



Bayerisches Ärzteblatt

Mit amtlichen Mitteilungen der Ministerien

Herausgegeben von der Bayerischen Landesärztekammer

Nummer 3

Zur Kenntnis genommen:

Die Bundesregierung hat soeben den Entwurf eines Gesetzes zur Dämpfung der Ausgabenentwicklung und zur Strukturverbesserung in der gesetzlichen Krankenversicherung beschlossen in Verbindung mit dem Entwurf eines Gesetzes zur 20. Rentenanpassung und zur Verbesserung der Finanzgrundlagen der gesetzlichen Rentenversicherung. Der Gesetzentwurf soll dazu dienen, „die Kostensteigerung im Gesundheitswesen zu dämpfen und damit die Belastung der Beitragszahler und der Wirtschaft in Grenzen zu halten. Der Grundsatz der Freiberuflichkeit der Kassenärzte und die Vertragsfreiheit sollen beachtet, die Selbstverwaltung der Krankenkassen, Ärzte und Krankenhäuser gestärkt werden“.

Man kann weiterlesen, daß die Finanzierung der Krankenversicherung der Rentner stabilisiert und sozial gerechter gestaltet werden soll. Natürlich soll auch die Therapiefreiheit des Arztes beachtet, aber „stärker an der medizinischen Notwendigkeit und der Wirtschaftlichkeit ausgerichtet werden“. Schließlich soll auch die Vergütung der ärztlichen Leistung verstärkt an der gesamtwirtschaftlichen Entwicklung orientiert werden.

Die Gleichgewichtigkeit zwischen Krankenkassen und ihren Vertragspartnern, von der wir glaubten, sie bestünde schon seit einigen Jahrzehnten, soll jetzt durch die Gestaltung des Vertragsrechts „hergestellt“ werden. Schließlich zielt der Gesetzentwurf auch noch darauf ab, das Zusammenwirken der Ärzte und Krankenhäuser bei ambulanter und stationärer Behandlung zu „verbessern“.

Wer Zielsetzung, Lösung und Begründung des Gesetzentwurfes liest, dem müßte geradezu das Herz übergehen vor Freude über diese grundlegende Verbesserung unseres Systems der sozialen und gesundheitlichen Versorgung! Die Freude steigt ins Ungemessene, wenn man in der vorgeschriebenen Einleitung des Gesetzentwurfes unter Punkt „Kosten“ lesen kann: „Bund, Länder und Sozialversicherungsträger werden von Kosten entlastet.“

Doch hier beginnt das Unbehagen. Wissen wir schließlich doch alle, daß Verbesserungen im allgemeinen Kosten verursachen. Wer zahlt also, wenn die genannten Beteiligten entlastet werden? Im Referentenentwurf, welcher dem Regierungsentwurf vorausging, war das noch ziemlich klar erkennbar: eine rigorose Beschränkung der Arzneimittelausgaben und ein Honorierungssystem mit eng begrenzten Wachstumsraten, Verlagerung von Investitionskosten auf die Krankenhäuser und Freigabe der Pflegesatzverhandlungen sollten im Ergebnis die Milliarden bringen, welche die Krankenversicherung benötigt, um mit dem fertig zu werden, was ihr an neuen Lasten aufgebürdet werden soll: den Kosten für die Rentnerkrankenversicherung. Offenbar unter dem Einfluß der massiven Abwehrreaktionen aller Betroffenen, also nicht nur der Ärzte, ging man daran, die einzelnen Paragraphen umzuformulieren. Wenn man sie jetzt liest, sind sie zum Teil unklarer, verwaschener, weniger griffig. So richtig dazu angetan, den Protestierern den Wind aus den Segeln zu nehmen. Wer die Materie kennt, wer weiß, worauf es eigentlich ankommt, wird eher noch besorgter sein. Die Bundesregierung will der Krankenversicherung Milliardenbeträge abnehmen zur Finanzierung der Rentenversicherung. Sie müssen ja irgendwo herkommen.

Entweder man spart die Milliarden bei den Vertragspartnern der Krankenkassen, oder diese müssen die Beiträge erhöhen. Der Trick des Regierungsentwurfes liegt darin, daß die Antwort nicht mehr klar herausgelesen werden kann. Man hat es geschickt verstanden, den Konflikt auf die Ebene der Vertragsbeziehungen zwischen Krankenkassen und ihren Partnern zu verlagern. Entweder es gelingt den Krankenkassen, die Vertragspartner, also Ärzte, Zahnärzte, Krankenhäuser und Apotheker einschließlich der Pharmaindustrie, zu schröpfen; dann können die Beiträge stabil bleiben. Oder es werden die Beiträge erhöht; dann gehen Versicherte und Arbeitgeber auf die Barrikaden. Es mag der Phantasie des einzelnen überlassen bleiben, in welche Richtung die Entwicklung gehen wird.

Aber damit nicht genug. Mit dem Gesetz soll ein Traumziel erreicht werden: der Weg zur Einheitskrankenkasse wird unverhüllt eröffnet. Die Ersatzkassen werden total ausgehöhlt und nivelliert, was von ihnen übrigbleiben würde, wäre nur noch der Name. Hoffentlich merken aber auch die Betriebs-, Innungs- und Landwirtschaftlichen Krankenkassen, daß ihnen das gleiche Schicksal blüht. Die gegliederte Krankenversicherung ist mehr als nur Ausdruck kleindeutschen Individualistentums. Sie ist in Wirklichkeit Symbol für ein freiheitliches Gesundheitswesen, wie es einer freiheitlichen Gesellschaftsordnung entspricht. Wer das zerstört, legt die Axt an die Wurzeln unserer Gesellschaftsordnung. Neben Ärzten, Zahnärzten und Apothekern sollten deshalb auch die Versicherten, vor allem die 15 Millionen Betreuten der Ersatzkassen, in der Abwehrfront stehen. Der geplante Anschlag auf unsere gegliederte Krankenversicherung, auf die freie Arztwahl, auf die freie Entscheidung des einzelnen Bürgers darf nicht gelingen!

Wer den ehrlichen Willen hat, die Rentenversicherung zu sanieren, kann mit unserer Hilfe rechnen. Wer die Kostenentwicklung in der Krankenversicherung steuern will, findet uns an seiner Seite. Wer dies zum Vorwand nimmt, um Systemveränderung zu betreiben, wird auf unseren unerbittlichen Widerstand stoßen.

Professor Dr. Sewering

Skiverletzungen des Bewegungsapparates

von W. Hackenbruch

Aus der Klinik für Orthopädie und Chirurgie des Bewegungsapparates der Universität Bern
(Direktor: Professor Dr. med. M. E. Müller)

und der Orthopädischen Klinik und Poliklinik der Technischen Universität München im Klinikum rechts der Isar
(Direktor: Professor Dr. med. E. Hipp)

1. Einleitung

Der Skisport birgt, wie auch andere Sportarten, das Verletzungsrisiko in sich. In der Schweiz liegen die Verletzungen des Skifahrers an zweiter Stelle aller Sportverletzungen hinter denen des Fußballers (2). Die Popularität des Skisports und die große Zunahme der Skifahrer Mitte der fünfziger Jahre haben auch zu einer größeren Anzahl von Verletzungen geführt.

Fast jeder Arzt wird irgendwann mit dem Problem der Skiverletzungen konfrontiert. Als behandelnder Arzt von Skiverletzten in der Praxis und im Krankenhaus, oder als Betreuer von Sportlern oder aber als aktiver Skifahrer auf der Skipiste, wo er selbst verletzt werden kann, oder „Erste Hilfe“ leisten soll.

2. Häufigkeit

Die Zahl der Skifahrer in der Bundesrepublik Deutschland wurde 1967 von Hipp auf sieben Millionen geschätzt, wovon ca. 3,5 Prozent in einer Saison verletzt werden. Die Verletzungshäufigkeit in den USA liegt in der gleichen Größenordnung (6).

In der Schweiz machen die Skiunfälle ein Drittel aller Sportverletzungen aus und die Unfallrate auf die Gesamtbevölkerung beträgt ein Prozent im Jahr; d. h. von 100 Schweizer Bürgern erleidet einer einen Skiunfall im Jahr (2). Diese Zahlen enthalten auch Bagatellunfälle, wobei ca. 40 Prozent der Verunfallten keinen Arbeitsausfall haben. 0,7 Prozent aller Skiunfälle führen zur Invalidität, 0,1 Prozent haben tödliche Folgen.

Die gesamte finanzielle Einbuße der Volkswirtschaft wird auf 0,5 bis 1 Prozent des Schweizer Volkseinkommens geschätzt.

Der Anteil der Wettkampfsportler unter den Verletzten ist sehr gering. Die übrigen Wintersportarten zeigen im Vergleich zum Skifahren eine verschwindend niedrige Unfallrate (Tab. 1).

Wintersportunfälle Devos
(Winter 1974/75)

Skifahren	92,75 %
Lenglauf	2,50 %
Rodeln	1,55 %
Eishockey	1,40 %
Eislauf	0,94 %
Andere	0,86 %

Tabelle 1

3. Verletzungsarten

Skiunfälle führen meist zu weniger schweren Verletzungen im Vergleich zu den Verkehrsunfällen. Mit der zunehmenden Geschwindigkeit nimmt jedoch die Schwere der Verletzung

zu, entsprechend der freiwerdenden Energie, die dem Quadrat der Geschwindigkeit proportional ist ($E = \frac{1}{2} m v^2$).

Grundsätzlich sind alle Arten der Verletzung möglich. Die untere Extremität ist besonders gefährdet, da auf sie die meisten Kräfte einwirken durch die große Belastung am Fuß mit dem langen Hebelarm der Skier.

Frakturen

Die Frakturen sind die häufigsten Verletzungen beim Skifahrer. Ihr Anteil liegt bei 40 Prozent (Tab. 2). Wegen der Häufigkeit, der langen Behandlungsdauer mit Arbeitsausfall und eventuell auftretenden Spätschäden sind die Knochenbrüche von besonderer Bedeutung.

Die von der AO (= Arbeitsgemeinschaft für Osteosynthese) operierten 22 287 Frakturen der letzten fünf Jahre aus 32 Kliniken der Schweiz, der Bundesrepublik

Art und Lokalisation der Skiverletzungen

Frakturen		40 %
DistorSIONen und Bandverletzungen		
Knie:	14 %	
Fuß- und Sprunggelenk:	5 %	
obere Extremität:	2 %	21 %
Kontusionen		
Stamm und Kopf:	9 %	
Extremitäten:	12 %	21 %
Rißquetschwunden		13 %
Luxationen		
obere Extremität:	3,5 %	
untere Extremität:	0,5 %	4 %
Achillessehnenrupturen		0,5 %
Andere		0,5 %
		100 %

Tabelle 2

Unfallursache von 22 287 operativ behandelten Frakturen (1971 bis 1975)

Verkehr	26,7 %
Häuslicher Unfall	19,3 %
Ski	18,8 %
Arbeit	17,0 %
Fußball	2,1 %
Andere Sportarten	6,7 %
Sonstige Ursachen	9,4 %

Tabelle 3

Deutschland und der Niederlande zeigen in 18,8 Prozent den Skisport als Unfallursache auf (Tab. 3). Aus den Daten der dokumentierten 4155 Skifrakturen bei der Operation und den regelmäßigen Nachkontrollen ergeben sich interessante Informationen über den Verlauf und die Prognose der Skifrakturen.

Lokalisation der Frakturen

	22 287 Frakturen	4 155 Skifrakturen
Humerus	6,7 %	1,9 %
Vorderarm	9,7 %	0,9 %
Femur	20,3 %	4,1 %
Unterschenkel	31,2 %	69,8 %
Malleolen	16,8 %	20,3 %
Andere	15,3 %	3,0 %

Tabelle 4

Die Lokalisation der Frakturen zeigt eine charakteristische Häufung im Bereich des Unterschenkels und der Knöchel. Sie machen ca. 90 Prozent aller Skifrakturen aus, während bei allen operierten Frakturen nur ca. 50 Prozent auf den Unterschenkel und die Malleolen entfallen (Tab. 4).

Das Durchschnittsalter der operierten Patienten betrug 32 Jahre. Zusatzverletzungen waren nur in fünf Prozent vorhanden, wobei am häufigsten eine Weichteilverletzung der Extremitäten beobachtet wurde. Der Anteil der offenen Frakturen beträgt drei Prozent.

Drei Viertel aller Patienten wurden am Unfalltag operiert. Die Operationsindikation und die Operationstechnik richten sich nach den Prinzipien der AO. Operationsindikationen sind Gelenkfrakturen bei Erwachsenen, Epiphysenfrakturen bei Kindern, nicht reponierbare oder abrutschende Frakturen, sowie alle Frakturen, bei denen ein schlechtes Resultat mit konservativer Behandlung erwartet werden muß.

Die operative Frakturbehandlung hat den wesentlichen Vorteil der frühen Mobilisation, womit die sogenannte Frakturkrankheit vermieden wird; hinzu kommt der kürzere Klinikaufenthalt, die schnellere Mobilisation und Belastbarkeit sowie die frühere Wiederaufnahme der Arbeit. Das technische Prinzip beruht auf der baldmöglichen offenen Reposition und stabilen internen Fixation der Fraktur durch Metallimplantate (10).

Beim Skifahren werden immer wieder charakteristische Frakturformen beobachtet, die meist auf einen bestimmten Unfallmechanismus zurückzuführen sind. Bei der Rotation des Körpers gegen den fixierten Fuß des Standbeines kommt es zur *Unterschenkeltorsionsfraktur*, die ca. 40 Prozent aller Skifrakturen ausmacht (Abb. 1).

kommt. Die restlichen sieben Prozent verteilen sich gleichmäßig auf Typ A und Typ C (Abb. 2).

Der supramalleoläre Querbruch, auch „*Schuhrandfraktur*“ genannt, ist die Folge von großer Biegebelastung des Unterschenkels über das Hypomochlion des Schuhrandes (1).

Die Unfallursache ist praktisch immer ein heftiger Frontalsturz. Diese Fraktur ist eine typische Skiverletzung und wird in ca. zehn Prozent aller Skifrakturen beobachtet (Abb. 3).

Die *Pilonfraktur* (intraartikuläre Stauchungsfraktur mit Substanzverlust) gehört zu den schwersten typischen Skiverletzungen (4). Sie wird in ca. 80 Prozent durch das Skifahren verursacht. Der Unfallmechanismus ist eine Kombination von Stauchung, Biegung und Abscherung. Die Pilonfraktur wird in letzter Zeit öfter gesehen und macht ca. zwei Prozent aller Skifrakturen aus. Auch bei optimaler Behandlung ist die Langzeitprognose zweifelhaft, da bei der massiven Zerstörung eine ideale Rekonstruktion des Gelenkes nicht immer möglich ist (Abb. 4).

Die operativ versorgten *Kinderfrakturen* belaufen sich auf ca. sieben Prozent. Es handelt sich meistens um Epiphysenfrakturen der unteren Extremitäten. Die ideale Reposition und Fixation ohne Blockierung der Wachstumsfuge ist die Voraussetzung eines späteren ungestörten Wachstums (Abb. 5).

Die Femurfraktur, mit ca. vier Prozent, die Humerusfraktur mit ca. zwei Prozent und die Vorderarm-



Abbildung 1
Unterschenkeltorsionsfraktur eines 35jährigen Patienten als Folge eines Skiunfalles, sofortige operative Versorgung, das Röntgenbild zeigt nach drei Monaten eine durchgebaute Fraktur

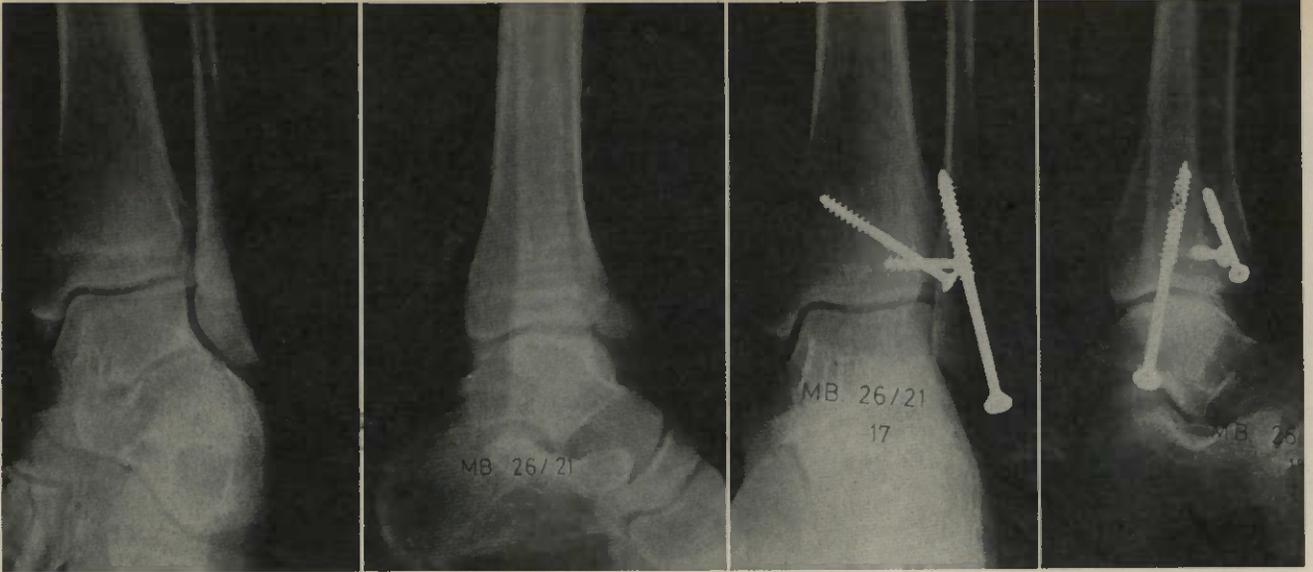


Abbildung 2

Malleolarfraktur Typ B bei einem 17jährigen Skifahrer, Fraktur des Malleolus lateralis im Bereich der Epiphysenfuge, Ausriß der vorderen Syndesmose. Sofortige Operation, das Röntgenbild nach vier Monaten zeigt konsolidierte Fraktur, ideale Stellung

fraktur mit ca. ein Prozent aller Ski-frakturen sind meist Folge eines direkten Traumas.

Die Femurfrakturen, die gelenknahen Humerusfrakturen und die proximalen Vorderarmfrakturen sollten operativ versorgt werden. Die Humerusschaftfraktur und die gelenknahe distale Vorderarmfraktur sind bis auf wenige seltene Aus-

nahmen auch heute noch die Domäne der konservativen Therapie.

Nachbehandlung und Ergebnisse

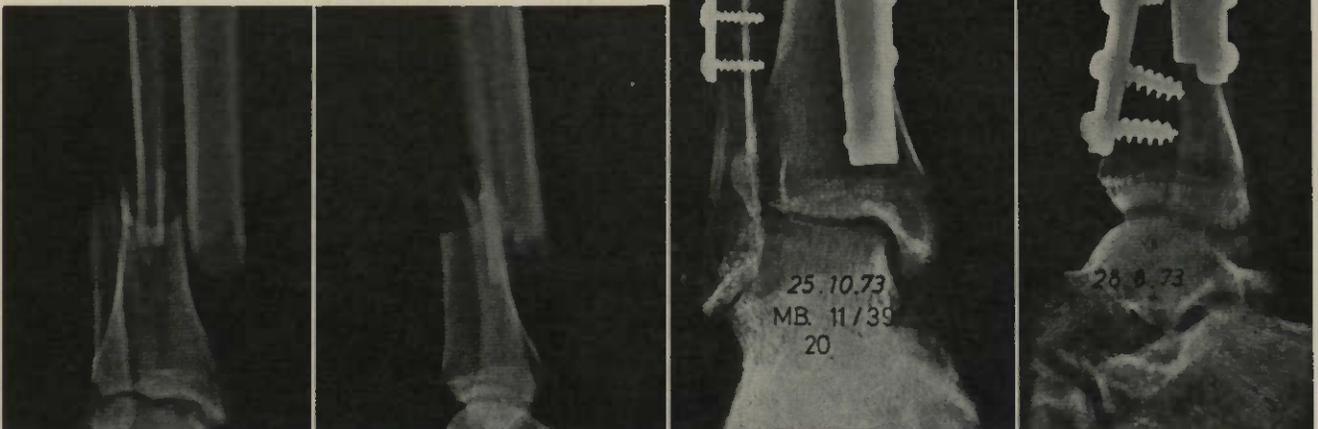
Nur ein Drittel aller operierten Patienten erhielt vorübergehend einen Gips, die übrigen zwei Drittel wurden sofort nach der operativen Frakturversorgung mit einem einfachen Wundverband mobilisiert. Der durchschnittliche Klinikaufenthalt betrug

neun Tage. Antibiotika wurden nur in vier Prozent der Fälle verabreicht. Gehfähig bei der Entlassung aus der Klinik waren 98 Prozent aller Patienten. Die durchschnittliche Arbeitsunfähigkeit betrug zwölf Wochen. Infekte wurden in weniger als ein Prozent der Fälle beobachtet.

Die Beurteilung des Gesamtergebnisses nach einer durchschnittlichen

Abbildung 3

Supremaileoläre Querfraktur eines 34jährigen Skifahrers. Sofortige operative Versorgung: an der Fibula Drittelrohrplatte, an der Tibia zwei Halbrohrplatten. Das Röntgenkontrollbild nach acht Monaten zeigt Durchheilung der Fraktur in guter Achsenstellung



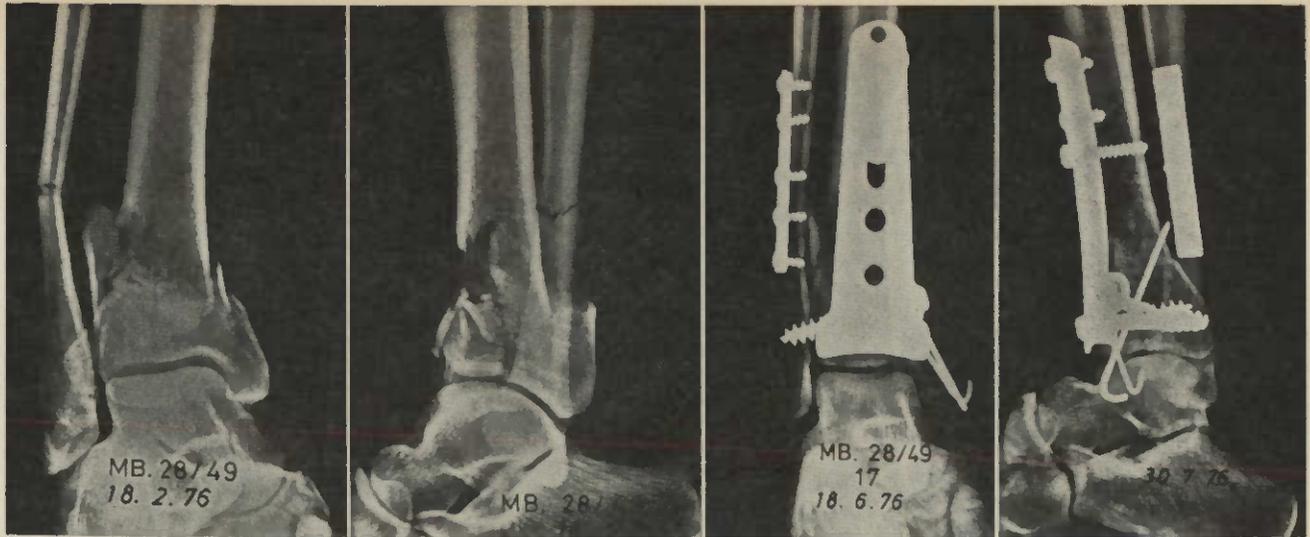


Abbildung 4

Pilonfraktur einer 39jährigen Skifahrerin mit erheblicher Gelenkzerstörung und Sponiosadefekt, direkte operative Versorgung mit Osteosynthese der Fibule, Rekonstruktion der Gelenkfläche, Auffüllung des Defektes mit Spongiosa und Abstützplatte. Des Röntgenkontrollbild nach vier Monaten zeigt gute Achsenstellung, konsolidierte Fraktur, ganz geringgradige intraartikuläre Stufe im seitlichen Bild erkennbar

Kontrollzeit von zwölf Monaten ergab in ca. 90 Prozent gute und in ca. ein Prozent schlechte Resultate (Tab. 5).

Ergebnisse der operativ behandelten Skifrakturen

(durchschnittliche Kontrollzeit: ein Jahr)

Beurteilung durch:	Patient	Arzt
gut	91 %	92,5 %
mäßig	8 %	7 %
schlecht	1 %	0,5 %

Tabelle 5

Weichteilverletzungen

Die Verletzungen der Weichteile werden in ca. 60 Prozent aller Skiunfälle beobachtet. Auch hier sind die Extremitäten am häufigsten betroffen. Ein großer Teil dieser Verletzungen besteht aus harmlosen Kontusionen und Rißquetschunden, die ohne spezialärztliche Therapie folgenlos eusheilen und meist zu keinem Arbeitsausfall führen.

Die *Kapselbandrupturen* nehmen unter den Weichteilverletzungen, sowohl im Hinblick auf die Häufigkeit und die Prognose, eine besondere Stellung ein. Sie werden oft als sogenannte Distorsion inadäquat behandelt und führen infolge der Instabilität mit rezidivierender Subluxation zu starken Beschwerden und zur Spätfolge der Arthrosis deformans. Häufig wird ohne exakte Diagnose die Behandlung mit Umschlä-

gen, Salbenverbänden oder bestenfalls durch Ruhigstellung im Gips eingeleitet.

Wie läßt sich diese mangelhafte Versorgung erklären? Meist sind die Patienten nach dem Unfall noch gehfähig, behandeln sich zuerst selbst und gehen später – oft erst nach Abschluß des Skiurlaubs – zum Arzt. Die Diagnose wird mit jedem Tag Verspätung schwieriger, da die Symptome und klinischen Befunde verschleiert sind und der genaue Unfallmechanismus nicht mehr exakt rekonstruiert werden kann. Hinzu kommt, daß der erstbehandelnde Arzt meist kein Spezialist ist und mit der genauen Beurteilung überfordert ist. Von vielen Ärzten wird auch heute noch bei einer Gelenkverletzung die Ruhigstellung im Gipsverband als ausreichende Therapie betrachtet.

Besondere Beobachtung muß den Kapselbandverletzungen am *Knie* geschenkt werden. Die Kniebinnenläsionen sind in letzter Zeit beim Skifahrer stark angestiegen und machen ungefähr 14 Prozent aller Skiverletzungen aus (8).

Gerade am Knie kommt es nach verpaßter Diagnose und ungenügender Therapie zu erheblichen Restbeschwerden. Durch die reine Ruhigstellung kann zwar in einigen Fällen die Arbeitsfähigkeit, aber nicht die Beschwerdefreiheit und Sportfähigkeit erreicht werden. Bei dem jugendlichen Alter der Skifahrer sollte eine spätere Sportfähigkeit als Behandlungsziel angestrebt werden.

Die Instabilität mit rezidivierender Subluxation führt zur Knorpelschädigung und unter Umständen schon



Abbildung 5

Distale Epiphysenfraktur mit knöchernem Ausriß der vorderen Syndesmose. Röntgenbild eines 12jährigen Kneben. Sofortige operative Rekonstruktion mit Schraube und Spickdrähten. Röntgenbild unmittelbar nach der Operation

beim jugendlichen Skifahrer zu den katastrophalen Folgen der Arthrosis deformans (Abb. 6).

Beim Skifahren kommt es oft zum typischen Außenrotations-Flexions-Valgus-Unfallmechanismus mit dem Ergebnis der sogenannten „unhappy triad“. Hierbei liegt ein Riß des medialen Seitenbandes, des vorderen Kreuzbandes und des medialen Meniskus vor. Die klinische Untersuchung zeigt einen erheblichen Gelenkerguß innerhalb der ersten sechs Stunden (Hämarthros), eine mediale Aufklappbarkeit mit Druckschmerz am medialen Gelenkspalt und am „Skipunkt“ sowie eine vordere Schublade in Außenrotation.

Auf ein Röntgenbild in zwei Ebenen sollte zum Ausschluß eines knöchernen Bandausrisses oder einer Fraktur nicht verzichtet werden. Neben der klinischen und radiologischen Untersuchung ist die exakte Unfallanamnese sehr wichtig, da allein aufgrund des Unfallmechanismus bereits eine Verdachtsdiagnose gestellt werden kann. Die Beurteilung sollte nicht aufgeschoben und die Therapie sollte möglichst bald eingeleitet werden, da hiervon das spätere Ergebnis abhängt.

Nur bei isolierter partieller Ruptur des medialen Seitenbandes ohne starken Erguß ist eine Ruhigstellung mit einer Gips- oder Lightcasthülse in Varusstellung ausreichend. Bei allen anderen Fällen mit Zerstörung zusätzlicher Strukturen sollte möglichst bald, spätestens jedoch zwei Wochen nach dem Unfall, eine primäre operative Rekonstruktion durchgeführt werden (Abb. 7).

Die Meniskusläsion kommt beim Skifahrer meist in Verbindung mit Bandverletzungen vor. Wenig beschädigte Menisken sollten belassen und auf kurzer Strecke desinserierte Menisken sollten reinseriert werden, da die Funktion des Meniskus für die Gelenkmechanik sehr wichtig ist.

Die Bandverletzung und Meniskusläsion lassen sich meist allein aufgrund der klinischen Befunde diagnostizieren. Auf gehaltene Aufnahmen kann immer und auf das Arthrogramm kann meistens verzichtet werden.

Bei länger zurückliegendem Unfall ist die Beurteilung schwierig. Oft



Abbildung 6 Röntgenbild einer 24jährigen Skirennfahrerin. Zustand nach Kniebinnenläsion vor zwei Jahren, primäre konservative Behandlung, danach Meniskektomie medial, später Meniskektomie lateral, bei der dritten Operation wurden erst die Bänder revidiert, wo das Fehlen des vorderen Kreuzbandes festgestellt wurde. Jetzt völlig instabiles Knie mit massiver Gonarthrose rechts, daneben das linke Knie zum Vergleich

steht dann ein Symptom, z. B. die Meniskusläsion, im Vordergrund. In diesen Fällen muß mittels aller Hilfsmittel eine Diagnose gestellt werden. Unter Umständen ist eine Untersuchung in Narkose notwendig.

Bei unklaren Fällen mit Meniskus-symptomen darf keine Meniskektomie durchgeführt werden, ohne nicht gleichzeitig eine ausgedehnte Exploration des ganzen Kniegelenkes

vorzunehmen. Hierbei sollte besonders auf Kapselbandrupturen und Knorpelverletzungen geachtet werden.

Bei den Bandverletzungen am Fuß stehen die Rupturen der lateralen Bänder des oberen Sprunggelenkes an erster Stelle. In der Traumatologie des Bewegungsapparates ist dies die häufigste Verletzung überhaupt.

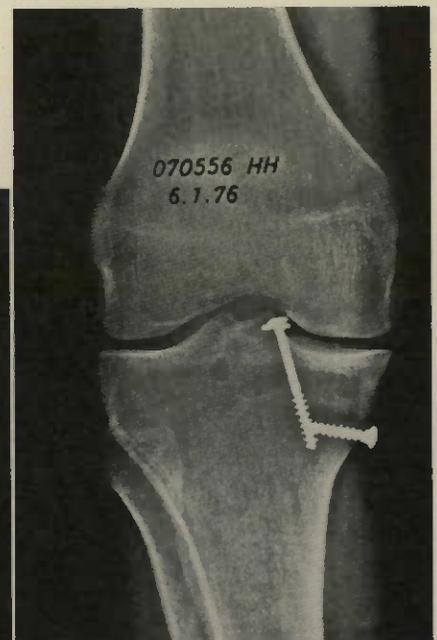
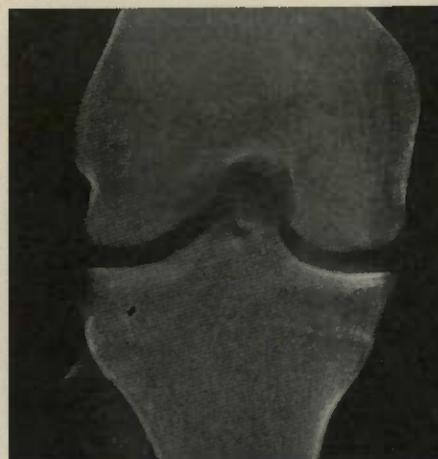


Abbildung 7

Röntgenbild eines 20jährigen Skifahrers. Typischer Unfall mit knöchernem Ausriß des vorderen Kreuzbandes, was auf der Einsichtsaufnahme sehr gut dargestellt ist. Sofortige Operation, bei der sich eine distale Ruptur des medialen Seitenbandes und des medialen Meniskus zeigte. Fixation des knöchernen Kreuzbandausrisses und des distalen Seitenbendausrisses mit einer Schraube, Entfernung des Meniskus. Das Kontrollröntgenbild nach acht Wochen zeigt eingehheilte Eminentia intercondylica. Das Kniegelenk ist bereits gut beweglich und stabil

Rund um die Uhr

Kontinuierlicher Koronarschutz



für das
ischämie-bedrohte
Herz

Dilcoran[®] 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 Anwendungswise:** 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

Neu aus der Thomae-Forschung



Gastrozepin[®]

Spezifischer Magensekretionshemmer

bei Ulcus und Gastritis

**Gastrozepin - der neue Weg
zur Behandlung von
Ulcus und Gastritis.
Keine Kontraindikationen.**

Zusammensetzung

Tablette enthält:
11-Dihydro-11-[(4-methyl-piperazin-1-yl)acetyl]-6H-pyrido[2,3-b][1,4]benzo-
azepin-6-on-dihydrochlorid 25 mg

Anwendungsgebiete

akute und chronische Formen von Ulcus ventriculi und Ulcus duodeni, hyperazider
Gastritis, medikamentös bedingte Magenbeschwerden.

Dosierung und Anwendungsweise

Am Beginn der Therapie sind einmalig 2 Tabletten, dann jeweils morgens und
abends 1 Tablette einzunehmen. Nach Eintritt der Beschwerdefreiheit, die mit
Gastrozepin in der Regel schon nach wenigen Tagen erreicht wird, soll bis zur
vollständigen Ausheilung noch 2-3 Wochen (je 1 Tablette morgens und abends) weiter-
behandelt werden.

Die Einnahme erfolgt am besten vor den Mahlzeiten mit einem Schluck Flüssig-
keit.

Unverträglichkeiten und Risiken

Besondere Hinweise

Gelegentlich kann die Therapie mit Gastrozepin eine Appetitanregung bedingen.
Eine in seltenen Fällen auftretende Stuhlerweichung ist als wünschenswerter
Beweis dafür zu werten, daß Magen- und Darmmotilität nicht gestört werden.
In Tierversuchen wurde festgestellt, daß Gastrozepin auch bei hoher Dosierung
keine teratogenen Eigenschaften besitzt. Trotzdem wird, wie bei allen neuen
Arzneimitteln, von der Anwendung während der ersten 3 Schwangerschafts-
monate abgeraten.

Darreichungsformen und Packungsgrößen

Originalpackung mit 20 Tabletten DM 12,50
Originalpackung mit 50 Tabletten DM 27,65
Klinikpackung
Unverbindliche empfohlene Preise lt. AT

Thomae

Dr. Karl Thomae GmbH

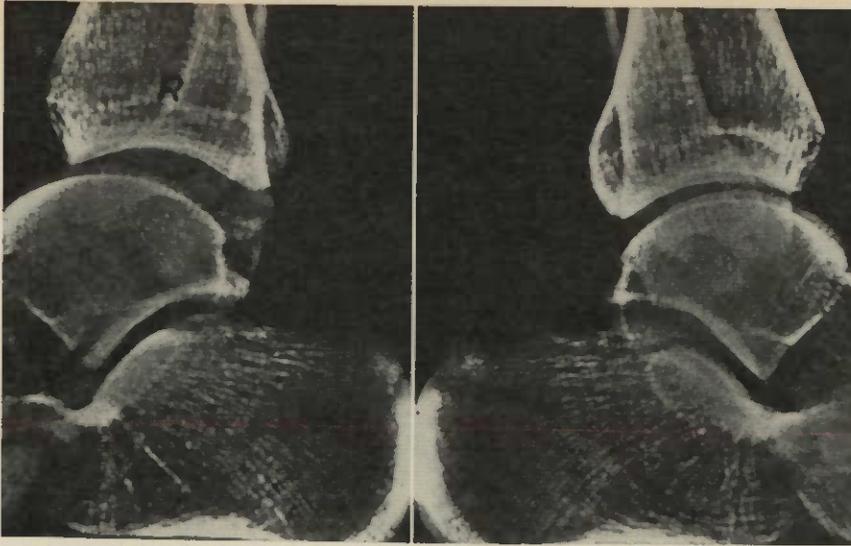


Abbildung 8

Seitlich gehaltene Aufnahme bei Ruptur des Ligamentum fibulo talare anterius und fibulo calcaneale rechts mit deutlich verbreitertem dorsalen Gelenkspalt; daneben zum Vergleich die gehaltene Aufnahme des linken Sprunggelenkes

Die Kapselbandrupturen des Sprunggelenkes werden in den letzten Jahren beim Skifahren seltener beobachtet und machen ca. fünf Prozent der Skiverletzungen aus. Obwohl hier, im Gegensatz zum Knie, eine inadäquate Therapie weniger schwere Folgen hat, ist trotzdem die spätere Sportfähigkeit häufig in Frage gestellt und es kommt unter Umständen zur Arthrosis deformans als Spätfolge. Neben der Anamnese, der exakten klinischen Untersuchung und Röntgenbildern in zwei Ebenen sollte hier nicht auf gehaltene Röntgenaufnahmen im seitlichen Strahlengang verzichtet werden (Abb. 8). Mit einer standardisierten Methode unter Verwendung eines einfachen Halteapparates kann die laterale Bandruptur am oberen Sprunggelenk nachgewiesen werden. Bei über 100 operativ gesicherten lateralen Bandrupturen konnten statistisch signifikante Meßwerte der Aufkleppbarkeit gefunden werden (5). Die Bandruptur am oberen Sprunggelenk kann oft konservativ durch sechswöchige Ruhigstellung ausreichend behandelt werden. Nur bei erheblicher Instabilität sollte bei jugendlichen Patienten eine primäre Bandnaht vorgenommen werden.

Bei heftigem Sturz auf die Schulter kann es bei gleichzeitiger reflektorischer Anspannung der Außenrotatoren und Abduktoren zur Ruptur der Rotatorenmanchette kommen. Es kommt zum Riß der Kapsel und der Sehne des Musculus supraspi-

natus und infraspinatus. Diese Verletzung wird oft als Schulterkontusion verkannt und ungenügend behandelt. Die Patienten kommen relativ spät in spezialärztliche Behandlung. Charakteristische Befunde sind: die Unfähigkeit des Patienten, den Arm seitwärts über die Horizontale aktiv zu heben, der Druckschmerz am Ansatz der Supraspinatussehne, wo unter Umständen bei muskelschwachen Patienten eine Lücke palpieren kann. Das Röntgenbild zeigt oft einen Hochstand des Humeruskopfes. Zur Sicherung der Diagnose ist meist ein Arthrogramm indiziert. Nur die rechtzeitige Operation mit Rekonstruktion der zerstörten Strukturen führt zum Erfolg.

Der ulnare Bandriß im Daumengrundgelenk, der sogenannte „Skidaumen“ ist eine seltene, aber typische Verletzung des Skifahrers. Beim Sturz auf den ausgestreckten Daumen oder durch indirekte Gewalteinwirkung durch den Skistock kommt es zu dieser Verletzung. Die Diagnose muß durch exakte klinische Untersuchung und eventuell durch gehaltene Röntgenaufnahmen gesichert werden. Auch hier führt die primäre operative Rekonstruktion zu den besten Behandlungsergebnissen.

Luxationen

Die häufigste Luxation ist die subkorakoidale Schulterluxation. Die Diagnose ist einfach. Zum Aus-

schluß einer Abrußfraktur sollte vor und nach der Reposition ein Röntgenbild in zwei Ebenen angefertigt werden. Die Reposition erfolgt bei entspannter Muskulatur möglichst schonend in Narkose. Spätschäden resultieren entweder durch zu frühe Mobilisation, die zur rezidivierenden Luxation führen kann, oder durch zu lange Ruhigstellung mit Kapselschrumpfung und teilweiser Schultersteife.

Die Diagnose der seltenen hinteren Schulterluxation kann unter Umständen auch vom Spezialisten übersehen werden. Die Folge ist eine massive Omarthrose mit Teilerstörung des Humeruskopfes und eine schmerzhaft totale Schultersteife.

Ganz selten kommt es zur traumatischen Hüftluxation beim Skifahren. Nach der geschlossenen Reposition muß durch Röntgenaufnahmen ein Interponat ausgeschlossen werden, denn häufig kommt es zum knöchernen Ausriß des Ligamentum capitis femoris beim jugendlichen Patienten (Abb. 9). In diesen Fällen sollte möglichst sofort die offene Reposition und Resektion des Interponats durchgeführt werden.

Eine längere Entlastung nach einer Hüftluxation ist wegen der Gefahr der Femurkopfnekrose in jedem Fall indiziert.

Die Achillessehnenruptur ist eine ganz typische Skisportverletzung, die praktisch immer erkannt und korrekt behandelt wird; deshalb kommt es ganz selten zu veralteten Achillessehnenrupturen, die sehr schwer zu diagnostizieren sind.

Auch die Weichteilverletzungen des Skifahrers sind ernstzunehmende Verletzungen, die häufig als Bagatellunfälle betrachtet werden, was zum Teil auch auf die schwierige Diagnostik zurückzuführen ist.

4. Schlußfolgerung

Den Skiverletzungen sollte aus medizinischer und volkswirtschaftlicher Sicht mehr Bedeutung beigemessen werden. Die Behandlung der Frakturen hat sich durch die neuen Verfahren der Osteosynthese verbessert, woraus kürzere Behandlungszeiten, weniger Arbeitsausfall und bessere Spätergebnisse resultieren.

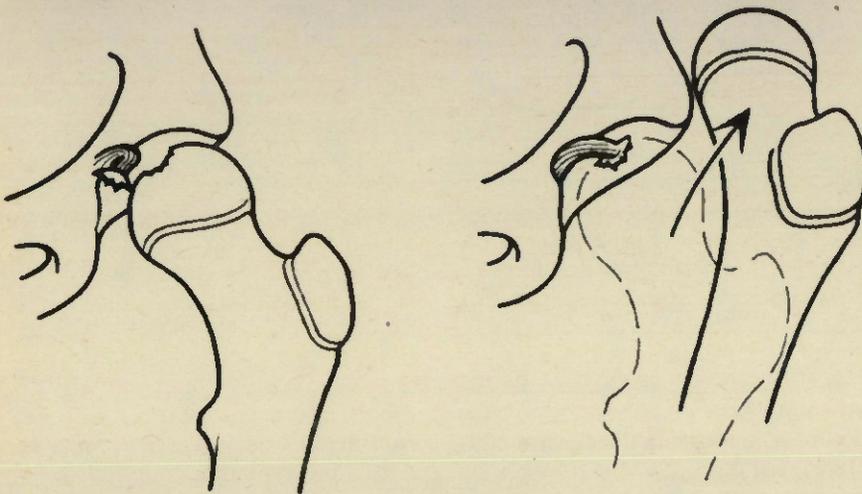


Abbildung 9

Traumatische Hüftluxation bei einem 14jährigen Knaben nach einem Skiunfall. Das Schema zeigt den knöchernen Ausriß des Ligamentum capitis femoris. Nach geschlossener Reposition zeigte sich eine Lateralisation des Femurkopfes, was auf ein Interponat hin deutet. Die offene Reposition und Resektion des knöchernen Ausrisses am Ligamentum capitis femoris wurde durchgeführt

Die Diagnose und Behandlung der Kapselbandrupturen ist auch heute noch problematisch. Die Beurteilung ist schwierig und die subjektiven Beschwerden sind anfangs geringer als bei den Frakturen. Deshalb wird die Diagnose häufig verpaßt und eine ungenügende Therapie eingeleitet. Mit der primären operativen Rekonstruktion, die innerhalb von zwei Wochen nach dem Unfall mög-

lich ist, werden die besten Behandlungsergebnisse mit gutem Langzeitresultat erzielt.

Zu einem späteren Zeitpunkt sind sekundäre plastische Eingriffe möglich, die zwar die Situation bessern können, aber der primären Rekonstruktion in jedem Falle unterliegen sind, da das Gelenk meist schon geschädigt ist und immer eine ge-

Änderung der typischen Skiverletzungen

	1956 bis 1963	1972 bis 1975
Unterschenkelfraktur	15 %	26 %
Malleolarfraktur	9 %	8 %
Bandverletzungen:		
Knie	21 %	14 %
Fuß und Sprunggelenk	20 %	5 %

Tabella 6

ringe Instabilität bestehen bleibt. Deshalb sollte bei allen unklaren Gelenkverletzungen eine baldmögliche spezialärztliche Betreuung eingeleitet werden.

Beim Vergleich der typischen Skiverletzungen der Jahre 1956 bis 1963 (11) mit denen der Jahre 1972 bis 1975 (8) ergibt sich eine qualitative Änderung der Verletzungsarten (Tab. 6). Zwischen den beiden Zeiträumen liegt die Änderung der Skitechnik und der Ausrüstung. Die mechanische Belastung der unteren Extremitäten hat sich besonders durch die neuen hohen Kunststoffschuhe gewandelt. Der Punkt der größten Belastung hat sich weiter nach kranial verlagert (7).

Der Fuß und die Sprunggelenke werden besser geschützt, dafür werden der Unterschenkel und das Knie stärker belastet.

Der Vergleich der Skiverletzungen zwischen 1956 bis 1963 und 1972 bis 1975 unterstreicht diese Tatsache.

Das relative Verhältnis der Unterschenkelfrakturen zu den Malleolarfrakturen betrug 1956 bis 1963 ca. 3 : 2, 1972 bis 1975 dagegen 7 : 2; das bedeutet, daß die Malleolarfrakturen relativ auf die Hälfte zurückgegangen sind und die Unterschenkelfrakturen relativ um das Doppelte zugenommen haben.

Noch deutlicher ist die Änderung bei den Bandverletzungen. 1956 bis 1963 betrug das Verhältnis Knie zu Fuß, einschließlich Sprunggelenk, ca. 1 : 1, 1972 bis 1975 dagegen ca. 3 : 1. Hieraus ergibt sich die relative Zunahme der Bandverletzungen am Knie auf ca. das Dreifache, während die Bandverletzung des Fußes, einschließlich des Sprunggelenks, in diesem Zeitraum relativ auf ca. ein Drittel zurückgegangen sind.

5. Prophylaxe

Weshalb kann zur Vermeidung der Skiunfälle weiterhin geschehen? Insgesamt gesehen haben die Skiverletzungen in den letzten Jahren bereits abgenommen, was auf die bessere Ausrüstung zurückzuführen ist (9, 12). Die Ausrüstung hat einen hohen Stand der Sicherheit erreicht und auf diesem Gebiet sind kaum mehr große Verbesserungen zu erwarten.

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



HORMON
FORSCHUNG

MERCK

Euthyrox® 1 Tablette enthält
100 µg L-Thyroxin-Na (L-T₄)
50 Tabl. mit Kreuzrille DM 10.65
100 Tabl. mit Kreuzrille DM 17.90
Novothyral® 1 Tablette enthält
100 µg L-Thyroxin-Na (L-T₄)
20 µg L-Trijodthyronin-Na (L-T₃)
50 Tabl. mit Kreuzrille DM 13.20
100 Tabl. mit Kreuzrille DM 24.30
Novothyral® mite
1 Tablette enthält
25 µg L-Thyroxin-Na (L-T₄)
5 µg L-Trijodthyronin-Na (L-T₃)
50 Tabl. mit Kreuzrille DM 7.70
Preis 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
Wenn unter der Therapie Trämor, Tachykardie, Hyperhidrosis, Durchfälle oder Gewichtsabnahmen auftreten sollten, ist eine Dosierrückführung erforderlich.

Zur Prophylaxe der endemischen Struma

Jodid-Tabletten
1 Tablette enthält 65,4 µg Kalliumjodid, entsprechend 60 µg Jod
100 Tabletten
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 1.1. 1977

E. Merck
Postfach 4119 6100 Darmstadt 1

Die Sicherheit könnte vielmehr durch das verantwortungsbewußte Verhalten der Skifahrer wesentlich verbessert werden.

In diesem Zusammenhang muß erwähnt werden, daß 75 Prozent aller Skiverletzten Anfänger sind, sich 70 Prozent aller Skiunfälle in den Nachmittagsstunden nach 14.00 Uhr mit dem Maximum um 16.00 Uhr ereignen (3) und bei Verunfallten signifikant höhere Auslösewerte der Sicherheitsbindungen festgestellt wurden im Vergleich einer nicht verunfallten Vergleichsgruppe (9). Durch bessere körperliche Vorbereitung, Vermeidung von Überanstrengung und Unterkühlung, Pflege der Ausrüstung und angepaßte Geschwindigkeit könnte ein großer Teil der Skiverletzungen vermieden werden.

Die Abnahme der Skiverletzungen und die guten Behandlungserfolge der modernen Medizin sind als erfreuliche Entwicklung zu betrachten. Der alpine Skisport kann beim Fortgang dieser Entwicklung aus der Gruppe der Sportarten mit „außergewöhnlichem Risiko“ ausgeklammert werden.

Literaturverzeichnis

1. BERNBECK, R.: Die supramalleoläre Unterschenkelfraktur durch den Skistiefal als Hypomochlion. Arch. f. orthop. u. Unf. Chir. 51, 483 (1960)
2. BIENER, K.: Sporthygiene und präventive Sportmedizin. Verlag Hans Huber, Bern (1972)
3. FASLER, S.: Der Skiunfall im Spiegel der Zahlen. BIU Mb 7402 d, Bern (1974)
4. HACKENBRUCH, W.: Die Pilon-Fraktur des Skifahrers. Fortschr. d. Med. (1977), im Druck.
5. HACKENBRUCH, W. und B. NOESBERGER: Ein Halteapparat zum differenzierten Nachweis der fibularen Bandläsion. Z. Orthop. 114, 699 (1976)
6. HIPP, E.: Skitraumatologie. Verlag Fortschritte der Medizin, München (1967)
7. KARP, M. und H. FRIEDRICH: Skischuhrandbruch: Spannungsoptische Untersuchungen. Fortschr. Med. 94, 3, 103 (1976)
8. LÜSCHER, J. N. und P. MATTER: Epidemiologie des Skifalles. Med. et Hyg. 33, 974 (1975)
9. MATTER, P.: Skitraumatologie und Unfallprophylaxe. Schweiz. Zschr. Soz. Vers. 1 (1976)
10. MÜLLER, M. E., M. ALLGOWER und H. WILLENEGGER: Manual der Osteosynthese. Springer-Verlag, Berlin (1969)
11. TERBIZAN, A.: Statistische Analyse der Schiverletzungen. Mschr. Unfallthk. 69, 337 (1966)
12. WEGMÜLLER, L.: Die Bemühungen für die Unfallverhütung beim Skifahren sind von Erfolg gekrönt. BfU, Bern (1974)
13. FORUM, Oavos: „Skifahren und Sicherheit“. Protokoll der Tagung vom 8.-10. 11. 1973.

Anschrift des Verfassers:

Dr. med. W. Hackenbruch, Assistenzarzt, Ismaninger Straße 22, 8000 München 80

„Kontraindikationen“ für die Reanimation *

O. Mayrhofer

Einleitung

Im Titel dieses Vortrages möchte ich das Wort Kontraindikationen gerne unter Anführungszeichen verstanden wissen. Man sollte vielleicht noch zusätzlich das Thema, über das ich heute spreche, mit einem klarstellenden Untertitel versehen, wie etwa: Wann verliert die Reanimation ihren Sinn und somit auch ihre Berechtigung?

Schon Pius XII. hat vor nunmehr neunzehn Jahren bei seiner Ansprache vor Reanimationsärzten in Rom unmißverständlich erklärt, daß es ausschließlich Sache der Ärzte sei, den eingetretenen Tod eines Menschen festzustellen. Die modernen Methoden der kardiopulmonalen Wiederbelebung haben sich in Tausenden von Fällen als segensreich erwiesen und vielen Menschen ein lebenswertes Weiterleben geschenkt. Sie haben aber gleichzeitig uns Ärzte mit der großen moralischen Verantwortung belastet, allein oder gemeinsam mit anderen Kollegen die Entscheidung zu treffen, wann mit dem Versuch einer Reanimation gar nicht erst begonnen bzw. wann dieser abgebrochen werden sollte. Aus den umfangreichen klinischen Erfahrungen, die seit etwa 1960 in aller Welt gesammelt wurden, und den zahlreichen experimentellen Untersuchungen über die Wiederbelebbarkeit von Organen, die in den letzten Jahren publiziert wurden, haben sich gewisse Richtlinien und Entscheidungshilfen herauskristallisiert, die ich im folgenden zusammenfassen möchte.

Wann ist der Einsatz moderner Reanimationsmethoden a priori sinnlos? (= „Nichtanwendung“ der Reanimation)

1. Bei fortgeschrittener unheilbarer Krankheit

Wenn bei einem Krebs-Kranken, der voll von Metastasen in fortschreitender Kachexie an das Bett gebunden

qualvoll dahinsiechend nur mehr auf den erlösenden Tod wartet, ein Kreislaufstillstand eintritt, wird wohl niemand ernsthaft daran denken, eine Reanimation zu beginnen. Es wird sich in einem solchen Fall bestimmt auch kein Jurist finden, der dem betreffenden Arzt den Vorwurf einer unterlassenen Hilfeleistung machen würde.

Ich habe dieses Beispiel bewußt kraß gewählt, um darzulegen, was ich mit fortgeschrittener unheilbarer Krankheit meine. Ebenso wie das Recht zum Leben hat der Mensch auch das Recht zum Sterben, und zwar zu einem „Sterben in Würde“. Es widerspricht meines Erachtens der ärztlichen Ethik, etwa einen alten Menschen, der nach einer schweren intrazerebralen Blutung bewußtlos und paralysiert tagelang in Agonie gelegen ist, mittels Herzmassage und künstlicher Beatmung zu „reanimieren“, wenn es zu einem Herzstillstand gekommen ist. In einem solchen Fall verlängern wir nämlich nicht das Leben, sondern das Sterben. Dazu sind wir, wahrhaftig, nicht verpflichtet und – wie ich glaube – auch gar nicht berechtigt.

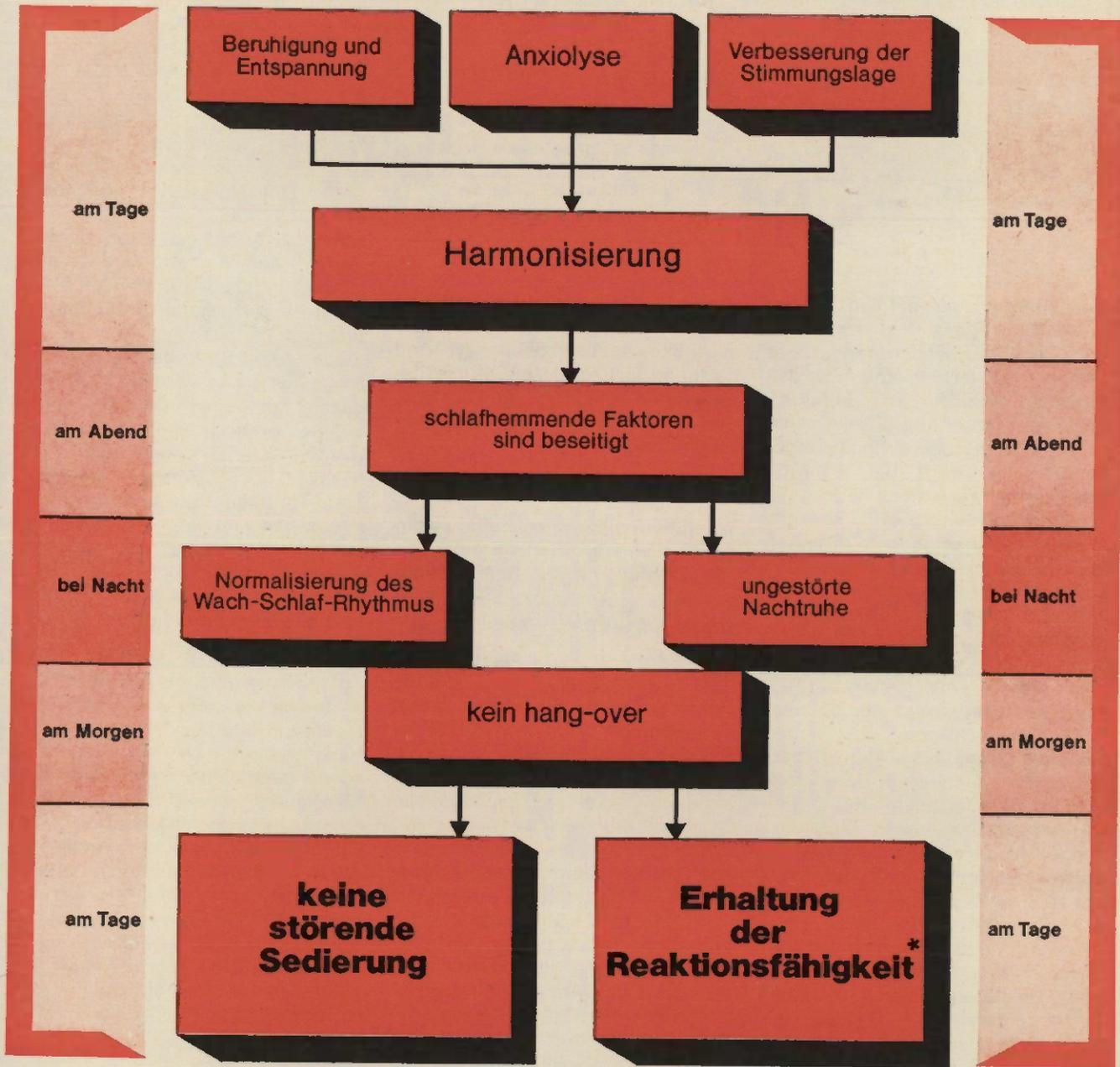
2. Bei gesicherter prolongierter Hypoxie lebenswichtiger Organe

Wenn etwa ein in einem Gärkeller Erstickter oder ein im Wasser Ertrunkener erst nach einer Stunde geborgen wird, bestehen wohl keine Zweifel an der Sinnlosigkeit einer Wiederbelebung. Wo aber liegt hier die Grenze?

In Tabelle 1 sind die Wiederbelebungszeiten, d. h. die maximale Ischämietoleranz einiger wichtiger Organe aufgrund experimenteller Untersuchungen zusammengefaßt. Dabei fällt eine Diskrepanz der Wiederbelebungszeiten von Gehirn und

*) Vortrag anlässlich eines Symposiums der Österreichischen wissenschaftlichen Gesellschaft für prophylaktische und Sozialmedizin in Innsbruck

Therapeutisches Wirkprofil für den Tages-Tranquilizer



Demetrin[®]

*Nachgewiesen von der Bundesanstalt für Straßenwesen/Köln. Näheres siehe Basisinformation unter Hinweise.

Zusammensetzung: 1 Tablette enthält: 10 mg Prazepam [7-Chlor-1-(cyclopropyl-methyl)-1,3-dihydro-5-phenyl-2H-1,4-benzodiazepin-2-on]. **Indikationen:** Angst, Spannung, Erregung und Unruhe, gesteigerte Reizbarkeit, Stimmungsinstabilität, psychoneurotische Störungen, funktionelle Magenbeschwerden und psychosomatische Störungen (Organneurosen), Muskuläre Verspannungen und Spastik. **Kontraindikationen:** Wie bei allen Benzodiazepinen: Myasthenia gravis, Narkosemittelunverträglichkeit, Lebererkrankungen. **Dosierung und Anwendung:** Grundsätzlich individuell und dem Krankheitsbild entsprechend. Wann vom Arzt nicht anders verordnet, nehmen Erwachsene täglich 1/2 Tablette, mittags 1/2 Tablette und abends eine ganze Tablette einzunehmen. Für eine Kurzzeitbehandlung reicht im allgemeinen täglich 2-3mal 1/2 Tablette (10-15 mg) aus. Falls erforderlich, kann aufgrund der großen therapeutischen Breite und der guten Verträglichkeit von Demetrin unter Beachtung aller Vorsichtshinweise die Dosierung in speziellen Fällen erhöht bis maximal verdreifacht werden. **Hinweise:** Höhere Dosen von Demetrin können die Wirkung von Analgetika, Sedativa und Hypnotika verstärken. - Bei gleichzeitigem Alkoholgenuß kann die individuell unterschiedliche Reaktion nicht vorausgesehen werden. - In der Regel führt Demetrin bei empfohlener



Dosierung weder zu störender Sedierung noch zur Beeinträchtigung der Reaktionsfähigkeit. Demetrin kann aber, wie alle psychotrop wirkenden Substanzen, das Reaktionsvermögen, besonders in den ersten Behandlungstagen, individuell beeinträchtigen. Deshalb sollte die Anwendung bei Patienten, die Maschinen bedienen oder sich aktiv im Straßenverkehr bewegen, zu Behandlungsbeginn mit Vorsicht erfolgen und bei Verkehrsteilnehmern die Reaktionsfähigkeit überprüft werden. - Patienten mit Herzinsuffizienz sollen allgemein während einer Therapie mit Benzodiazepinen und anderen Psychopharmaka unter regelmäßiger Kontrolle stehen. - Obwohl tierexperimentelle Teratogenitätstests keinen Hinweis auf eine fuchtschädigende Wirkung ergeben haben, sollte Demetrin in der Schwangerschaft - der gegenwärtigen Auffassung über den Arzneimittelgebrauch entsprechend - nur bei strenger Indikationsstellung verabreicht werden; dies ist ein voracorglicher Hinweis. Darüber hinaus sollte Demetrin während der Stillperiode nicht gegeben werden, weil spezielle Untersuchungen noch nicht vorliegen. **Handelsformen und Preise:** Packung mit 20 Tabletten zu 10 mg DM 10,80 m. MwSt., Packung mit 50 Tabletten zu 10 mg DM 22,80 m. MwSt., Anstaltspackungen, Stand Januar '77.

GÖDECKE

Wiederbelebungszeit einiger lebenswichtiger Organe

Organ	Wiederbelebungszeit	Autoren
Gehirn	8– 10 Minuten	Schneider (1958) Hirsch u. e. (1957)
Herz	15– 30 Minuten	Kübler (1958, 1959)
Leber	30– 35 Minuten	Lergiadèr (1967) Vehlsieck u. e. (1967)
Lunge	60 Minuten	Lergiadèr (1967)
Niere	90–120 Minuten	Vehlsieck (1967) Gütgemenn u. e. (1968)
Gesamtorganismus	4– 5 Minuten!	Schneider (1958)

Tabelle 1

Gesamtorganismus auf. Die Ursache dieser Diskrepanz liegt darin, daß bei den Versuchsordnungen zur Prüfung der Ischämietoleranz des isolierten Gehirns nach Ende der Zirkulationsunterbrechung sofort die Durchströmung des Organs wieder aufgenommen wird. Bei Asphyxie des Gesamtorganismus jedoch ist das Herz nach vier bis fünf Minuten so sehr geschädigt, daß es einen ausreichenden Blutdruck für eine suffiziente Hirndurchblutung innerhalb der kritischen Zeit nicht zustandebringt (Schneider, Hirsch).

Die vom Gesamtorganismus tolerierte Ischämie- bzw. Anoxiedauer wird also nicht von dem gegen Sauerstoff empfindlichsten Organ, sondern von dem für die Sauerstoffversorgung entscheidenden Organ, dem Herzen, bestimmt (Kübler). Wissen wir doch, daß die progressiv abnehmende Kontraktilität des Myokards sich aus dem Mangel der energiereichen Phosphate unter hypoxischen Bedingungen ergibt. Schon nach vier Minuten Ischämie oder Anoxie sinkt der ATP-Gehalt im Herzmuskel auf 70 Prozent des Ausgangswertes, nach fünfzehn Minuten auf 50 Prozent, womit die „praktische Grenze der Wiederbelebbarkeit“ (Kübler) erreicht ist.

Wir wissen zwar aus Einzelberichten, daß im kalten Wasser Ertrunkene wegen der allgemeinen Stoffwechselreduktion bei Hypothermie auch noch nach zwölf bis fünfzehn Minuten erfolgreich wiederbelebt werden konnten. Für die Praxis aber dürfen wir wohl annehmen, daß bei einer Asphyxie (Ersticken, Ertrinken) oder einem Kreislaufstillstand (Elektroanfall, Herzinfarkt) von 30 Minuten oder länger der Versuch einer Reanimation absolut sinnlos ist. Selbstverständlich wird man in

Zweifelsfällen, vor allem dort, wo sichere Zeitangaben fehlen, Wiederbelebungsmaßnahmen einleiten und so lange fortsetzen, bis durch diagnostische Hilfsmittel (EKG, EEG usw.) eine eindeutige Todesfeststellung möglich ist.

Wann dürfen die Reanimationsmaßnahmen abgebrochen werden? (= „Einstellung“ der Reanimation)

1. Bei irreversiblen Herzstillstand

Wenn, trotz zeitgerecht einsetzender Reanimation, eine spontane Herzaktion nicht zurückkehrt, ergibt sich eine ganz typische Situation. Kaindl spricht hier vom „Syndrom des sterbenden Herzens“, das etwa folgende Charakteristika bietet: Es ist träges Flimmern oder terminale Asystolie eingetreten, vielleicht noch unterbrochen durch einzelne niedrige und breit deformierte Kammerkomplexe im EKG, welche mit zunehmender Dauer immer spärlicher werden. Die Reizantwort des Herzens (d. h. die Antwort auf mechanische oder elektrische Reizung mit etwa im Monitor registrierbaren Kammerkomplexen) läßt zusehends nach und bleibt schließlich ganz aus. Hier ist die Prognose aussichtslos und weitere Wiederbelebungsmaßnahmen sind daher sinnlos.

In der klinischen Praxis haben wir nie eine erfolgreiche Wiederbelebung erzielt, wenn es nicht innerhalb von 30 Minuten vom Kreislaufstillstand zu einer zufriedenstellenden Herzaktion gekommen war. Spätestens 60 Minuten, vom Beginn der Reanimation gerechnet, stellen wir daher in einem solchen Fall unsere Bemühungen ein, selbst wenn der zerebrale Tod noch nicht erwiesen ist.

2. Bei irreversiblen Funktionseusfall des Gehirns

Das „Hirntod-Syndrom“:

Steinbereithner definiert das sogenannte „Hirntod-Syndrom“ als klinischen Ausdruck des irreversiblen Funktionsausfalls des Gehirns und stellt fest, daß nur bei konstantem, d. h. ununterbrochenem Bestehen des gesamten Symptomenkomplexes (bei Ausschluß von Hypothermie und Vergiftung) eine solche Diagnose zulässig ist. Die besondere Betonung, daß das klinische Gesamtbild (Anamnese, Grundleiden, Verlauf) entscheidend in die Beurteilung einbezogen werden muß, hat vielerorts dazu geführt, daß nur intrazerebrale Ursachen des „Hirntodes“ außer Streit gestellt wurden. Es ist das große Verdienst Käufers, gezeigt zu haben, daß das sogenannte „Hirntod-Syndrom“ auch bei Hirnschäden extrazerebraler Genese (z. B. schwerer allgemeiner Sauerstoffmangel, Substratmangelhypoxydose) mit allen Kriterien zweifelsfrei und mit dem gleichen Sicherheitsgrad wie etwa beim schweren Schädel-Hirn-Trauma nachgewiesen werden kann.

In der Tabelle 2 sind die klinischen Symptome des „Hirntod-Syndroms“ zusammengefaßt. Nach Gerstenbrand und Lücking wären noch Hypothermie bzw. Poiklothermie sowie mangelnde Reagibilität des Kreislaufes hinzuzufügen. Diesen Symptomen kommt jedoch unseres Erachtens aufgrund jahrelanger klinischer Erfahrung nur „fakultativer“ Charakter zu. In Übereinstimmung mit Lansberg u. a. sind wir allerdings der Ansicht, daß jeder spontane Temperaturabfall unter 31°C als absolut sicheres Zeichen irreversibler Hirnschädigung aufzufassen ist.

Spinale Reflexe können erhalten sein, und zwar als sogenannte „Fremdreflexe“, z. B. tonische Greif-

Kardinalsymptome des gesamten zerebralen Funktionseusfalls

Tiefes Koma ohne Reaktion auf (Schmerz-) Reize
Atonie der Muskulatur
Mydriasis (submaximal bis maximal)
Fehlen zentraler Reflexe
Totale Apnoe

Tabelle 2
(Steinbereithner, 1973)

reflexe der Zehen, Beugereflexe der Beine und Arme, Kontraktion der Beckenboden- und Bauchmuskulatur, oder „Eigenreflexe“, Patellar-, Achillessehnenreflex (Gerstenbrand und Lücking). Ihr Fehlen oder Vorhandensein ist jedoch für die Diagnose des zerebralen Funktionsausfalls irrelevant.

In kleineren und mittleren Krankenhäusern, ich meine vor allem überall dort, wo kein Neurologe mit seinen zusätzlichen diagnostischen Möglichkeiten zur Verfügung steht, genügt meines Erachtens die von mehreren Ärzten übereinstimmend bestätigte klinische Symptomatik des „Hirntod-Syndroms“, um den Respirator abzustellen. Um sich auch in rechtlicher Hinsicht auf jeden Fall abzusichern, empfehle ich jedoch, eine „Schwebezeit“ von sechs Stunden einzuhalten. Das heißt, die Symptome des irreversiblen zerebralen Funktionsausfalls sollen ununterbrochen während mindestens sechs Stunden bestanden haben, bevor man sich zum Abschalten des Apparates entschließt.

Ich erinnere mich, während eines Kongreßbesuches in Sambia als Konsiliarius bei einer jungen englischen Touristin – von Beruf Krankenschwester – zugezogen worden zu sein. Sie war im Hotel plötzlich, nachdem sie mehrere Wochen vorher immer wieder über hartnäckige Kopfschmerzen geklagt hatte, bewußtlos und kurz nachher apnoisch geworden. Sie war in einem zentralen Provinzkrankenhaus bereits 24 Stunden beatmet worden, als dort unsere Tagung begann. Um die Frage entscheiden zu helfen, ob es noch sinnvoll wäre, aus der Hauptstadt einen Neurochirurgen einzuflogen, war ich beigezogen worden. Die klinische Symptomatik des eingetretenen Hirntodes war so eindeutig, daß wir guten Gewissens den Respirator abschalten konnten. Die am nächsten Tag durchgeführte Autopsie ergab ein weit fortgeschrittenes, absolut inoperables Glioblastom.

An den Intensivbehandlungsstationen von Universitätskliniken und großen Zentralkrankenhäusern, vor allem überall dort, wo Organtransplantationen vorgenommen werden, muß man natürlich schon aus Gründen der Dokumentation *diagnostische Zusatzbefunde* erheben.

EEG:

Der entscheidende Wert der Elektroenzephalographie liegt darin, daß ohne isoelektrisches EEG kein Hirntod vorliegen kann. Mit dem EEG allein kann aber der Hirntod nicht bewiesen werden (Null-Linien EEG wurde z. B. auch bei schweren Vergiftungen registriert, wobei die Patienten anschließend überlebten). Es stellt lediglich die Weichen zu den weiteren eingreifenderen diagnostischen Hilfsmitteln, wie z. B. der zerebralen Angiographie (Kubicki, Käufer und Bücheler).

Wir selbst benützen das EEG als Zusatzbeweis zur klinischen Diagnose „Hirntod“. Bei inoperablen Hirntumoren, Schädelhirntraumen usw. halten wir uns nach insgesamt sechsständiger Registrierung eines isoelektrischen EEGs für berechtigt, die Nieren zur Transplantation zu entnehmen. Bei anoxischer Hirnschädigung halten wir, entsprechend den Vorschlägen von Bushart und Rittmayer, eine 24stündige „Schwebezeit“ ein (Steinbereithner).

Die zerebrale Angiographie:

Unter allen heute zur Verfügung stehenden Methoden kann einzig und allein die zerebrale Angiographie den absoluten Beweis für den eingetretenen Hirntod liefern. Damit leistet die Kontrastmittelfüllung der großen Halsarterien unbestritten den wichtigsten und letzten (auch in der Reihenfolge der Durchführung letzten) diagnostischen Beitrag zur Bestimmung des irreversiblen Verlustes aller Hirnfunktionen (Scherzer und Pendl).

Bücheler und Käufer fordern eine bilaterale Karotis- und Vertebralisangiographie, die sie mittels retrograd via Arteria femoralis in die Aorta eingeführten Katheter vornehmen. Scherzer und Pendl stellen für

die Diagnose des hirndruckbedingten zerebralen Zirkulationsstillstandes nachstehende Forderungen:

1. Einwandfreie technische Durchführung (glatte Punktion, korrekte Nadellage, Serienaufnahmen oder Film).
2. Beiderseitige Angiographie der Arteria carotis communis.
3. Eventuell zusätzliche Vertebralisangiographie.
4. Fehlende Darstellung des zerebralen Gefäßbezirkes auf sämtlichen Bildern.
5. Kontrastmittelstopp in typischer Höhe (etwa im Bereich des Karotissyphons).
6. „Vorausseilende“ kontrastreiche Füllung der Arteria carotis externa.

Als letzte unterstützende Möglichkeit der Diagnostik sei schließlich noch die Bestimmung der hirnarteriovenösen Sauerstoffdruck- bzw. Sauerstoffsättigungsdifferenz genannt, die den Beweis eines fehlenden Hirnstoffwechsels liefern kann, sich jedoch bis jetzt noch nicht allgemein durchgesetzt hat.

Zusammenfassung

In diesem Referat wurde zwischen „Nichtanwendung“ und „Einstellung“ der Reanimation unterschieden. Wenn der Tod eines Menschen bei schwerer Krankheit erwartungsgemäß eintritt, ist es nicht nur sinnlos, sondern auch ethisch gar nicht gerechtfertigt, eine Wiederbelebung einzuleiten, weil dies ja nicht eine Verlängerung des Lebens, sondern nur eine Verlängerung des Sterbens bedeuten würde. Der eindeutig eingetretene Tod des Gesamtorganismus als Folge von Asphyxie oder Ischämie über eine Zeitspanne von 30 Minuten oder länger kann eben-

80. Deutscher Ärztetag

vom 10. bis 14. Mai 1977 in Saarbrücken

30. Bayerischer Ärztetag

vom 7. bis 9. Oktober 1977 in München

fälls als „Kontraindikation“ für die Reanimation gelten.

Die Einstellung der Wiederbelebungsmaßnahmen ist nach weit verbreiteter Ansicht berechtigt, wenn weder eine Spontanatmung noch eine koordinierte Herzaktion wieder in Gang kommt. Herzmassage, Defibrillation und elektrische Stimulation des Herzens können beendet werden, wenn 60 Minuten vom Beginn des Kreislaufstillstandes an keine suffiziente Herzfunktion erzielt werden konnte.

Funktioniert zwar der Kreislauf, nicht aber die Atmung, dann muß die unterstützende Behandlung, insbesondere eine künstliche Beatmung, bis zur eindeutigen Diagnose des irreversiblen Funktionsausfalles des Gehirns fortgesetzt werden. Das klinische „Hirntod-Syndrom“ muß durch objektive und dokumentierbare Kriterien, wie EEG und zerebrale Angiographie, gesichert werden, wenn eine Organentnahme zum Zweck einer therapeutischen Transplantation vorgesehen ist. Wenn möglich, sollten diese diagnostischen Zusatzbefunde auch vor Abschaltung des Respirators erhoben werden. Wir glauben allerdings, daß auch die rein klinische Diagnose des irreversiblen Funktionsausfalles des Gehirns übereinstimmend gestellt von mindestens drei Ärzten unter Berücksichtigung der Anamnese, des Grundleidens und des Krankheitsverlaufes ausreicht, um die Einstellung weiterer Reanimationsmaßnahmen zu rechtfertigen.

Literaturverzeichnis

- FRITSCHKE, P.: Grenzbereich zwischen Leben und Tod. Verlag Georg Thieme, Stuttgart, 1973 (dort weitere Literatur)
- KÄUFER, Ch.: Die Bestimmung des Todes bei irreversiblen Verlust der Hirnfunktionen (Hebil. Schrift). Band 54 der Serie Theoretische und Klinische Medizin in Einzeldarstellungen (Hsg. H. Scheefer), Verlag A. Hüthig, Heidelberg, 1971.
- KROSL, W. und SCHERZER, E.: Die Bestimmung des Todeszeitpunktes (Kongreßbericht). Verlag W. Meudrich, Wien, 1973 (dort weitere Literatur)
- PENIN, H. und KÄUFER, Ch.: Der Hirntod. Verlag Georg Thieme, Stuttgart, 1969.
- PAPST PIUS. XII.: Rechtliche und sittliche Fragen der Wiederbelebung. Ansprache am 24. 11. 1957 in Rom.
- SCHNEIDER, M.: Über die Wiederbelebung nach Kreislaufunterbrechung. Thoraxchirurgie 6 (1958), 95.

Anschrift des Verfassers:

Professor Dr. med. O. Mayrhofer, Vorstand des Institutes für Anästhesiologie der Universität Wien, Spitalgasse 23, A-1090 Wien

Gastroenterologie – Kardiologie – Notfallmedizin

27. Nürnberger Fortbildungskongreß der Bayerischen Landesärztekammer

Mit einer Gedenkminute für R. Schubert, den im Mai 1976 verstorbenen langjährigen verdienstvollen Leiter dieser Tagung, begann der 27. Fortbildungskongreß der Bayerischen Landesärztekammer in der Meister-singerhalle, für den H. Kleinfeldner, Nürnberg, als neuer wissenschaftlicher Leiter Themen aus der Gastroenterologie, der Kardiologie und der Notfallmedizin ausgewählt hatte.

Aus dem Vortrag von F. Gall, Fürth, über **chirurgische Indikationen bei der Behandlung der akuten und chronischen Pankreatitis** war zu entnehmen, daß bei der ödematösen Form der Bauchspeicheldrüsenentzündung die Letalität zwei bis drei Prozent beträgt, daß aber bei den hämorrhagisch-nekrotisierenden Formen trotz moderner Intensivtherapie 80 bis 100 Prozent der Patienten sterben. Dies hat in den letzten Jahren mehrere Chirurgen veranlaßt, wieder für eine frühzeitige Operation bei der akuten Pankreatitis einzutreten mit dem Ziel, den Katastrophenherd zu beseitigen, der den Organismus ständig mit freigesetzten Enzymen und toxischen Stoffwechselprodukten überschwemmt und dabei Schock, Nierenversagen und Enzephalopathie erzeugt.

Wenn bei einer ödematösen Pankreatitis die Standardtherapie nicht innerhalb von 24 bis 48 Stunden zu einer raschen klinischen Besserung führt, wenn trotz Therapie ein kompensierter Schock andauert, wenn die abdominalen Symptome zunehmen oder wenn nach anfänglicher Erholung ein Rückfall eintritt, ist nach 48 bis 72 Stunden der Zeitpunkt für eine chirurgische Intervention gekommen. Für die Operationsindikation sind nicht zuletzt auch Laborbefunde ausschlaggebend, unter denen eine Leukozytose über 12 000, eine Hyperglykämie über 150 mg % sowie eine Hypokalz-

ämie unter 7 mg % eine hohe diagnostische Wertigkeit haben. Ein Absinken der Diureserate unter 30 ml pro Stunde und ein Harnstoffanstieg sind weitere wichtige Kriterien für ein operatives Vorgehen.

Bei der chronischen Pankreatitis gelten unerträgliche Schmerzattacken oder Dauerschmerzen, die weder medikamentös noch diätetisch zu beeinflussen sind und den Patienten oft zum Morphinisten werden lassen, als Indikation für einen chirurgischen Eingriff. Die starke Abmagerung ist neben der Maldigestion hauptsächlich auf eine Einschränkung der Nahrungszufuhr zurückzuführen, da die Patienten nur bei Nahrungskarenz schmerzfrei sind. Gall vertrat die Ansicht, daß ein Abwarten bis zum Ausbrennen der Pankreatitis ein jahrelanges Siechtum bedeutet und heute nicht mehr vertretbar ist.

Unter den verschiedenen Operationsmethoden wird den resezierenden Verfahren (Linksresektion, Kopfresektion, partielle oder totale Pankreatektomie bzw. Duodenopancreatektomie) im Vergleich zu den Drainageoperationen zunehmend der Vorzug gegeben, weil sich damit der eigentliche Krankheitsherd beseitigen läßt. Als bemerkenswertes Ergebnis wurde erwähnt, daß unter den 27 Patienten, die in den letzten vier Jahren reseziert wurden, bei einer mittleren Beobachtungszeit von 18 Monaten diejenigen mit totaler Pankreatektomie am besten abschnitten: Von gelegentlichen Verdauungsstörungen nach zu großen Mahlzeiten sind sie alle schmerzfrei, gelegentliche Durchfälle können durch Erhöhung der Pankreondosis rasch gestoppt werden, der Diabetes ist bei sechs Patienten mit 32 bis 52 E gut eingestellt, so daß die im Mittel 15 kg an Gewicht zugenommen haben. Nur bei einem Kranken



Modenol® Antihypertensivum
Rauwolfia-Saluretikum-Kombination
Tagestherapiekosten: 29 Pf *
bei der OP mit 50 Dragées
(1 Dragée täglich - ausreichend bei
jedem zweiten Patienten)

Senkt den erhöhten Blutdruck intensiv,
schonend und langanhaltend
bei 83,6 % aller Hypertoniker
(Loos, M.: Therapiewoche 21 (1971) 3698).

**
Bei OP mit 100 Dragées:
27 Pf. Tagestherapiekosten*

Zusammensetzung:

1 Dragée enthält:

Butizid	3,3 mg
Reserpin	0,07 mg
Rescinnamin	0,07 mg
Raubasin	0,7 mg
Kaliumchlorid	300 mg

Kontraindikationen:

Anamnestisch bekannte oder manifeste Depressionen, Sulfonamid-Überempfindlichkeit, therapieresistente Hypokalämie. Bei Patienten mit fortgeschrittener Niereninsuffizienz, schwerer Zerebral- und Koronarsklerose kann eine Blutdrucksenkung versucht werden, wenn diese allmählich und unter sorgfältiger Überwachung erfolgt. Bei eingeschränkter Nierenfunktion müssen die harnpflichtigen Stoffe im Serum laufend kontrolliert werden (z. B. mit Test-Combinationen Boehringer Mannheim: Creatinin, Harnstoff), da es zur Verstärkung einer Azotämie kommen kann.

Nebenwirkungen und Hinweise:

Vereinzelt auftretende Magenunverträglichkeit (Übelkeit, Brechreiz) kann

durch Einnahme nach den Mahlzeiten meist vermieden werden. Wie alle zentral sympathikusdämpfenden Präparate kann auch Modenol bei einem Teil der Patienten eine stärker sedierende Wirkung hervorrufen. Deshalb muß unter Umständen mit einer Verminderung der Reaktionsfähigkeit gerechnet werden. Darüber hinaus kann die Wirkung von anderen Arzneimitteln (z. B. Barbituraten) und von Alkohol verstärkt werden. Patienten, deren Tätigkeit große Aufmerksamkeit erfordert (z. B. Kraftfahrer), sollten darauf besonders hingewiesen werden. Weitere reserpinbedingte Nebenwirkungen, wie depressive Verstimmung oder verstopfte Nase, kommen aufgrund der geringen Dosierung dieses Alkaloids nur ausnahmsweise vor.

Orthostatische Störungen treten selten und dann nur vorübergehend auf. Wegen der Butizid-Komponente kann es - wie bei allen saluretikahaltigen Präparaten - vereinzelt zu Kaliummangelerscheinungen sowie zu einer Erhöhung des Blutzuckers und der

Blutharnsäure kommen. Bei Diabetes und bei Gicht ist deshalb eine häufigere Kontrolle der Stoffwechsellage angezeigt. Bei Anwendung von Modenol gegen Ende der Schwangerschaft und während der Stillzeit kann es zu einer Schwellung der Nasenschleimhaut des Neugeborenen und dadurch zur Behinderung der Atmung kommen. Rückenlage des Neugeborenen sollte deshalb vermieden und die Schwellung der Nasenschleimhaut mit abschwellenden Nasentropfen (für Säuglinge) behandelt werden.

Für Ihre Verordnung:

OP mit 20 Dragées	DM 6,55
OP mit 50 Dragées	DM 14,60
OP mit 100 Dragées	DM 26,85
AP mit 250 und 1000 Dragées.	



kommt es immer wieder zu hypoglykämischen Zuständen, die bereits zu Wirbelfrakturen und einem Gewichtsverlust von 16 kg geführt haben.

Die Psychopathologie des chronischen Alkohollismus und der Trunksucht war das Thema von H. Sattes, Würzburg, der hervorhob, daß es sich auch bei einem gewöhnlichen Rausch um eine schwere Intoxikation des Gehirns mit klassischen, psychischen und neurologischen Ausfallserscheinungen handelt. Man müsse sich das Wesen einer solchen schweren Gehirnvergiftung vergegenwärtigen, um zu verstehen, welche Verheerungen die chronische Summation solcher Intoxikationen im Gehirn anzurichten vermag. Dabei sollte aber bedacht werden, daß es sich durchaus nicht um eine chronische Summation von Rauschen handeln muß, sondern daß auch die Addierung von Alkoholmengen, die keinesfalls zu einer Berausung führen, das Gehirn ebenso in Mitleidenschaft ziehen kann. So gibt es chronische Alkoholiker mit allen psychopathologischen Symptomen dieses Leidens, die praktisch niemals einen Rausch gehabt haben. Gerade dadurch wird die Diagnose eines chronischen Alkohollismus oft erheblich erschwert, weil die Verhaltensweisen, die gewöhnlich den Trinker kennzeichnen, hier fehlen.

Wie Sattes weiter ausführte, gehören zu den psychopathologischen Auswirkungen des chronischen Alkohollismus auch die Störungen der Verstandestätigkeit, wie sie bei hirn-atrophischen Prozessen anderer Genese zu finden sind, also der Verlust an Merkfähigkeit, Störungen des Konzentrationsvermögens, der Auffassung und der Aufmerksamkeit sowie oberflächliche, gleichsam verschluderte, unpräzise und unlogische Gedankengänge. Es sind Störungen der Verstandestätigkeit, die über das klassische Korsakow-Syndrom bis zur alkoholischen Demenz führen. Dieses Syndrom, welches bei allen Hirnschädigungen auftreten kann, erhält dadurch eine hohe diagnostische Bedeutung, daß sein Vorliegen die grundsätzliche differentialdiagnostische Entscheidung, ob eine endogene oder exogene Psychose vorliegt, ermöglicht.

Die Störungen der Verstandestätigkeit werden in ihrer Bedeutung und ihren Auswirkungen jedoch von der

alkoholischen Wesensveränderung weit übertroffen.

„Der Alkohol arbeitet mit dem Material der Persönlichkeit“, so definierte es Sattes bewußt etwas simplifizierend, was nicht nur für den Rausch gilt, der gelegentlich zu einer verblüffenden Entlarvung der Persönlichkeit führt, sondern auch für die Wesensveränderung, die der chronische Alkoholiker durchmacht. Der Verfall der Persönlichkeit in der Trunksucht hat bei Dichtern und Schriftstellern — Dostojewski, Hauptmann, Jünger, Fallada sind nur einige Beispiele — klassische Schilderungen gefunden, die sinnfälliger und plastischer sind, als dies in vergleichsweise dünnen psychiatrischen Darlegungen der Fall sein kann.

H. Franke, Würzburg, begann seinen Vortrag über **Therapie und Nachsorge bei Patienten mit Herzrhythmusstörungen** mit dem Hinweis, daß auf diesem Gebiet in den letzten Jahren bemerkenswerte Fortschritte erzielt wurden, und daß durch moderne Registrierverfahren (z. B. Langzeit-EKG-Schreibung, His-Bündel-EKG) die Kenntnisse über Häufigkeit, Art, Ablauf und Prognose von Rhythmusstörungen wesentlich erweitert worden sind; außerdem wurden neue Antiarrhythmika entwickelt und eingeführt.

Unter der Voraussetzung einer sorgfältigen Analyse der jeweils vorliegenden Rhythmusstörung ist es möglich, eine weitgehend differenzierte Therapie zu betreiben, wenn man sich die pharmakodynamischen Partialwirkungen der einzelnen Pharmaka auf das Reizbildungs- und Reizleitungssystem zunutze macht: Während Verapamil (Isoptin) vorwiegend die Rhythmusstörungen des Vorhofes beeinflußt, hemmen Diphenylhydantoin (z. B. Epanutin, Phenhydan) und Lidocain (Xylocain) isoliert die ventrikuläre Extrasystolie. Die Beta-Blocker, Chinidin und das neue Amidonal haben antiarrhythmische Effekte auf Vorhof, Überleitungssystem und auch auf die Kammer.

Zu einer sinnvollen Therapie von Herzrhythmusstörungen gehört auch die Kenntnis des Wirkungseintritts, der Wirkungsdauer und vor allem der Nebenwirkungen der heute verfügbaren Antiarrhythmika. Während

mit den intravenös applizierbaren Mitteln (z. B. Ajmalin, Lidocain, Verapamil) in kurzer Zeit sehr hohe Plasmaspiegel erreicht werden und damit bedrohliche Herzrhythmusstörungen erfolgreich behandelt werden können, ist nach den Ausführungen von Franke die Langzeitbehandlung chronischer Arrhythmien noch immer problematisch. Denn es fehlt ein ideales, oral applizierbares Mittel ohne Nebenwirkungen und mit hohem antiarrhythmischen Effekt. Die längste Wirkungsdauer weisen bei oraler Verabreichung Chinidin, Diphenylhydantoin und Aprinidin (Amidonal) auf; letzteres ist mehr als 30 Stunden lang wirksam.

Bei der Besprechung der verschiedenen Nebenwirkungen erwähnte der Vortragende, daß diejenigen toxischer Natur meist dosisabhängig, die allergischen Schädigungen jedoch häufig dosisunabhängig sind. Zu den zentralnervösen Nebenwirkungen gehört der durch Diphenylhydantoin ausgelöste Nystagmus, der bei höheren Plasmaspiegeln zu Ataxie und Lethargie führen kann. Bei einigen Präparaten, wie Aprinidin, Chinidin und Procainamid, kann es zu Tremor, Sehstörungen und zu reversiblen Psychosen kommen. Intestinale Begleiterscheinungen, wie Übelkeit, Erbrechen und Neigung zu Diarrhoe, sind meist dosisabhängig, nach chronischer Medikation von Diphenylhydantoin kann sich eine Gingivahyperplasie entwickeln, während eine Drogenhepatitis, z. B. nach Ajmalin oder Amidonal, nur sehr selten vorkommt. Grundsätzlich sollte bedacht werden, daß Antiarrhythmika nicht nur Rhythmusstörungen beseitigen, sondern unter bestimmten Bedingungen sie auch hervorrufen können. Denn diese Mittel können zu einer Hemmung der Spontanautomatie im Sinne einer Sinusbradykardie und zu einer Depression sekundärer Zentren führen, außerdem kann auch die Erregungsleitung beeinträchtigt werden, so daß es zum Auftreten verschiedener Blockformen kommen kann.

In seinem Vortrag über **Notfälle in der Pädiatrie** wußte K. Schreier, Nürnberg, zu berichten, daß sich hinsichtlich der Ursachen für eine Bewußtlosigkeit im Kindesalter in den letzten Jahren ein grundlegender Wandel vollzogen hat: Während es früher hauptsächlich Typhus, tuberkulöse Meningitiden und Urämien

waren, steht heute die Arzneimittelvergiftung an erster Stelle; hinzu kommen noch die Alkoholintoxikationen. Wenn es oft große Schwierigkeiten bereitet, eine sinnvolle Therapie einzuleiten, so liegt dies nicht zuletzt darin, daß ein Großteil der Eltern aus einem Schuldgefühl heraus zunächst leugnet, daß Medikamente überhaupt in der Wohnung vorhanden sind. Hinzu kommt noch, daß die Zusammensetzung vieler Putzmittel und ähnlicher Produkte noch immer nicht auf der Packung deklariert ist. Als eine große Hilfe hat sich inzwischen das EEG erwiesen, mit dem es nicht nur gelingt, Barbituratvergiftungen, sondern auch durch Alkohol und verschiedene Psychopharmaka ausgelöste Intoxikationen zu diagnostizieren oder zumindest wahrscheinlich zu machen.

Nicht nur der Asthmaanfall, auch die bakterielle Epiglottitis und die ekute spastische Laryngitis, die gewöhnlich als Pseudocroup bezeichnet wird, sind Notfallsituationen mit Zyanose, die raschestes Handeln erforderlich machen. Es sollte nicht mehr vorkommen, daß pastöse Säuglinge mit einem Pseudocroup tot eingeliefert werden, nachdem heute wirksame Maßnahmen und Therapeutika verfügbar sind. Hierzu gehört in den ersten Minuten die Verwendung eines Alupent-Dosier-Aerosol-Gerätes, mit dem man durch ein bis zwei Hübe dem Kind gewöhnlich so viel Luft verschaffen kann, daß man ihm anschließend ein Glucocorticoidpräparat i. m. oder besser noch i. v. injizieren kann (z. B. Soludecortin oder Urbason solubile, 3 mg/kg/KG, eventuell auch mehr). Gleichzeitig sollte Penicillin oder ein Breitbandantibiotikum und außerdem ein Sedativum gegeben werden, weil Kinder mit einem ekuten Atemnotsyndrom gewöhnlich sehr erregt sind. Handelt es sich um einen Asthmaanfall, dann sollte außerdem ein Spasmolytikum vom Typ des Eupaco appliziert werden, um einer Lungenüberblähung entgegenzuwirken. Grundsätzlich gehören solche Kinder sofort in stationäre Behandlung. Schreier sprach in diesem Zusammenhang die Empfehlung aus, bei Kindern, die aufgrund ihrer Anamnese zu Laryngitis bzw. Asthmaanfällen neigen, schon beim Auftreten von Heiserkeit und bellendem Husten eine antibiotische und antiphlogistische Therapie einzuleiten.

Nach den Ausführungen von H. L. Staudacher, Nürnberg, stützt sich die **Behandlung ekuter Intoxikationen** auf drei Säulen, nämlich auf die Elementarhilfe, die Gifentfernung aus dem Organismus und auf die Applikation von Antidotem.

1. Die *Elementarhilfe* beruht auf den Prinzipien des Notfall-ABC und hat die Wiederherstellung bzw. Aufrechterhaltung der kardiovaskulären und respiratorischen Vitalfunktionen sowie die Beseitigung von Störungen des Säure-Basen-Haushalts zum Ziel. Erst wenn die Vitalfunktionen stabilisiert sind, folgt

2. die *Gifentfernung* aus dem Organismus. Bei peroraler Vergiftung ist die Magenentleerung dringend erforderlich, wobei die Magenspülung als das am meisten effiziente Verfahren anzusehen ist. Das Trinken von hypertonischen Lösungen oder von Ipecacuanha-Sirup ist als Brechmittel ebenso problematisch wie Apomorphin. Zur enteralen Giftabsorption eignet sich am besten Tierkohle, zwecks Magenentleerung sollte man nur noch Natriumsulfat verwenden und kein Magnesiumsulfat (= Bitterwasser). Bei parenteralen Vergiftungen oder nach erfolgter Giftresorption kann man sich der alkalisierenden oder sauren Diurese bedienen und in schweren Fällen der sogenannten forcierten Diurese mit Furosemid (Lasix) und Elektrolytlösungen.

3. Die *Antidotbehandlung* ist die schwächste der drei Therapiesäulen. Es gibt kein Universalantidot, das sogenannte Antidotum universale wirkt nicht besser als Tierkohle. Abgesehen von einigen Ausnahmen, wozu die Gabe eines Entschäumers, wie Lefax, bei Vergiftungen mit Wasch- und Spülmitteln gehört, wirken die sogenannten spezifischen Antidote keineswegs so spezifisch, wie ihr Name erhoffen läßt. Hinzu kommt noch, daß einige von ihnen, vor allem die bei Metallvergiftungen verwendeten Komplexbildner, als „teilblind“ bezeichnet werden müssen: Sie binden die Substanzen lediglich nach ihrer Affinität, ohne zwischen giftig und lebensnotwendig unterscheiden zu können.

Referent:

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

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: Myasthenie gravis. Chronische Myokardschäden mit verlängerter Oberleitungszeit, AV-Block. Mg hemmt die Reizleitung, deshalb ist die Injektion von MAGNESIUM VERLA bei gleichzeitiger Herzglykosid-Therapie nur in Fällen von Tachykardie bzw. Tachyarrhythmie angezeigt.

Zusammensetzung: Oragées (entspr. 40 mg Mg = 3,3 mvel), Magnesium-L-glutaminic. 100 mg, Magnesium citric. 230 mg, Magnesium nicotinic. 5 mg, Ampullen zu 10 ml (entspr. 77 mg Mg = 6,3 mvel), Magnesium-L-glutaminic. 1000 mg, Konzentrat (1 Beutel enthält) mono-Magnesium-L-aspartat 1803 mg, Vitamin-B₆-nitret 2 mg, Vitamin B₁₂ 3 mg, Vitamin-B₁₂-hydrochl. 3 mg, Magnesium-Gehalt: 121,56 mg entspr. 10 mvel.

50 Oragées 8,10 OM, 150 Oragées 15,30 OM · 3 Ampullen 4,40 OM, 10 Ampullen 13,45 OM · Konzentrat 20 Beutel 8,85 OM, 50 Beutel 19,95

VERLA-PHARM

8132 TUTZING

Fortschritte bei Steinleiden

57. Ärztliche Fortbildungstagung Regensburg

Professor Dr. W. Dosch, Mainz:

Mineralogische Grundlagen der Steinbildung

Harnsteine sind festbegrenzte, in den Harnwegen gebildete Konkregationsmassen, die neben ca. drei Prozent filmbildender organischer Substanz aus schwerlöslichen kristallisierten Verbindungen bestehen. Chemisch lassen sich die Gruppen der Oxalate, Phosphate, Urate und Aminosäuren unterscheiden. Die exakte Steinanalyse ist Voraussetzung einer sinnvollen Therapie und Rezidivprophylaxe. Nur die mineralogischen Methoden der Phasenanalyse gewährleisten die unmittelbare und sichere Identifizierung der Harnsteinkomponenten. Kristallisationsvorgänge im Bios folgen den gleichen Gesetzmäßigkeiten wie im Labor. Die schwerlöslichen Harnsteinkomponenten kristallisieren erst dann, wenn ihr Löslichkeitsprodukt (exakt: Ionenaktivitätsprodukt) in dem komplizierten, mit Komplexbildnern und Lösungsvermittlern ausgestatteten, im Verlauf der Harnpassage örtlich und zeitlich seine Konzentration ändernden Milieu „Harn“ überschritten wird. Für die Kristallisation ist Übersättigung Voraussetzung, aber sie ist nicht deren notwendige Folge. Zunächst müssen wachstumsfähige Keime entstehen. Dies kann bei Überschreitungen des Ionenaktivitätsproduktes spontan geschehen oder durch die folgenden Vorgänge wesentlich gefördert werden: heftige Bewegungen, abrupte Konzentrationsänderungen und die Anwesenheit fester Oberflächen als Substrat für Kristallisationsvorgänge. Der Übergang von dem geringen Ordnungszustand der Materie in Lösungen in die raumgittermäßige Architektur des Kristalls bedarf eines zusätzlichen Energieaufwandes, d. h., die Bereiche für die Sättigung an einer schwerlöslichen Verbindung und für deren Kristallisationsbeginn sind durch eine Überschreitungszone getrennt. Dabei ist der Überschreibungsbetrag für den Beginn einer heterogenen Keimbildung (an fremden Oberflächen) geringer als für

die homogene Keimbildung (Kristallabscheidung aus einer „blanken“ Lösung). Sind erst einmal Keime gebildet, so beginnt ein Kristall unmittelbar an der Sättigungsgrenze zu wachsen. Die Voraussetzungen für Überschreitungen der Ionenaktivitätsprodukte schwerlöslicher Verbindungen sind in einem so vielkomponentigen System wie dem Harn unerhört komplex. Am einfachsten läßt sich der massive Einfluß des pH überschauen. Das Vermögen des Harns, Übersättigungen ohne Kristallabscheidungen zu tolerieren, nimmt bei den Phosphaten mit steigendem pH zu, bei Uraten mit abnehmendem pH. Die Löslichkeit der Oxalate, der häufigsten Harnsteinkomponenten, bleibt im physiologischen pH-Bereich leider konstant. Zur Chemolyse von Harnsteinen bedient man sich daher bekanntlich der Ansäuerung (Phosphate) oder der Alkalisierung (Urate), während man bei den Oxalaten machtlos ist.

Keimbildung, Kristallwachstum und Aggregation der Kristallite bis zur Stufe des mikrolithischen Harnsteins sind völlig normale Vorgänge, die uns alle betreffen. Während jedoch normalerweise der Harnstrom für die Ausscheidung kristalliner Bestandteile als Sediment sorgt, führt ein überschnelles Steinwachstum und eine Fixierung im Harntrakt dazu, daß eine noch passagefähige Größe bald überschritten wird.

Privatdozent Dr. Dr. P. O. Schwille, Erlangen:

Epidemiologie und Pathophysiologie der Urolithiasis

Die Häufigkeit von Harnsteinen wird nach vorsichtigen Schätzungen mit ein bis drei Prozent in allen westlichen Ländern angegeben, manche Schätzungen gehen bis zu 15 Prozent.

Derart stark schwankende epidemiologische Ziffern weisen darauf hin, daß diese „Volkskrankheit“ mit

undurchsichtiger Ätiologie, jedoch allgemein akzeptiertem metabolischen Grundcharakter, bisher nicht ausreichendes Interesse, vor allem bei den fördernden Instituten, gefunden hat. Da die Zunahme der Urolithiasishäufigkeit zeitlich in etwa zusammenfällt mit der Fehlernährung in Folge Luxuskonsums, Einschränkung der körperlichen Betätigung und verschiedenen Formen von psychischem Stress, so kann hier ein Zusammenhang vermutet werden.

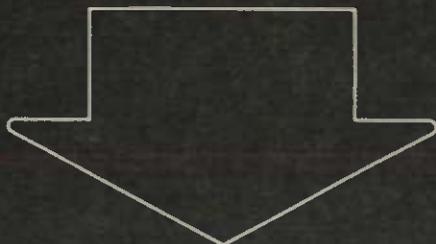
Wegen seiner stimulierenden Wirkung auf die intestinale Calcium-Absorption wird gegenwärtig der Einfluß des Konsums von Vitamin D (Supplementierung von Lebensmitteln) in die engere Betrachtung der Harnsteinpathogenese gerückt.

Während die auslösenden Schritte beim Zustandekommen von mehr als 80 Prozent der Harnsteine bisher nicht bekannt sind, ist die Entstehung der Magnesium-Ammonium-Phosphat-Konkremente, die ca. 15 bis 20 Prozent aller Steine ausmachen, weitgehend aufgeklärt worden: für seine Entstehung im Harntrakt ist ein alkalisches Urinmilieu von mehr als pH 7,0 Voraussetzung. Ursache dieser pH-Verschiebung beim Menschen sind Harnwegsinfekte mit vorzugsweise Proteus- und Pseudomonaskeimen. Anlaß zur Uratsteinbildung (Anteil an der Gesamt morbidity ca. 12 bis 15 Prozent) sind ein tiefsaures Urin-pH und ein Überschuß an Urinharnsäure. Über die Ursache dieser sogenannten „Säure-Starre“ ist jedoch wenig bekannt.

Den Hauptanteil an der Gesamt morbidity hat die Calcium-Lithiasis mit ca. 60 bis 70 Prozent. Obwohl die Forschungsergebnisse der letzten Jahre eindeutig gezeigt haben, daß der absoluten Größe des Urin-Calciums und -Oxalats keine entscheidende Bedeutung bei der Steinbildung zukommt, muß andererseits der Entstehungsmechanismus bereits eines geringen Grades von Hyperkalziurie diagnostisch herausgearbeitet werden, wenn eine sinnvolle Prophylaxe getrieben werden soll.

Die Neigung zur Spontanpräzipitation wird nicht vom molaren Konzentrationsprodukt (z. B. Calcium-Oxalat) der steinbildenden Anteile bestimmt, sondern vom Aktivitäts-

Einfache Dosierung



Bei bakteriellen
Infektionen

Eusaprim® forte



Standard-Dosierung

2 x 1 Tablette täglich

Eusaprim



Eusaprim
forte

=

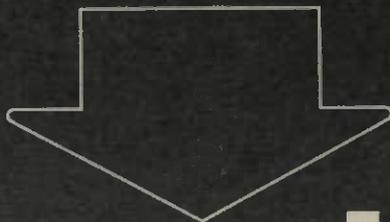


Eusaprim® steht Ihnen auch weiterhin zur Verfügung.
Standard-Dosierung von Eusaprim®: 2 x 2 Tabletten.

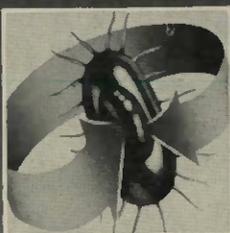
Niedrige Tageskosten

In dieser Jahreszeit häufig:

akute Infekte



Eusaprim® forte



Zuverlässige Therapie-Erfolge

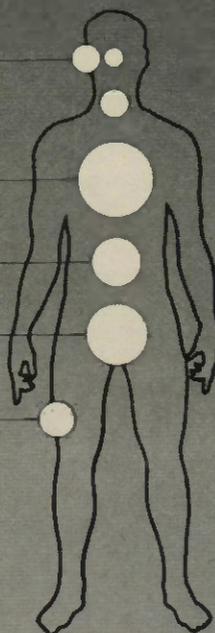
Hals-Nase-Ohren

Atemwege

Magen-Darm-Trakt

Urogenital-Trakt

Haut



Zusammensetzung: 1 Tablette Eusaprim® forte enthält 160 mg Trimethoprim und 800 mg Sulfamethoxazol. **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 Serumkreatininspiegel), schwere Schäden des hämatopoetischen Systems, Sulfonamidüberempfindlichkeit, Schwangerschaft und erste vier Wochen der Stillperiode, erste vier Lebenswochen. **Nebenwirkungen:** Gelegentlich allergische Reaktionen (bei Exanthemen Eusaprim® 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 ½ Tablette täglich. Maximal-Dosis: 2 x 1 ½ Tabletten täglich. **Packungen und Preise (m. MwSt.):** 10 Tabletten 17,70 DM, 25 Tabletten 40,50 DM



Wellcome

DEUTSCHE WELLCOME GMBH · 3006 BURGWEDEL 1

produkt; dieses berücksichtigt außer der molaren Konzentration, die der direkten chemischen Analyse zugänglich ist, auch Ionenstärke, welche eine Abhängigkeit der begleitenden Anionen (Citrat, Sulfat) und Kationen (pH, Ammonium, Natrium, Kalium) ist. Nur unter Zuhilfenahme leistungsfähiger Computer und unter Beachtung möglichst aller im Urin auftretender Komplexe zwischen freien Calciumionen und Säureresten lassen sich unterschiedliche Aktivitätsprodukte für Gesunde und Erkrankte errechnen.

Aufgrund dieser unterschiedlichen Aktivitätsprodukte wurde auf die Präsenz von Substanzen mit hemmender Wirkung auf die Präzipitation im Urin von Gesunden geschlossen (Inhibitor-Theorie) sowie auf den Mangel solcher Substanzen im Urin bei den meisten Stein-Kranken. Als Inhibitoren konnten u. a. auch saure Mukopolysaccharide (Heparin) identifiziert werden.

*Privatdozent Dr. H. J. Peters,
Mannheim:*

Pathophysiologie der Nierenkolik und ihre medizinische Behandlung

Ein Harnsteinleiden manifestiert sich klinisch durch Koliken, Dauerschmerzen, Mikro- oder Makrohämaturie oder durch eine sekundäre Pyelonephritis.

Die Häufigkeit der diagnostizierten Nierenbeckensteine ist bei beiden Geschlechtern etwa gleich, jedoch beträgt das Geschlechtsverhältnis bei den Harnleitersteinkoliken 3:1 zuungunsten der Männer, so daß man annehmen muß, daß bei Frauen Konkremente häufiger symptomlos abgehen. Abgesehen von der offensichtlich hormonellen Abhängigkeit spielt die Diurese eine entscheidende Rolle.

Da bei einer starken Diurese das Lumen des Harnleiters größer ist und die Peristaltik nicht mehr durchschneidet, können auch größere Konkremente aus den Nieren herausgespült werden, ohne eine Reaktion der Harnleiterwand zu induzieren. Eine reichliche Diurese schützt den Patienten daher nicht nur vor einer Ausfällung von Salzen, sondern erleichtert auch den Abgang von bereits entstandenen Konkrementen.

Da jedoch die Kontraktionswelle des Harnleiters eine spindelförmige Urinportion vor sich her treibt, kann in dieser Situation auch ein sehr kleines Konkrement in Kontakt mit der Harnleiterwand treten und durch Reizung von sensiblen Rezeptoren spastische Kontraktion des Harnleiters auslösen, die den Kontakt zwischen Stein und Harnleiterwand noch verstärken und schließlich zu einem lokalen tonischen Dauerspasmus des Ureters führen, der dann mit kolikartigen Schmerzen einhergeht.

Die afferenten sensiblen Impulse verlaufen dabei über sympathische Nervenfasern zu den thorakalen und lumbalen Segmenten. Aus der Lokalisation des Schmerzes läßt sich wiederum ein Rückschluß auf die Höhe des Steinsitzes ziehen. Jede längerdauernde Kolik, d. h. jeder Spasmus des Harnleiters, geht auch mit einer Harntransportstörung einher. Durch den fehlenden Abfluß staut sich der Urin in die Nieren zurück. Dies dokumentiert sich in einem dumpfen Dauerschmerz und einer Klopfempfindlichkeit des Nierenlagers durch die angespannte Nierenkapsel.

Im Tierversuch kann gezeigt werden, daß der Druck im gestauten Harnleiter vor allem durch den effektiven Filtrationsdruck der Niere bestimmt wird.

Normalerweise beträgt der effektive Filtrationsdruck nur 15 bis 30 mm Hg und sinkt bis zum Nierenkelch auf nur noch 1 bis 2 mm Hg ab. Bei einem Anstieg des Drucks im Nierenbecken durch Rückstau des Urins muß die Niere kompensatorisch reagieren, um ein positives Druckgefälle vom Glomerulum zum Nierenbecken und damit einen Harntransport aufrecht zu erhalten. Der effektive Filtrationsdruck nimmt dabei durch Dilatation des Vas afferens und Kontraktion des Vas efferens bis auf 70 Prozent des arteriellen Mitteldrucks zu. Auch bei komplettem Verschuß des Harnleiters geht die glomeruläre Filtration und tubuläre Rückresorption weiter. Es entsteht dabei im gestauten Harnleitersegment und im Tubulussystem ein Hochdruck, der, wenn er länger besteht, zu einer tubulären Schädigung bis hin zur Atrophie und Hydronephrose führt. Der plötzliche Druckanstieg durch Forcierung der Diurese mit Furosemid oder Kontrastmittelinjektion

kann das Hohlraumssystem an seiner schwächsten Stelle, am Übergang Nierenkelch zur Nierenpapille, zur Ruptur bringen.

Nur in den ersten Stunden nach Steineinklemmung reagiert der gestaute Harnleiter nach rein elastischen Gesetzen. Danach adaptiert er sich an den erhöhten Druck oberhalb des Konkrements. Infolge seiner viskoelastischen Eigenschaften nimmt der Druck exponential mit der Zeit ab und das Lumen zu. Durch diese Dilatation kann eine spontane Spasmyolyse eintreten und der Harnstein abgehen. Plötzliche Druckanstiege durch Vertikalbeschleunigung, wie Hüpfen und Springen bzw. Trinkstöße, wirken einer solchen Entwicklung entgegen und verhindern eine Relaxation des Harnleiters.

Früher glaubte man, daß der Harnleiter, ähnlich wie die Harnblase, parasympathisch innerviert sei, so daß es deshalb zahlreiche Kombinationspräparate eines Analgetikums mit einem Parasympatholytikum gibt. Jetzt weiß man jedoch, daß der Sympathikus die myogene Automatik der Harnleitermuskulatur modulieren kann, so daß die Gabe von Alpha-Sympathomimetika (z. B. Noradrenalin) induziert ist, was klinisch bereits bewiesen wurde.

Durch Alupent-Infusion konnten, ebenso wie durch Regitin-Injektion, Harnleiterkoliken beseitigt werden.

Wegen der beträchtlichen Nebenwirkung sind diese Präparate jedoch ambulant nicht einsetzbar, so daß die Basis der Therapie weiterhin die Sedierung und Analgesie ist, wodurch eine Senkung des Sympathikotonus herbeigeführt wird. Bei längerem Steinsitz ist auch eine antiphlogistische Therapie indiziert, da es zu einer ödematösen Schwellung der Harnleiterschleimhaut kommt, die eine Steinretention bewirken kann.

Professor Dr. W. Vahliensieck, Bonn:

Konservative Behandlung der Urolithiasis

Abgesehen von den zunehmenden Erfolgen bei der konservativen Harnsteinaustrreibung stehen bei der konservativen Behandlung des Harnsteinleidens einerseits die Fragen nach den Möglichkeiten der

Harnsteinauflösung, andererseits noch den Chancen einer Rezidivprophylaxe im Vordergrund.

Wesentliche Voraussetzung für therapeutische Erfolge ist die genaue Kenntnis der Stoffwechselsituation des Patienten. Weitere wichtige Anhaltspunkte liefert das Analyseergebnis eines Harnsteines. In den letzten Jahren fand man zunehmend häufiger Mischsteine mit überwiegendem Calcium-Oxalat-Anteil, deren Bildung aber durch eine Übersättigung der Lösung durch geringere Anteile von Harnsäure ausgelöst wird. Der Nachweis von etwa 95 Prozent Calcium-Oxalat und fünf Prozent Harnsäure erfordert also zur Rezidivprophylaxe auch eine diätetische und medikamentöse Beeinflussung auf die Harnsäureproduktion bzw. Ausscheidung.

Wir unterscheiden zwischen Empfehlungen, die generell für alle Steinträger in Betracht kommen und speziellen Empfehlungen, die auf die individuelle Situation bzw. Steinart abzielen. Zu den generellen Empfehlungen zählt die ausgewogene Flüssigkeitsbilanzierung. Die tägliche Flüssigkeitszufuhr sollte optimal so gestaltet werden, daß eine Urinausscheidung von mindestens 1,5 Liter in 24 Stunden resultiert. Je besser die Harndilution ist, um so geringer wird die Konzentration steinbildender Substanzen im Urin und die Gefahr der Auskristallisation von Steinen sein. Hinzu kommt, daß bei einer Diurese und unbehindertem Harnabtransport auch mit einer Ausspülung bereits gebildeter Keime gerechnet werden kann.

CO₂-haltige Flüssigkeiten sind wegen des harntreibenden Effektes durchaus von Vorteil, aber man sollte auf jeden Fall ein mineralarmes, speziell Calcium-armes Wasser bevorzugen. Jede einseitige Ernährung bzw. die Überladung mit Harnsteinbildnern kann die Harnsteinbildung fördern. Daraus resultiert die grundsätzliche Forderung nach einer normalem Mischkost mit nicht zu hoher Kalorienzufuhr, weil dadurch Fastenzyklen bzw. Phasen mit Nulldiät überflüssig werden, die aufgrund einer vermehrten Harnsäureausscheidung stets die Gefahr einer Harnsteinbildung mit sich bringen.

Die speziellen Empfehlungen richten sich nach der Steinanalyse. Die

medikamentöse Auflösung der *Calcium-Oxalatsteine* ist bisher nicht gelungen, deshalb muß medikamentös und diätetisch eine vermehrte Ausscheidung von Calcium und Oxalsäure verursacht werden. Es ist heute möglich, eine Hyperkalziurie durch spezielle Medikamente, wie Cempanyl, Esidrix oder Natrium-Cellulose-Phosphat, zu verhindern. Die Hyperoxaluria ist durch Succinimid zu beeinflussen. Reducto führt zu einer Anreicherung des Lösungsvermittlers Pyrophosphat. Durch Diphosphonat gelingt eine Hemmung der Oxalataggregation, durch Magnesium und Citrat eine Bindung von Calcium und damit eine Inhibition der Bildung von Calcium-Oxalat. Durch Zyloric ist bei gleichzeitiger Hyperurikämie und Hyperurikurie die Verminderung einer heterogener Nukleation zu erreichen.

Diätetisch ist eine Zufuhr von Milch und Mineralwasser wegen ihres relativ hohen Calciumgehaltes zu vermeiden. Zu bevorzugen sind Fachinger, Marienbader Rudolfsquelle und Wildunger Helenenquelle. Übermäßiger Genuß von Bohnenkaffee und schwarzem Tee steigert den Stoffwechsel. Eine Reduktion des Genusses von Käse (wegen seines hohen Calciumgehaltes), sowie von Schokolade, Spinat, Spargel und Rhabarber (wegen des hohen Gehaltes an Oxalat) wird empfohlen.

Bei den *Calcium-Phosphatsteinen* hängt der Effekt der Steinprophylaxe sehr von der Ausscheidung oder Beeinflussung spezieller ursächlicher Faktoren, wie Hyperkalziurie, Hyperphosphaturie, Infekt und Harnaalkalisierung, ab. Neben den Medikamenten zur Senkung der Calciumausscheidung benutzt man Aludrox zur Senkung der Phosphatausscheidung. Hinzu kommt die Möglichkeit, durch Diphosphonat die Umwandlung von amorphem Calciumphosphat in kristallines Apatit verhindern zu können. Diätetisch wird die Reduzierung von Milch, Käse und Mineralwässern empfohlen, um dadurch die Calciumausscheidung zu vermindern. Da die Phosphate im alkalischen Urin-pH-Bereich ausfallen, sind Flüssigkeiten und Nahrungsmittel, die den Harn alkalisieren, zu vermeiden und säuernde zu bevorzugen. Nach Konsum von ein bis zwei Zitrusfrüchten pro Tag ist eine Alkalisierung des Urins ebenso wie bei ver-

mehrter Zufuhr von Hohem C zu erwarten, so daß eine Reduzierung bei ansonsten normaler Mischkost anzuraten ist.

Bei den *Harnsäuresteinen* steht die Auskristallisation bei einem Überangebot an Harnsäure im Urin und saurem Urin-pH im Vordergrund. Durch eine medikamentöse Minderung der Harnsäureproduktion durch Allupurinol sowie die Alkalisierung des Urins durch Bicarbonat oder Uralyt-U ist bei über 90 Prozent der Harnsäuresteine eine komplette Auflösung zu erreichen und die Rezidivprophylaxe sehr effektiv zu gestalten. Nach erwiesener Auflösung eines Harnsäuresteines wird ca. ein viertel Jahr mit Uralyt-U prophylaktisch weiter mediziert, und dann kann ein Auslaßversuch – allerdings unter ständiger Urinkontrolle (Mikrohämaturie-Urate) – durchgeführt werden.

Die hereditäre *Zystinurie mit Harnsteinbildung* wie die Cystin-Steinbildung bei verschiedenen Erkrankungen, wie Morbus Wilson, Sklerodermie, idiopathischer Pulmonalfibrose, Bleivergiftung und PCP, sind außerordentlich selten. Die Cystin-Steine machen nur etwa zwei bis drei Prozent aller Harnsteine aus. Da sich Cystin um so besser im Urin löst, je höher der pH liegt, zielt die Auswahl der reichlich zugeführten Flüssigkeiten auf eine pH-erhöhende Wirkung und eine Harndilution ab. Die Diät soll der Verminderung der Ausscheidung von Cystin im Urin dienen. Im Vordergrund steht hier die Einschränkung von tierischen Proteinen, z. B. aus der Leber und der Niere bei Bevorzugung pflanzlicher Proteine. Insgesamt soll die tägliche Eiweißzufuhr auf etwa 1/2 g/kg KG/d reduziert werden.

Dr. R. Hautmann, Aachen:

Chirurgische Therapie der Urolithiasis

Man unterscheidet den spontan abgangsfähigen Stein, den Schlingenstein, den operativ einfachen und den operativ komplizierten Stein. Vor jedem Therapiebeginn muß eine vollständige röntgenologische Abklärung erfolgen, da es sonst unbemerkt zu einem Harnaufstau mit folgender Hydronephrose kommen kann.

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 Maßschalen (10 ml) Saft
enthalten: Bromhexinhydrochlorid 8,0 mg, Orcipranalin-
sulfat 5,0 mg, Doxylaminsuccinat 7,5 mg.
1 Kapsel Tetra-Abiadin enthält: Tetracyclinhydrochlorid
200,0 mg, Bromhexinhydrochlorid 4,0 mg, Orcipranalin-
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 16,60
	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**



Rund 90 Prozent der Harnsteine sind spontan abgangsfähig. Also müssen nur zehn Prozent operativ bzw. instrumentell entfernt werden. Die Schlinge ist indiziert, wenn der Spontanabgang eines Konkrementes die Gefäßkreuzung des Harnleiters passiert hat, also in das untere Drittel des Ureters eingetreten ist und nicht vorankommt, oder wenn beim Patienten rezidivierende Koliken auftreten und als einzige Alternative die Operation in Frage kommt. Die 1939 von Zeiss eingeführte Schlingenbehandlung hat sich in vollem Umfang bis heute bewährt. Die Dauerschlinge ist wesentlich ungefährlicher und erfolgreicher als die sofortige Extraktion des Konkrementes. Nachteil der Schlingenbehandlung ist die zeitliche Belastung des Patienten. Die Schlinge wird ohne Gewicht ca. zwei Tage belesen und der Patient aufgefordert, möglichst viel aufzustehen und herumzulaufen. Nach ca. zwei Tagen ist ein leichter Zug intermittierend oder als Dauerbelastung möglich. Im Durchschnitt ist die Schlingenbehandlung nach vier Tagen erfolgreich. Bleibt die Schlinge länger liegen, muß wegen der Infektionsgefahr ein operativer Eingriff diskutiert werden.

Die operative Entfernung von Nieren- und Harnleitersteinen ist indiziert, wenn nach Lage, Form und Größe der Konkreme ein spontaner Abgang nicht zu erwarten ist,

die Schlingenextrektion nicht in Frage kommt oder versagt hat, oder wenn Infektion oder Harnstein einen sofortigen Eingriff erfordern. Die Dringlichkeit des Eingriffes wird von der Abflußstörung, der Infektion und der Nierenfunktion bestimmt. Die Art des Eingriffes wird von der Lokalisation und der Anatomie bzw. Morphologie des Nierenbeckenkelchsystems bestimmt. Keine Indikationen zu Operationen sind verkalkte Papillennekrosen, Merzkystensteine, aseptische Steine von einer Größe kleiner als 1/2 cm und ruhende aseptische Kelchsteine. Unter operativ einfach versteht man Nieren- und Harnleitersteine, deren Entfernung ohne Verletzung des Nierengewebes möglich ist. Als Zugang zur Niere wird meistens ein Lumbodorsalschnitt gewählt, des Nierenbeckens wird von dorsal her geöffnet und der Stein entfernt.

Als operativ komplizierte Steine gelten die Nierenbeckeneusgußsteine. Gelingt die Entfernung vom Nierenbecken aus nicht, so bleibt nur der Zugang durch das Nierenparenchym, d. h. durch Nephrotomie oder Polamputetion. Wichtigste Voraussetzung für eine Verhinderung erneuter Steinbildung ist die Entfernung aller Steine und Steintrümmer, was nicht immer in annehmbarer Operationszeit gelingt. Die Überprüfung erfolgt durch manuelle Austastung, Sondierung und in letzter Zeit hat die Pyelosko-

pie eine gewisse Bedeutung erlangt. Bei multiplen oder stark zerbröckelnden Steinen ist man auf eine intraoperative Röntgenkontrolle angewiesen. Ein neues elegantes Verfahren ist die Koagulumpyelotomie. Nach Abklemmen oder Anzügeln des Ureters wird simultan eine Fibrinogen- und eine Thrombinlösung in das Nierenbecken eingespritzt. Nach ca. zehn Minuten bildet sich ein stabiler Fibrinausguß im Nierenbecken, der zusammen mit den inkorporierten Steinen entfernt werden kann. Ein wichtiger Anteil der Operation ist die eventuelle Beseitigung von Stenosen, da jeder Aufstau eine wichtige Voraussetzung für eine neue Steinbildung sein kann.

Zur Behandlung des Blasensteinlebens kennen wir heute die übliche konventionelle Methode der Sectio alta, die Zertrümmerung des Steines durch einen optischen Steinzertrümmerer oder Lithotryptor, die Vernichtung des Steines durch eine elektrohydraulische Schlagwelle und letztlich die Aufspaltung des Steines mittels Ultraschall. Viele dieser Verfahren haben auch heute noch ihre Berechtigung und ihre Vor- und Nachteile.

(Schluß folgt)

Referent:

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

Samstagseminar für angehende Allgemeinärzte

Die Bayerische Landesärztekammer veranstaltet für junge, angehende Allgemeinärzte und solche Kollegen, die sich für Allgemeinmedizin interessieren,

am Samstag, 2. April 1977, im Ärztehaus Bayern, Mühlbaurstraße 16, 8000 München 80

ein Samstagseminar.

Die Tagung beginnt um 9.00 Uhr s. t. und dauert etwa bis gegen 18.00 Uhr.

Folgende **Themen** werden behandelt:

1. Krankheitshäufigkeit in der Allgemeinpraxis
2. Anamnese, Diagnose und Therapie in der Allgemeinpraxis
3. Finanzierungshilfen bei der Praxisgründung
4. Die Zukunft der Allgemeinmedizin
5. Praxisorganisation und Rationalisierung
6. Grundsätze bei der Praxisgründung

Alle Kolleginnen und Kollegen, die daran teilnehmen wollen, melden sich bitte **umgehend** bei der Bayerischen Landesärztekammer, Mühlbaurstraße 16, 8000 München 80, Telefon (0 89) 41 47 - 294 (Frau Müller-Petter) an.

Bakterielle und nichtbakterielle Pneumonien im Kindesalter

Erreger und Behandlung

von Dieter A d a m

Aus der Kinderklinik der Universität München im Dr. von Haunerschen Kinderspital (Direktor: Professor Dr. med. K. Betke)

Allgemeines

Angesichts der Vielzahl der verschiedenen Erreger, die an akuten Infektionen im Bereich der Luft- und Atemwege beteiligt sein können, ist es nicht ganz einfach, exakte Angaben über die tatsächliche Größenordnung des *bakteriellen* Anteils bei diesen Erkrankungen zu machen.

Primär gelten 70 Prozent aller Pneumonien als abakteriell, die vorzugsweise durch Viren, seltener durch Mykoplasmen, Pneumozystis, Pilze und andere nicht den Bakterien zuzuordnende Mikroorganismen, verursacht werden. Durch Superinfektion mit pathogenen Keimen in Form des gemischten Kontagiums bzw. durch Sekundärinfektion kann sich der Prozentsatz wiederum erheblich in Richtung der klinisch als bakteriell erscheinenden Pneumonien verschieben.

Eine Erregerisolierung aus dem Sputum ist insbesondere bei Kindern wenig sinnvoll (da häufig normale Rachenflora isoliert bzw. ein für die Infektion nicht verantwortlicher Erreger gefunden wird und dieser fälschlicherweise als Infektionsverursacher behandelt werden könnte).

Eine Erregerisolierung aus Trachealsekret (z. B. bei der Bronchoskopie bei zystischer Fibrose u. a.) sollte dagegen in jedem Fall versucht werden.

Häufig muß, auch wegen der Schwere der Erkrankung, sofort mit einer adäquaten antibakteriellen Chemotherapie begonnen werden. Diese richtet sich nach dem aus Krankheitsbild, diagnostischen Maßnahmen und den besonderen Gegebenheiten (z. B. Neu- oder Frühgeborenes, Aspiration, während oder nach Masern oder Grippeinfektion usw.) wahrscheinlichsten Erreger.

Trotzdem sollte zunächst immer die Frage gestellt werden, ob überhaupt ein Antibiotikum erforderlich ist. Die banale Bronchitis mit Temperaturerhöhung erfordert noch keine antibakterielle Chemotherapie. Erst entsprechende pneumonische Hinweise im Röntgenbild und der Gesamtzustand des Patienten (hohes Fieber,

Atemnot, eventuell Zyanose, Nasenflügeln und der Auskultationsbefund) sollten für die Applikation eines Antibiotikums ausschlaggebend sein.

Häufigste Erreger sind Pneumokokken, Streptokokken, Staphylokokken, Klebsiella pneumoniae (Friedländer) sowie Haemophilus influenzae. Manchmal können auch Pseudomonas pyocyanea, E. coli (z. B. bei der zystischen Fibrose) und Enterobakter, insbesondere bei den sogenannten Hospitalinfektionen (z. B. beatmete Kinder), ursächlich oder auch sekundär beteiligt sein.

Selten sind Infektionen mit Proteus-Arten, Bacteroides, anaeroben Streptokokken und anderen anaeroben Bakterien.

Die Entstehung einer Pneumonie bei Säuglingen und Kleinkindern kann durch ein Antikörper-Mangel-syndrom (auch ein transitorisches) begünstigt werden, wobei vorzugsweise Pneumokokken, Streptokokken, Staphylokokken und Haemophilus influenzae beteiligt sind. Außerdem können Bronchusobstruktionen mit Atelektasebildung, zystische Fibrose, Tumoren, Aspiration von Erbrochenem, ösophago-tracheale Fisteln oder aspirierte Fremdkörper, sowie Hämoblastosen und zahlreiche andere Grundkrankheiten eine Pneumonie zur Folge haben.

Die Neugeborenen-Pneumonie entsteht oft infolge von Atelektasen oder durch Aspiration von infiziertem Fruchtwasser.

Gezielte antibakterielle Therapie bei nachgewesenem oder vermutetem Erreger

a) Pneumokokken-Pneumonie

Die Erkrankung tritt meist als Lobär- bzw. Segmentpneumonie auf. Der Erregernachweis gelingt manchmal aus dem Sputum oder aus dem Blut. Die Erkrankungshäufigkeit nimmt – beginnend mit den ersten Lebensjahren (bei Säuglingen selten!) – stetig zu.

Therapie

Mittel der Wahl ist *Penicillin G*

Dosierung: 50 000 bis 100 000 E/kg/d bzw. 1,2 bis 1,6 Mega E/d Gesamtdosis, bei größeren Kindern und Erwachsenen i.m. in zwei bis vier Einzelgaben (als Penicillin G plus Procain-Penicillin G).

Bei feichteren Verlaufsformen auch Oralpenicilline (z. B. Penicillin V, Phenethicillin, Propicillin) in einer Dosierung von 50 000 bis 100 000 E/kg/d bzw. 200 bis 250 mg/kg/d, verteilt auf sechs Einzelgaben initial bzw. bei *schwereren Verlaufsformen nach Entfieberung*.

Zu beachten ist die manchmal schlechte bzw. gestörte orale Resorption bei Säuglingen und Kleinkindern!

Die orale oder parenterale Gabe anderer Antibiotika, wie z. B. der Cephalosporine parenteral bzw. des Cephalaxins oral, des Erythromycins, Lincomycins, der Tetracycline und des Chloramphenicols bieten bei Pneumokokken-Pneumonien gegenüber dem Penicillin G keinen Vorteil, es sei denn, eine Penicillin-Überempfindlichkeit liegt vor. Tetracycline sind in der Wirkung unsicher, da es resistente Pneumokokken gibt und sollten daher nur nach vorheriger Empfindlichkeitstestung eingesetzt werden.

Strenge Bettruhe, reichlich Flüssigkeitszufuhr, gegebenenfalls entipyretische Maßnahmen sowie eine rechtzeitige Sauerstoffzufuhr sind weitere Bestandteile notwendiger Therapiemaßnahmen.

Die Therapiedauer sollte zwei Wochen betragen (sofern keine Komplikationen auftreten), jedoch mindestens aber bis drei Tage nach Entfieberung fortgesetzt werden. Tritt eine Entfieberung (z. B. bei einer echten Lobärpneumonie) bereits innerhalb von 24 Stunden nach Behandlungsbeginn ein, ist eine gesamte Behandlungsdauer von sieben Tagen im allgemeinen ausreichend.

b) Streptokokken-Pneumonie

Eine durch Streptokokken hervorgerufene Pneumonie ist bei Erwachsenen sehr selten, bei Kindern etwas

häufiger. Sie kann primär oder im Gefolge von Grippe oder Masern auftreten.

Therapie

Sie entspricht den Angaben bei der Pneumokokken-Pneumonie (s. d.). Infolge der relativ häufig auftretenden Komplikationen (Pleuritis, Empyem, Perikarditis, Glomerulonephritis) und der protrahierten Verlaufsform ist eine Therapiedauer von mindestens drei Wochen zu empfehlen.

c) Staphylokokken-Pneumonie

Im Kindesalter tritt die Staphylokokken-Pneumonie am häufigsten im ersten Lebensjahr, insbesondere bei jungen Säuglingen auf. Nicht selten entsteht sie im Anschluß an eine Virusinfektion der oberen Luftwege, bei der zystischen Fibrose oder als Grippekomplikation, wobei sich relativ leicht eine konfluierende Pneumonie mit multipler Abszeßbildung entwickeln kann.

Therapie

Im Regelfall ist eine Behandlung mit oral applizierbarem Cephalexin (= Oracef oder Ceporexin, Sefril) erfolgreich. Die Dosis liegt bei 100 bis 150 mg/kg/d, verteilt auf drei bis vier Tagesgaben. Bei schweren Verlaufsformen empfiehlt sich die Gabe von Cephalotin (= Cephalotin, Cepovenin) in einer Dosierung von 150 bis 300 mg/kg/d i.v. oder Cefacetil (= Celospor) bzw. Cephadrin (= Sefril) in einer Dosierung von 100 bis 200 mg/kg/d i.v.

Werden Penicilline bevorzugt, dann muß, da Staphylokokken in der Mehrzahl (ca. 50 Prozent) Penicillin G resistent sind, ein penicillinasefestes Penicillin aus der Isoxazolylreihe, z. B. Flucloxacillin (= Staphylex), Cloxacillin (= Stapenor) oder Dicloxacillin (Diclostapenor) appliziert werden. Dosierung: 100 bis 150 mg/kg/d oral oder i.v.

Bis zum Vorliegen des Antibiotogramms oder wenn eine Erregerisolierung nicht möglich ist, ist eine Kombinationstherapie mit Penicillin G zu empfehlen.

Als weitere Antibiotika kommen in Frage Lincomycin = Albiotic, Cilimycin in einer Dosis von 60 (-100) mg/kg/d i.v. oder oral (Cave! relativ hohe primäre Resistenz der Staphylokokken gegenüber Lincomycin)

und Fusidinsäure (= Fucldine) 60 (-80) mg/kg/d.

Die Häufigkeit von Rückfällen, Komplikationen (z. B. Lungenabszeß, Mikroabszesse, bronchopleurale Fisteln, Pleuraempyem, Pyopneumothorax, Pneumatozelen) sowie Spätmetastasen (Osteomyelitis!) ist groß. Chirurgische Drainage und Eiterableitung müssen gegebenenfalls durchgeführt werden.

d) Klebsiellen- (Friedländer-) Pneumonie

Die Klebsiellen-Pneumonie tritt bei Kindern noch seltener wie beim Erwachsenen auf. Gelegentlich imponiert sie als Hospitalismusinfektion auf Säuglings- und Intensivpflegestationen.

Therapie

Sie ist wegen der multiplen Resistenz der Erreger ohne vorheriges Antibiotogramm schwierig.

Amikazin (= Biklin) i.v. oder i.m. ist in einer Dosierung von 15 mg/kg/d in zwei Dosen angezeigt. *Achtung:* Die Substanz kann ototoxisch sein, daher *Kontrolle der Nierenfunktion* und *Unterrichtung der Eltern* unbedingt erforderlich. Bei eingeschränkter Nierenfunktion besteht die Gefahr der Kumulation.

Weitere Therapiemöglichkeiten bestehen in der Kombination von Gentamicin (= Refobacin) oder Tobramycin (= Gernebcin) in einer Dosierung von 5 (-7,5) mg/kg/d mit Cephalotin 100 bis 200 mg/kg/d i.v. oder Cefacetil (Celospor) in gleicher Dosierung.

e) Haemophilus-Influenzae-Pneumonie

Bei dieser im Kindesalter ebenfalls relativ seltenen Pneumonieform handelt es sich zumeist um eine Leppen- oder Segmentpneumonie.

Therapie

Das Antibiotikum der Wahl ist Ampicillin in einer Dosierung von 200 bis 300 mg/kg/d, zunächst i.v. und später oral als Amoxycillin (= Clamoxyl) in einer Dosierung von 100 bis 150 mg/kg/d. Auch Pivampicillin ist in derselben Dosierung (bezogen auf den Ampicillinanteil) in drei bis vier Einzelgaben geeignet.

Bei Penicillin-Allergie ist Chloramphenicol in einer Dosierung von 80 (-100) mg/kg/d oral oder parenteral

das Mittel der Wahl. Alternativen sind auch Co-Trimoxazol (= Bactrim, Eusaprim) oder Doxycyclin (= Vibramycin) 4 mg/kg/d.

f) Mykoplasmen-Pneumonie

Nur drei bis zehn Prozent der bei Kindern und Erwachsenen häufiger vorkommenden Mycoplasma-pneumoniae-Infektionen der Atemwege werden zu einer echten interstitiellen Pneumonie. Der Rest imponiert als Bronchitis. Die Erreger lassen sich aus dem Rachenabstrich heranzüchten. Komplementbindungsreaktion ist durchführbar zur Diagnostik.

Therapie

Als Chemotherapie der Wahl kommt gegebenenfalls (die meisten Formen heilen auch ohne Chemotherapie komplikationslos ab) die Applikation von Doxycyclin (4 mg/kg/d) oral in Frage.

g) Pilz-Pneumonien

Lungeninfektionen durch Candida albicans (Soor-Pneumonie), Aspergillus, Cryptococcus neoformans und Histoplasma capsulatum sind schwer zu diagnostizieren.

Vor einer antimykotischen Therapie sollte in jedem Fall versucht werden, den Erreger aus dem Tracheal- oder Bronchialsekret, aus dem Pleuraeiter oder der Blutkultur nachzuweisen.

Therapie

Sie erfolgt bei gesicherter oder wahrscheinlicher Diagnose mit einer Kombination von Amphotericin B (0,2 bis 0,3 mg/kg/d) intravenös und 5-Fluorocytosin (= Ancotil) (100 bis 200 mg/kg/d verteilt auf drei Einzelgaben) oral (nur notfalls i.v.).

Die Dauer der Behandlung muß wegen der hohen Rezidivgefahr über mehrere Wochen fortgesetzt werden. Meist tritt ein therapeutischer Erfolg erst nach Beseitigung der Grundkrankheit ein.

h) Interstitielle plasmazelluläre Pneumonie

Erreger ist das Protozoon Pneumocystis carinii. Tritt auf bei herabgesetzter Immunitätslage (Leukämie u. a.).

Diagnose mit Hilfe des Röntgenbildes(?), Komplementbindungsreaktion und aus Sputum- bzw. Punktionsmaterial.

Woelm Pharma informiert!

Damit die Therapie der Hyperurikämie für Arzt und Patient erleichtert wird

Allopurinol-retard

300 mg

Der zuverlässig harnsäuresenkende Effekt unseres Allopurinol-retard 300 mg ist klinisch erwiesen*).

Die besondere Retardierung des Wirkstoffes gewährleistet eine verzögerte Freisetzung und Resorption des Pharmakons, aus der ein ausgeglichener Blutspiegelverlauf resultiert. Physiologisch unerwünschte Wirkstoffschwankungen werden verhindert.

Die erforderliche Tagesdosis wird auf einmal eingenommen. Das vermindert Einnahmefehler und erhöht die therapeutische Sicherheit.

Bei einer längerdauernden Behandlung genügt in vielen Fällen eine Erhaltungsdosis von 150 mg retardiertem Allopurinol. Das entspricht ½ Tablette Allopurinol-retard.

Unser Allopurinol-retard ist die einzige retardierte Allopurinol-Tablette, die teilbar ist.

*) Zilch, Ärztliche Praxis 7, 204-208, 1976

Allopurinol-retard 300 mg galenisch durchdacht – therapeutisch überzeugend



Woelm Pharma
GmbH & Co. Eschwege

Zusammensetzung 1 Tablette enthält 300 mg 1H-Pyrazolo[3,4]pyrimidin-4-ol – Allopurinol

Indikationen Urikopathien, wie primäre und sekundäre Gicht, Hyperurikämie sowie Uratablagerungen in Geweben, Gelenken, Nieren und ableitenden Harnwegen. Mit Stoffwechsel einhergehende harnsaure Diathesen (z. B. Diabetes, Hyperlipoproteinämie) **Dosierung** Im allgemeinen 1 Tablette pro Tag. Die Einnahme soll nach dem Frühstück mit reichlich Flüssigkeit erfolgen. Für die Langzeitbehandlung genügt in vielen Fällen ½ Tablette täglich. **Kontraindikationen** Während der Schwangerschaft und der Stillperiode soll Allopurinol nicht eingenommen werden. **Nebenwirkungen** In seltenen Fällen allergische Hautreaktionen, Übelkeit und Erbrechen. Bei bereits vorhandenen Uratablagerungen können zu Beginn jeder harnsäuresenkenden Maßnahme in seltenen Fällen Gichtattacken auftreten.

Für Ihre Verordnung 20 Tabletten 29,55 DM II. AT m. MSI, 40 Tabletten 54,90 DM II. AT m. MSI.

Therapie

Als spezifische Therapie wird die Gabe von Pentamidin (= Lomidine) 4 mg/kg/d i.m. einmal täglich empfohlen. Dauer etwa 10 bis 14 Tage. Auch Co-Trimoxazol (= Bactrim, Eusaprim) ist im Gespräch. Die Erfahrungen sind allerdings noch gering.

l) Pneumonien durch seltene Erreger

Hierzu gehören *Pseudomonas aeruginosa*, *E. coli*, *Proteus* u. a. Eine gezielte Chemotherapie kann nur nach Erregerisolierung und Antibiogramm erfolgen.

„Ungezielte“ Therapie bei nicht oder noch nicht nachgewiesenem Erreger

a) Akute Pneumonien, außerhalb der Klinik erworben

Bei bakterieller Ätiologie sind Pneumokokken die häufigsten Erreger. Daher ist ein Behandlungsversuch mit einem Penicillin (oral oder i.v.) zunächst immer angezeigt. Zur Sicherheit sollte dazu ein sogenanntes „Staphylokokken-Penicillin“ (z. B. Flucloxacillin, Oxacillin, Cloxacillin, Dicloxacillin) oral oder i.v. gegeben werden. Genauso geeignet ist Cephalexin (= Oracef, Ceporexin) oral oder Cephalotin (= Cephalotin, Cepovenin) i.v.

Dosierung usw. s. o.

b) Akute Pneumonie, in der Klinik entstanden

Man muß mit gramnegativen Erregern rechnen, hauptsächlich bei Früh- und Neugeborenen und bei Leukämien oder bei Antikörpermangelsyndrom.

Aus diesem Grunde ist eine Kombinationsbehandlung wie bei Sepsis zu empfehlen, d. h. ein Aminoglykosidantibiotikum (Gentamicin, Tobramycin, Amikazin) in Kombination mit einem Cephalosporin (z. B. Cephalotin).

Dosierung s. o. unter Klebsiellen-Pneumonie. Nach Erregerisolierung, die versucht werden sollte, und Sensibilitätsprüfung muß eventuell umgestellt werden. Chloremphenicol, Tetracycline und Erythromycin kommen erst in zweiter Linie in Betracht.

Anschrift des Verfassers:

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

Ernährung und Diät heute

Vorschau auf die Themen und Referenten des

59. Augsburger Fortbildungskongresses für praktische Medizin vom 25. bis 27. März 1977

von A. Schretzenmayr

Von den zwei Hauptthemen des 59. Augsburger Ärztekongresses bedarf das erste — „Der alte Mensch in der Sprechstunde“ — kaum einer Begründung und Erklärung. Durch die ständige Zunahme der Lebenserwartung in den letzten fünf Dezenien ist es zu einer signifikanten Verschiebung der Altersverteilung der Patienten in der ärztlichen Sprechstunde mit einem ständig wachsenden Anteil an älteren Menschen gekommen. Diese relative und absolute Zunahme der älteren Patienten betrifft sowohl die Allgemeinmedizin wie auch alle Fachgebiete mit Ausnahme der Pädiatrie. Heute muß man im Durchschnitt etwa ein Drittel aller ambulanten Patienten als geriatrische Fälle einordnen; der Anteil wächst von Jahr zu Jahr und erreicht in bestimmten Fachpraxen, z. B. Augenheilkunde, bereits jetzt schon die 50-Prozent-Grenze. Diagnose und Therapie der Erkrankungen des älteren Menschen stellen aus diesen Gründen Tag für Tag den Arzt vor neue Probleme, bedeuten für ihn ein ständiges Anliegen für seine ärztliche Fortbildung. Es gibt deshalb kaum einen Ärztekongreß, der nicht diesem Auftrag der bestmöglichen Betreuung des alten Menschen in der Sprechstunde Rechnung tragen würde.

Belm 59. Kongreß werden folgende Themen und Referenten am Samstag, 26. März 1977, die neuesten Entwicklungen auf dem Gebiet der geriatrischen Erkrankungen aufzeigen:

Privatdozent Dr. J. P. Junod, Genf: „Warum und wozu Geriatrie?“

Professor Dr. D. Michel, München: „Das Altersherz“

Professor Dr. H. Herzog, Basel: „Die sogenannte Altersbronchitis“

Dr. R. Schäfer, Zürich: „Rheuma im Alter“

Professor Dr. K. Oesterreich, Heidelberg: „Gerontopsychiatrie — eine neue Disziplin“

Professor Dr. G. Döring, München: „Geriatrische Gynäkologie“

Professor Dr. H. Bünthe, Münster: „Alterschirurgie“

Round-table-Gespräch: „Probleme der medikamentösen Therapie im Alter“ (Gesprächsleiter: Professor Dr. H. Kaiser, Augsburg)

Das zweite Hauptthema, das am Sonntag, 25. März 1977 ablaufen wird — „Diätetik heute“ —, bedarf im Gegensatz zur Geriatrie einer ausführlicheren Begründung; denn nicht selten stößt beim Patienten eine Therapie, die einen einschneidenden Eingriff in seine lieb gewonnenen Ernährungsgewohnheiten bedeutet, auf Abneigung, ja Ablehnung, und manchmal ist sogar innerhalb der Ärzteschaft eine gewisse Skepsis betreffs der Durchführbarkeit und Wirksamkeit einer Behandlung durch Änderung der Ernährungsgewohnheiten anzutreffen.

Dabei gehört die Behandlung durch Diät, und zwar durch eine dem individuellen Bedürfnis des Kranken und der Krankheit angepaßte Kost, zu den ältesten Formen der ärztlichen Behandlung überhaupt, erstmals wissenschaftlich erforscht und systematisch angewandt von den Ärzten der hippokratischen Schule

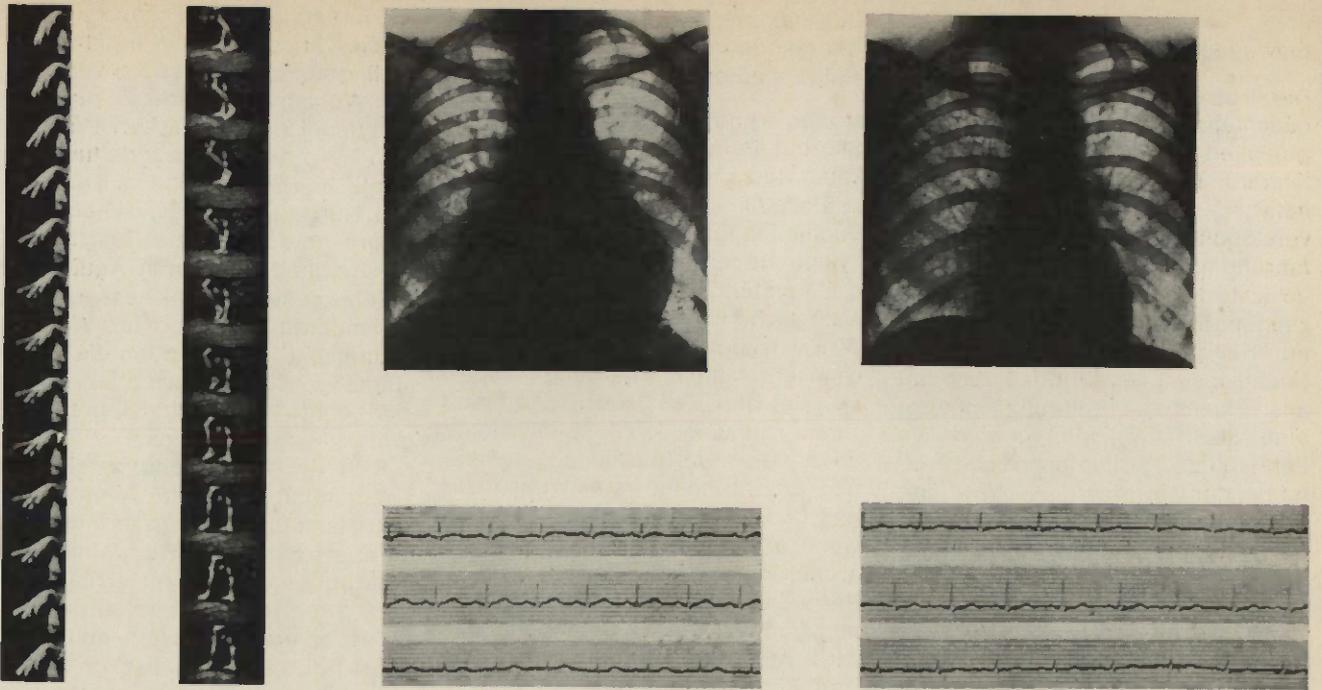


Abbildung 1

Die Beri-Beri, größte und jahrhundert dauernde „Seuche“ infolge qualitativer Fehlernährung (ausschließlicher Genuß von poliertem Reis), ist durch eine einfache „Diät“ (gemischte Kost) mit Sicherheit heilbar

links: Schwere Nervenlähmungen und Bewegungsstörungen des Beri-Beri-Kranken

Mitte: Beri-Beri Herz v o r der Behandlung (Diät und Vitamin B)

rechts: Beri-Beri Herz n e c h der Behandlung

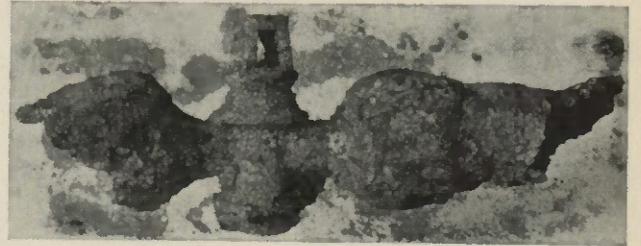
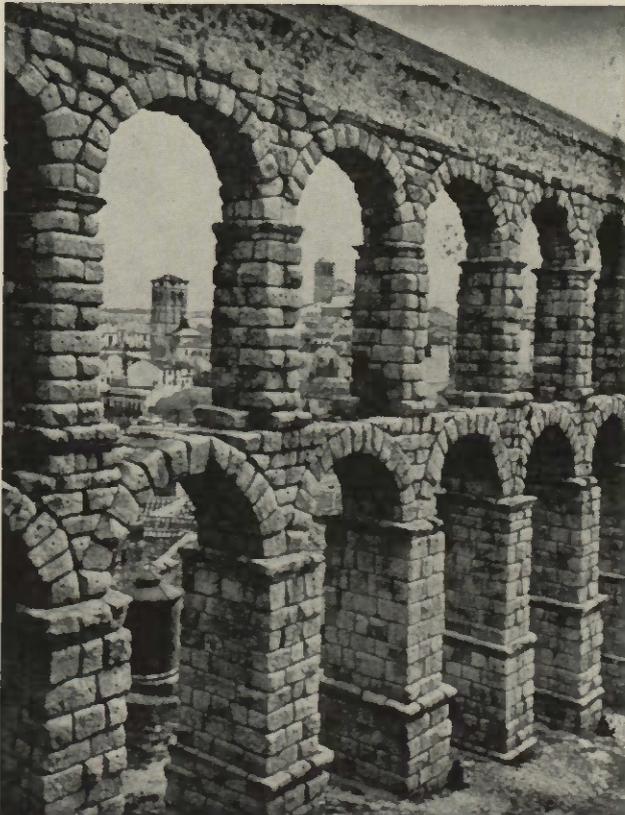


Abbildung 2

Die mehrgeschossigen kühnen Ingenieurbauten brachten den Römern frisches gesundes Quellwasser bis vors Haus. Der Fehler lag in der Verteilung innerhalb des Hauses: Durch Verwendung von Bleirohren entstand chronische Bleivergiftung

links: Der Aquädukt von Segovia (Spanien)

oben: Bleirohr des „Römischen Hauses“ in Köln

im fünften Jahrhundert vor der Zeitwende.

Die trotzdem immer noch zu beobachtende Abneigung oder Gleichgültigkeit gegen eine Diät, gegen längerdauernde Änderungen der Ernährungsweise ist deshalb schwer verständlich. Sowohl die tägliche Erfahrung im Einzelfall wie die Geschichte der Medizin vermitteln überzeugende Beweise dafür, daß nicht nur Hungerkatastrophen Krankheiten auslösen, sondern daß auch bei ausreichendem Nahrungsangebot eine qualitative oder quantitative Fehlernährung oder technische Fehler bei der Gewinnung, Aufbereitung und Zubereitung der Nahrungsmittel krank machen können, ja sogar große ernährungsbedingte „Seuchenzüge“ auslösen können; nach Aufklärung der Ursache verschwinden diese „Seuchen“ durch Beseitigung der Fehlernährung, also durch eine richtige Diät wieder völlig. Nur ein paar Beispiele seien zur Illustration genannt und zugleich zu der Möglichkeit, ähnlicher, ernährungsbedingter Erkrankungen in unserer zivilisierten Welt Stellung genommen:

Jahrhundertlang wurde der Ferne Osten, insbesondere Südostasien, in der heißen Jahreszeit durch Massenerkrankungen der Bevölkerung an Beri-Beri erschüttert und praktisch in seiner Aktivität gelähmt. Der Schreiber dieser Zeilen gehört zu den letzten noch lebenden Tropenmedizinern, der als junger Arzt in Fernost solche Beri-Beri-Epidemien miterleben und ärztlich behandeln konnte. Schon demals wußten wir, daß die Beri-Beri durch falsche Ernährung, durch eine qualitative Mangelernährung, nämlich durch ausschließlichen Genuß von poliertem, Vitamin B₁-freien Reis, hervorgerufen wird; und wir versuchten durch eine richtige „Diät“, nämlich durch zusätzliche B₁-haltige Sojabohnen und „roten Reis“ zu behandeln und zu heilen: Wir sind mit unserer Diät gescheitert! Die Patienten blieben bei ihrem geliebten, polierten Reis, wir fanden den roten Reis und die Sojabohnen immer wieder in den Abfallkörben und Toiletten des Krankenhauses, und es halfen keine Aufklärung und keine Strafen. Wir mußten mit Vitamin B₁-Spritzen und -tabletten behandeln, was natürlich gegenüber der Diätbehandlung höhere Kosten verursachte. Erst durch jahrzehntelange Umerziehung der Bevölkerung, erst nach zwei bis drei

Generationen, ist es heute in Fernost gelungen, der Beri-Beri-Seuche einigermassen Herr zu werden.

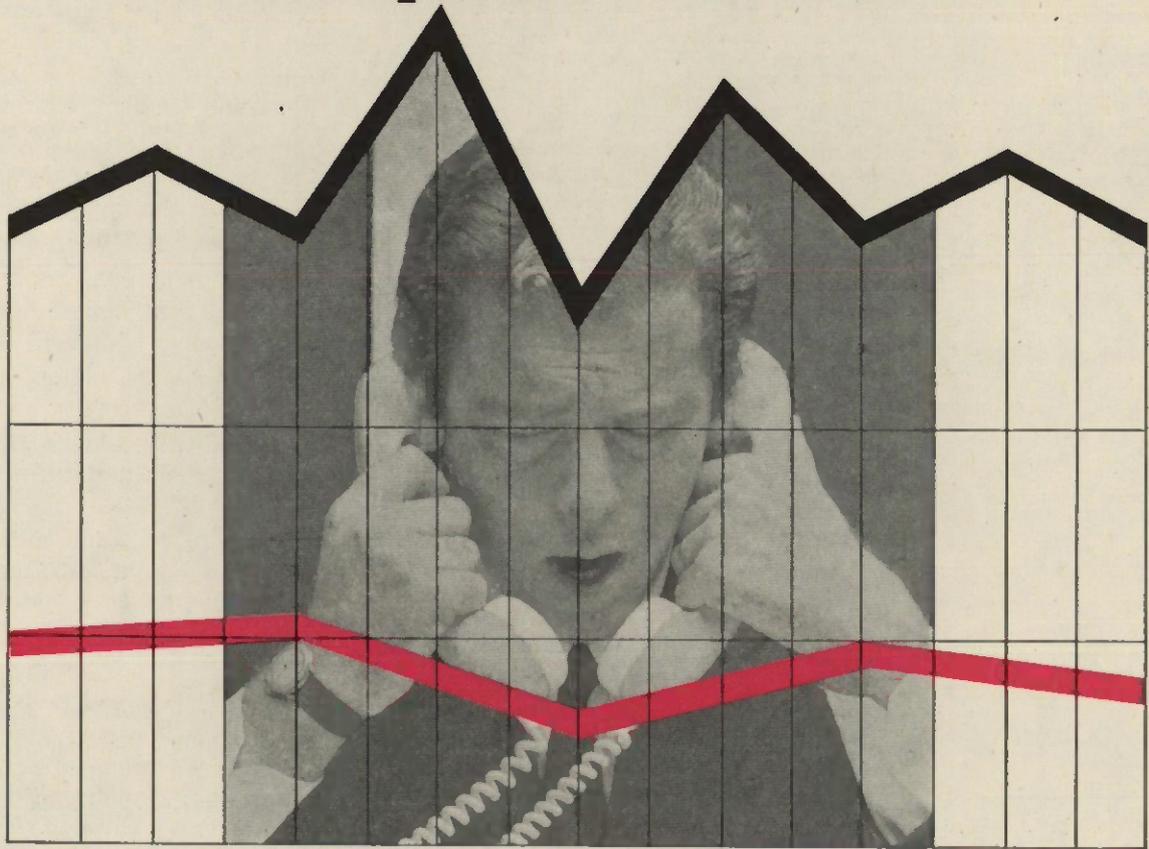
Mangelerekrankungen, wie Beri-Beri, Skorbut, Pellagra u. a., gibt es heute kaum noch. Nur gelegentlich treten in Einzelfällen beim alten Menschen Vitaminmangel- und Eiweißmangelsymptome auf, wenn die Pflege und das Verständnis für eine gemischte Kost nicht voll gewährleistet sind. Was wir aber aus den großen Seuchen der Mangelernährung – speziell der Beri-Beri – lernen können, ist die Tatsache, daß der Mensch mit ungeheurer Hartnäckigkeit an seinen Ernährungsgewohnheiten festhält und er dies oft auch dann tut, wenn er über die Folgen der Fehlernährung und über die Ursache der Erkrankung und ihre einfache Heilungsmöglichkeit eingehend belehrt wird. Aus der Geschichte der Beri-Beri können die Ernährungstherapeuten noch weitere Lehren ziehen: Der Kampf gegen krankmachende Ernährungsgewohnheiten scheint zunächst hoffnungslos verloren; er ist erst nach Generationen zu gewinnen, weil die Kinder, die am Tisch der Eltern essen, zunächst deren Essensgewohnheiten annehmen; der Kampf muß demnach am Eßtisch der Familie, durch Aufklärung der Jugend und Schaffung von Vorbildern geführt werden!

Eine weitere, seuchenhaft auftretende Erkrankung, bedingt durch Fehler bei der Gewinnung und Verarbeitung der Nahrungsmittel brauche ich nur kurz zu erwähnen, da hierüber aus Anlaß des 58. Augsburger Ärztekongresses in dieser Zeitschrift (1976, Heft 9, Seiten 798 bis 808) ausführlicher berichtet wurde, das Antoniusfeuer; von der Antike bis Mitte des 17. Jahrhunderts mit Rückfällen bis in die Neuzeit, wurde es durch eine fehlerhafte Technik beim Sieben und Ausmahlen des Roggens verursacht, indem das Gift des Mutterkornpilzes dem Brotmehl beigemengt wurde. Es kam zu Vergiftungen großer Bevölkerungsgruppen in Form von Absterben und Abfallen der Glieder sowie von psychotischen Symptomen. Erst als durch den französischen Arzt Tuillier die Ursache geklärt werden konnte, und der Bevölkerung ein giffreies Brot zur Verfügung stand, verschwand die Seuche. Eine andere „technische“ Verunreinigung, diesmal des Trinkwassers, hat Einfluß auf den Ablauf der Weltgeschichte genommen: unter den Ursachen des

Niedergangs des Römischen Weltreiches findet sich ein ernährungsbedingter Faktor: mit dem wachsenden Wohlstand gehörte es zum Statussymbol des römischen Bürgers, sein Haus an die Wasserleitung der staatlichen Aquädukte anzuschließen. Nun legten die römischen Ingenieure gerade auf die Frische und die Reinheit des durch Aquädukte weit hergehöhten Trinkwassers ganz besonderen Wert, und ihre Wasserleitungsbauten in und um die Großstädte des Römischen Weltreiches sind heute mit Recht Gegenstand großer Bewunderung. Der Fehler saß in der Endverteilung: die Abzweigungen von den Aquädukten zum Haus und die Wasserleitungen im römischen Haus wurden aus Blei gefertigt – es kam zur schleichen- den, chronischen Bleivergiftung gerade der erfolgreichsten und tüchtigsten Bürger der römischen Städte und damit zur Beschleunigung des auch aus anderen Gründen drohenden Verfalls des Reiches.

Da unsere Ernährung heute weit mehr als früher mit Hilfe der Technik gewonnen, konserviert und verteilt wird, ist die Frage durchaus berechtigt, ob auch heute die Möglichkeit von ernährungsbedingten Erkrankungsursachen, wie beim Antoniusfeuer oder bei der chronischen Bleivergiftung, besteht. Die Beimengung von Blei, organischen Giftstoffen oder bakteriellen Verunreinigungen von Nahrung und Trinkwasser in größerem Umfang dürfte heute infolge der Überwachungsmaßnahmen kaum zu befürchten sein, wenn gleich gelegentlich, wie zur Zeit bei der Salmonellenübertragung durch Nahrungsmittel, vorübergehende Probleme auftreten können. Dagegen wird von der Bevölkerung und auch von einem Teil der Wissenschaftler befürchtet, daß die potentielle Beimengung nuklearer Stoffe zur Nahrung noch nicht mit der notwendigen Sicherheit in Kontrolle gehalten werden kann. Es wird geltend gemacht, daß gerade auf dem Ernährungssektor die Fähigkeit der radioaktiven Stoffe zur Inkorporation zu einem Teufelskreis führen kann: Ein auch geringgradiger, radioaktiver Ausfall, weit ab von dicht bewohnten Gebieten, wird von der Vegetation und vom Wasser aufgenommen, gelangt über das Viehfutter in die Milch und das Fleisch, wird im Menschen teils inkorporiert, teils wieder ausgeschieden, gelangt über Wasser und Fäkalienverwertung wieder ins

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 ergeben auch bei langfristiger Anwendung keinen pathologischen Befund.

Kontraindikationen

AV-Block II. und III. Grades, ausgeprägte Bradykardie, nicht kompensierte Herzinsuffizienz, Asthma bronchiale. Schwangeren sollten β -Sympathikolytika, solange noch keine genügenden Erlehnungen 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 Antidote empfohlen: Man verabreicht 1 mg Atropinsulfat i.v. und, wenn die Pulsfrequenz daraufhin nicht genügend ansteigt, ein β -Sympathikomimetikum. Die Behandlung mit β -Sympathikolytika 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



Abbildung 3
Ernährungsprobleme unserer Zeit: Krankheit durch Überernährung

oben: Wiederauftreten der Gicht, die bereits vor 200 Jahren als Folge der Überernährung erkannt war (Th. Rowlandson)

links: Vorzeitige Invalidität und verminderte Lebenserwartung durch Überernährung (George Grosz)

Viehfutter und es kann dann eventuell nach mehreren Kreisläufen dieser Art zu einer bedrohlichen Anreicherung radioaktiver Stoffe kommen, auch bei Menschen, die weit entfernt vom Ort der ursprünglichen Kontamination sind. Die technisch-wissenschaftlichen Voraussetzungen, solche und andere strahlenbedingte Bedrohungen unserer Ernährung rechtzeitig zu erkennen und zu unterbinden, sind heute schon vorhanden und insofern ist auch hier Pessimismus und Verunsicherung der Bevölkerung, z. B. beim Bau neuer Atomkraftwerke, falsch am Platz. Allerdings ist diese Überwachung und Kontrolle sehr material- und personalaufwendig, also mit hohen Kosten verbunden, die nicht zur Verbilligung der Stromkosten durch Atomkraftwerke beitragen werden.

Quantitative und qualitative Mangelernährung sowie Fehlernährung durch pathogene Beimengungen –

im Altertum und Mittelalter, wie wir sahen, Ursache großer ernährungsbedingter Seuchenzüge – spielen in der Sprechstunde und im Krankenhaus kaum noch eine Rolle als Krankheitsursache. Heute stehen wir einer anderen, einer neuen Form von Fehlernährung gegenüber – der Überernährung. So wie man früher von Hungerkatastrophen sprach, müßte man diese weit verbreitete Fehlernährung eigentlich „Überernährungskatastrophe“ nennen; denn die Folgen sind – wenn auch nicht so dramatisch erkennbar wie bei einer Hungerkatastrophe – in bezug auf die Zahl der Erkrankungen und die Todesrate sicher gleichwertig.

Diese Tatsache, daß wir heute von einer „Epidemie“ einer krankheits-erzeugenden Überernährung sprechen müssen, hat weitgehend die Programmgestaltung des der Ernährungstherapie gewidmeten Kongreßtages (Sonntag, 27. März 1977)

beeinflußt. Die folgenden Referenten werden sich in ihren Vorträgen immer wieder mit der Neigung eines großen Teils der Patienten zum Überkonsum von Nahrungsmitteln und alkoholischen Getränken auseinandersetzen müssen:

Professor Dr. N. Zöllner, München: „Der Wandel in der Ernährung“

Professor Dr. H. Bickel, Heidelberg: „Diät als kausale Therapie“

Professor Dr. H. Ditschuneit, Ulm: „Behandlung des Übergewichts“

Professor Dr. G. A. Martini, Marburg: „Magen-, Darm-, Leberschönkost – das Ende einer Legende“

Professor Dr. R. Kluthe, Freiburg: „Moderne Nierendiät“

Professor Dr. G. Schlierf, Heidelberg: „Diät bei Störung des Zucker- und Fettstoffwechsels“

Professor Dr. N. Zöllner als Moderator beim Round-table-Gespräch mit allen Referenten als Gesprächspartner: „Ernährungsberatung in der Praxis“

Im Hinblick auf die Abneigung der Patienten gegen eine Änderung ihrer Ernährungsgewohnheiten braucht der Ernährungstherapeut neben seinem fachlichen Wissen besondere Eigenschaften: Er muß Optimist sein, und er muß zäh und ausdauernd sein. Bei der Besprechung der Beri-Beri haben wir darauf hingewiesen, daß die Umerziehung der ostasiatischen Bevölkerung zu einer vitaminhaltigen Diät nicht in einer, sondern erst nach zwei bis drei Generationen gelang. Wenn auch die Umerziehung unserer Bevölkerung von der Überernährung zu „normaler Diät“ hoffentlich nicht so viele Jahrzehnte in Anspruch nehmen wird – es wird sich der Ernährungstherapeut sowohl im Einzelfall wie bei größeren Gruppen nur dann mit therapeutischem Erfolg durchsetzen, wenn er mit modernem ernährungstherapeutischen Wissen und mit viel Fanatismus an sein Werk geht. Beides soll dem Kongreßbesucher der ernährungstherapeutische Tag des 59. Augsburger Ärztekongresses in didaktisch und rhetorisch aufgeschlossener Form vermitteln.

Anschrift des Verfassers:

Professor Dr. med. A. Schretzenmayr, Frohsinnstraße 2, 8900 Augsburg

Die Auswirkungen der Neuregelung des Schwangerschaftsabbruches auf die Ärzte, das nichtärztliche Hilfspersonal und die Krankenhausträger

von Günter Hirsch und Walther Weißauer

„Das Recht ist ein zeitlich Ding, das zuletzt aufhören muß; aber das Gewissen ist ein ewig Ding, das nimmermehr stirbt.“ Dieses Wort Luthers mag manchem in den Sinn kommen, der sich mit den Problemen beschäftigt, die die gesetzliche Neuregelung des Schwangerschaftsabbruches für diejenigen aufwirft, die sich vor die Entscheidung gestellt sehen, ob sie eine Mitwirkung an derartigen Eingriffen mit ihrem Gewissen vereinbaren können.

Insbesondere für Ärzte, Angehörige der medizinischen Assistenzberufe und Krankenhausträger stellt sich die Frage, ob und inwieweit sie verpflichtet sind, gesetzlich zulässige Schwangerschaftsabbrüche durchzuführen, zu ermöglichen oder dabei zu assistieren.

Zum besseren Verständnis sollen zunächst die einschlägigen gesetzlichen Bestimmungen und ihre Entstehungsgeschichte sowie einige besonders problematische Aspekte der Neuregelungen kurz dargestellt werden.

1. Rechtsentwicklung und derzeitige Rechtslage

Bei der *Rechtsentwicklung* sind drei Phasen zu unterscheiden:

1.1 Rechtslage bis 1974

§ 218 des Strafgesetzbuches in der seit 1871 geltenden Fassung stellte die „Abtötung der Leibesfrucht“ ausnahmslos unter Strafe.

Lediglich in Fällen der *medizinischen Indikation*, also dann, wenn der Schwangerschaftsabbruch das einzige Mittel zur Abwendung einer gegenwärtigen Gefahr für das Leben oder die Gesundheit der Schwangeren war, wurde er nach

den von der Rechtsprechung und Rechtslehre entwickelten Grundsätzen des sogenannten übergesetzlichen Notstandes für zulässig erachtet (vgl. RGSt 61, 242/254). Diese Voraussetzungen galten auch als erfüllt, wenn eine akute Suizidgefahr infolge der Schwangerschaft bestand. In § 14 Erbgesundheitsgesetz vom 14. Juli 1933 war die medizinische Indikation als Rechtfertigungsgrund gesetzlich verankert.

Die *ethische, eugenische und soziale Indikation* waren – mit Ausnahme von zeitlich oder regional beschränkten Sonderregelungen (1) – als Rechtfertigungsgrund grundsätzlich nicht anerkannt.

1.2 Die Fristenregelung und die Entscheidung des Bundesverfassungsgerichts

1.2.1

Am 18. Juni 1974 verabschiedete der Bundestag (gegen die Stimmen der Opposition und unter Zurückweisung eines Einspruches des Bundesrates) das Fünfte Gesetz zur Reform des Strafrechts (5. StrRG, BGBl. I S. 1297), das die heftig umstrittene Fristenregelung enthielt.

Nach § 218 a StGB dieses Gesetzes sollte der mit Einwilligung der Schwangeren von einem Arzt innerhalb von zwölf Wochen seit der Empfängnis vorgenommene Schwangerschaftsabbruch nach vorangegangener Unterrichtung über die zur Verfügung stehenden sozialen Hilfen und ärztlicher Beratung straflos sein, ungeachtet der Gründe und Motive hierfür. Nach Ablauf der Frist von zwölf Wochen war gemäß § 218 b StGB ein Schwangerschaftsabbruch zwar generell verboten, aber bei Vorliegen einer medizinischen oder einer eugenischen Indikation – bei letzterer bis zu 22

Wochen seit der Empfängnis – nach wie vor zugelassen.

1.2.2

Nachdem das *Bundesverfassungsgericht* am 21. Juni 1974 durch eine einstweilige Anordnung verhindert hatte, daß die Fristenregelung in Kraft trat, erklärte es im Urteil vom 25. Februar 1975 (BVerfGE 39, 1 ff) § 218 a StGB in der Fassung des 5. StrRG insoweit für verfassungswidrig und nichtig, „als er den Schwangerschaftsabbruch auch dann von der Strafbarkeit ausnimmt, wenn keine Gründe vorliegen, die – im Sinne der Entscheidungsgründe – vor der Wertordnung des Grundgesetzes Bestand haben“.

Damit war die Fristenregelung gescheitert und der Gesetzgeber aufgerufen, eine Indikationsregelung zu treffen.

1.3 Gegenwärtige Rechtslage

Am 21. Juni 1976 trat das Fünfzehnte Strafrechtsänderungsgesetz (15. StrÄG vom 18. Mai 1976, BGBl. I S. 1213) in Kraft (2). Es regelt den Schwangerschaftsabbruch wie folgt:

1.3.1 Grundsatz

Nach § 218 Abs. 1 StGB ist strafbar, wer eine Schwangerschaft abbricht.

Von diesem Grundsatz gibt es jedoch eine Reihe von gesetzlichen Ausnahmen.

1.3.2 Nidation

Handlungen, deren Wirkung vor Abschluß der Einnistung des befruchteten Eies in die Gebärmutter (*Nidation*, etwa 14 Tage nach der Empfängnis) eintritt, gelten nach § 219 d StGB nicht als Schwangerschaftsabbruch im Sinne des Gesetzes. Eingriffe und die Anwendung von Mitteln, welche die Nidation verhindern (z. B. intrauterine Pessare, vor-

sorgliche Ausschabung) werden also von den Vorschriften über den Schwangerschaftsabbruch nicht erfaßt.

1.3.3 Die Indikationen

§ 218e StGB umschreibt als Kern der Neuregelung die Indikationen, die einen Schwangerschaftsabbruch rechtfertigen (3).

1.3.3.1

Der Abbruch der Schwangerschaft durch einen Arzt (4) ist gemäß § 218a Abs. 1 StGB nicht nach § 218 StGB (5) strafbar, wenn

- die Schwangere einwilligt (6) und
- der Abbruch der Schwangerschaft unter Berücksichtigung der gegenwärtigen und zukünftigen Lebensverhältnisse der Schwangeren nach ärztlicher Erkenntnis angezeigt ist, um eine Gefahr für das Leben oder die Gefahr einer schwerwiegenden Beeinträchtigung des körperlichen oder seelischen Gesundheitszustandes der Schwangeren abzuwenden und die Gefahr nicht auf eine andere für sie zumutbare Weise abgewendet werden kann.

Damit geht das Gesetz – in Anlehnung an die Entschließung des Deutschen Ärztetages vom Oktober 1973 – von einer umfassenden *medizinisch-sozialen Indikation* aus (7).

1.3.3.2

Die Voraussetzungen der medizinisch-sozialen Indikation gelten nach § 218a Abs. 2 StGB auch als erfüllt, wenn nach ärztlicher Erkenntnis

„1. dringende Gründe für die Annahme sprechen, daß das Kind infolge einer Erbanlage oder schädlicher Einflüsse vor der Geburt an einer nicht behebbaren Schädigung seines Gesundheitszustandes leiden würde, die so schwer wiegt, daß von der Schwangeren die Fortsetzung der Schwangerschaft nicht verlangt werden kann,

2. an der Schwangeren eine rechtswidrige Tat nach den §§ 176 bis 179 begangen worden ist und dringende Gründe für die Annahme sprechen, daß die Schwangerschaft auf der Tat beruht, oder

3. der Abbruch der Schwangerschaft sonst angezeigt ist, um von der Schwangeren die Gefahr einer Notlage abzuwenden, die

a) so schwer wiegt, daß von der Schwangeren die Fortsetzung der Schwangerschaft nicht verlangt werden kann, und

b) nicht auf eine andere für die Schwangere zumutbare Weise abgewendet werden kann.“

Der Schwangerschaftsabbruch ist somit auch gerechtfertigt, wenn die im Gesetz umschriebenen Voraussetzungen der *eugenischen* oder *ethischen Indikation* oder der *Notlagenindikation* vorliegen. Diese Indikationen werden gesetzestech-nisch jedoch nicht als selbständig und gleichwertig neben der medizinischen Indikation stehend gewertet, sondern als Unterfälle der in Absatz 1 bezeichneten medizinisch-sozialen Oberindikation (8).

Auf die Problematik dieser Indikationenregelung wird noch einzugehen sein (vgl. 2.2).

1.3.4. Die Fristen

Der Schwangerschaftsabbruch ist in den in § 218a Abs. 2 StGB aufgeführten Indikationsfällen nur innerhalb bestimmter *Fristen* zulässig.

Nach § 218a Abs. 3 StGB dürfen bei der eugenischen (embryopathisch-genetischen) Indikation (Abs. 2 Nr. 1) seit der Empfängnis nicht mehr als 22 Wochen, bei der ethischen Indikation (Abs. 2 Nr. 2) und der Notlagenindikation (Abs. 2 Nr. 3) nicht mehr als zwölf Wochen verstrichen sein. Für den Schwangerschaftsabbruch bei medizinisch-sozialer Indikation nach Absatz 1 sieht das Gesetz keine zeitliche Begrenzung vor (9).

1.3.5 Die Beratung

Ein Schwangerschaftsabbruch ist nicht bereits dann straflos, wenn er nach § 218a Abs. 1, Abs. 2 StGB indiziert ist und innerhalb der gesetzlichen Frist von einem Arzt vorgenommen wird. Die Schwangere ist vielmehr nach § 218b StGB verpflichtet, sich mindestens drei Tage vor dem Eingriff von einer zuständigen Stelle (10) über die zur Verfügung stehenden Hilfen für Schwangere, Mütter und Kinder beraten zu lassen (Sozialberatung, vgl. dazu 2.3). Eine Sozialberatung ist dann nicht erforderlich, wenn der Schwangerschaftsabbruch angezeigt ist, um von der Frau eine durch körperliche Krankheit oder Körperschaden begründete Gefahr für ihr Leben oder

ihre Gesundheit abzuwenden, also medizinisch-somatisch indiziert ist (§ 218b Abs. 3 StGB). Denn in diesen Fällen kann die Beratung der Schwangeren keine für ihre Entscheidung erheblichen Gesichtspunkte bringen.

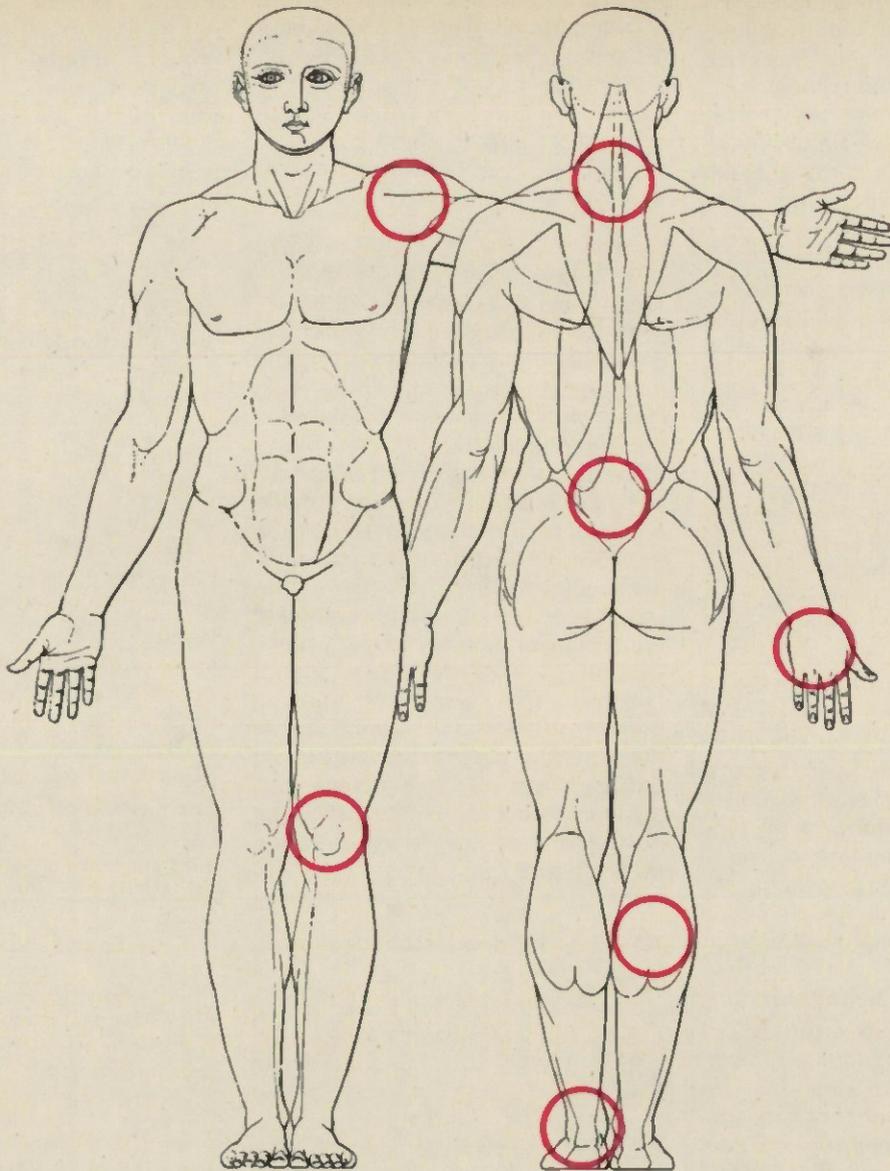
Weiter muß sich die Schwangere von einem Arzt (das kann auch der den Eingriff vornehmende Arzt sein) über die ärztlich bedeutsamen Gesichtspunkte des Abbruchs beraten lassen, dessen Gesamtrisiken für die Schwangere weit höher sind, als allgemein angenommen wird (11).

Wer eine Schwangerschaft abbricht, ohne daß eine Beratung stattgefunden hat, macht sich strafbar, es sei denn, der Abbruch ist illegal und die Tat damit bereits nach § 218 StGB strafbar. Fraglich erscheint, ob die gesetzlich erforderliche Beratung (12) Voraussetzung für die Rechtfertigung des Schwangerschaftsabbruches ist oder ob hierfür allein § 218e StGB, also die Durchführung des Eingriffes durch einen Arzt, das Vorliegen einer Indikation und die Wahrung der Frist maßgebend ist. Da § 218b StGB gesetzestech-nisch als Sondertatbestand gegenüber § 218 StGB ausgestaltet ist, der eine formelle Eingriffsvoraussetzung zusätzlich zu den materiellen Voraussetzungen in § 218e StGB aufstellt und unter eine spezielle Strafdrohung stellt, dürfte ein Verstoß hiergegen die materielle Rechtfertigung des Schwangerschaftsabbruches nicht berühren (13). Der Abbruch einer Schwangerschaft ohne vorherige Beratung ist somit rechtswidrig in bezug auf § 218b Abs. 1 StGB, eine rechtswidrige Tat nach § 218 StGB liegt dagegen nur dann vor, wenn § 218a StGB nicht eingreift.

1.3.6 Die ärztliche Feststellung

1.3.6.1 Inhalt

Weitere Zulässigkeitsvoraussetzung für einen Schwangerschaftsabbruch ist nach § 219 StGB, daß dem Arzt, der den Eingriff vornimmt, die schriftliche Feststellung eines anderen Arztes darüber vorliegt, ob eine der im Gesetz zugelassenen Indikationen gegeben und die Frist gewahrt ist, innerhalb derer der Eingriff vorgenommen werden darf (14). Nach dem – vom Gesetzgeber bewußt so gefaßten – Wortlaut des Gesetzes ist nicht erforderlich, daß das Vorliegen einer Indikation posi-



Cycloarthrin[®]

Salbe-Liniment

zur perkutanen Therapie
bei Entzündungen,
lokalen Stauungen und
Ödemen traumatischer,
rheumatischer und
degenerativer Art

 **Schaper & Brümmer**
Salzgitter-Ringelheim

Zusammensetzung:

Salbe/Liniment: Coumarin 500/375 mg, Heparin 5000/3750 I.E., Benzyl. nicotinic, 2,5/1,875 g, Aethylenglycol. monosalicyl, 5,0/3,750 g, Ung. ed 100 g/Emuls. ed 100 ml.

Indikationen:

Entzündliche Erkrankungen der Gelenke, Sehnenscheiden und Schleimbeutel, Sport- und Unfallverletzungen mit Kontusionen, Distorsionen und Heematomen. Ferner Muskel- und Gelenkrheumatismus, Myelgien, Myogelosen, Neuralgien und Neuritiden, Schulter-Arm-Syndrom, Lumbago, Ischies.

Anwendung:

Mehrmals täglich über den erkrankten Stellen, entsprechend dem Schweregrad der Erkrankung und der Stärke der Hautreaktion, in die Haut einmassieren.

Kontraindikationen und Nebenwirkungen: Keine

Hinweis:

Präparat nicht mit Schleimhäuten, besonders der Augenbindehaut, in Berührung bringen.

Darreichungsformen und Packungsgrößen:

Salbe 30/50 g DM 5,35/8,30; Liniment 40/70 ml DM 5,35/8,30.

tiv festgestellt wird. Den Anforderungen des § 219 Abs. 1 StGB ist vielmehr auch dann Genüge getan, wenn dem eingreifenden Arzt die schriftliche Feststellung eines anderen Arztes vorliegt, daß die Voraussetzungen für einen legalen Schwangerschaftsabbruch (Indikation, Fristwahrung) nicht gegeben sind.

1.3.6.2 Die unrichtige Feststellung

Trifft der Arzt wider besseres Wissen eine unrichtige Feststellung über das Vorliegen einer Indikation nach § 218 a Abs. 1 Nr. 2, Abs. 2 StGB oder über die Dauer der Schwangerschaft nach § 218 a Abs. 3 StGB, so macht er sich gemäß § 219 a StGB strafbar. Fahrlässigkeit oder bedingter Vorsatz des Arztes genügen nicht; ein Handeln wider besseres Wissen setzt voraus, daß sich der Handelnde der Unrichtigkeit bewußt ist. Nach den Ausführungen des Sonderausschusses für die Strafrechtsreform zu § 219 c StGB soll dieser Fall allerdings auch dann vorliegen, wenn der Arzt die Feststellung ohne eigene sachkundige, die verfügbaren Erkenntnisquellen einbeziehende Prüfung trifft (15). Denn mit der Feststellung werde in jedem Fall, zumindest konkludent, zum Ausdruck gebracht, daß sie auf einer solchen Prüfung beruhe.

1.3.6.3 Die Wirkung der Feststellung

Die nach § 219 StGB erforderliche Feststellung, ob eine Indikation vorliegt und die gesetzliche Frist für den Schwangerschaftsabbruch gewahrt ist, bindet nicht den Arzt, der den Eingriff vornimmt. Dieser trägt die volle Verantwortung dafür, daß die gesetzlichen Zulässigkeitsvoraussetzungen vorliegen. Er kann trotz positiver Feststellung zum Ergebnis kommen, daß der Abbruch nicht indiziert oder die Frist überschritten ist und umgekehrt. Die Feststellung des anderen Arztes soll ihm lediglich Grundlagen und Hilfen für die abschließende Beurteilung und Entscheidung über die Vornahme oder Ablehnung des Eingriffes vermitteln (16). Sie entbindet den mit dem Eingriff betrauten Arzt nicht von der Pflicht, eigenverantwortlich zu prüfen, ob sämtliche gesetzlichen Voraussetzungen für einen legalen Schwangerschaftsabbruch gegeben sind. Dies gilt auch für solche Faktoren (z. B. sozialer Art im Rahmen der Notlagenindikation), die außerhalb seines Fachgebietes liegen (17). Sind ihm im Zusammenhang mit dieser Prüfung

schwerwiegende Versäumnisse vorzuwerfen, bejaht er etwa zu Unrecht eine Indikation, weil er erreichbare Erkenntnisquellen ignoriert oder eigene Untersuchungen unterlassen hat, so wird ihm in der Regel zumindest bedingter Vorsatz nachzuweisen sein (18). Dieser genügt zur Strafbarkeit nach § 218 StGB.

1.3.6.4 Der Vertrauensgrundsatz

Anders als der Arzt, der den Eingriff durchführt, sind Ärzte und Angehörige der Assistenzberufe, die im Operationsteam mitwirken, also insbesondere der Anästhesist, Assistenzärzte und Operationsschwester, grundsätzlich nicht verpflichtet, nachzuprüfen, ob die Voraussetzungen vorliegen, unter denen der Eingriff gerechtfertigt ist (wirksame Einwilligung der Schwangeren, gesetzlich anerkannte Indikation, Fristwahrung, vorangegangene Beratung, ärztliche Feststellung) (19). Solange keine offenkundigen gegenteiligen Anhaltspunkte vorliegen, dürfen sie darauf vertrauen, daß der Arzt, der den Schwangerschaftsabbruch durchführt, dies mit der gebotenen Sorgfalt geprüft und bejaht hat (20).

1.3.7 Der Schwangerschaftsabbruch in der Arztpraxis

Nach Art. 3 Abs. 1 des 5. StrRG (i. d. F. des 15. StrÄG) darf ein Schwangerschaftsabbruch nur in einem Krankenhaus oder in einer hierfür zugelassenen Einrichtung vorgenommen werden. Wer gegen diese Vorschrift verstößt, macht sich zwar nicht strafbar, handelt jedoch ordnungswidrig und kann mit einer Geldbuße belegt werden (Art. 3 Abs. 2) (21).

Die ambulante Durchführung von Schwangerschaftsabbrüchen in der Arztpraxis ist damit nicht allgemein zulässig. Der Gesetzgeber hat jedoch die Möglichkeit geschaffen, bei Bedarf geeignete Arztpraxen für Schwangerschaftsabbrüche zuzulassen. Das Zulassungsverfahren und die persönlichen und sachlichen Voraussetzungen für die Zulassung sind landesrechtlich zu regeln.

1.3.8 Die Privilegierung der Schwangeren

Die Schwangere wird gegenüber den übrigen am Abbruch mitwirkenden Personen in mehrfacher Hinsicht privilegiert:

1.3.8.1

Nach § 218 Abs. 3 Satz 1 StGB ist der Strafrahmen für die Schwangere niedriger (Freiheitsstrafe bis zu einem Jahr oder Geldstrafe) als der Strafrahmen für andere Personen, die als Täter oder Mittäter (22) an dem Abbruch mitwirken (Freiheitsstrafe bis zu drei Jahren oder Geldstrafe, in besonders schweren Fällen, insbesondere wenn die Schwangerschaft gegen den Willen der Frau abgebrochen wird oder durch den Abbruch leichtfertig die Gefahr des Todes oder einer schweren Gesundheitsschädigung der Schwangeren verursacht wird, Freiheitsstrafe von sechs Monaten bis fünf Jahre).

1.3.8.2

Völlig straflos ist die Schwangere nach § 218 Abs. 3 Satz 2 StGB dann, wenn der Abbruch nach der im Gesetz vorgesehenen Beratung (§ 218 b Abs. 1 Nr. 1, 2 StGB) von einem Arzt (im In- oder Ausland) vorgenommen worden ist und seit der Empfängnis nicht mehr als 22 Wochen verstrichen sind (vgl. dazu 2.1).

1.3.8.3

Auch wenn diese Voraussetzungen nicht vorliegen, kann das Gericht nach § 218 Abs. 3 Satz 3 StGB von einer Bestrafung der Schwangeren absehen, wenn sie sich zur Zeit des Eingriffes in besonderer Bedrängnis befunden hat.

1.3.8.4

Der erfolglose Versuch des Schwangerschaftsabbruches ist für die Frau – im Gegensatz zu den anderen daran beteiligten Personen – nicht strafbar (§ 218 Abs. 4 StGB).

1.3.8.5

Liegen zwar die Voraussetzungen vor, unter denen ein Schwangerschaftsabbruch nach § 218 a StGB zulässig ist, hat sich die Schwangere jedoch nicht der erforderlichen Beratung nach § 218 b Abs. 1 Satz 1 StGB unterzogen (vgl. 1.3.5), so macht sich strafbar, wer die Schwangerschaft abbricht. Die Schwangere selbst bleibt jedoch straflos (§ 218 b Abs. 1 Satz 2 StGB).

1.3.8.6

Dasselbe gilt im Falle eines Schwangerschaftsabbruches ohne die nach § 219 StGB erforderliche ärztliche Feststellung (vgl. 1.3.6.1).

1.3.8.7

Der Arzt, der wider besseres Wissen eine unrichtige Feststellung über das Vorliegen einer Indikation und die Dauer der Schwangerschaft trifft, ist nach § 219 c StGB strafbar (vgl. 1.3.6.2). Ist die Schwangere an dem strafbaren Verhalten des Arztes beteiligt (als Anstifterin oder Mittäterin), bleibt sie gleichwohl nach § 219 a Abs. 2 StGB straflos. Erreicht sie durch ihr Verhalten den Abbruch der Schwangerschaft, wird sie unter den Voraussetzungen des § 218 Abs. 3 Satz 2 StGB auch nicht nach § 218 Abs. 1 StGB bestraft.

1.3.8.8

Wird ein Schwangerschaftsabbruch entgegen Art. 3 des 5. StrRG nicht in einem Krankenhaus oder einer zugelassenen Einrichtung durchgeführt, so handelt die Schwangere selbst nicht ordnungswidrig (23).

Anmerkungen

1. Die ethische Indikation war zeitweise nach landesrechtlichen Vorschriften zulässig, so etwa in Thüringen durch Gesetz vom 29. 8. 1945; § 10 a Erbgesundheitsgesetz enthält die eugenische Indikation.
2. Gesetzestechnisch ändert das 15. StrÄG die Vorschriften des 5. StrRG, die die Fristenregelung enthielten und ihrerseits die Bestimmungen des Strafgesetzbuches entsprechend änderten. Die gegenwärtige Rechtslage ergibt sich somit aus einer komplizierten Zusammenschau dieser Gesetze.
3. Auch das 15. StrÄG wurde von der Opposition und mehrheitlich vom Bundesrat abgelehnt (vgl. zur rechtspolitischen Problematik des Erlasses von Strafgesetzen ohne breiten parlamentarischen Konsens, **Lackner**, NJW 1976, S. 1234).
4. Daß der Eingriff bei Vorliegen der gesetzlichen Voraussetzungen rechtmäßig, nicht lediglich straflos ist, ist jetzt unbestritten (vgl. § 200 I RVO i. d. F. des StrEG; **Lackner**, NJW 1976, 1236).
5. Jeder in- und ausländische Arzt, nicht nur ein Gynäkologe, ist zum Abbruch belugt (kritisch hierzu **Schönke-Schröder**, StGB, 18. Aufl., Anm. 26 zu § 218; **Lackner**, NJW 1976, 1237).
6. Eine Strafbarkeit bei fehlerhafter Durchführung des Eingriffs nach den allgemeinen Vorschriften (fahrlässige Körperverletzung – Tötung) bleibt unberührt (vgl. **Schönke-Schröder**, aaO, Anm. 26, 27 zu § 218).
7. Vgl. zur Einwilligungproblematik beim Schwangerschaftsabbruch **Beulke**, FamRZ 1976, S. 597; **Laufhütte/Wilkitzki**, JR 1976, S. 331.
8. Vgl. Bericht des Sonderausschusses für die Strafrechtsreform vom 3. 2. 1976, BT-Drucks. 7/4696, S. 7; näher dazu unter 2.2.1; auch die Bundesärztekammer ging in ihren dem 77. Dtsch. Ärztetag 1974 vorgelegten „gesundheits- und sozialpolitischen Vorstellungen der deutschen Ärzteschaft“ von einem weiten, auch soziale Aspekte umfassenden Begriff der medizinischen Indikation aus.
9. Sonderausschuß, BT-Drucks. 7/4696, S. 7.
10. Nach Ablauf der in Absatz 3 genannten Fristen kann auf die – ohne Befristung zulässige – medizinisch-soziale Indikation zurückgegriffen werden, wenn auch deren Voraussetzungen – nicht nur kraft gesetzlicher Vermutung – vorliegen (zweifelhafte **Lackner**, NJW 1976, 1237; **Schreiber**, FamRZ 1975, 671).
11. Der Wortlaut könnte dahin verstanden werden, daß jede Behörde, Körperschaft, Anstalt oder Stiftung des öffentlichen Rechts die Be-

fugnis haben soll, Beratungsstellen nach § 218 b Abs. 2 Nr. 1 StGB anzuerkennen. Evident ist es, nach dem Willen des Gesetzgebers jedoch einer näheren landesrechtlichen Bestimmung der für die Anerkennung zuständigen Stellen bedürfen (so auch der Sonderausschuß, BT-Drucks. 7/4696, S. 9).

11. Vgl. **Müller** in: Das Krankenhaus, 1974, 321/326; **Hollmann**, Dtsch. Med. Wschr. 1975, S. 67.
12. Entsprechendes gilt für die Feststellung nach § 219 StGB.
13. So auch **Beulke**, FamRZ 1976, S. 600; **Lackner**, NJW 1976, S. 1239; vgl. auch **Gössel**, JR 1976, S. 3; e. A. ohne Begründung (und wohl auch ohne das Problem zu erkennen) **Matzke/Schlimer**, DA 1976, S. 2325.
14. Vgl. zur Problematik dieser Regelung 2.4.
15. BT-Drucks. 7/4696, S. 12; vgl. auch RGSt 74, 231; BGHSt 6, 90; 10, 159; OLG München, NJW 1950, 796.
16. So ausdrücklich der Sonderausschuß, aaO, S. 11.
17. So ausdrücklich der Sonderausschuß, aaO, S. 7.
18. Sonderausschuß, BT-Drucks. 7/4696, S. 8.
19. Auf die Abgrenzung zwischen Täterschaft und Beihilfe und auf die Problematik der irigen Annahme des Gehilfen, der Haupttäter handle gerechtfertigt, soll hier nicht näher eingegan-

gen werden (vgl. **Horstkotte**, Prot. der 26. Sitzung des Sonderausschusses, S. 1520).

20. Vgl. zur Gesamtproblematik, **Weißauer**, Arbeitsteilung und Abgrenzung der Verantwortung zwischen Anaesthetist und Operateur, Der Anaesthetist, 11, S. 239 ff; ders., Rechtsfragen zwischen Chirurgie und Anaesthesie, Anaesth. Informationen 1972, S. 132.

21. Außer es liegen die Voraussetzungen eines rechtfertigenden Notstandes nach § 18 OWiG, § 34 StGB vor.

22. Für Gehilfen sieht § 27 Abs. 2 Satz 2 i. V. m. § 49 Abs. 1 StGB allgemein eine Strafmilderung vor.

23. Dies folgt aus ihrer Stellung als notwendige Teilnehmerin (vgl. **Schönke-Schröder**, StGB, 18. Aufl., Anm. 41 zu § 218; Sonderausschuß, Prot. der 31. Sitzung, S. 1670; **Laufhütte/Wilkitzki**, JR 1976, S. 338, FN 157).

(Fortsetzung folgt)

Anschrift der Verfasser:

Dr. jur. Günter Hirsch, Wallensteinstraße 23, 8900 Augsburg, und Ministerialdirigent Dr. med. h. c. Walther Weißauer, Eckerstraße 34, 8050 Freising

Schriftenreihe der Bayerischen Landesärztekammer

Unseren Kollegen stehen die Broschüren kostenlos zur Verfügung. Bestellungen können an die Schriftleitung des „Bayerischen Ärzteblattes“, Mühlbeurstraße 16, 8000 München 80, unter Beifügung von DM 1,- in Briefmarken die Schutzgebühr pro Band, gerichtet werden.

Band 36 „Hat der Allgemeinerzt eine Zukunft?“ (Vorträge des Wochenendseminars für Allgemeinmedizin im Ärztehaus Bayern am 25./26. Januar 1975)

Band 37 „Tuberkulose heute – Neuester Stand der Pharmakotherapie – Besonderheiten der Therapie in der Geriatrie – Probleme der Sterbehilfe“ (Vorträge des 25. Nürnberger Fortbildungskongresses der Bayerischen Landesärztekammer 1974)

Band 38 „Neue Erkenntnisse in der Diätetik – Nuklearmedizinische Diagnostik – Bedeutung und Indikation der Hämodialysebehandlung – Technologische Fortschritte und neue Erkenntnisse in der Kardiologie – Differentialdiagnose infiltrativer Lungenerkrankungen – Differentialdiagnose bei den sogenannten Paraproteinämien“ (Vorträge der 14. Bayerischen Internisten Tagung in München 1974)

Band 39 „Sportmedizin modern“ (Präventive Medizin – Rehabilitation) (Vorträge der 8. Internationalen Wissenschaftlichen Tagung des Bayerischen Sportärzte-Verbandes e. V. in München 1974)

Band 40 „Antikonception und Sterilisation – Psychotherapie in der Praxis – Kerzinom (Prävention, Diagnostik, Therapie) – Aufklärungspflicht, Schweigepflicht in Theorie und Praxis“ (Vorträge des 26. Nürnberger Fortbildungskongresses der Bayerischen Landesärztekammer 1975)

Band 41 „Langzeittherapie – Falsch positive Infarktbilder – Probleme bei Austreile-Antigen-Untersuchungen – Toxische Alkoholschäden – Arzneimittelmetabolismus bei Leberschäden – Röntgendiagnostik“ (Vorträge der 15. Bayerischen Internisten Tagung in München 1975)

Die Bayerische Ärzteversorgung als Modell berufsständischer Solidarität

von Klaus Dehler

Vom „Notgroschen“ bis zur Vollversorgung

Die 1923 begründete Bayerische Ärzteversorgung, als Anstalt des öffentlichen Rechts von der Bayerischen Versicherungskammer verwaltet, war zunächst *els reine Berufsunfähigkeits- und Hinterbliebenenversorgung konzipiert worden* und spielte im Bewußtsein ihrer Mitglieder mehr die Rolle einer „Notgroschenversorgung“. Eine gewisse Skepsis vieler Mitglieder und eine daraus resultierende Zurückhaltung in ihrer Beitragsfreudigkeit prägte, dies weiß ich nicht zuletzt aus eigener familiärer Erfahrung, die Grundeinstellung vieler Kollegen zu ihrer berufsständischen gesetzlichen Versorgungseinrichtung. Erst als die Ärzteversorgung den zweiten Weltkrieg und vor allem den mit der Währungsreform des Jahres 1948 endenden Finanzzusammenbruch des Deutschen Reiches heil überstanden und im Gegensatz zu den bis dahin so hoch gepriesenen anderweitigen Versicherungen den Währungsschnitt schließlich mit einer Umstellung Reichsmark zu Deutsche Mark von eins zu eins abgeschlossen hatte, begann sich die Einstellung gründlich zu ändern. Abgeschlossen wurde diese Periode der Meinungswandlung, als es den Berufsständen bei der Beratung und Verabschiedung der Rentenreform von 1957 im Deutschen Bundestag gelang, eine Befreiungsmöglichkeit der angestellten Anstaltsmitglieder von der Angestelltenversicherung zugunsten der Ärzteversorgung durchzusetzen. Tatsächlich machten über 90 Prozent der angestellten Ärzte von dieser Chance Gebrauch.

Schlagartig wuchs die Mitgliederzahl, der Vertrauenskredit und die Leistungskraft der Anstalt. Nun war es möglich und auch notwendig geworden, die Ärzteversorgung zur

echten Altersversorgungseinrichtung auszubauen. Nach langwierigen Vorarbeiten gab das versicherungsmathematische Gutachten von Professor Dr. Heubeck dazu die Möglichkeit: Anstelle des bis dahin allein benutzten „offenes Deckungsplan-Verfahren“ wurde ein Dekkungssystem mit einem gegenüber dem bisherigen Verfahren geringeren Kapitalansammlungsstock gewählt. Unter der Annahme eines bestimmten „*Saecular trends*“ als sicherem und gleichbleibendem Vergrößerungsfaktor der Zahl der aktiven Mitglieder und deren Beitragsleistungen konnten durch Anziehung von *Rechnungsgrundlagen zweiter Ordnung* bei den Aufsichtsbehörden beträchtliche Leistungsumstellungen und Leistungsverbesserungen auf gesicherter versicherungsmathematischer Grundlage durchgesetzt werden.

Obligatorisches Altersruhegeld – Frühinvaliditätsschutz

Mit dem 1. April 1971 wurde bei Erreichung des 67. Lebensjahres das *obligatorische Altersruhegeld* durchgesetzt, das ab dem 1. Januar 1973 auf das 65. Lebensjahr herabgesetzt werden konnte. Parallel dazu wurde der Frühinvaliditätsschutz, der zunächst nur für die angestellten Mitglieder der Anstalt bis zum 55. Lebensjahr gedacht war auf alle, auch die niedergelassenen Mitglieder ausgeweitet und mehrfach in seinem Leistungsinhalt verbessert. Im *Frühinvaliditätsschutz*, der im Grundgesetz ein Ruhegeld in Höhe der Hälfte der bisherigen Berufseinnahmen und zusätzlich Kindergeld pro Kind von zehn Prozent des Ruhegeldes ab dem ersten Versicherungstag, also ohne Wartefristen, sichert, besitzt die Ärzteversorgung gegenüber der staatlichen Rentenversicherung einen entscheidenden und wichtigen Leistungsvorsprung. Gleiches gilt

auch für die Klarheit und Überschaubarkeit der jeweiligen *Ruhegeldansprüche*, die grundsätzlich ein Fünftel des Gesamtbeitrages während der aktiven Mitgliedschaft als Jahresruhegeld betragen. Wiederholt wurde und wird an diesem Rechnungsprinzip des Ruhegeldes Kritik geübt. Dies nicht zuletzt im Blick auf die nach dem Lebensalter unterschiedlichen Verrentungsprozentsätze der Beiträge zur Höherversicherung in der Angestelltenversicherung, die – jeweils nach dem Lebensalter der Beitragsleistung verschieden – von hohen Verrentungssätzen in der Jugend zu sehr niederen in höheren Lebensjahren absinken. Es ist vor allem den im Marburger Bund vereinigten jüngeren Ärzten sehr zu danken, daß sie das *Prinzip der einheitlichen Beitragsverrentung* als wesentlichen Beitrag zur berufsständischen Solidarität anerkannt und immer wieder bestätigt haben. Dazu mag auch die Einsicht verholten haben, daß die eventuellen Vorteile einer höheren Verrentung in jüngeren Lebensjahren dann von den gleichen – nach dem Lebensablauf älter gewordenen Jahrgängen später mit niederen Verrentungssätzen bezahlt werden müßte, sich also in den Generationen sowieso ein Ausgleich erzwingen. Vorteilhafter und klarer ist dann schon das jetzige Prinzip, das auch organischer der finanziellen Leistungskraft der Ärzte in den verschiedenen Stadien ihres beruflichen Lebensganges entspricht.

Ausgleich des Kaufkraftschwundes

Neben der Einführung des obligatorischen Altersruhegeldes, bei dessen Einweisung nicht mehr wie früher jede Berufstätigkeit oder zumindest das kassenärztliche Wirken eingestellt werden mußte, entsprach es einem allgemeinen Wunsch, dem vor allem ab dem Beginn der sechziger Jahre merklich werdenden Inflationstrend wirksam zu begegnen und die Kaufkraft der Versorgungsbezüge zu erhalten. Dem wurde ab dem Jahre 1966 durch jährlich neu bestimmte *freiwillige Zuschläge zu den Versorgungsleistungen* entsprochen. Ihre Höhe wurde durch den Landesausschuß stets so festgelegt, daß der Kaufkraftschwund ausgeglichen und ein kleiner realer Zuwachs zum Kaufkraftwert dazugeschlagen wurde; je nach der Infla-

(Fortsetzung Seite 256)

Therapiekosten senken - das Gebot der Stunde

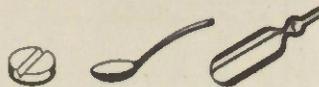
Neu bei Siegfried!

Das große Breitband-Bactericidum zum kleinen Preis



In patientengerechten Darreichungsformen mit moderner Galenik

für Erwachsene
für Kinder



Zusammensetzung

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

Indikationen

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

Nebenwirkungen

Selten Magenbeschwerden und eitrige 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

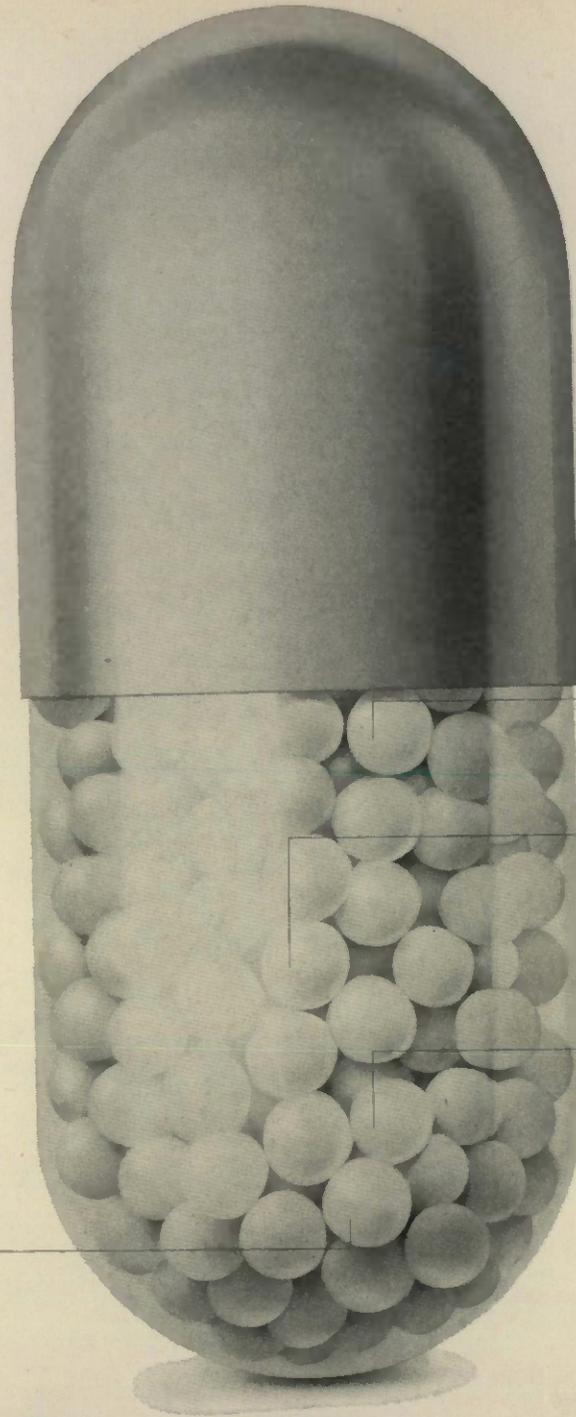
Tabletten für Erwachsene: 20 Tbl. DM 8,90,
50 Tbl. DM 19,50, Klinikpackung 250.
Tabletten für Kinder: 20 Tbl. DM 4,20,
50 Tbl. DM 9,40, Klinikpackung 250.
Suspension für Erwachsene
100 ml DM 15,70, Klinikpackung 500 ml,
Suspension für Kinder
100 ml DM 9,80, Klinikpackung 500 ml,
20 Ampullen zu 5 ml (4 x 5 Ampullen) DM 64,-.

SIEGFRIED
ARZNEIMITTEL
SÄCKINGEN



Schnelles Einschlafen

Ungestörtes Durchschlafen



Pro Dorm und Pro Dorm retard regulieren psychisch oder somatisch bedingte Störungen des Wach-Schlaf-Zyklus. Pro Dorm retard setzt – in therapeutischen Dosen verabreicht – den Weckschwellenwert deutlich herauf und sichert regenerativen Schlaf von ausreichender Dauer.

Die Retard-Form vereint schnellen Wirkungseintritt mit kontrolliert verzögerter Wirkstofffreigabe und guter Verträglichkeit.

Das Pro-Dorm-retard-Prinzip: die optimale Lösung.

1 Jede Kapsel Pro Dorm retard enthält mehrere hundert winzige Chronodrugs. Diese haben einen löslichen Überzug unterschiedlicher Stärke.

2 Die Wirkstofffreigabe erfolgt protahiert in dem Maße, wie sich der Überzug im Resorptionsbereich löst.

3 Gegenüber konventioneller Applikation – eine Tablette wirkt nur etwa 4–5 Stunden (Einschlafeffekt) – ist eine Kapsel Pro Dorm retard über einen Zeitraum von 6–8 Stunden therapeutisch wirksam (Durchschlafeffekt).

4 Bei empfohlener Dosierung sind vom Wirkstoff keine Nebenwirkungen zu erwarten. In pharmakokinetischen Untersuchungen konnte nachgewiesen werden, daß die Ausscheidung der therapeutischen Dosis in 24 Stunden abgeschlossen ist (zum Vergleich: Barbiturate sind bei gleicher Dosierung noch nach 16 Tagen im Harn nachweisbar).

Pro Dorm[®] retard

Zusammensetzung: 1 Kapsel Pro Dorm retard enthält 200 mg Methaqualon, 2 Methyl-3-o-tolyl-4-(3H)-chinazolinon; 1 Tablette Pro Dorm enthält 300 mg Methaqualon, 2 Methyl-3-o-tolyl-4-(3H)-chinazolinon. **Indikationen:** Ein- und Durchschlafstörungen, Wiedereinschlafstörungen im Alter. Schlafstörungen bei Schmerzzuständen verschiedener Genese und bei Infektionskrankheiten mit Fieberzuständen. **Dosierung:** 1 Kapsel Pro Dorm retard oder 1 Tablette Pro Dorm kurz vor dem Schlafengehen mit etwas Flüssigkeit einnehmen. **Kontraindikationen:** Schwere Leberschaden, Epilepsie, Diabetes, Alkoholismus, Schäden des Nervensystems. Pro Dorm sollte während der Schwangerschaft nicht eingenommen werden. Auch für Kinder unter 14 Jahren ist es nicht geeignet. **Hinweise:** Alkohol beeinflusst die Wirkung von Pro Dorm. Wie für alle Schlafmittel gilt auch für Pro Dorm, daß das Reaktionsvermögen (Straßenverkehr, Arbeitsplatz) am nächsten Morgen noch beeinträchtigt sein kann. **Verschreibungsformen:** Pro Dorm retard: Packung zu 20 Kapseln DM 11,70; Pro Dorm: Packung zu 20 Tabletten DM 7,95; Preise inkl. MwSt. Ärztemuster, Literatur und Basisinformation durch: **Chemische Fabrik Schürholz GmbH, 5 Köln 51, Gottesweg 64**



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 Praxis Einrichtung 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

Auerbach, Lkr. Amberg-Sulzbach:

1 Allgemein-/Prakt. Arzt

Auerbach hat 5800 Einwohner (Einzugsgebiet rund 7500 Einwohner), 5 Kassenärzte, ab 1. 4. 1977 ist die Praxis eines Allgemeinarztes, der in den Ruhestand tritt, zu übernehmen. Kreis Krankenhaus mit Chirurgischer und Interner Abteilung (Chirurg und Internist an kassenärztlicher Versorgung beteiligt). Nächste Fachärzte in Sulzbach-Rosenberg/Amberg und Pegnitz/Bayreuth. Ärztlicher Notfalldienst über Notrufzentrale Amberg. Weiterbildende Schulen in Auerbach, Eschenbach, Pegnitz.

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.

Vilseck, Lkr. Amberg-Sulzbach:

1 Allgemein-/Prakt. Arzt

Vilseck hat 5600 Einwohner (rund 6000 Einwohner mit Einzugsgebiet), zugelassen 2 Ärzte (2 Zahnärzte, 1 Apotheke), nächstes Facharztzentrum in Amberg/Sulzbach-Rosenberg, nächstes Krankenhaus Städtisches Krankenhaus in Amberg mit sämtlichen Fachabteilungen bzw. Krankenhaus Sulzbach-Rosenberg. In Vilseck Kreiskrankenhaus (Belegärzte). Ärztlicher Notfalldienst über die Notrufzentrale Amberg – 5-Wochen-Turnus. Weiterbildende Schulen in Amberg.

Waldsassen, Lkr. Tirschenreuth:

1 Allgemein-/Prakt. Arzt

Waldsassen 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****Buttenwiesen, Lkr. Dillingen:**

1 Allgemein-/Prakt. Arzt

Wiederbesetzung des zweiten Kassenarztsitzes, dessen Inhaber am 15. 1. 1977 verstorben ist. Zu versorgen sind ca. 4000 Einwohner. Praxisräume sind vorhanden. Der ärztliche Notfalldienst ist geregelt. Nächstes Krankenhaus und weiterführende Schulen in Wertingen (7 km).

Oberkammlach, Lkr. Unterallgäu:

1 Allgemein-/Prakt. Arzt

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

Syrgenstein, Lkr. Dillingen:

1 Allgemein-/Prakt. Arzt

Wiederbesetzung eines ab 1. 4. 1977 freierwerdenden Allgemeinarztsitzes. Zu versorgen sind ca. 3000 Personen. Wohn- und Praxisräume sind vorhanden. Der ärztliche Notfalldienst ist geregelt. Das nächste Krankenhaus und weiterführende Schulen befinden sich in Giengen (5 km).

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****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.

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 55 500 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 Augenarzt

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. a. 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. Neuwertige Praxis kann übernommen werden. Realschule, Math.-nat.-neuspr. Gymnasium sind in der 6 km entfernten Stadt Selb.

Schwarzenbach/Wald, Lkr. Hof:

1 Allgemein-/Prakt. Arzt

Die als Kleinzentrum eingestufte Stadt Schwarzenbach/Wald (3600 Einwohner), bekanntes Wintersportgebiet, liegt inmitten der reizvollen Landschaft des Frankenwaldes. Mit Einzugsgebiet sind insgesamt ca. 8000 Menschen zu betreuen. Von den derzeit niedergelassenen 2 Allgemein-/Prakt. Ärzten wird einer seine Praxis aus Altersgründen im Laufe dieses Jahres aufgeben. Erwerb des Arzthauses und nahtlose Praxisübernahme möglich. Hauptschule am Ort, Realschule und Gymnasium in der 7 km entfernten ehemaligen Kreisstadt Naila. Theater und Kulturzentrum in Hof/Saale (28 km). Der Notfalldienst ist geregelt.

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

Heigenbrücken, 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 Behn- 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

Neuendettelsau, Lkr. Ansbach:

1 Allgemein-/Prakt. Arzt

Einwohnerzahl mit Einzugsgebiet ca. 7500. Ausfall von 2 Allgemein-/Prakt. Ärzten in Neuendettelsau und Umgebung aus Altersgründen. Neuniederlassung 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 angestellte Chefärzte an der ambulanten Versorgung beteiligt: 1 Anästhesist, 1 Chirurg, 1 Frauenärztin, 1 Internist. Krankenhaus der Diakonissenanstalt sowie weiterführende Schulen (des Diakoniewerkes) 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.

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
Lillenstraße 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:

Anzenkirchen, Lkr. Rottal-Inn: 1 Allgemein-/Prakt. Arzt

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

Geisenhausen, Lkr. Landshut: 1 Allgemein-/Prakt. Arzt

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

Jandelsbrunn, Lkr. Freyung-Grafenau: 1 Allgemein-/Prakt. Arzt

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

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

Schöllnach, Lkr. Deggendorf: 1 Allgemein-/Prakt. Arzt
 Siegenburg, Lkr. Kelheim: 1 Allgemein-/Prakt. Arzt
 Tann, Lkr. Rottal-Inn: 1 Allgemein-/Prakt. Arzt
 Wittibreut, Lkr. Rottal-Inn: 1 Allgemein-/Prakt. Arzt

Augenärzte:

Kelheim: 1 Augenarzt
 Landau, Lkr. Dingolting-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 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. Hot: 1 Allgemein-/Prakt. Arzt
 Selb, Lkr. Wunsledel: 1 Allgemein-/Prakt. Arzt
 Töpen, Lkr. Hot: 1 Allgemein-/Prakt. Arzt
 Walschenteld, Lkr. Bayreuth: 1 Allgemein-/Prakt. Arzt
 Warmenstelnach, Lkr. Bayreuth: 1 Allgemein-/Prakt. Arzt

Augenarzt:

Coburg: 1 Augenarzt

Orthopäde:

Selb, Lkr. Wunsiedel: 1 Orthopäde

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

KASSENÄRZTLICHE VEREINIGUNG BAYERNS

Bezirksstelle Schwaben

Frohsinnstraße 2, Augsburg

Telefon (08 21) 31 30 31

Allgemein-/Prakt. Ärzte:

Augsburg-Oberhausen (Ortstell 16, 17): 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 Unterfranken

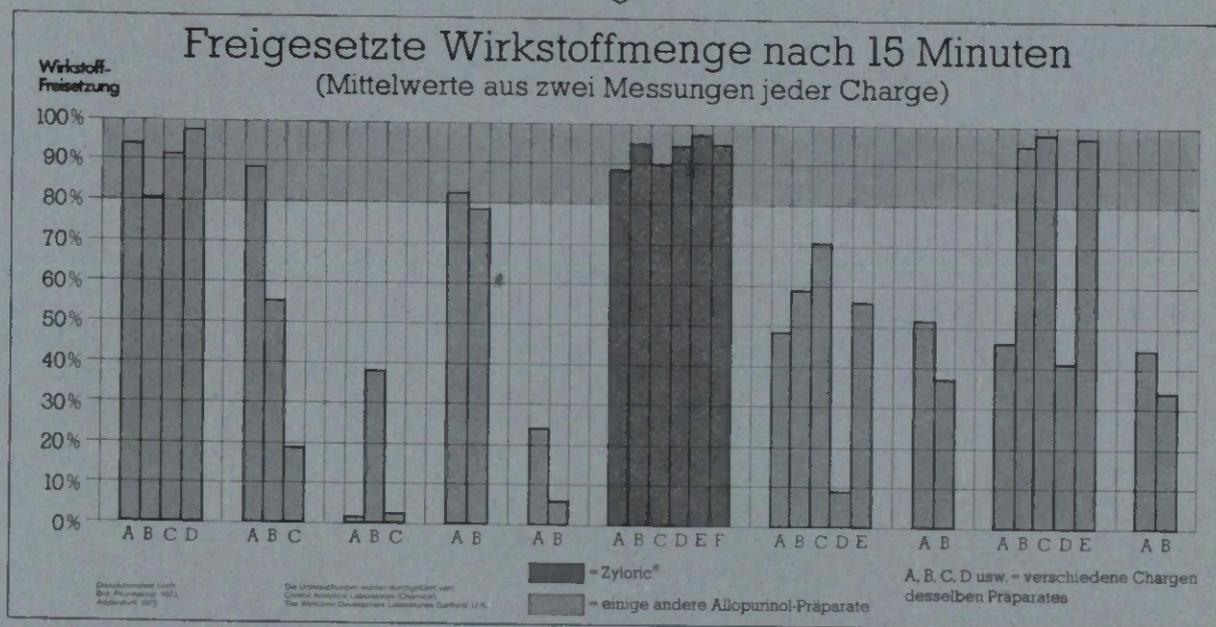
Hofstraße 5, Würzburg

Telefon (09 31) 307 - 1

Allgemein-/Prakt. Ärzte:

Alzenau, Lkr. Aschaffenburg: 1 Allgemein-/Prakt. Arzt
 Bischofshelm, Lkr. Rhön-Grabfeld: 1 Allgemein-/Prakt. Arzt
 Eisenfeld, Lkr. Miltenberg: 1 Allgemein-/Prakt. Arzt
 Gräfendorf, Lkr. Main-Spessart: 1 Allgemein-/Prakt. Arzt
 Gratenrheinfeld, 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
 Kirchheim, Lkr. Würzburg: 1 Allgemein-/Prakt. Arzt
 Klingenberg am Main, Lkr. Miltenberg: 1 Allgemein-/Prakt. Arzt
 Mömbris, Lkr. Aschaffenburg: 1 Allgemein-/Prakt. Arzt

Hyperurikämie und Gicht: Dauertherapie erfordert ein Medikament höchster Qualität.



Von Charge zu Charge konstant hohe Freisetzung des Wirkstoffes aus Zyloric®-Tabletten.

Zyloric®

Substanz und Galenik aus der Wellcome-Forschung



Deutsche Wellcome GmbH 3006 Burgwedel 1

Zusammensetzung: 1 Zyloric® 300-Tablette enthält 300 mg 1 Zyloric®-Tablette enthält 100 mg 1 H-Pyrazolo (3,4-d)pyrimidin-4-ol (Allopurinol).

Indikationen: Hyperurikämie und Urikopathien wie Gicht und Urolithiasis, Verhinderung der Kalziumoxalatsteinbildung bei gleichzeitiger Hyperurikämie. Erkrankungen mit starkem Nukleoproteinabbau. Erhöhte Harnsäurewerte infolge Strahlen- und Chemotherapie von Hämoblastosen und Tumoren.

Kontraindikationen: Während einer Schwangerschaft wird von der Behandlung mit Zyloric® abgeraten. Nur bei dringlicher Indikation kann die Behandlung ab 4. Schwangerschaftsmonat begonnen werden.

Nebenwirkungen: Gelegentlich allergische Reaktionen, vereinzelt Übelkeit und Brechreiz.

Dosierung: Standard-Dosierung: 1 Tablette Zyloric® 300 täglich (nach dem Essen mit Flüssigkeit). Ist eine von der Standard-Dosierung abweichende Dosierung angezeigt, empfiehlt sich die Verabreichung von Zyloric® à 100 mg. Ausführliche Angaben im wissenschaftlichen Prospekt.

Hinweise: Bei manifester Gicht können zu Beginn der Behandlung vereinzelt Gichtanfälle auftreten; hier empfiehlt sich die gleichzeitige Gabe von Colchizin oder Analgetika. Bei der Therapie der Gichtkriese und der Harnsäuresteine soll die tägliche Urinausscheidung mindestens 2 Liter betragen. Die Harnreaktion sollte annähernd neutral sein (pH 6,4-6,8). Bei der Behandlung mit dem Zytostatikum Puri-Neithol® (6-Mercaptopurin) oder dem Immunsuppressivum Imurek® (Azathiopurin) muß deren Dosierung bei gleichzeitiger Gabe von Zyloric® auf 25% gesenkt werden.

Packungen und Preise* (m. MwSt.): Zyloric® 300: 30 Tabletten à 300 mg 39,20 DM, 84 Tabletten à 300 mg (3-Monats-Packung) 92,40 DM, Zyloric® 50: 50 Tabletten à 100 mg 29,50 DM.

* unverbindlich.

Schweinfurt: 1 Allgemein-/Prakt. Arzt
Unsleben, Lkr. Rhön-Grabfeld: 1 Allgemein-/Prakt. Arzt
Wülfershausen/Saale, Lkr. Rhön-Grabfeld: 1 Allgemein-/Prakt. Arzt

Augenärzte:

Aizenau, Lkr. Aschaffenburg: 1 Augenarzt
Obernburg, Lkr. Miltenberg: 1 Augenarzt

Hals-Nasen-Ohrenarzt:

Marktheidenfeld, Lkr. Main-Spessart: 1 Hals-Nasen-Ohrenarzt

Kinderärzte:

Aizenau, 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**

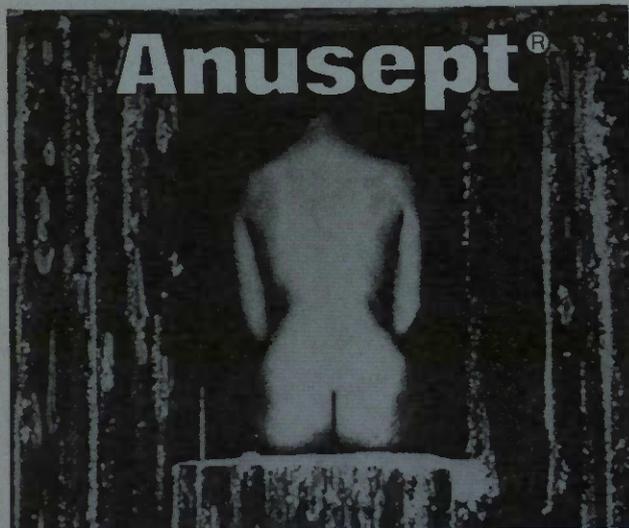
Allgemein-/Prakt. Ärzte:

Arberg, Lkr. Ansbach: 1 Allgemein-/Prakt. Arzt
Büchenbach, Lkr. Roth: 1 Allgemein-/Prakt. Arzt
Ellingen, Lkr. Weißenburg-Gunzenhausen: 1 Allgemein-/Prakt. Arzt
Großhabersdorf, Lkr. Fürth: 1 Allgemein-/Prakt. Arzt
Nürnberg-Langwasser: 1 Allgemein-/Prakt. Arzt
Nürnberg-St. Leonhard: 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/Aisch, Lkr. Neustadt/Aisch - Bad Windsheim: 1 Nervenarzt, möglichst mit Psychotherapie

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



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, Uree pura 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:

Außere und innere Hämorrhoiden, Analtissuren, Analjuckreiz, Proktitis

Unverträglichkeiten und Risiken:

Nicht bekannt.

Dosierung:

Siehe Packungsbeilage und wissenschaftlicher Prospekt.

Handelstformen:

Tube mit 40 g Anusept Salbe DM 7,20
 Packung mit 10 Anusept Zäpfchen DM 6,80
 Kombi-Packung mit 40 g Anusept Salbe und 10 Anusept Zäpfchen DM 11,50

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
Polling, Lkr. Mühldorf: 1 Allgemein-/Prakt. Arzt

Augenarzt:

Moosburg, Lkr. Freising: 1 Augenarzt

Kinderarzt:

Moosburg, Lkr. Freising: 1 Kinderarzt

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

Anusept® - Neu von Kanoldt

Tannacomp[®] wirkt:

● antibakteriell

unter weitestgehender
Schonung der physiologischen Darmflora

● adstringierend

auf entzündliche
Veränderungen der Darmschleimhaut

● spasmolytisch

auf die schmerzhaft
gesteigerte Darmmotilität



**Tannacomp[®]
beherrscht
die Diarrhoe**



**rasch und
ohne Schaden
für den Patienten**

Zusammensetzung:

1 Filmtablette enthält
500 mg Tannalbuminat
(Wirkstoff von Tannalbin[®])
und 50 mg Äthacridinlectat.

Indikationen:

Unspezifische Durchfallerkrankungen,
wie z. B. Sommer- und Reisediarrhoen,
Gastroenteritis, Enterocolitis, Diarrhoen bei
Anus praeternaturalis, zur Prophylaxe bei
Infektionsgefahr auf Reisen oder Milieu- und
Kostumstellung. Bei bakterieller oder Amöbenruhr,
Choiera und Salmonelleninfektionen

ist eine spezifische Therapie erforderlich.

Dosierung und Anwendungsweise:

Die Dosis richtet sich nach dem Schweregrad
der Diarrhoe. Erwachsene: 1–2 Filmtabletten
4mal täglich bis zum Sistieren der Durchfälle;
zur Prophylaxe: 1 Filmtablette 2mal täglich;
Kinder ab 6 Jahren: 1 Filmtablette 3–4mal
täglich. Die Wirkung von Tannacomp wird
durch Diät unterstützt.

Kontraindikationen: Sind nicht bekannt.

Zur besonderen Beachtung:

In den ersten 3 Monaten einer Schwangerschaft
ist die Verordnung von Tannacomp –

entsprechend den heutigen Auffassungen
über den Arzneimittelgebrauch durch werden-
de Mütter – kritisch abzuwägen.

Handelsformen:

Originalpackung mit 20 Filmtabletten DM 6,75
Originalpackung mit 50 Filmtabletten DM 15,55



KNOLL AG
6700 Ludwigshafen

tionsrate variierten diese Zuschläge von Jahr zu Jahr zwischen maximal 8,5 Prozent und minimal 5,5 Prozent der jeweils eingewiesenen Versorgungsbezüge. Auch ohne daß der etwas Irreführende Begriff der „Dynamisierung“ strapaziert werden mußte, konnte somit für alle Leistungsempfänger tatsächlich die Besorgnis der Wertminderung ihrer Bezüge in vollem Umfange gelöst werden. Zudem wurde es als wertvoll empfunden, daß — wie oben dargestellt — zu einem für alle Lebensalterstufen gleichen Verrentungssatz Beiträge *in beträchtlicher Höhe bis unmittelbar vor dem Einweisungsalter* für das obligatorische Ruhegeld geleistet werden können. Das Instrument der „*persönlichen Beitragsbemessungsgrenze*“ schafft die Möglichkeit über die Pflichtbeiträge hinaus dann bis zur Beitragshöchstgrenze einbezahlen zu können, wenn diese Grenze auch zwischen dem 50. und 55. Lebensjahr als Bewertungszeitraum voll ausgeschöpft wurde. Die *Beitragshöchstgrenze* wiederum wurde der Anstalt steuerrechtlich euerlegt. Sie beträgt jährlich das jeweils 30fache des Monatshöchstbeitrages zur Angestelltenversicherung, also im Jahre 1977 DM 612,00 x 30 gleich DM 18 360,00.

Beitragsgerechtigkeit und berufsständische Solidarität

Seit Anbeginn der Ärzteversorgung war es wesentliches Anliegen, eine *feste Relation zwischen der Höhe der Gesamtbeiträge eines Mitgliedes und der Höhe dessen späterer Leistungsansprüche zu schaffen*. Nur so ist letztlich Beitragsgerechtigkeit zu erreichen und zu erhalten, auch ein wesentlicher Anreiz zur Beitragsfreudigkeit! Im Grundsatz wurde dieses Prinzip nie durchbrochen, wenn auch hier die Ausnahme die Regel bestätigt: Nicht zuletzt als Folge der Kriegs- und Nachkriegsjahre gab es eine Vielzahl persönlicher Schicksale für viele Kollegen, die zu fehlenden oder zu geringen Versorgungsansprüchen führte. In den fünfziger und sechziger Jahren wurden wiederholt die Aufnahmebedingungen für nichtversorgte Kollegen großzügig gelockert, die Mindestwitwengeldansprüche erhöht und Nachzahlungsmöglichkeiten für Kriegsteilnehmer und Zeiten un- oder unterbezahlter ärztlicher Tätigkeit eingeräumt.

Es verblieben aber manche Ruhegeldansprüche, insbesondere auch für Witwen und Waisen, die — aus welchen Gründen auch immer — so niedrig lagen, daß eine ausreichende wirtschaftliche Sicherung nicht gegeben war. Nach einer ersten Aktion zur merklichen Anhebung solcher Ruhegelder zum 1. Januar 1972 wurden nochmals im Dezember 1975 *die vor dem 1. Januar 1970 eingewiesenen Ruhegelder, insbesondere der niederen Stufen, erheblich angehoben*, manche bis zum vierfachen ihrer bisherigen Höhe. Es gibt nunmehr in der Bayerischen Ärzteversorgung praktisch keine Versorgungsleistungen mehr, deren man sich schämen müßte. Hier und nur hierzu wurde das Prinzip der festen Bindung zwischen Beitragshöhe und Leistungsanspruch verlassen, um dem gleichgewichtigen Prinzip der kollegialen Solidarität und des Schutzes der Schwächeren gerecht zu werden. Dies konnte und kann natürlich nur eine Ausnahme bleiben, die durch schicksalhafte geschichtliche Entwicklungen verurteilt war. Für die Zukunft wird das ausgewogene Beitragssystem sowieso verhindern, daß solche individuellen Notsituationen entstehen können.

Neue Leistungsverbesserungen für 1977

In intensiver und vertrauensvoller Zusammenarbeit zwischen Verwaltungsausschuß und Verwaltung der Anstalt wurde im Jahre 1976 nochmals der Katalog offener Probleme und Wünsche durchgegangen und auf ihre Realisierbarkeit geprüft. Kriterium war dabei stets, die Leistungskraft der Ärzteversorgung in vollem Umfange zu erhalten. Es wäre niemandem dienlich, heute eingeräumte Leistungsverbesserungen morgen zurücknehmen oder mit Beitragserhöhungen oder Minderung anderer Leistungen erkaufen zu müssen. Der Verwaltungsausschuß kam nach Verabschiedung des hier aufgezeigten und vom Landesausschuß in seiner Jahressitzung am 18. Dezember 1976 einstimmig gebilligten Pakets von Leistungsverbesserungen zur Erkenntnis, daß *nun die Grenze der Belastbarkeit der Anstalt erreicht und praktisch alle vertretbaren und berechtigten Anliegen erfüllt sind*.

Ausbau des Frühinvaliditätsschutzes

Der Höchstsatz für Frühinvaliditätsleistungen wurde für 1977 von bisher DM 18 000 auf DM 21 000 jährlich — zusätzlich gegebenenfalls der Kinderzuschlag von zehn Prozent des Ruhegeldes — erhöht. Im Vergleich mit anderen berufsständischen Versorgungsanstalten steht aber damit die Bayerische Ärzteversorgung keineswegs an der Leistungsspitze, wenn allein die Zahlen und nicht alle damit verbundenen besonderen Tatsachen der jeweiligen Leistungssysteme verglichen werden. Verwaltungsausschuß und Verwaltung suchen — auch beauftragt durch einen entsprechenden Beschluß des Landesausschusses — in Zusammenarbeit mit der Repräsentanz des ärztlichen Nachwuchses nach einem *neuen Frühinvaliditätsmodell*, das möglichst hohe Anfangsleistungen ohne Wartezeiten auf der einen, aber auch möglichst hohe und frühzeitige Beitragsleistungen auch der jüngeren Kollegen auf der anderen Seite sichern soll.

Eine wesentliche Verbesserung erfuhr der Frühinvaliditätsschutz auch durch die *Ausdehnung auf solche Versorgungsfälle, die vor dem 1. Januar 1958 eingetreten waren*. Durch diese Satzungsbestimmung wird auch der Rechtsanspruch auf die Frühinvalidität verbessert und zur weiteren Bereinigung sämtliche ab dem Jahre 1966 als freiwillige Zuschläge zu den Versorgungsleistungen beschlossenen Prozentsätze auf den neuen Rechtsanspruch angewendet.

Höhere Bezüge für kinderreiche Familien

Nach den alten Satzungsbestimmungen durften die Hinterbliebenenbezüge nicht höher sein als das dem Mitglied zustehende Ruhegeld nebst Kindergeld. Diese Bestimmung führte bei einer Heilwaisenfamilie mit größerer Kinderzahl zu einer anteiligen Kürzung der Waisengelder und damit zu sozialpolitisch unerwünschter Benachteiligung. Durch Streichung dieser einengenden Bestimmung erhalten nun *alle Waisen ungekürztes Waisengeld*.

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. 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.

Arzneimittel sorgfältig aufbewahren! Vor Kindern sichern!
Darreichungsformen, Packungsgrößen und Preise

O P 20 Dragees 5,20 DM
A P 500 Dragees 71,- DM
Dosierung und Anwendungsweise:
Die Dragees sind mit etwas Flüssigkeit

leicht einzunehmen.

	Dosierung in Dragees		
	morgens	mittags	abends
Kleinkinder von 2 bis 5 Jahren	1	1	1
Schulkinder von 6 bis 12 Jahren	1	-	1-2
Jugendliche und Erwachsene	1	1	2-3

Rp 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 

Verbesserung der freiwilligen Zuschüsse zu den Versorgungsleistungen

Wie oben dargestellt wurde, konnte mit Wirkung vom 1. Januar 1972 eine beträchtliche Erhöhung der Ruhegelder für solche Kollegen erfolgen, die schon vor längerer Zeit, also in den fünfziger und ersten sechziger Jahren, in das Ruhegeld eingewiesen wurden.

Eine gewisse Benachteiligung bestand noch für die Gruppen von Mitgliedern, die erst nach 1966 und nach der Erreichung ihres 65. Lebensjahres in den Ruhegeldbezug eingewiesen wurden, also über ihr 65. Lebensjahr hinaus berufstätig blieben. Sie konnten damit die seit 1966 zum Ausgleich des Kaufkraftverlustes ausgereichten freiwilligen Zuschüsse für den Zeitraum zwischen ihrem 65. Lebensjahr und dem tatsächlichen Einweisungsalter des Ruhegeldes nicht erhalten.

Aus Gründen der Gleichbehandlung werden nunmehr diejenigen Versorgungsempfänger, die allein deshalb nicht sämtliche freiwilligen Zuschläge erhielten, weil sie aufgrund früheren Satzungsrechts erst nach dem Kalenderjahr eingewiesen werden konnten, in welchem sie ihr 65. Lebensjahr vollendet hatten, hinsichtlich der freiwilligen Zuschüsse so behandelt, als ob sie bereits in dem Kalenderjahr eingewiesen worden wären, in welchem sie das 65. Lebensjahr vollendet haben.

Die ab dem 1. Januar 1977 ausgezahlten Versorgungsleistungen werden daher neu berechnet: Ab dem Kalenderjahr, in dem das Mitglied das 65. Lebensjahr vollendet hat oder vollendet hätte, frühestens jedoch ab dem Jahre 1966, werden die vom Landesausschuß als jeweils freiwilliger Zuschlag beschlossenen Prozentsätze geometrisch auf die im Jahre 1976 mit Rechtsanspruch gezahlten Versorgungsleistungen angewendet. Auf die sich für das Jahr 1976 ergebende theoretische Versorgungsleistung — die natürlich über der tatsächlich gezahlten liegt — wird außerdem der für das Jahr 1977 beschlossene freiwillige Zuschlag von 5,5 Prozent aufgeschlagen. Die Summe bildet dann das Ruhegeld ab 1. Januar 1977.

Durch diese Beschlußfassung konnte nunmehr einigen Jahrgängen von

Kollegen, die durch die weiter oben dargestellte erst allmähliche Umwandlung der Anstaltsleistungen von der Berufsunfähigkeitsversorgung zur echten Altersversorgung benachteiligt wurden, ein voller Ausgleich geschaffen werden.

Verbesserungen im Rehabilitations-Statut

Auf Beschluß des Landesausschusses vom 1. Dezember 1973 wurde der Satzung der Bayerischen Ärzteversorgung ein „Rehabilitations-Statut“ angefügt.

Durch diese Leistungsverbesserung war sichergestellt, daß alle Mitglieder der Bayerischen Ärzteversorgung Zuschüsse zu Rehabilitationsmaßnahmen erhalten können, deren Berufsfähigkeit infolge von Krankheit oder anderer Gebrechen oder Schwächen der körperlichen oder geistigen Kräfte gefährdet, gemindert oder aufgehoben ist und voraussichtlich erhalten, gebessert oder wiederhergestellt werden kann. Solche Zuschüsse sollen zur Durchführung von Heilbehandlung und Berufsförderung gewährt werden.

Von diesem Instrument wurde in den vergangenen Jahren in zunehmendem Maße Gebrauch gemacht. Der Verwaltungsausschuß überprüft jeden einzelnen Antrag, er konnte in der überwiegenden Zahl der Fälle einen positiven Bescheid fällen.

Nach dem bisherigen Satzungsrecht konnte der Zuschuß bis 60 Prozent der tatsächlich getätigten Aufwendungen des Mitgliedes ersetzen, in Ausnahmefällen konnte er um weitere 25 Prozent erhöht werden.

Durch Beschluß des Landesausschusses am 18. Dezember 1976 wurde nun sichergestellt, daß unter bestimmten Voraussetzungen der Zuschuß bis 100 Prozent der Eigenkosten des Mitgliedes betragen kann. Auf diese Weise wurde sichergestellt, daß ganz besonders einschneidende Notsituationen in vollem Umfang wenigstens materiell aufgefangen werden können.

Freiwilliger Zuschlag zu den Versorgungsleistungen auch 1977

Auch für das Jahr 1977 konnte der Landesausschuß wiederum einen

freiwilligen Zuschlag zu den eingewiesenen Versorgungsleistungen beschließen.

Dieser liegt in diesem Jahre mit 5,5 Prozent etwas geringer als in den Vorjahren. Wie oben dargestellt, soll der freiwillige Zuschlag einen Ausgleich für die zu erwartende Teuerungsrate des entsprechenden Jahres und einen kleinen zusätzlichen Zuschlag beinhalten.

Glücklicherweise hat sich in den letzten Monaten die Inflationsrate erfreulich vermindert, die vorliegenden wirtschaftspolitischen Voraussetzungen für das Jahr 1977 lassen auch erhoffen, daß die Teuerungsquote unter fünf Prozent liegt.

Die Minderung des Zuschlages im Jahre 1977 beinhaltet auch die Möglichkeit, in anderen Jahren mit höherer Inflationsrate wieder — wie in der Vergangenheit — einen deutlich höheren freiwilligen Zuschlag ausreichen zu können.

Informationsschrift über die Bayerische Ärzteversorgung

Die große Zahl der tagtäglich bei der Ärzteversorgung selbst, bei den Institutionen des Berufsstandes und den freien Verbänden eingehenden Anfragen über die Ärzteversorgung und ihr Leistungssystem beweisen, wie vielfältig das Interesse der Mitglieder und wie vielschichtig die Probleme der sozialen Sicherung der Mitglieder des ärztlichen Berufsstandes sind.

In Zusammenfassung der häufigsten Anfragen und aufgetauchten Probleme wurde nunmehr von der Bayerischen Ärzteversorgung eine übersichtlich aufgemachte und mit einem sehr reichhaltigen Stichwortverzeichnis versehene Broschüre „Bayerische Ärzteversorgung — Versorgungswerk für Ärzte, Zahnärzte und Tierärzte“ fertiggestellt, in der praktisch alle wesentlichen, das Versorgungswerk, seine gesetzlichen Voraussetzungen und seinen Leistungsplan betreffende Fragen präzise dargestellt sind. Für die im Angestelltenverhältnis tätigen Mitglieder besonders wichtig ist ein ergänzender Anhang mit einem Übersichtsvergleich zwischen der Ärzteversorgung und der Angestelltenversicherung, letzterer auch als

Entscheidungshilfe für die auch heute noch für jeden Arzt wichtige Frage des ob und des wann der Entscheidung der Befreiung von der Angestelltenversicherung zugunsten der berufsständischen Altersversorgung.

Diese Broschüre soll allen Mitgliedern der Anstalt in absehbarer Zeit zugesandt werden.

Zukunftsperspektiven der Ärzteversorgung

Wie zu Beginn dieses Aufsatzes ausgeführt, basiert der Leistungsplan der Bayerischen Ärzteversorgung auf umfassenden versicherungsmathematischen Gutachten, die jeweils die Voraussetzung der Genehmigung durch die Aufsichtsbehörden sind. Nach den Vorschriften der Satzung der Bayerischen Ärzteversorgung ist *spätestens alle fünf Jahre ein versicherungsmathematisches Gutachten über die Anstalt aufzustellen.*

Das letzte große versicherungsmathematische Gutachten wurde im Dezember 1970 von Professor Dr. Heubeck aufgestellt.

Unabhängig vom Satzungsauftrag wurden aber auch jeweils zum Jahresschluß 1973 und 1974 sowie 1975 versicherungstechnische Untersuchungen angestellt, um die Entwicklung der Anstalt nach dem neuen Finanzierungsverfahren zu überprüfen.

Die neuesten Berechnungen wurden für den Zeitraum bis zum Jahre 2060 durchgeführt, also den Bereich der

nächsten 84 Jahre! Von besonderer Bedeutung ist die Entwicklung jedoch bis zum Jahre 2030, da innerhalb dieses Zeitraumes das aktive Berufsleben der jetzigen Mitglieder einschließlich der Ruhegehaltszeit überwiegend abgeschlossen sein dürfte.

Es wird für alle Mitglieder von beruhigender Vergewisserung sein, daß bei Anlegung der für die Entwicklung der Anstalt vorausgesetzten und tatsächlich bestätigten Entwicklungsdaten bis weit in die Mitte des kommenden Jahrhunderts hinein nach den heutigen Erkenntnissen die *satzungsgemäßen Rechtsanspruchsleistungen für alle Mitglieder auf Dauer gesichert* und darüber hinaus Steigerungen der Frühinvaliditätsleistungen im Rahmen des technischen Geschäftsplanes möglich sind. Von größter Bedeutung ist auch, daß für diesen Zeitraum zum Kaufkraftschwundausgleich Mittel zur Finanzierung freiwilliger Zuschläge zu den Versorgungsleistungen zur Verfügung stehen.

Vorsicht und politische Vernunft verbieten einen Vergleich der finanziellen Situation unserer Anstalt mit der der Rentenversicherungsanstalten des Staates! Um so gewichtiger wird aber unsere Feststellung, daß die ärztlichen Berufsstände durchaus in der Lage sind, ohne staatlichen Dirigismus und auch ohne staatliche Zuschüsse die Probleme der sozialen Sicherung ihrer Mitglieder und ihrer Altersversorgung in einer Form zu wählen, die wohl größeren Zuspruch dieser Mitglieder findet als andere Institutionen!

Politische Zukunftsperspektiven

Nicht erst seitdem die desolante Finanzsituation der staatlichen Rentenversicherungseinrichtung allgemein bekannt wurde, blicken so manche Politiker, insbesondere solche, die sich für „Reformer“ halten, begehrlig auf die berufsständischen, gesetzlichen Versorgungseinrichtungen. Allzu groß ist in der aktuellen politischen Situation die Versuchung geworden, durch irgendwelche Zugriffe auf das Vermögen dieser Anstalten durch Einbeziehung in die staatlichen Institutionen die dortigen Lächer wenigstens für einige Wochen oder Monate wieder zu stopfen, sei es drum, was dann kommt! Wir wissen auch sehr wohl, daß in gewissen Schubladen in Bonn durchaus solche Pläne liegen. Sie sind nicht ganz neu, sie liegen dort schon über ein Jahrzehnt und werden bei geeigneter Gelegenheit immer wieder hervorgezogen.

Es wäre jedoch außerordentlich falsch, sich von einer solchen Situation irritieren zu lassen. Wir müssen mit Selbstbewußtsein und Beharrlichkeit Voraussetzungen schaffen, daß ein solcher politischer Coup nicht möglich ist. Dazu gilt es auch, Vorwände und Scheinargumente von vornherein nicht zum Zuge kommen zu lassen.

Eine dieser Voraussetzungen ist, im Beitrags- und Leistungsplan mindestens all die Sicherheiten zu gewähren, die der Staat durch seine Einrichtungen deren Zwangsmitgliedern anbietet. Wir müssen darüber hinaus sozialpolitisch vorbildlich

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. E₁ 0,062 mg,
Lactoff. phosph. Na 0,072 mg, Niacinamid 0,51 mg, Ca. pantoth. 0,33 mg, Vit. B₆ 0,026 mg.
Ampullen: 1 ml: Extr. Hyperic. (1/2 mg Hypericin/ml) in physiologischer Kochsalzlösung.

Dosierung:

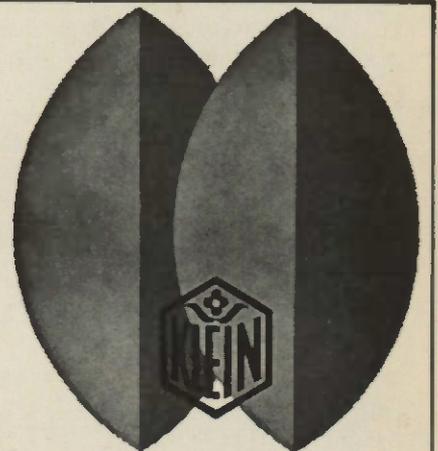
Tropfen: 3 mal täglich 20-30 Tropfen; Dragées: 2-3 mal täglich 1-2 Dragées; Ampullen: 1-2 ml l.v. oder l.m.

Kontraindikation: Photosensibilisierung

Handelsformen und Preise (Incl. MwSt.):

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

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



sein und beweisbar dartun, daß wir noch besser für unsere Ärzte, deren Hinterbliebene und Kinder sorgen können, als irgendeine staatliche Memmutinstitution.

In dieser Hinsicht heben wir mit der Bayerischen Ärzteversorgung gar keinen Vergleich zu scheuen.

Sozialpolitik wird jedoch auf Bundesebene gestaltet. Hinsichtlich der rechtlichen Bewertung gilt für die Gemeinschaft aller gesetzlichen ärztlichen Versorgungseinrichtungen der Satz, daß der Geleitzug so schnell fährt wie das langsamste Schiff.

Die an uns gestellten Voraussetzungen müssen somit für alle anderen ärztlichen Versorgungseinrichtungen in gleicher Weise gelten. Noch mehr als in der Vergangenheit, wird es in der Zukunft notwendig sein, in enger Kooperation mit allen ärztlichen Versorgungseinrichtungen dafür zu sorgen, daß die Elle der Mindestanforderung von keiner unserer Anstalten unterschritten wird.

Wenn man uns jedoch den Kampf um unsere Ärzteversorgung aufzwingt, müssen wir bereit sein, härteste politische Auseinandersetzungen zu führen, wenn es sein muß, bis vor den Deutschen Bundestag und vor das Bundesverfassungsgericht! In den vergangenen Jahrzehnten haben wir durchaus bewiesen, daß wir auf dem richtigen Wege sind und die von uns als notwendig erkannten Ansprüche durchsetzen können.

Es wäre weder klug noch politisch sinnvoll, uns von solchen Sorgen abhalten zu lassen, unsere berufsständische gesetzliche Versorgungseinrichtung deswegen nicht weiter ausbauen und kräftigen zu wollen. Es läge kein geschichtlicher Sinn darin, wenn durch die Tagespolitik gefährdet würde, was in über fünf Jahrzehnten weitblickender berufsständischer Planung, solidarischer Haltung, sozialpolitischer Weitsicht und politischen Geschicks von den bayerischen Ärzten für die bayerischen Ärzte geschaffen wurde!

Anschrift des Verfassers:

Dr. med. Klaus Dahlar, Vorsitzender des Verwaltungsausschusses der Bayerischen Ärztaufsorgung, Ginsterweg 23, 8500 Nürnberg

Die neue Strahlenschutzverordnung — Konsequenzen für den Nuklearmediziner

von M. Löffler und G. Paulus

Aus dem Bayerischen Landesamt für Umweltschutz (Präsident: Dr. Vogl)

Am 1. April 1977 tritt die neue Strahlenschutzverordnung (StrlSchV) in Kraft. Sie bringt gegenüber der alten Strahlenschutzverordnung (1. StrlSchV), die am gleichen Tag ihre Gültigkeit verliert, eine Fülle von Veränderungen, die zum großen Teil auch das Arbeitsgebiet des Nuklearmediziners berühren.

Medizinische Fachkunde beim Umgang mit radioaktiven Stoffen

Nach den derzeit noch verbindlichen Richtlinien des Bundesministeriums des Innern (Richtlinien für den Strahlenschutz bei Verwendung radioaktiver Stoffe im medizinischen Bereich) ist neben der Fachkunde im Strahlenschutz auch die spezielle medizinische Fachkunde beim Umgang mit radioaktiven Stoffen eine entscheidende Voraussetzung für eine nuklearmedizinische Tätigkeit.

Das Inkrafttreten der neuen Weiterbildungsordnung — voraussichtlich Ende 1977 mit der Neueinführung der Gebietsbezeichnung Nuklearmedizin — wird den zu fordernden Umfang dieser Fachkunde und die bisherigen zeitlichen Bestimmungen der Weiterbildung maßgebend beeinflussen.

Zusätzlich wird mit Inkrafttreten der StrlSchV in Bayern die Anerkennung dieser speziellen medizinischen Fachkunde beim Umgang mit radioaktiven Stoffen in der humanmedizinischen Diagnostik und Therapie aufgrund einer Änderung der Zuständigkeitsregelung aus dem Zu-

ständigkeitsbereich des Bayerischen Landesamtes für Umweltschutz (LfU) in den der Bayerischen Landesärztekammer übergehen.

Für den bereits praktizierenden, fachkundigen Nuklearmediziner werden diese Neuerungen von geringerer Bedeutung sein. Er wird sich dagegen um so intensiver mit den Konsequenzen aus den Vorschriften der StrlSchV auseinandersetzen haben, die die Änderung gewohnter Gepflogenheiten beim Umgang mit radioaktiven Stoffen erzwingen.

Fortführung der bisherigen Betätigung

Genehmigungen, die bereits vor Inkrafttreten der StrlSchV erteilt wurden, gelten gemäß § 82 StrlSchV vollinhaltlich weiter. Sie müssen jedoch durch neue Bescheide ersetzt werden, wenn entscheidende Veränderungen, z. B. in Art, Umfang oder Ort des Umganges mit den radioaktiven Stoffen, eingetreten sind. Dabei sind dann selbstverständlich die strenger gefaßten Genehmigungsvoraussetzungen der novellierten Strahlenschutzverordnung zu berücksichtigen.

Genehmigungsvoraussetzungen für den Umgang mit radioaktiven Stoffen

Die Voraussetzungen für die Erteilung einer Genehmigung zum Umgang mit radioaktiven Stoffen (§ 6

Esberitox®

Stimulans
der körpereigenen
Abwehrsysteme

Unspezifisches
Reiztherapeutikum zur
Prophylaxe und
Basistherapie bei
infektiösen Erkrankungen.

Zusammensetzung: 20 ml ESBERITOX liquid. enthalten: Percolat 1 = 5 Harb. Thujae occid. rec. 1,0 ml, Percolat. 1 = 5 Radix Baptisiae tinctor. 2,0 ml, Percolat. 1 = 10 Rad. Echinac. angust. et purp. 1 + 1 3,0 ml, Apis mellifica D 4 2,0 ml, Crotaucus D 6 3,0 ml, Silicea D 4 3,0 ml, Lachasis D 6 6,0 ml. 1 Tablatta entspricht ca. 20 Tropfen Liquidum mit einem Vitamin-C-Gehalt von 0,02 g/Tabl. 2 ml Ampullenflüssigkeit entsprechen 1 ml Liquidum. 1 Suppositorium = ca. 20 Tropfen Liquidum. **Indikationen:** Esberitox® dient daher zur Prophylaxe bzw. Therapie akuter und chronischer Infektionskrankheiten virusbedingter oder bakterieller Art, wie banale und grippale Infekte, Virusgrippe; Bronchitiden, Pneumonien, Anginen, Laryngitiden, Otitiden. Adnexitis, Parametritis, Cystopyelitis. Rheumatische Erkrankungen; Eingriffe in der Zahnheilkunde. Chronische und allergische Dermatosen, Akne, Verrucae vulgares und juveniles. Auch in Kombination mit anderer Therapie, wie Antibiotika, Chemotherapie, Kortikoide. **Dosierung:** Oral: 3mal täglich 20–50 Tropfen unverdünnt, möglichst perlingual, oder 1–3 Tabletten tutschen. Kinder und Säuglinge, je nach Alter, 3mal täglich 10–30 Tropfen oder 1/2–1 1/2 Tabletten. Parenteral: i. m. 0,5–2,0 ml/die, i. v. Beginn mit 0,2 ml/die, allmähliche Steigerung unter der Kontrolle der Reaktionslage bis zu 2,0 ml. Rektal: Säuglinge 1–2 Zäpfchen, Kinder ab 1 Jahr 2–3 Zäpfchen täglich einführen. **Handelsformen:** Liquidum 20 ml und 50 ml DM 4,90 und 10,30, Tabletten 50 Stück und 125 Stück DM 4,80 und DM 10,30, Ampullen zu 2 ml 5 Stück DM 7,50, Suppositorian 10 Stück DM 4,80.



Schaper & Brümmer
3324 Salzgitter-Ringelheim

StrlSchV) sind erheblich verschärft worden. Mit dem Genehmigungsantrag müssen nun detaillierte Unterlagen über Raumprogramm, Strahlenschutzvorkehrungen und geplanten Arbeitsumfang (in Bayern bisher schon üblich) zur behördlichen Prüfung vorgelegt werden. Außerdem muß der Antragsteller jetzt nachweisen, daß der erforderliche Schutz gegen Störmaßnahmen (Sabotage) und sonstige Einwirkungen Dritter gewährleistet ist.

Eine weitere Auflage verlangt zwingend, daß mit der Antragstellung der Entscheidungsbereich der vom zukünftigen Genehmigungsinhaber gegebenenfalls zu bestellenden Strahlenschutzbeauftragten schriftlich festgelegt wird und diesen die erforderlichen Befugnisse eingeräumt sind.

Gleichzeitig wird in § 29 StrlSchV die nicht zu ignorierende Einschränkung gemacht, wonach die Pflichten des Strahlenschutzverantwortlichen (wie bisher der Genehmigungsinhaber) entsprechend § 31 StrlSchV in vollem Umfang bestehen bleiben, auch wenn Strahlenschutzbeauftragte bestellt sind.

Anwendung radioaktiver Stoffe in der medizinischen Forschung

Für den klinisch tätigen Nuklearmediziner bringt der § 41 StrlSchV eine bedeutende Neuerung. Hier wird erstmals die Erteilung einer Genehmigung zur Anwendung radioaktiver Stoffe in der medizinischen Forschung in Aussicht gestellt.

Auch die klinische Prüfung von mit radioaktiven Stoffen markierten Arzneimitteln wird nun durch die StrlSchV geregelt (§ 83).

Umfangreiche strenge gesetzliche Auflagen werden jedoch die Zahl derartiger Vorhaben in engen Grenzen halten.

Aufzeichnungen über Patienten

Ähnlich, wie schon aus § 29 der Röntgenverordnung bekannt, verlangt nun auch § 43 StrlSchV eine „Strahlen“-Anamnese des Patienten und genaue Aufzeichnungen über Art und Zweck der Untersuchung oder Behandlung des Patienten mit radioaktiven Stoffen, aus denen die ver-

abfolgten Nuklide und die applizierten Aktivitäten sowie nach Möglichkeit auch die Körperdosen hervorgehen müssen.

Strahlenschutzbereiche

Es würde zu weit führen, an dieser Stelle auch die Neugliederung der Strahlenschutzbereiche, die durch die Einführung des Sperrbereiches und des außerbetrieblichen Überwachungsbereiches ergänzt wurden, eingehend zu erörtern. Es genügt hier die Feststellung, daß bei nuklearmedizinischer Tätigkeit in üblichem Umfang die bisher bekannten Strahlenschutzbereiche – Kontrollbereich, Überwachungsbereich, Allgemeinbereich – mit den in ihnen tolerierbaren Ortsdosisleistungen weiterhin im gewohnten Sinne Gültigkeit besitzen. Darüber hinaus wird jedoch in Bayern durch eine besondere Auflage der zuständigen Genehmigungs- und Aufsichtsbehörde (LfU) grundsätzlich jeder Bereich zum Kontrollbereich erklärt, in dem mit offenen radioaktiven Stoffen umgegangen wird, unabhängig von der dort herrschenden Ortsdosisleistung.

Risikofaktor Hyperlipidämie



Neu von Siegfried!

Das bewährte Behandlungsprinzip
1. Diät / 2. Clofibrat (z. B. Ticlobran®)



- optimale Qualität
- gesicherte Wirkung
- vorteilhafter Preis

preisgünstige
Clofibrat-Spezialität

nur DM 14.-

Zusammensetzung: 1 Kapsel enthält 500 mg Clofibrat
Eigenschaften: Clofibrat senkt die Blutfettwerte, indem es die Lipolyse aus den Fettd deposits hemmt und dadurch die Triglyceridbildung in der Leber herabsetzt. Auch die Cholesterinsynthese wird eingeschränkt.

Anwendungsgebiete: Erhöhte Blutfettwerte (Hyperlipidämie).

Dosierung und Anwendungsweise: Es empfiehlt sich, einschleichend zu beginnen und individuell angepaßt die Dosis zu steigern. Die mittlere Tagesdosis beträgt 3 x 1 Kapsel nach den Hauptmahlzeiten.

Nebenwirkungen, Begleiterscheinungen: Ticlobran wird gut vertragen, nur gelegentlich können rasch vorübergehende Magen-Darm-Beschwerden auftreten. Blutbild, Leber- und Nierenfunktionen werden nicht verändert.

Unverträglichkeiten und Risiken: Schwere Nieren- und Leberfunktionsstörungen, Gravidität.

Besondere Hinweise: Da Ticlobran die antikoagulierende Wirkung von Coumarinderivaten potenzieren kann, ist zu Beginn der Behandlung deren Dosis entsprechend den Quickwerten um ein Drittel bis um die Hälfte zu verringern. Bei Diabetikern empfiehlt es sich, die Stoffwechsellage zu kontrollieren.

Darreichungsformen und Packungsgrößen:
 OP mit 100 Kapseln DM 14,00
 Klinikpackungen
 Verschreibungspflichtig.

Reg.-Nr. 46 061

SIEGFRIED ARZNEIMITTEL
 7880 SÄCKINGEN

Dauereinrichtungen

Durch § 54 StrlSchV wird in Vergleich zu § 26 1. StrlSchV der Begriff der Dauereinrichtung, zu der auch Tresor und Bleiburg zählen, strenger gefaßt. War bisher der Strahlenschutz derartiger Einrichtungen so auszulegen, daß eine Jahrespersonendosis von 5 rem nicht überschritten werden konnte (bei 2000 Arbeitsstunden pro Jahr), so ist jetzt dafür zu sorgen, daß die Dosis nicht mehr als ein Fünftel dieses Wertes, also 1 rem pro Jahr, beträgt. Allerdings darf nun die tatsächliche Aufenthaltszeit in der Nähe dieser Dauereinrichtungen in Rechnung gesetzt werden. Durch betriebsinterne Strahlenschutzanweisungen, die gemäß § 34 StrlSchV von der zuständigen Genehmigungs- und Aufsichtsbehörde gefordert werden, und durch organisatorische Maßnahmen kann diese Aufenthaltsdauer sinnvoll begrenzt werden.

Durch eine vorausschauend großzügige Auslegung von Strahlenschutzeinrichtungen können jedoch bei einer eventuellen späteren Erweiterung des Umganges mit radioaktiven Stoffen (z. B. Erhöhung der Aktivitätsmengen) behördliche Beanstandungen und zusätzliche Auflagen vermieden werden.

Abgabe radioaktiver Stoffe

Der Betrieb einer nuklearmedizinischen Praxis steht und fällt mit der Möglichkeit, radioaktive Abfälle und Rückstände zu beseitigen.

Hier hebt sich die StrlSchV durch verschärfte Vorschriften am deutlichsten von der 1. StrlSchV ab.

§ 45 StrlSchV läßt eine Aktivitätsabgabe an die Umwelt nur bis zu einem Maß zu, das unter Berücksichtigung sämtlicher Belastungspfade einschließlich der Ernährungsketten und unter Einbeziehung aller anderen am Standort zur Strahlenexposition beitragenden Immittenten eine Strahlenbelastung der Menschen über Luft und Wasser von jeweils höchstens nur 30 mrem pro Jahr garantiert.

Setzt die zuständige Behörde keinen Grenzwert der insgesamt im Jahr zulässigen Aktivitätsabgabe an

Luft und Wasser fest (§ 46 Abs. 2 StrlSchV), der sicherstellen könnte, daß die oben genannte Strahlenbelastung der Allgemeinbevölkerung nicht überschritten wird, so gelten die in Anlage IV der StrlSchV angeführten Aktivitätskonzentrationen bei der Immission in Luft und Wasser.

Diese Werte sind gegenüber der 1. StrlSchV bis zu einem Faktor 30 bei der Abgabe an die Luft (z. B. für J-131) bzw. bis zu einem Faktor 200 bei der Abgabe in das Wasser (z. B. für J-125) verschärft worden. Allerdings stellen die neuen zulässigen Konzentrationswerte Jahresmittelwerte dar, während sie nach der 1. StrlSchV Tagesmittelwerte bedeuteten.

In gleicher Weise einschneidend ist die Vorschrift des § 47 Abs. 1 StrlSchV, wonach radioaktive Abfälle mit Ausnahme der eben beschriebenen Abgabe an Luft und Wasser nicht, wie bisher unter bestimmten Bedingungen zulässig, mit dem allgemeinen Müll verworfen werden dürfen, sondern an eine nach Landesrecht zu bestimmende Sammelstelle oder an eine andere zur Beseitigung radioaktiver Abfälle behördlich zugelassene Einrichtung abzuliefern sind.

§ 47 Abs. 1 StrlSchV läßt jedoch in Verbindung mit § 4 Abs. 4 Ziff. 2 Buchstabe e StrlSchV die Interpretation zu, daß radioaktiver Abfall erst ab einer Aktivität des 10^{-4} -fachen des Freigrenzwertes (die Summenformel ist zu beachten) pro Gramm Abfallportion als radioaktiver Abfall im oben genannten Sinne zu behandeln ist, also unterhalb dieser Grenze wie normaler Abfall verworfen werden kann.

Eine für den Verwender radioaktiver Stoffe sehr vorteilhafte Lösung des Abfallproblems könnte in der Bereitschaft der Herstellerfirmen von Radiopharmaka gefunden werden, radioaktive Rückstände aus bezogenen Produkten wieder zurückzunehmen.

Dieses Verfahren bedarf allerdings der behördlichen Genehmigung, die sicherlich nicht versagt werden wird.

Meßgeräte

Gemäß § 72 Abs. 1 StrlSchV müssen zur Messung von Ortsdosisleistung

gen und zur arbeitstäglich in Kontrollbereichen vorgeschriebenen Kontaminationskontrolle geeignete Meßgeräte bereitgehalten werden. Erstmals wird in Anlage IX der StrlSchV durch die Angabe höchstzulässiger Kontaminationswerte eine Minimalanforderung an die Qualität der Meßgeräte gestellt.

Beruflich strahlenexponierte Personen

Abschließend wird auf die Neuinterpretation des Begriffes „beruflich strahlenexponierte Person“ hingewiesen (Anlage I StrlSchV). Entsprechend § 67 Abs. 1 StrlSchV kann davon ausgegangen werden, daß in nuklearmedizinischen Praxen üblicher Größe in Kontrollbereichen beschäftigtes Personal künftig nicht mehr wie bisher einer jährlichen Untersuchung durch einen ermächtigten Arzt unterzogen werden muß, sondern nur mehr einmal vor Aufnahme der Tätigkeit diesem vorzustellen ist. Es ist allerdings sicherzustellen, daß die Körperdosis dieser Personen 1,5 rem im Jahr nicht überschreitet.

Zusammenfassung

Zusammenfassend kann gesagt werden, daß die neue Strahlenschutzverordnung im Vergleich zur ersten Strahlenschutzverordnung durch strengere Auflagen verschärfte Anforderungen an den Verwender radioaktiver Stoffe stellt. Auftretende Schwierigkeiten und Engpässe werden sich jedoch durch geschickte organisatorische Maßnahmen und in engem Kontakt mit der zuständigen Genehmigungs- und Aufsichtsbehörde beheben lassen. Das Bayerische Landesamt für Umweltschutz wird dem Nuklearmediziner helfend und beratend zur Verfügung stehen.

Literaturhinweis:

Verordnung über den Schutz vor Schäden durch ionisierende Strahlen (Strahlenschutzverordnung - StrlSchV) vom 13. Oktober 1976, Bundesgesetzblatt, Teil 1, Nr. 125, 1976.

Anschrift der Verfasser:

Dr. rer. nat. M. Löffler und Ing. (grad.) G. Paulus, Bayerisches Landesamt für Umweltschutz, Rosenkavallerplatz 3, 8000 München 81

Rechnungsprüfung als „Stunde der Opposition“

Die „Stunde der Opposition“ – so formuliert es einmal der CSU-Landtagsabgeordnete Georg Fendt – ist im Parlament alljährlich die Behandlung des Prüfungsberichtes des Bayerischen Obersten Rechnungshofes. Für das Haushaltsjahr 1974 liegt das Ergebnis jetzt vor, das „die für den Landtag zur Beschlußfassung über die Entlastung der Staatsregierung erforderlichen Angaben“ und eine Auswahl „sonstiger bedeutsam erscheinender Ergebnisse der Finanzkontrolle“ enthält. Insgesamt bescheinigt der Rechnungshof dem Freistaat eine geordnete Haushalts- und Wirtschaftsführung der staatlichen Dienststellen im Berichtsjahr. Darüber hinaus zeigt der Bericht wiederum eine Reihe von Fällen auf, in denen die Grundsätze einer sparsamen und wirtschaftlichen Haushaltsführung nicht oder nicht ausreichend beachtet wurden.

Diese Fälle hat der ORH bei Stichproben festgestellt, auf die er sich naturgemäß beschränken muß. Schwerpunkte in dem 112 Seiten starken Bericht sind diesmal überhöhte Ausgaben beim Schreibdienst in der Staatsverwaltung und bei der Haltung von Dienstfahrzeugen sowie die hohen Rückstände an Steuerforderungen bei den Finanzämtern. Neben weiteren Themen widmet sich der ORH auch der Klinikplanung im Bereich der Landeshauptstadt.

Nach Ansicht des Rechnungshofes hätte der Staat rund 108 Millionen DM einsparen können, wenn sein Schreibdienst rationeller organisiert wäre. Rund 30 Prozent der ca. 11 000 Verwaltungsstellen für Schreibkräfte wären nach seinen Berechnungen nicht notwendig, wäre der Schreibdienst zentral organisiert und würde pro Kraft eine Schreibleistung von täglich 20 Din-A-4 Seiten mit je 30 Zeilen, das sind 36 000 Anschläge, geleistet.

Die Ausgaben der Verwaltung für Dienstwagen sind nach Meinung der Prüfer ebenfalls zu hoch. Insgesamt ermittelten sie 5230 Pkw. Ohne die Polizeiwagen untersuchte der ORH rund 600 Fahrzeuge, um ein

repräsentatives Bild zu gewinnen. Es ergab sich, daß sie jährlich im Schnitt 20 900 km fahren. Ein hoher Anteil werde aber unzureichend genutzt: Mehr als ein Fünftel der Wagen lege jährlich unter 10 000 km zurück. Auch bei den Wagen mit Berufskraftfahrern monierten die Rechnungsprüfer eine zum Teil verhältnismäßig geringe Fahrleistung. Rund 41 Prozent von ihnen fahren jährlich weniger als 30 000 km. Pro Arbeitstag gerechnet fährt jeder Bedienstete im Durchschnitt eine Strecke von 100 km. Im Interesse einer wirtschaftlicheren Fahrzeughaltung empfiehlt der Rechnungshof, daß die Ersatzbeschaffung von Wagen mit geringer Kilometerzahl wegfallen soll, daß nicht ausgelastete Berufskraftfahrer auch andere Aufgaben erfüllen, und daß vermehrt private Kraftfahrzeuge verwendet werden sollen. Außerdem rät man zu zentralen Fahrerbereitschaften und zu einer Verwendung von Taxis im Stadtverkehr.

Zur Krankenhausplanung in der Region 14 (München) bemerkt der Rechnungshof, die Voraussetzungen zur gleichzeitigen Errichtung von zwei weiteren Großkrankenhäusern, nämlich des Klinikums Bogenhausen und des Kollegiums Augustinum, seien derzeit nicht ausreichend gesichert. Die Planung sollte noch einmal überdacht werden. Rechnungshof und Sozialministerium stimmten zwar darin überein, daß ein Bedarf von 18 350 Betten mit einer durchschnittlichen Verweildauer von 14,5 Tagen vorhanden sei. Unterschiedlicher Ansicht ist man jedoch über die Zahl der aufzulassenden und der neuzuschaffenden Betten. Nach den Berechnungen des Sozialressorts sollen 3297 Betten aufgelassen und 3113 neu geschaffen werden. Der ORH errechnet aber nur 2277 Betten und begründet dies mit der geringeren Auslastung, die zu erwarten sei. 1975 habe sie im Schnitt nur noch 77,6 Prozent betragen. Dieser Zustand könnte sich nach Fertigstellung der beiden neuen Münchener Krankenhäuser auch im Hinblick auf Großhadern noch verschlechtern. Hinsichtlich des

Großklinikums Großhadern wird die hohe Personalausstattung bei der Verwaltung und bei den Pflegedienstleistungen kritisiert: Auf 100 Verwaltungskräfte kämen derzeit nur 168 Betten; die Pflegedienste lägen deutlich über den Werten der Deutschen Krankenhausgesellschaft.

Die Palette der Prüfungen des ORH erstreckt sich stichprobenartig auf den Bereich der gesamten Staatsverwaltung, die ihm als unabhängiger, mit richterlichen Befugnissen ausgestatteter Instanz Auskunft erteilen muß. Der ORH deckte in seinen Prüfungen wiederholt Mißstände auf, die im Haushaltsausschuß des Landtages diskutiert, mißbilligt oder gar gerügt worden sind. In besonders krassen Fällen der mißbräuchlichen Verwendung von Staatsgeldern wurde sogar – insbesondere von seiten der Opposition – der Ruf nach dem Staatsanwalt laut. Mit einem Antrag wollte die SPD dies jetzt in die Tat umsetzen. Danach sollten die Berichte des ORH den drei bayerischen Generalstaatsanwaltschaften offiziell zugeleitet werden, um sie auf strafrechtliche Konsequenzen hin zu überprüfen.

Dieser Wunsch wurde zunächst mit Hilfe einiger CSU-Stimmen im Haushaltsausschuß gebilligt, dann aber eine Woche später erneut auf die Tagesordnung gesetzt. In der CSU-Fraktion war die Angelegenheit nämlich auf Mißfallen gestoßen. Man war der Ansicht, daß die Berichte des Rechnungshofes für eine Strafverfolgungsbehörde völlig ungeeignet seien. Rechnungshofpräsident Karl Mann äußerte sogar „ein ungutes Gefühl“ und befürchtete, daß die Zusammenarbeit der Staatsverwaltung mit den Prüfungsbeamten einträchtig würde, „wenn der Staatsanwalt dahinter stehe“. Gegen die von der CSU verlangte Zurücknahme protestierte die SPD verbittert und warf ihr „Rechtsbeugung“ vor. Sie kündigte an, die Fraktion werde die Berichte selbst den Staatsanwaltschaften zuleiten. Aus Protest gegen die Zurücknahme ihres Antrages verließen die sozialdemokratischen Abgeordneten die Sitzung des Haushaltsausschusses.

Der Eklat im Haushaltsausschuß ist ein Auftakt zur Auseinandersetzung um die Rechnungsprüfung des Jahres 1974. Sie wird fortgeführt, wenn das Parlament den Bericht diskutiert.

Michael Gscheidle

Das koronare Risiko.

Immer mehr Menschen riskieren täglich ihre Gesundheit: Bewegungsmangel, Rauchen, Alkohol, falsche Ernährung, Übergewicht, Leistungszwänge: Multiplikation der Risikofaktoren. Die Quittung: Koronare Herzkrankheiten.

Dosierung und Anwendung:
Für die Dauerbehandlung im allgemeinen
Kapseln unzerkaut mit etwas Flüssigkeit ein-
nehmen. Durchschnittliche Tagesdosis 3mal
1 Kapsel; in besonderen Fällen bis zu 3mal täg-
lich 2 Kapseln; dabei Ernährungsbestand von
2 Stunden nicht unterschreiten. Bei drohendem
Angina-pectoris-Anfall zum raschen Wirken-
eintritt Kapseln zerbeißen.

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

Kontraindikation:
Gesamte Schwangerschaft.
Zur Beachtung:
Adalat kann die Wirkung von blutdrucksenken-
den Präparaten und β -Rezeptorenblockern ver-

schlechtert werden von Verbot und einer zu
vorübergehender, meist leichter Natur. Ge-
legentlich kann es zu Kopfschmerz, Gesicht-
rötung, Wärmegefühl, Schwindel und Übelkeits-
erscheinungen kommen. Umlagerliche Labo-
ratoruntersuchungen ergaben keine auf das
Präparat zurückzuführenden pathologischen
Abweichungen von den Normwerten.

undlung und Prophylaxe der akuten und
chronischen Koronarsuffizienz (Insbesondere
Angina pectoris, Zustand nach Herzinfarkt).
Adalat ist gut verträglich. Unerwünschte Begleit-



Zur Prophylaxe und Therapie der koronaren Herzkrankheiten:

1. Adalat, Das Prinzip der Sauerstoffeinsparung.

Gezielte Reduzierung des Energiever-
brauches durch Hemmung des kontrakti-
litätssteigernden Calcium-Einstroms in die
Myokardzelle. Die regulative Anpassung
des Herzens bleibt erhalten. Der myokar-
diale Sauerstoffverbrauch wird gesenkt.

2. Adalat, Das Prinzip der Druck- entlastung des Herzens.

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

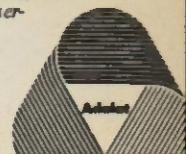
3. Adalat. Das Prinzip der Neuerschliessung von Kollateralen durch Koronardilatation.

Dilatierbare Koronargefäße werden erwe-
tert. Bei Dauermedikation stimuliert
Adalat die Kollateralen-Neuerschliessung.
Verbesserte Koronardurchblu-
tung und günstigere Blutver-
teilung erhöhen das Sauer-
stoffangebot.

1 D 118



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



Die Dichter unter den Ärzten der Welt treffen sich in klassischen Gefilden

von Alfred Rottler

Hätte ich doch tausend mal tausend Fünfdrachmenstücke wegen des Wappens, das sie ziert: der Pegasus!

Korfu hat manchen Berühmten angelockt, auch uns Schriftstellerärzte: Zu unserem 21. Welttreffen.

Jährlich reisen wir zu unseren Freunden anderer Zunge, um Wahrheit, Schönheit des Ausdrucks, Liebe, Humanitas, Größe des menschlichen Herzens zu treffen.

Ziel war heuer das vielbewunderte Eiland der Phaäken, deren Gastfreundschaft auf Zeus zurückgeht, in der Königstochter Nausikaa verkörpert, als sie den nackten Gestrandeten huldreich aufnimmt.

Über zweieinhalbtausend Jahre alt ist diese Korintherkolonie. Nie wurde sie erobert, nie zerstört, auch nicht von den Türken. Unübersehbar aber ist allenthalben der Einfluß Venedigs. Man findet ihn in den Altstadtgassen, in den zehn Millionen Ölbäumen, in den Hafens- und Strandanlagen mit Steineichen, Mimosen, Kakteen-, Mandel-, Zitronen-, Orangenhainen mit Zypressen, Pinien

und Judenbäumen. — Keine hellenische Insel ist so grün.

Die Teilnehmer aus dreizehn Nationen standen unter dem besonderen Schutz der Götter. Unvergeßlich die Landschaft, mild das Klima, strahlend der Himmel, golden die Sonne und warm das Meer. — Das eigentliche Kongreßthema „Humor in der Medizin“ kam zu kurz. Eingehalten haben es die Deutschen und sie können stolz auf den Beifall sein.

Den besten Witz leistete sich die Dolmetscherin bei der Simultanübersetzung: Von *Odysseus forderte der blinde Humor*: „Wenn du den Frieden willst, dann fresse den Krieg.“ — Ansonsten wurde — wenig geschmunzelt.

Kurzfristig war ein zweites Thema aufs Tapet gesetzt: „Drogensucht“, und die Gastgeber verbohrt sich in ein drittes, nämlich: „Korfu braucht eine Sprachenuniversität.“

Aber das Lächeln, das die Dichter erwecken wollten, strahlte die Insel aus. Es ist wie das glückselige Gesicht einer schönen Schlummernden, die am Abend beglückt einschläft.

Das korfiotische Volk liebt die Schiffe, die Masten, die Segel, das Wasser.

Vivere non necesse, ma navigare necesse est. — Nicht das Wagnis, nicht das Abenteuer lockt uns.

Festliche Erwartung bestimmt den, der hinausstürmt zu einer Fahrt ins Wunderland.

Und dennoch gehört noch immer Mut dazu, sich durch die Luft mit Raketen katapultieren zu lassen. Nicht allein Ikarus ist abgestürzt und zerschellt.

Dort drüben, die vorgelagerte winzige Mäuseinsel hat Bezug zu diesen Gedanken; Böcklin hat sie in seinem berühmten Gemälde „Toteninsel“ für ewig festgehalten.

Viele unserer Landsleute sind hier gewesen. A. Anderer zählt einige auf. 1868 hielt sich Heinrich Schliemann einige Tage auf und der „König von Korfu“ von Mathias von der Schulenburg entstand da und Söders Vorfahre der Frauenverführer Konrad Friedrich hat sich verewigt. — Und natürlich Wilhelm! Der Zweite! Sein Schloß Achilleion ist Touristenattraktion ebenso wie der Thron des Kaisers, wo jeder Urlauber den Sonnenuntergang betrachten muß. — Bei allen Gelegenheiten, sogar zu den häufigen Prozessionen pauken und pfeifen und trompeten die stolzen Musikanten in Federhelmen preußische Militärmärsche.

An diesem Tag kamen wir in das Dorf Paleokastritsa mit den typischen Tavernen. Griechischer Folkloreabend. — Unter echtem Weinrebendach kredenzte man uns roten Wein, weißen Retsina geharzt, Uzo aus Anis, Hammel und Ferkel vom

ZUSAMMENSETZUNG: In 100 g Salbe: Arnica 0,15 g; Calendula 0,15 g; Hamamelis 0,15 g; Echinacea angustifolia 0,15 g; Echinacea purpurea 0,15 g; Chamomilla 0,15 g; Symplytum 0,15 g; Bellis perennis 0,15 g; Hypericum 0,15 g; Millefolium 0,15 g; Anacardium D 1, Belladonna D 1 ana 0,05 g; Aristolochia Clematis 0,15 g; Mercur solub. Helium. D 1 ana 0,04 g; Hepar sulfur. D 1 0,025 g.
ANWENDUNG: Salbe mehrmals täglich einreiben oder auftragen.
HANDELSFORM UND PREISE (incl. MwSt.) Preisänderungen vorbehalten. Salbe (Reg.-Nr. 49962)
Salbe zu 21 g DM 3,65 · Salbe zu 84 g DM 12,-.
Weitere Darreichungsformen von Traumeeel: Ampullen zur Injektion — Tropfen und Tabletten zum Einnehmen.

für offene und stumpfe Traumen
Hämatome, Prellungen,
Distorsionen

Traumeeel[®]-Salbe

zur Therapie posttraumatischer und
postoperativer Weichteilschwellungen

Biologische Hellmittel Heel GmbH
Baden-Baden

-Heel

Spieß, Moussaka, Suvlaka, Tintenfisch, schwarze Oliven und Schafskäse. — Mein Nachbar erklärt: Die Krabbe ist in ihrem Loch ein großer Herr. Ich setze hinzu: Sie liebt das Wasser, nicht aber, wenn es kocht. — Und alle müssen Sirtaki tanzen.

Ich habe eine Rose gefunden, eine Schöne des Landes.

Die Sänger der Geschichte bewundere ich, die Kinder einer frohen Zukunft sind zu verehren, ich selber aber lebe dem Tag, ich liebe die Wärme des Wetters und der Herzen der Einwohner, die Sanftheit des Landes und die wirren Berge.

In den zerrissenen schartigen Klippen nahe der Grotte unterhalb des einsamen Mönchklosters treffe ich einen Badenden mit Ebenmaß. Verzaubert stelle ich mir vor, wie Dante dem Ulysses vor dem Tor zur Unterwelt begegnet. — Auf seine Ähnlichkeit hin mit dem Weitgerelsten, versuche ich ihn anzusprechen. — „Je,

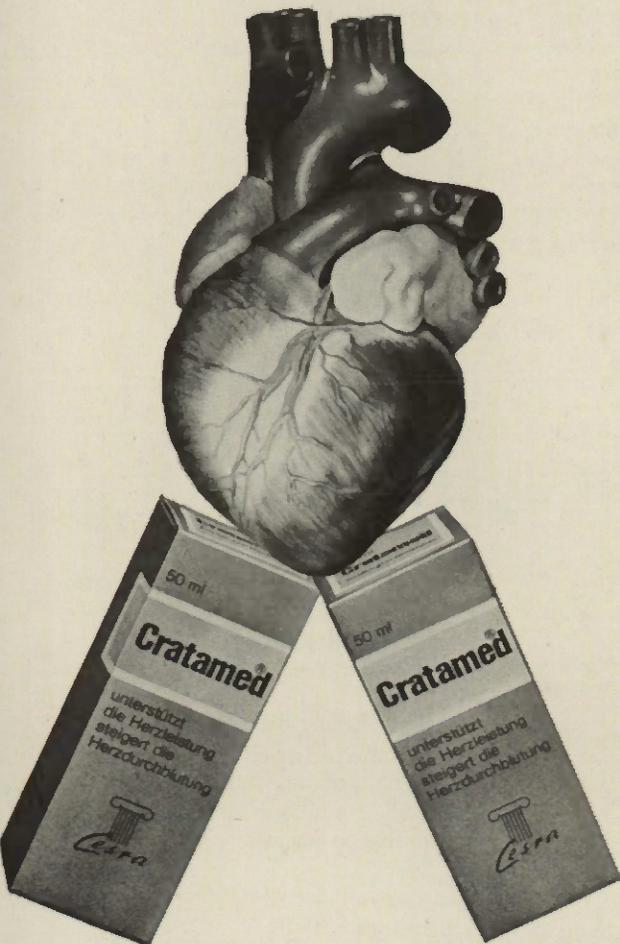
so male ich mir den irrenden Seefahrer aus, der Sirenen, Charybdis und Kirke entgeht, der nicht zurückfindet durch die Ungunst des Geschicks durch den Neid von Götterheiten.“ Wie war ich verblüfft als dieser mir in unverfälschtem Bairisch antwortet: „Ja, glabm denn Sie, daß der Uli werklich hamgwollt hat?“

Für den Interessierten noch einige nüchterne Daten: Es waren mit Ehefrauen rund 100 Teilnehmer. Von uns Deutschen nahmen Geue, Pfeifer, Picard, Rottler, Schwietert und Soeder teil. Erstmals seit über zehn Jahren war wieder ein DDR-Arzt-schriftsteller und ein Bulgare dabei. Leider kam dieses Mal aus Brasilien, Italien und Spanien niemand. Impo-nierend war die Simultanübersetzung in Griechisch, Französisch und Deutsch. Vertreter der Regierung, des Postministers, des Militärs, der Ärztekammer, der griechische Bischof u. a. m. waren anwesend. Es wurden 37 Vorträge bzw. Communi-cations gehalten, darunter dreimal

Thema „UMEM“ von drei Polen, vier-mal Thema „Drogen“, fünfzehn freie Themata, neunmal freier Humor (dreimal deutsch und einmal Elsäs-ser Schmitt), sechsmal Table ronde de Poesie. Von den deutschen Con-frères trugen Achim Anderer (Soe-der) „Uriges“ und „Bärtiges“ so-wie Rottler „Als der Karpfen bellte“ vor. Der Vorschlag des französischen Vizepräsidenten Dr. Schmitt, Metz, auf Schaffung eines internationalen Buchklubs „Lettres et Médecine“ wurde angenommen und vorerst an die Mittelsmänner der deutschen, französischen und griechischen Sprachengruppe überantwortet (s. „Bayerisches Ärzteblatt“, Heft 12/1976, S. 1172 f). Ein Gremium zur Förderung und Neugewinnung jun-ger UMEM-Mitglieder wurde erstellt. Die nächste UMEM-Tagung 1977 soll in Frankreich (Paris oder Umgebung, Straßburg) stattfinden.

Anschrift des Verfassers:

Dr. med. Alfred Rottler, Äußere Bayreu-ther Straße 72, 8500 Nürnberg



Cratamed®

**unterstützt die Herzleistung
steigert die Herzdurchblutung**

Cratamed bei verminderter Herzleistung durch Koronarinsuffizienz, Herzneurose, Herzmuskelschäden, Altersherz, Hypertonie. Cratamed unterstützt die Digitalis- und Strophantin-Therapie.

Zusammensetzung: Percolat aus Fructus Crataegi oxyacanthae et Folia Crataegi cum floribus mit 0,2 % Flavanoidglykosiden.

Dosierung: 3 mal täglich 20 Tropfen Cratamed in etwas Wasser oder auf Zucker einnehmen.

Cratamed ist auch für Langzeit-Therapie geeignet.

Handelsformen: 30 ml Tropfen DM 5.75, 50 ml Tropfen DM 7.90.

JULIUS REDEL CESRA-ARZNEIMITTELFABRIK
BADEN-BADEN



Personalia

Bergmann-Plakette für Dr. Schweier

Dr. Paul Schweier, Chefarzt am Städtischen Krankenhaus München-Schwabing, Kölner Platz 1, 8000 München 40, erhielt am 21. Januar 1977 aus der Hand Professor Dr. Sewerings die ihm auf dessen Antrag vom Vorstand der Bundesärztekammer verliehene Ernst-von-Bergmann-Plakette.

Dr. Schweier war von 1953 bis 1961 pädiatrischer Mitarbeiter der „Münchener Medizinischen Wochenschrift“. 1961 hat er die kinderärztliche Fachzeitschrift „Pädiatrische Praxis“ mit begründet und ist seither der Schriftleiter dieser Zeitschrift. Das Redaktionsprogramm dieser Publikation ist betont auf die Fortbildung des praktizierenden und im Krankenhaus tätigen Pädiaters ausgerichtet. 1975 hat Dr. Schweier ein Taschenbuch (600 Seiten) über „Pharmakotherapie im Kindesalter“ in Zusammenarbeit mit zahlreichen Autoren herausgegeben. Er war von 1969 bis 1972 Vorsitzender der Münchener Kinderärztlichen Gesellschaft mit Organisation und Leitung der in vierwöchigen Abständen stattfindenden Vortragsveranstaltungen.

Seit 1956 obliegt ihm die Organisation und Leitung der allwöchentlich im Schwabinger Kinderkrankenhaus stattfindenden Patienten-Demonstrationen mit Diskussion, zu denen auch praktizierende Ärzte eingeladen werden und erscheinen.

Zusammen mit Professor Dr. Hilber ist er der Organisator der alljährlich im Kinderkrankenhaus Schwabing stattfindenden „Klinischen Fortbildungswoche“. Er ist Mitglied des Fortbildungsausschusses des Ärztlichen Kreis- und Bezirksverbandes München.

Insgesamt hat Dr. Schweier rund 40 Publikationen auf dem Gebiet der Pädiatrie vorgelegt, ebenso ca. 35 Vorträge auf Kongressen, Tagungen und Fortbildungsveranstaltungen gehalten. Er hatte über zehnmal die Leitung und Moderation von größeren Fortbildungsveranstaltungen.



Dr. Gahbauer 65 Jahre

Dr. Alfred Gahbauer, Osterfeldstraße 21, 8901 Stadtbergen, konnte am 25. Februar seinen 65. Geburtstag feiern.

Über die engere berufliche Tätigkeit als Allgemeinarzt hinaus hat sich Dr. Gahbauer in besonderem Maße am Aufbau der ärztlichen Standesorganisation beteiligt. Sofort nach Wiedereinführung der kassenärztlichen Selbstverwaltung hat er sich für deren Ausbau eingesetzt. Bereits 1952 wurde er zum stellvertretenden Vorsitzenden der Bezirksstelle Schwaben der KVB gewählt. Seit 1956 ist Dr. Gahbauer Mitglied der Vertreterversammlung der Kassenärztlichen Vereinigung Bayerns und der Kassenärztlichen Bundesvereinigung. 1962 wurde er zum Vorsitzenden der Bezirksstelle Schwaben der KVB gewählt und seit 1963 ist er Mitglied des Vorstandes der Kassenärztlichen Vereinigung Bayerns.

Dr. Gahbauer gehört ferner dem Vorstand des Ärztlichen Kreisverbandes Augsburg an, 1971 wurde er zum stellvertretenden Vorsitzenden des Ärztlichen Bezirksverbandes Schwaben gewählt und ist seitdem auch Mitglied des Vorstandes der Bayerischen Landesärztekammer.

Mit besonderem Einsatz hat Dr. Gahbauer, der seit dem Jahre 1965 Mitglied des Landesausschusses der Bayerischen Ärzteversorgung ist, deren Weiterentwicklung gefördert.

Wir wünschen ihm noch viele gesunde und erfolgreiche Jahre.

Professor Dr. Hans-Martin Weinmann, leitender Oberarzt an der Kinderpoliklinik, Kölner Platz 1, 8000 München 40, wurde zum aktiven Mitglied der New Yorker Akademie der Wissenschaften ernannt.

Verdienstorden

Dr. Franz Josef Leibig, Rosenstraße 30, 8180 Tegernsee, wurde mit dem Verdienstkreuz am Bande des Verdienstordens der Bundesrepublik Deutschland ausgezeichnet.

Dr. Friedrich Bräutigam, Schwanhäußer Straße 13, 8500 Nürnberg, wurde mit der Verdienstmedaille des Verdienstordens der Bundesrepublik Deutschland ausgezeichnet.

Auszeichnungen

Mit der im Denkmalschutzjahr 1976 gestifteten Medaille für vorbildliche Heimatpflege wurden ausgezeichnet: Dr. Josef Götz, Alter Pfarrhof, 8081 Geltendorf; Dr. Ernst Wittermann, Zugspitzstraße 33, 8120 Weilheim; Dr. Franz Zech, Rosengasse 10, 8211 Grassau.

in memoriam

Dr. Karl Luber †

Dr. Karl Luber, den bayerischen Ärzten als jahrzehntelanger Leiter der Bayerischen Ärzteversorgung in bester Erinnerung, verstarb nach längerem schweren Leiden am 7. Februar 1977 im 81. Lebensjahr.

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

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

Wir werden des Verstorbenen stets ehrend gedenken.

Professor Dr. Sewering



Amphodyn[®] retard Die BiTherapie

Physiologisch angepaßte Tonisierung
der beiden Kreislaufseiten:

venös kräftig

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

arteriell behutsam

dynamisiert den Arterio-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 Etilerfrinhydrochlorid 20 mg, Roßkastanienextrakt 150 mg (enth. 25 mg Aescin). **Kontraindikationen:** Phäochromozytom, 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.



8 München 40

Kongresse

59. Augsburger Fortbildungskongreß für praktische Medizin

vom 25. bis 27. März 1977 in Augsburg

Leitung: Professor Dr. A. Schretzenmayr, Augsburg

Kongreßplanung: Coflegium Medicum Augustanum

Themen: Der alte Mensch in der Sprechstunde — Diätetik heute

Freitag, 25. März 1977

16.00 Uhr:

Klinische Visiten

17.30 Uhr:

Besichtigung des Spastikerzentrums — Laborseminar

20.00 Uhr:

Filmabend

Samstag, 26. März 1977

Der alte Mensch in der Sprechstunde

9.00 — 12.30 Uhr:

Warum und wozu Geriatrie?

Privatdozent Dr. J. P. Junod, Gent

Das Altersherz

Professor Dr. Dr. Michel, München

Die sogenannte Altersbronchitis

Professor Dr. H. Herzog, Basel

Rheuma im Alter

Dr. R. Schäfer, Zürich

Gerontopsychiatrie — eine neue Disziplin

Professor Dr. K. Oesterreich, Heidelberg

Geriatrische Gynäkologie

Professor Dr. G. Döring, München

Alterschirurgie

Professor Dr. H. Bunte, Münster

14.00 — 15.30 Uhr:

Round-Table-Gespräch

Probleme der medikamentösen Therapie im Alter

Teilnehmer: Die Referenten des Vormittags

Gesprächsleiter: Professor Dr. H. Kaiser, Augsburg

Sonntag, 27. März 1977

Diätetik heute

9.00 — 10.30 Uhr:

Der Wandel in der Ernährung

Professor Dr. N. Zöllner, München

Diät als kausale Therapie bei erblichen

Stoffwechselkrankheiten

Professor Dr. H. Bickel, Heidelberg

Behandlung des Übergewichts

Professor Dr. H. Ditschuneit, Ulm

11.00 — 12.30 Uhr:

Magen-, Darm-, Leberschonkost — das Ende einer Legende

Professor Dr. G. A. Martini, Marburg

Moderne Nierendiät

Professor Dr. R. Kluthe, Freiburg

Diät bei Störungen des Zucker- und Fettstoffwechsels

Professor Dr. G. Schlierf, Heidelberg

14.00 — 15.30 Uhr:

Round-Table-Gespräch

Ernährungsberatung in der Praxis

Teilnehmer: Die Referenten des Vormittags, Frau V. Schleypen-Leonhardt, Diätassistentin

Gesprächsleitung: Professor Dr. N. Zöllner, München

Auskunft und Anmeldung:

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

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

Samstagseminar für angehende Allgemeinärzte

am 2. April 1977 in München

Veranstalter: Bayerische Landesärztekammer

Ort: Ärztehaus Bayern, Mühlbeurstraße 16, München 80

Beginn: 9.00 Uhr s.t. — Ende: gegen 18.00 Uhr

Auskunft und Anmeldung:

Bayerische Landesärztekammer, Frau Müller-Petter, Mühlbeurstraße 16, 8000 München 80, Telefon (0 89) 41 47 - 294

EKG-Kurs für Sportärzte

vom 27. bis 30. April 1977 in Erlangen

Leitung: Professor Dr. W. Hilmer, Erlangen

Ort: Medizinische Poliklinik der Universität, Östliche Stadtmauerstraße 29, Erlangen

Auskunft und Anmeldung:

Dr. B. Moser, Medizinische Poliklinik der Universität Erlangen-Nürnberg, Östliche Stadtmauerstraße 29, 8520 Erlangen, Telefon (0 91 31) 85 39 11



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

Ärztliche Sofortmaßnahmen am Unfallort

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

Leitung: Dr. U. Heynen, München

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

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

Auskunft und Anmeldung:

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

Tagung der Deutschen Rheuma-Liga am 7./8. Mai 1977 in München

Thema: Rheumabekämpfung - Aufgabe für alle

Ort: Bürgerbräukeller, Rosenheimer Straße 29, München 80

Auskunft:

Deutsche Rheuma-Liga e. V., Geschäftsstelle, Postfach, 8031 Seefeld

Fortbildungsprogramm des Ärztlichen Kreisverbandes Oberallgäu

11. März 1977:

Aktuelle toxikologische Probleme in der Praxis (Prof. Dr. v. Clarmann, München)

16. März 1977:

Spasmus und Schmerz
Medium: Tele-Talk-In (eine neue Form ärztlicher Fortbildung - Moderator: Priv.-Doz. Dr. Miederer, Bonn)

1. April 1977:

Das Bild der somatisierten Depression in der Praxis und deren Therapie (Prof. Dr. Wieck, Erlangen)

22. April 1977:

Ernährung und Herzinfarkt (Prof. Dr. Holtmeier, Stuttgart)

7. Mai 1977:

7. Allgäuer Fortbildungstag für praktische Medizin (150. Fortbildungsveranstaltung)

Der akute Notfall - Sonderprogramm -

Beginn: 9.00 Uhr - Ende: 16.00 Uhr

Ort: Hofgarten-Stadthalle, Immenstadt

18. Mai 1977:

Irritabler Darm - Dickdarmdivertikulose - Dickdarmdivertikulitis - Colitis ulce-

rosa: Diagnose und Therapie (Prof. Dr. Ottenjann, München)

3. Juni 1977:

Die wichtigsten neurologischen Krankheitsbilder in der Praxis (Prof. Dr. Láhoda, München)

24. Juni 1977:

Neuraltherapie nach Huneke (Dr. Dosch, München)

Film: Injektionstechnik der Neuraltherapie nach Huneke

1. Juli 1977:

Nachsorgeprobleme bei Koronar-Kranken in der Praxis (Prof. Dr. Halhuber, Höhenried)

16. Juli 1977:

Herz-Kreislaufkrankungen: Diagnostik und Therapie (Seminar für die Praxis)

Leitung: Prof. Dr. Michel, München

Referenten: Münchener Kardiologen - Sonderprogramm

Ort: Sporthalle Kurhotel Sonnenalp, Sontholen

Auskunft:

Medizinaldirektor Dr. H. Schneiderhan, Sanatorium Hirtensten, 8981 Bolsterlang, Telefon (0 83 26) 8 26

Marament[®]-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/Prelae lt. AT. m. MwSt.:

O.P. Flasche mit 100 ml

DM 6,15



Dr. Wider & Co 725 Leonberg



Fortbildungstag für Augenärzte
am 14. Mai 1977 in Würzburg

Themen: Klinische Problemielle – Glaukom: Diagnose, Therapie

Nachmittagskurse in kleinen Gruppen: Applenationstonometrie (Hendaplanationstonometer), Tonogrephie, Dynamometrie, Sehschule (Untersuchung, Operation zur Nystagmushemmung, Behandlung mit Prismen und Bifokalgläsern)

Beginn: 8.30 Uhr

Ort: Hörsaal der Universitäts-Augenklinik, Josef-Schneider-Straße 11, Würzburg

Auskunft und Anmeldung:

Sekretariat Professor Dr. W. Leydhecker, Universitäts-Augenklinik, Josef-Schneider-Straße 11, 8700 Würzburg, Telefon (09 31) 2 01 24 01

Gemeinsame Tagung der Bayerischen und der Österreichischen Gesellschaft für Gynäkologie und Geburtshilfe

vom 19. bis 21. Mai 1977 in Garmisch-Partenkirchen

Themen: Endokrinologie des Klimakteriums – Weheninduktion, Prostaglandine – Isotopen in der Geburtshilfe – Hormonelle Palliativtherapie des Mammakarzinoms – Rezeptorenbestimmung

Auskunft:

Kongreßbüro der Bayerischen Gesellschaft, Frauenklinik der Technischen Universität München im Klinikum rechts der Isar, Ismaninger Straße 22, 8000 München 80

Fortbildungsseminar „Praxis der lokalen und oralen Photochemotherapie“

vom 1. bis 3. Dezember 1977 in Mannheim

Veranstalter: Heutklinik der Städtischen Krankenanstalten, Mannheim, zusammen mit dem Verband der Niedergelassenen

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 Teilnehmergebühr ist am Tage des Einführungslehrganges zu bezahlen.

Dermatologen Deutschlands e.V. und der Arbeitsgruppe Photochemotherapie

Themen: Zur Pharmakokinetik – Photochemotherapie der Psoriasis – Ausweitung der Photochemotherapie – Die Photochemotherapie in der Fecharztpraxis – Rundtischgespräch (Sicherheit der Photochemotherapie)

Auskunft:

Dr. H. Schroeder, Wissenschaftliches Büro Dr. Karl Thomae GmbH, Hohenzollernstraße 16, 7000 Stuttgart 1, Telefon (07 11) 64 40 43 – 44

Veranstaltungskalender der Bayerischen Akademie für Arbeits- und Sozialmedizin

21. März bis 1. April 1977

Epidemiologie und epidemiologische Methodik I und II

3. bis 28. Oktober 1977

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

21. November bis 2. Dezember 1977

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

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

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

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

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

Auskunft und Anmeldung:

Bayerische Akademie für Arbeits- und Sozialmedizin, Pfarrstraße 3, 8000 München 22, Telefon (0 89) 21 84-259-260



NEPHROLOGIKUM
zur risikolosen
Langzeittherapie
von NEPHROPATHIEN

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. 0,8 g, Fol. Rosmarin. 0,6 g - 1 Dragée enthält: Herb. Centaur. 18 mg, Fruct. Cynosbat. sin. Semin. 30 mg, Rad. Levistic. 18 mg, Fol. Rosmarin. 18 mg. • **Dosierung:** Erwachsene erhalten 3mal täglich 1 Teelöffel voll oder 2 Dragées, Schulkinder 3mal täglich 1/2 Teelöffel oder 1 Dragée, 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 DM 8,35, OP mit 60 Dragées DM 8,35, OP mit 240 Dragées DM 25,90; Großpackungen mit 500 ml, 1000 ml und 1000 Dragées.

BIONORICA KG · APOTHEKER POPP · NÜRNBERG



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 anzuraten.

Besondere Hinweise

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

Darreichungsformen und Packungsgrößen

Originalpackung mit 20 Kapseln
Originalpackung mit 40 Kapseln
Klinikpackung

DM 22,10
DM 39,75

Unverbindliche empfohlene Preise lt. AT

Thomae

Klinische Fortbildung in Bayern

In Zusammenarbeit mit der Bayerischen Landesärztekammer

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

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

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, Neuer Markt

Themen:

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

Chronische Schmerzen – Schlafstörungen – Chronische Schizophrenie

Anmeldung:

Frau Heerklotz, 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

Leitung: 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. Kardiologie

Deutsches Herzzentrum München
Klinik für Herz- und Kreislauferkrankungen (Direktor: Professor Dr. W. Rudolph)

Klinik für Herz- und Kreislauferkrankungen im Kindesalter (Direktor: Professor Dr. K. Bühlmeier)

unter Mitwirkung der Klinik für Herz- und Gefäßchirurgie (Direktor: Professor Dr. F. Sebening)

Lothstraße 2 und 11, 8000 München 2

2. Klinisch-kardiologisches Wochenendseminar am 6./7. Mai 1977

Programm A:

Erwachsenen-Kardiologie (Professor Dr. W. Rudolph)

Beginn: jeweils 8.30 Uhr – Ende: jeweils 17.30 Uhr (Lothstraße 11)

Vormittags-Praktika: EKG-Kurs – Funktionsdiagnostik – Spezielle kardiologische Diagnostik – Kardiochirurgische Therapie – Kardiologische Untersuchungstechnik – Kardiologische Visite – Kardiologischer Untersuchungskurs – Kardiologisch-röntgenologischer Kurs
Nachmittags-Referate: „Erworbene Herzfehler“ (valvuläre Herzerkrankungen)

Programm B:

Kinderkardiologie (Professor Dr. K. Bühlmeier)

Beginn: jeweils 10.00 Uhr – Ende: jeweils 18.00 Uhr (Lothstraße 2)

Vormittags-Referate: „Angeborene Herzfehler“, Teil I; „Klappen- und Gefäßstenosen“

Nachmittags-Praktika: Untersuchung in der Ambulanz und am Krankenbett – Röntgen- und EKG-Besprechung – Klinische Visite

Letzter Anmeldetermin: 28. April 1977

IV. Mechano- und Echo-kardiographie

Stiftsklinik Augustinum, München
Direktor: Professor Dr. D. Michel
Stiftsbogen 74, 8000 München 70

Fortbildungskurs für Phonokardiographie Teil II am 8./7. Mai 1977

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

Letzter Anmeldetermin: 28. April 1977

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.
Kardiologie, München

6. / 7. 5.
Phonokardiographie, München

7. 5.
Gynäkologie, München

7. 5.
innere Medizin, Würzburg

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

V. Gynäkologie

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

2. Samstagseminar am 7. Mai 1977

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

Thema:

Koliumkarzinom – Vorsorge-Behandlung-Nachsorge

Letzter Anmeldetermin: 27. April 1977

VI. Innere Medizin

Medizinische Poliklinik Würzburg
Direktor: Professor Dr. H. Franke
am Samstag, 7. Mai 1977

Beginn: 9.00 Uhr – Ende: 18.00 Uhr

Ort: Würzburg, Staatliche Musikhochschule, Hofstallstraße 6-8

Thema:

Krankheitskombinationen (Multimorbidität) – Der Rheuma-Patient

Anmeldung:

Professor Dr. P. Poizien, Poliklinik Würzburg, Klinikstraße 8, 8700 Würzburg, Telefon (0931) 31433

VII. Präventiv-Kardiologie

Klinik Höhenried der LVA Oberbayern
Direktor: Professor Dr. M. J. Halhuber
8131 Bernried

Seminar vom 9. bis 14. Mai 1977

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

Beginn: 9. Mai, 8.00 Uhr

Ende: 14. Mai, 13.00 Uhr

Teilnehmerzahl: 35

Anmeldung und Hotelunterbringung:
Frau Derfler, Sekretariat, Telefon (08158) 8572

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

Tempil® macht klar bei Grippe

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

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

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

Nebenwirkungen, Begleitsymptome: 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

„Sanierung der Krankenversicherung“

Die Bundesregierung hat sich nicht dazu entschließen können, ihr Konzept für die Sanierung der Sozialversicherung noch einmal zu überarbeiten. Ehrenberg hette sich und die Koalition zu früh festgelegt. Und Minister fallen eben nicht um. Grundsätzliche Änderungen könnte über den Bundesrat allenfalls die CDU/CSU erzwingen. Kleinere Änderungen wären allenfalls noch im Ausschuß möglich. Der Zwang, diese Gesetze zu verabschieden, ist groß. Aber es wäre unverantwortlich, diese Gesetze, deren Text rund 140 Seiten füllt, in kürzester Frist durch Parlament und Bundesrat zu peitschen.

Bundesarbeitsminister Ehrenberg hat sein Gesetzespaket zur Sanierung der Sozialversicherung helf über die Hürde des Kabinetts gebracht. Das war zu erwarten. Die Welle der Proteste, insbesondere aus der Ärzteschaft, heben, so überraschend das für die protestierenden Ärzte sein mag, Ehrenbergs Steifung zunächst einmal gestärkt und nicht geschwächt. Gut eine Woche vor der Kabinettsentscheidung wußten sonst gut informierte Bonner Journalisten zu vermeiden, daß Ehrenberg bereit sei, den Protesten der Ärzte und ihrer Lobby, wie es im Bonner Jargon heißt, Rechnung zu tragen. Damit Ehrenberg nicht umfiel, ließ einer der sogenannten Sozialexperten der SPD-Fraktion, der Abgeordnete Egert, über den offiziellen Pressedienst seiner Fraktion süffisant mitteilen, daß seine Fraktion aufmerksam verfolge, ob der Minister den Ärzten nachgebe. Das war ein deutlicher Warnschuß.

Dagegen ist die Rolle der FDP kaum zu verstehen. Sie war, als der öffentliche Schlagabtausch begann, zunächst einmal auf Tauchstetion gegangen. Weder wurden die Ärztestreikproteste noch Ehrenbergs scharfe Reaktionen („Erpressungsversuche“) kommentiert. Unmittelbar vor der Kabinettsentscheidung empfing dann zunächst der FDP-Fraktionsvorsitzende Mischnick den Vorsitzenden der Kassenärztlichen Bundesvereinigung, Muschalik. Wenig später wurde denn noch Muschalik zum Parteivorsitzenden Genscher gebeten, ein höchst ungewöhnlicher Vorgang. Anschließend trat dann das FDP-Präsidium zusammen, um zu beschließen, am nächsten Tag im Kabinett nicht den starken Mann zu spielen. Natürlich wußte der Taktiker Genscher, daß er zu diesem Zeitpunkt Ehrenberg nicht desavouieren durfte, wenn er die Koalition mit der SPD erhalten will.

Eine Pointe am Rande soll nicht unterschlagen werden. Friderichs nahm nicht an der Sitzung des FDP-Präsidiums teil. Seine Meinung gab er dafür in einem Interview mit dem „Deutschlandfunk“ preis. Die Proteste der Ärzte hält er für

völlig unangemessen. Der Minister gab zu, daß ihm die Gesetzespläne seines Kollegen Ehrenberg in einigen Punkten nicht gefielen, so die Zielsetzung gegen die frei betriebenen Krankenhäuser, der Ansetz zur Dämpfung des Arzneimittelkonsums und die Zulassung angestellter Fachärzte zur nebenberuflichen Kassenpraxis. Er persönlich trete für eine Selbstbeteiligung der Patienten bei den Arzneimitteln ein. Aber das sei weder mit der SPD noch mit der CDU vereinbaren. Hat Friderichs dies eigentlich versucht? Es ist nicht das erste Mal, daß Friderichs öffentlich eine Linie vertritt, die er im Kabinett nicht durchhalten kann oder will.

Auf die FDP sollten die Ärzte nicht zu sehr hoffen. In den Ausschußberatungen könnte sie in dem einen oder anderen Punkt zwar Änderungen durchbringen, die nicht unwichtig sein mögen, aber auf die Grundsätze des Sanierungspaktes ist sie eindeutig festgelegt. Und das Übel beginnt nun einmal damit, daß eine Belastung von rund 6 Milliarden DM von der Rentenversicherung zur Krankenversicherung verschoben wird. Das ist der wohl bedeutsamste „Eckwert“ der Sanierungsgesetze. Die FDP hat ihn akzeptieren müssen, weil sie sich vor der Wahl gegen jede Beitragserhöhung in der Rentenversicherung festgelegt hatte. Als wenn es für die Beitragszahler einen wesentlichen Unterschied machte, ob nun der Beitrag in der Rentenversicherung oder in der Krankenversicherung angehoben wird. Und noch etwas ist schwer zu verstehen. Die FDP hatte sich mit Händen und Füßen gegen die Erhöhung der Pflichtgrenze gewehrt. Dafür nimmt sie in Kauf, daß die langjährigen Versicherten der gesetzlichen Kassen bei der Rentner-Krankenversicherung so stark begünstigt werden, daß künftig jeder, dessen Einkommen die Pflichtgrenze übersteigt, in seiner gesetzlichen Kasse bleiben wird, und zwar freiwillig gezwungen.

Wesentliche Korrekturen an dem Kostendämpfungsgesetz kann allenfalls die CDU/CSU über den Bundesrat erzwin-

gen. Wie stark aber ist die Solidarität der Union in dieser Frage? Wie werden die Herren Albrecht und Röder stimmen, die sich mit den Freien Demokraten verbünden haben oder noch mit ihnen flürten? Und wenn die Union dieses Gesetz am Ende ablehnt, wird sie es wegen jener Bestimmungen machen, die vor allem die Ärzte bedrücken? Freuen über Fragen, auf die es allenfalls Mitte März eine Antwort geben wird, wenn die Union ihre Marschroute festlegen wird.

Wenn man die Beschlüsse des Kabinetts analysiert, ohne schon den fetzten Wortlaut zu kennen, so muß man zu dem Ergebnis kommen, daß die Entscheidung im Kabinett eher noch Verschlechterungen im Sinne der Ärzte gebracht hat. Dafür zwei Beispiele. In den ersten Gesetzesformulierungen sollten sich die zwischen Kassen und Ärzten auszuhandelnden Empfehlungsvereinbarungen für das ärztliche Honorarvolumen nach dem zu erwartenden Anstieg der Versicherungseinkommen und nach dem Einkommen vergleichbarer Berufsgruppen richten. Das hätte einen beträchtlichen Verhandlungsspielraum gelassen, denn wer weiß schon, wie die Versicherungseinkommen steigen werden.

Nun aber sollen die Daten des Jahreswirtschaftsberichtes der Bundesregierung zugrunde gelegt werden. Friderichs will darin künftig ausdrücklich das Volkseinkommen je Kopf ausweisen. Des Schlimmen daran ist, daß die Bundesregierung keine Prognose gibt, sondern – wie das auf gut Deutsch heute heißt – eine Zielprojektion. Die Daten, die die Bundesregierung im Jahreswirtschaftsbericht, der jeweils Ende Januar beschlossen wird, vorgibt, sind also Daten, die die Bundesregierung erstrebt, die die Bundesregierung hofft, mit Hilfe ihrer Politik erreichen zu können. Orientierungspunkt für die ärztlichen Honorare wird also eine politisch manipulierbare Zahl. Was aber passiert, wenn diese Zahl sich als zu optimistisch oder als zu pessimistisch erweist? Bekommen die Ärzte dann einen „Nachschlag“? Oder wird ihnen nachträglich das Honorar gekürzt?

Auch beim Arzneimittelplafond hat es noch eine Korrektur gegeben. Ehrenberg selbst hatte seinen ersten Vorschlag dadurch entschärft, daß eine Kürzung des ärztlichen Gesamthonorars beim Überschreiten des ausgehandelten Höchstbetrages erst dann vorgesehen war, wenn der Arzneimittelplafond um mehr als zehn Prozent überschritten würde. Diese Rate ist nun im Kabinett auf fünf Prozent gesenkt worden. Allerdings soll es Sonderregelungen bei Epidemien geben. Wie großzügig man doch ist!

bonn-mot

MENADIER
ein Hamburger Unternehmen, seit 1788,
stellt vor:

Malinert®

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

bago, Neuralgien, Myalgien, Wurzelneuritiden.

Die multiaktive Kombination in den Dragées ist in ihren analgetischen Bestandteilen ausgewogen.

Malinert-Dragées eine sinnvolle Kombination

	Antipyretische Wirkung	Analgetische Wirkung	Antirheumatische Wirkung
Metamizol	XX	XXX	XX
Phenazon (= Antipyrin)	XX	XX	XX
Salicylsäure	XX	XX	XXX

(nach Hauschild)

Durch eine Kombination von Teildosen verschiedener Analgetica bei gleicher analgetischer Wirkung wird eine Verringerung der unerwünschten Wirkungen erreicht. Eine Verstärkung der analgetischen Wirkung (Potenzierung) geschieht durch eine Addition der Wirkungen.

(Zitiert aus „Schmerz u. Schmerzmittel“, Schriftenreihe der Bayerischen Landesapothekerkammer, Heft 1 [1971]).

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

Schnell informiert

Öffentliche Urlaubsankündigungen von Ärzten

Von seiten der Polizei wird die ärztliche Berufsvertretung auf eine Entwicklung hingewiesen, die bereits zu Gefahren und Schädigungen von ärztlichen Praxen und Wohnungen geführt hat. Die Anzeigen der Abwesenheit des Praxisinhabers in Tageszeitungen, durch Aushang am Haus der Praxis und an Wohnungstüren sowie durch automatischen Anrufbeantworter haben Einbrüche in ärztliche Praxen und Wohnungen zur Folge gehabt. Die Polizei befürchtet, daß sich solche Einbrüche künftig mehren könnten. Sie empfiehlt deshalb den praktizierenden Ärzten, sich in den Beratungsstellen der Kriminalpolizei über Art und Wirkung verschiedener Einbruchssicherungen unterrichten zu lassen. Auch kann die Beaufsichtigung der Räume durch Bekannte oder Nachbarn, die dafür sorgen, daß sich in Briefkästen keine Postsendungen oder Zeitungen anhäufen, dazu beitragen, solche Gefahren von Ärzten abzuwenden.

Therapie Sucht-Kranker

Die Schrift, die auf Untersuchungen des Deutschen Caritasverbandes beruht, gibt eine Übersicht über die notwendige Therapie Sucht-Kranker sowie über die derzeit vorhandenen und fehlenden Einrichtungen. Es wird gezeigt, daß insbesondere der Ausbau der ambulanten Therapie notwendig ist. Eine entsprechende Kostenberechnung macht deutlich, daß durch die Förderung der ambulanten Sucht-Krankenbehandlung enorme Investitions- und Folgekosten im Krankenhausbereich eingespart werden können.

Die Schrift kann beim Deutschen Caritasverband, Kerlstraße 40, 7800 Freiburg, *kostenlos* angefordert werden.

Goldmedaille für „Schock“-Film

Die Jury des 3. Internationalen Wettbewerbs für medizinische Filme „medikinale Marburg 76“ hat den Film „Schock“ der Bayer AG, Leverkusen, mit einer Goldmedaille und dem Prädikat „cum laude“ ausgezeichnet.

Der Film behandelt ausführlich die pathophysiologischen Grundmechanismen, die allen Schock-Formen gemeinsam sind. Besonderer Wert wurde auf die Darstellung der Mikrozirkulationsstörungen gelegt; auch die Ursachen der Schock-spezifischen Organveränderungen werden anschaulich abgehandelt. Diagnose und Verlauf sowie Hinweise zur Therapie ergeben insgesamt eine geschlossene Darstellung der komplexen Materie.

Der Film entstand unter wissenschaftlicher Leitung von Privatdozent Dr. U. F. Gruber, Basel, und Privatdozent Dr. K. Meßmer, München.

Heinrich-Wieland-Preis verliehen

Professor Dr. Schweizer, Institut für Biochemie der Universität Erlangen-Nürnberg, und Professor Dr. Seidel, Medizinische Fakultät Göttingen, wurden mit dem Heinrich-Wieland-Preis ausgezeichnet. Dieser Preis wurde vom Margarine-Institut für gesunde Ernährung gestiftet und ist nach dem Münchener Nobelpreisträger Heinrich Otto Wieland benannt.

Paul-Martini-Preis 1977

Auf DM 20 000 verdoppelt wird die Dotierung des Paul-Martini-Preises im Jahr 1977. Wie die Medizinisch Pharmazeutische Studiengesellschaft e. V. mitteilt, wird diese international ausgeschriebene Auszeichnung gemeinsam mit der Deutschen Gesellschaft für Medizinische Dokumentation, Informatik und Statistik e. V. zur Förderung klinisch-pharmakologischer Methodenforschung und zur Entwicklung einer wissenschaftlichen Therapiebeurteilung seit 1969 verliehen.

Die Arbeiten, die in sich abgeschlossen sein sollen, dürfen bereits publiziert, aber nicht älter als zwei Jahre sein. Sie sind in sechsfacher Ausfertigung in deutscher oder englischer Sprache an die Medizinisch Pharmazeutische Studiengesellschaft e. V., Humboldtstraße 94, 6000 Frankfurt, zu richten.

Einsendeschluß: 30. April 1977

Jede Arbeit ist mit einem Kennwort zu versehen und darf den Namen des Verfassers nicht enthalten. In einem zusätzlichen verschlossenen Umschlag, der das Kennwort der Arbeit tragen muß, sind auf einem besonderen Bogen anzugeben: Vor- und Zuname, Geburtsdatum, genaue Anschrift, Staatsangehörigkeit, berufliche Stellung und Tätigkeit sowie das Kennwort und der Titel der Arbeit.

Los von der Zigarette

Ergebnisse und Erfolge beim Einsatz von Medikamenten zur Unterstützung der Raucherentwöhnung sowie deren Placebowirkung können verhältnismäßig exakt ermittelt werden. Entsprechende Verfahren hat Professor Dr. med. F. Schmidt, Leiter der Forschungsstelle für präventive Onkologie der Klinischen Fakultät Mannheim, entwickelt, um zu objektiven Ausagen zu gelangen. Voraussetzung für derartige Untersuchungen ist, daß der an einer Entwöhnung interessierte Raucher mit den Klinikern überhaupt nicht in persönlichen Kontakt gelangt.

Auf eine solche objektive Weise ist jetzt die in den USA entwickelte und dort erfolgreich praktizierte MD 4-Methode geprüft worden. Die Methode entzieht in vier Phasen mittels besonders entwickelter Zigarettenspitzen die Schadstoffe im Rauch. Wer z. B. in der letzten Phase nach dieser Methode noch täglich zehn Zigaretten raucht, nimmt nur noch den Schadstoffgehalt von zwei Zigaretten in sich auf, der ohne die Spitzen von MD 4 endernfalls inhaliert würde. Diese Spitzen haben die Wirkung eines verstärkten Zusatzfilters.



RECORSAN-LIQUID.

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

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

In 100 ml: Rutin solub. 0,6 g. Alkohol. Auszüge aus: Crataegus 37,5 g., Adonis,
Visc. alb. 9,7 g., Apium grav. Auricul. 7,3 g., Val. 1,3 g., Cola 4,3 g. · 30 ml DM 5,70

Recorsan-Gesellschaften Gräfelfing und Lüneburg

Perk-Sonderbestimmungen für Schwerkörperbehinderte

Der Bundesminister für Verkehr hat unterm 22. Juli 1976 nach § 6 Abs. 1 des Straßenverkehrsgesetzes eine Änderung der Allgemeinen Verwaltungsvorschrift zur Straßenverkehrsordnung vorgenommen und veröffentlicht. Sie sieht Ausnahmegenehmigungen in Form von Perkerleichterungen für Schwerbehinderte mit außergewöhnlicher Gehbehinderung sowie für Blinde vor.

Welche Perkerleichterungen gibt es?

Schwerbehinderten mit außergewöhnlicher Gehbehinderung kann nunmehr gestattet werden:

- an Stellen, an denen das eingeschränkte Halteverbot angeordnet ist (§ 286 StVO), bis zu drei Stunden zu parken. Für bestimmte Halteverbotsstrecken kann auch eine längere Parkzeit genehmigt werden,
- im Bereich eines Zonenhalteverbots (§ 290 StVO) die zugelassene Parkdauer zu überschreiten,
- an gekennzeichneten Stellen (§§ 314 und 315 StVO) für die durch ein Zusatzschild eine Begrenzung der Parkzeit angeordnet ist, über die zugelassene Zeit hinaus zu parken,
- In Fußgängerzonen, in denen das Be- oder Entladen für bestimmte Zeiten freigegeben ist, während der Ladezeiten zu parken,
- an Parkuhren zu parken, ohne Gebühr und zeitliche Begrenzung, sofern in zumutbarer Entfernung keine andere Parkmöglichkeit besteht.

Wer zählt zum berechtigten Personenkreis?

Ausnahmegenehmigungen sind möglich für Schwerbehinderte mit außergewöhnlicher Gehbehinderung sowie für Blinde. Als Schwerbehinderte mit außergewöhnlicher Gehbehinderung in diesem Sinne sind solche Personen anzusehen, die sich wegen der Schwere ihres Leidens dauernd nur mit fremder Hilfe oder nur mit großer Anstrengung außerhalb ihres Kraftfahrzeuges bewegen können. Hierzu zählen: Querschnittgelähmte, Doppeloberschenkelamputierte, Doppelunterschenkelamputierte, Hüftexartikulierte und einseitig Oberschenkelamputierte, die dauernd außerstande sind, ein Kunstbein zu tragen, oder nur eine Beckenkorbprothese tragen können oder zugleich unterschenkel- oder ermamputierte sind sowie andere Schwerbehinderte, die nach versorgungsärztlicher Feststellung, auch aufgrund von Erkrankungen, dem vorstehend angeführten Personenkreis gleichzustellen sind. Schwerbehinderten mit außergewöhnlicher Gehbehinderung, die keine Fahrerlaubnis besitzen, und Blinden, die auf die Benutzung eines Kraftfahrzeuges angewiesen sind und die sich nur mit fremder Hilfe bewegen können, kann ebenfalls eine Ausnahmegenehmigung erteilt werden. In diesen Fällen ist dem Behinderten eine Ausnahmegenehmigung des Inhalts einzustellen, daß der sie jeweils befördernde Kraftfahrzeugführer von den entsprechenden Vorschriften der Straßenverkehrsordnung befreit ist.

Verfahren

Die Feststellung der gesundheitlichen Voraussetzungen für die Bewilligung von Parkerleichterungen erfolgt durch das zuständige Versorgungsamt. Die Ausnahmegenehmigungen selbst können bei der örtlichen Straßenverkehrsbehörde beantragt werden. Die Ausnahmegenehmigung, die in der Regel gebührenfrei erteilt wird, ist gut sichtbar hinter der Windschutzscheibe anzubringen. Sie gilt für das ganze Bundesgebiet.

—alpe—

FRÜHLING FÜR DAS HAAR
DAS GANZE JAHR — DANK

pantogar®



Klinisch belegte Wirkung!

Literatur:

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

Indikationen:

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

Kontraindikation:

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

Zusammensetzung:	1 Dragée	1 Kapsel
Thieminum (DCI); Aneurin	0,015 g	0,060 g
Calcil pantothenes (DCI)	0,015 g	0,060 g
Seccheromyces 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-aminobenzolcum	0,005 g	0,020 g
Reg.-Nr. P 1912 (Drg.) 46868 (Kps.)		Apothekenpflichtig

Packungen:

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

pantogar®

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

Infusionsständer „i76“

Der neue Viertuß-Infusionsständer „i76“ der Firma Kiever Medizintechnik weist wesentliche Qualitätsmerkmale auf, wie z. B. verchromte Stahlteile, vierarmigen Sicherheits-Fieschenhalter, bruchsicheres Abtropfglas, hohe Standfestigkeit, vier elektrisch leitfähige Rollen.

Reinigung und Desinfektion von Narkosezubehör

Im OP- und Intensivtherapiebereich kann man die optimale Gerätepflege immer noch als Engpaß im Arbeitseffekt bezeichnen. Das Reinigen, Desinfizieren und Trocknen von Chirurgie-, Narkose- und Beatmungszubehör ist mit großem Arbeitsaufwand verbunden. Auch zum Einsammeln und Transportieren der medizinischen Geräteteile sind viele Handgriffe erforderlich. Sie fassen sich jedoch mit der neuen Wasch- und Desinfektionsmaschine „Purfector“ erheblich rationalisieren. Zum Einsammeln der benutzten Teile dient ein Fehrgestell mit Magazinen und Körben, das von der unreinen Seite in die Maschine eingebracht wird. Ein Düsen-system drückt 95°C heiße Reinigungs- und Desinfektionsflüssigkeit direkt in Faltschläuche und Atembeutel. Sämtliche Einzelteile werden von rotierenden Sprühermen ständig besprüht. Nach 45 Minuten Einwirkungszeit werden die Teile mit sauberem Wasser nachgespült und mit gefilterter Luft getrocknet. Pro Charge lassen sich 40 Faltschläuche, 20 Atembeutel und 20 Endotrachealkatheter sowie mehrere Körbe mit Instrumenten und Zubehörteilen gleichzeitig säubern und einwandfrei desinfizieren.

Behandlung von Harnwegsinfektionen bei gynäkologischen Patientinnen mit Supristol®

In der Geburtshilfe und der Gynäkologie treten häufig Harnwegsinfektionen auf, besonders nach Operationen. — Allerdings beginnen viele Harnwegsinfektionen symptomlos oder esymptomatisch und bleiben deshalb oft längere Zeit unerkannt, so daß sie Ausgangspunkt für die gefürchtete chronisch-progrediente Pyelonephritis werden können.

In der Universitäts-Frauenklinik Tübingen wurde die klinische Wirksamkeit der neuen Sulfamoxoi/Trimethoprim-Kombination (CN 3123*) bei der Behandlung von Harnwegsinfektionen geprüft. In einer offenen Studie wurden 50 Patientinnen (Alter 30 bis 67 Jahre) behandelt, und zwar 27 nach vaginalen, 23 nach abdominalen gynäkologischen Operationen. Bei allen Patientinnen lag eine postoperative Harnwegsinfektion vor, deren Diagnose sowohl klinisch als auch durch bakteriologischen Urinbefund gesichert war. Die Behandlung nach dem empfohlenen Dosierungsschema dauerte grundsätzlich zehn Tage, auch wenn die Symptome erheblich früher abgeklun- *) als Supristol®, Nordmark-Werke, Uetersen, im Handel.

gen waren. Vier Tage nach Absetzen der Medikation konnten bei 49 von 50 Patientinnen im Mittelstrahlurin keine Keime mehr nachgewiesen werden.

Bei einer gleichzeitig durchgeführten randomisierten Doppelblindstudie (35 Patientinnen) handelte es sich um Fälle, bei denen während der Strahlenbehandlung (gynäkologisches Karzinom) nach Urinbefund und Keimbestimmung eine Harnwegsinfektion bestand. 19 Patientinnen erhielten die Kombination Sulfamoxoi/Trimethoprim (CN 3123*) in der empfohlenen Dosierung: Initial zwei Tabletten, dann im Abstand von zwölf Stunden jeweils eine Tablette; 16 Patientinnen erhielten die Kombination Sulfamethoxazoi/Trimethoprim in der dafür empfohlenen Standarddosierung: zwei Tabletten jeweils im Abstand von zwölf Stunden. In den beiden Behandlungsgruppen mit voneinander verschiedenen und unterschiedlich dosierten Sulfonamid-Trimethoprim-Kombinationen waren klinisches und bakteriologisches Behandlungsergebnis gleich gut. Bei der überwiegenden Zahl der Patientinnen konnten eine Normalisierung bzw. Besserung des Sedimentbefundes und Keimfreiheit des Urins erreicht werden. — Außer einer leichten Übelkeit bei einer Patientin am zweiten Behandlungstag wurden unter Supristol-Therapie Nebenwirkungen weder in der offenen Studie noch in der Doppelblindprüfung beobachtet.

Ehrenpatenschaft des Bundespräsidenten

Die Grundsätze für die Übernahme der Ehrenpatenschaft durch den Bundespräsidenten wurden kürzlich geändert und neu verkündet.

Nach diesen neu gefaßten Grundsätzen übernimmt der Bundespräsident dann die Ehrenpatenschaft, wenn zur Zeit der Antragstellung einschließlich des Patenkindes mindestens sieben lebende Kinder vorhanden sind, die von denselben Eltern, demselben Vater oder derselben Mutter abstammen. Adoptivkinder sind den leiblichen Kindern gleichgestellt. Das Patenkind muß die deutsche Staatsangehörigkeit besitzen.

Im Rahmen der zur Verfügung stehenden Mittel gewährt der Bundespräsident als Ehrenpate ein Geschenk. Außerdem werden die örtlichen Behörden gebeten, sich ihrerseits auch der Familie anzunehmen.

Die Ehrenpatenschaft kann in einer Familie nur einmal übernommen werden. Ein entsprechender Antrag ist innerhalb eines Jahres nach der Geburt des Kindes zu stellen, es sei denn, daß dem Antragsberechtigten die Möglichkeit, eine Ehrenpatenschaft zu beantragen, nicht bekanntgewesen ist. Antragsformblätter können beim Bundespräsidialamt in Bonn angefordert werden; die Landesämter sind ebenfalls mit Hinweisen behilflich.

—alpe—

Lentinorm® stärkt die Sehkraft



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

Contra-Lipide

senkt Triglyceride + Cholesterin
verbessert meßbar die Fluidität*

Erhöhte Blutfettwerte korrelieren hoch mit einer Verschlechterung der Fließeigenschaften des Blutes (Fluidität). Das ist das statistisch signifikante Ergebnis einer Untersuchung von 1000 ambulanten Patienten.*

Contra-Lipide senkt erhöhte Triglycerid- und Cholesterinspiegel. Gleichzeitig verbessert Contra-Lipide meßbar die Fluidität des Blutes.

Eine unter ambulanten Bedingungen durchgeführte klinische Studie hat dies unter Beweis gestellt.**

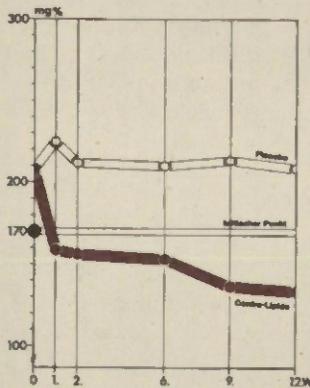
Die verschlechterte Fluidität des Blutes bei gleichzeitig bestehender Hyperlipoproteinämie erhöht die Gefahr einer Lipidverschlammung des Endothels und verstärkt die Adhäsionsneigung der Thrombozyten an der Gefäßwand sowie die Erythrozyten-Aggregation. Es kommt zur Durchsetzung der Intima mit Plasmabestandteilen sowie zur Veränderung der Grundsubstanz des Mesenchyms. Diese Patho-Mechanismen fördern eine langsam fortschreitende Degeneration der Gefäßwand.

Woelm Pharma

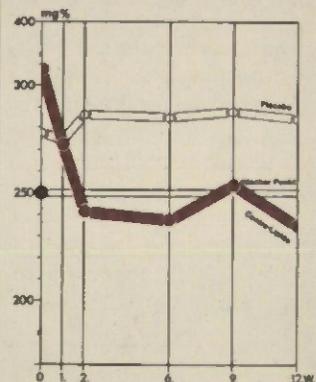


*Bräuer et al., MMW 34/1976
1041-1042

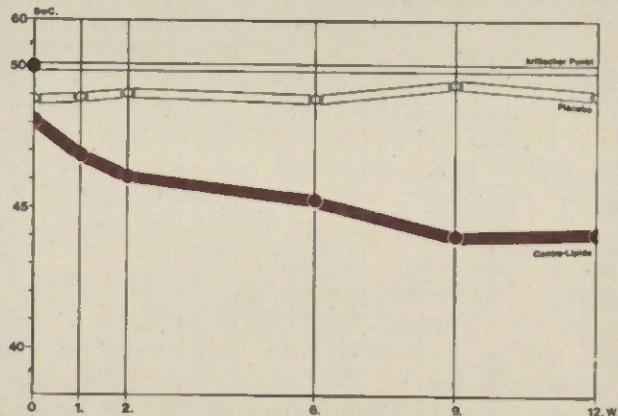
**Djurđević et al., Therapiewoche
36/1976 5556-5576



Triglyceride



Cholesterin



Fluidität

Contra-Lipide

zwei Trümpfe für ein therapeutisches Contra
bei Fettstoffwechselstörungen
sowie Durchblutungsstörungen,
die mit erhöhten Blutfettwerten einhergehen.

1 Kapsel enthält 500 mg Clofibrat, 300 mg Inesitaimicotinat. Indikationen: Hyperlipoproteinämien, Durchblutungsstörungen mit Hyperlipoproteinämien, Retinopathien bei Diabetes mell. und Xanthomatosen, Kontraindikationen: Schwere Leber- und Niereninsuffizienz, dekomp. Herzinsuffizienz, frischer Herzinfarkt, akute Blutungen, Schwangerschaft, Laktation. Nicht für Kinder. Dosierung: 3 x 1 Kapsel/die (einschleichend). Langzeittherapie: 2 x 1 Kapsel/die. Bes. Hinweise: Wegen Verstärkung der Antikoagulantienwirkung empfiehlt sich eine NeuEinstellung des Antikoagulans.

Handelsformen: 60 Kaps. 24 - DM 120 Kaps. 43,30 DM

Woelm Pharma GmbH & Co. Eschwege

Steuervorteile bald auch für Zweithand-Häuser

Durch Steuervergünstigungen soll in absehbarer Zeit der Immobilienmarkt belebt und die Mobilität der Arbeitnehmer mit eigenen vier Wänden verstärkt werden. So dürfte das Interesse an Ein- und Zweifamilienhäusern und Eigentumswohnungen aus zweiter Hand weiter angeregt werden. Nach einer Untersuchung der Bayerischen Landesbausparkasse hatte es schon in den letzten Monaten beachtlich zugenommen.

Nach dem Referentenentwurf aus dem Bundesfinanzministerium steht die Abschreibungs-Vergünstigung nach dem § 7 b Einkommensteuergesetz (EStG) dem Erwerber jedes Wohngebäudes der im ersten Absatz umrissenen Arten und jeder Eigentumswohnung zu, ganz gleich, aus welcher Hand gekauft wird und wann das Objekt errichtet wurde.

Das Haus oder die Eigentumswohnung muß zu mindestens 66,66 Prozent Wohnzwecken dienen. Es ist aber unerheblich, ob es der neue Eigentümer auch selbst bewohnen wird oder nicht. Diese Steuervergünstigung steht den Steuerpflichtigen nur einmal, Ehegatten indes zweimal zu. Falls aber der 7 b-Vorteil für Objekte bereits wahrgenommen wurde, deren Bauantrag vor dem 1. Januar 1965 gestellt worden war, darf der 7 b jetzt noch einmal beansprucht werden.

Bis jetzt wurden die bisherigen Herstellungs- bzw. Anschaffungskosten, die allein auf das Gebäude fallen, und die bis zu DM 150 000,- bei Ein- und DM 200 000,- bei Zweifamilienhäusern betragen, nicht erhöht. Das heißt, wenn ein Einfamilienhaus ohne Grundstück DM 150 000,- kostet, darf der Erwerber im Jahr des Kaufs und die folgenden sieben Jahre jährlich fünf Prozent davon als erhöhte Abschreibung für Abnutzung von seinem Einkommen vor Errechnung der Steuerpflicht absetzen.

Der neue Posten für die Absetzung macht also höchstens DM 7500,- jährlich aus und summiert sich in acht Jahren immerhin zu DM 60 000,-. Wer als Einkommen- und Kirchensteuer in der Spitze mit 50 Prozent zur Finanzkasse gefordert

wird, dem finanziert der Fiskus den Haus- oder Eigentumswohnungskauf mit DM 30 000,- bei Ein- und mit DM 40 000,- bei Zweifamilienhäusern mit.

Eine weitere Erleichterung für Zweithand-Haus-Käufer soll die Befreiung von der Grunderwerbssteuer allerdings nur dann bringen, wenn der Erwerber das Objekt sofort oder mindestens innerhalb eines bestimmten Zeitraumes nach dem Eigentumsübergang selbst nutzt. Daraus ergibt sich eine zusätzliche erhebliche finanzielle Entlastung.

Die Grunderwerbssteuer wird nicht nur auf die Herstellungs- oder Gebäudekosten, sondern auf den gesamten Preis einschließlich Grundstück berechnet. Falls es bei einem Objekt mit einem DM 150 000-Haus weitere DM 50 000,- wert ist, ergibt sich ein Preis von DM 200 000,- und ergab sich in diesem Falle bisher eine Grunderwerbssteuerforderung von DM 14 000,-, nämlich sieben Prozent des Verkaufspreises.

In diesem Fall beträgt der finanzielle Vorteil durch die geplanten Neuregelungen innerhalb von acht Jahren DM 30 000,- durch den 7 b bei 50prozentigem Steuersatz plus DM 14 000,- durch den Wegfall der Grunderwerbssteuer. Das sind insgesamt DM 44 000,- oder 20,56 Prozent der Gesamtkosten, die bisher in einem solchen Fall angefallen sind.

Es ist noch nicht sicher, ob die Neuregelungen von Anfang dieses Jahres an in Kraft treten, ob sie wirksam werden, wenn das Kabinett diese Gesetzesvorlage verabschiedet oder erst, wenn der Bundestag sein Placet dazu gegeben hat. Die bisherigen Äußerungen lassen auf eine Geltung rückwirkend vom 1. Januar 1977 an schließen, aber darauf darf sich ein Käufer nicht verlassen. Ein Kaufvertrag sollte daher sicherheitshalber erst nach der Verkündung des Gesetzes unterschrieben und bis dahin eine Absprache mit dem Eigentümer des zu verkaufenden Hauses getroffen werden, daß es dem Interessenten bis dahin bleibt.

Horst Beloch

Mitstreiter Patient

Sozialversicherte Patienten stellen über die Kosten der Anstrengungen des Arztes zur Wiederherstellung ihrer Gesundheit keine Gedanken an. Vertrauensvoll setzen sie voraus, daß auch für sie die bestmöglichen Behandlungsmethoden und Arzneimittel angewandt werden.

Diese Vermutung würde nicht mehr zutreffen, könnte die Bundesregierung zur Kostendämpfung im Gesundheitswesen ein Konzept durchsetzen, das die Therapie- wie Verordnungsmöglichkeiten stärker einschränkt.

Der Leidtragende wäre der Patient. Das müßte er wissen, bevor solche Tatsachen geschaffen sind. Eine entsprechende eigene Information ist nur selten vorzusetzen. Dazu wird die Materie auch in den Massenpublikationsmitteln im allgemeinen zu spröde dargestellt.

Solche Pläne bilden vielmehr ein Thema für ein Gespräch mit jedem Patienten. Wenn die Bundesregierung mit einer solchen Unterrichtung direkt durch den Arzt zu rechnen hat, wird sie entsprechende künftige Absichten auch unter diesem Aspekt zu durchdenken versuchen müssen, denn relativ wenige Ärzte behandeln immerhin alle Wähler.

Prosper

Kurz über Geld

HYPOTHEKENZINSEN ABWÄRTS auf 7 Prozent mit 94,5 Prozent Auszahlung bei 10 Jahren Laufzeit und vergleichbare Konditionen.

ZWEITHAUS oder Ferienhaus, zu ferienmäßiger Nutzung bestimmt, kann nicht als steuerbegünstigte Wohnung anerkannt werden.

HEIZUNGSKOSTENPAUSCHALE löst alle Aufwendungen des Vermieters für die Heizung ab.

8 PROZENT ZINSEN bieten einige Banken bei fünfjähriger Festlegung. Sie gehören zum Einlagensicherungsfonds deutscher Banken.

VERMÖGENSSTEUERERKLÄRUNG auf 1. 1. 1977 sowie Erklärung zur Hauptfeststellung des Einheitswertes eines freien Berufes dienenden Vermögens auf 1. 1. 1977 sind bis zum 31. 5. 1977 abzugeben.

Buchbesprechungen

Ärztliche Sofortmaßnahmen in Praxis und Bereitschaftsdienst

Herausgeber: E. Müller, 522 S., 23 Abb., geb., DM 45,—.
Verlag Urban & Schwarzenberg, München-Berlin-Wien.

Akute Erkrankungen verlangen von jedem Arzt schnelles und zielbewußtes Handeln. Des Buch informiert alle Ärzte, auch Fachärzte, die aus einer dringlichen Situation heraus oder im organisierten Bereitschaftsdienst die Grenzen ihres Bereiches überschreiten müssen, über die mögliche Erstdiagnostik und die notwendigen Sofortmaßnahmen. Es begleitet sie, bis die akute Krankheitsphase behoben ist, oder bis der zuständige Facharzt eine Klinik oder der Notfallarzt die Behandlung übernimmt.

Der erste Abschnitt unterrichtet über Ausrüstung und Vorbereitung des Bereitschaftsdienstes sowie über ärztliche Techniken, der zweite Abschnitt enthält Stichworttexte in alphabetischer Reihenfolge. Weitere erläuternde Abschnitte gestatten dem Benutzer früher oder später, die Sofortmaßnahmen in eine ärztliche Gesamtschau einzubauen.

Kinderchirurgie

Verf.: Rickhem / Soper / Stauffer, 450 S., 287 Abb., 11 Tab., flex. Taschenbuch, DM 26,80. Georg Thieme Verlag, Stuttgart.

Der gleichzeitig in Englisch und Deutsch erscheinende Band dient vor allem Pädiatern und Allgemeinpraktikern zur schnellen Orientierung über die einzelnen Krankheitsbilder sowie über Zeitpunkt und Art der Behandlung in der Kinderchirurgie. Die einzelnen Kapitel sind teils nach klinischen Leitsymptomen, wie Atemnot, Obstipation, Bauchschmerzen, teils nach Körperregionen geordnet. Neben der Darstellung der angeborenen Mißbildungen und der häufigsten chirurgischen Erkrankungen im Kindesalter ist ein großes Kapitel dem kindlichen Unfall gewidmet. — Die knappe und präzise Übersicht dieses Spezialgebietes erleichtert dem Studenten die Vorbereitung auf das Examen.

Übungen in radiologischer Diagnostik — Band IV: Pädiatrie

Verf.: Prof. L. F. Squire / Prof. R. M. Heller, 163 S., 224 Abb., kart., DM 29,70, Georg Thieme Verlag, Stuttgart.

Dieser Band führt Studenten und pädiatrisch interessierte Ärzte an Spezialprobleme der Kinderdiagnostik (Schädel, Thorax, Abdomen und Skelett) heran. Alle wesentlichen Krankheitsbilder sind anhand typischer Fälle berücksichtigt; klinische Daten, radiologische Befunde und ein prägnanter Text in Frage-Antwort-Form ermöglichen jedem Leser das selbständige Erarbeiten der Diagnose und somit eine nachhaltige Bewältigung des Lehrstoffes.

Krankenpflege in der Psychiatrie

Verf.: A. Altschul, 328 S., geb., DM 24,— (Mengenpreis ab 10 Exemplare je DM 21,60). Verlag Urban & Schwarzenberg, München-Berlin-Wien.

Die Pflege von Patienten aus den einzelnen Teilgebieten hat die Autorin in jeweils besonderen Kapiteln dargestellt, so die Pflege älterer Menschen, von Depressiven, Schizophrenen, Süchtigen und Anfalls-Kranken. Den praktischen Anweisungen und Verhaltensregeln wurde genügend Platz eingeräumt, um dem Personal die schwere Arbeit zu erleichtern.



Psicosoma® 600

Tagestranquillizer

schafft wieder Ordnung
zwischen Psyche + Soma

Indikationen für Erwachsene

- psychosomatische Störungen
- neurotisch bedingte Versagenszustände
- nervöse Erschöpfungszustände
- Zustände bei Zerebralsklerose
- Angst- und Spannungszustände
- gestörter Schlaf-Wach-Rhythmus

Indikationen für Kinder

- Verhaltensstörungen
- Schul- und Lernschwierigkeiten
- erethische Zustände

Psicosoma® Kapseln und Saft für Kinder

Zusammensetzung

1 lackierte Tablette Psicosoma® 600
enthält:
Magnesiumglutamat-
hydrobromid · 1 H₂O _____ 600 mg

Dosierung

3 bis 4 x täglich 1 lackierte Tablette
Die Reaktionsfähigkeit bleibt bei der
empfohlenen Dosierung erhalten.

Kontraindikationen

Dekompensierte Niereninsuffizienz,
Bromüberempfindlichkeit

Handelsformen und Preise

20 lackierte Tabletten
DM 9,40 mit MwSt
50 lackierte Tabletten
DM 19,40 mit MwSt



Trommsdorff

H. Trommsdorff
Arzneimittelfabrik
Trommsdorffstraße 2-6
5110 Aisdorf, Rhl 1

Weitere Informationen entnehmen
Sie bitte unseren wissenschaftlichen
Dokumentationen oder fragen Sie
unsere Mitarbeiter im wissenschaftlichen
Außendienst.

Gynäkologia und Geburtshilfe

Ein Kurzlehrbuch für Studium und Praxis

Herausgeber: Prof. Dr. H. Schmidt-Matthiesen, 3., überarbeitete und erweiterte Aufl., 653 S., 252 Abb., davon 70 mehrfarbig, 39 Tab., geb., DM 88,—. F. K. Schattauer Verlag GmbH, Stuttgart.

Die dritte, überarbeitete und erweiterte Auflage wurde von Inhalt und Gliederung dem „Gegenstandskatalog der ärztlichen Prüfung“ angepaßt.

In den meisten Fällen ließ sich eine Übereinstimmung herstellen und wird in Zukunft dem Studierenden die Examensvorbereitung erleichtern. Wenn in wenigen Fällen aus didaktischen Gründen vom Gegenstandskatalog abgewichen werden mußte, da es sonst zu einer unlogischen Reihenfolge und einem Bruch im Lernprozeß gekommen wäre, wurde dies im Text ausdrücklich angegeben und durch entsprechende Seitenverweise gegenstandslos gemacht. Das Sachverzeichnis wurde ergänzt und enthält jetzt alle im Gegenstandskatalog auftauchenden Themenbegriffe. Die dritte Auflage dieses Titels stellt eine in allen Bereichen aktualisierte und dem Bedürfnis des Lernenden optimal angepaßte Weiterentwicklung der bisherigen Auflage dar.

Orientteppiche

Verf.: M. Voelter, 240 S., 150 Zeichnungen, 48 Farbs., Leinen, DM 28,50. Umschau Verlag, Frankfurt.

Von Jahr zu Jahr wächst die Zahl der Freunde schöner Teppiche. Aber Vorsicht ist beim Kauf von Orientteppichen geboten. Dieses Buch hilft, falsche Einkäufe zu vermeiden, denn es bringt alle Angaben, die beim Kauf zu berücksichtigen sind.

Basistext zur neurologischen Untersuchung

Verf.: Dr. F. Lahoda / Dr. A. Ross, 80 S., 29 Abb., kart., DM 15,—. J. F. Lehmanns Verlag, München.

Die Neurologie hat zahlreiche Berührungspunkte mit nahezu allen Fachgebieten der Medizin, so daß eine neurologische Untersuchung grundsätzlich Bestandteil jeder allgemeinärztlichen Untersuchung sein sollte. Die Autoren stellen die engen pathophysiologischen Wechselbeziehungen zwischen Innerer Medizin und Neurologie heraus und weisen besonders darauf hin, daß im Rahmen einer neurologischen Untersuchung die Beurteilung der Herz-Kreislaufverhältnisse, des intermediären Stoffwechsels, des Elektrolythaushaltes, der Nierenfunktion und nicht zuletzt der inneren Drüsen unarläßlich ist.

Jugendkriminalität

Verf.: J. Hellmer, 153 S., Salesta, kart., DM 16,80. Hermann Luchterhand Verlag, Neuwied.

Das vorliegende Buch erscheint bereits in der 3. Auflage und ist jetzt völlig neu bearbeitet worden. Die schon in den Vorauflagen vertretene Auffassung von der kulturellen Relevanz der Jugendkriminalität als Massenerscheinung kommt dabei deutlich zum Ausdruck. Der erste Teil des Buches beschäftigt sich mit den Erscheinungsformen, Teil zwei mit den Ursachen und Teil drei mit der Bekämpfung der Jugendkriminalität. Ein großes Literaturverzeichnis ermöglicht weitere Studien. Das Buch ist in einem gut lesbaren Stil geschrieben und eignet sich deshalb sogar als Bettlektüre. Setzt man dazu noch Preis und Informationsgehalt in Relation, so kann man nur sagen: Ein spottbilliges und sehr empfehlenswertes Buch für jeden Arzt „an der Front“.

Medizinaldirektor Dr. med. G. Last, Straubing

Unsere Generic-Preise			Gültig ab 15. 1. 1977	
Präparate	Handelsformen	OM Preise AVP mit MwSt	Indikationen und Zusammensetzung	Kontraindikationen
allopurinol 100 mg	50 Tabl. 100 Tabl.	8,25 15,75	Gicht, Hyperurikämie 1 Tablette enthält 100 mg allopurinol	Schwangerschaft Hinweis: Bei gleichzeitiger Einnahme von 6-Mercaptopurin oder Azathioprin ist deren Dosis auf ein Viertel zu reduzieren
allopurinol 300 mg	20 Tabl. 60 Tabl.	9,75 21,50	1 Tablette enthält 300 mg allopurinol	
cinnarizin forte 75 mg	60 Tabl. 100 Tabl.	8,00 13,00	Symptome cerebraler und peripherer Durchblutungsstörungen sowie vestibulärer Beschwerden 1 Tablette enthält 75 mg cinnarizin	Keine bekannt
etilefrin 5 mg	50 Tabl.	8,90	Hypotonie und damit verbundene Kreislaufstörungen, Kreislaufversagen, Kreislaufkollaps, hypotone Zustände während und nach Infektionskrankheiten 1 Tablette enthält 5 mg etilefrin	Phäochromocytom Thyreotoxikose Engwinkelglaukom Hinweis: Wirkungsverstärkung bei gleichzeitiger Anwendung trizyklischer Antidepressiva möglich
isosorbiddinitrat 5 mg	20 Tabl. 100 Tabl.	3,50 9,90	Durchblutungsstörungen der Herzkranzgefäße (koronare Herzkrankheit); zur Anfallsbehandlung bei Angina pectoris; zur Vorbeugung von Herzschmerzen auch nach Herzinfarkt 1 Tablette enthält 5 mg isosorbiddinitrat	Schock Hypotone Kollapszustände

 Chemische Fabrik Tempelhof · Preuß & Templer · Oberlandstraße 65 · 1000 Berlin 42

Diabetes



Glutril[®]

senkt den Blutzucker
mahlzeitengerecht bei
minimalem Risiko

Zusammensetzung:

Glutril enthält in 1 Tablette
25 mg Glibomurid (1-(2-endo-
Hydroxy-3-endo-bomyl)-3-
(p-tolyl-sulfonyl)-Harnstoff.

Indikation:

Erwachsenendiabetes, wenn
Diät allein nicht ausreicht.

Kontraindikationen:

Insulin-abhängiger Diabetes.
Schwere diabetische Stoff-
wechselentgleisung, die
Insulin-Behandlung erfordert.
Erhebliche Nierenfunktions-
störung, Schwangerschaft.

Nebenwirkungen:

Allergische Hauterscheinungen,
Magen-Darmstörungen
(Übelkeit, Brechreiz, Völlegefühl)
sowie vorübergehende Be-
einflussung der Zahl der Blut-
plättchen wurden beobachtet.

Hinweise:

Bei Beeinträchtigung des
Allgemeinbefindens (lieberhafte
Erkrankungen, Hautausschlag,
Magenbeschwerden, plötzliches
Schwäche-, Heißhungergefühl
und starkes Schwitzen)
sowie bei sonstigen Erkrankungen

soll sogleich der behandelnde
Arzt aufgesucht werden.

Bei gleichzeitiger Gabe von
anderen Medikamenten kann
die blutzuckersenkende
Wirkung von Glutril verstärkt
werden. Das ist von Sulfonamiden
(Sulfaphenazol), Salicylaten,
Phenylbutazon-Präparaten,
Tuberkulostatika (Ethionamide),
Chloramphenicol, Tetracyclin-
Verbindungen, Coumarin-Derivaten,
Cyclophosphamid (Zytostatikum)
sowie MAO-Hemmern bekannt.
Wegen des möglichen Auftretens

einer leukopenischen oder
thrombopenischen Tendenz
wird periodische Kontrolle
des Blutbildes empfohlen.

Packungen und Preise:*

30 Tabletten DM 15.50 m.U.St.
120 Tabletten DM 49.25 m.U.St.
* unverbindlich – Stand bei
Drucklegung



HOFFMANN-LA ROCHE AG
7889 Grenzach-Wyhlen

Krankengymnastische Behandlung der zerebralen Bewegungsstörung im Kindesalter

Verf.: M. Feldkemp / I. Danielcik, 2. überarb. Aufl., 368 S., 300 Abb., lam. Kertonband, DM 29,50. Richard Pfeum Verlag KG, München.

Dieses Buch soll vor allem Krankengymnastinnen, aber auch Ärzte, mit den physiotherapeutischen Möglichkeiten in der Behandlung der infantilen Zerebralparese bekenntmachen. Es werden insgesamt acht Behandlungsmethoden vorgestellt. In jedem Kapitel werden exakte theoretische Erläuterungen und ausführliche Behandlungsbeispiele gezeigt. In dem einführenden Kapitel wird ferner ausführlich auf die Diagnostik des hirngeschädigten Kindes eingegangen, ergänzt durch Ausführungen über die neurophysiologischen und pathologisch-anatomischen Grundlagen der zerebralen Bewegungsstörung. Eine ausführliche Behandlung erfährt auch das moderne Gebiet des Behindertentransportes mit spezialisierten gelähmten Kindern, wobei Reiten, Schwimmen und Skifahren berücksichtigt sind.

Imago Europae

Verf.: Dr. W. Ross / T. Schneiders, Gesamtedaktion W. Stadlar, 304 S., 208 Farbabb., Leinen, DM 98,-. Verlag Herder, Freiburg-Basel-Wien.

In 216 brillanten Farbbildern werden Landschaften, Architektur von der Antike bis in unser Jahrhundert, weltliche wie sakrale Kunst ebenso gezeigt wie prähistorische Malereien oder moderne Denkmäler. Dabei fangen Bilder wie das Gemälde, das den Dichter Andersen beim Vorlesen eines Märchens zeigt, das Enkmal des Cervantes und seiner Figuren Don Quichote und Sancho Panse oder die Stabkirche von Borgund die unverwechselbare Atmosphäre Dänemarks, Spaniens oder Norwegens unmittelbar ein.

Der Verfasser setzt nach der Eingangsfrage, was Europa überhaupt sei, in neun Textkapiteln, die die Bildfolge begleiten, das Mosaik Europas zusammen. In seinen kurzen, prägnanten, dabei anregend und emüant zu lesenden Essays zeichnet er in großen Linien die Entwicklungen der einzelnen Länder nach und arbeitet ihre typischen Wesensmerkmale heraus.

Bildlegenden und verbindende Kurztexte erschließen schon beim Durchblättern der Bildfolgen wie ein roter Faden die Kulturgeschichte des Abendlandes. — Dieser Band vermittelt so dem Betrachter ein abgerundetes Bild dessen, was Europa einmal war und was in unsere unruhige Zeit herübergerettet werden konnte.

Wunderwelt der Korallen

Verf.: B. Gorsky, aus dem Französischen von R. Hensle, 224 S., 145 vierfarb. Fotos von M. B. Gorsky / P. Dubulsson / R. Taylor / S. Chirol / E. Hertmann/Magnum, Leinen, DM 148,-. Verlag Herder, Freiburg-Basel-Wien.

In 145 eindrucksvollen Farbaufnahmen und einem informationsreichen Text vermittelt dieser Großband einen unvergleichlichen Einblick in die märchenhafte Schönheit der Korallenriffe und ihrer Bewohner. Die riffbildenden Korallen haben ein ganzes Universum geschaffen: ringförmige Atolle, gezackte Rifffketten an der Küste und Barriereriffe weit draußen im Meer. Man unterscheidet fast 2500 Korallenarten, deren Formenvielfalt und Schönheit einzigartig sind.

B. Gorsky, Altmeister im Sporttauchen, beschreibt in diesem Buch Geschichte und Entstehung von Korallenstöcken, schildert die interessantesten Wechselbeziehungen zwischen Fischen und Korallen und verdeutlicht, wie sich der „Unterwasserschwamm“ als Lebensgemeinschaft darstellt.

Mit diesem Buch hat sich der Verfasser zum Ziel gesetzt, in die Eigenart und Vielfalt der Korallenwelt einzuführen und ihr neue Freunde zu gewinnen, zugleich aber auch einen Beitrag zum besseren Verständnis dieses Naturphänomens zu leisten.

Vom Weinfreund zum Weinkennar

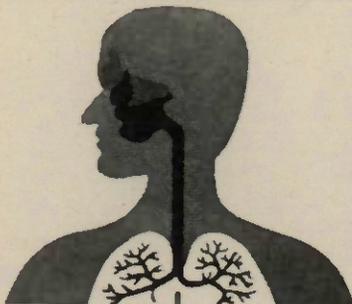
Verf.: Dr. H. Ambrosi, 140 S., 25 Farbabb., Zeichnungen v. W. Zellar-Zellanberg und zweifarb. Übersichtskarten, DM 29,80. Gräfe und Unzer Verlag, München.

In diesem reich illustrierten Buch gelingt es dem Weinexperten Ambrosi, die verwirrende Vielfalt der Welt des Weines überschaubar zu machen. Wertvolle Tipps aus der persönlichen Erfahrung des Autors und die sorgfältige Ausstattung machen dieses Buch zum idealen Geschenk für Weinfreunde mit Ambition.

Auf steilen Wegen in Tirol

Verf.: O. Wiedmann, 220 S., 145 Schwarzweiß- und 30 Farbabb., 80 Routenskizzen, lam., DM 56,-. Umschau Verlag, Frankfurt.

Der bekannte Kletterer und Autor dieses Buches beschreibt anhand exakter Routenskizzen und herrlicher Aufnahmen 80 der schönsten Klettertouren in Nord-, Süd- und Osttirol. Allen Bergfreunden wird dieses Buch vielseitige Anregungen bieten und auf den steilen Wegen Tirols ein nützlicher Führer sein.



SEKRETOLYTIKUM bei SINUSITIDEN und SINOBRONCHITIDEN

Sinupret®

Indikationen: Akute, subakute und chronische Sinusitiden, Rhinosinusitis, Sinobronchitis, sinogene Kopfschmerzen, Rhinitis sicca et humida, Ozaena, Tubenkatarrh, zur Infektophylaxe beim bronchitischen Syndrom. • **Kontraindikationen und Nebenwirkungen** sind bisher nicht bekannt. • **Zusammensetzung:** 100 g enthalten 29 g Mazerat aus: Rad. Gentian. 0,2 g, Flor. Primul. 0,8 g, Herb. Rumic. 0,8 g, Flor. Sambuc. 0,8 g, Herb. Verben.

0,8 g - 1 Dragée enthält: Rad. Gentian. 0,008 g, Flor. Primul. 0,018 g, Herb. Rumic. 0,018 g, Flor. Sambuc. 0,018 g, Herb. Verben. 0,018 g, Vitamin C 0,010 g. • **Dosierung:** Erwachsene erhalten 3mal täglich 1 Teelöffel voll oder 2 Dragées, Kinder 3mal täglich ½ Teelöffel oder 1 Dragée. Steigerung der Dosis ist möglich und unbedenklich. • **Handelsformen:** Sinupret OP mit 100 ml DM 8,35, OP mit 60 Dragées DM 8,35, OP mit 240 Dragées DM 25,90; Großpackungen mit 500 ml, 1000 ml und 1000 Dragées.

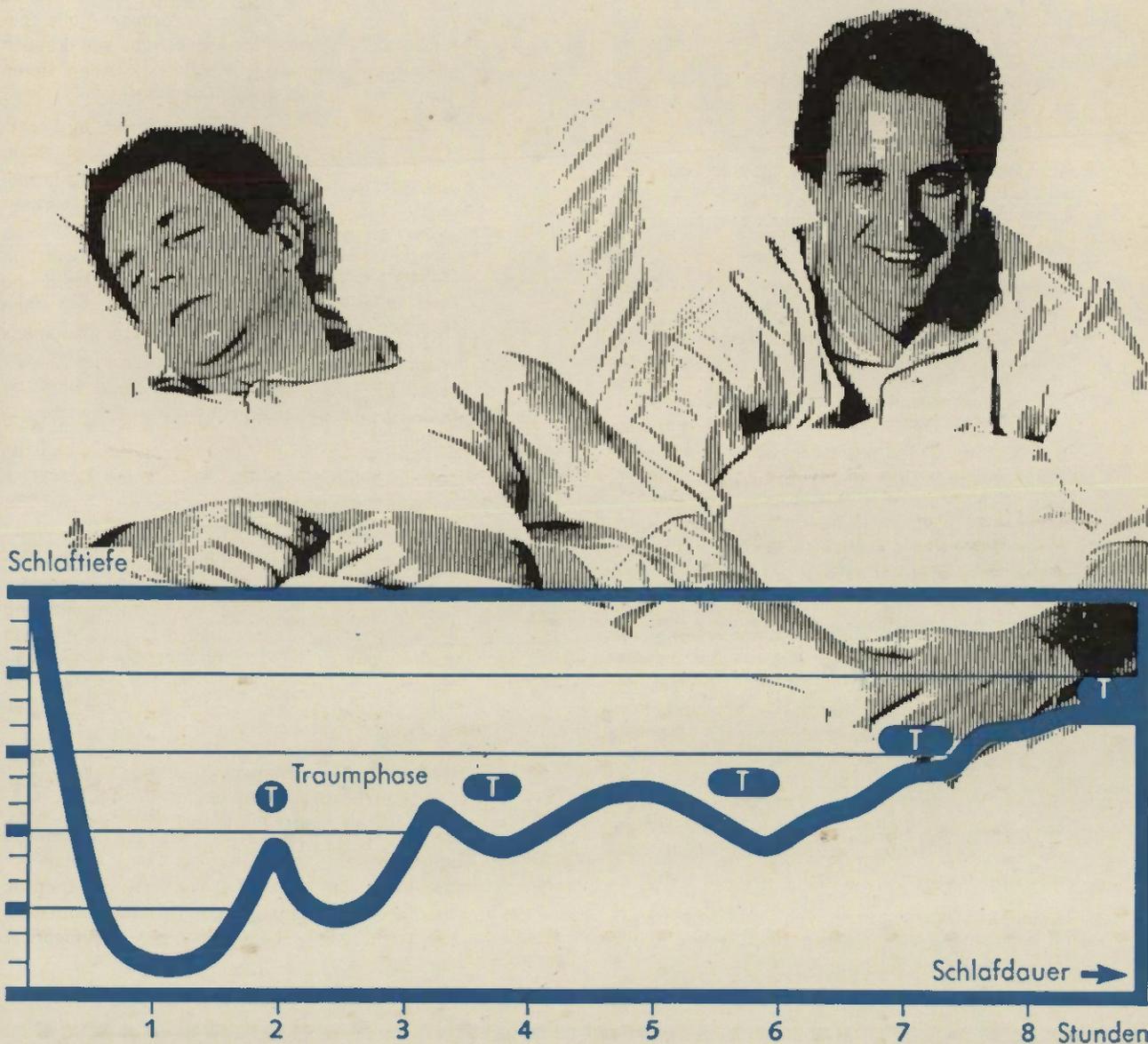
BIONORICA KG · APOTHEKER POPP · NÜRNBERG



Prüfung im Schlaflabor* bestanden:

- rasches Einschlafen
- traumphasengerechtes Durchschlafen
- tagesfrisches Erwachen
- gute Verträglichkeit bei bestimmungsgemäßem Gebrauch

* Dozent Dr. U.J. Jovanović, Universitäts-Nervenklinik Würzburg



Plantival[®] 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 (hämmorrhagisch-pigmentäre Dermatose) möglich
Handelsformen: CP 20 Dragees DM 5,10; CP 100 Dragees DM 19,85 · **Stand:** 1. 1. 1977

DR. WILLMAR SCHWABE · KARLSRUHE

Kongreßkalender

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.

April 1977

- 1.-3. **Ambeck:** Ärztekurs C für homöopathische Medizin. — Auskunft: Dr. M. Stübler, Singerstraße 1, 8900 Augsburg.
- 1.-3. **München:** Fortbildungsseminar I „Praktische Elektrokardiographie“ (Einführungsseminar). — Auskunft: Bayerische Landesärztekammer, Mühlbauerstraße 16, 8000 München 80.
1. 4.-30. 6. **Hamburg:** Kursus über Tropenmedizin und Medizinische Parasitologie. — Auskunft: Bernhard-Nocht-Institut, Kurssekretariat, Bernhard-Nocht-Straße 74, 2000 Hamburg 4.
- 2.-7. **San Augustin/Gran Canaria:** Internationales Seminar für manuelle Therapie — Kurse für manuelle Behandlung der Extremitätengelenke. — Auskunft: Ärzteseminar Hamm (FAC) e.V., Ostentallee 80, 4700 Hamm.
- 3.-18. **Merla-Wörth-Dellach:** Ausbildungslehrgang in Diagnostik und Therapie nach Dr. F. X. Mayr. — Auskunft: Dr. E. Reuch, A-9082 Maria-Wörth-Dellach.
- 4.-16. **Meren:** IX. Internationaler Seminarkongreß für praktische Medizin, veranstaltet von der Bundesärztekammer (Thema: Jugend und Alter aus der Sicht der praktischen Medizin). — Auskunft: Kongreßbüro der Bundesärztekammer, Postfach 41 02 20, 5000 Köln 41.
- 4.-17. **Brixen:** 10. Internationaler Oster-Seminarkongreß für pädiatrische Fortbildung. — Auskunft: Berufsverband der Kinderärzte Deutschlands e.V., Bergisch-Gladbacher Straße 735, 5000 Köln 80.
- 11.-22. **Neutrauburg:** 1. Kursus der Deutschen Gesellschaft für manuelle Medizin. — Auskunft: Dr. K. Sell, 7972 Isny-Neutrauburg.
- 12.-16. **Erlangen:** 81. Tagung der Deutschen Gesellschaft für Pathologie. — Auskunft: Professor Dr. G. Dhom, Pathologisches Institut der Universität des Saarlandes, 6650 Homburg.
- 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. **Freiburg:** Symposium der Deutschen Ophthalmologischen Gesellschaft. — Auskunft: Professor Dr. G. Kommerell, Universitäts-Augenklinik, 7800 Freiburg.
- 16.-17. **Hamburg:** Jahrestagung der Gesellschaft Nord- und Nordwestdeutscher Neurologen und Psychiater. — Auskunft: Professor Dr. Bammer, Tengstedter Landstraße 400, 2000 Hamburg 62.
- 18.-17. **Melente:** Ärztliches Wochenende „Gerietrie“. — 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, Schwalbecher Straße 62, 6200 Wiesbaden.
- 18.-22. **Berlin:** Einführung in die Begutachtungskunde. — Auskunft: Sekretariat der Akademie für Arbeitsmedizin, Soorstraße 83/84, 1000 Berlin 19.
- 21.-24. **Bad Wörlishofen:** Ärzteseminar „Autogenes Training“. — Auskunft: Kneipp-Bund e.V., Postfach 264, 8000 München 60.
- 22.-23. **Bad Homburg:** 17. Tagung der Gesellschaft für Hirntraumatologie und klinische Hirnpathologie. — Auskunft: Dr. Welch, Tennenweldallee 50, 6380 Homburg.
- 22.-23. **Hannover:** 4. Fechtagung Krenkenhaustechnik „Wirtschaftliche Instandhaltung im Krankenhaus“. — Auskunft: Medizinische Hochschule Hannover, Postfach 61 01 80, 3000 Hannover 61.
25. 4.-1. 5. **San Felice del Benace:** 1. Weltkongreß für pädiatrische Otorhinolaryngologie. — Auskunft: Professor Cerlo Getti Manacini, Via IV Novembre 2, Brescia.

VERTRAUENS BASIS.

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

Als führende Krankenversicherung des Ärztestandes bieten wir Ihnen:

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

(Fortsetzung April 1977)

25. 4.– 7. 5. **Lindau:** 27. Lindauer Psychotherapiewochen. – Auskunft: Sekretariat der Lindauer Psychotherapiewochen, Orlandostraße 8/IV, 8000 München 2.
- 27.–30. **Erfangen:** EKG-Kurs für Sportärzte. – Auskunft: Dr. B. Moser, Östliche Stadtmauerstraße 29, 8520 Erlangen.
- 27.–30. **München:** 94. Tagung der Deutschen Gesellschaft für Chirurgie. – Auskunft: Professor Dr. G. Maurer, Ismaninger Straße 22, 8000 München 80.
27. 4.– 1. 5. **Baden-Baden:** 25. Jahrestagung der Vereinigung Süddeutscher Orthopäden e. V. – Auskunft: Prof. Dr. F. W. Rathka, Hospitalstraße 1, 7140 Ludwigsburg.
27. 4.– 2. 5. **Bad Brückenau:** Lehrgang für physikalische Therapie. Auskunft: Gesellschaft der Ärzte für Erfahrungsheilkunde a. V., Kongreßbüro, Postfach 10 28 40, 6900 Heidelberg.
- 28.–30. **Straßburg:** 4. Europäische Tagung für Innere Medizin. – Auskunft: Dr. V. Harth, Hainstraße 9, 8600 Bamberg.
- 28.–30. **Zürich:** 30 Jahre Europäische Rheumaliga: Internationalisierung der klinischen Prüfung, Rheumaforschung und -bekämpfung in der Schweiz. – Auskunft: Sekretariat, Postfach 149, CH-4010 Basel.
29. 4.– 1. 5. **München:** Fortbildungsseminar II „Praktische Elektrokardiographie“ (Seminar für Fortgeschrittene). – Auskunft: Bayerische Landesärztekammer, Mühlbauerstraße 16, 8000 München 80.
30. 4.– 1. 5. **Bad Nauheim:** NAV-Symposium. – Auskunft: Verband der Niedergelassenen Ärzte Deutschlands (NAV) e. V., Balfortstraße 9, 5000 Köln 1.

Mal 1977

- 2.–5. **Tokyo:** 6. Internationaler Kongreß für Zytologie. – Auskunft: A. Maisels, M. D. FIAC, Secretary General, 6 th International Congress of Cytology, 1050 Chemin Ste-Foy, Ouabek 6, P. Q., Canada.
- 4.–8. **Berlin:** 8. Deutscher Kongreß für Perinatale Medizin. – Auskunft: Professor Dr. J. W. Dudenhausen, Marlandorfer Weg 28–38, 1000 Berlin 44.

- 5.–7. **Kiel:** 17. Jahrestagung der Deutschen Gesellschaft für Arbeitsmedizin. – Auskunft: Professor Dr. Szadkowski, Adolt-Schönfelder-Straße 5, 2000 Hamburg 76.
- 5.–7. **Florenz:** 26. Kongreß der Internationalen Gesellschaft für Broncho-Pneumologie. – Auskunft: Leitender Medizinaldirektor Professor Dr. W. Maaßen, Tüschener Wag 22 b, 4300 Essen 16.
- 6.–7. **München:** Fortbildungskurs für Phonokardiographie – Teil II. – Auskunft: Bayerische Landesärztekammer, Mühlbauerstraße 16, 8000 München 80.
- 6.–8. **Ambach:** Ärztekurs C für homöopathische Medizin. – Auskunft: Dr. M. Stübler, Singerstraße 1, 8900 Augsburg.
- 6.–8. **Bad Aussee:** 22. Ausseer Symposium. – Auskunft: Obermedizinalrat Dr. H. Walzig, Widleitha 99, A-8990 Bad Aussee.
- 6.–8. **Bad Pyrmont:** Sportmedizinischer Fortbildungskurs. – Auskunft: Sportärztebund Niedersechsen, Humboldtallee 7, 3400 Göttingen.
- 6.–8. **Schaffhausen:** Internationale Ärztliche Fortbildungstagung Bodensee. – Auskunft: Dr. W. Gujer, Vordergassa 4, CH-7200 Schaffhausen.
7. **München:** 2. Samstagseminar für Gynäkologie. – Auskunft: Bayerische Landesärztekammer, Mühlbauerstraße 16, 8000 München 80.
7. **Würzburg:** 9. Fortbildungstagung für Allgemeinärzte und Fachärzte für Innere Medizin. – Auskunft: Professor Dr. P. Polzian, Klinikstraße 8, 8700 Würzburg.
- 7.–8. **Hennet:** Sportärzte-Fortbildungslehrgang. – Auskunft: Dr. D. Schnell, Otto-Willich-Straße 2, 5207 Ruppichtaroth.
- 7.–8. **München:** Öffentliche Tagung der Deutschen Rheuma-Liga. – Auskunft: Deutsche Rheuma-Liga, Bundesgeschäftsstelle, Postfach, 8031 Seefeld.
- 9.–10. **München:** Symposium der Deutschen Vereinigung zur Bekämpfung der Kinderlähmung des Deutschen Grünen Kreuzes. – Auskunft: Professor Dr. H. Spiess, Pettenkoterstraße 8 a, 8000 München 2.
- 9.–14. **Barnried:** Seminar „Präventiv-Kardiologie“. – Auskunft: Bayerische Landesärztekammer, Mühlbauerstraße 16, 8000 München 80.

**Vereinigte**
Krankenkassenversicherung AG

Salus Krankenhauskosten-Versicherungs-AG

DIE SICHERHEIT DES ARZTES
individuell · zuverlässig · preisgünstig

Vertragsgesellschaften Ihrer
Ärztekammer und
des Marburger Bundes

COUPON

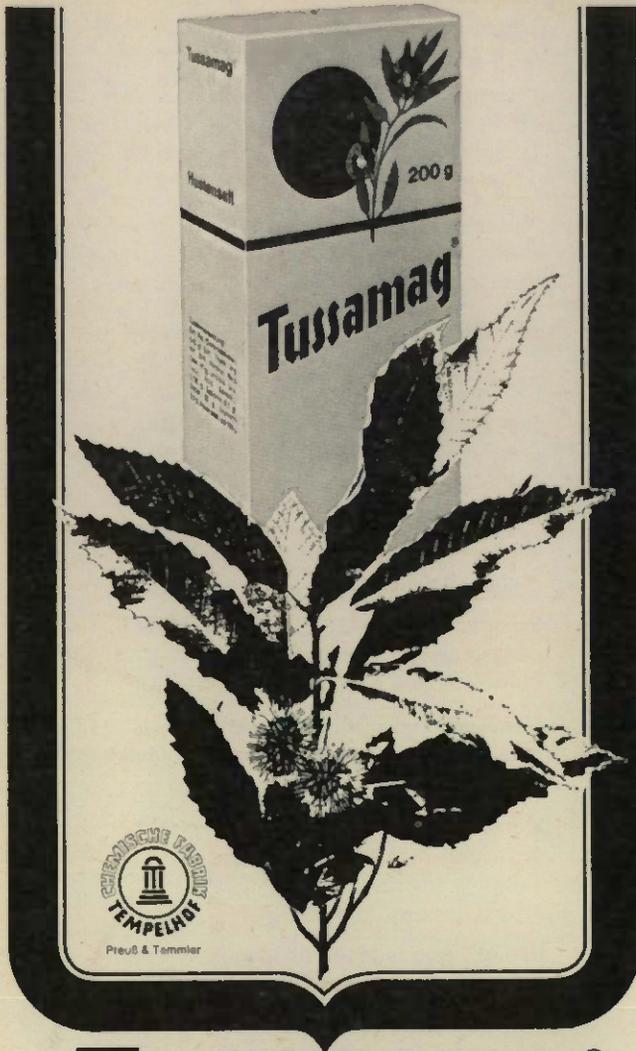
Ich interessiere mich
für die Teilnahme am
Gruppenversicherungs-
vertrag

Name: _____

Anschrift: _____

Vereinigte Krankenkassenversicherung AG, General-
direktion, Leopoldstraße 24, 8000 München 40

Ich bin bereits versichert bei: Vereinigte Salus anderw.
KX1A



Tussamag®

auf rein pflanzlicher Basis

Indikationen/Zusammensetzung

Expectorans

Extr. Fol. Castaneae vesc. fl. 8,48 g,
Extr. Thymi II. 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 II. 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 Katarrhe der oberen Luftwege

Tussamag-Tropfen mit 0,8% Codein, phosphoricum

Perkutenes 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, Saben-
grundlage ad 100 g

Reiz- und Krampfhusten, Grippe

Extr. Thymi spir. spiss. 20 mg, Extr.
Castaneae vesc. aquos. spiss. 20 mg,
Ol. Thymi 4 mg, Athylpapaverin-
hydrochlorid 20 mg

Kontraindikationen

(nur bei den codeinhaltigen Formen)
Zustände, die mit Einschränkung der Atem-
funktion einhergehen, Langzeitverabreichung
bei chronischer Obstipation

Handelsformen/Preise

Saft 200 g, DM 6,95 m. U.

Saft
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.

perkuten 20 g, DM 4,30 m. U.

Zäpfchen für
Kinder und 5 Stück, DM 3,15 m. U.
Säuglinge 10 Stück, DM 4,75 m. U.

* verschreibungspflichtig

(Fortsetzung Mal 1977)

- 9.-14. **Searbrücken:** 80. Deutscher Ärztetag. — Auskunft: Bundesärztekammer, Postfach 41 02 20, 5000 Köln 41.
- 9.-27. **Sonthofen:** Einführungskurs für Sportmedizin für Sanitätsoffiziere (dieser Kurs ist für alle Ärzte offen). — Auskunft: OF-Arzt Dr. R. Schmidt, Sport-
schule der Bundeswehr, Sportmedizinische Abtei-
lung, Generaloberst-Beck-Kaserne, 8972 Sontho-
fen.
11. **München:** 22. Gastroenterologischer Informations-
kurs „Pankreatitis/Pankreas-Karzinom“. — Aus-
kunft: Sekretariat der I. Medizinischen Abteilung
des Städtischen Krankenhauses München-Neuper-
lach, Oskar-Maria-Graf-Ring 51, 8000 München 83.
- 12.-14. **Luzern:** 14. Jahrestagung der Europäischen Ge-
sellschaft für pädiatrische Radiologie. — Auskunft:
Dr. C. Fauré, 149, Rue de Sèvres, F-75730 Paris.
- 12.-14. **Nürnberg:** Jahreskongreß der Deutschen Gesell-
schaft für Ästhetisch-Plastische Chirurgie. — Aus-
kunft: Sekretariat der Deutschen Gesellschaft für
Ästhetisch-Plastische Chirurgie, Manteuffelstraße
33, 2000 Hamburg 55.
- 13.-15. **Ambeck:** Weidenkammer Ärztgespräche. — Aus-
kunft: Dr. M. Stübler, Weidhaus-Klinik, 6901 Deu-
ringen.
- 13.-25. **Lengeoog:** Sportärzte-Fortbildungslehrgang. —
Auskunft: Ak. Dir. Dr. G. Schwarz, Sprengerweg 2,
3400 Göttingen.
14. **St. Engimer:** 3. Sportärztliches Seminar in Nieder-
bayern. — Auskunft: Dr. H. H. Wernicke, Lud-
millastraße 33, 8300 Lendshut.
14. **Würzburg:** Fortbildungstagung für Augenärzte. —
Auskunft: Professor Dr. Dr. h. c. W. Leydhecker,
Josef-Schneider-Straße 11, 6700 Würzburg.
- 14.-15. **Grünweid:** Sportärztliche Ausbildungstagung. —
Auskunft: Dr. H. Pabst, Ebertstraße 1, 8022 Grün-
weid.
- 15.-19. **Berlin:** Kongreß für Laboratoriumsmedizin. — Aus-
kunft: Dr. H. Gold, Nerven-Klinik Spandau, 1000 Ber-
lin 20.
- 15.-20. **Bercelona:** 17. internationaler Kurs für Ophthal-
mologie. — Auskunft: Dr. J. Rutian, instituto Ber-
rquer, Jaforje 88, Bercebone 6, Spanien.
- 16.-16. **Germisch-Pertenkirchen:** Tagung des Berufsver-
bandes der Kinderärzte Deutschlands. — Auskunft:
Berufsverband der Kinderärzte Deutschlands e. V.,
Bergisch-Giedbacher Straße 735, 5000 Köln.
- 16.-18. **Perlis:** Internationale Tagung über Kardiologie (in
frenzösicher Sprache). — Auskunft: Professor J. J.
Welti, Hôpital Fernand-Widel, 200 Faubourg Saint
Denis, F-75010 Paris.
- 17.-21. **Kerlov Vary:** V. Internationale Symposion über
nukleare Medizin. — Auskunft: Tschechische Me-
dizinische Gesellschaft, Sokoiská 31, CS-12026
Preg.

(Fortsetzung Seite 306)



**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 (> 60 mg/100ml). Überempfindlichkeit gegen eine der beiden Komponenten. Nicht empfohlen für Kinder. **Dosierung:** Bei kardial

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: 1 x täglich 1 Tablette. Im Bedarfsfall kann die Dosierung bis auf 4 Tabletten/Tag gesteigert werden. **Zu beachten:** Serumelektrolytwerte sind regelmäßig zu kontrollieren. Bei Nierenleiden kann sich eine Hyperkaliämie entwickeln. **Besondere Hinweise:** Über die

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 Einzelbeilagen über Wirkungsweise, Anwendung und Vorsichtsmaßnahmen enthält die wissenschaftliche Broschüre, deren aufmerksame

MSD
SHARP & DOLMÉ

Die meldepflichtigen übertragbaren Krankheiten in Bayern im Monat Dezember 1976*)

(Zusammengestellt aufgrund der Wochenmeldungen)

Erkrankungen an Schiach wurden im Dezember häufiger als im Vormonat, jedoch in geringerer Zahl als im Dezember vorigen Jahres gemeldet. Auf 100 000 Einwohner trafen 65, im November 55, im Dezember 1975 jedoch 110 Fälle, jeweils umgerechnet auf ein Jahr. Geringfügig sank im Berichtsmonat die Erkrank-

ungshäufigkeit an übertragbarer Hirnhautentzündung, und zwar an sonstigen, nicht durch Meningokokken hervorgerufenen Formen der Meningitis.

Die Erkrankungsziffer an Salmonellose ging von 59 im November auf 47 im Dezember, jeweils auf 100 000 Einwohner,

zurück. Auch etwas weniger Fälle von Hepatitis inficiosa (übertragbare Leberentzündung) wurden im Dezember im Vergleich zum Vormonat berichtet, die entsprechende Ziffer nahm von 33 auf 30, auf 100 000 der Bevölkerung berechnet, ab.

Neuerkrankungen und Starbefälle in der Zeit vom 29. November 1976 bis 2. Januar 1977 (vorläufiges Ergebnis)

Gebiet	1		2		3		4		5		6		7		8		9		10		11		12	
	Diphtheria		Scharlach		Kinderlähmung		Übertragbare				Gehirnentzündung		Typhus abdominalis		Paratyphus A und B		Bakterielle Ruhr (ohne Amöbenruhr)		Enteritis infectiose				Botulismus	
							Hirnhautentzündung		Salmonellose										übrige Formen					
							Meningokokken-Meningitis		übrige Formen										Salmonellose		übrige Formen			
E) ST)		E ST		E ST		E ST		E ST		E ST		E ST		E ST		E ST		E ST		E ST		E ST		
Oberbayern	-	-	254	-	-	-	9	1	11	-	-	-	3	-	-	-	17	-	240	-	-	-	-	-
Niederbayern	-	-	33	-	-	-	-	-	2	-	-	-	-	-	-	-	-	-	15	-	4	-	-	-
Oberpfalz	-	-	50	-	-	-	1	-	7	-	-	-	-	-	-	-	-	-	72	-	-	-	-	-
Oberfranken	-	-	102	-	-	-	1	-	6	-	-	-	-	-	-	-	-	-	6	-	1	-	-	-
Mittelfranken	-	-	76	-	1 ⁴⁾	-	-	-	5	-	-	-	-	-	-	-	1	-	72	-	-	-	-	-
Unterfranken	-	-	76	-	-	-	5	-	4	-	-	-	-	-	-	-	-	-	42	-	7	-	1	-
Schwaben	-	-	88	-	-	-	1	-	3	1	-	-	-	-	-	-	-	-	40	-	4	-	-	-
Bayern	-	-	679	-	1 ⁴⁾	-	17	1	38	1	-	-	3	-	-	-	18	-	487	-	16	-	1	-
München	-	-	86	-	-	-	2	-	2	-	-	-	2	-	-	-	3	-	77	-	-	-	-	-
Nürnberg	-	-	33	-	1	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	10	-	-	-	-	-
Augsburg	-	-	4	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	3	-	-	-	-	-
Regensburg	-	-	8	-	-	-	1	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	7	-	-	-	-	-
Würzburg	-	-	4	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	6	-	2	-	-	-
Fürth	-	-	4	-	-	-	-	-	3	-	-	-	-	-	-	-	1	-	6	-	-	-	-	-
Erlangen	-	-	7	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	9	-	-	-	-	-

Gebiet	13		14		15		16		17		18		19		20		21		22		23		24	
	Hepatitis inficiosa		Ornithose				Leptospirose				Brucellose (übrige Formen)		Malaria				Toxoplasmosis		Trachom		Wundsterrkrampf		Verdachtsfälle von Tollwut ²⁾	
			Psittacose		übrige Formen		Mikrosporidie		Amöbenruhr				Ersterkrankung		Rückfall									
	E ST		E ST		E ST		E ST		E ST		E ST		E ST		E ST		E ST		E ST		E ST		E ST	
Oberbayern	105	3	-	-	-	-	1	-	3	-	-	-	3	-	1	-	2	-	1	-	-	-	-	10
Niederbayern	11	-	1	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	1	-	1	-	-	-	-	-	-	-
Oberpfalz	21	1	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	1	1	1	11
Oberfranken	33	-	-	-	-	-	-	-	1	-	-	-	-	-	-	-	3	-	-	-	1	1	3	3
Mittelfranken	54	2	-	-	1	-	1	-	-	-	1	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Unterfranken	37	-	-	-	1	-	-	-	1	-	-	-	-	-	-	-	1	-	-	-	-	-	-	4
Schwaben	50	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	1	-	-	-	2	-	-	-	-	-	-	17
Bayern	311	6	1	-	2	-	2	-	5	-	1	-	4	-	2	-	9	-	1	-	2	2	2	45
München	46	-	-	-	-	-	1	-	2	-	-	-	1	-	-	-	1	-	1	-	-	-	-	2
Nürnberg	13	2	-	-	1	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Augsburg	12	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	1	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Regensburg	2	1	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Würzburg	6	-	-	-	1	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	1	-	-	-	-	-	-	-
Fürth	5	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Erlangen	6	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-

*) Bericht des Bayerischen Statistischen Landesamtes.

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

2) „ST“ = Starbefälle.

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

4) Infiziert im Ausland.

Anmerkung: Ferner wurde noch 1 Erkrankung an Leptospirose (übrige Formen) aus Oberbayern (München) gemeldet.

traumhaft geschlafen



Dosierungsempfehlung:
20 bis 30 Minuten
vor dem Schlafengehen

Tabletten

1 bis 2 für Erwachsene
½ bis 1 für betagte Patienten
1 für Schulkinder
½ bis 1 für Kleinkinder

Tropfen

20 bis 40 für Erwachsene
10 bis 20 für betagte Patienten
20 für Schulkinder
10 bis 20 für Kleinkinder
1 bis 10 für Säuglinge
l.c. 1 Tropfen/Lebensmonat

Wirkstoff

1 Tablette enthält 5 mg
1,3-Dihydro-7-nitro-5-phenyl-2-
H-1,4-benzodiazepin-2-on,
1 ml Tropfenlösung l.c. 20 Tropfen
enthalten 5 mg 1,3-Dihydro-7-
nitro-5-phenyl-2-H-1,4-
benzodiazepin-2-on (Nitrazepam)
sowie 500 mg Zucker

Weitere Indikation

BNS-Krämpfe des Säuglings
und Kleinkindes.

Kontraindikation

Myasthenia gravis.

Hinweise

Wie für alle Schlafmittel gilt
auch für Mogadon Roche, daß
man unter dem Einfluß seiner
Wirkung keinen Alkohol genießen
sollte, da die individuelle
Reaktion im einzelnen nicht
vorauszusehen ist.
Wie alle Arzneimittel vom
gleichen Wirkstofftyp kann auch
Mogadon Roche, je nach
Anwendung, Dosis und
individueller Empfindlichkeit,
das Reaktionsvermögen
i. z. B. Fahrtauglichkeit, Verhalten
im Straßenverkehr beeinflussen.
Bei alten Patienten ist die
Dosierung der individuell ver-
schiedenen Toleranzgrenze
anzupassen. Wird Mogadon
Roche mit zentral wirksamen
Pharmaka vom Typus der
Neuroleptika, Tranquillizer,
Antidepressiva, Hypnotika,
Analgika, Narkotika kombiniert,
so ist zu beachten, daß es den
zentral-sedativen Effekt
dieser Präparate verstärken kann.
Im übrigen wird an den ärztlichen
Grundsatz erinnert, in der Früh-
schwangerschaft Medikamente
jeglicher Art nur bei zwingender
Indikation zu verabreichen.

Packungen und Preise*

20 Tabletten zu 5 mg DM 5,40 m.U.St.
Tropfen zu 10 ml DM 4,65 m.U.St.
Anstaltspackungen.

* unverbindlich - Stand bei Drucklegung

Hoffmann-La Roche AG
7889 Grenzach-Wyhlen



Schlafinduktion durch Reizabschirmung
Untadelige Verträglichkeit selbst bei organisch vorgeschädigten Patienten (Leber, Herz, Niere)
Kein Einfluß auf Diabetes- und Antikoagulantientherapie

Mogadan® Roche

18. **Valden:** XII. Veldener Symposion. — Auskunft: Ärztekammer für Kärnten, Bahnhofstraße 22, A-9020 Klagenfurt.
- 18.–21. **Frankfurt:** Bundestagung des Kraftfahrverbandes Deutscher Ärzte, Jubiläum 70 Jahre KVDA und Jahreshauptversammlung des KVDA. — Auskunft: KVDA-Hauptverwaltung, Johanna-Melbar-Wag 8, 6000 Frankfurt 70.
- 19.–21. **Garmisch-Partenkirchen:** Tagung der Bayerischen Gesellschaft für Geburtshilfe und Frauenheilkunde. — Auskunft: Professor Dr. F. Zimmer, Steinerweg 5, 8000 München 60.
- 19.–21. **Homburg:** 12. Tagung der Deutschen Diabetes-Gesellschaft. — Auskunft: Professor Dr. K. F. Weinges, Universitäts-Kliniken, 6650 Homburg.
- 19.–21. **Münster:** 58. Deutscher Röntgenkongreß. — Auskunft: Frau U. Katzorka, Fr.-Bracht-Straße 166, 4350 Recklinghausen.
- 19.–21. **Velden:** 29. Kärntner Ärztetreffen. — Auskunft: Ärztekammer für Kärnten, Bahnhofstraße 22, A-9020 Klagenfurt.
- 19.–21. **Wiesbaden:** Jahrestagung des Deutschen Zentralvereins homöopathischer Ärzte. — Auskunft: Dr. Kautzsch, Schwalzer Platz 56, 6000 Frankfurt-Süd.
- 19.–22. **Marburg:** 11. Deutscher Kongreß für Allgemeinmedizin und 22. Internationaler Kongreß für Allgemeinmedizin (SIMG). — Auskunft: Dr. W. Vogler, Emil-von-Bahring-Straße 46, 3550 Marburg 1.
- 19.–22. **Regensburg:** Ärztliche Fortbildung Regensburg — 58. Tagung. — Auskunft: Ärztliche Fortbildung Regensburg, Altes Rathaus, 8400 Regensburg.
20. 5.–4. 6. **Montecatini Terme:** XV. Internationaler Fortbildungskongreß der Bundesärztekammer (Seminar-kongreß). — Auskunft: Kongreßbüro der Bundesärztekammer, Postfach 41 02 20, 5000 Köln 41.
- 21.–22. **Bad Reichenhall:** Jahrestagung der Deutschen Gesellschaft für Sprach- und Stimmheilkunde. — Auskunft: Professor Dr. P. Biesalski, Langenbeckstraße 1, 6500 Mainz.
- 21.–22. **Heidelberg:** Jahrestagung der Deutschen Gesellschaft für Verkehrsmedizin e. V. — Auskunft: Professor Dr. G. Schmidt, Voßstraße 2, 6900 Heidelberg.
- 22.–26. **Bad Reichenhall:** 48. Jahresversammlung der Deutschen Gesellschaft für Hals-, Nasen-, Ohrenheilkunde, Kopf- und Halschirurgia. — Auskunft: Deutsche Gesellschaft für HNO-Heilkunde, Universitäts-HNO Klinik, 5300 Bonn-Venusberg.
- 22.–26. **Damp 2000:** 7. Praxiswoche des Deutschen Kassenarztverbandes. — Auskunft: Kongreßdienst Deutscher Kassenarztverband, Ärztehaus Hamburg, Humboldtstraße 56, 2000 Hamburg 76.
- 22.–27. **Tokyo:** Internationaler Krankenhaus-Kongreß. — Auskunft: Japan Convantion Services, Inc., 7-3-23 Roppongi, Minato-ku, Tokyo 106, Japan.
- 23.–27. **Bad Dürkheim:** 27. Wissenschaftlicher Kongreß des Bundesverbandes der Ärzte des öffentlichen Gesundheitsdienstes e. V. — Auskunft: Ltd. Med.-Dir. Dr. A. Böhm, Bundesverband der Ärzte des öffentlichen Gesundheitsdienstes e. V., Edisonweg 4, 8031 Neusting.
- 24.–27. **Freiburg:** XXVII. Tagung der Deutschen Gesellschaft für Mund-, Kieler- und Gesichtschirurgia. — Auskunft: Professor Dr. W. Schilli, Hugstetter Straße 55, 7800 Freiburg.
- 25.–27. **Bratislava:** Internationaler Anästhesie-Kongreß. — Auskunft: Dr. J. Malatansky, Slovak Medical Societa, Mickiewiczova 18, CS-88322 Bratislava.
27. 5.–1. 6. **Helsinki:** 32. Kongreß-Schiffsreise. — Auskunft: Kongreßdienst Deutscher Kassenarztverband, Ärztehaus Hamburg, Humboldtstraße 56, 2000 Hamburg 76.
- 28.–29. **Venedig:** XI. Venazianisches Neuropsychiatrisches Symposion. — Auskunft: Professor Dr. J. Kugler, Nußbaumstraße 7, 8000 München 2.
28. 5.–11. 6. **Grado:** XXV. Internationaler Fortbildungskongreß der Bundesärztekammer. — Auskunft: Kongreßbüro der Bundesärztekammer, Postfach 41 02 20, 5000 Köln 41.
31. 5.–4. 6. **Berlin:** 26. Deutscher Kongreß für ärztliche Fortbildung in Verbindung mit dem 10. Deutschen zahnärztlichen Fortbildungskongreß und der Internationalen pharmazeutischen und medizinisch-technischen Ausstellung. — Auskunft: Kongreßgesellschaft für ärztliche Fortbildung e. V., Klingensorstraße 21, 1000 Berlin 41.
31. 5.–11. 6. **Langeoog:** XXV. Fortbildungskurs für praktische Medizin. — Auskunft: Akademia für ärztliche Fortbildung Niedersachsen, Berliner Allee 20, 3000 Hannover 1.

„Bayerisches Ärzteblatt“. Herausgeber und Verleger: Bayerische Landesärztekammer, Mühlbeurstraße 18, 8000 München 80, Telefon (089) 41 47-1. Schriftleitung: Professor Dr. med. Hans Joachim Sewering, Dr. med. Harmann Bräun, 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.

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

Druck: Druckerei und Verlag Hans Zeuner jr., 8060 Dechau.

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 Einwendungen an die Schriftleitung wird das Einverständnis zur vollen oder auszugsweisen Veröffentlichung vorausgesetzt, wenn gegenteilige Wünsche nicht besonders zum Ausdruck gebracht werden.

ISSN 0005-7126

Das **Städtische Krankenhaus Ingolstadt** – Hauptversorgungs-
krankenhaus der Region Ingolstadt mit 652 Plan-
betten – sucht zum nächstmöglichen Zeitpunkt den

Chefarzt für die urologische Abteilung

Die urologischen Patienten werden derzeit durch einen
Belegarzt versorgt, der in den Ruhestand treten wird.

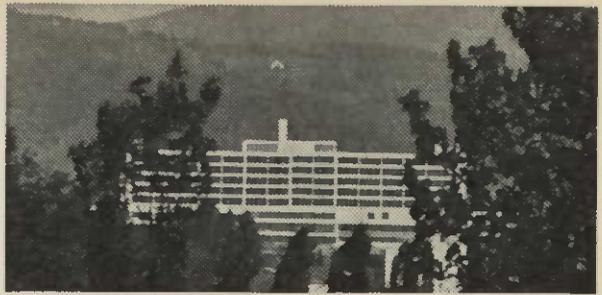
Die Abteilung umfaßt ca. 40 Betten und wird nach inbe-
triebnahme des im Bau befindlichen neuen Hauptversor-
gungskrankenhauses auf ca. 60 Betten erweitert.

Wir denken an einen qualifizierten Facharzt, der sämtliche
Erfordernisse einer modernen Urologie für ein Kranken-
haus der II. Versorgungsstufe beherrscht und als ziel-
strebige Persönlichkeit in der Lage ist, die hauptamtliche
Abteilung entsprechend Ihrer Bedeutung aufzubauen.

Die Stadt Ingolstadt bietet einen Chefarztvertrag, der die
Vergütung und die Altersversorgung in Anlehnung an die
Beamtenbesoldung A 15 regelt. Liquidation bei Wahllei-
stungspatienten ist gegeben.

Ingolstadt mit ca. 90.000 Einwohnern und einer zentralen
Lage in Bayern ist eine Stadt mit großer wirtschaftlicher
Bedeutung. Als Kulturzentrum der Region verfügt sie über
sämtliche weiterbildenden Schulen und bietet einen hohen
Freizeitwert.

Ihre Bewerbung bitten wir bis spätestens 19. 3. 1977 an das
**Personalamt der Stadt Ingolstadt, Rathausplatz 4, 8070 In-
golstadt**, zu richten.



DAS NEUE KREISKRANKENHAUS DEGGENDORF/DONAU

hat im November 1976 den Betrieb aufgenommen. Eine modernst
ausgestattete Klinik in einer wunderschönen Henglage mit Blick
auf die Stadt, die Donau und die Berge des Bayerischen Waldes.
Demnächst ist die Stelle eines

Oberarztes

in der allgemeinen Chirurgie zu besetzen.

Sind Sie Facharzt für Chirurgie? Sind Sie jung und aktiv? Kooperativ?
Haben Sie Organisationstalent? Sind Sie begeisterter Chirurg
mit Interesse, besonders an der Allgemein- und Gefäßchirurgie? –
Wenn Sie all diese Punkte bejahen können, sollten Sie sich gleich
einmal mit mir unterhalten.

Unser Haus umfaßt 454 Betten (davon werden ca. 160 chirurgisch
genutzt) und folgende Hauptabteilungen: Organ- und Gefäß-
chirurgie, Unfallchirurgie, Gastroenterologie, Cardio-Pulmologie,
Anästhesie, Gynäkologie und Geburtshilfe, zentrales Röntgen-
institut, Institut für Laboratoriumsdiagnostik und Pathologie. Da-
neben sind noch alle gängigen Belegabteilungen vertreten.

Bewerbungen erbeten an **Dr. med. Gard Deiml, Chefarzt der
Chirurgischen Abteilung, Kreis Krankenhaus, 8360 Deggendorf,
Telefon (09 91) 3 42 94 3 41**

Beim Kreis Krankenhaus Neumarkt i. d. Opf. ist bald-
möglichst die Stelle des

Chefarztes der Anästhesieabteilung

zu besetzen.

Das neu erstellte Kreis Krankenhaus Neumarkt i. d. Opf.
verfügt über insgesamt 460 Betten mit zur Zeit drei
Fachabteilungen (Chirurgie, Innere, Gynäkologie/Geburts-
hilfe) und drei Belegabteilungen (Augen, HNO,
Urologie).

Eine eigene Anästhesieabteilung soll mit der Anstel-
lung eines Chefarztes neu geschaffen werden. Das
Krankenhaus verfügt über eine Intensivabteilung mit
zwölf Betten.

Besoldung und Arbeitsbedingungen werden durch Ver-
trag geregelt. Der Bewerber soll eine langjährige Er-
fahrung auf dem Gebiet der Anästhesie mitbringen und
zur Facharztweiterbildung berechtigt sein.

Das Kreis Krankenhaus Neumarkt i. d. Opf. ist vor zwei
Jahren in Betrieb genommen worden und ist mit den
modernsten technischen und medizinisch-technischen
Geräten ausgestattet.

Neumarkt i. d. Opf. (30.000 Einwohner) liegt verkehrsg-
ünstig in reizvoller Juralandschaft an der Strecke
Nürnberg–Regensburg, 36 km von Nürnberg entfernt
und hat Autobahnanschluß. Die Stadt besitzt alle wei-
terführenden Schulen. Für die Freizeitgestaltung sind
verschiedene Einrichtungen vorhanden, wie Freibad,
Hallenbad, Tennisplätze, Reitbahn, Skilifte usw.

Bewerbungen mit den üblichen Unterlagen (handge-
schriebener Lebenslauf, Zeugnisablichtungen usw.)
werden bis spätestens 20. 3. 1977 erbeten an den
**Landrat des Landkreises, Landratsamt, Nürnberger
Straße 1 e, 8430 Neumarkt i. d. Opf.**

Am 1. April 1977 wird am Dr. Otto Geßler-Krankenhaus
in Lindenberg/Allgäu, das als Kreis Krankenhaus des
Kreises Lindau (Bodensee) geführt wird,

1 Belegarztstelle

der Fachrichtung Gynäkologie und Geburtshilfe frei.
Es handelt sich um ein modernes Haus, das den heuti-
gen klinischen Anforderungen entspricht. Erweiterung-
sbau mit 50 Krankbetten, Intensivstation und neuen
Operationssälen wird bis Mitte 1977 fertiggestellt sein.

Auf Wunsch ist der Krankenträger bei der Suche
von Praxis- und Wohnräumen behilflich.

Interessenten werden gebeten, ihre Bewerbung zu
richten an:

**Krankenstellen der Schwesternschaft München vom
BRK, Gemeinnützige Betriebsgesellschaft mbH, Rot-
kreuzplatz 8, 8000 München 19.**

Sofort und überall erreichbar mit dem



eurosignal



FUNK-LEASING PARKHAUS STACHUS
TEL. 089/59 72 45

Stadtkrankenhaus Traunstein (Oberbayern)

An der Anästhesie-Abteilung ist zum 1. 4. 1977 eine

Assistenzarztstelle

zu besetzen.

Das Stadtkrankenhaus Traunstein gehört mit 420 Betten der zweiten Versorgungsstufe an. Die Anästhesie-Abteilung versorgt folgende Fachabteilungen: Chirurgie einschließlich Gefäß- und Thoraxchirurgie, Gynäkologie, Orthopädie, HNO, Röntgenologie, Ophthalmologie und Urologie. Jährlich ca. 7000 Narkosen. Sämtliche Anästhesieverfahren einschließlich Elektroakupunktur werden angewendet. Ca. 30 Prozent der Eingriffe werden in regionalen Anästhesieverfahren durchgeführt. Eine Intensivpflegeeinheit mit sechs Betten wird von der Abteilung betreut.

Der Chefarzt der Abteilung ist für eine dreijährige Weiterbildung ermächtigt.

Geboten wird Bezahlung nach BAT, Bereitschaftsdienstvergütung der Stufe D und alle Sozialleistungen des öffentlichen Dienstes. Auf Antrag wird eine freiwillige Umzugskostenbeihilfe gewährt.

Traunstein liegt im Voralpenland zwischen Chiemsee und Salzburg in außerordentlich bevorzugter Lage.

Bewerbungen erbeten an das Personalamt der Stadt Traunstein, Postfach 1929, 8220 Traunstein.

Der Landkreis Aftötting sucht für die neuerrichtete Anästhesieabteilung beim Kreis Krankenhaus Burghausen

1 Oberarzt 1 Assistenzarzt

Das Krankenhaus hat 340 Betten, davon 183 operative (Chirurgie, Gynäkologie, Orthopädie, HNO, Augen).

Geboten werden Vergütung nach BAT mit Sonderleistungen, Umzugskostenvergütung und alle sonstigen sozialen Leistungen des öffentlichen Dienstes.

Burghausen ist eine reizvolle Grenzstadt an der Salzach mit regem kulturellen Leben. Nach Salzburg, München und Passau bestehen sehr günstige Verkehrsverbindungen.

Bewerbungen mit den üblichen Unterlagen werden erbeten an die Verwaltung des Kreiskrankenhauses, Krankenhausstraße 1, 8263 Burghausen, Teleton (0 86 77) 70 61.

Zur Niederlassung in der Stadt Schwabmünchen (25 km südlich Augsburg) wird ein

Augenarzt

gesucht. Die ehemalige Kreisstadt Schwabmünchen (mit rund 8000 Einwohnern) ist nach dem Landesentwicklungsprogramm als „Mögliches Mittelzentrum“ eingestuft und verfügt durch das weite Umfeld über einen Einzugsbereich von 40 000 Einwohnern. Ein Städtisches Krankenhaus mit 4 Fachabteilungen (Anästhesie und Intensivpflege), alle weiterführenden Schulen sowie ein Optiker-Fachgeschäft sind am Ort. Geeignete Praxisräume im Zentrum der Stadt stehen sofort zur Verfügung.

Interessierte Augenfachärzte werden gebeten, sich umgehend mit der Stadtverwaltung, 8930 Schwabmünchen, Teleton (0 82 32) 20 47 in Verbindung zu setzen.

Welcher Arzt

betreut nebenamtlich unsere in Nürnberg und im Raum Würzburg liegenden Betriebsstellen nach dem Arbeitssicherheitsgesetz?

Wir bitten um Ihre Zuschrift unter Nr. 331/483 an die Anzeigenverwaltung BAYERISCHES ÄRZTEBLATT, Sonnenstraße 29, 8000 München 2.

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.

st von überzeugender Eindringkraft
Ärztmuster durch: 50 ml DM 4,50, 100 ml DM 7,60, 200 ml DM 13,50
BEFELKA-ARZNEIMITTEL, Postfach 1351, 4500 Osnabrück

Internist

breite Ausbildung, erfahren in Endoskopie und Röntgen, sucht Praxisübernahme oder Praxisgemeinschaft, auch Apparategemeinschaft bzw. Neugründung, in München oder Umgebung.

Zuschriften erbeten unter Nr. 331/477 an die Anzeigenverwaltung BAYERISCHES ÄRZTEBLATT, 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, Diagnostik

85 Nürnberg

Noricus am Wördersee

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

Der Landkreis Eichstätt bietet einem weiteren
Facharzt für **Frauenkrankheiten und Geburts-
hilfe** Arbeitsmöglichkeiten als

Belegarzt

am Kreis-Krankenhaus Kösching (225 Betten).
Es können rund 15 Belegbetten zur Verfügung
gestellt werden. Rund 25 geburtshilflich-gynä-
kologische Betten werden bisher schon beleg-
ärztlich beansprucht.

Bewerbungen von Ärzten, die ihren Kassen-
arztsitz im Raum Ingolstadt heben oder eine
Niederlassung anstreben, werden erbeten an
Landratsamt, Residenzplatz 1, 8833 Eichstätt.

Praxisabgabe

Internist nach Oberstdorf

Wegen Erreichung der Altersgrenze wird ein voll ausgebildeter
Internist zur Mitarbeit aufgefordert, mit dem Zweck der späteren
Praxisübernahme. Zulassung für Röntgen, EKG und Leitung des
Labors nötig. Erwünscht Interesse für physikalische Medizin zur
Mitarbeit in Sanatorien.

Zuschriften erbeten unter Nr. 331/464 an die Anzeigenverwaltung
BAYERISCHES ARZTEBLATT, Sonnenstraße 29, 8000 München 2.

BEFELKA - HERZ - KREISLAUF - DRAGEES

Ind.: Herzmuskelschwäche, nervöse Herzerkrankungen, Herzklopfen,
Herzengst, Neigung zu schmerzhaften Herzanfällen, Herzbeschwer-
den der Wechseljahre, Herzpflege im Alter, hoher Blutdruck mit
Kopfschmerz, Schwindelgefühl, Schlafstörungen, Arterienverkalkung.
Zus.: 1 Dregge enthält: Extr. Leonur. card. spir. sicc. 20 mg; Extr.
Scillae spir. sicc. 25 mg; Extr. Crataegi e flor. spir. sicc. 15 mg;
Extr. Crataegi e fruct. spir. sicc. 50 mg; Extr. Reuwolfiae sarp. spir.
sicc. 40% Gesamtkalolide, 2,5 mg (entspr. 1 mg Gesamtkalolide);
Extr. Arnicae e flor. spir. sicc. 3 mg; Khellin 0,75 mg; Hesperidin-
phosphat-Natrium 7,5 mg.

Peckung mit 25 Dregg. DM 4,40, 50 Dregg. DM 7,10, 100 Dregg. DM 12,45

Arztmuster durch:

BEFELKA-ARZNEIMITTEL, Postfach 1351, 4500 Osnabrück.

Junger Arzt

(Deutscher, Examen 1975), sucht ab
April 1977 in Oberbayern, möglichst
Großraum München, Mitarbeit in
Praxis oder Vertretung.

Zuschriften erbeten unter Nr. 331/
496 an die Anzeigenverwaltung
BAYERISCHES ARZTEBLATT, Son-
nenstraße 29, 8000 München 2.
Neumarkt bei Nürnberg

Ärztelhaus
Aschaffenburg/Mein Innenstedt

Praxisräume

350 qm auf einer Etage, und kleiner
zum Herbst 1977 zu vermieten. Inter-
nist und Kinderarzt schon vergeben.
Zuschriften erbeten unter Nr. 331/
498 an die Anzeigenverwaltung
BAYERISCHES ARZTEBLATT, Son-
nenstraße 29, 8000 München 2.

Deutscher Allgemeinarzt (31) sucht
für Anfang 1978 **Übernahme einer**

Allgemeinpraxis

in Niederbayern.

Zuschriften erbeten unter Nr. 331/
491 an die Anzeigenverwaltung
BAYERISCHES ARZTEBLATT, Son-
nenstraße 29, 8000 München 2.

Medizin-Assistenten- stelle

In Chirurgie gesucht.

Zuschriften erbeten unter Nr.
331/467 an Anzeigenverwaltung
BAYERISCHES ARZTEBLATT,
Sonnenstr. 29, 8000 München 2.



Teletron Sprechfunk

- Immer und überall erreichbar
- keine doppelten Wege mehr
- problemloser Geräteeinbau
- sprechen Sie mit

DEISS Elektronik

Brettscheldstraße 53
8500 Nürnberg
Telefon (09 11) 45 40 71

Arztpraxisräume

(110 qm) im Aitenwohn- und
Pflegeheim „Roncellistift“
Erlangen-Südost (192 Plät-
ze) zu vermieten ab Juni
1978.

Caritasverband, Mozart-
straße 29, 8520 Erlangen.

Praxisräume

In aufstrebendem zukunftsorientier-
tem Kleinzentrum, 17 km südöstlich
München; Einkaufsmarkt und Bank
in gleichem Gebäude, für Allge-
meinarzt, Zahnarzt, Fachärzte, Heil-
praktiker, Gymnastiker usw. zu ver-
mieten (Einfluß in die Planung noch
möglich).

Johann Guggenberger,
Bahnhofplatz 1, 8011 Hühnenkirchen,
Telefon (081 02) 30 51

Arztpraxis

in einem in Planung befindlichen Geschäftshaus in der **Kreisstadt
Pfaffenhofen a. d. Ilm** ab Anfang 1978 zu vermieten. Planungs-
wünsche können weitgehend noch berücksichtigt werden.

Zuschriften erbeten unter Nr. 331/484 an die Anzeigenverwaltung
BAYERISCHES ARZTEBLATT, Sonnenstraße 29, 8000 München 2.

SYSTEM Arztform

Fordern Sie unverbindlich

Arztform-Information

Einrichtung mit plansystem 4000
Ideen - Preise - Möglichkeiten

Funktionelle Praxisplanung

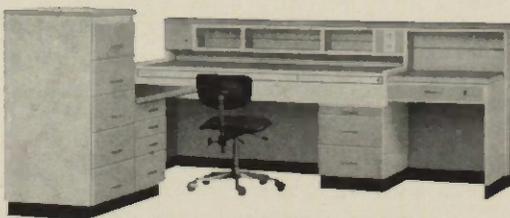
mit interessanten Vorschlägen und
günstigen Bauka-System-Preisen.

Rufen Sie bitte Tel. 021 66/4 60 61
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*



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

Anmelde-Kartei-Zentrale Bitte Prospekt AZ
Preis-Beispiel Karteitrogstisch 155cm-3,5 lfdm 592,-

Erfahrung und Ideen aus 4000 Praxis-Planungen*

Der Markt MÖhlhausen im Landkreis Erlangen-Höchstadt, eine ländliche Wohngemeinde mit 1325 Einwohnern und entsprechendem Einzugsbereich sucht einen Nachfolger für den dort bisher tätigen

Prakt.-/Allgemeinarzt

der seine Praxis krankheitshalber aufgibt.

Möhlhausen liegt an der Autobahnausfahrt Höchstädt-Nord der Autobahn Würzburg-Nürnberg. Weiterführende Schulen und Krankenhaus in dem 7 km entfernten Höchstädt a.d. Aisch. Der Markt Möhlhausen ist bei der Wohnungs- und Praxisbeschaffung behilflich.

Marktgemeinde Möhlhausen, Telefon (095 46) 202

Alteingeführte Kinderarztpraxis

in Nürnberg mit Praxisräumen und Inventar weitgehend automatisiert zum 1. 10. 1977 zu günstigen Bedingungen nehtlos abzugeben. Langjährige Arzthelferin kann übernommen werden.

Zuschriften erbeten unter Nr. 331/458 an Anzeigenverwaltung BAYERISCHES ARZTEBLATT, Sonnenstr. 29, 8000 München 2.

Für große Allgemeinpraxis

modern ausgestattet, im Zentrum niederbayerischer Universitäts-großstadt, wird baldmöglichst erfahrener jüngerer Kollege für Gemeinschaftspraxis mit späterer Übernahmefähigkeit gesucht.

Zuschriften erbeten unter Nr. 331/494 an die Anzeigenverwaltung BAYERISCHES ARZTEBLATT, Sonnenstraße 29, 8000 München 2.

Achtung! KV-Dringlichkeitsstufe II Achtung!

Es fehlt dringend ein

Hautarzt

Bayern / Donau
Mittelfzentrum

Verkehrsgünstige Lage

Wir bieten:

Modernste Räume im 1./2. OG einer Apotheke.

Beste zentrale Lage. Raumgröße (bis zu 170 qm) und Raumgestaltung nach Ihrer Wehl.

Bestimmen Sie selbst den Mietpreis!

Zuschriften erbeten unter Nr. 331/416 an die Anzeigenverwaltung BAYERISCHES ARZTEBLATT, Sonnenstraße 29, 8000 München 2.

Privatklinik Gauting

- Offene Fachklinik für Nerven- und Gemütsleiden, Psychotherapie mit Sanatoriumscharakter
- Alle Kassen

Die Klinik ist landschaftlich schön und ruhig gelegen, S-Bahn-Anschluß, 15 Minuten vom Münchener Zentrum.

Leitender Arzt Dr. med. Ph. Schmidt
Bergstraße 50, 8035 Gauting, Telefon (089) 850 60 51
wochentags auch Telefon (089) 53 20 02

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 150160
8500 NÜRNBERG 15

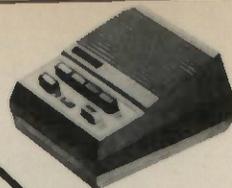
Telefon (09 11) 3 77 31 - 34

Ab Dezember 1976 neue Anschrift

- Röntgen-Apparate und Untersuchungsgeräte
- Röntgen-Bildverstärker mit Fernsehkette
- Labortechnik
- Hämodialyse
- EKG - EEG - Echo-EEG - EMG

Sprechenlagen

Anrufbeantworter



TELEFIX

Schwachstromanlagen GmbH
M.-Luther-Str. 8 - 8047 Karlsfeld
Telefon (081 31) 930 18

JOSEF PONGRATZ

Ärzte-, Krankenhaus- und Laborbedarf

Individuelle und rationelle Gestaltung Ihrer Praxis. Fachliche Betreuung und Beratung durch unseren Kundenservice.

Rasche Versorgung mit dem täglichen Praxisbedarf. Durch unser umfangreiches Angebot sind wir stets darum bemüht, Ihren Wünschen zu entsprechen. Besuchen Sie unsere Ausstellungsräume

Graflinger Straße 108, 8360 Deggendorf,
Telefon (09 91) 59 72

Int. Gemeinschaftspraxis

Deutscher Internist, 37 Jahre, Oberarzt, Hauptschwerpunkt derzeitiger klinischer Tätigkeit: Gastroenterologie, Endoskopie, aber auch allgemein-internistisch ausgebildet sucht Partner für Planung einer internistischen Gemeinschaftspraxis, eventuell/oder auch Eintritt in bestehende Praxis, bevorzugt München und/oder Obb.

Zuschriften erbeten unter Nr. 331/471 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. sacch. 50 mg, Sojalezithin 1,7 mg, Calc. glyc. phosph. 25 mg, Extr. Rhols. arom. 5 mg, Extr. Humuli lupuli 2,5 mg, Extr. chinisee 2,5 mg, Camph. 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

Praxisräume in Kulmbach

neuwertig, ca. 95 qm, 5 Räume (Eigentumswohnung), sofort zu vermieten. Allgemeinerarzt verstorben. Gesamtinventar: Instrumentarium, Apparate, Einrichtungsgegenstände zu verkaufen. Eine Stelle eines Allgemein-/Prakt. Arztes in Kulmbach ist derzeit im Rahmen des „Erweiterten Bayern-Programmes, Stufe I“ ausgeschrieben.

Zuschriften erbeten unter Nr. 331/506 an die Anzeigenverwaltung BAYERISCHES ARZTEBLATT, Sonnenstraße 29, 8000 München 2.

Kreisstadt Miltenberg/Main

Praxisräume

(ca. 100 qm), verkehrsgünstig gelegen, zu vermieten, Parkplätze und 2 Garagen vorhanden, Wohnung (100 qm) mit Garten kann mitvermietet werden.

Telefon (093 71) 25 44

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.