Bayerisches Ärzteblatt

Mit amtlichen Mitteilungen der Ministerien
Herausgegeben von der Bayerischen Landesärztekammer

Nummer 4

Zur Kenntnis genommen:

Die Diffamierungskampagne gegen Professor Sewering

Calumniare audacter, semper aliquid haeret!

Am 21. März 1977 hat der Zulassungsausschuß Oberbayern den Antreg der bayerischen RVO-Kessen gegen sieben Dechauer Ärzte – darunter Professor Sewering – auf Entzug der Zulassung abgelehnt. Diese Antrëge sind von den Kassen wider besseres Wissens um die Vertrags- und Rechtslage gestellt worden und die Begründungen für diese schwerwiegenden Anträge sind geradezu grotesk. Zum einen muß eine Anhängung eines Mammographiegerätes an die Röntgenanlage Professor Sewerings als Begründung herhalten, obwohl dieses Gerät ausschließlich von den Dachauer Frauenärzten benützt wird. Sie allein tragen auch die Verantwortung für Indikation, Überwachung und technische Quelität der Aufnahmen. Sie allein rechnen die Mammographien gegenüber den Krankenkassen ab und erstatten dem Eigentümer des Gerätes, Professor Sewering, die personellen und Sach-Unkosten analog dem zwischen der Deutschen Krankenhausgesellschaft und der Kessenärztlichen Bundesvereinigung abgeschlossenen Kostentarif. Über diesen völlig normalen und legalen Vorgang der gemeinsamen Nutzung teurer Apparate, der sich täglich hundertfach in der kassenärztlichen Versorgung ereignet, unterrichtete der Landesverband der Ortskrankenkassen die Presse, die dareus eine engeblich von der Kasse zu genehmigende Handlung, die Abrechnung engeblich erhöhter Gebührensätze ja sogar zu einer „Mogelei" machte. Gegen diese ungeheuerlichen und völlig unwahren Behauptungen sind entsprechende rechtliche Schritte eingeleitet.

Die zweite „Begründung" der Ortskrankenkassen in Bayern für ihren Antrag auf Entzug der Zulassung ist die engeblich „fortgesetzte Unwirtschaftlichkeit" der Gemeinschaftsprexis Sewering. Über das erste von den RVO-Kassen beentregte Prüfvertahren für das zweite und dritte Quartal 1975 wird vom Landesverband der Ortskrankenkassen unter Bruch seiner Verschwiegenheitspflicht seit November 1975 laufend in der Presse berichtet und dabei versucht, Professor Sewering überhöhte Abrechnung, ja Manipulation und Unkorrektheit vorzuwerfen. Bis jetzt liegt Infolge der Verschleppung durch den Landesverband der Ortskrankenkassen kein einziger schriftlicher oder gar rechtskräftiger Bescheid des Beschwerdeausschusses vor. Bis zum Beginn der Kempagne des Landesverbandes der Ortskrenkenkessen wurde – bei etwa gleichbleibender Relation zum ellgemeinen Durchschnitt – kein einziger Widerspruch gegen die Abrechnung der Gemeinschaftspraxis Sewering eingelegt. Tatsache ist ebenfalls, daß die Ersatzkassen ausdrücklich bestätigt haben, daß sie bisher nach eingehender Prüfung der Abrechnung Sewerings keine Veranlassung hatten, Prüfmaßnahmen zu beantragen.

Die von den Ortskrankenkassen genannten Vergleichszahlen beziehen sich auf alle oberbayerischen Internisten, ohne Berücksichtigung der völlig anderen Praxisstruktur, so vor allem einer Überweisungshäufigkeit von rund 90 Prozent für rein diagnostische Leistungen, und sind deshelb für eine vernünftige Vergleichsbetrachtung unbrauchbar. Wenn man vergleichbare Praxen herenzieht, dann liegt die Praxis Sewering/Statteimann bezüglich des Fellwertes völlig im Rahmen.

Was der Landesverband der Ortskrankenkassen, unterstützt von Sprechern der bayerischen SPD, betreibt, ist nichts enderes els der Versuch des Rufmordes an Sewering. Man stellt völlig unberechtigte Antrëge, lenciert sie unter Bruch der Schweigepflicht in die Öffentlichkeit und verzögert denn absichtlich die Entscheidung der zuständigen Gremien durch Nichterscheinen oder Nichtverhendeln. Man verweigert Gegendarstellungen und läßt sich erst durch Einstweilige Verfügung zum Abdruck zwingen. Man will den unbequemen Repräsentanten der deutschen Ärzteschaft und energischen Verfechter der ärztlichen Anliegen gerade während der politischen Auseinendersetzungen um das Krankenversicherungs-Kostendämpfungsgesetz durch Difiamierung und Unwahrheit zum Rücktritt zwingen und hofft dabei auf die Unterstützung einzelner Ärzte. Diese Rechnung des Lendesverbandes der Ortskrenkenkassen und der SPD wird nicht aufgehen. Der spontene lang enhaltende Beifall und die Kundgebungen der Sympathie für Sewering während der Großveranstaltungen der letzten Wochen und anläßlich der Fortbildungskongresse in Davos und Badgastein beweisen die Solidarität der Ärzteschaft für ihren Präsidenten.

Dr. Hermann Braun

Dr. Friedrich Kolb

Praktische Aspekte zum Diagnosegang und zur nosologischen Einteilung maligner Lymphome

von H. Themi, W. Kaboth und J. Rastetter

Aus der I. Medizinischen Abteilung des Städtischen Krankenhauses München-Schwabing (Chefarzt: Professor Dr. med. H. *Begemann)* und der Hämetologischen Abteilung der I. Medizinischen Klinik der Technischen Universitet München im Klinikum rechts der Isar (Direktor: Professor Dr. med. H. *Blömer)*

Herrn Professor Dr. H. Begemann zum 60. Geburtsteg

Ein physiologisches Gleichgewicht zwischen Zellneubildung und Zellabbau läßt in der Regel keine Vergrößerung peripher palpabler Lymphknoten über das klinische Maß von Linsengröße zu. Jede funktionelle Reizung aber, die durch lokale, im Einzugsbereich wirkende, oder im Organismus zirkulierende Fremdstoffe (zumeist viraler oder bakterieller Art) ausgeübt wird, führt zur Anschwellung über die vorher klinisch meist latente Größe hinaus. Damit kann die Entstehung einer Lymphknotenvergrößerung Indikator für ein regionales oder generalisiertes, reaktives Geschehen sein. Zum anderen gibt es eine Reihe von primären Lymphknotentumoren, und nicht zuletzt stellen die Lymphknoten entscheidende Stationen in der Ausbreitung solider Neoplasien dar. Daher ist eine sich entwickelnde Lymphknotenschwellung in jedem Fall ein zu beachtendes, diagnostisch zu verfolgendes Phänomen.

A. Diagnosegang

Der angemessene induktive Diagnoseweg wird von anamnestischen und klinischen Daten aus zu labortechnischen oder zell- und gewebsanalytischen Bestimmungen, je nach Verdachtsdiagnose, fortschreiten.

1. Diagnostische Hinweise aus der Anamnese

Das Alter kann die Richtung eines klinischen Verdachtes durchaus bestimmen, da bei Kindern und jugendlichen Erwachsenen mit Lymphknotenschwellungen eine generalisierte lymphotrope Infektionskrankheit (z. B. Lymphocytosis infectiosa, Röteln, Mononukleose) wahrscheinlicher ist als bei älteren Erwachsenen. In höherem Lebensalter muß gesteigert der Verdacht auf mögliche maligne Genese bestehen. Die akute lymphoblastische Leukämie und der Morbus Hodgkin zeigen jedoch, daß auch in jugendlichem Alter rechtzeitig an Neoplasien zu denken ist.

Umweltfaktoren spielen nach bisherigen Kenntnissen nur im Sinne tierischer Überträger eine belegbare Rolle bei der Lymphomentwicklung (z. B. Toxoplasmose, Katzenkratzkrankheit, Morbus Bang, Tularämie), wozu auch der Genuß rohen Fleisches zu rechnen ist (Toxoplasmose). An chemisch-pharmakologischen Noxen ist an die Entwicklung von Lymphomen nach Epilepsie-Behandlung mit Hydantoinen auch schon nach wenigen Applikationen zu erinnern.

In der *Art der Lymphomentwicklung* entspricht plötzliches Auftreten mit rascher Größenzunahme zumeist reaktiver Genese ganz allgemein, während langsame Entwicklung außer für Aktinomykose oder Tuberkulose für die meisten Neoplasien typisch ist. Angaben über An- und Abschwellen der Knoten sind eine häufige subjektive Verkennung, die nicht gegen die neoplastische Natur des Lymphoms sprechen.

Von *allgemeinen anamnestischen Beschwerden* werden subfebrile Temperaturen häufig bei Tuberkulose und Aktinomykose, aber auch bei malignen Lymphomen angegeben. Akutes hohes Fieber weist zunächst am ehesten auf virale oder bakterielle Infekte hin, ist undulierend bei Morbus Bang und kann auch bei Morbus Hodgkin (unter Umständen remittierend) beobachtet werden. Protrahierte Gewichtsabnahme charakterisiert solide Neoplasien ebenso wie alle malignen Lymphome. Exantheme weisen unter Umständen in typischer Form auf Infektionskrankheiten als Ursache des Lymphoms hin, wobei auch an die uncharakteristischen Exantheme bei Lymphocytosis infectiosa und Mononukleose zu erinnern ist.

2. Diagnostische Hinweise aus dem klinischen Befund

In der *Lokelisation der Lymphknotenschwellung* sind primär multiple und generalisierte Lymphome typischer für reaktive Genese jeder Art als für Neoplasien. Allerdings weisen besonders die chronische Lymphadenose, auch das lymphozytische Lymphsarkom und andere Non-Hodgkin-Lymphome eine primäre oder frühe Ausbreitung auf. Unilokuläre Lokalisation kann Hinweis auf reaktiven Prozeß im Einzugsgebiet eines entzündlichen Fokus sein; fehlen andere Zeichen entzündlich-reaktiver Genese, sollte jedoch an jede primäre oder sekundäre Lymphknotenneoplasie gedacht werden. Bei Lokalisation im Kieferwinkel muß auch die Möglichkeit einer branchiogenen Zyste erwogen werden.

Von *Palpationscharakteristika* ist die Druck- und oft auch Spontandolenz

bei bakteriellen und viralen Entzündungen und bei der Aktinomykose erwähnenswert. Allerdings lassen chronisch (indurierte) unspezifisch-reaktive Lymphknotenschwellungen speziell inguinal diese Charakteristik vermissen. Die Metastasen solider Tumoren sind ebenso wie alle primären Lymphknotenneoplasien in der Regel indolent. Die Konsistenz ist weich, gelegentlich prall bis mittelweich bei bakteriellen und viralen Infekten, aber auch bei Morbus Hodgkin. Eine ausgesprochen harte Konsistenz weisen die Lymphknotenmetastasen solider Tumoren häufig auf. Fistelbildungen und Exulzerationen sind häufig bei Aktinomykosen und Morbus Boeck zu beobachten, gelegentlich aber auch bei Lymphogranulomatose und anderen Neoplasien.

Eine gleichzeitig bestehende *Milzvergrößerung* ist bei Mononukleose in prall-elastischer, oft dolenter Form typisch. Selten zeigen Hodgkin-Lymphome bereits zu Krankheitsbeginn eine Splenomegalie. Derbere Milzvergrößerungen kommen bereits bei Diagnosestellung bei Non-Hodgkin-Lymphomen vor.

3. Labordiagnostik

Bei jedem Patienten mit Lymphomentwicklung werden nach Anamnese und Befunderhebung Labormaßnahmen anstehen. Sollte sich aus Anamnese und Befund ein spezifischer Verdacht ergeben, können sie gezielt eingesetzt werden (Tab. 1), ansonsten wird man eine breitere Diagnostik mit BKS, Elektrophorese und Blutbild einleiten.

Krenkheitsbilder mit reaktiven Lymphomen

Anemnese	Symptome	Verdechtsdiegnose	Belegende Untersuchungen	Zytologie	Histologie
Rasch aufgetreten (Fieber)	Lokalisiert Dolent	*Perifokale Lymphedenitis*	Fokussuche – Unspezifische Veränderungen in BB und BKS	(→) Unspezifische Lymphadenitis	
Rasch, Fieber Helsschmerz	Diffus, dolent, Angina, unter Umständen Milz	*Mononukleose*	Pfeiffer-Zellen in BB Paul-Bunnell + (1)	(→) Adenitis mit Histiozytose	
Meist Kinder	Nuchale Lymphknoten Später Exenthem	*Rubeolen*	Plasmazellen in BB Rubeolen-AHT ↑ (2)		
Rohfleischgenuß Ketzenkontakt	Diflus	*Toxoplasmose*	Sabin-Feldmann vor KBR + beide ↑ (3)	(→) Plasmoblasten, Epitheloidzellen, Makrophagen	(→) Lymphadenitis Pieringer-Kuchinka
Pheryngitis (+ Konjunktivitis)	Lokel Halsbereich	Benale *Viren* Spezilische *Adenoviren*	KBR (Adenoviren, seltener Coxsackie) (4)		
Lengsemes Wechstum Allgemeines Krenkheitsgelühl	Gerötete Lymphknoten Unter Umständen Fisteln	*Tuberkulose*	Thorax, lokele Primärinlekte Heuttest, Erreger in Punktat	(→) Epitheloidzellen Lenghanszellen	
Lengsemes Wachstum	Derb Unter Umständen Hautinfiltretionen	*Morbus Boeck*	Thorex, Tb-Test negativ (meist)	→ Epitheloidzellen	→ Epitheloidzellige Fibrose
Tierkontakt	Tonsillitis Halslymphknoten	*Listeriose*	Agglutinationstest, KBR	(→) Unter Umständen Erregernechweis aus Punktet	
Tierkontekt Milchgenuß	Fieber Milz	*Brucellose*	Erreger bei Fieber in Blut – KBR		
Hautwunde Unter Umständen von Katze	Lokaler Primäralfekt	*Katzenkratzkrankheit*	Leuko-Lymphozytose KBR	→ Epitheloidzellen Riesenzellen	→ Abszedierende Lymphadenitis
Wildtierkontekt	Lokeler Primärellekt – Lokale Lymphknoten	*Tularämie*	Agglutinetionstest		
Keum Krenkheitsgefühl	Gerötete derbe Infiltrete – Unter Umständen Fisteln	Aktinomykose	Leukozytose Linksverschiebung	→ „Drusen" im Aspirat	Therapeutische Exzision
Gelenksymptome	Gelenke, Milz Unter Umständen Niere	*Kollagenose* (PCP, LE) Felty, Still	Latex, Anti-Zell-Antikörper (AMA, ANA)		
Keine Krenkheitszeichen	Submendib Prall, reizlos	*Brenchiogene Zyste*		→ Epithelzellen Makrophagen und Granulozyten	Therepeutische Exzision

Anmerkungen:
(→) = fekultetiver diagnostischer Schritt – → = meist die Diegnose sichernder Schritt – bei fehlendem Pfeil läßt sich die Diegnose auf vorangehende Stufen stellen.
(1) = positiv ab ce. 5. Tag – (2) = 1 bis 4 Taga nech Exanthem, unter Umständen erst nach 4 Wochen – (3) = eb 4. Woche – (4) = eb 10. Teg – (5) = eb 2. Monet

Tabelle 1

Das *Blutbild* hat hierbei die größte diagnostische Bedeutung. Eine Leukozytose mit ausgeprägter Lymphozytose weist in Richtung auf eine chronische Lymphadenose; hier sind die Lymphozyten meist klein- und dichtkernig sowie leichter im Ausstrich zerstörbar („Gumprechtsche Schollen"). Eine großzellige, polymorphe Leuko-Lymphozytose kennzeichnet die Mononukleose, mittelgroße Elemente die Lymphocytosis infectiosa, plasmazelluläre Lymphozyten die Rubeolen. Eine Leukozytopenie mit Lymphozytopenie, Monozytose und mehr oder weniger ausgeprägter Eosinophilie ist demgegenüber für die Lymphogranulomatose charakteristisch. Eine ausgeprägte Monozytenvermehrung findet sich bei vielen karzinomatösen Erkrankungen und ist ein wichtiger diagnostischer Hinweis.

Die *Blutkörperchensenkungsgeschwindigkeit* ist cum grano salis bei allen Lymphomen, außer denen mit ausgeprägter Hypogammaglobulinämie (wie die chronische lymphatische Leukämie), beschleunigt und wird so zu weiterer Diagnostik Anlaß geben. Vor ihrer Überbewertung aber ist zu warnen, da man immer wieder auf solide metastasierende Tumoren ohne eine in BKS-Beschleunigung resultierende Dysproteinämie stößt. Die Elektrophorese bietet im $Alpha_2$- und Gamma-Globulinbereich zwar häufig Veränderungen, jedoch ohne diagnostische Signifikanz.

Serologische Untersuchungen bieten oft bei gezieltem Verdacht den entscheidenden Erregernachweis, hierzu darf auf die Tabelle 1 verwiesen werden.

4. Zytologisch-histologische Diagnostik

Ein einfacher diagnostischer Zugang wird durch *die Lymphknotenpunktion* eröffnet. Sie kann ohne Anästhesie mit 1er-Injektions-Kanüle in den unter gestraffter und desinfizierter Haut fixierten Lymphknoten erfolgen. Unter nachlassendem Spritzensog wird dann die Nadel zurückgezogen. Das Material sitzt meist in der Nadel und wird auf einen entfetteten Objektträger ausgeblasen und mit einem Deckglas nur zart in eine Richtung ausgestrichen und luftgetrocknet. In einem hämatologischen Labor erfolgt Begutachtung des nach Pappenheim gefärbten Ausstriches. Prinzipiell erzeugen alle exogenen Reize eine lymphoretikuläre unspezifische Hyperplasie und der entsprechende zytologische Befund bestätigt weiter den Verdacht, daß es sich hier um eine Lymphadenitis und nicht um ein malignes Lymphom handelt, ohne in der Regel die Ursache des reaktiven Geschehens klären zu können. Lediglich bei *Toxoplasmose, Tuberkulose, Morbus Boeck, Katzenkratzkrankheit, Aktinomykose und branchiogenen Zysten* kann die Aspirationszytologie zelluläres Substrat erbringen, das weitgehende diagnostische Signifikanz hat.

So können die zytologischen Diagnosen im wesentlichen lauten:

a) unspezifische Lymphadenitis,

b) Lymphadenitis mit Zellelementen, die auf eine der oben genannten Diagnosen hinweisen,

c) Verdacht auf lymphatische Systemerkrankung,

d) Verdacht auf Metastase eines soliden Tumors.

Demnach ist die gleichsam strategische Stellung der Lymphknotenzytologie im Diagnosegang folgendermaßen zu umreißen: Bei jeder Lymphknotenschwellung, außer inguinaler Lokalisation, für die sich aus den Schritten 1. bis 3. (Anamnese, klinischer Befund und Labor) keine Erklärung ergab, und bei jeder Lymphknotenschwellung, die länger als vier Wochen progrediert, ohne daß sich aus 1. bis 3. eine Erklärung dafür ergäbe, ist eine *Lymphknotenpunktion* zu empfehlen.

Bei dem Ergebnis a) (s. o.) ist weitere Fokalsuche und serologische Diagnostik angezeigt, sofern Krankheitssymptomatik und Behandlungsbedürftigkeit bestehen. Bei Ergebnis b) ist gezielte bakterologisch-serologische Abklärung (z. B. Toxoplasmose, Katzenkratzkrankheit) fortzuführen. Bei Resultat c) und d) ist die Lymphknotenexstirpation und histologische Diagnostik (möglichst gleichzeitig mit Abklatschzytologie von der Schnittfläche des exstirpierten Lymphknotens) unumgänglich. Einschränkend ist hinzuzufügen, daß auch solide oder lymphatische Neoplasien unter Umständen in der Aspirationszytologie nur unspezifisches Material gewinnen lassen können.

Daher muß empfohlen werden, jede Lymphknotenschwellung (ab Bohnengröße), für die sich keine eindeutige reaktive Genese findet und die länger als vier Wochen bestehen bleibt oder in kurzer Zeit wächst, auch im Falle unspezifischen zytologischen Befundes, einer *Exstirpation* und histologischen Diagnostik zuzuführen. Lediglich für persistente Leistenlymphknoten dieser Größe bei fehlenden Hinweisen auf Krankheitswert scheint eine abwartende Haltung vertretbar.

Tabelle 1 faßt noch einmal die wesentlichen Diagnoseschritte bei Verdacht auf reaktive Lymphknotenschwellung zusammen.

Die *Knochenmarkspunktion* wird bei unklaren Lymphknotenschwellungen erfahrungsgemäß eher zu oft als zu selten zu Rate gezogen. Sie gibt lediglich bei Verdacht auf chronische Lymphadenose weitgehende diagnostische Sicherheit, während bei allen übrigen benignen und malignen Lymphomen ein negativer oder unspezifischer Knochenmarksbefund keine diagnostische Signifikanz hat. Insbesondere wird bei Lymphogranulomatose (auch mit Knochenmarksbefall) selten typisches Zellmaterial gewonnen. Hier ist bei Verdacht auf Granulome im Knochenmark die Knochenmarkhistologie Methode der Wahl.

5. Radiologische Diagnostik

Bei fast allen Lymphomen, die sich nicht eindeutig als lokal reaktiv bedingt verifizieren lassen, steht schon unter den ersten diagnostischen Maßnahmen eine Röntgenaufnahme des Thorax. Weitgehendere radiologische Diagnostik ist in der Regel nach histologischer Diagnosestellung eines malignen Lymphoms oder einer Tumormetastase nötig, um die Ausdehnung im Sinne einer Stadiendefinition bzw. die Primärturmorlokalisation zu erfassen. An speziellen Techniken findet hier bei malignen Lymphomen die abdominelle Lymphangiographie und die Milz- und Leberszintigraphie indizierten Einsatz. Bei Patienten jenseits des 65. Lebensjahres und bei Patienten mit Herz- und Niereninsuffizienz oder Zustand nach Myokardinfarkt sollte die Lymphangiographie zugunsten der diagnostisch allerdings weniger sicheren Lymphknotenszintigraphie hintangestellt werden. Zur Diagnostik einer nicht palpablen Milzvergrö-

ßerung wurden an unserem Hause (Abteilung für Röntgendiagnostik des Städtischen Krankenhauses München-Schwabing, Chefarzt Dr. Ch. Strohm), sehr gute Resultate mit der röntgenologischen Milzzielaufnahme erzielt, die bei technisch konstanten Verhältnissen auch für Größenbestimmungen und Verlaufskontrollen geeignet ist. Außer bei der Lymphogranulomatose, bei der der Nachweis umschriebener Milzherde auch in normal großen Milzen wichtig ist, läßt sich so oft auf eine Milzszintigraphie verzichten.

6. Diagnosegang bei peripher nicht palpablen Lymphomen

Entscheidend bleibt hier anzufügen, daß nicht selten maligne Lymphome sich durch primären thorakalen oder abdominellen Sitz ohne periphere Manifestation dem vorgeschlagenen Diagnosegang entziehen. Hierfür ist nur kurz zu umreißen, daß nach Anamnese und allgemeinen Laboruntersuchungen (Blutbild, BKS, Elektrophorese) bei allen fieberhaften und/oder zehrenden Krankheiten die Röntgenaufnahme des Thorax die nächste Maßnahme darstellt. Die weitere radiologische Diagnostik wird hier unter Umständen nach Voranstellung endoskopischer Verfahren im Sinne einer allgemeinen Tumorsuche vorgehen. Dabei muß nach negativem Ergebnis der routinemäßigen Schritte schließlich eine abdominelle Lymphangiographie, eine Laparoskopie, eine abdominelle Arteriographie und eine Mediastinoskopie bis zur Diagnosestellung in die Erwägungen des Diagnoseplans miteinbezogen werden.

Bei Blutbildveränderungen, die Hinweise auf eine hämatologische Systemerkrankung ergeben, wie sie sich z. B. nur in einer Zytopenieneigung anzeigen, wäre diesen radiologischen Maßnahmen die Knochenmarkszytologie und danach unter Umständen die Knochenmarkshistologie voranzustellen.

B. Praktische Aspekte der Nosologie von Lymphknotenschwellungen

Dem Diagnosegang wurde in diesem Rahmen weitester Raum gewidmet und demgegenüber muß die Systematik mit Lymphknotenschwellungen einhergehenden Erkrankungen zurückstehen. Dies scheint jedoch durch die Praxis gerechtfertigt, denn die entscheidender Weichenstellungen für den Patienten erfolgen während des Diagnoseweges unter der Führung des Hausarztes. Ist dieser Weg erst, gegebenenfalls bis zu einer Diagnosestellung anhand der histologischen Gewebsprobe, gegangen, so wird im Falle einer nichtbanalen Erkrankung in jedem Falle Zusammenarbeit mit einer Spezialklinik nötig sein. Die weiteren Ausführungen sind daher nur skizzenhaft, um den derzeitigen Stand der Einteilung von Lymphomen vorzustellen.

1. Krankheitsbilder mit reaktiven Lymphknotenschwellungen

Die wesentlichen Krankheitsbilder und der dazugehörige Diagnosegang sind in Tabelle 1 dargestellt.

2. Maligne Lymphome des Formenkreises der Lymphogranulomatose (Morbus Hodgkin)

Die Lymphogranulomatose, obwohl in allen Varianten wohl unter einem Krankheitsbegriff zu subsumieren, wie mannigfaltige Übergänge bezeugen, ist in eine Reihe von histologischen Subtypen zu unterteilen (Tab. 2):

Hodgkin-Lymphoma (Lymphogranulomatosa)

Alte Nomenklatur	Neue Nomenklatur (Rye)	% aller Hodgkin-Lymphome
Paragranulom	Lymphozytenreiche Lymphogranulomatose	14
Granulom	Noduläre Sklerose	40
	Gemischte Zellularität	29
Hodgkin-Sarkom	Lymphozytenarme Lymphogranulomatosa	17

Tabelle 2

Ulcus ventriculi
Ulcus duodeni

was wirklich heilt:

Ulcus-Tablinen®

Carbenoxolon-Na 50 mg

Neu von Sanorania!

Wie immer bei Tablinen-Premieren:
Drastische Kostensenkung einer erfolgreichen und anerkannten Therapie!

50 Tabl.
22.–

Dosierung:
Beim Ulcus ventriculi 3 x täglich 1 Tablette nach den Mahlzeiten.
Beim Ulcus duodeni 3 x täglich 1 Tablette 15 Minuten vor den Mahlzeiten, während der 1. Woche doppelte Dosis!

Kontraindikationen:
Schwere Leber-, Nieren- und Herzkrankheiten.
Bei Hypertonie empfiehlt sich klinische Behandlung.
Bei längerer Therapie kaliumreiche Ernährung ratsam, K-Spiegel überwachen.

SANORANIA Dr. G. Strohscheer
1 Berlin 28

Klinisch übliche Stadieneinteilung der Ausbreitung maligner Lymphome
(Ann-Arbor-Klassifikation)

Stadium	Ausbreitung
I	Eine anatomische Lymphknotenregion
I E	Lokalisierte extralymphatische Herde
II	Zwei oder mehr anatomische Regionen auf der gleichen Seite des Zwerchfells. Milz bei Lymphknotenbefall unterhalb des Zwerchfells kann einbezogen sein (gilt wie Lymphknoten)
II E	Solitäre extralymphatische Herde (unter Umständen zusätzlich zu Lymphomen) auf einer Seite des Zwerchfells
III	Befall anatomischer Regionen beidseits des Zwerchfells
III E	Incl. umschriebene extralymphatische Herde beidseits des Zwerchfells
IV	Diffuser Befall von ein oder mehreren extralymphatischen Organen oder Geweben mit oder ohne gleichzeitigem Lymphknotenbefall (speziell Knochenmark, Lunge, Pleura, Leber und Nieren, nicht Milz und Waldeyerscher Ring)

Tabelle 3

Diese Einteilung ist von eminent praktischer Bedeutung, da der histologische Subtyp entscheidend für die weitere Prognose der Patienten ist: Der lymphozytenreiche Typ hat bei adäquater Therapie eine Fünf-Jahres-Überlebenswahrscheinlichkeit von 90 Prozent, der nodulär-sklerosierende von 70 Prozent, wogegen von den Patienten mit gemischter Zellularität und mit Lymphozytenverarmung des Gewebes nur etwa 40 Prozent fünf Jahre überleben. Der zweite prognostisch bedeutsame Faktor ist der Ausbreitungsgrad der Erkrankung. Er wird für alle malignen Lymphome nach der Ann-Arbor-Klassifikation definiert (Tab. 3).

Während z. B. die Stadien I eine Fünf-Jahreserwartung von 90 Prozent haben, erleben nur maximal 40 Prozent der Patienten mit Stadium IV (bei Diagnose) die Fünf-Jahresgrenze.

Non-Hodgkin-Lymphome

Alte Nomenklatur	Neue (Kiel-) Nomenklatur	% aller Non-Hodgkin-Lymphome
Niedriger Malignitätsgrad		
Chronische lymphatische Leukämie (CLL)	CLL	20
Morbus Waldenström u. ä.	Lymphoplasmozytoides Immunozytom	15
Lymphozytisches Lymphosarkom	Zentrozytom	8
Großfollikuläres Lymphoblastom (Morbus Brill-Symmers)	Zentrozytisch-zentroblastisches malignes Lymphom	21
Hoher Malignitätsgrad		
Lymphoblastisches Lymphosarkom	Lymphoblastisches malignes Lymphom	12
Retikulosarkom	Immunoblastisches Sarkom	15

Tabelle 4

3. Non-Hodgkin-Lymphome

Im weiten Bereich der Non-Hodgkin-Lymphome haben die letzten Jahre eine Reihe von Neuerungen gebracht. Der Ansatz einer Korrelierung der pathologischen Zellinie zu entsprechenden Vorläuferstadien in der T-B-Lymphozytenreihe führte in der Schule von Lennert zur sogenannten Kiel-Klassifikation (Tab. 4).

Diese Einteilung bietet, abgesehen von ihrer szientistischen Bedeutsamkeit gegenüber der klassischen deutschsprachlichen Einteilung, die praktischen Vorteile einer größeren Differenziertheit bei gleichzeitiger prognostischer Aussage, wie sie in der Gruppeneinteilung in niedriger und höher maligne Lymphome anklingt. Die Ausbreitungsdefinition der Non-Hodgkin-Lymphome erfolgt ebenfalls nach der Ann-Arbor-Einteilung (s. Tab. 3). Dabei tritt die chronische lymphatische Leukämie als einzige dieser Erkrankungen immer primär generalisiert im Stadium IV auf. Eine leukämische Ausschwemmung ist jedoch bei allen diesen Lymphomen prinzipiell möglich, ohne daß damit sicher eine Organgeneralisation im Sinne von Ann-Arbor IV gegeben wäre. Die leukämische Form des lymphoblastischen Sarkoms entspricht der akuten lymphoblastischen Leukämie (ALL). Die prognostische Signifikanz der histologischen Einteilung in höher und niedriger maligne Non-Hodgkin-Lymphome konnte bereits dahingehend belegt werden, daß gepoolte Patientenkollektive niedriger Malignität eine Fünf-Jahres-Überlebenswahrscheinlichkeit von 70 Prozent gegenüber 20 Prozent bei hoher Malignität aufwiesen (Brittinger et al. in Lit. 3).

Detaillierte Literatur bei:

1. H. GEGEMANN, J. RASTETTER, W. KABOTH: Klinische Hämatologie. Thieme Verlag, Stuttgart, 1975.
2. Leukämien und maligne Lymphome. Ed. A. STACHER. Verlag Urban & Schwarzenberg, München-Berlin-Wien, 1973.
3. Maligne Lymphome und monoklonale Gammopathien. Ed. H. LOFFLER. J. F. Lehmanns Verlag, München, 1976.

Anschrift der Verfasser:

Dr. med. H. *Theml* und Dr. med. W. *Kaboth*, Kölnar Platz 1, 8000 München 40, und Professor Dr. med. J. *Rastetter*, Ismaninger Straße 22, 8000 München 80

Akute und chronische Osteomyelitis 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*)

Die Bezeichnung *Osteomyelitis* für die Entzündung des Knochens, die zwar überwiegend vom Knochenmark ihren Ausgang nimmt, ist insoferne nicht ganz korrekt, als nicht allein das Knochenmark betroffen ist, sondern auch Spongiosa, Kortikalis und Periost beteiligt sein können. Eine entzündliche Veränderung aller Teile des Knochens wäre durch den Begriff der Ostitis oder Osteitis wesentlich besser definiert.

Definitionsgemäß handelt es sich bei dieser Erkrankung um eine bakteriell ausgelöste, meistens eitrige Entzündung des Knochenmarkraumes mit sekundärer Beteiligung des kompakten Knochens.

Vom klinischen Erscheinungsbild her lassen sich drei Formen der Osteomyelitis unterscheiden, und zwar

1. die akute hämatogene,
2. die posttraumatische und postoperative Osteomyelitis,
3. die chronische Osteomyelitis.

Rund 80 bis 85 Prozent aller Osteomyelitisfälle kommen im Kindesalter vor mit einem Häufigkeitsgipfel im ersten, siebten und zehnten Lebensjahr und einer Knaben zu Mädchen-Relation von 3 : 1.

Die *akute hämatogene Osteomyelitis* steht dabei weit im Vordergrund. Es handelt sich fast immer um eine sogenannte Sekundärerkrankung, wobei eine vorausgehende Infektion – in etwa drei Viertel der Fälle sind es Pyodermien und Anginen – zu einer Keimausschwemmung in die Blutbahn und von da zu einer metastatischen Absiedelung im Knochen geführt hat. Für die Diagnosestellung sind daher derartige anamnestische Ereignisse von großer Bedeutung.

Der *klinische Verlauf* beginnt meist plötzlich mit Temperaturerhöhung, Abgeschlagenheit und einer deutlich umschriebenen Schmerzhaftigkeit, z. B. im Bereich der Metaphysen, gelegentlich gefolgt von einer deutlichen Schwellung und Rötung im Bereich des befallenen Knochenabschnittes.

Die erhöhte BKS, eine Leukozytose von 15 000 bis 25 000 Zellen, sowie in 50 Prozent der Fälle die *positive Blutkultur* sind sichere Zeichen einer Osteomyelitis, während die Röntgenuntersuchung erst acht bis zehn Tage oder später, nach Manifestation der Erkrankung, deutliche Hinweise zeigt. Obligatorische diagnostische Maßnahmen sind daher mehrfache Entnahmen von Blutkulturen sowie das Szintigramm des Knochens.

Als *Erreger* stehen die Staphylokokken mit über 90 Prozent weit an der Spitze. Danach folgen die Streptokokken und die übrigen in Frage kommenden Keime (s. Tab.).

Eine Ausnahme in der Reihenfolge bzw. der prozentualen Beteiligung der einzelnen Erreger besteht lediglich bei der Neugeborenen-Osteomyelitis sowie bei der Osteomyelitis der Säuglinge. Auch sind Mischinfektionen mit Staphylokokken und Streptokokken sowie Staphylokokken und Proteus oder Pyozyaneus nicht selten.

Die *posttraumatische oder postoperative Osteomyelitis* (auch Sekundärosteomyelitis) entsteht meist nach offenen Frakturen und Knochenoperationen. Sie ist im Kindesalter sehr selten. Etwas häufiger ist diejenige Form der Sekundärosteomyelitis, bei welcher in der Anamnese eine infizierte Wunde, ein Weichteilabszeß oder eine septische Arthritis vorliegen. Auch hier stehen Staphylokokken als Erreger an der Spitze, gefolgt von Pseudomonas, Klebsiella, Proteus, E. coli und Streptokokken.

Die *chronische Form der Osteomyelitis* ist im Kindesalter ausgespro-

Keimart	Häufigkeit in Prozent
Stephylokokken	80 – 95
Streptokokken	5 – 10
(bei Kindern unter 2 Jahren	häufiger)
Salmonellen	
Pneumokokken	
Haemophilus influenzae	
Proteus	
E. coli	
Coli-Gruppe	2 – 5 – 10
Pseudomonas	
Gonokokken	
Anaerobier	
Brucellen	
Klebsiellen	
Enterokokken	

Tabelle

chen selten. Vor der antibiotischen Ära trat sie naturgemäß häufiger auf und wurde mit der mangelhaften Therapiemöglichkeit erklärt.

Heute steht die durch die Antibiotikatherapie modifizierte chronische Osteomyelitis im Vordergrund, wobei diese Fälle, aus welchem Grund auch immer, inadäquat antibiotisch behandelt wurden (oder zu spät möglichen chirurgischen Maßnahmen zugeführt wurden). Ursachen sind z. B. das zu frühe Absetzen der Chemotherapie und die Unterdosierung (meist unbewußt z. B. durch orale Applikation, wo die parenterale Gabe unerläßlich wäre usw.). Eine andere Ursache ist die mangelhafte Chemotherapie einer anderen Erkrankung, wobei die primär nicht erkannte akute Osteomyelitis klinisch zunächst in ihrer fehlgedeuteten Symptomatik verschwindet, um nach einiger Zeit als chronische Form zu imponieren. Das endgültige Ausheilen dieser Form der Osteomyelitis ist sehr schwierig und gelingt fast niemals mit Chemotherapie allein. Eine Radikaloperation ist hier häufig „ultima ratio". — Eine Gefahr der chronischen Osteomyelitis sind die teilweisen oder totalen Zerstörungen der Epiphysenfugen mit Wachstumsstörungen im Sinne einer Längen- oder Achsenstörung als Folge.

Therapie

Entscheidend für die Prognose ist der *frühzeitige Therapiebeginn*, d. h., der Erreger muß vor dem Einsetzen röntgenologisch nachweisbarer Knochendestruktionen ausgerottet sein. Deshalb muß bei jedem Verdacht auf Osteomyelitis mit einer adäquaten antibakteriellen Chemotherapie frühzeitig begonnen werden, allerdings niemals ohne vorher den Versuch des Erregernachweises aus der Blutkultur gemacht zu haben. Manchmal gelingt der Erregernachweis auch aus Punktionsmaterial.

Neben allgemeinen Maßnahmen, z. B. Ruhigstellung der betroffenen Region (Gips!) während der gesamten Therapiedauer oder einem notwendigen chirurgischen Eingriff (Ausräumung des infizierten Bereiches), steht als antibiotische Therapie der Wahl die Gabe von

Clindamycin-Phosphat (Handelsname: Sobelin) parenteral in einer Dosierung von maximal 30 bis 40 mg/kg, und zwar solange, bis die Senkung deutliche Rückbildungstendenz zeigt, wobei ein eventueller Temperaturverlauf bzw. das Verhalten der BKS und des Blutbildes für das Absetzen der Therapie bzw. das Übergehen auf orale Gabe ausschlaggebend sind. Hierzu gehören selbstverständlich auch röntgenologische und eventuell szintigraphische Verlaufskontrollen. Eine akute Osteomyelitis darf niemals — auch nicht in Ausnahmefällen — primär oral behandelt werden, da die Risiken ungenügender Resorption des Medikamentes und damit einer *Unterdosierung* zu groß sind.

Die orale Weiterbehandlung für weitere zwei bis drei Wochen kann dann mit *Lincomycin (Handelsname Albiotic, Cillimycin)* in einer Dosierung von 60 bis 80 mg/kg KG fortgesetzt werden. Sie muß in der Regel solange durchgeführt werden, bis die Senkung, auch unter Belastung, normal bleibt.

Als weitere Möglichkeiten kommen in Frage: Die primäre Gabe von Lincomycin (Albiotic, Cillimycin) in einer Dosierung von 80 bis 100 mg/kg i.v. oder die Kombination von Penicillin G mit einem penicillinasefesten Penicillin aus der Isoxazolylreihe. Je nach Lebensalter verabreicht man 6—10—20 Millionen I.E. Penicillin G (entsprechend etwa 0,5 bis 1 Mio E./kg/Tag) jeweils in vier bis sechs Einzeldosen zusammen mit 100 (—200) mg/kg, z. B. Oxacillin, Dicloxacillin oder Flucloxacillin für den oben angegebenen Zeitraum (z. B. Stapenor, Staphobristol oder Staphylex).

Bei Penicillinallergie besteht die Möglichkeit des Ausweichens auf eine Kombination von Chloramphenicol (100 bis 120 mg/kg — Cave: Blutbild: Retikulozytendepression) mit Erythromycin (50 bis 100 mg kg/Tag).

Als weitere Alternativen kommen in Frage: Cephalosporine (z. B. Cephradin, Cefacetril, Cefalotin) in einer Dosierung von 150 bis 200 mg/kg/Tag, Fucidine (60 bis 80 mg/kg/Tag), sowie bei nachgewiesenen gramnegativen Keimen in erster Linie Gentamicin (5 bis 7,5 mg/kg/Tag).

In manchen (chronischen) Fällen muß eine Rezidivprophylaxe für mehrere Wochen (bis Monate) durchgeführt werden.

Bei klinischem Nichtansprechen der Therapie, etwa nach fünf bis sieben Tagen, muß manchmal „auf Verdacht" auf eine der genannten Alternativen umgestellt werden. Es sollte in jedem Fall vor dem Umsetzen der Therapie in einem ein- bis zweitägigen Intervall wiederum versucht werden, den Erreger aus der Blutkultur zu isolieren.

Anschrift des Verfassers:

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

Ein Vorschlag

Höchst verständlich, daß sie kämpfen,
um die Kostenflut zu dämpfen.
Doch die Pläne Kenzler Schmidts
wirken wie ein schlechter Witz,
bis es schreckhaft klar erscheint,
daß sie sogar ernst gemeint,
denn er will Milliarden sparen
bei den Ärztehonoreren.

Nun, von uns soll niemand sagen,
daß der Wille, beizutragen
zur Behebung der Misere
etwa nicht vorhanden wäre!
Und ich weiß, auf welche Art
man recht schöne Summen spart.
Nur mal kurz zurückgedacht — —
wissen Sie noch, wie man's macht?

Als wir in den Nachkriegsjahren
junge Assistenten waren,
hat man oft uns n i c h t s bezahlt,
Nulltarif war das Gehalt.
Und man sagte uns, es wäre
Ethik und auch Standesehre,
echter Samariterdienst
ohne jeden Reingewinnst.

Wenn nun die, die uns regieren,
dies noch einmal ausprobieren,
wär' doch das Problem behoben,
selbst der „Spiegel" würd' uns loben,
und man hätte auch im „Stern"
uns auf einmal wieder gern.
Schluß wär' mit dem Rentenstreit —
(mindestens für kurze Zeit!).

R. Vatke

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 ($L\text{-}T_4$)
50 Tabl. mit Kreuzrille DM 10.65
100 Tabl. mit Kreuzrille DM 17.90

Novothyral® 1 Tablette enthält
100 µg L-Thyroxin-Na ($L\text{-}T_4$)
20 µg L-Trijodthyronin-Na ($L\text{-}T_3$)
50 Tabl. mit Kreuzrille DM 13.20
100 Tabl. mit Kreuzrille DM 24.30

Novothyral® mite
1 Tablette enthält
25 µg L-Thyroxin-Na ($L\text{-}T_4$)
5 µg L-Trijodthyronin-Na ($L\text{-}T_3$)
50 Tabl. mit Kreuzrille DM 7.70
Preise n. A.T.

Ferner jeweils Anstalts-Packungen

Anwendungshinweis
Die Einnahme der Tagesdosis erfolgt zweckmäßigerweise nach dem Frühstück.

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

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

Zur Prophylaxe der endemischen Struma

Jodid-Tabletten
1 Tablette enthält 65,4 µg Kaliumjodid, entsprechend 50 µg Jod
100 Tabletten DM 3.65
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

7658

E. Merck
Postfach 4119 6100 Darmstadt 1

Fortschritte bei Steinleiden

57. Ärztliche Fortbildungstagung Regensburg

(Schluß)

Dozent Dr. R. Müller, Hannover:

Das klinische Bild und Folgen der Cholelithiasis

In großen Sektionsstatistiken variieren die Angaben über die Häufigkeit von Gallensteinen zwischen 6 und 33 Prozent. Dabei ist die Häufigkeit bei den Frauen mindestens doppelt so hoch wie bei den Männern, und es besteht eine lineare Altersabhängigkeit. Es bestehen deutliche Rassenunterschiede, denn Weiße werden wesentlich häufiger als z. B. Schwarze von Gallensteinen befallen.

Unstrittig ist auch ein gehäuftes Vorkommen von Gallensteinen bei hämolytischen Anämien, Diabetes mellitus, Gallenblasenkarzinom, Pankreatitis, Morbus Crohn und chronischer Lebererkrankung. Auch endokrine Einflüsse sind unbestritten, da Gallensteine vor der Pubertät kaum vorkommen und Nulliparae sehr viel seltener Gallensteine haben als Frauen, die schon geboren haben. Und schließlich bekommen Frauen in der Menopause, die vorher Ovulationshemmer genommen haben, zweieinhalbmal häufiger Gallensteine als die, die keine Östrogentherapie hatten.

Das führende Symptom der Cholelithiasis ist die Gallenkolik; sie tritt vorwiegend nachts auf und kann durch reichliche und vorwiegend fetthaltige Mahlzeiten und körperliche oder seelische Erschütterungen ausgelöst werden. Bei Frauen gibt es auch Abhängigkeiten vom Zyklus. Nicht selten wird der erste Gallensteinanfall in der Gravidität erlebt. Der Schmerz beginnt meist im Epigastrium und verlagert sich mit zunehmender Schmerzintensität unter den rechten Rippenbogen. Dauer, Intensität, Schmerzausstrahlung und Begleiterscheinungen, wie Kopfschmerzen, Übelkeit und Erbrechen, sind unterschiedlich. Ein nach einer Kolik auftretender kurzfristiger Ikterus, sowie Fieber, Leukozytose, erhöhte BKS und kurzfristige Enzymanstiege weisen bereits auf eine Komplikation hin. Ein Drittel aller Gallensteinträger haben jedoch nie Koliken oder irgendwelche Symptome. Prospektive Studien haben jedoch ergeben, daß etwa die Hälfte dieser Gallensteinträger im Laufe der Zeit Koliken oder Komplikationen bekommen. Ein weiterer Teil klagt über vieldeutige Oberbauchbeschwerden, wie Druckgefühl, Aufstoßen, Übelkeit nach dem Essen, Fettintoleranz, Meteorismus, Stuhlunregelmäßigkeit. Jedoch sind diese Symptome beim Vorliegen von Gallensteinen nicht häufiger als ohne sie, so daß man sich sehr hüten sollte, diese Symptome bei nachgewiesenen Gallensteinen ohne weiteres auf diese zu beziehen. Schmerzen allein sind die einzige gesicherte Manifestation der unkomplizierten Cholelithiasis.

Die häufigste Komplikation der Cholelithiasis ist die Entzündung. Entzündungsfreie Steinblasen werden nur in zehn Prozent gesehen. Die akute Cholezystitis mit einem Dauerschmerz unter dem rechten Rippenbogen, der sich beim Husten und Pressen und tiefem Atmen verstärkt, ist eine typische Alterskomplikation. Etwa 70 Prozent werden bei über 60jährigen beobachtet, wobei Diabetiker und Arteriosklerotiker besonders disponiert sind. Nur in der Hälfte der Fälle kommt es zu einer bakteriellen Infektion, dann kann sich ein Empyem entwickeln, fehlt sie, dann kann es zum Hydrops kommen.

Die gefährlichste Komplikation der Cholezystitis ist die Perforation, die auch heute noch eine Mortalität von über 20 Prozent hat.

Eine weitere Komplikation ist die Choledocholithiasis, die in 25 Prozent der Cholezystektomien gefunden wird. Die typische Symptomatologie ist der Ikterus mit Fieber nach einer Kolik. Das Gallenblasenkarzinom tritt in ein bis drei Prozent der Gallensteinträger auf. Da diese Zahl nur unwesentlich über der Operationsmortalität liegt, wäre das also kein ausreichender Grund zur Operation. Man muß jedoch bedenken, daß ca. 15 Prozent aller Gallensteinträger irgendwann den beschriebenen Komplikationen erliegen, so daß eine rechtzeitige Operation regelindiziert ist.

Privatdozent Dr. H. Koch, Erlangen:

Endoskopie in der Diagnostik und Therapie der Gallensteine

In den letzten Jahren ist es möglich geworden, die Papilla Vateri endoskopisch aufzusuchen und zu kanülieren, wodurch sich nicht nur die Pankreaserkrankungen, sondern auch die Gallenwegserkrankungen besser diagnostizieren lassen. Vergleichsuntersuchungen haben ergeben, daß die diagnostische Ausbeute der endoskopisch retrograden Cholangiographie (= ERC) im Vergleich zur konventionellen Cholangiographie etwa um 70 Prozent höher liegt. Nimmt man statt der intravenösen die Infusionscholangiographie, sind die Unterschiede nicht ganz so groß. Es ist jedoch zu berücksichtigen, daß auch einem erfahrenen Untersucher die ERC nur in 75 bis 85 Prozent gelingt, und daß in einem gewissen Prozentsatz mit nicht unerheblichen Komplikationen zu rechnen ist. In jüngster Zeit ist es gelungen, den zunächst rein diagnostischen zu einem therapeutischen Eingriff der endoskopischen Papillotomie zu erweitern. Mit einem nur gering erweiterten Zusatzinstrumentarium kann man die Papillotomie durchführen und auch analog zu der urologischen Harnsteinentfernung die Choledochussteine entfernen. Vor der Papillotomie muß man sich röntgenologisch vergewissern, daß man wirklich im Ductus choledochus und nicht im Ductus pancreaticus ist. Nach der Papillotomie kann ein Großteil der Steine spontan abgehen.

Hauptindikation zur ERC sind Choledochussteine bei Risikopatienten. Weitere Indikationen sind die Choledochussteine nach Cholezystektomie und die Papillenstenose. Aus einer deutschen Sammelstatistik geht hervor, daß die Papillotomie über 95 Prozent gelingt. Im Erlanger Krankengut kam es in 55,6 Prozent zu einem spontanen Steinabgang, in 36,7 Prozent mußten die Steine anschließend extrahiert werden. Bei elf Patienten gelang es nicht, die Steine herauszubekommen. Das bedeutet, daß in 6,5 bis 10 Prozent es nicht gelingt, die Steine herauszubekommen, was dann vor allem daran liegt, daß der Choledochus sich zur

Papille hin stark verjüngt, so daß der Stein erst gar nicht bis zur Papille hingelangt. Bei diesen Formen wurde in neuester Zeit die elektrohydraulische Lithotrypsie, wie sie die Urologen bereits länger durchführen, erfolgreich angewandt.

Zu den Komplikationen der Papillotomie gehört die anschließende Pankreatitis, die Blutung, die Perforation und die Steineinklemmung. In einer deutschen Gesamtstatistik ergab sich eine Letalitätsquote von 1,7 Prozent, was mindestens zu einem Teil auf ein insuffizientes Papillotom zurückzuführen war. Jedoch liegt die chirurgische Letalitätsquote der Papillotomie mit 4,2 Prozent deutlich höher. Die Spätergebnisse der endoskopischen Papillotomie scheinen sehr gut zu sein, denn zu einer Reststenosierung kommt es sehr selten.

Professor Dr. C. E. Zöckler, Bad Oeynhausen:

Chirurgische Aspekte der Cholelithiasis

15 Prozent der Bevölkerung sind Gallensteinträger. Bei Frauen unter 40 Jahren sind es 8,8 Prozent, bei Frauen jenseits des 70. Lebensjahres 50 Prozent. Die Tatsache, daß jeder achte Patient an seinem Leiden stirbt, beruht im wesentlichen auf den sehr häufigen Komplikationen. So findet man in klinischen Untersuchungsserien in 40 Prozent eine *Cholezystitis*. Solitärsteine sind im Hinblick auf das gefürchtete Gallenblasenempyem wesentlich gefährlicher als kleine Konkremente.

Die *Pankreatitis* tritt in fünf bis acht Prozent aller Steinträger in ihrer akuten Erscheinungsform als Cholezystpankreatitis auf, in 25 Prozent dieser Fälle besteht gleichzeitig eine Choledocholithiasis.

Die *Choledocholithiasis* betrifft 25 Prozent aller Steinträger, 90 Prozent dieser Choledochussteine führen zu Komplikationen und 60 Prozent zum Ikterus.

Das *Gallenblasenkarzinom* tritt in ein bis drei Prozent aller Steinträger auf und in 90 Prozent aller Gallenblasenkarzinome werden Steine gefunden.

Diese Skala von Komplikationen und ihrer statistischen Relevanz muß dem Operationsrisiko gegenübergestellt werden. Aufgrund großer Sammelstatistiken sowie Einzelstatistiken liegt die Sterblichkeit bei der sogenannten „einfachen Cholezystektomie" bei etwa 0,2 Prozent und steigt bei zunehmendem Alter und komplizierten Cholezystektomien bis auf 8,5 Prozent. So ergibt sich daraus eindeutig die Überlegenheit der Frühoperation vor oder sogleich nach Auftreten erster Komplikationen, möglichst im jüngeren Alter.

Indikation zur Operation:

1. *„Stumme Gallensteine":* relative Indikations-Ermessensfrage. Eingehende Aufklärung des Patienten über Komplikationsmöglichkeiten und Statistik sind erforderlich.
2. *Gallensteine mit Beschwerden:* Operation ratsam, Eingriff möglichst vor dem 50. Lebensjahr.
3. *Gallenblasensteine mit Komplikationen:* Empyem, Hydrops, Pankreatitis – absolute Indikation.
4. *Choledocholithiasis:* absolute Indikation.

Die Routinediagnostik ist in den letzten Jahren durch die endoskopische retrograde Darstellung des Ductus choledochus und pancreaticus wesentlich erweitert worden. Dazu kommt insbesondere beim Verschlußikterus die transkutane transhepatische Cholangiographie. Man sollte sich darüber einig sein, daß es die „einfache Cholezystektomie" nicht gibt; es handelt sich keineswegs um eine einfache Routineoperation, denn sie erfordert eine subtile Präparation der Arteria cystica bis zu ihrer Einmündung in die Gallenblasenwand und die Präparation des Zusammenflusses von Ductus cysticus und Ductus choledochus, was bei entzündlichen Veränderungen oft erhebliche Schwierigkeiten bereiten kann. Die Durchführung der Radiomanometrie und Erfahrung in der Beurteilung ihres Ergebnisses sind Vorbedingung für den Operationserfolg.

Radiomanometrie ist heute eine Conditio sine qua non bei jeder Gallenblasenoperation. Nur so ist es möglich, mit großer Sicherheit organische Veränderungen der Papille zu erkennen, die in sechs Prozent aller operierten Patienten beobachtet werden.

Eine Choledochuseröffnung bedeutet in der Gesamtstatistik ein achtmal höheres Risiko bei der Cholezystektomie. Durch die Radiomanometrie konnte die Zahl der unnötigen Gallengangseröffnungen von ca. 40 Prozent auf zehn Prozent gesenkt werden.

Durch eine anschließende Cholangioskopie kann man die vergessenen Steine, die in manchen Statistiken bis zu 15 Prozent aller Fälle ausmachen, praktisch auf Null reduzieren.

Beschwerden nach der Cholezystektomie beruhen in der überwiegenden Mehrzahl der Fälle auf prä- oder postoperativen Irrtümern und iatrogenen Schäden, z. B. nicht erkannte chronische Pankreatitis, intraoperativ nicht erkannte Papillitis stenosans, weder prä- noch intraoperativ erkannte intrahepatische Gallengangszysten oder Gallengangsanomalien, zu langer Zystenstumpf oder ein Ulcus duodeni, das schon zur Zeti der Operation bestand.

Professor Dr. W. Gerok, Freiburg:

Gallensäurestoffwechsel und Lyse der Gallensteine

Nach der chemischen Zusammensetzung kann man drei Arten von Gallensteinen unterscheiden: Die reinen Cholesterinsteine, die Pigmentkalksteine, bestehend aus Kalziumsalzen und Kalziumbilirubin und die gemischten Steine, bestehend aus Cholesterinkristallen und Kalziumsalzen.

Die für die medikamentöse Cholelitholyse wichtige Unterscheidung ist mit röntgenologischen Methoden nur mit Einschränkung möglich. Als Faustregel läßt sich immerhin feststellen, daß es sich bei den spontan schattengebenden Steinen in drei Viertel der Fälle um Pigmentkalksteine, bei den nicht schattengebenden in 83 Prozent um Cholesterinsteine handelt.

Nur die Steine, die ausschließlich oder ganz überwiegend aus Cholesterin bestehen, sind einer medikamentösen Lyse zugänglich.

Die Gallenflüssigkeit enthält in wässeriger Lösung drei Hauptbestandteile: Cholesterin, Gallensäure und Phospholipide.

Cholesterin ist in Wasser nahezu unlöslich. Gallensäuren, die im Organismus aus Cholesterin gebildet werden, sind aufgrund ihrer besonderen räumlichen Struktur durch eine hydrophobe Gruppe und einer auf der Gegenseite lokalisierten hy-

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 Pfg. 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 Hypokaliämie. 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.

mannheim boehringer
diagnostica therapeutica

drophilen Gruppe in der Lage, die Löslichkeit des Cholesterins in der Galle auf das Zweimillionenfache zu steigern. Die Lipogenität der Galle hängt vom molaren Quotienten Gallensäuren + Phospholipide durch Cholesterin ab.

Während beim Nicht-Steinträger dieser Quotient über 15 beträgt, ist er bei Trägern von Cholesterinsteinen auf unter 10 gesenkt. Die Übersättigung der Galle mit Cholesterin (und damit Steinbildung) kann auf folgenden Möglichkeiten beruhen: Durch eine vermehrte Synthese und Ausscheidung von Cholesterin, durch einen verminderten Gehalt der Galle an Gallensäuren und Phospholipiden, durch eine Kombination der beiden Möglichkeiten.

Aufgrund dieser Befunde war es naheliegend, Gallensäuren zur Prophylaxe und Therapie der Cholesterinsteine einzusetzen. Cholsäure erwies sich als wirkungslos, hingegen konnte durch Chenodesoxycholsäure eine Auflösung von Cholesterinsteinen erreicht werden.

Nach den bisherigen Erfahrungen bei der medikamentösen Cholelitholyse mit Chenodesoxycholsäure müssen 750 bis 1000 mg/d zugeführt werden. Günstiger ist die Dosierung nach dem Körpergewicht (14 mg/kg/d). Die Lyse wird in der Regel nach 6 bis 24 Monaten Behandlung in etwa der Hälfte der Fälle erreicht. Zur Vermeidung von Rezidiven muß dann eine Rezidivprophylaxe mit einer Dosis von ca. 500 mg/d weitergeführt werden.

Nebenwirkung mit dieser Therapie sind Diarrhöen und reversible Transaminaseanstiege.

Voraussetzung für die medikamentöse Cholelitholyse sind spontan nicht schattengebende Steine, die einen Durchmesser unter 10 mm haben; die Steine müssen ausschließlich in der Gallenblase bei freien Gallengängen lokalisiert und die Gallenblase muß groß und gut kontraktionsfähig sein und die Leberfunktion normal. Auch dann ist die medikamentöse Cholelitholyse nur indiziert, wenn eine operative Steinentfernung nicht möglich ist, wie z. B. infolge hohen Alters oder bei schwerer anderer Organerkrankung.

Referent:

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

Psychosomatische Aspekte zur Colitis ulcerosa *

von K. Kellner

Aus der II. Medizinischen Klinik der Technischen Universität München im Klinikum rechts der Isar (Direktor: Professor Dr. med. H. *Ley*)

Die Colitis ulcerosa ist eine pathologisch-anatomisch, röntgenologisch und endoskopisch gut diagnostizierbare und internistisch und chirurgisch gut therapierbare Erkrankung. Sie ist auch die am besten untersuchte psychosomatische Erkrankung; da jedoch der Colitis ulcerosa ein multifaktorielles Ursachengeschehen zugrunde liegt, stellt die psychosomatische Komponente dieser Erkrankung oft nur eine, wenn auch mitunter eine entscheidende Komponente unter mehreren anderen Komponenten dar. Es muß dabei auch ausdrücklich darauf hingewiesen werden, daß wir von Zeit zu Zeit immer wieder einmal Patienten mit einer Colitis ulcerosa begegnen, bei denen sich auch mit subtilster psychotherapeutischer Interviewtechnik keine psychische Beteiligung nachweisen läßt.

Psychosomatische Aspekte spielen in der Gastroenterologie eine Rolle, wenn es sich um die Frage der seelischen Beteiligung an der Entstehung gastrointestinaler Erkrankungen, die Frage der psychischen Reaktion auf solche Erkrankungen hin und schließlich die Frage der Psychotherapie und Psychopharmakologie bei gastrointestinalen Störungen handelt. Es ist daher auch zunächst oft schwierig, ja unmöglich, zu unterscheiden, welche psychischen Erscheinungen bzw. Veränderungen primär, d. h. dem psychosomatischen Krankheitsgeschehen, zuzuordnen sind und welche sekundär, d. h., als allgemeine Reaktionen auf das Krankheitserlebnis verstanden werden müssen. Eine Störung der Verarbeitung des Krankheitserlebnisses bzw. der Wirkungen und Folgen eines Krankheitsgeschehens kann zu sekundären psychischen Störungen in Form von Neurotizismus, depressiven Verstimmungszuständen usw. führen, wobei konstitutionelle Momente zusätzlich wirksam werden können.

Ähnlich wie bei der Ulkuskrankheit läßt sich nach Engel auch bei der Colitis ulcerosa ein Ursachenspektrum im Sinne einer fortlaufenden Kausalreihe aufzeigen: an deren einem Ende sind die in erster Linie durch somatische Vorgänge, möglicherweise entzündlich-immunologischer Genese (Autoaggressionskrankheit?) – die Ätiologie der Colitis ulcerosa ist noch ungeklärt! – verursachten Kolitismanifestationen plaziert, bei denen ätiologisch zusätzliche psychische Ursachen keine Rolle spielen; am anderen Ende dagegen sind jene Erkrankungen und Symptome gruppiert, bei denen neben Entzündungs- bzw. Autosensibilisierungsprozessen psychische Faktoren nachweislich entscheidend beteiligt sind.

Nach Freyberger gehen bei 60 Prozent der neu- oder wiedererkrankten Patienten der somatischen Manifestation des Kolitisschubes depressiv getönte Lebenssituationen voraus, die als „Objektverlusterlebnisse" bezeichnet werden. Objektverlust ist der reale, drohende oder vorgestellte Verlust von solchen belebten oder unbelebten Faktoren der Umwelt, zu denen ein Subjekt in Beziehung steht und die für seine Bedürfnisbefriedigung sehr wichtig sind. Als Beispiele seien nur der Verlust von sogenannten „Schlüsselpersonen" (Familienangehörige usw.), von Tätigkeiten (Beruf), Heimstätten (Ortswechsel) usw. genannt. Objektverluste, die einen Kolitisschub einleiten, rufen einerseits Gefühle von emotionaler Ohnmacht, andererseits aggressive Triebwünsche im Sinne der Frustrationsaggression wach, die aber unterdrückt werden muß; als Folge davon stellt sich eine neurotische Depression ein, die das Leitmerkmal bei Kolitis-Patienten darstellt (Freyberger). Die im Anschluß an Objektverlusterlebnisse auftretenden Depressionen werden als „Erschöpfungsdepressionen" bezeichnet; die ihnen folgenden Kolitisschübe stellen sich Stunden bis Tage, selten Wochen nach dem Objektverlust ein.

*) Vortrag gehalten im Rahmen der 6. Veranstaltung der Chirurgisch-gastroenterologischen Fortbildungsreihe des Klinikums rechts der Isar in München

Als mitbedingende psychische Faktoren gelten depressive Reaktionsbereitschaften, d. h. die Tendenz, auf Versagungen hin bevorzugt mit depressiven Affekten zu reagieren, und die Infantilität der Persönlichkeitsstruktur. Infantile Menschen sind nicht nur durch eine Überempfindlichkeit gegenüber Versagungen, sondern auch durch starke Wünsche nach Abhängigkeit und Umsorgtwerden ausgezeichnet. Deshalb bevorzugen infantile Menschen im Rahmen ihrer zwischenmenschlichen Verhältnisse solche Objekte, die ihnen Anlehnung vermitteln, d. h. also „Schlüsselpersonen". Hohe Anforderungen werden an die Toleranzfähigkeit der Schlüsselpersonen (Arzt!) durch die passiv-fordernden Wünsche Infantiler gestellt und damit die Gefahr einer erhöhten Fragilität dieser Beziehungen nach Objektverlusten heraufbeschworen.

Zusammenfassend läßt sich also hinsichtlich der Psychodynamik bei Kolitis-Patienten folgende psychische Trias feststellen (Freyberger):

1. Infantilität der Persönlichkeitsstruktur, auch bezeichnet als „oral-regressive" Einstellungen.

2. Neurotisch-depressive Züge nach Objektverlust.

3. Fast totale Abwehr von aggressiven Triebwünschen.

Räumen wir also ein, daß unter den Faktoren, die zu entzündlichen Darmerkrankungen disponieren, auch psychosomatische Momente eine wichtige Rolle spielen, so können wir in vielen Fällen eine Auslösung der Krankheit durch die genannten Objektverluste – Trennungserlebnisse oder Zurückweisung durch den geliebten Partner – beobachten. Dadurch gewinnt die biographische Anamnese entscheidenden diagnostischen Wert, während psychologische Tests nur eine ergänzende Funktion haben. In 60 bis 75 Prozent der psychosomatisch beobachteten Fälle ist die Kolitis auf Objektverluste zurückzuführen. Eine Rolle spielen jedoch auch berufliche Überforderungen und selbst Beförderungen, da diese sehr oft neue personelle Situationen mit sich bringen; die Abkehr vom Gewohnten kann dann einen Verlust an Geborgenheit bedeuten. Oft werden auch emotionale Unreife und ein Mangel an Sozialkontakten festgestellt, deren Genese in der Regel in der Abhängigkeit von den Eltern oder einem Elternteil zu suchen ist.

Es hat auch nicht an Versuchen gefehlt, den Kolitis-Patienten in ein bestimmtes Charakterbild einzuordnen und gemeinsame Wesenszüge aufzufinden, wobei mitunter auch etwas gewaltsam vorgegangen wurde. So kam man auch zur Beurteilung des Kolitikers als einer infantilen Persönlichkeit, die von einer psychopathischen mütterlichen Beziehungsperson abhängt, fand eine Neigung zu depressiven Rückzügen, eine starre Affektabwehr bei unbewußter extremer Feinfühligkeit gegenüber Aggressionen. Auch fielen bestimmte Charakterzüge, wie Distanziertheit, Kontaktscheu, anankastisch anmutende Züge und Einstellungen, auf.

Psychotherapie

Die psychotherapeutischen Möglichkeiten sind um so größer, je mehr die Interaktion zwischen Arzt und Patient berücksichtigt und vom Arzt bewußt mit eingesetzt wird. Vor allem muß der Arzt seinem Kolitis-Patienten das Gefühl einer intakten und unterstützenswerten Persönlichkeit vermitteln: der Patient will auch als kranker Mensch akzeptiert und ernst genommen und als echter Partner in der Arzt-Patient-Beziehung behandelt und respektiert werden!

Der Kolitis-Patient ist insofern oft recht mühselig zu führen, als er in ganz besonderer Weise des Gefühls einer intensiven emotionalen Zuwendung von seiten des Arztes bedarf und überdies eine ständige potentielle Verfügbarkeit des Arztes erwartet. Schon kleine Unregelmäßigkeiten können sein psychosomatisches Gleichgewicht stören. Kongreß- und Urlaubsreisen, ja selbst Wochenendausflüge sind daher während eines akuten Kolitisschubes kaum möglich, zumindest ist die ständige telefonische Erreichbarkeit unumgänglich erforderlich. Freyberger bezeichnet gerade das Telefongespräch als eine wichtige Rapportbrücke im Rahmen der potentiellen Verfügbarkeitssituation des Arztes; er legt dem Arzt auch dringend ans Herz, dem Kolitis-Patienten bei Erscheinen in der Praxis ausdrücklich eine Sprechstundenzeit von mindestens zwölf Minuten Dauer zur Verfügung zu stellen. Der Arzt sollte so für den Kolitis-Patienten zu einer bedeutenden und kompetenten Beziehungsperson werden. Eine Zusammenarbeit mit den Angehörigen, denen man Krankheitsbild und Behandlungsrichtlinien darlegen muß, ist ebenso wichtig wie die Zusammenarbeit mit den Fachkollegen, dem Internisten oder/und dem Chirurgen. Da Rezidive wegen der persistierenden neurotischen Konfliktdynamik mit der Gefahr erneuter Objektverlusterlebnisse und daraus resultierender Kolitisschübe jederzeit möglich sind, sollte man den Kolitis-Patienten und seine Angehörigen von Anfang an darauf aufmerksam machen und auf die Notwendigkeit eines dauernden Kontaktes zwischen Arzt und Patient in Form von regelmäßigen Konsultationen, auch nach Abschluß der akuten Behandlungsphase, hinweisen.

Die Persönlichkeit des Arztes spielt für die Psychotherapie hier eine entscheidende Rolle. Denn unter Umständen hat der Arzt selbst Abhängigkeitsprobleme: irrationale zum Teil unbewußte Reaktionen (Gegenübertragung!) auf die Haltung des Patienten sind keineswegs ausgeschlossen. Zum Kolitis-Patienten kann sich aber dann, wenn der Arzt sich affektiv ausreichend zu kontrollieren vermag, eine tragfähige Beziehung ausbilden, die eine somatische Therapie wirksam unterstützt.

Da es nicht möglich ist, in der Klinik alle psychosomatischen Patienten gleich einem Psychosomatiker vorzustellen, muß man eine gewisse Auswahl treffen. Für Kolitiker ist das Kriterium eine ausgesprochene Psycholabilität. Der freien Praxis empfiehlt Freyberger ähnliche Maßstäbe. Der Praktiker sollte ständig mit einem Nervenarzt oder Psychosomatiker zusammenarbeiten und ihm Problemfälle gegebenenfalls überweisen.

Zur psychotherapeutischen Technik bemerkt Freyberger ausdrücklich, daß Kolitis-Patienten auch innerhalb der psychotherapeutischen Situation nicht imstande sind, ihre – tief abgewehrten – aggressiven Triebwünsche auf den Therapeuten zu übertragen. Vielmehr dominiert dauernd die Übertragung des Abwehrverhaltens „Infantil-orales Agieren". Es gelingt bei solchen Kranken nicht, diese Abwehrformation interpretativ zu bearbeiten, so wie dies im Verlauf der psychoanalytischen Therapie geschieht.

Zum Verständnis des psychotherapeutischen Vorgehens bei Kolitis-Patienten sind daher zwei weitere psy-

chische Leitmerkmale erforderlich (Freyberger):

1. Die ungenügenden introspektiven Fähigkeiten, also der Mangel an selbstreflektorischem Vermögen.
2. Die Unfähigkeit zum Erlernen neuer emotionaler Haltungen.

Da bei Kolitis-Patienten somit die neurotische Fehlentwicklung eine irreversible Verfestigung aufweist, kommt eine kausal angreifende konfliktverarbeitende Psychotherapie nicht in Betracht. Eine supportive Psychotherapie ist die Methode der Wahl. Hierbei handelt es sich um eine spezielle Form der seelischen Krankenbehandlung, bei welcher der Aufbau einer stabilen Objektbeziehung in Richtung der Stützung, Gewährung und Ermutigung das beherrschende therapeutische Element darstellt. Über Wochen und Monate hin zwei- bis dreimal wöchentlich wiederholte Gespräche sollen eine Atmosphäre des Verstehens und der Geborgenheit schaffen, in der die Patienten ihre depressiven Gefühle und ihre starken Ängste loswerden können. Diese Ängste erreichen die Intensität von Todesängsten, da die Patienten über den lebensbedrohlichen Charakter ihrer Erkrankung mit seinen Komplikationen und Folgen (Kolektomie, Anus praeter usw.) und insbesondere über die Gefahr einer späteren karzinomatösen Entartung recht gut informiert sind. Der Patient erfährt so am Objekt „Arzt" eine Erfüllung seiner Abhängigkeitswünsche; dadurch werden jene vielfältigen Versagungsmöglichkeiten vermindert, welche draußen durch die Abhängigkeitsverhältnisse mit nichtärztlichen Schlüsselpersonen gegeben sind. Gleichzeitig kommt es zu einem Rückgang der depressiven Gefühle und Ängste. Darüber hinaus ermöglicht die Dynamik der Arzt-Patient-Beziehung bedingte Nachreifungen beim Patienten; derartige Nachreifungen stärken die Belastungsfähigkeit.

Bei der Colitis ulcerosa zeichnet sich die supportive Psychotherapie daher durch folgende fünf Regeln aus (Freyberger):

1. Stabilisierung der Abwehrformation (Aufbau und/oder Verstärkung von Objektbeziehungen vornehmlich zum Familienverband sowie zu Ärzten und Pflegepersonen).
2. Kontinuierliche Pflege eines tragenden Kontaktes, auch bezeichnet als „positive Übertragung".
3. Pflege von Handlungsanweisungen, also Ratschlägen zwecks Stützung und Ermutigung zur Umweltanpassung und Umweltbewältigung.
4. Ständige potentielle Verfügbarkeit des Arztes.
5. Regeln der interdisziplinären Zusammenarbeit (internistische Versorgung, kombiniertes therapeutisches Vorgehen usw.).

Die Kombination von internistischer Therapie und Psychotherapie hat als Summationseffekte eine Verkürzung der Kolitisschübe und eine Förderung der somatischen Rehabilitation nach Krankheitsschüben, eine Verlängerung der Remissionsperioden zwischen den Schüben und somit eine Begünstigung der Intervallprophylaxe, sowie eine Milderung des Leidensdruckes und eine Unterstützung der sozialen Rehabilitation zur Folge. Da die supportive Psychotherapie nie so fundamentale psychische Umstrukturierungen bewirkt wie etwa eine erfolgreich durchgeführte psychoanalytische Behandlung, ist bei Kolitis-Patienten im Falle einer psychosomatischen Komponente neben der internistischen Überwachung auch eine lebenslängliche psychotherapeutische Betreuung erforderlich.

Da heute ganz allgemein für eine kombinierte internistisch-psychotherapeutische Langzeitbehandlung plädiert wird, gewinnt die Frage der interdisziplinären Zusammenarbeit besondere Aktualität, denn der äußerst sensible und hellhörige Kolitis-Patient kann in seinem Befinden nahezu seismographisch auf emotionale Störungen innerhalb seines Ärzteteams (Internist, Psychosomatiker, Chirurg) reagieren. Das gute Einvernehmen ist entscheidend für den Therapieerfolg, jegliche Animositäten können sich destruktiv auswirken.

Dies zeigt sich besonders deutlich dann, wenn entweder eine von Anfang an sehr schwere, hochentzündliche und therapierefraktäre Verlaufsform der Erkrankung (mit totalem Befall des Kolons usw.) oder chronisch-rezidivierende Kolitisschübe mit fortlaufender Verschlechterung des Zustandsbildes eine Kolektomie nötig machen. Eine supportive Psychotherapie ist im Rahmen einer Kombinationsbehandlung sowohl prä- als auch postoperativ unerläßlich. Ausgelöst durch die Beobachtung der fortschreitenden Verschlimmerung treten als sekundärpsychische Reaktionen im präoperativen Stadium depressive Gefühle und Züge von Hoffnungslosigkeit, begleitet von Anklammerungstendenzen, zutage; dahinter verbergen sich starke Ängste bis zum Ausmaß von Todesängsten. Die Kranken ähneln dann mitunter weitgehend verängstigten, hilflosen Kleinkindern. Da die Kolitis-Patienten häufig jüngeren Altersklassen mit einer entsprechenden Lebenserwartung angehören, beinhaltet die Kolektomie mit eventuell lebenslänglichem Anus praeter usw. mitunter einschneidende Veränderungen der Lebensführung. Auch nach der Operation, die vom Patienten wegen der schon sehr bald fühlbaren körperlichen Erholung und seelischen Besserung als Entlastung und Befreiung erlebt wird, besteht die neurotische Konfliktdynamik fort: auch durch die Operation werden solche Patienten nicht zu anderen, angstfreieren, reiferen Menschen, die dem Leben besser gewachsen wären. Auch postoperativ bedürfen solche Patienten daher einer supportiven Psychotherapie, um so mehr, als Beobachtungen über gelegentlichen Symptom- bzw. Organwechsel der Erkrankung, z. B. Asthma bronchiale (Boss), berichtet wurden.

Ähnlich wie bei anderen psychosomatischen Krankheitsbildern ist auch bei der Colitis ulcerosa eine Behandlung mit Psychopharmaka möglich und nötig, wenn eine Linderung des Leidensdruckes und eine Aufhellung der zu Anfang oft recht quälenden depressiven Stimmungslage erreicht oder die supportive Therapie und die ärztlichen Gespräche ergänzt und unterstützt werden sollen. Außerdem sind Psychopharmaka dann angezeigt, wenn eine psychotherapeutische Behandlungsmöglichkeit psychotherapiebedürftiger Kolitis-Patienten nicht oder nur unzureichend gegeben ist. Jede Behandlung mit Psychopharmaka bzw. Breitbandpsychosomatika, die psycho- und somatotrope Wirkungen entfalten, etwa nach Art des Limbatril®, sollte zusätzlich und befristet erfolgen, der Psychotherapie als einer kausalen Behandlung immer der Vorrang eingeräumt werden.

Literatur beim Verfasser

Anschrift des Verfassers:
Universitätsdozent Dr. med. Dr. phil. K. *Kellner*, Leitender Oberarzt, Ismaninger Straße 22, 8000 München 80

Endoskopische Diagnostik der unspezifischen entzündlichen Dickdarmerkrankungen *

von Dorothea Geile

Aus der Chirurgischen Klinik der Technischen Universität München im Klinikum rechts der Isar (Direktor: Professor Dr. med. G. *Maurer)*

Die Indikation zur endoskopischen Untersuchung stellt sich bei Patienten, die mit folgenden Beschwerden den Arzt aufsuchen:

1. Jede Art von Stuhlunregelmäßigkeiten.
2. Blutungen aus dem After.
3. Abgang von Schleim, Eiter, fibrinösen Membranen.
4. Stenoseerscheinungen.
5. Fieber, Gewichtsabnahme, krampfartige Bauchbeschwerden.
6. Beschwerden im Analbereich, Fisteln, Fissuren usw.
7. Unklare radiologische Befunde.
8. Kontrolle bereits bekannter Erkrankungen im Dickdarmbereich, Ausdehnungsabgrenzung, Verlaufskontrollen bei konservativer Behandlung, Rezidivkontrollen nach operativer Behandlung.

Zur Verfügung stehen dem Untersucher dabei folgende endoskopische Möglichkeiten: Proktologische Untersuchung mit Inspektion, Palpation und Proktoskopie, die Rekto-Sigmoidoskopie (mit starrem Instrument bis 30 cm Höhe), die Rekto-Sigmoido-Koloskopie bis zur linken Flexur mit dem flexiblen Instrument sowie die totale Koloskopie mit Ileoskopie mit dem langen Fiberglasinstrument.

Endoskopische Untersuchung

Perianale Symptome und Beschwerden können pathognomonisch sein für entzündliche Dickdarmerkrankungen, so können z. B. chronische, seit Jahren bestehende Fisteln und Fissuren hinweisend auf einen Morbus Crohn sein, besonders im jugendlichen Alter.

Alle akut entzündlichen Erkrankungen des Enddarmes führen zu Reaktionen im Analbereich, wie Schmerzhaftigkeit bei der digitalen Untersuchung, erhöhtem Sphinktertonus u. ä.

Als erste endoskopische Untersuchung sollte auf jeden Fall die Rekto-Sigmoidoskopie mit dem starren Instrument durchgeführt werden. Für nahezu alle unspezifischen entzündlichen Erkrankungen des Dickdarmes ist das Rektum in seiner Schleimhaut- und Wandbeschaffenheit mehr oder weniger repräsentativ. Besonders bei der Colitis ulcerosa ist es nach übereinstimmenden Literaturangaben in über 90 Prozent mitbeteiligt, dabei ist die Sonderform der Colitis ulcerosa, die akute Proctitis haemorrhagica, mit eingeschlossen. Bereits im Rektum kann die Diagnose gestellt werden, es können vor allen Dingen auch Kontraindikationen für weitergehende Untersuchungen des Dickdarmes im hochakuten floriden Stadium der Colitis ulcerosa erkannt und abgegrenzt werden. Beim Morbus Crohn stellt die Rektoskopie dagegen eine weniger repräsentative Methode dar, da das Rektum nur etwa in fünf Prozent mitbeteiligt ist. Noch 1973 wurden 60 Prozent der entsprechenden Erkrankungsfälle erst intraoperativ diagnostiziert. Inzwischen hat die diagnostische Sicherheit durch entsprechende Wertung der Klinik und vor allen Dingen durch die verfeinerte Röntgenmethode sehr erheblich gewonnen. In 90 Prozent ist das terminale Ileum mitbeteiligt, so daß hier mit der hohen Koloskopie eine makroskopische Diagnostik betrieben werden kann. Im Biopsiepräparat finden sich nämlich nur in 20 bis 40 Prozent typische Granulome, selbst wenn die unspezifischeren histologischen Entzündungsmerkmale mit hinzugezogen werden, kann die Krankheit durch Biopsiediagnostik nur etwa in 62 Prozent erkannt werden. Das ist zum Teil durch die Ausdehnung der Krankheit in tieferen Wandschichten des Dickdarmes zu erklären, zum anderen durch die Tatsache, daß auch bei ausgedehntestem Befall immer wieder gesunde Schleimhaut inselförmig in den erkrankten Gebieten stehen bleibt, sogenannte „skip areas". Auch die partielle Koloskopie bis zur linken Flexur kann bereits sehr nützlich sein, da erstens in nur 16,5 Prozent der Fälle die Erkrankung auf das terminale Ileum beschränkt ist, in über der Hälfte der Erkrankungen das Kolon auf jeden Fall mitbeteiligt ist und man mit dem kurzen Instrument auch höhergelegene Bezirke im Colon transversum und im Bereich der rechten Flexur ohne weiteres einsehen kann.

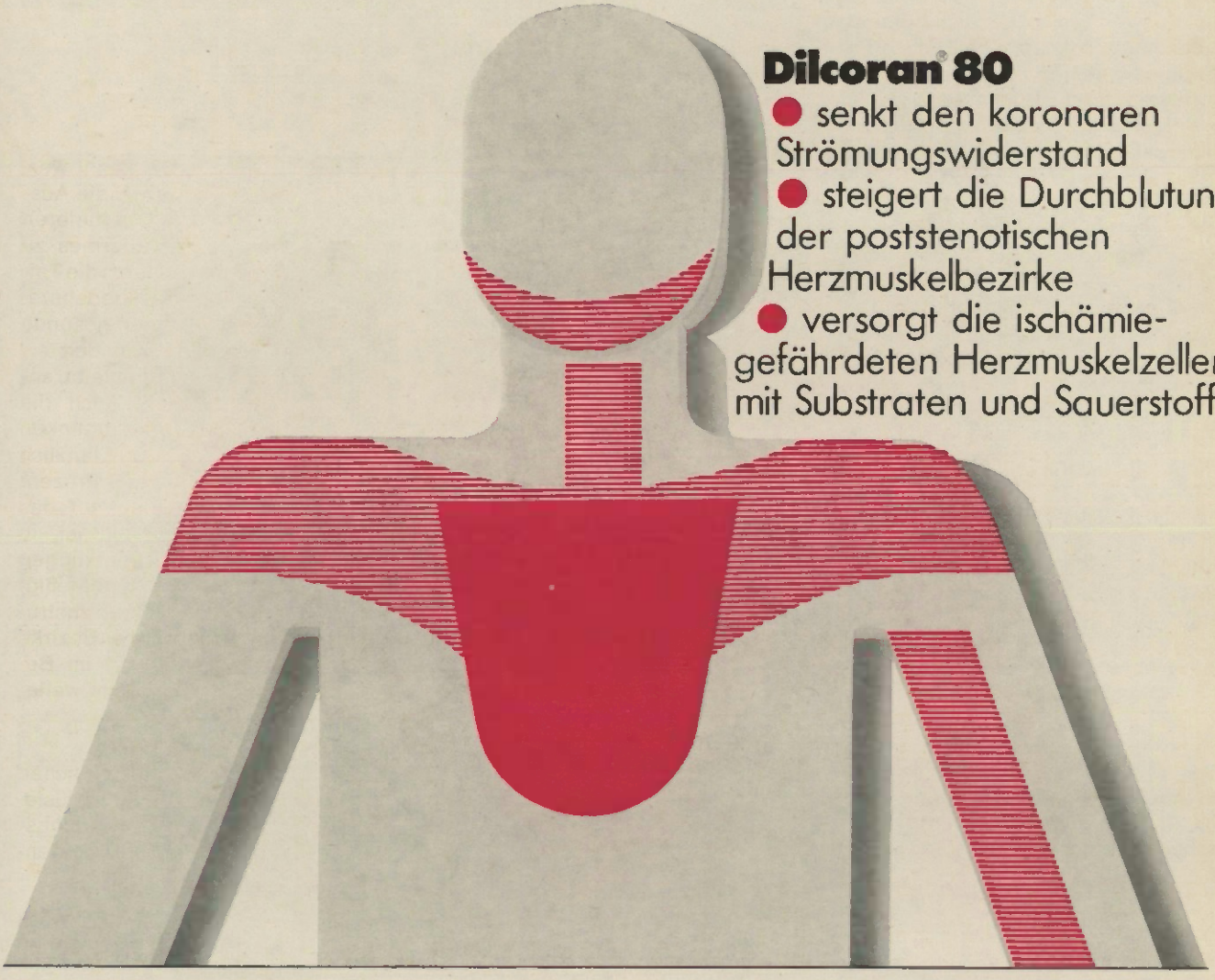
Für die unspezifischen entzündlichen Dickdarmerkrankungen kristallisieren sich also die Hauptanwendungsgebiete für die Endoskopie folgendermaßen heraus:

1. Früherkennung radiologisch noch nicht sichtbarer Erscheinungsformen der Entzündung.
2. Erkennung der Ausdehnung einer Erkrankung, besonders in den sich radiologisch noch normal darstellenden Randbezirken.
3. Komplikationen, wie Fisteln, Stenosen, maligne Entartung bei langdauerndem Krankheitsverlauf, Blutungen usw.
4. Verlaufskontrollen konservativ behandelter Erkrankungen.
5. Rezidivkontrollen nach operativer Behandlung.
6. Grundsätzlich Entnahme von Probebiopsien.

*) Vortrag gehalten im Rahmen der 6. Veranstaltung der Chirurgisch-gastroenterologischen Fortbildungsreihe des Klinikums rechts der Isar in München

Der Herzschmerz

Poststenotische ischämische Herzmuskelareale
verursachen pektanginöse Beschwerden.



Dilcoran® 80

- senkt den koronaren Strömungswiderstand
- steigert die Durchblutung der poststenotischen Herzmuskelbezirke
- versorgt die ischämiegefährdeten Herzmuskelzellen mit Substraten und Sauerstoff

Das zuverlässige Langzeit-Nitrat

Dilcoran® 80

nimmt Ihren Koronarpatienten die Angst vor dem neuen Tag

Zusammensetzung: Dilcaran 80: 1 Oblang-Tablette enthält 80 mg PETN. Dilcaran 80 S: 1 Oblang-Tablette enthält 80 mg PETN, 45 mg Phenabarbital. Indikatianen: Karanare Durchblutungsstärungen jeder Genese. Dilcaran 80 S bei Angina pectaris mit psychischen oder nervalen Kampanenten. Kantraindikatianen: Kallapszustände und Schack, frischer Myokardinfarkt. Bei Dilcoran 80 S zusätzlich Parphyrie. Nebenwirkungen und Begleiterscheinungen: Bei allen Nitrat-Verbindungen können Kapfschmerzen unterschiedlicher Dauer und Stärke auftreten. Bei der Therapie mit PETN sind diese jedach außerardentlich selten; sie klingen bei Fartführung der Therapie van selbst ab. Besandere Hinweise: Alkahal kann mögliche Nebenwirkungen van Dilcaran 80/80 S verstärken. Die Einnahme van Dilcaran 80 S kann infalge des sedierenden Effektes das Reaktiansvermögen im Straßenverkehr beeinträchtigen. Dasierung und Anwendungsweise: Die Dasierung ist der Art und Schwere des Einzelfalles anzupassen. Näheres siehe wissenschaftlicher Praspekt bzw. Packungsprospekt. Handelsfarmen und Preise: Dilcaran 80: 50 Oblang-Tabletten DM 16,65 mit MwSt., 100 Oblang-Tabletten DM 31,20 mit MwSt., Anstaltspackung. GODECKE Dilcaran 80 S: 50 Oblang-Tabletten DM 18,40 mit MwSt., 100 Oblang-Tabletten DM 34,35 mit MwSt., Anstaltspackung.

473/0 - Febr. 77

Biopsie

Die Biopsieentnahme bzw. deren diagnostische Aufarbeitung kann im Gegensatz zum makroskopischen Befund bereits einen ausgedehnten Entzündungsbefund zeigen, so kann bei der Colitis ulcerosa das gesamte Stroma und die submukösen Bereiche ausgeprägt entzündlich infiltriert sein, ohne daß sich radiologisch oder im endoskopischen Bild Veränderungen zeigen. Gerade bei den unspezifischen Entzündungen ist eine auffällige Diskrepanz zwischen makroskopischem und mikroskopischem Befund häufig. Zur Erkennung und Abgrenzung maligner Entartungen bei jahrelang bestehender Colitis ulcerosa ist die Biopsie unerläßlich, das Entartungsrisiko beträgt im Mittel etwa 20 Prozent, nach Dukes sogar 45,5 Prozent! Die Differentialdiagnose zwischen Colitis ulcerosa und Morbus Crohn ist häufig nur durch wiederholte und ausgedehnte Biopsieentnahme zu stellen, man nimmt an, daß etwa 8 bis 20 Prozent der „Kolitis-Patienten" in Wirklichkeit an einem Morbus Crohn leiden. Die Grenzen der Leistungsfähigkeit der Untersuchungsmethode beim Morbus Crohn wurden bereits erwähnt.

Kontraindikationen

Die Kontraindikationen für die Biopsie sind in etwa dieselben wie zur endoskopischen Untersuchung überhaupt (und auch wie zur radiologischen Untersuchung):

1. *Jede* hochaktive hämorrhagische und/oder ulzerierende Entzündung.
2. Eitrige akute Entzündung bei der Divertikulitis.
3. Toxisches Megakolon.

Dabei muß eingewandt werden, daß es für eine vorsichtig und geschickt durchgeführte Prokto-Rektoskopie mit dem starren Instrument praktisch keine Kontraindikationen gibt, diese Untersuchung stellt oft den einzigen Gradmesser für das Stadium einer akuten Kolitis dar.

Die Vorbereitung zur endoskopischen Untersuchung findet wie üblich statt, sie sollte in Hinblick auf die diagnostische Wertigkeit von fibrinösen, eitrigen Belägen sowie Sekretentleerungen aus Stenosen manchmal auf das unbedingt notwendige Maß reduziert werden.

Abbildung 1
Rezidivierende Analfisteln bei Morbus Crohn

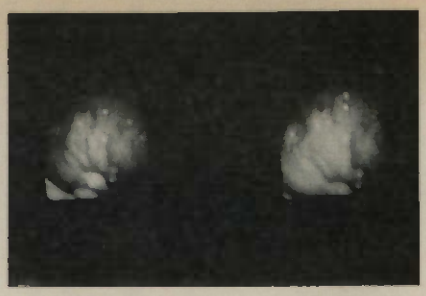


Abbildung 4
Sigmapolyposis, differentialdiegnostisch ebzugrenzen gegenüber der Pseudopolyposis bei Colitis ulcerosa

Abbildung 2
Chronische Analfissur bei Colitis ulcerosa

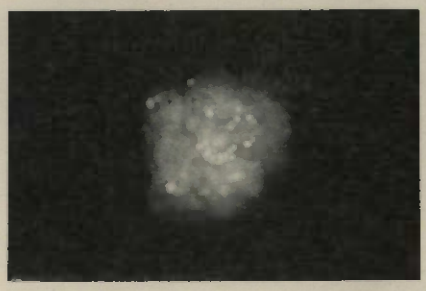


Abbildung 5
Pseudopolyposis bei Colitis ulcerosa

Abbildung 3
Fulminante Colitis ulcerosa

Abbildung 6
Strikturen, Stenosen und Darmverkürzung bei Colitis ulcerosa

Im folgenden werden einige Bilder zu typischen Symptomen der unspezifischen Dickdarmerkrankungen demonstriert, um sowohl die Gemeinsamkeit der Hauptsymptome als auch die Differentialdiagnose kurz aufzuzeigen.

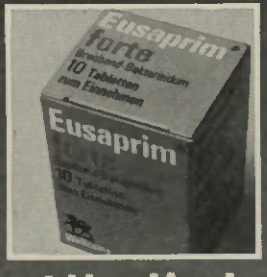
1. Schleimhautödem

Jede unspezifische Entzündung kann diese ödematöse Schwellung der Schleimhautfalten zeigen, zum Teil mit fleckiger Rötung. Die Schleimhaut ist dann jedoch verstreichbar. Hinzukommen kann eine vermehrte Produktion und Sekretion von glasigem Schleim, wie wir sie z. B. bei der Colica mucosa, beim irritablen Darm und nach Laxantienabusus sehen. Bei der Colitis ulcerosa wie auch in den Anfangsstadien des Morbus Crohn dagegen ist das Faltenrelief der ödematös geschwollenen, samtartig wirkenden Schleimhaut nicht mehr verstreichbar, in aller Regel zeigt sich eine Aufhebung der Gefäßzeichnung mit diffuser Rötung, die Gefäßzeichnung kann andererseits manchmal auch betont und pantherfellartig hervorgehoben sein. In diesem Stadium der subakuten Kolitis fällt vor allen Dingen die starke Differenz zwischen relativ unauffälligem makroskopischen Bild und erheblichen entzündlichen Infiltrationen im histologischen Bild auf. Ein Schleimhautödem mit fibrinösen Belägen in Form kleiner gelb-weißer Plaques mit Rötungen der Umgebung bei entsprechender Anamnese zeigt sich auch bei der pseudo-mem-

Einfache Dosierung

Bei bakteriellen Infektionen

Eusaprim® forte



Standard-Dosierung

2 × 1 Tablette täglich

Eusaprim = **Eusaprim forte**

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

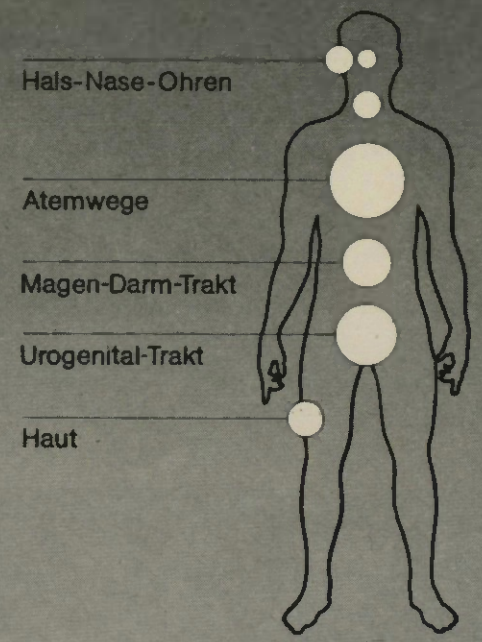
Niedrige Tageskosten

In dieser Jahreszeit häufig:

akute Infekte

Eusaprim® forte

Zuverlässige Therapie-Erfolge



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

branösen Kolitis, wie sie im amerikanischen Schrifttum nach Verabreichung bestimmter Antibiotika angegeben wird. Insgesamt ist dieses ödematöse subakute Stadium der Kolitis oft Röntgen-negativ und sollte durch Koloskopie und Histologie abgeklärt werden.

2. Erosionen

Im subakuten Stadium der Colitis ulcerosa zeigen sich fleckförmige kleine Blutungen in Form punktförmiger Extravasate. Diese können aber auch im abklingendem Stadium der Kolitis durch Bildung von teleangiektatischen Gefäßsprossen, die ohne schützende Epithelschicht besonders verletzlich sind, hervorgerufen werden. Bei der Strahlenproktitis dagegen zeigen sich unregelmäßige Rötungen und Flecken, einzelne Petechien, aber in dieser leichteren subakuten Form noch kein Abgang von Blut. Die unspezifische Proktitis, wie sie z. B. durch mechanische Einwirkungen entsteht, zeigt eine mehr diffuse leichte Rötung und einige abgegrenzte Erosionen, bei der Biopsie ist der an sich gute Zustand der Schleimhaut an den sich fest einrollenden Rändern der Biopsiestelle zu ersehen. Differentialdiagnostisch zu den Erosionen sei die Melanosis coli erwähnt, die fleckförmig pigmentierte Schleimhaut zeigt dieses Bild aufgrund der Einlagerung eines scholligen Pigmentes, es handelt sich hier um keine entzündliche Erkrankung.

3. Körnige Granulationen der Schleimhautoberfläche

Bei jeder unspezifischen Entzündung kann es zu einer Hyperplasie und Stauung der Lymphfollikel kommen, die dann eine Körnelung der Schleimhautoberfläche verursachen. Ebenso kann es zu einer Unregelmäßigkeit in der Struktur und Oberfläche der Krypteneingänge kommen, diese können entzündlich verschwollen sein und damit ebenfalls ein Granulationsmuster bewirken. Im erosiven Stadium der Colitis ulcerosa dagegen findet sich dieses irritierte Kryptenrelief nur fleckenweise, unterbrochen von Zonen weißlich verdickter entzündlich infiltrierter Schleimhaut. Die Granulierung ist in der Regel an der Zersplitterung des Lichtreflexes deutlich zu erkennen. Dazu eignet sich am besten die Betrachtung durch die Lupenvergrößerung (vier- bis fünffach). Granulationen unregelmäßiger Ausdehnung sieht man auch im Rückbildungsstadium der Colitis ulcerosa, sie werden durch Regenerationsvorgänge und Wiederherstellung der Kryptenstruktur bewirkt. Im Gegensatz dazu stellt eine deutliche gelbe Tüpfelung beim Bild der Colitis ulcerosa keine Granulation dar, sondern es handelt sich um die sichtbar werdenden Kryptenabszesse im akuten Stadium.

4. Ulzerationen

Die sogenannten aftoiden Läsionen, d. h. kleinste flache Ulzerationen, die sich dem radiologischen Nachweis entziehen, sind typisch für das Anfangsstadium eines Morbus Crohn. Breiten sie sich aus, werden sie deutlicher und größer, so handelt es sich um die typischen „skip lesions" beim Morbus Crohn, also um scharf abgegrenzte unregelmäßig geformte Ulzera. Flache schmierige, nicht eindeutig abzugrenzende Ulzerationen mit einem deutlichen hyperämischen entzündlichen Randwall sind typisch für die Amöbenruhr, die differentialdiagnostisch durch den Erregernachweis geklärt werden muß. Bei der hochakuten Colitis ulcerosa dagegen handelt es sich um flache konfluierende Ulzerationen, bei denen der typische Randwall fehlt. Die Fibrinbeläge können schneeflockenartig dick sein, Blutungen sind obligat. Ein Fibrinmuster gitterartig angeordnet, zum Teil mit sehr feiner Zeichnung, zeigt sich auch bei einer unspezifischen Kolitis, ausgebreitete fibrinöse Beläge sind für die Colitis pseudomembranacea natürlich typisch. Davon zu unterscheiden sind die ausgedehnten Nekrosen, die teilweise durch Stuhlgang und Blut verfärbt sind, wie sie bei der nekrotisierenden Prokto-Kolitis, bei schweren Staphylokokken-, Allgemeininfektionen oder nach protrahiertem Schock auftreten können. Als Ursachen werden Gefäßthrombosen bzw. Venenthrombosen angenommen.

5. Blutung

Bei einer Blutung aus dem After muß differentialdiagnostisch immer an eine Divertikelblutung gedacht werden, die Abklärung erfolgt mittels Notfall-Koloskopie nach entsprechender Vorbereitung. Bei der akuten Colitis ulcerosa dagegen, bei der es zu Blutungen aus Erosionen und Ulzerationen kommt, werden die Veränderungen bereits bei der Rektoskopie erkannt, eine Koloskopie wie auch eine Röntgenuntersuchung sind hier streng kontraindiziert. Bei der hämorrhagischen Proktitis handelt es sich um eine Sonderform der Kolitis, es kommt zu diffusen, flächig ausgedehnten Blutungen bei hochrot verfärbter Rektumschleimhaut, die Veränderungen sind nach proximal am rektosigmoidalen Übergang meist sehr scharf abzugrenzen und gehen völlig unvermittelt in gesunde Sigmaschleimhaut über. Hier kann die Abklärung der Ausdehnung mit vorsichtiger Untersuchungstechnik mittels des kurzen Koloskopes erfolgen. Blutungen aus Erosionen und Ulzerationen können sich wiederholt während der rezidivierenden Schübe einer akuten Colitis ulcerosa einstellen, so können sich diese Veränderungen zwischen den Pseudopolypen des typischen Abheilungsstadiums immer wieder zeigen. Die Blutung ist der Gradmesser für den Schweregrad der Colitis ulcerosa, unter Umständen kann das endoskopische Bild dem einer konfluierenden flächenhaften Blutung bei schwerer Strahlenproktitis sehr ähneln, die Abklärung erfolgt vor allen Dingen durch die Anamnese.

6. Fisteln und andere Komplikationen

Innere Fisteln beim Morbus Crohn können meist nur endoskopisch sicher lokalisiert und abgegrenzt werden, dabei kann ein Plastikkatheter durch das Endoskop in die Fistel eingeführt werden und mittels Kontrastmittelinjektion der Fistelgang in seiner ganzen Ausdehnung radiologisch dargestellt werden. Nicht zu verwechseln ist das endoskopische Bild einer Fistel mit dem einer chronischen Divertikulitis bzw. Divertikulose, das Bild einer vereiterten Divertikulitis mit Narben und Stenosebildung sowie Eiterentleerung aus dem Divertikel kann dem eines Morbus Crohn im akuten Stadium überaus ähnlich sein. Ein divertikelähnliches endoskopisches Bild ergibt sich bei der oberflächlichen Betrachtung einer abgeheilten Colitis ulcerosa mit typischer Mukosabrückenbildung durch konfluierende Schleimhautregenerate.

7. Pseudopolypen

Im Abheilungsstadium der Colitis ulcerosa kommt es zu den typischen Pseudopolypen, die aus fibrösen und teleangiektatischen Hyperplasien und Granulomen bestehen. Auch diese können zum Teil noch sehr leicht bluten, wenn über den Teleangiektasien die Epithelschicht noch nicht dick genug verheilt ist. Eine Sigmapolyposis wird sich endoskopisch davon leicht unterscheiden lassen, wobei nicht zuletzt die Differentialdiagnose durch die Biopsie gestellt werden kann. Schwieriger dagegen ist die Differentialdiagnose zum Pflastersteinrelief nach Abklingen eines Schubes des Morbus Crohn, hier sind jedoch die Regenerate polsterförmig und segmental angeordnet, sie werden außerdem durch sogenannte „skip areas", d. h. gesunde Schleimhautinseln oder auch -flächen, unterbrochen.

8. Strikturen und Stenosen

Eine Narbenstenose nach unspezifischer schwerer Entzündung wird sich durch die völlig reizlose Auskleidung mit gesundwirkender Schleimhaut und durch die fehlende Umgebungsreaktion zu erkennen geben, letztlich ist die Klärung jedoch immer durch die Biopsie anzustreben. Eine Narbenstenose bei einem Morbus Crohn dagegen wird in der Umgebung Hyperregenerate zeigen, eventuell noch Fistelbildungen, Eiterentleerung und ähnliches.

Bei der Colitis ulcerosa kommt es ebenfalls zu einer Lumenverengung und auch zur einer Darmverkürzung insgesamt bei bindegewebiger Infiltration des Stromas und der Submukosa sowie Schrumpfung der Muskulatur aufgrund eines fraglichen Ganglienverlustes. Eine Tumorstenose sowie eine Stenose bei Divertikeltumor, aus der sich pathognomonisch Eiter entleeren kann, wird auch bioptisch oft schwer gegen diese genannten Veränderungen abgrenzbar sein, da unter Umständen technische Schwierigkeiten bei der Entnahme von Biopsien aus der Stenose selbst auftreten können.

Literatur bei der Verfasserin

Anschrift der Verfasserin:
Dr. med. Dorothea *Geile*, Assistenzärztin,
Ismaninger Straße 22, 8000 München 80

Das Kolonkarzinom

von P. Frühmorgen

Aus der Medizinischen Klinik mit Poliklinik der Universität Erlangen-Nürnberg
(Direktor: Professor Dr. med. L. *Demling*)

Häufigkeit und Lokalisation

Das Dickdarmkarzinom gehört bei kontinuierlich zunehmender Morbidität zu den häufigsten Tumoren des Menschen. In der Bundesrepublik Deutschland sterben jährlich über 20 000 Menschen an einem kolo-rektalen Karzinom.

Von den Malignomen des Gastrointestinaltraktes (etwa 30 Prozent aller Karzinome des Menschen) ist jedes zweite im kolo-rektalen Bereich lokalisiert. Fanden sich früher die meisten Dickdarmkarzinome im Rektum, so scheint sich diese Verteilung heute zugunsten des Sigmas verschoben zu haben. Insgesamt sind 70 bis 80 Prozent aller Dickdarmkarzinome im Rektosigmoid lokalisiert, was für die Frühdiagnose von besonderer Bedeutung ist. In etwa fünf Prozent aller Kolonkarzinome muß mit einem Zweitkarzinom gerechnet werden.

Morbidität

Das Kolonkarzinom ist, wie das Rektumkarzinom, ein Malignom des mittleren, insbesondere des höheren Alters. Im Alter von 45 Jahren sterben neun, im Alter von 70 Jahren 250 von 100 000 Menschen an einem Dickdarmkarzinom (WHO 1969).

Die Erkrankung betrifft Männer etwa doppelt so häufig wie Frauen. Das Risiko der Entwicklung eines Dickdarmkarzinoms beträgt bei der Normalbevölkerung etwa fünf Prozent. Risikopatienten (adenomatöse Polypen, familiäre Polypose, Colitis ulcerosa, Morbus Crohn, Zustand nach Karzinomoperation) haben eine erhöhte Karzinominzidenz.

Pathologische Anatomie

Das Kolonkarzinom ist in aller Regel ein Adenokarzinom mit vorwiegend infiltrierendem oder exophytischem und ulzerierendem Wachstum. Es handelt sich dabei ganz überwiegend um differenzierte Adenokarzinome (ca. 80 Prozent), die langsam wachsen, spät metastasieren und somit eine relativ günstige Prognose aufweisen.

Die auf der Karzinomausbreitung basierende Klassifikation nach Dukes (Stadium A, B, C) hat prognostische Bedeutung. Im Stadium des Schleimhautbefalles (Dukes A), dem Ziel der Früherkennung, beträgt nach adäquater operativer Therapie die Fünf-Jahres-Überlebenszeit ca. 90 Prozent. Bei infiltrativem Wachstum mit regionärem Lymphknotenbefall (Dukes C) sinkt dieser Prozentsatz auf ca. 30 Prozent ab.

Nicht selten entsteht das Kolonkarzinom aus adenomatösen Dickdarmpolypen. Neben den karzinomatösen Polypen mit infiltrierendem Wachstum kennen wir das auf die Mukosa beschränkte fokale Karzinom in einem Dickdarmadenom, das allein nach Ektomie des Polypen und sorgfältiger histologischer Aufarbeitung diagnostizierbar ist.

Symptomatik

Sieht man von der okkulten Blutung ab, so gibt es keine Frühsymptome des Kolonkarzinoms. Die klinische Manifestation signalisiert in aller Regel ein fortgeschrittenes Malignomwachstum. In abnehmender Häufigkeit werden Bauchschmerz, Gewichtsverlust, Blut- und Schleimabgänge, paradoxe Diarrhöen, Übelkeit und Erbrechen, Leistungsknick, Appetitverlust und Bleistiftstuhl angegeben. Die Häufigkeit dieser Symptome wird vorwiegend vom Sitz und der Wuchsform des Karzinoms bestimmt.

Diagnose

Zur Diagnose des Kolonkarzinoms stehen direkte Methoden (Endoskopie mit Biopsie) und indirekte Methoden (Radiologie) zur Verfügung. Biochemische (z. B. Nachweis von okkultem Blut im Stuhl) und immunologische (z. B. Bestimmung von Tumorantigenen) Untersuchungsverfahren können nur indirekt auf das Vorliegen eines Tumors hinweisen. Im symptomatischen Stadium eines Kolonkarzinoms sind allein die Diagnose-sichernden Methoden anzuwenden. Als solche kommen die Rektoskopie, die Fibersigmoidoskopie,

die Koloskopie und die Röntgenuntersuchung im Doppelkontrastverfahren zur Anwendung.

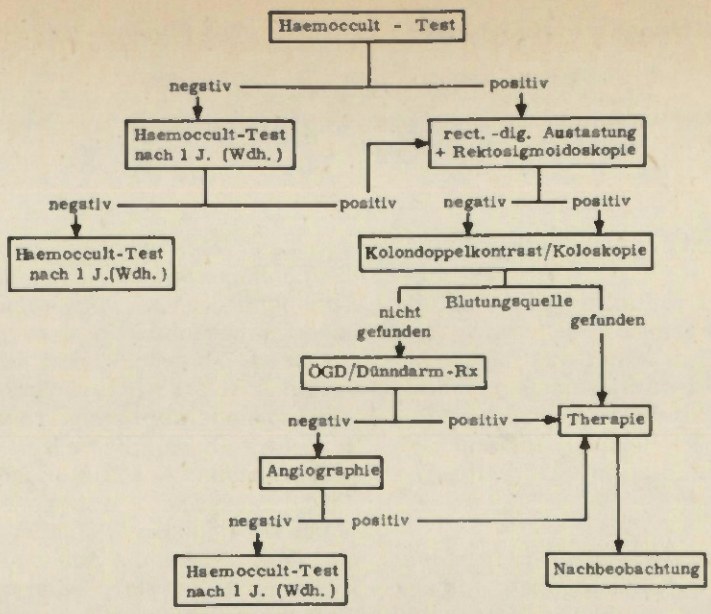
Während durch die rektal-digitale Austastung lediglich tiefsitzende Rektumkarzinome (etwa ein Drittel aller Rektumkarzinome) erfaßbar sind, können durch die Rekto-Sigmoidoskopie mit starren Instrumenten 60 bis 70 Prozent aller kolo-rektalen Karzinome gesehen und in ca. 90 Prozent durch eine bioptische Gewebeentnahme histologisch gesichert werden. Die rektoskopisch nicht einsehbaren höheren Dickdarmabschnitte sind fiberendoskopisch erreichbar oder radiologisch darzustellen.

Unter optimaler Vorbereitung und Anwendung der Doppelkontrastmethode sind etwa 80 Prozent der Dickdarmkarzinome und 50 bis 70 Prozent aller Polypen auffindbar. Als Vorteile der mit vollflexiblen Fiberendoskopen durchführbaren Dickdarmuntersuchung sind u. a. die direkte Inspektion der Schleimhaut, die Möglichkeit der durch Biopsie morphologisch gesicherten Diagnose und die leichte Differenzierbarkeit organischer Läsionen von Stuhlresten zu nennen, die zu einer hohen diagnostischen Ausbeute führen.

Die Fiberendoskopie des Dickdarmes ist als Sigmoidoskopie, als partielle Koloskopie bis zur linken Flexur und als hohe Koloskopie bis zum Zökum ausführbar. Neben Zangenbiopsien ist die Ektomie größerer Läsionen, insbesondere von Polypen, mit Hilfe von Hochfrequenz-Diathermieschlingen möglich.

So nicht primär einsetzbar, sollte die Koloskopie auf jeden Fall bei unklaren und fraglichen Röntgenbefunden, aber auch bei unauffälligem Röntgenbefund und einer auf ein Karzinom hinweisenden Symptomatik durchgeführt werden. Eine technisch schlechte Röntgenuntersuchung stellt jedoch keine Indikation zur Koloskopie dar. Die Möglichkeit von Zweitkarzinomen zwingt in jedem Fall zur Untersuchung des gesamten Dickdarmes.

Die Doppelkontrastuntersuchung und die Koloskopie sind Untersuchungsmethoden von hohem diagnostischen Wert, wegen des apparativen und zeitlichen Aufwandes jedoch für Massenuntersuchungen im Rahmen der allgemeinen Vorsorge nicht einsetzbar. Die Suche nach okkultem Blut (Haemoccult®), seit dem 1. Januar 1977 in das kostenlose Vorsorgeprogramm integriert, hat sich uns als eine einfach durchzuführende Screening-Methode mit hoher Selektion pathologischer Befunde bewährt. Ein positives Testergebnis muß die konsequente Fahndung nach der Blutungsquelle auslösen. Aus finanziellen und personellen Gründen erscheint das in der Tabelle dargestellte Vorgehen sinnvoll.



Der immunologischen Bestimmung des Carcino-Embryonic-Antigen (CEA), einem Tumorantigen, das in bis zu 70 Prozent beim Kolonkarzinom gefunden werden kann, kommt im Rahmen der Früherkennung des Kolonkarzinoms keine pathologische Bedeutung zu, da es weder tumor- noch organspezifisch ist. Es wird ebenso bei Malignomen anderer Organe, entzündlichen Erkrankungen und bei gesunden Personen gefunden. Die klinische Bedeutung des CEA-Nachweises liegt darin, daß bei einem Anstieg eines präoperativ nachgewiesenen und postoperativ abgefallenen CEA-Spiegels im Serum ein Karzinomrezidiv anzunehmen ist.

Therapie

Alle Dickdarmpolypen sind, wie beim Rektumkarzinom ausgeführt, zunächst aus rein diagnostischen Gründen in toto zu entfernen, was in der Regel auf endoskopischem Wege möglich ist. Beim benignen Polypen, fokalen Karzinom (Karzinomwachstum auf Mukosa fokal beschränkt) und unter gewissen Voraussetzungen (Polypenstiel im Bereich der Abtragungsstelle frei von karzinomatösen Strukturen, Malignitätsgrad I und II) beim invasiv wachsenden Karzinom ist aus dem Befund mit der vorgenommenen Ektomie zugleich die nötige therapeutische Konsequenz vollzogen worden. In allen anderen Fällen muß die chirurgische Behandlung erfolgen, wobei die sphinktererhaltende Radikaloperation angestrebt wird. Diese setzt jedoch wiederum eine wirkungsvolle Früherkennung voraus.

Prognose

Die Fünf-Jahres-Überlebenszeit radikal operierter Dickdarmkarzinomträger beträgt in Sammelstatistiken einschließlich der Operationsletalität 41 bis 48 Prozent, bei einzelnen Autoren bis zu 60 Prozent. Etwa ein Drittel aller Patienten entwickeln postoperativ ein lokales Rezidiv, von denen 20 Prozent noch radikal zu entfernen sind.

Nachsorge

Die relativ hohe Zahl lokaler Rezidive, die Chance einer Radikaloperation bei Früherkennung des Rezidivs und die Gefahr eines Zweitkarzinoms verpflichten zu einer sorgfältigen postoperativen Überwachung der an einem Kolonkarzinom operierten Patienten. Diese kann am effektivsten allein koloskopisch erfolgen. Endoskopische Nachuntersuchungen sollten in den ersten drei postoperativen Jahren halbjährlich, danach jährlich erfolgen.

Anschrift des Verfassers:

Privatdozent Dr. med. Dr. med. habil. P. *Frühmorgen*, Krankenhausstraße 12, 8520 Erlangen

Das Rektumkarzinom

von P. Frühmorgen

Aus der Medizinischen Klinik mit Poliklinik der Universität Erlangen-Nürnberg (Direktor: Professor Dr. med. L. *Demling*)

Häufigkeit und Lokalisation

Zehn bis 15 Prozent aller menschlichen Karzinome finden sich im Dickdarm. Etwa zwei Drittel dieser Malignome sind im rekto-sigmoidalen Bereich lokalisiert. Drei bis fünf Prozent aller Rektumkarzinome sind Doppeltumoren mit multizentrischem Wachstum.

In den letzten Jahren ist bei einer starken Zunahme des kolo-rektalen Karzinoms, die Häufigkeit des Magenkarzinoms wurde bereits erreicht, eine Verschiebung der Lokalisation zu beobachten. Das Rektumkarzinom (bis 15 cm Höhe) nimmt zahlenmäßig ab, das Sigmakarzinom zu.

Morbidität

Das Rektumkarzinom ist ein Malignom des mittleren, insbesondere des höheren Alters. Unter dem 40. Lebensjahr ist es selten. Die Häufigkeit steigt jedoch dann steil an und erreicht einen Altersgipfel im sechsten und siebten Lebensjahrzehnt mit einer Karzinomtodesrate von etwa 50 pro 100 000 Einwohner im Alter von 65 bis 74 Jahren. Die Geschlechtsverteilung (männlich/weiblich) liegt bei 3 : 2 bis 2 : 1.

Anatomie

Das Rektum liegt in der Sakralhöhle und erstreckt sich mit einer Länge von ca. 15 cm vom Analkanal bis zur Höhe des dritten Sakralwirbels, dem rekto-sigmoidalen Übergang. Allein die Karzinome dieses Bereiches sind als eigentliche Rektumkarzinome zu bezeichnen. Am rekto-sigmoidalen Übergang findet sich oft eine fast rechtwinkelige Richtungsänderung des Darmes, welche die tiefe Einführung eines starren Rekto-Sigmoidoskopes erschwert oder im Einzelfall unmöglich machen kann.

Pathologie

Das Rektumkarzinom ist, wie das Karzinom des Kolons, in der Regel ein Adenokarzinom, das in seltenen Fällen ein szirrhöses Wachstum zeigen kann. Makroskopisch sind das blumenkohlartige oder polypoid vorspringende von der vorwiegend zirkulär wachsenden Form zu unterscheiden. Die histologische Klassifikation erfolgt zweckmäßigerweise entsprechend der Karzinomausbreitung nach Dukes (Stadium A, B, C), wobei Stadium A die beste, Stadium C die schlechteste Prognose aufweist. Die häufigsten Polypenformen des Dickdarmes, die Adenome (ca. 70 Prozent), sind Neoplasien mit der Potenz zur malignen Degeneration. Fokale und invasiv wachsende Karzinome sind diagnostizierbar.

Symptomatik

Frühsymptome gibt es, abgesehen von der okkulten Blutung, nicht. Unklare abdominelle und perianale Beschwerden, Stuhlunregelmäßigkeiten (Bleistiftstuhl), peranale Blutungen, Gewichtsabnahme und Leistungsknick sind Zeichen eines fortgeschrittenen Tumorwachstums.

Diagnose

Zur Diagnose stehen neben den anamnestischen Hinweisen (Spätsymptome!) die digitale Untersuchung, die Rektoskopie und die Röntgenuntersuchung zur Verfügung. Direkte Methoden, wie die Rektoskopie, mit histologischer Sicherung der Diagnose sind überlegen und müssen im symptomatischen Stadium routinemäßig durchgeführt werden.

Die digitale Austastung, sie sollte stets die erste Untersuchung sein, wird in ihrem quantitativen Aussagewert überbewertet. Tastbar sind lediglich ca. 20 Prozent der gesamten Dickdarmkarzinome und nur etwa ein Drittel aller Rektumkarzinome. Die Röntgenuntersuchung im Doppelkontrastverfahren, wenn möglich die Koloskopie, sollte bei nachgewiesenem Rektumkarzinom zum Ausschluß eines Zweitkarzinoms im proximalen Kolon eingesetzt werden.

Nachgewiesene Polypen bedürfen zwecks histologischer Klassifikation der in der Regel endoskopisch durchführbaren Ektomie. Die Biopsie eines Polypen muß unterbleiben, da das entnommene Gewebe für die Gesamtläsion nicht repräsentativ ist.

Die seit 1. Januar 1977 in die allgemeine kostenlose Krebsvorsorgeuntersuchung aufgenommene Suche nach okkultem Blut (Haemoccult®-Test) stellt eine Screening-Methode mit hoher Selektionsrate dar. Bei positivem Testergebnis ist eine gezielte Diagnostik anzuschließen (s. Tab. Seite 345).

Das früherkannte Rektumkarzinom hat eine ausgesprochen gute Prognose. Leider vergehen auch heute noch zwischen erstem Auftreten von Symptomen und Diagnosestellung acht bis zehn Monate. Die Fehldiagnose einer Hämorrhoidalblutung ist verhängnisvoll und vermeidbar.

Therapie

Die zunächst aus rein diagnostischen Gründen durchgeführte Ektomie von Polypen ist bei Adenomen mit Epithelatypien (Epithelatypien gehören zum Dickdarmadenom und stellen kein Frühkarzinom dar), fokalen Karzinomen in polypösen Adenomen sowie unter gewissen Voraussetzungen auch beim invasiv wachsenden Karzinom (Stiel im Abtragungsbereich frei von karzinomatösen Strukturen, Malignitätsgrad I oder II) gleichzeitig die adäquate Therapie. Die Behandlung aller anderen Rektumkarzinome ist chirurgisch, wobei sphinktererhaltende Eingriffe angestrebt werden. Elektro- und kryochirurgische Verfahren stellen Palliativmaßnahmen dar.

Nachsorge

Jedes operierte Rektumkarzinom bedarf der intensiven Überwachung, um die in 20 bis 30 Prozent zu erwartenden lokalen Rezidive frühzeitig zu erkennen. Methode der Wahl ist die Rektoskopie, die in den ersten drei postoperativen Jahren halbjährlich, danach jährlich durchgeführt werden sollte. Wegen der Gefahr eines Zweitkarzinoms im proximalen Kolon sollte auch dieser Dickdarmabschnitt in die radiologische oder besser koloskopische Überwachung aufgenommen werden.

Anschrift des Verfassers:
Privatdozent Dr. med. Dr. med. habil. P. *Frühmorgen*, Krankenhausstraße 12, 8520 Erlangen

Abiadin®

öffnet die Atemwege
löst zähen Schleim
lindert Hustenqual

Guter Geschmack
zuckerfrei
Für alle Altersstufen
ab 6. Monat

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

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

Zusammensetzung:

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

1/77

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

von Günter Hirsch und Walther Weißauer

(Fortsetzung)

2. Auslegungsfragen und verfassungsrechtliche Zweifel

Die gesetzliche Neuregelung des Schwangerschaftsabbruches wirft in rechtlicher, insbesondere verfassungsrechtlicher Hinsicht sowie im praktischen Vollzug eine Vielzahl von Problemen auf. Bevor auf die Frage der Mitwirkung von Ärzten, Pflegepersonal und Krankenhausträger an derartigen Eingriffen näher eingegangen wird, sollen die wichtigsten kurz aufgezeigt werden.

2.1 Die Privilegierung der Schwangeren

Der Gesetzgeber war durch das Urteil des Bundesverfassungsgerichtes vom 25. Februar 1975 (BVerfGE 39, 1 ff) aufgerufen, das sich entwickelnde Leben *auch gegenüber der Mutter* in Schutz zu nehmen. Wenn dieser Schutz auf keine andere Weise erreicht werden kann, muß er nach dieser Entscheidung das Mittel des Strafrechts hierfür einsetzen. Das Bundesverfassungsgericht hält eine Einschränkung der Strafbarkeit nur insoweit für vertretbar, als durch die Gesamtheit der dem Schutz des werdenden Lebens dienenden Maßnahmen ein der Bedeutung des zu sichernden Rechtsgutes entsprechender tatsächlicher Schutz gewährleistet ist.

Ob die in den §§ 218 ff StGB getroffenen Regelungen diesen Anforderungen in allen Punkten genügen, erscheint fraglich. Insbesondere mit der Privilegierung der Schwangeren in § 218 Abs. 3 Satz 2 StGB (vgl. 1.3.8.2) ist der Schutz des werdenden Lebens erheblich relativiert worden (24). Die Schwangere braucht lediglich zwei Voraussetzungen zu erfüllen, um bei einem Abbruch innerhalb der ersten 22 Wochen (25) straffrei zu bleiben: der Eingriff muß von einem Arzt durchgeführt werden und sie muß sich der sozialen und ärztlichen Beratung nach § 218 b Abs. 1 StGB unterzogen haben. Die erste Voraussetzung kann sie bei einer Abtreibung im Ausland ohne Schwierigkeiten erfüllen. Die zweite dürfte – abgesehen von der Fragwürdigkeit der getroffenen Beratungsregelung überhaupt (vgl. 2.3) – für die zum Abbruch entschlossene Frau in der Regel eine reine Formsache sein, die den Schutz des werdenden Lebens nicht ausreichend gewährleisten kann (26). Es erscheint mit den vom Bundesverfassungsgericht aufgestellten Grundsätzen (27) kaum vereinbar, daß eine Schwangere, die die Schwangerschaft nach vorhergehender formaler Beratung durch einen Arzt abbrechen läßt, in jedem Fall, ungeachtet der Gründe und Motive für den Abbruch und der Frage, ob ihr die Fortsetzung der Schwangerschaft zumutbar war, straflos gestellt wird. Diese Regelung wurde zutreffend als „verkappte Fristenlösung" bezeichnet (28). Der Umstand, daß diese Tat rechtswidrig bleibt und daß folglich kein Leistungsanspruch nach der RVO besteht, beinhaltet zwar eine Mißbilligung (29). Ob diese jedoch einen der Bedeutung des zu sichernden Rechtsgutes entsprechenden tatsächlichen Schutz gewährt, wird von den Kritikern des Gesetzes zu Recht bezweifelt (30).

2.2 Die Indikationen

2.2.1 Die medizinisch-soziale Indikation

Der Kern der Neuregelung ist die Normierung einer gegenüber dem bisherigen Sprachgebrauch und Verständnis der medizinischen Indikation ganz erheblich erweiterten *medizinisch-sozialen Indikation,* die alleiniger Rechtfertigungsgrund für den Schwangerschaftsabbruch ist (31). Ihre Voraussetzungen liegen nicht mehr nur dann vor, wenn der Eingriff erforderlich ist, um von der Schwangeren eine gegenwärtige, anders nicht abwendbare Gefahr für das Leben oder die Gefahr einer schweren Gesundheitsschädigung abzuwenden (32). Vielmehr genügt es, wenn im Wege einer ganzheitlichen, auch die *zukünftigen Lebensverhältnisse* der Schwangeren berücksichtigenden Betrachtung, in die neben biologisch-medizinischen Bedingungen die gesamten sozialen Lebensumstände einzubeziehen sind, die Gefahr einer Beeinträchtigung des Gesundheitszustandes der Frau besteht (33). Eine solche Gefahr kann etwa dann bestehen, wenn infolge einer Summierung wirtschaftlicher und familiärer Belastungen eine psychische Überforderung der Schwangeren (Stichwort „verbrauchte Mutter") zu befürchten ist (34). Da der Gesetzgeber hier im Gegensatz zu der in Art. 2 Abs. 2 des 5. StrRG enthaltenen Regelung nicht – wie verschiedentlich gefordert (35) – auf eine „Gesundheitsschädigung" der Schwangeren abstellt, sondern auf eine begrifflich weitere (36) „Beeinträchtigung des Gesundheitszustandes", ist nicht erforderlich, daß die Gefahr einer einem bestimmten Krankheitsbild entsprechenden, aus spezifisch somatischen oder psychischen Faktoren zu diagnostizierenden gesundheitlichen Störung besteht (37).

Diese Ausdehnung der medizinischen Indikation in den sozialen Bereich erscheint in mehrfacher Hinsicht problematisch (38). Der eingreifende wie der zur Feststellung der Indikation berufene Arzt wird sich in vielen Fällen nicht in der Lage sehen, diese Indikationsvoraussetzungen sachgerecht zu prüfen. Eine klare Abgrenzung der Umstände, die eine psychische Überforderung der Frau befürchten lassen, von den mit der Geburt, Pflege und Erziehung eines Kindes naturgemäß verbundenen Belastungen, wird häufig kaum möglich sein. Zu vielfältig sind die Faktoren, die zu einer den Gesundheitszustand beeinträchtigenden Belastung der Schwange-

ren führen können. Durch die Einbeziehung der zukünftigen Lebensverhältnisse wird die Eingrenzung noch mehr erschwert. Die Entscheidung über den Schwangerschaftsabbruch beruht in diesen Fällen auf einer reinen Prognose mit all den immanenten Unsicherheitsfaktoren.

2.2.2 Die eugenische Indikation

Sprechen dringende Gründe (39) für die Annahme, daß das Kind infolge einer Erbanlage oder schädlicher Einflüsse vor der Geburt an einer nicht behebbaren Schädigung seines Gesundheitszustandes leiden würde, so ist der Schwangerschaftsabbruch dann zulässig, wenn die zu befürchtende Schädigung so schwerwiegend ist, daß von der Schwangeren die Fortsetzung der Schwangerschaft nicht verlangt werden kann. Die innere Rechtfertigung dieser Regelung liegt weder in der „Eugenik" im bevölkerungspolitischen Sinne noch darin, daß einem Kind ein Leben mit einer schweren Gesundheitsbeeinträchtigung erspart bleiben soll, sondern ausschließlich darin, der besonderen Situation der Frau, die ein voraussichtlich geschädigtes Kind erwartet, Rechnung zu tragen. Folgerichtig wird darauf abgestellt, ob die Fortsetzung der Schwangerschaft trotz der anzunehmenden Schädigung der Leibesfrucht von der Frau verlangt werden kann. Durch den Wortlaut des Gesetzes wird klargestellt, daß für die Prüfung, ob die Austragung der Leibesfrucht verlangt werden kann, die Schwere der zu befürchtenden Gesundheitsschädigung des Kindes maßgebend ist. Ob der Frau aufgrund der äußeren Umstände (wirtschaftliche Verhältnisse, Zahl der Kinder, Gesundheitszustand) oder ihrer psychischen Situation die Fortsetzung der Schwangerschaft zuzumuten ist (40), wird weitgehend außer Betracht bleiben müssen (41). Vielmehr wird bei bestimmten schweren Schädigungen der Leibesfrucht von keiner Schwangeren, die den Abbruch begehrt, eine Fortsetzung der Schwangerschaft von Gesetzes wegen verlangt werden können.

2.2.3 Die ethische Indikation

Bei der ethischen Indikation (§ 218 a Abs. 2 Nr. 2 StGB) wird der Arzt, der über sie entscheiden soll, schon bei der Überprüfung der von der Schwangeren behaupteten Fakten vor nahezu unüberwindliche Schwierigkeiten gestellt. Der feststellende und der den Eingriff vornehmende Arzt müssen nicht nur prüfen, ob an der Schwangeren eine rechtswidrige Tat nach den §§ 176 bis 179 StGB begangen wurde (42), sondern auch, ob dringende Gründe für die Annahme bestehen, daß die Schwangerschaft auf der Tat beruht. Auf welche Weise und mit welchem Gewißheitsgrad ein solcher Nachweis zu führen ist, läßt das Gesetz offen (43). Es bleibt letztlich dem Beurteilungsvermögen des Arztes überlassen, inwieweit er dem Vorbringen der Schwangeren glaubt, vertrauen zu dürfen (44). Die Schwangere bleibt auch dann straflos, wenn sie den Abbruch durch bewußt unwahre Angaben erschlichen hat (45).

Die Frage der Zumutbarkeit der Fortsetzung der Schwangerschaft ist bei der ethischen Indikation nicht zu prüfen. Ob damit in jedem Fall die Kongruenz mit der medizinisch-sozialen Indikation gewahrt ist, erscheint fraglich.

2.2.4 Die Notlagenindikation

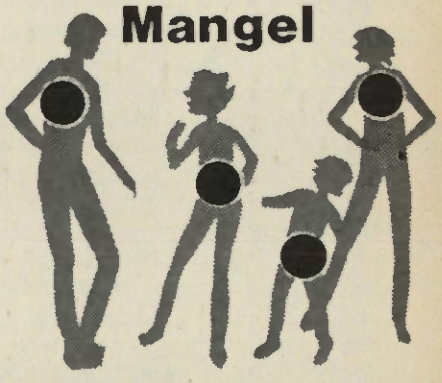
Bei der Notlagenindikation (§ 218 a Abs. 2 Nr. 3) fehlt im Gesetz jeder sichere Anhaltspunkt dafür, unter welchen Umständen eine Notlage für die Schwangere vorliegt, die so schwer wiegt, daß von ihr die Fortsetzung der Schwangerschaft nicht verlangt werden kann. Beeinträchtigungen des körperlichen und seelischen Gesundheitszustandes haben hierbei auszuscheiden, da sie bereits im Rahmen der medizinisch-sozialen Indikation zu berücksichtigen sind (46).

Eine Notlage im Sinne von § 218 a Abs. 2 Nr. 3 StGB soll nach Auffassung des Vorsitzenden des Sonderausschusses für die Strafrechtsreform beispielsweise in folgenden Fällen vorliegen (47):

Die Schwangere ist dadurch besonders belastet, daß sie mehrere Kinder aufziehen oder ein behindertes Kind pflegen muß. Die Versorgung eines weiteren Kindes würde schwerwiegende Nachteile für die vorhandenen Kinder – etwa Entwicklungsstörungen – bedeuten.

Der Zustand des Ehemannes – z. B. eine Geistes- oder Suchtkrankheit – belastet die Verhältnisse in der Familie so sehr, daß die Schwangere befürchten muß, sie werde ihr Kind nicht ausreichend pflegen und erziehen können.

Viele Symptome - eine Ursache: Magnesium-Mangel



MAGNESIUM VERLA®

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

Kontraindikationen: Ausscheidungshemmung bei schwerer Niereninsuffizienz, Anurie. Mg-Ampullen: Myasthenia gravis. Chronische Myokardschäden mit verlängertar Überleitungszeit, AV-Block. Mg hemmt die Reizleitung, deshalb ist die Injektion von MAGNESIUM VERLA bei gleichzeitiger Herzglykosid-Therapie nur in Fällen von Techykardie bzw. Tachyarrhythmia angezeigt.

Zusammensetzung: Dragées (entspr. 40 mg Mg = 3,3 mval), Magnesium-L-gluteminic. 100 mg, Magnesium citric. 230 mg, Magnesium nicotinic. 5 mg, Ampullen zu 10 ml (entspr. 77 mg Mg = 6,3 mval), Magnesium-L-gluteminic. 1000 mg, Konzentrat (1 Beutel enthält) mono-Magnesium-L-espartat 1803 mg, Vitamin-B₁-nitrat 2 mg, Vitamin B₂ 3 mg, Vitamin-B₆-hydrochl. 3 mg, Magnesium-Gehalt: 121,56 mg entspr. 10 mval.

50 Dragées 6,10 DM, 150 Dragées 15,30 DM · 3 Ampullen 4,40 DM, 10 Ampullen 13.45 DM · Konzentrat 20 Beutel 6,85 DM, 50 Beutel 19,95

VERLA-PHARM
8132 TUTZING

Die Schwangere kann wegen eigener schwerwiegender Behinderung – etwa Epilepsie, Depression, Taubstummheit, Blindheit, fehlende Gliedmeßen – das erwartete Kind nicht in ausreichendem Maße pflegen und erziehen.

Da die psychische und physische Überforderung der Frau als Mutter in der Regel zu einer Beeinträchtigung ihres Gesundheitszustandes führt (siehe 2.2.1), erscheint bereits die Grenzziehung zwischen der medizinisch-sozialen Indikation nach § 218 a Abs. 1 StGB und der Notlagenindikation schwierig (48). Alle drei Beispielsfälle stellen außerdem auf zu erwartende Pflege- und Erziehungseinbußen des Kindes oder bereits vorhandener Kinder ab, so daß fraglich sein könnte, ob in diesen Fällen regelmäßig eine Notlage *der Schwangeren* angenommen werden kann. Es liegt deshalb der Schluß nahe, daß eine den übrigen Indikationen kongruente Notlage der Schwangeren, die nicht zugleich die weit angelegten Voraussetzungen der medizinisch-sozialen Indikation erfüllt, nur in Ausnahmefällen vorliegt, für § 218 a Abs. 2 Nr. 3 StGB also nur ein geringer Anwendungsbereich bleibt. Demgegenüber wurde jedoch in der Beratungspraxis die Feststellung getroffen, daß vorwiegend – in etwa acht von zehn Fällen – eine soziale und nur in seltenen Fällen eine medizinische Indikation vorliegt bzw. geltend gemacht wird (49). Dies dürfte darauf beruhen, daß dort von einer engeren Auslegung der medizinischen Indikation ausgegangen wird.

2.3 Die Beratungsregelung

Den Vorschriften über die Beratung kommt eine besondere Schutzfunktion zugunsten des werdenden Lebens zu. Damit die Beratung dieser Aufgabe gerecht werden kann, forderte das Bundesverfassungsgericht zum einen, daß durch die Beratung gezielt auf den Motivationsprozeß der Schwangeren in Richtung auf eine Fortsetzung der Schwangerschaft Einfluß genommen werden müsse (50), zum anderen, daß die beratende Stelle die erforderliche Sachkunde aufweisen müsse, die ein Arzt in der Regel nicht ohne weiteres habe. Die Ärzte seien für die Sozialberatung weder nach ihrer Berufsausbildung qualifiziert, noch stünde ihnen im allgemeinen die für eine individuelle Beratung erforderliche Zeit zur Verfügung (51).

Gleichwohl hat der Gesetzgeber in *§ 218 b Abs. 2 Nr. 2 c StGB* jedem Arzt, der sich „auf geeignete Weise über die im Einzelfall zur Verfügung stehenden Hilfen unterrichtet hat", die Befugnis eingeräumt, als Berater tätig zu werden. Mit einer an Unbestimmtheit kaum zu überbietenden Generalklausel (52) ist die Gefahr der Umgehung des gesamten Systems der anerkannten Beratungsstellen geschaffen. Der Gesetzgeber läßt völlig offen, auf welche Weise und in welchem Ausmaß sich der beratende Arzt über die zur Verfügung stehenden Hilfen zu unterrichten hat. Ein Nachweis über die Unterrichtung wird nicht verlangt (53).

Mit dieser Beratungsregelung ist der Gesetzgeber ein hohes verfassungsrechtliches Risiko eingegangen (54). Er hat damit den Ärzten, die von einer Schwangeren um Beratung gebeten werden, eine große Verantwortung auferlegt (55). Der Arzt wird dieser Verantwortung im allgemeinen nur dann gerecht werden, wenn er eine ihm fachfremde und seine Möglichkeiten übersteigende Sozialberatung nicht übernimmt und die Schwangere zu einer Beratungsstelle oder einem anerkannten Berater schickt (56). Hierzu wird er nach dem ärztlichen Standesrecht verpflichtet sein.

2.4 Die ärztliche Feststellung

Nach *§ 219 StGB* ist grundsätzlich jeder Arzt – auch der nach § 218 b StGB beratende – befugt, die Feststellung zu treffen, ob eine Indikation nach § 218 a Abs. 1, Abs. 2 StGB vorliegt und die Frist für einen Abbruch nach § 218 a Abs. 3 StGB noch nicht überschritten ist. Eine behördliche Ermächtigung ist für den Arzt nicht erforderlich (57).

Mit dieser Vorschrift ist die – auch im Sonderausschuß angesprochene (58) – Gefahr der „Gespannbildung" zwischen feststellendem bzw. beratendem und ausführendem Arzt gegeben, die in anderen Ländern zu bedenklichen Praktiken geführt hat. Insbesondere ist jedoch durch das Gesetz nicht gewährleistet, daß die Feststellung nur von einem Arzt getroffen wird, der für die im konkreten Fall relevanten Umstände fachlich kompetent ist. Der Gesetzgeber ging davon aus, daß eine Beschränkung der Ärzte auf Feststellungen im Rahmen ihres Fachgebietes bereits durch das ärztliche Standesrecht gewährleistet sei, das dem Arzt Übergriffe auf Gebiete außerhalb seines Faches untersagt (59). Diese Erwägungen treffen grundsätzlich zu (60). Eine zwingende Begrenzung auf bestimmte Fachgebiete wird damit jedoch nicht erreicht, weil der Allgemeinarzt an keine Fachgebietsgrenzen gebunden ist. Außerdem bleibt die Frage ungelöst, welcher Arzt fachlich kompetent insbesondere zur Feststellung der sozialen Notlagenindikation sein soll (61).

2.5 Insgesamt gesehen ist der Gesetzgeber mit einigen Einzelregelungen und mit der Gesamtkonzeption der Neuregelung zumindest bis an die äußersten Grenzen dessen gegangen, was nach der Entscheidung des Bundesverfassungsgerichtes bei extensiver Auslegung des Urteils noch zulässig ist, möglicherweise hat er die Grenze auch überschritten. Ob sich das Gesetz trotzdem in der Praxis bewährt, ist nicht zuletzt davon abhängig, wie die Ärzteschaft die ihr durch das Gesetz übertragenen Aufgaben bewältigt.

Anmerkungen

24. Im Sonderausschuß wurde diese Regelung u. a. damit begründet, daß sich die Straffreiheitsregelung auch gegen die Laienabtreiber richte, die bisher unter dem Schutz des Schweigens der Frau, die sich auch strafbar gemacht habe, tätig werden konnten (BT-Drucks. 7/4696, S. 6). Diese Begründung erscheint schon deshalb nicht stichhaltig, weil die Straffreiheit nach § 216 Abs. 3 Satz 2 StGB nur bei einem Abbruch durch einen Arzt eingreift, bei einem Abbruch durch einen Laien die Strafbarkeit der Frau also grundsätzlich bestehen bleibt.

25. Die Fristenregelung sah demgegenüber eine Straffreiheit nur innerhalb der ersten zwölf Wochen vor.

26. Vgl. **Lackner**, NJW 1976, 1233/1243; so auch eine Minderheit im Sonderausschuß (BT-Drucks. 7/4694, S. 6).

27. aaO, S. 55/56.

28. Vgl. **Lademann**, DRiZ 1975, S. 398; **Gössel**, JR 1976, S. 5; a. A. **Laufhütte/Wilkitzki**, JR 1976, S. 330.

29. Darauf stellt u. a. der Sonderausschuß ab, BT-Drucks. 7/4696, S. 6.

30. Vgl. **Lackner**, NJW 1976, S. 1233/1243; **Schmitt**, FamRZ 1976, 595; **Gössel**, JR 1976, S. 5: „Hier drängt sich die Frage auf, ob mit § 216 Abs. 3 Satz 2 nicht die für verfassungswidrig erklärte Fristenlösung – unter Verlängerung der Frist! – nach lediglich kosmetischen Veränderungen wieder eingeführt werden soll, wenn auch beschränkt auf die Strafbarkeit der Schwangeren."

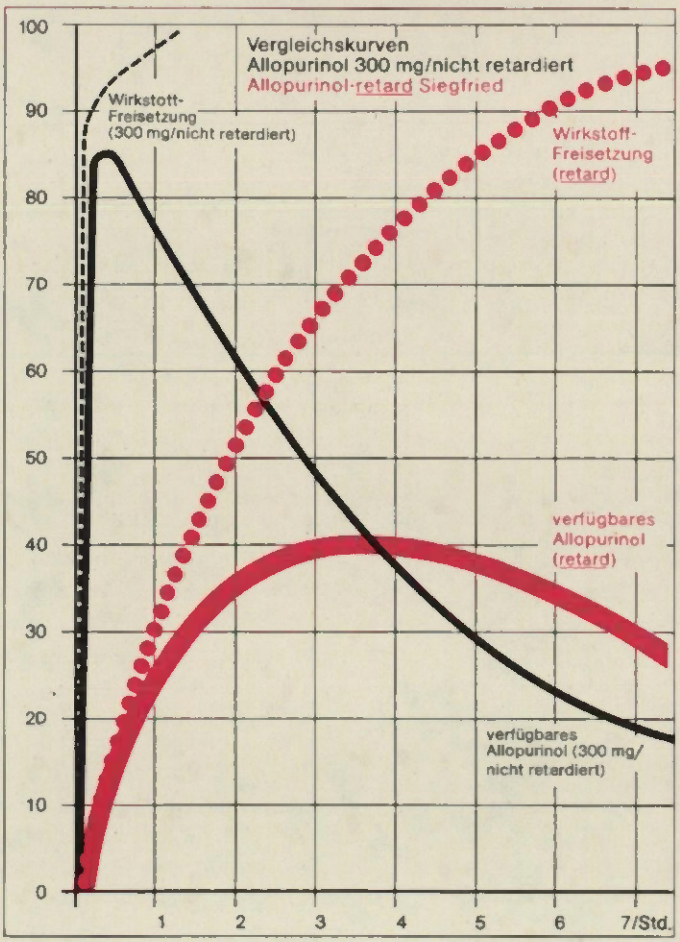
31. So ausdrücklich Sonderausschuß, BT-Drucks. 7/4696, S. 7; vgl. zur unterschiedlichen Auslegung der medizinischen Indikation **Müller**, in: Das Krankenhaus, 1974, S. 324.

Therapiekosten senken das Gebot der Stunde

Stoffwechselerkrankungen wie Hyperurikämie und Gicht erfordern möglichst langanhaltende Blutspiegel.

Deshalb Allopurinol-retard Siegfried

Graphische Darstellung von in-vitro-ALLOPURINOL-Freisetzungsraten und der errechneten verfügbaren Wirkstoffmengen unter Berücksichtigung der Eliminationsgeschwindigkeit und Metabolisierungsrate.



- **Optimale Galenik**
  langanhaltende Freisetzung des Primärwirkstoffes
- **Ausgezeichnete Verträglichkeit**
  durch zeitgemäße Galenik
- **Einfache Dosierung**
  1 X 1 Retard-Tablette täglich
- **Günstiger Preis**
  senkt Therapiekosten entscheidend

Für die individuelle Einstellungstherapie:
Allopurinol Siegfried 100 mg

Zusammensetzung: 1 Tablette Allopurinol Siegfried enthält 100 mg Allopurinol, 1 Tablette Allopurinol-retard Siegfried enthält 300 mg Allopurinol. **Dosierung:** Allopurinol Siegfried 100 mg zur individuellen Einstellungstherapie bis zu 8 Tabletten täglich. Allopurinol-retard Siegfried 300 mg: Standarddosierung 1 x 1 Reterd-Tablette täglich. **Kontraindikationen:** Schwangerschaft und Stillzeit. **Nebenwirkungen:** Nur vereinzelt reagieren Patienten mit Juckreiz und Hauteruptionen (Urticaria), Temperaturenstieg, Eosinophilie, Leukopenie. In diesen Fällen ist Allopurinol abzusetzen. Bei Einnahme nach einer Mahlzeit mit reichlich Wasser können Magen-Darm-Störungen vermieden werden. **Packungen:** 50 Tabletten zu 100 mg DM 10,50, 100 Tabletten zu 100 mg DM 19,50, 250 Tabletten zu 100 mg DM 42,55, 28 Retard-Tabletten zu 300 mg DM 15,70, 84 Retard-Tabletten zu 300 mg DM 41,90, 100 Retard-Tabletten zu 300 mg DM 48,85 Verschreibungspflichtig.

Siegfried Arzneimittel Säckingen

pharma 3.77

32. Vgl. RGSt 81, 242/256; § 14 ErbGasG; **Bockelmann**, Strafrecht das Arztes, S. 26; eine „klassische" medizinische Indikation stellen beispielsweise thromboembolische Erkrankungen der, die etwa 15 % aller medizinischen Indikationen (im herkömmlichen Sinn) ausmachen (vgl. **Ludwig**, DÄ 1976, S. 3291).

33. Sonderausschuß, BT-Drucks. 7/1981, S. 15.

34. Vgl. **Horstkotte**, Prot. der 26. Sitzung des Sonderausschusses, S. 1523.

35. Vgl. die Gesetzentwürfe in BT-Drucks. 7/554, 7/561.

36. Vgl. Prot. der 26. Sitzung, S. 1522 ff.; **Meier**, NJW 1974, S. 1405.

37. **Schönke-Schröder**, StGB, 18. Aufl., Anm. 8 zu § 218 b (i. d. F. des 5. StrRG); **Laufhütte/Wilkitzki**, JR 1976, S. 332.

38. Vgl. **Schmitt**, FamRZ 1976, 596; **Beulke**, FamRZ 1976, 598.

39. Bei bestimmten Erkrankungen (z. B. bei Infektion der Schwangeren mit Röteln) genügt hierfür nach Auffassung des Sonderausschusses eine Risikodichte von 25 % (BT-Drucks. 7/1981 neu, S. 15).

40. Das Gesetz stellt ausdrücklich nicht auf die Zumutbarkeit ab, sondern darauf, ob in Anbetracht der Schwere der Schädigung die Fortsetzung der Schwangerschaft „verlangt werden kann", also auf eine objektivierte Zumutbarkeit.

41. A. A. wohl die herrschende Ansicht.

42. § 176: Sexueller Mißbrauch von Kindern unter 14 Jahren; § 177: Vergewaltigung; § 178: Sexuelle Nötigung; § 179: Sexueller Mißbrauch Widerstandsunfähiger; bei einer durch gewaltsamen ehelichen Verkehr, durch Inzest (§ 173 StGB) oder durch Verführung (§ 182 StGB) verursachten Schwangerschaft liegen die Voraussetzungen der ethischen Indikation dagegen nicht vor.

43. Von der Schwangeren wird nicht verlangt, daß sie die an ihr angeblich begangene Straftat zur Anzeige gebracht und damit polizeiliche Ermittlungen, auf die sich der Arzt stützen könnte, in Gang gebracht hat.

44. Vgl. **Schönke-Schröder**, aaO, Anm. 7 zu § 218 a; **Lackner**, NJW 1976, 1238.

45. Sie wäre dann zwar sog. mittelbare Täterin (vgl. **Lackner**, NJW 1976, 1238), ist jedoch unter den Voraussetzungen des § 218 Abs. 3 Satz 2 StGB (vgl. 1.3.8.2) straflos.

46. Hier zeigt sich u. a., daß die gewählte Gesetzestechnik – medizinisch-soziale Obarindikation als alleiniger Rechtfertigungsgrund, die unwiderleglich vermutet wird, wenn eine der in Absatz 2 aufgeführten Indikationen vorliegt – widersprüchlich ist. Die Notlagenindikation ist kein Unterfall der medizinisch-sozialen Indikation, sondern ein aliud. Sie liegt nur vor, wenn deren Voraussetzungen nicht gegeben sind. Wenn eine Notlage vorliegt, die keine Gesundheitsgefährdung für die Schwangere darstellt, kann jedoch nicht gesetzlich vermutet werden, daß sie eine solche darstellt. Es handelt sich hierbei wohl um eine gesetzliche Fiktion (vgl. zur Problematik **Lackner**, NJW 1976, S. 1237; **Schmitt**, FamRZ 1976, 596; **Beulke**, FamRZ 1976, 598; **Schreiber**, FamRZ 1975, 670).

47. Zitiert nach Frankfurter Rundschau, 27. 11. 1976; weitere Hinweise über mögliche Notlagen bei **Lackner**, NJW 1976, 1239.

48. **Lackner** (NJW 1976, 1239) weist zu Recht darauf hin, daß alle übrigen Indikationen auch auf eine Notsituation der Schwangeren abstellen und von der Notlagenindikation an sich auch gedeckt werden, die Notlagenindikation, nicht die medizinisch-soziale Indikation also die Obarindikation ist (vgl. dazu auch **Beulke**, FamRZ 1976, 598).

49. Vgl. Der Spiegel, Nr. 49, 1976, S. 68/72.

50. aaO, S. 81/82; dem soll nach Auffassung des Sonderausschusses durch die Ersetzung des Begriffes „unterrichten" durch „beraten" Rechnung getragen sein (BT-Drucks. 7/4696, S. 8); kritisch hierzu **Lackner**, NJW 1976, S. 1240; **Beulke**, FamRZ 1976, S. 600.

51. aaO, S. 82; eine telefonische Beratung ist ebenso wie eine formularmäßige i. d. R. unzureichend (vgl. Sonderausschuß, BT-Drucks. 7/4696, S. 8/9).

52. So **Lackner**, NJW 1976, S. 1240.

53. Eine Minderheit im Sonderausschuß wies zu Recht darauf hin, daß diese Regelung „auf jede konkrete Mindestanforderung verzichte und in keiner Weise feststelle, ob der Arzt auch nur sich selbst die unbedingt notwendige Information verschafft habe, die er der Schwangeren weitergeben sollte. Die Vorschrift schaffe insofern jede Möglichkeit zur Umgehung der vom BVerfG als unabdingbar bezeichneten und vom Gesetzgeber anzustrebenden Beratung" (BT-Drucks. 7/4696, S. 10).

54. Vgl. **Lackner**, NJW 1976, S. 1241; nach **Beulke** (FamRZ 1976, S. 601) drängt diese Regelung verfassungsrechtliche Zweifel geradezu auf; vgl. auch **Schreiber**, FamRZ 1975, 672 ff.

55. Der Sonderausschuß billigte diese Regelung mit der Begründung, „daß auf die Gewissenhaftigkeit und das Verantwortungsbewußtsein der Ärzte vertraut werden solle, die, von Ausnahmen abgesehen, eine Beratung nur dann übernehmen würden, wenn sie dies von ihrem Informationsstand her für vertretbar hielten".

56. Vgl. **Lackner**, NJW 1976, S. 1241; **Beulke**, FamRZ 1976, S. 603.

57. Nach dem Gesetzentwurf der CDU/CSU-Fraktion (§ 218 d Abs. 1 Nr. 3) sollten zwei hierzu ermächtigte Ärzte über das Vorliegen einer Indikation und die Fristwahrung befinden (BT-Drucks. 7/4211).

58. BT-Drucks. 4/4696, S. 12; vgl. dazu auch **Beulke**, FamRZ 1976, S. 602.

59. BT-Drucks. 4/4696, S. 11.

60. Vgl. **Weißauer**, Fachgebietsbeschränkung und Fachgebietsgrenzen, DÄ 1968, S. 867 ff.

61. Der Sonderausschuß führte aaO zwar aus, daß insbesondere auch in den Fällen, in denen der Wunsch der Schwangeren durch ihre soziale Situation ausgelöst wird, eine Feststellung der Notlagenindikation durch den für dieses Gebiet kompetenten Fachmann sichergestellt sein soll. Welcher Arzt dies jedoch sein soll, bleibt offen (vgl. hierzu kritisch auch **Beulke**, FamRZ 1976, S. 601).

(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

„In eigener Sache"

Im „Nachrichtendienst der Pressestelle der bayerischen Ärzteschaft" vom 10. November 1976 hatten wir den Text eines Schreibens veröffentlicht, das vom stellvertretenden Vorsitzenden des Vorstandes der Kassenärztlichen Vereinigung Bayerns, Dr. Kolb, und vom Vorsitzenden der Vertreterversammlung der Kassenärztlichen Vereinigung Bayerns, Dr. Seuss, an die Fraktion der SPD im Bayerischen Landtag gerichtet worden war. In diesem Schreiben wurde mitgeteilt, „daß offensichtlich ein bayerischer Kassenverband durch gezielte Maßnahmen und Indiskretionen eine politische Diffamierungskampagne gegen Professor Sewering gestartet haben könnte".

Sitzmann und der Landesverband der Ortskrankenkassen fühlten sich durch dies in ihrer Ehre gekränkt und erstatteten am 17. November 1976 gegen Dr. Kolb und Dr. Seuss Strafanzeige mit der Behauptung, daß es ein Vergehen der üblen Nachrede (§ 186 StGB) sei, zu äußern, „ein bayerischer Kassenverband habe bewußt und gezielt gegen die Schweigepflicht verstoßen, um Professor Dr. Sewering zu diffamieren".

Die Staatsanwaltschaft bei dem Landgericht München I hat der Anzeige keine Folge gegeben, sondern das Verfahren am 2. März 1977 eingestellt mit der Begründung, daß die durchgeführten Ermittlungen keinen Anlaß zur Erhebung einer Anklage geben könnten. Was Dr. Kolb und Dr. Seuss schrieben, war also nicht rechtswidrig und damit auch nicht – wie von Sitzmann gewollt – strafbar gewesen.

Neuwahlen im Gesundheitspolitischen Arbeitskreis der CSU

Anläßlich der Landesdelegiertenversammlung des Gesundheitspolitischen Arbeitskreises der CSU am 26. Februar 1977 in München fanden die Neuwahlen des Vorstandes und des Beirates statt.

Nachstehende Mitglieder des *Vorstandes* wurden wiedergewählt:

Vorsitzender:

Dr. Hartwig Holzgartner, Richard-Strauss-Straße 53, 8000 München 80

1. Stellvertretender Vorsitzender:

Dr. Ernst Theodor Mayer, Hochkalterstraße 2, 8000 München 90

2. Stellvertetender Vorsitzender:

Staatssekretär Dr. Wilhelm Vorndran, Bayerisches Staatsministerium für Arbeit und Sozialordnung, Winzererstraße 9, 8000 München 40

3. Stellvertretender Vorsitzender:

Professor Dr. Waldemar Chr. Hecker, Martinsrieder Straße 11, 8032 Gräfelfing

Schriftführer:

Dr. Dr. Dieter Adam, Strasserberg 4 b, 8021 Baierbrunn

Dr. Gustolf Schleicher, Frohsinnstraße 13, 8750 Aschaffenburg

Dr. Herbert Braumandl, Parkstraße 4, 8370 Regen

In den *Beirat* wurden gewählt:

Ministerialrat Dr. Wilhelm Bachmann, Bayerisches Staatsministerium des Innern, Odeonsplatz 3, 8000 München 22

Bruno Blum, Masseur und medizinischer Bademeister, Goethestraße 44, 8051 Eching

Dr. Karl Hans Buchegger, Kurklinik der BfA, 8675 Bad Steben

Rosina Frey, Krankenschwester, Dr.-Böttcher-Straße 28, 8000 München 60

Dr. Georg Fuchs, Dreikronenstraße 17, 8700 Würzburg

Dr. Hermann Gassenmeyer, Tellstraße 6, 8500 Nürnberg

Dr. Eduard Gilliar, Kreiskrankenhaus, 8470 Nabburg

Professor Dr. Werner Grill, Hofbuchenstraße 1, 8130 Starnberg

Hermine Held, Generaloberin, Krankenhaus Rotes Kreuz, Nymphenburger Straße 163, 8000 München 19

Dr. Karl Hiendlmeyer, Rennbahnstraße 2, 8440 Straubing

Staatssekretär Dr. Erich Kiesl, Bayerisches Staatsministerium des Innern, Odeonsplatz 3, 8000 München 22

Ministerialdirektor Dr. Hans Schmatz, Bayerisches Staatsministerium für Arbeit und Sozialordnung, Winzererstraße 9, 8000 München 40

Dr. Wolfram Weidenbach, Geschwister-Scholl-Straße 13, 8022 Grünwald

Dr. Friedrich Weinberger, Hanfelder Straße 42, 8130 Starnberg

Dr. Hermann Zedelmaier, Lindenplatz 7, 8920 Schongau

Neue Wege

hat die «Winterthur» zur Verhütung von Kinderunfällen mit der Gründung des Komitees «Sicherheit für das Kind» beschritten.

Aber nicht nur für die Verhütung von Unfällen leistet die «Winterthur» einen vorbildlichen Beitrag. Sie ist auch besonders leistungsfähig, wenn es um den Schutz vor materiellen Folgen von Unfällen geht.

Hier schützt Sie als Arzt und Ihre Familie umfassend die kumulative Unfallvorsorge der «Winterthur».

Mit folgenden Vorteilen:
- wesentlich erhöhte Leistung bei mittlerer und schwerer Invalidität
- Beitragsfreiheit für versicherte Kinder beim Tode des Versicherungsnehmers.

Bitte ausschneiden und einsenden an:

winterthur versicherungen

Abteilung Ärzteversicherung
Leopoldstr. 34/38, 8 München 40
Telefon (089) 3836-1

☐ Ich will mehr wissen über die kumulative Invaliditätsdeckung für Ärzte

☐ Ich habe auch Fragen über andere Versicherungssparten

Adresse:

Die Ursache des Geburtenrückganges in der Bundesrepublik Deutschland

von Ferdinand O e t e r

Der rapide Geburtensturz der letzten Jahre hat zu mancherlei Spekulationen geführt, darunter geradezu skurrilen Blüten. So verstieg sich Robert Jungk, Verfasser des Buches „Die Zukunft hat schon begonnen", im Rundfunk mehrfach zu der Behauptung, daß die Sorge um zu wenig Nachkommenschaft in der Bundesrepblik nichts anderes als ein Rückfall in nationalsozialistisches Gedankengut sei, denn die Zukunft gehöre den Alten. Mit Hilfe der Medizin würden sie noch als achtzigjährige in der Lage sein, ein aktives Leben zu führen, er selbst wolle 120 Jahre alt werden, ohne auf Aktivität verzichten zu müssen.

Ernster zu nehmende Autoren meinen, daß das Problem durch eine optimale Kombination von Produktionsfaktoren der Wirtschaft und nachwachsenden Menschen gelöst werden könne, wobei eine zahlenmäßig geringere Nachfolgegeneration sogar geeignet sei, die Gefahr langfristiger Arbeitslosigkeit zu vermindern.

Was die Ursachen des Geburtenrückganges anbetrifft, so werden dafür eine bessere Empfängnisverhütung, ein gesteigertes Selbstbewußtsein der Frau, hohe Aufwendungen für Kinder, Kinderfeindlichkeit der Umwelt u. v. a. verantwortlich gemacht. Nach Charlotte Höhn ist sich unsere Bevölkerung inzwischen weitgehend in der Überzeugung einig, daß nur eine sehr kleine Kinderzahl einen hohen Grad von persönlicher Freiheit, Selbstverwirklichung und Konsum gewährleisten kann.

Nun wird angesichts der engen Grenzen unseres Lebensraumes und der explosiven Vermehrung der Weltbevölkerung kaum jemand dafür plädieren wollen, daß die deutsche Bevölkerung in Zukunft wieder zunehmen solle. Dieses Problem steht aber längst nicht mehr zur Debatte. Vielmehr geht es darum, daß heute bereits ein Drittel der zur Bestandserhaltung notwendigen Geburten fehlen und daß niemand voraussagen kann, ob sich der Trend zur Geburtenverminderung nicht noch weiter fortsetzen wird.

Dieser Trend aber wird sich nur beherrschen lassen, wenn klare Vorstellungen über die Ursachen des Geburtenrückganges vorgelegt werden können. Die Kernfrage, auf die es dabei in erster Linie ankommt, lautet: Handelt es sich um rationale Faktoren, die sich durch ebenso rationale Maßnahmen beherrschen lassen, oder spielen irrationale Faktoren die entscheidende Rolle?

Zweckrationales Verhalten im Fortpflanzungsprozeß

Aus New Delhi wurde unlängst berichtet, daß es zu einer großen Revolte gekommen sei, als die Regierung bei der Räumung eines Elendsviertels verlangte, daß sich die männliche Bevölkerung sterilisieren lassen solle. Aus unserer Sicht erscheint das Verhalten der Regierung in höchstem Maße rational, das der protestierenden Bevölkerung dagegen irrational, weil sie nicht einsehen will, daß nur ein Geburtenstopp ihre soziale Situation verbessern kann. Aus der Sicht des indischen Paria sieht die Sache völlig anders aus. Wie in allen einfachen, unentwickelten Gesellschaften ist nämlich dort das Kind ein aktiver Faktor der Lebenssicherung. Kinder müssen von frühester Jugend an arbeiten, sie sind vielfach das Objekt extremer Ausbeutung, vor allem aber sind sie dazu bestimmt, den alt und hilflos gewordenen Eltern und Sippenangehörigen das Leben wenigstens noch ein klein wenig leichter zu machen, denn ohne ihre Kinder wären sie völlig hilflos und einem ungewissen Schicksal hingegeben. Dieser Umstand erklärt, weshalb in nahezu allen Entwicklungsländern die Geburtenbeschränkung auf fast unüberwindliche Schwierigkeiten stößt und es großer Tatkraft und großen psychologischen Geschicks bedarf, um hier auch nur ein paar Schritte voranzukommen. In der Industriegesellschaft mit ihren undurchsichtigen wirtschaftlichen und sozialen Verflechtungen und ihren hohen Ausbildungsansprüchen ist die Situation völlig anders. Hier ist das Kind immer in erster Linie auch ein Kostenfaktor in der Familie. Je nach Alter und Erziehungsansprüchen wird der Lebensstandard einer Familie durch zwei Kinder um 30 bis 40 Prozent, durch vier Kinder um 50 bis 60 Prozent gegenüber einem kinderlosen Ehepaar mit gleichem Nominaleinkommen gesenkt. Dabei ist noch nicht einmal der Verdienstausfall einer Ehefrau, die für Kinder zu sorgen hat, berücksichtigt. Da Kinder mit ihren Eltern in einem Familienverbund zu leben pflegen, richten sich auch die Kinderkosten nach dem Lebensstandard der Eltern. Die Senkung des Lebensniveaus durch Kinder gilt also unabhängig von der Höhe des Einkommens für nahezu alle Gesellschaftsschichten. Ausgenommen davon sind lediglich die allerobersten Einkommensschichten und die Empfänger von Sozialleistungen, deren öffentliche Unterstützungen nach der Familiengröße bemessen werden.

Auf das lebenszeitliche Einkommen berechnet, müssen Eltern im groben Schnitt für ein Kind zehn Prozent des Betrages aufwenden, der ihnen ohne dieses Kind zur Verfügung gestanden hätte. Die Kosten je weiteres Kind vermindern sich also, aber nicht, weil diese Kinder „billiger" wären, sondern weil das verfügbare Einkommen von Kind zu Kind kleiner wird. Weit gravierender als die jeweiligen Kinderkosten wirkt sich aber noch eine weitere Tatsache aus:

In der Industriegesellschaft erhält man soziale Sicherheit im Alter ohne die Vorbedingung eigener Kinder. Besonders verhängnisvoll ist dabei die in der Bundesrepublik bestehende Regelung, daß einkommensbezogene Renten durch einkommensbezogene Sozialbeiträge während der aktiven Lebensphase erworben werden, ohne daß dabei die geringste Rücksicht auf die Zahl der aufgezogenen Kinder genommen wird. Zahlungspflichtig für die Renten aber sind immer die Kinder, auch wenn es sich um die Kinder fremder Leute handelt.

Die Leidtragenden in diesem Prozeß sind die Familien mit Kindern. Bei gleichem Nominaleinkommen, d. h. aber auch gleichhoher Leistung, haben die Eltern eines Kindes im lebenszeitlichen Schnitt rund zehn

Wenn Sie Bluthochdruck feststellen...

MODURETIK®

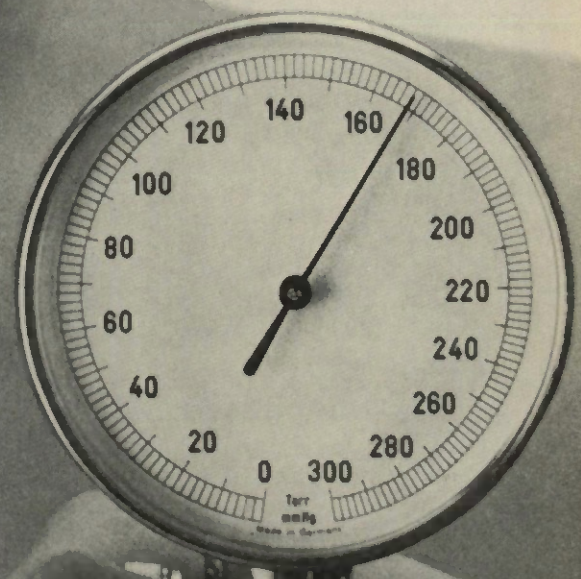
(Hydrochlorothiazid und Amilorid HCl)

MODURETIK senkt erhöhte Blutdruckwerte bei den meisten Patienten mit leichter bis mittelschwerer Hypertonie.

MODURETIK bewahrt das körpereigene Kalium; es schützt selbst bei langfristiger Einnahme vor nennenswerten Kaliumverlusten. Eine Kalium-Substitution ist nicht erforderlich.

Für die Mehrzahl der Patienten reichen eine oder zwei Tabletten MODURETIK täglich aus.

MODURETIK zählt heute zu den Basistherapeutika bei der Behandlung des Bluthochdrucks.



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. Deshalb kann bei zusätzlicher Gabe von Moduretik® eine Reduktion der Dosis der blutdrucksenkenden Substanzen in Einzelfällen bis zur Hälfte der zu verabreichenden Antihypertonika-Dosis erforderlich werden. **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/100 ml). Überempfindlichkeit gegen eine der beiden Komponenten. Nicht empfohlen für Kinder. **Dosierung:** Bei kardial bedingten Ödemen und Hypertonie 1 × täglich 1 Tablette Moduretik®. Im Bedarfsfall kann die Dosierung bis auf 4 Tabletten/Tag gesteigert werden. Sobald eine ausreichende Diurese erreicht ist, kann die Dosis reduziert werden. Wie bei jeder diuretischen Therapie soll die Dosis dem Gewichtsverlust (0,5 bis 1 kg/die) und den Serumelektrolytwerten angepaßt werden. **Zu beachten:** Serumelektrolytwerte sind regelmäßig zu kontrollieren. Bei Nierenleiden kann sich eine Hyperkaliämie entwickeln. **Besondere Hinweise:** Über die Anwendung von Moduretik® während der Schwangerschaft liegen noch keine ausreichenden klinischen Erfahrungen vor. Thiazide treten in die Muttermilch über. Ist es nötig, Moduretik® während der Laktation zu geben, sollte abgestillt werden. Der Harnsäurespiegel bei Patienten mit Gichtanamnese ist zu kontrollieren, da die Auslösung von Gichtanfällen begünstigt werden kann. Vor Einleitung einer Moduretik®-Behandlung ist der Zustand der Nierenfunktion bei Patienten mit Diabetes oder Diabetes-Verdacht sorgfältig zu kontrollieren. Ist die Durchführung eines Glukosetoleranztestes erforderlich, sollte Moduretik® vorher abgesetzt werden. Ein latenter Diabetes mellitus kann unter der Verabreichung von Thiaziden manifest werden. Eine kaliumretinierende Therapie sollte bei Patienten mit Neigung zu Azidose (z.B. Diabetes mellitus) nur sehr vorsichtig eingeleitet und durchgeführt werden. **Handelsformen und Preise lt. A.T.:** 20 Tabletten DM 14,40, 50 Tabletten DM 29,55. Weitere Einzelheiten über Wirkungsweise, Anwendung und Vorsichtsmaßnahmen enthält die wissenschaftliche Broschüre, deren aufmerksame Durchsicht wir empfehlen.

MSD
SHARP & DOHME

1-78-MDR-77-G-017-J

Prozent, diejenigen von zwei Kindern rund 19 Prozent, die von drei Kindern rund 28 Prozent weniger verfügbares Einkommen als der Kinderlose, wozu, wie bereits erwähnt, noch die Verdiensteinbußen der Mütter gegenüber kinderlosen Ehefrauen hinzugerechnet werden müssen. Die Diskrepanz in der Lebenshaltung von kinderlosen, kinderarmen und kinderreichen Ehepaaren ist mittlerweise so eklatant, daß sie auch den Einfältigsten nicht mehr verborgen bleiben konnte: In allen Einkommensschichten rangieren die Kinderlosen haushoch über ihren Gruppenangehörigen mit Kindern.

Die Konsequenz, welche die Bevölkerung aus dieser Sachlage zieht, ist nur logisch: Zunehmender Geburtenstreik! Das Instrument, das dafür notwendig war, hat die Medizin in Form der perfekten Geburtenkontrolle geliefert. Es ist nur recht und billig, es anzuwenden, solange unser Staat darauf beharrt, diejenigen, die durch Kinder für den Fortbestand seiner Existenz sorgen, mitleidlos zu bestrafen. Heute fehlt bereits nahezu ein Drittel der zur Bestandserhaltung notwendigen Geburten, morgen werden es vielleicht schon 40 oder 50 Prozent sein. Dieser Weg ist exakt vorgezeichnet durch die Kombination einer perfekten Altersversorgung und einer perfekten Geburtenverhütung.

Psychologische Faktoren

Wer den Schaden hat, hat bekanntlich für den Spott nicht zu sorgen. Das gilt heute ganz besonders für Familien mit mehreren Kindern. Gar nicht selten hört man aus dem Munde prominenter Persönlichkeiten, daß es „asozial" sei, „mehr als zwei Kinder in die Welt zu setzen". Dabei steht längst fest, daß der Bevölkerungsbestand nur gehalten werden kann, wenn es eine größere Zahl derartiger Familien gibt. Aber was gilt das schon, wenn Simone de Beauvoir im Fernsehen erklären darf: „Kinder sind gräßlich, weil sie die Frau in ihrer ‚Selbstverwirklichung' behindern..." Eine Frau, die mehrere Kinder hat, kann sich also offenbar nicht „selbstverwirklichen", bedeutende Frauen der deutschen Romantik, die jede Menge Kinder hatten, zählen offenbar nicht, sondern nur jene „dummen Mütter", über die man sich in der Öffentlichkeit zur allgemeinen Belustigung mokieren darf, denn schließlich brauchen Frauen nach einem Ausspruch des New Yorker Psychiaters Richard Rabkin „ebensowenig Mutter zu werden, wie sie Spaghetti essen müssen"!

Wer wollte angesichts einer solchen Situation Alice Schwarzer die Zustimmung verweigern, wenn sie erklärt: „Um den Preis, den ich dieser Gesellschaft für Mutterschaft zahlen muß, bin ich nicht bereit, ihr ein Kind zu liefern!"

Natürlich werden sich unter solchen Umständen immer weniger Frauen für Kinder entscheiden. Aber weder der Wunsch nach „Selbstverwirklichung" und persönlicher Freiheit, noch die „Konkurrenz der Genüsse" sind dafür letzten Endes verantwortlich zu machen, sondern ausschließlich oder doch nahezu ausschließlich die soziale Zurücksetzung, die heute Mütter gegenüber Kinderlosen hinnehmen müssen. Diese Erscheinung ist etwas Neuartiges in der Geschichte unseres Volkes. Sie hängt damit zusammen, daß der vor hundert Jahren mit so viel Idealismus begonnene Kampf um die berufliche und wirtschaftliche Gleichberechtigung der Frau nicht so sehr zu einem Siege der Frau über den Mann geführt hat, sondern in einer ursprünglich sicher nicht beabsichtigten Weise zu einem „Sieg der erwerbstätigen Frauen über die Mütter" oder, genauer gesagt, „der Ledigen und Kinderlosen beiderlei Geschlechts über die Väter und Mütter, indem sie jenen Vorrechte verschafft und diese benachteiligt in einer Weise, die man nur als Hohn auf den Grundsatz der Gleichberechtigung bezeichnen kann".

Nur wenn man vor dieser Tatsache nicht die Augen verschließt, wird man Mittel und Wege finden, den unheimlichen Trend zur Selbstausrottung unseres Volkes abzustoppen. Es geht dabei nicht um eine expansive Bevölkerungspolitik, wie dies törichterweise immer wieder behauptet wird, sondern ausschließlich um die Herstellung einer sozialen Harmonie zwischen den Geschlechtern und den Generationen. Der einzig gangbare Weg dazu ist die gerechte Verteilung der Lasten, die mit dem Aufwachsen der Folgegenerationen verbunden sind. Eine solche gerechte Verteilung kann nicht durch Erhöhung von Kinderbeihilfen erreicht werden, die den unterschiedlichen Bedürfnissen einer differenzierten Bevölkerung nie gerecht werden können, die zudem allenfalls die Gebärfreudigkeit der unteren Sozialschichten stimulieren könnten und damit neue soziale Probleme heraufbeschwören müßten, gar nicht zu reden von den leeren Kassen des Bundes und der Länder.

80. Deutscher Ärztetag

vom 10. bis 14. Mai 1977 in Saarbrücken

Tagesordnung

1. *Psychiatrie-Enquete*
2. *Gesundheits- und Sozialpolitik*
3. *Berufsordnung für die deutschen Ärzte*
4. *Weiterbildungsordnung*
5. *Ärztliche Ausbildung*
6. *Änderung der Satzung der Bundesärztekammer*
7. *Tätigkeitsbericht der Bundesärztekammer*
8. *Finanzbericht der Bundesärztekammer für 1976*
9. *Bericht des Finanzausschusses der Bundesärztekammer*
10. *Entlastung des Vorstandes der Bundesärztekammer*
11. *Voranschlag für das Geschäftsjahr 1978*
12. *Wahl des Finanzausschusses der Bundesärztekammer*
13. *Wahl des Tagungsortes des 84. Deutschen Ärztetages*

**Geben und nehmen —
aber sozial ausgewogen!**

Ohne eine gut ausgebildete und arbeitswillige Nachfolgegeneration ist selbst der bestausgestattete Produktionsapparat „nichts als ein Haufen Schrott". Die Alten und Arbeitsunfähigen einer Industriegesellschaft können also immer nur durch eine aktive Nachfolgegeneration gesichert und unterhalten werden. Daraus ergibt sich, daß die Aufzucht und Ausbildung dieser Nachfolgegeneration mindestens die gleiche Sorge und Beachtung verdient, wie die ständige Regeneration des technischen Produktionsapparates. Genauso wichtig ist es, daß die Kosten hierfür gerecht auf alle verteilt werden, da ja auch alle den Nutzen daraus ziehen. Demgegenüber verhält es sich im gegenwärtigen Zeitraum so, daß ein Teil der Bevölkerung, die Eltern mit mehr als zwei Kindern, ein Mehrfaches der durchschnittlichen Belastung trägt, während ein anderer Teil, nämlich die Kinderlosen und die Ehepaare mit weniger als zwei Kindern, auf Kosten der Kinderreichen regelrecht schmarotzen. Daß dies nur wenigen bewußt ist, ändert nichts an der Tatsache selbst. Da aber die immer mehr als untragbar empfundene Lage der Kinderreichen inzwischen in die oben geschilderte Krise geführt hat, muß ein Ausweg gefunden werden, der zu einer dauerhaften Stabilisierung der Verhältnisse führt. Das ist nur dadurch möglich, daß diejenigen, die weniger Kinder aufziehen, als zur Bestandserhaltung erforderlich sind, zu einer Ausgleichsabgabe herangezogen werden, die ihren Minderausgaben im Vergleich zu einem Ehepaar mit zwei Kindern entspricht. Als einfache Bemessungsgrundlage für die Erhebung der Abgabe bietet sich sowohl aus Gründen der sozialen Gerechtigkeit wie auch aus Gründen der Praktizierbarkeit das steuerpflichtige Einkommen an, weil es besser als das den Abzügen für die Sozialversicherung zugrunde gelegte Bruttoeinkommen die soziale Gesamtsituation des Abgabepflichtigen berücksichtigt. Weitere Einzelheiten des Vorschlages sind in der Zeitschrift „Sozialer Fortschritt", Organ der Gesellschaft für Sozialen Fortschritt, Bonn, zur Diskussion gestellt worden.

Anschrift des Verfassers:
Dr. med. Ferdinand *Oeter*,
Rösrather Straße 692, 5000 Köln 91

Personalia

Dr. Fluch 70 Jahre

Am 3. April 1977 vollendete der 1. Vorsitzende der Kassenärztlichen Vereinigung Bayerns, Bezirksstelle Unterfranken, Dr. med. Franz Fluch, Würzburg, sein 70. Lebensjahr.

Dr. Fluch wurde am 3. April 1907 in Mainz geboren. Er besuchte in Mainz das humanistische Gymnasium, das er 1925 mit dem Abitur abschloß. Von 1926 bis 1933 studierte er in München, Berlin, Wien und Würzburg. 1934 erhielt er die Bestallung als Arzt und promovierte 1935 an der Julius-Maximilians-Universität Würzburg zum Doktor der Medizin. Seit dem Jahre 1934 in der Universitäts-Kinderklinik unter dem damaligen Leiter, Professor Dr. Rietschel, tätig, wurde er bereits nach zweijähriger Assistentenzeit zum Oberarzt ernannt. 1940 erfolgte durch die Bayerische Landesärztekammer die Anerkennung als Facharzt für Kinderheilkunde. Im Rahmen seiner klinischen Tätigkeit oblag ihm neben der Krankenversorgung und Lehrtätigkeit die Leitung der Poliklinik sowie der Mütterberatungsstelle.

1940 kam Dr. Fluch zu einer fränkischen Infanteriedivision (73.) und war bis 1942 Truppenarzt bei einem Infanteriebataillon, wo er mit dem EK I und II und dem Infanterie-Sturmabzeichen ausgezeichnet wurde. Bis 1945 war er bei einer Sanitätskompanie als Internist eingesetzt. Nach dem Frankreichfeldzug erfolgte sein Einsatz auf dem Balkan, in Rußland und Polen; es wurde ihm der Krim- und Kubanschild verliehen.

Im Jahre 1946 ließ er sich als Kinderarzt in Würzburg nieder und ist als solcher bis zum heutigen Tage tätig. Von 1950 bis 1972 war Dr. Fluch Chefarzt des Rotkreuz-Kinderkrankenhauses und Leiter der staatlich anerkannten Schwesternschule Würzburg.

Für seine Verdienste wurde ihm 1967 das Ehrenzeichen des Deutschen Roten Kreuzes verliehen. Weiterhin ist Dr. Fluch seit vielen Jahren Obmann für Unterfranken im Berufsverband der Kinderärzte Deutschlands und interessiert sich als Pädiater insbesondere für die Kinder-Vorsorgeuntersuchung.

Im Jahre 1959 wurde er in den Vorstand des Ärztlichen Kreisverbandes Würzburg gewählt und ist seit 1967 Mitglied des Ärztlichen Bezirksverbandes, Delegierter zur Bayerischen Landesärztekammer und in deren Finanzausschuß tätig. Besonderer Erwähnung bedarf, daß er seit 1954 dem Bauausschuß angehört und maßgeblich mit Dr. Diem am Bau des Ärztehauses in Würzburg und den späteren baulichen Veränderungen beteiligt gewesen ist.

Dr. Fluch, seit 1956 Vertrauensmann, übernahm 1968 das Amt des stellvertretenden Vorsitzenden der Kassenärztlichen Vereinigung Bayerns, Bezirksstelle Unterfranken. Im Jahre 1975 wurde er durch die Vertrauensmänner zum 1. Vorsitzenden berufen und von der Vertreterversammlung in den Vorstand der Kassenärztlichen Vereinigung Bayerns gewählt. Weiter ist Dr. Fluch in die Vertreterversammlung der Kassenärztlichen Bundesvereinigung delegiert.

In eine berufspolitisch außerordentlich bewegte Zeit hineingestellt, hat Dr. Fluch die Problematik des Geschehens nicht nur erkannt, sondern auch mit Umsicht und Tatkraft Wege zu deren Bewältigung gefunden. Die ärztliche Versorgung im Bezirk Unterfranken ist dank einer ausgewogenen Bedarfsplanung gesichert, wobei das günstige Verhältnis der niedergelassenen Ärzte besonderer Erwähnung bedarf. Der Bevölkerung stehen 60 Prozent Allgemeinärzte und 40 Prozent Fachärzte zur Verfügung. Auch für Notfälle ist die ambulante kassenärztliche Versorgung durch den von Dr. Fluch vorangetriebenen Ausbau der entsprechenden Einrichtungen sichergestellt.

Die bayerischen, insbesondere die unterfränkischen Ärzte wünschen Franz Fluch weiterhin alles Gute, Gesundheit und viel Erfolg für sein berufliches und berufspolitisches Wirken.

Professor Ströder 65 Jahre

Am 6. März konnte Professor Dr. Josef Ströder, Direktor der Universitäts-Kinderklinik Würzburg, seinen 65. Geburtstag feiern.

Professor Ströder studierte in Bonn und Freiburg Medizin, wo er auch promovierte. Nach der Medizinalpraktikantenzeit war er wissenschaftlicher Assistent an verschiedenen Universitätskliniken. Nach der Facharztanerkennung – Kinderarzt – 1941 habilitierte er sich. 1947 erfolgte die Ernennung zum apl. Professor der Kinderheilkunde. Von 1942 bis 1945 war er kommissarischer Direktor der Staatlichen Kinderklinik Krakau/Polen. 1948 übernahm der Jubilar den Lehrstuhl für Kinderheilkunde und die Leitung der Universitäts-Kinderklinik Würzburg unter Ernennung zum o. ö. Professor der Kinderheilkunde.

Professor Ströder wurde vor einigen Monaten besonders geehrt: Die Volksrepublik Polen verlieh ihm ihren Verdienstorden in Gold.

ad multos annos!

Bundesverdienstkreuz

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

Dr. Ernst Bauer, Händelstraße 2, 8500 Nürnberg; Dr. Herbert Hage, Schützengraben 16, 8584 Kemnath-Stadt; Dr. Leonhard Hofmeister, Hermann-Schmid-Straße 2, 8000 München 2; Dr. Karl Ruhl, Hermann-Löns-Straße 19, 8502 Zirndorf; Dr. Hans Schneider, Luitpoldstraße 13, 8820 Gunzenhausen; Dr. Hans Trautner, Bahnhofstraße 18 1/3, 8900 Augsburg.

---

o. Professor Dr. med. Klaus Betke, Direktor der Kinderklinik der Universität München, Lindwurmstraße 4, 8000 München 2, wurde zum Ehrenmitglied der Nationalen Türkischen Gesellschaft für Pädiatrie und der Bulgarischen Gesellschaft für Pädiatrie ernannt.

---

o. Professor Dr. med. Ludwig Demling, Direktor der Medizinischen Klinik der Universität Erlangen-Nürnberg, Krankenhausstraße 12, 8520 Erlangen, wurde während des letzten Europäischen Gastroenterologen-Kongresses in Budapest zum Präsidenten des im Jahre 1980 stattfindenden Kongresses gewählt.

---

o. Professor Dr. med. Josef Zander, Direktor der I. Frauenklinik und Staatlichen Hebammenschule der Universität München, Maistraße 11, 8000 München 2, wurde auf der 41. Tagung der Deutschen Gesellschaft für Gynäkologie und Geburtshilfe in Hamburg zum Präsidenten dieser Gesellschaft für die nächsten beiden Jahre gewählt.

Fakultät

Erlangen-Nürnberg

Privatdozent Dr. med. Gustav Schäcke, Institut für Arbeits- und Sozialmedizin, hat den Ruf auf den ordentlichen Lehrstuhl für Arbeitsmedizin der Freien Universität Berlin angenommen.

Privatdozent Dr. med. Jürgen Vieth, Abteilungsvorsteher an der Nervenklinik, wurde zum „außerplanmäßigen Professor" ernannt. Professor Vieth ist Vizepräsident der Universität.

Zum „Oberarzt" wurden ernannt: Privatdozentin Dr. med. Ursula Mayer, Akademische Oberrätin an der Augenklinik und Poliklinik; Privatdozent Dr. med. Dr. med. habil. Hans-Ulrich Schwenk, Oberassistent an der Kinderklinik; Privatdozent Dr. med. Frank Weidner, Akademischer Rat an der Dermatologischen Klinik.

München – Universität

Privatdozent Dr. phil. Ernst Pöppel, bisher Max-Planck-Institut für Psychiatrie, wurde zum „ordentlichen Professor für Medizinische Psychologie" ernannt.

apl. Professor Dr. med. Theodor Hellbrügge, Leiter des Kinder-Zentrums an der Forschungsstelle für Soziale Pädiatrie und Jugendmedizin, wurde zum „außerordentlichen Professor" ernannt.

apl. Professor Dr. med. Josef Meier, Leitender Oberarzt an der Medizinischen Poliklinik, wurde an die Kurklinik in der Stanggaß (Versorgungskrankenanstalt), Berchtesgaden, versetzt.

Zum „außerplanmäßigen Professor" wurden ernannt: Privatdozent Dr. med. Volker Jahnke, Oberarzt an der Hals-Nasen-Ohren-Klinik; Privatdozent Dr. med. Klaus Prechtel, Abteilungsvorsteher am Pathologischen Institut; Privatdozent Dr. med. Eberhard Struck, Leitender Arzt an der Klinik für Herz- und Gefäßchirurgie, Deutsches Herzzentrum; Privatdozent Dr. med. Konrad Walcher, Chefarzt der Chirurgischen Abteilung II am St.-Joseph-Krankenhaus I Berlin.

Privatdozent Dr. med. habil. Volker Herzog, wissenschaftlicher Assistent am Institut für Zellbiologie, wurde zum „Universitätsdozenten" ernannt.

Privatdozent Dr. med. Michael Illert, wissenschaftlicher Assistent am Physiologischen Institut, wurde zum „Wissenschaftlichen Rat z. A." ernannt.

Privatdozent Dr. med. Gernot Feifel, wissenschaftlicher Assistent an der Chirurgischen Klinik, wurde zum „Oberarzt" ernannt.

Privatdozent Dr. med. habil. Siegfried Stotz, Akademischer Rat an der Orthopädischen Poliklinik, wurde zum „Akademischen Oberrat" ernannt.

Zum „Privatdozent" wurden ernannt: Dr. med. Otto Benkert für „Psychiatrie"; Dr. med. Klaus-Peter Boergen für „Augenheilkunde"; Dr. med. Christoph Förster für „Kinderheilkunde"; Dr. med. Dieter Pongratz für „Innere Medizin"; Dr. med. Klaus Remberger für „Allgemeine Pathologie und Spezielle Pathologische Anatomie".

Zum „Akademischen Rat" wurden ernannt: Dr. med. Karl Rudolf Schmidt, wissenschaftlicher Assistent an der Chirurgischen Klinik; Dr. med. Karin Schorn, wissenschaftliche Assistentin an der Klinik und Poliklinik für Hals-, Nasen- und Ohrenkranke.

Als Frau Sewering muß ich sagen ...

Meine sehr geehrten Damen und Herren!

Sicher wird es Sie erstaunen, daß ich mich heute hier an dieser Stelle an Sie wende. Im allgemeinen erwartet man ja von einer Ehefrau keine Äußerungen zu beruflichen Angelegenheiten ihres Mannes. Doch habe ich, so glaube ich, ein Recht dazu. Schließlich lebe ja auch ich seit Monaten unter dem Druck der gegen meinen Mann gerichteten Beschuldigungen und Angriffe mit all ihren Auswirkungen auf unser Privatleben, und ich muß damit fertig werden. Das ist gewiß nicht immer leicht.

Aber ich will mich nicht beklagen. Noch weniger will ich Stellung nehmen zu den Vorwürfen, die gegen meinen Mann erhoben worden sind. Die Entscheidung über sie wird an anderer Stelle getroffen werden. Davor habe ich keine Angst.

Was mich jedoch immer wieder zutiefst empört und erschüttert an der publizistischen Darstellung dieses „Falles Sewering" ist die ungeheuere Bedenkenlosigkeit, mit der hier ein Mensch vor der Öffentlichkeit gebrandmarkt und verurteilt wird, noch ehe auch nur eine einzige rechtliche Instanz über seine Schuld oder Unschuld entschieden hat. Es empört mich, daß es weiten Teilen der Presse offenbar genügt, einseitige Beschuldigungen weiterzugeben, ohne sich auch nur die geringste Mühe zu machen, den Beklagten selbst zu Wort kommen zu lassen oder seine Rechtfertigung zu berücksichtigen. Es sind die unglaubliche Unfairneß und die Gedankenlosigkeit, die mich erschrecken und bestürzen!

Denn wie oft in den vergangenen Wochen und Monaten haben wir erleben müssen, daß Journalisten sich nach einem persönlichen Gespräch ganz erstaunt darüber äußerten, wie anders als angenommen die Dinge doch anscheinend lägen. Ihre Artikel oder Kommentare freilich waren meist bereits erschienen — ohne vorherige Information!

Ich spreche hier nicht von den Pressevertretern, die, aus welchen Gründen auch immer, aus Überzeugung negativ in diesem Fall berichten. Sie werden ihre Meinung auch nach sorgfältigster Information nie ändern. Ich spreche von der Mehrzahl der Journalisten, die im Grunde gar keine eigene Meinung vertreten und oft nur das übernehmen, was andere vor ihnen gesagt haben. Oder von denen, die bequemerweise einfach dem zur Zeit herrschenden Trend folgen. Die durchaus nicht bösartig sind, sondern nur gedankenlos.

Ich weiß, es ist nicht meine Seche, über die Motive anderer zu urteilen. Niemand sollte das tun. Aber ist es denn nicht Unrecht, wenn Menschen, deren Ansicht doch im großen Umfang meinungsbildend ist, so leichtfertig handeln? Müßten nicht gerade sie bemüht sein, Fairneß zu üben? Ist es nicht gerade ihre oberste Pflicht, Neutralität zu wahren? Darf wirklich das Interesse an einer vermeintlichen Sensation jedes Gebot der Gerechtigkeit verletzen? Das sind die Fragen, die mich in diesen Tagen und Wochen immer wieder bewegen.

Nein, ich habe den Glauben auf einen letztlichen Sieg der Gerechtigkeit nicht aufgegeben! Aber wie lange kenn Gerechtigkeit dauern, wenn man auf sie wartet! Und wer wird, wenn die Gerichte entschieden haben, meinen Mann auch in den Augen der Öffentlichkeit rehabilitieren, der er als „Doktor 200 Prozent", als Arzt, der zu viel Honorar kassiert und unlautere Geschäfte mit Appareten macht, vorgestellt wurde! Etwa die Journalisten, die diese Begriffe geprägt und publiziert haben? Ich fürchte kaum. Bis dahin werden euch längst andere „Fälle Y." ektuell sein. Ein bedauerndes Schulterzucken vielleicht; schließlich ist Irren ja menschlich, nicht wahr? Und in einer solchen Position muß man eben derartige Dinge in Kauf nehmen. Ehre? Guter Ruf? Lieber Himmel, wer wird denn so empfindlich sein?! Aber ich bin empfindlich. Und allmählich macht es mir beinahe Angst, in einem Land zu leben, in dem der Ehrenschutz des Bürgers so wenig gilt.

Das hört sich bitter an, ich weiß. Daß ich es trotz allem nicht bin, verdanke ich zum großen Teil Ihnen, meine Damen und Herren. Die vielen Briefe, die meinen Mann erreicht haben, die ungezählten Anrufe und Bekenntnisse Ihres Vertrauens in ihn haben uns die Kraft gegeben, in diesen schweren Tegen den Mut nicht zu verlieren und den Kempf unbeirrt fortzusetzen. In solchen Zeiten braucht man Zeichen der Freundscheft. Daß Sie sie meinem Mann gegeben haben, dafür danke ich Ihnen.

Rosemarie Sewering

Rosemarie Sewering

Konzept der Sozialstationen bewährt sich

In Bayern bestehen derzeit 87 Sozialstationen, in denen die ambulante Kranken- und Altenpflege sowie die Haus- und Familienpflege organisatorisch in einer Stelle zusammengefaßt sind. Darüber hinaus sind die Sozialstationen auch Hilfs- und Leitstellen für Ratsuchende in sozialen Angelegenheiten. 37 dieser Stellen fördert der Freistaat. Die übrigen erfüllen zwar die Voraussetzungen dafür, können aber wegen der Haushaltslage nicht gefördert werden.

Zwar existiert in Bayern das Konzept der Sozialstationen als organisatorischer Zusammenfassung verschiedener Pflegedienste noch nicht einmal ein halbes Jahrzehnt, die Erfahrungen damit sind aber überaus positiv: „Die bayerische Konzeption der Sozialstationen hat sich bewährt", stellte Sozialminister Dr. Fritz Pirkl bei der Vorlage eines Erfahrungsberichtes seines Hauses fest. Bestärkt durch zahlreiche parlamentarische Initiativen und nach einschlägigen Verhandlungen mit den Verbänden der freien Wohlfahrtspflege hatte die Staatsregierung im Jahr 1973 eine zweijährige Erprobungsphase begonnen, in der sie zunächst acht, dann zwölf Modellstationen finanziell unterstützte. Die Erfahrungen damit waren so erfolgreich, daß noch während der Versuchsphase weitere Stationen vom Freistaat gefördert wurden.

Ziel sei es nunmehr, langfristig ein Netz von Sozialstationen über ganz Bayern anzustreben, das eng mit anderen sozialen Diensten abgestimmt werde, erklärte Minister Pirkl bei der Vorlage des Berichtes „Soziale Dienste in Bayern". Der erste nun vorliegende Teil ist den Sozialstationen gewidmet und wertet die Erfahrungen von zwanzig dieser Stellen aus. Von den staatlich geförderten 37 Sozialstationen sind 15 (40,5 Prozent) in Städten, 8 (21,7 Prozent) in ländlichen Gebieten und 14 (37,8 Prozent) in gemischten ländlichen und städtischen Bereichen tätig. In ihren Betreuungsbereichen leben rund 1,6 Millionen Einwohner. Durchschnittlich versorgt eine ländliche Station ein Gebiet mit 39 000 Einwohner, die übrigen rund 40 000 Einwohner. Ihre Hauptaufgabe besteht zu 44 Prozent in der ambulanten Krankenpflege und zu rund 30 Prozent in der Altenpflege; die Haus- und Familienpflege umfaßt etwa 14 Prozent der Tätigkeiten. Ein relativ kleiner Teil der Arbeit entfällt mit acht Prozent auf die Hilfs- und Leitstellenfunktion. Die Gebiete, die von den Ratsuchenden angesprochen werden, sind äußerst vielseitig: Sie reichen von Renten- und Sozialhilfefragen über Wohnungs- und Mietangelegenheiten bis hin zu Fragen der Krankenhaus- und Heimunterbringung, des Kur- und Erholungsaufenthaltes für Mütter und Kinder, der allgemeinen Rechtsberatung oder auch der Eheberatung und Vermittlung von Familienkontakten. Jeweils zwei Prozent der Tätigkeit entfällt auf das „Essen auf Rädern" und seelsorgerische sowie Altenbetreuung.

Träger der Sozialstationen sind bei 15 Stellen die Caritas und bei neun das Diakonische Werk; sechs Stationen betreiben beide Institutionen gemeinsam. Das Bayerische Rote Kreuz unterhält vier, die Arbeiterwohlfahrt zwei und der Deutsche Paritätische Wohlfahrtsverband eine geförderte Station. Wesentlich für die Finanzierung der laufenden Kosten sind die Entgelte für die Pflegeleistungen; sie decken rund ein Drittel der Gesamtausgaben. Mehr als ein Drittel wird durch Zuschüsse der Kommunen (19 Prozent) und des Freistaates (18 Prozent) aufgebracht, der Rest (31 Prozent) sind Eigenmittel.

Ausführlich widmet sich der Bericht der Zusammenarbeit der Sozialstationen mit anderen im sozialen Dienst tätigen Personen und Einrichtungen: Untereinander sind die Sozialstationen um eine Intensivierung des Erfahrungsaustausches und der Zusammenarbeit bemüht, was allerdings durch die großen räumlichen Entfernungen oft erschwert wird. Als durchweg gut wird der Kontakt zu anderen Diensten, wie Gemeindekrankenpflegestation oder Nachbarschaftshilfekreisen, bezeichnet. Als äußerst fruchtbar scheint sich die Zusammenarbeit mit den Altenheimen zu erweisen. Man will ja durch die Pflege alter Menschen in der gewohnten häuslichen Umgebung die Aufnahme in ein Heim entbehrlich machen oder doch wenigstens hinausschieben: sechzehn der zwanzig befragten Sozialstationen gaben an, dieses Ziel mit ihrer Arbeit zu erreichen.

Ähnlich ist das Bild bei der Zusammenarbeit mit den Krankenhäusern: 70 Prozent der Sozialstationen erklärten, daß in manchen Fällen eine Aufnahme in das Krankenhaus vermieden werden konnte, oder daß sie im Anschluß an einen stationären Krankenhausaufenthalt ambulante Krankenpflege gewährten. Bei etwa zwei Drittel der Stationen konnte der Krankenhausaufenthalt durch die ambulante Betreuung verkürzt werden.

Zur Zusammenarbeit mit den Ärzten wird festgestellt: Allgemeinärzte wenden sich häufig bei Betreuungsfällen an Sozialstationen, Fachärzte dagegen tun dies nur selten oder nie. Zwei Drittel aller Sozialstationen haben regelmäßig Kontakt zu den meisten Ärzten in ihrem Bereich, ein Drittel nur zu wenigen. Die Zusammenarbeit scheint dort am besten zu sein, wo die Sozialstationen regelmäßig mit Ärzten Probleme erörtern, in jedem Pflegefall Kontakt mit einem Arzt aufnehmen und so die Ärzte mehr und mehr davon überzeugen, daß Sozialstationen in der Krankenpflege nur nach ärztlicher Anweisung arbeiten. Einige Sozialstationen meinen zwar, daß Ärzte über sie nur unzulänglich unterrichtet seien, andere vermuten, daß man in ihnen zunächst wohl eine Konkurrenz gesehen hätte, was eine anfängliche Distanz verursacht habe. Dagegen stellten einige Sozialstationen die Zusammenarbeit als geradezu optimal dar: Die Ärzte empfänden ihre Arbeit als Erleichterung, nicht zuletzt deshalb, weil Hausbesuche eingeschränkt werden könnten. Eine Sozialstation hat sogar eine bestmögliche Kooperation mit den Ärzten durch die ehrenamtliche Mitarbeit eines praktischen Arztes erreicht, der auch als Kontaktperson zu seinen Kollegen fungiert.

Michael Gscheidle

Der ambulante sowjetische Gesundheitsdienst im zehnten Fünfjahrplan (1976 bis 1980)

Eine der charakteristischen Eigenheiten der modernen Medizin – wie auch anderer Wissenschaften – ist das dialektische Wechselspiel zwischen zunehmender Differenzierung (Spezialisierung) einerseits und der Integration, im Sinne der gegenseitigen Abhängigkeit und Beeinflussung der Fachrichtungen, andererseits. Gefördert durch den wissenschaftlichen und technischen Fortschritt, durch die vertiefte Klassifizierung der pathologischen Zustände und andere Faktoren wirkt sich das auch auf die medizinische Versorgung aus. Die Gefahr, daß dieser Prozeß der Spezialisierung, der Aufsplitterung der Medizin in isolierte enge Teilbereiche, außer Kontrolle gerät, ist dabei nicht von der Hand zu weisen. Doch gerade im praktischen Gesundheitsdienst, in dem auch die Planökonomen der Sowjetunion keine wissenschaftlich begründeten normativen Werte für den Bedarf der Stadt- und Landbevölkerung an eng spezialisierten Diensten und für die finanzielle Auswirkung einer weit getriebenen Spezialisierung kennen, würde diese Tendenz das Niveau der allgemeinen medizinischen Versorgung negativ beeinflussen.

Sowjetische Gesundheitspolitiker beobachten das Problem seit einigen Jahren. In vielen Polikliniken der Städte und Landkreise hat die falsch verstandene Überspezialisierung schon zu Desintegration, Personalabwanderung, Desorganisation des mühsam aufgebauten Bereichssystems, zur Schwächung der Stellung des Bereichsarztes (in dem man gern den Haus- und Familienarzt sähe) und zu Abweichungen von den durch die Partei vorgezeichneten Nah- und Fernzielen der ambulanten Versorgung geführt. Letzten Endes könnte diese Fehlentwicklung von den kardinalen praktischen Aufgaben der Gesundheitsorgane ablenken oder zumindest ihre Erfüllung nicht eben beschleunigen. Partei und Regierung fordern vom Gesundheitsdienst: Verbesserung der physischen und psychischen Volksgesundheit, Verringerung der Erkrankungs- und Unfallhäufigkeit sowie der (Früh-) Sterblichkeit, besonders bei Kindern, spürbare Einschränkung aller und Ausrottung (in der Sowjetunion) einiger Infektionskrankheiten, straffere Organisation und höhere Effektivität des Gesundheitsdienstes, Dispensaire-Betreuung der gesamten Bevölkerung, größtmögliche Annäherung der ärztlichen Hilfe an die Stadt- und Landbewohner.

Aus den strategischen Forderungen ergeben sich folgende taktische Aufgaben in der theoretischen und praktischen Medizin:

– Die medizinische Forschung ist zu fördern, besonders die angewandte Forschung in den Bereichen der Sozialhygiene, der Organisation des Medizinalwesens sowie der komplexen sozialhygienischen und -klinischen Untersuchungen. Die Ergebnisse der Forschung müssen rascher und wirksamer in die Praxis umgesetzt werden. Um eine optimale ambulante Versorgung zu erreichen, sollen fortschrittliche Erfahrungen einzelner Polikliniken und anderer Gesundheitsanstalten rasch analysiert, bekanntgemacht und überall eingeführt werden.

– Der Aufbau differenzierter, spezialisierter Dienste in den Krankenhäusern und Polikliniken ist aufgrund wissenschaftlicher Analysen weiterzuführen; alle Fachabteilungen sind mit hochqualifizierten Spezialisten auszustatten. Die spezialisierten Abteilungen der stationären und ambulanten Einrichtungen sollen auf allen Verwaltungsebenen mit den Forschungsinstituten und Lehrstühlen entsprechender Fachrichtungen zusammenarbeiten und mit ihnen Fach-Versorgungszentren und Dispensaire-Abteilungen aufbauen. Bei allen spezialisierten ambulanten und stationären Diensten (Abteilungen) ist auf ein breites Angebot von Fachrichtungen, auf ihre Koordinierung und wechselseitige Abhängigkeit zu achten, besonders in der Versorgung der Industriearbeiter, der Kinder und Jugendlichen und der Frauen.

– In den Gesundheitseinrichtungen ist das „harte" Fundament – Gebäude, Ausrüstung, Technik – grundlegend überholungsbedürftig. Hand in Hand damit müssen die Organisation der präventiven und kurativen Arbeit verbessert, die Qualität der ärztlichen Hilfe gesteigert, die diagnostischen und therapeutischen Möglichkeiten, besonders im Bereich der Polikliniken und Ambulatorien, erweitert werden. Ein neuer, wichtiger Abschnitt des Perspektivplans ist die „Standort-Planung für Polikliniken und Ambulatorien".

– Zur Steigerung der Effektivität ist ein automatisiertes Subsystem für die Verwaltung der ambulanten Versorgung zu schaffen. Dafür sollen auch ökonomisch-mathematische Methoden der EDV-Technik eingeführt werden. Ausnahmslos alle offenen medizinischen Einrichtungen haben ihre Tätigkeit nach den Prinzipien der „Wissenschaftlichen Arbeitsorganisation" (NOT) auszurichten. Auf dieser Basis und mit einem neuen System komplexer Indikatoren sind auch die Verfahren der Dokumentation und der Registrierung zu verbessern, um objektiv und umfassend die Qualität und Kapazität der ambulanten und stationären Versorgung analysieren zu können.

– Bei prophylaktischen Reihenuntersuchungen und zur Früherkennung von Krankheiten sind überall die modernsten Verfahren anzuwenden. Für das wichtige Fernziel der Dispensaire-Betreuung der ganzen Bevölkerung sind Formen und Methoden dieser Arbeit zu verbessern. Zwischen den Organisationsformen der Dispensaire-Methode und den gesellschaftlichen, beruflichen und sonstigen Eigenarten der betreuten Gruppen sowie der gruppenspezifischen Pathologie und der sozialen Prophylaxe soll ein engerer wechselseitiger Zusammenhang hergestellt werden. Ebenso ist das noso-

logische Prinzip der spezialisierten Versorgung mit dem sozial-professionellen Prinzip der Erfassung durch ein Dispensaire (d. h.: aktive Rehabilitation als restituierende Therapie und als sozial-berufliche Wiedereingliederung) zu verknüpfen.

– Einige eng spezialisierte Dienste zur Versorgung von Patienten im hohen und Greisenalter bedürfen der Verbesserung.

– Der klinische und außerklinische Notfalldienst ist auszubauen und weiter zu spezialisieren. Die beiden (trotz aller und zahlreicher Forderungen immer noch nebeneinander bestehenden) Systeme der „Schnellen Hilfe" (Notfalldienst) und der (von den Polikliniken für ihre Patienten versehenen) „Dringlichen Hilfe" sollen endlich vereinigt werden.

– In der Ausbildung der Ärzte sind rationellere Formen und Methoden des allgemein-medizinischen und speziellen Unterrichts der Medizinstudenten – besonders in den medizinisch-biologischen, klinischen und sozialhygienischen Disziplinen – zu entwickeln, ebenso für die Jungärzte in der Primär-Fachausbildung (Internatur) und für die Ärzte, die sich nach fünf und mehr Jahren praktischer Tätigkeit fort- und weiterbilden wollen.

– Die Probleme der Prognostik der Volksgesundheit und der Entwicklungstendenzen des sowjetischen Gesundheitsschutzes mit allen seinen Teilbereichen, vor allem der spezialisierten ambulanten Versorgung, sind wissenschaftlich zu bearbeiten.

Diese komprimierte Aufzählung läßt erkennen, daß in den nächsten Jahren für den ambulanten Dienst zwei Aufgaben im Vordergrund stehen werden: die Integration spezialisierter Formen der ärztlichen Versorgung und die generelle Dispensaire-Betreuung. An und mit beiden Vorhaben wird bereits gearbeitet. Sicherlich wird es nicht einfach sein, die bestehenden Strukturen des Poliklinikysystems mit den ärztlichen Bereichen und ähnlichen Untergliederungen (z. B. in der Betriebsgesundheitsfürsorge) mit der Aufgabe der Dispensaire-Betreuung und einem Netz fachärztlicher Zentren zu überziehen. Nur an übergeordneten, von den allgemeinen Polikliniken unabhängigen Zentren läßt sich die spezialisierte ambulante Versorgung organisieren, da sie einerseits einem anderen Verteilungsschlüssel folgt als die Polikliniken und andererseits auf hochqualifizierte personelle und technische Ausstattung angewiesen ist. Die Basisinstitution der Zukunft wird also die mit einer Poliklinik verbundene Mehrbereichsklinik mit 1000 bis 1200 Betten sein, denn nur sie kann den Forderungen nach einem breiten Angebot an Fachrichtungen, nach hoher Qualität der offenen und stationären Betreuung und nach rationeller Ausnutzung hochwertigen Personals und Materials gerecht werden. In dieses System werden bestehende Großkrankenhäuser (800 bis 1000 Betten) einbezogen, an denen spezialisierte Abteilungen und Zentren einzurichten sind.

In der hierarchischen Gliederung setzen sich die Fach-Zentren in den Spezialisten der Polikliniken fort. In den stationären Abteilungen wirken sie sich auf den Bettenfonds, die Zusammensetzung des Personals und die medizinische Technik aus. Die medizinische Versorgung der Bevölkerung steht und fällt in erster Linie mit der Funktionstüchtigkeit des ambulanten Systems, mit der vernünftigen Kombination von allgemeinmedizinischer, spezialisierter und subspezialisierter Hilfe, ferner mit der Verknüpfung des (allgemeinmedizinischen) Bereichsarztsystems und der spezialisierten Versorgung. Daher wurde der zehnte Fünfjahrplan (1976 bis 1980) im sowjetischen Gesundheitsdienst zu einem *Planjahrfünft der Poliklinik* erklärt.

Die (1947 begonnene) Vereinigung der Krankenhäuser und Polikliniken hatte dazu geführt, daß der Bettenschlüssel zum beherrschenden Indikator geworden war und daß viel Mühe auf den Ausbau der stationären Abteilungen verwendet wurde, mit dem die offene Krankenversorgung nicht Schritt halten konnte. Im zehnten Fünfjahrplan soll diese Entwicklung korrigiert werden, indem man der Planung des Poliklinik-Systems Vorrang einräumt, und zwar der Verbesserung und Erweiterung der allgemeinen ambulanten Versorgung sowie dem Ausbau der spezialisierten Dienste. Wenn auch in der Spezialisierung der ambulanten Versorgung Fehler gemacht worden sind – reversibel ist dieser Prozeß nicht, da offensichtlich Bedarf an fachärztlicher Hilfe besteht. Er ergibt sich zwangsläufig aus den Fortschritten der Wissenschaft und Technik, eus der gesellschaftlichen Entwicklung und nicht zuletzt aus den Ansprüchen der Bevölkerung. Alle spezialisierten und subspezialisierten Dienste sind gleichermaßen, wenn auch mit unterschiedlichen Methoden, den gesundheitspolitischen Grundkonzeptionen unterzuordnen: Prophylaxe, Therapie und Rehabilitation.

Der Perspektivplan für den Ausbau des Poliklinik-Systems ist ein Teil der Entwicklungspläne für das gesamte Gesundheitswesen und für die Volkswirtschaft. Die Polikliniken werden auf die allgemeingültigen technischen und ökonomischen Normen-Parameter umgestellt. Für den ambulanten Dienst hat das Gesundheitsministerium der UdSSR neue normative Kennziffern festgelegt. Sie gehen von durchschnittlich 11,5 ärztlichen Konsultationen pro Bürger und Jahr aus (12,9 für einen Stadt- und 8,2 für einen Landbewohner). In den Städten bleibt die Groß-Poliklinik mit mehreren Fachabteilungen das wichtigste Instrument der außerklinischen Betreuung. Ihr Einzugsgebiet soll in Großstädten jeweils 40 000 bis 60 000 Einwohner umfassen (die bei Bedarf auch von Zweigstellen der zentralen Poliklinik versorgt werden können). Im optimalen Falle ist diese Poliklinik mit einem Krankenhaus gleicher Dimension gekoppelt. Für den Bau neuer Polikliniken wurden verbindliche Standardtypen entwickelt. Bestehende kleine Polikliniken sollen schrittweise aufgelöst oder zu Zweigstellen umgewandelt werden.

Die allgemeinmedizinische und *spezialisierte ambulante Versorgung* wird nach einem sich überschneidenden Stufen- oder Etappensystem organisiert. Die erste Stufe bilden die städtischen (für 40 000 bis 77 000 Personen) und Werkpolikliniken. Sie bieten Hilfe in der allgemeinen Medizin und in den großen Fachrichtungen an (Innere Medizin, Pädiatrie, Geburtshilfe und Gynäkologie, Chirurgie, Traumatologie, Neuropathologie, HNO-Heilkunde, Ophthalmologie, Stomatologie, Kardiorheumatologie, Haut- und Geschlechtskrankeiten u. a.). Die zweite Stufe umfaßt ein größeres Gebiet mit mindestens 120 000 Einwohnern. Dort wird an einer der drei oder vier

(Fortsetzung Seite 378)

Reguliert das Auf und Ab des Orthostatikers

Amphadyn® retard reaktiviert venös versacktes Blut, aktiviert die arterielle Versorgung und bringt Beschwerdefreiheit für den ganzen Tag.

Amphodyn® retard

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 Etilefrinhydrochlorid 20 mg, Roßkastanienextrakt 150 mg (enth. 25 mg Aescin).

Kontraindikationen: Phäochromazytom, 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.

Reguliert doppelt:
Venös
und arteriell

KNOLL
8 München 40

Die Forte-Therapie des Nervenschmerzes

dolo judolor®

fettlösliches B1 neu von Woelm Pharma jetzt injizierbar

die Initialtherapie der Wahl beim neuralgisch-neuritischen Formenkreis

Rasch und anhaltend analgetisch durch:

- fettlösliches Vitamin B1 (TTFD) substanzeigener analgetischer Effekt
- hochdosiertes Analgetikum prompt analgetisch, antiphlogistisch, spasmolytisch

Kausales Eingreifen in den gestörten Nerven-Muskel-Stoffwechsel durch neurotrope Vitamine:

- Vitamin B1
- Vitamin B6
- Vitamin B12

Zusammensetzung:
2 ml Injektionslösung A enthalten:
Phenyl-dimethyl-pyrazolon-methylamino-methansulfonsaures Natrium 1,0 g (Metamizol-Natrium)
2 ml Injektionslösung B enthalten:
Fursultiaminhydrochlorid 21,832 mg entspr. Fursultiamin (TTFD) 20,0 mg, Hydroxocobalaminacetat 1,045 mg entspr. Hydroxocobalamin 1,0 mg, Pyridoxinhydrochlorid 20,0 mg, Mepivacainhydrochlorid 20,0 mg

Indikationen:
Neuritiden und Neuralgien, Zervikal-Syndrom, Schulter-Arm-Syndrom, Brustwirbelsäulen-Syndrom, Lumbal-Syndrom, Zustände nach Bandscheibenoperationen, Ischialgie, Trigeminusneuralgie, Interkostalneuralgie, Herpes zoster

Kontreindikationen:
Das Präparat darf nicht angewandt werden bei Granulozytopenie, akuter intermittierender Porphyrie, dem Bestehen einer Pyrazolon-Überempfindlichkeit, Leber- und Nierenfunktionsstörungen sowie bei Patienten mit Überempfindlichkeit gegen Lokalanästhetika vom Amid-Typ.
Nach allgemein akzeptierter Regel sollten Medikamente in der Schwangerschaft, besonders im ersten Trimenon, nur bei dringlicher Indikation verabreicht werden. Dies gilt auch für dolojudolor. Kinder unter 14 Jahren sind von einer Therapie mit dolojudolor Injektionslösung auszuschließen.

Nebenwirkungen:
dolojudolor ist im allgemeinen gut verträglich. In seltenen Fällen kann bei hierfür disponierten Patienten die Sensibilisierung gegen Metamizol eine Granulozytopenie verursachen, deren Auftreten das Absetzen des Präparates erforderlich macht. Eine längere Therapie sollte daher nur unter laufender Kontrolle des weißen Blutbildes vorgenommen werden.

Dosierung:
Bei akuten Schmerzzuständen täglich 1–2 Injektionen i.m. bis zum Abklingen der Beschwerden. Der Abstand zwischen der ersten und zweiten Injektion sollte 8 Stunden betragen.

Handelsformen und Preise:
O.P. mit 3 Ampullenpaaren DM 11,80 AVP m. MwSt.

Woelm Pharma

WICHTIGE MITTEILUNG FÜR NICHTKASSENÄRZTE

Kassenarzt in Bayern

Förderung der Niederlassung durch „Erweitertes Bayern-Programm"

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

I. Dringlich zu besetzende Kassenarztstellen

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

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. Kreiskrankenhaus 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.

Kastl bei Kemnath, Lkr. Tirschenreuth: 1 Allgemein-/Prakt. Arzt

Kastl und das Einzugsgebiet hat rund 2200 Einwohner. Nächstes Facharztzentrum in Eschenbach/Weiden und Bayreuth. Nächstes Krankenhaus – Chirurgische Abteilung – in Kemnath. Ärztlicher Notfalldienst – 7-Wochen-Turnus. Weiterbildende Schule in Kemnath. Praxisräume/Wohnung stehen zur Verfügung.

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.

Vohenstrauß, Lkr. Neustadt/WN: 1 Allgemein-/Prakt. Arzt

Vohenstrauß hat 7290 Einwohner, zugelassen 3 Kassenärzte, Chefarzt am Krankenhaus, Chirurg, beteiligt (3 Zahnärzte, 2 Apotheken). In Vohenstrauß befindet sich ein Kreiskrankenhaus mit 110 Betten. Nächstes Facharztzentrum Weiden. Ärztlicher Notfalldienst über Notrufzentrale Weiden – 7-Wochen-Turnus. Staatliche Realschule, alle weiterbildenden Schulen in Weiden.

Waldsassen, Lkr. Tirschenreuth: 1 Allgemain-/Prakt. Arzt

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

Direkta Bewerbungan sind zu richtan an den Zulassungsausschu8 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

Wiederbasetzung 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 freiwerdenden 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).

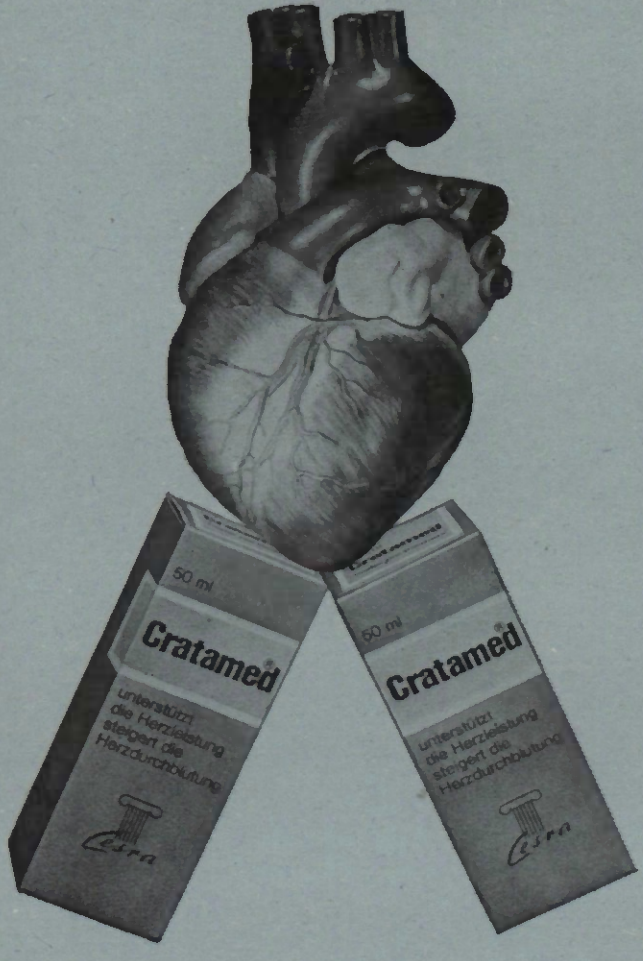
Direkte Bewerbungen sind zu richten an dan Zulassungsausschu8 für Ärzta Schwaben, Frohsinnstra8a 2, 8900 Augsburg.

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 Marktgemeinde 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.



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

Cesra

Creußen, Lkr. Bayreuth: 1 Allgemein-/Prakt. Arzt

Die Stadt Creußen, nahe der Autobahn Berlin—München liegend, ist 13 km von der Universitätsstadt Bayreuth entfernt. Creußen hat ca. 3000 Einwohner, insgesamt sind etwa 6000 Menschen zu betreuen. Wiederbesetzung der infolge Ablebens des Praxisinhabers freigewordenen dritten Arztstelle. Arzthaus kann käuflich erworben werden. Gute Zugverbindungen nach Bayreuth.

Gößweinstein, Lkr. Forchheim: 1 Allgemein-/Prakt. Arzt

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

Hof/Saale: 1 Nervenarzt

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

Neustadt bei Coburg: 1 Augenarzt

Es hendelt 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 enerkannten 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, elle 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.

Direkte Bewerbungen sind zu richten an den Zulassungsausschu8 für Ärzte Oberfranken, Bürgerreuther Straße 7 a — 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 Heinrichtsthal 820 Einwohner, eine Gemeinschaftspraxis am Ort. Günstige Verkehrsverbindung nach Aschaffenburg und Frankfurt, viel Fremdenverkehr, Grund- und Hauptschule am Ort.

Wildflecken, Lkr. Bad Kissingen: 1 Allgemein-/Prakt. Arzt

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

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

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

Neuendettelsau, Lkr. Ansbach: 1 Allgemein-/Prakt. Arzt

Einwohnerzahl mit Einzugsgebiet ca. 7500. 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 en den Zulassungsausschuß für Ärzte Mittelfranken, Vogelsgarten 6, 8500 Nürnberg.

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

Rennertshofen, Lkr. Neuburg/Donau: 1 Allgemein-/Prakt. Arzt

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

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

II. Weitere freie Kassenarztstellen

Bei Niederlassung und Kaaaanzulaasung bestaht dia Möglichkait, Grunderwerb und Bau einas Arzthauses mit Unterstützung des Wohnbauwerkes der Bayerischen Ärzteversorgung zu finanzieren. Interessenten wenden aich an die Kassenärztlicha Vereinigung Bayerns zur Beratung im Einzelfall.

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

Allgemein/Prakt. Arzt:

Burglengenfeld, Lkr. Schwandorf i. Bay.:	1 Allgemein-/Prakt. Arzt

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 Ärzta Oberpfalz, Landshuter Straße 49, 8400 Regensburg.

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

Allgemein-/Prakt. Ärzte:

Anzenkirchen, Lkr. Rottal-Inn:	1 Allgemein-/Prakt. Arzt
Eichendorf, Lkr. Dingolfing-Landau:	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
Kössiarn, Lkr. Passau:	1 Allgemein-/Prakt. Arzt
Osterhofen, Lkr. Deggendorf:	1 Allgemein-/Prakt. Arzt
Schöllnach, Lkr. Deggendorf:	1 Allgemein-/Prakt. Arzt
Siegenburg, Lkr. Kelheim:	1 Allgemein-/Prakt. Arzt
Stallwang, Lkr. Straubing-Bogen:	1 Allgemein-/Prakt. Arzt
Tann, Lkr. Rottal-Inn:	1 Allgemein-/Prakt. Arzt
Viechtach, Lkr. Regen:	1 Allgemein-/Prakt. Arzt
Wittibreut, Lkr. Rottal-Inn:	1 Allgemein-/Prakt. Arzt

Augenärzte:

Kelheim:	1 Augenarzt
Landau, Lkr. Dingolfing-Landau:	1 Augenarzt

Hautärzta:

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

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

Direkte Bewerbungan sind zu richtan an den Zulassungsausschuß für Ärzta Niederbayern, Lilienstraße 5 –7, 8440 Straubing.

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

Allgemein-/Prakt. Ärzte:

Augsburg-Oberhausen (Ortsteil 16, 17):	1 Allgemein-/Prakt. Arzt
Marxheim, Lkr. Donau-Ries:	1 Allgemein-/Prakt. Arzt
Niederraunau, Lkr. Günzburg:	1 Allgemein-/Prakt. Arzt
Oettingan, 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)

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

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

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. Wunsiedel:	1 Allgemein-/Prakt. Arzt
Münchberg, Lkr. Hof:	1 Allgemein-/Prakt. Arzt
Selb, Lkr. Wunsiedel:	1 Allgemein-/Prakt. Arzt
Töpen, Lkr. Hof:	1 Allgemein-/Prakt. Arzt
Waischenfeld, Lkr. Bayreuth:	1 Allgemein-/Prakt. Arzt
Warmensteinach, Lkr. Bayreuth:	1 Allgemein-/Prakt. Arzt

Augenarzt:

Coburg:	1 Augenarzt

Orthopäde:

Selb, Lkr. Wunsiedel:	1 Orthopäde

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

Allgemein-/Prakt. Ärzte:

Alzenau, Lkr. Aschaffenburg:	1 Allgemein-/Prakt. Arzt
Bischofsheim, Lkr. Rhön-Grabfeld:	1 Allgemein-/Prakt. Arzt
Eisenfeld, Lkr. Miltenberg:	1 Allgemein-/Prakt. Arzt
Grälendorf, Lkr. Main-Spessart:	1 Allgemein-/Prakt. Arzt
Gralenrheinfeld, Lkr. Schweinfurt:	1 Allgemein-/Prakt. Arzt
Grettstadt, Lkr. Schweinfurt:	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

FRÜHLING FÜR DAS HAAR
DAS GANZE JAHR – DANK

pantogar®

Klinisch belegte Wirkung!

Literatur:

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

Indikationen:

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
Thiaminum (DCI); Aneurin	0,015 g	0,060 g
Calcii pantothenas (DCI)	0,015 g	0,060 g
Saccharomyces medic. (VIGAR-Hefe)	0,025 g	0,100 g
L-Cystin	0,005 g	0,020 g
Keratin	0,005 g	0,020 g
Acid. p-aminobenzoicum	0,005 g	0,020 g

Reg.-Nr. P 1912 (Drg.) 46 868 (Kps.) — Apothekenpflichtig

Packungen:

90 Kapseln (30 Tage)	AVP m Mwst	DM 42,60
300 Kapseln (100 Tage)	AVP m Mwst	DM 123,40
300 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.

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

Augenärzte:

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

Kinderärzte:

Bad Neustadt, Lkr. Rhön-Grabfeld:	1 Kinderarzt

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

Die Lösung eines brennenden Problems

Zusammensetzung:
100 g Salbe enthalten:
Bismut. subnitric. 1 g, Myroxyl. balsam. var. pereir. 2 g, Zinc. oxydat. 8 g, Benzocain 2 g, Urea 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:
Äußere und innere Hämorrhoiden, Analfissuren, Analjuckreiz, Proktitis

Unverträglichkeiten und Risiken:
Nicht bekannt.
Dosierung:
Siehe Packungsbeilage und wissenschaftlicher Prospekt.
Handelsformen:
Tube mit 40 g
Anusept Salbe DM 7,20
Packung mit 10
Anusept Zäpfchen DM 5,80
Kombi-Packung mit 40 g
Anusept Salbe und
10 Anusept Zäpfchen DM 11,50

Anusept® - Neu von Kanoldt

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
Nürnberg-West:	1 Allgemein-/Prakt. Arzt
Veitsbronn-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.

KASSENÄRZTLICHE VEREINIGUNG BAYERNS
Bezirksstelle Oberbayern
Mühlbaurstraße 16/II, München
Telefon (0 89) 41 47 247

Allgemein-/Prakt. Ärzte:

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, Mühlbaurstraße 16, 8000 München 80.

Man stirbt, wie man lebt.

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

Zur Prophylaxe und Therapie der koronaren Herzkrankheiten:

1. Adalat, 2. Adalat, 3. Adalat

Das Prinzip der Sauerstoffeinsparung.

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

Das Prinzip der Druckentlastung des Herzens.

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

Das Prinzip der Neuerschliessung von Kollateralen durch Koronardilatation

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

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

Bayer

Adalat vereinigt in sich die drei wichtigsten Prinzipien der medikamentösen Koronartherapie.

Indikation:
Behandlung und Prophylaxe der akuten und chronischen Koronarinsuffizienz (insbesondere Angina pectoris, Zustand nach Herzinfarkt).

Verträglichkeit:
Adalat ist gut verträglich. Unerwünschte Begleiterscheinungen treten nur vereinzelt und eher zu Beginn der Behandlung auf; sie sind zudem vorübergehender, meist leichter Natur. Gelegentlich kann es zu Kopfdruck, Gesichtsrötung, Wärmegefühl, Schwindel und Übelkeitserscheinungen kommen. Umfangreiche Laboruntersuchungen ergaben keine auf das Präparat zurückzuführenden pathologischen Abweichungen von den Normwerten.

Kontraindikation:
Gesamte Schwangerschaft.

Zur Beachtung:
Adalat kann die Wirkung von blutdrucksenkenden Präparaten und β-Rezeptorenblockern verstärken bzw. ergänzen. Die Therapie mit Herzglykosiden kann unter Adalat-Behandlung begonnen oder fortgeführt werden. Inkompatibilitäten mit anderen Arzneimitteln sind bei der klinischen Prüfung des Präparats nicht zutage getreten.

Dosierung und Anwendung:
Für die Dauerbehandlung im allgemeinen Kapseln unzerkaut mit etwas Flüssigkeit einnehmen. Durchschnittliche Tagesdosis 3 mal 1 Kapsel; in besonderen Fällen bis zu 3 mal täglich 2 Kapseln, dabei Einnahmeabstand von 2 Stunden nicht unterschreiten. Bei drohendem Angina-pectoris-Anfall zum raschen Wirkungseintritt Kapseln zerbeißen.

Handelsformen:
Packungen mit 50 Kapseln DM 32,50
Packungen mit 100 Kapseln DM 59,30
sowie Anstaltspackung

Zusammensetzung:
1 Kapsel enthält 10 mg 1,4-Dihydro-2,6-dimethyl-4-(o-nitro-phenyl)-pyridin-3,5-dicarbonsäure-dimethylester (Nifedipin)

1 D 101

Polikliniken, die in der Regel mit einem großen (500 Betten und mehr) Mehrbereichskrankenhaus verbunden ist, ein „Diagnostisches Konsultationszentrum" eingerichtet, an dem enger spezialisierte Fachleute (Pulmonologen, Endokrinologen, Urologen, Onkologen, Physiotherapeuten, Psychoneurologen, Orthopäden, Unfallchirurgen u. a.) und die erforderlichen Geräte für kompliziertere Untersuchungen zur Verfügung stehen. Neben den konsultativen Aufgaben hat diese Poliklinik jedoch auch die Funktion einer allgemeinen Bezirkspoliklinik mit ärztlichen Bereichen (die Einrichtung rein konsultativer Spezialpolikliniken hat sich nicht bewährt).

In der dritten Stufe sollen auf der Basis von Republiken-, Gebiets- und Großstadt-Kliniken mit 800 bis 1000 Betten „Spezialisierte Zentren" eingerichtet werden, und zwar in der inneren Medizin für Kardiorheumatologie, Myokardinfarkt, Pulmonologie, Gastroenterologie, Allergologie, Hämatologie, Berufskrankheiten, Nephrologie u. a.; in der Chirurgie für Herz- und Gefäßchirurgie, Proktologie, Behandlung von Verbrennungen, Unfallchirurgie, Neurochirurgie, Orthopädie, Kiefer-Gesichtschirurgie, Urologie u. a. Diese dritte Stufe ist nicht nur für die territorialen Hauptstädte bestimmt, sondern auch für Großstädte mit mindestens 250 000 bis 300 000 Einwohnern, wobei die Patienten aus den umliegenden Landkreisen mit zu berücksichtigen sind. Die Zentren sind mit hochqualifiziertem Fachpersonal auszustatten. Für jedes Zentrum sind eine poliklinische und eine Bettenabteilung mit mindestens 60 Plätzen vorgesehen (bzw. 40 Betten für geringeren Bedarf, etwa für Verbrennungen, Berufskrankheiten oder proktologische Fälle).

Die vierte Stufe bilden einzelne interregionale Zentren, die mehrere Gebiete oder Republiken in ausgesuchten Fachrichtungen versorgen: Verbrennungen, kardiovaskuläre Chirurgie, besonders des Kindesalters, Allergosen, Berufskrankheiten u. a. Als fünfte Stufe schließlich stehen an der Spitze dieses Systems die spezialisierten Unionszentren, die in der Mehrzahl zu einem der leitenden Forschungsinstitute in Moskau gehören.

Im Plan wird auf die Entwicklung derartiger Zentren besonders für die Ophthalmologie und die Otorhinolaryngologie hingewiesen. Für Augen-Kranke sollen von der dritten Stufe aufwärts Fachzentren mit Laboratorien für die Kontaktlinsenkorrektur des Sehvermögens, für komplizierte Augenprothetik, für Augenchirurgie sowie Stationen für die Anpassung von Lupenbrillen eingerichtet werden. In der HNO-Heilkunde ist das Netz der Poliklinik-Fachabteilungen zu erweitern und für surdologopädische, phoniatrische und prothetische Hilfen bei Erwachsenen und Kindern auszulegen.

Auch in der Stomatologie enthält der Plan für die nächsten Jahre differenzierte Vorstellungen: In den Städten sind mehr selbständige Zahn-Polikliniken erforderlich, und auf dem Lande müssen die stomatologischen Abteilungen der allgemeinen Polikliniken und Ambulatorien erweitert werden. Für die Versorgung abgelegener Gebiete sind mobile stomatologische Stationen in geländegängigen Autobussen zu schaffen. Eng spezialisierte Zentren sollen Kinder mit angeborenen Anomalien des Kiefer-Gesichtsbereiches versorgen. Überhaupt strebt man die regelmäßigere Sanierung der Mundhöhle bei Kindern an. Für die Zahnprothetik wird die breite Anwendung von Porzellan und speziellen Legierungen empfohlen. In der zahnärztlichen Versorgung wird es erhebliche organisatorische Veränderungen geben, denn sie soll ebenfalls auf das Bereichssystem und die Dispensaire-Betreuung umgestellt werden. Dabei ist vor allem an eine präventive Verbundbetreuung gedacht, in der die Stomatologen mit den Internisten, Pädiatern, Gynäkologen, Kardiologen, Rheumatologen u. a. zusammenarbeiten. Ein wichtiges Teilgebiet der fachzahnärztlichen Betreuung ist ferner die parodontologische Spezialbehandlung an großen stomatologischen Polikliniken.

Die Fragen der optimalen Standort-Verteilung der Polikliniken sind offensichtlich noch nicht ausdiskutiert; wahrscheinlich werden die möglichen Alternativen in den nächsten Jahren an Modellen durchgespielt. Sicher ist, daß die Großstädte mit einem eigenen Netz „medizinischer Bezirke" überzogen werden, da die enge Anlehnung an die Verwaltungsbezirke, besonders für den Aufbau der spezialisierten Dienste, ein Hindernis darstellt. Im Rahmen der Planung für die Anlage und die Rekonstruktion von Städten finden diese Fragen starke Beachtung.

Ein Stufensystem wurde auch für die bessere medizinische *Versorgung der Landbevölkerung* vorgeschlagen. Die unterste Stufe bilden die Feldscher- und Feldscher/Hebammen-Stationen sowie die Ambulatorien, die in einem zentral gelegenen Dorf 4000 bis 5000 Einwohner versorgen und dazu – im Ambulatorium – wenigstens drei Ärzte benötigen: einen Internisten (Therapeuten), einen Pädiater und einen Zahnarzt. Auf der zweiten Stufe betreuen ländliche Polikliniken mit mindestens acht Fachärzten (Internist, Pädiater, Chirurg, Gynäkologe, Zahnarzt oder Stomatologe, Neurologe, Augenarzt, Ohrenarzt) mehrere Siedlungen mit einer Gesamtbevölkerung von 10 000 bis 15 000 Einwohnern. Der Standort der Poliklinik muß so gewählt werden, daß alle Patienten sie von ihrem Wohnort innerhalb von 30 bis 40 Minuten erreichen können.

Die Poliklinik des Zentralen Kreiskrankenhauses ist die dritte Stufe. Sie versorgt die Einwohner des Kreiszentrums und die Bevölkerung des angrenzenden Landgebietes. Der Anfahrtsweg soll für die Patienten nicht mehr als eine bis eineinhalb Stunden in Anspruch nehmen. Auf dieser Stufe sind auch schon spezialisierte Versorgungseinrichtungen angesiedelt, die für mehrere Kreise zuständig sind. Als vierte Stufe werden Polikliniken (mit Wohnheim für auswärtige Patienten) mit beratenden Funktionen vorgeschlagen. Sie gehören zu großen Kliniken und sollen in zweistündiger Fahrzeit zu erreichen sein.

Das wichtigste Instrument für die ärztliche Versorgung der Landbevölkerung bleibt jedoch, auch nach dem neuen Plan, das Zentrale Kreiskrankenhaus mit 300 bis 500 und mehr Betten. Das Zentrale Kreiskrankenhaus der Zukunft soll so weit wie möglich in seiner Struktur den Mehrbereichskrankenhäusern auf Gebietsebene und in den großen Städten angeglichen werden. Es soll mit einer großen Poliklinik verbunden sein, an der 15 bis 20 Fachrichtungen vertreten sind, und über einen leistungsfähigen Diagnosedienst, eine Notfall-Abteilung (Schnelle Hilfe) und einen großen Fuhrpark, einschließlich mobiler Ambulatorien für den Einsatz auf dem Lande, verfügen.

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
1 Tablette enthält:
5,11-Dihydro-11-[(4-methyl-piperazin-1-yl)acetyl]-6H-pyrido[2,3-b][1,4]benzodiazepin-6-on-dihydrochlorid 25 mg

Anwendungsgebiete
Akute und chronische Formen von Ulcus ventriculi und Ulcus duodeni, hyperazider Reizmagen, Gastritis, medikamentös bedingte Magenbeschwerden.

Dosierung und Anwendungsweise
Zu 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 völligen Ausheilung noch 2–3 Wochen (je 1 Tablette morgens und abends) weiterbehandelt werden.

Die Einnahme erfolgt am besten vor den Mahlzeiten mit einem Schluck Flüssigkeit.

Unverträglichkeiten und Risiken
Bisher keine bekannt.

Besondere Hinweise
Gelegentlich kann die Therapie mit Gastrozepin eine Appetitanregung bedi
Eine in seltenen Fällen auftretende Stuhlerweichung ist als wünschenswert
Beweis dafür zu werten, daß Magen- und Darmmotilität nicht gestört werd
In Tierversuchen wurde festgestellt, daß Gastrozepin auch bei hoher Dosie
keine teratogenen Eigenschaften besitzt. Trotzdem wird, wie bei allen neue
Arzneimitteln, von der Anwendung während der ersten 3 Schwangerschaft
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
7950 Biberach an der Riss

Die Polikliniken und die Bereichsärzte bleiben die wichtigsten Organe des Gesundheitswesens für die geplante Ausweitung der *Dispensaire-Betreuung*, der „dynamischen Beobachtung bestimmter Kontingente von gesunden Personen mit gemeinsamen professionellen und physiologischen Merkmalen sowie von Kranken mit bestimmten, definierten Krankheiten". Der Umfang dieser präventiven Betreuung war schon in den letzten Jahren erweitert worden. Durch Vorsorgeuntersuchungen in irgendeiner Form konnten in jedem Jahr mehr als 100 Millionen Bürger erfaßt werden, allerdings nimmt dieses Kontingent jährlich nur um rund 1,5 Millionen zu. 1974 standen außerdem mehr als 30 Millionen Kranke in Dispensaire-Kontrolle, darunter fast sechs Millionen Kinder. In die Richtlinien des zehnten Fünfjahrplans ist die Verbesserung der Dispensaire-Arbeit aufgenommen worden, und zwar in Richtung auf eine Vergrößerung der Versorgungskontingente sowie im Sinne der Steigerung der sozialen, medizinischen und ökonomischen Effektivität. Die Erreichung des Fernzieles, die prophylaktische Dispensaire-Kontrolle der gesamten Bevölkerung, wird noch gewaltiger organisatorischer, personeller und finanzieller Anstrengungen bedürfen.

Diese Einsicht und der nur zögernde Fortschritt auf dem Wege zur generellen Dispensaire-Betreuung hatte bei den vorbereitenden Diskussionen um den Fünfjahrplan zu kritischen Überlegungen geführt. Einige Gesundheitspolitiker registrierten, daß trotz größter Anstrengungen schwerwiegende Mängel nicht zu beseitigen waren – in verschiedenen Krankheitsgruppen war der Betreuungsindex rückläufig, Hypertoniker z. B. wurden auch in hochentwickelten Republiken nur zur Hälfte erfaßt u. a. –, und schienen vor dem unvergleichlich größeren Aufwand der Zukunft resignieren zu wollen. In der Tat stellt die Kosten- und Personalintensität dieses Vorhabens eine enorme Belastung für die Volkswirtschaft dar, die nur bei optimalen Zielvorstellungen und Organisationsformen, bei richtigen sozialhygienischen und kurativen Konsequenzen gerechtfertigt erscheint. Die sowjetischen Planer hatten daher ernsthaft zu prüfen, ob es wirklich einen zwingenden Grund für die Dispensaire-Betreuung der gesamten – gesunden und kranken – Bevölkerung gibt, ob – wenn diese Frage bejaht wird – dem Lande tatsächlich die Kräfte und Mittel für die Durchführung des gigantischen Projektes zur Verfügung stehen und mit welchen technischen Mitteln man rationeller arbeiten könne.

Prinzipiell sind diese Fragen positiv beantwortet worden. Ihre Ablehnung hätte die Abkehr von einer der wesentlichsten Forderungen der sozialistischen Gesundheitspolitik bedeutet: von dem Vorrang der Prophylaxe. Die Planautoren wollen jedoch die Wirtschaft nicht durch eine Utopie überfordern, sondern zunächst durch wissenschaftliche Analysen die realen Möglichkeiten für die allgemeine Dispensaire-Betreuung erkunden. Im Frühjahr 1976 begann in Moskau ein Experiment, an dem 14 Gesundheitseinrichtungen mit einer Einzugsbevölkerung von insgesamt 350 000 Einwohnern beteiligt sind: sechs Bezirkspolikliniken, fünf Betriebspolikliniken und drei Polikliniken in Landbezirken. Hier soll in den nächsten Jahren geprüft werden, welche Möglichkeiten die offenen Gesundheitseinrichtungen für die totale Dispensaire-Überwachung der Bevölkerung besitzen, welche Organisationsformen dafür zu empfehlen sind und welche strukturellen Veränderungen in der medizinischen Versorgung sich daraus ergeben können.

Das Experiment ist in drei Etappen geplant. In der ersten, die im März 1977 abgeschlossen sein soll, wird die gesamte Einwohnerschaft durchuntersucht. Dabei gewinnt man Vorstellungen vom Arbeitsumfang, von den Kosten und von den besten Verfahren zur Erkennung und weiteren Beobachtung von Patienten mit Gesundheitsrisiken und pathologischen Frühformen. Die zweite Etappe hat die dynamische Beobachtung des Gesundheitszustandes der gleichen Bevölkerungsgruppen zum Inhalt. Ihr Ziel ist die Erarbeitung wissenschaftlicher Grundlagen für die optimalen Prinzipien, nach denen bestimmte Gruppen unter regelmäßige Dispensaire-Kontrolle zu nehmen sind. In der dritten Etappe sollen abschließende, vergleichende Untersuchungen Auskunft über die Effektivität der durchgeführten Maßnahmen geben. Dieses Modell soll dann auch im Verfahren auf die gesamte Bevölkerung übertragen werden, d. h. im stufenweisen Vorgehen: Feststellung der Besonderheiten der jeweiligen Dispensaire-Kontingente, der gesunden, der kranken und der Risikofälle; Prognose der Entfaltung des Gesundheitsdienstes; Ausbau des Netzes der poliklinischen und stationären Kapazitäten, gezielte Vermehrung der Ärzte und der Assistenzpersonen. Die Beanspruchung

(Fortsetzung Seite 384)

Brief aus Bonn

Nochmal: Zum Kostendämpfungs- und Strukturveränderungsgesetz

Mit den Beschlüssen des Bundesrates zu den Sanierungsgesetzen können die beteiligten Politiker leben. Die Union vermeg das Rentengesetz nicht mehr zu bremsen, nachdem ein bayerischer Antreg, dieses Gesetz der Zustimmungsptlicht zu unterwerten, keine Mehrheit fand. Beim Kostendämptungsgesetz sieht das enders eus: die Mehrheit der Lênder hat sich bei diesem zustimmungsptlichtigen Gesetz für eine freiwillige Aktion zur Kostendämptung und gegen gesetzliche Zwangsregelungen ausgesprochen. Die Eigenbeteiligung der Krankenhëuser an den Investitionskosten wird von nahezu allen Lëndern abgelehnt. Ehrenberg wird elso Kompromisse machen müssen.

Die erste Lesung von Ehrenbergs Gesetzgebungspaket zur Sanierung der Sozialversicherung im Bundesrat hat zwar noch keine Klarheit darüber geschatten, was endgültig Gesetz werden könnte. Die Schlüsselrolle in dem politischen Tauziehen um die beiden Gesetzentwürfe zur Rentenversicherung und zur Krankenversicherung tällt den Landesregierungen in Hennover und in Saarbrücken zu, seitdem dort Christdemokraten und Freie Demokraten zusammen regieren.

Den neuen Koalitionspartnern in Niedersachsen und an der Saar wäre es gewiß lieber, wenn sie sich zunächst euf die Landespolitik konzentrieren und die Bundespolitik ignorieren könnten, um sich aneinander zu gewöhnen. Aber die Gesetzgebung im Bunde kann darauf keine Rücksicht nehmen. Die Termine werden in Bonn gemacht, und Ehrenbergs Zeitdruck ist groß. Immerhin kann Ehrenberg heute damit rechnen, sein Rentengesetz ohne wesentliche Änderungen durchzubringen, anders sieht es treilich beim Gesetz zur Kostendämpfung im Gesundheitswesen aus. Hier wird die Entscheidung erst im Vermittlungsausschuß fallen.

Über den politisch und von der Sache her wichtigsten Antrag im Bundesret ist nur wenig geredet worden. Die Bundesregierung hatte den Entwurf des Rentengesetzes für nicht zustimmungspflichtig erklärt. Damit sollte der Bundesrat in die Rolle des Kritikers verwiesen werden, über dessen Argumente letztlich die Mehrheit des Bundestages zu betinden hätte. Der Bundesrat könnte dann zwar Einspruch erheben, der jedoch von der absoluten Mehrheit der Koalition im Bundestag ausgeräumt werden könnte. Zustimmungspflichtige Gesetze können nur rechtswirksam werden, wenn die Bundesratsmehrheit dies will.

An den Mehrheitsbeschlüssen zu den Rentengesetzen ist mit Blick auf die Krankenversicherung bemerkenswert, daß auch die CDU-Länder die Krankenversicherung zusätzlich mit Aufwendungen der Rentner-Krankenversicherung belasten wollen. Die Zuschüsse der Rentenversicherung sollten „mindestens" dem Durchschnittsbetrag der Aktivversicherten entsprechen, der heute etwa 11,5 Prozent und im nächsten Jahr zwischen 12 und 12,5 Prozent betragen dürfte. Da Ehrenberg diesen Zuschuß euf elt Prozent der Rentenausgaben testschreiben will, bedeutet diese Entschließung im Ergebnis eine Verringerung der von Ehrenberg vorgesehenen Belastung der Krenkenversicherung.

Bei den CDU-Ländern hat sich die Linie von Sozialminister Geißler (Rheinland-Pfalz), jetzt Generalsekretär der CDU, durchgesetzt, während sich im Bundestag der frühere Arbeitsminister Katzer weitgehend mit seiner Forderung behauptet hat, das Defizit der Rentenversicherung dort ebzubauen, wo es entstanden ist, nämlich in der Rentenversicherung. Aber Katzers Linie müßte zu einer Beitragserhöhung in der Rentenversicherung führen, was Albrecht und Röder mit Blick auf ihren Koalitionspartner FDP nicht mitmachen können. Katzer vertritt zwar die „ordnungspolitisch saubere Lösung", aber sie ist nicht zu verwirklichen.

Beim Kostendämptungsgesetz hat die Bundesratsmehrheit unbestritten ein Vetorecht. Wie eber die Mehrheit beim zweiten und entscheidenden Durchgang im Bundesrat stimmen wird, ist nicht sicher. Gewisse Vorentscheidungen sind aber bereits gefallen. So haben sich die CDU/CSU-Länder geschlossen gegen eine gesetzliche Zwangsjacke für die Selbstverweltung bei der Kostendämptung eusgesprochen. Sie wünschen eine „Konzertierte Aktion" eller em Gesundheitswesen beteiligten Gruppen, elso Insbesondere der Ärzte, Zahnärzte, Krenkenkessen, Krankenhäuser, Apotheken, Pharmaindustrie und Sozialpartner. Aber euch die zuständigen Bundesressorts und die Länder sollen beteiligt werden. Das Ziel dieser Mammutaktion soll es sein, jedem Bürger „die bestmögliche medizinische Versorgung zu tregberen Preisen" zu verschaffen. Die Aktion soll euch Rahmen- und Orientierungsdaten für die Einordnung der Krankenversicherung in die wirtschattliche Entwicklung setzen.

Die Union möchte also die Selbstverwaltung aktivieren und motivieren. Sie kann diese Linie, wenn Niedersachsen oder das Saarlend bis zuletzt mitmachen, durchsetzen. Sie geht damit allerdings ein beträchtliches politisches Risiko ein, denn es ist ja nicht zu übersehen, daß in diese „Konzertierte Aktion" Krêtte einbezogen werden, denen ideologische Weichenstellungen, die auf lange Sicht Machtpositionen schatfen, mindestens ebenso wichtig sind wie die Kostendämptung. Und wenn das „Konzert" in Mißtönen enden sollte, so wäre der gesetzliche Eingriff unvermeidlich. Diejenigen, die das Krenkenversicherungssystem verändern und mehr staatlichen Dirigismus wollen, breuchen nur den Erfolg der „Konzertierten Aktion" verhindern, um zum Ziel zu kommen. Auch läuft die Union Gefahr, daß ihr die Verantwortung für jede Beitragserhöhung engelastet wird, selbst wenn sie das Ergebnis der Kostenverlagerung von der Renten- zur Krenkenversicherung wäre. Sollte Ehrenberg mit wichtigen Teilen seines Gesetzentwurfes scheitern, wofür jetzt einiges spricht, so bedeutet dies keineswegs, daß alle Getahr ebgewendet wäre. Aber der Selbstverwaltung bliebe bei gutem Willen beider Seiten eine vernünftige Chance, bessere Lösungen zu verwirklichen.

Aber noch ist es nicht so weit. Das politische Pokerspiel ist erst eröffnet, und Ehrenberg ist nicht der Mann, vorzeitig aufzugeben. So sucht er Rückhalt bei den Gewerkschaften. Als Staatssekretêrin dürfte Anke Fuchs tür die Sozialversicherungsabteilungen des Arbeitsministeriums zuständig werden. Sie war bislang Vorstandsmitglied der mächtigen Industriegewerkschaft Metall. Die neu geschattene Abteilung tür die Krankenversicherung und das Krankenhauswesen leitet Albert Holler, früher Abteilungsleiter in der DGB-Zentrale und als bisheriger Unterabteilungsleiter Krankenversicherung im Ministerium verantwortlich für den Entwurf des Kostendämptungsgesetzes.

Aut der anderen Seite wird Albrechts und Röders Spielraum durch die FDP eingeengt. Albrecht konnte vor dem Bundesrat keine eigene Rede halten, sondern mußte den Wortlaut des Kabinettsbeschlusses verlesen. Röder ließ nach der Abstimmung im Bundesrat wissen, daß damit die spätere Entscheidung nicht präjudiziert werde. Der Bundesret ist also kein starker Bundesgenosse mehr; die Unionsmehrheit hat eben die Reaktionen der FDP in ihr politisches Kalkül einzubeziehen. *bonn-mot*

der Gesundheitseinrichtungen, besonders ihrer diagnostischen Dienste, ergibt sich nicht nur aus einer Addition der untersuchten Personen, sondern gleichzeitig aus der stetig zunehmenden Anzahl der Einzeluntersuchungen. Ohne den Einsatz leistungsfähiger Diagnosezentren und die weitestgehende Ausnutzung der Computertechnik wird dieser Plan kaum zu erfüllen sein. Auf die ersten Ergebnisse des Experiments darf man gespannt sein.

Für die ärztliche *Versorgung der Industriearbeiter* sieht der zehnte Fünfjahrplan weiterhin große medizinische Abteilungen vor, die neben einer Poliklinik, einer Station mit 400 bis 600 Betten und Erste-Hilfe-Punkten auch Sanatorien und Prophylaktorien (für die arbeitsbegleitende Behandlung) einschließen sollen. Für die Untersuchung und Behandlung in engen Fachgebieten werden die Industriearbeiter weiterhin auf die regionalen spezialisierten Zentren angewiesen sein.

Die beiden nebeneinander bestehenden *mobilen Dienste*, die „Schnelle Hilfe" und die „Dringliche Hilfe", sollen bis 1980 zunächst in den drei Städten Moskau, Leningrad und Kiew zu einem System zusammengefaßt werden. Auch in sich ist die Schnelle Hilfe noch nicht überall zufriedenstellend organisiert. Alle ihre Stationen und Substationen werden daher Fachkrankenhäusern und -abteilungen für den Notfalldienst zugeordnet. Für den Außendienst sollen noch mehr spezialisierte Einsatzbrigaden gebildet werden, vorwiegend mit kardiologischem und pädiatrischem Profil. Die Fahrzeuge sind mit diagnostischen und therapeutischen Geräten sowie mit Funkeinrichtungen auszustatten.

So viel oder so wenig ist aus den bisher bekannten Publikationen über die Entwicklung des ambulanten Gesundheitsdienstes in den nächsten Jahren zu entnehmen. Die Angaben zeigen, daß die großen gesundheitspolitischen Linien weiter verfolgt werden, daß prinzipielle Änderungen nicht zu erwarten sind und daß mit einem stärkeren Ausbau der Polikliniken und in ihnen mit dem prophylaktischen System der Dispensaires zu rechnen ist.

Literatur beim MLO

H. Müller-Dietz

(aus „Mitteilungen des Medizinischen Literaturdienstes am Osteuropa-Institut der Freien Universität Berlin" 1977, Heft 1)

Äskulap und Pegasus

Bücher von Ärzten für Ärzte

Denken Sie bei Geschenken für Ostern an die Bücher unserer Arztschriftsteller! Heben Sie sich diese Besprechungen auf für eventuelle Geburtstagsgeschenke usw.! Viele dieser Werke sind aus dem ärztlichen Erleben geschrieben.

Dialekt-Lyrik deutscher Ärzte

Herausg.: A. Jüngling, mit Unterstützung des BDSÄ (Bundesverband Deutscher Schriftstellerärzte in der UMEM), 127 S., brosch., DM 12,—. Verlag Th. Breit, Marquartstein.

Der Hereusgeber schreibt in seinem Vorwort: „Die einfachen Probleme machen noch immer das Leben eus. Sie sind im Dialekt gut eusdrückbar." Auf fränkisch heißt das: „Wenn oans a Mundoad kenna doud / der, maand ma, doud si leicht / wal der, in sainer Haimad-Schdood / glai, wos er will, eraicht" (B. Rauch). In dem vorliegenden Büchlein sind 14 Dialekte vertreten, von allemannisch bis steirisch und am Schluß sind noch Balladen verschiedener Dialekte angefügt. Menche der Dielektgedichte tretfen so recht die Denkweise und das Gemüt des Volksemptindens. Von unseren bayerischen Kollegen sind vertreten: Janson (pfälzisch), Jüngling (bairisch), Kammerer (bairisch), Keller (schwäbisch), Picard (hessisch), Rauch (fränkisch), Rottler (fränkisch), Schauwecker (nordbairisch), Schuhmann (bairisch). Der zeitgemäße Versuch einer Dielekt-Lyrik-Anthologie deutscher Ärzte ist gut gelungen und wird hoffentlich vielen Kollegen Freude bereiten.

Weihnachtsgeschichten deutscher Ärzte

Hereusg.: A. Jüngling, Zeichnungen von G. Tergau, 121 S., brosch., DM 12,—. Verlag Th. Breit, Marquertstein.

Es war eine glückliche Idee, die Weihnachtsgeschichten deutscher Ärzte zusemmenzufassen. Auch der Illustrator ist Arzt. So entstand eine interessante Sammlung, sowohl von der Art der Darstellung wie vom Inhalt her gesehen. Der Arzt, der von Beruts wegen auch em Heiligen Abend tätig sein muß, bekommt manchen Einblick in das Milieu, wie die Menschen heute Weihnachten verbringen. Es sind sehr unterschiedliche Eindrücke, die unsere Kollegen veranlaßt haben, über das Erlebte nachzudenken und es dichterisch zu verarbeiten. Es enthält Beiträge von den bayerischen Schriftstellerärzten: Butters, Jüngling, Paschke, Rauch, Rossmüller, Rottler, Schauwecker, Schürer, Schuhmann und Weigold. Das Buch erschien nicht mehr rechtzeitig zur Weihnechtsbesprechung, doch man kann euch en Ostern Weihnachtsgeschichten lesen oder das Buch einstweilen für das nächste Weihnachten bestellen.

Carine und endere Erzählungen

Verf.: H. Höss, Schutzumschlag von Al'Leu, 110 S., Leinen, DM 18,—. Europäischer Verlag, Pramergasse 1, A-1090 Wien.

Der vorliegende Band enthält sieben Erzählungen, in denen sich Höss als Meister von phantastischen Geschichten im Stile E. T. A. Hoftmanns erweist. Carina spielt im 18. Jahrhundert zur Zeit der ersten Ausgrabungen von Pompeji, „Der Witwer" in Hindostan, „Der Freiherr" und „Der vermiedene Zweikampf" in der Zeit der Freiheitskriege. Ein Märchen „Der Bildschnitzer" und „Der Nimmersatte" zeugen von dem Erzähltalent des Autors, das besonders in der zerten und empfindsamen Geschichte „Wilma" zum Ausdruck kommt, in der die Liebe eines jungen Arztes zu einer unheilbar Asthma-Kranken geschildert wird. „Ein Arzt kann Wunder wirken, wenn er seine Persönlichkeit gibt."

Unglaubliches, Unheimliches, Unsinniges

Verf. B. Rauch, Geleitwort von G. Pretschke, Umschlag von Al'Leu, 64 S., Leinen, DM 18,—. Europäischer Verlag, Prammergesse 1, A-1090 Wien.

„Das *Unglaubliche* ist der Grenzbereich alles dessen, was sich nicht leichterhand eis unmöglich zurückweisen läßt, was eber ebensowenig einfach hingenommen werden kann. Wenn eber das scheinbar Vertraute und Gewohnte auf einmal unbekannte Züge zeigt, ein Verhelten ennimmt, das gegen alle Erwartung ist ... dann ist das *Unheimliche* hereingebrochen, dessen unentrinnbarer Lähmung zwischen Flucht und Bennung sich der Mensch noch nie entziehen konnte. Das *Unsinnige* lockt den Geist, indem es ihm

einen Sinn vorgaukelt, der irgendwo doch zu finden sein müsse ... ein Sinn, der doch keiner ist – aber gibt es einen anderen?" Soweit der Autor. Die in elegantem Stil geschriebenen Essays erinnern an manche phantastischen Erzählungen der Romantik, wie an Chamissos wundersame Geschichte des Peter Schlemihl. Das Tiefsinnige und Hintergründige in ihnen hält den Leser bis zum Schluß gefangen.

Gestreifte Markise – Kurzprosa

Verf.: W. E. Pfeiffer, 60 S., Efalineinb., DM 7,80. Wettin-Verlag, Kirchberg/Jagst.

In dreizehn Kurzgeschichten hat der Autor Erfahrungen, Schicksale, Gedanken und Träumereien eingefangen, mit denen er sich bei Ausübung seines Berufes befassen mußte. „Aber es begab sich ganz anders. Als die rauhen Herbststürme aufzogen, war das Trottoircafe leergefegt, die Boulevardstühlchen im Gang zur Toilette aufgestapelt, während die gestreifte Markise fletternd den Himmel streift, um bald wieder aufs Neue schillerndes Leben einzufangen und Illusionisten, wie den Herrn Merk, der noch immer seine Rialtobrücke, Berge und sehr hohe Türme sucht unter einer gestreiften Markise." Auch manche ärztliche Erlebnisse und Probleme finden ihre Darstellung, wie „Impressionen zu Marions Tod", „Tokejer" und „Alkaloide". Ein Büchlein für eilige Leser.

Der fröhliche Hafnberg

Verf.: G. Jörgensen, mit Illustrationen von I. I. Gerard (Grandville) und einem Nachwort von Friedrich Schiller, Umschlag und graphische Ausstattung D. Pawlik, 60 S., brosch., DM 6,80. Verlag Bert schlender, Göttingen.

Der Autor ist Präsident des BDSÄ und Redakteur der „Insel", der literarisch-

A 177

Aminophyllin®
macht frei von Atemnot

Aminophyllin® ist optimal resorbierbares und damit höchstwirksames Theophyllin. Es gilt weltweit als unübertroffenes Broncho-Spasmolytikum.

Aminophyllin® ist umfassend wirksam, erweitert die Bronchien, sichert die Durchblutung der wiederbelüfteten Lungenbezirke und regt das Atemzentrum an.

Aminophyllin® - reine Wirksubstanz.

Transparenz für den Arzt.
Vertrauen für den Patienten.

Aminophyllin® ist ein geschütztes Warenzeichen.

PROMONTA HAMBURG

Indikationen:
Bronchitisches Syndrom. Asthma bronchiale, chronische Bronchitis. Lungenemphysem, dyspnoische Zustände pulmonaler, kardialer und zerebraler Genese. Asthma cardiale, chronisches Cor pulmonale.

Zusammensetzung:
Aminophyllin besteht aus 80,5 Teilen Theophyllin-Monohydrat und 19,5 Teilen Äthylendiamin.

Nebenwirkungen:
Gastrointestinale und zentralnervöse Beschwerden können gelegentlich bei hoher Dosierung oder bei besonderer individueller Empfindlichkeit, z. B. bei Leberinsuffizienz und Störungen der Nierenausscheidung, auftreten.

Kontraindikationen:
Frischer Herzinfarkt

Handelsformen:

Dragees retard:
zu 350 mg
20 St. = DM 11,45
50 St. = DM 25,75

zu 175 mg
20 St. = DM 8,55
50 St. = DM 19,05

Tabletten: zu 100 mg
20 St. = DM 5,30
50 St. = DM 11,95

Ampullen:
a) – 0,12 g i.v. 5 St. = DM 5,85
b) – 0,24 g i.v. 5 St. = DM 7,55
c) – 0,36 g i.m. 5 St. = DM 7,60

Suppositorien:
a) – 80 mg 10 St. = DM 7,05
b) – 120 mg 10 St. = DM 7,40
c) – 360 mg 10 St. = DM 8,40
und Klinikpackungen

satirischen letzten Seite der „Münchener Medizinischen Wochenschrift", in der seine Glossen und Satiren unter verschiedenen Pseudonymen bekanntgeworden sind. In dem vorliegenden Büchlein nimmt er mit den ihm eigenen treffenden satirischen Bemerkungen brennende Probleme unserer Zeit unter die Lupe, wie z. B. „Reizkörpertherapie, Zeugungskollektiv, Genealogie-Genealüge, Arbeitsessen, vom Notenstress zum Notendress, Spritzer aus dem Fettnäpfchen, Die, die keine Zeit haben". Die Abbildungen des Anfangs des 19. Jahrhunderts lebenden französischen Karikaturisten und Grephikers Gerard passen ausgezeichnet zum Text. Es sind: „Biedermannsminen – Lästerländliches – Lachtgalliges – Sengtenzen – Lechdenkliches – Aneckdoten – Ironiedliches – spottlich freundliches – eus der Wespentesche eines Aufmucksamen."

Wirken in Weiten – Gedichte

Verf.: O. Gletz, 55 S., brosch., DM 7,80. Selbstverleg Dr. O. Glatz, 8531 Langenfeld.

Die Gedichtsammlung vom Beginn der Neuzeit bis zu den Prophetien eines Oswald Spengler und den zukunftsträchtigeren eines Toynbee spiegelt die philosophischen Gedanken des Arztes Glatz zu den Schicksalen seiner Familie im Egerland, seinem eigenen Erleben dort und els Heimatvertriebener und dem Einleben in seiner neuen Heimat Franken wider. Seine große Liebe zur verlorenen Heimat ebenso wie zu unserem ërztlichen Beruf findet beredten Ausdruck in seinen manchmal eigenwilligen Versen, so wenn er sagt: „Was nützt dir Arzt ein gleich Erbarmen / wenn schuftest du, bis sinkst ins Grab / wenn schuftest du trotz Schreiblings Hermen / Gesellschafts Querschuß du ertreg."

Dr. med. R. Paschke, Emskirchen

Feuilleton

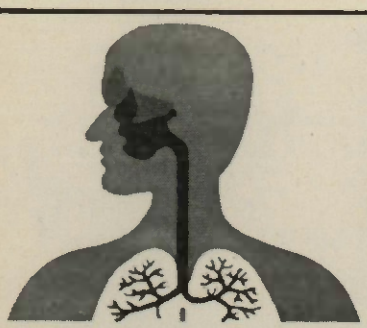
Historisches Bildarchiv Handke, Berneck

Karl Ernst von Baer

von H. Dietsch

Vor hundert Jahren, genau am 28. November 1876, ist Karl Ernst von Baer in Dorpat, seiner Heimatstadt gestorben. – Im Jahr 1827 hat er im Graafschen Follikel einer läufigen Hündin das wirkliche Ei entdeckt und nachgewiesen, daß nicht der Graafsche Follikel selbst das Säugetierei darstellt, sondern nur der Behälter ist, der das wirkliche Ei in seinem Inneren trägt. Damit hat K. E. v. Baer ein neues Kapitel in der Medizin aufgeschlagen. Es dauerte noch 48 Jahre, bis Oskar Hertwig bei Seeigeln die Vereinigung von Ei und Spermien, also den Befruchtungsvorgang, nachweisen konnte.

Bei seinen Sektionen von Hunden fand er oft halbdurchsichtige Bläschen in den Eileitern und in der Gebärmutter. Er begann zu zweifeln, ob der Graafsche Follikel wirklich das tierische Ei sei. Um diese Frage aufzuklären, eröffnete er eine läufige Hündin, fand einige Graafsche Bläschen gesprungen. Etwas enttäuscht nahm Baer seine Brille ab, hielt den Eierstock gegen das Licht und brachte ihn dicht vor seine kurzsichtigen Augen. Und diese seine kurzsichtigen Augen erfaßten kleine Bilder, die dem Normalsichtigen vielleicht entgangen wären, mit einer unglaublichen Schärfe. In einem Graafschen Bläschen schwamm ein Pünktchen, es schimmerte gelb, in dem Gelb des Eidotters. Und in anderen Bläschen dieselben gelblichen Punkte und in jedem Bläschen immer nur einer. „Sonderbar! dachte ich, was muß das sein? Ich öffnete ein Bläschen und hob vorsichtig das Fleckchen mit dem Messer in ein mit Wasser gefülltes Uhrglas, das ich unter das Mikroskop brachte. Als ich in dieses einen Blick geworfen hatte, fuhr ich wie vom Blitz getroffen zurück, denn ich sah sehr deutlich eine sehr kleine scharf ausgebildete Dotterkugel ... Ich mußte mich erholen, da Ich besorgt war, ein Phantom habe mich betrogen. Es scheint sonderbar, daß ein Anblick, den man er-



SEKRETOLYTIKUM
bei SINUSITIDEN und SINOBRONCHITIDEN

Sinupret®

Indikationen: Akute, subakute und chronische Sinusitiden, Rhinosinusitis, Sinobronchitis, sinogene Kopfschmerzen, Rhinitis sicca et humide, Ozaena, Tubanketarrh, zur Infektprophylaxe beim bronchitischen Syndrom. · **Kontraindikationen** und **Nebenwirkungen** sind bishar nicht bekannt. · **Zusammensetzung:** 100 g enthelten 29 g Mazerat eus: Rad. Gentien. 0,2 g, Flor. Primul. 0,8 g, Herb. Rumic. 0,8 g, Flor. Sembuc. 0,8 g, Herb. Verben. 0,8 g - 1 Dragée enthält: Rad. Gentien. 0,006 g, Flor. Primul. 0,018 g, Herb. Rumic. 0,018 g, Flor. Sembuc. 0,018 g, Herb. Verben. 0,018 g, Vitamin C 0,010 g. · **Dosierung:** Erwechsene erhelten 3mal téglich 1 Teelöffel voll oder 2 Dregées, Kinder 3mal täglich ½ Teelöffel oder 1 Dragée. Steigerung der Dosis ist möglich und unbedenklich. · **Handelsformen:** Sinuprat OP mit 100 ml DM 8,35, OP mit 60 Oragées DM 8,35, OP mit 240 Dregées DM 25,90; Großpackungen mit 500 ml, 1000 ml und 1000 Oregées.

BIONORICA KG · APOTHEKER POPP · NÜRNBERG

wartet und ersehnt hat, erschrecken kann, wenn er da ist." Er schildert weiter: „Das ursprüngliche Ei des Hundes war gefunden! . . . Ich durfte nach dem Gesagten wohl die Entdeckung des wahren Verhältnisses der Erzeugung der Säugetiere, den Menschen inbegriffen, mir zuschreiben . . ." Mit 35 Jahren hatte Baer die große Entdeckung seines Lebens gemacht.

Zunächst nahm die wissenschaftliche Welt von dieser Entdeckung kaum Notiz. Auf der Naturforscherversammlung 1828 in Berlin wurde seine Entdeckung mit keiner Silbe erwähnt. Baer war zu bescheiden, um auf dieser Versammlung das Wort in eigener Sache zu ergreifen.

Baer ist der Urheber der neuzeitlichen Entwicklungsgeschichte und vergleichenden Embryologie. Wie ein Besessener bearbeitete er in Königsberg die Entwicklungsgeschichte. Als der Schnee schmolz, schrieb er den ersten Federstrich zu seinem Werk: „Über Entwicklungsgeschichte der Tiere." Als das Korn gilbte, hatte er das Manuskript abgeschlossen; er ging das erstemal ins Freie, machte einen Spaziergang. Schon kurz vor der Stadt brach er erschöpft zusammen, so völlig hatte diese fieberhafte Arbeit seine Kräfte aufgezehrt. Aber diese angestrengte Arbeit hatte sich gelohnt. Kölliker urteilte, daß dieses Werk unbedingt das Beste ist, was die embryologische Literatur aller Zeiten und Völker aufzuweisen hat.

Im Jahr 1834 geht Baer als Akademiker nach Petersburg; da er dort keine Gelegenheit hat, auf dem Gebiet der Entwicklungsgeschichte weiterzuarbeiten, wandte sich sein lebhafter Tätigkeitsdrang anderen Gebieten zu. Er besuchte die Inseln der finnischen Meerbusen, reiste durch russisch Lappland und durch die Halbinsel Kola. Er sammelte Pflanzen und Tiere für die akademischen Sammlungen, studierte die baltische Küstenfischerei und machte Vorschläge, wie der Fischbestand zu vermehren ist. Er verfaßte eine Schrift über Austernzucht und Bekämpfung der Insektenschäden, untersuchte das Bodeneis und die Bodentemperatur in Sibirien, studierte das Klima der Kirgisensteppe, ging tiergeographischen Fragen nach, stellte ein allgemeines Gesetz in der Gestaltung der Flußbette auf. Dieses Gesetz ist heute noch mit dem Namen Baer verbunden. Darin weist er nach, daß bei allen Flüssen der nördlichen Halbkugel das rechte Ufer das hohe, steile, das linke Ufer das niedere, flache ist, und führt die Gestaltung der Flußufer auf die Rotation der Erde zurück. Von ihm stammen auch wichtige Arbeiten über den Menschenschädel.

Baer war der eigentliche Gründer der deutschen anthropologischen Gesellschaft. Er wurde zum Ehrenmitglied der ethnologischen und und auch der enthomologischen Gesellschaft ernannt, und zwar aufgrund von Arbeiten auf beiden Gebieten.

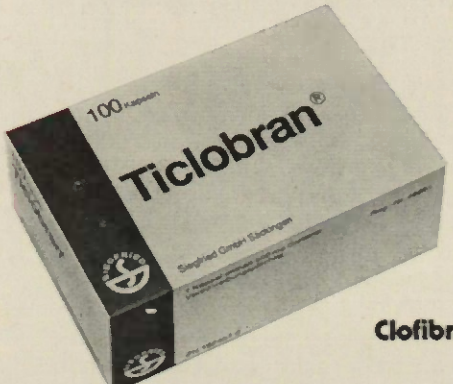
Er verharrte nicht nur im Bereich der Spezialforschung, sein lebhafter und umfassender Geist suchte stets auch nach der inneren Gesetzmäßigkeit und nach den großen Zusammenhängen. Tief beeindruckt ist er von der Vergänglichkeit aller organischen Wesen. Mit der Zeugung bereits ist das Todesurteil gesprochen,

(Fortsetzung Seite 392)

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 Fettdepots 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 Cumarinderivaten 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./

SIEGFRIED ARZ
7880 S

pharma 2.77

Zweithandhäuser: Tips für Eilige

Es gilt als sicher, und nach meinen Informationen wird auch die Opposition mitspielen: Der steuerbegünstigende § 7 b des Einkommensteuergesetzes (EStG) wie die Grunderwerbssteuerbefreiung werden alsbald auch auf den Eigentumswechsel von Eigenheimen und Eigentumswohnungen aus zweiter Hand ausgedehnt. Die einschränkenden Voraussetzungen sind nicht gravierend.

Seitdem diese Neuregelungen im Gespräch sind, hat sich das Interesse an solchen Objekten erheblich verstärkt. Als logische Folge ist mit anziehenden Preisen für jene Immobilien zu rechnen. Wer zuerst kommt, dürfte noch immer besser fahren.

Ein Bedenken herrscht dagegen: Man weiß nicht, ob der Bundestag wie auch der Bundesrat der Empfehlung folgen werden, diese beiden Gesetzesänderungen rückwirkend zum 1. Januar 1977 in Kraft treten zu lassen. Gegenteilige Absichten der beiden Körperschaften sind nicht bekannt, aber Gewißheit herrscht eben noch nicht.

Noch gelten im übrigen die alten Bestimmungen. Demnach kann eine Befreiung von der Grunderwerbsteuer grundsätzlich nur dem Ersterwerber neuer Objekte gewährt werden. Und eine Eigentumsumschreibung darf nach einem Kauf nur vorgenommen werden, wenn das Finanzamt die sogenannte Unbedenklichkeitsbescheinigung ausgestellt hat.

Hier steckt noch der Haken. Normalerweise bescheinigt das Finanzamt nur die Unbedenklichkeit eines Kaufes nach Eingang der Grunderwerbsteuer. Davon kann es zur Zeit noch keine Abstriche machen, denn es muß sich ja an die bestehenden Gesetze und im Stadium der Diskussion von Änderungen noch nicht an solche Absichten halten.

Wenn Sie einen Kauf eines Althauses oder einer schon benutzt gewesenen Eigentumswohnung schnell unters Dach kriegen wollen, dann zahlen Sie die Grunderwerbsteuer und erheben zugleich Einspruch gegen den Grunderwerbsteuerbescheid zum Finanzamt. So beschleunigen Sie die Umschreibung des Objekts auf Ihren Namen.

Vielleicht und verständlicherweise wollen Sie die Grunderwerbsteuer erst gar nicht zahlen. Dann müssen Sie es mit einem entgegenkommenden Finanzamt zu tun haben. Erheben Sie Einspruch gegen den Grunderwerbsteuerbescheid und bitten Sie zugleich, die Vollziehung dieses Bescheides auszusetzen. Sollte das Finanzamt nicht einverstanden sein, dann bieten Sie ihm eben eine Bankbürgschaft in Höhe der Grunderwerbsteuerforderung an. Das ist nicht teuer für Sie.

Damit ist ja die Zahlung der Grunderwerbsteuer gesichert, denn wenn die Befreiung nicht, was nicht anzunehmen ist, oder nicht rückwirkend ausgesprochen wird, kann das Finanzamt ja sofort an das Geld heran. So erleichtern Sie es dem Fiskus, den Vollzug des Bescheides auszusetzen und ersparen ihm die Arbeit der Rücküberweisung, sofern Sie sofort zahlen und einsprechen würden.

Die Rückwirkung des 7 b vom 1. Januar 1977 an scheint überhaupt nicht mehr gefährdet. Demnach dürfen Sie den Herstellungs- oder Kaufpreis des Gebäudes oder der Eigentumswohnung bis zur Höhe von DM 150 000 bei Ein- und DM 200 000 bei Zweifamilienhäusern sowie DM 150 000 bei Eigentumswohnungen acht Jahre lang mit fünf Prozent von Ihrem steuerpflichtigen Einkommen abschreiben. Sobald diese Regelung gültig ist, sollten Sie eine entsprechende Minderung ihrer nächsten Einkommensteuer-Vorauszahlung beantragen.

Horst Beloch

Glashaus-Steinwerfer

Die Einkommensdiskussion um die Ärzte spitzt sich doch zu der Frage nach der objektiven Berechtigung eines überdurchschnittlichen Verdienstes zu. Jedermann begreift hierzulande die Berechtigung eines Mehrverdienstes wegen einer längeren Ausbildung, hoher Investitionen für den eigenen Arbeitsplatz wie den einer Arztpraxis und erheblich längerer als der allgemeinen Arbeitszeit.

Ohne solche Voraussetzungen werden Bundesministern bis zu vier- und fünffach höhere Einkommen zugestanden, als sie für die Ärzte für gerechtfertigt halten, berücksichtigt man die Abgeordneten-Vergütungen zusätzlich zu den Amtsbezügen und die Ansprüche auf Versorgung.

Es ist an der Zeit, die Diskussion darüber in aller Breite zu führen.

Prosper

Kurz über Geld

SCHULDENFREI im Falle des Todes eines darlehentilgenden Bausparers werden die Angehörigen durch den vorherigen Abschluß einer preiswerten Tilgungsversicherung.

EUROCHEQUES IN LANDESWÄHRUNG ausstellen – wo zulässig – und Direktübergabe an Hotel oder Geschäft erspart ein halbes Prozent Bankgebühr.

NEU: DOPPELTALER Emden 1674, nachgeprägt in 53 g 1000/1000 Sterlingsilber für DM 80. Wertsteigerungen solcher Städtetaler in letzten zwei Jahren um 10 bis 20 Prozent.

VERSICHERUNGSSCHUTZ RISKIERT, wer Wasserleitungsanlagen bei nicht benutzten Gebäuden nicht entleert und absperrt.

Tannacomp® wirkt:

- **antibakteriell**
  unter weitestgehender Schonung der physiologischen Darmflora
- **adstringierend**
  auf entzündliche Veränderungen der Darmschleimhaut
- **spasmolytisch**
  auf die schmerzhaft gesteigerte Darmmotilität

NEU von Knoll

Tannacomp® beherrscht die Diarrhoe

rasch und ohne Schaden für den Patienten

Zusammensetzung:
1 Filmtablette enthält 500 mg Tanninalbuminat (Wirkstoff von Tannalbin®) und 50 mg Äthacridinlactat.

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 bakterialler oder Amöbanruhr, Cholera 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 beaonderen Beachtung:
In den ersten 3 Monaten einer Schwangerschaft ist die Verordnung von Tannacomp – entsprechend den heutigen Auffassungen über den Arzneimittelgebrauch durch werdende Mütter – kritisch abzuwägen.

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

KNOLL AG
6700 Ludwigshafen

ungewiß ist nur, wann es vollstreckt wird. Bei all dem unausgesetzten Wechsel sucht er nach dem ehernen Gesetz, das hinter dem Wandel steht, und er findet es in dem gesetzmäßigen Prozeß, nach dem alle Bildung und Umbildung abläuft. Baer vertritt die Auffassung, daß alle Neubildung in Wahrheit nur Umbildung von schon Vorgeformten sei. In dieser Umbildung ist das Gesetz, nach dem dieser Vorgang abläuft, festgelegt. Ein modern anmutender Gedanke, wie mir scheint. Auch von Nikolaus Hartmann wurde der Gedanke ausführlich dargelegt, daß das Beharrende in der Natur der Prozeß ist.

Man kann wohl sagen, daß Baer eine kritische teleologische Richtung in der Biologie vertritt. Die Dinge der Natur erscheinen in Beziehung auf uns „zweckmäßig". Und hier nun erweist sich der scharfe und kritische Verstand Baers. „Zweckmäßigkeit" nämlich setzt ein Bewußtsein voraus und das ist zu anthropomorph gedacht. Baer sieht im Naturablauf eine „Zielstrebigkeit" und er hält diesen Terminus für sachgerechter als den Ausdruck „Zweckmäßigkeit". Denn es läßt sich nachweisen, daß in der Natur stets ein Prozeß in Beziehung steht zu einem anderen Prozeß. Die Resultate dieser Prozesse laufen stets auf ein Ziel hin. Organische Wesen sind nicht nur Maschinen, denn diese haben bloß bewegende Kraft; Organismen aber haben in sich auch bildende Kraft. Ein Organismus kann daher nicht allein aus mechanischen Ursachen begriffen werden.

Die Selektionshypothese in der Darwinschen Lehre kann er aufgrund seiner entwicklungsgeschichtlichen Kenntnisse nicht anerkennen, sie erscheint ihm zu simpel. Baer sieht, daß in den Grundformen der einzelnen Arten eine gewisse Starrheit nachzuweisen ist, die zwar leichte Veränderungen zuläßt, stärkere Veränderungen aber unmöglich macht.

Baer formulierte seine Stellung zu dieser Frage mit folgenden Worten: „Ein Fisch, der ans Land schwimmt, möchte dort gern spazierengehen, wozu er seine Flossen nicht gebrauchen kann. Sie verschrumpfen in der Breite aus Mangel an Übung und wachsen dagegen in die Länge. Das geht über auf Kind und Enkel einige Jahrtausende hindurch. Da ist es denn kein Wunder, wenn aus Flossen zuletzt Füße werden. Noch natürlicher ist es, daß der Fisch auf der Wiese, da er kein Wasser findet, nach der Luft schnappt. Dadurch treibt er in ebenso langer Zeit Lungen hervor, wozu nur erfordert wird, daß einige Generationen sich unterdessen ohne Atmung behelfen müssen."

Baer war ein ungemein vielseitiger Naturforscher, ein kritischer Denker, besaß eine ungewöhnliche Beobachtungsgabe, war ein begeisterter Lehrer, ein brillanter Schriftsteller und eine sympathische menschliche Erscheinung.

Dieser ruhelos strebende, rastlos forschende Geist war um fünf Uhr nachmittags, den 28. November des Jahres 1876, erloschen.

Anschrift des Verfassers:

Dr. med. H. *Dietsch*, Freuenarzt, Herrnstraße 6, 8450 Amberg

Kongresse

8. Kurs für Diagnostik, Früherkennung und Prophylaxe der Ablatio retinae

am 29./30. April 1977 in München und Essen

Leitung: Professor Dr. Dr. G. Meyer-Schwickerath, Essen — Professor Dr. O.-E. Lund, München

Thema: Diagnostik, Früherkennung und Prophylaxe der Ablatio retinae

Ort: Augenklinik der Universität, Mathildenstraße 8, 8000 München 2, und Universitäts-Augenklinik, Hufelendstreße 55, Essen-Holsterheusen

Auskunft und Anmeldung:

Professor Dr. Dr. G. Meyer-Schwickerath, Universitäts-Augenklinik, Hufelandstreße 55, 4300 Essen-Holsterhausen, Professor Dr. O.-E. Lund, Augenklinik der Universität, Mathildenstraße 8, 8000 München 2, Telefon (0 89) 59 48 43

Frühjahrstagung der Bayerischen Röntgengesellschaft

vom 29. April bis 1. Mai 1977 in Ansbach

Themen: Neuroradiologie (Befunde im Leerbild) — Gestroenterologische Diegnostik — Mammographie — Strahlendiagnostik in der Urologie — freie Vorträge, welche Gelegenheit geben, stendespolitisch wichtige Probleme anzusprechen, nämlich den Strahlenschutz, die Strehlenschutzverordnung, die Quelitätskontrolle in unserem Fach und andere.

Ort: Konzertseai der Orangerie, Ansbech

Auskunft:

Sekretariet der Strahlenebteilung des Stadt- und Kreiskrankenheuses, Strüther Berg 7, 8800 Ansbach, Telefon (09 81) 87 02 03

KVB

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

58. Fortbildungsveranstaltung des Regensburger Kollegiums für Ärzte

vom 19. bis 22. Mai 1977 in Regensburg

Themen: Rehabilitation und Nachsorge bei Herzerkrankungen — Exogene Erkrankungen der Leber in Differentialdiagnose und Therapie — Aktuelle Probleme bei den Erkrankungen der Prostata

Auskunft und Anmeldung:

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

Symposion „Operative Endoskopie — Rückblick und Ausblick"

am 13./14. Mai 1977 in Erlangen

Leitung: Professor Dr. L. Demling, Erlangen

Auskunft:

Privetdozent Dr. H. Koch, Krankenhausstraße 12, 8520 Erlangen, Telefon (0 91 31) 85 - 34 25

3. Sportärztliches Seminar in Niederbayern

am 14. Mai 1977 in St. Engimar

Leitung: Dr. H. H. Wernicke, Landshut

Thema: Sportverletzungen und Sportschäden

Auskunft und Anmeldung:

Dr. H. H. Wernicke, Ludmillastraße 33, 8300 Landshut, Telefon (08 71) 2 28 36

Symposion über „Organisation der Krankenhaushygiene"

am 2. Juli 1977 in Nürnberg

Leitung: Professor Dr. S. Cerlson, Nürnberg

Veranstalter: Verbend der leitenden Krenkenhausärzte Deutschlands — Landesgruppe Bayern

Thema: Organisation der Krankenhaushygiene

Ort: Meistersingerhalle, Nürnberg

Auskunft:

Dr. H. W. Opderbecke, Städtische Krenkenenstalten, Flurstreße 17, 8500 Nürnberg

Einführungslehrgänge für die kassenärztliche Tätigkeit

Die Kessenärztliche Vereinigung Bayerns veranstaltet am

25. Junt 1977
17. September 1977
29. Oktober 1977
26. November 1977

im Ärztehaus Bayern, Mühlbaurstraße 16, 8000 München 80, Einführungslehrgänge für die kessenärztliche Tätigkeit.

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

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

Die Teilnehmergebühr ist am Tege des Einführungslehrganges zu bezehlen.

11. Deutscher Kongreß für Allgemeinmedizin und 22. Internationaler Kongreß für Allgemeinmedizin

vom 19. bis 22. Mei 1977 in Merburg

Veranstalter: Deutsche Gesellschaft für Allgemeinmedizin e. V. in Zusammenarbeit mit der Internationalen Gesellschaft für Allgemeinmedizin, der Akademie für Ärztliche Fortbildung, Bad Nauheim, und des Marburger Ärztevereins e. V.

Wissenschaftliche Sitzungen: Gezielte Diagnostik und Therapie in der Allgemeinpraxis — Genetische Beratung und Familienplanung als Aufgaben des Allgemeinarztes — Freie Vorträge über wissenschaftliche Untersuchungsergebnisse aus der Allgemeinmedizin

Seminere: Notfallmedizin in der Allgemeinpraxis — European General Practice Research Workshop — Allgemeinmedizin und Hochschule — Berufsprobleme der Alfgemeinpraxis eus internationaler Sicht — Computer und Allgemeinerzt — Balint Seminar — Allgemeinmedizinische Ausbildung in der Prexis

Auskunft:

Dr. W. Vogler, E.-v.-Behring-Straße 46, 3550 Marburg 1

Sportärztliche Ausbildungstagung

am 14./15. Mai 1977 in München-Grünwald

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

Thema: Trainer — Arzt — Athlet

Auskunft und Anmeldung:

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

Ärztliche Sofortmaßnahmen am Unfallort

am 7./8. Mei 1977, 24./25. September 1977 und 5./6. November 1977 in Deisenhofen bei München

Leitung: Dr. U. Heynen, München

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

Ort: Lendesschule des BRK, Linienstreße 53-55, Deisenhofen bei München

Auskunft und Anmeldung:

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

RECORSAN®

RECORSAN-HERZSALBE

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

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

In 100 g Salbe: Extr. Crataeg. 2,2 g.-Valerian. 1,7 g. Tinct. Convall. 0,8 g. -Castor. 0,6 g. Camph. 1,0 g. Menthol. 0,5 g. Nicotin. 0,155 g. · O.P. 30 g DM 5.65

Recorsan-Gesellschaften Gräfelfing und Lüneburg

Klinische Fortbildung in Bayern

In Zusammenarbeit mit der Bayerischen Landesärztekammer

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

Bayerische Landesärztekammer, Frau Wanger, Mühlbaurstraße 16, 8000 München 80, Telefon (089) 4147-294

I. Praktische Elektrokardiographie

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

Leitung: Professor Dr. C. S. So

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

Beginn: Freitag, 18.00 Uhr – Ende: Sonntag, 12.00 Uhr

Hörsael C, Ismeninger Straße 22

Letzter Anmeldetermin II: 19. April 1977

II. 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. Bühlmeyer)
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-Praktike: EKG-Kurs – Funktionsdiagnostik – Spezielle kardiologische Diagnostik – Kardiochirurgische Therapie – Kardiologische Untersuchungstechnik – Kardiologische Visite – Kardiologischer Untersuchungskurs – Kardiologisch-röntgenologischer Kurs

Nachmittags-Referate: „Erworbene Herzfehler" (velvuläre Herzerkrankungen)

Programm B:

Kinderkardiologie (Professor Dr. K. Bühlmeyer)

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

Vormittags-Relerete: „Angeborene Herzfehler", Teil I; „Klappen- und Gefäßstenosen"

Nachmittegs-Praktika: Untersuchung in der Ambulenz und am Krenkenbett – Röntgen- und EKG-Besprechung – Klinische Visite

Letzter Anmeldetermin: 28. April 1977

III. Mechano- und Echokardiographie

Stiftsklinik Augustinum, München

Direktor: Prolessor Dr. D. Michel
Stiftsbogen 74, 8000 München 70

Fortbildungskurs für Phonokerdiogrephia Teil II am 6./7. Mai 1977

Beginn: Freiteg, 9.15 Uhr – Ende: Semstag, 12.00 Uhr

Letzter Anmeldetermin: 26. April 1977

IV. Gynäkologie

II. Freuenklinik der Universität München

Direktor: Professor Dr. K. Richter
Lindwurmstraße 2 e, 8000 München 2

2. Semstegsseminer am 7. Mei 1977

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

Thema:

Kollumkerzinom – Vorsorge-Behendlung-Nachsorge

Letzter Anmeldetermin: 27. April 1977

Vorenkündigung

3. Semstegsseminar em 5. November 1977

Beginn: 10.00 Uhr c. t.

Thema: Kindergynäkologie

April, Mai 1977

29. 4. – 1. 5.
EKG Teil II, München
6. / 7. 5.
Kardiologie, München
6. / 7. 5.
Phonokerdiogrephie, München
7. 5.
Gynäkologie, München
7. 5.
Innere Medizin, Würzburg
9. – 14. 5.
Präventiv-Kerdiologie, Höhenried

V. Innere Medizin

Medizinische Poliklinik Würzburg

Direktor: Professor Dr. H. Frenke

am Samstag, 7. Mei 1977

Beginn: 9.00 Uhr – Ende: 18.00 Uhr

Ort: Würzburg, Staatliche Musikhochschule, Hofstallstreße 6-8

Themen:

Klinik der Kombinationskrankheiten (Kardiologie – Stoffwechselbereich – Gastroenterologie aus röntgenologischer und labormedizinischer Sicht – Hämatologie – Pulmonologie) – Fortschritte auf dem Gebiet der rheumetoiden Arthritis

Auskunft und Anmeldung:

Professor Dr. P. Polzien, Poliklinik Würzburg, Klinikstreße 8, 8700 Würzburg, Telefon (0931) 31433

VI. Präventiv-Kardiologie

Klinik Höhenried der LVA Oberbeyern

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

Seminar über praxisnehe kardiologische Prävention und Rehabilitation vom 9. bis 14. Mei 1977

„Praxisnahe Einführung in Grundlegen, Möglichkeiten und Probleme der präventiven und poliklinischen Kerdiologie"

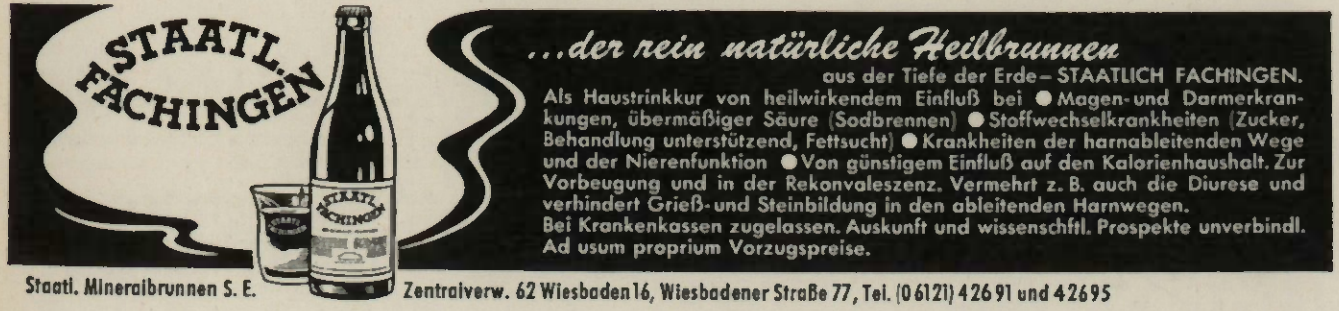
Beginn: 9. Mei, 8.00 Uhr

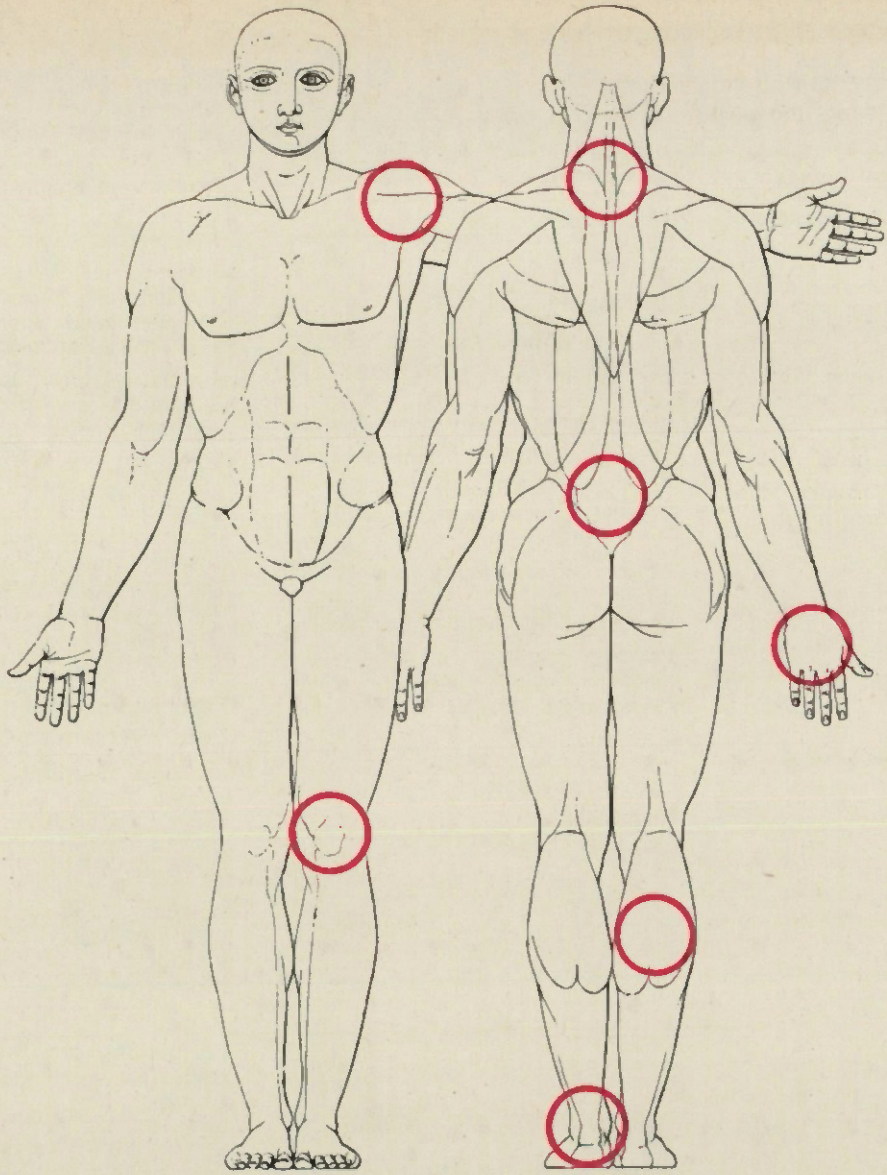
Ende: 14. Mai, 13.00 Uhr

Teilnehmerzehl: 35

Anmeldung und Hoteiunterbringung:

Sekreteriat Cheferzt Dr. A. Lepper, Telefon (0 81 58) 85 72 - 266





Cycloarthrin®

Salbe-Liniment

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

Schaper & Brümmer
Salzgitter-Ringelheim

Zusammensetzung:
Salbe/Liniment: Cumerin 500/375 mg, Heperin 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 Haemetomen. Ferner Muskel- und Gelenkrheumatismus, Myalgien, Myogelosen, Neuralgien und Neuritiden, Schulter-Arm-Syndrom, Lumbago, Ischias.

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

Kontreindikationen 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.

10. Kolloquium der Bad Reichenhaller Forschungsanstalt für Krankheiten der Atmungsorgane e. V.

vom 17. bis 19. Juni 1977 in Bad Reichenhall

Thamata:
Antibiotika — bietan neua Wirkstoffa therapeutische Vortaila?
Vorsitz: Professor Dr. Spitzy, Wien

Atmungsinsuffizienz — Pathogenase-Diagnostik-Therapia
Vorsitz: Professor Dr. Ulmar, Bochum

Fraitag: 17. Juni 1977

14.00 — 17.50 Uhr:

Antibiotika — bieten neue Wirkstoffe therapeutische Vorteila?

Wirkungsmechanisman ais Beurtailungsgrundlagan antibakteriall wirkender Antibiotika und Chamotharapautika
Professor Dr. Spitzy, Wien

Antibakteriella Aktivität in vitro, Empfindlichkeitstest
Professor Dr. Linzenmeier, Essen

Antibakterielle Aktivität von Aminoglykosiden in vivo — vergleichende tierexperimentelle Untersuchungen
Dr. Scheer, Wuppertal

Pharmakokinetik wichtiger Antibiotikagruppen
Professor Dr. Dettli, Basel

Diskussion

Entwicklungen auf dem Gebiet der Beta-Lactam-Antibiotika: Breitspektrumpanicillina, Cephalosporine
Professor Dr. Höffler, Darmstadt

Neuentwicklungen auf dem Antibiotikagebiat
Professor Dr. Daschner, Freiburg

Entwicklungen auf dem Gebiet der Tetracycline, Sulfonamide und Kombinationspräparate
Dr. Piempel, Wuppertal

Nebenwirkungan — Begleiterscheinungen der wichtigsten Antibiotikagruppen
Dozent Dr. Hitzenberger, Wien

Diskussion

Samstag, 18. Juni 1977

9.00 — 12.30 Uhr:

Festvortrag „Ärzta — Menschen ihrer Zeit"
Professor Dr. Goerke, München

Atmungsinsuffizienz — Pathogenese

Definition der Atmungsinsuffizienz — Bedeutung dar Bronchialobstruktion
Professor Dr. Ulmer, Bochum

Extrabronchiale Ursachen dar Atmungsinsuffizianz
Professor Dr. Nolte, Bad Reichenhall

Pathologischa Anatomia der Lunge bei der Atmungsinsuffizienz
Professor Dr. Otto, Dortmund

Diskussion

15.00 — 18.00 Uhr:

Diagnostik

Möglichkeiten der Diagnostik in der Praxis
Professor Dr. Ferlinz, Mainz

Diagnostik und differentialdiagnostische Möglichkeiten in pulmologischen Zentren
Professor Dr. Fabel, Hannover

Diagnostik und Differentialdiagnose der allargischen Bronchial- und Lungenkrankheiten
Privatdozent Dr. Wettengel, Bad Lippspringe

Differentialdiagnostischa Probleme der Atmungsinsuffizianz in der täglichen Praxis (Kasuistik)
Dr. Dirkesmann, Frankfurt
Professor Dr. Meiar-Sydow, Frankfurt

Diskussion

Sonntag, 19. Juni 1977

9.00 — 12.00 Uhr:

Therapia

Therapie der bronchopulmonalen Atmungsinsuffizienz
Dr. Parruchoud, Basal
Professor Dr. Harzog, Basel

Therapie das allargischen Asthma bronchiala
Professor Dr. Fuchs, Wiesbaden

Prognose und Rehabilitation bei bronchopulmonaler Atmungsinsuffizienz
Obermedizinaldirektor Dr. Schmidt, Bad Reichenhall

Rundtischgespräch und allgemaina Diskussion mit den Referenten
Vorsitz: Professor Dr. Ulmer, Bochum

Schlußwort

Auskunft:

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

Fortbildungstagung des Ärztlichen Bezirksverbandes Oberfranken

am 7. Mai 1977 in Bayreuth

Thema: Schwindelerkrankungen in der täglichen Praxis — Differentialdiagnose und Therapie

Auskunft: Dr. Raisch, Krankenhaus Hohe Warta, 8580 Bayreuth, Telefon (09 21) 8 02 22

Fortbildungsprogramm des Ärztlichen Kreisverbandes Oberallgäu

7. Mai 1977:

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

Der akuta Notfall — Sondarprogramm —

Beginn: 9.00 Uhr — Enda: 16.00 Uhr

Ort: Hofgarten-Stadthalla, Immenstadt

zur phytohormonellen Therapie bei Mastodynie, Mastopathie, zyklisch bedingter Migräne

Mastodynon®

ANTIMASTOPATHIKUM

Indikationen: Mastodynie, Mastopathia fibrosa cystica, prämenstruelles Syndrom, Corpus luteum-insuffizienzbedingte Zyklusanomalien, zyklisch bedingte Migräne. · **Kontraindikationen** und **Nebenwirkungen** sind bisher nicht bekannt. · **Zusammensetzung:** 100 g enthalten: Agnus castus D 1 20 g, Caulophyllum thelictroidea D 4 10 g, Cyclamen D 4 10 g, Ignatia D 8 10 g, Iris D 2 20 g, Lilium tigrinum D 3 10 g, Lupulinum D 8 10 g, Tincture Condurango 10 g. · **Dosierung:** Es ist unerläßlich, 3mal täglich 25 Tropfen Mastodynon mindestens 3 Monate lang vor dem Essen, auch während der Menstruation, nehmen zu lassen. Bei Rezidiven ist eine Wiederholung der Behandlung im Laufe des Jahres nötig. Bei Hypermenorrhoe sowie bei Migräne sind u. U. stündliche Gaben von 15 Tropfen vorteilhaft. · **Handelsformen:** Mastodynon OP mit 30 ml DM 7,75, OP mit 50 ml DM 10,45, DP mit 100 ml DM 15,85; Großpackungen mit 500 ml und 1000 ml.

BIONORICA KG · APOTHEKER POPP · NÜRNBERG

18. Mai 1977:

Irritebler Darm – Dickdarmdivertikulose – Dickdarmdivertikulitis – Colitis ulcerosa: Diagnose und Therapie (Professor Dr. Ottenjann, München)

3. Juni 1977:

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

24. Juni 1977:

Neuraltherapie nech Huneke (Dr. Dosch, München)

Film: Injektionstechnik der Neuraltherapie nach Huneke

1. Juli 1977:

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

16. Juli 1977:

Herz-Kreislauferkrenkungen: Diegnostik und Therepie (Seminer für die Praxis)

Leitung: Professor Dr. Michel, München

Referenten: Münchener Kerdiologen – Sonderprogremm

Ort: Sporthalle Kurhotel Sonnenalp, Sonthofen

Auskunft:

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

Fortbildungsveranstaltungen der Bundesärztekammer

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

XV. Internationaler Fortbildungskongreß

Thema: Stoffwechselkrankheiten und Endokrinologie in der Praxis

28. Mai – 11. Juni 1977 in Gredo:

XXV. Internationaler Fortbildungskongreß

Thema: Stoffwechselkrenkheiten und Endokrinologie in der Praxis

25. Juli – 6. August 1977 in Devos:

VII. Internationeler Seminarkongreß für praktische Medizin

Theme: Prävention, Therapie, Rehabilitetion

29. August – 10. September 1977 in Meran:

XXV. Internationaler Fortbildungskongreß

Thema: Kardiovaskuläre Phermakotherapie

4. – 17. September 1977 in Gredo:

XI. Internationaler Seminarkongreß

Thema: Rationelle Diagnostik und Therepie in der ärztlichen Praxis

23. – 25. September 1977 in Augsburg:

VI. Zentralkongreß für Medizinische Assistenzberufe in zeitlichem Zusemmenheng mit dem 60. Augsburger Fortbildungskongreß für praktische Medizin

12. – 15. Oktober 1977 in Köln:

II. Interdisziplinäres Forum **„Fortschritt und Fortbildung in der Medizin"**

Auskunft:

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

Unsere Generic-Preise | **Gültig ab 15. 1. 1977**

Präparate	Handelsformen	DM 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 cerebreler und peripherer Durchblutungsstörungen eowie vestibuiérer Beschwerden** 1 Tablette enthält 75 mg cinnarizin	Keine bekannt
etilefrin 5 mg	50 Tabl.	8,90	**Hypotonie und demit verbundene Kreisleufstörungen, Kreisleufversagen, Kreisleufkolleps, hypotone Zuetände während und nach Infektionskrenkheiten** 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	**Durchblutungestörungen der Herzkrenzgefäße (koronere Herzkrenkheit); zur Anfallsbehendlung bei Angine pectoris; zur Vorbeugung von Herzschmerzen auch nach Herzinferkt** 1 Tablette enthält 5 mg isosorbiddinitrat	Schock Hypotone Kollapszustände

Chemische Fabrik Tempelhof Preuß & Temmler · Oberlandstraße 65 · 1000 Berlin 42

Die meldepflichtigen übertragbaren Krankheiten in Bayern im Monat Januar 1977 *)

(Zusammengestellt aufgrund der Wochenmeldungen)

Wie alljährlich im Januar ging auch im Berichtsmonat die Zahl der gemeldeten Scharlacherkrankungen deutlich zurück, und zwar von 65 Fällen im Dezember vorigen Jahres auf 38, jeweils auf 100 000 Einwohner bezogen und auf ein Jahr umgerechnet. Geringfügig sank auch die Erkrankungsziffer an übertragbarer Hirnhautentzündung.

Erheblich weniger Menschen als im Vormonat erkrankten im Januar an Salmonellose; auf 100 000 Einwohner trafen im Dezember noch 47, im Januar nur mehr 22 Fälle. Die Erkrankungshäufigkeit an Hepatitis infectiosa (übertragbare Leberentzündung) nahm ebenfalls ab, und zwar von 30 auf 25 Fälle je 100 000 Einwohner.

Neuerkrankungen und Sterbefälle in der Zeit vom 3. bis 30. Januar 1977 (vorläufiges Ergebnis)

Gebiet	1		2		3		4		5		6		7		8		9		10		11		12	
	Diphtherie		Scharlach		Übertragbare Hirnhautentzündung: Kinderlähmung		Hirnhautentzündung: Meningokokken-Meningitis		Hirnhautentzündung: übrige Formen		Gehirnentzündung		Typhus abdominalis		Paratyphus A und B		Bakterielle Ruhr (ohne Amöbenruhr)		Enteritis infectiosa: Salmonellose		Enteritis infectiosa: übrige Formen		Botulismus	
	E[1]	ST[2]	E	ST	E	ST	E	ST	E	ST	E	ST	E	ST	E	ST	E	ST	E	ST	E	ST	E	ST
Oberbayern	–	–	128	–	–	–	3	2	8	–	–	1	1	–	–	–	8	–	78	–	–	–	–	–
Niederbayern	–	–	15	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	18	–	1	–	–	–
Oberpfalz	–	–	20	–	–	–	–	–	6	–	1	–	–	–	–	–	–	–	16	–	–	–	–	–
Oberfranken	–	–	28	–	–	–	2	–	4	–	1	–	–	–	–	–	–	–	10	–	2	–	–	–
Mittelfranken	–	–	31	–	–	–	1	–	3	–	–	–	–	–	–	–	–	–	24	–	1	–	–	–
Unterfranken	–	–	45	–	–	–	4	2	2	–	–	–	–	–	–	–	1	–	17	–	1	–	3	–
Schwaben	–	–	47	–	–	–	1	–	2	1	–	–	–	–	–	–	–	–	18	–	1	–	3	–
Bayern	–	–	314	–	–	–	11	4	25	1	2	1	1	–	–	–	9	–	181	–	6	–	6	–
München	–	–	58	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	5	–	29	–	–	–	–	–
Nürnberg	–	–	14	–	–	–	1	–	1	–	–	–	–	–	–	–	–	–	5	–	–	–	–	–
Augsburg	–	–	2	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	5	–	–	–	–	–
Regensburg	–	–	1	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	1	–	–	–	–	–
Würzburg	–	–	4	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	3	–	1	–	–	–
Fürth	–	–	2	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	3	–	–	–	–	–
Erlangen	–	–	1	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	1	–	–	–	–	–

Gebiet	13		14		15		16		17		18		19		20		21		22		23		24
	Hepatitis infectiosa		Ornithose: Psittacose		Ornithose: übrige Formen		Mikrosporie		Brucellose (übrige Formen)		Malaria Ersterkrankung		Toxoplasmose										Verdachtsfälle von Tollwut[3]
	E	ST	E	ST	E	ST	E	ST	E	ST	E	ST	E	ST	E	ST	E	ST	E	ST	E	ST	
Oberbayern	71	1	–	–	1	–	–	–	1	–	1	–	–	–									17
Niederbayern	12	–	1	–	–	–	–	–	1	–	–	–	–	–									5
Oberpfalz	19	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	1	–									1
Oberfranken	16	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	1	–									4
Mittelfranken	22	–	1	–	1	–	4	–	–	–	–	–	1	–									2
Unterfranken	27	–	–	–	–	–	1	–	–	–	–	–	1	–									2
Schwaben	42	–	–	–	1	–	–	–	–	–	–	–	–	–									13
Bayern	209	1	2	–	3	–	5	–	2	–	1	–	4	–									44
München	44	–	–	–	1	–	–	–	–	–	1	–	–	–									10
Nürnberg	7	–	–	–	–	–	4	–	–	–	–	–	–	–									–
Augsburg	20	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–									–
Regensburg	1	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–									–
Würzburg	4	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–									–
Fürth	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–									–
Erlangen	2	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–									2

*) Bericht des Bayerischen Statistischen Landesamtes.

[1]) „E" = Erkrankungen (einschließlich der erst beim Tode bekanntgewordenen Krankheitsfälle) mit Ausschluß der Verdachtsfälle.

[2]) „ST" = Sterbefälle.

[3]) Verletzungen durch ein tollwutkrankes oder tollwutverdächtiges Tier sowie Berührungen eines solchen Tieres oder Tierkörpers.

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	4 mg
Oxytetracyclin-HCl	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	DM 22,10
Originalpackung mit 40 Kapseln	DM 39,75
Klinikpackung	

Unverbindliche empfohlene Preise lt. AT

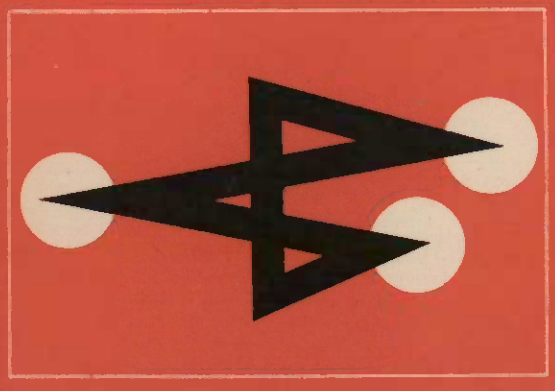
Thomae

1/77

DOLO-Exhirud®

Rheumasalbe

1 Wir haben das Hirudin für die Rheumatherapie nutzbar gemacht. Hirudin steht für eine bessere Gewebsdrainage des rheumatisch erkrankten Gebietes; Hirudin steigert die Mikrozirkulation und intensiviert Stoffaustausch und Gewebsentgiftung. Darüber hinaus hemmt Hirudin Enzyme mit entzündlicher Aktivität.



Zusammensetzung: 100 g Salbe enthalten: Hirudin 500 Antithrombin-Einheiten, Äthylenglykol-monosalicylsäureester 8,0 g; Nicotinsäurebenzylester 1,5 g.
Indikationen: Durch Wärme- und Reiztherapie beeinflußbare rheumatische, entzündliche und degenerative Muskel- und Gelenkerkrankungen. Schmerzzustände nach Prellungen, Quetschungen, Verrenkungen.
Kontraindikationen: DOLO-Exhirud sollte nicht angewendet werden auf infizierter und entzündeter Haut.
Handelsformen und Preise: Packung mit 40 g Salbe DM 7,35 · Packung mit 100 g Salbe DM 14,70 · Anstaltspackung mit 1000 g Salbe.

PROMONTA HAMBURG

Schnell informiert

Verordnung über die Festsetzung des Wertes der Sachbezüge in der Sozialversicherung für das Kalenderjahr 1977

Aufgrund des § 160 Abs. 2 der Reichsversicherungsordnung erläßt die Bayerische Staatsregierung folgende Verordnung:

§ 1

(1) Die Werte der Sachbezüge für Zwecke der Sozialversicherung für das Kalenderjahr 1977 werden in den nachfolgenden §§ 2 bis 7 festgesetzt.

(2) Die nachstehend festgesetzten und bekanntgegebenen Werte gelten euch dann, wenn in einem Terifvertreg (Tarifordnung), einer Betriebsvereinbarung (Betriebs- oder Dienstordnung) oder in einem Arbeitsvertrag tür die Sachbezüge höhere oder niedrigere Werte festgesetzt sind. Sie gelten ferner, wenn anstelle der vorgesehenen Sachbezüge die in dem Terifvertrag (Tarifordnung), der Betriebsvereinbarung (Betriebs- oder Dienstordnung) oder in einem Arbeitsvertrag festgesetzten Werte nur gelegentlich oder vorübergehend (z. B. bei tageweiser euswärtiger Beschäftigung, bei Urlaub) bar eusbezahlt werden.

(3) Die nachstehenden Werte gelten bei laufendem Arbeitslohn erstmalig für den Arbeitslohn, der für einen Lohnzahlungszeitraum gezahlt wird, der nach dem 31. Dezember 1976 liegt, und bei sonstigen Bezügen erstmalig für die Bezüge, die dem Arbeitnehmer nach dem 31. Dezember 1976 zufließen.

§ 2

(1) Für die Bewertung der vollen freien Station (einschließlich Wohnung, Heizung und Beleuchtung) gelten die folgenden Sätze:

Personengruppe		Bewertungsgruppe I DM	Bewertungsgruppe II DM
a) Arbeitnehmer, soweit sie nicht unter Gruppe b) oder c) fallen	monatlich	270,—	264,—
	wöchentlich	63,—	61,60
	täglich	9,—	8,80
b) Personen in Berufsausbildung bis zum Ende des Monats, in dem sie das 18. Lebensjahr vollenden	monatlich	243,—	237,—
	wöchentlich	56,70	55,30
	täglich	8,10	7,90
c) Angestellte in gehobener oder leitender Stellung sowie Beschäftigte mit Diensten höherer Art (z. B. Ärzte, Apotheker, Werkmeister, Gutsinspektoren usw.)	monatlich	339,—	330,—
	wöchentlich	79,10	77,—
	täglich	11,30	11,—

(2) In die Bewertungsgruppe I werden die Gemeinden mit 50 000 und mehr, in die Bewertungsgruppe II die Gemeinden mit weniger als 50 000 Einwohnern eingereiht.

§ 3

(1) Bei teilweiser Gewährung von freier Station sind anzusetzen:

1. die Wohnung	mit 7/20
2. die Heizung und Beleuchtung	mit 2/20
3. das Frühstück	mit 2/20
4. das Mittagessen	mit 5/20
5. das Abendessen	mit 4/20

der in § 2 Abs. 1 bezeichneten Sätze.

(2) Im Falle der Mehrfachbelegung eines Zimmers hat eine Aufteilung des anzusetzenden Betrages für Wohnung sowie für Heizung und Beleuchtung nach der Anzahl der das Zimmer belegenden Personen zu erfolgen. Danach sind bei Belegung eines Zimmers mit

2 Personen für Wohnung	7/40
für Heizung und Beleuchtung	2/40
3 Personen für Wohnung	7/60
für Heizung und Beleuchtung	2/60
4 Personen für Wohnung	7/80
für Heizung und Beleuchtung	2/80

der in § 2 Abs. 1 bezeichneten Sätze herenzuziehen.

§ 4

Wird die freie Station nicht nur dem Arbeitnehmer allein, sondern auch seinen Familienengehörigen gewährt, so erhöhen sich die in § 2 Abs. 1 und § 3 Abs. 1 bezeichneten Beträge

1. für den Ehegatten	um 80 vom Hundert
2. für jedes Kind im Alter von mehr als 6 Jahren	um 40 vom Hundert
3. für jedes Kind bis zum 6. Lebensjahr	um 30 vom Hundert

§ 8

(1) Diese Verordnung tritt am 1. Januar 1977 in Kraft.
(2) Gleichzeitig tritt die Verordnung vom 9. Dezember 1975 (GVBl. S. 394) außer Kraft.

Merkblatt „Desinfektionsmaßnehmen bei Tuberkulose"

Das Merkblatt „Desinfektionsmaßnehmen bei Tuberkulose" wurde überarbeitet. Es kann beim Deutschen Zentralkomitee zur Bekämpfung der Tuberkulose, Poppenhusenstraße 14 c, 2000 Hamburg 60, angefordert werden. – Bezugspreis: Selbstkosten DM 2,– zuzüglich Porto.

Über 200 Sonderkuren des Müttergenesungswerkes

Auch für 1977 bietet das Müttergenesungswerk wieder insgesamt 207 „Sonderkuren" an.

In einer Reihe von Sonderkuren können Mutter und behindertes Kind gleichzeitig im Müttergenesungsheim aufgenommen werden. Es sollte in jedem Fall sorgsam abgewogen werden, ob dies wirklich notwendig und zweckmäßig ist; denn es gehört mit zum Gesundheitsprogramm des Müttergenesungswerkes, daß sich die Kurteilnehmerin ganz vom Alltag distanzieren kann. Andere Sonderkuren sind für Mütter mit speziellen eigenen Problemen gedacht: für selbst behinderte Mütter, für Mütter, die unter ärztlicher Aufsicht ihr Gewicht reduzieren möchten, für Mütter mit besonderen sozialen Problemen, für Mütter, die allein stehen. Diese Sonderkuren stehen allen Frauen mit Sonderproblemen offen, wenn sie Kinder zu versorgen und zu erziehen haben.

Auskunft erteilen die Verbände der Freien Wohlfahrtspflege (Arbeiterwohlfahrt, Caritas-Verband, Diakonisches Werk, Deutscher Paritätischer Wohlfahrtsverband, Deutsches Rotes Kreuz), die Kirchen und die Kommunalverwaltungen sowie die Zentrale des Müttergenesungswerkes, 8504 Stein.

50 Jahre Nordmark-Werke

Vor 50 Jahren wurden die Nordmark-Werke als pharmazeutisches Unternehmen in Hamburg gegründet. Das 1937 erbaute Zweigwerk in Uetersen/Holstein ist seit 1943 Hauptwerk. Hauptarbeitsgebiete der Firma sind: Chemotherapie, Leber- und Fermentpräparate, Medikamente zur Behandlung von Herz- und Blutkrankheiten, Antirheumatika, Elektrolyte und Vitamine. – Seit 1968 gehört die Firma zu der im gleichen Jahr gegründeten Sparte Pharma der BASF.

Blinde „sehen" mit Ultraschall

Die Firma Wormald International Sensory Aids Ltd. in Christchurch, Neuseeland, hat nach zehnjähriger Forschungs- und Entwicklungsarbeit eine Sehhilfe für Blinde unter dem Namen „Sonicguide" auf den Markt gebracht. Sie ortet und identifiziert mit Hilfe von Ultraschall Hindernisse bis zu 5 m Entfernung.

Elektronik und Batterien haben die Größe einer Zigarettenschachtel. Sender und Empfänger sind unauffällig in einer Spezial-Brillenfassung montiert, die aus dem Chemiewerkstoff ®Cellidor der Bayer AG gespritzt wird, einem Thermoplast, der seit Jahren in großem Umfang für die Brillenfertigung eingesetzt wird. Durch das Abhören der in Schallimpulse umgewendelten Echosignale kann der Blinde nach einiger Übung unterscheiden, wo sich Objekte in seiner Umgebung befinden.

EKG-Analyse über Telefon

Die Firma Schwarzer hat in Zusammenarbeit mit der Firma IBM ein System zur automatischen EKG-Auswertung entwickelt. Die EKG-Signale werden mit einem Schwarzer EKG-Terminal ETS 3000 erfaßt und über Telefon im IBM-Rechenzentrum ausgewertet. Die Lösung ist wie folgt:

– Die Signale eines 3-Kanal-EKGs (4 x 3 konventionelle Ableitungen) werden am Ort der Aufnahme in digitale Werte umgewandelt und zusammen mit umfangreichen Patienteninformationen auf einer Magnetplatte (Floppy Disk) abgespeichert.

– Alle Daten werden in digitaler Form ohne jeden Informationsverlust über Telefon in ein IBM-Rechenzentrum übertragen.

– Nach Verarbeitung der EKGs im Rechenzentrum (IBM-Auswerteprogramm nach Bonner) gehen die Diagnose-Vorschläge über Telefon zum Ort der Aufnahme zurück und werden dort ausgedruckt.

Vorteile:

– Standardisierter Diagnosetext mit EKG-Vermessungsprotokoll liegt schriftlich vor.

– Exakte Vergleichbarkeit der Befunde wird möglich.

– Zugang zu neuester, wissenschaftlich fundierter EKG-Befundungsmethodik.

Die on-line EKG-Analyse durch digitale Datenfernübertragung ermöglicht eine qualifizierte und reproduzierbare Diagnosefindung ohne die Investition und die Probleme einer hauseigenen EDV-Anlage.

Eine Berechnung der Dienstleistung des Computer-Zentrums erfolgt nur bei Inanspruchnahme. Durch gezielte Auswahl der auszuwertenden EKGs können die Kosten genau kontrolliert werden.

Eugen-Werle-Preis gestiftet

Die Boehringer Ingelheim Diagnostika GmbH hat den „Eugen-Werle-Preis" gestiftet, der mit DM 10 000 dotiert ist.

Ziel des Preises ist die Förderung der Diagnostik auf dem Gebiet der Klinischen Chemie und der Klinischen Mikrobiologie. Um den Eugen-Werle-Preis kann sich jeder Wissenschaftler mit einer deutschsprachigen, noch nicht veröffentlichten methodischen Arbeit beteiligen. Die Arbeit muß zu einer wesentlich verbesserten diagnostischen Aussage führen.

Der Preis wird alle zwei Jahre anläßlich der MEDICA durch den Präsidenten des Kongresses, erstmals 1977, verliehen. Der Preisträger erhält neben der Dotierung eine Urkunde.

Einsendeschluß: 31. Juli 1977

Die Arbeit soll in dreifacher Ausfertigung eingesandt werden an den Stiftungsrat, z. H. Dr. med. R. Berensmann, Jahnstraße 32 (Ärzteheus), 7000 Stuttgart 70.

Das Manuskript selbst darf keinen Namen und keinen Hinweis auf den Autor enthalten. Jede Arbeit ist mit einem Kennwort zu versehen. In einem zusätzlichen verschlossenen Umschlag, der das Kennwort der Arbeit tragen muß, sind anzugeben: Vor- und Zuname, Beruf, Stellung und Tätigkeit, Adresse sowie Kennwort der Arbeit.

Mit Einreichen der Arbeit erklärt sich der Autor mit der Veröffentlichung einer Kurzfasung in der Zeitschrift „diagnostik" einverstanden.

Praxisvertreter gesucht

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

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

Bayerische Landesärztekammer
Vertretervermittlung

Telefon (0 89) 41 47 - 269
Frau Väth

Buchbesprechungen

Erste Hilfe bei Unfällen und plötzlichen Erkrankungen

Verf.: Dr. N. Kaiser / M. Knörig, 112 S., kart., DM 9,80. Ehrenwirth Verlag, München.

Zur Erste-Hilfe-Leistung ist jedermann gesetzlich verpflichtet. In einer Zeit zunehmender akuter Notfälle sollte daher auch jedermann wissen, was er dabei tun muß und tun darf. Das vorliegende Buch bietet die anschauliche Grundlage für die notwendige Ausbildung. Es unterrichtet zuverlässig in Wort und Bild über richtiges Verhalten des Helfers am Unglücksort, Bergung, Lagerung, Transport und Versorgung Verletzter oder plötzlich Erkrankter, Schockbehandlung und Wiederbelebungsmaßnahmen, richtigen Umgang mit Behinderten. Rund 100 Einzelfälle von Verletzungen und plötzlichen Erkrankungen werden, übersichtlich gegliedert, behandelt.

Was hier vorliegt, ist mehr als ein Nachschlagebuch. Sein Inhalt sollte Allgemeingut jedes verantwortungsbewußten Mitbürgers werden.

Praktische Proktologie

Verf.: Priv.-Doz. Dr. S. Kügler, 156 S., 49 Abb., flex. Taschenbuch, DM 15,–. Georg Thieme Verlag, Stuttgart.

Prophylaxe und Therapie proktologischer Erkrankungen werden anhand präzis formulierter Texte und exemplarischen Bildmaterials systematisch abgehandelt. Die verschiedenen Möglichkeiten der operativen und konservativen Behandlung erfahren eine ausführliche und kritische Würdigung. Darüber hinaus sind praktische Probleme der postoperativen Versorgung und Rehabilitation eingehend berücksichtigt worden, so daß auch der Allgemeinmediziner dieses Buch mit Gewinn lesen wird.

Orthopädie des Fußes

Verf.: C. R. H. Rabl, 480 S., 324 Abb., Ganzleinen, DM 98,–. Ferdinand Enke Verlag, Stuttgart.

Im allgemeinen Teil des Werks wird das Basiswissen von Anatomie, Entwicklungsgeschichte und pathologischen Veränderungen erläutert. Ausführungen über den normalen Schuh, die orthopädischen Hilfs- und Heilmittel sowie entsprechende Begriffs- und Rechtsfragen begrenzen das Wissenswerte zum speziellen Teil hin ab.

Hier beschreibt der Verfasser die Veränderungen der einzelnen Regionen des Fußes, aber auch des Unterschenkels. Neurologische Störungen, Amputationen, sowie posttraumatische Schwellungszustände sind umfangreich abgehandelt. Während die Imhäusersche Methode der Klumpfußbehandlung unzureichend berücksichtigt wurde, bedarf es der Zurückhaltung bei der therapeutischen Röntgenbestrahlung sowie der Vitamin D-Behandlung.

Durch die Vielfalt der Erkenntnisse und der Therapiemöglichkeiten dient es einem breiten Interessentenkreis zur prompten und sachgemäßen Orientierung. 324 Abbildungen, ein Sachverzeichnis und umfassende Literaturverzeichnisse runden das Standardwerk ab.

Dr. M. Schnitzler, München

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, Lumbago, Neuralgien, Myalgien, Wurzelneuritiden.

Malinert — ein Spezifikum?

- **„Bis zu 80 % aller Menschen leiden ... irgendwann ... an Kreuzweh" (1)**
- **„Die ... Unsicherheit ... äußert sich auch darin, daß nur etwa 5 % aller Patienten mit Kreuzschmerzen einer Operation unterzogen werden" (2)**
- **„Ein Großteil der rheumat. Erkrankungen entfällt auf ... den extraartikulären Rheumatismus (67,5 %)" (3)**

Quellen:
(1) ZINN, Die konservative Behandlung des Kreuzschmerzes, „Der Orthopäde", 3 (1972).
(2) HOWORTH, 1964, BUCHS, 1967; zitiert nach MORSCHER u. GÄCHTER, Operative Therapie des Kreuzschmerzes, „Der Orthopäde", 3 (1972).
(3) KAGANAS, Ärztl. Rat bei rheumat. Erkrankungen der Gelenke u. der Wirbelsäule, Thieme-Verlag (1973); zitiert nach „Selecta", 43 (1974).

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 (= Phenyldimethyl-pyrazolon-methylemino-methansulfonsaures Natrium), 250 mg Phenazonsalicylat (= Phenyldimethyl-pyrazolonsalicylat), 7,5 mg Diphenhydreminhydrochlorid, 20 mg Coffein, 3 mg Aesculin, 10 mg Octotiamin, 5 mg Pyridoxinhydrochlorid, 10 µg Cyanocobalemin.

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 em besten nach den Mahlzeiten mit etwas Flüssigkeit. MALINERT-Salbe: Morgens und ebends auf den erkrankten Körperbereich auftragen und leicht einmassieren.

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

Packungsgrößen und Preise (lt. A.T.):
OP 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

Denken Sie an den langen Lebensweg Ihres Rheuma-Patienten

Behutsam zum Patienten

Praxis-bewährt

pharma 3.77

PROLIXAN® 300

Wirksamkeit / Verträglichkeit = optimale Relation

Der moderne Maßstab für die Langzeittherapie

PROLIXAN® 300

Die bewährte und sorgsame Rheumatherapie

Zitate, die für sich sprechen:

„... Weiterhin steht fest, daß auftretanda Nebeneffekte bemerkenswert niedrig waren für ein Therapeutikum dieser Art."

Eberl, R., Chefarzt der Rheuma-Abteilung, Krankenheus der Stadt Wien-Lainz, Curr. med. Res. Opin., (1976) 4,76

„... Kann als gesichert gelten, daß die Gefahr einer bleibenden Schädigung des genetischen Materials der Zelle mit dem Ausmaß der DNA-Reparaturhemmung einer Substanz eng korreliert ist."

Klein, O. und Wottewa, A. Act. Med. Austr., Separatdruck aus 2. Jg. 1975, Heft 4 (S. 153–156)

„... Für die übrigen untersuchten Substanzen (Azapropazon und Oxyphenbutazon) wurda keina Hemmung der DNS-Synthese oder DNS-Reparatur beobachtet."

Tausch, G., Tuschl, P., Dunky, A., Eberl, R., Altmann, H. und Klein, G., Ref. enl. Tagung der Österr. Rheumaliga, Graz 1974

„... In diesem Fall kann mit Azapropazon eine weitera, meistens langdauernde Remission der rheumatisch entzündeten Gelenke erreicht werden."

Szántó, L., Tanka, D., und Keller, M., Landes-Rheuma- und Physiotherapeutisches Institut, Budapest. Publ. in Vorbereitung

Zusammensetzung: 1 Kapsel Prolixan® 300 enthält 300 mg Azepropazon-Dihydrat.
Wirkungsweise: Prolixen 300 stabilisiert Lysosomen, Albumine und Globuline; hemmt die Kollegenpeptidase sowie die Vorstufen von Prosteglandin E2 und het einen ausgeprägten Antibradykinin-Effekt.
Indikationen: Rheumetische und treumetische Entzündungen im und um des Gelenk, Weichteilrheumetismus.
Kontraindikationen: Akute Ulcere des Gastro-intestinel-Traktes, in der Gravidität nur bei strenger ärztlicher Indikationsstellung verordnen.
Nebenwirkungen: Nur vereinzelt pessagere leichte Magenbeschwerden, ganz selten Auftreten allergischer Heuterscheinungen.
Hinweise: Gleichzeitiger Genuß von Alkohol kann die gute Verträglichkeit des Prolixan 300 beeinträchtigen. Wegen der erhöhten Spontan-Ulcusquote älterer, auch unbehendelter Patienten ist bei diesen dareuf besonders zu echten. Durch die individuellen Schwenkungstendenzen des Quickwertes unter Antikoagulantien kann dessen Wert verlängert werden. Bei Niereninsuffizienz ist die Dosierung den Ausscheidungsverhältnissen anzupassen.
Dosierung: Zu Beginn: morgens 1 Kapsel, mittags 1 Kapsel, abends 2 Kapseln, für die Deuertherapie 2–3mal täglich 1 Kapsel jeweils zu den Mahlzeiten. In schweren Fällen für die ersten 3 Tage 3mal täglich 2 Kapseln.
Packungen und Preise: 20 Kapseln DM 12,50, 50 Kapseln DM 28,15, 100 Kapseln DM 50,70. Klinikpackungen.

Siegfried Arznaimittel GmbH, Säckingen

Kali-Chemie Pharma GmbH, Hannovar

Dringlicha Eingriffe bei internen Notfällen

Verf.: E. Nusser / G. Trieb, 190 S., 83 Abb., 46 Tab., kart., DM 18,—. F. K. Schattauer Verlag, Stuttgart.

Im vorliegenden Büchlein ist (fast) ein Ideal verwirklicht: Ein handliches Taschenbuch von knapp 200 Seitan, in dem eine ungeheuera Fülla von praktischen Hinweisen konzentriert dargestellt wird.

Es gibt in praxi keinen Notfall, der nicht behandelt wird. Es geht um Eingriffe bei „Atemstillstand"", wobei neben Sofortmaßnahmen auch Intubation und Beatmung erwähnt werden. Beim Kapitel „Herz-Kreislauf-Stillstand" werden neben der Herzmassage noch Delibrillation, externe und interne Schrittmacher sowia intrakardiale Injektion angeführt. Handgriffe und Sofarttherapie bei „gastrointestinalen und renalen Störungen" werdan in extenso aulgezeigt. Als Ergänzung lührt der Autor noch Techniken wichtiger Punktionen sowie Inlusionsmöglichkeiten an. Er gibt eine Zusammenstellung wichtiger Einweginstrumente von Kanülen über Katheter bis zu Zahnbürsten.

Aufgrund der positiven Einstellung, die der Rezensent bal der Bearbeitung des vorliegenden Buches gewann, erscheinen die wenigen negativen Eindrücke nicht schwerwiegend. So ist z. B. baim Dünndarmileus die Millar-Abbott-Sonde beschrieben, allerdings ohne die Schwierigkeiten zu erwähnen, die ein Anfänger bei der richtigen Plazierung hat. Aufgrund der heutigen Narkose- und Operationstechniken wird vor der völligan Entglaisung der Stolfwechsel- und Elektrolythaushalta eina baldiga Revision des Abdomens allerdings eher zum Erfolg lühren.

Wir landen ein bamerkenswert komplettes Buch, handlich und praktisch, das übersichtlich ist und in seinem Rahmen bleibt; es ist ampfehlenswert für jeden in der Klinik tätigen Arzt.

Dr. med. M. Heusel, Amberg

EKG-Praxis

Verf.: J. Wartak, deutsche Übersetzung von Krista Schmidt, 150 S., 68 Abb., flax. Taschanbuch, DM 12,80. Georg Thiama Verlag, Stuttgart.

Dieses Buch varmittelt aina komprimierta Einlührung in das Gebiet der Elaktrokardiographia. Theoratische Grundlagen werdan berücksichtigt, sowait sia zum Verständnis der Zusammenhänga unantbahrlich sind. Im Hauptteil finden sich systamatische Darstellungen der wichtigsten EKG-Varänderungen, anhand typischer Kurvenbaispiala demonstriert und schlagwortartig erläutart. Dia übarsichtlicha Darstellung und das handliche Format kommen den Bedürfnissen der täglichen Praxis in idealer Weise entgegen.

Schlafstörungen

Verf.: Prof. Dr. D. Langen, 96 S. mit Zaichnungan, Paperback, DM 16,80. Gräfe und Unzer Verlag, München.

Dieses für jedermann verständlich geschriebana Buch zeigt, daß Schlaflosigkeit kein unabwendbares Schicksal ist, das man passiv hinnehmen muß. Ebenso wia man Wachbleiben in Ausnahmesituationen lernen kann, läßt sich gut schlafen wiedar einüban.

Auf dieser wichtigen Erkenntnis baut der erfahrena Kliniker das Salbsthilfe-Programm dieses Patienten-Ratgebers auf. Der Vertasser zeigt hier außardam den Wag, wia sich Schlafgestörte durch eigena Initiative von Schlafmedikamenten lösen und damit ihre Schlaffähigkeit zurückgewinnen können.

Was ist Psychotherapie?

Verf.: F. Beese, 86 S., kart., DM 12,80. Verlagsbuchhandlung Vandenhoeck & Ruprecht, Göttingen.

Der Autor wendet sich in dem informativen und übersichtlichen Leitfaden vorwiegend an Laien, die einer analytisch fundierten psychotherapeutischen Behandlung zustreben. Er verfolgt dabei das Ziel, sowohl falsche Erwartungen und Ängste vor dem zu erwertenden Unbekannten als auch Vorurteile gegenüber psychischen Erkrankungen und der Psychotherapie abzubauen.

Das Werk liefert Vorinformation über ambulante und stationäre Psychotherapie. Die analytische Einzel- und Gruppenbehandlung nimmt dabei den größten Raum ein, doch auch auf die anderen Verfahren wie Autogenes Training, Verhaltenstherapie und Gesprächstherapie wird in knapper Form sachgerecht eingegangen. Da der Autor aber nicht nur über die theoretischen Grundprinzipien der Psychotherapie informiert, sondern ebenso deren konkrete Durchführung erläutert, ist das Buch auch für den interessierten Arzt wertvoll. Die Klarheit des Buches sticht ins Auge. Der Autor kommt ohne Fremdwörter und verwirrenden Fachjargon aus.

Dr. U. Merkel-Neininger, Dorching

Gesundheit durch Entspannung

Herausgeber H. Binder, 4. neu gestaltete Aufl., Schallplatte 17 ⌀, Leitfaden mit 28 S., 3 Abb., DM 16,—. J. F. Lehmanns-Verlag, München.

Die in 4. Auflage vorliegende Broschüre ist eine wertvolle Hilfe für alle, die unter verantwortungsbewußter ärztlicher Anleitung das Autogene Training erlernen wollen.

In für Laien verständlicher Form erläutert der Autor die Funktion des vegetativen Nervensystems.

Er beschreibt eingehend und klar die Übungen des Autogenen Trainings und versucht Eigenverantwortung für die Gesundheit zu wecken, indem er aufzeigt, wie durch falsche Lebensweise Störungen entstehen können und wie man sie beseitigen lernt.

Am Schluß zieht der Autor Vergleiche zwischen Yoga und Autogenem Training.

Dem Büchlein ist als zusätzliche Hilfe eine Schallplatte beigegeben mit einer kurzen Zusammenfassung über Entspannung und einer Anleitung zum entspannten Atmen.

Dr. U. Merkel-Neininger, Dorching

Medizinisch-orthopädische Propädeutik von manueller Medizin und Chirotherapie

Verf.: Dr. U. Derbolowsky, 120 S., 17 Abb., 4 Tab., kart., DM 20,—. Verlag für Medizin, Dr. Ewald Fischer, Heidelberg.

Hier sind die theoretischen und praktischen Grundlagen der manuellen Medizin und der Chirotherapie klar und übersichtlich zusammengestellt. Das Rüstzeug der diagnostischen und therapeutischen Praxis für den Lernenden und für den bereits Erfahrenen wird in verständlicher Sprache vorgelegt.

Die rund 200 alphabetisch geordneten Begriffsbestimmungen sind als Grundlegung und Nachschlagewerk für diejenigen zusammengestellt, die sich mit Spezieller Arthrologie, mit den Techniken der Befunderhebung, der Mobilisation und Manipulation von Gelenken befassen. Die Arbeit ist für Ärzte und Medizinstudenten, für Physiotherapeuten und Angehörige anderer Heilergänzungsberufe gleichermaßen geeignet.

Arzt und Psychologe
Ein Programm zur Partnerschaft

Verf.: S. J. Rachman / C. Philips, mit einem Geleitwort von H. J. Eysenck, übersetzt von H. P. Bernhardt / J. Klinkers, 153 S., 4 Abb., DM 24,—. Verlag Urban & Schwarzenberg, München-Berlin-Wien.

Daß wesentliche Probleme, die im Augenblick noch als medizinisch klassifiziert werden, an Psychologen delegiert werden sollen, ist — von H. J. Eysenck im Vorwort zugegeben — das Hauptanliegen der Verfasser. Die angestrebte „fundamentale Veränderung im Wirkungsfeld medizinischer Psychologie" wird mit Beispielen aus der Psychologie des Schmerzes, der Schlafstörungen, der Placebowirkung, der Tabletteneinnahme usw. illustriert. Letztere dient als Paradebeispiel für verbesserungsbedürftiges Arzt- (und Patient-) Verhalten. Die Unzufriedenheit der Ärzte mit ihren Patienten wird nach der Lerntheorie erklärt: Besonders praktische Ärzte bekommen die Erfolge ihrer Arbeit nur recht selten zu Gesicht, während sie wesentlich häufiger über ihre Mißerfolge erfahren.

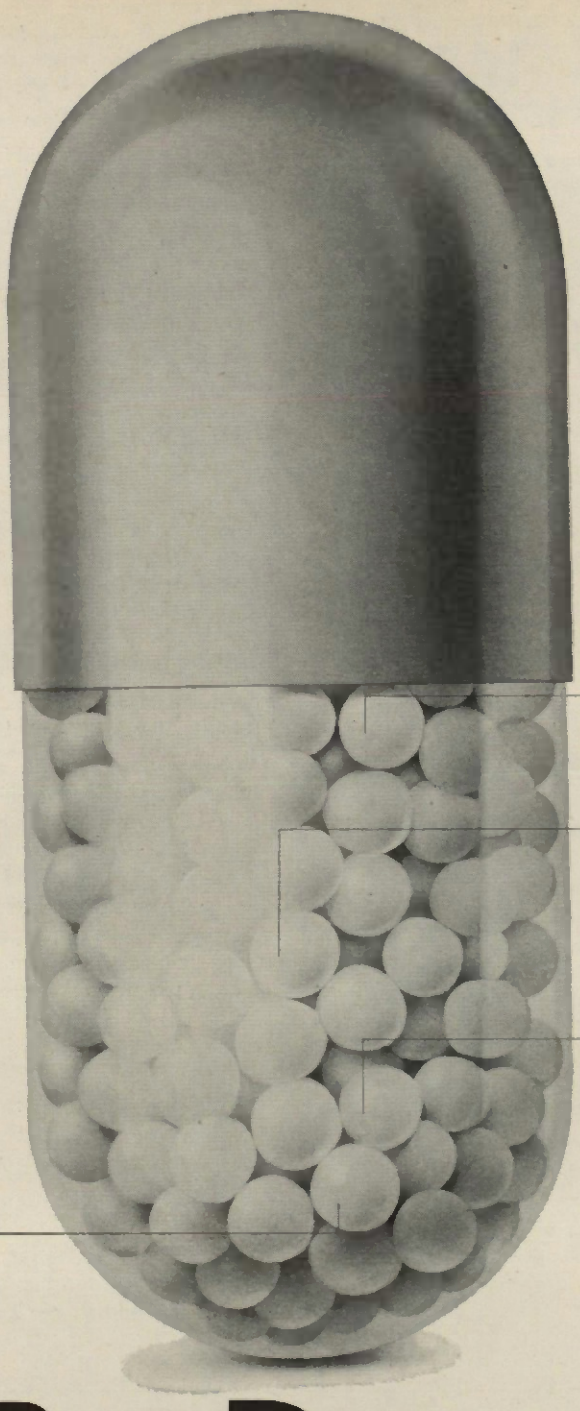
Der klinische Psychologe sollte angesichts der „Derwische während religiöser Zeremonien", die sich beide Wangen mit einem scharfen Metallspieß offenbar schmerzlos durchstechen, an der entscheidenden Bedeutung psychologischer Faktoren bei Schmerzempfindungen nicht mehr zweifeln. Die „praktischen Impliketionen" bestehen aus nichts anderem als der Präponderenz psychologischer Behandlung von Schmerzen und einer neuen Schmerzforschung unter psychologischen Voraussetzungen. Bei den Kopfschmerzen, deren „Psychologie" ein hinsichtlich der Spannungsbereitschaft verschiedener Muskeln interessantes Kapitel gewidmet ist, wird auf die bisherige Medizin nicht ganz verzichtet; Ärzte und Psychologen sollen immerhin „ihre Interessen und Erfahrungen fruchtbar aufeinander beziehen und gemeinsam einsetzen".

Das sonst ausgezeichnete Kapitel über die Selbstkontrolle von Körperfunktionen und den Biofeedbacks leidet an einer zu deutlichen Absichtserklärung. „Angesichts des Arbeitsaufwandes, der für den Ausbau des Biofeedbacks zu einem tauglichen klinischen Verfahren notwendig sein wird, könnte dieser Zweig der klinischen Psychologie zweifellos einen gesamten Jahrgang von Hochschulabsolventen vollauf beschäftigen." Der Einsatz von Psychologen bei der Behandlung von Rauchern wird besonders reizvoll begründet. Da nur 20 Prozent der Ärzte ihre Patienten zum Aufgeben des Rauchens aufgefordert haben, werden Psychologen gebraucht, um die Praktiken der Ärzte zu verändern. Daß Psychologen weniger rauchen als Ärzte wird nicht behauptet. Ein Generalangriff richtet sich gegen das „Medizinische Modell", d. h. die medizinische Betrachtung abnormen Verhaltens und Erlebens sowie alles, was aus dieser Betrachtungsweise für Diagnose, Therapie und Prognose folgert. Der medizinischen Vorstellung abnormen Verhaltens als Krankheit wird ein „multifaktorielles psychologisches Modell" entgegengestellt. Das Etikett „Krankheit" billigt man nur der Schizophrenie (zumindest der in Europa diagnostizierten), der „Parese" (wohl der progressiven Paralyse), dem Autismus und den Ausfallstörungen bei Verletzungen, Tumoren und Infektionen zu. Folgerichtig sehen die Verfasser in der Zukunft auch „Klienten" (statt Patienten) bei Psychologen „Beratung" (statt Heilung) suchen. Immerhin werden jedoch „Patienten, die an einer Geisteskrankheit leiden, weiter in der Obhut von Psychiatern verbleiben".

Den Psychologen der unmittelbaren Zukunft bieten sich als umfangreiche Projekte Gutachten über Säuglings- und Kinderpflege, pränatale Vorbereitung, Krankenhauseinweisun-

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 Wirkstoffreigabe 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 Wirkstoffreigabe 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:** Schwerer Leberschaden, Eklampsie, 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**

SCHÜRHOLZ
1907

gen, Erforschung der Arzt-Patient-Kommunikation, Placebountersuchungen usw. en. Die Überlastung der Ärzte durch zu große Petientenzahlen müsse durch ein „konzertiertes gesundheitserzieherisches Progremm" beseitigt werden. „Man sollte den Leuten (sic) vor allem vermitteln, wann sie ärztliche Hilfe suchen sollten und was sie vorher (oder stettdessen) tun können." — Das mit Enthusiasmus geschriebene Büchlein wirft eine Menge elter und neuer Probleme auf. Aus engelsächsischer Sicht und unter dem Eindruck des Nationalen Gesundheitsdienstes in Großbritannien entstanden, wird es den Ärzten des Kontinents nicht gerecht, während es zumindest die heutigen Psychologen überfordert.

Dr. Dr. M. Lindner, Nürnberg

Expressionismus

Verf.: M. und D. Gerhardus, 112 S., 80 Ferbtafeln, 5 Schwarzweißabb., geb., eus der Reihe „Bildkunst des 20. Jahrhunderts", DM 34,—. Verlag Herder, Freiburg-Besel-Wien.

Der echt Kurzkepitel umfassende Einführungstext verbindet sorgfältig recherchierte historische Information mit systemetischer Interpretetion. in Ihm werden die Wurzeln des Expressionismus, seine Voraussetzungen, die Zentren expressionistischer Bildkunst, „Die Brücke" und „Der Blaue Reiter", ebenso behandelt wie Verfahren, Motive, Thematik und typische Merkmale expressionistischer Malerei. Zugleich werden die soziologischen Aspekte des Expressionismus untersucht und gewürdigt.

Literaturhinweise, Kurzbiographien der vorgestellten 30 Maler und die 78 Farbtefeln begleitenden kommentierenden Texte zu Biographie und Werk des jeweiligen Künstlers runden das Werk eb.

Heinrich Heine

Werkausgabe im Taschenbuch, 4 Bände in Kessette, ca. 1740 S., DM 36,—. Gustav Lübbe Verlag GmbH, Bergisch-Gladbech.

Die vier Bände enthalten die Gedichtsammlungen „Buch der Lieder" (1827), „Neue Gedichte" (1844), „Romanzero" (1851) und Gedichte aus den Jahren 1853/54. Dazu „Deutschland — Ein Wintermärchen" (1844), ferner „Reisebilder" sowie die beiden großen Studien „Die romantische Schule" und „Zur Geschichte der Religion und Philosophie in Deutschland" vollständig; ergänzend Vorreden und Einleitungen, „Aus den Memoiren des Herrn von Schnebelewopski" und „Der Rabbi von Becherech", schließlich Autobiographisches und Aphorismen.

Welt der Mythen

Verf.: V. Ions, eus dem Englischen und Einführung von M. Gatzemeier, 352 S., 366 vierfarbige Abb., geb., DM 78,—. Verlag Herder, Freiburg-Basel-Wien.

Mythen finden sich bei ellen Völkern und Rassen. Wer die Entwicklungsgeschichte der Menschheit entschlüsseln will, muß sie berücksichtigen. Der Verfasserin ist es gelungen, eus der Fülle des Meterials eine repräsentative Auswahl zu treffen und die oft nur schwer überblickbare mythologisch-religiöse Tradition in einer geordneten Abfolge darzustellen sowie die oft einander widersprechenden Überlieferungsstränge zu einer Einheit zusammenzufassen.

Wie mythischen Vorstellungen in allen Weltgegenden durch die verschiedensten Kunstmittel und Materiallen Ausdruck verliehen wurde, machen die Bilder deutlich. Da finden sich Darstellungen von Göttern, Menschen, Tieren, Ungeheuern usw. In Rinden- und Felsenmalereien in Gold, Silber, Bronze, Jade, Stein und Bernstein, in Holz und Keramik, Webereien, Moseiken und vielen anderen Techniken.

Dieses Buch wendet sich en den interessierten Laien, der eine übersichtliche und verständliche Darstellung eines interessanten Gebietes der Geistesgeschichte erwartet.

Unter Pepuas

Verf.: H. Herrer, 300 S., 55 Schwarzweißabb., 44 Farbabb., Leinen, DM 39,80. Umscheu Verlag, Frankfurt.

Mit der Unterstützung eines Stabes von Wissenschaftlern, insbesondere des Museums für Völkerkunde in Basel, bringt der Autor eine ausführliche Schilderung in Worf und Bild über Neu-Guinea. Etliche deutsche Ausdrücke der nunmehr offiziellen Papuasprache weisen noch heute auf die Bedeutung dieser ehemaligen deutschen Kolonie hin. — Der Verfesser führt uns vor Augen, wie Bewohner eines Inselreiches, das Steinzeit und Kenniballsmus noch nicht überwunden hat, in unsere Geseilscheft von heute geführt werden.

1 mal 1 zum Entwurf von Dieposltiven

Verf.: K. Meyer-Hertig / W. Bleifeld / U. Hegeweld, 52 S., 22 farb. Abb., 1 Tab., Broschur, Efelin, DM 17,50. Verlag Gerherd Witzstrock GmbH, Beden-Beden.

Kongresse, Tagungen, Fortbildungsveranstaltungen und nicht zuletzt Vorlesungen sind heute ohne Dia-Projektionen undenkber. Doch wer sagt dem jungen Wissenschaftler, dem Vortregenden, der zum erstenmel em Rednerpult steht, wie er dem Anspruch der Zuhörer euf bildliche Ergänzung des

Solidago® >Dr. Klein<

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

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

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

Handelsform und Preise (incl. MwSt.): 20 ml 6,20 DM, 50 ml 12,45 DM, 100 ml 20,95 DM

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

Gesprochenen gerecht werden kann? Dies sind leider oft nicht zu lesen, weil sie überfüllt sind mit Daten oder technisch mangelhaft.

Hier gibt das vorliegende Buch auf vorbildliche Weise die dringend notwendigen Hinweise. Zunächst werden die optischen und didaktischen Grundbedingungen dargelegt. Voraussetzung ist, daß man sich über das Lernziel klar ist, daß die Aussegen klar und vollständig sind. Es wird auf die Unterschiede zwischen gedrucktem und projiziertem Bild hingewiesen. Weitere Abschnitte sind der graphischen Gestaltung, der Wahl der Drucktypen, Buchstabengröße und Bildhöhe gewidmet. Men lernt, daß auch der Betrachtungsabstand zum Dia berücksichtigt sein muß. Schließlich geben die Verfasser Hinweise für die Archivierung und die Ordnung in den Magazinen.

Dieses kleine Buch kann allen, die mit Dias erbeiten, nur wärmstens empfohlen werden.

Dr. med. I. Döker, Unterhaching

Pirmasens

Hereusgeber: Fuhrmann - Stone / Oberhauser / Ganser / Neubeuer / Raffel / Jeiter, 72 S., 48 Schwarzweißabb., Halbleinen, DM 19,80, Weidlich Verleg, Vertrieb durch Umschau Verlag, Frankfurt.

Pirmasens, eine moderne Stadt, die mit der Zeit geht, ist besonders els deutsche Schuhmetropole und Messestadt bekanntgeworden.

Des Beste aus dem Schnellkochtopf

Verf.: M. Kaltenbach, 72 S., 20 Ferbabb., Peperback, DM ß,ß0. Gräfe und Unzer Verlag, München.

Das Beste aus dem Schnellkochtopf bringt dieser neueste Küchen-Ratgeber dem Spezialisten für Essen und Trinken. Er gibt Rat und bringt Rezeptideen zu ellen Schnellkochgeräten.

Die Französische Küche à le bonne femme

Verf.: F. Jorieux / A. Krüger, 162 S., 50 Farbebb., DM 29,80. Gräfe und Unzer Verleg, München.

Hier wird die echte französische Familien-Küche mit ellen ihren kulinarischen Geheimnissen und Köstlichkeiten in deutscher Sprache umfassend und authentisch vorgestellt. Eine Menü-Kunde und ein kleines Lexikon der französischen Küchensprache vervollständigen dieses Geschenkbuch für alle Freunde guter Küche und guten Geschmecks.

Gourmet-Brevier

Verf.: U. Klever, 240 S., mit vielen Illustrationen aus elten Kochbüchern. Kunststoffeinband, DM 35,—. Gräfe und Unzer Verlag, München.

Das Gourmet-Brevier zeigt, wie men ein sechverständiger Gast und Gestgeber wird, wie man seinen Geschmack verbessern kann und ein perfektes Geschmacksgedächtnis bekommt. Es ist darüber hineus eine ektuelle Warenkunde der Leckerbissen. Viele Illustrationen und interessante Rezepte vervollständigen dieses vergnügliche Lesebuch und fundierte Lexikon der Gaumenfreuden.

Rommels Krieg in Afrika

Verf.: W. Heckmann, 450 S., 40 Abb. und Kerten, Leinen, DM 39,80. Gustev Lübbe Verlag GmbH, Bergisch Gladbech.

Dies ist mehr els nur ein weiteres Buch über den Afrika-Feldzug. Der Autor hat mit Akribie und Spürsinn versucht, Hintergründe und Widersprüche eufzuklären. Pralle und dramatische Erlebnisberichte, komprimiert aus fast 2000 Seiten Interviews mit ehemaligen Afrika-Kämpfern, machen das Buch zu einem spennenden Leseerlebnis.

Die goldene Flotte

Verf.: N. Gage, 448 S., Romen, Leinen, DM 34,—. Gustav Lübbe Verlag GmbH, Bergisch Gladbach.

Die Erfahrungen einer ganzen Generetion griechischer Reeder, die die größten Flotten und die größten Vermögen der Nachkriegszeit aufbauten, sind in den Bilderteppich dieses Romens eingegangen.

Auf seinen Wegen

Erlebnisse und Geschichten mit Pastor Dienemann und seinen Kommunionkindern

Verf.: H. P. Hoffmann, Kinderbuch ab ß, 127 S., geb., DM 13,80. Verleg Herder, Freiburg-Basel-Wien.

In Worten und Teten macht Pestor Dienemann den Kindern begreiflich, worauf es im Leben eines Christen heute ankommt. Kommunion heißt für ihn zunächst einmal: offen zu sein für die Sorgen und Nöte der anderen und mitzuhelfen, daß elles wieder gut wird. Am Ende ist den Kindern kler, was Pastor Dienemann damit meinte: „Der Weg zum Tisch des Herrn führt über den Mitmenschen."

ZUSAMMENSETZUNG Tabletten: 1 Tablette enthält: Cocculus D 4 210 mg, Conium D 3, Ambra D 6, Petroleum D 8 ana 30 mg. Tropfen: in 100 ml: Cocculus D 4 70 ml, Conium D 3, Ambra D 6, Petroleum D 8 ana 10 ml. ANWENDUNG. Tabletten, Tropfen: 3 - 4 mal täglich 1 Tablette lutschen (bzw. 8 - 10 Tropfen), bei anfallsweisem Schwindel und Übelkeit Stoßtherapie (alle 15 Minuten 1 Tablette bzw. 5 - 10 Tropfen). HANDELSFORMEN UND PREISE (incl. MwSt.) Preisänderungen vorbehalten. Packung zu 50 Tabletten DM 3,85, zu 250 Tabletten DM 12,85. Tropfflasche zu 15 ml DM 4,-, zu 30 ml DM 6,20, zu 100 ml DM 16,95. Weitere Darreichungsform: Injektionslösung bei schweren Schwindelzuständen

Schwindel verschiedener Genese

Vertigoheel®

Kinetosen (See-, Luft-, Autokrankheit)

Biologische Heilmittel Heel GmbH Baden-Baden -Heel

Therapeutika

Broncho-Binotal®-Saft

Zusammensetzung:

Jeder Beutel enthält 3,46 g bzw. 6,92 g Ampicillin-Trihydrat, entspr. 3 g bzw. 6 g Ampicillin, in 6 g bzw. 12 g Granulat zur Herstellung von 60 ml bzw. 120 ml Saft.

Jede Flasche enthält 0,18 g bzw. 0,36 g Theophyllin, 0,18 g bzw. 0,36 g Guaifenesin (Guajakol-glycerinäther) und 0,09 g bzw. 0,18 g Papaverinhydrochlorid in 56 ml bzw. 112 mf aromatisierter Lösung.

Zuckergehalt 34 g/60 ml bzw. 68 g/120 ml.

Indikationen:

Bronchopulmonale Infektionen mit Ampicillin-empfindlichen Erregern, die neben einer entibiotisch auch eine bronchospasmo- und sekretolytische Behandlung erfordern wie z. B. Bronchitis, ekuter Schub einer chronisch rezidivierenden Bronchitis, spastische Bronchitis incl. asthmolder Bronchitis, Bronchopneumonie.

Kontraindikationen:

Penicillin-Überempfindlichkeit.

Nebenwirkungen und Wirkungsweise:

Siehe wissenschettlichen Prospekt.

Dosierung:

Als durchschnittliche Tegesdosis erhalten Kinder von 2 bis 6 Jahren (13 bis 20 kg KG) 3 x 1½ Meßlöffel, Kinder von 1 bis 2 Jahren (10 bis 13 kg KG) 3 x 1 Meßlöffel, Säuglinge bis 1 Jahr (3 bis 10 kg KG) 4 x ½ Meßlöffel.

Erwachsene, Jugendliche und Kinder ab 6 Jahren erhelten bei Schluckbehinderung, wenn die für diesen Altersbereich vorgesehenen Broncho-Binotel-Tebletten nicht eingenommen werden können, 3- bis 4 x 2 Meßlöffel Saft je nach Art und Schwere der Erkrankung.

Handelsformen und Preise:

1 Beutel mit 6 g Granulat und 1 Flesche mit 56 ml Lösung zur Herstellung von 60 ml Saft DM 14,40. 1 Beutel mit 12 g Granulet und 1 Flasche mit 112 ml Lösung zur Herstellung von 120 ml Seft DM 25,60.

Hersteller:

Beyer AG, 5090 Leverkusen

Coldestop® — *rezeptpflichtig*

Zusammensetzung:

1 ml Lösung enthält: 15000 f. E. Vitemin-A-pelmitat, 20 mg Vitemin-E-acetat, 4 mg Ol. Citri, 2 mg Ol. Aurantii Pericarp, 2 mg Terpineol.

Anwendungsgebiete:

Zur Regenerationsbehendlung der ekut und chronisch geschädigten Nasenschleimheut; zur Therapie der Rhinitis sicce, Epipharyngitis sicca und Phyryngitis sicca; zur Intervailbehandlung bei Therapie mit Vesokonstriktoren; zur Dauerbehandlung der Ozaena.

Begleiterscheinungen:

Nicht bekannt

Eigenschatten:

Siehe wissenschattlichen Prospekt.

Dosierung und Anwendungsweise:

Mehrmels täglich 2 bis 3 Tropfen mit der Pipettte in jedes Nesenloch einträufeln.

Packungsgröße:

Pipetten-Flasche mit 20 ml Nasenöl

Hersteller:

Destin-Werk Cerl Klinke GmbH, 2000 Hamburg 63

Nervo. opt®

Neue Register-Nummer 45315

Geänderte Zusammensetzung:
Einer Empfehlung des Bundesgesundheitsemtes folgend und im Interesse der Arzneimittelsicherheit ist das Präparat jetzt frei von Aminophenazon und Keliumbromid. Die Gesamtmenge ptlanzlicher Extrakte bleibt unverändert, sie besteht zu gleichen Teilen eus Extr. Valerienae und Extr. Humuli Lupuli.

Gemäß § 25 (3) AMG dürfen Packungen der alten Reg.-Nr. N 709 noch ein Jehr nach Löschung der Nummer N 709 im Spezialitätenregister im Handel bleiben.

Die neue Zusemmensetzung pro Dragee lautet:
Natr. diaethylbarbituricum (Barbital-Natrium) 100 mg, Acid. phenylaethylbarbituricum (Phenobarbital) 10 mg, Calc. gluconicum 15 mg, Extr. Rad. Velerianae mexikanae sicc. c. Cerbinol 100 % paret. 10 mg, Extr. Humuli Lupuli e flor. sicc. c. Carbinol 100 % parat. 10 mg.

Packungsgröße unverändert OP zu 50 Dregees

Hersteller:
Dr. Braun & Herberg, 2407 Bad Schwertau

Nico-Padutin® forte

Zusammensetzung:

1 Manteltablette Nico-Padutin forte enthält 40 KE (Kallikrein*-Einheiten), 300 mg Inositolnicotinat.

Indikationen:

Periphere Durchblutungsstörungen.

Kontreindikationen:

Dekompensierte Herzinsuffizienz, frischer Myokardinfarkt, frische Apoplexie, ekute Blutungen.

Dosierung und Anwendung:

Die durchschnittliche Anfangsdosis beträgt 3 x täglich 1 Tablette.

Für die Deuertherepie und zur Stebilisierung der erzielten Wirkung genügt häufig eine Dosierung von 2 x 1 Tablette täglich (em besten je 1 Teblette morgens und abends). Hiermit wird eine eusreichende Wirkstoffkonzentration aufrechterhalten. Die Tebletten werden zweckmäßig während der Mahlzeiten unzerkaut mit etwes Flüssigkeit eingenommen.

Handelsform und Preis:

OP mit 50 Manteltebletten DM 24,–

Hersteller:

Byropharm GmbH, 5000 Köln 80

* WZ Bayer Leverkusen

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
Schulkinder von 6 bis 12 Jahren	1	–	1–2
Jugendliche und Erwachsene	1	1	2–3

℞ Grippinon®

allein in der Hand des Arztes

grippale Infekte

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
GÖTTINGEN
PENICILLIN-
GESELLSCHAFT

Probilin®

Zusammensetzung:

1 Dragee enthält 100 mg Piprozolin-Z-(3-Äthyl-4-oxo-5-piperidino-thiazolidin-2-yliden)-essigsäure-äthyl-ester.

Probilin® gehört einer neuen Substanzklasse an und hat keine Ähnlichkeit mit bisher auf dem Markt verwendeten Gallen- und Lebermitteln.

Indikationen:

Aufgrund seiner ausgeprägten choleretischen Wirkung ist das Monosubstenzpräparat Probilin bei folgenden Erkrankungen und deren Beschwerden angezeigt:

Chronisch rezidivierende Cholezystitis (Gallenblasenentzündung) und Cholangitis (Gallenwegentzündung) mit und ohne Leberbeteiligung, intrahepetische Cholestasen (Gallenflußstörungen), funktionelle und organische Dyskinesien (Motilitätsstörungen) der Gallenwege, zur Förderung des Gallenflusses nach Gallenblasenentfernung (Postcholezystektomiesyndrom), zur Unterstützung der Verdauung und Resorption, vor allem von fettreichen Nahrungsmitteln, zur Unterstützung der Therapie bei cholestasebedingten Lebererkrankungen, zur Besserung der durch biliäre Stesen bedingten gastrointestinalen Beschwerden wie: Völlegefühl, Inappetenz, Fettunverträglichkeit, Meteorismus (Blähungen, Obstipation und Druckempfindlichkeit im Oberbauch).

Kontreindikationen:

Probilin ist nicht anzuwenden bei Verschluß der Gallenwege, beim Gallenblasenempyem (vereiterte Gallenblase) und bei Leberversagen. Obwohl durch experimentelle Untersuchungen kein Anhalt für eine Keimschädigung durch Probilin gegeben ist, sollte Probilin, de es sich um eine neue Substanz hendelt, in der Frühschwengerschaft nicht gegeben werden und in der Spätschwangerscheft nur bei strenger Indikationsstellung.

Wirkungsweise, Nebenwirkungen, Begleiterscheinungen, Eigenschaften und besondere Hinweise:
Siehe wissenschaftlichen Prospekt.

Dosierung und Anwendungsweise:
Wenn vom Arzt nicht anders verordnet, täglich 3x 1 Dragee zu den Mahlzeiten mit etwas Flüssigkeit einnehmen. Bei starken Beschwerden kann die Dosis bis auf 3x 2 Dragees täglich erhöht werden.

Darreichungsform und Packungsgrößen:
Packung mit 50 und 100 Dragees, Anstaltspackung.

Hersteller:
Gödecke AG, 7800 Freiburg

Talcid®

Zusammensetzung:

1 Kauteblette enthält 500 mg Hydrotalcit; 1 Teelöffel Suspension (= 5 ml) enthält 500 mg Hydrotalcit

Indikation:

Antazidum gegen Sodbrennen, Magendruck und Völlegefühl, Säurebeschwerden verschiedener Art und medikementös bedingte Übersäuerung; bei Reizmagen, akute und chronische Gestritis, Ulcus pepticum bzw. ventriculi oder duodeni, Stumpfgastritis, Refluxösophagitis, Hiatushernie.

TIEFENWIRKUNG

NEUE Packung 250 ml DM 12,80

sichert schnelle Schmerzfreiheit bei Sportverletzungen, Verstauchungen, Prellungen an Muskeln und Gelenken.

Zur percutanen Schmerz-Therapie

Marament® Balsam

Zusammensetzung: 100 g Aethylanum chlorstum, 2 g Oleum Pini Pumilionis, 0,2 g Methylium salicylicum, 1 g Camphora synthetice, 0,05 mg Toxina der Neja tripudians, Emulgator ad 125 g = 100 ml.
Peckungen/Preise lt. AT. m. MwSt.:
O.P. Flasche mit 100 ml DM 6,15; O.P. Flasche mit 250 ml DM 12,80. Dr. Wider & Co 725 Leonberg

WIDER

Wirkungsweise und besondere Hinweise:

Siehe wissenscheftlichen Prospekt.

Dosierung:

Erwachsene: 1 bis 2 Kautabletten oder 1 bis 2 Teelöffel Suspension ½ Stunde nach den Mahlzeiten, vor dem Zubettgehen bzw. bei Auftreten von Magenbeschwerden. Kinder von 6 bis 12 Jahren: Hälfte der Erwachsenendosis.

Handelsformen und Preise:

Schachtel mit 50 Kautabletten DM 7,—; Schachtel mit 100 Kautabletten DM 15,50; Flasche mit 200 ml Suspension DM 14,50.

Hersteller:

Bayer AG, 5090 Leverkusen

Tiberal Roche

Zusammensetzung:

Tiberal® Roche enthält als Wirkstoff in 1 Tablette 500 mg Ornidazol [α-(Chlormethyl)-2-methyl-5-nitro-imidazol-1-äthanol].

Indikationen:

1. Infektionen der Harn- und Geschlechtswege mit Trichomonas vaginalis bei Frau und Mann,

2. alle Infektionen des Darmtraktes mit Entamoebe histolytica, einschließlich Amöbenruhr, alle Formen der Amöbiasis außerhalb des Darmtraktes, vor allem Leberamöbiasis mit Abszeßbildung,

3. Lambliasis (Giardiasis).

Nebenwirkungen und Begleiterscheinungen:

Tiberal ist im allgemeinen gut verträglich. Leichtere Nebenwirkungen, wie Schwindel, Kopfschmerzen, Magen-Darm-Unverträglichkeit sowie Hautreaktionen, können auftreten. Bei schweren Fällen ist der Arzt aufzusuchen.

Eigenschaften:

Siehe wissenschaftlichen Prospekt.

Dosierung und Anwendungsweise:

1. Trichomoniasis: 3 Tabletten auf einmal unzerkaut mit Flüssigkeit abends nach der Mahlzeit einnehmen. — Nach dieser Einmaldosis ist die Behandlung abgeschlossen.

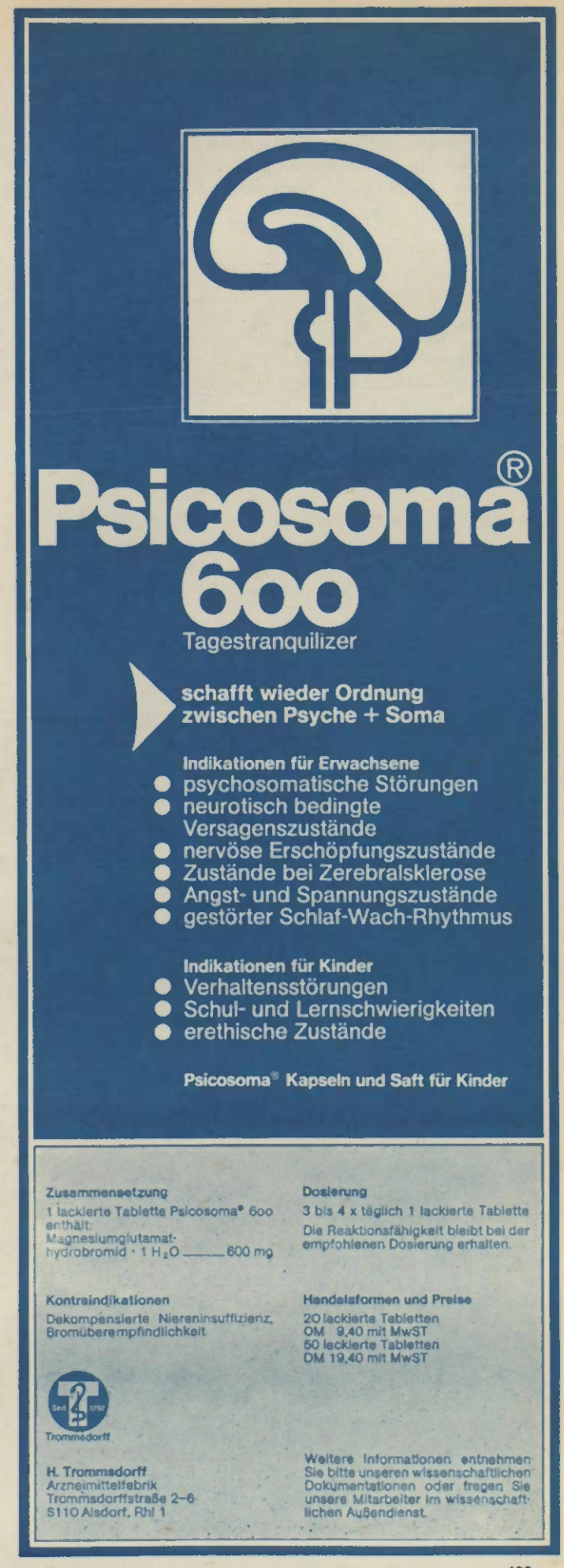
2. Amöbiasis und Lambliasis (Giardiasis): Erwachsene morgens und abends je 1 Tablette zu 500 mg; Kinder bis 1 Jahr morgens und abends je ¼ Tablette zu 500 mg; Kinder 1 bis 6 Jahre morgens und abends je ½ Tablette zu 500 mg; Kinder 7 bis 12 Jahre morgens und abends je ¾ Tablette zu 500 mg. — Behandlungsdauer 5 bis 10 Tage.

Handelsformen und Preise:

3 Tabletten DM 11,20, 6 Tabletten DM 20,95, (2 x 3) zur gleichzeitigen Partner-Behandlung bei Trichomoniasis, 20 Tabletten DM 60,45, Anstaltspackung.

Hersteller:

Hoffmann-La Roche AG, 7889 Grenzach-Wyhlen.



Kongreßkalender

Da die Termine der Kongresse manchmal geändert werden, empfehlen wir, auf jeden Fall vor dem Besuch einer Tagung sich noch einmal mit dem Kongreßbüro bzw. der Auskunftsstelle in Verbindung zu setzen.

Mai 1977

2.–5. **Tokyo:** 6. Internationaler Kongreß für Zytologie. – Auskunft: A. Meisels, M. D. FIAC, Secretary General, 6 th International Congress of Cytology, 1050 Chemin Ste-Foy, Quebeck 6, P. Q., Canada.

4.–8. **Berlin:** 8. Deutscher Kongreß für Perinatale Medizin. – Auskunft: Professor Dr. J. W. Dudenhausen, Mariendorfer Weg 28–38, 1000 Berlin 44.

5.–7. **Florenz:** 26. Kongreß der Internationalen Gesellschaft für Broncho-Pneumologie. – Auskunft: Leitender Medizinaldirektor Professor Dr. W. Maaßen, Tüschener Weg 22 b, 4300 Essen 18.

5.–7. **Kiel:** 17. Jahrestagung der Deutschen Gesellschaft für Arbeitsmedizin. – Auskunft: Professor Dr. Szadkowski, Adolf-Schönfelder-Straße 5, 2000 Hamburg 76.

6.–7. **München:** Fortbildungskurs für Phonokardiographie – Teil II. – Auskunft: Bayerische Landesärztekammer, Mühlbaurstraße 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 Symposion. – Auskunft: Obermedizinalrat Dr. H. Welzig, Widlerthe 99, A-8990 Bad Aussee.

6.–8. **Bad Pyrmont:** Sportmedizinischer Fortbildungskurs. – Auskunft: Sportärztebund Niedersachsen, Humboldtallee 7, 3400 Göttingen.

6.–8. **Schaffhausen:** Internationale Ärztliche Fortbildungstagung Bodensee. – Auskunft: Dr. W. Gujer, Vordergasse 4, CH-7200 Schaffhausen.

7. **München:** 2. Samstagsseminar für Gynäkologie. – Auskunft: Bayerische Landesärztekammer, Mühlbaurstraße 16, 8000 München 80.

7. **Würzburg:** 9. Fortbildungstagung für Allgemeinärzte und Fachärzte für Innere Medizin. – Auskunft: Professor Dr. P. Polzien, Klinikstraße 8, 8700 Würzburg.

7.–8. **Hennef:** Sportärzte-Fortbildungslehrgang. – Auskunft: Dr. D. Schnell, Otto-Willach-Straße 2, 5207 Ruppichteroth.

7.–8. **München:** Öffentliche Tagung der Deutschen Rheuma-Liga. – Auskunft: Deutsche Rheuma-Liga, Bundesgeschäftsstelle, Postfach, 8031 Seefeld.

9.–10. **München:** Symposion der Deutschen Vereinigung zur Bekämpfung der Kinderlähmung des Deutschen Grünen Kreuzes. – Auskunft: Professor Dr. H. Spiess, Pettenkoferstraße 8 a, 8000 München 2.

9.–14. **Bernried:** Seminar „Präventiv-Kardiologie". – Auskunft: Bayerische Landesärztekammer, Mühlbaurstraße 16, 8000 München 80.

9.–27. **Sonthofen:** Einführungskurs für Sportmedizin für Sanitätsoffiziere (dieser Kurs ist für alle Ärzte offen). – Auskunft: OF-Arzt Dr. R. Schmidt, Sportschule der Bundeswehr, Sportmedizinische Abteilung, Generaloberst-Beck-Kaserne, 8972 Sonthofen.

10.–14. **Saarbrücken: 80. Deutscher Ärztetag. – Auskunft: Bundesärztekammer, Postfach 41 02 20, 5000 Köln 41.**

11. **München:** 22. Gastroenterologischer Informationskurs „Pankreatitis/Pankreas-Karzinom". – Auskunft: Sekretariat der I. Medizinischen Abteilung des Städtischen Krankenhauses München-Neuperlach, Oskar-Maria-Graf-Ring 51, 8000 München 83.

12.–14. **Luzern:** 14. Jahrestagung der Europäischen Gesellschaft für pädiatrische Radiologie. – Auskunft: Dr. C. Fauré, 149, Rue de Sèvres, F-75730 Paris.

12.–14. **Nürnberg:** Jahreskongreß der Deutschen Gesellschaft für Ästhetisch-Plastische Chirurgie. – Auskunft: Sekretariat der Deutschen Gesellschaft für Ästhetisch-Plastische Chirurgie, Menteuffelstraße 33, 2000 Hamburg 55.

13.–15. **Ambach:** Waldenfelser Ärztegespräche. – Auskunft: Dr. M. Stübler, Waldhaus-Klinik, 8901 Deuringen.

13.–25. **Langeoog:** Sportärzte-Fortbildungslehrgang. – Auskunft: Ak. Dir. Dr. G. Schwarz, Sprangerweg 2, 3400 Göttingen.

14. **St. Englmar:** 3. Sportärztliches Seminar in Niederbayern. – Auskunft: Dr. H. H. Wernicke, Ludmillastraße 33, 8300 Landshut.

14. **Würzburg:** Fortbildungstagung für Augenärzte. – Auskunft: Professor Dr. Dr. h. c. W. Leydhecker, Josef-Schneider-Straße 11, 8700 Würzburg.

14.–15. **Grünwald:** Sportärztliche Ausbildungstagung. – Auskunft: Dr. H. Pabst, Ebertstraße 1, 8022 Grünwald.

15.–19. **Berlin:** Kongreß für Laboratoriumsmedizin. – Auskunft: Dr. H. Gold, Nervenklinik Spandau, 1000 Berlin 20.

15.–20. **Barcelona:** 17. Internationaler Kurs für Ophthalmologie. – Auskunft: Dr. J. Rutlan, Instituto Barraquer, Jaforje 88, Barcelona 6, Spanien.

16.–18. **Germisch-Partenkirchen:** Tagung des Berufsverbandes der Kinderärzte Deutschlands. – Auskunft: Berufsverband der Kinderärzte Deutschlands e. V., Bergisch-Gladbacher Straße 735, 5000 Köln.

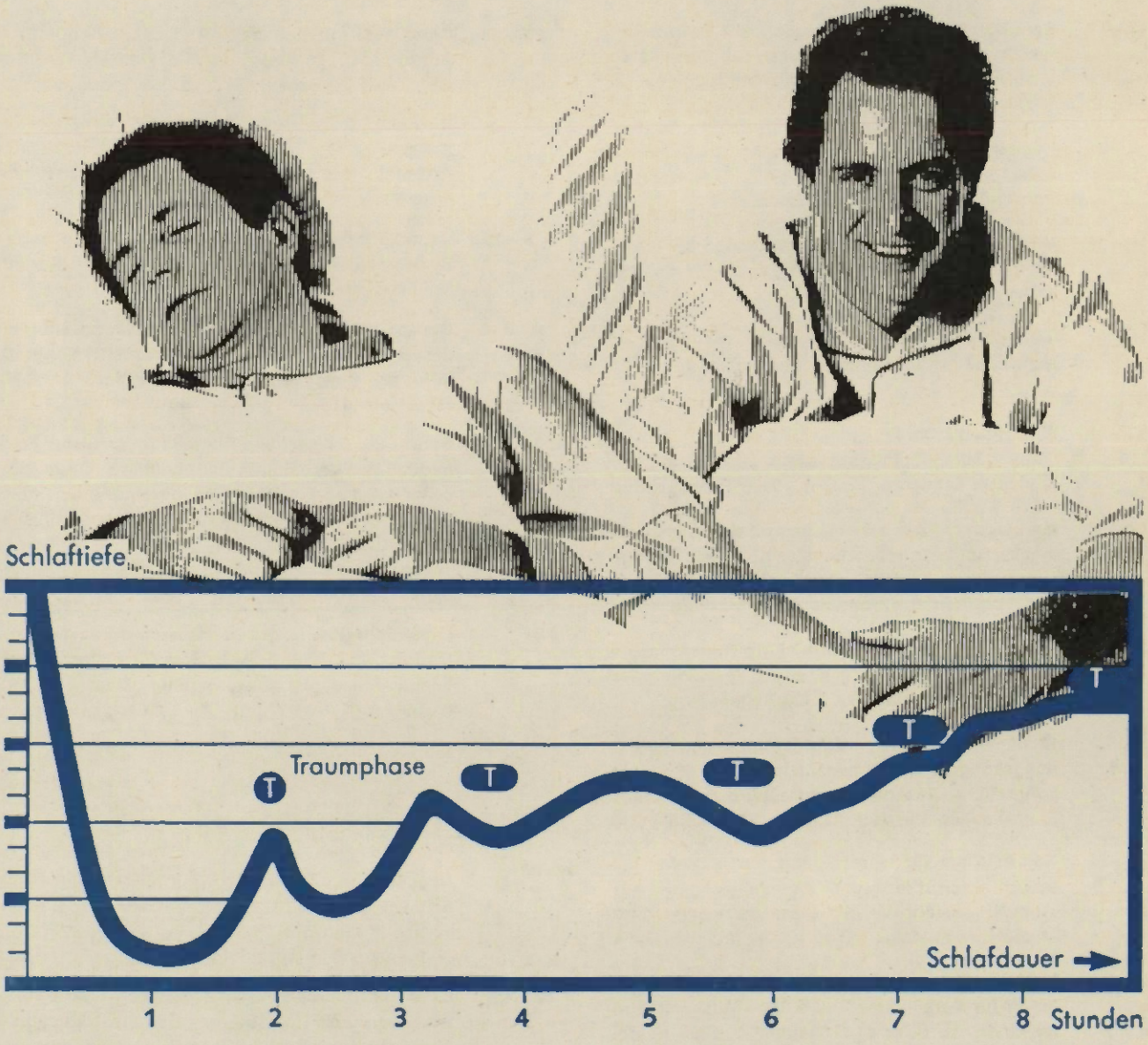
16.–18. **Paris:** Internationale Tagung über Kardiologie (in französischer Sprache). – Auskunft: Professor J. J. Welti, Hôpital Fernand-Widal, 200 Faubourg Saint Denis, F-75010 Paris.

17.–21. **Karlovy Vary:** V. Internationales Symposion über nukleare Medizin. – Auskunft: Tschechische Medizinische Gesellschaft, Sokolská 31, CS-12026 Prag.

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: Carbramal 200 mg, Diphenhydraminhydrochlorid 10 mg, Extr. Valerianae 45 mg, Extr. Passiflorae 15 mg · **Kontraindikation:** Carbramal-Allergie · **Cave:** Alkohol; Asthma; die ersten 3 Schwangerschaftsmonate · **Nebenwirkungen:** Bei Dauergebrauch in seltenen Fällen Carbramol-Überempfindlichkeit (hämorrhagisch-pigmentäre Dermatose) möglich
Handelsformen: OP 20 Dragees DM 5,10; OP 100 Dragees DM 19,85 · **Stand:** 1. 1. 1977

SCHWABE

DR. WILLMAR SCHWABE · KARLSRUHE

(Fortsetzung Mai 1977)

18. **Velden:** XII. Veldener Symposion. – Auskunft: Ärztekammer für Kärnten, Bahnhofstraße 22, A-9020 Klagenfurt.

18.–21. **Frankfurt:** Bundestagung des Kraftfahrerverbandes Deutscher Ärzte, Jubiläum 70 Jahre KVDA und Jahreshauptversammlung des KVDA. – Auskunft: KVDA-Hauptverwaltung, Johanna-Melber-Weg 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. Katzorke, 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, Schweizer 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-Behring-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 (Seminarkongreß). – 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 Halschirurgie. – Auskunft: Deutsche Gesellschaft für HNO-Heilkunde, Universitäts-HNO Klinik, 5300 Bonn-Venusberg.

22.–26. **Damp 2000:** 7. Praxiswoche des Deutschen Kassenarztverbandes. – Auskunft: Kongreßdienst Deutscher Kassenerztverband, Ärztehaus Hamburg, Humboldtstraße 56, 2000 Hamburg 76.

22.–27. **Tokyo:** Internationaler Krankenhaus-Kongreß. – Auskunft: Japan Convention 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 a. V. – Auskunft: Ltd. Med.-Dir. Dr. A. Böhm, Bundesverband der Ärzte des öffentlichen Gesundheitsdienstes e. V., Edisonweg 4, 8031 Neuesting.

24.–27. **Freiburg:** XXVII. Tagung der Deutschen Gesellschaft für Mund-, Kiefer- und Gesichtschirurgie. – Auskunft: Professor Dr. W. Schilli, Hugstetter Straße 55, 7800 Freiburg.

25.–27. **Bratislava:** Internationaler Anästhesie-Kongreß. – Auskunft: Dr. J. Meletansky, Slovak Medicel Societa, Mickiewiczova 18, CS-88322 Bratislava.

27. 5.– 1. 6. **Helsinki:** 32. Kongreß-Schiffsreise. – Auskunft: Kongreßdienst Deutscher Kassenarztverband, Ärzteheus Hamburg, Humboldtstraße 56, 2000 Hamburg 76.

28.–29. **Venedig:** XI. Venezianisches 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., Klingsorstraße 21, 1000 Berlin 41.

31. 5.– 11. 6. **Langeoog:** XXV. Fortbildungskurs für praktische Medizin. – Auskunft: Akademie für ärztliche Fortbildung Niedersachsen, Berliner Allee 20, 3000 Hannover 1.

Juni 1977

1.–4. **Neapel:** Europäischer Kongreß für Präventiv- und Sozialmedizin. – Auskunft: Segreteria del Congresso di Medicina Preventiva e Sociale, Via Cola di Rienzo, 11, I-00 192 Roma.

2.–4. **Essen:** 2. Internationales Symposion über Krebstherapie durch Hyperthermie und Bestrahlung. – Auskunft: Professor Dr. C. Streffer, Hufelandstraße 55, 4300 Essen 1.

3.–4. **Köln-Gürzenich:** Jahresversemmlung der Deutschen Gesellschaft für Gesundheitsvorsorge e. V. – Auskunft: Deutscha Gesellschaft für Gesundheitsvorsorge, Driescher Hecke 19, 5090 Leverkusen.

3.–4. **Salzburg:** Deutsch-Österreichische Strahlenschutztagung. – Auskunft: Professor Dr. O. Messerschmidt, Neuherbergstraße 54, 8000 München 45.

3.–5. **Baden-Baden:** 93. Wanderversammlung der Vereinigung Südwestdeutscher Neurologen und Psychiater. – Auskunft: Professor Dr. Gänshirt, Voss-Straße 2, 6900 Heidelberg.

3.–5. **Bad Nauheim:** 20. Fortbildungskongreß der Landesärztekammer Hessen – Akademie für ärztliche Fortbildung. – Auskunft: Akademie für ärztliche Fortbildung der Landesärztekemmer Hessen, Cerl-Oelemann-Weg 1, 6350 Bad Nauheim.

4.–5. **Stuttgart:** 26. Tegung der Süddeutschen Kinderärzte. – Auskunft: Professor Dr. Grundler, Chefarzt der Städtischen Kinderklinik, Türlenstraße, 7000 Stuttgart.

5.–19. **Westerland:** 18. Seminar für ärztliche Fortbildung. – Auskunft: Nordwestdeutsche Gesellschaft für ärztliche Fortbildung e. V., Hude 1, 2060 Bad Oldesloe.

6.–9. **Bochum:** 8. AO-Kurs für Ärzte. – Auskunft: Professor Dr. Rehn, Berufsgenossenschaftliche Krankenenstalten „Bergmannsheil", Chirurgische Klinik und Poliklinik, 4630 Bochum.

6.–10. **Bed Brückeneu:** Ärztekurs A für Homöopathische Medizin. – Auskunft: Dr. W. Buchmann, Hammer Steindamm 123, 2000 Hamburg 26.

6.–11. **Lengeoog:** 25. Fortbildungskurs für praktische Medizin der Akademie für ärztliche Fortbildung Niedersachsen. – Auskunft: Dr. W. Stucke, Welsroder Straße 121, 3012 Hennover-Langenhagen.

7.–8. **München:** Öffentliche Tagung der Deutschen Rheuma-Liga „Rheumebekämpfung". – Auskunft: Deutsche Rheuma-Liga e. V., Geschäftsstelle, Postfach, 8031 Seefeld.

7.–10. **Hennover:** 9. Deutscher Krankenheustag und internetionale Krenkenhaus-Ausstellung „Interhospital." – Auskunft: Deutsche Messe- und Ausstellungs-AG, 3000 Hannover 82.

9.–12. **Heilbronn:** 3. Wissenschaftlicher Kongreß der Süddeutschen Gesellschaft für Pneumologie und Tuberkulose. – Auskunft: Dr. G. Forschbach, Fachklinik Wilhelmsheim, 7155 Oppenweiler.

10.–11. **Friedrichshafen:** 14. Kongreß der Südwestdeutschen Gesellscheft für Innere Medizin. – Auskunft: Professor Dr. F. v. Oldershausen, Medizinische Klinik des Städtischen Krankenhauses, 7990 Friedrichshafen.

10.–11. **Igls:** 9. Jehrestagung der Deutschen Gesellscheft zum Studium der Fertilität und Sterilität mit der Österreichischen Gesellschaft zum Studium der Sterilität und Fertilität. – Auskunft: Dr. Dr. L. Mettler, Hegewischstraße 4, 2300 Kiel 1.

10.–11. **Würzburg:** 2. Tegung der Arbeitsgemeinschaft für klinische Diätetik. – Auskunft: Professor Dr. H. Kesper, Josef-Schneider-Straße 2, 8700 Würzburg.

11.–12. **Hennef:** Sportärzte-Fortbildungslehrgeng. – Auskunft: Dr. D. Schneif, Otto-Willach-Straße 2, 5207 Ruppichteroth.

11.–25. **Ischle:** 3. Internationeler Seminarkongreß. – Auskunft: Kongreßdienst Deutscher Kessenarztverbend, Ärztehaus Hamburg, Humboldtstreße 56, 2000 Hamburg 76.

13.–15. **Peris:** 3. Internationeler Kongreß für Unfallchirurgie. – Auskunft: Congres Service, 1, Rue Jules-Lefebre, F-75 009 Paris.

Concentrin®

mit dem natürlichen **AFP**-Wirkstoff-Komplex *
* Aescin + Flavonole + Phosphatide

bei Varizen, Thrombophlebitis, Ödemen und Stauungen der Extremitäten – Prellungen, Quetschungen, Hämatomen – (durch Spiel-, Sport- und Unfallverletzungen); zur Prophylaxe und Behandlung venöser Stasen.

in drei Formen

Concentrin

zur Einreibung mit 5% AFP-Wirkstoff-Komplex und 10% 1,2-Propylenglykol in Isopropanol (65 %ig)
Packung mit
50 ml DM 5,90 m. U.
250 ml DM 24,75 m. U.
Anstaltspackungen

Concentrin Spezial

zur Einreibung, für Teilbäder und Kompressen mit 10% AFP-Wirkstoff-Komplex und 10% 1,2-Propylenglykol in Isopropanol (65 %ig)
Packung mit
100 ml DM 9,35 m. U.
Anstaltspackungen

Concentrin Gel

mit 15% AFP-Wirkstoff-Komplex zur modernen perkutanen Therapie
100 g Gel enthalten: 15 g Extr. Hippocast. e sem. spissum (mit 1,8 g Aescin), 10 g 1,2-Propylenglykol
Tube mit 50 g DM 8,30 m. U.
Anstaltspackungen
Kontraindikationen: Keine

TEMPELHOF
Preuß & Tempelhof

(Fortsetzung Juni 1977)

13.–16. **Garmisch-Partenkirchen:** Fortbildungstagung das Berufsverbandes der Kindarärzta Deutschlands a. V. – Auskunft: Barufsvarband dar Kindarärzta Deutschlands e. V., Bergisch-Gladbacher Straße 735, 5000 Köln 80.

13.–25. **Langeoog:** Sportmadizinischar Fortbildungslehrgang. – Auskunft: Sportärztebund Niedarsachsen a. V., Humboldtallea 7, 3400 Göttingen.

14.–17. **München:** Tagung der European Ophthalmic Pathology Society. – Auskunft: Profassor Dr. O. E. Lund, Mathildenstraße 8, 8000 München 2.

17.–19. **Bad Reichenhall:** 10. Kolloquium der Bad Reichenhaller Forschungsanstalt. – Auskunft: Obermedizinaldirektor Dr. O. P. Schmidt, Salzburger Straße 9, 8230 Bad Reichanhall.

18.–19. **Bernried:** Ergometria-Wochenenda. – Auskunft: Chefarzt Dr. H. Hofmann, Klinik Höhanried, 8131 Barnried.

17.–19. **Graz:** II. Internationaler Kongreß für aktiv-klinischa Psychotherapie. – Auskunft: Institut für medizinischa Psychologia und Psychotherapia der Universität, Landeskrankenhaus, Auenbruggerplatz 22, A-8036 Graz.

19.–25. **Sao Paulo:** 6. Intarnationaler Kongreß für Neurochirurgia. – Auskunft: Professor Dr. A. da Mattos Pimenta, rua Gumercindo Saralva 100, Sao Paulo (SP), Brasilian.

20.–23. **Helsinki:** IX. Internationaler Kongreß zur Verhütung des Selbstmordes. – Auskunft: Finnish Association for Mental Health, Unioninkatu 4, SF-00 130 Helsinki.

20.–23. **Neuherberg:** Grundkurs im Strahlenschutz für Physiker und Ingenieure im medizinischen Bereich. – Auskunft: Kurssekretariat des Instituts für Strahlenschutz der GSF, Ingolstädter Landstraße 1, 8042 Neuherberg.

20.–25. **Prag:** VI. Internationaler lymphologischar Kongreß. – Auskunft: Tschechische medizinischa Gasellschaft, Sokolská 31, CS-120 26 Praha 2.

20.–25. **Rom:** 3. Europäischer Kongreß über Harz- und Lungenkrankheiten. – Auskunft: Professor Dr. Dr. Knipping, Karpener Straße 79, 5000 Köln 41.

20.–25. **Wien:** 8. Intarnationalar Fortbildungskurs für Klinischa Anästhasiologia. – Auskunft: Professor Dr. O. Mayrhofer, Alserstraße 4, A-1090 Wian.

20. 6.–1. 7. **Neutrauchburg:** 2. Kurs dar Deutschan Gasallschaft für manualla Medizin. – Auskunft: Dr. K. Sell, 7972 Isny-Nautrauchburg.

22.–24. **Kassel:** Hauptversammlung dar Max-Planck-Gesellschaft zur Fördarung dar Wissenschaften a. V. – Auskunft: Max-Planck-Gasallschaft zur Förderung dar Wissanschaftan e. V., Generalverwaltung, Postfach 647, 8000 München 1.

22.–25. **Salzburg:** XV. Wissenschaftlicha Tagung der Deutschen Vareinigung für Kinder- und Jugendpsychiatria. – Auskunft: Dr. M. H. Friedrich, Allgemeines Krankanhaus dar Stadt Wien, Lazarettgasse 14, A-1097 Wian.

23.–27. **New York:** 12. Weltkongreß für Hämophilia. – Auskunft: National Hemophilia Foundation, Mr. G. J. Thaobald, 25 W 39 St., New York, N. Y. 100 18, USA.

25. **Erlangen:** HNO-Fortbildungsseminar mit praktischen Diagnostik-Kursen. – Auskunft: Professor Dr. M. E. Wigand, Waldstraße 1, 8520 Erlangen.

26.–29. **Mailand:** X. Europäischer Kongreß des Internationalen Kollegiums der Chirurgen. – Auskunft: M. G. R. Congressi, Piazza S. Ambrogio, I-20 100 Milano 16.

26. 6.–1. 7. **San Francisco:** XIV. Internationalar Kongreß für Rheumatologie. – Auskunft: Congress Offica, XIV International Congress of Rheumatology, 9650 Rockvilla Pika, Bethesda, Ma. 20 014, USA.

27.–29. **Rio de Janeiro:** 2. Internationales Symposion übar Mikro-Neurochirurgie. – Auskunft: Alcantara Machado Congressos L. T. D. A., Rua Gabrila Dos Santos 419, 01 213 Sao Paulo, Brasilian.

27. 6.–1. 7. **Lindau:** 27. Tagung der Nobelpreisträgar, IX. Treffen der Chemiker. – Auskunft: Ständigar Arbeitsausschuß für dia Tagungen der Nobelpreisträgar, Postfach 1325, 8990 Lindau.

PARTNERSCHAFT.

Ihre Ärztekammer hat mit uns einen Gruppenversicherungsvertrag abgeschlossen, der dem besonderen Vorsorgebedarf des Arztes Rechnung trägt:
● durch besonders günstige Konditionen,
● durch individuelle Gestaltung des Versicherungsschutzes mit zahlreichen Varianten (z. B. durch Selbstbeteiligung an Arzneimitteln und Arzthonoraren) – auch für Familienangehörige,
● durch vielfältige Möglichkeiten der Einkommensicherung – bis zu 500,– DM Krankentagegeld ohne zeitliche Begrenzung,
● durch ein Krankenhaustagegeld bis zu 200,– DM.
Fragen Sie bei Ihrer Kammer nach oder senden Sie einfach unseren Informations-Coupon ab.

(Fortsetzung Juni 1977)

27. 6.–2. 7. **Innsbruck:** Kurs in Hämatologie und Immunhämetologie. – Auskunft: Frau Boide, Medizinische Universitätsklinik, A-6020 Innsbruck.

Juli 1977

2.–3. **Hennei:** Sportärzte-Fortbildungslehrgang. – Auskunft: Dr. D. Schnell, Otto-Willach-Streße 2, 5207 Ruppichteroth.

2.–3. **Würzburg:** 2. Sportmedizinisches Seminar. – Auskunft: Professor Dr. K. W. Schneider, Josei-Schneider-Streße 2, 8700 Würzburg.

2.–6. **Preg:** XIX. Pädiatrischer Kongreß. – Auskunft: Tschechische Medizinische Gesellschaft, Sokolská 31, CS-120 26 Praha.

3.–8. **Sydney:** 3. Internationaler Kongreß für fmmunofogie. – Auskunft: Professor Dr. A. L. de Weck, Institut für Klinische fmmunologie, Inselspital, CH-3010 Bern.

4.–8. **München:** 18. Internetionaler Montessori-Kongreß. – Auskunft: „Montessori-Kongreß München", c/o Kinderzentrum München, Güllstreße 3, 8000 München 2.

7.–9. **Erlengen:** EKG-Kurs (Grundkurs) für Sportärzte. – Auskunft: Dr. B. Moser, Östliche Stadtmauer Straße 29, 8520 Erlengen.

9. **München-Grünwald:** Sportärztliche Ausbildungstagung „Sporttraumatologische Gespräche". – Auskunit: Dr. H. Pabst, Ebertstreße 1, 8022 Grünwald.

10.–16. **München-Grünwald:** Weiterbildungskurs des Deutschen Sportärztebundes. – Auskunft: Dr. H. Pebst, Ebertstreße 1, 8022 Grünwald.

21.–23. **Bern:** 54. Tagung der Vereinigung der Bayerischen Chirurgen mit schweizerischer und österreichischer Beteiligung. – Auskunit: Professor Dr. F. Holle, Pettenkoferstreße 8 e, 8000 München 2.

25. 7.–6. 8. **Davos: VII. Internationeler Seminerkongreß für prektische Medizin, verenstaltet von der Bundesärztekammer. – Auskunft: Kongreßbüro der Bundesärztekammer, Postfech 41 02 20, 5000 Köln 41.**

25. 7.–6. 8. **Montreux:** 4. Seminar-Kongreß – Diegnostica – Therapeutica – Technica. – Auskunft: Deutsche Gesellschaft zur Förderung der Medizinischen Diagnostik e. V., Jehnstreße 32, 7000 Stuttgert 70.

August 1977

12.–16. **Erlengen:** 61. Tagung der Deutschen Gesellschaft iür Pathologie. – Auskunft: Proiessor Dr. V. Becker, Krenkenhausstraße 8–10, 8520 Erlangen.

19.–26. **Werschau:** 4. Internationaler Kongreß für Parasitologie. – Auskunft: Proiessor B. Bezubik, Dept. of Parasitology, Univ. of Wersew, Warsaw-Polen.

26. 8.–9. 9. **Sant' Angelo:** Psychosomatisch-rheumatologisches Seminer. – Auskunft: Proiessor Dr. H. Mathies, I. Medizinische Klinik des Rheumazentrums, 8403 Bad Abbach.

27. 8.–2. 9. **Kerlsruhe:** 29. Therapiekongreß und 29. Heilmitteleusstellung. – Auskunft: Dr. P. Hoffmann, Keiserellee 30, 7500 Karlsruhe 1.

28. 8.–3. 9. **Honolulu:** 6. Weltkongreß für Psychiatrie. – Auskunit: American Psychiatric Ass., 1700 Eighteenth St. N. W., Washington, D. C. 20 009, USA.

29. 8.–10. 9. **Meren: XXV. Internetioneler Fortbifdungskongreß der Bundesärztekammer. – Auskunft: Kongreßbüro der Bundesärztekammer, Postfach 41 02 20, 5000 Köin 41.**

29. 8.–10. 9. **Pörtschach:** 26. Internationaler Seminarkongreß iür ärztliche Fortbildung des Beruisverbendes Deutscher Internisten e. V. – Auskunft: Beruisverband Deutscher Internisten e. V., Kongreßbüro, Adolfsellee 25, 6200 Wiesbaden.

30. 8.–2. 9. **Basel:** 4. Europäischer Kongreß für Anatomie. – Auskunft: Professor Dr. W. Heidegger, Pestelozzistraße 20, CH-4056 Besel.

Vereinigte Krankenversicherung AG
Salus Krankenhauskosten-Versicherungs-AG

Vertragsgesellschaften Ihrer Ärztekammer und des Marburger Bundes

DIE SICHERHEIT DES ARZTES
individuell · zuverlässig · preisgünstig

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

Name: _____

Anschrift: _____

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

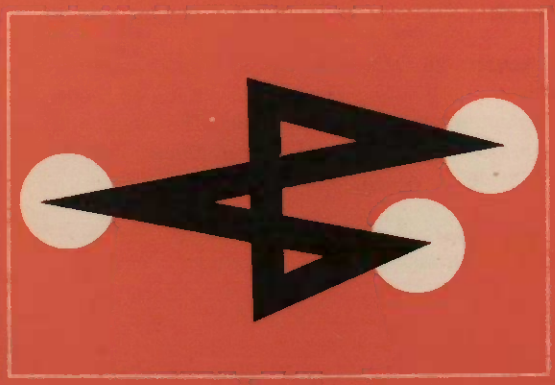
Ich bin bereits versichert bei: Vereinigte ☐ Salus ☐ anderweitig ☐

KX1A

DOLO-Exhirud®

Rheumasalbe

2 Hirudin ist das fibrinhemmende, fibrinolytische System des Blutegels — ex Hirudine medicinale — Hirudin steigert die Gewebsdrainage im rheumatisch erkrankten Gewebe und löst so den rheumatisch bedingten Muskelhartspann und Verkrampfungsschmerz.



Zusammensetzung: 100 g Salbe enthalten: Hirudin 500 Antithrombin-Einheiten, Äthylenglykol-monosalicylsäureester 8,0 g; Nicotinsäurebenzylester 1,5 g.
Indikationen: Durch Wärme- und Reiztherapie beeinflußbare rheumatische, entzündliche und degenerative Muskel- und Gelenkerkrankungen. Schmerzzustände nach Prellungen, Quetschungen, Verrenkungen.
Kontraindikationen: DOLO-Exhirud sollte nicht angewendet werden auf infizierter und entzündeter Haut.
Handelsformen und Preise: Packung mit 40 g Salbe DM 7,35 · Packung mit 100 g Salbe DM 14,70 · Anstaltspackung mit 1000 g Salbe.

PROMONTA
HAMBURG

September 1977

4.–9. **Amsterdam:** 9. Internetionaler Kongreß für klinische Neurophysiologie. — Auskunft: Dr. F. Lopes da Silva, Medisch Fysisch Instituut TNO, da Costakade 45, Utrecht, Holland.

4.–9. **Hetsinki:** 25. Internationeler Kongreß für Luft- und Raumfahrtmedizin. — Auskunft: Dr. Kumlin, c/o Finnair, Mannerheimintie 102, SF-00250 Helsinki.

4.–17. **Grado: XI. Internetionaler Seminarkongreß für praktische Medizin, verenstaltet von der Bundesärztekemmer. — Auskunft: Kongreßbüro der Bundesärztekammer, Postfech 41 02 20, 5000 Köln 41.**

12.–16. **Dublin: 31. Genereiversammlung des Weltärztebundes. — Auskunft: Bundesärztekemmer, Postfech 41 02 20, 5000 Köln 41.**

23.–25. **Augsburg: 60. Augsburger Fortbildungskongreß für praktische Medizin. — Auskunft: Sekretariet des Augsburger Fortbildungskongresses, Frohsinnstreße 2, 8900 Augsburg.**

23.–25. **Augsburg: Vt. Zenirelkongreß für Medizinische Assistenzberule, verenstaltet von der Bundesärztekammer. — Auskunft: Kongreßbüro der Bundesärziekemmer, Postfach 41 02 20, 5000 Köln 41.**

Beilagenhinweis:

Dieser Ausgabe ist je ein Prospekt beigelegt der Firmen:
Schaper & Brümmer, Ringelheim
Thomee, München

„Bayerisches Ärzteblett". Herausgeber und Verleger: Beyerische Landesärztekemmer, Mühlbaurstreße 16, 8000 München 80, Telelon (089) 41 47 - 1. Schriftleitung: Professor Dr. med. Hans Joachim Sewering, Dr. med. Hermenn Braun, Dr. med. Friedrich Kolb, Dr. med. Kurt Stordeur — verantwortlich für den Inhalt: Rite Horn. Die Zeitschritt erscheint monetlich.

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

Bezugspreis vierteljährlich DM 2,40 einschl. Postzeitungsgebühren und 5,5 % = DM 0,12 Mehrwertsteuer. Postscheckkonto Nr. 5252 - 802, Amt München, Bayerische Lendesärztekammer (Abt. „Beyerisches Ärzteblett"). Für Mitglieder im Mitgliedsbeitrag enthelten.

Anzeigenverwaltung: ATLAS Verleg und Werbung GmbH & Co. KG, trüher Verlag und Anzeigenverwaltung Carl Gabler, Postfech, Sonnenstraße 29, 8000 München 2, Telefon 55 80 81, 55 82/41-48, Fernschreiber: 05/23 662, Telegremmadresse: etlespress. Für den Anzeigenteil verantwortlich: Ernst W. Scherschinger, München.

Druck: Druckerei und Verleg Hans Zeuner jr., 8060 Oacheu.

Alle Rechte, insbesondere das Recht der Verbreitung, Vervielfältigung und Mikrofotografie sowie des Recht der Obersetzung in Fremdsprechen tür elle veröffentlichten Beiträge vorbehalten.

Nechdruck, euch auszugsweise, nur mit Genehmigung des Verlegs. Rücksendung nicht verlangter Menuskripte erfolgt nur, wenn vorbereiteter Umschlag mit Rückporto beiliegt. Bei Einsendungen en die Schrittleitung wird des Einverständnis zur vollen oder euszugsweisen Veröffentlichung voreusgesetzt, wenn gegenteilige Wünsche nicht besonders zum Ausdruck gebrecht werden.

ISSN 0005-7126

Für die Interne Abteilung des Stiftungskrankenhauses Nördlingen ist wegen Erreichung der Altersgrenze des jetzigen Stelleninhebers die Stelle des

Leitenden Arztes (Chefarzt)

am 1. April 1978 neu zu besetzen. Die Abteilung hat derzeit 57 Betten bei 170 Betten am Haus. Nach dem Bayer. KBP ist ein Ausbau auf ca. 260 Betten vorgesehen. Das Haus ist Schwerpunktkrankenhaus der Versorgungsstufe I. Moderne diagnostische und therapeutische Einrichtungen vorhanden.

Der Bewerber sollte erfahrener Internist sein, gute Röntgenkenntnisse besitzen und möglichst längere Erfahrung als Oberarzt einer Internen Abteilung haben. Anstellung nach BAT und dem Versorgungstarifvertrag im öffentlichen Dienst. Liquidationsrecht wird vertraglich geregelt.

Ausführliche Bewerbung mit Lichtbild bis 31. Juli 1977 an die **Verwaltung des Stiftungskrankenhauses Nördlingen.**

Am Kreiskrankenhaus Burglengenfeld ist zum 1. Juli 1977 die Stelle des

Oberarztes (-ärztin)

gleichzeitig Chefarztvertreter der Inneren Abteilung (70 Betten), zu besetzen.

Das Krankenhaus ist als Grundversorgungskrankenhaus der Versorgungsstufe I im Bedarfsplan des Landes Bayern zur dauernden Förderung ausgewiesen. Es verfügt neben den Hauptabteilungen für Innere Medizin und Chirurgie über eine Gynäkologisch-geburtshilfliche Belegabteilung.

Die medizinisch-technische Ausrüstung der Abteilungen ist sehr gut, das Haus verfügt über eine moderne Röntgen-Einrichtung (z. B. Sireskop III mit Bildverstärker-Fernsehkette), einem apparativ vorbildlichen Labor, einem modernen Op.-Trakt.

Neben der gesamten Inneren Medizin wird schwerpunktmäßig Gastroenterologie betrieben. Hierfür stehen alle endoskopischen Einrichtungen zur Verfügung.

Neben der Vergütung nach Vergütungsgruppe I a oder I b BAT und den üblichen Sozialleistungen werden auch Einnehmen durch übertarifliche Bereitschaftsdienstvergütung, aus dem Ärztepool und Gutechtergebühren geboten.

Die Stadt Burglengenfeld (10 000 Einwohner) liegt an der Naab in reizvoller Umgebung und bietet viele Sport- und Erholungsmöglichkeiten (Skilaufen im nahegelegenen Bayer. Wald). Sämtliche weiterführenden Schulen sind am Ort. Die Universitätsstadt Regensburg mit ihrem kulturellen Angebot liegt nur 25 km entfernt.

Bei der Wohnungsbeschaffung in einer günstigen Wohnlage ist der Landkreis jederzeit behilflich.

Bewerbungen mit den üblichen Unterlagen werden unter Angabe des frühestmöglichen Eintrittstermines erbeten an das **Landratsamt, Postfach 154, 8460 Schwandorf**, oder an **Herrn Chefarzt Dr. H. Hiltner, Kreiskrankenhaus, 8412 Burglengenfeld, Telefon (0 94 71) 63 63.**

Herr Dr. Hiltner steht für telefonische Auskünfte euch gerne jederzeit abends zur Verfügung, Telefon privat (0 94 71) 13 49.

Kreiskrenkenheus 8262 Altötting/Obb.

Abteilung für Innere Medizin – Chefarzt Dr. R. Reimann – sucht einen qualifizierten Internisten als

Oberarzt

Die Abteilung bietet 120 Betten, 10 Planstellen, Intensivpflegeeinheit, Hämodialyseeinheit, leistungsfähiges Labor, Röntgen, umfassende Endoskopie, regelmäßige Fortbildung. Der leitende Arzt ist zur vollen Weiterbildung in der inneren Medizin ermächtigt.

Vergütung nach den Bestimmungen des BAT und Nebeneinnahmen.

Bewerbungen erbeten an die **Verwaltung des Hauses.**

Am Städtischen Krankenheus Weiden i. d. Opf.

(Schwerpunktkrankenhaus, 642 Betten, acht Fachabteilungen einschließlich Pathologisch-anatomisches Institut) ist in der **Anästhasiaabteilung** (Chefarzt Med.-Dir. Dr. Tewrel) die Stelle des

zweiten Oberarztes (Anästhesist)

und eine

Assistenzarztstelle

zu besetzen.

Die Anästhesie-Abteilung hat einen Stellenplan: 1 - 2 - 5 - (7). Sie versorgt anästhesiologisch folgende Fachdisziplinen: Chirurgie, Traumatologie, Gynäkologie und Geburtshilfe, Urologie und Radiologie.

Der Abteilung ist eine räumlich und apparativ neu eingerichtete operative Wach- und Intensivstation angeschlossen. Geplant ist außerdem die Einrichtung der Behandlungsräume für chronische Schmerzzustände (pain clinic) und eine abteilungseigene Lungenfunktionsdiagnostik mit Ganzkörperlethysmographie und mit entsprechend ausgestatteten Behandlungseinheiten für respiratorische Störungen.

Zur Anwendung kommen alle heute gebräuchlichen Betäubungsverfahren, einschließlich Leitungs- und rückenmarksnahe Anästhesien.

Geboten werden:

1. Bezahlung nach BAT I b, bzw. BAT II/I b und engemessener Vergütung der Rufbereitschaft bzw. des Bereitschaftsdienstes.
2. Poolbeteiligung
3. 13. Monatsgehalt und die sonstigen im Öffentlichen Dienst üblichen Sozialleistungen.
4. Fünf-Tage-Woche
5. Angenehmes Betriebsklima
6. Übernehme der Umzugskosten

Die Stadt Weiden i. d. OPf. (43 000 Einwohner) liegt in einer waldreichen Gegend in der nördlichen Oberpfalz. Alle weiterbildenden Schulen am Ort. Gute Sommer- und Wintersportmöglichkeiten. – Bewerbungen an das

Personelemt der Stedt Weiden I. d. OPf.
8480 Weiden I. d. OPf.
Telefon (09 61) 50 51, Nebenstelle 273

Ihr Fachberater für perfekte Praxiseinrichtung

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

HÖLLERER KG
Röntgen, Med. Elektronik, Labortechnik, Diagnostika

85 Nürnberg Noricus am Wördersee
Norikerstraße 2 · Telefon (09 11) ○ 49 20 02

Der **Bezirk Oberbayern** sucht für das Bezirkskrankenhaus Haar b. München (Stadtrand)

eine med.-techn. Assistentin

oder

med.-techn. Radiologie-Assistentin

für die Röntgenabteilung (Schwerpunkt Neuroradiologie, Isotopendiagnostik im Ausbau) zum frühestmöglichen Eintritt.

Außer der tariflichen Vergütung nach BAT VI b/V b werden die besonderen sozialen Leistungen des öffentlichen Dienstes (zusätzlich beitragsfreie Altersversorgung, Beihilfen, 13. Monatsgehalt) gewährt. Kost und Unterkunft für Ledige gegen geringes Entgelt im Hause möglich. Arbeitszeit 40 Stunden (5-Tage-Woche).

Bewerbungen mit den üblichen Unterlagen (Lebenslauf, Lichtbild, Schul-, Prüfungs- und Arbeitszeugnisse) werden erbeten an das

Bezirkskrankenhaus Haar
8013 Haar bei München
Telefon (0 89) 41 30 - 22 94

Der Bezirk Oberpfalz übernimmt voraussichtlich im Herbst 1977 das **Versorgungskrankenhaus Wöllershof** vom Freistaat Bayern. Es ist beabsichtigt, das Haus in den nächsten Jahren zu einem zweiten **Psychiatrischen Krankenhaus für die Oberpfalz** mit ca. 250 bis 300 Betten um- bzw. auszubauen. Übergangsweise wird die im Versorgungskrankenhaus vorhandene Thoraxchirurgische Abteilung von 104 Betten weiterbetrieben werden.

Gesucht wird bereits jetzt ein

Nervenarzt

als Chefarzt für die aufzubauende Psychiatrische Abteilung, der nach Wegfall der Thoraxchirurgie die Leitung des gesamten Hauses übernehmen soll.

In Betracht kommen vor allem Bewerber, die bereits in leitender ärztlicher Stellung tätig waren. Die hierfür vorgesehene Stelle bietet die Aufstiegsmöglichkeit bis zur Besoldungsgruppe A 16. Die Einstellung erfolgt bei Vorliegen der beamtenrechtlichen Voraussetzungen als Beamter, ansonsten als Angestellter mit der Vorrückmöglichkeit nach der vergleichbaren Vergütungsgruppe I BAT (VkA).

Geboten werden ferner sämtliche Vergünstigungen des öffentlichen Dienstes wie Beihilfen im Krankheitsfall, zusätzliche Altersversorgung, Umzugskostenvergütung, Trennungsgeldentschädigung usw. Bei der Wohnungsbeschaffung ist der Bezirk behilflich. Eine Wohnung in Wöllershof mit eigenem Garten steht zur Verfügung. Wöllershof liegt in landschaftlich reizvoller Umgebung an der Bundesstraße 15, ca. 10 km nördlich der kreisfreien Stadt Weiden i. d. Opf. Weiden i. d. Dpf. hat drei Gymnasien, eine Wirtschafts-, Fechober- und zwei Realschulen. In der ca. 2 km von Wöllershof entfernten Kreisstadt Neustadt a. d. Waldnaab befinden sich ein Gymnasium und eine Realschule.

Interessenten werden gebeten, alsbald ihre Bewerbung schriftlich mit den üblichen Unterlagen (Lebenslauf, Lichtbild, Zeugnisse) und Nachweisen über die Ausbildung und bisherige Tätigkeit unter Angabe von Referenzen und des frühesten Eintrittstermins bei der **Regierung der Oberpfalz — Verwaltung des Bezirks —, Postfach 322, 8400 Regensburg 2,** einzureichen. Bei Bewerbern, die sich bereits im Beamtenverhältnis befinden, ist auch die Zustimmungserklärung zur Anforderung des Personalaktes erforderlich.

Die Krankenanstalten des Landkreises Dachau

(15 km vor der Landeshauptstadt München — Neubau mit 366 Betten) suchen zum nächstmöglichen Zeitpunkt einen Facharzt als

Oberarzt für die Chirurgische Abteilung

Die Chirurgische Abteilung des Kreiskrankenheuses Dachau (Leitung: Priv.-Doz. Dr. Schuster) verfügt über 139 Betten. Eine Intensivabteilung und eine Anästhesiehauptfachabteilung ist vorhanden. Außerdem sind Hauptfachabteilungen für Innere Medizin, Gynäkologie-Geburtshilfe und Radiologie sowie eine urologische Belegabteilung vorhanden. Die Vergütung erfolgt nach BAT mit Nebeneinnahmen (Oberarztzulage und Rufbereitschaftsvergütung).

Bewerbungen mit Lebenslauf, Zeugnisabschriften und Lichtbild werden erbeten an die **Verwaltung des Kreiskrankenhauses Dachau, Krankenhausstraße 15, 8060 Dachau.**

Für das Kreiskrankenhaus Schrobenhausen werden gesucht

a) **1 Anästhesist**

als Leiter der neu zu errichtenden Anästhesieabteilung mit interdisziplinärer Intensivstation

b) **1 Chirurg**

als Oberarzt (Chefarztvertreter)

— Bewerber mit Spezialkenntnissen in Traumatologie, Gefäß-/Handchirurgie werden bevorzugt —

Das Kreiskrankenhaus (Versorgungsstufe I, 171 Betten) mit zwei Hauptfachabteilungen (Chirurgie, Innere Medizin) und zwei Belegabteilungen (Gynäkologie, Urologie) verfügt über einen modern eingerichteten Funktionsbau.

Es werden geboten:

zu a) Chefarztvertrag mit Liquidationsrecht im Rahmen der Bundespflegesatzverordnung

zu b) Vergütung nach BAT, Beteiligung an Liquidationserlösen des Chefarztes

sowie die im öffentlichen Dienst üblichen Leistungen.

Die Anstellung des Anästhesisten soll baldmöglichst, die Anstellung des Oberarztes spätestens zum 1. 7. 1977 erfolgen.

Die Chirurgische Abteilung verfügt über 70 Betten und ist zum berufsgenossenschaftlichen DA- und Verletzungsartenverfahren zugelassen; der jetzige Stelleninhaber rückt in die Stelle des Chefarztes auf.

Schrobenhausen (Mittelzentrum, ca. 11 000 Einwohner) in Oberbayern mit guten, schnellen Verbindungen nach München und Augsburg hat hohen Freizeitwert (Hallenbad, Tennisplätzen und -halle, Reitsportmöglichkeiten u. a.). Am Ort weiterbildende Schulen.

Bei der Beschaffung von Wohnraum ist der Landkreis behilflich.

Bewerbungen mit den üblichen Unterlagen erbeten an **Landratsamt Neuburg-Schrobenhausen (Personalabteilung), Fünfzehner Straße 7, 8858 Neuburg a. d. Donau, Telefon (0 84 31) 90 91 Nebenstelle 52.**

Die Heilung von Hautleiden und -schäden

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

BEFELKA-ÖL

ist von überzeugender Eindruckskraft

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

Ärztemuster durch: 50 ml DM 4,50, 100 ml DM 7,60, 200 ml DM 13,50
BEFELKA-ARZNEIMITTEL, Postfach 13 51, 4500 Osnabrück

Der Landkreis Cham (Oberpfalz) sucht für die Chirurgische Abteilung seines Kreiskrankenhauses in Kötzting (Chefarzt Dr. Stern) zum Eintritt spätestens am 1. Oktober 1977 einen

Oberarzt

Gesucht wird ein deutscher Facharzt, selbständiger Operateur mit Erfahrung in der Unfallchirurgie und im D-Arzt- und Verletzungsartenverfahren.

Die Abteilung umfaßt ca. 65 Betten. Am Krankenhaus (150 Betten) sind neben der Chirurgischen Abteilung noch Innere Medizin und Gynäkologie und Geburtshilfe vorhanden.

Weiterführende Schulen befinden sich am Ort; das Krankenhaus ist bei der Wohnungsbeschaffung behilflich.

Vergütung erfolgt nach Vergütungsgruppe I b bzw. I a BAT. Rufbereitschaftsdienstvergütung nach Tarif. Außerdem werden die im öffentlichen Dienst üblichen Sozialleistungen gewährt. Herrn Chefarzt Dr. Stern erreichen Sie telefonisch unter der Rufnummer (0 99 41) 89 01.

Bewerbungen mit üblichen Unterlagen werden erbeten an das **Landratsamt Cham – Verwaltung der Kreiskrankenhäuser – Arnulfstraße 1, 8495 Roding.**

Am **Kreiskrankenhaus, 8483 Vohenstrauß,** Landkreis Neustadt a. d. Waldnaab, ist ab sofort oder später auf der Chirurgischen Abteilung die Stelle eines

Medizinalassistenten (-assistentin)

zu besetzen.

Die Bezahlung erfolgt nach VergGr. II BAT zuzüglich Bereitschaftsdienstvergütung.

Der Chefarzt ist zum D-Arztverfahren zugelassen.

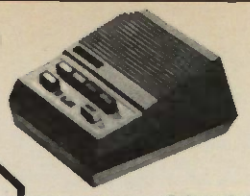
Die Stadt Vohenstrauß liegt in reizvoller Landschaft im Oberpfälzer Wald. Realschule und Hallenbad im Ort, Gymnasium kann mit Schulbus erreicht werden.

Bewerbungen bitte an den **Chefarzt des Kreiskrankenhauses Vohenstrauß, 8483 Vohenstrauß/Dpl.**

BEFELKA® - ASTHMA - TABLETTEN

Ind.: Asthma – Bronchitis – Heuschnupfen – Grippe.
Zus.: Ephedrin 25 mg; Diphenhydramin (Antihistaminikum) 20 mg; Coffeinum 20 mg; 1-Phenyl-2.3-dimethyl-4-isopropyl-pyrazolon 300 mg.
Kontraind.: Akute intermittierende Porphyrie, Hypertonie, Thyreotoxikose, schwere organische Herzerkrankungen, Tachykardie, nephrogene Ausscheidungsstörungen, sklerotische Gefäßveränderungen, Prostatahypertrophie, Glaukom, dekompensierte diabetische Stoffwechsellage.
Packung mit 20 Tabl. 4,55 DM, 50 Tabl. 9,90 DM.
Ärztemuster durch:
BEFELKA-ARZNEIMITTEL, 45 Osnabrück, Postfach 13 51

Sprechanlagen



Anrufbeantworter

TELEFIX

Schwechstromanlagen GmbH
M.-Luther-Str. 8 - 8047 Karlsfeld
Telefon (0 81 31) 9 30 18

Beim **Kreiskrankenhaus Dachau** (15 km vor der Landeshauptstadt München – Neubau mit 366 Betten) wird in der Gynäkologisch-geburtshilflichen Abteilung die Stelle eines

Oberarztes

zum 1. April 1977 frei. Der Bewerber muß die Facharztanerkennung besitzen und den Chefarzt voll vertreten können. Die Gynäkologisch-geburtshilfliche Abteilung umfaßt zwischen 55–60 Betten und ist nach modernsten Gesichtspunkten eingerichtet (geburtshilfliche Intensivüberwachung, Ultraschalldiagnostik – A + B Bildverfahren, Kardiotogographie, Mikroblutuntersuchung, Amniozentese und Amnioskopie). Sämtliche veginale und abdominale Operationsverfahren (einschließlich große Ca-Chirurgie), Mammachirurgie. Eine Anästhesieheuptfachabteilung ist vorhanden. Geboten wird: Vergütung nach I b BAT mit Ruf- bzw. Bereitschaftsdienstvergütung, hohe Nebeneinnahmen.

Bei der Wohnraumbeschaffung ist der Arbeitgeber behilflich.

Bewerbungen mit den üblichen Unterlagen werden an die **Verwaltung des Kreiskrankenhauses Dachau oder an den leitenden Arzt der Abteilung, Dr. W. B. Erdmann, Krankenhausstraße 15, 8060 Dachau, erbeten.**

Das Kreiskrankenhaus Altötting (Oberbayern) sucht für die Anästhesieabteilung

1 Assistenzarzt (-ärztin)

Das Kreiskrenkenhaus verfügt über 334 Betten mit den Fachabteilungen Anästhesie, Chirurgie, Gynäkologie und Geburtshilfe, Innere Medizin und HNO-Belegabteilung.

Ca. 2500 Narkosen jährlich. Der leitende Arzt der Abteilung ist zur Facharztweiterbildung in der Anästhesie für zwei Jahre ermächtigt.

Das Arbeitsverhältnis richtet sich nach den Bestimmungen des BAT.

Bewerbungen erbeten an die **Verwaltung des Kreiskrankenhauses, Mühldorfer Straße 16 a, 8262 Altötting.**

SYSTEM **Arztform**

für Neueröffnung, Umgestaltung, Ergänzung Ihrer Praxis

Einrichtung mit plansystem 4000*

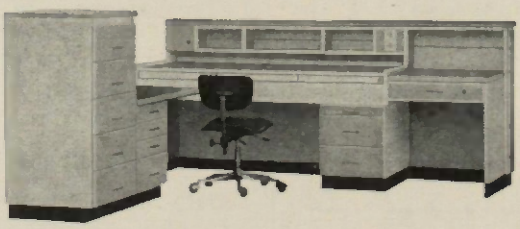
Fordern Sie unverbindlich

Arztform-Information
Einrichtung mit plansystem 4000
Ideen - Preise - Möglichkeiten

Funktionelle Praxisplanung
mit interessanten Vorschlägen und günstigen Bauka-System-Preisen.

Rufen Sie bitte Tel. 0 21 66/4 60 61 unser Planungsbüro mit Ausstellung direkt an der BAB-Abfahrt Wickrath

Arztform-Medizin-Zentrum
Postf. 313, 405 Mönchengladbach 2



Anmelde-Kartei-Zentrale Bitte Prospekt AZ
Preis-Beispiel Karteitrogtisch 155 cm - 3,5 lfdm 592,–

1 funktionelle Praxis-Planung
mit architektengerechten Zeichnungen

2 funktionelle Praxis-Möbel
im ausgereiften Baukasten-System
für die gesamte Einrichtung der Praxis

3 Elektromedizin
Medizin-Technik Praxis-Bedarf

Erfahrung und Ideen aus 4000 Praxis-Planungen*

Der Landkreis Nürnberger Land sucht für das Kreiskrankenhaus Altdorf – Klinik für Innere Krankheiten – zum 1. April 1977 oder später

1 Assistenzarzt

Es wird ein Bewerber bevorzugt, der die Weiterbildung zum internisten anstrebt.
Die Vergütung erfolgt nach BAT. Zusätzliche Bereitschaftsdienstzulagen und Nebeneinnahmen.
Die Klinik für innere Krankheiten umfaßt 100 Betten. Schwerpunkte sind Kardiologie und Gastroenterologie. Modernste apparative Ausstattung. Pflegehelferinnenschule. Der Leiter der Klinik ist zur Weiterbildung in innerer Medizin voll ermächtigt.
Altdorf liegt an einem Autobahnknotenpunkt und ist nur 20 km von Nürnberg entfernt. Gymnasium am Ort.

Bewerbungen erbeten an **Privatdozent Dr. Werner Schwarzbach, 8503 Altdorf, Kreiskrankenhaus.**

Der Landkreis Dachau sucht für sein **Kreiskrankenhaus Indersdorf** (100 Betten – 30 km nördlich der Landeshauptstadt München – S-Bahn-Anschluß) zum nächstmöglichen Zeitpunkt

1 Assistenzarzt

für die Chirurgische Abteilung

Die Chirurgische Abteilung verfügt über 53 Betten. Das Haus ist eng mit dem Kreiskrankenhaus Dachau (366 Betten – 15 km entfernt) verbunden. Der Chefarzt ist zur Facharztweiterbildung für ein Jahr ermächtigt.

Bewerbungen werden erbeten an die **Verwaltung der Anstalten des Landkreises Dachau, Krankenhausstraße 15, 8060 Dachau, Telefon (0 81 31) 7 62 14 oder an den Chefarzt der Chirurgischen Abteilung, Dr. V. Gufer, Maroldstraße 49, 8062 Indersdorf, Telefon (0 81 36) 4 33.**

Sehr gut eingeführte

Allgemeinpraxis

in einer Kreisstadt Niederbayerns, noch ausbaufähig, wegen Erreichung der Altersgrenze sowie auch krankheitshalber äußerst günstig abzugeben. Alle höheren Schulen sowie ein modern eingerichtetes Kreiskrankenhaus sind vorhanden. Sehr gut eingearbeitete Sprechstundenhilfe.

Zuschriften erbeten unter Nr. 331/487 an die Anzeigenverwaltung BAYERISCHES ÄRZTEBLATT, Sonnenstr. 29, 8000 München 2.

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 ÄRZTEBLATT, Sonnenstraße 29, 8000 München 2.

Arztetage zu vermieten

Innenstadt, Wohn- und Geschäftslage, Schweinfurt – 60 000 Einwohner; Apothekengebäude. Großzügige, freundliche Raumaufteilung, ca. 135 qm. Als Arztpraxis seit langem eingeführt. Allgemein- oder Facharztpraxis; besonders interessant **Kinderarzt.**

Zuschriften erbeten unter Nr. 331/488 an die Anzeigenverwaltung BAYERISCHES ÄRZTEBLATT, Sonnenstr. 29, 8000 München 2.

Übergabe einer

Allgemein-Praxis

mit 1500 Scheinen in Oberbayern, 70 km östlich von München. Die neue Praxis wird als Mietfläche in einem Geschäftshaus erstellt. Mitgestaltung bei Grundrißplanung noch möglich. Im Ort noch zwei weitere Kassenärzte – geregelter Sonntagsdienst.

Information durch
Architekturbüro Klaus Seidel, Münchener Straße 77, 8260 Mühldorf, Telefon (0 86 31) 21 53

Gynäkologe, 34 Jahre, qualifizierte Ausbildung. Reichhaltiger Operationskatalog. Zytologie. Sucht

Oberarztstelle

ab 1. 7. 1977 (eventuell früher).

Zuschriften erbeten unter Nr. 331/499 an die Anzeigenverwaltung BAYERISCHES ÄRZTEBLATT, Sonnenstraße 29, 8000 München 2.

Erfahrener internist übernimmt

Urlaubsvertretung

an Krankenhaus oder Sanatorium zwischen Juni und September 1977.

Zuschriften erbeten unter Nr. 331/507 an die Anzeigenverwaltung, BAYERISCHES ÄRZTEBLATT, Sonnenstraße 29, 8000 München 2.

Deutscher HNO-Arzt

sucht große Praxis mit Belegbetten oder Niederlassungsmöglichkeit. Erfahrung in Mikrochirurgie und plastisch/kosmetischer Chirurgie.

Zuschriften erbeten unter Nr. 331/522 an die Anzeigenverwaltung, BAYERISCHES ÄRZTEBLATT, Sonnenstraße 29, 8000 München 2.

Suche Lehrstelle als

Arzthelferin

Mittlere Reife, 18 Jahre.
Telefon (0 89) 8 50 13 34

Suche Lehrstelle als

(Zahn-) Arzthelferin

mittlere Reife vorhanden.

Telefon (0 89) 6 01 29 67

Arzthelferin

25 Jahre, gelernte Krankenschwester, Praxis bei internisten und Prakt. Arzt, Labor, EKG usw., sucht neuen Wirkungskreis in Bayern.

Zuschriften erbeten unter Nr. 331/525 an die Anzeigenverwaltung BAYERISCHES ÄRZTEBLATT, Sonnenstraße 29, 8000 München 2.

20jährige sucht

Lehrstelle als Arzthelferin

ab sofort bei Arzt oder im Krankenhaus, möglichst in München oder Umgebung. Mittlere Reife in Naturwissenschaften, Praktikum im Krankenhaus Neuperlach.

Zuschriften erbeten unter Nr. 331/527 an die Anzeigenverwaltung BAYERISCHES ÄRZTEBLATT, Sonnenstraße 29, 8000 München 2.

Land-Allgemeinpraxis

intensivierbar, im Landkreis Rosenheim abzugeben. Bedingung: Übernahme des Hauses und Grundstücke. Modernisierter Altbau, Garagen, Schwimmbad.

Zuschriften erbeten unter Nr. 331/508 an die Anzeigenverwaltung BAYERISCHES ÄRZTEBLATT, Sonnenstraße 29, 8000 München 2.

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