



Bayerisches Ärzteblatt

Mit amtlichen Mitteilungen der Ministerien

Herausgegeben von der Bayerischen Landesärztekammer

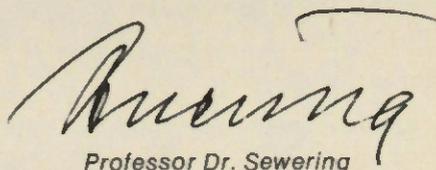
Nummer 5

Zur Kenntnis genommen:

Das sogenannte „Gesetz zur Kostendämpfung und Strukturverbesserung“ beschäftigt seit Monaten die Öffentlichkeit. Koalition, Deutscher Gewerkschaftsbund und Ortskrankenkassen verteidigen den Entwurf und loben ihn als Wegbereiter des Fortschritts und einzige Chance zur Erhaltung eines freiheitlichen Gesundheitswesens. Völlig anders urteilen die Deutsche Angestelltengewerkschaft und die Ersatzkassen. Sie haben nachdrücklich darauf hingewiesen, daß mit diesem Gesetz der Weg zur Einheitskrankenkasse eröffnet und beschritten wird. Unverständlich war die Stellungnahme der Arbeitgeber anläßlich einer Anhörung vor dem Ausschuß für Arbeit und Sozialordnung des Deutschen Bundestages. Sie übersehen offensichtlich die systemverändernden gesellschaftspolitischen Auswirkungen dieses Gesetzes. Daß die Krankenversicherung in erster Linie deshalb in eine finanzielle Misere hineinsteuert (besser gesagt: hineingesteuert wird!), weil man ihr einen kostengerechten Beitrag zur Rentner-Krankenversicherung verweigert, ging weitgehend unter. Der Sprecher des BdO wies allerdings darauf hin, daß die Kosten der Krankenversicherung für einen Rentner doppelt so hoch seien wie für einen arbeitenden Versicherten. Die Senkung des Beitrages der Rentnerkrankenversicherung von derzeit über 17 Prozent auf 11 Prozent sei deshalb nicht vertretbar.

Bis diese Zeilen erscheinen, werden wir mehr wissen. Für die Ausschußberatungen im Bundestag stehen nur wenige Sitzungen zur Verfügung und bereits am 12. Mai wird sich das Plenum des Deutschen Bundestages in zweiter und dritter Lesung zu entscheiden haben. Ärzte und Zahnärzte haben alle Möglichkeiten wahrgenommen, ihre Argumente vorzutragen. Rechtsgutachten über die Verfassungswidrigkeit einiger Bestimmungen wurden erstellt. Die Koalition wird sich nicht von ihrem Ziel abbringen lassen. Die Entscheidung liegt dann beim Bundesrat. Bleibt die Mehrheit der Länderkammer bei ihrer Meinungsbildung im ersten Durchgang, dann müßte das Gesetz abgelehnt werden. Die Entscheidung wird im Juni fallen.

Wir haben eindeutig erklärt, daß wir auch weiterhin bereit sind, die wirtschaftliche Lage zu berücksichtigen und zur Dämpfung der Kostenentwicklung beizutragen. Die Honorarvereinbarungen mit den RVO- und Ersatzkassen für die Jahre 1976 und 1977 führten schon im ersten Jahr zu einer erheblichen Verlangsamung der Kostenentwicklung für die ambulante ärztliche Versorgung. Der Einkommenszuwachs für den einzelnen Kassenarzt liegt erheblich unter der Inflationsrate. Unsere damit bewiesene Bereitschaft zur Kostendämpfung in Zweifel zu ziehen, kann deshalb nur als billiger Versuch gewertet werden, ein Gesetz zu retten, welches weder ehrlich Kosten dämpft, noch die Struktur des Krankenversicherungssystems verbessert. Was einzig und allein ausgebaut und massiv gestärkt werden soll, ist der Einfluß der Kassenbürokratie einer zukünftigen Einheitskrankenversicherung. Was erreicht werden soll, ist die medizinische und materielle Verarmung der freien Praxis, die Öffnung der Krankenhäuser für die ambulante ärztliche Versorgung, also das Krankenhausambulatorium. Ein führender Mitarbeiter des Bundesarbeitsministers führte vor Geschäftsführern der Krankenkassen in Dortmund aus, daß im Rahmen einer gleichmäßigen ärztlichen Versorgung der Bevölkerung die Krankenhäuser für die Patienten geöffnet werden sollten. Die Krankenkasse soll zunehmend Einfluß auf den Patienten üben, die ambulante Versorgung der Kosten. Dem stehen alle bisherigen Erfahrungen entgegen, ganz abgesehen davon, daß die teuerste Einrichtung des Gesundheitswesens nicht plötzlich billiger sein kann als die freie Praxis. Aber so stellen sich eben die Väter des Gesetzes die „Strukturverbesserung“ vor. Wehe dem, der die Systemveränderung nennt. Gegen unsere Aufklärungsschriften, die wir unseren Patienten in die Hand gaben, versuchte man mit einer Dienstaufsichtsbeschwerde vorzugehen und selbst die Kriminalpolizei wurde bemüht. Des nehmen wir in Kauf. Wir haben wiederholt erklärt, daß wir unsere Praxen nicht schließen, daß wir nicht streiken werden. Das würde sich gegen unsere Patienten richten. Wir werden uns aber ebenso wenig durch Drohungen den Mund verschließen lassen. Unsere Patienten müssen wissen, was geplant ist und wer die Verantwortung dafür trägt.


Professor Dr. Sewering

Maligne Tumoren im Kindesalter — Wilms-Tumor

von G. F. Wündisch

Aus der Kinderklinik und Kinderpoliklinik der Technischen Universität München im Krankenhaus München-Schwabing (Direktor: Professor Dr. med. H. Hilber)

Das Spektrum der Pädiatrie hat sich in den letzten Jahrzehnten bei den westlichen Industrienationen deutlich gewandelt. Ernährungsprobleme und Infektionskrankheiten sind mehr und mehr in den Hintergrund getreten bzw. konnten durch wirksame Therapie weitgehend beherrscht werden. Dies zeigt sich auch deutlich in den Ursachen der Todesfälle im Kindesalter. So stellen nach den Unfällen und Intoxikationen *maligne Erkrankungen* heute die *häufigste Todesursache* bei Kindern zwischen dem ersten und dem fünfzehnten Lebensjahr dar. Wenn auch maligne Erkrankungen beim Kinde vergleichsweise selten sind (ca. 1200 bis 1500 Neuerkrankungen in der Bundesrepublik jährlich), so machen doch das Schicksal der betroffenen Patienten, ihr oft nach langem Leiden tödlich endender Krankheitsverlauf und die damit verbundene Belastung von Eltern und Geschwistern die medizinische und ärztliche Problematik klar. Die Erfahrung der letzten Jahre hat jedoch gezeigt, daß kindliche Malignome erfolgreich behandelt werden können und in vielen Fällen eine Heilung erreicht werden kann. Dieser Durchbruch wurde erzielt durch die konsequente Anwendung der Kombination von *operativer Therapie, Bestrahlungstherapie und zytostatischer Chemotherapie*. Die weitere intensive Überwachung der betroffenen Kinder und die Fortführung der *zytostatischen Langzeitbehandlung* haben die Anfangserfolge konsolidiert. Der Wert einer Erfassung dieser Kinder in *pädiatrisch-onkologischen Zentren* wurde erkannt, gleichzeitig aber auch die Wichtigkeit der *Zusammenarbeit zwischen Klinik und Praxis* für die weitere Betreuung. Im folgenden soll anhand der wichtigsten kindlichen Tumoren der derzeitige Stand in der Diagnose und Therapie von Malignomen im Kindesalter dargestellt werden.

Häufigkeit

Mit sieben Prozent aller bösartigen Tumoren des Kindesalters stellt der Wilms-Tumor (Nephroblastom)

einen der häufigsten kindlichen Tumoren dar. Auf 10 000 Neugeborene entsteht pro Jahr ein Nephroblastom bzw. ein Fall auf 200 000 bis 250 000 Kinder im Alter von 0 bis 15 Jahren pro Jahr. Meist werden Kinder zwischen dem ersten und fünften Lebensjahr befallen, der Tumor kann auch bei Neugeborenen oder Säuglingen vorkommen, selten ist die Entstehung nach dem achten Lebensjahr. Knaben werden gering häufiger betroffen als Mädchen (1,2 : 1). Relativ häufig ist das gleichzeitige Vorkommen von anderen angeborenen Fehlbildungen, was mit auf die embryonale Entstehung des Tumors hinweist. Besonders werden dabei Fehlbildungen im Uro-Genitaltrakt (Hufeisennieren), Augenfehlbildungen (Aniridie, Katarakt) und Hypertrophie einer Körperhälfte beobachtet (Hemihypertrophie).

Pathologie

Als „embryonale“ Geschwulst Beginn der Entstehung meist in der Embryonal/Fötal-Zeit. Vom Nierenparenchym ausgehend, kann der Tumor bis zur Diagnose beträchtliche Größe erreichen und durch infiltratives und expansives Wachstum Niere und Nierenbeckenkelchsystem deformieren bzw. zerstören, die Nierenkapsel durchbrechen und in die Nierenvenen und den Ureter eindringen. Makroskopisch imponiert der grauweiß bis grauosa gefärbte Tumor heterogen mit zystischen, nekrotischen und hämorrhagischen Anteilen.

Mikroskopisch besteht der Tumor aus unreifem Nierengewebe, wobei abortiv angelegte tubuläre und glomeruläre Strukturen zu sehen sind. Epitheliale Anteile kommen neben mesenchymalen vor, wobei die Verteilung in den einzelnen Tumoren höchst unterschiedlich sein kann. Inwieweit die histologische Ausprägung die Prognose beeinflusst, bedarf noch genauerer Klärung; doch scheinen Tumoren mit überwiegend epithelialer Ausbildung weniger zu metastasieren und eine bessere Prognose zu besitzen als solche mit

stark undifferenzierten sarkomatösen Anteilen. Als Sonderform wird heute abgegrenzt das sogenannte *mesoblastische Nephrom*, das überwiegend aus relativ gut ausreifen mesenchymalen Anteilen besteht und in 50 Prozent der als angeborenen diagnostizierten oder in der frühen Säuglingszeit sich manifestierenden Wilms-Tumoren angetroffen wird. Die sehr gute Prognose dieser Geschwülste hat manche Autoren veranlaßt, sie vom Wilms-Tumor abzutrennen. Bilaterales Vorkommen wird in ca. fünf bis zehn Prozent der Fälle gesehen, in zwei Drittel zum Zeitpunkt der primären Diagnose, in einem Drittel manifestiert sich der Zweitumor später, meist innerhalb der ersten zwei Jahre. Intervalle bis zu zehn Jahren sind, wenn auch selten, beobachtet worden. Unklar ist, ob der doppelte Befall primär angelegt oder durch hämatogene Metastasierung des zuerst entstandenen Tumors bedingt ist.

Regionale Lymphknotenmetastasierung ist relativ selten, die Metastasierung erfolgt vorwiegend hämatogen, in erster Linie in die Lunge, sodann in Leber und Lymphknoten. Seltene Metastasenorte sind Mediastinum, Knochen, Gehirn, Weichteile und das Genitalsystem. Das Bestehen von Metastasen zum Zeitpunkt der Diagnose wird in den einzelnen Serien zwischen 20 und 69 Prozent angegeben, wobei wohl die Qualität der Erstuntersuchung für diese Unterschiede verantwortlich sein mag. Festzuhalten bleibt, daß bei einem Teil der befallenen Kinder eine Metastasierung relativ spät erfolgt.

Klinik

Die Symptomatik des Wilms-Tumors ist häufig sehr unspezifisch, was oft zur späten Diagnose führt. Häufigstes Symptom, das in über der Hälfte der Fälle zur Diagnose führt, ist die *tastbare* oder *sichtbare Tumormasse* im Abdomen. Die Entdeckung erfolgt oft durch die Eltern oder im Rahmen von ärztlichen Routineuntersuchungen, ohne daß bis dahin

Beschwerden bei den Kindern aufgetreten sind.

In einem Viertel der Fälle besteht eine *Hämaturie*, die inkonstant sein kann. *Bauchschmerzen* (mit und ohne Fieber) finden sich retrospektiv ebenfalls in 25 Prozent der Fälle. Dieses im Kindesalter sehr häufige Symptom ist sehr unspezifisch, so daß bei alleinigem Vorliegen von Bauchschmerzen erfahrungsgemäß die *Diagnosa* oft spät gestellt wird. Noch unspezifischer sind allgemeine *Magen- und Darmstörungen* (Erbrechen, Durchfall, Unwohlsein) mit und ohne Fieber, die in zehn Prozent der Fälle zu beobachten sind. Obwohl die Wahrscheinlichkeit des Vorliegens eines Wilms-Tumors mit rezidivierenden Bauchschmerzen und allgemeinen Magen- und Darmstörungen gering ist, muß doch insbesondere bei Säuglingen und Kleinkindern zumindest an diese Möglichkeit gedacht werden und eine subtile palpatorische Untersuchung des Abdomens gefordert werden. Dies insbesondere dann, wenn bei dem Kinde die eingangs erwähnten Fehlbildungen vorliegen bzw. bekannt sind.

Hochdruck scheint nach neueren Untersuchungen häufiger vorzuliegen, als allgemein angenommen (15 bis 28 bis 75 Prozent?), wobei jedoch meist sehr hohe Blutdruckwerte nicht zu beobachten sind.

Übelkeit und Kopfschmerzen, erhöhte *Temperaturen*, *Gewichtsverlust*, erhöhte *BKS* (oft auch nicht erhöht!) runden das Bild der unspezifischen Symptome ab.

Diagnose

Wenn auch in Fällen mit deutlich tastbarem und sichtbarem Oberbauch- und Mittelbauchtumor eine Verdachtsdiagnose gestellt werden kann, so sind zur Bestätigung dieses Verdachtes, für die Diagnose in atypischen Fällen sowie für die Feststellung der Größe und Ausbreitung des Tumors und besonders für die Stadieneinteilung (s. u.) weitere folgende *diagnostische Maßnahmen* erforderlich:

1. Röntgenuntersuchungen:

- Abdomensübersichtsaufnahme
- intravenöses Pyelogramm
- Röntgen-Thorax in zwei Ebenen
- Cavographie (fakultativ)
- Arteriographie (fakultativ)

2. Ultraschall (fakultativ)

3. Labor:

- Blutbild
- BKS
- Serum-Harnstoff und Serum-Kreatinin
- Harnstatus

4. Blutdruck

Auf der *Abdomenübersichtsaufnahme* sind Größe und Form, das Vorhandensein oder Fehlen etwaiger Verkalkungen (Differentialdiagnose zum Neuroblastom) und die Verdrängung der umliegenden Organe zu erkennen.

Das *i. v. Pyelogramm* ist auch heute noch die wichtigste diagnostische Maßnahme, wenn auch neuerdings die Cavographie und die Aortographie in den Vordergrund gestellt werden. In den allermeisten Fällen lassen die typischen Veränderungen im *i. v. Pyelogramm*: Sichelartige Deformierung und Verziehung von Nierenkelchen und Nierenbecken sowie die nelkenförmige Büschelung der Kelche am unteren bzw. oberen Nierenpol die Verdachtsdiagnose eines Wilms-Tumors bekräftigen. Darüber hinaus zeigt das *i. v. Pyelogramm* die Beziehungen des Tumors zur seitengleichen Niere sowie die Funktion der anderen Niere.

Die Cavographie ist hilfreich zur Feststellung der Beziehungen des Tumors zur Vena cava und zur Nierenvene (Verdrängung, Einwachsen).

Nicht in allen Fällen notwendig, jedoch – wenn angewandt in 95 Prozent zur richtigen Diagnose führend –, ist die Aortographie mit selektiver renaler Arteriographie, die die Form und Ausdehnung des Tumors sowie seine Gefäßversorgung mit am besten darstellt und insbesondere in der Differentialdiagnose zum Neuroblastom wichtig wird. Zudem stellt die Abschlußphase des Arteriogramms ein Ausscheidungsurogramm dar, gibt also zusätzlich die Information des *i. v. Pyelogramms*.

Als informativste diagnostische Maßnahme schiebt sich in manchen Zentren die Aortographie und die selektive renale Arteriographie als erster diagnostischer Schritt in den Vordergrund. Auf das höhere Risiko dieser Untersuchung, besonders bei

Säuglingen, muß jedoch hingewiesen werden.

Die *Röntgen-Thoraxaufnahme* in zwei Ebenen ist zur Feststellung von bestehenden Lungenmetastasen notwendig. Weitere Röntgenuntersuchungen, z. B. des Skeletts, sind nur bei entsprechender klinischer Symptomatik erforderlich, dann gegebenenfalls ergänzt durch ein Ganzkörper-Knochenszintigramm.

Die *Ultraschalluntersuchung*, insbesondere die Ultraschalltomographie, ermöglicht ohne Risiko und Strahlenbelastung, daher beliebig wiederholbar, weitere Informationen, insbesondere in Verdachtsfällen oder für die Differentialdiagnose: Genaue Tumortopographie (z. B. Abgrenzung gegenüber der Leber), Tumorgöße und -ausdehnung, Tumorbeschaffenheit (Differentialdiagnose: Zysten, Hydronephrose).

Die angegebenen *Laboruntersuchungen* sollten bei Verdacht auf Knochenmetastasen durch die Bestimmung der alkalischen Phosphatase und durch eine *Knochenmarkspunktion* ergänzt werden.

Differentialdiagnose

Beim Vorliegen eines Bauchtumors ist differentialdiagnostisch zunächst ein Neuroblastom auszuschließen (hier häufig Verkalkungen, erhöhte Katecholaminausscheidung im Urin), daneben andere tumoröse Erkrankungen der Niere, auf die hier nicht weiter eingegangen werden soll. Wichtig ist der Ausschluß einer Hydronephrose und zystischer Nierenerkrankungen. In der weiteren Differentialdiagnose müssen perinephritische Abszeß und beim jungen Säugling die Nierenvenenthrombose erwähnt werden.

Stadieneinteilung

Die Erfahrung der letzten Jahre hat gerade am Beispiel des Wilms-Tumors den Wert einer Stadieneinteilung kindlicher Tumoren erbracht. Dadurch ist es möglich geworden, die Intensität der Behandlung dem Ausbreitungsgrad des Tumors anzupassen und gleichzeitig die Wertigkeit verschiedener Therapieformen in ihrer Wirksamkeit zu vergleichen und somit zur für das jeweilige Tumorstadium bestmöglichen Therapie zu gelangen.

Von den verschiedenen Stadieneinteilungen hat die Einteilung der National-Wilms-Tumor-Study/USA (= N.W.T.S.) sich bewährt und durchgesetzt. So benutzt auch die International Society of Paediatric Oncology (= S.I.O.P.) und die Deutsche Gesellschaft für pädiatrische Onkologie diese Einteilung.

Stadium I:

Tumor auf eine Niere begrenzt, Kapsel nicht durchbrochen (intakte Nierenkapsel, auch histologisch überprüft, keine intraoperative Nierentumorruptur, keine vorausgegangene Nieren-/Tumorpunktion, keine erkennbaren Tumorreste im Nierenbett), komplett resezierbar.

Stadium II:

Tumor einseitig, Nierenkapsel durchbrochen, komplett resezierbar (hierbei besteht lokale Ausbreitung des Tumors in das Nierenbecken, in paraaortale Lymphknoten, Invasion in die Nierengefäße, in das Nierenbecken und den Ureter. Bei der Nephrektomie werden keine erkennbaren Reste zurückgelassen. Histologische Überprüfung der Lymphknoten, des perirenal Gewebes, der Gefäßthromben notwendig).

Stadium III:

Tumor einseitig, Ausbreitung im Abdomen, keine hämatogenen Fernmetastasen, inkomplette Resektion bzw. Tumoraussaat intraoperativ.

Stadium III ist festzusetzen, wenn eine der folgenden Bedingungen vorhanden ist:

- Tumorbiopsie oder Tumorruptur vor und während der Operation.
- Peritoneale Metastasen in der weiteren Umgebung des Tumors.
- Lymphknotenbefall, der über die paraaortalen Lymphknoten hinausgeht.
- Komplette Entfernung des Tumors nicht möglich (z. B. Infiltration in die Vena cava).

Stadium IV:

Hämatogene Fernmetastasen (Lunge, Leber, Knochen, Knochenmark, Gehirn usw.).

Stadium V:

Beidseitiger Wilms-Tumor im Beginn oder im Verlauf der Erkrankung.

Die angegebenen Kriterien machen klar, daß die Stadieneinteilung endgültig erst nach der Operation und eingehender histologischer Untersuchung erfolgen kann. Weiterhin ist einzuräumen, daß trotz genauester Untersuchung vor, während und nach der Operation noch ein gewisser Unsicherheitsfaktor bleibt. Dessen ungeachtet hat sich diese Stadieneinteilung bewährt und hat dies insbesondere durch die in den einzelnen Stadien unterschiedliche Prognose erwiesen (vgl. u.).

Neben dieser Stadieneinteilung ist auch das Lebensalter der Patienten von Bedeutung für die Prognose und wird als Parameter für die zu wählende Therapie miteinbezogen (vgl. u.).

Therapie

Am Beispiel der Therapie des Wilms-Tumors zeigt sich deutlich die Bedeutung des Zusammenwirkens von Operation, Bestrahlung und zytostatischer Chemotherapie. Entsprechend müssen Chirurg, Radiotherapeut und pädiatrischer Onkologe reibungslos zusammenarbeiten. Der Einsatz aller diagnostischen und therapeutischen Mittel hat in den letzten Jahren die Möglichkeit der Heilungen erheblich vermehrt.

Die Operation stellt zunächst den wichtigsten Schritt in der Behandlung dar. Die genaue Schilderung des operativen Vorgehens ist in entsprechender chirurgischer Literatur vorhanden und kann hier nicht ausgeführt werden, so daß lediglich auf folgende chirurgische Leitlinien hingewiesen werden soll:

- Großer transabdominaler Zugang (Oberbauchquerschnitt), der auch eine Palpation der anderen Niere erlaubt (eventuell Erweiterung des Schnittes nach thorakal bei schwieriger Entfernung und Sitz im oberen Nierenpol bzw. bei sehr großem Tumor).
- Frühzeitige Unterbindung der Nierengefäße vor Manipulationen am Tumor.
- Keine Probeexzision bzw. Probepunktion.
- Entfernung von Thromben in der Nierenvene und histologische Untersuchung derselben.

– Mitentfernung des retroperitonealen Bindegewebes (einschließlich Lymphknoten), zur Klärung der lokalen Ausbreitung (histologische Untersuchung dieses Materials). Bei Verwachsungen bzw. Infiltrationen umliegender Gewebe, wie Zwerchfell, Musculus Psoas, Peritoneum, empfiehlt sich die Mitentfernung durch Ausweitung der Exzision, um nicht die Ruptur des Tumors zu riskieren.

– Bei nicht voll resezierbaren Tumoren soll so radikal wie möglich reseziert werden.

– Der Ureter soll so tief wie möglich reseziert werden.

– Verdächtige Lymphknoten sollen mitentfernt werden. Eine generelle Ausräumung der paraaortalen Lymphknoten wird von den meisten Autoren nicht empfohlen, wohl aber in jedem Fall die Exzision eines paraaortalen Lymphknotens zur weiteren Untersuchung.

– Exploration des gesamten Abdomens mit Entfernung aller metastasenverdächtiger Strukturen und eventuell Markierung durch Metallclips.

– Bei ungewöhnlicher Ausdehnung des Tumors Markierung des Tumorumfanges durch Metallclips.

– Einsendung der gesamten entfernten Niere mit allen Tumoranteilen und darüber hinaus reseziertem Gewebe zur histologischen Untersuchung mit genauem Bericht über die Verhältnisse in situ und verdächtige Strukturen.

Allgemein ist zu betonen, daß die präoperative Diagnostik zügig vorgenommen werden soll, und daß vor allem bei ausreichendem Verdacht auf das Vorliegen eines Wilms-Tumors längere Verlaufsbeobachtung kontraindiziert ist.

Die früher allgemein vorherrschende Meinung, daß die Operation eines Wilms-Tumors in notfallmäßiger Eile vorgenommen werden müsse, ist durch die Auffassung ersetzt worden, daß gründliche präoperative Diagnostik und vor allem optimale Operationsvorbereitung, besonders von Säuglingen und Kleinkindern mit reduziertem Allgemeinzustand, wichtiger sind als die Schnelligkeit des Eingriffes nach der Diagnose.

Chemotherapie und Bestrahlung

Der Wilms-Tumor ist auf Strahlen und auf bestimmte Zytostatika (vor allem Vincristin[®] Actinomycin D = Lyovac-Cosmegen[®], Adriblastin[®]) sensibel. Die Anwendung von Zytostatika und Bestrahlung sind heute unbestritten. In der Diskussion befinden sich noch bzw. wieder die Anwendungen einer präoperativen Bestrahlung und Chemotherapie.

Gegen eine präoperative Bestrahlung spricht die In dieser Phase mögliche Metastasierung, ein mögliches Erschweren der nachfolgenden Operation und der histologischen Diagnose durch die Strahlendestruktion und schließlich die Bestrahlung bei Nichtvorliegen eines Wilms-Tumors. Das letzte Argument erhält sein besonderes Gewicht dadurch, daß in großen Studien fünf Prozent (30 von 606 Fällen, N.W.T.S.) bzw. zehn Prozent (44 von 242 Fällen, S.I.O.P.) Fehldiagnosen zu verzeichnen waren, wobei in ca. der Hälfte der Fälle keine malignen Tumoren vorlagen. Als Vorteile der präoperativen Bestrahlung werden vor allem Verkleinerungen des Tumors mit geringerem Risiko der Ruptur unter der Operation sowie „Devitalisierung“ der Tumorzellen mit Minderung der Metastasierung bei intraoperativer Tumorauschwemmung genannt.

Allgemein jedoch wird den Ergebnissen der N.W.T.S. entsprechend auch in den deutschen Zentren die präoperative Bestrahlung nicht favorisiert und auch von der Deutschen Gesellschaft für pädiatrische Onkologie nicht empfohlen.

Folgende grundsätzliche Verhaltensweisen in der Kombination von Operation, Chemotherapie und Bestrahlung haben sich durchgesetzt:

Beginn der zytostatischen Therapie am Tag vor der Operation bzw. am Operationstag, Fortsetzung der zytostatischen Gaben nach der Operation, baldmöglichste postoperative Bestrahlung des Tumorbettes sowie Fortsetzung der zytostatischen Therapie im ersten und eventuell auch im zweiten postoperativen Jahr, je nach Stadium. Für die Auswahl der Zytostatika haben die Ergebnisse der N.W.T.S. das klare Ergebnis gebracht, daß der vielerorts betriebenen alleinigen Gabe von Actinomycin D die Kombination von Actinomycin D und Vincristin vorzuziehen ist.

Aufgrund der in der neueren Literatur berichteten Ergebnisse und der 1976 erfolgten Empfehlung der Deutschen Gesellschaft für pädiatrische Onkologie können folgende Therapieempfehlungen gegeben werden:

Therapie im Stadium I:

1. Operation.
2. Bestrahlung mit Kobalt 60 auf das Tumorbett in einer Dosis von 2500 bis 3000 rad bei ein- bis zweijährigen Kindern und 3000 bis 3500 rad bei über zweijährigen Kindern. Beginn der Bestrahlung baldmöglichst nach Operation. Bei sicherem Stadium I sind bei Kindern unter einem Jahr die Ergebnisse gleich gut mit und ohne Bestrahlung, so daß in dieser Altersgruppe die Bestrahlung unterbleiben soll.
3. Chemotherapie mit Vincristin (VCR) und Actinomycin D (Lyovac-Cosmegen[®]). Die Behandlung beginnt am Operationstag zu Beginn der Operation mit einer Injektion von Vincristin und Lyovac-Cosmegen[®]; an den vier der Operation folgenden Tagen wird jeweils eine Injektion von Lyovac-Cosmegen gegeben, so daß insgesamt an fünf aufeinander folgenden Tagen Lyovac-Cosmegen verabreicht wird. Am Tag 5 erfolgt zusätzlich die Gabe von Vincristin. Es wird also ein Block von täglichen Injektionen Actinomycin D (Lyovac-Cosmegen[®]) von Tag 1 bis Tag 5, sowie eine Vincristininjektion am Tag 1 und am Tag 5 verabreicht.

Dosierung: Vincristin 1,5 mg/m²/KOF, Actinomycin D (Lyovac-Cosmegen[®]) 0,4 mg/m²/KOF.

Diese fünftägigen Injektionsblocks werden alle sechs Wochen wiederholt und insgesamt fünfmal verabreicht, so daß die Therapie rund ein halbes Jahr dauert. Ergebnisse der S.I.O.P.-Studien haben gezeigt, daß für das Stadium I eine längere zytostatische Behandlung keine Vorteile bringt, so daß man sich mit dieser halbjährigen Behandlungszeit begnügen kann.

Therapie im Stadium II:

1. Operation.
2. Bestrahlung in den oben genannten Dosen.
3. Chemotherapie: Intraoperativ beginnend mit Vincristin und Actinomycin D (Tag 1), Tag 1 bis 5 jeweils

Mutterkornalkaloide
von Sanorania!

Bewährte, wirksame
Therapie zu minimalen
Preisen!

**DH-
Ergotamin
retard**

50 Tobl. **22.50**

2,5 mg Dihydroergotaminmethansulfonat

Indik.: Hypotonie, Migräne.
(Im Wechsel mit Migrexa zur
Anfallsbehandlung.)

**DH-
Ergotoxin
forte**

50 Tobl. **37.-**

2 mg Dihydroergotoxinmethansulfonat

(Je 0,67 mg Dihydroergocristinmethansulfonat, Dihydroergocorninmethansulfonat, Dihydroergokryptinmethansulfonat.)

Indik.: Cerebralsuffizienz, Hypertonie;
vaskul. Kopfschmerzen wie Migräne
(im Wechsel mit Migrexa), Schwindel,
Ohrensausen, Vergeßlichkeit,
Durchblutungsstörungen.

Preiswerteste
Präparate!! lt.
transparenz
telegramm 1/77

S SANORANIA Dr. G. Strohscheer
1 Berlin 28

Actinomycin D, sodann in wöchentlichen Abständen fünfmal Vincristin (also Teg 8, 15, 22, 29, 36), am ersten Tag der siebten Woche (Tag 42) Beginn einer Therapie aus Blöcken mit Vincristin und Actinomycin D wie im Stadium I, fortgesetzt in sechswöchigen Abständen, hier eber fortgeführt bis zu einer Gesamtdauer von 15 Monaten.

Therapie im Stadium III:

1. Operation möglichst radikal.
2. Bestrahlung in den oben angegebenen Dosen nach Maßgabe des Operationssitus bzw. der örtlichen Ausdehnung des Tumors.
3. Chemotherapie: Zunächst wie im Stadium II, ab der siebten Woche mit Zusatz von Adriblastin® (Dosierung 30 mg/m²/KOF). Gesamtdauer 12 bis 15 Monate. Die Darstellung der Durchführung dieser dreifach kombinierten zytostatischen Behandlung kann hier nicht erfolgen, zumal verschiedene Modelle und individuellen Verhältnissen angepaßte Variationen bestehen.

Therapie im Stadium IV:

Für das Stadium IV mit hämatogenen Fernmetastasen (am häufigsten Lungenmetastasen) bestehen die gleichen Grundprinzipien des therapeutischen Vorgehens. Hinzu kommt die operative Entfernung von peripheren Einzelmetastasen, auch Lungenmetastasen, bzw. eine Lungenbestrahlung sowie eine Bestrahlung von weiteren peripheren Herden. Das gezielte Vorgehen gegen vorhandene Metastasen durch Bestrahlung und/oder Operation zusammen mit einer kombinierten zytostatischen Chemotherapie haben auch im Stadium IV zu einer deutlichen Verbesserung der Ergebnisse geführt.

Therapie im Stadium V:

Die Therapie im Stadium V (bilateraler Wilms-Tumor, ca. fünf Prozent der Fälle) ist naturgemäß schwierig und erfordert individuelles Vorgehen auf der Grundlage der Therapie des Stadiums IV. Durch Nephrektomie der einen Seite und partielle Nierenresektion der anderen Seite, verbunden mit Bestrahlung, auch der verbliebenen Niere hier in entsprechend niedriger Dosierung und entsprechend fraktioniert, sowie kombinierter Chemotherapie sind auch in diesem Stadium bis zu 50 Prozent Heilungen erzielt worden.

Nachuntersuchung

Regelmäßige Kontrolluntersuchungen sind erforderlich. Sie sollten im ersten Jahr nach der Operation alle vier Wochen, im zweiten Jahr alle acht Wochen, im dritten Jahr und in weiteren Jahren ca. alle drei Monate erfolgen. Neben genauer klinischer Untersuchung (Blutbild, BKS, Gewicht, Größe, Nieren- und Leberwerten) sind im ersten Jahr alle sechs Wochen Röntgen-Thoraxkontrollen vorzunehmen, im zweiten Jahr alle drei Monate, i. v. Pyelogramme sollten im ersten Jahr ca. zweimal, sodann mindestens einmal jährlich durchgeführt werden. Insbesondere sind während der zytostatischen Dauertherapie entsprechend häufige und gründliche Kontrollen erforderlich.

Prognose

In den vergangenen Jahrzehnten hat sich gerade am Wilms-Tumor gezeigt, daß durch kombinierten Einsatz von Chirurgie, Bestrahlung und Zytostatikatherapie die Prognose erheblich verbessert werden kann. Für die Stadien I und II kann heute mit einer Heilung von 80 bis 90 Prozent gerechnet werden, für das Stadium III und IV mit einer Heilung von 60 bis 80 Prozent, und für das Stadium V immerhin noch mit einer Heilung in 50 Prozent der Fälle.

Vergleichende Untersuchungen, insbesondere in den USA, haben gezeigt, daß die Ergebnisse in spezialisierten Zentren deutlich besser sind als außerhalb derselben (81 Prozent Heilungen gegenüber 35 Prozent Heilungen).

Im Interesse der betroffenen Patienten ist es notwendig, schon jeden stärkeren Verdachtsfall bzw. bereits diagnostizierte Fälle in ein pädiatrisch-onkologisches Zentrum mit kinderchirurgischer Abteilung zu überweisen. Dort soll — wenn noch zweifelhaft — die Diagnose gesichert und ein entsprechender Therapieplan aufgestellt werden.

Hierbei ist die reibungslose Kooperation zwischen pädiatrischen Onkologen, Kinderchirurgen, Pathologen und Bestrahlungstherapeuten von entscheidender Wichtigkeit.

Naturgemäß wird nach aufgestelltem Therapieplan die initiale Be-

handlung im entsprechenden pädiatrisch-onkologischen Zentrum stattfinden (teilweise eventuell ambulant möglich). Die Fortführung der Therapie und die weitere Überwachung des Verlaufes soll ebenfalls „federführend“ hier erfolgen, soweit wie möglich ambulant. Hierbei soll und kann jedoch auf die Mithilfe des „Heimatkrankenhauses“ bzw. des Hausarztes/Kinderarztes nicht verzichtet werden, die in Absprache mit dem Zentrum in die Weiterbetreuung miteinzubeziehen sind. Der jeweilige Umfang dieser Mitbehandlung wird durch den Krankheitsverlauf, die lokalen Verhältnisse und die räumliche Entfernung bestimmt.

Auf die besondere Bedeutung der vertrauensvollen Zusammenarbeit und der notwendigen guten gegenseitigen Information zwischen pädiatrischem Zentrum/Klinikambulanz einerseits und den betreuenden Ärzten am Wohnort des Kindes andererseits bei der Behandlung maligner kindlicher Tumoren soll noch später abschließend ausführlicher eingegangen werden.

Literaturhinwals:

1. O'ANGIO G. J. et al.: The treatment of Wilms-Tumor. Results of the National Wilms Tumor Study. *Cancer* 36, 633, 1976.
2. CAMPBELL P. E. et al.: Tumours of the kidney, in: Tumours of infancy and childhood. ed. by P. G. JONES and P. E. CAMPBELL. Blackwell Scientific Publications. Oxford - London - Edinburgh - Malbourn, 1976.
3. GUTJAHR P.: Therapie malignar Tumoran im Kindesalter. *Therapia der Gegenwart* 116, 26, 1977.
4. LAMPERT F.: Krabs im Kindesalter. Urban & Schwarzenberg, München - Berlin - Wien, 1974.
5. LEMERLE J. F. et al.: Tumours of the kidney, in: *Cancer in children*, ed. by H. J. G. BLOOM, J. LEMERLE, M. K. NEIOHARDT, P. A. VOOTE. Springer Verlag, Berlin - Heidelberg - New York, 1975.
6. LEMERLE J. F. et al.: Wilms Tumor, natural history and prognostic factors. *Cancer* 37, 2757, 1976.
7. SINGER H. et al.: Zur Behandlung fortgeschrittener Nephroblastoma des Kindes. *Verh. Öst. Ges. Urolog. Gas.* 26 Tgg., 208, 1975.
8. SULLIVAN M. P.: Wilms Tumor, in: *Clinical Pediatric Oncology*, ed. by W. W. SUTOW, O. J. FERNSACH, C. V. MOSBY Co. Saint Louis, 1973.

Professor Dr. H. SINGER, Chefarzt der Kinderchirurgischen Abteilung des Städtischen Krankenhauses München-Schwabing, sei für seine Beratung in kinderchirurgischen Fragen vielmals gedankt.

(Wird fortgesetzt)

Anschrift des Verfassers:

Dr. med. G. F. Wündisch, Oberarzt, Kölner Platz 1, 8000 München 40

Sepsis und Meningitis im Kindesalter — Erreger und Behandlung

von Dieter Adam

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

Vorbemerkung

Sepsis und Meningitis im Kindesalter sind schwere meist lebensbedrohliche Erkrankungen, bei welchen es für den niedergelassenen Allgemein- oder Kinderarzt in erster Linie um die Erkennung der Erkrankung geht. Die Therapie muß im allgemeinen in der Klinik unter entsprechender Überwachung und Kontrolle des Patienten durchgeführt werden.

1. Sepsis und Meningitis des Neugeborenen

Die Behandlung einer Sepsis oder Meningitis muß beim Erwachsenen fast immer, beim hochgefährdeten Neu- bzw. Frühgeborenen unbedingt bereits dann begonnen werden, wenn die Diagnose lediglich vermutet wird und der infektiös verursachende Keim noch nicht identifiziert ist. Unmittelbar vor dem Beginn der Chemotherapie ist die Abnahme von Blut für die Blutkultur bzw. von Liquor zur Erregerisolierung durchzuführen. Die Chemotherapie, die im Anschluß an die Materialentnahme „blind“ angesetzt werden muß, richtet sich nach den in der jeweiligen Altersgruppe vorkommenden Erregern.

Häufigste Erreger

Beim Frühgeborenen dominieren die sogenannten opportunistisch pathogenen Keime, u. a. *Pseudomonas aeruginosa*, *Klebsiella*, sowie die Hefe *Candida albicans* und *E. coli*.

In der Neugeborenenperiode finden sich als Meningitis- und Sepsiserreger überwiegend gramnegative Keime (ca. 90 Prozent), wobei die Hälfte davon auf *E. coli* entfällt. In manchen Gebieten der zivilisierten Welt ist in 20 Prozent der Fälle *Pseudomonas aeruginosa* beteiligt. Streptokokken, selten Staphylokokken und Pneumokokken, Salmonellen und

Proteusarten, gelegentlich auch andere Mikroorganismen, wie z. B. *Candida albicans*, *Listeria monocytogenes* und Toxoplasmen verteilen sich auf die restlichen zehn Prozent.

Bei begründetem Verdacht auf eine Meningitis bzw. Sepsis in der Früh- oder Neugeborenenperiode sollten umgehend zur eventuellen kulturellen Züchtung und Identifizierung des Erregers eine Liquor- und Blutpunktion vorgenommen werden und unmittelbar danach eine entsprechende Soforttherapie einsetzen (s. Tab. 1).

Antibiotische Therapie

a) Chemotherapie der Sepsis des Neugeborenen

Es kommen nur Kombinationen von Antibiotika in Frage, die ein möglichst breites antibakterielles Spektrum besitzen. Die optimalen Kombinationen, die allerdings immer noch „Lücken“ aufweisen, d. h., bestimmte Keime nicht erfassen, sind in der Tabelle 1 zusammengestellt. Es ist empfehlenswert, außerdem als Prophylaxe gegen einen Candida-Befall zusätzlich Nystatin oral zu verabreichen. Sobald das Testergebnis der bakteriologischen Sensibilitätsprüfungen vorliegt, muß die Therapie eventuell geändert und dem ermittelten Antibiotogramm angepaßt werden.

In letzter Zeit sind gehäuft Neugeborenen-Infektionen beobachtet worden, die durch Beta-hämolytische Streptokokken verursacht waren. Es empfiehlt sich daher, bei Verdacht auf eine derartige Erkrankung Penicillin G in hoher Dosierung (z. B. 500 000 bis 1 Mill. E/kg/Tag) zu verabreichen, wenngleich trotz Penicillin-G-Empfindlichkeit dieser Erreger die Letalität bei 70 Prozent liegt. Die Infektion tritt bereits intrapartal auf und wird daher auch als „early onset disease“ bezeichnet.

b) Chemotherapie der Meningitis des Neugeborenen

Da die verursachenden Erreger in dieser Altersgruppe meist mit denjenigen der Sepsis identisch sind, ist die Therapie im allgemeinen dieselbe, insbesondere solange der Erreger noch nicht bekannt ist. Allerdings muß zusätzlich zu der in der Tabelle 1 angegebenen Kombinationsbehandlung ein Antibiotikum intrathekal verabfolgt werden. Es eignen sich hierfür Gentamicin in einer Dosierung von 1 mg Gesamtdosis/Tag (Handelspräparat: Refobacin L) oder Amikazin in einer Dosierung von 2 mg Gesamtdosis/Tag (Handelspräparat: Biklin), sofern die parenterale Therapie Gentamicin oder Amikazin enthält.

Bei Coli-Meningitis bzw. begründetem Verdacht muß wegen der besseren Liquorgängigkeit Cloramphenicol gegeben werden. Bei Frühgeborenen und Neugeborenen in der ersten Lebenswoche in einer Dosierung von 25 mg/kg/Tag. Bei ausgeprägten Neugeborenen kann die Dosis nach der ersten Lebenswoche, je nach dem Bilirubinwert (Hinweis auf die Leberfunktion) auf 50 bis 75 (bis 100) mg/kg/Tag gesteigert werden. Bei Frühgeborenen mit eingeschränkter Leberfunktion (Bilirubinwerte) kann eine Dosiserhöhung auf 50 mg/kg/Tag nur langsam und erst später, z. B. nach 14 Tagen bis drei Wochen, erfolgen.

c) Therapiedauer

Die Therapie wird in gleich hoher Dosierung bis eine Woche nach Normalisierung von Temperatur (nicht immer vorhanden), Eiweiß und Zucker im Liquor (im Falle der Meningitis), sowie Abfall der Zellzahl auf einen Wert unter 30/mm³ (im Falle der Meningitis) fortgeführt. Bei Sepsis und Meningitis gilt eine Normalisierung des Blutbildes und des allgemeinen klinischen Eindruckes (Gewichtszunahme und Trinkfreudigkeit) als günstigster Zeitpunkt für die Beendigung der Therapie.

Antibiotika-Kombinationen zur Behandlung von Sepsis und Meningitis bei Neu- und Frühgeborenen (i.v.-Gebe)

Antibiotika-Kombinationen	mögliche „Erregerlücken“
Gentamicin oder Tobremycin 5 (-7,5) mg/kg/Tag oder Sisomicin 5 mg/kg/Teg plus Carbencillin (300-) 400 (-600) mg/kg/Teg	Enterokokken zum Teil andere grampositive Erreger Candida albicans Anaerobe Keime ⁴⁾
Gentamicin oder Tobramycin 5 (-7,5) mg/kg/Teg oder Sisomicin 5 mg/kg/Teg plus Cephalotin (150 - 200 mg/kg/Teg) (oder Cephacetril oder Cephapirin oder Cephradin 100 - 150 mg/kg Teg oder Cefazolin (50 -) 100 mg/kg/Tag ^{1) 2)})	Enterokokken Proteus sp. Candida albicans Anaerobe Keime ⁴⁾ Listerien
Gentamicin oder Tobramycin oder Sisomicin (Dos. s. o.) plus Ampicillin 200 - 300 mg/kg/Tag in Kombination mit einem penicillinase- festen Isoxazolylpenicillin (z. B. Oxa- cillin, Cloxacillin, Flucloxacillin) 80 - 100 mg/kg/Tag	Proteus sp. Candida albicans zum Teil grampositive Keime Anaerobe Keime ⁴⁾
Amikazin 15 mg/kg/Tag ³⁾ plus eventuell eine der oben aufgeführten Substanzen aus der Penicillin- bzw. Cephalosporin-Gruppe (Dos. s. o.)	zum Teil grampositive Keime Candida albicans

¹⁾ Bei der Gabe von Aminoglykosid-Antibiotika und der Kombination mit Cephalosporinen ist wegen eventueller nephrotoxischer Eigenschaften und der Gefahr ototoxischer Nebenwirkungen bei Kumulation stets die Nierenfunktion zu überwachen. Eventuell muß die Dosis wegen der Gefahr der Kumulation bei eingeschränkter Nierenfunktion herabgesetzt werden.

²⁾ Wegen der relativ schlechten meningealen Diffusion der Aminoglykoside und Cephalosporine (Ausnahme eventuell Cephacetril) empfiehlt es sich, bei der Neugeborenen-Meningitis auf eine der anderen Kombinationen auszuweichen bzw. Chloramphenicol zusätzlich zu geben.

³⁾ Wegen der Gefahr von Nebenwirkungen sollte Amikazin nur bei schweren lebensbedrohlichen Infektionen eingesetzt werden. Im übrigen gilt das unter ¹⁾ Gesagte.

⁴⁾ Bei anaeroben Keimen sollte Clindamycin in einer Dosierung von 30 bis 40 mg/kg/Tag zusätzlich gegeben werden.

Tabelle 1

Eine ein- bis dreiwöchige nachfolgende Rezidivprophylaxe mit einem oral anwendbaren gut resorbierbaren Antibiotikum (z. B. Cephalexin oder Cephradin in einer Dosierung von 80 bis 100 mg/kg) ist in manchen Fällen ebenfalls angebracht.

2. Therapie der Sepsis nach der Neonatalperiode

Dieser Zeitpunkt beginnt mit der vierten bis sechsten Lebenswoche. *Erreger der Sepsis in dieser Altersstufe* sind meist Pneumokokken, Meningokokken, Streptokokken und Staphylokokken, seltener Haemophilus influenzae und unter besonderen Umständen Salmonellen, E.

coli, Klebsiellen und Pseudomonas aeruginosa. In letzter Zeit sind sogenannte „Endoplastiden“, d. h. septikämische Erkrankungen im Zusammenhang mit intravasalen Fremdkörpern, häufiger geworden, wobei länger liegende Venenkatheter, künstliche Herzklappen, Patches, Ventile bei Hydrozephalus sowie Nabelvenenkatheter bei Neu- und Frühgeborenen als Verursacher gelten.

Im allgemeinen läßt sich die Diagnose aus dem klinischen Verlauf stellen, da Kinder in diesem Alter nicht mehr so symptomarm reagieren wie Neugeborene. Multiple petechiale Blutungen der Haut und muköser Membranen lassen Me-

ningokokkeninfektionen vermuten, obwohl Pseudomonas aeruginosa, Pneumokokken, Haemophilus influenzae, Streptokokken, Staphylokokken, Rickettsien und Viren ein ähnliches Bild hervorrufen können.

Auch hier gilt, entsprechend der Lumbalpunktion bei der Meningitis, die *sofortige Blutentnahme* vor jeder Chemotherapie als die Erstmaßnahme bei begründetem Sepsisverdacht zur eventuellen Erregerisolierung und Resistenztestung und damit Sicherstellung der Diagnose. Da das Ergebnis der bakteriologischen Untersuchung für eine gezielte Therapie abgewartet werden muß, kann und muß sofort „blind“ behandelt werden. Man kombiniert am besten zur *Initialtherapie* zwei Antibiotika, um ein möglichst komplettes Wirkungsspektrum zu erreichen. Das Vorgehen wird durch die Erhebung einer sorgfältigen Anamnese erheblich erleichtert. So kann die vermutliche Eintrittspforte (z. B. eine Verletzung) wichtige Hinweise auf die Art des Erregers liefern.

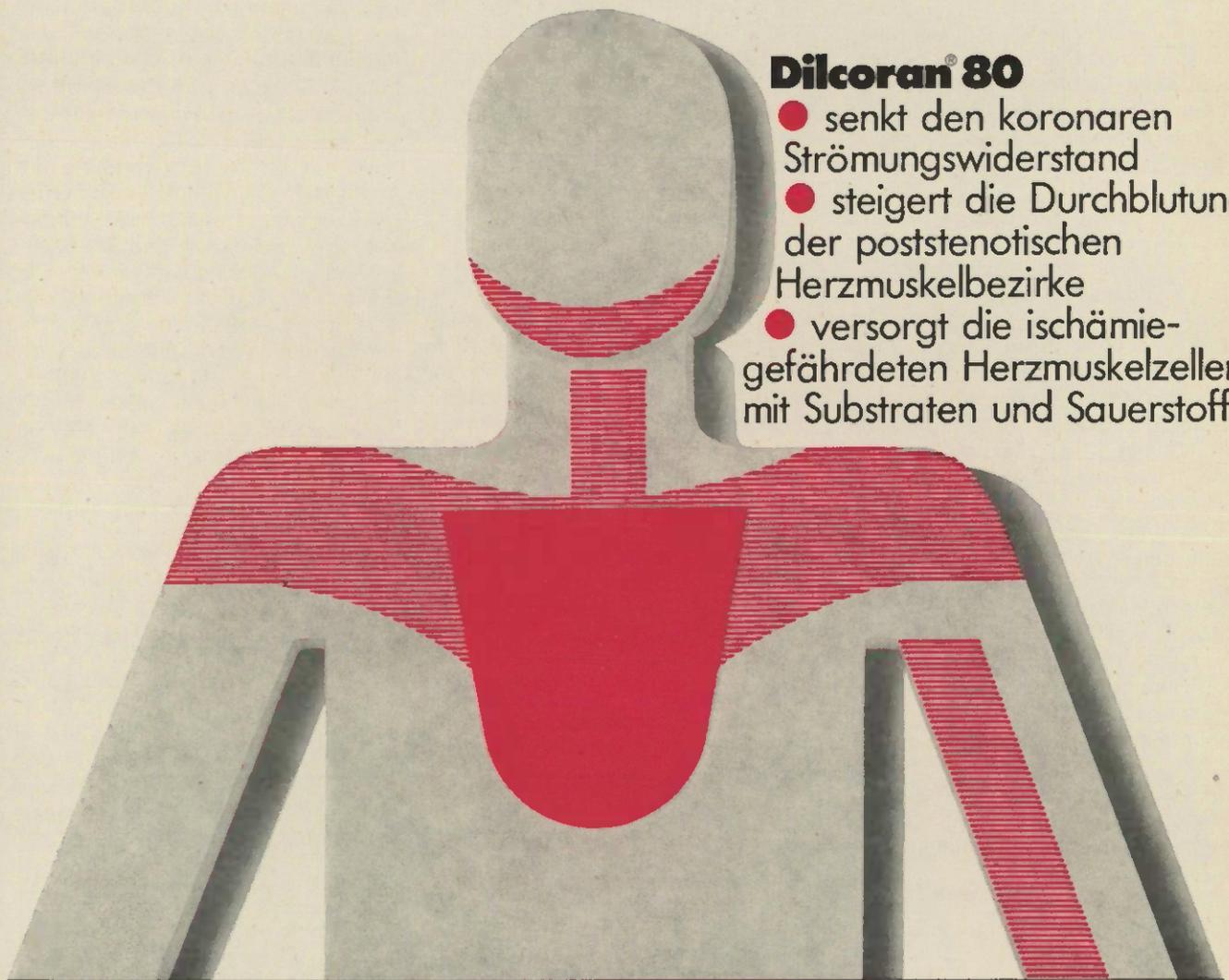
Als Kombinationstherapie hat sich die Applikation von Gentamicin (oder Tobramycin oder Sisomicin) in einer Dosierung von 5 mg/kg/Tag i.v. plus 200 bis 300 mg/kg/Tag Ampicillin zusammen mit einem penicillinasefesten Penicillin, wie z. B. Oxacillin, Cloxacillin oder Dicloxacillin, in einer Dosierung von 80 bis 100 mg/kg/Tag bewährt. Hierdurch wird ein ausreichend breites Erreger-spektrum erfaßt.

Die Kombination Ampicillin plus Isoxazolylpenicillin (Oxacillin usw.) kann durch ein Cephalosporin-Antibiotikum, beispielsweise Cephalotin, Cephacetril, Cephapirin oder Cephradin, in einer Dosierung von 100 bis 150 mg/kg ersetzt werden. Cefazolin (nicht beim Säugling!) sollte mit 50 bis 100 mg/kg/Tag dosiert werden. (Bei der Gabe von Aminoglykosid-Antibiotika allein oder in Kombination mit Cephalosporinen ist wegen eventueller nephro- und ototoxischer Nebenwirkungen stets die Nierenfunktion zu überprüfen. Gefahr der Kumulation!)

Bleiben sämtliche kulturellen Resultate negativ, führt man die Kombinationstherapie solange weiter, bis eindeutige klinische und laborchemische Hinweise für eine Heilung vorliegen. Generell sollte die Chemotherapie zur Rezidivprophylaxe mindestens fünf Tage nach Entfieberung

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

fortgesetzt, insgesamt mindestens jedoch drei Wochen durchgeführt werden. Chirurgisch angehbare Sepsisherde müssen operativ behandelt werden.

Eine gute Allgemeinüberwachung des Patienten (regelmäßige Kontrollen von Puls, Blutdruck, Temperatur, Urinausscheidung, Hautfarbe, Bewußtseinszustand, Auskultation von Herz und Lungen) ist neben der laufenden Kontrolle der Laborbefunde (Blutbild, Nierenfunktion, Gerinnungsverhältnisse, Elektrolyte) besonders wichtig.

Die Vitalfunktionen müssen gesichert werden. Dies bedeutet Schockbekämpfung, Beatmung bzw. Atemhilfen, Azidoseausgleich.

Der septische Schock, vorzugsweise bei gramnegativen Septikämien, ist mit einer Letalität von 60 bis 80 Prozent die bedrohlichste Komplikation der Sepsis. Die Volumenexpansion mit bilanzierten Elektrolytlösungen ist die entscheidende therapeutische Maßnahme. Der Einsatz adrenerger und/oder adrenolytischer Substanzen ist, wie die Gabe von Hydrocortison oder Prednisolon, zu empfehlen. Bei erwiesener Verbrauchskoagulopathie muß eine Therapie mit Heparin eingeleitet werden. Bei Herzinsuffizienz empfiehlt sich außerdem die Digitalisierung. Bei sehr schweren Verlaufformen der Sepsis, hauptsächlich bei Neu- und Frühgeborenen, ist eine *Austauschtransfusion* häufig die „ultima ratio“.

3. Therapie der Meningitis nach der Neonatalperiode

Die häufigsten Meningitiserreger in dieser Altersstufe, d. h. nach der vierten bis sechsten Lebenswoche, sind Meningokokken, Pneumokokken und Haemophilus influenzae, wobei die Häufigkeitsverteilung innerhalb der drei Erregerspezies örtlich schwanken kann. In dieser Altersstufe wird derzeit vorwiegend Haemophilus influenzae isoliert, im Schul- oder Adoleszentenalter spielen bei uns die Meningokokken die Hauptrolle, die auch zusammengefaßt für das gesamte Kindesalter an der Spitze stehen. Streptokokken finden sich dagegen auch in dieser Altersgruppe relativ selten. Die Häufigkeit der Influenza-Meningitis läßt im Schulalter nach, im Gegensatz zur Pneumo- und Meningokokken-

Meningitis. Ätiologie und somit auch das Erregerspektrum sind bei Säuglingen und Kleinkindern nicht grundsätzlich verschieden. Der Verlauf ist jedoch bei Säuglingen im allgemeinen schwerer, und die Prognose ist ungünstiger.

Für den Erfolg der antibiotischen Therapie ist der Zeitpunkt ihres Beginns von entscheidender Bedeutung. Bei jedem Meningitisverdacht muß möglichst bald die Lumbalpunktion durchgeführt und bei positivem Ergebnis unmittelbar mit der Behandlung begonnen werden. Nur unter besonderen Verhältnissen wird der praktische Arzt oder der Kinderarzt in der Lage sein, gleich am Krankenbett Liquor zu gewinnen und den Erreger zu isolieren. Aus diesem Grunde ist es am besten, das Kind ohne Zeitverlust in eine Kinderklinik zu überweisen. Nur wenn dadurch der Beginn der Behandlung um Stunden verzögert würde, muß schon der Hausarzt Antibiotika verabreichen. Stets muß er sich dabei aber die Frage vorlegen, ob der Vorteil einer ungezielten Therapie den Nachteil übertrifft, daß danach der Erreger meist nicht mehr identifiziert werden kann. Eine sofortige chemotherapeutische Behandlung in der

Klinik ist in jedem Falle erforderlich bei Verdacht einer akuten Meningitis aufgrund der klinischen Zeichen, oder und wenn es sich, entsprechend dem mikroskopischen Liquorbefund, aller Wahrscheinlichkeit nach um eine bakterielle Infektion handelt.

Es gelten dann folgende Regeln für das *chemotherapeutische Vorgehen*: Läßt der Liquorbefund keinen eindeutigen Schluß auf eine virale Infektion zu, oder sind Bakterien mikroskopisch nachgewiesen und müssen erst noch angezüchtet werden, dann gilt für diese Altersstufe die Applikation von Ampicillin parenteral, das gegen Haemophilus influenzae, Pneumokokken und Meningokokken zuverlässig wirksam ist. Die Dosis beträgt 300 bis 400 mg/kg/Tag. Solange eine Entzündung der Meningen anzunehmen ist, und diese noch für Penicillin durchlässig sind, ist zusätzlich die Gabe von Penicillin G in einer Dosierung von 500 000 E/kg/Tag, ebenfalls parenteral wegen seiner zuverlässigen Wirkung gegen Pneumokokken, zu empfehlen.

Da vor allem aus den USA, in jüngster Zeit aber auch aus Deutschland, Berichte über *ampicillinresistente*

Antibiotika und Chemotherapeutika Internationale Freinamen und Handelsbezeichnungen

Freiname	Handelsbezeichnungen (Auswahl)
Amikazin	Biklin
Ampicillin	Binotal, Ambiosin, Deripen u. a.
Carbencillin	Anabactyl, Microcillin
Cefazolin	Grammaxin, Elzogram, Zoicef
Cefalotin	Cepovenin, Cefalotin
Cephacetril	Celospor
Cephaprin	Bristocef
Cephalexin	Oracef, Ceporexin
Cephradin	Sefril
Chloramphenicol	Leucomycin, Paraxin, Catilan
Clindamycin	Sobelin
Cloxacillin	Staphobristoi, Gelstaph
Dicloxacillin	Dichlor-Stapenor, Constaphyl
Flucloxacillin	Staphylex
Gentamicin	Refobacin, Sulmycin
Nystatin	Moronal
Oxacillin	Stapenor, Cryptocillin
Penicillin G	Penicillin „Göttingen“ Penicillin „Grünenthal“ u. a.
Penicillin V	Beromycin, Isocillin, Arcarsin u. a.
Phenethicillin	Pen 200, Oralopen
Propicillin	Piucillin, Baycillin
Sisomicin	Extramycin, Pathomycin
Tobramycin	Gernebcin

Tabelle 2

Stämme von Haemophilus influenzae vorliegen, wird neuerdings wiederum die zusätzliche Gabe von Chloramphenicol in einer Dosierung von 100 bis 150 mg/kg/Tag empfohlen. Nach Erregerisolierung und Resistenztestung kann dann mit der entsprechenden Monotherapie weiterbehandelt werden. Bei nachgewiesenen Meningokokken wird die Therapie mit Penicillin G allein weiter- bzw. durchgeführt.

Therapiedauer

Bei Meningokokken-Meningitis kann bei entsprechendem klinischen Verlauf die Therapie bereits nach 14 Tagen beendet werden. Im übrigen sollte die Behandlung mit Ampicillin ca. 10 bis 14 Tage lang nach Absinken der Liquorzellzahl auf unter 100 bzw. nach Entfieberung fortgesetzt werden.

Zur Umgebungsprophylaxe (hauptsächlich bei Meningokokken-Meningitis) werden Oralpenicilline (Penicillin V, Propicillin, Phenethicillin) in einer Dosierung von 0,5 Mill. E für Kinder und 1 Mill. E für Erwachsene für den Zeitraum von einer Woche verabreicht.

Antibiotika und Chemotherapeutika Internationale Freinamen und Handelsbezeichnungen

— s. Tabelle 2 —

Anschrift des Verfassers:

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

80. Deutscher Ärztetag

vom 10. bis 14. Mai 1977
In Seerbrücken

30. Bayerischer Ärztetag

vom 7. bis 9. Oktober
1977 in München

Nephrologische Notfälle *

von J. Eigler

Aus der Medizinischen Klinik Innenstadt der Universität München
(Direktor: Professor Dr. med. E. Buchborn)

Einleitung

Für die Analyse nephrologisch bedingter Notfälle erweisen sich zwei etwas grundsätzlichere Feststellungen als zweckmäßig:

1. Die Niere ist als Regulationsorgan von Wasser-, Elektrolyt- und Säurebasenhaushalt sowie von Blutdruck und zahlreichen Stoffwechselprozessen von so zentraler Bedeutung, daß Erkrankungen und Funktionsstörungen zu Rückwirkungen und klinischen Symptomen in fast allen Organsystemen führen. „Grenzüberschreitungen“, insbesondere zur Urologie, Gynäkologie, Toxikologie oder Pädiatrie, sind daher häufig, und eine präzise Definition des „nephrologischen“ Notfalles ist kaum zu geben.

2. Bei der diagnostischen Abklärung von nephrologisch bedingten Notfallsituationen sollte man stets von der Frage ausgehen, ob es sich dabei um ein akutes Ereignis bei einem bisher Nierengesunden oder bei einem bereits Nierenkranken, insbesondere chronisch Niereninsuffizienten, handelt. Da manche Notfallsituationen praktisch nur bei Nierenkranken bzw. Niereninsuffizienten beobachtet werden, kann die Kenntnis dieses Sachverhaltes wichtige differentialdiagnostische Hinweise geben. Ein Beispiel dafür ist der Patient im chronischen Dauerdialyse-Programm mit möglicherweise von daher geprägter Symptomatik. Derzeit gibt es in der Bundesrepublik etwa 5500 Dialyse-Patienten; es handelt sich also keineswegs mehr um eine Patientengruppe, die nur den Spezialisten etwas angeht.

Im Zusammenhang mit den hier eingeführten Überlegungen sowie im Hinblick auf die zunehmende Überalterung der Bevölkerung und damit unseres Patientengutes hat die in Abbildung 1 dargestellte Beziehung zwischen Nierenfunktion und Alter an Bedeutung weiter gewonnen. Physiologischerweise kommt es mit zunehmendem Alter zu einer Abnahme der renalen Funktionen, so daß beim 80jährigen das Glomerulusfiltrat — die für die Ausscheidung

harnpflichtiger Substanzen entscheidende Funktionsgröße — nur noch halb so groß ist wie beim 20jährigen, eine Azotämie also infolge verminderter glomerulärer Filtration bei älteren Patienten rascher auftritt. Dabei ist bei älteren Menschen das Serumkreatinin infolge Abnahme der Muskelmasse im Mittel weniger hoch als bei jugendlichen Erwachsenen mit gleich großem Glomerulusfiltrat.

Wichtig ist diese Beziehung zwischen Funktion und Alter u. e. für die Pharmakokinetik, d. h. (im Rahmen unseres Themas) für Notfallsituationen, die aus einer relativen Überdosierung von renal eliminierten Pharmaka resultieren können. Als Beispiele sind u. a. die Digitalis-induzierten Herzrhythmusstörungen und die medikamentös bedingte Hyperkaliämie (s. unten) zu nennen.

Unter Berücksichtigung dieser etwas allgemeineren Feststellungen erscheint es zweckmäßig, die nachfolgende Besprechung von einigen nephrologischen Notfällen nach *Leitsymptomen* zu ordnen.

Koma und Krampfanfall

Durch renale Erkrankungen ausgelöste Störungen des Bewußtseins müssen differentialdiagnostisch bei allen komatösen Patienten in Erwägung gezogen werden (Tab. 1). Der Bewußtseinsverlust ist jedoch nur zu einem Teil direkte Folge der Retention harnpflichtiger Substanzen, meistens resultiert er aus der Kombination mit gleichzeitig vorhandenen Störungen des Wasser-, Elektrolyt- und Säurebasenhaushaltes sowie des Blutdruckes. Das gilt insbesondere für den großen zerebralen Krampfanfall. Das Gehirn des Urämiikers besitzt zwar eine erhöhte Krampfbereitschaft, als krampfauslösende Faktoren sind jedoch fast

*) Vortrag anlässlich der 16. Tagung der Vereinigung der Fachärzte für Innere Medizin Bayerns e. V. in München.

Die Referate dieser Varenstaltung werden in Band 43 der von der Bayerischen Landesärztekammer herausgegebenen Schriftenreihe veröffentlicht.



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

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

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

Zusammensetzung:

1 Dragée enthält:

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

Kontraindikationen:

Anamnestisch bekannte oder manifeste Depressionen, Sulfonamid-Überempfindlichkeit, therapieresistente 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-Combinations Boehringer Mannheim: Creatinin, Harnstoff), da es zur Verstärkung einer Azotämie kommen kann.

Nebenwirkungen und Hinweise:

Vereinzelte 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. Rücklage 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 6,50
OP mit 50 Dragées	DM 14,60
OP mit 100 Dragées	DM 26,80
AP mit 250 und 1000 Dragées.	



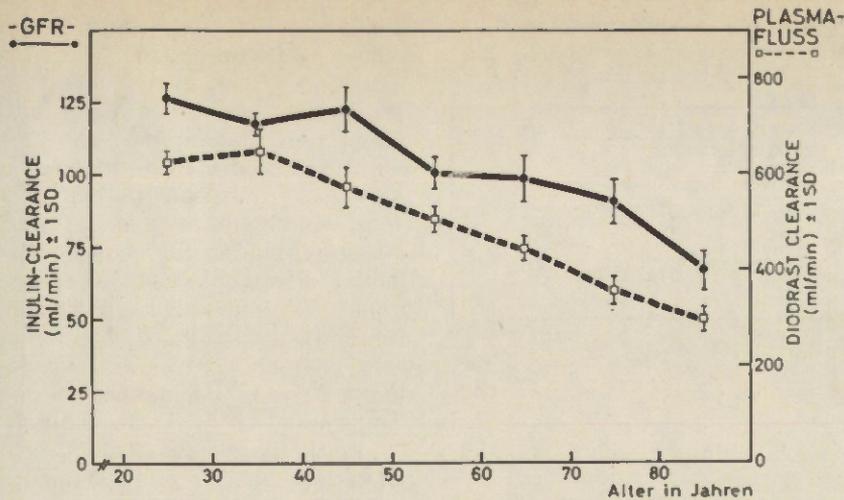


Abbildung 1

Beziehung zwischen Nierenfunktion (Glomerulusfiltrat und renaler Plasmefluß) und Lebensalter. Jenseits des 80. Lebensjahres entspricht die Nierenfunktion nur noch etwa der Hälfte der des jugendlichen Erwachsenen

(aus: D. F. Davies und N. W. Schock, Age Changes in Glomerular Filtration Rate, Effective Renal Plasma Flow and Tubular Excretory Capacity in Adult Males. J. Clin. Invest. 29, 496 [1950])

immer die oben genannten Störungen zu erurieren. Ihre therapeutische Korrektur ist daher zur Vermeidung von Rezidiven immer anzustreben. Die aktuellen therapeutischen Notfallmaßnahmen beim zerebralen Krampfanfall selbst sind beim Nierenkranken die gleichen wie beim Nierengesunden.

Makrohämaturie

Angaben zur Differentialdiagnostik des häufig dramatischen Symptoms Makrohämaturie sind auf Tabelle 2 zusammengestellt. Besonders erwähnt werden soll die durch Antikoagulantientherapie gelegentlich hervorgerufene Blutung und die hämorrhagische Zystitis nach Zytostatikatherapie. Die Papillennekrose, bei der abgehende Gewebsbröckel

auch Kolikschmerzen verursachen können, findet sich vorwiegend bei Patienten mit diabetischer oder Analgetika-induzierter Nephropathie, allerdings erst im Stadium der chronischen Niereninsuffizienz.

Ein Patient mit Verdacht auf einseitig bedingte Makrohämaturie gilt als Notfall mit der Pflicht zu umgehender diagnostischer Abklärung durch den Urologen insbesondere dann, wenn die Hämaturie nur intermittierend und vergleichsweise selten auftritt; verständlicherweise werden die weiteren diagnostischen Schritte klarer und konsequenter vorgezeichnet, wenn durch Zystoskopie eine Seitenlokalisierung der Blutung gelingt.

Neben der akuten schweren Glomerulonephritis mit Makrohämaturie

Ursachen zerebraler Krampfanfälle bei Nierenkranken

<ul style="list-style-type: none"> ● Hypertone Krisen ● Urämie ● Abrupte Änderungen in der Zusammensetzung extrazellulärer Flüssigkeit ● Überwässerung ● Hyponatriämie ● Medikamente (selten) Penicillin in hoher Dosierung Phenothiazine INH 	} bei Niereninsuffizienz
---	--------------------------

Tabelle 1

Ursachen von Makrohämaturie

<ul style="list-style-type: none"> Nephrolithiasis Tumoren Papillennekrose Zystennieren Akute Glomerulonephritis IgA-Nephritis Hämorrhagische Diathese (z.B. bei Antikoagulantientherapie) Hämorrhagische Zystitis (bei Zytostatikatherapie) Traumen

Tabelle 2

gibt es eine immunologisch durch IgA-Ablagerung charakterisierte Glomerulonephritisform, bei der es intermittierend immer wieder zu Blutungen kommt. Die Prognose ist vergleichsweise günstig, die Diagnose allerdings ohne perkutane Nierenbiopsie und immunhistologische Untersuchung nicht zu stellen.

Bei intakter Ausscheidungsfunktion empfiehlt sich therapeutisch in allen Fällen von Makrohämaturie eine reichliche Flüssigkeitszufuhr unter Bilanzbedingungen, um einen „Spülungseffekt“ zu erzielen. Man muß allerdings immer darauf achten, daß sich größere Blutkoagel in der Harnblase nicht ansammeln; bei Verdacht auf Blasen tamponade ist die sofortige urologische Intervention indiziert.

Akuter Lendenschmerz

Ursachen des renal bedingten akuten Lendenschmerzes sind auf Tabelle 3 zusammengestellt. Als häufige Ursache muß die akute – nicht die chronische – Harnstauung jeder

Renal bedingte Ursachen von akutem Lendenschmerz

<ul style="list-style-type: none"> Harnstauung Nephrolithiasis Akute Pyelonephritis Pyonephrose Nierenblutungen Papillennekrose Niereninfarkt Perinephritischer Abszeß
--

Tabelle 3

Genese genannt werden, weil – wie bei allen parenchymatösen Organen – die ihr zugrunde liegende Kapselspannung schmerzhaft ist. Bei der Urolithiasis wird der Flankenschmerz, d. h. die Klopfempfindlichkeit der Nierenlager, darauf zurückgeführt, während der Kolikschmerz selbst durch die Wanderung des Konkrements im Ureter entstehen soll. Bei typischer Symptomatologie bereiten die Diagnose Nephrolithiasis und deren mindestens symptomatische Therapie kaum Schwierigkeiten, aber auch Blutkoagel können die Symptome des Steinleidens verursachen, und nicht selten berichtet der Patient nur über uncharakteristische Beschwerden, die vom fehlinterpretierten Lumbago bis zur akuten Zystitis reichen, letzteres dann, wenn der Stein prävesikal im Ureter festsetzt.

Einen zusätzlichen Aspekt gewinnt die Nephrolithiasis im Rahmen der bakteriellen Infektion der Niere und ableitenden Harnwege: So müssen die akute Pyelonephritis im Gefolge einer Obstruktion, die Pyonephrose und der perinephritische Abszeß deshalb als Notfallsituationen erwähnt werden, weil sie Ausgangspunkt akut lebensbedrohlicher septischer Komplikationen werden können. Die Gefahr einer tödlichen gramnegativen Sepsis infolge septischen Schocks mit Verbrauchskoagulopathie rechtfertigt als Leitsatz die These, daß jeder Patient mit Harnwegsobstruktion und Schüttelfrost durch eine Urosepsis bedroht ist und deshalb in eine internistisch und urologisch entsprechend ausgestattete Klinik eingewiesen werden sollte. Nur eine möglichst frühzeitig einsetzende Diagnostik mit konsequenter Therapie, die in aller Regel die Beseitigung der Obstruktion oder auch die operative Entfernung des Sepsisherdes einschließt, kann hier eine Besserung bringen.

Renel bedingte Dyspnoe

Bei Atemnot stehen von nephrologischer Seite die in Tabelle 4 aufgeführten diagnostischen Erwägungen an erster Stelle. Die Herzinsuffizienz ist in der Regel Folge des häufig bestehenden Hochdruckes oder der Überwässerung. Als Konsequenz aus Hypertonie und Flüssigkeitsretention kann sie daher durchaus Leitsymptom bei Patienten mit akuter Glomerulonephritis sein.

Ursachen von Dyspnoe infolge reneler Erkrankungen

Herzinsuffizienz Sogenannte „fluid-lung“ Perikarderguß (Temponade) Anämie Dekompensierte Azidose
--

Tabelle 4

Die sogenannte urämische fluid-lung, ein Symptom, das durch auffallend starke Unruhe und Dyspnoe des Patienten bei vergleichsweise geringem Auskultationsbefund gekennzeichnet ist, weil es sich dabei um ein vorwiegend interstitielles und nicht wie bei der akuten Linksherzinsuffizienz alveoläres pulmonales Ödem handelt, kommt durch Überwässerung von Patienten mit hochgradiger akuter oder chronischer Niereninsuffizienz zustande. Diagnostischer Schlüssel ist die Röntgenthoraxaufnahme. In schweren Fällen ist die möglichst rasche Dialyse erforderlich. Außerdem lohnt ein Versuch mit hohen Lasix-Dosen (bis zu 1000 mg/24 Std. intravenös), weil dem Organismus auf diese Weise oft noch so viel Flüssigkeit entzogen werden kann, um den Kranken fürs erste von seinem quälenden und bedrohlichen Syndrom zu befreien. Auch die Induktion von Durchfällen mit Hilfe von osmotisch wirksamen Laxantien, wie Sorbit, ist für den Notfall eine wirksame Methode, für den Patienten allerdings mit ver-

ständlicher Belastung und Unannehmlichkeit verbunden.

Der Perikarderguß als Folge der urämischen Perikarditis ist stets Zeichen einer fortgeschrittenen akuten oder chronischen Niereninsuffizienz, wobei allerdings immer noch unklar ist, werum nur manche Patienten diese potentiell lebensbedrohliche Komplikation entwickeln, während andere höhere Retentionswerte weitgehend symptomlos tolerieren. Die akute Symptomatik des hämodynamisch wirksam werden den Perikardergusses besteht nicht nur in der massiven und zunehmenden Einflußstauung, sondern auch in einer mit Dyspnoe verbundenen Unruhe des Patienten, die infolge einer Verminderung des Schlagvolumens mit einer Abnahme des systolischen Druckes und Kollapszeichen einhergeht. Diagnostisch ist das Thoraxbild keineswegs immer so charakteristisch, wie häufig beschrieben wird. Neben der sorgfältigen klinischen Analyse, die letztlich über das akute therapeutische Vorgehen entscheidet, erweist sich diagnostisch am hilfreichsten die Szintigraphie und in Zukunft wahrscheinlich auch die Sonographie. Auf dem szintigraphischen Bild gilt der große Freiraum zwischen Aktivitätsanreicherung in den Herzhöhlen und der Leber als diagnostisches Charakteristikum.

Bei hämodynamischer Wirksamkeit ist die Indikation zur Perikardpunktion auch als Noteingriff gegeben. Das Punktat ist in der Regel hämorrhagisch.

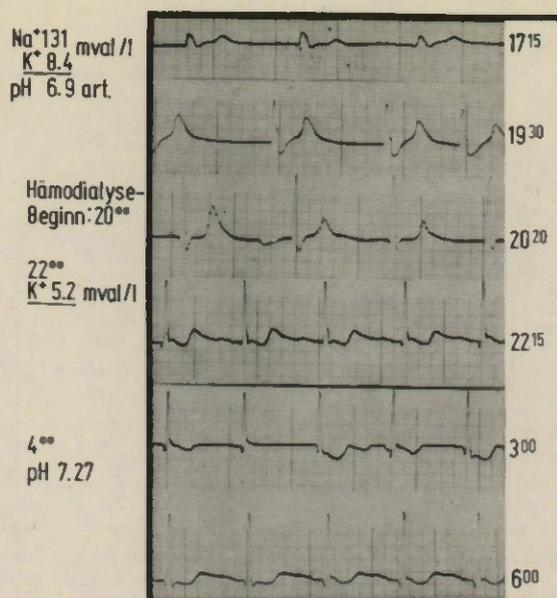


Abbildung 2
Hyperkaliämie und elektrokardiographische Veränderungen. Wahrscheinlich infolge der vorbestehenden schweren Störungen kommt hier im Zustand der extremen Hyperkaliämie das dafür „typische“ elektrokardiographische Bild nicht zur Darstellung und wird fehlgedeutet

Jede Kalium-Zufuhr unterbinden
 50 ml 10 %ige NaCl-Lösung i. v.
 100 ml 8 %ige Na-bicarb. Lösung bzw.
 250 ml 4 %ige Na-bicarb. Lösung i. v.
 20–50 ml 10 %iges Ca-gluconat i. v.
 Hochprozentige Glucoselösung i. v. (z. B. 250 ml 20 %)
 mit 10 E Alt Insulin pro 50 g Gluc.
 Kaliumbindende Kunsterze (Resonium A® oder Serdolit®)
 – Hämodialyse –

Obstruktive Uropathien (Harnverhaltung)
 Hypovolämie (Exsikkose)
 Kreislaufchock („Niere im Schock“)
 Schockniere (zirkulatorisch bedingtes akutes Nierenversagen)
 Schwere Herzinsuffizienz
 Dekompensierte Leberzirrhose
 Schwere ekute Glomerulonephritis
 Toxische Nephropathien

Tabelle 5

Tabelle 6

Hyperkaliämie

Zu den bedrohlichsten nephrologischen Notfällen zählt wegen der kardiotoxischen Wirkung die Hyperkaliämie. Sie kommt vor:

1. bei Niereninsuffizienten und
2. nach Anwendung sogenannter kaliumsparender Diuretika, und zwar in Abhängigkeit von der Dosis und einer vorbestehenden Einschränkung der Nierenfunktion. Azotämische Patienten sollten daher mit diesen Medikamenten nicht oder nur ausnahmsweise behandelt werden.

Die Korrelation zwischen Serumkaliumspiegel und elektrokardiographischen Veränderungen ist nicht immer gut; die Diagnose aus dem Elektrokardiogramm kann dann große Schwierigkeiten machen, wenn schwere vorbestehende unspezifische EKG-Veränderungen die Hyperkaliämiezeichen verschleiern.

Ein Beispiel dafür bietet Abbildung 2. Bei diesem Patienten kam bei einem Serumkaliumspiegel von 8,4 mval/l und einer extremen metabolischen Azidose im EKG eine Blockbildung zur Darstellung, die von uns nicht primär als Hyperkaliämie-bedingte Veränderung angesehen und daher erst therapiert wurde, nachdem aus dem Labor die entsprechenden Ergebnisse eintrafen und die Diagnose insgesamt sicher erschien.

Die Notfallmaßnahmen bei bedrohlicher Hyperkaliämie mit elektrokardiographischen Veränderungen enthält Tabelle 5. Am schnellsten wirkt die Infusion von hochprozentiger Natriumchlorid- und Natriumbicarbonat-Lösung sowie Kalziumgluconat, wobei die Kalziumgabe

als die ad hoc wirksamste und risikoärmste Maßnahme gilt, allerdings nur wenige Stunden andauert und daher höchstens als Überbrückungsmaßnahme bis zur Einleitung und zum Wirksamwerden definitiverer Maßnahmen anzusehen ist.

Oligoanurie

Auch die Oligoanurie (Tab. 6) muß man zu den Notfallsymptomen rechnen, weil eine diagnostische Abklärung umgehend erforderlich ist. In der Praxis ist die Harnverhaltung sicher häufigste Ursache, bei der es sich – streng genommen – jedoch

nicht um eine Anurie im eigentlichen Sinn handelt.

Eine sogenannte reflektorische Anurie als Ursache einer Niereninsuffizienz gibt es nicht.

Pathogenetisch steht bei jeder Oligurie die Verminderung der glomerulären Filtration mit konsekutiver Retention harnpflichtiger Substanzen im Mittelpunkt und damit differentialdiagnostisch die Frage nach prä-, intra- bzw. postrenal bedingter Störung. Die schwere Exsikkose mit Hypovolämie und verminderter glomerulärer Filtration ist eine Form der prärenal bedingten akuten Niereninsuffizienz; sie kann mit Bewußtseinstrübung und hohem Fieber ein-

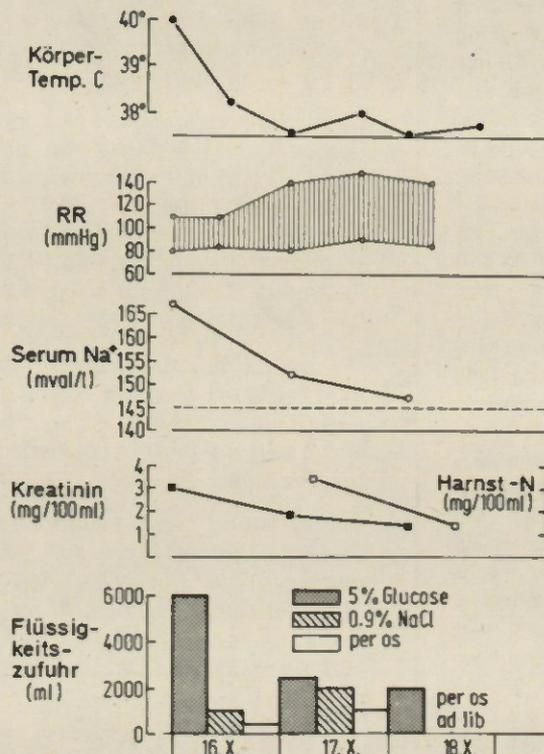


Abbildung 3

Beispiel für eine prärenal bedingte Niereninsuffizienz infolge schwerer Exsikkose (sogenannte hypertone Dehydratation) und konsekutiver Hypovolämie. Normalisierung aller pathologischen Veränderungen durch reichliche Zufuhr von osmotisch frei verfügbarem Wasser (hier fünfprozentige Glucoselösung i. v.)

hergehen. Beim Adipösen ist die Exsikkose an den Hautveränderungen oft weniger leicht diagnostizierbar, weil physiologischerweise der Wassergehalt der Fettzelle geringer ist als der anderer Zellen.

Ein Beispiel für prärenal bedingte Niereninsuffizienz durch Exsikkose ist in Abbildung 3 aufgeführt. Hier wurde uns ein Patient unter dem Verdacht der Sepsis zuverlegt, nachdem er auswärts in hohen Dosen zunächst Psychopharmaka und dann wegen deliranter Zustände sedierende Medikamente über längere Zeit erhalten hatte. Das hohe Fieber – typischerweise ohne Schüttelfrost –, die Bewußtseinsstörung und die hier mit 167 mval/l extreme Hypermetriämie verschwanden innerhalb der ersten Stunden, nachdem während dieser Zeit dem Patienten sechs Liter osmotisch frei verfügbares Wasser in Form von fünfprozentiger Glukose zugeführt worden waren.

Das akute Nierenversagen im eigentlichen Sinn ist in 80 bis 90 Prozent der Fälle zirkulatorischer Genese; ihm geht deshalb oft ein faßbares Schockereignis – etwa im Zusammenhang mit Traumen oder Operationen – voraus. Zusätzliche diagnostische Schwierigkeiten kann es geben, wenn ein solches Ereignis fehlt oder – verschwiegen wird.

Eine 25jährige Patientin erkrankte an einem hochfieberhaften „grippalen“ Infekt mit Erbrechen, Durchfall und Kollapsneigung. Nach scheinbarer klinischer Besserung nahm sie salzreiche Nahrung zu sich und entwickelte daraufhin Durst, den sie durch erhebliche Flüssigkeitszufuhr zu stillen suchte. Akuter Gewichtsanstieg und Atemnot waren die Folge, bis durch erneut einsetzenden Brechreiz die Nahrungs- und Flüssigkeitsaufnahme unterblieb und zu einer Besserung der Dyspnoe führte. Epikritisch darf man daraus folgern, daß die Patientin auf diese Weise ihr Überwässerungssyndrom infolge des akuten Nierenversagens selbst therapiert hat. Als die Kranke zehn Tage später wegen ekuter Niereninsuffizienz in unsere Klinik eingewiesen wurde, wirkte sie trotz hoher Retentionswerte (Harnstoff-Stickstoff 107 mg/100 ml, Serum-Kreatinin 11,3 mg/100 ml) im Bett liegend kaum mehr krank und erst auf eingehendes Befragen gab sie schließlich zu, daß die schwere Kollapsneigung im Anschluß an den grippalen Infekt sie veranlaßt habe, sich an Bäumen und Pfählen festbinden zu lassen, um als Fotomodell berufliche Verpflichtungen in Form von Außenaufnahmen noch einlösen zu kön-

nen. Als die Patientin zu uns kam, war sie nicht oder nicht mehr oligurisch, sie vermochte über dieses so wichtige Leitsymptom keine konkreten Angaben zu machen. Auch sie zeigte die prinzipiell gute Prognose des unkomplizierten akuten Nierenversagens: unter konservativer Therapie, die vornehmlich in einer sorgfältigen Bilanzierung des Wasser- und Elektrolythaushaltes besteht, war das Serum-Kreatinin nach drei Wochen bereits auf 1,5 mg/100 ml zurückgegangen. Eine Dialyse wurde hier nicht erforderlich.

Schwere Kollapszustände – natürlich nicht der vergleichsweise harmlose Ohnmachtsanfall – während oder im Anschluß an grippale Infekte sollten daher bedacht werden, wenn die aus einer akuten Niereninsuffizienz resultierenden Notfallsymptome bei einem Patienten auftauchen. Da im Rahmen einer kritischen Entfieberung derart folgenschwere Kollapszustände sich entwickeln kön-

nen, muß man in diesem Zusammenhang auch auf die Anwendung von fiebersenkenden Medikamenten, mindestens bei älteren Menschen, warnend hinweisen.

Schlußbemerkung

Für den in der Praxis Tätigen führt der Versuch, Leitsymptome nephrologisch bedingten Notfallsituationen zuzuordnen, schließlich immer wieder zu der Notwendigkeit, fachspezifische Überlegungen in das breite Spektrum aller differentialdiagnostischen Möglichkeiten einzubauen. Die hier gegebene Zusammenstellung kann daher nur als Hinweis und Anregung dienen.

Literatur beim Verfasser

Anschrift des Verfassers:

Professor Dr. med. J. Eigler, Leitender Oberarzt, Ziemssenstraße 1, 8000 München 2

Gesundheitspolitischer Arbeitskreis der CSU spricht Sewering das Vertrauen aus:

„Der Vorstand des Gesundheitspolitischen Arbeitskreises der CSU befaßte sich in seiner letzten Sitzung mit der seit Monaten gegen Professor Dr. Sewering laufenden Diffamierungskampagne. Abgesehen davon, daß die gegen ihn erhobenen Vorwürfe in vieler Hinsicht einer Nachprüfung schon bisher nicht standgehalten haben, stellt der Gesundheitspolitische Arbeitskreis fest, daß die Kampagne bisher in keiner Weise auf eine Klärung etwaiger Sachverhalte, sondern allein auf Rufmord abgestellt ist.

Besondere Aufmerksamkeit verdient es, daß Sprecher der Sozialdemokratischen Partei mit auffellender Schnelligkeit auf jede neue Aktion des Landesverbandes der Ortskrankenkassen in Bayern reagierten und lautstark den Rücktritt von Professor Sewering forderten. Sie verletzen damit allgemein anerkannte rechtsstaatliche Grundsätze und ließen unzweideutig erkennen, daß es ihnen lediglich darauf ankommt, einen unbequemen Gesundheits- und Sozialpolitiker außer Gefecht zu setzen.

Die bisherigen Erklärungen der SPD-Bayern zum sogenannten Fall Sewering sind als ein unzulässiger Eingriff in die gesetzlich geregelte Selbstverwaltung der Ärzte zurückzuweisen. Niemand anders als die Ärzte selbst wären berechtigt gewesen, einen Rücktritt Professor Sewerings zu fordern.

Der Vorstand des Gesundheitspolitischen Arbeitskreises spricht seinem Mitglied Professor Sewering sein volles Vertrauen aus und versichert ihm seiner Solidarität. Der GPA erwartet, daß er diese Auseinandersetzung im Interesse einer freiheitlichen Gesundheitspolitik ungebrochen durchstehen wird. Alle Gleichgesinnten sollten ihn dabei unterstützen.“

Zur Prophylaxe und Therapie von Schilddrüsenerkrankungen

Euthyrox Reines L-Thyroxin

Novothyral L-Thyroxin + L-Trijodthyronin

Jodid- Tabletten

Hauptindikationen:

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

MERCK

Euthyrox® 1 Tablette enthält
100 µg L-Thyroxin-Ne (L-T₄)
50 Tebl. mit Kreuzrille DM 10.65
100 Tebl. mit Kreuzrille DM 17.90

Novothyral® 1 Tablette enthält
100 µg L-Thyroxin-Ne (L-T₄)
20 µg L-Trijodthyronin-Ne (L-T₃)
50 Tebl. mit Kreuzrille DM 13.20
100 Tebl. mit Kreuzrille DM 24.30

Novothyral® mite
1 Tablette enthält
25 µg L-Thyroxin-Ne (L-T₄)
5 µg L-Trijodthyronin-Ne (L-T₃)
50 Tebl. mit Kreuzrille DM 7.70
Preise n. A.T.

Ferner jeweils Anstalts-Preckungen

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 Dosierreduktion erforderlich.

Zur Prophylaxe der endemischen Struma

Jodid-Tabletten
1 Tablette enthält 65.4 µg Keilumjodid, 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

E. Merck
Postfach 4119 6100 Darmstadt 1



HORMON
FORSCHUNG

MERCK

Colitis ulcerosa*

von W. Theisinger

Aus der Chirurgischen Klinik und Poliklinik der Technischen Universität München im Klinikum rechts der Iser (Direktor: Professor Dr. med. G. Meurer)

Mit Kirsner sei vorweg gesagt, daß man die Colitis ulcerosa therapeutisch noch nicht in den Griff bekommen hat trotz zahlreicher Einzelerekenntnisse. Die Therapie ist sowohl konservativ als auch operativ symptomatisch zu werten. Auf 100 000 Einwohner sind etwa sechs bis acht Colitis ulcerosa-Patienten anzusetzen.

Deucher definiert: Es handle sich um keine autonome Krankheit, sondern eine familiäre allergische oder anderweitige Prädisposition mit einer unspezifischen Reaktion des Dickdarmes auf verschiedene Noxen. Die Krankheit weist aber eine einheitliche Klinik, Pathologie und Therapie auf.

Symptome, die zur Krenkenhauselweisung führten

Durchfälle mit Blutbeimengungen
ohne Blutbeimengungen
Blutengang bei normaler Stuhlkonsistenz
Druckschmerz des Abdomens
Kolikartige Schmerzen
Tenesmen
Temperatur über 37,5° C rektal
Leukozytose mit Linksverschiebung
Leukozytenzahl normal mit Linksverschiebung
Erbrechen
Anämie
Stuhlinkontinenz
Schmerzen vor Defäkation
Schüttelfrost
Gewichtsverlust
Hypoproteinämie
Störungen des Wasser- und Mineralhaushaltes
Obstipation

Tabelle 1

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

Groß gibt eine typische Charakterisierung: Reinlich, sorgfältig mit guter Intelligenz, sensibel und leicht beleidigt, aber nicht in der Lage, selbst Gefühle zu zeigen. Großes Bedürfnis nach Geborgenheit, Mitgefühl und Liebe. Mangelndes Selbstwertgefühl, passive Haltung gegenüber dem Leben, Abhängigkeit von einer Schlüsselfigur.

Die Diagnose der Colitis ulcerosa kann in vielen Fällen schon bei der Anamneseerhebung herauskristallisiert werden. Aus der Tabelle 1 ersieht man die Symptome in der Reihenfolge ihrer Wertigkeit von den eigenen Patienten. Bei ausschließlichem Befall des Rektums kann die Obstipation vorherrschend sein bei hartem, blutig verfärbtem Stuhl.

Die Tabelle 2 weist auf einige differentialdiagnostische Erwägungen hin.

Verlaufsformen: In fünf Prozent der Fälle ist der Verlauf akut oder fulminant. Dieses Krankheitsbild wird von toxischen Symptomen geprägt: Wässrige, schleimige und blutige Durchfälle bis zu 10- bis 20mal und mehr täglich mit hohem Fieber, Schüttelfrösten, Schock, Exsikation. Die chronisch kontinuierliche Verlaufsform hat Dauerbeschwerden, die chronisch rezidivierende Verlaufsform hat verschieden lang andauernde Remissionen. Beide chronischen Formen können aus einer

Differentialdiagnostische Erwägungen

- Infektionen wie Staphylokokkeninfekte, Phlegmonen des Kolons, bazilläre und durch Amöben bzw. Belentidien bedingte Ruhr
- Sogenannte speizitische Granulome: Tuberkulose, Lues, Lymphogranulome inguinale, Morbus Hodgkin
- Parasiten wie Strongyloides stercoralis, Anisekiasis
- Toxisch chemische Einwirkungen: z. B. Quecksilber und Berylliumvergiftung, Urämie, Antibiotika u. ä.
- Pseudomembranöse Kolitis
- Blutkrankheiten, z. B. Agrenulozytosis

Tabelle 2

akuten oder fulminanten Form entstehen oder auch primär chronisch auftreten. Bei der Colitis ulcerosa, im Gegensatz zum Morbus Crohn, ist es möglich, daß jederzeit jede klinische Verlaufsform in eine andere überwechseln kann.

Aus der Abbildung 1 und 2 sind einerseits die Beziehung zwischen Lokalisation und Verlaufsform und andererseits die Häufigkeitsverteilung an den einzelnen Kolonabschnitten mit der entsprechenden Ausbreitungstendenz zu entnehmen. Diese Gesichtspunkte sind besonders wichtig bei der chirurgischen Indikationsstellung und zur Frage der Ausdehnung der Resektion.

Die Komplikationen (Tab. 3) sind zahlreich, vielgestaltig und können den Krankheitsverlauf und die Prognose erheblich beeinflussen. Das toxische Megakolon tritt in ein bis zwei Prozent der Fälle auf. Es ist als Komplikation einzuschätzen, da es seit der Einführung der Glucocorticoidtherapie häufiger geworden ist. Es handelt sich um ein hochtoxisches Krankheitsbild mit paralytischem Ileus. Pathologisch anatomisch sind ausgedehnte Nekrosen der Muscularis die Ursache. Der Nervenplexus in der Darmwand dagegen ist von diesen Nekrosen weniger betroffen. Der tödliche Ausgang bei dieser Komplikation beträgt immer noch zwischen 50 und 60 Prozent.

Perforationen treten in drei bis vier Prozent der Colitis ulcerosa auf. Auch nach Anlegen einer Ileostomie mit Ausschaltung des Kolons oder nach subtotaler Resektion sind Perforationen im verbliebenen Dickdarm bekanntgeworden. Die Colitis ulcerosa glimmt bei Ausschaltung aus der Nahrungspassage weiter und kann jederzeit aus jeder gerade

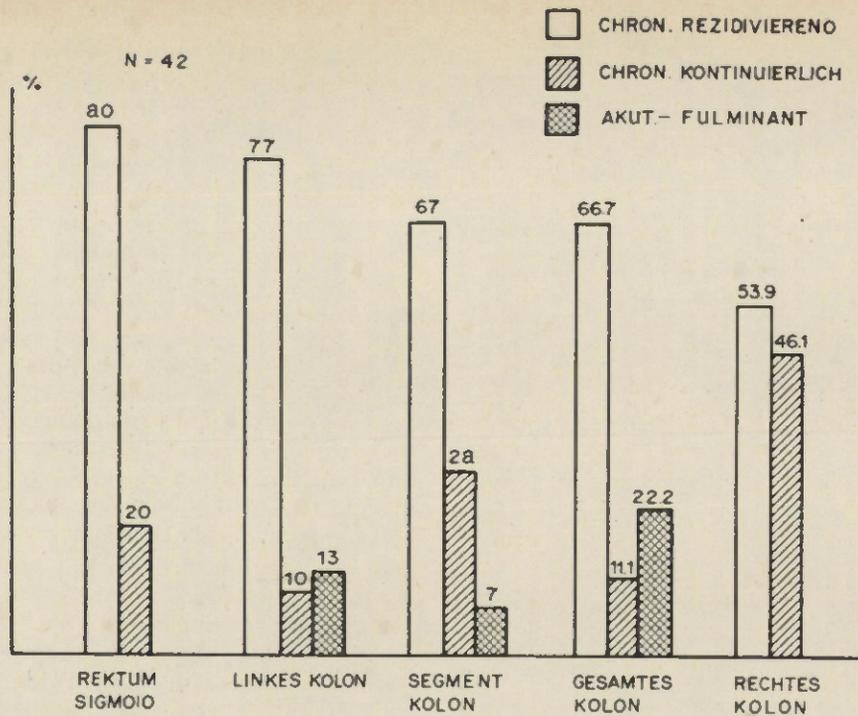


Abbildung 1
Die Beziehung zwischen Lokalisation und klinischem Typ bei der Colitis ulcerosa (nach Bockus)

bestehenden Verlaufsform in eine andere übergehen und jederzeit eine ernste Komplikation produzieren. Der Morbus Crohn dagegen weist nach Ausschaltung aus der Nahrungspassage in jedem Falle eine Rückbildung der Entzündungserscheinungen auf.

Die Blutung tritt ebenfalls in etwa fünf Prozent der Fälle auf und kann zur Notoperation zwingen.

Fisteln treten in etwa vier Prozent auf. Es kommt zu ischiorektalen und pararektalen Abszessen, wenn sie nicht ins hintere Scheidengewölbe oder durch die Bauchwand durchbrechen. Die Fistelbildungen beim Morbus Crohn sind wesentlich häufiger mit geradezu spezifischen enterozentralen Fisteln.

Die Pseudopolyposen (14 bis 20 Prozent) tritt infolge hypertrophischer

Komplikationen N = 42

Abszedierende Perisigmoiditis	1
Blutung	3
Karzinom (multilobulär)	1
Dickdarmp perforation	2
Erythema nodosum	1
Fistel	1
Ileus	2
Pseudopolyposen	2
Pyoderma gangraenosum	1
Strikturen des Rektums	1
Toxische Kolondilatation	2
Toxische Kolondilatation und Perforation	1

Tabelle 3

Schleimhautregenerate zwischen Narbenbildungen auf. Sie ist besonders häufig im Sigma und Rektum.

Die gefürchtetste Komplikation ist das Karzinom. Es wird fast immer erst im inoperablen Zustand diagnostiziert, da sich im Initialstadium der klinische Beschwerdekomples nicht ändert und das Karzinom bei der Colitis ulcerosa zudem oft multilobulär auftritt. Nach zehn Jahren beträgt die Häufigkeit zwischen fünf und zehn Prozent und nach 20 bis 25 Jahren sogar 20 Prozent. Im europäischen Schrifttum sieht die Statistik nicht so negativ aus. Maratka fand bei 600 Colitis ulcerosa-Kranken in 25 Jahren nur einmal ein Karzinom.

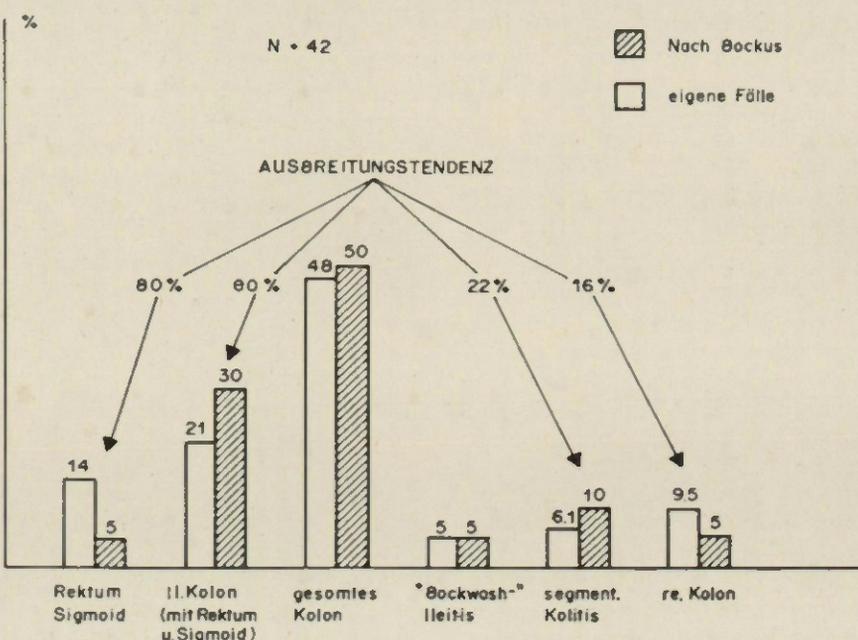


Abbildung 2
Häufigkeitsverteilung der Colitis ulcerosa in den einzelnen Kolonabschnitten

Die Fernkomplikationen als Ausdruck einer Autoimmunerkrankung treten bis zu 25 Prozent der Fälle auf: Darunter das Pyoderma gangraenosum, Arthritiden (5,6 Prozent), Leberzirrhosen (8,8 Prozent) und Augenkomplikationen (Iridozyklitis und Uveitis 7,5 Prozent). Zwei Meinungen stehen sich gegenüber: Mit der Entfernung des erkrankten Darmes gebe es diese auf immunologische Vorgänge hindeutende Komplikationen nicht mehr. Neuere Untersuchungen bestätigen, daß diese Nebenerkrankungen wieder auftreten können bzw. nicht ausheilen.

Die Prognose der Colitis ulcerosa ist bei einem derartig vielgestaltigen und wechselhaften Verlauf schwierig zu beurteilen. Viele Autoren stellen fest, daß ein Jahr nach Bestehen der Krankheit zwischen neun und 22 Prozent, nach fünf Jahren bereits

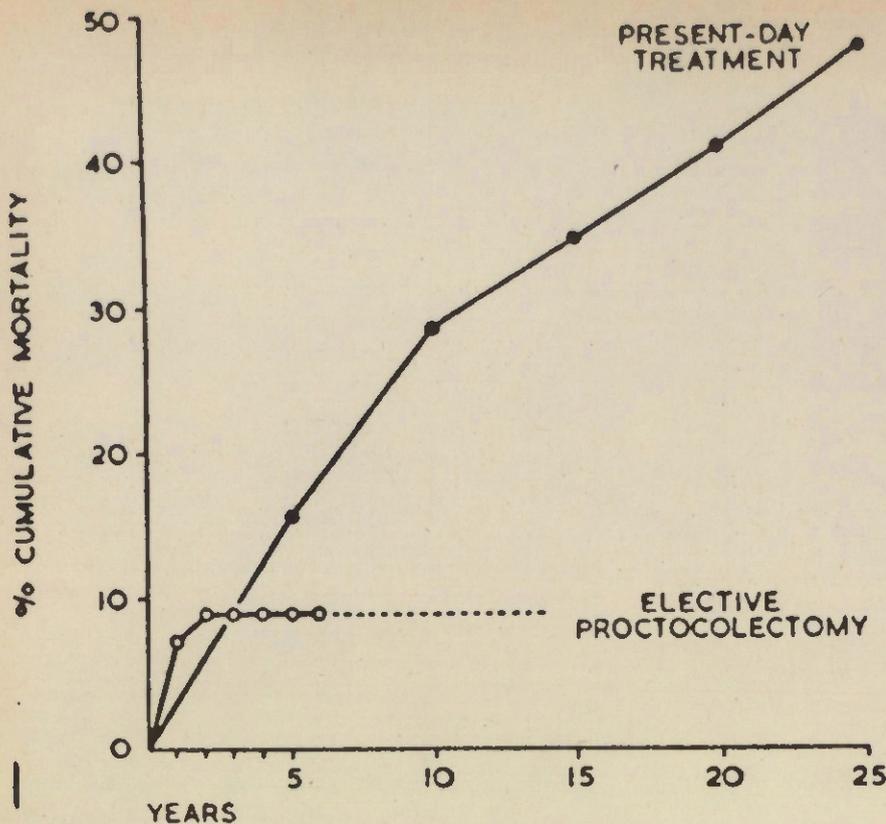


Abbildung 3
Kumulative Letalität bei der Colitis ulcerosa bei konservativer und operativer Behandlung
(nach Watts et al.)

zwischen 20 und 31 Prozent gestorben sind. Edwards und Truelove fanden 17 Prozent Mortalität in der Vorsteroidphase, in der Steroidphase nur noch vier Prozent. Das Alter und die Verlaufsform sind zu berücksichtigen, da schwere Verlaufsformen vorwiegend im Alter unter 20 und im Alter über 60 Jahre auftreten. Die auf das Rektum lokalisierte Form hat die beste Prognose. Je weiter oralwärts sich die Colitis ulcerosa ausbreitet, desto ungünstiger wird die Prognose. Die Kurve von Watts und Mitarbeiter (Abb. 3) zeigt deutlich, daß sich die Letalitätskurve bereits nach drei Jahren zugunsten der operativen Therapie entscheidet.

Therapie

Konservative oder operative Therapie sind jeweils abzuwägen. Gehört der Colitis ulcerosa-Kranke zunächst in die interne oder chirurgische Klinik? Stelzner, Deucher, Goligher und Watts sind ohne Einschränkung dafür, daß die Kolitis zunächst in die Hand des Internisten gehört. Es hat aber noch immer Gültigkeit,

daß eine Heilung der Colitis ulcerosa mit konservativen Maßnahmen nicht möglich ist. Aber viele Patienten leben mit einer wohlausgewogenen internistischen Betreuung in einem erträglichen Zustand. Bei mindestens einem Drittel der Patienten kommt der Zeitpunkt, der den chirurgischen Eingriff erfordert. Erst mit der Entfernung des Dickdarmes ist der Colitis ulcerosa das entsprechende Substrat entzogen im Gegensatz zum Morbus Crohn: Die hohe Rezidivquote bis 60 Prozent läßt durch die Operation keine Heilung erwarten.

Die konservative Therapie besteht zunächst – besonders bei den floriden Formen – in der absoluten Bett-ruhe mit Gabe von Sedativa, Elektrolytsubstitution, der Vorbeugung einer Anämie und einer Hypoproteinämie. Zur speziellen Therapie gehören heute die Azulfidine und die Glucocorticoide. Die Azulfidine haben ihre Hauptwirksamkeit in der subepithelialen terminalen Strombahn in der Darmwand. Nach Stelzner und Krauspe handelt es sich bei der Colitis ulcerosa um eine Veränderung in diesem Be-

reich. Die Azulfidine verwendet man jetzt, besonders der rezidiv-verhütenden Wirkung wegen, mit einer Tagesdosis von 2 bis 3 g. Größere Dosen werden vom Körper nicht utillisiert. Im akuten Schub dagegen sind die Glucocorticoide den Azulfidinen weit überlegen. Nach Demling u. a. werden als Anfangsdosis Prednison und Prednisolon 40 bis 80 und 100 mg täglich per os oder parenteral verabreicht. Wie immer bei Glucocorticoidthera-pien können Perforationen und Durchwanderungsperitonitiden verschlei-ert verlaufen, so daß besondere Sorgfaltspflicht in der Überwachung der Patienten anzuempfehlen ist. Von drei Perforationen unserer Kranken waren drei mit Prednisolon vorbehandelt worden. Andererseits gibt es Autoren, wie Korrelitz und Lindner, die festgestellt haben, daß in der Steroidära die Perforationen eher abgenommen haben, daß dagegen die Komplikationen, wie Osteoporose, Thrombophlebitis, Diabetes und Blutungen aus dem oberen Verdauungstrakt, zugenommen haben. Die jetzige konservative Therapie bewirkt, daß die Schübe kürzer und die klinischen Erscheinungen gemildert sind. Die Imurek-Behandlung hat sich bisher nicht sicher bewährt.

Bei 30 Prozent versagt aber die konservative Therapie.

Eine absolute Indikation zur Operation ist die akute und fulminante Colitis ulcerosa, wenn sie nicht innerhalb von sechs bis acht Tagen trotz intensiver konservativer Therapie abklingt. Eine weitere absolute Indikation ist bei nicht zu beherrschenden Elektrolytentgleisungen gegeben. Bei den chronisch rezidivierenden oder kontinuierlichen Formen ist eine absolute Operationsindikation bei entsprechenden Komplikationen (Stenosen oder Karzinomverdacht, Fistel- und Abszeßbildungen, bei schweren Parenchymschäden der Leber) und nach drei bis vier Jahren Dauer der Colitis ulcerosa gegeben. Zur Operationsindikation bei Fernkomplikationen besteht Uneinigkeit.

Zur Wahl der Operationsmethode gibt es nur die Kolektomie bzw. Proktokolektomie, die die Dauerheilung erzielen läßt. Es gibt zwar heute kasuistische Beiträge, die behaupten, es würde ein Colitis ulcerosa-ähnliches Krankheitsbild im Dünndarm entstehen; dies ist aber

Strophanthin macht seinen Weg



NEUE
DARREICHUNGS-
FORM

Strodival® perlingual

Die richtige perlinguale Applikation von g-Strophanthin gewährleistet eine vollwirksame, zuverlässig steuerbare und praktisch nebenwirkungsfreie Therapie Ihrer Linksherz-Patienten. Besonders beim akuten stenokardischen Anfall sollte STRODIVAL® perlingual wegen seiner Sofortwirkung Anwendung finden.

Zusammensetzung: Eine Zerbeiß-Kapsel Strodival® perlingual sowie eine Schluck-Kapsel Strodival® mr enthalten je 3,0 mg g-Strophanthin in oleophiler Phase. **Indikationen:** Bei allen Formen von Linksmycardschäden. **Kontraindikationen:** Hyperkalzämie, Kaliummangelzustände, Atrioventriculäre Reizleitungsstörungen; Vorsicht bei gleichzeitiger i. v. Kalziumtherapie. **Besondere Hinweise:** Rechts Herzinsuffizienzen (bei vorliegenden Ödemen, Tachykardien und Tachyarrhythmien) brauchen gezielte Zusatzmaßnahmen. Bei Strodival® perlingual treten gelegentlich Mundschleimhautreizungen auf. In diesen Fällen sollte die magensaftresistente Form Strodival® mr angewandt werden. **Dosierung und Anwendungswiese:** Individuell, bis zum bestmöglichen Erfolg, denn Strodival® kumuliert nicht. **Strodival® perlingual** in der Dauerbehandlung: Durchschnittliche Tagesdosis 2-4mal täglich 1-2 Kapseln. **Strodival® perlingual** in der

Strodival® mr magensaftresistent

Für Ihre schleimhautempfindlichen Patienten steht jetzt STRODIVAL® in Form der neuen magensaftresistenten Schluckkapsel zur Dauertherapie von Linksmycardschäden zur Verfügung. Durch die enterale Resorption tritt die volle Herzwirkung hierbei erst ca. 30 bis 40 Minuten nach der Anwendung ein. Für den akuten Anfall ist STRODIVAL® mr daher nicht geeignet.

Sofortbehandlung: Beim Angina-pectoris-Anfall sofort 2-3 Kapseln zerbeißen; wenn notwendig kann diese Anwendung nach 10 Minuten mit gleicher oder geringerer Dosis wiederholt werden. **Strodival® perlingual** Kapseln zerbeißen oder unter die Zunge legen bis der Kapselinhalt freigesetzt ist. Den Kapselinhalt einige Minuten auf die Mundschleimhaut einwirken lassen. Die Kapselhülle schlucken oder ausspucken. **Strodival® mr** sollte ebenfalls stets nach Bedarf und Erfolg bis zum Verschwinden der Herzsymptome dosiert werden. Im allgemeinen beträgt die Dosis 2 bis 4mal täglich 1-2 Kapseln. Strodival® mr sollte möglichst auf leeren Magen unzerbeißen geschluckt werden. Morgens nüchtern und tagsüber ½ bis 1 Stunde vor den Mahlzeiten. **Handelformen und Preise:** Strodival® perlingual: OP mit 30 Kapseln DM 6,05 inkl. MwSt.; OP mit 100 Kapseln DM 16,10 inkl. MwSt.; OP mit 500 Kapseln DM 54,50 inkl. MwSt. Strodival® mr: OP mit 30 Kapseln DM 6,45 inkl. MwSt.; OP mit 100 Kapseln DM 17,20 inkl. MwSt.; OP mit 500 Kapseln DM 58,25 inkl. MwSt. Verschreibungspflichtig.

A. HERBERT KG, Wiesbaden

34 FÄLLE COLITIS ULCEROSA (OPERATIVE THERAPIE)

(ALTER: 23 - 67 JAHRE)

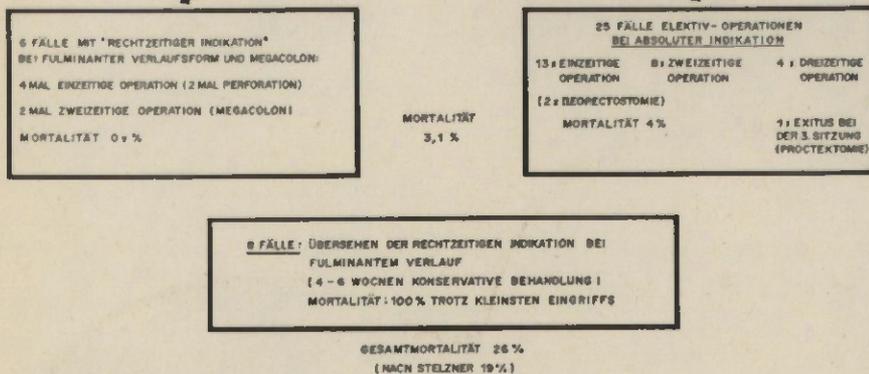


Tabelle 4

bisher noch keineswegs bewiesen. Die Proktokolektomierten unserer Fälle sind jetzt beschwerdefrei und weisen sogar Gewichtszunahmen bis zu 10 und 20 kg auf.

Die kontinenzhaltenden Verfahren, z. B. ileorektale Anastomosen, sind mit erhöhter Mortalität und gesteigerter Rezidivgefahr verbunden. Nur bei den segmentären und rechtsseitigen Formen darf die kontinenzhaltende Resektion, so z. B. die Ileum-Dickdarm-Anastomose, in Erwägung gezogen werden. Wir haben zwei Ileo-Rektostomien, die zunächst vier und acht Jahre beobachtet worden sind. Es traten immer wieder Rezidive auf, die beherrscht werden konnten. Einer dieser Patienten, jetzt bereits im neunten Jahr, will sich doch noch zur Proktokotomie entschließen. Bei absoluter und elektiver Indikation ist also am besten die einzeitige Proktokolektomie mit endständigem Ileumaffer. Die Mortalität (Tab. 4) beträgt bei Elektivoperationen in der Regel um die vier bis fünf Prozent, wie wir bei den eigenen Fällen festgestellt haben. Bei vitaler Indikation mit rechtzeitiger Indikationsstellung war die Operationsmortalität null Prozent. Bei schlechtem Allgemeinzustand sind mehrzeitige Operationen vorzuziehen.

Aus eigener Erfahrung kann man den Schluß ziehen, daß man akute, fulminante Verlaufsformen bei erfolgloser konservativer Therapie frühzeitig dem Chirurgen zuführen sollte: fünf Fälle von akut fulminanter Colitis ulcerosa wurden uns aus auswärtigen Krankenhäusern in schlechtestem Allgemeinzustand nach einer erfolglosen Vorbehand-

lung bis zu sechs Wochen eingewiesen. Alle Patienten sind unmittelbar postoperativ verstorben.

Wir haben bei unseren Nachuntersuchungen feststellen können, daß die Patienten sich gut an ihren Ileumaffer gewöhnen und ihre psychische Haltung aus diesem Gesichtswinkel unauffällig ist. Mehrere Autoren geben an, daß nach fünf Jahren eine 98prozentige Rehabilitation erreicht werden kann.

Die immer noch in den Lehrbüchern angepriesenen entlastenden Koloostomien oder Ileostomien, Kotfisteln und ungezielte Teilresektionen und kontinenzhaltenden Operationen, konnten bei keinem unserer Fälle eine Heilung oder ein befriedigendes Ergebnis erzielen lassen. Der Verlauf und die immer wieder auftretenden Schübe waren den kon-

servativ behandelten Fällen ziemlich ähnlich.

Man kann mit den konservativen Therapieverfahren ein erträgliches Leben schaffen. Die Gefahr der Komplikationen nimmt aber eher zu als ab. Letztlich, im Gegensatz zu Maratkas Auffassung, glauben wir doch, die Gefahr des Karzinoms herausstellen zu müssen, so daß wir zusammenfassend sagen: Im akuten oder fulminanten Stadium nach sechs Tagen vergeblicher konservativer Therapie ist die Proktokolektomie ein- oder zweizeitig durchzuführen. Die Proktokolektomie ist außerdem bei entsprechenden Komplikationen, falls die Krankheit über drei und vier Jahre mit immer wiederkehrenden Schüben auftritt, und keine längeren Remissionen aufweist, vorzuziehen. Die Nachsorge in enger Zusammenarbeit mit Internisten, Chirurgen und Psychotherapeuten ist in all diesen Fragestellungen, im Einzelfall, unerlässlich.

Literaturverzeichnis

- EWE, K.: Colitis ulcerosa. Diagnose und Therapie. Klinikarzt 5, 2 (1976) 82-86.
 FAHRLANDER, H.: Colitis ulcerosa und Enterocolitis regionalis Crohn. Med. Klinik 70 (1975) 1583-1594, Nr. 40.
 FILLER, O. und K. SCHWEMMLE: Die Langzeittherapie bei Colitis ulcerosa. Lebensversicherungsmedizin 2 (1976) 47.
 HEBERER, G.: Entzündliche Dickdarmkrankungen: Colitis ulcerosa, Morbus Crohn, Oligitidis. Bayerisches Ärzteblatt 10/75, 738-741.
 KRAUSPE, C., K. MÖLLER-WIELAND und F. STELZNER: Colitis ulcerosa und granulomatosa. Urban & Schwarzenberg, München-Berlin-Wien, 1972.

Anschrift des Verfassers:

Professor Dr. med. W. Theisinger, Leitender Oberarzt, Ismaninger Straße 22, 8000 München 80

Wohltätigkeitskonzerte zugunsten „Rette das neue Leben“

Würzburg: 19. Mai 1977, 20 Uhr, Staatliche Musikhochschule
 Regensburg: 20. Mai 1977, 20 Uhr, Auditorium maximum der Universität
 München: 21. Mai 1977, 20 Uhr, Herkulessee der Residenz

Bayerisches Ärztorchester

Leitung: Reinhard Steinberg

Werner Grobholz, Violine
 Helmer Stiehler, Violoncello
 Peter Clemente, Klavier

Beethoven: Coriolan-Ouvertüre - Tripelkonzert

Schubert: Symphonie Nr. 9 in C

Karten sind im freien Verkeuf und bei den örtlichen Ärztlichen Kreisverbänden erhältlich.

- siehe auch Seite 510 -

Aspekte der Immuntherapie bei der Colitis ulcerosa und beim Morbus Crohn *

von Werner Sack

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

Im Magen-Darmtrakt hat die immunologische Abwehr des Organismus viele Schutzfunktionen zu versehen; Funktionsstörungen dieser Organe, die aufgrund einer Immunerkrankung sich im Intestinalbereich auswirken, sind meist mit dem Symptom der Diarrhoe verbunden. Bei den chronischen Dickdarmentzündungen sind zudem allergische Reaktionen gegenüber nutritiven und bakteriellen Antigenen bekannt, deshalb lassen sich zwei Formen der Entstehung von Immunprozessen in der Darmregion unterscheiden: wenn das Antigen von außen in den Intestinaltrakt hineingelangt, kommt es zur Bildung von Antikörpern, die lokalisiert oder im Rahmen einer generalisiert ablaufenden Immunreaktion nachzuweisen sind; Beispiele sind die Glutenenteropathie, eine das ganze Leben andauernde Unverträglichkeit für das Gliadin des Getreides.

Bei den Autoimmunerkrankungen des Darmes ist das Antigen primär im Organismus, in beiden Fällen sind Durchfälle das Hauptsymptom als Ursache der Funktionsstörung.

Für die Überlegungen und die Indikationsstellung einer sogenannten Immuntherapie bei chronischen Dickdarmerkrankungen — sei sie Immunosuppressiv, also die Immunreaktionen unterdrückend, oder Immunstimulierend bzw. immunpotenzierend — ist es notwendig, so gut als möglich mit den diagnostischen Methoden die Ätiologie dieser sogenannten Autoimmunerkrankung festzulegen. Fast alle chronisch entzündlichen Erkrankungen werden in letzter Zeit mit autoimmunologischen Vorgängen in Verbindung gebracht; der Nachweis spezifischer Antikörper oder pathogenetisch bedeutsamer antigener Determinanten

gelingt jedoch häufig nicht, deshalb sollte eine gewisse Zurückhaltung gegenüber dem Begriff der Autoimmunerkrankungen geübt werden, so lange nicht alle Kriterien nachzuvollziehen sind, die eine Autoimmunerkrankung definieren, d. h. unter anderem die experimentelle Induktion der humanen Autoimmunerkrankung auf heterologe Lebewesen. Auch die Tatsache, daß für eine bestimmte Erkrankung Autoantikörper nachgewiesen wurden, beweist noch nicht, daß am jeweiligen Patienten eine autoimmunologische Reaktion vorliegt; dies kann bei der Colitis ulcerosa und bei der Ileocolitis granulomatosa oder Morbus Crohn der Fall sein.

Die Colitis ulcerosa und die Ileocolitis granulomatosa werden unter dem Begriff der „unspezifischen Colitis“ zusammengefaßt; obwohl überzeugende Hinweise auf immunologische Reaktionen letztlich fehlen, die für die Pathogenese dieser unspezifischen Colitiden alleine verantwortlich sind, lassen klinische und immunologische Befunde vermuten, daß Immunreaktionen ursächlich oder reaktiv an Entstehung und Ablauf der Colitis ulcerosa wie des Morbus Crohn beteiligt sind. Es finden sich im peripheren Blut, in den lymphatischen Geweben und in der Darmwand entscheidende Hinweise für Zeichen der humoralen wie der zellvermittelten Immunabwehr gegen Antigene des Kolons, häufig auch gegen andere körpereigene Substanzen, wie Kernbestandteile, Erythrozyten, Leukozyten und Parietalzellen der Magenschleimhaut. Der chronische Entzündungsreiz führt zur Aktivierung der humoralen Immunabwehr mit Anstieg von Immunoglobulinen, die besonders im flüchtigen Krankheitsschub hoch liegen, IgA und IgG im Serum, zudem IgG und nicht das sonst im Dünn- und Dickdarm dominierende IgA in der Darmwand; eine Verminderung der Komplementaktivität des Plasmas bzw. einzelner Komplementfak-

toren, sowohl C3 wie C4, sowie C3—Vermehrung in der Darmwand, werden bei einem Teil aller Kolitis-Patienten gesehen.

Autoantikörper gegenüber Antigenen der Darmschleimhaut und Antikörper, die mit einem Antigen aus Enterobakterien vom Stamme Coli O 14 kreuzreagieren, findet man nicht nur bei Colitis ulcerosa, sondern in geringerem Prozentsatz auch bei der Ileocolitis granulomatosa; man konnte nachweisen, daß die Antikörper gegen koloneigenes Antigen durch Antigene des Coli-Stammes O 14 zu absorbieren sind; es besteht also eine partielle Antigen-gemeinschaft zwischen Schleimhautantigenen und bakteriellem Antigen des Coli-Stammes, ähnlich wie zwischen Antigenen des Herzmuskelsarkolems und Antigenen von Beta-hämolyzierenden Streptokokken bei der Carditis rheumatica.

Klinische Hinweise auf eine Beteiligung des Immunsystems an der Entstehung und dem Ablauf bzw. der Unterhaltung der Colitis ulcerosa und des Morbus Crohn stehen in einer mehr als zufälligen Häufung und Kombination mit sicheren oder wahrscheinlichen Autoimmunerkrankungen (rheumatoide Arthritis, Formen der hämolytischen Anämie, Iridozyklitis, Uveitis, Erythema nodosum usw.).

Zellvermittelte Immunreaktionen unterstützen die Annahme der immunologisch bedingten Pathogenese weithin, es besteht ein zytotoxischer Effekt von Lymphozyten der Colitis- und Crohn-Erkrankten gegen humane und fetale Kolonzellen, d. h., Epithellen des Darmes werden dabei geschädigt. Diese Reaktion ist sowohl seitens der Lymphozyten wie von den Kolonzellen her spezifisch, Zytotoxizität gegen Dünndarmepithellen besteht nicht. Nach Kolektomie und nach Induktion endgültiger Remissionen geht diese Funktion der Lymphozyten verloren. Außerdem wird die Reaktion durch Anti-Thymozytenserum unterdrückt; normale Lymphozyten werden durch die Inkubation mit Serum von Kolitis-Kranken zytotoxisch, dieser Effekt tritt auch bei Inkubation normaler Lymphozyten mit Kapselextrakten aus dem Coli-Keim O 14 auf.

Neuere Untersuchungen zeigen zelluläre Immunreaktionen peripherer Lymphozyten nicht nur gegenüber

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

dem Antigen, das an der Oberfläche von Coli O 14 sitzt, sondern auch gegen lösliche Antigene aus humanem fetalen Dünn- und Dickdarm; erstaunlich dabei, daß Patienten mit Colitis ulcerosa und Morbus Crohn eine unterschiedliche zelluläre Immunreaktion zeigen, die Patienten mit Colitis ulcerosa ungleich heftiger, was jedoch nicht als alleiniges pathogenetisches Prinzip dieser Erkrankung angesehen werden kann. Mit dieser Methode des Leukozyten-Migrationsinhibitionstestes lassen sich unter Verwendung von menschlichen Darmantigenen und Antigenen von Coli O 14 Morbus Crohn und Colitis ulcerosa weitgehend voneinander abgrenzen.

Allergische Reaktionen gegenüber Nahrungsmittelantigenen, besonders gegen Milch, Hühnereiweiß und Hefe, spielen allenfalls bei der Induktion eines Schubes von Morbus Crohn eine geringe Rolle; durch Expositions- und Karenzversuche gegenüber diesen Antigenen konnten akute Erkrankung bzw. Besserung gut objektiviert werden.

Genetische Merkmale sind oft diskutiert, positive Korrelationen fehlen jedoch hinsichtlich der Histokompatibilitätsantigene ebenso wie entscheidende Zusammenhänge bezüglich des familiären Auftretens.

Das Spektrum immunologischer Befunde ist bei beiden Erkrankungen also breit gefächert, eigentliche Immunreaktionen finden sich häufiger bei der Colitis ulcerosa, allergische Reaktionen gegenüber nutritiven Antigenen beim Morbus Crohn.

Für die Manifestation und den Ablauf der Colitis ulcerosa wie des Morbus Crohn sind weder Erreger noch exakt definierte Auslösungsmechanismen bekannt, immunologische Vorgänge sind jedoch beteiligt; die vielen Gemeinsamkeiten, wie chronisch rezidivierender und progredienter Verlauf, Auftreten vorwiegend bei Jugendlichen, statistisch gesicherte Häufung von Neoplasien im entzündeten Gebiet, Begleitkrankheiten an Haut, Schleimhäuten, Gelenken, Augen und Leber und die zwischen ulzeröser Kolitis und chronischer Erkrankung diskutierten genetischen Korrelationen legen die Frage nahe, ob die beiden chronisch-entzündlichen Darmkrankheiten nicht durch die gleichen Noxen ausgelöst werden, ob die Gewebs-

reaktion auf diese einwirkende Noxe nur Infolge der individuellen Reaktionsweise unterschiedlich ist.

Mittels der in speziellen Laboratorien üblichen Techniken werden diagnostische Hinweise gefunden, die diese Thesen entscheidend unterstützen und Veranlassung geben, zur Langzeitbehandlung dieser chronisch-entzündlichen Darmerkrankungen immuntherapeutische Schemata aufzustellen, um mittels der Immunsuppression überschießende oder fehlgeleitete Immunreaktionen zu unterdrücken und die krankmachende Wirkung der Autoantikörper zu verhindern.

Intestinale Erkrankungen mit Nachweis des krankmachenden Antigens, wie die Glutenenteropathie, also das Malabsorptionssyndrom oder die Zöliakie des Kindes, werden durch Antigenkarenz bzw. Antigenelimination hintangehalten; bei den organlokalisierten Autoimmunerkrankungen des Darmes wird eine Unterdrückung der Immunreaktion mit immunsuppressiv wirkenden Medikamenten überlegt, zugleich eine Hemmung der Folgeerscheinungen mit Antiphlogistika bzw. Corticosteroiden.

Drei Fragen stehen bei der Behandlung der Colitis ulcerosa und der Ileocolitis granulomatosa an vorderer Stelle:

Reichen die in den letzten drei Jahren, 1974 bis 1976, vorgelegten kontrollierten Langzeitstudien (M. Klein, Fahrlander und Willoughby) aus, um neben den herkömmlichen medikamentösen Maßnahmen Immuntherapie zu betreiben?

Wirken immunsuppressive oder immunstimulierende Mittel bei Colitis ulcerosa und Morbus Crohn verschieden?

Sind diese therapeutischen Maßnahmen durch den wechselhaften und schubweisen Spontanverlauf dieser Erkrankungen nicht schwer zu beurteilen?

Beide Erkrankungen, die Colitis ulcerosa und der Morbus Crohn, neigen zu Rezidiven, die oft nicht voraussehbar sind; das Ziel jeder Therapie liegt darin, den einzelnen Schub optimal zu behandeln, gleichzeitig die Rezidivhäufigkeit zu vermindern und endgültige Remissionen herbeizuführen.

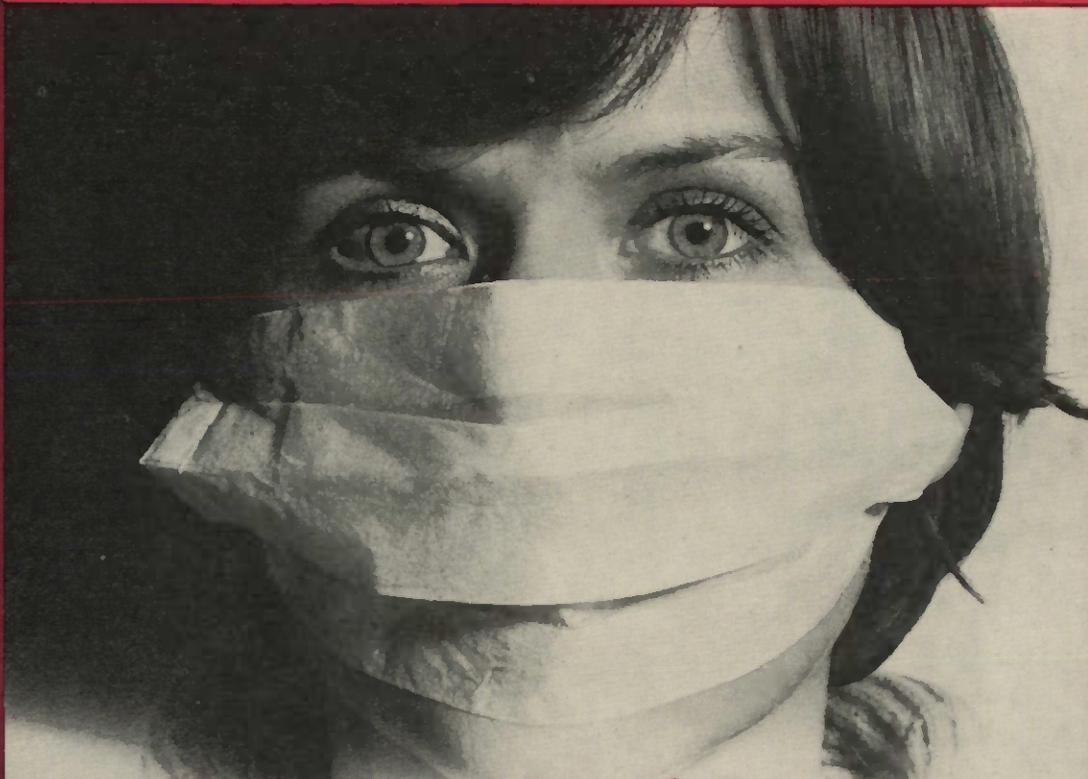
Die Therapie der Colitis ulcerosa teilt sich in die oft foudroyante Form des akuten Schubes, die Dauerbehandlung und Rezidivprophylaxe und eine langfristige Therapie, die nur unter ständiger Mitwirkung aller Beteiligten denkbar ist, des Hausarztes, des Internisten in der Klinik, des Psychosomatikers, des Chirurgen und des Patienten selbst.

Neben den konservativen Maßnahmen – Substitution, gezielte Ernährung, lokale Therapie mit Steroid-Verweilklysmen – ist das Mittel der Wahl beim akuten Schub der Colitis ulcerosa ohne Zweifel Cortison; die kombinierte orale und rektale Verabreichungsform ist der Therapie mit Salicylazosulfapyridin (Azulfidine®) weit überlegen. Azulfidine® wird neben dem hauptsächlichlichen Einsatz zur Langzeittherapie auch beim akuten Schub gegeben – immunsuppressive Medikamente, wie Azathioprin, sind beim Schub nicht indiziert, da die Wirkung erst nach zwei bis drei Wochen eintritt, so daß allenfalls für die langfristige Behandlung ein Einsatz in Frage kommt –, falls nicht, und dies gilt bei der Colitis ulcerosa in jedem Fall, ein über eine Woche therapieresistenter akuter Schub zur Proktokolektomie gezwungen hat.

Vorläufige Ergebnisse kontrollierter Studien haben bei der Langzeittherapie der Colitis ulcerosa keine bedeutenden Vorteile gegenüber Placebogruppen gebracht, so daß nach unserer Meinung die Anwendung immunsuppressiver Medikamente bei der Colitis ulcerosa nicht indiziert, besser gesagt, aufgrund der fehlenden Erfolge nicht bewiesen ist.

Zudem sind die Nebenwirkungen des Azathioprins-Risiko eine Knochenmarksdepression mit daraus resultierenden septischen Komplikationen sowie durch die Langzeitanwendung gehäufte Neoplasien – Hinweis, es nur auf Patienten zu beschränken, bei denen andere Therapiemöglichkeiten versagt haben oder kontraindiziert sind. In jedem Fall sind der chronische Verlauf jedes einzelnen Patienten zu beachten und nach exakter Abwägung und dauernder Absprache mit dem Chirurgen hinsichtlich der Kolektomie ausschließlich folgende Kriterien als Indikation für die immunsuppressive Therapie der Colitis ulcerosa anzusehen:

Die Nasenbinde ist ein unzureichender Schutz bei Rhinitis allergica.



Adeptolon® forte

beherrscht allergische Reaktionen
der Haut und der oberen Luftwege

—————→ Überlegene Wirkungsbreite

—————→ Keine störende Sedierung

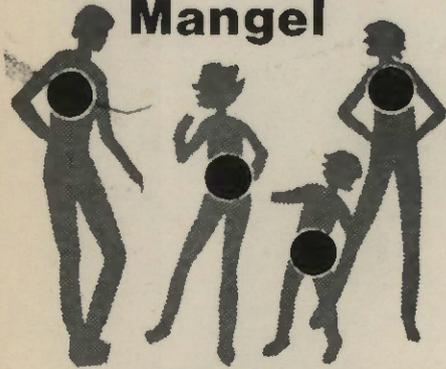
—————→ Sofort- und Langzeitwirkung

Adeptolon® forte spart durch die gleichgerichteten Wirkungsmechanismen seiner beiden Einzelsubstanzen Dosismengen ein und reduziert mögliche Nebenwirkungen.

Zusammensetzung: 1 Dragée Adeptolon® forte enthält: 5 mg Prednisolon, 30 mg N-p-Brombenzyl-N-ε-pyridyl-N'-methyl-N'-äthyl-äthylendiamin-maleinat. Dragée mit prothrazierter Antihistaminfreigabe. 1 Dragée Adeptolon® forte enthält: 2 mg Prednisolon, 15 mg N-p-Brombenzyl-N-ε-pyridyl-N'-methyl-N'-äthyl-äthylendiamin-maleinat. Dragée mit megensaftresistentem Überzug. **Indikationen:** Adeptolon® forte: Zur Initialbehandlung und in akuten Stadien folgender Erkrankungen: Alle allergischen Dermatiden, allergische Erkrankungen des Atemtraktes. Adeptolon® forte ist auch für schwere Verlaufsformen geeignet. **Adeptolon® forte:** Zur fortsetzenden bzw. ausschleichenden Behandlung der genannten Krankheitsbilder und bei leichteren Verlaufsformen. **Nebenwirkungen:** Adeptolon® forte und Adeptolon® können, wie alle antihistaminhaltigen Präparate, in höherer Dosierung Müdigkeitserscheinungen bewirken und des Reaktionsvermögen einschränken. Bei größerer Müdigkeit und Mundtrockenheit ist die Dosis zu reduzieren und der Arzt zu konsultieren. **Kontraindikationen:** Magen- und Darmgeschwüre, schwere Osteoporose, psychiatrische Anamnese, Herpes simplex, Herpes zoster, Windpocken, vor und unmittelbar nach Schutzimplungen, Amöbeninfektion, Systemmykosen, Poliomyelitis mit Ausnahme der bulbärenzephalischen Form, Lymphome nach BCG-Implung. **Besondere Hinweise:** Bei Hypertonie, Herzinsuffizienz, chronischer Nephritis, Diabetes mellitus, Myasthenie gravis und thromboembolischen Prozessen sollte eine Langzeitbehandlung nur unter regelmäßiger ärztlicher Kontrolle erfolgen. Adeptolon® forte und Adeptolon® sollten während der Schwangerschaft nur bei dringender Indikation und auf ärztlichen Rat verabreicht werden. Wegen evtl. Beeinträchtigung des Reaktionsvermögens kann die Verkehrstüchtigkeit – besonders in Verbindung mit Alkohol – eingeschränkt werden. Alkohol sollte daher während der Therapie vermieden werden. **Handelsformen und Preise:** Adeptolon® forte: 20 Dragées DM 11,65; 50 Dragées DM 26,70; 100 Dragées DM 44,30. Adeptolon®: 20 Dragées DM 9,40; 50 Dragées DM 21,85; 100 Dragées DM 39,80. Anstaltspeckungen. Alle Preise incl. MwSt. Weitere Informationen enthält der wissenschaftliche Prospekt.

Dr. Friedrich Sasse · Zweigniederlassung der Gödecke AG · Berlin

Viele Symptome -eine Ursache: Magnesium- Mangel



MAGNESIUM VERLA®

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

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

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

50 Dragée 6,10 DM, 150 Dragées 15,30 DM · 3 Ampullen 4,40 DM, 10 Ampullen 13,45 DM · Konzentrat 20 Geutel 6,85 DM, 50 Geutel 19,95

VERLA-PHARM 8132 TUTZING

Rezidivneigung trotz langer konventioneller Therapie, anhaltende chronische Progressionstendenz mit Gefahr der Invalidisierung und Komplikationen durch endere immunpathologische Prozesse. Wenn das Ziel einer Langzeitremission und eine Besserung der Ausgangssituation für einen operativen Eingriff in einigen Monaten nicht erreicht wird, ist bei der Colitis ulcerosa, auch unter dem Aspekt der langfristigen Therapie, die Proktokolektomie mit dem Chirurgen zu überlegen.

Beim Morbus Crohn ist man in den letzten Jahren zunehmend übereingekommen, so lange wie möglich die Operation hinauszuschleppen und konservativ zu behandeln; anti-diarrhoisch wirkende Medikamente – in schweren Fällen auch Tinctura opii und Codeinphosphat – und entsprechend der guten Erfahrungen bei Colitis-ulcerosa Salicylazosulapyridin, bewähren sich auch hierbei, letzteres vor allem bei Patienten in einer frühen Krankheitsphase, sowie mit Morbus Crohn des Kolons.

Corticosteroide wirken bei der Ileocolitis granulomatosa rasch, sowohl in der akut-entzündlichen Phase, wie besonders beim Morbus Crohn des Dickdarmes; in der Langzeitbehandlung ist man jedoch im Gegensatz zur Colitis ulcerosa – gestärkt durch gute Resultate kontrollierter Langzeitstudien – dazu übergegangen, immunsuppressiv mit Azathioprin zu therapieren; diese Behandlung ist besonders effektiv beim Morbus Crohn des Dickdarmes und in der Beeinflussung von Fisteln, weniger bei reiner Ileitis und beim Vorhandensein eines entzündlichen Ileozökel tumors.

Der Einsatz von Azathioprin ist gerechtfertigt, wenn die kombinierte Azulfidine-Steroid-Behandlung versagt; allerdings ist die aktuelle Krankheitsphase schwerer einzuordnen als bei der Colitis ulcerosa, Remissionen und Rezidive sind weniger leicht zu erfassen, das histologische Ergebnis der bioptischen Untersuchungen ist wegen der tieferen Lage der epitheloidzelligen und granulomatösen Veränderungen schwieriger zu bewerten.

Ob Azathioprin diese typischen histopathologischen Veränderungen der entzündlichen Ileocolitis granulomatosa besser beeinflusst als die Läsionen bei Colitis ulcerosa, ist nicht bekannt.

Zur Vollständigkeit sei erwähnt, daß beim Morbus Crohn im Gegensatz zur Immunsuppressiven Therapie, also der medikamentösen Unterdrückung von Immunreaktionen, eine immustimulierende Behandlung versucht wurde; bei schweren chronischen Infektionen und entzündlichen Erkrankungen sowie in der immunologischen Tumorthherapie hat bislang nur die Form der Therapie mit Adjuvantien klinische Anwendung gefunden; wir selbst haben einige Patienten über ein- bis zwei Jahre mit Levamisole behandelt, andere Autoren haben BCG-Inokulationen versucht, um in beiden Fällen das lymphoretikuläre System zu stimulieren, d. h., die zelluläre Abwehr zu erhöhen und die immunkompetenten Zellen, Lymphozyten und Makrophagen, zu vermehren. Die Ergebnisse der Versuche mit immustimulierenden Adjuvantien sind bislang nicht ermutigend.

Insgesamt sind wir der Meinung, daß immunsuppressive Medikamente die therapeutischen Erfolge bei der Colitis ulcerosa nicht erweitern; mit Ausnahme von hohen Dosen von Corticosteroiden sind sie beim akuten foudroyanten Schub der ulzerösen Kolitis nicht indiziert, die chronische Form dieser Erkrankung sollte nur in seltenen, immer mit den Chirurgen abgewogenen Fällen einer Therapie mit Immunsuppressiven Medikamenten, z. B. Azathioprin, zugeführt werden.

Dagegen ist die immunsuppressive Medikation bei chronischen Verlaufsformen der Ileocolitis granulomatosa indiziert, vor allem dann, wenn radiologisch und endoskopisch ein vornehmlicher Befall des Dickdarmes festgestellt wurde. Diese unterschiedliche Anwendung immunsuppressiver Medikamente unterstützt die Meinung, ein operatives Vorgehen bei der Ileocolitis granulomatosa so weit als möglich aufzuschieben, während die Indikation zur Proktokolektomie bei der Colitis ulcerosa in einzelnen Fällen rasch gestellt werden muß.

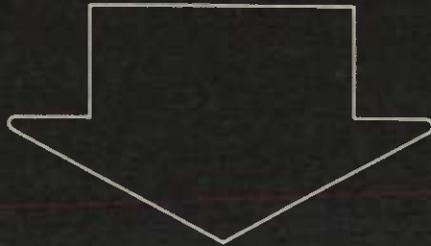
Bisherige Ergebnisse mit zusätzlichen immustimulierenden Medikamenten lassen keine neuen Aspekte erkennen.

Literatur beim Verfasser.

Anschrift des Verfassers:

Privatdozent Dr. med. Werner Sack, Oberarzt, Ismaninger Str. 22, 8000 München 90

Einfache Dosierung



Bei bakteriellen
Infektionen

Eusaprim[®] forte



Standard-Dosierung

2 x 1 Tablette täglich

Eusaprim

Eusaprim
forte

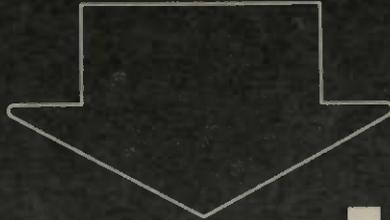


Eusaprim[®] steht Ihnen auch weiterhin zur Verfügung.
Standard-Dosierung von Eusaprim[®]: 2x2 Tabletten.

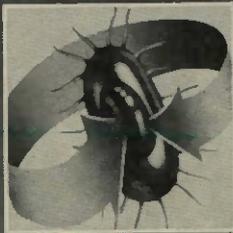
Niedrige Tageskosten

In dieser Jahreszeit häufig:

akute Infekte



Eusaprim® forte



Zuverlässige Therapie-Erfolge

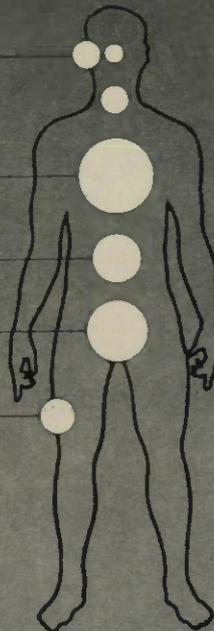
Hals-Nase-Ohren

Atemwege

Magen-Darm-Trakt

Urogenital-Trakt

Haut



Zusammensetzung: 1 Tablette Eusaprim® forte enthält 160 mg Trimethoprim und 800 mg Sulfamethoxazol. **Indikationen:** Bakterielle Infektionen der Atemwege, der Nieren und ableitenden Harnwege, der Genitalorgane, des Magen-Darm-Traktes, der Haut und andere Infektionen mit empfindlichen Erregern. **Kontraindikationen:** Schwere Leberschäden, schwere Nierenfunktionsstörungen, Erregern. **Kontraindikationen:** Schwere Leberschäden, schwere Nierenfunktionsstörungen (Anwendung abhängig vom Serumkreatininspiegel), Schwangerschaft und erst vier Wochen der Stillperiode, erste vier Lebenswochen. **Nebenwirkungen:** Gelegentlich allergische Reaktionen (bei Exanthern 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



DEUTSCHE WELLCOME GMBH · 3006 BURGWEDEL 1

Das Magenkarzinom

von W. R ö s c h

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

Die Prognose des Magenkarzinoms ist mit einer Fünf-Jahres-Überlebensquote von etwa zehn Prozent unverändert schlecht. Erst die Therapieergebnisse japanischer Autoren beim Magenfrühkarzinom, wie sie inzwischen auch von einigen europäischen Kliniken bestätigt werden konnten, ließen berechtigte Hoffnungen auf eine Verbesserung der Prognose aufkommen. Die Frühdiagnose des Magenkarzinoms zielt deshalb darauf hin, das Karzinom in einem Stadium zu erfassen, wo es noch auf die oberflächlichen Magenschichten beschränkt ist, aber bereits Symptome hervorruft.

Das Magenkarzinom, lange führend in der Todesursachenstatistik von Karzinom-Patienten, ist zu Beginn der siebziger Jahre vom Bronchialkarzinom überholt und 1974 vom Dickdarmkrebs eingeholt worden. Eine Ursache für den in der gesamten westlichen Welt zu verzeichnenden Rückgang des Magenkrebses ist nicht evident, doch kommt ihm mit 21 500 Krebstoten pro Jahr in Deutschland immer noch eine große Bedeutung zu.

Nach dem makroskopischen Erscheinungsbild werden, einem Vorschlag von Borrmann folgend,

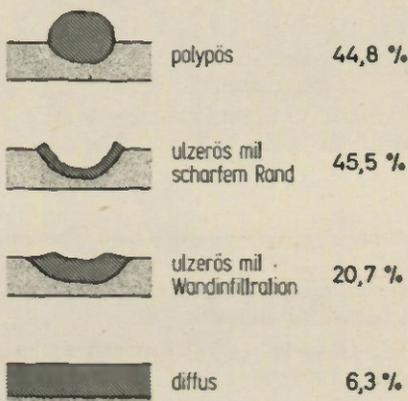


Abbildung 1
Klassifikation des Magenkarzinoms (nach Borrmann) und Prognose

vier Karzinomtypen unterschieden (Abb. 1).

- Typ I polypoides Karzinom
- Typ II ulzerierendes Karzinom
- Typ III ulzerierendes und infiltrierendes Karzinom
- Typ IV diffus infiltrierende Form

Da diese Klassifikation keine prognostische Aussage zuläßt, ist sie in der Praxis weitgehend durch die TNM-Einteilung ersetzt worden, die das Tiefenwachstum des Tumors und den Lymphknotenbefall, letztlich für die Prognose entscheidende Parameter, ins Kalkül zieht.

Es hat sich nämlich, ausgehend von den Erfahrungen japanischer Autoren gezeigt, daß das Magenkarzinom in seinem „Frühstadium“, wenn es noch auf die Schleimhaut und Submukosa beschränkt ist, eine Prognose aufweist, die der natürlichen Absterbequote der Bevölkerung in etwa entspricht. Die diagnostischen Bemühungen gehen deshalb derzeit dahin, den Magenkrebs im Stadium des sogenannten „early cancer“, dem „Frühkarzinom“, zu erfassen.

Die dazu von den Japanern vorgeschlagene Klassifikation in verschiedene, sich am makroskopischen Erscheinungsbild orientierende Typen hat sich aus didaktischen Gründen bewährt (Abb. 2), erlaubt jedoch nur in Verbindung mit dem TNM-Schlüssel und dem histologischen „Grading“ nach Lauren in Karzinome vom intestinalen Typ (hochdifferenziertes oder weniger differenziertes Adenokarzinom) und vom diffusen Typ (Siegelringkrebs, Szirrhus) eine eindeutige prognostische Aussage.

Der Häufigkeitsgipfel liegt beim fortgeschrittenen Magenkarzinom in der Altersgruppe zwischen 60 und 70, beim Magenfrühkarzinom etwa eine Dekade früher. Männer erkranken etwa doppelt so häufig wie

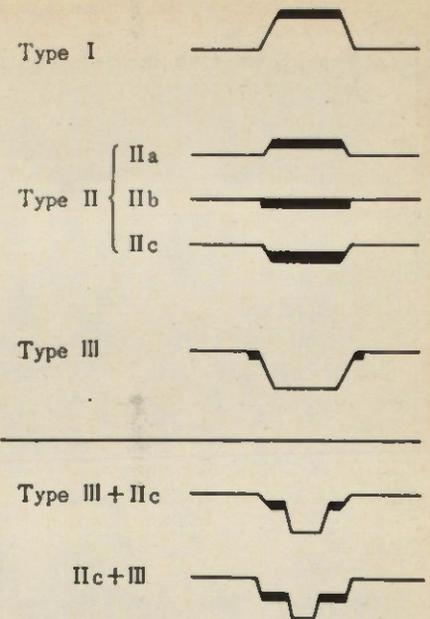


Abbildung 2
Klassifikation des Magenfrühkarzinoms – Fünf-Jahres-Überlebensrate 90 bis 95 Prozent

Frauen, Patienten der Blutgruppe A überwiegen die statistische Erwartung um 20 Prozent.

Als Hauptsymptome überwiegen Gewichtsverlust, Schmerzen im Epigastrium, Völlegefühl, Übelkeit und Erbrechen, Stenosezeichen, Abneigung gegen Fleisch, Meläna und Hämatemesis, Symptome, wie sie auch beim Frühkarzinom des Magens gefunden werden (Tab.). Während man früher der Ansicht war, daß das Frühkarzinom des Magens klinisch symptomlos verläuft, wissen wir heute, daß in über 90 Prozent Symptome, allerdings uncharakteristisch, vorliegen, die bei Persistenz eine gezielte Diagnostik veranlassen sollten.

Bei etwa 60 Prozent aller Patienten wird die Diagnose innerhalb von sechs Monaten nach Auftreten der ersten Symptome gestellt. Laboruntersuchungen und Magensekretionsanalyse tragen in der Regel nicht zur Diagnostik bei, nur bei etwa 40 Prozent aller fortgeschrittenen Magenkarzinome findet sich eine Achlorhydrie.

Bei bevorzugter Lokalisation des Magenkrebses im Antrum sind etwa 15 Prozent der Tumoren tastbar, dünne Bauchdecken vorausgesetzt. Zum jetzigen Zeitpunkt liegt die Hauptverantwortung bei der Diagno-

Symptome des fortgeschrittenen Magenkarzinoms		Symptomatik des Magenfrühkarzinoms	
Gewichtsverlust	83,5 %	Gewichtsverlust	65,9 %
Schmerzen	69,1 %	Uncharakteristischer Oberbauchschmerz	41,2 %
Erbrechen	43,1 %	Übelkeit	41,2 %
Appetitlosigkeit	30,2 %	Völlegefühl	38,3 %
Allgemeinsymptome	27,8 %	Nüchternschmerz	35,4 %
Dysphagie	20,4 %	Erbrechen	35,4 %
Brechreiz	20,2 %	Postprandialer Schmerz	32,4 %
Aufstoßen	17,2 %	Anorexie	32,4 %
Hämatemesis	6,4 %	Meläna, Hämetemesis	32,4 %
		Sodbrennen	20,6 %

Tabelle

stik noch beim Radiologen, der durch Prallfüllung, dosierte Kompression und Reliefdarstellung im Doppelkontrastverfahren zwischen 70 und 80 Prozent aller Karzinome zu erkennen vermag. Gastroskopie und gezielte Biopsie sichern präoperativ die Diagnose, wobei insbesondere die biopsische Analyse aller röntgenologisch nachgewiesenen Ulzera einen wesentlichen Schritt bei der Frühdiagnose des Magenkarzinoms darstellt.

Da sich aufgrund der Erfahrungen beim Magenfrühkarzinom gezeigt hat, daß die Endoskopie dem Röntgenverfahren weit überlegen ist bei der Erkennung und morphologischen Verifizierung kleiner maligner Schleimhautveränderungen, sollte die Gastroskopie heute als primär-diagnostisches Verfahren eingesetzt werden, wenn klinisch ein Karzinomverdacht besteht. Dies gilt ebenso für den Patienten mit länger als 14 Tage anhaltenden, therapieresistenten Magenbeschwerden wie für den Patienten mit negativem Röntgenbefund.

Eine weitere Indikation für die Gastroskopie besteht in der Überwachung sogenannter Risikopatienten,

bei denen erfahrungsgemäß mit einem erhöhten Karzinomrisiko gerechnet werden muß. Es sind dies:

1. Patienten mit perniziöser Anämie
2. Patienten mit Magenpolypen
3. Patienten mit einer Riesenfaltengastritis (Morbus Ménétrier)
4. Patienten mit einem nach Billroth-II-operierten Magen, bei denen der Eingriff länger als 15 Jahre zurückliegt
5. Patienten mit Acanthosis nigricans, Dermatomyositis
6. Patienten mit Achlorhydrie (chronisch atrophische Gastritis)

Leider wird die Diagnose des Magenkarzinoms so spät gestellt, daß über zehn Prozent von jeder operativen Therapie ausgeschlossen werden müssen und daß die Resektionsquote unter 50 Prozent liegt. Die Wahl des Operationsverfahrens richtet sich nach der Lokalisation (Abb. 3), die Operationsletalität ist naturgemäß bei der Fundektomie und Gastrektomie mit etwa 20 Prozent am höchsten.

Die Fünf-Jahresüberlebenszeit aller Magenkarzinom-Patienten liegt um

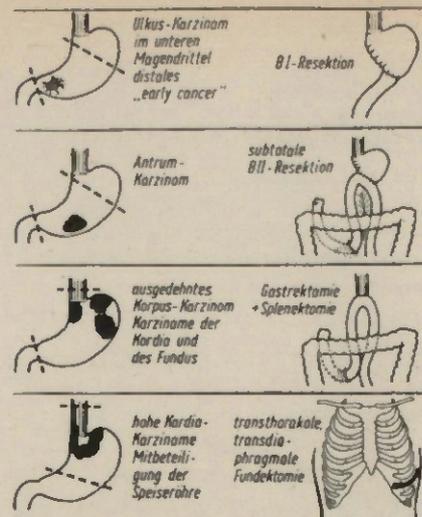


Abbildung 3

Wahl des Operationsverfahrens, je nach Lokalisation des Magenkarzinoms (nach Schwemmler)

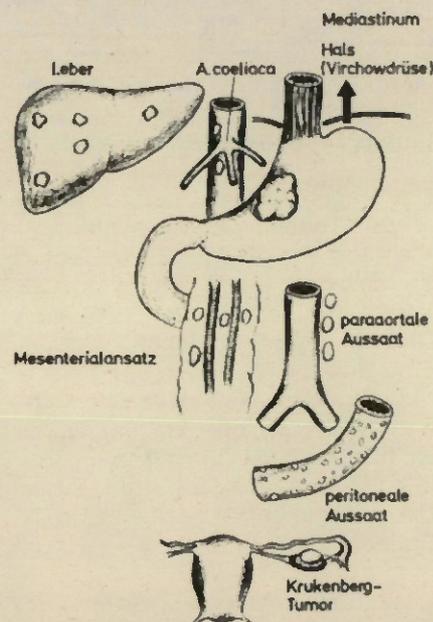


Abbildung 4

Metastasierung des Magenkarzinoms (nach Schwemmler)

zehn Prozent, die relative Fünf-Jahresüberlebenszeit zwischen 20 und 30 Prozent. Beim Frühkarzinom lassen sich, auch in Deutschland, wie



RECORSAN-LIQUID.

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

Altersherz, coronare Durchblutungsstörungen, Apoplexeprophylaxe
Hochdruckherz, Gestrokard. Syndrom.

In 100 ml: Rutin solub. 0,6 g, Alkohol. Auszüge aus: Crataegus 37,5 g, Adonis, Visc. alb. 5,5 g, Apium grav. Auricul. 5,5 g, Val. 13 g, Cola 4,3 g. · 30 ml DM 5,70

Recorsan-Gesellschaften Gräfelfing und Lüneburg

Untersuchungen von Dobroschke et al. (1976) gezeigt haben, Fünf-Jahresüberlebensquoten von über 90 Prozent erreichen. Diese Zahlen unterstreichen die Bedeutung der Karzinomfrüherkennung im Stadium des Schleimhautkrebses. So stieg an einigen chirurgischen Kliniken (Hannover, Erlangen) der Anteil der Frühkarzinome an den resezierbaren Magenkarzinomen von unter drei Prozent in der vorendoskopischen Ära auf 11 bis 15 Prozent bei routinemäßigem Einsatz der Gastroskopie an.

Stenosen, lebensbedrohliche gastro-intestinale Blutungen, Tumorperforation und starke Schmerzen stellen die Indikation für Palliativoperationen bei primär inoperablem Magenkarzinom dar. Voraussetzung für einen Palliativeingriff bei inoperablem Magenkarzinom sind guter Allgemeinzustand, Alter unter 75 Jahren, keine peritoneale Aussaat und die Voraussetzung, daß eine Anastomose in einem tumorfreien Bezirk möglich ist. In Ausnahmefällen kann bei entsprechender Lokalisation (Kardiabereich), Inoperabilität des Patienten wegen kardio-vaskulärer Insuffizienz und polypösem Tumorwachstum eine endoskopische Tumorabtragung mit einer Diathermieschlinge versucht werden.

Das Adenokarzinom des Magens spricht in der Regel weder auf zytostatische noch auf eine Strahlentherapie an. Allenfalls kann ein Versuch mit 5-Fluoro-uracil unternommen werden.

Der Patient mit kurativ reseziertem Magenkarzinom bedarf einer engen endoskopischen Überwachung, wobei zunächst in dreimonatigem Intervall nach einem lokalen Tumorrezidiv im Anastomosenbereich gefahndet werden muß (Abb. 4). Nur das frühzeitig erkannte lokale Stumpfrezidiv läßt sich erfolgreich chirurgisch angehen. Wegen der Gefahr eines metachronen Zweitkarzinoms im Restmagen muß jedoch diese Überwachung, wenn auch dann nur noch in ein- bis zweijährigem Abstand, zeitlebenslang aufrecht erhalten bleiben.

Anschrift des Verfassers:

Privatdozent Dr. med. W. Rösch, Oberarzt, Krankenhausstraße 12, 8520 Erlangen

Das Ösophaguskarzinom

von W. Rösch

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

Noch immer wird das Ösophaguskarzinom erst in einem Stadium diagnostiziert, wo meist Inoperabilität besteht. Diagnostisches Leitsymptom ist die Dysphagie, der beim älteren Menschen in bis zu 50 Prozent ein Speiseröhrenkrebs zugrunde liegt. Eine Frühdiagnose erscheint ferner bei sogenannten Risikogruppen möglich, bei denen erfahrungsgemäß ein Ösophaguskarzinom gehäuft beobachtet wird. Es sind dies:

1. Zustand nach Laugenverätzung
2. Achalasie
3. Sklerodermie, Dermatomyositis
4. Plummer-Vinson-Syndrom, post-cricoidale Membranen
5. Barrett-Ösophagus (Zylinderzellmetaplasie der Speiseröhre als Ausheilungsstadium einer Refluxösophagitis)
6. Tylosis palmaris et plantaris
7. Divertikel?

Zumeist bestehen diese Erkrankungen für viele Jahre, bevor sich statistisch ein erhöhtes Karzinomrisiko nachweisen läßt.

Drei bis sieben Prozent aller malignen Tumoren des Verdauungstrakts sind Ösophaguskarzinome, 80 Prozent der Erkrankten sind Männer im sechsten bis achten Lebensjahrzehnt. Ein jahrelanger Alkohol- und Nikotinabusus läßt sich bei den meisten Patienten mit Speiseröhrenkrebs eruieren, gehäuft wird das Ösophaguskarzinom nach Laugenverätzung, beim Plummer-Vinson-Syndrom, der Tylosis palmaris et plantaris, der Achalasie und dem sogenannten Barrett-Ösophagus gefunden.

Bei Männern findet sich der Tumor etwa zu je 40 Prozent im unteren oder mittleren und zu 20 Prozent im oberen Drittel der Speiseröhre; bei

Frauen ist das Karzinom im oberen Drittel häufiger.

90 Prozent aller Ösophaguskarzinome sind Plattenepithelkarzinome, im unteren Drittel überwiegt das vom Magen auf die Speiseröhre übergreifende Adenokarzinom, das dort auch einmal auf dem Boden einer Becherzellularmetaplasie bei Refluxösophagitis (Barrett-Ösophagus) entstanden sein kann.

In der Regel vergehen viele Monate zwischen dem Auftreten der ersten Symptome und der Diagnosestellung; meist paßt sich der Patient in seinen Ernährungsgewohnheiten der zunehmenden Passagestörung sukzessive an, bis auch flüssige Kost nicht mehr passiert.

Primär sind zwei Drittel aller diagnostizierten Ösophaguskarzinome inoperabel, weil das Tumorwachstum zu weit fortgeschritten ist. Eine Verbesserung der Prognose ist somit nur durch eine Früherkennung möglich. Erstes Symptom des Speiseröhrenkrebses ist in der Regel ein vages retrosternales Unbehagen, das leicht als „globus hystericus“ fehlgedeutet wird. Bevorzugt beim Schlucken fester Speisen, von Fleisch und Brotkrusten, tritt dann Dysphagie ein, d. h., der Patient verspürt, daß der Bolus die Speiseröhre nicht glatt passiert, sondern passager hängenbleibt. Durch Nachtrinken von Flüssigkeit, sorgfältiges Kauen und langsames Essen kompensiert der Patient dieses Stadium, das oft auch durch eine übermäßige Speichelproduktion gekennzeichnet ist. Anfänglich können die Beschwerden noch wechseln, tagelang besteht mitunter sogar Beschwerdefreiheit, doch nimmt die Symptomatik infolge der kontinuierlichen Lumeneinengung durch das Tumorwachstum stetig zu. Konstanter Schmerz, Inappetenz, anhaltender Gewichtsverlust und Erbrechen signalisieren ein fortgeschrittenes

Symptome des Speiseröhrenkrebes

Frühstadium:	vages retrosternales Unbehagen, Speichelfluß
Spätstadium:	Dysphagie Erbrechen, Regurgitation retrosternaler oder epigastrischer Schmerz Gewichtsverlust Husten, Aufstoßen, Atemnot, Helserkeit
Komplikationen:	Blutung Aspirationspneumonie
inoperables Stadium:	Lymphknotenschwellung supraklavikulär Ösophagotreachalfistel Rekurrensparese Lymphknoten (Hilus)-, Lungen-, Leber-, Knochenmetastasen

Tabelle

Karzinom, Blutung und Aspirationspneumonie nach Regurgitation sind geläufige Komplikationen dieses Stadiums (Tab.).

Die Diagnose eines Ösophaguskarzinoms läßt sich bereits aufgrund der Anamnese in vielen Fällen stellen. Eine kontinuierliche Zunahme der Schluckbeschwerden, Schmerzen bei Beginn der Nahrungsaufnahme und relativ glatte Passage von Flüssigkeiten sprechen für ein

Karzinom, die Symptomatik einer Achalasie oder einer peptischen Striktur ist grundverschieden.

Die Röntgenuntersuchung der Speiseröhre zeigt dann Füllungsdefekte, einen Abbruch der Schleimhautfalten, eine verzögerte Breipassage und eine prästenotische Dilatation. Bei negativem Röntgenbefund und Persistenz der Beschwerden muß eine endoskopische Untersuchung der Speiseröhre angeschlossen wer-

den, die auch der Gewinnung von histologischem oder zytologischem Material dient.

Vor Einleitung einer Therapie ist noch die Frage der Metastasierung zu klären. Bei einer Lymphknotenschwellung in der Supraklavikulargrube sollte zum Tumorzellnachweis punktiert werden, Lebermetastasen sind laparoskopisch auszuschließen.

Ziel der chirurgischen Therapie ist die totale Exstirpation des Tumors im Gesunden und der plastische Ösophagusersatz durch Kolon oder Magen (Abb.). Karzinome im oberen Ösophagusdrittel werden kaum chirurgisch angegangen; hier wird primär eine Bestrahlung vorgenommen. Auch Karzinome von einer Längenausdehnung von über 8 bis 10 cm sind primär inoperabel. Die Resektion eines Karzinoms im mittleren Drittel ist mit einer Letalität von 20 bis 40 Prozent, die des unteren Drittels von 10 bis 25 Prozent behaftet. Die Fünf-Jahresheilung liegt um vier Prozent.

Das Plattenepithelkarzinom der Speiseröhre ist relativ strahlensensibel, die Ergebnisse der Strahlentherapie mit einer Fünf-Jahresheilung von 8 bis 15 Prozent ermutigend. Die Ergebnisse einer zytostatischen Therapie, z. B. mit Bleomycin, sind noch widersprüchlich.

Bei nicht wenigen Patienten verbleibt als einzige Palliativmaßnahme das Einlegen eines Celestin- oder Hering-Tubus zur Überbrückung der karzinomatösen Stenose. Bei inoperablen Tumoren am ösophogokardialen Übergang kann auch eine konsequente Bougierungsbehandlung in vierwöchigem Intervall versucht werden.

Die Diagnose des fortgeschrittenen, häufig inoperablen Ösophaguskarzinoms ist leicht. Eine Diagnose im kurablen Stadium erfordert einen frühzeitigen Einsatz von Röntgenologie und Endoskopie, wobei man sich immer vor Augen halten muß, daß erst eine Einengung des Speiseröhrenlumens um zwei Drittel eine konstante Dysphagie bedingt.

Anschrift des Verfassers:

Privatdozent Dr. med. W. Rösch, Oberarzt, Krankenhausstraße 12, 8520 Erlangen

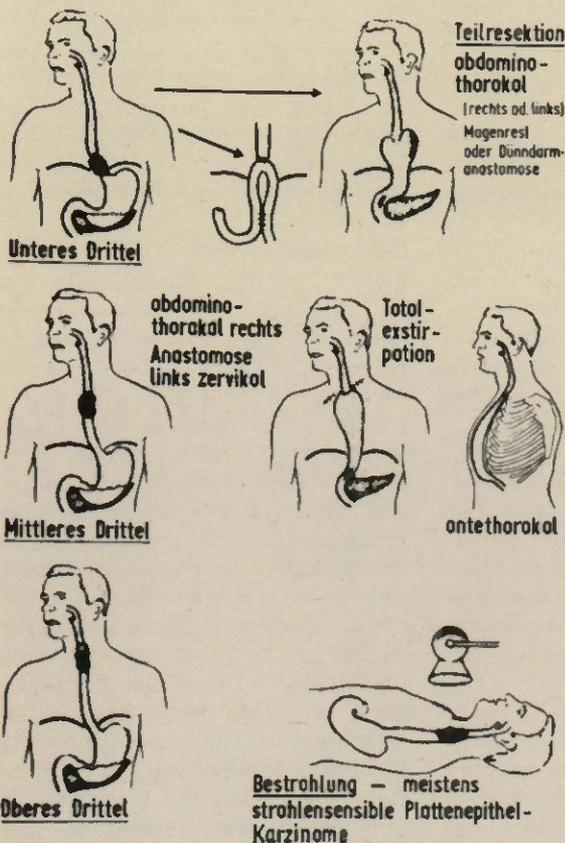


Abbildung
Chirurgie des Ösophaguskarzinoms
(nach Bünte)



Die Forte-Therapie des
Nervenschmerzes

dolo judolor[®]

fettlösliches B1
neu
jetzt injizierbar

die Initialtherapie der Wahl
beim neuralgisch-neuritischen Formenkreis

Rasch und anhaltend analgetisch durch:

- fettlösliches Vitamin B1 (TTFD) substanzelgener 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:
Fursultaminhydrochlorid 21,832 mg entspr. Fursultamin (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

Kontraindikationen:

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.



Weilm Pharma

Moderne Diagnostik – Ökonomisierung und Bewertung

57. Ärztliche Fortbildungstagung Regensburg

Professor Dr. H. G. Faßbender,
Mainz:

Aus der Eröffnungsansprache

Zwei auf den ersten Blick voneinander völlig unabhängige Ereignisse lassen Gefahren erkennen, die zu einer ernstesten Bedrohung des ärztlichen Berufes führen könnten: Als erstes ist auf dem letzten Deutschen Ärztetag in Düsseldorf der Antrag auf Einführung einer wichtigen Teilgebietsbezeichnung innerhalb der Inneren Medizin und Orthopädie abgelehnt worden (es handelt sich hierbei um das Teilgebiet der Rheumatologie. – Anmerkung des Referenten). Zum anderen greift ein bekannter Vertreter des chirurgischen Fachgebietes unter Einsatz aller Medien seine Fachkollegen in aller Öffentlichkeit an und wirft ihnen Fahrlässigkeit und vor allem Überschätzung ihrer vom Wissen und Können her begrenzten Kompetenzen vor.

Zwischen beiden Ereignissen besteht eine enge Beziehung. Auf der einen Seite wird der Versuch unternommen, die eigene Kompetenz immer mehr zu überdehnen und die längst überfällige Konstituierung eines Fachgebietes zu verhindern. Auf der anderen Seite steht der Vorwurf der fachlichen Inkompetenz, die eben aus diesem Anspruch, alles zu können, resultiert.

Fortschritte in der Medizin bedeuten einmal die Intensivierung und Vertiefung des Wissens, zum anderen aber auch Wachstum und Differenzierung der Arbeitsgebiete. Die zunehmende Spezialisierung darf nicht als notwendiges Übel engesehen werden. Sie ist erforderlich, wenn wir mit der Entwicklung der Medizin Schritt halten wollen. Dabei entfernt sich der Spezialarzt nur scheinbar von der ärztlichen Basis. In Wirklichkeit besteht zwischen Allgemeinmedizinern und Spezialisten ein enger funktioneller Zusammenhang. Erst das Bewußtsein, einen Spezialisten hinzuziehen zu können, verschafft dem allgemeinärztlich tätigen Kollegen das Maß an Sicherheit, das er benötigt, um seiner äußerst wichtigen Tätigkeit gegenüber dem Patienten nachzukommen.

Das Funktionieren der Medizin be-

darf einer Balance zwischen ärztlicher Basisarbeit und Spezialistentum. Diese beiden Elemente müssen sich ergänzen und zu einer Art Regelkreis zusammenfügen, d. h., der Weg zum Spezialisten darf keine Einbahnstraße darstellen. Es muß vielmehr selbstverständlich sein, daß der Allgemeinarzt nicht nur voll in die Information einbezogen wird, sondern daß auch der Patient so bald wie möglich zu ihm als seinem Hausarzt zurückkehrt. Dieses Recycling ist die Basis eines funktionierenden Konsiliarsystems, in dem sich Allgemein- und Fachärzte ergänzen.

Die beiden eingangs zitierten Ereignisse sprechen für ein gestörtes Vertrauensverhältnis und ein ungenügendes Funktionieren des Systems. Mangelndes Vertrauen in das kollegiale kooperative Verhalten des Partners läßt einerseits jeder neuen Spezialisierung gegenüber Argwohn aufkommen und verhindert andererseits eine vertrauensvolle konsiliarische Zusammenarbeit. Demgegenüber existiert für den Patienten im Grunde nur der Arzt, der ihm im Augenblick der Not gegenübersteht und von dem er Hilfe erwartet. Die kritische Öffentlichkeit ist an den internen Problemen der Medizin wenig interessiert. Sie sieht vielmehr die Medizin als ein geschlossenes System, dessen inneres Funktionieren sie voraussetzt und dem sie die Leistungen abfordert, die dem jeweiligen Stand der Zeit entsprechen. Es liegt weitgehend an uns Ärzten selbst und nicht an unseren Widersachern, inwieweit wir das Vertrauen der Bevölkerung rechtfertigen. Die Erwartungen der Öffentlichkeit werden wir nur erfüllen, wenn wir der Entwicklung unserer Medizin durch ein in beiden Richtungen gut funktionierendes Konsiliarsystem Rechnung tragen. Argwohn gegenüber einer weitergehenden Differenzierung geht zu Lasten des Patienten und schädigt das Bild des Arztes in der Öffentlichkeit. Einer Ärzteschaft aber, deren Leistung durch ein loyales und kooperatives Konsiliarsystem auf der Höhe der Zeit ist, wird niemand auf die Dauer das Vertrauen der Gesunden und Kranken streitig machen können.

Privatdozent Dr. K. Thiele, Köln:

Stellenwert der modernen gastroenterologischen Diagnostik

Durch die Entwicklung endoskopisch-bioptischer Untersuchungsverfahren ist der diagnostische Stellenwert anamnestischer Daten und funktioneller Methoden zurückgegangen. Durch die Möglichkeit, endoskopisch direkt Proben für histologische und zytologische Untersuchungen zu gewinnen, wurde besonders die Tumordiagnostik verbessert.

Etwa ein Drittel aller Karzinomtodesfälle in Deutschland entfallen auf Ösophagus, Magen und Dickdarm. Dünndarmkarzinome sind selten. Vergleicht man die Sterbezahlen von 1963 und 1971, so ist die Häufigkeit des Ösophaguskarzinoms mit 3,8 bzw. 4,6 Prozent etwa gleich geblieben. Der Anteil der Magenkarzinome ging von 63,9 auf 51,2 Prozent zurück, während der Dickdarmkarzinomanteil von 29,4 auf 44,2 Prozent anstieg. Die Überlebenschancen bei diesen Malignomen sind nur dann günstig, wenn sie in frühen, noch lokalisierten Stadien entdeckt werden. So beträgt die Überlebensrate des Frühkarzinoms des Magens (bei Beschränkung auf die Mukosa und Submukosa) fast 90 Prozent, in späteren Stadien nur zehn Prozent.

Am Ösophagus erfordern die einzelnen Krankheitsbilder ein individuelles Vorgehen, wobei sich die diagnostische Planung an den Leitsymptomen orientiert. Retrosternales Brennen ist in den meisten Fällen Ausdruck einer gastro-ösophagealen Refluxkrankheit. Die histologische Sicherung der Ösophagitis gelingt mit der tiefer greifenden Saugbiopsie zuverlässiger als mit der endoskopischen Saugbiopsie. Für die Diagnose einer Hiatushernie sind sowohl Röntgen als auch Endoskopie sichere Methoden. Das Leitsymptom aller Ösophaguserkrankungen ist die Dysphagie. Eine Röntgenuntersuchung sollte grundsätzlich als erstes durchgeführt werden, da hierdurch die funktionellen und auch die organischen Dysphagieursachen erfaßt und lokalisiert werden können. Jede Läsion bedarf der endoskopisch-bioptischen und nach Möglichkeit auch zytologischen Differenzierung. Funktionelle Störungen, Ösophagusspasmus und Achalasie, lassen sich zuverlässig und quantitativ mit Hilfe der Manometrie differenzieren.

Am *Magen* sollte die Röntgenuntersuchung heute mit einer standardisierten Technik durch Doppelkontrast-, Kompressions- und Prallfüllungsaufnahmen kombiniert durchgeführt werden. Mit solch optimaler Technik behält dieses Verfahren die erste Stelle bei der Magendiagnostik. Auch durch die bei neueren Modellen mit einem zur besseren Orientierung dienenden Fiberglasbündel ausgerüsteten Gastrokamera erhält man scharfe Bilder vom Mageninnern, benötigt aber bei umschriebenen Läsionen anschließend doch die Gastroskopie zur gezielten Gewebentnahme. Die Gastroskopie erfolgt heute mit flexiblen Geräten und Geradeau-Optik, wobei gleichzeitig auch Ösophagus und Bulbus duodeni betrachtet werden können. Verdächtige Bezirke können mit der Zange ausgiebig biopsiert werden; in Ausnahmefällen erfolgt die Gewebentnahme mit der Diathermieschlinge.

Die *Magensekretionsanalyse* mit sondenlosen Verfahren (Desmoidprobe, Gastracid-Test oder Heidelberger Kapsel) erlaubt bei erheblicher Fehlerbreite nur qualitative Aussagen über die Salzsäureproduktion. Die quantitative Sekretionsanalyse beschränkt sich ebenfalls auf die Bestimmung der Salzsäure. Nach Legen einer Magensonde (röntgenologische Kontrolle erforderlich) wird nüchtern und nach maximaler Stimulation der Belegzellen mit Pentagastrin (6 µg/kg/KG) die Salzsäuresekretion über je 60 min gemessen. Diese ist abhängig vom Alter, Geschlecht, Körpergewicht und steht in enger Beziehung zur Masse der funktionierenden Belegzellen der Fundusschleimhaut. Die Streubreite bei einzelnen Krankheitsbildern ist erheblich, der Aussagewert deshalb im allgemeinen gering. Es ist z. B. obsolet, bei nachgewiesenem Magenulkus noch eine Sekretionsanalyse durchzuführen. Sie ist noch indiziert bei Verdacht auf Gastrinproduzierende Tumoren (Zollinger-Ellison-Syndrom), vor oder nach Magenoperation (im allgemeinen wird das chirurgische Vorgehen durch die Meßergebnisse jedoch nur wenig beeinflusst!), zum Nachweis der Anazidität bei perniziöser Anämie und zum Nachweis des sogenannten Reizmagens. Die chronisch atrophische Gastritis wird bioptisch besser nachgewiesen.

Die Bestimmung der Gastrinkonzentration erfolgt radioimmunologisch

und ist indiziert bei atypischen, rezidivierenden *Ulcera duodeni*, zum Nachweis Gastrin-produzierender Tumoren, bei einem Rezidivulkus nach B-II-Resektion infolge eines zurückgelassenen Antrumrestes im Duodenalstumpf und zur postoperativen Kontrolle bei Vagotomie. Die chronische Gastritis ist weder eine klinische noch röntgenologische oder endoskopische, sondern lediglich eine histologische Diagnose. Erosionen können endoskopisch eindeutig besser als röntgenologisch festgestellt werden. Beim peptischen Ulkus ist der Unterschied der Untersuchungsmethoden hinsichtlich der Treffsicherheit gering; auch Polypen werden sowohl röntgenologisch als auch endoskopisch erkannt. Zur Entfernung ganzer Polypen muß die Diathermieschlinge gefordert werden (die Zangenbiopsie ist obsolet). Bezüglich des Frühkarzinoms ist die endoskopische Ausbeute um so höher, je höher röntgenologisch bereits ein malignes Geschehen vermutet wurde. Beim sogenannten Reizmagen kann weder röntgenologisch noch endoskopisch-bioptisch ein pathologischer Befund erhoben werden. Beim operierten Magen ist die Endoskopie der Röntgenuntersuchung deutlich überlegen. Für das Duodenum sind Röntgen und Endoskopie gleichwertig, sich ergänzende Untersuchungsmethoden. Bei Magen- und Duodenalerkrankungen wird in der Regel die Röntgenuntersuchung zuerst eingesetzt. Findet sich dabei eine umschriebene Läsion, muß anschließend endoskopiert werden, wobei die gezielte Gewebentnahme das Entscheidende ist. Die Endoskopie ist als Erstuntersuchung nur bei erhöhtem Karzinomrisiko mit regelmäßigigen Kontrolluntersuchungen (z. B. bei der perniziösen Anämie und nach B-II-Resektion des Magens vom fünfzehnten Jahr nach der Operation an oder bei Patienten mit Polypen), bei einer akuten Blutung aus dem oberen Verdauungstrakt und zur Vermeidung einer unnötigen Strahlenbelastung angezeigt.

Die Endoskopie des *Dünndarmes* ist zwar prinzipiell möglich, jedoch in der Praxis noch nicht zu realisieren. Deshalb steht zur makroskopisch-morphologischen Diagnostik nur die Röntgenuntersuchung zur Verfügung: Bei Verdacht auf eine Malassimilation sollte die Stuhlbeobachtung noch an erster Stelle stehen. Zur weiteren Abgrenzung einer Malab-

sorption (Resorptionsinsuffizienz) von einer Maldigestion (Verdaungsinsuffizienz) werden dann Resorptionsteste und eine Dünndarmsaugbiopsie durchgeführt. Zur Prüfung einer Resorptionsstörung im unteren Ileum dient der Schilling-Test mit Intrinsic-Faktor. Differenzierte Funktionstests sind Spezialkliniken vorbehalten.

Am *Dickdarm* sollte das diagnostische Vorgehen unter dem Gesichtspunkt der Früherkennung maligner Erkrankungen stehen. Diese bluten häufig. Makroskopisch sichtbare Blutauflagerungen oder Blutbeimengungen im Stuhl sind seltener als okkulte Blutverluste. Der Nachweis okkulten Blutes beruht auf der Oxydation von Indikatortsubstanzen, wie Benzidin, o-Tolidin oder Guajak, die in Gegenwart von Wasserstoffsuperoxid durch die Peroxydasewirkung des Hämoglobins induziert wird. Bei dem mit Guajak imprägnierten Träger (als Hämoecult im Handel) appliziert der Patient die Stuhlprobe selbst, was angenehm für das Laborpersonal ist, und die geringere Empfindlichkeit bedingt nur ein bis drei Prozent falsch-positive Werte. Zwei Tage vorher sollte kein rohes Fleisch gegessen und die Nahrung reich an Ballaststoffen gehalten werden.

Die digitale rektale Untersuchung (beim Mann auch zur Prostatabeurteilung) sollte bei über 40jährigen zur Standarduntersuchung gehören, auch wenn damit nicht 40 Prozent, sondern nur etwa zwölf Prozent aller asymptomatischen Dickdarmkarzinome getastet werden können. Von besonderer Bedeutung ist die Rektoskopie mit dem starren Gerät, mit dem man bis zu 30 cm des distalen Darmes inspizieren kann. Hiermit sind etwa 60 Prozent aller malignen und benignen Erkrankungen und Läsionen des Dickdarmes zu erfassen. Die Röntgenkolonuntersuchung sollte heute nur noch als Doppelkontrast durchgeführt werden. Entscheidend für die Aussagekraft ist die gründliche vorherige Reinigung. Zusätzlich besteht die Möglichkeit der Untersuchung mit flexiblen Endoskopen. Während die partielle Koloskopie mit etwa 1 m langen Instrumenten leicht erlernbar und für den Patienten wenig belastend auch ambulant durchführbar ist, bedingt die Endoskopie des ganzen Kolons einen wesentlich größeren technischen Aufwand und sollte nur stationär vorgenommen werden.

Eine Rektoskopie ist angezeigt bei Patienten mit folgenden Symptomen:

Blut- oder Schleimabgang aus dem After,
Obstipation und/oder Durchfälle,
wechselnder Defäkationsrhythmus,
Verformung des Stuhles,
anorektale Tenesmen,
Gewichtsverlust, Anämie und unklare abdominale Beschwerden.

Bei zehn Prozent aller Erwachsenen über 40 Jahre kann man rektosigmoidoskopische Polypen finden. Der Anteil der Adenome und karzinomatösen Strukturen steigt mit der Größe der Polypen an. Bei einem Durchmesser unter 10 mm beträgt der Anteil maligner Strukturen bis zu ein Prozent, zwischen 10 und 20 mm zehn Prozent. Diese Polypen können fast alle endoskopisch abgetragen werden. Wichtig ist die regelmäßige rektoskopische, unter Umständen auch koloskopische Untersuchung bei Patienten mit einem überhöhten Risiko zum Dickdarmkrebs.

CEA-Test: Das karzino-embryonale Antigen (CEA) ist ein Glycoprotein, welches ursprünglich bei Kolonkarzinomen und fetalem Gewebe nachgewiesen wurde. Die Bestimmung erfolgt radioimmunologisch, eine enzymimmunologische Methode wird entwickelt. Es hat sich gezeigt, daß das Tumorentigen für Kolonkarzinome nicht spezifisch ist und auch bei Pankreaskarzinomen, Lungenkarzinomen und beim Magenkarzinom vorkommt. Mäßig erhöhte Werte finden sich auch bei starken Rauchern, benignen Lebererkrankungen und entzündlichen Darmaffektionen. Erst Werte über 20 ng/ml sind spezifisch für ein Karzinom. Der Test hilft nicht zur Früherkennung des Dickdarmkarzinoms. Er ist jedoch geeignet zur postoperativen Nachsorge CEA-positiver Patienten mit Dickdarmkarzinom, da es nach vollständiger Resektion auch zu einem Abfall der Werte kommt. Ein erneuter allmählicher Anstieg weist auf ein Lokalrezidiv hin, ein rascher Anstieg auf eine Metastasierung im Peritoneum oder der Leber.

Professor Dr. G. Friedmann, Köln:

Kritische Wertung der röntgenologischen Pankreasdiagnostik

Die Bauchspeicheldrüse ist aufgrund ihrer Lage und wegen des Fehlens eines für ihre Darstellung geeigneten

Kontrastmittels ein für die Röntgendiagnostik relativ schwer zugängliches Organ. Mit den konventionellen Methoden lassen sich hier vorliegende Erkrankungen nur bedingt und eb einer gewissen Größenausdehnung durch direkte und indirekte, teils spezifische, teils unspezifische Veränderungen an den Nachbarorganen nachweisen. Auch die Treffsicherheit spezieller Verfahren ist noch mit einer verhältnismäßig hohen Fehlerquote behaftet.

Der diagnostische Ablauf wird sich im allgemeinen so gestalten, daß mit einer Thoraxuntersuchung und Abdomenübersichtsaufnahme begonnen wird, sich die Untersuchung von Magen, Duodenum, Gallenblase und Gallengängen anschließt und daraufhin, soweit vorhanden, die Untersuchung mit dem Computer-Tomographen erfolgt. Sollten durch die Computer-Tomographie die diagnostischen Ergebnisse eine echte Verbesserung erfahren, so ist zu hoffen, daß sich die Indikation zur ERCP und Angiographie reduzieren läßt.

Bei einer *Thoraxübersichtsaufnahme* sind pulmonale und kardiale Erkrankungen auszuschließen. Auf eine Erkrankung der Bauchspeicheldrüse hindeuten könnte ein Zwerchfellhochstand links, ein pleuraler Erguß oder eine plattenförmige Atelektase.

Bei der *Abdomenübersichtsaufnahme* ist bei einer akuten Pankreatitis neben luftgeblähten Darmschlingen des oberen Intestinums insbesondere auch eine Atonie des dem Pankreaskopf anliegenden Duodenums zu registrieren (Aufnahme in Linksseitenlage!). Bei chronischen Pankreaserkrankungen wird man nach Organverkalkungen suchen, die in etwa fünf bis 25 Prozent der Fälle vorkommen.

Die *Magen-Darm-Passage* ist trotz aller entwickelten Spezialmethoden die wichtigste Grund- und Basisuntersuchung geblieben, da sie eine weitgehende Orientierung über die Situation im Oberbauchbereich ohne Belastung des Patienten gestattet. Primär vom Magen oder Duodenum ausgehende Prozesse sind hierdurch erfaßbar und größere Raumforderungen des Pankreas durch Verdrängungserscheinungen, Pelotteneffekte und Impressionen der Magenwand bemerkbar. Verlässliche Ergebnisse über die Duodenalveränderungen sind nur zu erhalten,

wenn die Motilität des Dünndarmes ausgeschaltet wird. Dies gelingt durch intravenöse Injektion von 20 bis 40 mg Buscopan. Diese hypotone Duodenographie erfolgt am einfachsten, wenn nach der Brei- und Buscopan-Gabe zur Dehnung des Zwölffingerdarmes und Erreichung des erforderlichen Doppelkontrastes der Inhalt von ein bis zwei Beuteln Gastrovison eingenommen wird.

Eine weitere wichtige Vor- und Ergänzungsuntersuchung stellt das intravenöse *Cholezysto- und Cholangiogramm* dar, da vielfach Wechselwirkungen zwischen Pankreas- und Gallenblase bzw. Gallengangserkrankungen bestehen. Zu achten ist insbesondere auf eine große Gallenblase mit Entleerungsstörung, Entzündungszeichen der Gallenblase, Konkrementbildungen und auf die Abflußverhältnisse, Weite und Form der großen Gallengänge, vor allem der präpapillären Abschnitte.

Eine Untersuchung, deren Wert für die Diagnostik der Pankreaserkrankungen noch nicht in allen Einzelheiten verbindlich eingestuft und abgeschätzt werden kann, ist die *Genkörper-Computer-Tomographie*. Diese Methode arbeitet nach dem Transversalschichtverfahren, wobei auf dem Sichtgerät hohe Dichtewerte hell und geringe Dichtewerte dunkel erscheinen. Hierdurch läßt sich eine Größen- und Formbestimmung des Organs erreichen. Auch kleine Kalkeinlagerungen sind besser zu erfassen als auf der Abdomenübersichtsaufnahme. Aus der scharfen oder unscharfen Abgrenzung des Pankreas zur Umgebung hin werden sich möglicherweise weitere diagnostische Hinweise ergeben. Zysten sind gut erkennbar; ob sich durch diese Dichtebestimmungen der einzelnen Areale allerdings die Frage Tumor oder Entzündung klären läßt, erscheint noch fraglich.

Da durch die vorgenannten, nicht-invasiven Methoden noch viele Befunde zweifelhaft bleiben, kommen darüber hinaus invasive Verfahren zur Darstellung, bei denen die endoskopische, retrograde Gallen- und Pankreasgangdarstellung (ERCP) eine besonders weite Verbreitung gefunden hat. Die Sondierung der Papilla Vateri und die Füllung des Gallengangsystems gelingt heute in über 80 Prozent; in 30 Prozent kommt es zu einer simultanen Darstellung beider Ausführungsgänge.

Entzündliche Prozesse führen vor allem zu Gangerweiterungen mit unregelmäßiger Konturierung der Wänden. Raumfordernde Prozesse bewirken eine Verlagerung des Duktus, seine Stenose oder den Verschuß. Die Abgrenzung maligner und benigner Erkrankungen bereitet aber auch mit dieser Methode Schwierigkeiten. Deshalb sind zahlreiche *angiographische Verfahren* entwickelt worden. Gute Ergebnisse sind hierdurch allerdings nur zu erwarten, wenn die von der Arteria coeliaca abgehende Arteria hepatica und Arteria lienalis getrennt dar-

gestellt werden, oder wenn es gelingt, die Katheterspitze bis in die Arteria gastroduodenalis oder Arteria pancreatico-dorsalis vorzuschieben. Die Angaben über die mit der Angiographie erzielten Resultate schwanken und hängen von der Güte der Gefäßdarstellung, von der Ausdehnung des Prozesses, seiner Lokalisation und nicht zuletzt von der Erfahrung des Untersuchers ab.

Schon bei Zugrundelegung des einfachen Satzes der GOÄ belaufen sich die Kosten für eine Thorax-Abdomen-Gallenblasen-Magen- und

Duodenaluntersuchung auf etwa DM 300; hinzu kommt unter Umständen die Computer-Tomographie mit weiteren DM 350 bis DM 450. Demgegenüber kostet die angiographische Untersuchung, die nicht mehr ambulant durchgeführt werden kann und sehr zeit- und personalintensiv ist, allein DM 1000 bis DM 1500. Daraus ist die ganze Problematik der derzeitigen Pankreasdiagnostik abzulesen.

(Schluß folgt)

Referent:

Dr. med. A. Peetzke, Behringersdorfer Straße 5 a, 8501 Schwaig

Aminophyllin® retard.

Der Bronchitiker bleibt frei von Furcht vor morgendlicher Atemnot

Aminophyllin® retard löst das Problem der morgendlichen Atemnot des chronischen Bronchitikers. Bei 2–3 Applikationen am Tag ist die bronchospasmolytische und atemanaletische Wirkung 24 Stunden gesichert.

Arzt und Patient sind erleichtert.

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 Athylendiamin.

Nebenwirkungen:

Gastrointestinale und zentral-
nervöse Beschwerden können
gelegentlich bei hoher Dosierung
oder bei besonderer individueller
Empfindlichkeit, z. B. bei Leber-
insuffizienz 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

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

von Günter Hirsch und Walther Weibauer

(Fortsetzung)

3. Mitwirkung der Ärzte und der ärztlichen Hilfspersonen

Die weitgehende Legalisierung des Schwangerschaftsabbruches wirft für den Arzt und das ärztliche Hilfspersonal die Frage auf, ob bzw. unter welchen Voraussetzungen sie zur Mitwirkung an einem Schwangerschaftsabbruch verpflichtet sind. Damit ist die Grenzziehung zwischen der ethischen Überzeugung des einzelnen und dem von der Rechtsordnung gebilligten Verlangen der Frau nach einem Abbruch der Schwangerschaft angesprochen.

3.1 Die Freistellungsklausel

Der Gesetzgeber hat die Problematik erkannt, die sich für diejenigen ergibt, die aufgrund ihrer beruflichen Tätigkeit an sich zur Mitwirkung an medizinischen Eingriffen verpflichtet sind, aus religiöser oder weltanschaulicher Überzeugung jedoch den Schwangerschaftsabbruch entweder in jedem Fall oder bei bestimmten Indikationen ablehnen. Er hat deshalb in das 5. StrRG folgenden Art. 2 aufgenommen:

(1) Niemand ist verpflichtet, an einem Schwangerschaftsabbruch mitzuwirken.

(2) Absatz 1 gilt nicht, wenn die Mitwirkung notwendig ist, um von der Frau eine anders nicht abwendbare Gefahr des Todes oder einer schweren Gesundheitsschädigung abzuwenden.

3.2 Die allgemeine Bedeutung der Freistellungsklausel

Die Bedeutung dieser gesetzlichen Freistellungsklausel wird teilweise verkannt.

3.2.1 Aufhebung von Handlungspflichten

Einer Freistellung von der Mitwirkungsverpflichtung durch den Ge-

setzgeber bedarf es nur dort, wo zunächst einmal – aus welchen Gründen auch immer – eine rechtliche Verpflichtung zur Mitwirkung am Schwangerschaftsabbruch besteht (62). Die Bedeutung der gesetzlichen Regelung liegt also darin, daß sie es grundsätzlich jedermann freistellt, entgegen einer an sich bestehenden rechtlichen Verpflichtung seine Mitwirkung an einem Schwangerschaftsabbruch zu verweigern. Wie weit dieses Weigerungsrecht geht, wird später noch im einzelnen zu erörtern sein.

3.2.2 Keine Gewissensklausel

Der Gesetzgeber hat bewußt jedermann das Recht, die Mitwirkung an Schwangerschaftsabbrüchen zu verweigern, ungeachtet der Motive, hierfür eingeräumt. Ob die Mitwirkung aus Gewissensgründen, aus Zweckmäßigkeitserwägungen oder aus sonstigen Gründen versagt wird, ist unbeachtlich. Damit geht Art. 2 Abs. 1 des 5. StrRG über das unmittelbar aus Art. 4 Abs. 1 GG folgende Recht des einzelnen, nach seinem Gewissen zu handeln, hinaus.

3.2.3 Reichweite der Freistellungsklausel

Wenn auch das Mitwirkungsverweigerungsrecht nach Art. 2 Abs. 1 des 5. StrRG und der Ausschluß dieses Rechts nach Absatz 2 für jedermann gilt, so hat diese Vorschrift in der Praxis doch unmittelbare Bedeutung nur für die Ärzte (63), die medizinischen Assistenzberufe und die Krankenhausträger. Dies folgt schon daraus, daß der Schwangerschaftsabbruch, die medizinische Beratung und die Feststellung der Indikationsgründe den Ärzten vorbehalten ist und die Eingriffe nur in Krankenhäusern oder sonst dafür zugelassenen Einrichtungen durchgeführt werden dürfen.

Welche Personen und Institutionen darüber hinaus noch zum Kreis der an einem Schwangerschaftsabbruch „Mitwirkenden“ zu zählen sind, erscheint im einzelnen noch klärungsbedürftig. Der Klimatechniker im

Krankenhaus etwa oder der Angestellte der Sozialversicherung, der die Kosten des Schwangerschaftsabbruches abzurechnen hat, sind wohl nicht unter den von Art. 2 des 5. StrRG erfaßten Personenkreis zu zählen (64).

Die Nachversorgung nach einem beendeten Schwangerschaftsabbruch stellt keine Mitwirkung an dem Eingriff mehr dar, so daß es insoweit bei den allgemeinen ärztlichen und pflegerischen Hilfspflichten bleibt (65).

3.2.4 Einschränkung des Weigerungsrechts

Nach Art. 2 Abs. 2 des 5. StrRG erfährt der Grundsatz, daß niemand verpflichtet ist, an einem Schwangerschaftsabbruch mitzuwirken, eine Ausnahme, wenn die Mitwirkung notwendig ist, um von der Frau eine anders nicht abwendbare Gefahr des Todes oder einer schweren Gesundheitsschädigung abzuwenden. Damit wird – wie auch bisher schon – im Falle einer *medizinischen Indikation im strengen (herkömmlichen) Sinne* dem Interesse der Schwangeren der Vorzug vor der Entscheidungsfreiheit des einzelnen gegeben und aufgrund einer gesetzlichen Güter- und Pflichtenabwägung die Berufung auf das Weigerungsrecht ausgeschlossen.

Eine Mitwirkungspflicht folgt jedoch nicht unmittelbar aus Art. 2 Abs. 2 (66). Ob eine solche besteht, ist nach den allgemeinen Rechtsvorschriften und nach der spezifischen Situation und dem Pflichtenkreis desjenigen, der mit dieser Entscheidung konfrontiert wird, zu beurteilen.

3.3 Die Rechtspflichten zur Mitwirkung und ihre Einschränkung

Eine Verpflichtung des Arztes und der medizinischen Hilfskräfte, an einem Schwangerschaftsabbruch mitzuwirken, könnte aus § 330 c StGB (3.3.1), aus einer Garantenstellung (3.3.2) oder aus einer vertraglichen

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 Praxiselrichtung 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.

Hirschau, Lkr. Amberg-Sulzbach:

1 Allgemein-/Prakt. Arzt

Hirschau hat 6000 Einwohner (Einzugsgebiet rund 8000 Einwohner). Zugelassen 4 Ärzte (3 Zahnärzte, 2 Apotheken). Ab Jahresmitte ist die Praxis eines Allgemeinarztes, der in den Ruhestand tritt, zu übernehmen. Nächstes Facharztzentrum ist Amberg. Ärztlicher Notfalldienst nach örtlicher Regelung – 5-Wochen-Turnus. Alle weiterführenden Schulen in Amberg.

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.

Kirchenthumbach, Lkr. Neustadt/WN:

1 Allgemein-/Prakt. Arzt

Kirchenthumbach hat rund 2600 Einwohner (Einzugsgebiet rund 4000 Einwohner), ein Kassenarzt, nächstes Facharztzentrum in Weiden oder Bayreuth, nächste Fachärzte Chirurg, Internist, Frauenarzt in Eschenbach, nächstes Kreiskrankenhaus Eschenbach (chirurgische, interne, geburtshilflich-gynäkologische Abteilungen). Ärztlicher Notfalldienst über Notrufzentrale Weiden – Funkeinsatz – 8-Wochen-Turnus. Weiterbildende Schulen in Eschenbach/Weiden.

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 Allgemein-/Prakt. Arzt

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

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

KASSENÄRZTLICHE VEREINIGUNG BAYERNS – Bezirksstelle Schwaben**Frohsinnstraße 2, Augsburg, Telefon (08 21) 31 30 31****Buttanwiesen, Lkr. Dillingen:**

1 Allgemein-/Prakt. Arzt

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

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

Malinert®

das Spezifikum gegen Rückenschmerzen

MALINERT ist ein selektives, nicht steroidales Präparat gegen Rückenschmerzen, wie Wirbelsäulen-Syndrom, Lumbago, Myalgien, Wurzelneuritiden sowie gegen Schulter-Arm-Syndrom, Neuralgie, Ischi-

algie.

Die multiaktive Kombination in den Dragées ist dabei besonders preiswürdig bei belegter Wirksamkeit und Verträglichkeit.

Zur speziellen
Information des
Kassenarztes

Forderungen aus den Arzneimittel-Richtlinien

(in der geänderten Fassung vom 16. 12. 1974)

1. Arzneimittel soll der Arzt nur verordnen, wenn ihre Wirksamkeit ausreichend gesichert ist.
2. Es dürfen nur solche Arzneimittel verordnet werden, die allgemein in Apotheken bezogen werden können.
3. Von gleichartig wirkenden Arzneimitteln soll unter Berücksichtigung der Qualität das in Form und Menge wirtschaftlichste verordnet werden.

Die Forderungen werden für MALINERT® erfüllt

1. Therapeutische Wirksamkeit, Bioverfügbarkeit, Verträglichkeit von MALINERT sind in der Literatur belegt.
2. MALINERT-Drugées ermöglichen eine wirtschaftliche Therapie.

Deshalb Malinert®-Drugées -Salbe

- für die preisbewußte Therapie
- in therapie-gerechten Abpackungen
- wirksam und verträglich

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

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

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

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

Kontraindikationen (für MALINERT-Drugées): Hepatoleche Porphyrie, Granulozytopenie; Überempfindlichkeit gegenüber Schmerzmitteln; Hämorrhagische Diathese, Magen- und Derm-Ulcera; Hinweis: Anwendung in den letzten 4 Wochen der Gravidität vermeiden.

Packungsgrößen und Preise (lt. A.T.).
OP mit 20 Drugées, AV m. MwSt. DM 5,85
Packung mit 50 Drugées, 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 · Postfach 501 004 · 2 Hamburg 50

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

Bad Steben, Lkr. Hof:

1 Allgemein-/Prakt. Arzt

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

Ebersdorf-Frohlach, Lkr. Coburg:

1 Allgemein-/Prakt. Arzt

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

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 Kreis Krankenhaus mit verschiedenen Fachrichtungen am Ort.

Neustadt bei Coburg:

1 Augenarzt

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

Rodach bei Coburg:

1 Allgemein-/Prakt. Arzt

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

Schönwald, Lkr. Wunsledel:

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.

Wilhelmsthal, Lkr. Kronach:

1 Allgemein-/Prakt. Arzt

Die im Frankenwald gelegene Gemeinde Wilhelmsthal zählt 1220 Einwohner, insgesamt sind ca. 4000 Menschen zu betreuen. Für den aus Gesundheitsgründen demnächst ausscheidenden Alleinarzt wird ein Nachfolger benötigt. Arzthaus steht mietweise zur Verfügung, späterer Hauskauf möglich. Grund- und Hauptschule am Ort, Staatl. Realschule, math.-nat.-neuspr. Gymnasium sowie Kreis Krankenhaus in der 9 km entfernten Kreisstadt Kronach (gute Busverbindung).

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

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

Helgenbrücken, Lkr. Aschaffenburg:

1 Allgemein-/Prakt. Arzt

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

Wildflecken, Lkr. Bad Kleeften:

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

Weißenburg, Lkr. Weißenburg-Gunzenhausen:

1 Nervenarzt

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

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

Rennertshofen, Lkr. Neuburg/Donau:

1 Allgemein-/Prakt. Arzt

Einwohnerzahl: Gemeinde ca. 1200; Einzugsgebiet ca. 4800. In Rennertshofen und der Nachbargemeinde Hatzenhofen sind zwei Allgemeinärzte niedergelassen. Zur Verbesserung der ärztlichen Versorgung, aufgrund des großen Einzugsbereichs, ist die Niederlassung eines weiteren Arztes notwendig. Das nächste Facharztzentrum ist in Neuburg (12 km) mit Krankenhäusern. Weiterführende Schulen sind ebenfalls in Neuburg. Die nächste Apotheke ist in Rennertshofen. Die Gemeinde ist bei der Vermittlung von Wohn- und Praxisräumen behilflich.

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

II. Weitere freie Kassenarztstellen

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

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

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

Allgemein-/Prakt. Ärzte:

Burglengenfeld, Lkr. Schwandorf I. Bay.: 1 Allgemein-/Prakt. Arzt
Obertraubling, Lkr. Regensburg: 1 Allgemein-/Prakt. Arzt

Augenarzt:

Amberg-Stadt: 1 Augenarzt

Hals-Nasen-Ohrenarzt:

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

Kinderarzt:

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

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

Allgemein-/Prakt. Ärzte:

Anzenkirchen, Lkr. Rottal-Inn: 1 Allgemein-/Prakt. Arzt
Eichendorf, Lkr. Dingolfing-Landau: 1 Allgemein-/Prakt. Arzt
Frontenhausen, Lkr. Dingolfing-Landau: 1 Allgemein-/Prakt. Arzt
Hofkirchen, Lkr. Passau: 1 Allgemein-/Prakt. Arzt
Jandelsbrunn, Lkr. Freyung-Grafenau: 1 Allgemein-/Prakt. Arzt
Kösslarn, Lkr. Passau: 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
Wittlbreit, Lkr. Rottal-Inn: 1 Allgemein-/Prakt. Arzt

Augenärzte:

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

Hals-Nasen-Ohrenarzt:

Simbach/Inn, Lkr. Rottal-Inn: 1 Hals-Nasen-Ohrenarzt

Hautärzte:

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

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

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

KASSENÄRZTLICHE VEREINIGUNG BAYERNS

Bezirksstelle Oberfranken

Bürgerreuther Straße 7a–9, Bayreuth

Telefon (09 21) 2 30 32

Allgemein-/Prakt. Ärzte:

Bischofsgrün, Lkr. Bayreuth:	1 Allgemein-/Prakt. Arzt
Marktredwitz, Lkr. Wunsledel:	1 Allgemein-/Prakt. Arzt
Marktschorgast, Lkr. Kulmbach:	1 Allgemein-/Prakt. Arzt
Münchberg, Lkr. Hof:	1 Allgemein-/Prakt. Arzt
Selb, Lkr. Wunsledel:	1 Allgemein-/Prakt. Arzt
Töpen, Lkr. Hof:	1 Allgemein-/Prakt. Arzt
Walachenfeld, Lkr. Bayreuth:	1 Allgemein-/Prakt. Arzt
Warmenatelnach, Lkr. Bayreuth:	1 Allgemein-/Prakt. Arzt

Augenarzt:

Coburg:	1 Augenarzt
---------	-------------

KASSENÄRZTLICHE VEREINIGUNG BAYERNS

Bezirksstelle Schwaben

Frohnsinnstraße 2, Augsburg

Telefon (08 21) 31 30 31

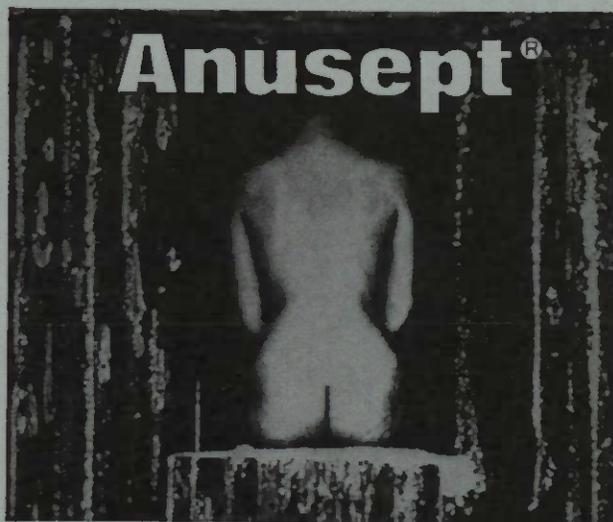
Allgemein-/Prakt. Ärzte:

Marxheim, Lkr. Donau-Ries:	1 Allgemein-/Prakt. Arzt
Niederraunau, Lkr. Günzburg:	1 Allgemein-/Prakt. Arzt
Oettingen, Lkr. Donau-Ries:	1 Allgemein-/Prakt. Arzt
Roggenburg, Lkr. Neu-Ulm:	1 Allgemein-/Prakt. Arzt
Senden, Lkr. Neu-Ulm:	1 Allgemein-/Prakt. Arzt

Nervenarzt:

Stadt Augsburg:	1 Nervenarzt (Psychotherapie)
-----------------	----------------------------------

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



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

Hals-Nasen-Ohrenärzte:

Bayreuth: 1 Hals-Nasen-Ohrenarzt
 Marktredwitz, Lkr. Wunsiedel: 1 Hals-Nasen-Ohrenarzt

Orthopäde:

Selb, Lkr. Wunsiedel: 1 Orthopäde

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

KASSENÄRZTLICHE VEREINIGUNG BAYERNS

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

Allgemein-/Prakt. Ärzte:

Alzenau, Lkr. Aschaffenburg: 1 Allgemein-/Prakt. Arzt
 Bischofshelm,
 Lkr. Rhön-Grabfeld: 1 Allgemein-/Prakt. Arzt
 Gräfendorf,
 Lkr. Main-Spessart: 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
 Mainstockheim,
 Lkr. Kitzingen: 1 Allgemein-/Prakt. Arzt
 Mömbris, Lkr. Aschaffenburg: 1 Allgemein-/Prakt. Arzt
 Rottendorf, Lkr. Würzburg: 1 Allgemein-/Prakt. Arzt
 Schweinfurt: 1 Allgemein-/Prakt. Arzt
 Unsleben,
 Lkr. Rhön-Grabfeld: 1 Allgemein-/Prakt. Arzt
 Wiesenfeld, Lkr. Main-Spessart: 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.

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-Gunzenhauhen: 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
 Thalmäding, Lkr. Roth: 1 Allgemein-/Prakt. Arzt
 Wittelshofen oder Ehingen,
 Lkr. Ansbach: 1 Allgemein-/Prakt. Arzt

Nervenarzt:

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

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

KASSENÄRZTLICHE VEREINIGUNG BAYERNS

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

Augenarzt:

Moosburg, Lkr. Freising: 1 Augenarzt

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

Vereinbarung mit der Patientin (3.3.3) folgen. Darüber hinaus könnte der Sicherstellungsauftrag der Kassenärztlichen Vereinigungen eine Verpflichtung des Kassenarztes zur Vor- nahme eines legalen Schwangerschaftsabbruches mit sich bringen (3.4). Die Krankenhausärzte sowie das übrige Krankenhauspersonal schließlich könnten aufgrund ihres Dienstverhältnisses zu dem Krankenhausträger zur Mitwirkung an einem zulässigen Schwangerschaftsabbruch verpflichtet sein (3.5).

3.3.1 Mitwirkungspflicht aus § 330 c StGB

Nach § 330 c StGB ist jedermann verpflichtet, bei Unglücksfällen Hilfe zu leisten, wenn dies erforderlich und ihm den Umständen nach zuzumuten ist. Ein Unglücksfall ist ein plötzlich eintretendes Ereignis (z. B. auch die plötzliche Verschlimmerung einer Krankheit), das erhebliche Gefahr für Menschen oder Sachen mit sich bringt (vgl. BGHSt 6, 152). Eine kritische Schwangerschaft allein stellt noch keinen Unglücksfall dar. Wenn jedoch durch die Schwangerschaft eine akute Lebens- oder Gesundheitsgefahr für die Frau ausge-

löst wird, so liegt ein Unglücksfall vor, der eine Hilfeleistung nach § 330 c StGB begründen kann (vgl. RGSt 75, 162).

Damit ist jedoch noch nicht gesagt, daß die Hilfeleistung in Form eines Schwangerschaftsabbruches erbracht werden darf oder gar muß. Ein Schwangerschaftsabbruch ist vielmehr auch dann, wenn ein Unglücksfall vorliegt, nur unter den in § 218 a StGB aufgestellten Voraussetzungen zulässig. Bringt die Fortsetzung der Schwangerschaft etwa lediglich die erhebliche Gefahr einer leichten Gesundheitsschädigung für die Frau mit sich, so kann dies zwar eine Hilfeleistung nach § 330 c StGB auslösen, rechtfertigt jedoch nicht einen Schwangerschaftsabbruch.

Liegen im konkreten Fall sowohl die Voraussetzungen der allgemeinen Hilfeleistungspflicht nach § 330 c StGB als auch die des Schwangerschaftsabbruches nach § 218 a StGB vor, so folgt daraus zwar die Zulässigkeit des Abbruches, nicht jedoch die *Verpflichtung* des Arztes zur Mitwirkung. Vielmehr kann er sich auf das Weigerungsrecht nach Art. 2 Abs. 1 des 5. StrRG berufen, solange

nicht die Voraussetzungen des Art. 2 Abs. 2 vorliegen.

Nur wenn die Mitwirkung an dem Schwangerschaftsabbruch *notwendig* ist, um von der Frau eine anders nicht abwendbare Gefahr des Todes oder einer schweren Gesundheitsschädigung abzuwenden, konkretisiert sich die allgemeine Hilfeleistungspflicht des § 330 c StGB zur Mitwirkungspflicht.

Der Unterschied der medizinisch-sozialen Oberindikation, die zur Rechtfertigung des Schwangerschaftsabbruches genügt, zur medizinischen Indikation im engeren Sinne wird hier deutlich erkennbar (67). Der Begriff der „Beeinträchtigung des körperlichen oder seelischen Gesundheitszustandes“ in § 218 a Abs. 1, der u. a. auch die künftigen Lebensverhältnisse der Schwangeren einbezieht, ist erheblich weiter als die Gesundheitsbeeinträchtigung, auf die Art. 2 Abs. 2 des 5. StrRG abstellt (68). Sind die strengeren Voraussetzungen der medizinischen Indikation nach Art. 2 Abs. 2 des 5. StrRG nicht gegeben, so tritt die allgemeine Hilfeleistungspflicht nach § 330 c StGB hinter das besondere Weige-

Bei Orthostase-Beschwerden

Reaktiviert venös versacktes Blut Aktiviert die arterielle Versorgung

Amphodyn®



retard
Reguliert doppelt:
Venös und arteriell.



Zusammensetzung: 1 Retardkapsel enthält Etilerfrinhydrochlorid 20 mg, Roßkastanienextrakt 150 mg fenth. 25 mg Aescin.
Indikationen: Bei allen essentiellen Formen der Hypotonie insbes. bei Jugendlichen, bei allen symptomatischen Formen der hypotonen Dysregulation nach Infektionen, Operationen, Grippe, Geburten, Bettlägerigkeit. **Kontraindikationen:** Phäochromozytom, Thyreotoxikose. **Anwendung und Dosierung:** Morgens vor dem Aufstehen 1 Retardkapsel. Nur selten braucht ein Patient am frühen Nachmittag eine zweite. **Packungsgrößen und Preise:** 20 Retardkapseln DM 10,95 · 50 Retardkapseln DM 25,65 · 100 Retardkapseln DM 44,75 · Anstaltspackung.

rungsrecht des Art. 2 Abs. 1 des 5. StrRG zurück (69).

Für die Feststellung, ob ein Arzt und eine ärztliche Hilfskraft in einer Not-situation zur Mitwirkung an einem Schwangerschaftsabbruch verpflichtet ist, bietet sich somit folgendes Prüfungsschema an:

a) Liegen die Voraussetzungen vor, die nach § 330 c StGB eine allgemeine Hilfeleistung auslösen?

b) Ist ein Schwangerschaftsabbruch im konkreten Fall nach § 218 a StGB zulässig?

c) Ist die Berufung auf das Recht, die Mitwirkung zu verweigern, ausgeschlossen, weil die Voraussetzungen des Art. 2 Abs. 2 des 5. StrRG vorliegen?

Ist auch diese Frage zu bejahen, so besteht eine Pflicht zur Mitwirkung an einem Schwangerschaftsabbruch. Wenn nicht, besteht eine derartige Pflicht nicht und der Arzt macht sich nicht nach § 330 c wegen unterlassener Hilfeleistung strafbar, wenn er die Mitwirkung versagt. Die allgemeine Hilfeleistungspflicht nach § 330 c StGB bleibt jedoch auch in diesem Fall bestehen, allerdings beschränkt auf andere Maßnahmen als den Schwangerschaftsabbruch.

3.3.2 Mitwirkungspflicht aus Garantenstellung

Hat ein Arzt eine Garantenstellung inne, so kann ihm daraus eine Handlungspflicht erwachsen (§ 13 StGB). Voraussetzung ist, daß der „Garant“ – sei es aufgrund vertraglicher Verpflichtung, sei es aus vorangegangenen Tun oder wegen tatsächlicher Gewährrübernahme – rechtlich dafür einzustehen hat, daß die Schwangere nicht zu Schaden kommt. Eine derartige Garantenstellung haben insbesondere der Bereitschaftsarzt und der Arzt, der vertraglich die Behandlung der Schwangeren übernommen hat (vgl. BGHSt 7, 211).

Für die Frage, ob und in welchen Fällen Ärzte aufgrund einer Garantenstellung verpflichtet sind, an einem Schwangerschaftsabbruch mitzuwirken, gelten die Ausführungen zur Hilfeleistungspflicht (3.3.1) analog. Eine derartige Verpflichtung besteht dann, wenn die Mitwirkung notwendig ist, um von der Frau eine anders nicht abwendbare Gefahr

des Todes oder einer schweren Gesundheitsschädigung abzuwenden (Art. 2 Abs. 2 des 5. StrRG). Sind diese Voraussetzungen gegeben, so macht sich der Arzt unter Umständen eines Körperverletzungs- oder Tötungsdeliktes durch Unterlassen (und nicht nur eines Vergehens der unterlassenen Hilfeleistung nach § 330 c StGB) schuldig, wenn er den Schwangerschaftsabbruch nicht vornimmt und die Schwangere dadurch zu Schaden kommt.

3.3.3 Mitwirkungspflicht aufgrund Vereinbarung mit der Schwangeren

Wenn sich ein Arzt im Behandlungsvertrag der Schwangeren gegenüber verpflichtet hat, die Schwangerschaft bei Vorliegen der gesetzlichen Zulässigkeitsvoraussetzungen abbrechen, stellt sich die Frage nach dem Verhältnis dieser vertraglichen Verpflichtung zu dem gesetzlichen Weigerungsrecht nach Art. 2 Abs. 1 des 5. StrRG.

3.3.3.1 Die Zulässigkeit freiwilliger Verpflichtungen

Die Formulierung des Art. 2 Abs. 1 des 5. StrRG „niemand ist verpflichtet, an einem Schwangerschaftsabbruch mitzuwirken“, besagt nicht, daß sich niemand zur Mitwirkung an einem Schwangerschaftsabbruch verpflichten kann. Dies war auch einhellige Auffassung in den Beratungen des Sonderausschusses (70). Mit Art. 2 Abs. 1 des 5. StrRG sollten nicht Teilbereiche des Zivil- und Arbeitsrechts außer Kraft gesetzt werden. Die Regierungsvertreter gingen bei den Ausschüßberatungen davon aus, daß die Rechtsprechung das nach dem Wortlaut uneingeschränkte Weigerungsrecht des Art. 2 Abs. 1 des 5. StrRG dahingehend auslegen werde, daß diese Vorschrift einer freiwilligen Verpflichtung zur Mitwirkung nicht entgegenstehe (71).

3.3.3.2 Der Vorrang der Gewissensentscheidung

Die Feststellung, daß sich ein Arzt vertraglich zum legalen Abbruch einer Schwangerschaft verpflichten kann, besagt noch nichts über die Bestandskraft und Wirkungen dieser Verpflichtung für den Fall, daß der Arzt nachträglich Gewissensbedenken gegen den Eingriff bekommt und diesen ablehnt. Grundsätzlich kann bei Nichterfüllung einer vertraglichen Verpflichtung auf Erfüllung geklagt werden. Außerdem besteht bei schuldhafter Nichterfüllung ein

Anspruch auf Ersatz des hierdurch verursachten Schadens nach den Regeln der positiven Vertragsverletzung.

Dem Anspruch auf Erfüllung und der Haftung wegen schuldhafter Nichterfüllung steht hier jedoch der übergeordnete Gesichtspunkt der Gewissensfreiheit (Art. 4 Abs. 1 GG) entgegen. Die vertragliche Verpflichtung zur Vornahme eines Schwangerschaftsabbruches muß hinter der nachträglich getroffenen Gewissensentscheidung zurückstehen (72). Niemand kann sich für die Zukunft durch einseitige oder vertragliche Verpflichtung seiner Gewissensfreiheit begeben (73). Jede vertragliche Verpflichtung zur Mitwirkung an einem legalen Schwangerschaftsabbruch steht unter dem ungeschriebenen Vorbehalt der Sinnesänderung aus Gewissensgründen. Um dies klarzustellen, wurde in den Beratungen des Sonderausschusses vorgeschlagen, Art. 2 Abs. 1 des 5. StrRG wie folgt zu formulieren:

„Niemand ist über eine von ihm freiwillig eingegangene Verpflichtung hinaus zur Mitwirkung beim Schwangerschaftsabbruch verpflichtet. Auch von einer freiwillig eingegangenen Verpflichtung ist befreit, wer gegen die Mitwirkung Gewissensbedenken hat“ (74).

Diese Formulierung wurde zwar nicht in das Gesetz übernommen. Die Gründe hierfür waren jedoch nicht sachliche Einwendungen gegen diese Aussage, sondern die Befürchtung, daß durch die ausdrückliche Hervorhebung der Zulässigkeit einer freiwilligen Verpflichtung die unerwünschte Übung entstehen könnte, daß Krankenträger regelmäßig bei der Einstellung eines Arztes eine entsprechende Verpflichtungserklärung verlangen (75).

Ein Arzt kann sich also zwar vertraglich oder einseitig zur Mitwirkung an zulässigen Schwangerschaftsabbrüchen verpflichten, er hat jedoch das Recht, die Erfüllung dieser Verpflichtung aus Gewissensgründen zu verweigern, es sei denn, der Eingriff ist gemäß Art. 2 Abs. 2 des 5. StrRG medizinisch indiziert. Macht der Arzt von diesem Recht Gebrauch, kann er grundsätzlich weder zur Erfüllung seiner Vertragspflicht verurteilt werden, noch trifft ihn eine Haftung wegen Nichterfüllung. Ist ihm jedoch vorzuwerfen, daß er sich leichtfertig und ohne zureichende Gewissens-

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

prüfung zur Mitwirkung an dem Schwangerschaftsabbruch, die er im nachhinein aus Gewissensgründen verweigert, verpflichtet hat, so könnte dies eine Haftung für einen etwaigen Schaden aus dem Gesichtspunkt der „culpa in contrahendo“ auslösen. Ob allerdings die Geburt und Existenz eines Kindes oder die Unterhaltsverpflichtung einen „Schaden“ im Sinne der Vorschriften über den Schadensersatz darstellt, ist umstritten (76).

Wenn der Arzt die Mitwirkung, zu der er sich verpflichtet hat, dagegen aus anderen als Gewissensgründen verweigert (77), greifen wohl die allgemeinen haftungsrechtlichen Folgen der Nichterfüllung vertraglicher Pflichten ein. Er kann sich dann nicht etwa auf Art. 2 Abs. 1 des 5. StrRG berufen, da diese Vorschrift ja der freiwilligen Verpflichtung zur Mitwirkung nicht entgegensteht.

3.4 Kassenärztliche Pflichten

3.4.1 Das System der kassenärztlichen Versorgung

Der Kassenpatient hat gegen die Krankenkasse einen öffentlich-rechtlichen Anspruch auf kassenärztliche Versorgung in Form der in der RVO näher bezeichneten *Regelleistungen* (§§ 179, 182, 368, 368 e RVO). Zur Sicherstellung dieses Anspruches schließen die Krankenkassen mit den Kassenärztlichen Vereinigungen Gesamtverträge (§§ 368 g, 368 n RVO), in denen insbesondere der Umfang der kassenärztlichen Versorgung und die Rechte und Pflichten der Kassenärzte geregelt werden. Die Kassenärzte sind als Mitglieder der Kassenärztlichen Vereinigung verpflichtet, die ärztliche Versorgung der Versicherten in dem gesetzlichen Umfang durchzuführen (vgl. § 4 Abs. 2 BMV/Ä).

3.4.2 Die Einbeziehung des rechtmäßigen Schwangerschaftsabbruches

Durch das Strafrechtsreform-Ergänzungsgesetz vom 28. August 1975 (StrEG – BGBl. I S. 2289) wurde der rechtmäßige Schwangerschaftsabbruch in die kassenärztliche Versorgung einbezogen. Der Katalog der Regelleistungen wurde um die „sonstigen Hilfen“ erweitert (§ 179 Abs. 1 Nr. 4 RVO), die nach § 200 f RVO auch Leistungen der Krankenkasse bei einem *nicht rechtswidrigen Ab-*

bruch der Schwangerschaft durch einen Arzt umfassen. Die von den Kassenärztlichen Vereinigungen sicherzustellende kassenärztliche Versorgung (§ 368 n RVO) umfaßt somit gemäß § 368 Abs. 2 Satz 3 RVO auch den rechtmäßigen Abbruch einer Schwangerschaft. Der Anspruch der Versicherten auf zweckmäßige und ausreichende ärztliche Versorgung (§ 368 e Satz 1 RVO) wurde dementsprechend auf den Schwangerschaftsabbruch nach § 200 f RVO ausgedehnt (§ 368 e Satz 3 RVO) (78). Damit besteht grundsätzlich eine Pflicht der Kassenärzte, bei rechtmäßigen Schwangerschaftsabbrüchen die ärztliche Versorgung sicherzustellen.

3.4.3 Das Weigerungsrecht des Kassenarztes

Die Pflicht des Kassenarztes, an der Erfüllung des Sicherstellungsauftrages der Kassenärztlichen Vereinigung mitzuwirken, ist nicht unbeschränkt (79). Nach § 4 Abs. 6 BMV/Ä darf der Kassenarzt die Behandlung oder Weiterbehandlung „in begründeten Fällen“ ablehnen (80). Es kann nicht zweifelhaft sein, daß darunter die Ablehnung, an einem Schwangerschaftsabbruch mitzuwirken, dann fällt, wenn sie aus Gewissensgründen oder sonstigen sachgerechten Erwägungen erfolgt (81). Dies gilt sowohl für den Arzt, der die Kassenzulassung bereits vor der Ausdehnung der kassenärztlichen Versorgung auf den rechtmäßigen Schwangerschaftsabbruch durch das StrEG erlangt hat, als auch für den Arzt, der bei seiner Zulassung bereits wußte, daß die kassenärztliche Versorgung auch diesen Bereich umfaßt (82). Der in Art. 2 Abs. 1 des 5. StrRG verankerte Grundsatz, daß niemand verpflichtet ist, an einem Schwangerschaftsabbruch mitzuwirken, gilt in vollem Umfang auch für den Kassenarzt.

Die Einbeziehung des Schwangerschaftsabbruches in die Regelleistungen der Krankenkassen tangiert nicht das Weigerungsrecht des Kassenarztes (83). Lediglich bei Vorliegen einer medizinischen Indikation nach Art. 2 Abs. 2 des 5. StrRG ist ihm die Berufung auf das Weigerungsrecht versagt.

3.4.4 Die Pflichten der Kassenärztlichen Vereinigungen

Das Prinzip der kassenärztlichen Versorgung, daß die Kassenärzte zur

Durchführung aller ärztlichen Maßnahmen verpflichtet sind, die unter die Regelleistung der Krankenkassen fallen, ist beim Schwangerschaftsabbruch durchbrochen. Die Kassenärztlichen Vereinigungen haben deshalb nur in sehr beschränktem Umfang die Möglichkeit, dafür Sorge zu tragen, daß die Kassenpatientinnen rechtmäßige Schwangerschaftsabbrüche von Kassenärzten durchführen lassen können. Sie können Krankenhäuser, sonstige ärztliche Einrichtungen und nicht zur Kassenpraxis zugelassene Ärzte zur Teilnahme an diesem Bereich der kassenärztlichen Versorgung ermächtigen (§ 368 Abs. 2 RVO, § 10 Abs. 2 BMV/Ä) (84). Nach § 1 Nr. 10 des StrEG (§ 368 n Abs. 6 RVO) sind sie sogar verpflichtet, mit ärztlich geleiteten Einrichtungen, insbesondere Krankenhäusern, auf deren Verlangen Verträge über die ambulante Durchführung von Schwangerschaftsabbrüchen zu schließen. Weitergehende Einwirkungsmöglichkeiten dürften den Kassenärztlichen Vereinigungen nicht zu Gebote stehen. Insbesondere wäre es unzulässig, die Kassenzulassung von der Erklärung des Arztes abhängig zu machen, daß er zur Mitwirkung an legalen Schwangerschaftsabbrüchen bereit ist.

3.5 Die rechtliche Situation des Krankenhausarztes und des übrigen Krankenhauspersonals

Für den angestellten und den beamteten Krankenhausarzt ist zu prüfen, ob die nachträgliche Aufnahme medizinisch nicht indizierter Schwangerschaftsabbrüche in das Leistungsangebot des Krankenhauses Auswirkungen auf die Dienstpflichten hat, ob und inwieweit beim Neubeschluß oder bei der Verlängerung von Verträgen die Bereitschaft, an Schwangerschaftsabbrüchen mitzuwirken, berücksichtigt werden kann, ob und inwieweit der Arzt sich zur Mitwirkung verpflichten kann und ob die Weigerung, an Schwangerschaftsabbrüchen mitzuwirken, einen Kündigungsgrund darstellen kann. Weiter ist die Rechtslage bei Schwangerschaftsabbrüchen zu erörtern, an denen ein Ärzte- und Mitarbeiter-Team beteiligt ist.

Die folgenden, auf den Arzt abgestellten Ausführungen gelten für das nichtärztliche Krankenhauspersonal entsprechend.

3.5.1 Die Änderung der Dienstaufgaben

Wenn sich ein Krankenhausträger entschließt, Schwangerschaftsabbrüche in das Leistungsangebot der Klinik aufzunehmen, stellt sich die Frage nach den Auswirkungen dieser Entscheidung auf die Dienstaufgaben der Ärzte.

3.5.1.1 Der Umfang der Dienstaufgaben

Der angestellte und der beamtete Krankenhausarzt unterstehen dem Direktionsrecht des Arbeitgebers bzw. des Dienstherrn. Dieser bestimmt, soweit er nicht im Arbeitsvertrag oder durch beamtenrechtliche Zusicherungen spezielle Bindungen eingegangen ist, im Rahmen der gesetzlichen und tarifvertraglichen Vorschriften Art und Umfang der Dienstaufgaben nach seinem Ermessen (85). Dabei ist er freilich verpflichtet, den Ärzten die Dienstaufgaben zuzuweisen, die ihrer fachlichen Qualifikation entsprechen. Diese sind umgekehrt verpflichtet, innerhalb ihres Fachgebietes alle Aufgaben wahrzunehmen, die traditionsgemäß zum Leistungsangebot der Krankenhäuser gehören.

Dazu wird man in der Gynäkologie die Geburtshilfe und den medizinisch indizierten Schwangerschaftsabbruch (86) rechnen können.

Schwangerschaftsabbrüche bei anderen Indikationen liegen außerhalb der Krankenbehandlung und damit außerhalb des traditionellen Aufgabenbereichs der Krankenhäuser (vgl. dazu im einzelnen 3.5.1.4 und 4.3.2.2).

3.5.1.2 Die einseitige Erweiterung der Dienstaufgaben durch den Krankenhausträger

Der Anstellungsvertrag eines Arztes mit dem Leiter oder Träger eines Krankenhauses sieht in der Regel ausdrücklich oder konkludent vor, daß der Arzt verpflichtet ist, alle in sein Fachgebiet fallenden und ihm speziell oder aufgrund eines Organisationsplanes zugewiesenen ärztlichen Maßnahmen durchzuführen (87). Erweitert der Krankenhausträger nachträglich das Angebot auf weitere Leistungen im Bereich der Krankenbehandlung, so führt dies grundsätzlich zu einer entsprechenden Aufgabenerweiterung für den Arzt, der das betreffende Fachgebiet zu betreuen hat, ohne daß es einer neuen Vereinbarung oder einer Vertragsergänzung bedarf. Die meisten Chefarztverträge enthalten ausdrücklich eine entsprechende Veränderungs- und Anpassungsklausel. Richtet also der Krankenhausträger eine gynäkologische Abteilung ein, so wird die Durchführung oder Unterstützung medizinisch indizierter Maßnahmen in diesem Bereich Dienstaufgabe der betroffenen Ärzte.

Als Betriebsinhaber und kraft seines Organisationsrechts kann der Krankenhausträger sein Leistungsangebot, soweit nicht gesetzliche Vorschriften dem entgegenstehen, auch auf ärztliche Leistungen erstrecken, die nicht zum ursprünglichen Aufgabenbereich der Krankenhäuser gehören, wie z. B. kosmetische Chirurgie oder den ambulanten Notfall- und Rettungsdienst. Ob und inwieweit der Krankenhausträger jedoch seinen angestellten und beamteten Ärzten auch die Erbringung dieser

Leistungen als Dienstaufgabe zuzuweisen kann, bedarf jeweils näherer Prüfung (88).

Die Befugnis des Krankenhausträgers, durch Veränderung des Leistungsangebotes den Inhalt der Dienstpflichten des angestellten Arztes einseitig zu verändern, findet ihre Grenze jedenfalls dort, wo es um ethische Grundfragen und unverletzliche Individualrechte geht. Entscheidet ein Krankenhausträger, daß in seinem Hause auch medizinisch nicht indizierte Schwangerschaftsabbrüche durchgeführt werden, so bedeutet dies für die Ärzte und das Krankenhauspersonal nicht lediglich eine arbeitstechnische Aufgabenerweiterung, dadurch wird vielmehr die Grundeinstellung zum ungeborenen Leben tangiert (89). Dem trägt die Freistellungsklausel des Art. 2 Abs. 1 des 5. StrRG Rechnung. Die Ärzte und das übrige Krankenhauspersonal können sich im Fall der Erweiterung des Leistungsangebotes auf medizinisch nicht indizierte Schwangerschaftsabbrüche gegenüber einer damit verbundenen Erweiterung ihrer Dienstaufgaben auf den Grundsatz berufen, daß niemand zur Mitwirkung an einem Schwangerschaftsabbruch verpflichtet ist. Die freie Entscheidung des Arztes, ob er an einem nicht durch eine Notlage nach Art. 2 Abs. 2 des 5. StrRG indizierten Schwangerschaftsabbruch teilnehmen will oder nicht, hat den absoluten Vorrang vor dem Organisations- und Direktionsrecht des Krankenhausträgers. Dies wurde im Sonderausschuß für die Strafrechtsreform – unter Ablehnung gegenteiliger Bestrebungen eines Vertreters des Bundesministeriums für Jugend, Fa-

Solidago® >Dr. Klein<

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

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

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

Handelsform und Preise (incl. MwSt.): 20 ml 6,50 DM, 50 ml 12,95 DM, 100 ml 21,95 DM



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

milie und Gesundheit — eindeutig klargelegt (90).

Der Arzt kann sich somit unter Berufung auf Art. 2 Abs. 1 des 5. StrRG weigern, wenn der Dienstherr ihn anweist, an medizinisch nicht indizierten Schwangerschaftsabbrüchen teilzunehmen oder geltend macht, mit der Erweiterung des Leistungsangebotes erstrecke sich die Dienstpflicht des Arztes auch auf diese Eingriffe.

3.5.1.3 Die vereinbarte Erweiterung der Dienstaufgaben

Der Krankenhausträger wird im Hinblick auf das gesetzlich verbürgte Weigerungsrecht der Ärzte und der nichtärztlichen Mitarbeiter medizinisch nicht indizierte Schwangerschaftsabbrüche in sein Leistungsangebot erst aufnehmen, wenn er sich der Bereitschaft des Krankenhauspersonals zur Mitwirkung versichert hat. Ein solches Verfahren empfiehlt sich auch aus Gründen der Fürsorgepflicht.

Das Krankenhauspersonal kann sich durch entsprechende Verpflichtungserklärung zur Mitwirkung an Schwangerschaftsabbrüchen bereiterklären. Zur Bindungswirkung derartiger Verpflichtungen gelten die Ausführungen unter 3.3.3.2 entsprechend.

3.5.1.4 Die Mitwirkung bei medizinisch indizierten Eingriffen

Bei der Feststellung, daß die Erweiterung des Leistungsangebotes auf medizinisch indizierte Schwangerschaftsabbrüche in der Regel zu einer entsprechenden Erweiterung des Aufgabenbereiches der Ärzte führt, blieb offen, unter welchen Voraussetzungen ein Abbruch medizinisch indiziert ist. § 218 a Abs. 1 StGB führte — wie festgestellt — eine gegenüber dem bisherigen Verständnis der medizinischen Indikation erheblich erweiterte medizinisch-soziale Indikation ein, die nicht mehr auf psychosomatische Gesundheitsschäden beschränkt ist (vgl. 2.2.1). Soweit es um die Befugnis des Krankenhausträgers geht, Ärzten die Erbringung bestimmter Leistungen als Dienstaufgabe zuzuweisen, wird wohl auf den Begriff der medizinischen Indikation im engeren Sinne, wie er in Art. 2 Abs. 2 des 5. StrRG verankert ist, abzustellen sein, da nur dann,

„wenn die Mitwirkung notwendig ist, um von der Frau eine anders nicht abwendbare Gefahr des Todes oder einer schweren Ge-

sundheitsschädigung abzuwenden“,

der Eingriff zum herkömmlichen Aufgabenbereich der Krankenhäuser gehört. Sollte sich jedoch im ärztlichen und allgemeinen Verständnis die medizinische Indikation in Richtung auf eine medizinisch-soziale fortentwickeln und sollte in die „Krankenbehandlung“ als Aufgabe der Krankenhäuser auch die Behandlung medizinisch-sozialer Indikationsfälle einbezogen werden (91), so könnte eine Erweiterung des Leistungsangebotes des Krankenhauses auf derartige Eingriffe zwar grundsätzlich eine entsprechende Ausgabenerweiterung für die Krankenhausärzte zur Folge haben. In der Sache würde sich jedoch für diese nichts ändern, da sie sich in all den Fällen, in denen nicht die strengen Voraussetzungen der medizinischen Indikation nach Art. 2 Abs. 2 des 5. StrRG vorliegen, gegenüber einer Dienstpflicht zur Mitwirkung an Schwangerschaftsabbrüchen auf ihr gesetzliches Weigerungsrecht nach Art. 2 Abs. 1 des 5. StrRG berufen können.

3.5.2 Neuabschluß von Arbeitsverträgen

Einem Krankenhausträger, der in seinem Haus erlaubte Schwangerschaftsabbrüche durchführen lassen will, kann es grundsätzlich nicht verwehrt werden, bei der Einstellung eines Arztes dessen Bereitschaft oder Weigerung, an derartigen Eingriffen mitzuwirken, zu berücksichtigen. Dies könnte im Einzelfall für den Arzt zu einem mittelbaren Druck führen, der die Freiheit seiner Entscheidung beeinträchtigt. Die Gefahr, daß die Weigerung, an Schwangerschaftsabbrüchen teilzunehmen, faktische Pressionen und Benachteiligungen nach sich ziehen kann, wurde im Gesetzgebungsverfahren durchaus gesehen. Der Forderung, „daß die Ärzte frei von jeglicher Bedrängnis durch den Krankenhausträger über ihre Mitwirkung entscheiden können“ (92), wurde zwar allgemein zugestimmt, dies sicherzustellen, liegt jedoch außerhalb der Möglichkeiten des Gesetzgebers (93).

Das Spannungsverhältnis zwischen dem Interesse eines Krankenhausträgers, Ärzte einzustellen, die das Leistungsangebot des Krankenhauses voll stützen und zu realisieren bereit sind, und dem Recht des Arztes, in seiner freien Entscheidung für

oder gegen die Mitwirkung an Schwangerschaftsabbrüchen nicht beeinträchtigt zu werden, kann nur unter Berücksichtigung der jeweiligen konkreten Situation gelöst werden. Einem privaten Krankenhausträger, der eine Spezialklinik betreibt, wird die Berechtigung nicht abgesprochen werden können, die Einstellung eines Arztes von seiner erklärten Mitwirkungsbereitschaft abhängig zu machen (94). Einem kommunalen oder staatlichen Krankenhausträger dagegen wird es verwehrt sein, ohne konkrete Notwendigkeit bei der Einstellung eines Arztes zu verlangen, daß sich dieser zur Teilnahme auch an medizinisch nicht indizierten Schwangerschaftsabbrüchen verpflichtet.

Umgekehrt wird es zumindest dem privaten Krankenhausträger nicht verwehrt sein, bei der Einstellung von dem Bewerber eine Erklärung des Inhalts zu fordern, daß er an Schwangerschaftsabbrüchen — abgesehen von Notfällen im Sinne von Art. 2 Abs. 2 des 5. StrRG — nicht teilnimmt (95).

3.5.3 Verlängerung von Arbeitsverträgen

Bei der Verlängerung eines befristeten Dienstvertrages (96) wird ein Arzt nicht ohne stichhaltige Begründung vor die Alternative gestellt werden dürfen, sich zur Mitwirkung an Schwangerschaftsabbrüchen zu verpflichten oder eine Nichtverlängerung des Vertrages hinzunehmen. Im Fall der Vertragsverlängerung kann die Koppelung an eine Mitwirkungsverpflichtung zu einem derartigen Druck auf den Arzt führen, daß der in Art. 2 Abs. 1 des 5. StrRG verankerte Grundsatz der freien Entscheidung nachhaltig verletzt ist. Zwar kann Art. 2 Abs. 1 des 5. StrRG nicht verhindern, daß mit der Weigerung unter Umständen gewisse tatsächliche Nachteile verbunden sind. Diese dürfen jedoch nicht von so erheblichem Gewicht sein, daß es unzumutbar ist, sie auf sich zu nehmen (weil sie z. B. die wirtschaftliche Existenz bedrohen). Auch die Bundesärztekammer stellte in ihren „gesundheits- und sozialpolitischen Vorstellungen der deutschen Ärzteschaft“ im Jahre 1974 u. a. fest, „in den Krankenhäusern dürfe die Gewissensentscheidung des Arztes nicht zur Existenzfrage, die Bereitschaft, abzutreiben, nicht zur entscheidenden Qualifikation werden“ (97).

Herz. Erst dann kommt Krebs.

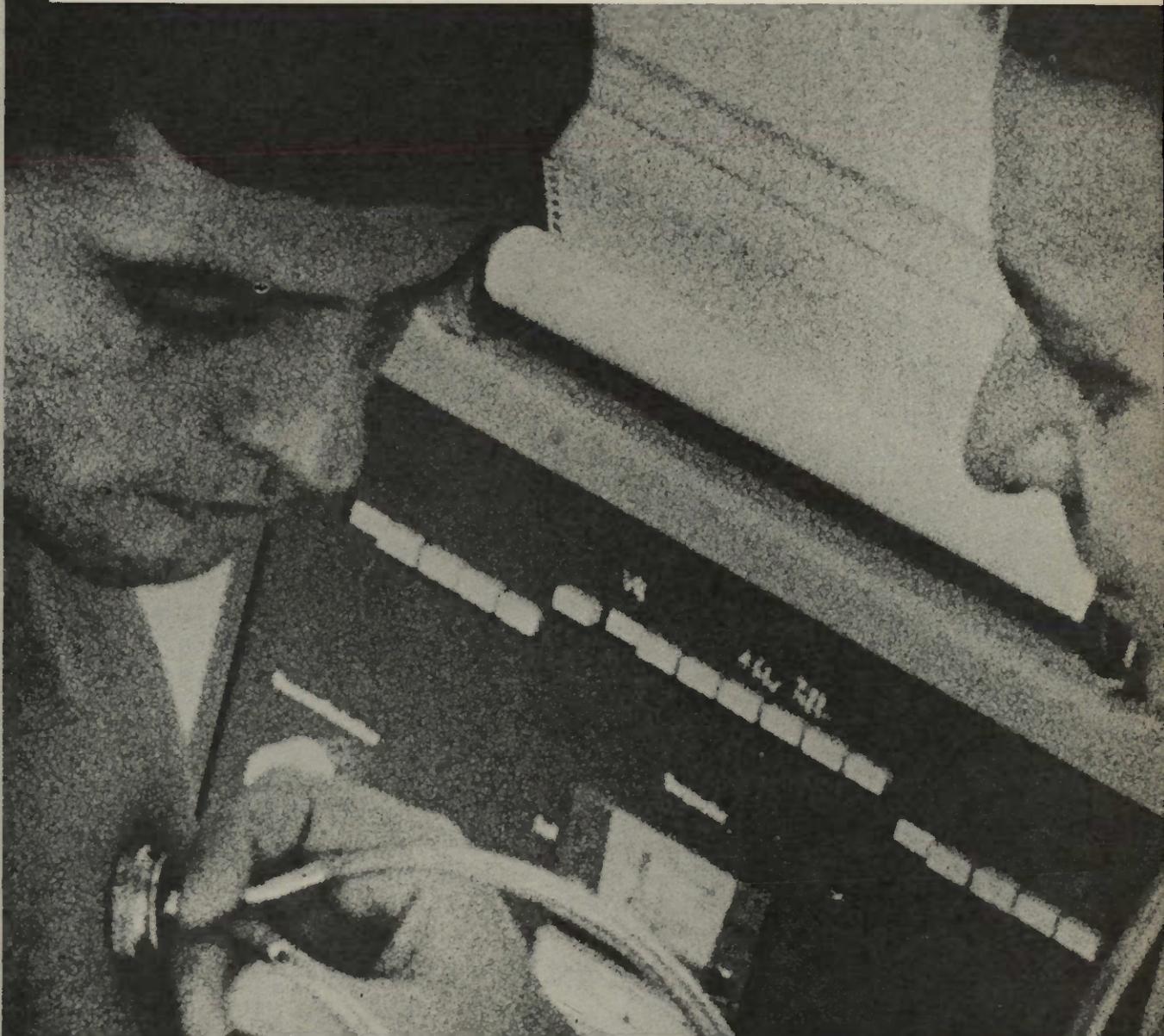
1975: 346 300 Menschen starben in Deutschland an Herz-Kreislauf-Erkrankungen (= 46% der Todesfälle). An bösartige Neubildungen starben 152 400 (= 20,3% der Todesfälle) (Statistisches Bundesamt Wiesbaden, Todesursachenstatistik 1975).

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

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 beeinträchtigt werden. Inkompatibilitäten mit anderen Arzneimitteln sind bei der klinischen Prüfung des Präparates nicht zutage getreten.

Indikation:
Herz-Kreislauferkrankungen treten nur vereinzelt und eher zu Beginn der Behandlung auf; sie sind zudem vorübergehender, meist leichter Natur. Geschlechtlich kann es zu Kopfdruck, Geschichtserregung, Wärmegefühl, Schwindel und Übelkeitsercheinungen kommen. Umfangreiche Laboratoriumsuntersuchungen ergaben keine auf das Präparat zurückzuführenden pathologischen Abweichungen von den Normwerten.

Verträglichkeit:
Adalat ist gut verträglich. Unerwünschte Begleiterscheinungen sind selten.



Das Resultat intensiver Koronar-Forschung bei Bayer heißt:

1. Adalat, 2. Adalat, 3. Adalat.

Das Prinzip der Sauerstoffeinsparung.

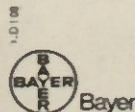
Gezielte Reduzierung des Energieverbrauches durch Hemmung des kontraktilitätssteigernden Calcium-Einstroms in die Myokardzelle. Die regulative Anpassung des Herzens bleibt erhalten. Der myokardiale Sauerstoffverbrauch wird gesenkt.

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.

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



3.5.4 Mitwirkungsverweigerung als Kündigungsgrund (98)

Der Arzt ist zwar, wie erörtert, zur Mitwirkung an medizinisch nicht indizierten Schwangerschaftsabbrüchen weder dann verpflichtet, wenn der Krankenhausträger nachträglich derartige Eingriffe in sein Leistungsangebot aufnimmt, noch dann, wenn er trotz entsprechender vertraglich oder einseitig eingegangener Verpflichtung nachträglich Gewissensbedenken gegen derartige Eingriffe bekommt. Es stellt sich jedoch die Frage, ob die Weigerung des angeestellten Arztes in diesen Fällen einen Kündigungsgrund darstellt.

3.5.4.1 Außerordentliche Kündigung

Eine außerordentliche (fristlose) Kündigung ist nach § 626 BGB nur zulässig, wenn ein wichtiger Grund hierfür vorliegt. Betriebliche Veränderungen geben in der Regel dem Arbeitgeber nicht das Recht zur fristlosen Kündigung. Da nach den strengen Maßstäben, die die Rechtsprechung bei der Beurteilung eines außerordentlichen Kündigungsgrundes anlegt, nicht einmal eine Betriebseinschränkung oder BetriebsEinstellung einen wichtigen Grund im Sinne der Kündigungsvorschrift darstellt (99), liegt ein solcher bei einer bloßen Veränderung des Leistungsangebotes auch dann nicht vor, wenn der Arbeitnehmer aus irgendwelchen Gründen dafür nicht zur Verfügung steht.

Diese allgemeinen Grundsätze zur fristlosen Kündigung werden durch Art. 2 Abs. 1 des 5. StrRG noch verfestigt, wenn es um mögliche dienst- oder arbeitsrechtliche Konsequenzen für den Arzt geht, der sich weigerte, an medizinisch nicht indizier-

ten Schwangerschaftsabbrüchen mitzuwirken. Diese Vorschrift will, wie im Gesetzgebungsverfahren wiederholt klargestellt wurde, gerade verhindern, daß die Weigerung nachteilige rechtliche Folgen hat (100).

Eine fristlose Kündigung mit der Begründung, daß sich der Arzt weigert, dem erweiterten Leistungsangebot entsprechend an medizinisch nicht indizierten Schwangerschaftsabbrüchen teilzunehmen, verstößt somit gegen das gesetzlich garantierte Weigerungsrecht und ist grundsätzlich unzulässig (101).

Ob dies auch dann gilt, wenn sich der Arzt gegenüber dem Krankenhausträger verpflichtet hat, an Schwangerschaftsabbrüchen teilzunehmen, und im nachhinein aus Gewissensgründen von seinem Weigerungsrecht Gebrauch macht (vgl. 3.3.3.2), könnte fraglich sein. Die Situation ist in diesem Falle eine andere als bei der nachträglichen Änderung des Leistungsangebotes des Krankenhauses, da für den Arzt bei Vertragsschluß der Gewissenskonflikt vorhersehbar war und da der Krankenhausträger auf die Mitwirkung des Arztes vertrauen durfte. Eine Abwägung der Interessen des Krankenhausträgers mit denen des Arztes kann deshalb zur Annahme eines wichtigen Grundes im Sinne von § 626 BGB führen, aufgrund dessen dem Träger die Weiterbeschäftigung des Arztes nicht zugemutet werden kann. Ausschlaggebend hierfür sind die konkreten Umstände, wie etwa die Frage einer anderweitigen Verwendungsmöglichkeit für den Arzt und der ausreichenden Sicherstellung der Durchführung von Schwangerschaftsabbrüchen auch ohne diesen Arzt (102).

3.5.4.2 Ordentliche Kündigung

Eine ordentliche Kündigung eines unter das Kündigungsschutzgesetz fallenden Dienstvertrages mit der Begründung, daß der Arzt nicht an Schwangerschaftsabbrüchen im Krankenhaus teinimmt, wäre nur dann zulässig, wenn sie sozial gerechtfertigt im Sinne von § 1 Abs. 1 KSchG wäre. Sozial ungerechtfertigt ist eine Kündigung, wenn sie nicht durch Gründe, die in der Person oder in dem Verhalten des Arbeitnehmers liegen, oder durch dringende betriebliche Erfordernisse, die eine Weiterbeschäftigung des Arbeitnehmers in diesem Betrieb entgegenstehen, bedingt ist, und wenn der Arbeitnehmer an einem anderen Arbeitsplatz im selben Betrieb oder in einem anderen Betrieb des Unternehmens weiterbeschäftigt werden könnte (§ 1 Abs. 2 KSchG).

Da der Arzt nach Art. 2 Abs. 1 des 5. StrRG das Recht hat, seine Mitwirkung an Schwangerschaftsabbrüchen zu versagen, und zwar auch dann, wenn er sich zur Mitwirkung einseitig oder vertraglich verpflichtet hat und nachträglich Gewissensbedenken bekommt, kann in der Ausübung dieses Rechts kein in seiner Person oder seinem Verhalten liegender Kündigungsgrund gesehen werden (103).

Die Weigerung eines Arztes, an Schwangerschaftsabbrüchen mitzuwirken, könnte jedoch im Einzelfall dazu führen, daß ein dringendes betriebliches Erfordernis einer Weiterbeschäftigung des Arztes in dem Krankenhaus entgegensteht und damit eine Kündigung sozial gerechtfertigt wäre. Wenn etwa ein Arzt (z. B. ein Anästhesist) mit dem Träger einer kleineren Spezialklinik dienst-

zur phytohormonellen Therapie bei Mastodynie, Mastopathie, zyklisch bedingter Migräne

Indikationen: Mastodynia, Mastopathia fibrosa cystica, prämenstruelles Syndrom, Corpus luteum-Insuffizienzbedingte Zyklusnomelien, zyklisch bedingte Migräne. • **Kontraindikationen** und **Nebenwirkungen** sind bisher nicht bekannt. • **Zusammensetzung:** 100 g enthalten: Agnus castus D 1 20 g, Caulophyllum thalictroides D 4 10 g, Cyclamen D 4 10 g, Ignatia D 6 10 g, Iris D 2 20 g, Lillium tigrinum D 3 10 g, Lupulinum D 8 10 g, Tinctura Condurango 10 g. • **Dosierung:** Es ist unartäglich, 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. • **Handeleformen:** Mastodynon OP mit 30 ml DM 7,75, OP mit 50 ml DM 10,45, OP mit 100 ml DM 15,85; Großpackungen mit 500 ml und 1000 ml.

BIONORICA KG · APOTHEKER POPP · NÜRNBERG

Mastodynon®

ANTIMASTOPATHIKUM



vertraglich vereinbart hat, daß er an Schwangerschaftsabbrüchen mitwirkt, und nachträglich aus Gewissensgründen die Mitwirkung verweigert, so wäre es grob unbillig, dem Krankenhausträger auch dann eine Weiterbeschäftigungspflicht aufzuerlegen, wenn für diesen Arzt keine oder nur ganz geringe anderweitige Arbeitsbereiche verbleiben. In diesem Fall könnte eine Kündigung sozial gerechtfertigt sein.

3.5.5 Beteiligung mehrerer am Schwangerschaftsabbruch

Ein Schwangerschaftsabbruch kann in der Regel nicht von einem Arzt allein durchgeführt werden. Außer mindestens einer nichtärztlichen Hilfskraft (Schwester) wird bei Durchführung einer Narkose in der Regel die Beteiligung eines Anästhesisten erforderlich sein. Jedem dieser Beteiligten steht es frei, ob er an dem Eingriff mitwirken will (Art. 2 Abs. 1 des 5. StrRG). In der Praxis wird sich der Krankenhausträger der Mitwirkung dieser Personen vertraglich oder durch entsprechende Verpflichtungserklärung versichern und erst dann medizinisch nicht indizierte Schwangerschaftsabbrüche in sein Leistungsangebot aufnehmen.

Jeder, der an einem Schwangerschaftsabbruch mitwirkt, ist verpflichtet, die Gewissensentscheidung anderer zu respektieren. Die im hierarchischen Chefarztsystem bestehenden Weisungsrechte finden an der positiv-rechtlichen Regelung in Art. 2 Abs. 1 des 5. StrRG ihre Grenze. Es wäre deshalb nicht zulässig, daß ein Gynäkologe einen Schwangerschaftsabbruch ansetzt, ohne sich vorher der erforderlichen Mitwirkung anderer Ärzte oder des Hilfspersonals zu vergewissern. Für diese könnte zwar dann eine Verpflichtung bestehen, an dem Eingriff mitzuwirken, wenn ohne ihre Mitwirkung die Gefahr besteht, daß der Eingriff mißlingt und die Schwangere schwere Gesundheitsschädigungen oder den Tod erleidet (§ 330 c StGB I. V. mit

Art. 2 Abs. 2 des 5. StrRG). Ein Arzt, der diese Situation verantwortlich herbeiführt und dadurch andere zwingt, gegen ihre Überzeugung an einem Schwangerschaftsabbruch mitzuwirken, handelt jedoch pflichtwidrig und könnte — abgesehen von dienst- und standesrechtlichen Folgen — unter Umständen sogar wegen Nötigung belangt werden.

Anmerkungen

62. Eine solche kann selbstverständlich nur im Hinblick auf rechtmäßige Schwangerschaftsabbrüche bestehen.
63. Für den Arzt folgt das Verbot von Eingriffen in seine Entscheidungsfreiheit auch aus § 1 Bundesärzteordnung (vgl. **Narr**, Ärztliches Berufsrecht, S. 159; **Maler**, Wissenschaftl. Dienst des BT, Prot. der 25. Sitzung, S. 1508, 1510, 1511; **Hollmann**, Dtsch. Med. Wschr. 1975, 66).
64. So der Vertreter des BMJFG in einer Ausschlußberatung, Prot. 25. Sitzung, S. 1485.
65. Vgl. **Schönke-Schröder**, aaD, Anm. 45 zu § 218.
66. Vgl. **Laufhütte/Wilkitzki**, JR 1978, S. 337; **Maler**, NJW 1974, S. 1405.
67. In der Literatur werden die Begriffe nicht immer klar getrennt; **Siegmund-Schultze** etwa bezeichnet diese beiden Indikationsfälle sowie die medizinisch-somatische Indikation nach § 218 b Abs. 3 StGB ohne Unterscheidung übereinstimmend als „medizinische Indikation“ (vgl. **Krankenhausarzt** 49, S. 702/703; vgl. auch **Müller**, in: Das Krankenhaus, 1974, S. 324).
68. Vgl. Prot. der 28. Sitzung, S. 1576.
69. Ebenso **Maler**, NJW 1974, S. 1405; dogmatisch könnte dies damit begründet werden, daß Art. 2 des 5. StrRG lex specialis zu § 330 c StGB ist oder daß bei der Zumutbarkeitsprüfung im Rahmen des § 330 c StGB das Mitwirkungsverweigerungsrecht nach Art. 2 des 5. StrRG zu berücksichtigen ist.
70. Vgl. Prot. der 27. Sitzung, S. 1552; 28. Sitzung, S. 1559 ff.
71. Vgl. Prot. der 28. Sitzung, S. 1561; **Maler**, NJW 1974, S. 1409.
72. Vgl. **Maler**, NJW 1974, S. 1410.
73. Vgl. Prot. der 27. Sitzung, S. 1552.
74. Prot. der 28. Sitzung, S. 1531 f.
75. Prot. der 28. Sitzung, S. 1560 ff.; **Maler**, NJW 1974, S. 1405.
76. Vgl. für den Fall einer Empfängnis trotz Einnahme einer Antibabypille LG München, VersR 70, 428; LG Duisburg, VersR 75, 432; **Löwe**, VersR 69, 573; **Selb**, JZ 71, 201.
77. Vgl. **Maler**, NJW 1974, S. 1410.
78. Vgl. zu den Problemen, die diese Regelung aufwirft, **Hanke**, NJW 1976, S. 1773 ff.
79. Vgl. allgemein zu den Grenzen des Kontrahierungszwangs für den Kassenerzt, **Grömlig**, Dtsch. Vers. Zeitschr., 1971, S. 224.
80. Vgl. **Narr**, Ärztliches Berufsrecht, S. 149; **Grömlig**, Dtsch. Vers. Zeitschr., 1971, S. 224 ff.
81. Vgl. **Hollmann**, Dtsch. Med. Wschr., 1975, S. 66.
82. Vgl. **Maler**, Wissenschaftlicher Dienst des ET, Prot. der 25. Sitzung, S. 1507/1509, 1511.

93. Vgl. **Hess**, Deutsches Arzteblatt, Heft 33, S. 2401/2404; **Hollmann**, Dtsch. Med. Wschr., 1975, S. 65/66.
84. Vgl. **Maler**, WD, Prot. der 25. Sitzung, S. 1511.
85. Vgl. **Kluge**, in: Recht und Arbeit, 1962, S. 177; **Hollmann**, Dtsch. Med. Wschr., 1975, S. 66.
86. Vgl. näher 3.4.1.4.
87. Vgl. **Maler**, WD, Prot. der 25. Sitzung, S. 1511.
88. Vgl. für den Notarzteinsatz **Opderbecke/Walbauer**, Der Notarzteinsatz, eine Dienstaufgabe des Krankenhausträgers?, Anaesth. Intorm. 1975, S. 159.
89. Vgl. **Maler**, NJW 1974, S. 1406.
90. Vgl. Prot. der 28. Sitzung, S. 1565; **Maler**, NJW 1974, S. 1406.
91. Zur Zeit scheint diese Tendenz noch nicht zu bestehen, vgl. **Schmitt**, FamRZ 1976, S. 596.
92. Stenogr. Bericht über die 95. Sitzung des Dtsch. BT, S. 6392 D; vgl. zu dem Problem auch **Kofka**, in: Festschrift für **Helnitz**, S. 349.
93. Vgl. **Maler**, NJW 1974, S. 1410; die dtach. Krankenhausgesellschaft hat allerdings bereits im Jahre 1974 aufgrund eines Vorstandsbeschlusses mitgeteilt, daß die Krankenhausträger in Wahrnehmung ihrer Fürsorgepflicht keinen ihrer Mitarbeiter zwingen werde, gegen sein Gewissen Schwangerschaftsunterbrechungen vorzunehmen oder an ihnen mitzuwirken, auch wenn sie selbst als Träger in ihren Häusern die Durchführung solcher Eingriffe zulassen (vgl. **Müller**, in: Das Krankenhaus, 1974, S. 321).
94. Vgl. **Maler**, NJW 1974, S. 1410.
95. Die katholischen Krankenhäuser sind nach den Empfehlungen der Dtsch. Bischofskonferenz vom 7. 5. 1976 hierzu sogar verpflichtet.
96. Vgl. zum Problem der grundsätzlich unzulässigen Kettenarbeitsverträge BAG NJW 1961, 798.
97. Abgedruckt bei **Müller**, in: Das Krankenhaus, 1974, S. 321/323.
98. Ob umgekehrt dem Krankenhausträger ein Kündigungsrecht zusteht, wenn im Krankenhaus medizinisch nicht indizierte Schwangerschaftsabbrüche durchgeführt werden, obwohl der Träger dies ausdrücklich untersagt hat, soll hier nicht erörtert werden.
99. Vgl. **Palandt**, BGB, 35. Aufl., Anm. 5 n zu § 626 mit Rspr.-Nachw.
100. Vgl. Begründung zum Entwurf eines § 218 g. ET-Drucks. 7/554, S. 28 und 7/561; 95. Sitzung des Dtsch. BT, Stenogr. Bericht S. 6413 A; S. 6392 D; Sonderausschuß, Prot. der 25. Sitzung, S. 1486.
101. Wohl unbestritten, vgl. **Maler**, WD, Prot. der 25. Sitzung, S. 1512; **Hollmann**, Dtsch. Med. Wschr., 1975, S. 66.
102. So auch **Maler**, NJW 1974, S. 1410.
103. So auch ein Regierungsvertreter in der 25. Sitzung des Sonderausschusses, Prot. S. 1486.

(Schluß folgt)

Anschrift der Verfasser:

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



STAATL.
FACHINGEN

...der rein natürliche Heilbrunnen

aus der Tiefe der Erde — STAATLICH FACHINGEN.

Als Hastrinkkur von heilwirkendem Einfluß bei ● Magen- und Darmkrankungen, übermäßiger Säure (Sodbrennen) ● Stoffwechselerkrankungen (Zucker, Behandlung unterstützend, Fettsucht) ● Krankheiten der harnableitenden Wege und der Nierenfunktion ● Von günstigem Einfluß auf den Kalorienhaushalt Zur Vorbeugung und in der Rekonvaleszenz. Vermehrt z. B. auch die Diurese und verhindert Grief- und Steinbildung in den ableitenden Harnwegen. Bei Krankenkassen zugelassen. Auskunft und wissenschaftl. Prospekte unverbindl. Ad usum proprium Vorzugspreise.

Staatl. Mineralbrunnen S. E.
Zentralverw. 62 Wiesbaden 16, Wiesbadener Straße 77, Tel. (0 61 21) 4 26 91 und 4 26 95

Die Geburtsstunde des Orchesters liegt beinahe zehn Jahre zurück. In seinem ersten Semester scharte der Medizinstudent Reinhard Steinberg musizierende Kommilitonen der Münchener Fakultät um sich und gründete das Orchester Münchner Medizinstudenten. Aus einem Kammerorchester entwickelte sich in Jahresfrist ein beachtliches Symphonieorchester, das unter der Stabführung seines Gründers in wöchentlichen Proben ein Konzertprogramm erarbeitete, das zum Semesterende im Rahmen der Medizinischen Fakultät aufgeführt wurde. Dabei war man eifrig bemüht, zwischen Bach und Strawinsky nur wenig auszulassen. So kamen neben der klassischen Literatur auch Strawinskys „Apollon musagète“, Prokofieffs „Peter und der Wolf“ und „Le carnaval d'Aix“ von Darius Milhaud zur Aufführung. Von letzterem Werk wußte Joachim Kaiser anlässlich des fünfjährigen Bestehens des Orchesters in der „SZ“ zu berichten: „... Es gelang nämlich alles vom ersten bis zum letzten Ton vernünftig und intelligent. Und vor allem lebendig.“ Gerade diese Eigenschaft des Orchesters, die von beachtenswertem Können getragene Musizierlust durch lebendige Begeisterung auf die Zuhörenden zu übertragen, war immer ein hervorstechendes Merkmal. Der Wechsel ins Berufsleben mit seinen zeitlichen wie örtlichen Erfordernissen unterbrach zunächst die Arbeit des Studentenorchesters, bis sich 1975 der harte Kern unter dem Namen Bayerisches Ärzteorchester zu einem Weihnachtskonzert für die Münchener Ärzteschaft zusammenfand. Der große Erfolg im ausverkauften Münchener Herkulesaal gab den Ansporn, sich nun einmal im Jahr für eine Woche zu konzentrierter Probenarbeit zu treffen. Das erste Produkt war im Juni 1976 Mozarts Singspiel „Zaide“, aufgeführt im Cuvilliés-Theater anlässlich eines Festtages der Münchener Medizinischen Fakultät. Sänger der beiden Münchener Opernhäuser unter der Regie von Kurt Wilhelm, musikalische Einstudierung durch GMD Gregor Eichhorn, das Bayerische Ärzteorchester unter Reinhard Steinberg – mittlerweile Neurophysiologe am Münchener Physiologischen Institut

–, das Ganze war für den, der von Anfang an dabei sein konnte, ein äußerst interessantes Erlebnis einer beglückenden Mischung. Das Können der Professionellen, die Begeisterung der Laien, aus dieser Verbindung entstand eine Atmosphäre von Spaß und Engagement, die sich von den Akteuren elektrisierend auf die Zuhörer übertrug. Karl Schumann kommentierte in der „SZ“ den Beitrag unserer musizierenden Kollegen: „Hören lassen konnten sich die ‚Dilettanten‘, das Orchester aus Medizinern, der famose erste Oboer, der schier professionell abgestufte Geigenklang und der erstmals an einem Opernpult stehende Dirigent Dr. Reinhard Steinberg ... Nachdrücklich setzte er seine straffen Tempi durch, fing Unstimmigkeiten geistesgegenwärtig auf und wußte überhaupt, worauf es bei Mozart wie beim Theater ankommt. Er und sein Orchester zogen mit gutem Grund den lautesten Applaus auf sich.“

Für die Aktion „Rette das neue Leben“ stellt sich das Bayerische Ärzteorchester mit Konzerten in Würzburg, Regensburg und München zur Verfügung. Gepröbt wird in strenger Klausur im Fränkischen, dann beginnt das Reisen. Die Konzertmeister der Münchener Philharmoniker, Werner Grobholz und Helmar Stiehler, und unser augenärztlicher Kollege Dr. Peter Clemente werden das Beethovensche Tripelkonzert spielen, mit der Coriolan-Ouvertüre von Beethoven und Schuberts großer C-Dur Symphonie wird unser Bayerisches Ärzteorchester seine Musizierkunst unter Beweis stellen. Nach all dem, was in den vergangenen Jahren von diesem musikalisch hochbegabten Kreis unter unseren Kollegen zu hören war, dürfen wir uns auf ein großes Ereignis freuen.

Klaus Thureau

Aus dem Kreis ärztlicher Kollegen hat sich der „Verein zur Förderung des Bayerischen Ärzteorchesters e. V.“ konstituiert, der die Arbeit des Orchesters unterstützt. – Den Vorsitz führt Professor Dr. Klaus Thureau, Physiologisches Institut der Universität, Pettenkofferstraße 12, 8000 München 2.

Spendenaktion „Rette das neue Leben“

Das Problem der Säuglingssterblichkeit ist noch immer nicht zutriedenstellend gelöst. Die hervorragenden wissenschaftlichen Erkenntnisse, etliche technische Entwicklungen und die in der Praxis gegebenen Möglichkeiten der Gesundheitsvorsorge nützen nicht, wenn sie im Bedarfstill nicht zu Verfügung stehen. In München sind viele Geburtshilfestationen von den kinderärztlichen Intensivstationen räumlich getrennt. Hinzu kommt ein weiträumiger Einzugsbereich.

Damit anpassungsgefährdete Neugeborene von der geburtshilflichen Abteilung rasch verlegt werden können und dadurch kaum korrigierbare Schäden möglichst vermieden werden, ist ein gut funktionierendes zentralgesteuertes Transportsystem erforderlich. Dieser Transport soll künftig in einem Spezial-Transportinkubator mit entsprechenden Zusatzgerätschaften und in Begleitung eines fachkundigen Arztes erfolgen.

Um diese Aufgabe nachhaltig zu fördern, soll eine Sammlung die erforderlichen Mittel bringen, die für einen wirkungsvollen Säuglingsrettungsdienst so dringend benötigt werden.

Die Aufgabe kann aber nur gelöst werden, wenn eine große Gemeinschaft aktiv und persönlich dazu beiträgt.

Um Ihre Hilfe bei dieser Aktion „Rette das neue Leben“, die in München Stadt und Land durchgeführt wird, möchten wir Sie deshalb besonders ansprechen.

Wir bitten Sie daher, sich an dieser Spendenaktion mit einem großzügigen Beitrag zu beteiligen. Ihre Spende dient nicht nur einer guten Sache, sondern einer lebensentscheidenden Fürsorge, die jederzeit auch für Ihre Familie gebraucht werden könnte.

gez. Unterschriften

Postscheckkonto Nr. 44 44 – Postscheckamt München

für Kuratorium Rettungsdienst Bayern

Kennwort: Säuglingsrettung

Spendenquittung zur Vorlage beim Finanzamt wird auf Wunsch ausgestellt.

Gleich den Jahresringen des Baumes ...



zeichnet sich die körperliche und seelische Entwicklung des Menschen ab. Störungen in der Frühentwicklung wirken sich oft entscheidend auf das ganze Leben aus.



NERV infant®

Sedativum mit Vitamin B₁ und organischen Phosphorträgern. Konzentrationsschwäche, vegetative Störungen, unruhiger Schlaf, Schulumüdigkeit, Angst, nerv. Allerg., Pavor nocturnus.

Zusammensetzung:
Vit.-B₁-chloridhydrochlorid 0,14 g
Extr. Lupull 16,00 g
Extr. Passiflorae fluid. 16,00 g
Extr. Piscidae fluid. 3,00 g
Extr. Viaci fluid. 13,00 g
Natrium inosithexaphosphor. 2,90 g
Aeth. guajacol-glycerinat. 2,10 g
Natrium glycerinophosphor.
Aqua. dest. aa 10,70 g
Sir. simpl. ad 1000,00 ml

Hinweise für Diabetiker:
Die in 1000 ml enth. KH sind äquivalent 178,55 g Glucose; 1 Eßlöffel entspr. ca. 1,79 g Glucose.

Sirup: 100 ml AVK DM 8,95
250 ml AVK DM 13,95
500 ml AVK DM 25,05

NERV infant®

Zäpfchen für SÄUGLINGE
10 Stück AVK DM 3,75

Zusammensetzung:
Extr. Val. e rad. spir. eplos. 100 mg
Aeth. guajacol-glycerinat. 25 mg
Adeps solidus 875 mg

B12 NERV infant®

Antieneemikum, wie NERVinfant, zusätzlich mit blutbildender und leistungssteigernder Wirkung.

Zusammensetzung:
Vit.-B₁₂-Cyanokomplex 1000 Gamma
Vit.-B₁-chloridhydrochlorid 0,14 g
Extr. Lupull 16,00 g
Extr. Passiflorae fluid. 16,00 g
Extr. Piscidae fluid. 3,00 g
Extr. Viaci fluid. 13,00 g
Natrium inosithexaphosphor. 2,90 g
Aeth. guajacol-glycerinat. 2,10 g
Natrium glycerinophosphor.
Aqua. dest. sa 10,70 g
Sir. simpl. ad 1000,0 ml

Hinweise für Diabetiker:
Die in 1000 ml enth. KH sind äquivalent 178,6 g Glucose; 1 Eßlöffel entspr. ca. 1,8 g Glucose.

Sirup: 100 ml AVK DM 7,00
250 ml AVK DM 14,00
500 ml AVK DM 25,20

Schlafstörungen, Unruhezustände, Übererregbarkeit, zur Beruhigung während Krankheiten im Säuglings- und Kindesalter, Abschirmung unterschwalliger Reize, Husten.

Zäpfchen für KINDER
10 Stück AVK DM 4,15

Zusammensetzung:
Extr. Val. e rad. spir. eplos. 200 mg
Aeth. guajacol-glycerinat. 50 mg
Adeps solidus 750 mg

TUSS infantum®

stilt den Husten, beseitigt die Verschleimung, kräftigt den Organismus.

Zusammensetzung:
Extr. Thymi fluid. 5,0 g
Extr. Primulae fluid. 1,0 g
Natr. inosithexaphosphor 0,2 g
Oxyladinitrat 0,2 g
Aeth. guajacol-glycerinat. 0,5 g
Glycerin 30,0 g
Saccharum ad 100,0 ml
Aqua. dest.

Hinweise für Diabetiker:
1 Teelöffel entspr. ca. 0,65 g Glucose.
100 ml AVK DM 4,40

FERRO infant®

Sirup und Dragées Hypochrome Anämie, Eisenmangel während der Pubertät und während der Schwangerschaft. Appetitlosigkeit, Wachstumsstörungen. Besonders geeignet für Schulkinder.

Zusammensetzung:
100 ml enthalten:
Vit.-B₁-chloridhydrochlorid 10 mg
Vit.-B₆-hydrochlorid 20 mg
Vit.-B₁₂-Cyanokomplex 100 µg
Natrium inosithexaphosphat 200 mg
Ferrum oxyd. c. Secch. liq. 20 g
Saccharose 12 g
1 Teel. = 30 mg Fe⁺⁺

Kontraindikation:
Eisenkumulation (Hämochromatosen, chron. Hämolyse), Eisenverwertungsstörungen (sideroachrestische Anaemien, Eisenanämien, Thalesaemien).

Hinweise für Diabetiker:
1 Teelöffel entspricht ca. 0,6 g Glucoseäquivalent

Zusammensetzung:
1 Dragée enthält:
Vit.-B₁-chloridhydrochlorid 1 mg
Vit.-B₆-hydrochlorid 2 mg
Vit.-B₁₂-Cyanokomplex 10 µg
Ferro-sulfat (=40 mg Fe⁺⁺) 120 mg
Calc.-Magn.-inosithexaphosph. 10 mg

50 Dragées AVK DM 5,25
100 Dragées AVK DM 8,60

100 ml AVK DM 5,20
250 ml AVK DM 10,20
500 ml AVK DM 16,00

Nebenwirkungen bei allen Präparaten: Bei den angegebenen Dosierungen sind Nebenwirkungen nicht bekannt.

Muster auf Anforderung

**TOSSA
ARZNEI**

Arzneimittel so natürlich wie möglich

KURT MERZ · 6497 STEINAU



Dr. Valentin 80 Jahre

Am 24. April 1977 beging Dr. Fritz Valentin seinen 80. Geburtstag. Er ist den Internisten in Bayern durch sein Wirken als früherer 1. Vorsitzender der Vereinigung der Fachärzte für Innere Medizin Bayerns ein Begriff, ebenso den Internisten in Deutschland als Mitbegründer des Berufsverbandes Deutscher Internisten.

Dr. Valentin ist in München geboren und besuchte dort die Volksschule und das Gymnasium. Nach Ableistung des Kriegsdienstes studierte er in München Medizin und promovierte 1924 über „die quantitative Bestimmung der Milchsäure im Blut“. Von 1924 bis 1933 befand er sich in Weiterbildung zum Facharzt für Innere Medizin als Assistenzarzt, Oberarzt und zuletzt als stellvertretender Chefarzt am Städtischen Krankenhaus München-Schwabing. Von der Stadt München war Dr. Valentin als Chefarzt in Münchener Ausweichkrankenhäusern verpflichtet, und zwar in der Zeit von 1940 bis 1943 im Städtischen Krankenhaus München-Pullach und von 1943 bis 1948 im Ausweich-Krankenhaus München-Waldtrudering. Von 1948 bis 1952 war er als Chefarzt des Krankenhauses Schwabing im Altersheim an der Rümmanstraße tätig, das unter amerikanischer Führung stand (IRO). Für diese Tätigkeit wurde er von der Stadt München beurlaubt. Während der Tätigkeit in den Münchener Ausweichkrankenhäusern übte Dr. Valentin seine Praxis in kleinerem Rahmen aus und war von 1952 bis 1974 als Internist tätig.

Standespolitisch war der Jubilar seit 1949 vielseitig aktiv, so von 1949 bis 1959 als 1. Vorsitzender der Vereinigung der Fachärzte für Innere Medizin Bayerns e. V. Er war acht Jahre Mitglied des Wissenschaftlichen Ausschusses der Deutschen Gesellschaft für Innere Medizin und von 1960 bis 1968 2. Vorstand des Berufsverbandes Deutscher Internisten. Dr. Valentin ist seit 1960 bis heute im blattes des Berufsverbandes Deut-Herausgeber-Team des Mitteilungsscher Internisten. Beim Oberversicherungsamt in München war er zehn Jahre als Gerichtsarzt (Kriegsversehrte) tätig. Vom 1. Januar 1946 bis 1. Juli 1972 gehörte er dem Weiterbildungsausschuß der Bayerischen Landesärztekammer für Innere Medizin an.

Dr. Fritz Valentin gilt unser Dank für die langjährige erfolgreiche und selbstlose berufspolitische Arbeit und unser herzlicher Glückwunsch für ein langes und gesundes „otium cum dignitate“.

Dr. Robert Schindlbeck

Verdienstorden

Leitender Medizinaldirektor Dr. Alfred Böhm, Edisonweg 4, 8031 Neusting, wurde mit dem Verdienstkreuz am Bande des Verdienstordens der Bundesrepublik Deutschland ausgezeichnet.

Professor Dr. Dietrich Henschler, Vorstand des Instituts für Pharmakologie und Toxikologie der Universität Würzburg, Versbacher Landstraße 9, 8700 Würzburg, wurde zum „Chairman der European Research Councils“ ernannt.

Professor Dr. Hans Adolf Kühn, Direktor der Medizinischen Klinik der Universität Würzburg, Josef-Schneider-Straße 2, 8700 Würzburg, wurde zum „korrespondierenden Mitglied der Schweizer Gesellschaft für Gastroenterologie“ gewählt.

Bergmann-Plakette für Professor Dr. Kaiser

Anläßlich des 59. Augsburger Fortbildungskongresses überreichte Professor Dr. Schretzenmayr am 26. März 1977 Professor Dr. Hanns Kaiser, Jesuitengasse 12, 8900 Augsburg, die ihm vom Vorstand der Bundesärztekammer verliehene Ernst-von-Bergmann-Plakette.

Professor Kaiser war bereits als Medizinalassistent und als Jungarzt beim Aufbau der Augsburger Fortbildungskongresse beteiligt. Später erwarb er sich große Verdienste bei den Kongressen in Grado sowie bei der schriftlichen Fortbildung.

Seit Übernahme der Chefarztstelle am Westkrankenhaus Augsburg als Leiter der I. Medizinischen Klinik betätigte er sich im Rahmen der Augsburger Fortbildungskongresse in Form von klinischen Visiten, aber auch in Form von Hauptreferaten für die ärztliche Fortbildung und ist ebenso auch im Rahmen der Medizinischen Gesellschaft für die ärztliche Fortbildung zuständig.

Darüber hinaus ist Professor Kaiser sowohl in Deutschland wie im Ausland außerordentlich häufig als Referent, insbesondere für Probleme der Cortison-Therapie, der rheumatischen Erkrankungen und der Herzkrankheiten tätig.

Dr. Gabriel Mayer, 1. Vorsitzender des Bundesverbandes Deutscher Privatkrankeanstalten e. V. und 1. Vorsitzender des Verbandes der Privatkrankeanstalten in Bayern e. V., Ludwigstraße 8, 8000 München 22, wurde zum neuen Vorsitzenden des Bayerischen Chirurgenverbandes gewählt.

Professor Dr. Josef Ströder, Direktor der Kinderklinik der Universität Würzburg, Klinikstraße 8, 8700 Würzburg, wurde als Vizepräsident der „Société Internationale de Medecine Humaniste Neo-Hippocratique“ wiedergewählt.

Professor Dr. Karl Heinz Weis, Vorstand des Instituts für Anästhesiologie der Universität Würzburg, Josef-Schneider-Straße 11, 8700 Würzburg, wurde zum Präsidenten der Deutschen Gesellschaft für Anästhesie und Wiederbelebung gewählt.

Formel
für den
Tages-Tranquilizer



Anxiolyse
+ Entspannung
+ Stimmungsaufhellung

= **Tranquilizer**

+ Keine störende Sedierung
+ Erhaltung der Reaktionsfähigkeit*

= **Tages-Tranquilizer**

Demetrin®

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

Zusammensetzung: 1 Tablette enthält: 10 mg Prazepam [7-Chlor-1-(cyclopropyl-methyl)-1,3-dihydro-5-phenyl-2H-1,4-benzodiazepin-2-on]. **Indikationen:** Angst, Spannung, Erregung und Unruhe, gesteigerte Reizbarkeit, Stimmungslabilität, psychoneurotische Störungen, Funktionelle Organbeschwerden und psychosomatische Störungen (Organneurosen), Muskuläre Verspannungen und Spastik. **Kontraindikationen:** Wie bei allen Benzodiazepinen: Myasthenia gravis, manifeste Lebererkrankungen. **Dosierung und Anwendung:** Grundsätzlich individuell und dem Krankheitsbild entsprechend. Wenn vom Arzt nicht anders verordnet, nehmen Erwachsene täglich 2 Tabletten (20 mg). Es hat sich bewährt, entweder morgens und abends je 1 Tablette oder morgens 1/2 Tablette, mittags 1/2 Tablette und abends eine ganze Tablette einzunehmen. Für eine Langzeitbehandlung reicht im allgemeinen täglich 2-3mal 1/2 Tablette (10-15 mg) aus. Falls erforderlich, kann aufgrund der großen therapeutischen Breite und der guten Verträglichkeit von Demetrin unter Beachtung aller Vorsichtshinweise die Dosierung in speziellen Fällen erhöht bis maximal verdreifacht werden. **Hinweise:** Höhere Dosen von Demetrin können die Wirkung von Analgetika, Sedativa und Hypnotika verstärken. — Bei gleichzeitigem Alkoholgenuß kann die individuell unterschiedliche Reaktion nicht vorausgesehen werden. — In der Regel führt Demetrin bei empfohlenen Dosierung weder zu störender Sedierung noch zur Beeinträchtigung der Reaktionsfähigkeit. Demetrin kann aber, wie alle psychotrop wirkenden Substanzen, das Reaktionsvermögen, besonders in frühen Behandlungsstadien, individuell beeinträchtigen. Deshalb sollte die Anwendung bei Patienten, die Maschinen bedienen oder sich aktiv im Straßenverkehr bewegen, zu Behandlungsbeginn mit Vorsicht erfolgen und bei Verkehrsteilnehmern die Reaktionsfähigkeit überprüft werden. Patienten mit Herzinsuffizienz sollen allgemein während einer Therapie mit Benzodiazepinen und anderen Psychopharmaka unter regelmäßiger Kontrolle stehen. Obwohl tierexperimentelle Teratogenitätstests keinen Hinweis auf eine fruchtschädigende Wirkung ergeben haben, sollte Demetrin in der Schwangerschaft — der gegenwärtigen Auffassung über den Arzneimittelgebrauch entsprechend — nur bei strenger Indikationsstellung verabreicht werden; dies ist in vorsorglicher Hinsicht. Darüber hinaus sollte Demetrin während der Stillperiode nicht gegeben werden, weil spezielle Untersuchungen noch nicht vorliegen. **Handelsformen und Preise:** Packung mit 20 Tabletten zu 10 mg DM 10,80 m. MwSt., Packung mit 50 Tabletten zu 10 mg DM 22,80 m. MwSt., Anstaltspackungen. Stand Januar 77.

GÖDECKE

Öffentlich empfohlene Schutzimpfungen

Bekanntmachung des Bayerischen Staatsministeriums des Innern vom 4. Februar 1977 — Nr. I E 9 — 5281/7 — 1/77 —

Gemäß § 51 Abs. 1 Satz 1 Nr. 3 des Bundes-Seuchengesetzes vom 18. Juli 1961 (BGBl. I S. 1012), zuletzt geändert durch Gesetz vom 9. Juni 1975 (BGBl. I S. 1321), in Verbindung mit § 2 Abs. 1 der Verordnung zur Ausführung des Bundes-Seuchengesetzes vom 30. Juli 1969 (GVBl. S. 228), zuletzt geändert durch Verordnung vom 16. Januar 1976 (GVBl. S. 1), werden öffentlich empfohlen

1. die Diphtherie-Schutzimpfung für Kinder bis zum vollendeten zwölften Lebensjahr,
2. die Grippe-Schutzimpfung (Virusgrippe),
3. die Keuchhusten-Schutzimpfung für Kinder bis zum vollendeten zweiten Lebensjahr,
4. die Poliomyelitis-Schutzimpfung (übertragbare Kinderlähmung)
 - 4.1 mit inaktivierter Vakzine,
 - 4.2 mit Lebendvakzine,
5. die Masern-Schutzimpfung mit Lebendvakzine nach dem vollendeten elften Lebensmonat,
6. die Mumps-Schutzimpfung mit Lebendvakzine nach dem vollendeten elften Lebensmonat,
7. die Röteln-Schutzimpfung für weibliche Personen nach dem vollendeten neunten Lebensjahr,
8. die Tollwut-Schutzimpfung,
9. die Tuberkulose-Schutzimpfung für Neugeborene, ferner für alle Tuberkulosekranken in Wohngemeinschaft leben oder sonst tuberkulosegefährdet sind,
10. die Wundstarrkrampf-Schutzimpfung.

Die Schutzimpfungen sind auch als dem Stand der medizinischen Wissenschaft entsprechende Kombinationsimpfungen öffentlich empfohlen, wenn sie dabei innerhalb der jeweils festgesetzten Altersgrenzen verabreicht werden.

Wer durch eine Impfung, die nach dieser Bekanntmachung öffentlich empfohlen und in Bayern vorgenommen worden ist, einen Impfschaden erleidet, erhält auf Antrag Versorgung (§ 51 Abs. 1 Bundes-Seuchengesetz).

Wer durch eine Pockenschutzimpfung einen Impfschaden erleidet, erhält auf Antrag ebenfalls Versorgung, und zwar

— bei einer gesetzlich vorgeschriebenen Impfung (vgl. § 1 des Gesetzes über die Pockenschutzimpfung) gemäß § 51 Abs. 1 Satz 1 Nr. 1 Bundes-Seuchengesetz,

— bei einer Impfung, die nach den Verordnungen zur Durchführung der Internationalen Gesundheitsvorschriften vorgenommen worden ist, gemäß § 51 Abs. 1 Satz 1 Nr. 4 Bundes-Seuchengesetz,

— bei allen übrigen Pockenschutzimpfungen gemäß § 8 des Gesetzes über die Pockenschutzimpfung.

Der Entschädigungsantrag ist jeweils beim Versorgungsamt zu stellen.

Diese Bekanntmachung tritt am 1. März 1977 in Kraft.

Gleichzeitig tritt die Bekanntmachung vom 21. April 1972 (MABl. S. 265, AMBl. S. A 194, StAnz Nr. 20) außer Kraft.

(aus „MABl.“ 1977, S. 100)

Besetzung des Berufsgerichtes für die Heilberufe bei dem Oberlandesgericht München

Peter Gartmayr, Richter am Landgericht München I, wurde mit Wirkung vom 1. April 1977 auf die Dauer von fünf Jahren zum Untersuchungsführer des Berufsgerichtes für die Heilberufe bei dem Oberlandesgericht München ernannt.

Universität Würzburg

Zum „außerplanmäßigen Professor“ wurden ernannt: Privatdozent Dr. med. Dr. med. habil. Werner Buschmann, wissenschaftlicher Angestellter an der Augenklinik; Privatdozent Dr. med. Claus Frenz Claussen, Abteilungsvorsteher an der Klinik und Poliklinik für Hals-, Nasen- und Ohrenkrankheiten; Privatdozent Dr. med. Friedrich Engelhardt, leitender Oberarzt an der Neurochirurgischen Klinik und Poliklinik; Privatdozent Dr. phil. nat. Friedrich Gehring, Akademischer Direktor an der Klinik und Poliklinik für Zahn-, Mund- und Kieferkrankheiten; Privatdozent Dr. med. Dietrich Gekle, leitender Oberarzt an der Kinderklinik und Poliklinik; Privatdozent Dr. med. Heinrich Liehr, Oberarzt an der Medizinischen Klinik; Privatdozent Dr. med. Karl Mietens, Direktor der Westfälischen Landeskinderklinik; Privatdozent Dr. med. Ernst Richter, Oberarzt an der Medizinischen Klinik; Privatdozent Dr. med. Dieter Wiebecke, Leiter der Abteilung für Transfusionsmedizin und Immunhämatologie an der Chirurgischen Klinik und Poliklinik.

Zum „Oberarzt“ wurden ernannt: Privatdozent Dr. med. Jobst Böning, wissenschaftlicher Assistent an der Nervenklinik und Poliklinik; Privatdozent Dr. med. Peter Klauke, wissenschaftlicher Assistent an der Chirurgischen Klinik.

Zum „Leitenden Oberarzt“ wurden ernannt: Privatdozentin Dr. med. Doris Linnert, Oberärztin an der Augenklinik und Poliklinik; apl. Professor Dr. med. Martin Sperling, Abteilungsvorsteher an der Chirurgischen Klinik und Poliklinik.

Zum „Privatdozent“ wurden ernannt: Dr. med. Jobst Böning, für „Psychiatrie“; Dr. med. Bernd Gay für „Chirurgie“; Dr. med. Karl-Heinz Graefe für „Pharmakologie und Toxikologie“; Dr. rer. nat. Karl-Hermann Korfmeler für „Anatomie“; Dr. med. Manfred Sprenger für „Orthopädie“; Dr. med. Harald Thiel für „Innere Medizin“; Dr. med. Kurt Weigand für „Innere Medizin“; Dr. med. Dieter Weißhaar für „Klinische Chemie“; Dr. med. Walter Zilly für „Innere Medizin“.

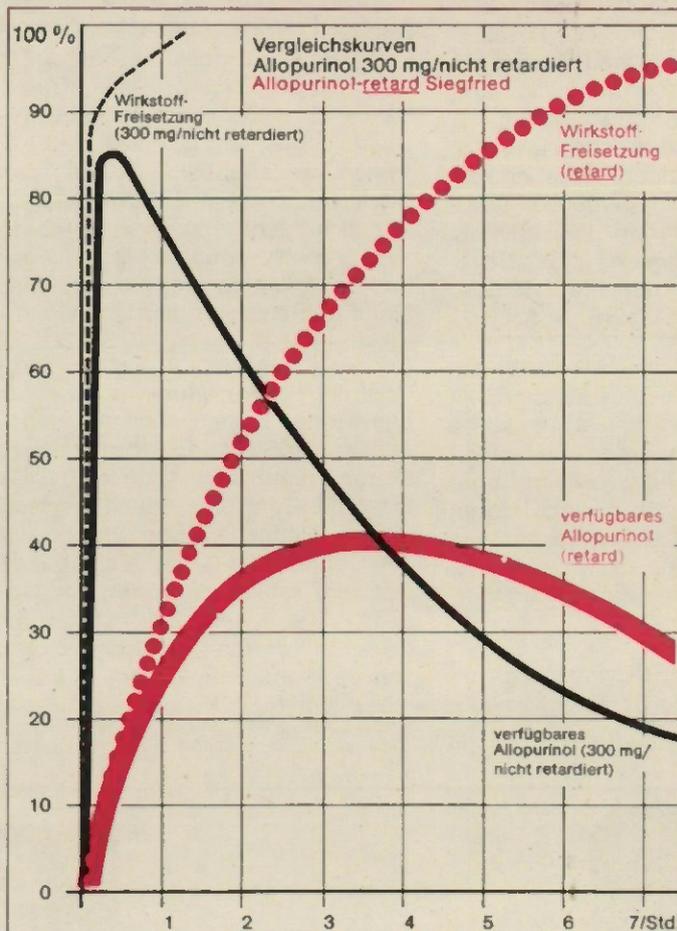
Therapiekosten senken das Gebot der Stunde



Stoffwechselerkrankungen wie Hyperurikämie und Gicht erfordern möglichst langanhaltende Blutspiegel.

Deshalb **Allopurinol-retard**
Siegfried

Graphische Darstellung von in-vitro-ALLDPURINDL-Freisetzungskurven 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 Retard-Tablette täglich. **Kontraindikationen:** Schwangerschaft und Stillzeit. **Nebenwirkungen:** Nur vereinzelt reagieren Patienten mit Juckreiz und Hauteruptionen (Urticaria), Temperaturanstieg, 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

Ein Abend des Volksbildungswerkes Berching zu Ehren Heinz Schauweckers

Wort und Faust

Das Wort ist stärker als der Faust Gewalt, wann ohne Kraft die Faust im Grabe modert, der Mund, der es gesprochen, längst verstummt, lebts noch als Flamme, die im Geiste lodert, gewinnt noch in der Nachwelt Tat Gestalt.

Heinz Schauwecker

Viele Ehren und Ehrungen hat unser Ehrenpräsident des Bundesverbandes Deutscher Schriftstellerärzte und Ehrenmitglied der Union mondiale des écrivains médecins in seinem langen Leben schon erfahren. Zur Krönung wurde Confrère Schauwecker am 11. Mai 1976 vom Präsidium des Deutschen Ärztetages in Düsseldorf zu Beginn der Beratungen des 79. Deutschen Ärztetages die höchste Auszeichnung, die Paracelsus-Medaille, verliehen, die vor ihm nur die Dichterärzte Hans Carossa und Peter Bamm erhalten hatten. Sie wurde ihm persönlich überreicht von unserem Präsidenten, Professor Dr. Sewering. Das „Bayerische Ärzteblatt“ berichtete darüber ausführlich (Heft 6/1976, S. 530).

Aus diesem Grunde führte das Volksbildungswerk der Stadt Berching, in der Schauwecker seit 1939 wirkte und deren Ehrenbürger er ist, einen öffentlichen Abend zu seinen Ehren am 6. November 1976 durch, deren Gestaltung im wesentlichen von der Landesgruppe der bayerischen Schriftstellerärzte durchgeführt wurde.

Leider konnte die Persönlichkeit, zu deren Ehrung die Gäste gekommen

waren, nicht anwesend sein: Confrère Schauwecker mußte vorübergehend das Krankenhaus in Regensburg aufsuchen. Er ist aber jetzt längst wieder zu Hause.

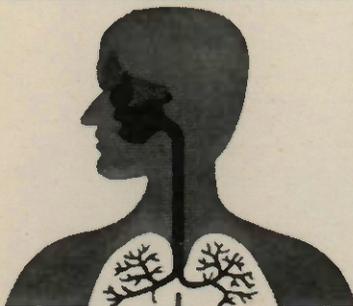
An seine Adresse gingen die besten Wünsche von Konrektor Josef Kraus, der als Vertreter des Volksbildungswerkes den Festabend im Pettenkofer Haus eröffnete. Er begrüßte u. a. Bürgermeister Hans Kuffer, Rektor Dressler und Ehrenbürger Gustl Ambos. Er schilderte dann in seinen einleitenden Worten das Werk von Dr. Heinz Schauwecker, der sich nicht nur über Berching und Bayern, sondern sogar über Deutschland hinaus als Schriftsteller einen Namen gemacht hat.

Der Abend, durch den einführend Confrère Stetter führte, stand unter dem Motto „Besinnliches und Heiteres aus der Sicht von Schriftstellern, die im Hauptberuf Ärzte sind“. Es lasen die Confrères Kristl, Paschke, Picard, Rottler, Spiecker, Stetter und Teischinger. Der Beginn des Abends war dem Jubilar gewidmet. Das Gedicht „Traum und Zeit“ von Confrère Stetter, das er Schauwecker zum 80. Geburtstag gewidmet hatte, möge hier für alle anderen stehen:

„Dem Jüngling ist die Zukunft weit,
Unendlich scheint die Möglichkeit
sich zu entfalten, zu begreifen,
zu lieben, durch die Welt zu schweifern.
Sowohl er aber sich dann regt,
wird er recht bald schon fastgelegt.
Es engt sich ein das Kreises Raum
vielleicht auf schmalen Randes Saum;
doch kann es auch ein Sektor sein —
das „Ganze“ war nur schöner Schein.
Der Zwang zur Auswahl ist gewiß
für jeden gleiches Hindernis,
mag noch so redlich er sich plagen.
Entschuldig aber ist das Fragen
nach rechter Auswahl seiner Taten.
Sind sie ihm wirklich so geraten,
daß seinem Innersten entspricht,
was er gebracht ins Rampenlicht?
Denn froh sein kann am End nur der,
der feststellt, daß sein acht Begehrt
mit seinem Werk zusammenfällt,
weil es im Ziel den Traum enthält.“

Dann lasen die Confrères aus ihren Werken Lyrik und Prosa. In einer Besprechung darüber heißt es in der Presse: „Und es zeigte sich die gemeinsame Linie: Wie bei Heinz Schauwecker, so stehen auch bei seinen Kollegen des BDSÄ — jener Organisation, die Schauwecker selbst als deutsche Sektion der Weltorganisation der Schriftstellerärzte aufgebaut und jahrelang geleitet hat — die Besinnung auf die letzten Dinge des Lebens, die Suche nach dem Sinn des Seins, das Wissen um die Hinfälligkeit alles Körperlichen, die Bestimmung auf Werte von Geist und Seele im Mittelpunkt des Denkens, Schreibens und Wirkens.“

Am Schluß des Abends verlas Confrère Stetter noch folgendes Grußwort des Erkrankten: „Da ich nicht dabei sein kann, übermittle ich auf diese Art meinen Dank. Ich habe die Paracelsus-Medaille bekommen —



SEKRETOLYTIKUM bei SINUSITIDEN und SINOBRONCHITIDEN

Sinupret®

Indikationen: Akute, subakute und chronische Sinusitiden, Rhinosinusitis, Sinobronchitis, sinogene Kopfschmerzen, Rhinitis sicca et humida, Ozaena, Tubenkatarrh, zur Infektophylaxe beim bronchitischen Syndrom. • Kontraindikationen und Nebenwirkungen sind bisher nicht bekannt. • Zusammensetzung: 100 g enthalten 29 g Mazerat aus: Rad. Gentian. 0,2 g, Flor. Primul. 0,6 g, Herb. Rumic. 0,6 g, Flor. Sambuc. 0,6 g, Herb. Verben. 0,8 g - 1 Dragée enthält: Rad. Gentian. 0,006 g, Flor. Primul. 0,018 g, Herb. Rumic. 0,018 g, Flor. Sambuc. 0,018 g, Herb. Verben. 0,018 g, Vitamin C 0,010 g. • Dosierung: Erwachsene erhalten 3mal täglich 1 Teelöffel voll oder 2 Dragées, Kinder 3mal täglich 1/2 Teelöffel oder 1 Dragée. Steigerung der Dosis ist möglich und unbedenklich. • Handelsformen: Sinupret OP mit 100 ml OM 8,35, OP mit 80 Dragées DM 8,35, OP mit 240 Dragées DM 25,90; Großpackungen mit 500 ml, 1000 ml und 1000 Dragées.

BIONORICA KG APOTHEKER POPP NÜRNBERG



die höchste Ehre auszeichnung des ärztlichen Standes —; erlauben Sie mir, daß ich das als Auszeichnung des Ärztestandes der Oberpfalz entgegennehme. Helfen dürfen, wo man helfen kann, ist die schönste Aufgabe, die man haben kann. Nehmen Sie persönlich, auch für die Stadt Berching, Herr Rektor Kraus und Sie, meine Kollegen, die Sie mir zu Ehren aus Ihren Werken gelesen haben, meinen herzlichen Dank entgegen.“ Die anwesenden Kollegen übersandten nach Abschluß des Festabends noch ihre besten Genußwünsche an den Erkrankten, der — wie eh und je — trotz seiner Abwesenheit in seinem geliebten Berching unter ihnen weilte.

Musikalisch umrahmt wurde der harmonisch verlaufene Abend von Frau Lotte Rottler am Klavier und Erika Poschardt, Sopran, vom Konservatorium in Nürnberg. Der Höhepunkt war die Uraufführung eines von Confrère Alfred Rottler eigens zu diesem Anlaß gedichteten und von seiner Frau vertonten Liedes.

Am nächsten Vormittag fand noch eine interne Lesung aus dem Lyrik- und Prosaschaffen der anwesenden Schriftstellerärzte statt, die Confrère Kristl gekonnt moderierte. Sie gab einen guten Einblick in deren jüngste Arbeiten und wurde von allen als Erfolg gewertet.

Alle Teilnehmer wünschten, daß der Jubilar, unser verehrter Heinz Schauwecker, noch recht lange unter uns weilen möge und daß wir den Abend in seiner Anwesenheit bald wiederholen können.

Dr. med. Robert Paschke, Emskirchen

Steuerfragen

Besteuerung von Einkünften aus selbständiger Gutachtertätigkeit angestellter Ärzte

Der Bundesfinanzhof hat im Urteil vom 22. September 1976 — Az.: IV R 20/76, veröffentlicht in Finanz-Rundschau 1977 S. 19 f. — über folgenden Fall entschieden:

Ein an einer orthopädischen Klinik angestellter Arzt hatte neben den Einkünften aus seinem Dienstverhältnis auch Einkünfte aus selbständiger Gutachtertätigkeit. Diese beliefen sich auf rd. 60 vom Hundert seines Gehalts.

Der Steuerpflichtige beantragte für die Einkünfte aus Gutachtertätigkeit Steuerermäßigung nach § 34 Abs. 4 EStG. Nach dieser Vorschrift können u. a. Nebeneinkünfte aus wissenschaftlicher Tätigkeit mit dem hälftigen Steuersatz versteuert werden, wenn die Einkünfte aus nichtselbständiger Arbeit die übrigen Einkünfte überwiegen und die Einkünfte aus wissenschaftlicher Nebentätigkeit nicht zu den Einkünften aus nichtselbständiger Arbeit gehören.

Das Finanzamt und das Finanzgericht versagten für die Einkünfte aus der Gutachtertätigkeit die tarifbegünstigte Versteuerung mit der Begründung, der Steuerpflichtige übe mit der Gutachtertätigkeit eine praktische Berufsarbeit i. S. der in § 18 Abs. 1 Nr. 1 EStG aufgeführten „Ka-

talogberufe“ aus, für welchen die Tarifiermäßigung nicht anwendbar ist.

Die Entscheidung des Bundesfinanzhofs hat folgenden Wortlaut:

„1. Ein Arzt mit Einkünften aus nichtselbständiger Arbeit, der daneben selbständig laufend ärztliche Gutachten über den Gesundheitszustand der von ihm untersuchten Personen für Versicherungen und Gerichte erstellt, übt damit eine nach § 34 Abs. 4 EStG nicht begünstigte typische praktische Berufstätigkeit i. S. des § 18 Abs. 1 Nr. 1 EStG auch dann aus, wenn er keine eigene eingerichtete Arztpraxis besitzt.

2. Ein Arzt mit Einkünften aus nichtselbständiger Arbeit, der daneben in selbständiger Arbeit aus besonderem Anlaß nach wissenschaftlicher Methode einzelne medizinische Gutachten auf seinem Fachgebiet verfaßt, kann für die dafür bezogenen Einkünfte — ebenso wie bei anderen wissenschaftlichen Arbeiten — die Tarifvergünstigung des § 34 Abs. 4 EStG beanspruchen.“

Der Bundesfinanzhof begründet seine Entscheidung u. a. wie folgt:

Zu den Voraussetzungen tarifbegünstigter Nebeneinkünfte i. S. des

(Fortsetzung Seite 522)

Lentinorm® stärkt die Sehkraft

Zusammensetzung:
Extr. Strychni DAB 6 0,02 mg;
Retinol 2 500 I.E.; Kal. jod. 0,1 mg;
Calciumlactat 10,0 mg;
Coffein 3,0 mg; Testes sicc. 7,1 mg;
5,0 mg; Ovar. sicc. 7,1 5,0 mg;

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

Indikationen:
Sehchwäche infolge von Linsen-
trübung, Netz- und Ader-
hauterkrankungen und Seh-
nervenschwäche.

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

Phera Jade

Ein Programm zur psychiatrischen Versorgung

Das bayerische Sozialministerium erstellt gegenwärtig ein „Aktionsprogramm zur psychiatrischen Versorgung“. Danach soll Bayern in überschaubare Versorgungsregionen eingeteilt werden. Bei der Diskussion über einen Zwischenbericht dazu umriß Staatssekretär Dr. Wilhelm Vorndran im sozialpolitischen Landtagsausschuß das schrittweise Vorgehen der Staatsregierung, das fünf Schritte umfasse: Man wolle die Struktur der psychiatrischen Krankenhäuser verbessern und bauliche Schwerpunkte im stationären und teilstationären sowie im komplementären Bereich setzen. Außerdem sollen Initiativen zur Verbesserung der ambulanten Versorgung durch niedergelassene Ärzte ergriffen und Beratungsdienste sowie deren Organisation auf- und ausgebaut werden. Schließlich müßten institutionelle Grundlagen für die Koordinierung dieser Dienste und Einrichtungen geschaffen werden.

Der Staatssekretär räumte ein, daß es in der ambulanten psychiatrischen Versorgung noch erheblich Engpässe gäbe. Bei 209 niedergelassenen Ärzten für Psychiatrie in Bayern und einer Einwohnerzahl von 10,8 Millionen Menschen betrage die durchschnittliche Dichte 1:51 000, wobei die unterschiedliche Dichteverteilung ein zusätzliches Problem darstelle. In der Frage der stationären Behandlung stimmten Dr. Vorndran wie auch Sprecher von CSU und SPD darin überein, daß es bei der Behandlung Psychisch-Kranker zusammen mit Somatisch-Krankern in den gleichen Einrichtungen vor allem um eine Auflockerung gehe, soweit dies eben möglich sei. Der FDP-Abgeordnete Dr. Fritz Flath äußerte sich jedoch skeptisch zur sogenannten Schwerpunktversorgung Psychisch-Kranker mit einer Zusammenfassung verschiedener Krankheitsbilder in einer Fachabteilung. Dahinter scheine ihm noch zu sehr der Gedanke der bloßen Verwahrung zu stecken. Kritik übte er auch an der Trägerschaft der Bezirke. Auf der einen Seite wolle die Staatsregierung die Versorgung entflechten, auf der anderen Seite

zwängen die Bezirke mit ihren psychiatrischen Krankenhäusern gewissermaßen zu einer Zentralisation. Sie seien als Träger zu unflexibel und nicht bereit zu dezentralisieren.

Zweifel hatte auch der SPD-Abgeordnete Karl Heinz Müller, ob künftig die Trägerschaft der Bezirke auf dem Gebiet der stationären Krankenversorgung beibehalten werden könne. Wie die CSU-Abgeordnete Dr. Elisabeth Biebl äußerte sich Müller skeptisch gegenüber den Bemühungen, die ständig weiterwachsenden Mammutkrankenhäuser erfolgreich zu entflechten, was von beiden als vordringliche Aufgabe bezeichnet wurde. Nachdrücklich forderte Müller: „Psychisch akut kranke Menschen sollen in den gleichen Krankenhauseinrichtungen betreut werden können wie somatisch akut Erkrankte. Es geht nicht an, sie aus dem herkömmlichen Krankheitswesen auszusperrten, wie es in den weitabgelegenen und isolierten Standorten vieler Häuser seit Jahrhunderten zum Ausdruck kommt. Es muß die Dezentralisation der Behandlungsstätten in erreichbaren Gegenden angestrebt werden.“

Die Kritik an den Bezirken wies Staatssekretär Dr. Vorndran zurück. Ihre Trägerschaft sowie die der freien Wohlfahrtsverbände sei eine positive gesellschaftliche Grundgegebenheit, bei der es wohl auch bleiben müsse. Auch die „föderative Aufgliederung“ der untersten Ebene durch die Wohlfahrtsverbände habe sich bewährt. Den Einwand, das Aktionsprogramm enthalte unübersichtliche Zuständigkeiten und sei zu schematisch, ließ Vorndran nicht gelten: „Die Einteilung des Landes in Versorgungsgebiete dient der Überschaubarkeit und der künftig angestrebten Kooperation zwischen den einzelnen psychiatrischen Diensten. Ziel ist die patientennahe Versorgung, um der bisher gegebenen abseitigen und teilweise isolierten Lage vieler Behandlungsstätten und der zu großen Anstalten entgegenzuwirken.“ Abgesehen von München stelle er sich 23 solcher Versor-

gungsgebiete vor mit Bevölkerungszahlen von 245 000 bis 710 000 Einwohner. Die Räume Nürnberg und München mit der Großklinik Haar mit ihren 2800 Betten – hinsichtlich der Größe hielt der Staatssekretär 400 bis 600 Betten für wünschenswert – stellten ein Sonderproblem dar. Sicher seien Mammutkliniken nicht der Weisheit letzter Schluß; eine Aufgliederung des Münchener Bereiches in Sektoren mit einer nochmaligen Unterteilung in verschiedene Psychiatricdisziplinen würde jedoch eine zu weitgehende Aufsplitterung ergeben.

Die Zuständigkeit der verschiedenen Ressorts verteidigte Vorndran, weil es sachgerecht sei, wenn für Sonderschulbelange das Kultusministerium oder für den Sicherungsauftrag das Innenministerium zuständig ist. Zum Personalstand machte der Staatssekretär folgende Angaben: Von 1966 bis 1977 nahm der Personalstand bei den Ärzten um 74 Prozent, beim Pflegepersonal um 39 Prozent und beim medizinisch-technischen Dienst um 137 Prozent zu. Derzeit entfallen auf einen Arzt durchschnittlich 57 Betten. Im stationären Bereich, für Strukturverbesserungen, für psychiatrische Krankenhäuser, für Pflegeheime sowie für Tag- und Nachtkliniken seien in den nächsten Jahren 290 Millionen DM notwendig. Zum Ausbau einer der Vorschläge des Enquêteberichtes der Bundesregierung entsprechenden kinderpsychiatrischen Versorgung wären 500 Millionen DM erforderlich, für Sondereinrichtungen für besondere Gruppen, wie Alkoholiker oder Suchtkranke, etwa 100 Millionen DM. „Die Pläne zur psychiatrischen Versorgung können also nur schrittweise verwirklicht werden“, sagte Vorndran und äußerte die Hoffnung, daß der bisher „geringe Ansatz“ von 5 Millionen DM im bayerischen Staatshaushalt im Nachtragset angemessen erhöht werden kann.

Die Debatte im sozialpolitischen Ausschuß zeigte insgesamt deutlich das Bemühen, den „Gleichbehandlungsgrundsatz“ für Psychiatrisch-Kranke und für Somatisch-Kranke über die parteipolitischen Richtungen hinweg in die Tat umzusetzen. Lobende Worte fand deshalb auch das Beispiel Ingolstadt, wo es gelungen ist, die Psychiatrie in ein Versorgungs Krankenhaus der zweiten Stufe einzubinden.

Michael Gscheidle

Wenn Sie Bluthochdruck feststellen...

MODURETIK®

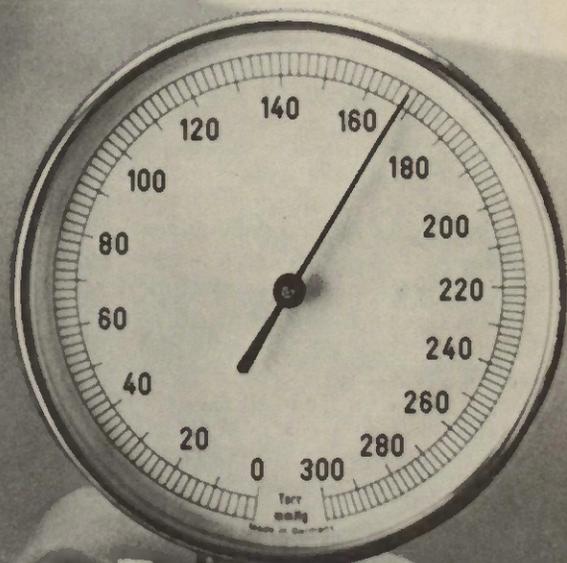
(Hydrochlorothiazid und Amilorid HCl)

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 mEq/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 x täglich 1 Tablette Moduretik®. Im Bedarfsfall kann die Dosierung bis auf 4 Tabletten/Tag gesteigert werden. Sobald eine ausreichende Diuresis 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 abgestellt 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

§ 34 Abs. 4 EStG gehört u. a., daß sie nicht zu den Einkünften aus nichtselbständiger Arbeit gehören und von den Einkünften aus der freien Berufstätigkeit i. S. des § 18 Abs. 1 Nr. 1 EStG abgrenzbar sind. Unter welchen Voraussetzungen das Erfordernis der Abgrenzbarkeit als erfüllt anzusehen ist, läßt der Wortlaut des Gesetzes nicht direkt erkennen; sie müssen nach dem in § 34 Abs. 4 EStG zum Ausdruck kommenden objektivierten Willen des Gesetzgebers ermittelt werden, so wie es sich aus dem Sinnzusammenhang ergibt, in den die Vorschrift hineingestellt ist. Nach der Gesetzesbegründung bezweckt § 34 Abs. 4 EStG, einen steuerlichen Anreiz zur Erzielung eines höheren Einkommens durch zusätzliche nicht in den Beruf fallende Arbeiten auf wissenschaftlichem, künstlerischem oder schriftstellerischem Gebiet zu geben.

Danach ist die Abgrenzbarkeit nicht nur hinsichtlich der Erzielung der Einkünfte erforderlich; aus dem Sinn und Zweck des Gesetzes ergibt sich vielmehr, daß nur die wissenschaftliche Tätigkeit begünstigt werden soll, der sich der Steuerpflichtige außerhalb seiner beruflichen Tätigkeit entweder auf einem anderen rein wissenschaftlichen Zweige desselben Fachgebietes oder überhaupt auf einem anderen wissenschaftlichen Fachgebiet widmet. Das bedeutet, daß die begünstigten Nebeneinkünfte für sich keine Einkünfte aus einer typischen freien Berufstätigkeit i. S. des § 18 Abs. 1 Nr. 1 EStG darstellen dürfen, weil die wissenschaftliche, künstlerische oder schriftstellerische Tätigkeit i. S. des § 34 Abs. 4 EStG gerade keine praktische Berufsarbeit eines „Katalogberufes“ sein soll. Dieses Merkmal

der begünstigten Einkünfte muß folgerichtig auch bei nichtselbständiger Tätigkeit erfüllt sein.

Der unter den praktischen freien Berufen (Katalogberufen) in § 18 Abs. 1 Nr. 1 EStG aufgeführte Beruf des Arztes stellt eine Berufsgruppe dar, zu der nicht nur die praktizierenden Ärzte gerechnet werden müssen, die sich in ihrer praktischen Berufsarbeit vorwiegend der Heilbehandlung widmen, sondern auch die Ärzte, die, ohne eine Heilbehandlung durchzuführen, als praktische Berufsarbeit für Gerichte und Versicherungsanstalten laufend ärztliche Gutachten oder Atteste über den Gesundheitszustand der von ihnen untersuchten Personen im Rentenfeststellungsverfahren und ähnlichen Verfahren erstellen. Die begründete Attestierung des Gesundheitszustandes ist eine typische praktische Berufstätigkeit des Arztes.

Keine laufende praktische Berufsarbeit i. S. eines „Katalogberufes“ nach § 18 Abs. 1 Nr. 1 EStG üben hingegen Ärzte dann aus, wenn sie aus besonderem Anlaß einzelne medizinische Gutachten nach wissenschaftlicher Methode ausarbeiten, mit deren Erstellung meist Universitäten, Professoren und andere auf ihrem Fachgebiet anerkannte Spezialisten beauftragt werden. Die Einkünfte aus solchen wissenschaftlichen medizinischen Gutachten erfüllen die Voraussetzung der Abgrenzbarkeit in dem dargelegten Sinne. Für die Einkünfte aus dem Verfassen solcher wissenschaftlichen medizinischen Gutachten kann der Arzt mit Haupteinkünften aus nichtselbständiger Arbeit die Tarifbegünstigung des § 34 Abs. 4 EStG ebenso beanspruchen wie für Ein-

künfte, die er für andere wissenschaftliche Arbeiten erzielt.

Die Entscheidung über die Anwendbarkeit der Tarifermäßigung hängt somit von der Frage ab, ob es sich bei der Gutachtertätigkeit um eine laufende Begutachtung des Gesundheitszustandes vieler, in der praktischen Berufstätigkeit untersuchter Patienten, oder um einzelne wissenschaftliche Gutachten aufgrund von Sonderaufträgen handelt.

*Rechtsanwalt und Steuerberater
Adolf Hällmayr, Konrad-Adenauer-Straße 10, 8060 Dachau*

Fakultät

Universität Würzburg

Professor Dr. med. Jürgen Winckler, wissenschaftlicher Rat am Anatomischen Institut, hat den Ruf auf den Lehrstuhl 2 für Anatomie der Universität Frankfurt angenommen.

Privatdozent Dr. med. Fritz Schröder, Oberarzt an der Urologischen Klinik, hat den Ruf auf den Urologischen Lehrstuhl der Universität Rotterdam angenommen.

Privatdozent Dr. med. Albrecht Burger, wissenschaftlicher Assistent am Institut für Pharmakologie und Toxikologie, wurde zum „Universitätsdozenten“ ernannt.

ZUSAMMENSETZUNG: In 100 g Salbe: Arnica 1,5 g, Calendula 1,5 g, Hamamelis 0,45 g, Echinaceae angustifolia 1,5 g, Echinaceae purpur. 1,5 g, Chamomilla 0,15 g, Symphytum 1,5 g, Bellis pereni 0,15 g, Hypericum 1,5 g, Millettium 0,15 g, Millefolium 0,15 g, Aconitum D1, Belladonna D1 0,05 g, Aristolochia Clemat. 1,5 g, Mercur. solub. Hahnem. D1 0,04 g, Hepar sulfur. D1 0,025 g.
ANWENDUNG: Salbe mehrmals täglich einreiben oder auftragen.
HANDELSFORM UND PREISE (inkl. MwSt.): Preisänderungen vorbehalten. Salbe (Reg.-Nr. 49 962) Salbe zu 21 g DM 3,95 - Salbe zu 54 g DM 12,-.
Weitere Darreichungsformen von Traumeel: Ampullen zur Injektion - Tropfen und Tabletten zum Einnehmen.

**für offene und stumpfe Traumen
Hämatome, Prellungen,
Distorsionen**

Traumeel®-Salbe

**zur Therapie posttraumatischer und
postoperativer Weichteilschwellungen**

**Biologische Heilmittel Heel GmbH
Baden-Baden**

-Heel

Kongresse

58. Fortbildungsveranstaltung des Kollegiums für ärztliche Fortbildung Regensburg

Im Auftrag der Bayerischen Landesärztekammer

vom 19. bis 22. Mai 1977 in Regensburg

Jahresvorsitzender: Professor Dr. H. J. Dengler, Bonn

Donnerstag, 19. Mai 1977

im historischen Reichsseele des Alten Rathauses

20.00 Uhr:

Festvortrag:

Das Wechselspiel von biochemischer Grundlagenforschung und Medizin
Professor Dr. F. Lynen, München

Freitag, 20. Mai 1977

1. Hauptthema: Rehabilitation und Nachsorge bei Herzerkrankungen

Vortragssaal: Stadttheater

Tagesvorsitz: Professor Dr. F. Loogen, Düsseldorf

9.00–13.00 Uhr:

Begrüßung durch den Jahresvorsitzenden, Professor Dr. H. J. Dengler, Bonn
Einführung

Professor Dr. F. Loogen, Düsseldorf

Bedeutung der Rehabilitation für die Prognose der koronaren Herzerkrankung
Professor Dr. M. J. Halhuber, Bernried
Diagnostik zur gezielten Rehabilitation
Professor Dr. U. Gleichmann, Bad Oeynhausen

Langzeitergebnisse der koronar-chirurgischen Behandlung
Professor Dr. P. Lichtlen, Hannover

Probleme der Arbeitsaufnahme nach koronar-chirurgischen Eingriffen
Dr. L. Neuhaus, Düsseldorf

Rhythmusstörungen bei KHK – Prognose und Therapie
Dr. G. Breithardt, Düsseldorf

Nachsorge der koronaren Herzkrankheit – Möglichkeiten und Probleme
Professor Dr. K. Donat, Hamburg

14.15 – 18.30 Uhr:

Wissenschaftlicher Film (Bayer AG, Leverkusen)

Langzeitergebnisse nach kleppenerhaltender Operation

Dr. L. Seipel, Düsseldorf

Langzeitergebnisse nach Klappenersatz-Operation

Dr. K. Haerten, Düsseldorf

Rehabilitation nach Klappen-Operation

Dr. H. M. Mertens, Bad Oeynhausen

Nachsorge nach Klappenersatz-Operation

Dozent Dr. A. Both, Stuttgart

Behandlungsmöglichkeit und Prognose der Kardiomyopathien

Dr. H. Kuhn, Düsseldorf

Rundtischgespräch – Fragen aus der Praxis

Beantwortung der eingegangenen Fragen zum Thema des Tages

Gesprächsleitung: Professor Dr. F. Loogen, Düsseldorf, unter Mitwirkung der Referenten des Tages

9.00 – 12.30 Uhr

Laborseminar:

Gerinnungsdiagnostik – Teeteimpiets (neu)

Ort: Regensburg, Deutsch-Amerikanisches Institut, Haidplatz 8, Auditorium

14.00 – 17.00 Uhr:

Labor nach Maß

Ausstellung und Beratung

Wissenschaftliche Leitung: Dr. K. H. Dittlich

Veranstaltet von der Firma Boehringer Mannheim (ausführliches Programm bitte anfordern)

Samstag, 21. Mai 1977

2. Hauptthema: Exogene Erkrankungen der Leber in Differentialdiagnose und Therapie

Vortragsseel: Stadttheater

Tagesvorsitz: Professor Dr. W. Dölle, Tübingen

9.00 – 13.00 Uhr:

Einführung

Professor Dr. W. Dölle, Tübingen

Toxische Leberschäden ohne Alkohol und Medikamente

Professor Dr. M. Schmid, Zürich

Arzneimittelschäden der Leber

Professor Dr. Ch. Bode, Marburg

Alkoholschäden der Leber

Professor Dr. H. Thaler, Wien

Serologisch – immunologisch und virologische Diagnostik der akuten und chronischen virusbedingten Lebererkrankungen

Privatdozent Dr. G. Frösner, Esslingen

Pharmako-Therapeutisches Konsilium

„Arzneimittel zur Behandlung von Erkrankungen des Megens“

Leitung: Professor Dr. K. Greeff, Düsseldorf

Teilnehmer: Privatdozent Dr. Th. Gheorghiu, Köln, Privatdozent Dr. E. Noack, Düsseldorf, Dr. K. L. Tschalkowski, Köln, und Mitglieder des Kollegiums

15.00 – 18.30 Uhr:

Akute Virus-Hepatitis – Klinik und Therapie

Professor Dr. G. Strohmeyer, Düsseldorf

Chronische Virus-Hepatitis und -Zirrhose – Klinik und Therapie

Dr. E. Möller, Bad Dürkheim

infektiös und parasitärbedingte Leberschäden (ohne Virus-Hepatitis) einschließlich Cholangitis, Leberebszeß und sekundärer biliärer Zirrhose

Privatdozent Dr. H. Malchow, Tübingen

Rundtischgespräch – Diagnose und Differentialdiagnose von Lebererkrankungen in Praxis und Klinik

Beantwortung der eingegangenen Fragen zum Thema des Tages

Gesprächsleitung: Professor Dr. W. Dölle, Tübingen, unter Mitwirkung der Referenten des Tages

Thyreovalun®

antithyreoidal, beruhigend
psychisch ausgleichend

keine strumigene Nebenwirkung

Tropfflasche mit 15 ml und 30 ml
Muater und Literatur auf Anforderung

Passiflora inc. 1,0 + Avena sat. 1,5 + Crataegus oxyac. 1,5 + Prunus apin. 90,0

rein pflanzlich · sehr gut verträglich

- Überfunktion der Schilddrüse leichten bis mittleren Grades. Dysregulationen im Sinne einer symptomatischen Hyperthyreose in der Pubertät und im Klimakterium
- Allgemeine vegetative Störungen mit gesteigerter Erregbarkeit, Angst und Spannungszuständen, Schlaflosigkeit, Herz- und Kreislaufbeschwerden, Hyperhidrosis
- Beruhigungs- und mildes Schlefmittel mit trischem Erwecken am nächsten Morgen

Dr. Auf dem Kampe · Arzneimittel
Gerhard-Rohlf's-Straße 16 a · 2820 Bremen 70

9.00 – 16.00 Uhr:

Labor nach Maß:

Ausstellung und Beratung (neue Diagnostika – Geräteinformation – Rationalisierung)

Ort: Regensburg, Deutsch-Amerikanisches Institut, Heidplatz 8, Auditorium

Wissenschaftliche Leitung: Dr. K. H. Ditt-rich

Veranstaltet von der Firma Boehringer Mannheim (ausführliches Programm bitte anfordern)

15.00 – 18.00 Uhr:

Pädiatrischer Nachmittag:

Antibiotika und Psychopharmaka in der Praxis des Kinderarztes – erwünschte und unerwünschte Wirkungen

Ort: Regensburg, Herzogssaal, Domplatz
Leitung: Professor Dr. A. Windorfer, Erlangen, und Dr. W. Schmidt, Regensburg (Programm bitte anfordern)

Sonntag, 22. Mai 1977

3. Hauptthema: Aktuelle Probleme bei den Erkrankungen der Prostata

Vortragsort: Stadttheater

Tagesvorsitz: Professor Dr. R. Hohenfellner, Mainz

9.00 – 13.00 Uhr:

Einführung

Professor Dr. R. Hohenfellner, Mainz

Vorsorgeuntersuchung und rationelle Diagnostik

Privatdozent Dr. P. Faul, Memmingen

Therapeutisches Konzept beim Prostataadenom

Professor Dr. R. Nagel, Berlin

Die transurethrale Prostataektomie

Professor Dr. K. Bandhauer, St. Gallen

Offene Operationsverfahren beim Prostataadenom

Privatdozent Dr. F. Eisenberger, München

Therapeutisches Konzept beim Prostatakarzinom

Professor Dr. R. Hohenfellner, Mainz

Totale Prostataektomie

Professor Dr. H. Schröder, Rotterdam

Strehltherapie, Hormontherapie und palliative Behandlungsverfahren
Professor Dr. J. E. Altwein, Mainz

Rundtischgespräch – Fragen aus der Praxis

Beantwortung der eingegangenen Fragen zum Thema des Tages

Gesprächsleitung: Professor Dr. R. Hohenfellner, Mainz, unter Mitwirkung der Referenten des Tages

Auskunft:

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

Sitzung der Münchener Dermatologischen Gesellschaft e. V.

am 11. Mai 1977 in München

Tagesordnung: Krankenvorstellung – Besprechung der vorgestellten Patienten –

Vortrag: Dermatochirurgie für die Praxis (Dr. B. Konz, München)

Zu der Veranstaltung sind alle interessierten Ärzte eingeladen. Im Anschluß daran Mitgliederversammlung mit Neuwahl des Vorstandes

Ort: Ambulenz und großer Hörsaal der Dermatologischen Klinik der Universität, Frauenlobstraße 9, München 2

EKG-Kurs (Grundkurs) für Sportärzte

vom 7. bis 9. Juli 1977 in Erlangen

Leitung: Professor Dr. W. Hilmer, Erlangen

Ort: Sportmedizinische Abteilung der Medizinischen Poliklinik der Universität Erlangen-Nürnberg, Östliche Stadtmauerstraße 29, Erlangen

Auskunft und Anmeldung:

Dr. B. Moser, Medizinische Poliklinik der Universität Erlangen-Nürnberg, Östliche Stadtmauerstraße 29, 8520 Erlangen, Telefon (091 31) 85 39 11

ArztshelferInnen-Fortbildungskurs der Bayerischen Landesärztekammer

am 20./21. Mai 1977 in Regensburg

Ort: Rot-Kreuz-Zentrum, Gretlinger Straße 4, Regensburg

Zeit: Freitag, 14.00 bis 18.00 Uhr, Samstag, 9.00 bis 17.30 Uhr

Thematik der Praktika:

Hämetologie – Die Blutzuckerbestimmung an verschiedenen Fotometern und die dabei am häufigsten auftretenden Fehler – Enzymbestimmungen und die häufigsten Fehler – Bestimmung von Lipidfraktionen und die häufigsten Fehler – Das Arbeiten an mechanischen Meßplätzen – Fotometrie für Grundlagenkenntnisse

Die Teilnehmergebühren von DM 10,- ist am Tage des Fortbildungskurses zu bezahlen.

Auskunft und Anmeldung:

Ärztlicher Kreisverband Regensburg, Fräulein Hiemer, Landshuter Straße 49, 8400 Regensburg, Telefon (09 41) 7 50 71

II. Erlanger Pädiatrisches Notfall-Symposion

am 24./25. Juni 1977 in Erlangen

Auskunft: Professor Dr. A. Truckenbrodt, Universitäts-Kinderklinik, Loschgestraße 15, 8520 Erlangen

HNO-Fortbildungsseminar

am 25./26. Juni 1977 in Erlangen

HNO-Fortbildungsseminar mit praktischen Kursen in Audiologie, Neurologie, Röntgendiagnostik, Endoskopie, Phoniatrie

Auskunft:

Professor Dr. M. E. Wigand, HNO-Universitätsklinik, Waldstraße 1, 8520 Erlangen, Telefon (091 31) 85 31 41

BESTSELLER.

Die Mehrzahl aller Ärzte entscheidet sich für das Vorsorge-Programm der »Vereinigten« – der führenden Krankenversicherung des Ärztestandes. Die Gründe dafür:

besonders günstige Konditionen durch Gruppenversicherungsverträge mit allen Ärztekammern und mit dem Marburger Bund,

individuelle Gestaltung des Versicherungsschutzes durch zahlreiche Varianten (z. B. durch Selbstbeteiligung an Arzneimitteln und Arzthonoraren) – auch für Familienangehörige
 vielfältige Möglichkeiten der Einkommenssicherung – bis zu 500,- DM Krankentagegeld ohne zeitliche Begrenzung,
 Krankenhaustagegeld bis zu 200,- DM.

2. Sportmedizinisches Seminar

am 2./3. Juli 1977 in Würzburg

Leitung: Professor Dr. K. W. Schneider, Würzburg

Ort: Medizinische Universitätsklinik, Josel-Schneider-Straße 2, Würzburg

Auskunft und Anmeldung:

Professor Dr. K. W. Schneider, Medizinische Universitätsklinik, Josel-Schneider-Straße 2, 8700 Würzburg, Telefon (08 31) 20 15 58

Sportärztliche Ausbildungstagung

am 9. Juli 1977 in München-Grünwald

Leitung: Dr. P. Lenhart – Dr. Helmut Pebst, München

Thema: Sporttraumatologische Gespräche
Ort: Sportschule München-Grünwald, Ebertstraße 1

Auskunft und Anmeldung:

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

4. Internationaler Seminar-Kongreß Diagnostica – Therapeutica – Technica

vom 25. Juli bis 6. August 1977 in Montreux

Veranstalter: Deutsche Gesellschaft zur Förderung der Medizinischen Diagnostik e. V., Stuttgart

Am Freitag, 29. Juli 1977, findet um 20.00 Uhr ein berufspolitisches Kolloquium mit anschließender Podiumsdiskussion statt. Vorsitz: Dr. H. Bourmer, Vorsitzender des Hartmennbundes und Vizepräsident der Bundesärztekammer

Auskunft:

Deutsche Gesellschaft zur Förderung der medizinischen Diagnostik e. V., Jahnstraße 32, 7000 Stuttgart 70, Telefon (07 11) 76 14 54

Veranstaltungskalender des Ärztlichen Kreisverbandes Lindau-Bodensee

25. Mai 1977:

Differentialdiagnose und Therapie der häufiger vorkommenden Schwindelerkrankungen mit Film (Privatdozent Dr. Aschoff, Ulm)

Beginn: 20.00 Uhr

Ort: Hotel Rosengarten, Tettngang

25. Mai 1977:

Moderne Aspekte der Diagnostik und Therapie von Schilddrüsenerkrankungen (Privatdozent Dr. Lahrtz, Eckernförde)

Beginn: 20.00 Uhr

Ort: Kornhaussaal, Weingarten

1. Juni 1977:

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

Beginn: 20.00 Uhr

Ort: Hörsaal des Pathologischen Institutes, Friedrichshafen

15. Juni 1977:

Die larvierte Depression und deren Behandlung (Professor Dr. Hole, Weißenau)

Beginn: 20.00 Uhr

Ort: Hotel Rosengarten, Tettngang

15. Juni 1977:

Steindiathese (Professor Dr. Hochberg, Konstanz)

Beginn: 20.00 Uhr

Ort: Kornhaussaal, Weingarten

6. Juli 1977:

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

Beginn: 20.00 Uhr

Ort: Hörsaal des Pathologischen Institutes, Friedrichshafen

13. Juli 1977:

Die ärztliche Betreuung des geistig behinderten Kindes (Privatdozent Dr. Neuhäuser, Erlangen)

Beginn: 20.00 Uhr

Ort: Auditorium des Städtischen Krankenhauses, Friedrichshafen

17. August 1977:

Der Witz als Therapie (Professor Dr. Preisendanz, Konstanz)

Beginn: 20.00 Uhr

Ort: Hotel Rosengarten, Tettngang

7. September 1977:

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

Beginn: 20.00 Uhr

Ort: Hörsaal des Pathologischen Institutes, Friedrichshafen

7. September 1977:

Spasmus und Schmerz – Audiovisuelle „Tele-Talk-in“ Fortbildung

Beginn: 20.00 Uhr

Ort: Kornhaussaal, Weingarten

22. Oktober 1977:

Alkohol und Leber (Professor Dr. Gerok, Freiburg)

Beginn: 10.00 Uhr

Ort: Stadthalle, Weingarten

Jeden letzten Mittwoch des Monats:

Pathologische-klinische Konferenz (Dr. Müller, Ravensburg)

Beginn: jeweils 20.00 Uhr

Ort: Kreiskrankenhaus, Lindau

54. Tagung der Vereinigung Bayerischer Chirurgen

vom 21. bis 23. Juli 1977 in Bern

Jahresvorsitzender: Professor Dr. R. Berchtold, Bern

Themen: Thoraxtraume – Distale Femurfrakturen – Rekonstruktion nach totaler Gastrektomie – Hyperthyreose (Rundtischgespräch) – Wirbelsäulenfrakturen – Freie Mitteilungen – Klinische Demonstrationen – Filmstunde

Ort: Hörsaal des Inselspitals, Freiburg Straße 20, Bern

Auskunft:

Professor Dr. F. Holle, Direktor der Chirurgischen Universitäts-Poliklinik, Pettenkolerstraße 8a, 8000 München 2

(Fortsetzung Seite 531)

Vereinigte

Krankenversicherung AG Salus Krankenhauskosten-Versicherungs-AG

DIE SICHERHEIT DES ARZTES individuell · zuverlässig · preisgünstig

Vertragsgesellschaften Ihrer
Ärztekammer und
des Marburger Bundes

COUPON

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

Name: _____

Anschrift: _____

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

Ich bin bereits versichert bei: Vereinigte Salus anderweitig

KX1A

Politische Aussichten

Noch ist nicht abzuschätzen, was aus dem Kostendämpfungsgesetz wird. Die Entscheidung dürfte erst im Juni im Vermittlungsausschuß zwischen Bundestag und Bundesrat fallen. Kompromisse sind denkbar, aber noch nicht in Sicht. Ehrenberg hält an seinem Entwurf fest und verengt die Diskussion auf das Einkommen der Ärzte. — Die Bonner Koalition zeigt Ermüdungserscheinungen; sie ist ins Gerede gekommen. Über neue politische Kombinationen wird spekuliert. Bei gewichtigem politischen Anlaß ist ein Wechsel in Bonn heute nicht mehr völlig auszuschließen; wehrscheinlich ist er nicht.

Das Thema „Kostendämpfung im Gesundheitswesen“ wird zum Dauerbrenner. Es erregt die Ärzte und spaltet die Meinung in den Kassenverbänden. Das Publikum verliert das Interesse an den sich wiederholenden Argumenten, und in den Zeitungen rutscht das Thema auf die hinteren Seiten. Die Politiker eber warten ab; sie haben erst Ende April/Anfang Mai zu entscheiden. Und im Juni erst hat der Bundesrat das letzte oder vorletzte Wort, was davon abhängt, ob sich eine Mehrheit für die Koalitionsbeschlüsse findet oder ob der Vermittlungsausschuß engerufen wird. Das letztere gilt als wehrscheinlich, seit klar ist, daß auch die niedersächsische Regierung für eine „konzertierte Aktion“ der beteiligten Gruppen eintritt und die Kostendämpfung per Gesetz ablehnt.

Aber man wird wohl bewerten müssen, was am Ende daraus wird. Ministerpräsident Albrecht kann seinen Koalitionspartner FDP nicht überfordern. Er scheint den Konflikt mit Bonn in der Frege der Atom-Mülldeponie, über die Finanzierung des neuen Dollerthafens bei Emden und das Steuerpaket der Bundesregierung nicht zu scheuen. Ob er sich auch noch für die freiwillige Aktion zur Kostendämpfung stark machen kann? Arbeitsminister Ehrenberg tut vorläufig jedenfalls so, als wenn sein Gesetz zustande käme. Er wirft die Filinte nicht voreilig ins Feld. Er zieht durch die Lande und wirbt für sein Gesetz. Er sagt zwar, daß er bessere Vorschläge akzeptieren werde, eber er behält sich natürlich selbst vor zu entscheiden, was denn besser ist und was nicht. Eine „konzertierte Aktion“ ohne gesetzlichen Rahmen lehnt er jedenfalls ab.

Demit seine Gegenspieler nicht Oberwesser kriegen, verengt er die Diskussion auf ganze zwei Argumente:

1. Kostendämpfung muß sein, denn sonst wird das freiheitliche System zerstört;
2. Ärzte und Zahnärzte verdienen zuviel.

Da diese Thesen von kaum jemand in der öffentlichen Diskussion bestritten

werden, hat Ehrenberg einen taktischen Vorteil errungen. Es bestätigt sich die alte Erfahrung, daß in der politischen Auseinandersetzung das simple Argument dem differenzierteren Argument zumeist überlegen ist.

Das Schicksal des Kostendämpfungsgesetzes ist nicht von der politischen Großwetterlage zu trennen. Nachdem die Koalition soviel Mühe hatte, sich auf das Sanierungspaket für die Sozialversicherung zu einigen, werden weder die Freien Demokraten noch die Sozialdemokraten den erzielten Kompromiß an den wirklich wichtigen Punkten gefährden wollen. Das stünde die Koalition wohl nicht durch. Sie ist ohnehin ins Gerede gekommen. Dafür hat Herbert Wehner gesorgt, der in der Abhöraffaire, die wohl immer noch nicht endgültig zu den Akten gelegt ist, beharrlich politische Konsequenzen forderte, womit nur Innenminister Maihofer und der engste Kanzler-Gehilfe, Staatssekretär Schüler, gemeint sein konnten. Schülers Sturz hätte auch Schmidt in die Tiefe reißen können. Die Lust am Untergang verleitete Ehmke, offenbar mit Brandt im Rücken, dazu, offen den Rücktritt Meihofers zu fordern.

Nun hat es viele Spekulationen darüber gegeben, was Wehner denn wohl wirklich wolle. Die einen meinten, Wehner denke an die Neuaufgabe der Großen Koalition. Dies wird man wohl nicht völlig ausschließen können, wenn man sieht, wie schwer sich die SPD/FDP-Koalition tut, die wirklich wichtigen Probleme zu lösen: Die Konjunktur kommt nicht so recht in Schwung, die Zahl der Arbeitslosen bleibt hoch. Die Konsolidierung der Sozialversicherung und der Staatsfinanzen schreitet nur langsam voran. Die Erhöhung der Mehrwertsteuer ist keineswegs sicher, und an die Subventionen treut man sich ernsthaft nicht heran. Apel breuchte zwei Kabinettsitzungen, um zu erreichen, daß das Beamten-Privileg bei der steuerlichen Berücksichtigung von Vorsorgeaufwendungen beschnitten wird. Dabei geht es um einen Betrag von nur 20 Millionen DM.

Der Kanzler und sein Wirtschaftsminister gereten immer stärker unter den Druck der nationalen und internationalen Inflationisten, in der Wirtschaftspolitik einen forciert expansiven Kurs zu steuern, koste es, was es wolle. Das vergrößert die Distanz zu den Gewerkschaften, die mehr staatliche Aktivität verlangen, bei ihren Lohnforderungen jedoch weithin das für die Kräftigung des Aufschwunges so wichtige Augenmaß vermissen lassen. In der Energiepolitik gab es zu lange keine klare Linie. Maihofer sprach davon, daß das Problem der Entsorgung zu lösen sei, ehe man weitere Kernkraftwerke genehmige. Anschließend wunderten sich Friderichs und Schmidt, daß die Gerichte zunächst einmal den Bau von Kernkraftwerken blockierten. Mit den Amerikanern droht ein schwerer Konflikt über die Energiepolitik. Präsident Carter verlangt nicht nur, daß das Brasiliengeschäft storniert wird, alle Nicht-Kernwaffenländer sollen auf Wiederaufbereitungsanlagen, bei denen Plutonium entsteht, verzichten. Ob wir uns einen Streit mit den Amerikanern gerade dann leisten können, wenn das Verhältnis zur DDR und zur Sowjetunion erheblichen Belastungen ausgesetzt ist?

So überraschend wäre es also nicht, wenn Wehner über neue, stärkere Koalitionen nachdächte. Aber daran ist viel Spekulation und wenig Reales. Näher liegt es anzunehmen, daß Wehner mit seinen „bohrenden Fragen“ nur die FDP verunsichern und wieder enger an die SPD binden will. Den Sprung zur CDU/CSU könnte Genscher mit Blick auf die Struktur seiner Partei heute noch nicht wagen. Verwegen ist allerdings die Spekulation, die auch eingestellt wird, daß nämlich Wehner anstreben würde, die SPD in die Opposition zu führen, damit sie dort regenerieren und neue Kraft sammeln könne. Solche Überlegungen könnten bei Leuten wie Ehmke, Eppler oder von Oertzen eine Rolle spielen, die nichts zu verlieren, aber viel zu gewinnen hätten. Aber Wehner geht sicherlich kein unkalkulierbares politisches Risiko ein. Er hat die SPD nicht an die Mecht gebracht, um diese nunmehr freiwillig und möglicherweise für lange Zeit aus der Hand zu geben. Denn auch Wehner weiß, daß sich der Konflikt zwischen pragmatischen Sozialdemokraten und sozialistischen Ideologen selbstmörderisch verschärfen müßte, wenn die SPD heute in die Opposition gielerte.

Kohl wertet zwar beharrlich darauf, daß die FDP ihres heutigen Partners überdrüssig wird. Er wird wohl noch länger warten müssen.

bonn-mot

**Weiterbildungskurs des Deutschen Sportärztebundes
vom 10. bis 16. Juli 1977 in München-Grünwald**

Leitung: Dr. P. Lenhart – Dr. H. Pabst, München
Thema: Sportmedizin in Theorie und Praxis

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

**Fortbildungsprogramm des Ärztlichen Kreisverbandes
Oberallgäu**

18. Mai 1977:
Irritabler Derm – Dickdarmdivertikulose – Dickdarmdiverti-
kulitis – 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 nach Huneke (Dr. Dosch, München)
Film: Injektionstechnik der Neuraltherapie nach Huneke

1. Juli 1977:
Nachsorgeprobleme bei Koronar-Kranken in der Praxis (Pro-
fessor Dr. Halhuber, Höhenried)

16. Juli 1977:
Herz-Kreislaufkrankungen: Diagnostik und Therapie (Semi-
nar für die Praxis)

Leitung: Professor Dr. Michel, München
Referenten: Münchener Kardiologen – Sonderprogramm
Ort: Sporthalle Kurhotel Sonnenalp, Sonthofen

Auskunft:
Medizinaldirektor Dr. H. Schneiderhan, Sanatorium Hirten-
stein, 8981 Bolsterlang, Telefon (0 83 26) 8 26

Einführungslehrgänge für die kassenärztliche Tätigkeit

Die Kassenärztliche Vereinigung Bayerns veranstaltet em

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

im Ärztehaus Bayern, Mühlbeurstraße 16, 8000 Mün-
chen 80, Einführungslehrgänge für die kassenärztliche
Tätigkeit.

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

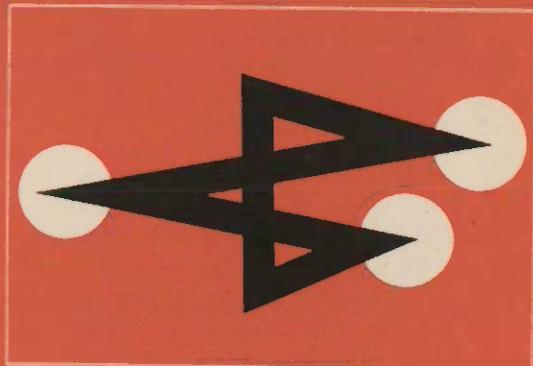
Anmeldungen sind an die KVB-Landesgeschäfts-
stelle, Mühlbeurstraße 18, 8000 München 80, zu
richten bis 16. Juni 1977, 9. September 1977,
21. Oktober 1977 und 18. November 1977.

Die Teilnehmergebühr ist am Tage des Einführungs-
lehrganges zu bezahlen.

DOLO- Exhirud[®]

Rheumasalbe

3 Hirudin ist das fibrinwirksame
System des Blutegels
– ex Hirudine medicinale –
Hirudin steigert die Mikrozirkulation
und normalisiert so die gestörte
Trophik des rheumatisch erkrankten
Gewebebezirks.



Zusammensetzung: 100 g Salbe enthalten: Hirudin 500
Antithrombin-Einheiten, Äthylenglykol-monosalicylsäure-
ester 8,0 g; Nicotinsäurebenzylester 1,5 g.

Indikationen: Durch Wärme- und Reiztherapie beeinfluf-
bare rheumatische, entzündliche und degenerative Mus-
kel- und Gelenkerkrankungen. Schmerzzustände nach
Prellungen, Quetschungen, Verrenkungen.

Kontraindikationen: DOLQ-Exhirud sollte nicht angewen-
det 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 · Anstalts-
packung mit 1000 g Salbe.

Arbeitsgemeinschaft Internistische Onkologie gegründet

In Essen ist die „Arbeitsgemeinschaft Internistische Onkologie“ im Rahmen der Deutschen Krebsgesellschaft e. V. gegründet worden. Zielsetzung ist, die auf dem Gebiet der medikamentösen Krebstherapie arbeitenden Ärzte zusammenzuführen, den Austausch von Informationen zu fördern und die überregionale Zusammenarbeit zu erleichtern. Es sollen Ausbildungsrichtlinien erarbeitet und Möglichkeiten der Qualifikation für internistische Onkologie geschaffen werden. Ferner soll auf die Einrichtung Internistisch-onkologischer Fachabteilungen zur Verbesserung der Behandlung Krebs-Kranker hingewirkt werden. In der heute notwendigen interdisziplinären Krebstherapie soll diese Arbeitsgemeinschaft der Partner für andere Disziplinen sein, insbesondere für die strahlentherapeutisch und operativ tätigen Fächer.

Krebszentrum Hannover gegründet

Am 1. Februar 1977 wurde das Krebszentrum Hannover an der Medizinischen Hochschule Hannover gegründet. Das Tumorzentrum Hannover wird auf der bereits seit 1972 bestehenden onkologischen Arbeitsgruppe der Medizinischen Hochschule Hannover aufgebaut. Zur Mitarbeit sind alle Ärzte Hannovers und der Umgebung aufgefordert, die Tumorkranke ärztlich versorgen und/oder an der Erforschung von Tumorleiden mitwirken.

Ziel der Gründung des Tumorzentrums ist, die Versorgung der Krebs-Kranken stetig zu verbessern und die klinische Krebsforschung praxis- bzw. patientenbezogen zu intensivieren. Weiter wird angestrebt, die psychisch notwendigen, die sozialen und rehabilitativen Maßnahmen, die mit der Behandlung tumorkrankter Patienten unbedingt einhergehen müssen, auszubauen und zu fördern.

Zweites Bundesärztekammer-Film-Seminar

Im Mittelpunkt des 2. Seminars „Film in der Medizin“ der Bundesärztekammer, das an drei Wochenenden in Köln stattfand, stand die Herstellung eines medizinischen Kurzfilms zum Thema „Fahrradergometrie“. Das Seminar, an dem ca. 60 Ärzte teilnahmen, vermittelte in praxisnahen Vorträgen und Übungen die Grundlagen der Filmgestaltung.

Gerhard Domagk-Preis verliehen

Der „Gerhard Domagk-Preis für Tropenmedizin“, den Bayer do Brasil 1963 anlässlich des Weltkongresses für Tropenmedizin gestiftet hatte, wurde zum fünfzehnten Male verliehen. Den Preis erhielt eine Forschergruppe der Medizinischen Fakultät von Uberaba, Minas Gerais, und würdigt eine wissenschaftliche Untersuchung über die weitverbreitete Chagas-Krankheit.

Der Preis soll Symbol gemeinsamer deutsch-brasilianischer Forschungsarbeit auf dem Gebiet der Tropenmedizin sein.

Albert-Knott-Preis verliehen

Der von der Knott AG, Ludwigshafen, gestiftete „Albert-Knoll-Preis der Saarländisch-Pfälzischen Internistengesellschaft“, der jährlich für hervorragende Arbeiten auf dem Gebiet der inneren Medizin vergeben wird, wurde zum fünften Male verliehen. In den Preis teilen sich Privatdozent Dr. Manfred Runge, I. Medizinische Universitätsklinik Hamburg-Eppendorf, sowie Professor Dr. Manfred Schweiger und Privatdozent Dr. Peter Herrlich, beide Max-Planck-Institut für molekulare Genetik, Berlin.

Marie-Baum-Preis 1977

Für das Jahr 1977 schreibt die Deutsche Zentrale für Volksgesundheitspflege e. V. zum zwölften Male den von ihr gestifteten Marie-Baum-Preis in Höhe von DM 2000 aus.

An der Ausschreibung können sich Studenten an Fachhochschulen für Sozialwesen (Fachbereiche Sozialarbeit und Sozialpädagogik) in der Bundesrepublik Deutschland und West-Berlin mit Arbeiten für das Staatsexamen oder aus Schwerpunktgebieten beteiligen, sofern es sich um Arbeiten aus dem sozial-medizinischen Bereich von Sozialarbeit und Sozialpädagogik handelt.

Einsendeschluß: 1. Juni 1977

Die Ausschreibung mit den Teilnahmebedingungen kann bei der Deutschen Zentrale für Volksgesundheitspflege e. V., Feuerbachstraße 14, 6000 Frankfurt, angefordert werden.

Mieträume in München, Stadtmitte

Die Bayerische Versicherungskammer bietet an:

Moderne Räume in dem repräsentativen Bürogebäude in München 2, Augustenstraße 24; Bezugsfertig Sommer 1977.

Das Gebäude hat eine außerordentlich günstige Verkehrsanbindung: Hauptbahnhof, S-Bahn, Stachus, Briener Straße und Straßenbahnhaltestellen befinden sich in unmittelbarer Nähe.

Ein großer Vorteil macht den Neubau für die künftigen Mieter der insgesamt 930 qm Büroflächen im I. mit IV. OG besonders attraktiv: Die offengehaltene Grundrißgestaltung garantiert eine räumliche Aufteilung nach individuellen Ansprüchen (Einzelbüros, Großraumbüros oder geschoßgroße Büros). Pro Etage werden ca. 230 qm angeboten. Jede Etage ist mit abgehängten Decken, Fernwärmeheizung, Teppichböden, Teeküchen, Jalousetten und entsprechenden Sanitäreinrichtungen ausgestattet.

Der Mietpreis beträgt 12,- DM/qm (Verhandlungsbasis) zuzüglich der üblichen Nebenkosten. Ferner ist eine unverzinsliche Sicherheitsleistung in Höhe von ein bis zwei Monatsmieten zu erbringen.

Auch Kfz-Stellplätze können in der Tiefgarage mit direkter Zufahrt von der Augustenstraße angemietet werden.

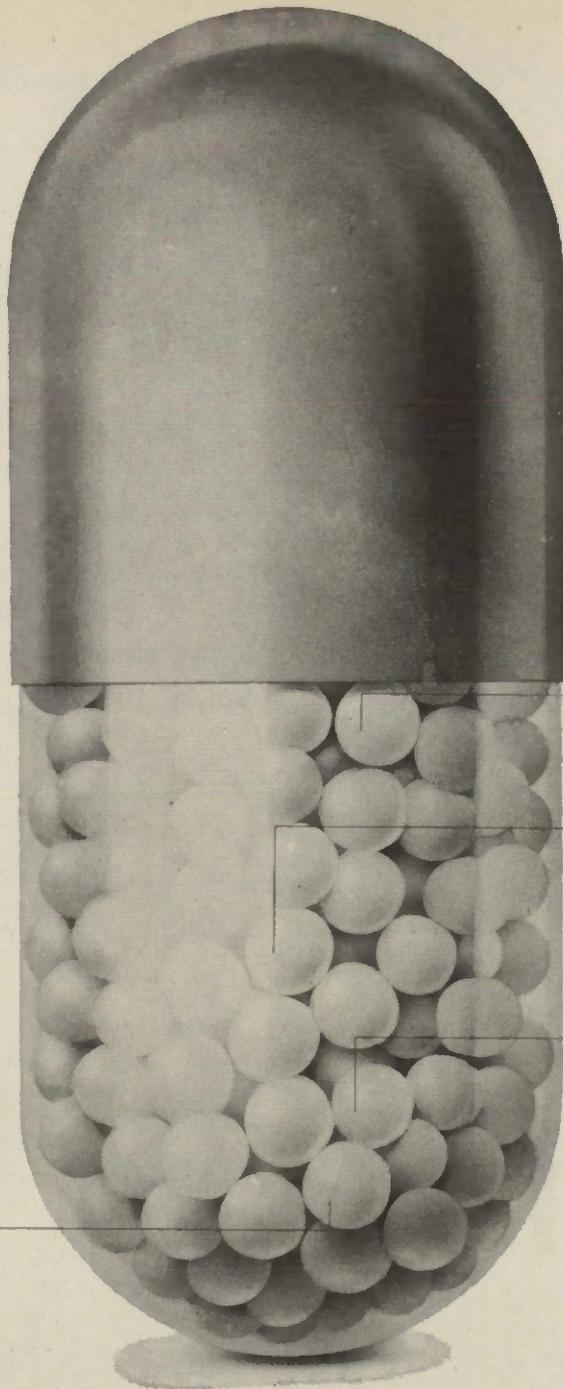
Die Ladenflächen im EG sowie eine Hälfte des I. OG sind bereits vermietet.

Bitte richten Sie Ihre Anträge an:

Bau- und Häuserverwaltung der Bayerischen Versicherungskammer, Maximilianstraße 53, 8000 München 22, Zimmer 327 (schriftlich), Telefon (0 89) 21 60 / 27 12 (Herr Huber und Herr Maurer)

Schnelles Einschlafen

Ungestörtes Durchschlafen



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

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

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

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

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

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

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

Pro Dorm[®] retard

Zusammensetzung: 1 Kapsel Pro Dorm retard enthält 200 mg Methaqualon, 2 Methyl-3-o-tolyl-4-(3H)-chinazolinon; 1 Tablette Pro Dorm enthält 300 mg Methaqualon, 2 Methyl-3-o-tolyl-4-(3H)-chinazolinon. **Indikationen:** Ein- und Durchschlafstörungen, Wiedereinschlafstörungen im Alter, Schlafstörungen bei Schmerzzuständen verschiedener Genese und bei Infektionskrankheiten mit Fieberzuständen. **Dosierung:** 1 Kapsel Pro Dorm retard oder 1 Tablette Pro Dorm kurz vor dem Schlafengehen mit etwas Flüssigkeit einnehmen. **Kontraindikationen:** Schwere Leberschaden, 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 OM 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**





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 Ext. 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



Schriftenreihe des Zentralinstitutes für die kassenärztliche Versorgung in der Bundesrepublik Deutschland

Band 7: „Vardanstudia“ – Strukturanalyse Allgemeinmedizinischer Praxen

Erstmals wurde jetzt in einer Studie, die das Zentralinstitut für die kassenärztliche Versorgung in der Bundesrepublik Deutschland vorgelegt hat, die Tätigkeit des Allgemeinarztes exakt durchleuchtet. Die Untersuchung wurde in dreizehn Allgemeinpraxen in Niedersachsen im Raum Verden unter Mithilfe der Medizinischen Hochschule Hannover bzw. der dortigen Fachbereiche Informatik und Allgemeinmedizin durchgeführt.

Dan an der Studie beteiligten Ärzte, deren Praxen sich auf dem Lande, in der Kleinstadt und in der Großstadt befinden, wählten 1276 Patienten aus und dokumentierten deren Behandlung über einen Zeitraum von zwölf Wochen. In diesem Zeitraum wurden 5711 Arzt-Patienten-Kontakte registriert, anlässlich derer 8860 Diagnosen gestellt und 9949 Therapien nach speziell für diese Erhebung vorgegebenen Unterscheidungen dokumentiert wurden.

Das Zentralinstitut möchte mit der Publikation dieser Studie zu einem besseren Verständnis des Faches Allgemeinmedizin in Forschung und Lehre und in der gesundheitspolitischen Diskussion um die zukünftige Weiterentwicklung der allgemeinärztlichen Versorgung beitragen. Die Studie ist allerdings nur ein erster Schritt, denn das vorgelegte Material ist bei der Basis von dreizehn sorgfältig beobachteten Praxen dem Umfang nach noch nicht repräsentativ.

Heft 8: Früherkennung bösartiger Neubildungen bei der Frau – Erfahrungsergebnisse im Rahmen der gesetzlichen Krankenversicherung

Dieses Heft aus der Schriftenreihe des Zentralinstitutes für die kassenärztliche Versorgung in der Bundesrepublik Deutschland befaßt sich insbesondere mit der Organisation und dem medizinischen und gesundheitsökonomischen Nutzen der Krebsfrüherkennungsmaßnahmen bei der Frau. Es beinhaltet die überarbeitete Sammlung von Referaten, die anlässlich einer Tagung der Akademie für Sozialmedizin in Hannover gehalten wurden, an deren Vorbereitung die Kassenärztliche Vereinigung Niedersachsen beteiligt war. Die vorgelegten Zahlen, Erfahrungen und Überlegungen sind nach wie vor aktuell. Sie zeigen, daß das vielbesprochene Problem einer Kostennutzenkontrolle der Früherkennungsmaßnahmen nach wie vor methodisch wie inhaltlich als nicht befriedigend gelöst gelten kann, ferner, daß Lösungen nur schrittweise und langfristig unter tätiger Mitwirkung aller Beteiligten zu erreichen sind.

Eine ganz wesentliche Schlußfolgerung dürfte darüber hinaus die sein, daß man an die Einführung neuer Früherkennungsmaßnahmen zukünftig von vorneherein außerordentlich strenge Anforderungen wird stellen müssen, wobei insbesondere auch der untrübbare Zusammenhang zwischen präventiver Erfassung und wirksamer kurativer Versorgung der aufgefundenen Fälle zu beachten sein wird.

Prais: je Band DM 5,--

Bestellungen an: Zentralinstitut für die kassenärztliche Versorgung in der Bundesrepublik Deutschland, Haedenkampstraße 5, 5000 Köln 41, Telefon (02 21) 41 20 21

Buchbesprechungen

Multiple Sklerose

Herausgeber: Prof. Dr. F. W. Bronisch, 116 S., 13 Abb., 11 Tab., kart., DM 29,80. Ferdinand Enke Verlag, Stuttgart.

Dieses Bändchen gibt den Ärzten Informationen in die Hand, die so gut wie alle wichtigen Fragen der Diagnostik und Therapie, der sozialen Betreuung und der Begutachtung bei Multiple Sklerose-Kranken nach dem heutigen Stande behandeln.

Die Multiple Sklerose (MS) ist eine so häufige organische Nervenerkrankung, daß sie für den Nervenarzt sozusagen zum täglichen Brot gehört. Diese Krankheit gehört zu den wenigen Krankheiten, die in den letzten Jahrzehnten eine Zunahme erfahren haben. Diese Zunahme betrifft sowohl ihre prozentuale Häufigkeit wie auch ihre geographische Verbreitung. Während diese Krankheit früher eher jüngere Menschen befallen hat, vollzog sich während der letzten Zeit eine Ausdehnung des Erkrankungsalters nach oben hin, so daß jetzt selbst 60jährige Männer und Frauen noch an einer MS erkranken können.

Mit dem Erkrankungsalter änderte sich auch das typische Bild der Krankheit. Früher galten wiederholte Schübe im Wechsel mit Remissionen und stationäres Verhalten als der typische Verlauf der Multiplen Sklerose. So kann sie auch jetzt noch verlaufen. Daneben ist aber ein chronisch progredientes Fortschreiten der Krankheit ohne akute Schübe und ohne Remissionen heutzutage eine mindestens ebenso häufige Verlaufsform.

In dieser dritten Auflage nehmen zehn verschiedene Autoren Stellung zu den verschiedensten Problemen der multiplen Sklerose: Diagnostik, Ätiologie und Pathogenese, Therapie, Begutachtungsfragen usw.

Die Lektüre dieses Buches kann nicht gelegentlich genug empfohlen werden.

Dr. S. Maier, Regensburg

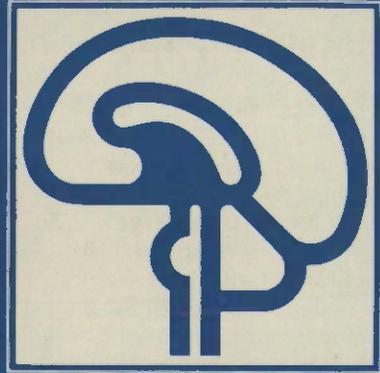
Frühdagnostik des Mammakarzinoms

Lehrbuch und Atlas

Verf.: Prof. Dr. H.-J. Frischbier/Dr. H.-U. Lohbeck u. e., 330 S., 209 Abb. in 384 Einzelderst., 39 Tab., 13 Farb., geb., DM 138,-. Georg Thieme Verlag, Stuttgart.

Die Diagnostik des Mammakarzinoms ist in den vergangenen Jahren durch verschiedene Untersuchungsverfahren bereichert worden. Wenn auch heute noch Palpation und Inspektion als wichtigste klinische Untersuchungen angesehen werden müssen, so ist erwiesen, daß durch die Kombination mit einzelnen apparativen Verfahren die Differentialdiagnostik beträchtlich verbessert werden kann.

Die Autoren stellen alle röntgenologischen, thermographischen und zytologischen Verfahren zur Frühdagnostik des Mammakarzinoms eingehend dar und diskutieren ihre klinische Wertigkeit. Im Vordergrund steht die Frage, welche der genannten Methoden sich am besten zur Ergänzung der bisher geübten Vorsorgeuntersuchung eignen. Anhand eines umfangreichen Bild- und Tabellenmaterials kann sich der in der Krebsvorsorge tätige Arzt über die apparativen Möglichkeiten, die Untersuchungstechnik, die Symptomatologie und die Grenzen der einzelnen Methoden informieren.



Psicosoma[®] 600

Tagestranquilizier

schafft wieder Ordnung
zwischen Psyche + Soma

Indikationen für Erwachsene

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

Indikationen für Kinder

- Verhaltensstörungen
- Schul- und Lernschwierigkeiten
- erethische Zustände

Psicosoma[®] Kapseln und Saft für Kinder

Zusammensetzung

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

Dosierung

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

Kontraindikationen

Dekompensierte Niereninsuffizienz,
Bromüberempfindlichkeit

Handelsformen und Preise

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



Trommsdorff

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

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

Ein Ehrenberg-Taler = mehr als 4 Arzt-Mark

„Das durchschnittliche Bruttoeinkommen der niedergelesenen Ärzte nach Abzug der Praxiskosten betrug im Jahr 1976 schätzungsweise DM 180 000 bis DM 190 000.“ So Staatssekretär Hermann Buschfort, parlamentarischer Gehilfe des noch immer neuen Bundesarbeits- und Sozialministers Dr. Herbert Ehrenberg, 51, vor dem Bundestag gegen Ende März dieses Jahres. Diese Hochrechnung basiert auf den letzten Kostenstrukturerhebungen des Statistischen Bundesamtes über die Arzteinkommen im Jahr 1971. Fraglich, ob das Arbeitsministerium nicht allein die Einnahmen, sondern auch die Kosten in seinen einkommensmathematischen Bemühungen berücksichtigt hat.

Vorher hatte Buschfort als durchschnittliches Bruttojahreseinkommen aus unselbständiger Arbeit je Beschäftigten DM 28 750 genannt, und das ausdrücklich im Vergleich zum Arzteinkommen. Eine Irreführung.

Objektiv ist ein Vergleich dieser Größen nicht zulässig. So sei auch Buschforts Versäumnis, den Wert der Einkommen und Ansprüche seines Arbeits- und Sozialministers Dr. Herbert Ehrenberg beschneiden zu verschweigen, hier nicht als Vergleich, sondern lediglich zur Information nachgeholt:

1. Steuerpflichtig bezieht Dr. Ehrenberg

- a) DM 12 718,13 x 13 Monate als Dienstbezüge = DM 165 335,63 p. a.
- b) DM 961,99 x 12 Monate als Ortszuschlag = DM 11 543,88 p. a.
- c) DM 3 750,- x 12 Monate Entschädigung als Bundestagsabgeordneter = DM 45 000 p. e. Insgesamt: DM 221 879,51 steuerpflichtig.

2. Steuerfrei bezieht Dr. Ehrenberg:

- a) DM 600 x 12 Monate Aufwandsentschädigung als Bundesminister = DM 7 200 p. a.
- b) DM 3 375 x 12 Monate Kostenpauschale als Bundestagsabgeordneter = DM 40 500 p. a. Insgesamt: DM 47 700 p. e. steuerfrei. Für diesen Nettobezug ist bei 56 Prozent Einkommen-Spitzensteuersatz ein Bruttoeinkommen von DM 108 409,09 notwendig.

3. Als steuerfreie Ansprüche bezieht Dr. Ehrenberg:

- a) DM 275 x 12 Monate = DM 3 300 p. a. Ist die Beihilfe in Krankheitsfällen in Höhe von 55 Prozent der Kosten auch für die Ehefrau ca. wert.
- b) DM 700 x 12 Monate = 8 400 p. e. müßte ein Freiberuflicher oder Selbständiger in Ehrenbergs Alter mindestens für eine Krankentagegeldversicherung aufwenden, um eine Einkommensfortsetzung während der Krankheitsdauer zu sichern.
- c) DM 5 200 x 12 Monate = DM 62 400 p. a. Versicherungsprämie hätte ein Freiberuflicher oder Selbständiger für eine berufsbedingte Gesundheitsschädigung mit der Folge der Erwerbsunfähigkeit und dem vergleichbaren Pensionsanspruch eines Bundesministers mit heute 51 Jahren zu zahlen.
- d) DM 13 680,12 x 3 Monate = DM 41 040,36 plus DM 6 840,06 x 3 Monate = DM 20 520,18, zusammen DM 61 560,54 hätte Dr. Ehrenberg bei einem Ausscheiden aus der Bundesregierung nach einem halben Jahr als steuerpflichtiges Übergangsgeld zusätzlich zu seinen sodann wieder in voller Höhe zu zahlenden Entschädigung als Bundestagsabgeordneter von DM 7 500 + DM 4 500 steuerfreie Kostenpauschale zu beanspruchen.

50 Prozent Durchschnittsbesteuerung dieser Bezüge unterstellt, bleiben netto DM 30 780,27 als Abschiedsausstattung. DM 5 115,96 aus versteuertem Einkommen müßte ein anderer zur Anseemlung dieses Nettobetrages sechs Monate lang zurücklegen.

Somit beträgt der Wert der steuerfreien Einkünfte von 3. e) bis 3. d) monatlich DM 11 290,96. Das entspricht bei einem Steuersatz von 56 Prozent in der Spitze einem steuerpflichtigen Einkommen von monatlich DM 25 661,27. Des summiert sich im Jahr auf DM 307 935,24.

Damit entspricht das gegenwärtige Einkommen des Bundesarbeitsministers aus steuerpflichtigen wie steuerfreien Bezügen und steuerfreien Ansprüchen dem steuerpflichtigen Einkommen eines Bundesbürgers in Höhe von DM 221 879,51 aus

Punkt 1 + DM 108 409,09 aus Punkt 2 + DM 307 935,24 aus Punkt 3 = DM 638 223,87 im Jahr.

4. Die Alternative:

Sollte Dr. Ehrenberg aus dem Kabinett ausscheiden und sein Übergangsgeld nach Punkt 3. d) kassieren, leben nicht nur seine vollen Bundestagsbezüge wieder auf. Falls er sich in zwei Jahren nach 14jähriger Zugehörigkeit zum Bundestag zurückziehen will, beträgt sein Pensionsanspruch nach heutigen Werten monatlich DM 4 875. Er geht auf seine Witwe mit 60 Prozent über. Angenommen, sie ist zwei Jahre jünger, müßte ein anderer in 14 Jahren aus versteuertem Einkommen ein Kapital von DM 1,3 Millionen bilden können, um sich einer gleichartigen Leistung sicher zu sein. Vorausgesetzt ist eine alljährliche Steigerung um sechs Prozent, eine im Durchschnitt zurückhaltend angenommene jährliche Pensionserhöhung.

DM 75 672,73 netto bleiben jährlich von einem DM 171 987,43 Bruttoeinkommen bei 56prozentigem Steuersatz übrig, um innerhalb von 14 Jahren auf DM 1,3 Millionen zu kommen. Durch den Bundestagsabgeordneten-Pensionsanspruch steigert sich Dr. Ehrenbergs Einkommen auf DM 810 211,30. Soviel braucht ein anderer zum Erwerb der gleichen Ansprüche.

Das ist rund des Vierfachen des von Buschfort aufgrund unzutreffender Hochrechnungen genannten Arzteinkommens. Und das ist rund 28,2mal soviel wie das von Buschfort genannte Jahreseinkommen eines Arbeitnehmers im Durchschnitt. Der Vergleich Minister- zu Arbeitnehmereinkommen hinkt, weil auch dem Arbeitnehmer Ansprüche und Zuschüsse zustehen, die Buschforts Zehl nicht berücksichtigt.

Nur unzulänglich berücksichtigt ist in diesem Beispiel die Verwendung eines Dienstwagens wie möglicherweise die Nutzung einer teuren Amtsvilla unter Verzicht auf den Ortszuschlag, der eigene Haushaltstitel für Reise- und Gästekosten, die kostenlose Beförderung in der ersten Bundesbahnklasse und die Rückerstattung von Schlafwagen- wie Flugpassagekosten. Ehrenberg wie andere Minister müssen nicht peinlich genau anhand von Restaurant-Quittungen abrechnen, wenn sie während einer Besprechung bewirtet haben.

Horst Beloch

Chirurgische Operationslehre

Herausgeber: Prof. Dr. I. Littmann, u. a., 1078 S., 1294 Abb. in 2296 Einzeldarstellungen, 20 Tab., geb., DM 240,-. F. K. Schettauer Verlag, Stuttgart.

In dem umfangreichen Werk berichten zwölf ungarische Experten über ihre Standardoperationen an Kopf und Hals, Brustwand und Brusthöhle, Zwerchfell, Bauchwand und Bauchhöhle, Hand und Geschlechtsorganen.

Weitere Kapitel sind der Gefäß- und Unfallchirurgie, der Chirurgie der Hand sowie der plastischen Chirurgie gewidmet. Der Abschluß wird durch die Behandlung thermischer, chemischer und strahlenbedingter Schädigungen sowie Grundlagen der septischen Chirurgie gebildet.

Die umfangreiche Illustrierung erfolgt durch 2296 Strichzeichnungen und 20 Tabellen. Während auf das Literaturverzeichnis gänzlich verzichtet wird, bildet ein vergleichsweise kurzgefaßtes Sechverzeichnis den Abschluß dieser einbändigen Operationslehre. Einige Kapitel über die endoprothetische Versorgung des Hüft- und Kniegelenks, die Behandlung der Patellaluxation, vorderer Kreuzbandersatz mittels konservierter Sehne, Versteifung des unteren Sprunggelenks durch 3-Lemellennagel, Operation nach Max Lenge bei habitueller Schulterluxation mit konserviertem Kortikalisspan lassen bereits eine Patina erkennen. Somit bietet der Verfasser dem Leser nicht nur bewährte, sondern auch veraltete Verfahren an, die nicht dem Erscheinungsjahr 1976 entsprechen.

Die Berücksichtigung der Tumoren im Bereich der Extremitäten gelingt nur in einem sehr schmalen Rahmen.

Dr. M. Schnitzler, München

Neurologie und Psychiatrie in der Praxis

Verf.: Prof. Dr. H. H. Wieck, 335 S., 38 Abb., 145 Tab., kart., DM 22,-. F. K. Schettauer Verlag, Stuttgart.

Dieses Taschenbuch, erstmals 1972 erschienen, ist bei der Ärzteschaft und bei Studenten der höheren medizinischen Semester so eingeführt, daß in der Zwischenzeit schon die dritte Auflage erscheinen mußte.

Es handelt sich dabei nicht um ein systematisches Neurologie- und Psychiatrielehrbuch. Vielmehr geht der Verfasser auf Notfälle ein, wie sie dem in der Praxis tätigen Arzt begegnen. Er gibt entsprechende Ratschläge für Erstmaßnahmen, betreffend die Diagnostik und was die sofort zu ergreifende Therapie betrifft. Besprochen werden dabei sowohl neurologische Notfälle (lebensbedrohliche Funktionsstörungen bei spinalen und peripheren Prozessen, Bandscheibenvorfall, tetanische Anfälle usw.) als auch psychiatrische Notfälle.

Im zweiten Hauptteil des Buches werden neurologische und psychiatrische Probleme erörtert, wie sie sich in der Sprechstunde des Allgemeinerztes ergeben: zerebrale Syndrome, endogene Psychosen, Rückenmerksleiden, zerebrospinale Prozesse, Anfallssyndrome, Sprachstörungen, etaktische Störungen usw. Im einzelnen werden kurz und prägnant die therapeutischen Möglichkeiten bei neurologischen und psychiatrischen Zuständen angedeutet.

Als Ergänzung weist das Buch eine besonders gute Zusammenfassung der neurologischen und psychiatrischen Untersuchungsmethoden auf.

Man möchte diese instruktive Zusammenfassung den ärztlichen Kollegen, die mit Neurologie und Psychiatrie nicht so sehr viel zu tun haben, als Repetitorium sehr empfehlen. Insgesamt ein wichtiges Buch für die ärztliche Praxis!

Dr. S. Maler, Regensburg

(Fortsetzung Seite 543)

FRÜHLING FÜR DAS HAAR
DAS GANZE JAHR - DANK

pantogar®



Klinisch belegte Wirkung!

Literatur:

Tronnier H. und Pfitzer H., KOSMETOLOGIE 1972/Nr. 8
Kauffmann M., Diss. 1973

Indikationen:

Wachstumsstörungen und degenerative Veränderungen der Haarstruktur (auch als Auswirkung von Krankheiten wie Vitaminmangel, Überlastungs- und Erschöpfungszustände, psychische Affektionen, Vergiftungen), Haarverlust, 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
Calcil pantothenes (DCI)	0,015 g	0,060 g
Seccharomyces medic. (VIGAR-Hefe)	0,025 g	0,100 g
L-Cystin	0,005 g	0,020 g
Keratin	0,005 g	0,020 g
Acid. p-aminobenzolcum	0,005 g	0,020 g

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

Apothekenpflichtig

Packungen:

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

pantogar®

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

Die meidepflichtigen übertragbaren Krankheiten in Bayern im Monat Februar 1977 *)

(Zusammengestellt aufgrund der Wochenmeldungen)

Wie bisher jedes Jahr im Februar stieg auch im Berichtsmont die Zahl der gemeldeten Scherlacherkrankungen an, und zwar von 38 Fällen im Januar auf 57, jeweils auf 100 000 Einwohner bezogen und umgerechnet auf ein Jahr. Die Erkrankungsziffer an übertragbarer Hirn-

hautentzündung blieb dagegen auf dem gleichen niedrigen Stand wie im Vormonat.

Auch Salmonellose-Erkrankungen wurden im Februar ebenso häufig wie im Januar gemeldet, nämlich 22 Fälle auf

100 000 Einwohner. Etwas mehr als im Januar wurden Erkrankungen an Hepatitis infectiosa (übertragbare Leberentzündung) bekannt, und zwar 30 gegenüber 25 im Vormonat, jeweils auf 100 000 Einwohner.

Neuerkrankungen und Sterbefälle in der Zeit vom 31. Januar bis 27. Februar 1977 (vorläufiges Ergebnis)

Gebiet	1		2		3		4		5		6		7		8		9		10		11		12				
	Diphtherie		Scherlach		Kinderlähmung		Übertragbare				Typhus abdominalis		Paratyphus A und B		Bakterielle Ruhr (ohne Amöbenruhr)		Enteritiae infectiosae				Botulismus						
							Hirnhautentzündung		Gehirnentzündung								Salmonellose		übrige Formen								
							Meningokokken-Meningitis		übrige Formen								E		ST		E		ST		E		ST
E) ST)		E ST		E ST		E ST		E ST		E ST		E ST		E ST		E ST		E ST		E ST		E ST		E ST		E ST	
Oberbayern	-	-	221	-	-	-	2	-	4	-	1	-	1	-	2	-	9	-	72	-	-	-	-	-	-	-	
Niederbayern	-	-	25	-	-	-	2	-	1	-	-	-	-	-	-	-	-	-	13	-	5	-	-	-	-	-	
Oberpfalz	-	-	32	-	-	-	2	-	3	-	-	-	-	-	-	-	-	-	23	-	-	-	-	-	-	-	
Oberfranken	-	-	42	-	-	-	1	-	6	2	1	-	1	-	1	-	-	-	8	-	-	-	-	-	-	-	
Mittelfranken	-	-	47	-	-	-	3	-	6	-	-	-	-	-	-	-	-	-	29	-	-	-	-	-	-	-	
Unterfranken	-	-	44	-	-	-	-	-	2	1	-	-	-	-	-	-	-	-	15	-	1	-	1	-	-	-	
Schwaben	-	-	63	-	-	-	5	-	2	-	-	-	-	-	-	-	1	-	22	-	1	-	-	-	-	-	
Bayern	-	-	474	-	-	-	15	-	24	3	2	-	2	-	3	-	10	-	182	-	7	-	1	-	-	-	
München	-	-	94	-	-	-	-	-	2	-	-	-	-	-	-	-	4	-	31	-	-	-	-	-	-	-	
Nürnberg	-	-	12	-	-	-	2	-	2	-	-	-	-	-	-	-	-	-	6	-	-	-	-	-	-	-	
Augsburg	-	-	5	-	-	-	2	-	1	-	-	-	-	-	-	-	-	-	8	-	-	-	-	-	-	-	
Regensburg	-	-	5	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	1	-	-	-	-	-	-	-	
Würzburg	-	-	11	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	1	-	1	-	-	-	-	-	
Fürth	-	-	5	-	-	-	-	-	1	-	-	-	-	-	-	-	-	-	8	-	-	-	-	-	-	-	
Erlangen	-	-	10	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	

Gebiet	13		14		15		16		17		18		19		20		21		22		23		24		
	Hepatitis infectiosa		Ornithose				Mikrosporidie		Amöbenruhr		Malaria Erst-erkrankung		Q-Fieber		Toxoplasmose		Trichinose						Verdachtsfälle von Tollwut *)		
			Palta-cose		übrige Formen																				
E ST		E ST		E ST		E ST		E ST		E ST		E ST		E ST		E ST		E ST		E ST		E ST		E ST	
Oberbayern	91	-	-	-	-	-	1	-	1	-	1	-	3	-	2	-	-	-	-	-	-	-	-	4	
Niederbayern	18	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	
Oberpfalz	22	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	22	-	
Oberfranken	14	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	69	-	-	-	-	-	9	-	
Mittelfranken	40	-	-	1	-	1	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	1	-	
Unterfranken	34	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	4	-	
Schwaben	27	1	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	19	-	
Bayern	246	1	-	1	-	2	-	1	-	1	-	3	-	2	-	69	-	-	-	-	-	-	59	-	
München	50	-	-	-	-	1	-	-	-	1	-	2	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	1		
Nürnberg	9	-	-	-	-	1	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	
Augsburg	8	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	
Regensburg	2	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	
Würzburg	2	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	
Fürth	5	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	
Erlangen	5	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	

*) 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.

Klinische Chemie und Mikroskopie

Verf.: Prof. Dr. W. Rick, 4., überarb. Aufl., 426 S., 56 Abb. (davon 13 Farb.), 29 Tab., geh., DM 24,80. Springer-Verlag, Berlin-Heidelberg-New York.

Die vorliegende Einführung gibt einen Überblick über die im modernen Laboratorium üblichen klinisch-chemischen und mikroskopischen Untersuchungen. Wichtige Methoden, die auch zur Notfalldiagnostik geeignet sind, sind eingehend beschrieben; für die Bestimmung zahlreicher Metabolitkonzentrationen, Enzymaktivitäten u. e., bei denen die Verfahren noch nicht standardisiert sind, werden die Prinzipien angegeben. Soweit es das Verständnis der diagnostischen Maßnahmen erleichtert, sind die pathophysiologischen Zusammenhänge erklärt. Besonderer Wert wurde auf übersichtliche Anordnung des Stoffes, anschauliche Abbildungen und einprägsame Tabellen gelegt. Das Buch vermittelt Medizinstudenten und MTA-Schülerinnen klare Grundkenntnisse in der klinischen Chemie und Mikroskopie. Weiterhin wird es bei der praktischen Arbeit im Laboratorium und insbesondere bei der Fehlersuche nützlich sein.

Häusliche Umwelt und Motiventwicklung

Verf.: Dr. C. Trudewind, 228 S., DM 32,-. Reihe „Motivationsforschung“, Band 4. Verlag für Psychologie Dr. C. J. Hogrefe, Göttingen-Toronto-Zürich.

Dieser Band berichtet über eine breit angelegte Untersuchung, um die wichtigsten Einflußfaktoren der Motivgenese zu identifizieren und isoliert zu erfassen. Dies geschieht anhand einer Taxonomie des nichtschulischen Lebensraumes, die von motivationstheoretischen Ansätzen abgeleitet worden ist.

Die Ergebnisse erleuben die Aufstellung eines komplexen Bedingungsgefüges, innerhalb dessen die einzelnen ökologischen Faktoren ihren jeweiligen Stellenwert gewinnen. Der entwickelte Forschungsansatz eröffnet neue Möglichkeiten, um den Einfluß ökologischer Bedingungen auf die Persönlichkeitsentwicklung besser als bisher zu fassen.

Herders großer Weltatlas

Jubiläumsausgabe. 7., überarb. Aufl., 268 S. Kartenteil mit plastischer Geländedarstellung, 11 Kartens. mit Touristikinformationen, tabellarische Übersichten und illustrierte Beschreibung der Erde, 113 S. Register mit 100 000 Fundstellen. 464 S., Leinen, DM 148,-. Verlag Herder, Freiburg-Basel-Wien.

Mit diesem Atlas liegt ein modernes Kartenwerk vor, das durch seinen 268 Seiten umfassenden Kartenteil mit politischen und physischen Karten in außergewöhnlich großem Maßstab und durch sein handliches Format ein Idealer Atlas für den täglichen Gebrauch ist.

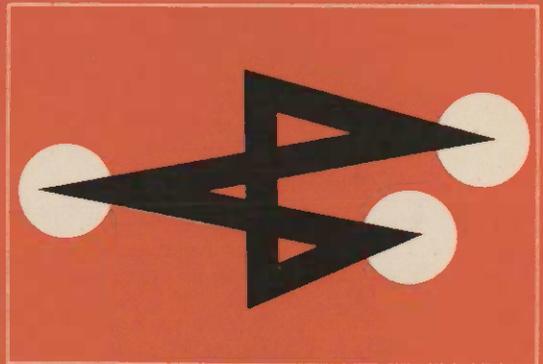
Ein modernes, patentiertes Verfahren, das bereits früher erschienenen Herder-Atlanten große Zustimmung der Fachwelt einbrachte, ermöglicht eine besonders plastische Darstellung der Erdoberfläche. Zum plastischen Kartenbild tritt eine deutliche, gut lesbare Schrift und eine vollständige aktualisierte Beschriftung mit internationalen und nationalen Schreibweisen.

Die Neubearbeitung berücksichtigt sämtliche Ergebnisse der verschiedenen Gebietsreformen (Stand: 31. Dezember 1975), den aktuellen Stand der Ortsgrößen, neue Verkehrslinien und Straßenführungen.

DOLO- Exhirud[®]

Rheumasalbe

4 Hirudin – ex Hirudine medicinale – fördert die Gewebsdrainage rheumatisch entzündlicher Ödeme. Für die Rheumatherapie bedeutet dies: Hirudin mildert die Symptome der exsudativen Entzündung, den Spannungsschmerz und die Bewegungseinschränkung.



Zusammensetzung: 100 g Salbe enthalten: Hirudin 500 Antithrombin-Einheiten, Äthylenglykol-monosalicylsäure-ester 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.

Kongreßkalender

De die Termina 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.

Juni 1977

- 1.—4. **Naapel:** Europäischer Kongreß für Präventiv- und Sozialmedizin. — Auskunft: Segreteria del Congresso di Medicina Preventiva e Sociale, Via Cola di Rienzo, 11, I-00192 Roma.
- 2.—4. **Essen:** 2. Internationales Symposium über Krebstherapie durch Hyperthermie und Bestrahlung. — Auskunft: Professor Dr. C. Streffer, Hufelandstraße 55, 4300 Essen 1.
- 3.—4. **Köln-Gürzenich:** Jahresversammlung der Deutschen Gesellschaft für Gesundheitsvorsorge e. V. — Auskunft: Deutsche Gesellschaft für Gesundheitsvorsorge, Driescher Hecke 19, 5090 Leverkusen.
- 3.—4. **Selzburg:** 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 Landesärztekammer Hessen, Carl-Oelemann-Weg 1, 6350 Bad Nauheim.
- 4.—5. **Stuttgart:** 26. Tagung der Süddeutschen Kinderärzte. — Auskunft: Professor Dr. Grundler, Chefarzt der Städtischen Kinderklinik, Türlenstraße, 7000 Stuttgart.
- 5.—19. **Wastarland:** 18. Seminar für ärztliche Fortbildung. — Auskunft: Nordwestdeutsche Gesellschaft für ärztliche Fortbildung e. V., Hude 1, 2060 Bad Oidesloe.
- 6.—9. **Bochum:** 8. AO-Kurs für Ärzte. — Auskunft: Professor Dr. Rehn, Berufsgenossenschaftliche Krankenanstalten „Bergmannsheil“, Chirurgische Klinik und Poliklinik, 4630 Bochum.
- 6.—10. **Bad Brückeneu:** Ärztekurs A für Homöopathische Medizin. — Auskunft: Dr. W. Buchmann, Hammer Steindamm 123, 2000 Hamburg 26.
- 6.—11. **Lengaoog:** 25. Fortbildungskurs für praktische Medizin der Akademie für ärztliche Fortbildung Niedersachsen. — Auskunft: Dr. W. Stucke, Walsroder Straße 121, 3012 Hannover-Langenhagen.
- 7.—8. **München:** Öffentliche Tagung der Deutschen Rheuma-Liga „Rheumabekämpfung“. — Auskunft: Deutsche Rheuma-Liga e. V., Geschäftsstelle, Postfach, 8031 Seefeld.
- 7.—10. **Hannover:** 9. Deutscher Krankenhaustag und internationale Krankenhaus-Ausstellung „Interhospital.“ — Auskunft: Deutsche Messe- und Ausstellungs-AG, 3000 Hannover 82.
- 9.—12. **Heilbronn:** 3. Wissenschaftlicher Kongreß der Süd-deutschen Gesellschaft für Pneumologie und Tuberkulose. — Auskunft: Dr. G. Forschbach, Fachklinik Wilhelmsheim, 7155 Oppenweiler.
- 10.—11. **Friedrichshafen:** 14. Kongreß der Südwestdeutschen Gesellschaft für Innere Medizin. — Auskunft: Professor Dr. F. v. Oldershausen, Medizinische Klinik des Städtischen Krankenhauses, 7990 Friedrichshafen.
- 10.—11. **Igls:** 9. Jahrestagung der Deutschen Gesellschaft 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. Tagung der Arbeitsgemeinschaft für klinische Diätetik. — Auskunft: Professor Dr. H. Kasper, Josef-Schneider-Straße 2, 8700 Würzburg.
- 11.—12. **Hennet:** Sportärzte-Fortbildungslehrgang. — Auskunft: Dr. D. Schnell, Otto-Willach-Straße 2, 5207 Ruppichteroth.
- 11.—25. **Ischia:** 3. Internationaler Seminarkongreß. — Auskunft: Kongreßdienst Deutscher Kassenarztverband, Ärztehaus Hamburg, Humboldtstraße 56, 2000 Hamburg 76.
- 13.—15. **Paris:** 3. Internationaler Kongreß für Unfallchirurgie. — Auskunft: Congres Service, 1, Rue Jules-Lefebvre, F-75009 Paris.
- 13.—16. **Garmisch-Partenkirchen:** Fortbildungstagung des Berufsverbandes der Kinderärzte Deutschlands e. V. — Auskunft: Berufsverband der Kinderärzte Deutschlands e. V., Bergisch-Gladbacher Straße 735, 5000 Köln 80.
- 13.—25. **Lengaoog:** Sportmedizinischer Fortbildungslehrgang. — Auskunft: Sportärztebund Niedersachsen e. V., Humboldtallee 7, 3400 Göttingen.
- 14.—17. **München:** Tagung der European Ophthalmic Pathology Society. — Auskunft: Professor Dr. O. E. Lund, Mathildenstrasse 8, 8000 München 2.
- 17.—19. **Bad Reichenhall:** 10. Kolloquium der Bad Reichenhaller Forschungsanstalt. — Auskunft: Obermedizinalklinikdirektor Dr. O. P. Schmidt, Salzburger Straße 9, 8230 Bad Reichenhall.
- 18.—19. **Barnried:** Ergometrie-Wochenende. — Auskunft: Chefarzt Dr. H. Hofmann, Klinik Höhenried, 8131 Bernried.
- 17.—19. **Graz:** II. Internationaler Kongreß für aktiv-klinische Psychotherapie. — Auskunft: Institut für medizinische Psychologie und Psychotherapie der Universität, Landeskrankenhaus, Auenbruggerplatz 22, A-8036 Graz.
- 19.—25. **Sao Paulo:** 6. Internationaler Kongreß für Neurochirurgie. — Auskunft: Professor Dr. A. de Mafos Pimenta, rua Gumercindo Saraiva 100, Sao Paulo (SP), Brasilien.

- 20.-23. **Helsinki:** IX. Internationaler Kongreß zur Verhütung des Selbstmordes. — Auskunft: Finnish Association for Mental Health, Unioninkatu 4, SF-00130 Helsinki.
- 20.-23. **Neuherberg:** Grundkurs im Strahlenschutz für Physiker und Ingenieure im medizinischen Bereich. — Auskunft: Kurssekretariat des Instituts für Strahlenschutz der GSF, Ingoistädter Landstraße 1, 8042 Neuherberg.
- 20.-25. **Prag:** VI. Internationaler lymphologischer Kongreß. — Auskunft: Tschechische medizinische Gesellschaft, Sokolská 31, CS-120 26 Praha 2.
- 20.-25. **Rom:** 3. Europäischer Kongreß über Herz- und Lungenkrankheiten. — Auskunft: Professor Dr. Dr. Knipping, Kerpener Straße 79, 5000 Köln 41.
- 20.-25. **Wien:** 8. Internationaler Fortbildungskurs für Klinische Anästhesiologie. — Auskunft: Professor Dr. O. Mayrhofer, Alserstraße 4, A-1090 Wien.
- 20. 6.-1. 7. **Neutrauchburg:** 2. Kurs der Deutschen Gesellschaft für manuelle Medizin. — Auskunft: Dr. K. Sell, 7972 Isny-Neutrauchburg.
- 22.-24. **Kassel:** Hauptversammlung der Max-Planck-Gesellschaft zur Förderung der Wissenschaften e. V. — Auskunft: Max-Planck-Gesellschaft zur Förderung der Wissenschaften e. V., Generalverwaltung, Postfach 647, 8000 München 1.
- 22.-25. **Salzburg:** XV. Wissenschaftliche Tagung der Deutschen Vereinigung für Kinder- und Jugendpsychiatrie. — Auskunft: Dr. M. H. Friedrich, Allgemeines Krankenhaus der Stadt Wien, Lazarettgasse 14, A-1097 Wien.
- 23.-27. **New York:** 12. Weltkongreß für Hämophilie. — Auskunft: National Hemophilia Foundation, Mr. G. J. Theobald, 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. **Malland:** 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. Internationaler Kongreß für Rheumatologie. — Auskunft: Congress Office, XIV International Congress of Rheumatology, 9650 Rockville Pike, Bethesda, Ma. 20 014, USA.
- 27.-29. **Rio da Janeiro:** 2. Internationales Symposion über Mikro-Neurochirurgie. — Auskunft: Alcantara Machado Congressos L. T. D. A., Rua Gabrile Dos Santos 419, 01 233 Sao Paulo, Brasilien.
- 27. 6.-1. 7. **Lindau:** 27. Tagung der Nobelpreisträger, IX. Treffen der Chemiker. — Auskunft: Ständiger Arbeitsausschuß für die Tagungen der Nobelpreisträger, Postfach 1325, 8990 Lindau.
- 27. 6.-2. 7. **Innsbruck:** Kurs in Hämatologie und Immunhämatologie. — Auskunft: Frau Boida, Medizinische Universitätsklinik, A-6020 Innsbruck.

- 2.-3. **Hannaf:** Sportärzte-Fortbildungslehrgang. — Auskunft: Dr. D. Schnell, Otto-Willach-Straße 2, 5207 Ruppichteroth.
- 2.-3. **Würzburg:** 2. Sportmedizinisches Seminar. — Auskunft: Professor Dr. K. W. Schneider, Josef-Schneider-Straße 2, 8700 Würzburg.
- 2.-6. **Prag:** XIX. Pädiatrischer Kongreß. — Auskunft: Tschechische Medizinische Gesellschaft, Sokolská 31, CS-120 26 Praha.
- 3.-8. **Sydney:** 3. Internationaler Kongreß für Immunologie. — Auskunft: Professor Dr. A. L. de Weck, Institut für Klinische Immunologie, Inselspital, CH-3010 Bern.
- 4.-8. **München:** 18. Internationaler Montessori-Kongreß. — Auskunft: „Montessori-Kongreß München“, c/o Kinderzentrum München, Güllstraße 3, 8000 München 2.
- 25. 7.-6. 8. **Davos:** VII. Internationaler Saminarkongreß für praktische Medizin, veranstaltet von der Bundesärztekammer. — Auskunft: Kongreßbüro der Bundesärztekammer, Postfach 41 02 20, 5000 Köln 41.
- 25. 7.-6. 8. **Montreux:** 4. Seminar-Kongreß — Diagnostica — Therapeutica — Technica. — Auskunft: Deutsche Gesellschaft zur Förderung der Medizinischen Diagnostik e. V., Jahnstraße 32, 7000 Stuttgart 70.

Bellagenhinweis:

Dieser Ausgabe liegt ein Prospekt bei der Firma Schaper & Brümmer, Salzgitter-Ringelheim.

„Bayerisches Ärzteblatt“. Herausgeber und Verleger: Bayerische Landesärztekammer, Mühlbauerstraße 16, 8000 München 80, Telefon (089) 41 47-1. Schriftleitung: Professor Dr. med. Hans Joachim Sewering, Dr. med. Hermann Braun, Dr. med. Friedrich Kolb, Dr. med. Kurt Stordeur — verantwortlich für den Inhalt: Rite Horn. Die Zeitschrift erscheint monatlich.

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

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

Anzeigenverwaltung: ATLAS Verlag und Werbung GmbH & Co. KG, früher Verlag und Anzeigenverwaltung Carl Gabler, Postfach, Sonnenstraße 29, 8000 München 2, Telefon 55 80 81, 55 62/41-48, Fernschreiber: 05/23 662, Telegrammadresse: atlaspress. Für den Anzeigenteil verantwortlich: Ernst W. Scherschinger, München.

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

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

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

ISSN 0005-7126

Die Stadt Schwabach

sucht für das Stadtkrankenhaus (260 Betten)

1 Oberarzt und Vertreter des Chefarztes

(Chirurg)

für die Chirurgische Abteilung (rund 100 Betten) zum 1. 11. 1977.

Vergütung nach Vergütungsgruppe Ia BAT (13. Monatsgehalt), Rufbereitschaftsvergütung, Nebeneinnahmen und Zuwendungen durch den Chefarzt.

Der leitende Arzt der Abteilung ist für vier Jahre zur Facharztweiterbildung ermächtigt. Es wird die gesamte große Chirurgie (ausschließlich Thorax) mit Unfallchirurgie durchgeführt, wobei reichlich Gelegenheit zu selbständiger Arbeit geboten wird.

Die kreisfreie Stadt Schwabach (33 000 Einwohner) ist Teil der Städteachse Erlangen-Nürnberg-Fürth-Swabach und Sitz mittlerer und höherer Schulen, gute Verkehrsverbindungen.

Bewerbungen mit den üblichen Unterlagen werden erbeten an das Personalamt der Stadt, Postfach 1680, 8540 Schwabach, Telefon (0 91 22) 50 51.

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/Dpf.

Die Stadt Schwabach

sucht für das Stadtkrankenhaus (260 Betten) zum 1. 10. 1977

1 Oberarzt (-ärztin) und Vertreter(in) des Chefarztes

(Frauenarzt)

für die Geburtshilflich-gynäkologische Abteilung (61 Betten). Vergütung nach BAT (13. Monatsgehalt), Rufbereitschaftsvergütung, Nebeneinnahmen und Zuwendungen durch den Chefarzt.

Die hauptamtlich geleitete Abteilung ist modern ausgestattet, hohe Operationsfrequenz (800-900); die vaginalen Methoden werden bevorzugt, ca. 450 Geburten, Perinatalmedizin, Laparoskopie, Stellenplan der Abteilung: 1 Oberarzt, 3 Assistenzärzte.

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

Bewerbungen mit den üblichen Unterlagen werden erbeten an das Personalamt der Stadt, Postfach 1680, 8540 Schwabach, Telefon (0 91 22) 50 51.

Die Stadt Bad Reichenhall

— Große Kreisstadt in den bayer. Hochalpen — stellt zum baldmöglichsten Zeitpunkt einen

Oberarzt

für die zentrale Röntgenabteilung

des Städt. Krankenhauses ein. Der Bewerber oder die Bewerberin soll Facharzt sein oder kurz vor der Facharztanerkennung stehen; die Weiterbildung zum Facharzt ist möglich. Erwünscht sind u. a. auch Kenntnisse auf den Gebieten Angiologie, Nuklearmedizin und Lymphographie. Das Krankenhaus verfügt über 465 Betten und besitzt folgende Abteilungen: zwei Innere Abteilungen, Spezialabteilung für Asthma und Bronchitis, Chirurgische, Geburtshilflich-gynäkologische und Urologische Abteilung.

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

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

Der

Landkreis Rottal-Inn

sucht ab sofort für das

Kreiskrankenhaus in Simbach/Inn

1 deutschen Oberarzt für Chirurgie

Das Kreiskrankenhaus Simbach/Inn mit 250 Planbetten — Chirurgie 73 Planbetten — wurde im Mai 1966 in Betrieb genommen. Es hat folgende Fachdisziplinen:

Chirurgie, Intern, Gynäkologie Kinderabteilung

Dem Haus ist eine Pflegeschule angeschlossen.

Geboten werden:

- Einstufung nach BAT bzw. KAV-AT.
- Alle Vorteile des öffentlichen Dienstes
- Rufbereitschafts- bzw. Bereitschaftsdienstvergütung nach dem Tarifrecht usw.

Simbach/Inn ist eine aufstrebende Stadt, landschaftlich schön gelegen an der bayerisch/österreichischen Grenze, mit allen Schulen.

Eine Stunde Autofahrt zum Chiemsee, in die Bayerischen Alpen, nach München und Salzburg.

Persönliche Vorstellung erwünscht nach telefonischer Vereinbarung mit dem Chefarzt für Chirurgie Dr. med. Anhuber, Telefon (0 85 71) 20 31 (Kreiskrankenhaus).

Bewerbungen sind erbeten an:

Landratsamt Rottal-Inn — Personalabteilung —
Postfach 80, 8340 Pfarrkirchen, Tel. (0 85 61) 60 71

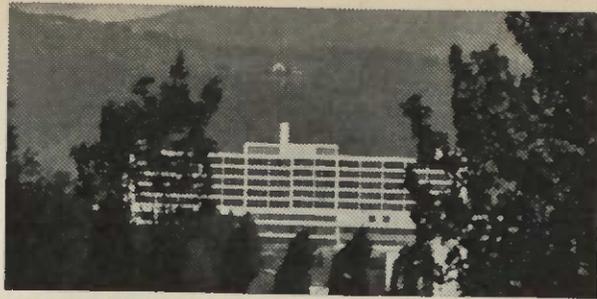
Die Marktgemeinde Arberg, Landkreis Ansbach (mit Einzugsgebiet ca. 3000 Einwohner) sucht dringend

einen Prakt.-/Allgemeinarzt

dem sie bei der Praxisgründung in verschiedener Weise, u. a. unter Zurverfügungstellung eines Bauplatzes, behilflich zu sein bereit ist.

Der Einzelarztsitz Arberg — im Einzugsgebiet der Altmühl — ist aus Altersgründen frei geworden und als förderungswürdig im Sinne des Erweiterten Bayern-Programms anerkannt.

Krankenhäuser und weiterführende Schulen in Gunzenhausen und Ansbach. Niederlassungswillige Ärzte werden gebeten, mit Herrn Bürgarmeister Abel, 8821 Arberg, Telefon (0 98 22) 74 42, Verbindung aufzunehmen.



DAS NEUE KREISKRANKENHAUS DEGGENDORF/DONAU

hat im November 1978 den Betrieb aufgenommen. Eine modernst ausgestattete Klinik in einer wunderschönen Hanglage mit Blick auf die Stadt, die Donau und die Berge des Bayerischen Waldes. Zum nächstmöglichen Zeitpunkt ist die Stelle eines

Oberarztes des Radiologischen Instituts
zu besetzen.

Sind Sie Radiologe oder stehen Sie kurz vor der Anerkennung? Arbeiten Sie gern an einem modernst eingerichteten Institut? Sind Sie kooperativ? Arbeiten Sie gern in einem jungen Team? – Wenn Sie alle diese Punkte bejahen können, sollten Sie sich gleich einmal mit mir unterhalten.

Wir arbeiten in einem modernst ausgestatteten Haus der II. Versorgungsstufe, das über 454 Betten verfügt. Das Radiologische Institut verfügt über drei Bildverstärker-Fernsehkameras, Tomographische Arbeitsplätze, Angiographie, Mammographie, Nuklearmedizin mit Großfeldkamera und Rechner.

Eingerichtet sind folgende Hauptabteilungen: Organ- und Gefäßchirurgie, Gastroenterologie, Unfallchirurgie, Kardiopulmonologie, Anästhesie, Gynäkologie und Geburtshilfe, Institut für Laboratoriumsdiagnostik und Pathologisches Institut. Daneben sind noch alle gängigen Belegabteilungen vertreten.

Bewerbungen erbeten an:

Dr. med. Peter Reindl, Cheferzt des Radiologischen Institutes,
Kreiskrankenhause Deggendorf, Perlensberger Straße 41, 8360 Deggendorf, Telefon (09 91) 3 42 63/341

Der Landkreis Dingolfing-Landau/Regierungsbezirk Niederbayern besetzt zum nächstmöglichen Zeitpunkt im
Kreiskrankenhause Dingolfing folgende Planstellen:

a) für die Chirurgie

1 Assistenzarzt

b) für die Gynäkologie und Geburtshilfe

1 Assistenzarzt

Die leitenden Ärzte der beiden Fachabteilungen sind je zwei Jahre zur Weiterbildung ermächtigt.

Neben der tarifgerechten Vergütung und einer zusätzlichen Entschädigung durch die zuständigen Chefarzte werden die im öffentlichen Dienst üblichen Sozialleistungen gewährt.

Bewerbungen sind mit den üblichen Unterlagen bei der
Personalstelle des Landratsamtes Dingolfing-Landau, Obere Stadt, 8312 Dingolfing, einzureichen.

Im Kreiskrankenhause 8300 Landshut in **Niederhethzkoten** (121 Betten) ist

1 Assistenzarztstelle

(Interne Abteilung)

ab 1. Juli 1977 zu besetzen.

Weiterbildung kann bis zu einem Jahr anrechenbar abgeleistet werden.

Verbilligte Unterkunft und Verpflegung im Hause. Vergütung nach II BAT/KAV; Bereitschaftsdienstvergütung nach Stufe C/D.

Bewerbungen mit den üblichen Unterlagen sind zu richten an das **Landratsamt Landshut – Personalstelle – 8300 Landshut**.

Landesversicherungsanstalt Oberfranken und Mittelfranken, Bayreuth

Für unsere Klinik Frankenwarte in Bad Steben/Frankenwald mit 190 Betten suchen wir

einen Stationsarzt

für sofort oder nach Vereinbarung.

Die Vergütung erfolgt je nach Vor- und Weiterbildung nach den einschlägigen Bestimmungen des BAT.

Bei Erfüllung der laufbahnrechtlichen Voraussetzungen ist Übernahme in das Beamtenverhältnis – Laufbahn des höheren Dienstes möglich. Die Besoldung erfolgt im Rahmen des Bayer. Beamtenbesoldungsgesetzes.

Es handelt sich um eine moderne Rehabilitationsklinik für Innere Krankheiten mit Bevorzugung der arteriellen Verschlusskrankheit, der Nachbehandlung von Intarkt-Kranken sowie aller Erkrankungsarten des rheumatischen Formenkreises und aller Stoffwechselerkrankungen.

Modernste Einrichtungen wie Diagnostische Abteilung mit Klinisch-chemischem und Physikalischem Labor, Herz-Kreislauf-Labor und Röntgenabteilung einschließlich Fernsehen und Angiographie, stehen zur Verfügung.

Wir bieten:

- Aufstiegsmöglichkeiten
- Neuzzeitliche Apartements oder Familienwohnungen
- Preiswerte Voll- oder Teilverpflegung
- Umzugskosten, Beihilfen, zusätzliche Altersversorgung
- Bereitschaftsdienstvergütung nach SR 2 c BAT
- Monatliche Sonderzulage
- Fortbildungsmöglichkeiten, Kongreßbesuche

Der Cheferzt ist zur Facharztweiterbildung in Innerer Medizin für zwei Jahre ermächtigt.

Die Ausübung von Nebentätigkeit wird im Rahmen der Richtlinien gestattet.

Schwimmbad und Sauna im Hause.

Bad Steben ist ein aufstrebendes bayerisches Staatsbad, landschaftlich schön zwischen Hof und Kronach im Frankenwald gelegen. Höhere Schulen in der nahe gelegenen Kreisstadt Naila und Hof.

Wenn Sie Interesse haben, richten Sie Ihre Bewerbung mit den erforderlichen Unterlagen (Lebenslauf, Lichtbild, Zeugnisse) an die

Landesversicherungsanstalt Oberfranken und Mittelfranken, Personalreferat, Leopoldstraße 1 und 3, 8580 Bayreuth, oder direkt an den Cheferzt

Herrn LMD Dr. Preech, Klinik Frankenwarte, 8675 Bad Steben, Telefon (0 92 88) 10 57.

Ab 1. Januar 1978 ist in einem gemeinnützigen Krankenhaus in München (insgesamt 450 Betten) die Stelle

eines chirurgischen Chefarztes

(Allgemein- und Unfallchirurgie)

und

eines gynäkologischen Chefarztes

neu zu besetzen.

Bewerbungen sind bis 1. Juni 1977 einzureichen unter Nr. 331/537 an die Anzeigenverwaltung **BAYERISCHES ARZTEBLATT, Sonnenstraße 29, 8000 München 2**.

Der Landkreis Rottal-Inn

sucht zum baldmöglichsten Zeitpunkt für das
Kreis Krankenhaus in Eggentelden

1 Assistenzarzt 1 Medizinalassistent für Anästhesie

Die Cheffürztin für Anästhesie ist zur Facharztweiterbildung für zwei Jahre ermächtigt. Es teilen pro Jahr ca. 4000 Anästhesietfälle an. Das Kreis Krankenhaus in Eggentelden mit 300 Planbetten wurde im Mai 1974 in Betrieb genommen.

Es hat folgende Fachdisziplinen:

Chirurgie - Intern - Gynäkologie - Anästhesie - HNO - Augen - und Orthopädie

Dem Haus ist ein Personalwohnheim und eine Pflegeschule angeschlossen.

Geboten werden: Einstufung nach BAT bzw. KAV-AT. Alle Vorteile des öffentlichen Dienstes. Rufbereitschäfts- und Bereitschaftsdienstvergütung nach dem Tarifrecht usw.

Persönliche Vorstellung erwünscht nach telefonischer Vereinbarung mit der

Cheffürztin für Anästhesie, Frau Dr. Annemarie Stopfinger, Telefon (0 78 21) 801 (Kreis Krankenhaus).

Eggentelden ist eine aufstrebende Stadt im ostbayerischen Raum mit allen Schulen, eigenem Theater usw. Eine Stunde Autofahrt zum Chiemsee, in die Bayerischen Alpen, nach München oder Salzburg.

Bewerbungen sind erbeten an:

Lendratsamt Rottal-Inn - Personalabteilung - Postfach 80, 8340 Pfarrkirchen, Telefon (0 85 61) 60 71

Das Kreis Krankenhaus Landshut/Bayern

sucht für das moderne neue Krankenhaus (352 Betten) zum schnellstmöglichen Eintritt

1 Oberarzt

für die Innere Abteilung
(Schwerpunkte: Kardiologie, Endoskopie)

1 Oberarzt/Assistenzarzt

für die Anästhesieabteilung

1 Oberarzt

für die Röntgenabteilung

1 Assistenzarzt

(deutschsprachig)
für die Chirurgische Abteilung

Op-Schwester/Pfleger

1 leitende Intensivpflegeschwester

1 leitende Röntgen-MTA

möglichst mit Nuklearerfahrung

Das neuerbaute Krankenhaus wird am 1. Mai 1977 bezogen und hat 352 Betten mit 5 Fachabteilungen (Chirurgie, Gynäkologie/Geburtshilfe, Innere Medizin, Anästhesie und Radiologie).

Landshut ist eine aufstrebende Stadt mit ca. 60 000 Einwohner und liegt eine Autostunde von München entfernt. Alle weiterführenden Schulen befinden sich am Ort.

Bewerbungen mit den üblichen Unterlagen werden erbeten an die **Verwaltung des Kreis Krankenhauses Landshut-Achdorf, Veidener Straße 15, 8300 Landshut, Telefon (08 71) 821 - 1**

Wir sind ein namhaftes Industrieunternehmen im **Raum München** und suchen für den betriebsärztlichen Dienst

Hauptamtlichen Arzt

für die Betreuung von ca. 10 000 Mitarbeitern.

Zuschriften erbeten unter Nr. 331/559 an die Anzeigenverwaltung **BAYERISCHES ARZTEBLATT**, Sonnenstraße 29, 8000 München 2.

BEFELKA - HERZ - KREISLAUF - DRAGEES

Ind.: Herzmuskelschwäche, nervöse Herzstörungen, Herzklappen, Herzangst, Neigung zu schmerzhaften Herzentfällen, Herzbeschwerden der Wechseljahre, Herzpflege im Alter, hoher Blutdruck mit Kopfschmerz, Schwindelgefühl, Schlafstörungen, Arterienverkrüftung. Zus.: 1 Dregge enthält: Extr. Leonur. cerd. spir. sicc. 20 mg; Extr. Scillae spir. sicc. 25 mg; Extr. Crataegi e flor. spir. sicc. 15 mg; Extr. Crataegi e fruct. spir. sicc. 50 mg; Extr. Rauwolfiae serp. spir. sicc., 40% Gesamtelkaloide, 2,5 mg (entspr. 1 mg Gesamtelkaloide); Extr. Arnicae e flor. spir. sicc. 3 mg; Kheillin 0,75 mg; Hesperidinphosphat-Natrium 7,5 mg.

Peckung mit 25 Dreg. DM 4,40, 50 Drag. DM 7,10, 100 Drag. DM 12,45

Ärztemuster durch:

BEFELKA-ARZNEIMITTEL, Postfach 1351, 4500 Osnabrück.

Angehender, junger deutscher

Internist

sucht für Mitte 1978 Übernahme einer internistischen Fachpraxis. Aufbau einer Gemeinschaftspraxis, gegebenenfalls auch einer internistisch ausgerichteten Allgemeinpraxis. Schwerpunkte: Endoskopie, Intensivmedizin und Internistisches Röntgen (Zusammenarbeit mit Röntgenologen jedoch möglich). Bevorzugt ländliches Gebiet oder Kleinstadt mit weiterführenden Einrichtungen für gelistig-behinderte, für die ich mich gerne weiter engagieren möchte.

Zuschriften erbeten unter Nr. 331/571 an die Anzeigenverwaltung **BAYERISCHES ARZTEBLATT**, Sonnenstraße 29, 8000 München 2.

Ihr Fachberater für perfekte Praxiseinrichtung

Ausstellung kompletter Praxen aller Fachrichtungen

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

HÖLLERER KG

Röntgen, Med. Elektronik, Labortechnik, Diagnostik

85 Nürnberg

Noricus am Würdersee

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

Am Bezirkskrankenhaus Ansbach

einem Fachkrankenhaus für Psychiatrie und Neurologie ist die Stelle des

leitenden Abteilungsarztes

der Neurologischen Abteilung baldmöglichst zu besetzen.

Gesucht wird ein Nervenarzt (-ärztin) mit klinischer Erfahrung, der (die) auch die elektro-physiologischen und neuroradiologischen Untersuchungsmethoden beherrscht.

Die Neurologische Abteilung hat gegenwärtig 40 Betten. Ein Neubau mit 60 Betten ist beschlossen worden.

Geboten wird eine Vergütung nach I b/1 a BAT. Falls der Wunsch besteht und die Voraussetzungen vorliegen, kann die Verbeamtung erfolgen (Obermedizinalrat mit Aufstieg zum Medizinaldirektor).

Nebeneinnahmen durch Gutachten, Konsiliartätigkeit und Erteilung von Unterricht an der Krankenpflegeschule sind gewährleistet. Sondervereinbarungen bezüglich ambulanter bzw. stationärer Privatstätigkeit werden in Aussicht gestellt.

Darüber hinaus werden sämtliche Vergünstigungen des öffentlichen Dienstes gewährt (Beihilfen, Vergütung des Bereitschaftsdienstes, Trennungsschädigung und Vergütung der Umzugskosten).

Unter Umständen kann eine Mietwohnung zur Verfügung gestellt werden.

Interessenten werden gebeten, Ihre Bewerbung an die
Direktion des Bezirkskrankenhauses Ansbach, Feuchtwenger Straße 38, 8900 Ansbach,
einzureichen.

Deutscher, 27 Jahre, sucht

Assistenzarztstelle in Chirurgie

möglichst Unfallchirurgie im 1. Ausbildungsjahr zum 1. 1. 1978 oder später in München oder Oberbayern.

Zuschriften erbeten unter Nr. 331/549 an die Anzeigenverwaltung BAYERISCHES ARZTEBLATT, Sonnenstraße 29, 8000 München 2.

Betriebswirtin (VWA) Exsmen 1976

37 Jahre, sucht Stellung im Bereich des Gesundheitswesens im Raum München.

Langjährige praktische Erfahrung durch Tätigkeit als Unterrichtsschwester.

Zuschriften erbeten unter Nr. 331/539 an die Anzeigenverwaltung BAYERISCHES ARZTEBLATT, Sonnenstraße 29, 8000 München 2.

17-jähriges Mädchen (mittlere Reife) sucht

Lehrstelle bei einem Kinderarzt

(der Grund: Liebe und Verständnis zu den Kindern)
Telefon (0871) 3854 oder

Zuschriften erbeten unter Nr. 331/560 an die Anzeigenverwaltung BAYERISCHES ARZTEBLATT, Sonnenstraße 29, 8000 München 2.

Vertreter

für anerkannte Landpraxis vom 29. August bis 16. September 1977 gesucht. Koat und Wohnung im Haus. Kein Wochenenddienst.

Dr. Helmut Martynue, Arzt für Allgemeinmedizin, Hosterstraße 49, 8671 Berg bei Hol/S., Telefon (092 93) 240

Stelle als

Zytologie-Assistentin

eventuell im Raum Rosenheim, zum 1. Oktober 1977 oder später gesucht.

Petre Wellner, Kreuthweg 6, 8201 Bad Feilnbach 2.

Praxiserf., zuverl. älterer deutscher

Allgemeinarzt

vertritt oder übernimmt Mitarbeit (auch Teilzeit).

Zuschriften erbeten unter Nr. 331/577 an die Anzeigenverwaltung BAYERISCHES ARZTEBLATT, Sonnenstraße 29, 8000 München 2.

Neu: Euro-Signal

Und Sie sind immer zu erreichen



Sie sind künftig überall in Europa telefonisch erreichbar. Das handliche, flache Gerät tragen Sie in der Westentasche oder stecken es in die Autohalterung.

- Anwählbar vom Telefon, mehr nicht! Eine feine Sache.
- Lösen Sie Ihre Kommunikationsprobleme, wählen Sie (09 11) 45 40 71

DEISS

Elektronik

Breitacheldstr. 53, 8500 Nürnberg

Vertreter

für mittlere Allgemeinpraxis vom 1. bis 25. September gesucht.

Telefon (0 96 82) 2 94

Deutscher HNO-Arzt

sucht Praxisübernahme bis Ende 1977 oder Assoziation mit späterer Übernahme der Praxis. Raum Oberbayern, Allgäu oder Bodensee aus familiären Gründen bevorzugt.

Zuschriften erbeten unter Nr. 331/547 an die Anzeigenverwaltung BAYERISCHES ARZTEBLATT, Sonnenstraße 29, 8000 München 2.

Neumarkt bei Nürnberg

Praxisräume in zentraler Lage an Arzt zu vermieten.

Zuschriften erbeten unter Nr. 331/481 an die Anzeigenverwaltung BAYERISCHES ARZTEBLATT, Sonnenstraße 29, 8000 München 2.

Die rationelle Problemlösung für Neueröffnung und Umgestaltung

SYSTEM Arztform

Einrichtung mit plansystem 4000 Kompakt-Funktionen auf kleinstem Raum

Fordern Sie unverbindlich

Arztform-Information

Einrichtung mit plansystem 4000
Ideen Preise - Möglichkeiten

System-Praxismöbel

direkt aus der Spezialfabrik
mit interessanten ab Werk-Preisen

Rufen Sie bitte Tel. 02166/46061

Planungsbüro mit Ausstellung

direkt an der BAB-Abfahrt Wickrath

Arztform-Spezialfabrik

Postf. 313, 405 Mönchengladbach 2



Anmelde-Kartei-Zentrale

Bitte Prospekt AZ

Preis-Beispiel Kartetrogstisch 155cm - 3,5lfdm 592,-

bevor Sie mit der Planung beginnen, kommen Sie mit Ihrem Raum-Grundriß zu uns

Erfahrung und Ideen aus 4000 Praxis-Planungen

1 funktionelle Praxis-Planung

vom leeren Raum-Grundriß bis zur optimalen Praxis-Funktion mit architekturegerechten Zeichnungen

2 System-Praxis-Möbel

im Baukasten-Kompakt-System Funktionen auf kleinstem Raum für die gesamte Einrichtung der Praxis

3 Medizin-Technik

Röntgenassistentin

Erfahrene, auch ältere Röntgenassistentin, eventuell Röntgen-Arztgehilfin mit längerer Berufserfahrung für Röntgen-Institut in Kreisstadt südlich München mit großem Freizeitwert zum 1. Juli 1977 gesucht. Ruhiges Betriebsklima, 4 1/2-Tege-Woche, Bezahlung nach BAT.

Zuschriften erbeten unter Nr. 331/578 an die Anzeigenverwaltung BAYERISCHES ARZTEBLATT, Sonnenstraße 29, 8000 München 2, oder Telefon (0 80 41) 33 92.

Arzt für Allgemeinmedizin

sucht Praxisübernahme (auch Länd) oder Praxistausch (aus Raum Nürnberg) nach südlich-westlich von München, bevorzugt das Gebiet zwischen Füssen bis Bad Tölz.

Zuschriften erbeten unter Nr. 331/563 an die Anzeigenverwaltung BAYERISCHES ARZTEBLATT, Sonnenstraße 29, 8000 München 2.

Land- Allgemeinmedizin

intensivierbarer, im Landkreis Rosenheim abzugeben. Bedingung: Übernahme des Hauses und Grundstücks. Modernisierter Altbau, Geregelt, Schwimmbad.

Zuschriften erbeten unter Nr. 331/508 an die Anzeigenverwaltung BAYERISCHES ARZTEBLATT, Sonnenstraße 29, 8000 München 2.

Kempten/Allg.

Zentral gelegene elteingeführte

Allgemeinpraxis

nehtlos am 1. Juli 1977 aus Altersgründen zu günstigen Bedingungen abzugeben.

Telefon (08 31) 2 27 64 außer Sa./So.

Thermalbad Birnbach

Praxisräume

im 1. Obergeschoß einer im Bau befindlichen Apotheke am neuen Marktplatz an Allgemein-/Prakt. Arzt von privat zu vermieten.

Auskunft: Rott Wohnbau GmbH, Hofmer 15, 8345 Birnbach

Gegen Enuresis nocturna

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

Zusammensetzung pro Tabl.: Ferr. oxyd. sech. 50 mg, Sojalezithin 1,7 mg, Calc. glyc. phosph. 25 mg, Extr. Rhols arom. 5 mg, Extr. Humuli lupuli 2,5 mg, Extr. chinae 2,5 mg, Cemph. monobr. 0,05 mg, 50 Tabl. 8,40 DM, 300 Tabl. 39,50 DM.

Arztmuster durch: „MEDIKA“ Pharm. Präparate, Am Alten Weg 20, 8024 München-Delsenhofen

Im Apothekenhaus in 8090 Wasserburg/Inn (obb. Kleinstadt, 7000 Einwohner, 50 km westlich München) sind direkt am Hauptplatz im 1. und 2. Stock Räume für

1 Facharztpraxis

(ca. 110 qm) für Heutarzt zum Jahresende zu vergeben.

Zuschriften erbeten an: Merlenepoche, 8090 Wasserburg/Inn, Apotheker Rudolf Glasl.

JOSEF PONGRATZ

Ärzte-, Krankenhaus- und Laborbedarf

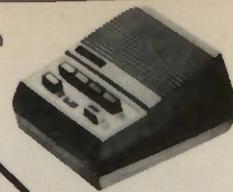
Individuelle und rationelle Gestaltung Ihrer Praxis. Fachliche Betreuung und Beratung durch unseren Kundenservice.

Resche 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

Sprechenlegen

Anrufbeantworter



TELEFIX

Schwachstromanlagen GmbH
M.-Luther-Str. 8 - 8047 Karlsfeld
Telefon (0 81 31) 9 30 18

120 bis 200 qm in Ebersberg

Halbe oder ganze Etege zu vermieten, besonders geeignet für

Haut- oder Nervenarzt

Zuschriften erbeten unter Nr. 331/548 an die Anzeigenverwaltung BAYERISCHES ARZTEBLATT, Sonnenstr. 29, 8000 München 2.

Süddeutscher Raum, Universitätsstadt Regensburg

Praxisräume

Ca. 100 qm, 1. Etege, beste Verkehrslege mit großem Einzugsgebiet, in Apothakengebäude, günstig zu vermieten. Gut geeignet für Augenarzt. Parkplätze vorhanden.

Zuschriften erbeten unter Nr. 331/503 an die Anzeigenverwaltung BAYERISCHES ARZTEBLATT, Sonnenstraße 29, 8000 München 2.

Landpraxis

(900 Schelne), ausbaufähig, an oberbayerischem See gelegen, ein Arztin oder Arztehepaar zum 1. Oktober 1977 zu den üblichen Bedingungen abzugeben. Geregelter Sonntagsdienst, eingearbeitetes Personal.

Zuschriften erbeten unter Nr. 331/541 an die Anzeigenverwaltung BAYERISCHES ARZTEBLATT, Sonnenstr. 29, 8000 München 2.

Privatklinik Gauting

- Offene Fachklinik für Nerven- und Gemütsleiden, Psychotherapie mit Sanatoriumscharakter
- Alle Kassen

Die Klinik ist landschaftlich schön und ruhig gelegen, S-Bahn-Anschluß, 15 Minuten vom Münchener Zentrum.

Leitender Arzt Dr. med. Ph. Schmidt

Bergstraße 50, 8035 Gauting, Telefon (0 89) 850 60 51
wochentags auch Telefon (0 89) 53 20 02

Die Heilung von Hautleiden und -schäden

Ekzem, Psoriasis, Lichen, Dermatitis, Neurodermitis, Pruritus, Prurigo, Cruste lactee, Favus, Pityriasis sowie von Intertrigo, Dekubitus, Traumen und Ulcere durch

BEFELKA-ÖL

ist von überzeugender Eindringkraft

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

Arztmuster durch: 50 ml DM 4,50, 100 ml DM 7,60, 200 ml DM 13,50
BEFELKA-ARZNEIMITTEL, Postfach 13 51, 4500 Osnabrück

Seit mehr als 30 Jahren Partner des Arztes in der Medizin-Technik

- Schlüsselfertige
Praxisanrichtungen
- Beratung
- Projektierung
- Finanzierung
- Kundendienst

Röntgen - Medizin-Electronic - Lebertechnik
Arzt- und Krankenhaus-Bedarf

KURT PFEIFFER KG

Burgschmietstraße 42, Postfach 150 160
8500 NÜRNBERG 15

Telefon (09 11) 3 77 31 - 34

Ab Dezember 1976 neue Anschrift

- Röntgen-Apparate und
Untersuchungsgeräte
- Röntgen-Bildverstärker
mit Fernsehkette
- Lebertechnik
- Hämodiolyse
- EKG - EEG - Echo-EEG
- EMG