereit. Wer die Nettofor-

mel ablehnt, wird jedoch nicht daran vorbeikommen, entweder die Rentenbeiträge oder aber die Steuern zugunsten der Rentenversicherung zu erhöhen.

4. Die Spitzenmanager der Koalition haben wohl nicht gewußt, was sie taten, als sie sich einigten, die Beitragsbemessungsgrenze in der Krankenversicherung von jetzt DM 2550 auf künftig DM 3400, also auf das Niveau der Bemessungsgrenze der Rentenversicherung zu erhöhen. Die Bezieher mittlerer und höherer Einkommen, also die bevorzugte FDP-Klientel, würden weit stärker belastet als durch jede Beitragserhöhung, gegen die sich die FDP vor der Wahl festgelegt hatte. Die Erhöhung der Beitragsbemessungsgrenze bedeutet mehr Umverteilung und Nivellierung der Einkommen. Da die Pflichtgrenze nicht erhöht werden soll, fürchten die Ersatzkassen die Abwanderung der Mitglieder, die ein gutes Risiko darstellen, also vor allem der jungen und ledigen Angestellten, zur Privatversicherung. Das Auseinanderfallen von Pflichtgrenze und Beitragsgrenze wird nicht lange durchzuhalten sein.

Wenig wahrscheinlich ist, daß auf die Verlagerung der Kosten der Rentnerkrankenversicherung von der Renten- zur Krankenversicherung verzichtet wird. Dabei birgt dieser Schritt die größten Gefahren. Eine solche systemwidrige Belastung der Krankenkassen zwingt zum Finanzausgleich unter den Kassen und höhlt deren finanzielle Eigenständigkeit aus. Mit dem Zwang zum Sparen wird auch die Absicht begründet, die Spitzenverbände aller Kassen und die Kassenärztliche Bundesvereinigung zum Abschluß verbindlicher Empfehlungsvereinbarungen gesetzlich zu verpflichten. Der Anstieg des Honorarvolumens, der Arzneimittelausgaben und der Krankenhauspflegesätze soll sich künftig an der wirtschaftlichen Entwicklung orientieren, vor allem am Anstieg der Arbeitnehmerinkommen.

Der Weg zur Einheitsversicherung, darüber sollte sich niemand Illusionen machen, ist damit vorgezeichnet. Die Weichen sind gestellt. Ob der Zug in diese Richtung fährt, wird am Ende davon abhängen, wie stark sich die Freien Demokraten machen und wozu sich die CDU/CSU durchringen wird. bonn-mot

# Herz. Erst dann kommt Krebs.

1975: 346 300 Menschen starben in Deutschland an Herz-Kreislauf-Erkrankungen (= 46% der Todesfälle). An bösartigen Neubildungen starben 152 400 (= 20,3% der Todesfälle) (Statistisches Bundesamt Wiesbaden, Todesursachenstatistik 1975)

Für die Dauerbehandlung im allgemeinen  
Kapseln anzerkaufen mit etwa Flüssigkeit ein-  
nehmen. Durchschnittliche Tagesdosis 3mal  
1 Kapsel; in besonderen Fällen bis zu 3mal täg-  
lich 2 Kapseln, dabei Einnahmeabstand von  
2 Stunden nicht unterschreiten. Bei drohendem  
Aorten-aneurysma-Anteil zum raschen Wirkungs-  
eintritt Kapseln zerbeißen.

stärken bzw. ergänzen. Die Therapie mit Herz-  
glykosiden kann unter Adalat-Behandlung be-  
gonnen oder fortgeführt werden. Inkompatibil-  
itäten mit anderen Arzneimitteln sind bei der  
klinischen Prüfung des Präparates nicht zutage  
getreten.

Zur Beachtung:  
Adalat kann die Wirkung von blutdrucksenken-  
den Präparaten und  $\beta$ -Rezeptorenblockern ver-  
stärken bzw. ergänzen. Die Therapie mit Herz-  
glykosiden kann unter Adalat-Behandlung be-  
gonnen oder fortgeführt werden. Inkompatibil-  
itäten mit anderen Arzneimitteln sind bei der  
klinischen Prüfung des Präparates nicht zutage  
getreten.

vorübergehender, meist leichter Natur. Ge-  
legentlich kann es zu Kopfschmerz, Schwindel,  
rötung, Wärmegefühl, Schwindel und Übelkeits-  
erscheinungen kommen. Umlängliche Labora-  
torienuntersuchungen ergaben keine auf das  
Präparat zurückzuführenden pathologischen  
Abweichungen von den Normwerten.

Die Wirkung von blutdrucksenkenden Präparaten und  $\beta$ -Rezeptorenblockern wird durch Adalat verstärkt bzw. ergänzt.



Das Resultat intensiver Koronar-Forschung bei Bayer heißt:

## 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.

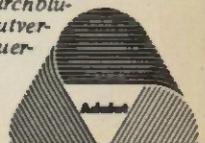
**Das Prinzip der Druckentlastung des Herzens.**

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.



**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

**„Antikonception 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 Beifügung von DM 1,- in Briefmarken als Schutzgebühr, richten.

des Kranken anhören, sich an seinen Namen erinnern, sein Kontrollblatt herausuchen, ihn abgreifen, abhören und untersuchen, eine Synthese etablieren dessen, was man gesehen oder gehört hat, ein Rezept schreiben, das Formular der Krankenkasse ausfüllen, das Honorar kassieren und den Kranken zur Tür begleiten.

Aber heute präsentieren jene, die die Sprechstunde besuchen, zu 75 Prozent Krankheitserscheinungen, die unklar und nur schwer zu erfassen sind. Die Ärzte finden oft keine klaren Anhaltspunkte für eine Diagnose und verschreiben Medikamente und Analysen, um zu versuchen, dem Kranken zu helfen. Aber dem Kranken wird damit selten geholfen, denn die Krankheit kann der Praktiker oft gar nicht heilen. Und der Kranke geht dann zu einem anderen Arzt und die Prozedur beginnt von neuem. Dr. Bouvard erzählt uns den Fall eines 50jährigen Mannes, der fest angenommen hat, er habe Arthritis, nachdem man diese Krankheit am Bildschirm erläutert hatte. Innerhalb von acht Jahren wurde er von elf Praktikern und vier Professoren untersucht, er wurde in vier verschiedene Spitäler eingeliert, man machte mit ihm

drei Aortographien, vier Arteriographien, 18 Elektrokardiogramme und 28 Blutproben. Alles umsonst. Dann ging der Mann zu einem „Heilkünstler“, der ihn drei Wochen lang behandelte. Daraufhin wurde er gesund... Solche Fälle gibt es in dieser oder jener Form...

Wir alle kennen die Migränen, die Neuralgien, die Schmerzen im Rücken und die zahlreichen rheumatischen Schmerzen, die die Kranken zum Praktiker führen, dann zum Facharzt, dann noch zur Kur, ohne daß sich der Zustand bessert. Denn in den meisten Fällen ist die Ursache des Übels nicht organisch. Auch eine ganze Reihe von Erkrankungen des Verdauungsapparates fallen in diese Kategorie. Und in dieser enormen Masse von Kranken findet man die größten Mißbräuche von Medikamenten. Der Arzt hat die Wahl zwischen Drogen, die sich a la longue als gefährlich erweisen und schlußendlich wirkliche Krankheiten hervorrufen können, und inoffensive Medikationen, die keine andere Konsequenz haben als die moralische Beruhigung. Aber die einen und die anderen Arzneien sind teuer. 25 Prozent der Ausgaben der Kassen gehen an die Pharmaindustrie.

Die letzte Waffe, über die der Praktiker verfügt, um dem modernen Kranken zu helfen: Die Unterbrechung der Arbeit. Die Arztkontrollen der Kassen benützen ein Drittel ihrer Aktivität darauf, die betreffenden ärztlichen Verordnungen zu kontrollieren. In den meisten Fällen hat die Unterbrechung der Arbeit eine soziale Berechtigung. Es ist normal, einem Arbeiter, der sich müde und abgespannt fühlt, aber keine Krankheitssymptome aufweist, einige Tage Arbeitsruhe zu verschreiben. Obwohl die Kassen 15 Prozent ihrer Ausgaben auf diese Art von Therapie aufwenden, haben die Kontrollen oft volles Verständnis, sie gehen von dem Standpunkt aus, daß einige Tage Ruhe bei wirklicher Erschlaffung schwerere Erkrankungen vermeiden können. „Wir sind müde“ sagen 75 Prozent der Sprechstundenbesucher ihren Ärzten in den Städten. „Das Leben geht zu rasch für uns“, erklären die älteren Leute. Gegenüber diesen Oplern der Pathologie des modernen Lebens sind die meisten Ärzte oft machtlos.

Aber die Ausgaben der Kassen sind viel größer als die Einnahmen. Die Regierung hat reagiert, denn schon 1976 erreichte das Defizit sechs Milliarden Francs. Vorerst wurde beschlossen, daß die Rückzahlung verschiedener Leistungen, wie Heilgymnastik und Krankentransport reduziert wird. Verschiedene Arzneien, wie Abführmittel, Stärkungsmittel u. a., werden von der Rückzahlung überhaupt ausgeschlossen. Aber diese Maßnahmen regeln nicht das Problem als solches. Nur eine neue Gesundheitspolitik könnte den Drang nach Gesundheit und Gesundheitsschutz finanziell für die Kollektivität tragbar gestalten. Sie bedingt eine grundlegende sanitäre Erziehung und einen besseren Kontakt zur Medizin. Der Rahmen, die Strukturen, bestehen, es fehlt nur noch der politische Wille, um das Rad anzutreiben.

J. H., Paris

**RECORSAN**<sup>®</sup>

## RECORSAN-HERZSALBE

Das 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. 2.2g. Valerian. 1.7g. Tinct. Convall. 0.8g. -Castor. 0.6g. Camph. 1.0g. Menthol. 0.5g. Nicotin. 0.155g. · O.P. 30g DM 5.65

Recorsan-Gesellschaften Gräfelfing und Lüneburg

### Bayerische Schriftstellerärzte lasen aus eigenem Schaffen vor Patienten der Rheumaklinik Oberammergau

Die Jahrestagung des Landesverbandes bayerischer Schriftstellerärzte (Sektion des Bundesverbandes deutscher Schriftstellerärzte) wurde vom 10. bis 12. September 1976 in Oberammergau abgehalten und mit einer abendlichen Lesung für Patienten der Rheumaklinik Oberammergau eingeleitet.

Viele glückliche Umstände sind für das Gelingen einer solchen Tagung notwendig. So wurden die umfangreichen Tagungsvorbereitungen seitens der Schriftstellerärzte von Cfr. Professor Schmid, Aschaffenburg, und Kollegen Stetter, Amberg, und seitens der gastgebenden Rheumaklinik von ihrem Chefarzt, Kollegen

Albrecht, in herzlicher Einvernahme getroffen.

Mit Rücksicht auf das Krankengut der Klinik sollte vor allem der heitere Pegasus zu Worte kommen, weshalb der Leseabend übereinstimmend unter das Motto „Heiteres und Besinnliches durch des Doktors Brille“ gestellt wurde. Ein mit ca. 200 Patienten nahezu vollbesetzter Vortragsraum der Klinik bewies alsbald die glückliche Themenwahl und die großen Erwartungen, die man in diesen Abend gesetzt hatte.

Indes ist diese starke Resonanz auch dem kunstsinnigen Chefarzt der Klinik zu danken, der in einer geeig-

neten, abwechslungsreichen psychischen Betreuung seiner Patienten einen zusätzlichen, wichtigen Heilfaktor sieht.

Die Bedeutung der Veranstaltung wurde durch die Anwesenheit des Bürgermeisters von Oberammergau unterstrichen.

Zur Lesung hatten sich sieben Schriftstellerärzte bereitgefunden, die im launigen Wechsel aus ihren Veröffentlichungen rezitierten, aber auch noch manch Unbekanntes aus der Schublade zum besten gaben.

So fand Cfr. Carl G. P. Hammann, Nestor der bayerischen Schriftstellerärzte, mit seinem feinsinnigen, oft hintergründigen Humor seiner Gedichte große Aufmerksamkeit und den Beifall des Auditoriums.

Cfr. Peter Erhard Kristl las aus seinen „Diagonalen“ und wünschte u. a. in den letzten Versen seines Gedichtes „Das Steckenpferd“, man möge fortan in allem das Leben zum Hobby machen und sich weniger ärgern.



Der Patient in Ihrem Wartezimmer mit einem chronisch rezidivierenden Infekt

**Lymphozil bei konstitutionsbedingter Anfälligkeit für Erkältungskrankheiten und Infektionen. Lymphozil steigert die Infektabwehr.**

**Lymphozil Zusammensetzung**  
1 Tablette enthält:  
Aneurinchlorid-HCl 0,015 mg  
Extr. Echinaceae angust. 1,5 mg  
Fucus vesiculosus D5 0,5 mg  
Lachesis D6 2,5 mg  
Silicea D4 7,5 mg  
Calcium carbonicum D6 10,0 mg  
Torula Trockenhefe 10,0 mg

**Handelsformen**  
Packungen mit 200 Tabletten DM 3,35  
Packungen mit 500 Tabletten DM 5,85

**Lymphozil forte Zusammensetzung**  
1 Tablette enthält:  
Aneurinchlorid-HCl 0,1 mg  
Extr. Echinaceae angust. 4,0 mg  
Extractum Fuci vesiculosi 0,1 mg  
Lachesis Ø 0,001 mg  
Silicea Ø 0,001 mg  
Calcium carbonicum Ø 0,02 mg  
Torula Trockenhefe 50,0 mg

**Handelsformen**  
Packungen mit 40 Tabletten DM 3,35  
Packungen mit 100 Tabletten DM 5,85

ein typischer Fall für

# Lymphozil®

#### Dosierung

Für Kleinkinder 3mal täglich  
2-3 Tabletten Lymphozil;

für Schulkinder 3mal täglich  
3-6 Tabletten Lymphozil oder  
1/2-1 Tablette Lymphozil forte;

für Erwachsene 3mal täglich  
1-2 Tabletten Lymphozil forte.



JULIUS REDEL · CESRA-ARZNEIMITTELFABRIK · BADEN-BADEN

Cfr. Walter G. Picard gab aus seinem jüngst veröffentlichten Band „Durch meine Brille gesehen“ („Ohne Scheu und Klappen“) manche Kostbarkeit zum besten.

Das Liebenswerte an Picard ist auch, daß er bei aller berechtigten Kritik an seiner Umwelt auch und vor allem über sich selbst zu lachen vermag. Da berichtete er u. a. in seinem Gedicht „Nur keinen Neld“ von einem König, der des Lebens Freuden bis zum Überdruß genoß. Das ging so Tag um Tag und man mochte diesen Kraftprotz so recht beneiden, wenn man sich ihm gegenüber schlaff zu fühlen vermeint. Doch halt: „Er verstarb schon mit 30 Jahr! Na, dann war das alles kein Wunder! Mein Selbstbewußtsein kam rasch zurück, denn mit 30 war ich auch noch recht munter.“

Cfr. Rottler breitete die weite Palette seines dichterischen Schaffens aus, wobei auch Prosa nicht zu kurz kam. Immer wieder, ob es nun der heitere oder besinnliche Rottler war, drängt der Arzt in ihm nach künstlerischer Gestaltung seiner scharfsinnigen Beobachtungen. Gewiß, stets kommt in ihm der tiefe Ernst des ärztlichen Berufes zutage, indes vermag er profanen Ärgernissen der Praxis mit dem Lächeln des Weisen Paroli zu bieten. Da ist z. B. die „Dankbarkeit des Patienten“ aufs Korn genommen. „Der Mensch von Qual und Leid befreit, will äußern seine Dankbarkeit. Nach seiner Kraft, nach seiner Art und wem der Arzt zum Retter ward, auch manchmal ihm verschenkt sein Haus, ein andrer reicht ihm einen Strauß . . .“. Indes, und das ist auch wieder so wahr, wie es hier von Rottler gesagt wird: „Oft bald vergessen ist die Pein und mit ihr auch der Krankenschein.“

Bei Rottler soll auch noch jenes reizende Büchlein Erwähnung finden, aus dem er Charakter und Landschaftsbilder seiner fränkischen Heimat, aber auch anderer Landstriche liebevoll zum besten gab.

Cfr. Erwin Stetter les Prosa. Seine beseelte Heiterkeit, verbunden mit scharfer Beobachtung des menschlichen Alltags und menschlicher Schwächen, eingeschlossen liebenswerte Selbstironie, fand immer wieder anerkennenden Beifall.

Und dann war Cfr. Teischinger, der die Medizin, ob Anatomie, Physiologie oder Klinik, aber auch naturwissenschaftliche Randprobleme unter einem ganz besonders humorvollen, ja „medizynischen“ Blickwinkel sah. Natürlich mußte da selbst ein leidgeprüfter Patient für einige Zeit Schmerz und Betrübniß vergessen, wenn Cfr. Teischingers „Tragödie vom Steinbeißer“ damit endet: „Es dankt für die Spenden groß oder klein Süddeutscher Steinbeißer Rettungsverein“, oder wenn er seine Betrachtung zur aktuellen Ernährungsphysiologie mit der Feststellung beschließt, daß nunmehr der Embryo zu seinem „Mutterkuchen“ den dazu passenden Kakao begehre.

Professor Cfr. Schmid, selbst Autor und Vortragender, war zusätzlich Moderator der anwesenden Schriftstellerärzte. Ihm gilt deshalb ein besonderes Wort der Anerkennung und des Dankes.

Aber auch in seiner Dichtung ist es nicht nur die liebenswerte Kritik am anderen, wie sie etwa „Der Weg zum Du“ oder „Der Snob“ widerspiegelt. Sein Versbekenntnis, daß er in „Deutsch“ schlecht gewesen sei, verrät Selbstironie und eben jene Selbstkritik, die leider heute auf allen Gebieten so selten geworden ist.

Der Bericht über den gelungenen Abend wäre unvollständig, wollte man nicht ausdrücklich die gastliche Aufnahme erwähnen, welche die Schriftstellerärzte in der Klinik fan-

den. Vor allem gilt hier dem Chef-erzt Dr. Albrecht und seinen Mitarbeitern Dank.

Am Sonntagvormittag fand noch eine interne Lesung der Schriftstellerärzte statt, zu der sich übrigens wieder ein stattlicher Interessentenkreis der Rheumaklinik eingefunden hatte. Nachmittags veranstaltete man einen zwanglosen Fußmarsch zum nahen Ettal. Dieser und der folgende Abend vereinte die Ärzte in gelöster Atmosphäre bei anregenden Gesprächen und vor allem jener Herzlichkeit, die den Kreis der bayerischen Schriftstellerärzte seit eh und je auszeichnet.

Dieser gelungenen Tagung war übrigens auch das Wetter angepaßt. Bei strahlendem Sonnenschein und wolkenlosem Himmel präsentierte sich die heitere Alpenlandschaft um Oberammergau von ihrer schönsten Seite.

Als Dank für die herzliche Aufnahme in der Rheumaklinik werden die Schriftstellerärzte je ein Exemplar ihrer veröffentlichten Werke der Klinikbibliothek dedizieren.

Die an der Lesung beteiligten Ärzte werden im Laufe der Zeit an dieser Stelle hinsichtlich ihres Schaffens und ihrer Persönlichkeit noch ausführlicher besprochen.

Anschrift des Verfassers:

Peter Erhard *Kristl*, Siebenbürgener  
Straße 5, 8501 Schwarzenbruck

## Praxisvertreter gesucht

Die Bayerische Landesärztekammer ist seit Jahren bemüht, niedergelassenen Kolleginnen und Kollegen im Krankheitsfall, während des Urlaubs und für den Besuch von Fortbildungskongressen durch die Vermittlung eines Vertreters die Weiterführung der Kassenpraxis zu ermöglichen.

Wir appellieren deshalb an alle Kollegen, die hieran Interesse haben – praktische Ärzte/Allgemeinärzte und Fachärzte –, sich für eine Praxisvertretung zu melden.

**Bayerische Landesärztekammer**  
**Vertretervermittlung**

Telefon (089) 41 47-269  
Frau Vöth



**Wenn Sie  
Bluthochdruck  
feststellen...**

**MODURETIK®**

**das Saluretikum  
zur Hochdrucktherapie**

**Zusammensetzung:** Eine Tablette Moduretik® enthält 5 mg N-Amidino-3,5-diamino-6-chlor-pyrazin-2-carboxamid-hydrochlorid (Amilorid-hydrochlorid) und 50 mg Hydrochlorothiazid. **Indikationen:** Kardial bedingte Ödeme und digitalisierte Patienten mit Ödemen, Hypertonie, sofern die Nierenfunktion nicht beeinträchtigt ist, Leberzirrhose mit Aszites. Moduretik® kann bei leichter bis mittelschwerer Hypertonie allein gegeben werden. Bei Kombination mit Antihypertonika ist zu beachten, daß Moduretik® deren Wirkung verstärkt. Sobald Moduretik® verabreicht wird, empfiehlt es sich, die Dosis der blutdrucksenkenden Substanzen um die Hälfte zu reduzieren. **Kontraindikationen:** Erhöhter Serum-Kaliumspiegel (> 5,5 m Äq/l). Zugabe von kaliuresehemmenden Substanzen oder Kaliumsubstitution. Anurie, akute Niereninsuffizienz, progressive Nierenleiden, diabetische Nephropathie. Erhöhter Rest-N (> 60mg/100ml). Überempfindlichkeit gegen eine der beiden Komponenten. Nicht empfohlen für Kinder. **Dosierung:** Bei kardial bedingten Ödemen: 1x täglich 1 Tablette Moduretik®.

Im Bedarfsfall kann die Dosierung bis auf 4 Tabletten/Tag gesteigert werden. Sobald eine ausreichende Diurese erreicht ist, kann die Dosis reduziert werden. Wie bei jeder diuretischen Therapie soll die Dosis dem Gewichtsverlust (0,5 bis 1 kg/die) und den Serum-elektrolytwerten angepaßt werden. Bei Hypertonie: 1x täglich 1 Tablette. Im Bedarfsfall kann die Dosierung bis auf 4 Tabletten/Tag gesteigert werden. **Zu beachten:** Serum-elektrolytwerte sind regelmäßig zu kontrollieren. Bei Nierenleiden kann sich eine Hyperkaliämie entwickeln. **Besondere Hinweise:** Über die Anwendung von Moduretik® während der Schwanger-

schaft liegen noch keine ausreichenden klinischen Erfahrungen vor.

Thiazide treten in die Muttermilch über. Ist es nötig, Moduretik® während der Laktation zu geben, sollte abgestellt werden. Der Harnsäurespiegel bei Patienten mit Gichtanamnese ist zu kontrollieren, da die Auslösung von Gichtanfällen begünstigt werden kann. Ist die Durchführung eines Glukosetoleranztestes erforderlich, sollte Moduretik® vorher abgesetzt werden.

**Handelsformen und Preise lt. A.T.:**  
20 Tabletten DM 14,40  
50 Tabletten DM 29,55  
Weitere Einzelheiten über Wirkungsweise, Anwendung und Vorsichtsmaßnahmen enthält die wissenschaftliche Broschüre, deren aufmerksamere Durchsicht wir empfehlen.

**MSD**  
SHARP &  
DOHME

### Klinische Fortbildung in Bayern

In Zusammenarbeit mit der Bayerischen Landesärztekammer

Auskunft, Anmeldung und ausführliches Programm (soweit nicht anders angegeben):

Bayerische Landesärztekammer, Frau Wanger, Mühlbauerstraße 16, 8000 München 80, Telefon (089) 41 47-294

März, April, Mai 1977

25. – 27. 3.  
Neurologie und Psychiatrie, Erlangen

1. – 3. 4.  
EKG Teil I, München

29. 4. – 1. 5.  
EKG Teil II, München

6. / 7. 5.  
Phonokardiographie, München

7. 5.  
Gynäkologie, München

9. – 14. 5.  
Präventiv-Kardiologie, Höhenried

#### I. Neurologie und Psychiatrie

Universitätsnervenklinik Erlangen

Direktor: Professor Dr. H. H. Wieck

5. Fortbildungsveranstaltung für niedergelassene Ärzte aller Fachgebiete vom 25. bis 27. März 1977

Praktische Kurse, Visiten, Demonstrationen am Freitag, 25. März, 17.00 Uhr bis 19.00 Uhr, Universitätsnervenklinik

Vorträge 26. bis 27. März 1977, Beginn jeweils 9.00 Uhr im Kongreßzentrum, Nauar Markt

##### Themen:

Zerebrale Anfallsleiden – Multiple Sklerose – Kollagenosen – Lumbale Bandscheibenkrankungen – Parkinson-Syndrom

Chronische Schizophrenie – Schlafstörungen – Chronische Schizophrenie

##### Anmeldung:

Frau Haarklotz, Universitätsnervenklinik, Schwabachanlage 10, 8520 Erlangen, Telefon (0 91 31) 2 60 85 - 86 und 85 30 01

#### II. Praktische Elektrokardiographie

I. Medizinische Klinik und Poliklinik der Technischen Universität München, Klinikum rechts der Isar

Litung: Professor Dr. C. S. So

Fortbildungsseminar I vom 1. bis 3. April 1977 (Einführungsseminar)

Fortbildungsseminar II vom 29. April bis 1. Mai 1977 (Seminar für Fortgeschrittene)

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

Hörsaal C, Ismaninger Straße 22

Letzter Anmeldetermin I: 22. März 1977

Letzter Anmeldetermin II: 19. April 1977

#### III. Phonokardiographie

Stiftsklinik Augustinum, München

Direktor: Professor Dr. D. Michal  
Stiftsbogen 74, 8000 München 70

#### Fortbildungskurs für Phonokardiographie Teil II am 6./7. Mai 1977

Beginn: Freitag, 9.15 Uhr – Ende: Samstag, 12.00 Uhr

Letzter Anmeldetermin: 26. April 1977

#### IV. Gynäkologie

II. Frauenklinik der Universität München  
Direktor: Professor Dr. K. Richter  
Lindwurmstraße 2 a, 8000 München 2

2. Samstags-Seminar am 7. Mai 1977

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

##### Thema:

Kollumkarzinom – Vorsorge-Behandlung-Nachsorge

Letzter Anmeldetermin: 27. April 1977

#### V. Präventiv-Kardiologie

Klinik Höhenried der LVA Oberbayern

Direktor: Professor Dr. M. J. Halhuber  
8131 Bernried

# ÄRZTE-SPEZIALIST.

Ärzte sind in einer besonderen Vorsorge-Situation. Deshalb haben wir für Ärzte nicht nur besondere Tarife – wir haben auch besondere Berater – nur für Ärzte.

Sprechen Sie mit unserem Direktionsbeauftragten – er wird auf Ihren ganz persönlichen Vorsorge-Bedarf eingehen und kann Ihnen einen individuellen Vorschlag umgehend entscheidungsreif vorlegen.

Als führende Krankenversicherung des Ärztestandes bieten wir Ihnen:

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

Krankenhaustagegeld bis 200,- DM.

Krankheitskostenversicherung ohne oder mit Selbstbeteiligung.

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

### Seminar vom 9. bis 14. Mai 1977

„Prexinahe Einführung in Grundlagen, Möglichkeiten und Probleme der präventiven und poliklinischen Kardiologie“

Sportausrüstung (Trainings-, Bade-, Wanderbekleidung) ist mitzubringen.

Beginn: 9. Mai, 8.00 Uhr  
Ende: 14. Mai, 13.00 Uhr

Teilnehmerzahl: 35

Anmeldung und Hotelunterbringung:  
Frau Derfler, Sekretariat, Telefon (0 81 58) 85 72

### Kurs für Laborhelfer(Innen)

vom 21. März bis 1. April 1977 in Nürnberg

Leitung: Dr. Weidemann, Nürnberg

Ort: Städtische Krankenanstalten, Nürnberg

Teilnahmevoraussetzung: Nachweis einer dreijährigen praktischen Tätigkeit im Laborbereich

Auskunft und Anmeldung:

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

### Sportärztliche Tagung

am 19./20. März 1977 in München-Grünwald

Theme: Trainer-Arzt-Athlet – Leichtathletik

Leitung: Dr. P. Lenhart, Dr. H. Pabst, München

Auskunft und Anmeldung:

Dr. H. Pabst, Ebertstraße 1, 8022 Grünwald, Telefon (0 89) 64 96 26

## Einführungslehrgänge für die kassenärztliche Tätigkeit

Die Kassenärztliche Vereinigung Bayerns veranstaltet am

12. März 1977  
25. Juni 1977  
17. September 1977  
29. Oktober 1977  
26. November 1977

im Ärztehaus Bayern, Mühlbeurstraße 16, 8000 München 80, Einführungslehrgänge für die kassenärztliche Tätigkeit.

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

Anmeldungen sind an die KVB-Landesgeschäftsstelle, Mühlbeurstraße 16, 8000 München 80, zu richten bis 4. März 1977, 16. Juni 1977, 9. September 1977, 21. Oktober 1977 und 18. November 1977.

Die Teilnahmegebühr ist am Tage des Einführungslehrganges zu bezahlen.

### Veranstaltungskalender der Bayerischen Akademie für Arbeits- und Sozialmedizin

28. Februar bis 11. März 1977

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

21. März bis 1. April 1977

Epidemiologie und epidemiologische Methodik I und II

3. bis 28. Oktober 1977

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

21. November bis 2. Dezember 1977

Arbeitsmedizinischer Fortbildungskurs (Einführung in die betriebsärztliche Tä-

tigkeit – Arbeitsmedizinische Fechkunde § 4 ASiG)

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

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

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

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

Auskunft und Anmeldung:

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

# Vereinigte

## Krankenversicherung AG Salus Krankenhauskosten-Versicherungs-AG

**DIE SICHERHEIT DES ARZTES**  
individuell · zuverlässig · preisgünstig

Vertragsgesellschaften Ihrer  
Ärztekammer und  
des Marburger Bundes

### COUPON

Ich möchte gerne ausführliche Informationen über den Gruppenversicherungsvertrag zwischen meiner Ärztekammer und der Vereinigten.

Name: \_\_\_\_\_

Anschrift: \_\_\_\_\_

Vereinigte Krankenversicherung AG, Generaldirektion  
Leopoldstraße 24, 8000 München 40, Telefon (089) 3 89 31

Ich bin bereits versichert bei: Vereinigte  Salus  anderweitig

# Die meldepflichtigen übertragbaren Krankheiten in Bayern im Monat November 1976\*)

(Zusammengestellt aufgrund der Wochenmeldungen)

Die Zahl der gemeldeten Scherleckerkrankungen war im November höher als im Oktober, jedoch stieg sie in weit geringerem Ausmaß als im November früherer Jahre. Die Erkrankungsziffer betrug 55 gegenüber 46 im Oktober, jeweils auf 100 000 Einwohner und umge-

rechnet auf ein Jahr. Erkrankungen an übertragbarer Hirnhautentzündung treten in ähnlicher Anzahl wie im Vormonat auf.

Die Erkrankungshäufigkeit an Salmonellose sank von 83 Fällen im Oktober auf

59 im November, jeweils auf 100 000 Einwohner berechnet. Auch die Häufigkeit von Erkrankungen an Hepatitis infectiosa (übertragbare Leberentzündung) ging im Berichtsmonat zurück, und zwar von 40 Fällen im Oktober auf 33 im November je 100 000 der Bevölkerung.

## Neuerkrankungen und Sterbefälle in der Zeit vom 1. bis 28. November 1976 (vorläufiges Ergebnis)

Gebiet	1		2		3		4		5		8		7		8		9		10		11		12	
	Diphtherie		Scharlach		Kinderlähmung		Übertragbare				Gehirnentzündung		Typhus abdominalis		Paratyphus A und B		Bakterielle Ruhr (ohne Amöbenruhr)		Enteritis infectiosa				Botulismus	
							Hirnhautentzündung		Salmonellose										übrige Formen					
	E <sup>1)</sup> ST <sup>2)</sup>		E ST		E ST		E ST		E ST		E ST		E ST		E ST		E ST		E ST		E ST		E ST	
Oberbayern	—	—	191	—	—	—	1	—	7	—	—	—	2	—	—	—	11	—	232	—	2	—	—	—
Niederbayern	—	—	20	—	—	—	—	—	5	—	—	—	—	—	—	—	—	—	26	—	4	—	—	—
Oberpfalz	—	—	36	—	—	—	5	—	5	—	—	—	—	—	—	—	—	—	51	—	—	—	—	—
Oberfranken	—	—	55	—	—	—	4	1	7	—	—	—	1	—	—	—	—	—	20	—	3	—	—	—
Mittelfranken	—	—	50	—	—	—	1	—	5	—	—	—	2	—	—	—	1	—	44	—	—	—	—	—
Unterfranken	—	—	46	—	—	—	—	—	2	1	—	—	—	—	—	—	—	—	59	—	2	—	1	—
Schwaben	—	—	60	—	—	—	1	—	6	—	—	—	—	—	—	—	—	—	60	—	—	—	—	—
Bayern	—	—	458	—	—	—	12	1	37	1	—	—	5	—	—	—	15	—	492	—	11	—	1	—
München	—	—	69	—	—	—	1	—	—	—	—	—	2	—	—	—	6	—	85	—	—	—	—	—
Nürnberg	—	—	20	—	—	—	—	—	2	—	—	—	2	—	—	—	—	—	7	—	—	—	—	—
Augsburg	—	—	4	—	—	—	—	—	1	—	—	—	—	—	—	—	—	—	11	—	—	—	—	—
Regensburg	—	—	2	—	—	—	1	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	6	—	—	—	—	—
Würzburg	—	—	6	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	8	—	—	—	—	—
Fürth	—	—	1	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	9	—	—	—	—	—
Erlangen	—	—	3	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	4	—	—	—	—	—

Gebiet	13		14		15		16		17		18		19		20		21		22		23		24	
	Hepatitis infectiosa		Brucellose				Lepto Spirose				Malaria-Erkrankung		Toxoplasmosis		Mikrosporidien		Amöbenruhr		Verdachtsfälle von Tollwut <sup>3)</sup>					
			Bangsche Krankheit		übrige Formen		Canicola-fieber		Feld-fieber															
	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	92	1	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	3	—	6	—	1	—	—	—	—	—	—	8
Niederbayern	11	1	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
Oberpfalz	27	1	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	1	1	—	—	—	—	—	9
Oberfranken	36	—	—	—	1	—	—	—	—	—	1	1	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	5
Mittelfranken	33	—	—	—	—	—	1	—	—	—	—	—	1	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
Unterfranken	23	—	1	—	—	—	—	—	—	—	—	—	2	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	13
Schwaben	50	—	—	—	—	—	—	—	1	—	—	—	—	—	1	—	—	—	—	—	—	—	—	48
Bayern	272	3	1	—	1	—	1	—	1	—	1	1	6	—	7	—	2	1	—	—	—	—	—	83
München	38	1	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	1	—	5	—	1	—	—	—	—	—	—	—
Nürnberg	7	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
Augsburg	19	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	1	—	—	—	—	—	—	—	—	—
Regensburg	10	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
Würzburg	1	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	1	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	1
Fürth	6	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
Erlangen	1	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—

\*) 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 tollwutverdächtigtes Tier sowie Berührungen eines solchen Tieres oder Tierkörpers.

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

#### Nebenwirkungen

Selten Magenbeschwerden und allergische Hauterscheinungen sowie reversible hämatologische Veränderungen.

#### Kontraindikationen

Sulfonamidüberempfindlichkeit, schwere Leber-, Nierenschäden und Blutbildveränderungen, Schwangerschaft und in der Stillperiode die ersten 4 Wochen. Früh- und Neugeborenen darf während der ersten Lebenswochen Sigaprim nicht verordnet werden.

Gleichzeitige Gabe von Hexamethylenetetramin, Pyrazolon-Derivaten und Cytostatika.

#### 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



## Schnell informiert

### An unsere Leser: Wir bitten Sie um Ihre Meinung

Die in der Arbeitsgemeinschaft LA-MED zusammengeschlossenen medizinischen Zeitschriften stellen sich zur Zeit dem Urteil der Ärzteschaft. Mitarbeiter des Instituts IVE in Hamburg sind in diesen Wochen unterwegs, um 2000 nach statistischen Zufallsmethoden ausgewählte Ärzte nach der Nutzung und Beurteilung von medizinischen Zeitschriften zu befragen.

Ihre Meinungsäußerungen sind für uns sehr wichtig. Nur wenn wir wissen, wie Sie das Informationsangebot nach Inhalt und Form beurteilen, können wir unsere Zeitschrift noch besser gestalten. Wir möchten uns an Ihren Informationsbedürfnissen orientieren. Nehmen Sie sich deshalb die Zeit, sich danach fragen zu lassen, wenn die Mitarbeiter des Instituts bei Ihnen vorsprechen.

Vielen Dank für Ihre Mitarbeit!

Verlag und Redaktion

### „Rote Liste“ 1976

Einen aktuellen Überblick über das Arzneimittelangebot in der Bundesrepublik Deutschland bietet die vom Bundesverband der Pharmazeutischen Industrie herausgegebene neue „Rote Liste“. Dieses umfassende Arzneimittelverzeichnis wird allen praktizierenden Ärzten und den Apotheken kostenlos zugesandt. Es gibt den Ärzten die Möglichkeit, sich ausführlich über die für die Behandlung einer Krankheit in Frage kommenden Medikamente und deren Preise zu informieren und so auch wirtschaftliche Aspekte bei der Therapie zu berücksichtigen. Die „Rote Liste“ 1976 enthält insgesamt 8060 Präparate.

Der Verband wies darauf hin, auch die neue Ausgabe stelle kein bewertendes Verzeichnis von Arzneispezialitäten dar. Allein der behandelnde Arzt könne entscheiden, welches Medikament hinsichtlich Wirksamkeit und Unbedenklichkeit für die Behandlung unter dem Gebot der wirtschaftlichen Verordnung geeignet sei.

Der Herausgeber war bemüht, die Übersichtlichkeit des Handbuchs weiter zu erhöhen. So wurde z. B. die Zahl der Hauptgruppen verringert, um eine eindutigere Zuordnung der Arzneispezialitäten zu bestimmten Gruppen zu ermöglichen.

### Vorstandswahlen beim Verband der Leitenden Krankenhausärzte Deutschlands e. V.

Anlässlich der Jahreshauptversammlung des Verbandes der Leitenden Krankenhausärzte Deutschlands e. V. wurde turnusgemäß der Vorstand gewählt.

Präsident des Verbandes wurde Professor Dr. Dr. Harmann Hoffmann, Chirurgen der Medizinischen Klinik am Johannes-Hospital in Dortmund.

Vizepräsidenten wurden Dr. Günther Haenisch, Hamburg, und Dr. Walter Henschei, Bremen.

Weitere Beisitzer wurden Professor Dr. Karl-Hainz Schriafers, Koblenz, und Dr. Wolter Russel, Bonn.

### Agfa-Gevaert-Röntgen-Preis verliehen

Dr. Werner F. Dillier, seit 1963 Leiter des Instituts für Röntgendiagnostik und Nuklearmedizin bei der Ärztlichen Abteilung der Bayer AG, Leverkusen, ist von der Berliner Röntgengesellschaft mit dem Agfa-Gevaert-Preis für wissenschaftliche Arbeiten auf dem Gebiet der Röntganologie ausgezeichnet worden.

### Ärzte prämierten Daniel Christoff

Film- und Fernsehpreis des Hartmannbundes für den Fernsehfilm „Der Tod vor dem Sterben“

Der Fernsehautor Daniel Christoff wurde für seinen Fernsehfilm „Der Tod vor dem Sterben“ mit dem Film- und Fernsehpreis 1976 des Hartmannbundes – Verband der Ärzte Deutschlands – ausgezeichnet. Der Film beschäftigt sich mit den Möglichkeiten und Grenzen der Intensivbehandlung. „Die präzise Information des Zuschauers im Rahmen eines Spielfilms erreicht durch die hervorragende Leistung von Autor, Regisseur und Darstellern den Rang einer beispielhaften Dokumentation“, heißt es in der Begründung der aus Ärzten und Journalisten bestehenden Jury.

### Robert-Koch-Preis 1976 verliehen

Den Robert-Koch-Preis 1976 erhielten der Mikrobiologe Professor Richard A. Finkelstein, M. A., Ph. D., Dallas, und der Bakteriologe Professor Mark H. Richmond, M. A., Ph. D., Bristol. Die Auszeichnung ist mit einem Betrag von insgesamt DM 60 000,- verbunden und wurde an beide Wissenschaftler je zur Hälfte vergeben.

# Hyperforat®

## Depressionen, psychische und nervöse Störungen

### Zusammensetzung:

Tropfen: Extr. fl. Herb. Hyperici (Johanniskraut), stand. auf 2 mg HYPERICIN pro ml  
Dragées: 1 Dragée à 0,5 g enthält: Extr. Hyperic. sicc. (0,5 mg Hypericin) 40 mg, Vit. B<sub>1</sub> 0,062 mg,  
Lactofl. phosph. Na 0,072 mg, Niacinamid 0,51 mg, Ca. pantoth. 0,33 mg, Vit. B<sub>6</sub> 0,026 mg.  
Ampullen: 1 ml; Extr. Hyperic. (1/2 mg Hypericin/ml) in physiologischer Kochsalzlösung.

### Dosierung:

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

### Kontraindikation: Photosensibilisierung

### Handelsformen und Preise (incl. MwSt.):

Tropfen: 30 ml DM 7,45; 50 ml DM 11,45; 100 ml DM 19,45 · Dragées: 30 Drag. DM 6,20;  
100 Drag. DM 15,80 · Ampullen à 1 ml: 5 Amp. DM 9,35; 10 Amp. DM 16,80

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



## Feuerschutzabgabe

Die Heranziehung von Ärzten zur Feuerschutzabgabe führt in letzter Zeit zu vermehrten Anfragen von Ärzten bezüglich ihrer Untersteiung unter die Pflichten zu dieser Abgabe. Dazu ist folgendes festzustellen:

Rechtsgrundlage für die Feuerschutzabgabe ist Artikel 6 Abs. 2 des Gesetzes Nr. 41 über das Feuerlöschwesen vom 17. Mai 1946 (GVBl. S. 297). Danach ist feuerwehrrpflichtig „jeder männliche Einwohner einer Gemeinde vom vollendeten 18. bis zum vollendeten 60. Lebensjahr“. Nicht feuerwehrrpflichtig ist u. a., „wessen Heranziehung zum Feuerwehrrdienst mit seinen beruflichen oder sonstigen Pflichten gegenüber der Allgemeinheit, insbesondere mit der Pflicht im öffentlichen Dienst, unvereinbar ist“. Deshalb sind von der Feuerwehrrpflicht nur jene Personen befreit, die bei Ereignissen, welche den Einsatz der Feuerwehr erforderlich machen, ohnedies eingesetzt werden, z. B. Angehörige der Polizei, des Grenzschutzes, des Katastrophenschutzes, der Rettungs- und Hilfsorganisationen u. a., nicht jedoch einzelne Personen aufgrund ihres Berufes.

Das Bayerische Staatsministerium des Innern hat in seiner Negativliste vom 3. April 1975, die für die Erhebung der Feuerschutzabgabe durch die Gemeinden maßgebend ist, deshalb auch nur diese Personen von dieser Abgabe ausdrücklich ausgenommen.

In einem inzwischen rechtskräftigen Urteil des Verwaltungsgerichts Bayreuth wurde die Klage eines Arztes für die Heranziehung zur Feuerschutzabgabe abgewiesen. Das Gericht stellte in der Begründung seiner Entscheidung sinngemäß fest, daß die Feuerwehrrpflicht als solche weder die Berufstätigkeit beeinträchtigt, noch verhindert sie zeitweise Ab-

wesenheit. Wer, wie etwa ein Arzt, durch seine Tätigkeit oder Bereitschaftsdienst verhindert ist, ist ebenso nicht zum Feuerwehrrdienst verpflichtet wie ein anderer, der z. B. wegen Urlaubs daran gehindert ist. Das schließt jedoch die Pflicht zur Feuerschutzabgabe nicht aus, womit eben die Feuerwehrrpflicht als solche abgegolten wird.

## Film- und Fernsehpreis 1977 ausgeschrieben

Der Hartmannbund – Verband der Ärzte Deutschlands – schrieb den Film- und Fernsehpreis 1977 aus. Prämiiert werden ein Film oder ein Fernsehbeitrag, der in der Zeit vom 1. August 1976 bis 31. Juli 1977 erstaufgeführt oder gesendet wird und der die Beziehungen zwischen Patient und Arzt in objektiver und verständlicher Form wirklichkeitsnah schildert. Der Preis kann an Autoren, Regisseure oder Schauspieler verliehen werden.

Auskunft: Hartmannbund – Verband der Ärzte Deutschlands e. V. – Kölner Straße 40–42, 5300 Bonn-Bad Godesberg.

## Preis der Kind-Philipp-Stiftung

Die vom Stifterverband für die Deutsche Wissenschaft treuhänderisch verwaltete „Kind-Philipp-Stiftung für Leukämieforschung“ verleiht jährlich einen mit DM 10 000 dotierten Preis für hervorragende deutschsprachige Arbeiten zur Erforschung der Leukämie.

Zur Bewerbung um den Preis sind nur unveröffentlichte bzw. im Druck befindliche Arbeiten zugelassen. Sie sollen in dreifacher Ausfertigung beim Vorsitzenden der Deutschen Arbeitsgemeinschaft für Leukämieforschung und -behandlung

(Fortsetzung Seite 178)

# Marament<sup>®</sup>-Balsam

## Schnelle Wirkung

gegen Schmerzen und Entzündungszustände bei Rheuma, Arthritis, Lumbago, Gicht, Ischias und Verstauchungen, bei Neuralgien, Rückenschmerzen und Schmerzen der Muskeln, Sehnen und Gelenke.

## Sichere Anwendung

durch den neuen wirksamen Sicherheitsverschluß.

## Weitere Vorzüge

Hautfreundlich, sparsamer Verbrauch, kein Verschmutzen oder Verfärben der Wäsche.

**Zusammensetzung:** 100 g Aethylenum chloratum, 2 g Oleum Pini Pumilionis, 0,2 g Methylum salicylicum, 1 g Camphora synthetica, 0,05 mg Toxine der Naja tripudians, Emulgator ad 125 g = 100 ml.

**Packungen/Preise lt. AT. m. MwSt.:**

O.P. Flasche mit 100 ml

DM 6,15



Dr. Wider & Co 725 Leonberg



### Geldanlage: Gewiß ist nur die Ungewißheit

Noch selten waren an einem Jahresanfang die Meinungen der Experten über die weitere wirtschaftliche Entwicklung und die optimale Anlage von Geld so geteilt wie in diesem Jahr. In die Weltpolitik zieht Jimmy Carter als neue und letztlich doch unbekannte Größe ein. Wie die europäischen Nachbar- und Hauptabnehmerländer der Bundesrepublik mit ihren Krisen fertig werden, nicht nur wie, sondern vor allem ob und wann, ist nicht vorauszusagen.

Für ein so exportintensives Land wie die Bundesrepublik ist die Bereitschaft ihrer traditionellen Abnehmerländer zum Kauf deutscher Waren existenznotwendig. Wenn hier und da aus inneren Schwierigkeiten heraus kein anderer Ausweg als eine Importbeschränkung übrigbleibt, wirkt sich das auf die Geschäfte der deutschen Wirtschaft sehr nachteilig aus.

Daher und aus unausgegorenen gesellschaftspolitischen Vorstellungen so mancher Politiker oder eben jener, die sich ohne Qualifikation um so lieber so nennen, herrscht unter den Unternehmern eine Unsicherheit wie kaum je zuvor. Sie stecken Erträge lieber in festverzinsliche Wertpapiere als in Investitionen. In der ersten Form ist ihnen eine kalkulierbare Rendite sicher, in der zweiten eben nicht.

Wer weiß schon, wie sich die Nachfrage entwickeln wird? Nach den Daten vom Jahresanfang besteht zum Optimismus kein Anlaß. Daher ist auch die Forderung nach der Schaffung neuer Arbeitsplätze unsinnig und zeugt nur von der profunden Unkenntnis der Urheber. Was nützen weitere Arbeitsplätze, wenn ihre Produktion nicht verkauft werden kann? Und das sieht in vielen Wirtschaftsbereichen auf absehbare Zeit leider nicht so aus.

Vielleicht wendet sich das Blatt morgen? Niemand kann das wissen. Eben deshalb sollte man mit seinen Anlagen flexibel bleiben. Eine gute Rendite versprechen gegenwärtig ausgewählte Aktien und die Anteile in Renten-Investmentfonds. Beide Formen bergen den Vorteil, schadlos aussteigen und das Geld woanders anlegen zu können.

Die Kriterien bei den Aktien: Interessieren Sie sich für Papiere standfester Gesellschaften mit hoher Rendite. Sprechen Sie mit dem Anlageberater Ihrer Sparkasse oder Bank, vor allem über Versorgungs-, Stahl- und Chemiewerte. Führen Sie ein solches Anlagegespräch, denn dieser Beitrag kann Sie nur zu grundlegenden Erwägungen anregen. Bis er erscheint, kann sich die aktuelle Situation hingegen erheblich verändert haben.

Die Anteile der meisten Renten-Investmentfonds bieten Ihnen zur Zeit einen höheren Ertrag als direkt gekaufte festverzinsliche Wertpapiere. Durch den ständigen Zukauf in diese Fonds verläuft auch die Veränderung der Rücknahmepreise nicht so abrupt wie bei festverzinslichen Wertpapieren. Eine automatische Wiederanlage der Erträge — unabhängig von ihrer Höhe — sogleich zum vollen Ertrag der Rentenfonds-Anteile verbessert die Gesamtrendite.

Während der Ungewißheit der Entwicklung von Aktienkursen wie Zinsen, beide abhängig vom konjunkturellen Verlauf und der Art staatlicher Bestrebungen, ihn zu beeinflussen, ist eine nur mittelfristige Anlage ratsam, um sich innerhalb verhältnismäßig kurzer Abstände immer wieder auf genaue Situationen, sprich Zins und Kursveränderungen, einstellen zu können.

Horst Beloch

### Vereint schlagen

*Geschwister hören zu streiten auf, sobald sich ein Dritter einmischt. Wenn er Pech hat, wenden sie sich gemeinsam gegen den Einflußversuch.*

*Niemand wird die Krankenkassen einer- und die Ärzte wie Zahnärzte andererseits als Geschwister bezeichnen wollen. Immerhin haben sie gemeinsam eine Aufgabe zu erfüllen: Arbeit zum Wohle jedes, der zum Patienten wird.*

*Dieses Motiv nennen beide Gruppierungen zur Begründung ihres Gegeneinanders. Sie werden sehr schnell umdenken müssen.*

*In ihrer Hilflosigkeit will diese Bundesregierung Defizite einzelner Sozialversicherungsarten durch Zuschüsse von anderen Sozialversicherungen finanzieren lassen.*

*Krankenkassen sind durch das Gesetz, Ärzte wie Zahnärzte durch ihren Eid auf das Wohl des Patienten verpflichtet. So müssen sie sich beide nun zu Aktionsgemeinschaften vorsorglich zusammenfinden, um die Abwehr vorzubereiten.*

*Die nächste Attacke kommt bestimmt. Auch dagegen ist gemeinsame Prophylaxe wie die Früherkennung von Krankheiten eine conditio sine qua non.*

Prosper

### Kurz über Geld

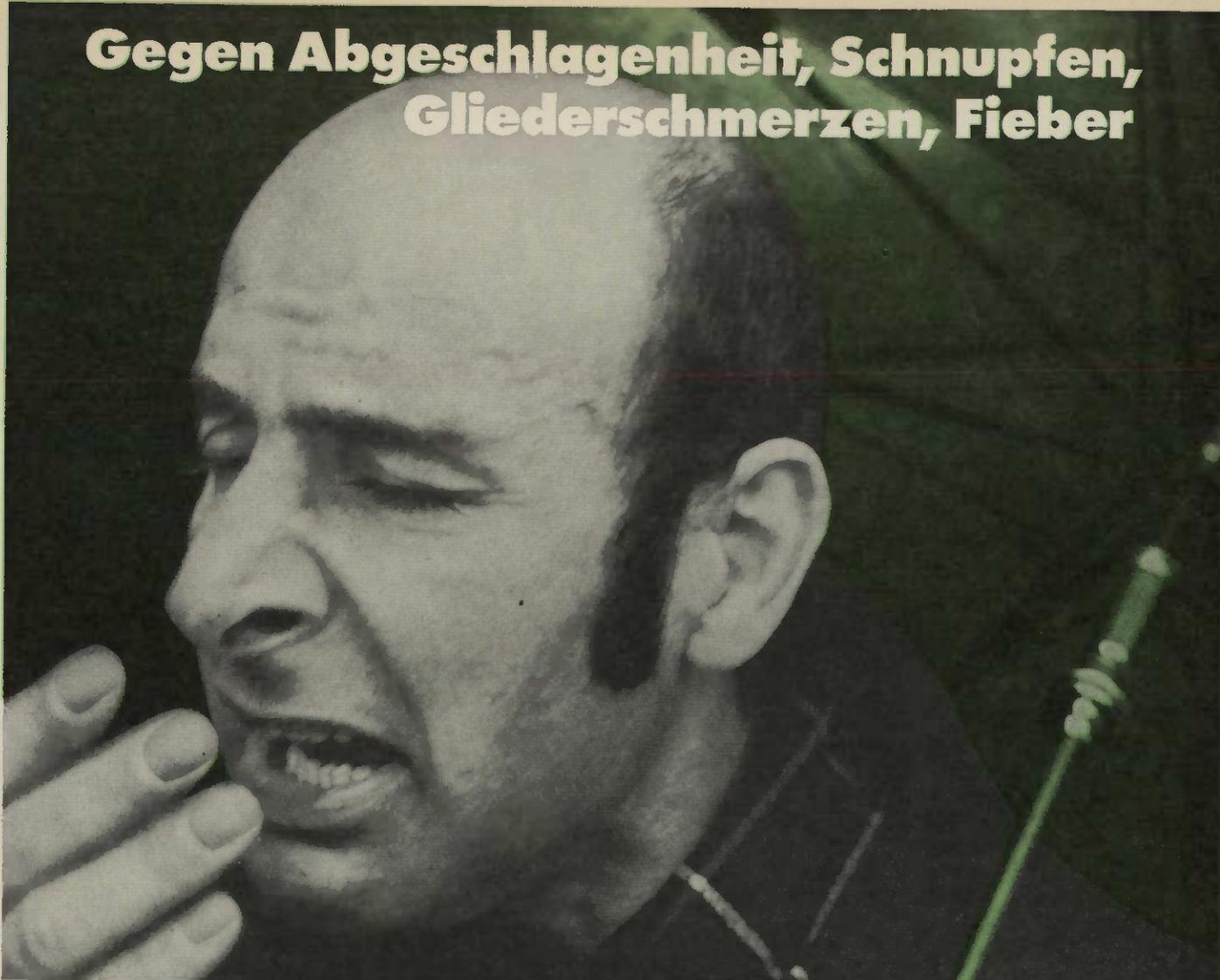
6,75 PROZENT pro Jahr bieten Inhaber-Schuldverschreibungen einer Berliner Bank während einer fünfjährigen Laufzeit.

VIER JAHRE VERJÄHRUNGSFRIST bei Steuern gelten ab 1. Januar 1977. Vier Jahre nach Hingabe der Steuererklärung darf das Finanzamt demnach keine Nachforderungen mehr erheben.

DIE HAUSERWEITERUNG von einem Zwei- zu einem Dreifamilienhaus kostet die Steuervergünstigung nach § 7 b Einkommensteuergesetz.

BESTIMMTE MODERNISIERUNGSMASSNAHMEN an privaten Wohngebäuden mit Herstellungsdatum vor dem 1. Januar 1957 bleiben nun bis 1980 abschreibungsbegünstigt.

**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 Diphenhydrylpyrrolin-hydrochlorid 2,5 mg, 2-Dimethylamino-propiofenon-hydrochlorid 10,0 mg, Noramidopyrinmethansulfonat-Natrium 250,0 mg.

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

**Nebenwirkungen, Begleitscheinungen:** 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 das Reaktionsvermögen, z. B. im Straßenverkehr oder bei der Bedienung von Maschinen beeinträchtigen; dies gilt im verstärkten Maße im Zusammenhang mit Alkohol.

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

- Apothekenpflichtig -

Reg.-Nr. 47676

TEMLER-WERKE  
MARBURG

Im Kindesalter a. V., Professor Dr. G. Landback, Martinstraße 52, 2000 Hamburg 20, eingereicht werden. Der Vorstand der Arbeitsgemeinschaft vergibt den Preis im Einvernehmen mit dem Beirat der Kind-Philipp-Stiftung unter Ausschluß des Rechtsweges.

Einsendeschluß: 28. Februar 1977

#### Film „Formenkreis Rheumatismus“ erhielt weitere Auszeichnungen

Anläßlich der „madiknalen 76“ in Marburg wurde der wissenschaftliche Fortbildungsfilm „Formenkreis Rheumatismus“ mit einer Goldmedaille und dem Prädikat *summa cum laude* ausgezeichnet. Zuvor schon hatte der von der Firma Byk Gulden Lombard, Chemische Fabrik GmbH, Konstanz, von Leonaris zur ärztlichen Weiterbildung herausgebrachte Streifen, den Fortbildungspreis 75 der Bundesärztekammer und das Prädikat „besonders wertvoll“ der Filmbewertungsstelle Wiesbaden erhalten.

Auf dem medizinischen Filmfestival in Marburg wurden 131 Filme gezeigt.

#### Fachambulanzen für Sucht-Kranke ersparen Klinikbetten

Auf der Mitgliederversammlung der Deutschen Hauptstelle gegen die Suchtgefahren (DHS) in Hamburg wurde festgestellt, daß der derzeitige Boom zur Schaffung weiterer Klinikbetten für Sucht-Kranke in sogenannten psychosomatischen Kliniken völlig verfehlt sei. Das führt nur zu einem unnötigen Bettenberg und damit zu entsprechender Belastungen für die Allgemeinheit.

Nach einer Modellrechnung des Deutschen Caritas-Verbandes kostet die von privaten Institutionen geforderte zusätzliche Aufstockung von 20 000 Betten für Sucht-Kranke die Allgemeinheit DM 1,2 Milliarden Investitionskosten und jährlich DM 900 Millionen Folgekosten.

Die Fachleute in der DHS fordern dagegen ein integriertes Versorgungssystem mit dem Schwerpunkt in der ambulanten Behandlung. Ein solches System würde nur ein Fünftel der Investitionskosten und etwa ein Drittel der Folgekosten erforderlich machen, wobei die Erfolgsaussichten bei diesem System weitaus höher anzusetzen sind.

Zwei Drittel der ambulanten Sucht-Krankenhilfe wird durch die in der DHS zusammengeschlossenen freien Verbände geleistet. Es ist dringend notwendig, den Verbänden umfangreichere Mittel für den Ausbau von Ambulanzen zur Verfügung zu stellen. Damit wird eine Ausweitung des Bettenberges mit hohen Investitions- und Folgekosten verhindert.

## Buchbesprechungen

### Augenärztliche Fortbildung

*Jahreskurse für die praktische Augenheilkunde*

Herausgeber: Prof. Dr. H.-J. Merté, Band 4, Teil 1, 136 S., 78 Abb., 2 Tab., geb.; Band 4, Teil 2, 156 S., 49 Abb., 11 Tab., geb.; Band 4, Teil 3, 112 S., 56 Abb., 2 Tab., geb. Bei Einzelbezug je Teilband DM 40,- (Band 4 besteht aus vier Teilbänden; Bandpreis DM 136,-. — Vorzugspreis für Mitglieder des Berufsverbandes der Augenärzte Deutschlands e. V. DM 118,-; Vorzugspreis für Ärzte in abhängiger Stellung und in Ausbildung DM 88,-). Verlag Urban & Schwarzenberg, München-Berlin-Wien.

„Die augenärztliche Fortbildung“ unterrichtet alle Augenärzte systematisch über die Fortschritte ihres Faches und baut hierüber neue Erkenntnisse und Methoden auf der Basis des Bekannten auf. Der praktisch tätige Augenarzt findet all jene Informationen, die er für seine Arbeit braucht. Dem mehr wissenschaftlich oder vorwiegend auf einem Teilsektor Tätigen werden jene Grundlagen vermittelt, die ihn mit der gesamten Augenheilkunde verbinden.

Zum Zwecke bestmöglicher Nutzung des Fortbildungswerkes in der täglichen Praxis ist jedem Jahresband außer einem Stichwortverzeichnis noch eine Kartei zur Kurzinformation beigegeben. Die einzelnen Karten fassen die wichtigsten der in den Beiträgen des vorangegangenen Jahres enthaltenen Daten zusammen, die für die Untersuchung und Behandlung der Patienten jederzeit griffbereit sein sollten.

### Vom Raucher zum Nichtraucher

Verf.: Dr. C. Halhuber, 96 S., Paperback, DM 12,80. Gräfe und Unzer Verlag, München.

Dieser neue medizinische Ratgeber wurde für Menschen geschrieben, die nicht mehr rauchen wollen und nach einem Weg suchen, diesen Entschluß in die Tat umzusetzen. Das Sieben-Stufen-Programm zur Befreiung vom Rauchen ist klinisch erprobt und im do-it-yourself-Verfahren anwendbar. — Die Autorin ist seit 1962 als Raucher-Therapeutin tätig.

**ZUSAMMENSETZUNG Tabletten:** 1 Tablette enthält: Cocculus D 4 210 mg, Conium D 3, Ambra D 6, Petroleum D 8 ana 30 mg.  
**Tropfen:** In 100 ml: Cocculus D 4 70 ml, Conium D 3, Ambra D 6, Petroleum D 8 ana 10 ml.

**ANWENDUNG, Tabletten, Tropfen:** 3-4 mal täglich 1 Tablette kutscheln (bzw. 8-10 Tropfen), bei anfallsweisem Schwindel und Übelkeit Stoßtherapie (alle 15 Minuten 1 Tablette bzw. 5-10 Tropfen).

**HANDELSFORMEN UND PREISE (incl. MwSt.):** Preisänderungen vorbehalten. Packung zu 50 Tabletten DM 3,95, zu 250 Tabletten DM 12,95.

**Tropfpackung zu 10 ml DM 4,-, zu 30 ml DM 6,20, zu 100 ml DM 16,95.**

**Weitere Darreichungsform: Injektionslösung bei schweren Schwindelzuständen**

**Schwindel  
verschiedener Genese**

# Vertigoheel®

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

**Biologische Heilmittel Heel GmbH  
Baden-Baden**

**-Heel**

## Maxillo-faciale Traumatologie

### Praxis der funktionellen Kieferfrakturbehandlung

Verf.: O. Naunar, 275 S., 174 Abb., 14 Röntgenbilder mit Erläuterungen auf Transparent-Dackblättern, geb., DM 198,—. Verlag Walter de Gruyter, Berlin-New York.

Bei der vermehrten Unfallhäufigkeit durch den stetig wachsenden Verkehr gewinnt die Traumatologie immer mehr an Interesse und Bedeutung.

Das Hauptanliegen dieses Lehrbuches besteht darin, das Verständnis für die modernen Behandlungsmethoden der maxillo-facialen Traumatologie, insbesondere jenes der funktionellen Zusammenhänge zu erschließen. In kurzen Kapiteln werden geschichtliche und statistische Fragen sowie spezielle Probleme bei der Behandlung von Kindern und von Zahntraumen abgehandelt. Hauptsächlich geht der Autor dann aber auf die Verletzungen des mittleren und unteren Gesichtsdrittels ein, wobei die Symptomatologie und Therapie im einzelnen abgehandelt werden. In einem weiteren großen Kapitel erfolgt die Besprechung rekonstruktiver Probleme im Kiefer-Gesichtsbereich, wie z. B. Nasen- oder Jochbainfrakturen oder mit Defekt behaftete Knochen-Walchtailverletzungen, z. B. im Bereich der Stirn, der Orbita, des Mittel- und Untergesichts usw. Für den durch Unfall antasteten Patienten und den behandelnden Arzt ist das Wissen um solche Möglichkeiten sicher eine große Hilfe und Beruhigung.

### HNO-Ratgeber für den praktischen Arzt

Verf.: Prof. Dr. P. Plath, 259 S., 19 Abb., kart. DM 19,—. F. K. Schattauer-Verlag, Stuttgart.

Dieses neue Buch von P. Plath, der schon vielen Lesern bekannt sein dürfte, zeigt wieder einmal seine hervorragenden Fähigkeiten als Autor und Lehrer.

Dieser HNO-Ratgeber für praktische Ärzte umfaßt fast das gesamte HNO-Fachgebiet. Die einzelnen Kapitel sind knapp, präzise und flüssig geschrieben, so daß keine Langeweile beim Lesen aufkommt. Jeder Satz enthält viel Information in kompakter Form.

Die gute Gliederung ermöglicht ein schnelles Auffinden der einzelnen Organe, ihrer Anatomie und Untersuchungsmethoden, ihrer Erkrankungen und der Therapie. Dem jeweiligen Organbereich zugeordnete Tabellen geben einen klaren Überblick über die Differentialdiagnosen.

Dieses für Praktiker konzipierte Buch kann auch jedem HNO-Facharzt als Repetitorium wärmstens empfohlen werden.

Dr. med. M. P. Jaumann, Erlangen

## Pädiatrische Krankheitsbilder

### Farbatlas für Klinik und Praxis

Verf.: Dr. H. Moll, 274 S., 378 meist farb. Abb., geb., DM 138,—. Georg Thieme Verlag, Stuttgart.

Dieser Bildatlas zeigt sowohl dem Kinderarzt in Klinik und Praxis als auch dem Nichtfacharzt pädiatrische Krankheitsbilder so, wie sie ihm in der Klinik, am Krankenbett und in der Praxis primär begegnen, nämlich vom visuellen Eindruck her. 130 Krankheiten des Kindesalters sind mit ihren Symptomen in farbigen Übersichts- und Detailaufnahmen, ergänzt durch Röntgenbilder, dargestellt. Der Text ist jeweils auf der den Abbildungen gegenüberliegenden Seite angeordnet und bringt in gedrängter Form von jedem Krankheitsbild die pathogenetischen, symptomatischen und therapeutischen Grundzüge. Das Buch ermöglicht dem Kinderarzt die Konsolidierung seiner Fachkenntnisse, dem Praktiker die pädiatrische Fortbildung, dem Facharzt anderer Disziplinen den Einblick in das große Gebiet der Pädiatrie und dem Studierenden das Erlernen wichtiger nosologischer Fakten. Auch in Kindertageseinrichtungen wird das hier gebotene Anschauungsmaterial willkommen sein.

### Erstversorgung am Unfallort

Verf.: Dr. H. Orbach, 7. überarb. Aufl., 114 S., 68 zum Teil zwelfarb. Abb., flex. Taschenbuch, DM 10,80. Georg Thieme Verlag, Stuttgart.

Die Eindringlichkeit der Darstellung wird durch die graphische Gestaltung des Buches und zahlreiche Abbildungen erhöht. Das Kapitel Kreislaufstillstand wurde erweitert und ein Kapitel zur Reanimation von Neugeborenen hinzugefügt. Ferner ist besonders die Zusammenstellung der Stationierungsorte von Rettungshubschraubern hervorzuheben. — Diese Notfallfibel sollte zur Grundausrüstung jedes Arztes gehören. Das in ihr mitgeteilte Wissen kann lebensrettend sein.

### Farbatlanten der Medizin

#### Band 2: Niere und Harnwege

Herausgeber: Prof. Dr. E. Rannar, Konzept und Illustrationen von F. H. Natter, 288 S., 238 farbige Tafeln, Leinen, DM 128,—. Georg Thieme Verlag, Stuttgart.

Das Buch vermittelt eine umfassende Synopse der Nierenkrankheiten. Dabei werden sowohl internistisch-nephrologische als auch operativ-urologische Gesichtspunkte berücksichtigt. Der didaktische Schwerpunkt liegt auf der graphi-



## TIPS ZUR EIGENEN PRAXIS

Unverbindliche Gesamtberatung  
und kostenlose Angebotserstellung zur schlüsselfertigen Praxis

### Informationshilfe

Finanzierung, Planung, Einrichtung

### Betreuung

Einweisung in die med.-technische Gerätschaft

Dauer-Service nach Wunsch

Genossenschaftlicher Großeinkauf gewährleistet günstige Bezugspreise

KRANKENHAUS-VERSORGUNGS-GESELLSCHAFT · 8124 Seeshaupt · Tel. 08801/683

schen Darstellung. Dies ermöglicht besseres Erfassen auch schwieriger pathophysiologischer und funktioneller Zusammenhänge und erleichtert damit Lernen und Lehre. Die außerordentliche Qualität des Bildmaterials macht schon für sich allein klare Aussagen. Alle dargestellten Einzelheiten sind entsprechend beschriftet: Die Farbgebung ist so abgestimmt, daß schon von daher alle Details mühelos unterschieden und erkannt werden können.

Dieses Buch ist zweifellos für den Studenten extrem lehrreich, für den Arzt hochinteressant und selbst für den Wissenschaftler noch gewinnbringend.

#### **Immunmangel bei Kindern**

*Symptomatik, Erkennung und Behandlung mit Immunglobulinen*

Verf.: Priv.-Doz. Dr. K.-D. Tympner / Dr. F. Neuhaus, 166 S., 54 Abb., 40 Tab., Pappband, DM 38,-. Verlag Urban & Schwarzenberg, München-Berlin-Wien.

Die mehr oder weniger bekannten Zustände von Agammaglobulinämie, aber auch die sehr unterschiedlichen Defizienzen des Abwehr-Immunsystems in ihren zellulären und humoralen Bestandteilen, werden in diesem Buche systematisch aufgeführt und geschildert. Dies ist ein Buch für die Praxis, um Infektanfälligkeit richtig zu registrieren und die diagnostisch nötigen Schritte zu vollziehen, um prophylaktisch und therapeutisch einzugreifen. Zahlreiche Fallbeispiele, aber auch Übersichten über diagnostische und therapeutische Maßnahmen, werden dem Praktiker wie dem Facharzt von Nutzen sein.

#### **Des charakteristische Syndrom**

*Blickdiagnose von Syndromen — Ein Atlas für Klinik und Praxis*

Verf.: Prof. Dr. H.-R. Wiedemann / Dr. F.-R. Grosse / H. Dibern, 228 S., 98 Bildtafeln, geb., DM 69,-. F. K. Schattauer Verlag GmbH, Stuttgart.

Der gleichermaßen für Klinik und Praxis gedachte Atlas zeigt anhand von Abbildungstafeln und einem jeweils zugehörigen knappen, prägnanten Text, etwa hundert charakteristische Syndrome, die visuell erfaßt werden können.

Es handelt sich um Syndrome aus primären Fehlbildungen oder sekundären Alterationen der Morphologie, um strukturell oder biochemisch definierbare Krankheitsbilder, um bereits beim Säugling oder erst später erfassbare Störungen, um ossial oder hämatologisch, nerval, kutan oder anderweitig betonte Affektionen.

Diese Krankheitsbilder begegnen Ärzten für Allgemeinmedizin ebenso wie auch Ärzten nahezu aller Fachdisziplinen.

#### **Akkorderbeit aus betriebs- und medizinsoziologischer Sicht**

Verf.: Dr. Dr. W. Kellner, 64 S., Kunststoffband, DM 12,80. Friedrich Kiehl Verlag, Ludwigshafen.

Die vorliegende Schrift ist das auf knappem Raum zusammengefaßte Ergebnis empirischer Untersuchungen an einigen zehntausend Arbeitern und Angestellten. Sie soll in erster Linie Arbeitsvorbereitern und Werksärzten einen Überblick über die mit der Akkordarbeit verbundenen Probleme geben. Sie soll allen helfen, die in einem Betrieb zusammenarbeiten und eine Humanisierung der Arbeitswelt erstreben, ohne unmittelbaren Einblick in betriebliche Gegebenheiten zu besitzen.

#### **Wunschkind — Sohn oder Tochter**

Verf.: Dr. O. Hatzold, 88 S., 3 Abb., 3 Tab., kart., DM 12,80. J. F. Lehmanns Verlag, München.

Dieses Bändchen befaßt sich mit der Methode, das Geschlecht eines Wunschkindes bei der Zeugung selbst zu wählen. Angesprochen sind mit diesem sehr gut allgemein verständlichen Text Ehepaare, für die es ein Problem ist, welches Geschlecht ihr erwünschtes Kind haben soll. Es wird eingegangen auf die Physiologie der Menstruation (Bestimmung des Eisprunges, Kalendermethode, Temperaturmethode, Mittelschmerz, Zwischenblutung usw.).

Ein gewünschter Stammhalter müsse am Ovulationstag gezeugt werden, Zeugung somit am Tage des Eisprunges.

Soll das Wunschkind eine Tochter sein, so soll die Zeugung zwei Tage vor dem Eisprung stattfinden.

Das Büchlein ist sehr lesens- und bedenkenswert.

Dr. S. Maler, Regensburg

#### **Vom Kopfschmerz kann man sich befreien**

Verf.: Prof. Dr. U. H. Peters/Dr. K. Pollek, 200 S., Illustr., Leinen, DM 19,80. Kindler Verlag GmbH, München.

Professor Peters legt mit diesem Buch die Ergebnisse seiner langjährigen Erfahrungen in seiner Klinik zum Thema Kopfschmerz vor. Ausgehend von seiner neuen Theorie, nach der bei Migräne Angst in den Körper konvertiert wird und im Körper als Spannung erscheint, empfiehlt er als eine der wichtigsten Maßnahmen Entspannung und gibt konkrete Hinweise, wie diese im einzelnen Fall erlangt werden kann. Zahlreiche Fallbeispiele ergänzen dieses Buch, das für den Arzt ebenso wie für jeden interessierten Laien bestimmt ist.

#### **Burgen und Schlösser in der Pfalz**

Verf.: G. Stein, 400 S., 130 Schwarzweißabb., 8 Farbabb., 1 Karte, Leinen, DM 45,-. Verlag Weidlich, Vertrieb durch Umschau Verlag, Frankfurt.

Mit diesem Band setzt der Verlag seine Publikationsreihe „Burgen und Schlösser“ fort. Der Leser wird in eine Landschaft geführt, die im Mittelalter zu einer der am stärksten befestigten Gebiete des Alten Reiches gehörte.

Aus der Vielzahl der Burgen und Schlösser im Bereich der Pfalz, deren heutige Grenzen nur noch bedingt älteren territorialen Verflechtungen entsprechen, wurden 37 Objekte ausgewählt, die noch größere Teile ihres ehemaligen Baubestandes bewahrt haben und die zudem auch gut zugänglich sind.

#### **Die Welt der Vögel**

Verf.: Dr. Ch. Perrins, Herausgeber der deutschen Ausgabe: Dr. J. Reichholf, aus dem Englischen von L. Sobcz, 160 S., über 500 vierfarbige Abb., geb., DM 68,-. Verlag Herder, Freiburg-Basel-Wien.

Auf den ersten Blick überzeugt dieses neue, durchgehend vierfarbig illustrierte Vogelbuch, das in neun Hauptkapiteln umfassend über Abstammung, Klassifizierung, Anatomie, Nahrung, Sozialverhalten, Nestbau, Vogelzug, Population und Vogelbeobachtung informiert.

Mit großer Akribie, zoologischer Sachkenntnis und künstlerischem Einfühlungsvermögen führt der Zeichner A. J. Cameron die Vögel in ihren Lebensräumen und in charakteristischen Haltungen vor und zeigt zahlreiche liebevoll ausgeführte Details (Federn-, Krellen- und Schnabelformen).

Ch. Perrins bietet in seinem Text neueste, zum Teil noch unveröffentlichte Erkenntnisse aus seinem Forschungsbereich.

# Abiadin®

öffnet die Atemwege  
löst zähen Schleim  
lindert Hustenqual



Guter Geschmack  
zuckerfrei  
Für alle Altersstufen  
ab 6. Monat

**Tetra-Abiadin®**  
bei infizierten  
Bronchitiden,  
bakteriellen  
Bronchopneumonien,  
Bronchiektasen.

**Abiadin®**  
bei allen Formen der  
Bronchitis, Tracheitis,  
Laryngitis.

**Zusammensetzung:**

1 Dragée Abiadin bzw. 2 Meßschalen (10 ml) Saft  
enthalten: Bromhexinhydrochlorid 8,0 mg, Orciprenalin-  
sulfat 5,0 mg, Doxylaminsuccinat 7,5 mg.  
1 Kapsel Tetra-Abiadin enthält: Tetracyclinhydrochlorid  
200,0 mg, Bromhexinhydrochlorid 4,0 mg, Orciprenalin-  
sulfat 2,5 mg, Doxylaminsuccinat 3,75 mg.

**Besondere Hinweise:**

Abiadin und Tetra-Abiadin können bei gleichzeitiger  
Einnahme von Alkohol oder von Beruhigungsmitteln  
deren Wirkung verstärken. Eine Beeinträchtigung der

Verkehrstüchtigkeit ist möglich. Während der  
Schwangerschaft und bei Kindern vor dem 8. Lebens-  
jahr sollte Tetra-Abiadin wegen der Tetracyclin-  
Komponente nur bei strenger Indikationsstellung  
verordnet werden.

**Kontraindikationen:**

Thyreotoxikose, idiopathische hypertrophe,  
subvalvuläre Aortenstenose, hochfrequente  
Arrhythmien, Glaukom. Nur für Tetra-Abiadin: schwere  
Leber- und Nierenfunktionsstörungen.

Packungen:	Stand: Januar 1977	lt. A. T.
Abiadin	90 ml Saft	DM 6,80
	250 ml Saft	DM 18,60
	20 Dragées	DM 6,10
	50 Dragées	DM 12,90
Tetra-Abiadin	18 Kapseln	DM 22,50
	30 Kapseln	DM 33,35
Klinikpackungen		

**Boehringer  
Ingelheim**



Neu  
als modernes Monopräparat

besonders  
bei jungen und alten Patienten,  
auch bei Diabetikern

ohne  
Suchtgefahr, Ermüdung und Obstipation

# Jetzt bei Husten Pertix-Hommel®

Der Gehalt an Butetamat ist jetzt dreimal so hoch wie bei dem früheren Kombinationspräparat. Bitte beachten Sie daher die niedrigeren Einzel- und Tagesgaben. Sie kommen für den normalen Therapiefall mit einer 100 ml-Packung aus; dies ergibt eine Senkung der Therapiekosten, denn der Preis der Packung bleibt unverändert.

**Zusammensetzung:** Butetamat-citrat 14,46 mg pro Teelöffel (5 ml).

**Indikationen:** Reizhusten (bei Bronchitis, Erkältung, Raucherkatarrh, Masern, Pertussis, Grippe und anderen Infektionskrankheiten).

**Kontraindikationen, Unverträglichkeiten und Nebenwirkungen:** sind in langjähriger Anwendung nicht bekannt

geworden. Pertix-Hommel enthält keinen Zuckersirup, daher auch für Diabetiker geeignet.

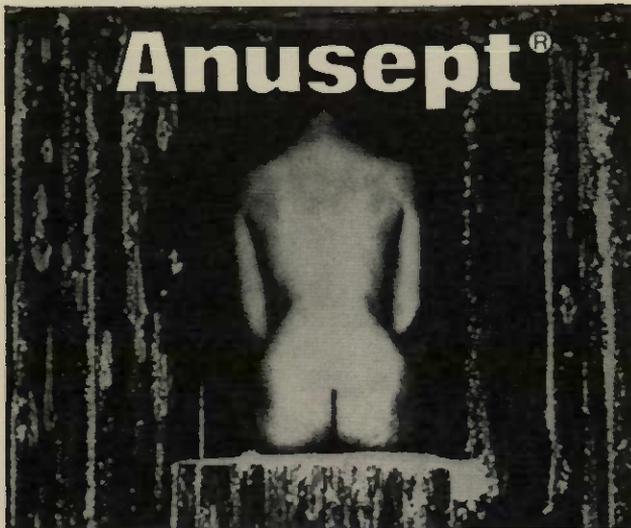
**Dosierung:** Kleinkinder 3 x ½ Teelöffel, Schulkinder 3 x 1 Teelöffel, Kinder ab 12 Jahren und Erwachsene 3 x 1-2 Teelöffel täglich vor dem Essen, insbesondere vor dem drohenden Hustenanfall.

**Packung:** 100 ml Liquidum OM 9,45.

**Pertix-S-Hommel** (speziell gegen Keuchhusten) steht vorerst weiter in der bisherigen Wirkstoffkombination zur Verfügung.



Chemische Werke HOMMEL GmbH, 7840 Mühlheim/Baden



## 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, Analsjuckreiz, Proktitis

**Unverträglichkeiten und Risiken:**  
Nicht bekannt.

**Dosierung:**  
Siehe Packungsbeilage und wissenschaftlicher Prospekt.

**Handelsternen:**  
Tube mit 40 g Anusept Salbe DM 7,20  
Peckung 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**

### Sigmund Freud und sein Krals

Verf.: Prof. P. Roazen, 550 S., 24 Abb., DM 58,—. Gustav Lübbe Verlag GmbH, Bergisch-Gladbach.

Hunderte von Interviews mit über siebzig Personen, die Freud kennen — Patienten, Kollegen, Familienmitglieder —, unveröffentlichte Papiere aus dem Nachlaß des Freud-Biographen Ernest Jones sowie genaue Kenntnis psychoanalytischer Theorie und Praxis sind die Grundlagen dieser großangelegten Darstellung.

Der Autor zeichnet zuerst ein genaues Portrait Sigmund Freuds, er geht den Einflüssen von Kindheit und Jugend nach, von Umgebung und Familie, er zeigt Freud als Arzt und Forscher.

### Glück mit Tieren

Verf.: H. Sielmann, 176 S., 150 Farbabb. und Zeichnungen, DM 28,80, Gräfe und Unzer Verlag, München.

Der erfolgreiche Tierfilmer und Autor beliebter Tierbücher gibt in diesem Buch Antwort auf alle wichtigen Fragen der Tierhaltung in Wohnung und Haus. Hier erfährt der Tierliebhaber, auf was er beim Tierkauf zu achten hat, wie er Tiere richtig pflegen und wie er mit dem Tier seiner Wahl umgehen muß, damit es ein „lebendiges“ Tier bleibt.

Im „Katalog der Heimtiere“ präsentiert Heinz Sielmann hier die beliebtesten Tierarten fürs Heim in 150 Farblotos und Zeichnungen.

### Lexikon der Numismatik

Herausgeber: H. Fenger / G. Glerow / W. Unger, 450 S., 638 Abb., Leinen, DM 39,80. Umschau Verlag, Frankfurt.

Die Beschäftigung mit Münzen setzt numismatische Grundkenntnisse voraus, die dem Sammler durch dieses großzügig illustrierte Lexikon vermittelt werden. Alle Begriffe der Numismatik werden erläutert — für den ernsthaften Sammler liegt hier ein komplettes Nachschlagewerk vor.

### Sudetenland

Verf.: V. Aschenbrenner, 136 S., 150 Abb., 2 Karten, Leinen, DM 38,—. Verlag Weidlich, Vertrieb durch Umschau Verlag, Frankfurt.

Der Betrachter wird vom Böhmerwald im Westen ins Egerland geführt, erreicht über das Elbtal und das Böhmisches Mittelgebirge die Industriestädte Reichenberg und Gablonz und gelangt schließlich nach Prag. Über die Sprechinseln Brünn, Iglau und Olmütz erreicht er das südmährische Weinland. Das Altvatergebirge mit seinem riesigen nordmährischen Waldgebiet, das Land der Bergleute, Holzläller, Weber und Bauern, bildet den Abschluß.

Dieser sorgfältig ausgewählte Bildband wird ergänzt von dem kenntnisreichen Text von Victor Aschenbrenner über die Entwicklung und Geschichte dieses unvergessenen Heimatlandes.

### Kochvargnügen wie noch nie

Verf.: A. Krüger / A. Wolter, 352 S., 600 Farbabb. v. Chr. Teubner, Glanzleinband, DM 29,80. Gräfe und Unzer Verlag, München.

Dieses Bildkochbuch enthält die 777 besten Kochideen der Welt und ist mit 600 Farblotos illustriert. Durch die übersichtliche Zuordnung von Rezepten und Farbbildern wird das Kochen sehr erleichtert.

## 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.

### März 1977

- 1.-4. **Neuherberg:** Grundkurs im Strahlenschutz für Ärzte. — Auskunft: Kurssekretariat des Instituts für Strahlenschutz der GSF, Ingolstädter Landstraße 1, 8042 Neuherberg.
- 6.-12. **Garmisch-Partenkirchen:** Frühjahrskongreß für Ganzheitsmedizin. — Auskunft: Dr. V. Harth, Hainstraße 9, 8600 Bamberg.
- 6.-19. **Bad Gastein: XXII. Internationaler Fortbildungskongreß der Bundesärztekammer (Thema: Das Krebsproblem in der ambulanten Praxis).** — Auskunft: Kongreßbüro der Bundesärztekammer, Postfach 41 02 20, 5000 Köln 41.
- 7.-10. **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.-17. **Davos:** Informations- und Einführungskurs in die Chirotherapie von Wirbelsäule und Gelenken. — Auskunft: Kongreßbüro der Bundesärztekammer, Postfach 41 02 20, 5000 Köln 41.
- 7.-19. **Davos: XXV. Internationaler Fortbildungskongreß der Bundesärztekammer (Thema: Das Krebsproblem in der ambulanten Praxis).** — Auskunft: Kongreßbüro der Bundesärztekammer, Postfach 41 02 20, 5000 Köln 41.
- 12.-13. **Duisen/Lehrbach:** Wochenendlehrgang „Ärztliche Sofortmaßnahmen am Unfallort.“ — Auskunft: Bayerisches Rotes Kreuz, Medizinalabteilung, Postfach 86 02 49, 8000 München 86.
- 12.-20. **Freudenstadt:** 52. Kongreß des Zentralverbandes der Ärzte für Naturheilverfahren. — Auskunft: Geschäftsstelle des Zentralverbandes der Ärzte für Naturheilverfahren e. V., Alter Weg 29, 7290 Freudenstadt 1 - Kniebis.
- 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.

FRÜHLING FÜR DAS HAAR  
DAS GANZE JAHR - DANK

# pantogar®



### Klinisch belegte Wirkung!

#### Literatur:

Tronnler H. und Pfitzer H., KOSMETOLOGIE 1972/Nr. 6  
Kauffmann M., Oiss. 1973

#### Indikationen:

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

#### Kontraindikation:

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

Zusammensetzung:	1 Dragée	1 Kapsel
Thieminum (DCI); Aneurin	0,015 g	0,060 g
Calcil 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 (Org.) 46 868 (Kps.)		Apothekenpflichtig

#### Packungen:

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

# pantogar®

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

- 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. **Karl-Merx-Stedt:** IV. Internationaler Onkologen-Kongreß. — Auskunft: Dr. K. Rieche, Gesellschaft für Geschwulstbekämpfung der DDR, Lindenberger Weg 80, DDR-1115 Berfin-Buch.
- 15.-19. **Freiburg:** 10. Fortbildungsseminar des Verbandes der Niedergelassenen Dermatologen Deutschlands e. V. — Auskunft: Dr. H. Walther, Westliche 32, 7530 Pforzheim.
- 18.-19. **Essen:** X. Kongreß der Deutschen Gesellschaft für Endoskopie. — Auskunft: Priv.-Doz. Dr. W. Rösch, Krankenhausstraße 12, 8520 Erlangen.
- 19.-20. **München-Grünwald:** Sportärztliche Tagung. — Auskunft: Dr. H. Pabst, Ebertstraße 1, 8022 Grünwald.
- 20.-26. **Devos:** 2. Internationaler Fortbildungskongreß über „Herzinfarkt und Angina pectoris“. — Auskunft: Prof. Dr. P. Lichtlen, Karl-Wiechert-Allee 9, 3000 Hannover 61.
- 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.
- 24.-26. **Sao Paulo:** 2. Weltkongreß für Broncho-Ösophagologie. — Auskunft: DOC-AMB, Av. Paulista 1159-3º, Sao Paulo, Brasilien.
- 25.-27. **Ascone:** 5. Balint-Treffen — Psychologische Ausbildung des Arztes. — Auskunft: Prof. Dr. B. Luban-Plozza, Piazza Fontana Pedrazzini, CH-6600 Locarno.
- 25.-27. **Augsburg:** 59. Augsburger Fortbildungskongreß für praktische Medizin. — Auskunft: Sekretariat des Augsburger Fortbildungskongresses, Frohsinnstraße 2, 8900 Augsburg.
- 25.-27. **Erlangen:** 5. Fortbildungsveranstaltung „Neurologie und Psychiatrie für niedergelassene Ärzte aller Fachgebiete“. — Auskunft: Frau Heerklotz, Universitätsnervenklinik, Schwäbanchanlage 10, 8520 Erlangen.
27. 3.-2. 4. **Devos:** 9. Internationaler Diagnostik-Kurs. Auskunft: IDKD, Postfach 21 32, CH-8028 Zürich.
26. 3.-2. 4. **Leningrad/Moskau:** 1. Fachstudienreise für Unfallchirurgie. — Auskunft: Deutsches Reisebüro GmbH, Direktion, Ärztliche Kongreßreisen, Eschersheimer Landstraße 25-27, 6000 Frankfurt 1.
29. 3.-2. 4. **Köln:** 31. Tagung der Deutschen Dermatologischen Gesellschaft. — Auskunft: Prof. Dr. G. K. Steigleder, Joseph-Stelzmann-Straße 9, 5000 Köln.
- April 1977**
- 1.-3. **München:** Fortbildungsseminar 1 „Praktische Elektrokardiographie“ (Einführungsseminar). — Auskunft: Bayerische Landesärztekammer, Frau Wanger, Mühlbaaurstraße 16, 8000 München 80.
- 4.-16. **Meran:** IX. Internationaler Seminkongreß für praktische Medizin, veranstaltet von der Bundesärztekammer (Theme: Jugend und Alter aus der Sicht der praktischen Medizin). — Auskunft: Kongreßbüro der Bundesärztekammer, Postfach 41 02 20, 5000 Köln 41.
- 12.-16. **Miami Beach:** 9. Weltkongreß für Fertilität und Sterilität. — Auskunft: American Fertility Society 1608 13 th Ave. South, Suite 101, Birmingham, Ala, 3 52 05, USA.
- 14.-17. **Bad Nauheim:** 28. Jahrestagung der Deutschen Medizinischen Arbeitsgemeinschaft für Herd- und Regulationsforschung (DAH) e. V. — Auskunft: Deutsche Medizinische Arbeitsgemeinschaft für Herd- und Regulationsforschung (DAH) e. V., Josef-Schregel-Straße 42, 5160 Düren.
- 15.-17. **Bad Nauheim:** 43. Jahrestagung der Deutschen Gesellschaft für Kreislaufforschung. — Auskunft: Prof. Dr. W. Schaper, Max-Planck-Institut für physiologische und klinische Forschung, W. G. Kerckhoff-Institut, 6350 Bad Nauheim.
- 16.-17. **Melente:** Ärztliches Wochenende „Geriatric“. — Auskunft: Kneipp-Bund e. V., Postfach 264, 8000 München 60.
- 17.-21. **Wiesbaden:** 83. Tagung der Deutschen Gesellschaft für Innere Medizin. — Auskunft: Deutsche Gesellschaft für Innere Medizin, Schwalbacher Straße 62, 6200 Wiesbaden.
- 19.-22. **Werschau:** 2. Kongreß der Internationalen Gesellschaft für Aerosole in der Medizin. — Auskunft: Prof. Dr. Rudnik, 34-410 Rabka (VR Polen) ul. Parkowa 2.
- 21.-24. **Bad Wörlishofen:** Ärzteseminar „Autogenes Training“. — Auskunft: Kneipp-Bund e. V., Postfach 264, 8000 München 60.

# Prüfung im Schlaflabor\* bestanden:

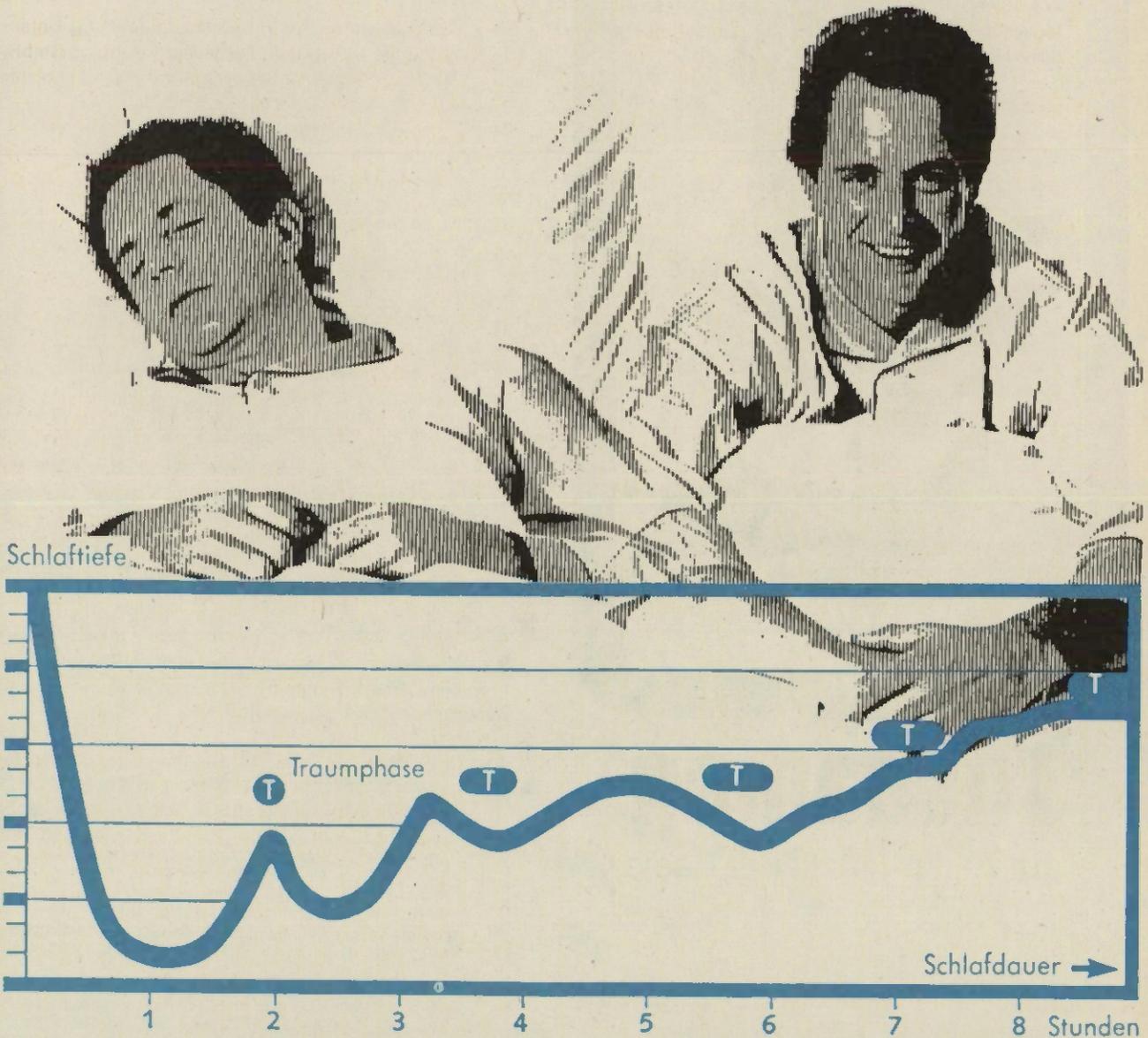
– rasches Einschlafen

– traumphasengerechtes Durchschlafen

– tagesfrisches Erwachen

– gute Verträglichkeit bei bestimmungsgemäßem Gebrauch

\* Dozent Dr. U. J. Jovanović, Universitäts-Nervenlinik Würzburg



# Plantival<sup>®</sup> plus

koordiniert den gestörten Schlaf- Wach-Rhythmus



**Zusammensetzung:** 1 Dragee enthält: Carbromal 200 mg, Diphenhydraminhydrochlorid 10 mg, Extr. Valerianae 45 mg, Extr. Passiflorae 15 mg · **Kontraindikation:** Carbromal-Allergie · **Cave:** Alkohol; Asthma; die ersten 3 Schwangerschaftsmonate · **Nebenwirkungen:** Bei Dauergebrauch in seltenen Fällen Carbromal-Überempfindlichkeit (hämorrhagisch-pigmentäre Dermatose) möglich

**Handelsformen:** CP 20 Dragees DM 5,10; CP 100 Dragees DM 19,85 · **Stand:** 1. 1. 1977

**DR. WILLMAR SCHWABE · KARLSRUHE**



# Tussamag®

## auf rein pflanzlicher Basis

### Indikationen/Zusammensetzung

#### Expectorans

Extr. Fol. Castaneae vesc. fl. 8,48 g,  
Extr. Thymi fl. 9,0 g, Acid. benzoic. 0,125 g,  
Saponin 0,1 g, Sacch. 52 g, Aq. dest. ad 100 g

#### Pertussis, Reiz- und Krampfhusten

Tussamag mit 0,1% Codein. phosphoricum

#### Expectorans

Extr. Fol. Castaneae vesc. fl. 26,1 g,  
Extr. Thymi fl. 18,9 g, Acid. benzoic. 0,36 g,  
Saponin 0,5 g, Ephedrin. hydrochl. 0,5 g,  
Glycerin 5,0 g, Alkohol 10 g, Sacch. 20 g,  
Aq. dest. ad 100 g

#### Akute und chronische Katarre der oberen Luftwege

Tussamag-Tropfen mit 0,8% Codein. phosphoricum

#### Perkutanes Expectorans

Ol. Terebinth. 6 g, Camphora 6 g, Ol. Pini pum. 2,5 g, Ol. Thymi 2 g, Ol. Eucalypti 2 g,  
Ol. Rosmarini 1,5 g, Ol. Macidis 0,5 g,  
Menthol 2,8 g, Guajacol 1,25 g, Salben-  
grundlage ad 100 g

#### Reiz- und Krampfhusten, Grippe

Extr. Thymi spir. spiss. 20 mg, Extr.  
Castaneae vesc. aq. spiss. 20 mg,  
Ol. Thymi 4 mg, Athylpapaverin-  
hydrochlorid 20 mg

#### Kontraindikationen

(Nur bei den codeinhaltenen Formen)  
Zustände, die mit Einschränkung der Atem-  
funktion einhergehen, Langzeitverabreichung  
bei chronischer Obstipation

### Handelsformen/Preise

Seft 200 g, DM 6,95 m. U.

Seft mit Codein\* 120 g, DM 6,80 m. U.

Tropfen 20 g, DM 3,75 m. U.

Tropfen mit Codein\* 20 g, DM 4,50 m. U.

perkutan 20 g, DM 4,30 m. U.

Zäpfchen für Kinder und 5 Stück, DM 3,15 m. U.

Seuglinge 10 Stück, DM 4,75 m. U.

\* verschreibungspflichtig

TUS 1-77

- 22.-23. **Henover:** 4. Fechttagung Krenkenheustechnik „Wirtschaftliche Instandhaltung im Krankenhaus“. — Auskunft: Medizinische Hochschule Hannover, Postfach 61 01 80, 3000 Hannover 61.
- 25.-29. **Mexico City:** IV. Kongreß der Internationalen Gesellschaft für Ästhetisch-Plastische Chirurgie. — Auskunft: Asociación Nacional de Viajes y Excursiones, S. A. 12 'N' Niza Street, Mexico 6, D. F.
25. 4.— **Lindeu:** 27. Lindeuer Psychotherapiewochen. — 7. 5. Auskunft: Sekretariat der Lindauer Psychotherapiewochen, Orlandostraße 8/IV, 8000 München 2.
- 27.-29. **Heife:** internationale Radiologien-Konferenz. — Auskunft: Prof. A. Rosenberger, P. O. Box 3045, Tel Aviv, Israel.
- 27.-30. **Erlangen:** EKG-Kurs für Sportärzte. — Auskunft: Dr. B. Moser, Östliche Stadtmauerstraße 29, 8520 Erlangen.
- 27.-30. **München:** 94. Tagung der Deutschen Gesellschaft für Chirurgie. — Auskunft: Prof. Dr. G. Maurer, Ismaninger Straße 22, 8000 München 80.
27. 4.— **Beden-Baden:** 25. Jahrestagung der Vereinigung Süddeutscher Orthopäden e. V. — Auskunft: Prof. Dr. F. W. Rathke, Hospitalstraße 1, 7140 Ludwigsburg.
30. 4.— **Bad Neuheim:** NAV-Symposion. — Auskunft: Verband der Niedergelassenen Ärzte Deutschlands (NAV) e. V., Belfortstraße 9, 5000 Köln 1.

### Bellagenhinweis:

Dieser Ausgabe ist je ein Prospekt beigelegt der Firmen: Promonta GmbH, Hamburg; Benechemle GmbH, München.

„Bayerisches Ärzteblatt“. Herausgeber und Verleger: Bayerische Landesärztekammer, Mühlbeurstraße 18, 8000 München 80, Telefon (089) 4147-1. Schriftleitung: Professor Dr. med. Hans Joachim Sewering, Dr. med. Hermann Breun, Dr. med. Friedrich Kolb, Dr. med. Kurt Stordeur — verantwortlich für den Inhalt: Rite Horn. Die Zeitschrift erscheint monatlich.

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

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

Anzeigenverteilung: 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: etlespress. Für den Anzeigentell verantwortlich: Ernst W. Scherschinger, München.

Druck: Druckerei und Verlag Hens Zauner jr., 8060 Dacheu.

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.

ISSN 0005-7126

Wir suchen für sofort oder nach Vereinbarung

## 1 Oberarzt

Internist oder Psychiater mit Zusatzbezeichnung „Psychotherapie“ sowie

## Stationsärzte

Wir stellen uns aktive Persönlichkeiten vor, die an Psychosomatik interessiert sind.

Wir bieten ein interessantes klinisches Arbeitsgebiet auf dem Sektor der Psychosomatischen Medizin und der Psychotherapie.

Die Klinik verfügt über genügend Gruppenräume für die entsprechenden Therapien sowie Spiegelraum mit Fernsehüberwachung und Aufzeichnungsgaräten. Das angegliederte Diagnostikum bietet alle Möglichkeiten, gründliche organische Untersuchungen durchzuführen.

Eine über dem Tarif liegende Vergütung, freiwillige soziale Leistungen, Hilfe bei der Wohnraumbearbeitung oder Unterkunft im Hause, Unfallversicherung, Umzugskosten – sowie selbstverständlich Erfüllung der Vorstellungen.

Leiterin der Klinik:

Dr. med. Rosemarie Schütz,  
Internistin – Psychotherapie,  
Telefon (09771) 5075, App. 40

Bewerbungen und Anträge bitte an die Verwaltung der Psychosomatischen Klinik Bad Neustadt/Saale, Selzburger Lette 1, 8740 Bad Neustadt/Saale, Telefon (09771) 5041.



Am Städtischen Krankenhaus  
Weiden (Opf.)

(Schwerpunkt-Krankenhaus, 640 Betten, 7 Fachabteilungen einschließlich pathologisch-anatomisches Institut) ist für das

**zentrale Strahleninstitut**

## eine Assistenzarztstelle

durch Niederlassung eines ausscheidenden Kollegen zu besetzen.

Weiterbildungsmöglichkeiten in der Röntgendiagnostik (einschließlich Angiographie), Strahlentherapie (einschließlich Radio-Kobalt), Radio-Isotopendiagnostik.

Der Leiter des Instituts ist zur vollen radiologischen Weiterbildung ermächtigt.

Unterstützung seitens der Stadt Weiden hinsichtlich Wohnungsbeschaffung und Umzug. Sämtliche weiterbildende Schulen am Ort.

Vergütung nach BAT II/1 b, Nebeneinnahmen aus Bereitschaftsdienst und entsprechend dem Ausbildungsstand aus Anteilen der Chefarzt Honorare.

Bewerbungen an den

**Chefarzt des Strahleninstituts**  
**Med. Dir. Dr. Steinberger**  
**Städt. Krankenhaus, Bismarckstraße 30,**  
**8480 Weiden i. d. Opf.**

Das Kreiskrankenhaus Freising sucht zum 1. April 1977

## 1 Oberarzt

für die Geburtshilflich-gynäkologische Abteilung (68 Betten) als ständigen Vertreter des Chefarztes.

**Geboten werden:** Vergütung nach BAT mit Beteiligung am Liquidationserlös, Zusatzversorgung, Beihilfen.

**Freising** (über 32000 Einwohner) liegt in landschaftlich reizvoller Umgebung von München 32 km entfernt, S-Bahn-Verbindung.

Bewerbungen und Anfragen bitte an Kreiskrankenhaus Freising, Meinburger Straße 29, 8050 Freising, Telefon (08161) 69347 oder (08161) 69468

## Der Landkreis Rottal-Inn

sucht für das Kreiskrankenhaus Simbach/Inn

## 1 Hals-Nasen-Ohrenarzt

Das Kreiskrankenhaus Simbach/Inn ist ein neues modernes Krankenhaus mit 231 Planbetten und wurde 1966 in Betrieb genommen.

Simbach/Inn ist Grenzstadt zu Österreich mit ca. 9400 Einwohnern, landschaftlich schön gelegen, ein Gymnasium, ein Mädchengymnasium, eine Mädchenrealschule, eine Realschule für Knaben.

Persönliche Vorstellung nach telefonischer Vereinbarung und Bewerbungen erbeten an

**Landratsamt Rottal-Inn – Personalabteilung –**  
**Postfach 80, 8340 Pfarrkirchen, Telefon (08561) 6071**

## 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** 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.

ist von überzeugender Eindringkraft  
Arztmuster durch: 50 ml DM 4,50, 100 ml DM 7,60, 200 ml DM 13,50  
**BEFELKA-ARZNEIMITTEL, Postfach 1351, 4500 Osnabrück**

## Kreiskrankenhaus, 8262 Altötting/Obb.

Abteilung für Innere Medizin – Chefarzt Dr. R. Reimann –  
sucht für die erste Jahreshälfte 1977 einen qualifizierten Internisten als

## Oberarzt

Die Abteilung bietet 120 Betten, 10 Planstellen, Intensivpflegeeinheit, Hämodialyseeinheit, leistungsfähiges Labor, Röntgen, umfassende Endoskopie, regelmäßige Fortbildung. Der leitende Arzt ist zur vollen Weiterbildung in der Inneren Medizin einschließlich fachgebundener Röntgendiagnostik ermächtigt.

Vergütung nach den Bestimmungen des BAT und Nebeneinnahmen.

Bewerbungen erbeten an die Verwaltung des Hauses.

Beim Nervenkrankenhaus Lohr am Main sind durch Erweiterung des Stellenplanes einige Stellen für

## Ärzte und Ärztinnen

zu besetzen.

Die Vergütung erfolgt nach BAT bzw. bei Beamten nach dem Bayer. Besoldungsgesetz.

Vergütung für Bereitschaftsdienst, Nebeneinkünfte durch Unterricht an der Krankenpflegeschule und durch Gutachten.

Das Nervenkrankenhaus Lohr am Main verfügt über 1050 Betten. Moderne Arbeits- und Beschäftigungstherapie, Sozialarbeit, EEG, Echoenzephalographie, physikalische Therapie mit Bäderabteilung, ermächtigt zur vollen Weiterbildung in Psychiatrie.

Lohr (17 000 Einwohner) liegt im Maintal am Rande des Spessarts, bietet viele Freizeitmöglichkeiten. Frankfurt, Würzburg und Aschaffenburg sind leicht erreichbar. Gymnasium am Ort.

Anfragen und Bewerbungen erbeten an  
**Direktor des Nervenkrankenhauses Dr. Krolß,  
8770 Lohr am Main, Nervenkrankenhaus, Telefon (0 93 52) 20 21, 20 22.**

Gut ausgestattetes Kreiskrankenhaus in Südwestdeutschland mit 200 Betten (Chirurgische, Interne, Gynäkologisch-geburtshilfliche, Urologische und Anästhesiologische Fachabteilung). Erweiterung auf 300 Betten nach dem Krankenhausbedarfsplan vorgesehen, sucht für die Chirurgische Abteilung zum Eintritt ab 1. Juli 1977 oder früher einen

## Oberarzt (Chefarztvertreter) Chirurg

Die Chirurgische Abteilung umfaßt 75 Betten.

**Wir bieten:** Vergütung nach BAT, Rufbereitschaftsdienstzulage, Poolbeteiligung, sowie alle Vergünstigungen des öffentlichen Dienstes.

**Wir erwarten:** Umfassende Kenntnisse in der allgemeinen Chirurgie, der Unfallchirurgie, Befähigung den Chefarzt zu vertreten.

Kost und Wohnung (schönes Einzelzimmer) im Hause möglich, Verheirateten Bewerbern sind wir bei der Beschaffung einer Wohnung behilflich. Am Ort befinden sich sämtliche weiterbildenden Schulen für Jungen und Mädchen.

Bewerbungen mit den üblichen Unterlagen erbeten unter Nr. 331/452 an die Anzeigenverwaltung BAYERISCHES ARZTEBLATT, Sonnenstraße 29, 8000 München 2.

Der Landkreis Schwandorf sucht für die Kreiskrankenhäuser Burglengenfeld, Nabburg und Oberveichtach zum nächstmöglichen Zeitpunkt

## je 1 Anästhesist

Das Kreiskrankenhaus Burglengenfeld (170 Betten) hat eine Chirurgische und eine Interne Abteilung. Außerdem ist eine Gynäkologisch-geburtshilfliche Belegabteilung vorhanden.

Das Kreiskrankenhaus Nabburg (165 Betten) hat eine Chirurgische und eine Interne Abteilung. Der Chirurgischen Abteilung ist noch eine Gynäkologisch-geburtshilfliche Station angeschlossen.

Das am 3. Mai 1976 in Betrieb genommene Kreiskrankenhaus Oberveichtach (Grundversorgungskrankenhaus), das nach modernsten Gesichtspunkten errichtet wurde, ist mit 150 Betten ausgestattet. Es verfügt über eine Chirurgische und Interne Abteilung sowie über eine Gynäkologisch-geburtshilfliche Belegabteilung.

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.**

Am neuen

## Städt. Krankenhaus in Kaufbeuren (Allgäu)

45 000 Einwohner, mit 270 Betten, wird für die Geburtshilflich-gynäkologische Belegabteilung (36 Betten) zum nächstmöglichen Termin

## 1 Assistenzarzt (-ärztin)

gesucht.

Die Abteilung bietet alle modernen diagnostischen und therapeutischen Möglichkeiten u. a. Ultraschall-Diagnostik, CTG, Zytologie, gynäkologische Strahlentherapie, hohe Op-Frequenz (abdominal und vaginal).

Wir bieten Vergütung nach BAT und volle tarifliche Vergütung des Bereitschaftsdienstes, auf Wunsch Ärzteapparat oder Mithilfe bei Wohnungsbeschaffung.

Bewerbungen erbeten an die **Leitung des Städt. Krankenhauses, 8950 Kaufbeuren, Dr. Gutermann Straße 2, Telefon (0 83 41) 86 51**

SYSTEM  
**Arztform**

Fordern Sie unverbindlich

### Arztform-Information

Einrichtung mit plansystem 4000  
Ideen - Preise - Möglichkeiten

**Funktionelle Praxisplanung**  
mit interessanten Vorschlägen und günstigen Bauka-System-Preisen.

Rufen Sie bitte Tel. 02166/46061  
unser Planungsbüro mit Ausstellung  
direkt an der BAB-Abfahrt Wickrath

**Arztform-Medizin-Zentrum**

Postf. 313, 405 Mönchengladbach 2

für Neueröffnung, Umgestaltung, Ergänzung Ihrer Praxis  
**Einrichtung mit plansystem 4000\***



**Anmelde-Kartei-Zentrale** Bitte Prospekt AZ  
Preis-Beispiel Karteitrogfisch 155 cm - 3,5 lfdm 592,-

**1 funktionelle Praxis-Planung**  
mit architekturengerechten Zeichnungen

**2 funktionelle Praxis-Möbel**  
im ausgereiften Baukasten-System  
für die gesamte Einrichtung der Praxis

**3 Elektromedizin**  
Medizin-Technik Praxis-Bedarf

**Erfahrung und Ideen aus 4000 Praxis-Planungen\***

## Die Landesversicherungsanstalt Oberfranken und Mittelfranken

sucht für den ärztlichen Prüfdienst in der Hauptverwaltung Bayreuth einen Internist oder einen Arzt mit umfassenden allgemeinmedizinischen Kenntnissen als

### Obergutachter

Die Vergütung wird je nach Vor- und Ausbildung nach den einschlägigen Bestimmungen des BAT gewährt.

Bei Erfüllung der laubbahnrechtlichen Vorschriften ist Übernahme in das Beamtenverhältnis – Laufbahn des höheren Dienstes – möglich. Die Besoldung erfolgt im Rahmen der besoldungsrechtlichen Vorschriften. Es bestehen gute Aufstiegsmöglichkeiten zum

### Medizinaldirektor

Wir bieten:

- Reisekosten
- Trennungsgeld
- Umzugskosten
- Beihilfen
- zusätzliche Altersversorgung bei der VBL
- gleitende Arbeitszeit
- und alle sonstigen Vergünstigungen des öffentlichen Dienstes.

Erstellung von Gutachten im Nebenamt möglich.

Bewerbungen mit Lichtbild, handgeschriebenen Lebenslauf und den üblichen Unterlagen werden erbeten an

Landesversicherungsanstalt Oberfranken und Mittelfranken,  
Leopoldstraße 1 und 3, 8580 Bayreuth.

Beim Landkreis Regen (Bayer. Wald) ist zum 1. 10. 1977 die Stelle des

## Chefarzt der Chirurgischen Abteilung

des Kreiskrankenhauses Zwiesel zu besetzen. Die Abteilung umfaßt 102 Planbetten. Das Haus, das im Krankenhausbedarfsplan des Freistaates Bayern in der Versorgungsstufe I ausgewiesen ist, ist zum berufs-genossenschaftlichen Veretzungsartenverfahren zugelassen.

Die Anstellung erfolgt auf der Grundlage eines privatrechtlichen Dienstvertrages mit Festvergütung nach Vergütungsgruppe Ia BAT, Liquidation bei Wahlleistungs-Patienten, Nebentätigkeit im ambulanten Bereich und Zuschuß zur Altersversorgung.

Der Bewerber muß die Anerkennung als Facharzt für Chirurgie besitzen und eine langjährige praktische Erfahrung auf seinem Fachgebiet, insbesondere auch in der Unfallchirurgie, nachweisen.

Die Stadt Zwiesel (ca. 9000 Einwohner) hat als Luftkurort im Arbergebiet einen entsprechend hohen Freizeitwert. Am Ort befindet sich ein Gymnasium (math.-naturw. und neusprachl. Zweig) und eine Staatliche Realschule für Knaben und Mädchen.

Bewerbungen mit Lichtbild, handgeschriebenem Lebenslauf, beglaubigte Ablichtungen der Approbation und der Facharztanerkennung, lückenlosem Nachweis der bisherigen beruflichen Tätigkeit durch Zeugnisse und Angabe von Referenzen sind innerhalb von vier Wochen nach Erscheinen dieser Anzeige beim Landratsamt, Schulgasse 2, 8370 Regen, einzureichen.

Modern ausgestattetes Kreis Krankenhaus in Süddeutschland, 194 Betten; Interne, Chirurgische, Gynäkologisch-geburtshilfliche, Urologische und Anästhesiologische Fachabteilungen (Erweiterung auf insgesamt 300 Betten nach dem Krankenhaus-Bedarfsplan vorgesehen) sucht für die Interne Abteilung zum baldmöglichsten Eintritt

### einen Oberarzt Internist

Die Innere Abteilung umfaßt 75 Betten.

Wir bieten: Vergütung der Rufbereitschaft, Zulage des Chefarztes, geregelte Dienst- und Freizeit, sowie alle Vergünstigungen des öffentlichen Dienstes.

Wir erwarten: Umlassende Kenntnisse in der Inneren Medizin, einschließlich Intensivmedizin, Befähigung, den Chefarzt zu vertreten. Erwünscht sind spezielle Kenntnisse in der Gastroenterologie oder Pulmologie.

Kost und Wohnung (schönes Einzelzimmer) im Hause möglich. Verheirateten Bewerbern sind wir bei der Beschaffung einer Wohnung behilflich. Am Ort befinden sich sämtliche weiterführende Schulen für Jungen und Mädchen.

Bewerbungen mit den üblichen Unterlagen erbeten unter Nr. 331/436 an die Anzeigenverwaltung BAYERISCHES ARZTEBLATT, Sonnenstraße 29, 8000 München 2.

### Gegen Enuresis nocturna

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

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

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

Richten Sie bitte Ihren  
Anzeigenauftrag an  
Atlas Verlag & Werbung GmbH & Co KG,  
Postfach 20 01 11,  
Sonnenstraße 29,  
8000 München 2.

# Ihr Fachberater für perfekte Praxiseinrichtung

Ausstellung kompletter Praxen aller Fachrichtungen

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

# HÖLLERER KG

Röntgen, Med. Elektronik, Labortechnik, Diagnostika

## 85 Nürnberg

Noricus am Wördersee

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

Chirurg, 38 Jahre, versiert in Allgemein- und Unfallchirurgie, mit zusätzlicher dreijähriger Ausbildung in Gefäßchirurgie, aucht

### Interessante klinische Tätigkeit

In München oder Umgebung.

Zuschriften erbeten unter Nr. 331/453 an die Anzeigenverwaltung BAYERISCHES ARZTEBLATT, Sonnenstr. 29, 8000 München 2.

### Nervenarzt

Dr. med., deutsch, 34 Jahre, verheiratet, Staatsexamen 1967, Facharzt seit 1972, bisher Oberarzt in Bezirkskrankenhaus. Suche leitende Tätigkeit in Ambulanz einer Uni.-Nervenklinik oder größerem Fachkrankenhaus. Eventuell auch Oberarztstelle in Klinik oder ambulante Tätigkeit im fachbezogenen Fürsorgbereich.

Zuschriften erbeten unter Nr. 331/462 an die Anzeigenverwaltung BAYERISCHES ARZTEBLATT, Sonnenstr. 29, 8000 München 2.

### MA-Stelle

im Raum Ober- und Niederbayern zum 1. März 1977 gesucht.

Angebote erbeten an:  
Hana Bräu, Frauenlobstraße 2,  
8000 München 2.

### Anästhesie-Assistent

Zwei Jahre Klinik und Intensivstation, Erfahrung in Vertretung, sucht ab Februar 1977 Klinik- oder Praxisvertretung für Anästhesie.

Zuschriften erbeten unter Nr. 331/456 an die Anzeigenverwaltung BAYERISCHES ARZTEBLATT, Sonnenstraße 29, 8000 München 2, oder Telefon (0 89) 98 96 63.

Tüchtiger, praxiserfahrener Kollege, mit Familie, sucht im Raum Würzburg bzw. Unterfranken

### Praxis-übernahme

als prakt. Arzt/Landarzt. Zeitpunkt: 1977/78.

Zuschriften erbeten unter Nr. 331/437 an die Anzeigenverwaltung BAYERISCHES ARZTEBLATT, Sonnenstraße 29, 8000 München 2.

### Neumarkt

Großzügige Praxisräume in bester Lage an Arzt zu vermieten. Zuschriften erbeten unter Nr. 331/410 an die Anzeigenverwaltung BAYERISCHES ARZTEBLATT, Sonnenstraße 29, 8000 München 2.

### Moderne mittlere Landpraxis

Nähe Würzburg (Bahnhof), mit 1971 erbautem komfortablem Arzt- haus wegen Todesfalles kurzfristig abzugeben.

Zuschriften erbeten unter Nr. 331/455 an die Anzeigenverwaltung BAYERISCHES ARZTEBLATT, Sonnenstraße 29, 8000 München 2, oder Telefon (0 93 66) 250 nach 20 Uhr.

### Allgemeinpraxis

Suche Allgemeinpraxis, vorzugsweise Stadtrandzone, zum Herbst 1977 in Bayern, gegebenenfalls nebst Wohnhaus zu kaufen.

Zuschriften erbeten unter Nr. 331/440 an die Anzeigenverwaltung BAYERISCHES ARZTEBLATT, Sonnenstraße 29, 8000 München 2.

### Land-Allgemeinpraxis

Intensivierbar, im Landkreis Rosenheim abzugeben. Bedingung: Übernahme des Hauses und Grundstücks. Modernisierter Altbau, Garagen, Schwimmbad.

Zuschriften erbeten unter Nr. 331/412 an die Anzeigenverwaltung BAYERISCHES ARZTEBLATT, Sonnenstraße 29, 8000 München 2.



### KLEINTRESOR

80 od. 120 x 48 x 55  
feuersicher  
Einbautresore ab  
DM 313,-  
Katalog „BY“ freil  
W. Dreisörner  
6000 Frankfurt/M. 50  
Postfach 50 10 49

### Achtung! KV-Dringlichkeitsstufe II Achtung!

Es fehlt dringend ein

### Hautarzt

Bayern / Donau  
Mittelzentrum

Verkehrsgünstige Lage

Wir bieten:

Modernate Räume im 1./2. OG einer Apotheke.

Beste zentrale Lage. Raumgröße (bis zu 170 qm) und Raumgestaltung nach Ihrer Wahl.

Bestimmen Sie selbst den Mietpreis!

Zuschriften erbeten unter Nr. 331/416 an die Anzeigenverwaltung BAYERISCHES ARZTEBLATT, Sonnenstraße 29, 8000 München 2.

### Die moderne Arztpraxis

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

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

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

Gut eingetührte überdurchschnittliche

### Allgemeinpraxis

In Kleinstadt (Raum mittlere Oberpfalz) in günstiger Lage aus Altersgründen im Frühjahr 1977 abzugeben. Krankenhaus mit Belegbetten vorhanden. Geregelter Notfalldienst, gegenseitige Urlaubsvertretung. Eingearbeitete Arzthelferinnen und Praxisräume können übernommen werden.

Zuschriften erbeten unter Nr. 331/460 an die Anzeigenverwaltung BAYERISCHES ARZTEBLATT, Sonnenstr. 29, 8000 München 2.

### Allgemeinpraxis

Komfortable, kleine bis mittlere noch ausbaufähige Allgemein- praxis im Münchener Norden, ODEZ/Pressesstadt Moosach zu ver- mieten oder abzugeben. Modernes Labor, EKG, Reizstromgerät, Differential-Diagnose-Geräte, UKW-Bestrahlung usw.

Zuschriften erbeten unter Nr. 331/449 an die Anzeigenverwaltung BAYERISCHES ARZTEBLATT, Sonnenstraße 29, 8000 München 2.

### BEFELKA® - ASTHMA - TABLETTEN

Ind.: Asthma - Bronchitis - Heuschnupfen - Grippe.  
Zus.: Ephedrin 25 mg; Diphenhydramin (Antihistaminikum) 20 mg; Cof- feinum 20 mg; 1-Phanyl-2,3-dimethyl-4-isopropyl-pyrazolon 300 mg.  
KontraInd.: Akute intermittierende Porphyrie, Hypertonie, Thyrotoxi- kose, schwere organische Herzerkrankungen, Tachykardie, nephroge- ne Ausscheidungsstörungen, sklerotische Gefäßveränderungen, Prosta- tihypertrophie, Glaukom, dekompensierte diabetische Stoffwechsellage.  
Packung mit 20 Tabl. 4,55 DM, 50 Tabl. 9,90 DM.  
Arztamstar durch:  
BEFELKA-ARZNEIMITTEL, 45 Osnabrück, Postfach 13 51

## Seit mehr als 30 Jahren Partner des Arztes in der Medizin-Technik

- Schlüsselfertige  
Praxiseinrichtungen
- Beratung
- Projektierung
- Finanzierung
- Kundendienst

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

## KURT PFEIFFER KG

Burgschmietstraße 42, Postfach 150 160  
8500 NÜRNBERG 15

Telefon (09 11) 3 77 31 - 34

Ab Dezember 1976 neue Anschrift

- Röntgen-Apparate und  
Untersuchungsgeräte
- Röntgen-Bildverstärker  
mit Fernsehkette
- Labortechnik
- Hämodialyse
- EKG - EEG - Echo-EEG  
- EMG