



# Bayerisches Ärzteblatt

Mit amtlichen Mitteilungen der Ministerien  
Herausgegeben von der Bayerischen Landesärztekammer

Nummer 7

## Zur Kenntnis genommen:

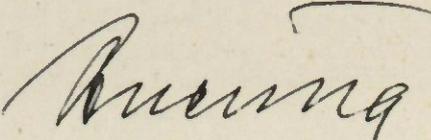
Nichts steht still. Nur das Tempo der Entwicklung mag wechseln. Wer seit einigen Jahren oder gar Jahrzehnten Arzt ist, vermag das besonders zu ermessen. Mit der Entwicklung Schritt zu halten, ist deshalb ein Erfordernis der Berufsausübung. Wenn die Fortbildung als ärztliche Berufspflicht statuiert wurde, so ist dies also keine dem Arzt auferlegte Pflicht, sondern bestenfalls eine selbstverständliche Feststellung. Die persönliche Entscheidungsfreiheit des Arztes wird dadurch nicht tangiert. Kritisch wird es erst, wenn wir über die Art und Weise der Fortbildung, also über das „Wie“ sprechen. Es war bisher kaum strittig, daß es jedem Arzt überlassen bleiben muß, über dieses „Wie“ selbst zu entscheiden. Wer lesen will, soll lesen. Das Angebot an guter Literatur ist überreichlich. Wer hören will, soll hören. Hier setzt die besondere Aufgabe der Ärztekammern ein. Sie müssen dafür ein entsprechendes Angebot bereithalten und laufend verbessern. Alle Verantwortlichen sind sich dessen bewußt.

Regelmäßige Fortbildungsabende in den Ärztlichen Kreisverbänden sind längst eine Selbstverständlichkeit. Augsburg — getragen vom Ärztlichen Kreisverband — und Nürnberg, das Fortbildungswochenende der Kammer, sind für Bayern Begriffe geworden. Aber nicht nur Kammer und Kreisverbände sind in Bayern aktiv. Regensburg — gestaltet vom Kollegium für ärztliche Fortbildung —, der Bayerische Internistenkongreß und viele Veranstaltungen wissenschaftlicher Gesellschaften erfreuen sich großer Teilnehmerzahlen. Vergleichsweise klein, aber fein, möchte ich die „Klinische Fortbildung“ der Bayerischen Landesärztekammer nennen, die seit Jahren in Zusammenarbeit mit namhaften Klinikern angeboten wird.

Alle bayerischen Ärzte erhalten das „Deutsche Ärzteblatt“, dessen Fortbildungsteil in den letzten Jahren in vorzüglicher Weise gestaltet wurde. Auch das „Bayerische Ärzteblatt“ hat der Fortbildung einen zentralen Platz eingeräumt. Wir danken allen Kollegen, die sich uns als Autoren so bereitwillig zur Verfügung stellen. Schließlich hat die Bayerische Landesärztekammer durch die Herausgabe ihrer Schriftenreihe — bisher 41 Bände mit einer Auflage von 367 000 — eine Fülle medizinischen Wissens an die Kollegen herangetragen.

Mit dieser Ausgabe erweitert das „Bayerische Ärzteblatt“ seinen Beitrag zur Fortbildung des Arztes in Klinik und Praxis. Sie werden nunmehr regelmäßig eine Beilage — auf gelbem Papier gedruckt — finden, die unter dem Leitwort steht: „Fortbildung in Stichwörtern nach Leitsymptomen“. Die Beiträge sollen vor allem der Notfallmedizin, also dem akuten Fall, gewidmet sein. Wir würden uns besonders freuen, wenn wir von Kollegen Anregungen und Wünsche bekämen zur Gestaltung und zu Themen, die sie gerne behandelt hätten. Vielleicht entschließen Sie sich, die Beilagen aus dem Heft herauszunehmen und sich selbst damit eine Loseblattsammlung anzulegen, die in manchen Situationen nützlich sein könnte.

Der Bayerische Ärztetag hat ja — wie Sie lesen konnten — den Bildungsausschuß der Kammer in die „Bayerische Akademie für ärztliche Fortbildung“ umgewandelt. Das war nicht nur eine Umbenennung. Der Fortbildung soll dadurch der richtige Rang eingeräumt werden. Die Loseblattsammlung ist ein Beitrag der neuen Akademie. Damit wird zugleich dokumentiert, daß das Bildungsangebot vielgestaltig sein und bleiben muß. Wir werden uns jeder Reglementierung widersetzen. Teilnahmezwang an Abendvorträgen, Wochenendveranstaltungen oder Fortbildungskongressen ist undenkbar. Anwesenheitstestate mögen für Finanzämter notwendig sein, als Unterscheidungsmerkmal zwischen „Fleißigen“ und „Desinteressierten“ würden sie zum Stigma des reglementierten Arztes. An diesem Grundsatz müssen sich auch alle Überlegungen orientieren, wie man gegebenenfalls das Bemühen um Fortbildung dokumentieren kann.

  
Professor Dr. Sewering

# Diagnostik und Therapie der chronischen Bronchitis

von D. Nolte

Die chronische Bronchitis ist mit weitem Abstand die häufigste Erkrankung der Atmungsorgane. An ihren Folgen sterben in der Bundesrepublik Deutschland Jahr für Jahr fast 50000 Menschen. Darüber hinaus wird die chronische Bronchitis auch zu einem immer größeren sozialmedizinischen Problem: 1972 registrierten die Ortskrankenkassen 30 Millionen Arbeitsunfähigkeitstage und die Rentenversicherungen mehr als 16 000 Neuzugänge. Während die Bedeutung der Tuberkulose im Laufe von zwei Jahrzehnten mehr und mehr in den Hintergrund getreten ist, hat sich die chronische Bronchitis zu einer ausgesprochenen „Volkskrankheit“ entwickelt.

## Definition der chronischen Bronchitis

Nach der bis heute allgemein gültigen Definition des Ciba-Guest-Symposiums von 1959 liegt eine chronische Bronchitis vor, wenn seit mindestens *drei Jahren* jeweils wenigstens *drei Monate lang Husten und Auswurf* bestehen und die Symptome nicht etwa auf andere Lungenerkrankungen, wie Tuberkulose, Pneumonie oder Silikose usw., auf einer primären Herzerkrankung oder auf krankhaften Veränderungen der Thoraxwand beruhen. Vor kurzem hat eine Arbeitsgruppe der WHO das Krankheitsbild der chronischen Bronchitis noch umfassender definiert — nämlich als „nicht-neoplastische Störung der Struktur oder Funktion der Bronchien, gewöhnlich als Folge einer langdauernden oder wiederholten Exposition gegenüber Reizstoffen“.

Man kann der klinischen Symptomatik und dem Krankheitsverlauf nach drei Bronchitisformen unterscheiden:

1. Die *einfache* (unkomplizierte) chronische Bronchitis (= chronisch oder rezidivierend schleimiger Auswurf),

2. die *eitrige* Bronchitis (Bronchitis mit dauernd oder intermittierend putridem Auswurf),

3. die *chronisch-obstruktive* Bronchitis (chronische Bronchitis mit dauernder Obstruktion der intrapulmonalen Atemwege).

## Ätiologie und Pathogenese

Die chronische Bronchitis hat eine *multifaktorielle Genese*, in der sowohl endogene wie exogene Faktoren eine Rolle spielen. Der mit Abstand wichtigste *exogene Faktor* ist der *Zigarettenrauch*. Er hemmt die Ziliertätigkeit des respiratorischen Flimmerepithels, bewirkt eine Hypersekretion der Schleimdrüsen und erhöht den Strömungswiderstand in den Atemwegen. Eine Reihe großer epidemiologischer Studien hat gezeigt, daß andere exogene Faktoren, wie die Luftverunreinigung durch Smog, Schwefeldioxid, Auspuffgase usw., bei weitem nicht die verhängnisvolle Rolle spielen wie der Zigarettenrauch. Bakterielle Infekte sind im Verlauf einer chronischen Bronchitis zweifellos von Bedeutung; sie stellen jedoch im allgemeinen die Komplikation einer schon vorhandenen Erkrankung und nicht deren Ursache dar. Eine Ausnahme bildet möglicherweise die „spastische Bronchitis“, die sich in einem Teil der Fälle aus einem Infekt der oberen und/oder unteren Atemwege heraus entwickelt.

## Differentialdiagnose

Klinisches Leitsymptom der chronischen Bronchitis ist die Trias *Husten-Auswurf-Atemnot*. Leider kommen diese Symptome auch bei zahlreichen anderen Krankheiten vor, die alle zunächst ausgeschlossen werden müssen, bevor zuletzt die Diagnose einer chronischen Bronchitis gestellt werden darf. Am häufigsten

wird man in der Praxis differentialdiagnostisch an die Linksherzinsuffizienz, an das Bronchialkarzinom, an die Lungentuberkulose denken müssen; aber auch Pneumokoniosen, interstitielle Fibrosen, Bronchiektasen usw. kommen in Betracht. Von größerer differentialdiagnostischer Bedeutung als alle hochspezialisierten apparativen Untersuchungsmethoden sind nach wie vor die sorgfältige Anamnese und die gründliche körperliche Untersuchung des Patienten. Sie sollte heute auch in der Praxis durch die sehr einfache Messung der Vitalkapazität und der Sekundenkapazität ergänzt werden. Weitere Meßwerte zum Nachweis einer obstruktiven Ventilationsstörung sind in Tabelle 1 zusammengestellt.

## Krankheitsverlauf

Der Verlauf der chronischen Bronchitis hängt entscheidend davon ab, wann das Stadium der *Bronchialobstruktion* erreicht wird. Ursachen der Obstruktion sind die Erhöhung des Bronchialmuskeltonus, die Verdickung der Bronchialschleimhaut und die Verstopfung der Bronchiallichtung durch Sekret. Dies führt letztlich zur Einengung des Atem-

## Einfache Meßwerte zum Nachweis einer obstruktiven Ventilationsstörung

1-Sekunden-Wert (FEV <sub>1</sub> )
Relative Sekundenkapazität (FEV <sub>1</sub> /VK in %)
Expiratorischer Peak Flow = Pneumometerwert
Forcierter expiratorischer Flow (FEF)
Forcierter mittlexpiratorischer Flow (FMF)
Fluß-Volumen-Diagramm („Flow-Volume“)

Tabelle 1

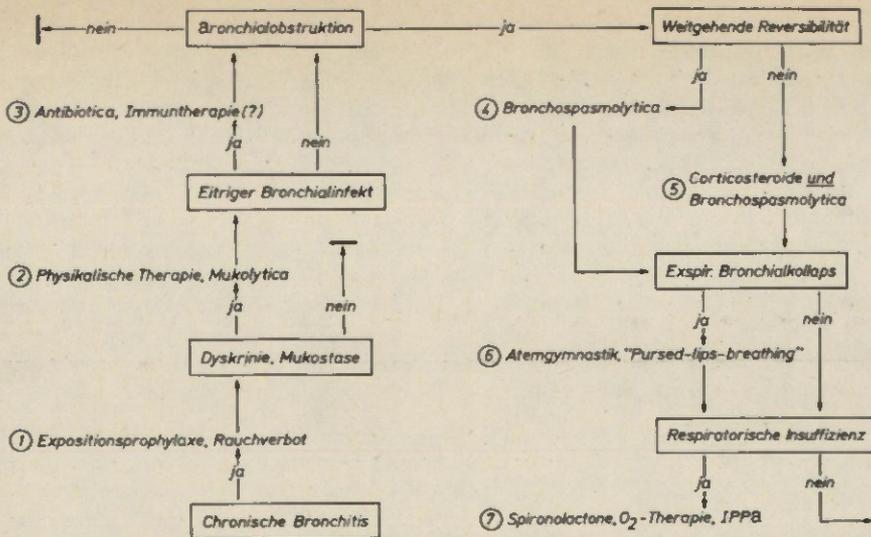


Abbildung  
Flußdiagramm über die pathophysiologischen Angriffspunkte einer gezielten Bronchitistherapie

wegsquerschnittes und zur Erhöhung des *Bronchialwiderstandes*, was zwangsläufig für den Kranken mit einer erhöhten *Atemarbeit* und dem Gefühl von *Atemnot* verbunden ist. Das Symptom der Bronchialobstruktion leitet eine verhängnisvolle pathophysiologische Kettenreaktion ein, an deren Ende die *respiratorische Insuffizienz* und das *dekompensierte Cor pulmonale* stehen.

Es ist von praktischer Bedeutung, daß die Atemwegsobstruktion nur sehr lose mit dem Auskultationsbefund korreliert. Bei hochgradiger Obstruktion können Rasselgeräusche fast völlig fehlen („stille Obstruktion“). Umgekehrt führt die auf einer Bronchospastik beruhende Obstruktion schon zu lauten Rhonchi sonores et sibilantes, wenn der bronchiale Strömungswiderstand relativ wenig erhöht ist.

Die *Spätstadien der Bronchitis* lassen sich klinisch in zwei Typen teilen: Der „Blue bloater“ ist Übergewichtig, zeigt eine ausgeprägte Zyanose und Polyglobulie mit pathologischen Blutgaswerten, während subjektiv und objektiv nur eine leichte Dyspnoe besteht. Der „Pink puffer“ ist demgegenüber kachektisch, leidet unter einer starken Dyspnoe, hat jedoch normale oder nur wenig veränderte Blutgase und neigt insbesondere kaum zur CO<sub>2</sub>-Retention. Die klinische Bedeutung dieser beiden Typen ist allerdings begrenzt, weil sie selten in reiner Ausprägung vorkommen.

### Therapieprinzipien

Über die Therapie der chronischen Bronchitis herrscht in Klinik und Praxis immer noch viel Verwirrung. Schuld daran ist nicht zuletzt das unübersehbare Angebot der pharmazeutischen Industrie an „bronchialwirksamen“ Kombinationspräparaten, die der Therapie der chronischen Bronchitis den schlechten Ruf der „Polypragmasie“ eingebracht haben. Im folgenden soll versucht werden, diesen Vorwurf zu widerlegen und zu zeigen, daß die konsequente Anwendung einiger weniger Reinpräparate vollauf genügt, um einen Patienten mit chronischer Bronchitis optimal zu behandeln.

Bei der großen Masse der Patienten ist eine echte *Kausaltherapie*

ihrer Erkrankung letztlich nicht möglich. Dies darf aber nicht automatisch zu einer unkontrollierten Polypragmasie führen, die sich allein an den vom Patienten angegebenen Symptomen orientiert. So wenig wir über die Ätiologie der chronischen Bronchitis wissen, so viel wissen wir über ihre *Pathophysiologie*. Hier ist der Ansatzpunkt für eine sinnvolle symptomatische Therapie: Es sind die pathophysiologisch führenden Symptome *Dyskrinie*, *Infektion* und *Obstruktion*, die im Einzelfall behandelt werden müssen (s. Abb.).

### Therapie der Dyskrinie

Ein wesentlicher morphologischer Befund der chronischen Bronchitis ist die Vermehrung der Schleimdrüsen und der Becherzellen. Funktionell ergibt sich daraus nicht eine bloße quantitative Zunahme der Bronchialsekretion, sondern auch eine qualitative Veränderung des Sekrets im Sinne einer Viskositätssteigerung, welche als *Dyskrinie* bezeichnet wird (Tab. 2). Der Selbstreinigungsvorgang der Lungen („mukoziliäre Clearance“) reicht nicht mehr aus, um den hochviskosen Schleim zu eliminieren: Es kommt zur Schleimobturation und schließlich zur bakteriellen Infektion.

Die Behandlung der *Dyskrinie* stellt eine *Basistherapie* dar. Ihr Prinzip besteht in einer Verflüssigung des hochviskosen Schleims, in einer besseren Ablösung des zähen Schleims von der Bronchialwand und in einer Erleichterung des Abhustens. Die Substanzen, die in irgendeiner Weise die Sekretproduktion oder die Sekretreinigung beeinflussen, stellen eine sehr inhomogene Stoff-

### Therapie der Dyskrinie mit Mukolytika

Mukolytikum	Applikationsweise	Präparat
Bromhexin	oral, parenteral, Inhalation	Bisolvon®
N-Acetylcystein	Inhalation	Mucolyticum Lappe®
2-Mercapto-Äthan-Sulfonsäure	Inhalation	Mistabronco®
Carboxymethylcystein	oral	Transbronchin®
Terpene	oral, parenteral, Inhalation	Ozothin®

Tabelle 2

gruppe dar. Über ihre Bezeichnung als „Expektorantien“, „Sekretolytika“, „Sekretomotorika“ oder „Mukolytika“ herrscht noch keine Einmütigkeit. Die in Tabelle 2 aufgeführten Substanzen beeinflussen teilweise nicht nur den Vorgang der Sekretreinigung, sondern auch den Vorgang der Sekretproduktion.

### Therapie der Bronchialinfektion

Zwei Faktoren begünstigen im Verlauf einer chronischen Bronchitis die bakterielle Infektion des Tracheobronchialbaums:

1. Die Sekretretention (Mukostase) und der gestörte Selbstreinigungsmechanismus des Bronchialsystems (mukoziliäre Clearance).
2. Die Störung der immunologischen Infektabwehr (Mangel an sekretorischem IgA, Properdin und Lysozym im Bronchialsekret).

Es ist ein allgemeiner Grundsatz der Chemotherapie, daß der verantwortliche Erreger vorher isoliert und in vitro auf seine Empfindlichkeit getestet sein muß. Dieser Grundsatz ist für die speziellen Gegebenheiten des eitrigen Bronchialinfektes jedoch problematisch, und zwar aus zwei Gründen:

1. Bronchialsekret, welches ganz sicher nicht mit den Rachen- und Mundkeimen kontaminiert ist, läßt sich nur durch Bronchoskopie oder durch transtracheale Aspiration (TTA) gewinnen; beide Eingriffe sind in der Praxis nicht zu verwirklichen und auch dem Patienten gegenüber kaum zu vertreten.

2. Das Sputum muß sofort nach der Expektoration verarbeitet werden; die wichtigsten in Frage kommenden Erreger *Pneumokokken* und *Haemophilus* sind gegenüber Wärme und Austrocknung so empfindlich, daß sie nach wenigen Stunden schon nicht mehr nachweisbar sein können.

In der Praxis wird man zunächst einmal ohne Sputumkultur auskommen, weil 80 Prozent aller Bronchialinfekte durch *Diplococcus pneumoniae* oder durch *Haemophilus influenzae* bedingt sind. Ein Antibiotikum, dessen Spektrum diese beiden Keime umfaßt, wird daher in vier von fünf Fällen zu einem Behandlungserfolg führen. Ist dieser

Erfolg nach zwei Wochen noch nicht eingetreten, muß allerdings eine lege artis durchgeführte bakteriologische Sputumuntersuchung gefordert werden. Sie ist auch dann notwendig, wenn von Anfang an eine Infektion mit Problemkeimen befürchtet werden muß (z. B. putrides Sputum bei Bronchiektasen).

Die Antibiotika erster Wahl sind *Tetracyclin*, *Ampicillin* und *Cotrimoxazol* (Tab. 3). Immer wieder wird behauptet, die Ampicilline seien we-

gen Ihrer bakteriziden Wirkung den Tetracyclinen überlegen. Dies mag für in-vitro-Bedingungen zutreffen. Unsere klinischen Behandlungsergebnisse beweisen tagtäglich, daß die Tetracycline in der Therapie des Bronchialinfektes den Ampicillinen ebenbürtig sind. Eine therapeutische Bereicherung stellt die Kombination aus Trimethoprim und Sulfamethoxazol (Cotrimoxazol) dar (Bactrim®, Eusaprim®). Im Gegensatz zu den Tetracyclinen und den Ampicillinen muß allerdings gegen-

Antibiotikatherapie bei der chronischen Bronchitis

Antibiotikum	Präparat	Tagesdosis
Tetracyclin	Doxycyclin (Vibramycin®)	0,1 bis 0,2 g
Ampicillin	Pivampicillin (Berocillin®, Maxifan®)	1,4 bis 2,8 g
Cotrimoxazol	Bactrim®, Eusaprim®	0,16/0,80 bis 0,32/1,60 g TMP/SMO

Tabelle 3

Therapie der Bronchialobstruktion mit Bronchospasmolytika

Bronchospasmolytikum	Applikationsweise	Präparat
Beta-2-Adrenergika	Dosier-Aerosol, oral	Salbutamol (Sultanol®), Terbutalin (Bricanyl®), Fenoterol (Barotac®), Reproterol (Bronchospasmin®)
Phosphodiesterasehemmer	paranatal, rektal, oral	Aminophyllin (Euphyllin®)
Anticholinergika	Dosier-Aerosol	Ipratropiumbromid (Atrovent®)

Tabella 4

Corticosteroidtherapie der chronischen Bronchitis

Corticosteroid	Präparate	Äquiv.-Dosis
Prednisolon	Decortin (-H)®, Hostacortin®	10 mg
6-Methylprednisolon	Urbason®	8 mg
16-Mathylenprednisolon	Decortilan®	12 mg
Triamcinolon	Delphicort®	8 mg
Fluocortolon	Ultralan®	10 mg
Betamethason	Calestan®, Batnasol®	2 mg
Dexamathason	Fortacortin®	2 mg

Tabella 5

über dem Haemophilus als dem häufigsten Bronchialkeim gelegentlich mit der Möglichkeit einer Primärresistenz gerechnet werden.

### Therapie der Bronchialobstruktion

Die Bronchialobstruktion spielt in der Pathophysiologie der chronischen Bronchitis eine so entscheidende Rolle, daß von ihrer wirksamen Behandlung letztlich das Schicksal des Patienten abhängt. Es wurde bereits erwähnt, daß die Bronchialobstruktion drei Ursachen hat, von denen der erhöhte Tonus der Bronchialmuskulatur („Bronchospasmus“) am besten therapeutisch beeinflussbar ist: Die modernen *Bronchospasmolytika* gehören zu den wirksamsten und in ihren Effekten am besten objektivierten Arzneimitteln überhaupt. Sie wirken als *Beta-2-Adrenergika*, als *Phosphodiesterasehemmer* oder als *Anticholinergika* (Tab. 4).

Trotz aller Bemühungen gelingt es manchmal nicht, allein durch Bronchospasmolytika den Atemwiderstand auf einen Wert zu senken, der unterhalb der „Dyspnoeschwelle“ liegt. In solchen Fällen kommt man ohne die zusätzliche Gabe von *Corticosteroiden* einfach nicht aus. Ihr antiobstruktiver Effekt beruht auf zwei Komponenten:

1. Corticosteroide erhöhen die Empfindlichkeit der Beta-2-Rezeptoren und verstärken dadurch die Wirkung von Beta-Adrenergika („permissive Wirkung“).
2. Der entzündungshemmende Effekt der Corticosteroide führt zu einer Beseitigung des entzündlichen Ödems der Bronchialschleimhaut, so daß auch auf diese Weise die Bronchiallichtung erweitert wird.

Gegenüber der Anwendung von Corticosteroiden bestehen bei vielen Kollegen immer noch grundsätzliche Vorurteile. Immer wieder kann man Patienten am Cor pulmonale sterben sehen, die von ihrem Arzt „aus Prinzip“ nie im Leben ein Cortisonpräparat erhalten haben. Umgekehrt zeigen manche Patienten das Vollbild eines iatrogenen Cushing, weil ihnen von Anfang an unnötig hohe Corticoiddosen gegeben wurden, ohne daß vorher das übrige therapeutische Repertoire auch nur

annähernd ausgeschöpft worden wäre.

Abgesehen vom Status asthmaticus, sollten Corticoide bei Patienten mit Bronchialobstruktion möglichst nicht parenteral, sondern auf *oralem* Wege appliziert werden, weil die benötigte Dosis und damit auch die Gefahr von Nebenwirkungen sehr viel geringer ist. Um die endogene Cortisolrhythmik so wenig wie möglich zu stören, ist es zweckmäßig, daß der Patient die Tagesdosis morgens auf einmal einnimmt.

Welches Corticoidpräparat verwendet wird, ist von untergeordneter Bedeutung (Tab. 5). Wir selbst bevorzugen *Triamcinolon*, weil es zu keiner Wasserretention führt. In der Mehrzahl der Fälle reichen zur Einleitung der Therapie Prednison-Äquivalenzdosen von 15 bis 20 mg aus. Ist innerhalb von einigen Tagen der erwartete Abfall des Bronchialwiderstandes eingetreten, so darf die Dosis nur in winzigen Schritten weiter reduziert werden (z. B. 2,5 mg Prednison-Äquivalent nach jeweils drei bis vier Tagen). In neun von zehn Fällen wird man auf diese Weise die erforderliche Corticoiddosis vorsichtig bis unter die „Cushing-schwelle“ bringen können, ohne daß sich die Obstruktion erneut verschlechtert. Gelingt dies einmal nicht, so empfiehlt sich die zusätzliche Lokalbehandlung mit einem Beclomethason-Dosier-Aerosol (im Handel als *Sanasthmyl*® und *Via-rox*®).

Die Therapie mit Corticoiden bedeutet in jedem Einzelfall ein sorgfältiges Abwägen von Nutzen und Risiken. Sie ist in der Behandlung der Obstruktion nun einmal unsere schärfste Waffe, auf die nicht verzichtet werden kann, wenn es nicht gelingt, die Obstruktion auf andere Weise zu bessern. Überläßt man den Patienten aus falscher Furcht vor eventuellen Corticoidnebenwirkungen einfach seinem Schicksal, dann ist es nur noch eine Frage der Zeit, wann er das hoffnungslose Endstadium der respiratorischen Insuffizienz und des Cor pulmonale erreichen wird.

#### Anschrift des Verfassers:

Professor Dr. med. D. Nolte, Chefarzt der II. Medizinischen Abteilung des Städtischen Krankenhauses Bad Reichenhall, Riedelstraße 5, 8230 Bad Reichenhall

Ulcus ventriculi  
Ulcus duodeni

was wirklich heilt:

# Ulcus- Tablinen®

Carbenoxolon-Na 50 mg

Neu von Sanorania!

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

50 Tabl.

# 22.-

#### Dosierung:

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

#### Kontraindikationen:

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

# Ileitis terminalis \*

von B. Ludwig und H. Scholze

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

Noch immer ist die Enteritis regionalis, bei der es sich um eine unspezifische, segmentäre, granulomatöse Entzündung der Darmwand handelt, ätiologisch ungeklärt. Da die Entzündung bei weitem am häufigsten die letzte Ileumschlinge befällt, entschieden sich Crohn, Ginsburg und Oppenheimer 1932 für die Bezeichnung Ileitis terminalis. Die Lokalisationshäufigkeit dieser Erkrankung wird am terminalen Ileum im Schrifttum mit bis zu 80 Prozent angegeben, während sie im Jejunum mit nur ca. 10 Prozent und im proximalen Kolon mit ca. 20 Prozent zu finden ist.

Während der Morbus Crohn noch vor Jahren als vergleichsweise seltene Erkrankung galt, nimmt seine Häufigkeit, wie aus neueren Statistiken zu entnehmen ist, kontinuierlich zu. Der Krankheitsbeginn liegt am häufigsten im zweiten, dritten und vierten Lebensjahrzehnt, wobei — statistisch gesehen — Männer etwas häufiger erkranken als Frauen.

## I. Akute Form der Ileitis terminalis

Dem Chirurgen stellt sich nun die Ileitis terminalis grundsätzlich in zwei verschiedenen Stadien vor. Das ist einmal das akute Krankheitsbild mit dem akuten rechten Unterbauch, das bis zu 85 Prozent als Appendicitis acuta diagnostiziert und operiert wird.

Bei der Operation findet sich nun häufig dieses Bild, bei der die Appendix oft nur geringgradig oder überhaupt nicht entzündlich verändert ist, dagegen das letzte Ileumsegment eine deutliche Wandverdickung mit akut entzündlichen Veränderungen aufweist, die sich bis ins Mesenterium erstreckt, die Lymphknoten sind dabei stark vergrößert. Der Zökalkopf kann ebenfalls in diese Veränderungen mit einbezogen sein.

Im Einzelfall kann aber auch bei offenem Bauch die Abgrenzung gegen einen peritiphilitischen Abszeß oder eine sonstige tumoröse Veränderung äußerst schwierig sein, zumal dann, wenn Zökalkopf und Appendix in das Crohn-Konglomerat einbezogen sind.

## 1. Chirurgische Therapie

Während man früher bei solchen Befunden eine ausgiebige Resektion mit einem 20 bis 30 cm langen resezierten Ileumanteil anstrebte, ist man heute bei diesem Krankheitsbild sehr zurückhaltend geworden. Der Grund liegt in der großen Rezidivhäufigkeit, die im Schrifttum während einer postoperativen Beobachtungsphase von zehn Jahren mit 50, ja bis zu 80 Prozent angegeben wird. Ist der vorgefundene Situs deshalb makroskopisch klar dem Bild eines Morbus Crohn zuzuordnen, so sollte man den Eingriff als Probelaparotomie beenden und nur die stark vergrößerten Lymphknoten zur Histologie entnehmen. Ist der Zökalkopf und die Appendix völlig frei von entzündlichen Veränderungen, so kann diese entfernt werden, um späteren diagnostischen Schwierigkeiten aus dem Wege zu gehen. Bestehen jedoch geringste entzündliche Veränderungen auch im Bereich des Zökalkopfes, so sollte eine Appendektomie unbedingt unterlassen werden, da die Gefahr der Fistelbildung sehr, sehr groß ist.

Ist der Befund nicht klar, und dies passiert leider immer wieder, sollte der veränderte Bereich entfernt werden, wobei der Sicherheitsabstand am Ileum nicht mehr 20 bis 30 cm, sondern höchstens 8 cm betragen soll. Man ist von den langen Sicherheitsabständen im Ileum deshalb abgekommen, weil die Rezidivquote dadurch nicht gesenkt werden konnte, auf der anderen Seite aber viel resorptionsfähige Dünndarm-

fläche geopfert wurde, die bei einer späteren Rezidivoperation dringend benötigt werden kann. Bei der Resektion ist eine nicht-lumenverengende End-zu-End-Anastomose anzustreben. Die Seit-zu-Seit-Anastomose wird heute abgelehnt, da die Gefahr der Blindsackfisteln sehr groß ist. Die Ausschaltungsoperation in Form einer Umgehung des erkrankten Darmteiles sollte ebenfalls nicht mehr durchgeführt werden, da damit eine Ausheilung nicht erreicht werden kann.

## 2. Interne Therapie

Der Patient ist nach Abschluß der operativen Behandlung einer konservativen internistischen Therapie zu unterziehen. Die konservative Therapie stützt sich heute

1. auf Azulfidine,
2. Cortisone und
3. auf Immunsuppressiva.

Zu der Azulfidine ist zu sagen, daß echte Heilungserfolge hiermit nicht zu erreichen sind und der Enthusiasmus der vergangenen Jahre mit diesem Therapeutikum wieder zurückgegangen ist. Eine deutliche Rückbildung, aber keine Heilung bei jeder Form von Enteritis regionalis ist heute lediglich von Cortisonpräparaten zu erwarten. Die immunsuppressive Therapie ist noch im Erprobungsstadium und für die allgemeine Anwendung nicht zu empfehlen.

## II. Chronische Form der Ileitis terminalis

Das zweite Bild, das der Chirurg immer wieder zu sehen bekommt, ist die chronische Ileitis terminalis. Die Diagnostik der chronischen Ileitis terminalis ist von der Klinik her

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

Die häufigsten Symptome bei Ileitis regionalis

Symptome und Zeichen	Crohn	Daffner	van Patter
1. Koliken, Leibschmerzen	99 %	88 %	66 %
2. Diarrhöen	91 %	81 %	74 %
3. Gewichtsverlust	26,4 %	77 %	62,7 %
4. Fieber	33 %	32 %	36,9 %
5. Abdominale Resistenz	32,3 %	35 %	31,4 %
6. Fisteln	42 %	48 %	64 %

Tabelle

äußerst schwierig, da die ersten Symptome so allgemein sind, daß sie meist fehlgedeutet werden und bis zur Sicherung der Diagnose viele Monate vergehen (Tab.).

Diagnostiziert wird dieses Krankheitsbild meist durch den Doppelkontrasteinlauf, die Magen-Dünndarm-Passage und die Koloskopie, bei der die Diagnose auch histologisch gesichert werden kann.

1. Therapie

Therapeutisch gesehen, steht die konservative Therapie an erster Stelle. Grundsätzlich gilt bei der chronischen Ileitis terminalis, daß nur das schwere, konservativ nicht beherrschbare, progrediente Krankheitsbild eine Operationsindikation darstellt. Bei allem operativen Handeln – sei es bei dem akuten oder dem chronischen Erscheinungsbild der Ileitis terminalis – steht jede Entscheidung unter dem Eindruck der prognostischen Unsicherheit. Operative wie auch konservative Therapie sind immer mit Rezidivgefahr belastet.

Hat man sich nun bei der chronischen Ileitis terminalis zu einem operativen Eingriff entschlossen, kommt nur die schon angegebene Resektion mit der nicht-lumeneinengenden Anastomose in Frage.

2. Komplikation der Enteritis regionalis

Nun noch ein Wort zu den lokalen Komplikationen des Morbus Crohn. Man findet hier partielle und totale Stenosen des Darmlumens, Abszesse und Fistelungen in die Bauchdecken, im Analgebiet, im Mesenterium, im Retroperitoneum und schließlich gedeckte und freie Perforationen. Auch bei diesen Zustän-

den – ausgenommen natürlich lebensbedrohende Erkrankungen, wie totale Stenosen, freie Perforationen – sollte man mit einer sofortigen operativen Revision zurückhaltend sein und das ganze Krankheitsbild zunächst genau abklären. Fistelrezektionen und Übernähungen sind beim Morbus Crohn absolut kontraindiziert. Hier kommt nur eine Resektion des fisteltragenden Darmteiles in Frage.

3. Morbus Crohn und Karzinom

Abschließend möchte ich noch auf die Frage Karzinom und Morbus Crohn kurz eingehen.

In jüngster Zeit mehren sich Mitteilungen über ein im Crohn-Darm beobachtetes Krebsvorkommen, besonders im Kolon. In der Weltliteratur wurde bisher über annähernd 30 Fälle von Karzinomentstehungen im Crohn-Darm berichtet. Diese Karzinome treten im Gegensatz zum primären Dünndarmkrebs multifokal und ein Dezennium früher auf. Das Übergehen eines Karzinoms vom Morbus Crohn aus im Dünndarm ist also relativ selten. Etwas anders liegen die Verhältnisse im Kolon.

Zusammenfassend ist zu sagen, daß das therapeutische Vorgehen auf dem chirurgischen Sektor sehr zurückhaltend geworden ist, und ein Eingreifen nur bei konservativ nicht beherrschbaren Komplikationen gerechtfertigt ist. Auf der anderen Seite gibt es auch auf dem internen Sektor keine absolut sichere Behandlungsmöglichkeit, da die Ursache der Ileitis regionalis bis heute nicht bekannt ist.

Anschrift des Verfassers:

Dr. med. B. Ludwig, Assistenzarzt, und Privatdozent Dr. med. H. Scholze, Ismaninger Straße 22, 8000 München 80

Viele Symptome  
- eine Ursache:

Magnesium-  
Mangel



MAGNESIUM  
VERLA®

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

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

Zusammensetzung: Oragées (entspr. 40 mg Mg = 3,3 mval), Magnesium-L-glutaminic. 100 mg, Magnesium citric. 230 mg, Magnesium nicotinic. 5 mg, Ampullen zu 10 ml (entspr. 77 mg Mg = 8,3 mval), Magnesium-L-glutaminic. 1000 mg, Konzentrat (1 Beutel enthält) mono-Magnesium-L-aspartat 1803 mg, Vitamin-B<sub>6</sub>-nitrat 2 mg, Vitamin B<sub>12</sub> 3 mg, Vitamin-B<sub>12</sub>-hydrochl. 3 mg, Magnesium-Gehalt: 121,56 mg entspr. 10 mval. 50 Oragées 6,10 DM, 150 Oragées 15,30 DM · 3 Ampullen 4,40 DM, 10 Ampullen 13,45 DM · Konzentrat 20 Beutel 8,85 DM, 50 Beutel 19,95

VERLA-PHARM  
8132 TUTZING

## Der alte Mensch in der Sprechstunde — Diätetik heute

59. Augsburger Fortbildungskongreß für praktische Medizin

Für die von der Bayerischen Landesärztekammer veranstaltete und von A. Schretzenmayr, Augsburg, geleitete Fortbildungstagung hatte das „Collegium Medicum Augustanum“ als Planungskomitee zwei Hauptthemen gewählt, nämlich „der alte Mensch in der Sprechstunde“ und „Diätetik heute“.

Aus dem Vortrag von H. Herzog, Basel, über die sogenannte **Altersbronchitis** war zu entnehmen, daß der Bronchialwiderstand beim Gesunden bis ins höchste Alter praktisch keine Veränderung erfährt, wohl aber nimmt die Sekundenkapazität mit zunehmendem Alter ab. Dies bedeutet, daß bei einem alten Menschen das Bronchialsystem per se nicht verengt ist, wie dies fälschlicherweise oft angenommen wird.

Zu den pathogenetisch wichtigen Faktoren bei der chronischen Bronchitis gehört neben der Erschlaffung des Bronchialsystems auch die zunehmende Thoraxstarre. Schließlich kommt es zu einer unregelmäßigen Lungenventilation mit Hypoxie und zu einem Anstieg des pulmonalen arteriellen Druckes. Anhand eines bronchoskopischen Befundes konnte Herzog demonstrieren, wie das Bronchialsekret infolge Erschlaffung des Bronchialsystems im Lumen der Bronchien praktisch festgeklemmt wird — ein solcher Mensch kann nicht mehr effektiv expektorieren. Bei der Aufstellung eines Therapieplanes für einen Patienten mit chronischer Bronchitis muß bedacht werden, daß das rechte Herz früher oder später einer Unterstützung bedarf. Auf der anderen Seite gilt der Grundsatz, daß das beste Mittel, das Herz eines Bronchitikers zu schonen, die konsequente Behandlung der chronischen Bronchitis ist, die das Ziel haben muß, die Entwicklung eines Cor pulmonale zu verhindern.

Oberblickt man ein großes Kollektiv von Altersbronchitikern, so kann man hier zwei Typen unterscheiden: Der eine ist der nicht-zyanotische Typ, der eine gespannte Halsmuskulatur hat, der schon bei der kleinsten Anstrengung dyspnoisch wird, der aber noch normale Blutgase hat. Der andere Typ ist zyanotisch, er kämpft gewissermaßen nicht mehr um normale Blutgase, er hat keine oder kaum mehr eine Dyspnoe, er ist hypoxisch, häufig hyperkapnisch und produziert große Schleimengen. Diese beiden Typen, so betonte der Vortragende, müssen auch in therapeutischer Hinsicht auseinandergehalten werden, vor allem hinsichtlich der körperlichen Bewegung: Beim ersten Typ, dem nicht-zyanotischen, muß man mit körperlichem Training sehr vorsichtig sein, beim zweiten Typ ist dies ohne weiteres möglich.

Ausdrücklich wies Herzog auf die Bedeutung der Physiotherapie hin. Man sollte solche Patienten dazu bringen, daß sie mindestens zweimal täglich eine schräge Körperlage einnehmen, und zwar so lange, bis das Sekret entsprechend der Schwerkraft nach außen abfließt. Durch Beklopfen des Thorax kann man dies unterstützen, wozu die Ehefrau oder sonstige Angehörige entsprechend angeleitet werden sollten. Wörtlich meinte der Vortragende hierzu: „Es nützt gar nichts, wenn man den Patienten mit Antibiotika, Sekretolytika usw. versorgt und nicht gleichzeitig dafür sorgt, daß das gelöste Sekret wirklich abfließen kann. Denn gegen die Schwerkraft expektorieren kann der Emphysematiker bzw. chronische Bronchitiker eben nicht!“

Die **geriatrische Gynäkologie** war das Thema von G. Döring, München,

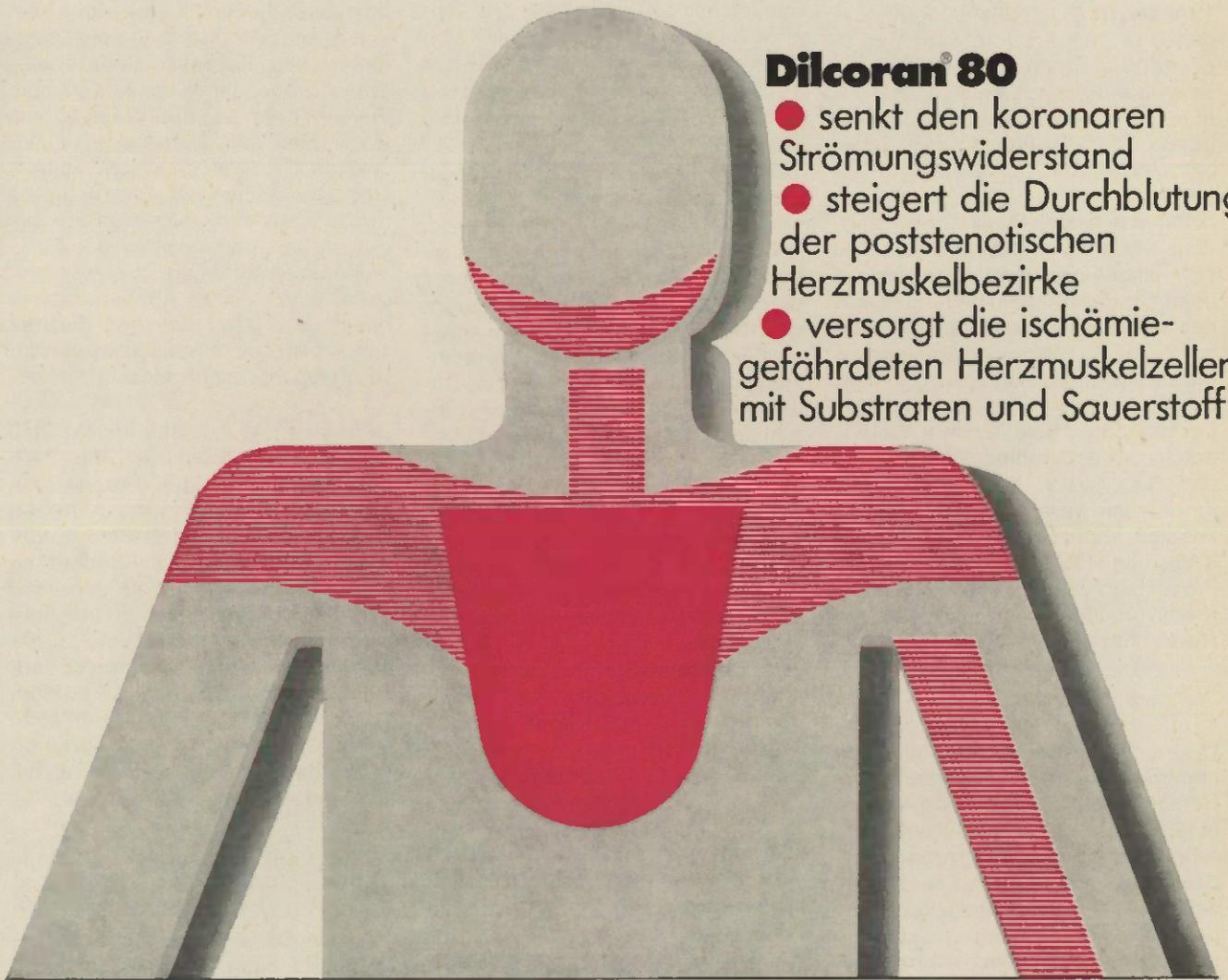
der zu berichten wußte, daß sich auf dem Gebiet der Deszensusoperationen älterer Frauen in den letzten beiden Jahrzehnten ein großer Wandel vollzogen hat: Während bei älteren Patientinnen früher palliative Operationen eine große Rolle gespielt haben, sind diese inzwischen von den größeren typischen Deszensusoperationen völlig verdrängt worden, und zwar wird in der Regel der deszendierende Uterus auf vaginalem Weg mit entfernt. In diesem Zusammenhang ist die präoperative Klärung der Frage wichtig, ob die Kohabitationsfähigkeit erhalten bleiben soll; dem entspricht dann das operative Vorgehen bei der Raffung und Verengung des Scheidenrohres.

Nach Dörings Darstellung besteht heute Einigkeit darüber, daß als Ursache der Postmenopausebeschwerden allein das Erlöschen der Östrogenproduktion in den Ovarien anzusehen ist. Hierbei gilt es jedoch zu berücksichtigen, daß etwa 30 Prozent aller Frauen keine Postmenopausebeschwerden bekommen und weitere 40 Prozent nur über belanglose Beschwerden klagen. Bei dem Rest von etwa 20 bis 30 Prozent aller Frauen treten jedoch starke klimakterische Beschwerden auf, die durchaus behandlungsbedürftig sind. Im Vordergrund stehen vegetative Störungen. Eine zweite Gruppe sind Stoffwechselstörungen: Ein Drittel der Frauen nimmt nach der Menopause zu. Offenbar ist nicht allgemein bekannt, daß fast genauso viele Frauen in dieser Zeit an Gewicht abnehmen, wobei es oft so ist, daß die Korpulenten dicker und die Schlanken dünner werden.

Döring sah sich veranlaßt, zu der immer wiederkehrenden Behauptung, daß die zur Behandlung der Menopausebeschwerden eingesetzten Östrogene karzinogen wirken, Stellung zu nehmen. Dieses weit verbreitete Vorurteil beruhe auf der falschen Interpretation von Tierversuchen an Mäusen (Lacassagne, 1937), denen Östrogenmengen appliziert wurden, die das Vieltausendfache der therapeutischen Dosen betragen, und bei denen es sich außerdem um Tierstämme mit erblicher Tumorbelastung handelte. Für das Zervixkarzinom seien Östrogene sicherlich kein begünstigender Faktor, weshalb die nach Operationen oder Strahlentherapie eines solchen Tumors auftretenden Ausfallser-

# 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.

scheinungen ohne Bedenken mit Östrogenen behandelt werden können.

Für das Korpuskarzinom habe es vor zwei Jahren noch so ausgesehen, als ob durch eine Östrogen-dauerbehandlung kein erhöhtes Krebsrisiko auftritt. In den Jahren 1975 und 1976 erschienen jedoch in den USA mehrere Publikationen, in denen retrospektiv festgestellt wurde, daß bei Frauen mit Korpuskarzinom in der Anamnese häufiger eine frühere Östrogenbehandlung zu verzeichnen war als bei einem Kontrollkollektiv. Döring bemerkte hierzu, daß in den letzten Monaten verschiedene wissenschaftliche Gremien diese Publikationen sorgfältig überprüft haben mit dem Ergebnis, daß sie den statistischen Ansprüchen nicht genügen. So waren beispielsweise die verglichenen Kollektive gar nicht vergleichbar, weil die für das Korpuskarzinom belastenden Bedingungen, wie Diabetes, Übergewicht und Hypertonus, nicht berücksichtigt worden waren. Weiterhin wurde kritisiert, daß sich die histologische Krebsdiagnose in einem großen Prozentsatz lediglich auf fakultative Krebsvorstufen, also auf Präkanzerosen, stützte.

Während eines von H. Kaiser, Augsburg, geleiteten *Rundtischgespräches* über „**Probleme der medikamentösen Therapie im Alter**“ kam Herzog erneut zu Wort, der die Empfehlung aussprach, bei der antibiotischen Behandlung einer chronischen Bronchitis diejenigen Mittel auszuwählen, die erfahrungsgemäß gegen die hier im Vordergrund stehenden Keimarten wirksam sind, nämlich gegen Haemophilus, Pneumokokken, Staphylokokken und gegen gewisse gram-negative Bakterien. Hier kommen im allgemeinen zunächst Ampicillin und Tetracycline oder auch die Sulfonamidkombination Bactrim bzw. Eusaprim in Frage. Kommt man damit nicht zum Ziel, sollten – nach vorheriger Resistenzprüfung – Ausweichantibiotika eingesetzt werden, z. B. Cephalosporine oder Thiamphenicol. Herzog betonte die Notwendigkeit einer ausreichend hohen Dosierung. Obwohl es sich bei einer chronischen Bronchitis scheinbar um einen oberflächlichen Schaden an der Bronchialwand handelt, sollte stets bedacht werden, daß die Keime in die Bronchialwand penetrieren und peribronchiale Nester bilden. In diesem

Augenblick gewinnt die Therapie einer gewöhnlichen eitrigen Bronchitis ähnliche Aspekte wie bei der Tuberkulose, weil auch hierbei Diffusionsschwierigkeiten entstehen und die Medikamente nicht in der nötigen Konzentration an den Herd herangebracht werden können. Deshalb sei es notwendig, die Behandlung mindestens über zwei bis drei Wochen durchzuführen, auch wenn sich der Patient bereits nach vier bis fünf Tagen besser fühlt und die Produktion des eitrigen Sputums nachläßt.

Zum Problem der **Schlafstörungen im höheren Alter** äußerte sich K. Oesterreich, Heidelberg, dahingehend, daß das Schlafbedürfnis im Alter deutlich niedriger liegt, und zwar durchschnittlich bei etwa sechs Stunden. Gerade alte Menschen neigen nicht selten zu depressiver Verstimmung und fangen in den Abendstunden an zu grübeln, was das Einschlafen stört. In solchen Fällen kann die Gabe eines leichten Sedativums, oder eines leichten Psychopharmakons oder auch eines entsprechenden Mittels auf pflanzlicher Basis angezeigt sein. Oesterreich nannte in diesem Zusammenhang Mogadan als mildes Sedativum und Plantival als Sedativum auf pflanzlicher Basis. Er erwähnte, daß er das zu Unrecht etwas in Mißkredit geratene Revonal bzw. Revonal retard nach wie vor verordnet, doch sollte man die Patienten darauf aufmerksam machen, daß sie bei Verwendung dieses Schlafmittels nicht gleichzeitig Alkohol konsumieren dürfen, weil bei einer solchen Kombination, jedenfalls in Einzelfällen, polyneuritische Begleitsymptome beobachtet wurden.

Zu den Barbituraten wurde gesagt, daß diese in der Geriatrie prinzipiell kontraindiziert sind, einerseits, weil sie zur Kumulation neigen, andererseits, weil infolge Inkompatibilität mit anderen Medikamenten, die tagsüber gegeben werden, Intoxikationen auftreten können. Hinzu kommt noch, daß die Metabolisierung solcher Pharmaka im Alter oft erheblich beeinträchtigt ist. Dies kann dazu führen, daß ein Barbiturat einen genau gegenteiligen Effekt hat – der Schlaf wird unruhiger, es kann sich sogar ein nächtliches Delir manifestieren.

Im weiteren Verlauf der Podiumsdiskussion wurde Döring gefragt, wie lange bei bestehender Indikation

**eine Östrogenbehandlung in der Postmenopause** durchgeführt werden sollte. Er gab zur Antwort, daß er in diesem Punkt heute großzügiger sei als früher und er einer Patientin, welche eine Östrogenprophylaxe wünscht, diese auch verordnet, und zwar über längere Zeit. Wenn man bis heute auch nicht 100prozentig ausschließen könne, daß bei einer Langzeitbehandlung mit Östrogenen das Korpuskarzinom-Risiko etwas größer ist, dann könne man diesem Risiko aus dem Wege gehen, wenn man die Östrogene in der zweiten Einnahmephase mit einem Gestagen kombiniert. Dies habe die Konsequenz, daß solche Frauen, die sich ihrem Alter nach in der Postmenopause befinden, alle vier Wochen eine kleine Abbruchblutung haben, was aber von den meisten von ihnen nicht als gravierender Nachteil empfunden wird.

Döring vertrat den Standpunkt, daß die Östrogenprophylaxe, die nach dem Erscheinen des Buches von Wilson bereits vor zwanzig Jahren in der Presse „so viel Wind aufgewirbelt hat“, wieder an Bedeutung gewinnt. Er bevorzugt im allgemeinen die konjugierten, also die sogenannten weichen Östrogene, zu denen in erster Linie Presomen gehört; außerdem das Conjugen. Zur zweiten Gruppe mit durchaus ähnlicher, recht guter Wirkung gehört das Östradioi-Valerianat, wie es als Östrogynal sine und als Progynova verfügbar ist.

Zu der Vortragsreihe über „Diätetik heute“ gehörte ein Beitrag von G. A. Martini, Marburg, der das Thema „**Magen-, Darm-, Leber-Schonkost – das Ende einer Legende**“ gewählt hatte. Er legte dar, daß – von Ausnahmefällen abgesehen – eine spezielle Schonkost für Magen-, Darm- und Leber-Kranke heute nicht mehr empfohlen wird und sich für solche Patienten die Normalkost ohne zusätzliche blähende Speisen eignet, wozu noch gesagt werden müsse, daß Hülsenfrüchte, Kohl usw. bei jedem, auch beim Gesunden, zu Blähungen führen können. Als Modifikation für Magen-Kranke werden mehrere kleinere Mahlzeiten über den Tag verteilt empfohlen – doch werde auch an dieser Legende in der Zwischenzeit aus guten Gründen gerüttelt. Bei der Untersuchung des Effektes der Nahrungsaufnahme auf die Magensekretion habe sich nämlich gezeigt, daß bei jeder Art von Zufuhr, gleichgültig, ob es

Wasser, Orangensaft oder Fleisch ist, beim Ulkus-Patienten der Reiz auf die Magensekretion über das hinausgeht, was beispielsweise beim Gesunden durch Histamin erreicht werden kann. Wenn bei der Wiederholung vieler kleiner Mahlzeiten gewissermaßen eine peptische Kurve entsteht, dann müsse man sich fragen, ob dies günstig ist. Nach neueren Vorstellungen sollte man es deshalb bei drei bis vier Mahlzeiten pro Tag belassen und die Intervalle mit Antazida oder eventuell auch mit Anticholinergika ausfüllen. Das für Magen-Patienten gültige Alkoholverbot und das Verbot von Coffein bzw. Bohnenkaffee basiere auf der Tatsache, daß diese Substanzen über das übliche Maß hinaus den Anstieg der Salzsäureproduktion im Magen fördern; ähnliches gelte auch für Nikotin.

Kritisch äußerte sich Martini zu der Behauptung des englischen Chirurgen Burkitt (bekannt durch das nach ihm benannte Burkitt-Lymphom), wonach es einige Krankheiten gibt einschließlich Divertikulitis, Hämorrhoiden, Appendizitis, Dickdarmkrebs und Varizen, welche die Folge einer zivilisationsbedingten Ernährung mit einer faserarmen Kost sein sollen. Burkitt fand bei der Untersuchung einiger afrikanischer Volksstämme, die vorwiegend von faserreicher Kost leben, daß dort die Divertikulose kaum beobachtet wird, während hierzulande jeder zweite über 60jährige Mensch Dickdarmdivertikel hat. Außerdem fand er, daß Dickdarmkrebs unter diesen Eingeborenen kaum beobachtet wird. Da es sich bei diesen deutlichen Morbiditätsunterschieden vorwiegend um Magen-Darm-Erkrankungen handelt, müsse die Ernährung ursächlich angeschuldigt werden. Die faserarme Kost, so meinte Martini in diesem Zusammenhang, beschäftigt die Vorstellung der Gastroenterologen derzeit in ganz ausgesprochenem Maß, doch sollte man sich vor einer neuen Legendenbildung hüten: „Wir müssen aufpassen, daß wir nicht in einem Überschwang anscheinend einleuchtender Befunde nunmehr wieder zu einer Verallgemeinerung kommen, die eine spätere Generation vielleicht belächeln wird.“

**Referent:**

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

## Moderne Diagnostik – Ökonomisierung und Bewertung

57. Ärztliche Fortbildungstagung Regensburg

(Schluß)

Privatdozent Dr. F. Saborowski, Köln:

### Moderne Methoden zur Analyse von Herzrhythmusstörungen

#### Morphologie des Reizleitungssystems:

Das Reizleitungssystem besteht aus Sinusknoten, den Vorhofleitungsbahnen, dem Atrioventrikularknoten, dem His'schen Bündel und den Kammerleitungsbahnen mit seinen letzten Aufzweigungen, den Purkinje-Fasern. Es werden drei internodale Bahnen zwischen dem Sinusknoten und dem AV-Knoten für die Erregungsleitung angenommen, deren Verlauf teilweise noch umstritten ist. Im Sinus-AV-Knoten und His-Bündel begegnet man vier Parenchymzellen: der Schrittmacherzelle (P-Zelle), der Übergangszelle (T-Zelle), der Purkinjezelle und der gewöhnlichen Muskelzelle des Arbeitsmyokards. Das Reizleitungssystem unterscheidet sich von der Arbeitsmuskulatur durch drei Eigenschaften: es kontrahiert sich weniger stark, leitet sechs- bis neunmal schneller und benötigt weniger Sauerstoff. Der Sinusknoten ist ganz auf Reizbildung eingerichtet. Die interzellularen Nexus fördern die Ausbreitung der Erregung. Der Sinusknoten enthält P- und T-Zellen, daneben Ganglienzellen neben reichlich Bindegewebe. Der AV-Knoten hat drei Aufgaben: Filtration der supraventrikulären Impulse, Elimination eines Teiles derselben und Frequenzsteuerung. Es finden sich die gleichen Zellen wie im Sinusknoten, außerdem Fettgewebe. Das His'sche Bündel dient der Erregungsleitung. Seine Transitionalzellen sind schmal und lang. Die Bindegewebsscheide verhütet eine Aberration von Leitungsbahnen, gestattet aber eine interzelluläre Kommunikation durch „cross-overs“. Neben P- und T-Zellen finden sich Purkinje-Fasern. Nervenendigungen kommen nicht vor. Neben Elementen der Arbeitsmuskulatur sind zahlreiche Desmosomen (Discus intercalaris) nachweisbar.

#### Physiologie des Reizleitungssystems:

Die Ursache von Erregungsanomalien beruht mit hoher Wahrscheinlichkeit auf Störungen der bioelektrischen Elementarvorgänge. Zwei Grundphänomene haben sich dabei im flatternden und flimmernden Myokard als besonders charakteristisch erwiesen:

1. Eine Abkürzung der Aktionspotentialdauer an der Einzelfaser und damit der Refraktärzeit,
2. ein Funktionswandel gewöhnlicher Myokardfasern ohne Automatie zu automatisch tätigen Schrittmacherzellen.

Eine Verkürzung der Aktionspotentialdauer und damit der Refraktärzeit kann durch Einwirkung von Magnesiumionen experimentell erreicht werden, der Funktionswandel des Arbeitsmyokards zur automatisch tätigen Schrittmacherzelle findet unter Einfluß von Bariumionen statt. Letzteres ist auch durch Dehnung der Fasern erreichbar. Dabei neigt die Arbeitsmuskulatur des rechten Ventrikels stärker zu diesem Funktionswandel durch Dehnung als die des linken Herzens.

#### Methoden zur Erlassung von Herzrhythmusstörungen:

Neben dem Routine- und Belastungs-EKG sind Langzeit-EKG-Aufzeichnungen möglich. Ergänzend können ein Ösophagus-EKG und intrakardiale EKGs abgeleitet werden.

Das Routine-EKG ist in seinem Aussagewert dadurch beschränkt, daß es nur eine Momentaufnahme der elektrischen Erregungsabläufe am Herzen erfaßt. Wichtige klinische Fragestellungen müssen dabei auch bei häufiger Registrierung offen bleiben. Bei der Analyse von Herzrhythmusstörungen hat sich folgendes Vorgehen bewährt:

1. Bestimmung des Grundrhythmus (Vorhof- und Kammertätigkeit, Vorhof-Kammerbeziehung),

2. Analyse untergeordneter Arrhythmien, ausgehend von den Vorhöfen und Kammern.

In einigen Fällen ist das *Belastungs-EKG* geeignet, um Herzrhythmusstörungen herauszufinden. Eine wesentliche Erweiterung der diagnostischen Möglichkeiten erfolgte jedoch erst durch die Entwicklung der *Langzeit-EKG-Registrierung*. Mit Hilfe tragbarer Bandspeichergeräte können über mehrere Stunden EKG-Aufzeichnungen gemacht und mit einem Wiedergabegerät ausgewertet werden. So ist es möglich, bei bis zu 70 Prozent der Patienten, die bei suspekter Symptomatik ein unauffälliges Routine-EKG aufweisen, durch Langzeitregistrierungen Herzrhythmusstörungen herauszufinden. In erster Linie sollten Patienten untersucht werden, die eine auffällige Anamnese bieten und unklare synkopale Anfälle aufweisen. Ferner sind wichtige Informationen bei Patienten zu erwarten, die bereits im Routine- und Belastungs-EKG Rhythmusstörungen zeigen, die aber das klinische Beschwerdebild nicht vollständig erklären. Auch die Überprüfung des Therapieerfolges mit antiarrhythmischen Substanzen ist möglich.

Ein *Ösophagus-EKG* sollte in jeder größeren internen Krankenhausabteilung durchgeführt werden können. Die Ableitung von Herzpotentialen aus dem Ösophagus hat sich insbesondere bei einem Vorhofflattern mit 2:1-Überleitungen bewährt. In diesem Fall ergeben sich anhand des „Routine-EKGs“ oft erhebliche diagnostische Schwierigkeiten. Durch die Ösophagusableitung wird die Aktivität der Vorhöfe selektiv verstärkt, so daß die P-Wellen nicht mehr durch die höheren R-Wellen- und T-Wellen-Potentiale überlagert werden. Auf diese Weise sind Störungen im Bereich der intraventrikulären Erregungsausbreitung von Blockierungen im Bereich des AV-Knotens zu trennen. Eine Abgrenzung der beiden Blockierungsformen bzw. der Versuch einer genaueren topographischen Diagnostik führt zu unterschiedlicher pathogenetischer und prognostischer Beurteilung und zu einem differenzierten therapeutischen Vorgehen.

Zu einer Beeinträchtigung der Herzschlagfolge kommt es bei einer Leitungsstörung aller drei Faszikel (trifaszikulärer Block). Bereits ein

intakter Faszikel genügt, um die normale Vorhofkammersynchronisation aufrecht zu erhalten. Der normale QRS-Vektor entsteht durch die gleichzeitige Erregungsleitung über die beiden Aufzweigungen des linken Tawara-Schenkels, des links-anterioren und links-posterioren Bündels. Der Summationsvektor ist nach links gerichtet. Die normale Erregungsleitung über dem rechten Schenkel ist von geringerer Bedeutung, da die zeitgerechte Depolarisation des rechten Ventrikels das EKG nur wenig beeinflusst.

Die Diagnose eines unifaszikulären Blocks wird gestellt, wenn einer der drei Schenkel des His'schen Bündels unterbrochen ist. Demnach sind drei Formen zu unterscheiden:

1. Rechtsschenkelblock,
2. links-anteriorer Hemiblock (überdrehter Linkstyp),
3. links-posteriorer Hemiblock (überdrehter Rechtstyp).

Durch kombinierte Leitungsstörungen in zwei Schenkeln entstehen die bifaszikulären Blockformen. Die häufigste Form stellt die Kombination des Rechtsschenkelblocks mit dem links-anterioren Hemiblock dar. Bei Reizleitungsstörungen in allen drei Aufzweigungen resultiert meist eine Vorhofkammerblockierung (trifaszikuläre Form des AV-Blocks). Sie hat eine Verlängerung der PQ-Zeit zur Folge (AV-Block I. Grades). Der AV-Block II. Grades Typ II ist in der überwiegenden Mehrzahl der Fälle auf eine trifaszikuläre intraventrikuläre Reizleitungsstörung zurückzuführen. Auch für den totalen AV-Block ist sehr viel häufiger ein trifaszikulärer Block als ein AV-Knoten- oder His-Bündel-Block verantwortlich zu machen. Häufigste Ursache der intraventrikulären Blockierungen ist die koronare Herzerkrankung.

Das *intrakardiale EKG* (mit der His-Bündel-Elektrokardiographie sowie atrialen und ventrikulären Ableitungen) sollte Aufgabe von internen Abteilungen mit kardiologischem Schwerpunkt bleiben. Mono- und bifaszikuläre Blockierungen, der AV-Block I. Grades, Linksschenkelblockierungen und Präexzitationssyndrome stellen Indikationen für ein His-EKG dar. Es ist auch möglich, einen erkrankten Sinusknoten mittels der sogenannten Sinusknoten-

erholungszeit zu diagnostizieren. Sie ist definiert als der zeitliche Abstand von der letzten, künstlich induzierten atrialen Depolarisation bis zum Auftreten der ersten spontanen, vom Sinusknoten übergeleiteten Vorhoferregung. Das Syndrom des erkrankten Sinusknotens ist eine chronische Erkrankung und tritt besonders im höheren Alter ab dem sechzigsten Lebensjahr auf.

Professor Dr. K. A. Meurer, Köln:

### Rationelle Differentialdiagnose der arteriellen Hypertonie

Etwa 20 Prozent der erwachsenen Bevölkerung leiden an einer chronisch arteriellen Hypertonie mit Blutdruckwerten von mehr als 160/65 mm Hg. Diese stellt den wesentlichsten Risikofaktor für die Entstehung einer myogenen oder koronaren Herzinsuffizienz sowie für die Entwicklung zerebraler Durchblutungsstörungen und einer Niereninsuffizienz dar. Da durch eine effektive Therapie die Häufigkeit der Hypertoniekomplikationen zuverlässig gesenkt werden kann, stellt die Erkennung und Behandlung des Hypertonikers ein präventiv- und sozialmedizinisches Problem ersten Ranges dar.

Die durchzuführenden Maßnahmen müssen bei möglichst geringem Aufwand einen möglichst hohen Nutzen erbringen. Voraussetzung einer rationalen Differentialdiagnose der arteriellen Hypertonie ist daher

1. die genaue Kenntnis ihrer Symptomatologie und
2. ein diagnostisches Basisprogramm, mit dem bereits in der Praxis der begründete Verdacht auf das Vorliegen einer sekundären Hypertonieform geäußert werden kann.

Nach wie vor besteht bei der Mehrzahl der Patienten eine ätiologisch unklare primäre essentielle Hypertonie und lediglich bei 20 Prozent eine sekundäre Hochdruckform auf renaler endokriner oder vaskulärer Basis. Insgesamt etwa sechs Prozent der Hochdruck-Kranken leiden an operativ heilbaren Hypertonieformen.

Nach Ausschluß temporärer Blutdrucksteigerungen (mit emotionalen, kardiovaskulären und medika-

# Zur Prophylaxe und Therapie von Schilddrüsenerkrankungen

## Euthyrox Reines L-Thyroxin

## Novothyral L-Thyroxin + L-Trijodthyronin

## Jodid- Tabletten

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

## MERCK



HORMON  
FORSCHUNG

MERCK

**Euthyrox®** 1 Tablette enthält  
100 µg L-Thyroxin-Na (L-T<sub>4</sub>)  
50 Tebl. mit Kreuzrille DM 10.65  
100 Tebl. mit Kreuzrille DM 17.90  
**Novothyral®** 1 Tablette enthält  
100 µg L-Thyroxin-Na (L-T<sub>4</sub>)  
20 µg L-Trijodthyronin-Na (L-T<sub>3</sub>)  
50 Tebl. mit Kreuzrille DM 13.20  
100 Tsbl. mit Kreuzrille DM 24.30  
**Novothyral® mite**  
1 Tablette enthält  
25 µg L-Thyroxin-Na (L-T<sub>4</sub>)  
5 µg L-Trijodthyronin-Na (L-T<sub>3</sub>)  
50 Tebl. mit Kreuzrille DM 7.70  
Preise n. A.T.  
Ferner jeweils Analtals-Beckungen

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

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

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

**Zur Prophylaxe der endemischen Struma**

**Jodid-Tabletten**  
1 Tablette enthält 65,4 µg Kaliumjodid, entsprechend 50 µg Jod  
100 Tsbl. 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

mentös bedingten sowie durch Hyperthyreose, Polyzythämie und akuter Glomerulonephritis ausgelösten Hypertonien) liegt eine chronisch arterielle Hochdruckerkrankung vor, wenn bei mehrfachen Messungen der systolische Blutdruck die Zahl der Lebensjahre + 100 oder maximal 160 mm Hg und der diastolische Blutdruck 90 mm Hg in jedem Lebensalter übersteigt. Ein typisches Beschwerdebild bei Hypertonie gibt es nicht. Da bisher auch kein biochemischer oder hämodynamischer Befund bekannt ist, der das Vorliegen einer primären Hypertonie nachweisen würde, ist ihre Diagnose nur durch Ausschluß aller bisher bekannten sekundären Hochdruckursachen möglich.

Eine *primäre Hypertonie* darf mit einiger Wahrscheinlichkeit bereits angenommen werden, wenn mehrere Charakteristika dieser Hochdruckform anamnestisch aufgedeckt werden: In der Verwandtschaft der Patienten mit primärer Hypertonie finden sich gehäuft Mitglieder, die ebenfalls an einem Hochdruck oder deren Komplikationen leiden. Gefragt werden muß ferner nach typischen Begleiterscheinungen, wie Diabetes mellitus, Übergewicht und Gicht sowie nach einer familiären Häufung von Nierenerkrankungen. Eine uncharakteristische Eigenanamnese bietet Abgrenzungsmöglichkeiten gegenüber sekundären Hochdruckformen mit typischer Vorgeschichte. Umbauvorgänge des Herzens und EKG-Veränderungen stellen sich ebenso wie auch Augenhintergrundsveränderungen und die Einschränkung der zerebralen und renalen Funktion erst nach längerem Verlauf einer Hypertonie ein und geben somit eher Hinweise auf die Dauer und die Schwere als auf die Genese des Leidens.

Bei den *sekundären Hypertonien* steht die renale Genese an erster Stelle.

Die *chronische Glomerulonephritis* rangiert vor der *chronischen Pyelonephritis* bei den renal-parenchymatösen Ursachen. Ferner sind ein *Kimmelstiel-Wilson-Syndrom*, verschiedene Nierenmißbildungen, Nierentumoren, die chronisch interstitielle Nephritis bei Phenacetinabusus oder Gicht sowie die sogenannte Plasmozytomniere und die Amyloidschrumpfniere neben selteneren Ursachen zu beachten. Auch *urologische Nierenerkrankungen* mit

Harnabflußstörungen und schließlich renovaskuläre Hypertonien bei Nierenarterienstenose, Senkniere mit Gefäßdrosselung und Zuständen nach Nierentraumen sind auszuschließen. Leider können auch bei der renoparenchymalen Hypertonie typische biochemische und hämodynamische Befunde fehlen. Allenfalls vermögen ein erhöhter diastolischer Blutdruckwert und anamnestische Hinweise auf ein chronisches Nierenleiden den Verdacht auf eine renale Hypertonie zu lenken. Proteinurie, Leukozyturie und signifikante Bakteriurie brauchen nicht konstant aufzutreten, was die Notwendigkeit wiederholter Harnanalysen bei Verdacht auf chronische Pyelonephritis erforderlich macht. Bei Nachweis von Bakterien im Sediment muß sich eine bakteriologische Untersuchung des Mittelstrahlurins oder des Blasenpunktionsurins anschließen. Bei den meisten chronischen Pyelonephritiden findet sich ferner eine Einschränkung des Konzentrationsvermögens im Durstversuch, während die glomeruläre Filtrationsleistung, die sich durch endogene Kreatinin-Clearance prüfen läßt, erst später vermindert ist. Stärkere Einschränkungen der Nierenfunktion manifestieren sich in einem Anstieg des Kreatinins (Bestimmung gehört zur Basisdiagnostik). Zusätzlich finden sich in fortgeschrittenen Stadien deutliche Veränderungen im i.v.-Pyelogramm (Parenchymversmälnerungen und Strukturdefekte der Kelchhalse und -becher bis hin zu Papillennekrosen und häufig einseitig ausgeprägten Schrumpfnieren).

Bei der chronischen Glomerulonephritis sind die Urinbefunde oft sehr diskret. Eine stärkere Proteinurie und Erythrozyturie in Verbindung mit einer Zylinderurie sowie eine deutlichere Einschränkung der glomerulären Filtrationsleistung gegenüber der Konzentrationsleistung deuten auf ein primär glomeruläres Geschehen hin. Wegen der Symptomenarmut der renalen Hochdruckformen und der oft nicht zuverlässig erhebaren Anamnese sollte auf die Anfertigung eines Ausscheidungsurogrammes nie verzichtet werden, um vor Überraschungen sicher zu sein.

Die *reno-vaskuläre Hypertonie* ist bei rechtzeitiger Diagnosesstellung eine der wenigen chirurgisch heilbaren oder doch zu bessernden Hochdruckformen. Außer paraumbilikal oder im kostovertebralen Winkel

auskultierbaren Strömungsgeräuschen gibt es keine sicheren klinischen Hinweise auf die Existenz einer Nierenarterienstenose. Der Verdacht wird sich jedoch verdichten bei negativer Familienanamnese, einem Patientenalter unter 50 Jahren, plötzlich auftretender Hypertonie, plötzlicher Verschlechterung einer vorbestehenden Hochdruckerkrankung und bei Auftreten von Niereninfarktsymptomen bei bestehender Hypertonie mit Flankenschmerz, Leukozytose, Fieber und BKS-Beschleunigung. Auch Fehlen von Fundusveränderungen bei kurzer Hochdruckanamnese trotz hoher Blutdruckwerte, die Kombination einer Hypertonie mit Kaliummangelsymptomen und der bereits vorgenannte Nachweis eines Strömungsgeräusches an der Arteria renalis lassen an eine Gefäßstenose denken. Ein wichtiger Suchtest zur Aufdeckung einer einseitigen Nierenarterienstenose stellt das Ausscheidungsurogramm mit Früh- und Spätaufnahmen dar, auch wenn in einem Viertel der Fälle falsch negative Befunde erhoben werden. Beweisend ist lediglich das Renovasogramm. Dieses ist auch die Vorbedingung für die weitergehende Funktionsdiagnostik (seitengetrennte Bestimmung der Reninaktivität im Nierenvenenblut, Saralasin-Test) und die sich eventuell anschließende Operation.

Bei etwa einem Prozent der Hypertoniker bestehen *endokrine Ursachen*, deren diagnostische Klärung nur durch Spezialuntersuchungen erfolgen kann. Es handelt sich dabei um das Cushing-Syndrom, das Conn-Syndrom sowie weitere seltene Mineralocorticoidsyndrome und insbesondere das Phäochromozytom.

Das *Cushing-Syndrom* ist im allgemeinen kaum zu übersehen: Hypertonie, Stammfettsucht mit Vollmondgesicht und Büffelhocker, Striae rubrae, klinischer oder subklinischer Diabetes mellitus, Polyglobulie und Osteoporose sind die Kardinalsymptome. Gesichert wird die Diagnose durch den Nachweis eines erhöhten und durch Dexamethason nicht supprimierbaren Cortisolspiegels sowie der vermehrten Ausscheidung der 17-Hydroxycorticoide im Harn. Die Differenzierung in hypophysär- und adrenalbedingte Formen bleibt Spezialabteilungen vorbehalten.

Prototyp eines Mineralocorticoidsyndroms ist der primäre Aldosteronismus auf der Grundlage eines hor-

monproduzierenden Adenoms oder Karzinoms der NNR (*Conn-Syndrom*). Es kommt hierbei zu einer Retention von Natrium und vermehrten Ausscheidung von Kalium und Wasserstoffionen am distalen Tubulus der Nieren, so daß eine hypokaliämische metabolische Alkalose resultiert. Daraus ergeben sich dann auch die klinischen Zeichen: Muskelschwäche, Obstipation, Polydipsie und Polyurie, Digitalisüberempfindlichkeit sowie Herzrhythmusstörungen und Hypertonie aufgrund der Elektrolytverschiebungen. Biochemisch wird die Diagnose durch Nachweis einer autonom erhöhten Aldosteronsekretion und einer erniedrigten Plasmareninaktivität gesichert.

Das *Phäochromozytom*, der katecholaminproduzierende Tumor des Nebennierenmarkes und der sympathischen Grenzstrangganglien zeigt nur in etwa der Hälfte der Fälle die bekannte paroxysmale Hypertonie. Durch die oft exzessive Adrenalin- oder Noradrenalinproduktion kommt es häufig zu einer derartigen Symptomenvielfalt, daß praktisch bei jedem Hypertoniker, besonders aber bei Kindern und Jugendlichen, an das Vorliegen dieses Krankheitsbildes gedacht werden muß. Verdächtig erscheinen Klagen über plötzliche Kopfschmerzen, Schweißausbrüche, Herzklopfen, Gesicht- oder allgemeine Blässe, Angstgefühl, Tremor, Übelkeit und Erbrechen. Zum biochemischen Nachweis dient die Bestimmung der Katecholamine bzw. ihrer Metabolite oder der Vanillinmandelsäure. Daneben steht jetzt ein vereinfachter Suchtest zur Verfügung (*Catecult-Test*® der Firma Röhm-Pharma).

Privatdozent Dr. E. Lechler, Köln:

### Entwicklungen und aktuelle diagnostische Probleme der klinischen Hämatologie

Die diagnostischen Entwicklungen der letzten Jahre werden an drei hämatologischen Teilbereichen aufgezeigt:

#### 1. Diagnostik, Differenzierung und Stadieneinteilung der malignen Lymphome:

Heute ist die histologisch definierte Unterteilung der malignen Lymphome in Hodgkin- (Lymphogrenuloma-

tose) und Non-Hodgkin-Lymphome allgemein anerkannt.

Die *Lymphogrenulomatose* stellt die präzise definierte Krankheitseinheit mit dem weniger heterogenen histologischen Befund dar. Symptomatisch imponiert die Lymphknotenschwellung. Die Allgemeinsymptome, wie Gewichtsverlust, Fieber, Müdigkeit, Appetitlosigkeit, Schwäche und Juckreiz, treten demgegenüber an Bedeutung zurück, ebenso die durch intrathorakale und abdominale Lymphknotenvergrößerungen hervorgerufenen Beschwerden. Die Halslymphknoten sind am häufigsten befallen. Die Mehrzahl der Patienten weist zum Zeitpunkt der Diagnosestellung bereits in mehreren Regionen Lymphknotenschwellungen auf. Bei den Laborwerten imponiert häufig eine BKS-Beschleunigung, Alpha-2-Dysproteinämie, Leukozytose, Lymphopenie und Anämie. Die Sicherung der Diagnose erfolgt durch histologische Untersuchung des Lymphknotens mit Identifizierung des histologischen Typs und die Erfassung aller befallenen Lymphknotenregionen und Organe zur Stadieneinteilung (1971 in Ann Arbor festgelegt). Sie berücksichtigt die Ausbreitung des Lymphknotenbefalles und den Organbefall sowie auch das Fehlen (A) bzw. das Vorhandensein (B) von Allgemeinsymptomen:

#### Stadium I:

Befall einer einzigen Lymphknotenregion oder eines einzigen extralymphatischen Organs.

#### Stadium II:

Befall von zwei oder mehr Lymphknotenregionen auf der gleichen Seite des Zwerchfells oder lokalisierter Befall extralymphatischer Organe oder Gewebe von einer oder mehr Lymphknotenregionen auf der gleichen Seite des Zwerchfells.

#### Stadium III:

Befall von Lymphknotenregionen auf beiden Seiten des Zwerchfells mit oder ohne Beteiligung von extralymphatischen Organen und der Milz.

#### Stadium IV:

Diffuser oder disseminierter Befall von einem oder mehreren extralymphatischen Organen oder Geweben mit oder ohne vergrößerten Lymphknoten.

Die Stadieneinteilung erfordert ein systematisches diagnostisches Vorgehen. Hierzu dient die Röntgenuntersuchung der Thoraxorgane, die beidseitige Fußlymphangiographie, die Beckenkammibiopsie sowie die explorative Laparotomie und Splenektomie. Die „Onkologische Arbeitsgemeinschaft der Universitätskliniken Köln“ hat sich entschlossen, grundsätzlich (selbst im Stadium I) die Splenektomie vorzunehmen. Diese ausgedehnten diagnostischen Maßnahmen sind zwar für den Patienten belastend, der Gewinn durch die Systematisierung und Vervollständigung der Befunderhebung und durch die Klassifizierung der Erkrankung ist aber für die Festlegung der Therapie so hoch, daß er diese Eingriffe rechtfertigt.

Bei den *Non-Hodgkin-Lymphomen* ist das diagnostische und therapeutische Vorgehen weniger standardisiert und damit uneinheitlicher. Die Erkrankungen treten – im Gegensatz zur Lymphogrenulomatose – meist erst im höheren Lebensalter auf, zeigen in der Regel auch einen initialen Lymphknotenbefall und entwickeln sich entweder über längere Zeit streng lokal oder breiten sich rasch im lymphatischen System aus bzw. verlaufen leukämisch. Auch hier bestehen Beziehungen zwischen dem histologischen Typ und der Prognose.

Ein relativ hoher Prozentsatz der malignen Lymphome ist heute gut beeinflussbar, ja sogar heilbar. Eine Heilungschance besteht aber nur, wenn sich die Therapie an der Ausdehnung der Erkrankung orientiert, was nur auf dem Boden der vorbeschriebenen Stadieneinteilung möglich ist.

#### 2. Medikamentös bedingte Störungen der Granulozytopoese:

Das Problem ist gekennzeichnet durch seine ständige Aktualität. Die moderne Diagnostik ist im Grunde noch die alte Diagnostik mit der Erhebung einer sorgfältigen Medikamentenanamnese, der Überprüfung des gesamten Blutbildes und der Untersuchung des Knochenmarkes.

Bei der Agranulozytose wird das klinische Bild meist durch bakterielle Infektionen geprägt. Pathogenetisch liegt entweder eine Medikamentenallergie oder eine DNS-Synthesehemmung (namentlich durch Phenothiazin) vor. Dementsprechend wer-

den die Agranulozytosen in einen dosisunabhängigen (den Aminopyrintyp) und einen dosisabhängigen (den Phenothiazintyp) unterteilt. Die Störung der Granulozytopoese tritt nur bei wenigen Individuen auf, die offenbar eine Prädisposition dafür besitzen (Idiosynkrasie). Im Gegensatz dazu entfalten Zytostatika obligat bei jedem Probanden eine myelotoxische Wirkung. Die durch Aminopyrine ausgelösten Schädigungen sind der Prototyp einer durch Immunmechanismen bedingten Granulozytopenie mit dem klassischen Bild der Agranulozytose. Ein plötzlicher Beginn der Erkrankung im Zusammenhang mit der Medikamenteneinnahme ist typisch. Im Gegensatz dazu tritt die Phenothiazin-induzierte Leukopenie schleichend nach meist mehrwöchiger Therapie auf.

Im Gegensatz zu den meist reversiblen Agranulozytosen sind die bei den Panmyelopathien auftretenden Knochenmarksaplasien meist irreversibel. Chloramphenicol war Ende der sechziger Jahre hierfür die häufigste Ursache. Es bedingt entweder eine reversible mitochondriale Proteinsyntheseinhibition mit vorrangiger Schädigung der Erythropoese oder eine irreversible, dosisunabhängige, meist letal endende Panmyelopathie mit noch unklarer Pathogenese. Seit dem Verzicht auf eine Chloramphenicol-Anwendung ist Phenylbutazon und Oxyphenbutazon häufigste Ursache einer Panmyelopathie geworden.

### 3. Die Diagnostik der Hämophilie A-Konduktorinnen (Überträgerinnen)

Ist ein großes Problem in der genetischen Beratung. Die Hämophilie A (und B) wird X-chromosomal rezessiv geschlechtsgebunden vererbt und manifestiert sich nur bei Männern. Die Töchter der Hämophilen sind tatsächliche oder potentielle Überträgerinnen der Erkrankung, während die Söhne gesund sind. Neben der Bestimmung der in der Regel verminderten Faktor-VIII-Aktivität kommt neuerdings einem diesen Faktor assoziierten Antigen-nachweis zur Trennung echter und potentieller Überträger besondere Bedeutung zu.

Referent:

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

## Reformvorschläge zur Krankenhausstruktur\*

von Gerhard Vogt

(Schluß)

### Krankenhausversorgungssystem und seine Planung

Der zweite Problemkreis betrifft die Struktur und das Selbstverständnis der Krankenhäuser in einem gegliederten System. Das Krankenhausfinanzierungsgesetz ist von der meines Erachtens richtigen Prämisse ausgegangen, daß es unter Krankenhäusern nur recht bedingt einen wirtschaftlichen Wettbewerb geben kann. Angebot und Nachfrage müssen demnach durch Krankenhausplanung gesteuert werden. Die Erfahrungen zeigen, daß der Bettenbedarf im Krankenhaus manipulierbar ist. Oder anders und überspitzt ausgedrückt: Ein vorhandenes Krankenhaus kann seinen Bedarf zu einem wesentlichen Teil selbst erzeugen. Vorhandene Betten werden zumeist überall gleichmäßig belegt, trotz erheblich unterschiedlicher Bettendichte in einzelnen Versorgungsregionen.

Mit der völligen Freiheit im Krankenhausbau, wie sie noch bis vor einigen Jahren bestand, war gesundheitspolitisch sinnloser Wildwuchs möglich und auch tatsächlich verbunden. Im Zeichen der Kostenexpansion wird das nun allgemein anerkannt. Während bis vor wenigen Jahren noch in der Öffentlichkeit behauptet wurde, es gäbe zu wenig Krankenhausbetten, ist inzwischen nur noch von Bettenbergen die Rede.

Die Steuerung von Krankenhausinvestitionen durch Krankenhausplanung ist aber offenbar sehr schwierig, schwieriger als sich der Gesetzgeber das wohl vorgestellt hat. Der Hauptgrund liegt darin, daß die Bedarfsdeterminanten nicht festzuschreiben sind: Einwohnerzahl und Geburtenhäufigkeit sinken schneller als erwartet, die Einweisungshäufigkeit schwankt mit der allgemeinen wirtschaftlichen Situation und der Beschäftigungslage auf dem Arbeitsmarkt. Die Verweildauer ist am stärksten subjektiv beeinflussbar, und Krankenhausräger können ein großes Interesse daran haben, sie zu verlängern.

Bei einer Analyse der gegenwärtigen Struktur des Krankenhaussystems stellen sich folgende Probleme:

a) Es gibt einen verhängnisvollen Trend der Krankenhausplaner zum Großkrankenhaus. Die Argumente hierfür (wirtschaftlicher Einsatz der investierten Mittel, Hebung der medizinischen Leistungsfähigkeit) sind keineswegs immer überzeugend. Gerade zur flächendeckenden Versorgung kann auf kleinere Krankenhäuser nicht verzichtet werden, wenn sie den den heutigen Erwartungen angemessenen Mindeststandard an beruflicher Qualifikation der Mitarbeiter und technischer Ausstattung des Hauses gewährleisten. Kleinere Krankenhäuser sind bürgernäher und arbeiten wegen ihrer Überschaubarkeit zumeist auch wirtschaftlich.

b) Die Krankenhausbehandlung wird für die Patienten im allgemeinen weniger persönlich, je größer und technisierter das Krankenhaus ist. Viele Patienten fühlen sich dann der Maschinerie Krankenhaus ausgeliefert, und zwar desto stärker, je schwerer sie ihre Krankheit erleben.

c) Die Gliederung der Krankenhäuser in solche der Grund- und Regelversorgung, der Normal- und Maximalversorgung hat nicht verhindert, daß allzuoft die falschen Patienten in den falschen Betten liegen. Es wäre an sich wünschenswert, hier stärker als bisher zu steuern und z. B. leichter Kranke aus den hochspezialisierten Krankenhäusern fernzuhalten. Zwangsmittel für solche Lenkung der Patientenaufnahme gibt es aber nicht; sie wären auch gesellschaftspolitisch nicht unbedenklich.

d) Das Bettenangebot weist in fast allen Bundesländern strukturelle Mängelbereiche und Überschüßbereiche auf. Mängel bestehen insbesondere in der Neurochirurgie, in

\*) Dieser Beitrag ist eine Übersicht nach einem Referat während des Expertengesprächs über Krankenhausstrukturen der Henns-Seidel-Stiftung e. V. in Wildbad Kreuth und stellt die persönliche Auffassung des Autors, Referent für Krankenhausfragen in der Geschäftsführung der Bundesärztekammer, dar.

# 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, Atrio-ventriculäre Reizleitungsstörungen; Vorsicht bei gleichzeitiger i. v. Kalziumtherapie. **Besondere Hinweise:** Rechtsherzinsuffizienzen (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 Anwendungsweise:** 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 unzerbissen geschluckt werden. Morgens nüchtern und tagsüber ½ bis 1 Stunde vor den Mahlzeiten. **Handelsformen und Preise:** Strodival® perlingual: OP mit 30 Kapseln DM 6,05 inkl. MwSt.; DP 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

der Urologie und nicht zuletzt auch für eine bürgernahe neurologische und psychiatrische Versorgung. Bettenüberangebote bestehen vielfach in der Gynäkologie und in der Inneren Medizin, nicht selten auch in der Chirurgie.

e) Nach Meinung vieler Sachverständiger fehlen Betten für Nachbehandlungs- und Rehabilitationskrankenhäuser sowie für die Geriatrie. Allerdings ist die Ausgliederung etwa von Nachsorgekliniken aus den Allgemeinkrankenhäusern nicht ganz unproblematisch. Zumindest muß dafür gesorgt werden, daß diese personell und örtlich mit Allgemeinkrankenhäusern verbunden bleiben.

f) Es mangelt in vielen Versorgungsbereichen an einer Abstimmung der Aufgaben unter den Krankenhäusern nach Schwerpunkten. Dies gilt vor allem für die Grund-, Regel- und Normalversorgung in dicht besiedelten Regionen. Gäbe es hier mehr Kooperation, dann könnten ärztliche und pflegerische Aufgaben besser spezialisiert und Investitionen sinnvoller gesteuert werden. Nicht alle Krankenhäuser der Normalversorgung in einer Stadt benötigen z. B. eine Kobaltbombe.

Die Lösung dieser Probleme ist sehr schwierig. Sie erfordert Umdenken wie im Problembereich der inneren Krankenhausstruktur.

Nach meiner Überzeugung hat die Krankenhausplanung bisher in den meisten Bundesländern nicht voll befriedigt, teilweise sogar enttäuscht. Das administrative Element ist zu stark, die Selbststeuerungskräfte der Beteiligten kommen nicht zur Geltung. Die Bundesärztekammer fordert z. B. immer wieder einen wesentlich stärkeren Einfluß von Krankenhausträgern, Krankenhausärzten und niedergelassenen Ärzten auf die Krankenhausplanung. Nur so können Entscheidungen getroffen werden, die an den praktischen Bedürfnissen orientiert sind und auch den Stand der ambulanten Versorgung in der jeweiligen Versorgungsregion mit in die Überlegungen einbeziehen. Vielfach ist bisher nicht einmal die Krankenhausplanung für die Psychiatrie mit der Planung für die Allgemeinkrankenhäuser abgestimmt, obwohl allenthalben eine Integration der psychiatrischen Versorgung in die allgemeine Krankenbehandlung verlangt wird.

Die Forderung nach mehr Einflußnahme der Beteiligten auf die Krankenhausplanung stößt auf den Widerstand der staatlichen Planungsbehörden, die eine administrative Investitionskontrolle für notwendig halten. Das Prinzip der vollen Investitionskostenerstattung aus öffentlichen Mitteln, wie es jetzt das Krankenhausfinanzierungsgesetz vorsieht, könne nur durch starke administrative Eingriffe in wirtschaftlich vernünftigen Grenzen praktiziert werden.

Nach meiner Überzeugung liegt der Fehler darin, daß Krankenhausfinanzierungsgesetz und Bundespflegegesetzverordnung alle ökonomischen Anreize für eine wirtschaftliche Führung der Krankenhäuser beseitigt haben. Deshalb haben z. B. die Bundesärztekammer und der Verband der leitenden Krankenhausärzte immer gefordert, derartige ökonomische Anreize wieder herzustellen. Die derzeitige Finanzierungsstruktur ist ein Musterbeispiel für falsches administratives Denken. Erinnert sei nur an den vollpauschalierten Pflegegesetz, der ausgerechnet in der Zeit des Computers eingeführt wurde und die Einzelabrechnung von Nebenkosten beseitigte. Ein wirtschaftlicher Vergleich von Pflegesätzen wird damit praktisch unmöglich gemacht.

Voraussetzung zur Herstellung einer sinnvollen Krankenhausstruktur ist ferner eine bessere Transparenz des Rechnungswesens der Krankenhäuser sowie eine Aufgliederung der Pflegesätze in Unterbringungs- und Pflegesätze einerseits und die für den einzelnen Patienten erbrachten Leistungen der Diagnostik und Therapie andererseits.

Unsachgemäß ist es, wenn unter Bedingungen, wie sie zur Zeit im Bereich der Krankenhausplanung bestehen, eine Plafondierung der Pflegesätze und eine schematische Gestaltung von Stellenplänen verlangt wird. Im Krankenhauswesen kann zwar auch nach meiner Auffassung erheblich gespart werden, aber man muß sich schon die Mühe machen, jedes Krankenhaus individuell zu überprüfen und seine Besonderheiten zu würdigen. Schematismus hilft kaum weiter.

Kritik der hier skizzierten Art wird nicht nur von der Bundesärztekammer, sondern auch von den Verbänden

der Krankenhausärzte (Verband der leitenden Krankenhausärzte und Marburger Bund) geübt. Übereinstimmend mit ihnen lehnt auch die Deutsche Krankenhausgesellschaft Schematismus ab, insbesondere die Wiederanwendung von Anhaltswerten für die Gestaltung der Stellenpläne aus dem Jahre 1969, und fordert eine stärkere Beteiligung an der Krankenhausplanung. Die FDP setzt sich in ihrem gesundheitspolitischen Programm für eine verbesserte Bedarfsplanung unter Zuziehung der beteiligten Berufsgruppen und der Krankenkassen ein. Auch die SPD fordert in ihrem Aktionsprogramm eine Koordinierung und Weiterentwicklung der Krankenhausplanung mit den Beteiligten und Krankenkassen.

### **Verändertes Selbstverständnis der Krankenhäuser**

Die Krankenhausplanung, die heute praktiziert wird, verändert die Struktur des Krankenhauswesens von Grund auf. Das Selbstverständnis, mit dem Krankenhausträger vor allem im konfessionellen Bereich früher angetreten sind, wird verändert. Nach Bundes- und Landesgesetzen erfüllen alle Krankenhäuser ohne Rücksicht auf die Trägerschaft gleichmäßig nur noch Funktionen in einem gegliederten System. Sie gewähren im Prinzip einheitliche Leistungen und zahlen einheitliche Gehälter (wenn man von der Sonder-situation der Angehörigen der religiösen Gemeinschaften absieht). Die staatliche Förderung der Krankenhausinvestitionen kann sogar dazu führen, daß auf Dauer zuerst die privaten Krankenanstalten und später auch die konfessionellen in ihrem Lebensraum beengt werden, zugunsten der staatlichen und kommunalen Häuser. Diese Entwicklung würde besonders dann stark vorangetrieben, wenn der erst jüngst wieder von SPD-Kreisen und auch auf Krankenkassenseite ventilierte Gedanke realisiert würde, die Krankenhauspflege für Versicherte der gesetzlichen Krankenversicherung auf staatlich geförderte Krankenhäuser zu beschränken. Damit würde den meisten nicht geförderten Krankenhäusern die Existenzgrundlage entzogen, die Krankenhausplanung würde endgültig über Sein oder Nichtsein mancher Häuser entscheiden. Dabei müßten die wirtschaftlichen Interessen der Krankenkassen für eine an-

dere Regelung sprechen. Schon jetzt dürfen nichtgeförderte Krankenhäuser von ihnen keine höheren Pflegesätze verlangen als für vergleichbare staatlich geförderte. Vielfach sind nichtgeförderte Krankenhäuser sogar noch billiger.

Die Eingliederung *aller* Krankenhäuser in ein einheitliches gegliedertes Funktionalsystem beweist auch die Lenkung der Krankenhauseinweisungen durch zentrale Bettennachweise. Am Rande sei ferner erwähnt, daß den Krankenhausträgern im konfessionellen Raum das Recht streitig gemacht wird, Schwangerschaftsabbrüche nach dem neuen § 218 zu unterlassen oder auf bestimmte Indikationen zu beschränken.

Zusammenfassend kann man sagen: Die Krankenhäuser sind in ihrer Gesamtstruktur zu stark in die Planwirtschaft hineingeraten. Ein Rückweg wäre möglich, erfordert aber erhebliche politische Anstrengungen, um eine Neustrukturierung im Leistungs- und Finanzierungsbereich zu ermöglichen.

### **Verzahnung von Krankenhaus und Praxis**

Die Verzahnung von Krankenhaus und freier Praxis ist zur Zeit sicherlich der politisch schwierigste Problemkreis. Das geltende Kassenarztrecht geht bekanntlich vom Grundsatz einer strikten Trennung der ambulanten und stationären Versorgung aus. Die in den Kassenärztlichen Vereinigungen zusammengeschlossenen niedergelassenen Ärzte haben die ambulante Versorgung sicherzustellen. Die Krankenhäuser sind für die stationäre Versorgung zuständig.

Dieses Prinzip ist in beiden Richtungen durchbrochen: Leitende Krankenhausärzte können als Person an der kassenärztlichen Versorgung beteiligt werden, wenn hierfür zur Sicherstellung der ambulanten Betreuung ein Bedarf besteht. Außerdem haben Krankenhaus-Chefärzte in aller Regel das Recht auf Privatambulanz. Umgekehrt können niedergelassene Ärzte im Krankenhaus als Belegärzte tätig werden. Voraussetzung ist eine entsprechende vertragliche Regelung mit dem Krankenhausträger und für den Bereich der kassenärztlichen Versorgung auch mit den Krankenkassen und mit der Kassenärztlichen Vereinigung.

Gegen das Prinzip der Trennung von Krankenhaus und freier Praxis werden von dessen Kritikern im wesentlichen vier Einwände vorgetragen:

a) Zwischen den beiden Leistungsbereichen mangelt es an Kooperation und Information;

b) Arztwechsel erzeugt Doppeluntersuchungen und verursacht damit vermeidbare Kosten;

c) dadurch verlängert sich die Liegedauer. Der Bettenbedarf wird künstlich hochgehalten;

d) nach der Krankenhausentlassung verliert der Krankenhausarzt den Patienten aus den Augen, ohne seine Behandlung kontrollieren zu können.

Vor der Diskussion von Lösungsvorschlägen ist nach meiner Auffassung ferner auf zwei weitere strukturelle Probleme hinzuweisen:

e) Die Zahl der Krankenhausärzte ist in der Bundesrepublik Deutschland von 1956 mit etwa 20 000 bis 1976 auf etwa 60 000 gewachsen. Das ist eine Verdreifachung. Die Zahl der niedergelassenen Ärzte stieg in derselben Zeit nur von knapp 41 000 auf jetzt etwa 53 000. Ein großer Teil der Krankenhausärzte bleibt nicht, wie es wünschenswert wäre, im Krankenhaus, sondern drängt nach fünf bis sieben Jahren Krankenhaustätigkeit in die freie Praxis, und das zumeist als Facharzt. Dadurch entsteht auf lange Sicht in den meisten Fachgebieten ein Überangebot an fachärztlicher ambulanter Versorgung und ein Mangel an qualifizierten Krankenhausärzten im Mittelbau, ferner natürlich auch ein Mangel an niedergelassenen Allgemeinärzten.

f) Wir werden möglicherweise in der Bundesrepublik Deutschland in absehbarer Zeit vor einem Überangebot an Ärzten in Krankenhaus und Praxis stehen. Schon jetzt steht die Bundesrepublik Deutschland im internationalen Vergleich mit ihrer Arztdichte mit an der Spitze, wenn gleich noch immer gewisse Mängel nicht zu übersehen sind. Künftig wird sich die Zahl der Ärzte alljährlich um weitere 5000 bis 6000 erhöhen, selbst wenn man den Abgang abzieht. Es ist nicht auszuschließen, daß es alsbald in beiden Leistungsbereichen Probleme bei der Beschäftigung von Ärzten geben wird. Dabei ist anzumerken, daß nicht nur im stationären, sondern auch im ambulanten

Bereich ein Angebot an Leistungen durch Institutionen oder freipraktizierende Ärzte aus sich selbst heraus einen Bedarf für die Inanspruchnahme solcher Leistungen wecken und damit entsprechende Kosten verursachen kann.

Die strikte Trennung zwischen Krankenhaus und Praxis ist ein Spezifikum der Bundesrepublik Deutschland. Die dadurch bedingte Arbeitsteilung hat zweifellos auch Vorteile.

Andere Länder haben andere Lösungen entwickelt. Dabei spielt deren politische Grundeinstellung die entscheidende Rolle. In den USA und in anderen englischsprachigen Ländern liegt z. B. die stationäre Behandlung zumeist in der Hand freipraktizierender Ärzte. Die meisten Krankenhäuser in diesen Ländern haben einer großen Zahl von Ärzten Belegmöglichkeiten eingeräumt. Gelegentlich ist dabei die Zahl der Belegärzte an einem Krankenhaus sogar größer als die Zahl der Krankenhausbetten. Am Krankenhaus selbst gibt es dann zumeist nur einen relativ kleinen Stab hauptberuflich tätiger Ärzte in abhängiger Stellung.

### **Umkehr in Schweden**

Eine gegensätzliche Lösung finden wir in planwirtschaftlich geordneten Gesundheitssystemen, z.B. in Schweden. Man hat dort eine krankenzentrierte Medizin, d. h., das Krankenhaus ist das Zentrum der gesundheitlichen Betreuung schlechthin, also gleichzeitig für die ambulante und stationäre Versorgung zuständig. Gerade in Schweden wird aber von dieser Vorstellung wieder abgerückt. Die ambulante Behandlung im Krankenhaus hat sich als besonders kostenintensiv erwiesen. Vor allem wurde in der an sich geduldeten schwedischen Öffentlichkeit Kritik daran geübt, daß es seither keine freie Arztwahl mehr gibt und es der Patient zudem bei jeder Behandlung im Krankenhaus mit einem anderen Arzt zu tun hat. Die neue Gesundheitsplanung in Schweden will den größten Teil der ambulanten Behandlung wieder nach außerhalb verlagern. Allerdings geht das kaum zurück auf private niedergelassene Ärzte, weil deren Zahl systembedingt zurückgedrängt geworden ist. So bleibt hauptsächlich eine Verlagerung auf vom Staat eingerichtete Ambulatorien. Der Um-

stellungsprozeß wurde schon unter dem sozialdemokratischen Ministerpräsidenten Olof Palme eingeleitet und ist jetzt in vollem Gange. Gerade in Schweden zeigt sich auch ein hauptsächlichlicher Nachteil der Institutionalisierung der ambulanten Behandlung: Die noch immer langen Wartezeiten; es dauert oft Monate, bis man überhaupt zu einem Arzt vorgelassen wird. Diese Wartezeiten sind kaum mit Mitteln der Planwirtschaft zu beseitigen, sondern umgekehrt eher deren Folge.

Als Lösung für die deutsche Situation empfehlen vor allem der DGB, aber auch die SPD in ihren programmatischen Aussagen ein sogenanntes *integriertes Gesundheitssystem*, ferner *zentrale Informationssysteme* und medizinische Gemeindezentren (die etwas anderes sein sollen als Sozialstationen). Mit dem Begriff integriertes System werden in erheblichem Maße planerische Vorstellungen verbunden, vor allem im Hinblick auf die Einschränkung der freien Arztwahl und der freiberuflichen ärztlichen Tätigkeit. Einzelheiten über die Elemente eines solchen integrierten Gesundheitssystems sind noch nicht ausdiskutiert.

Konkret werden zur Zeit folgende Problemlösungen diskutiert:

1. Am nachhaltigsten gefordert wird zur Zeit die *Einschaltung der Krankenhäuser als Institution in die ambulante Behandlung*, zumindest in die vor- und nachstationäre Behandlung von Krankenhauspatienten: Hierfür setzten sich das SPD-Aktionsprogramm und der DGB ein, teilweise plädieren hierfür auch die Krankenkassenverbände, auch Kreise der CDU. Gegen eine solche Institutionalisierung haben sich seit jeher die ärztlichen Organisationen und auch die FDP in ihrem gesundheitspolitischen Programm ausgesprochen. Auch die Deutsche Krankenhausgesellschaft ist dagegen.

Die Befürworter dieser Regelung erhoffen sich davon eine Vermeidung von Doppeluntersuchungen, damit eine Intensivierung der stationären Behandlung und eine Verkürzung der Verweildauer sowie schließlich geringere Kosten. Gegner dieser Regelung bezweifeln, ob sich diese Vorteile wirklich erzielen lassen und ob die Krankenhäuser überhaupt die personellen und sachlichen Kapazitäten für diese zusätzliche Aufgabe haben. Vor allem aber sehen

Gegner in einer solchen Regelung einen gesellschaftspolitisch abzulehnenden Systemwandel, der die Individualität der Krankenbetreuung in diesem Bereich gefährdet oder beseitigt. Das Bundesgesundheitsministerium hat das Deutsche Krankenhausinstitut um eine wissenschaftliche Untersuchung gebeten, die durch Modellversuche an einzelnen Krankenhäusern begleitet werden soll; Ergebnisse stehen noch aus.

2. Ferner wird die Einrichtung *medizinisch-technischer Zentren* als Dienstleistungszentralen, vor allem für die Erbringung von Röntgen- und Laborleistungen, aber auch anderen medizinisch-technischen Einrichtungen vorgeschlagen. Die Grundidee wurde entwickelt im Wirtschaftswissenschaftlichen Institut der Gewerkschaften und übernommen vom Deutschen Gewerkschaftsbund. Auch in der SPD und bei einigen Krankenkassenverbänden wird das MTZ propagiert. Das MTZ soll nicht nur niedergelassene Ärzte, sondern gleichermaßen auch die Krankenhäuser betreuen und damit eine Brücke zwischen beiden Leistungsbereichen schlagen. Seine Befürworter versprechen sich davon eine bessere Auslastung medizinisch-technischer Investitionen sowie eine gesicherte Qualität der erbrachten Leistungen. Insbesondere könne die Zahl der Doppeluntersuchungen verringert und damit eine Kostenersparnis erzielt werden.

CDU/CSU und FDP lehnen MTZ's ab. Auch die ärztlichen Organisationen und die Deutsche Krankenhausgesellschaft haben sich nachdrücklich dagegen ausgesprochen. Abgesehen von dem damit verbundenen Systemwandel bestreiten sie die behaupteten Vorteile. Eine zusätzliche Institution zwischen Krankenhaus und Praxis würde im Gegenteil nur Erschwernisse schaffen, die die Patientenversorgung schwerfälliger mache und darüber hinaus Kosten verursache. Die behaupteten Vorteile könne man — so die Gegner — nur sehen, wenn man fest an die Überlegenheit eines planwirtschaftlichen Systems gegenüber einem an der Marktwirtschaft orientierten glaube.

3. Diskutiert wird weiterhin die obligatorische *Re-integration niedergelassener Fachärzte an das Krankenhaus*: Nach dieser Vorstellung soll der Facharzt vorwiegend nur noch am Krankenhaus stationiert und hier

gleichermaßen in eigener Praxis ambulant tätig sein sowie innerhalb des Krankenhausbetriebes seine stationären Patienten versorgen. Es gibt eine Reihe von Ländern, besonders ausgeprägt die Niederlande, in denen die ambulante *fachärztliche* Versorgung hauptsächlich am Krankenhaus stattfindet, wobei diese Ärzte insoweit freiberuflich tätig bleiben. Eine Entwicklung in diese Richtung sieht man z. B. innerhalb des Marburger Bundes als möglich an, offenbar auch in der FDP in ihrem neuen gesundheitspolitischen Programm.

4. In diesem Zusammenhang seien die *Praxiskliniken* erwähnt, wie sie etwa in Osnabrück und Karlsruhe als Paracelsusklinik bestehen und in anderen Teilen des Bundesgebietes angestrebt werden. Praxiskliniken dieser Art, die eine ambulante fachärztliche Versorgung mit belegärztlicher Tätigkeit verbinden und wirtschaftlich durch ein Ketten- und Franchisingssystem verbunden sein sollen, sind in der Literatur insbesondere durch Dr. Jeute, den Hauptgeschäftsführer des Verbandes leitender Krankenhausärzte, bekannt geworden. Das Land Rheinland-Pfalz fördert eine weitere Modellklinik dieser Art in Bad Ems; sie wird dabei ideell auch vom Hartmannbund unterstützt. Der Deutsche Ärztetag hat sich in früheren Beschlüssen für eine Prüfung der Idee der Praxiskliniken als neues System der gesundheitlichen Betreuung ausgesprochen. Dabei war man sich selbstverständlich aber von Beginn an klar darüber, daß ein solches *neues* System im Bereich der Grund- und Regelversorgung nur nach und nach realisiert werden könnte.

5. Davon sind Vorschläge zu unterscheiden, die innerhalb der Ärzteschaft für eine belegärztliche Versorgung in *praxisanhängigen Bettenstationen* gemacht werden. Bei ihnen steht nicht das Krankenhaus, sondern die Praxis im Mittelpunkt der Vorstellungen. Dementsprechend sind Einrichtungen dieser Art — man sollte hierfür das Wort Praxisklinik vermeiden — von der Bettenzahl her kleiner, zumeist ganz wesentlich kleiner als die von Jeute propagierten Systemvorstellungen für ein Netz von Praxiskliniken als Ersatz für Krankenhäuser der Grund- und Regelversorgung. Im übrigen ist zu bedenken, daß auch Praxiskliniken des hier gemeinten kleineren Zuschnitts die Zahl der zur Verfügung stehenden

NEU  
von Wellcome

# Eusaprim<sup>®</sup> forte



2 x 1 Tablette täglich  
bei akuten Infekten



*niedrige  
Tageskosten!*

## Einfache Dosierung



DEUTSCHE WELLCOME GMBH

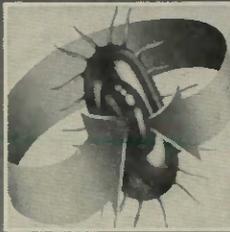
**Zusammensetzung:** 1 Tablette Eusaprim<sup>®</sup> forte enthält 160 mg Trimethoprim und 800 mg Sulfamethoxazol. **Indikationen:** Bakterielle Infektionen der Atemwege, der Harn- und zirkulierenden Hamwege, der Genitalorgane, des Magens-Darm-Traktes, der Haut und andere Infektionen mit empfindlichen Erregern. **Kontraindikationen:** Schwere Lebererkrankungen, schwere Nierenfunktionsstörungen (Anwendung abhängig vom Serumkreatininspiegel), schwere Schäden des hämatopoetischen Systems, Sulfonamidunverträglichkeit, Schwangerschaft und erste vier Wochen der Stillperiode, erste vier Lebenswochen. **Nebenwirkungen:** Gelegentlich allergische Reaktionen (bei Exanthemen Eusaprim<sup>®</sup> forte absetzen) und reversible hämatologische Veränderungen. Bei Langzeitbehandlung regelmäßige Blutbildkontrollen. **Dosierung:** Standard-Dosis für Erwachsene: 2 x 1 Tablette täglich. Minimal-Dosis und Dosis für Langzeittherapie (mehr als vierzehn Tage): 2 x 1/2 Tablette täglich. **Maßnah-Dosis:** 2 x 1/4 Tabletten täglich. **Packungen und Preise (in Mark):** 10 Tabletten 17,70 DM, 25 Tabletten 40,50 DM.

In dieser Jahreszeit häufig:

# akute Infekte



## Eusaprim<sup>®</sup> forte



Zuverlässige Therapie-Erfolge

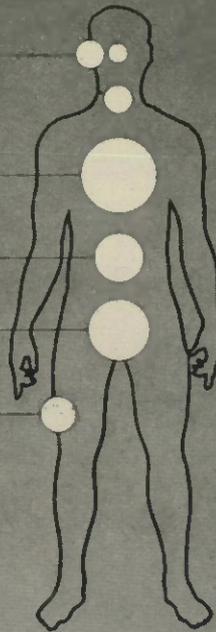
Hals-Nase-Ohren

Atemwege

Magen-Darm-Trakt

Urogenital-Trakt

Haut



**Zusammensetzung:** 1 Tablette Eusaprim<sup>®</sup> forte enthält 160 mg Trimethoprim und 800 mg Sulfamethoxazol. **Indikationen:** Bakterielle Infektionen der Atemwege, der Nieren und ableitenden Harnwege, der Genitalorgane, des Magen-Darm-Traktes, der Haut und andere Infektionen mit empfindlichen Erregern. **Kontraindikationen:** Schwere Leberschäden, schwere Nierenfunktionsstörungen (Anwendung abhängig vom Serumkreatininspiegel), schwere Schäden des hämatopoetischen Systems, Sulfonamidüberempfindlichkeit, Schwangerschaft und erste vier Wochen der Stillperiode, erste vier Lebenswochen. **Nebenwirkungen:** Gelegentlich allergische Reaktionen (bei Exanthemen Eusaprim<sup>®</sup> forte absetzen) und reversible hämatologische Veränderungen. Bei Langzeitbehandlung regelmäßige Blutbildkontrollen. **Dosierung:** Standard-Dosis für Erwachsene: 2 x 1 Tablette täglich. Minimal-Dosis und Dosis für Langzeittherapie (mehr als vierzehn Tage): 2 x ½ Tablette täglich. Maximal-Dosis: 2 x 1 ½ Tabletten täglich. **Packungen und Preise (m. MwSt.):** 10 Tabletten 17,70 DM, 25 Tabletten 40,50 DM



Wellcome

DEUTSCHE WELLCOME GMBH · 3006 BURGWEDEL 1

den Krankenhausbetten nicht verringern, sondern vergrößern. Es stellen sich hier auch Probleme der Krankenhausplanung, etwa ob solche Betten im Krankenhausbedarfsplan nachzuweisen sind.

6. Die *Modifizierung des Belegarztverfahrens*, wie sie der Deutsche Ärztetag 1976 erneut nachdrücklich gefordert hat: Ich persönlich sehe darin eine besonders gute Chance, Krankenhaus und Praxis besser miteinander zu verbinden. Eine solche belegärztliche Tätigkeit setzt keine Praxiskliniken voraus, vielmehr ist es durchaus möglich und sinnvoll, daß die am Krankenhaus tätigen Belegärzte ihre ambulante Tätigkeit außerhalb des Krankenhauses dezentralisiert ausüben. Gegenüber dem bekannten, bisher praktizierten Einzelbelegarztverfahren würden bei konsequenter Modifizierung folgende Vorteile eintreten:

— Eine Fachabteilung würde durch mehrere Belegärzte gleicher Fachrichtung nach Art einer Fachgruppenpraxis betreut werden. Dadurch könnte dem Patienten mehr ärztlicher Sachverstand und mehr ärztliche Erfahrungen gebündelt angeboten werden. Offenbar fehlt es zur Zeit gerade in kleinen Krankenhäusern überhaupt an Fachärzten im Mittelbau.

— Gleichzeitig ist die gegenseitige Assistenz der Ärzte und die ständige Präsenz am Krankenhaus gewährleistet — damit würde einem Vorwurf begegnet, der bekanntlich gegen das bestehende Belegarztverfahren oft mit Recht erhoben wird.

— Auf eine feste Zuweisung von Krankenhausbetten ist zu verzichten, damit auch auf Belegungspflichten für den einzelnen Belegarzt. Der notwendige Ausgleich in der Bettenbelegung wird durch eine möglichst große Zahl von belegenden Ärzten hergestellt.

— Eine durchgängige ärztliche Betreuung möglichst vieler Patienten durch denselben von ihnen frei gewählten Arzt gewährleistet in aller Breite auch die freie Arztwahl im Krankenhaus. Darüber hinaus können gerade durch eine solche durchgängige ärztliche Versorgung am sichersten etwa anfallende Doppeluntersuchungen vermieden und unnötige Aufenthaltszeiten im Krankenhaus verhindert werden.

— Die fachärztliche Versorgung auf dem Lande und in Stadtrandgebieten kann dadurch verbessert werden, daß dort für jüngere Ärzte Möglichkeiten belegärztlicher Tätigkeit bestehen.

Die breite Einführung eines solchen modifizierten Belegarztverfahrens stellt also den Versuch dar, das individualistische System der Vereinigten Staaten mit Einschränkungen, die sich aus dem deutschen Rechtssystem ergeben, in die Bundesrepublik Deutschland zu übertragen. Vor allem jüngere Ärzte, deren Krankenhaustätigkeit noch nicht allzu lange zurückliegt oder die künftig aus dem Krankenhaus ausscheiden, um sich niederzulassen, werden für eine solche belegärztliche Tätigkeit in Betracht kommen. Einen Numerus clausus für die Zulassung zur belegärztlichen Tätigkeit an einem einzelnen Haus sollte es dabei nicht geben. Voraussetzung für ein Funktionieren dieses Modells — ein praktisches Beispiel gibt es dafür schon am DRK-Krankenhaus in Wiesbaden — ist eine wirklich überzeugende Kooperationsbereitschaft der Ärzte. Dazu gehört auch die Bereitschaft, sich gegebenenfalls kollegial kontrollieren und kritisieren zu lassen.

Das modifizierte belegärztliche Verfahren eignet sich nach Auffassung der Bundesärztekammer für alle Krankenhäuser der Grund- und Regelversorgung bis zu etwa 300 Betten, und zwar dort für sämtliche Fachbereiche. Es kann darüber hinaus in bestimmten Fächern auch in größeren Krankenhäusern praktiziert werden.

Für einen Ausbau des Belegarztverfahrens hat sich nachdrücklich jetzt die FDP eingesetzt. Die CSU will das Belegarztwesen da fördern, wo es möglich erscheint. Die CDU hat in ihren vom Präsidium verabschiedeten Leitsätzen sich für die Beleggruppenpraxis eingesetzt.

7. Als Gegenstück zur belegärztlichen Versorgung wird eine (*stärkere*) *Beteiligung der Krankenhausärzte an der ambulanten Versorgung* diskutiert, also eine Ausweitung der bisherigen Kassenbeteiligung auf alle Krankenhausärzte, die über entsprechende Erfahrungen und Kenntnisse verfügen und damit zu eigenständigen Leistungen am Patienten befähigt sind. Besonders wird dies

neuerdings im FDP-Programm gefordert. Die ärztlichen Organisationen möchten eine derartige Beteiligung wie bisher von der Bedürfnisprüfung abhängig machen, also davon, ob es zur Sicherstellung der kassenärztlichen Versorgung notwendig ist, Krankenhausärzte mit speziellen Kenntnissen und Erfahrungen zu beteiligen.

8. Ferner sei hier auch noch einmal das Modell einer *Krankenhausärztlichen Vereinigung* erwähnt. Unabhängig von den damit verbundenen Änderungen in der inneren Struktur des Krankenhauses soll die Krankenhausärztliche Vereinigung nach Meinung ihrer Befürworter auch Möglichkeiten für eine bessere Verflechtung von ambulanter und stationärer Versorgung bieten.

9. Als weitere Bindeglieder zwischen Krankenhaus und freier Praxis sind die sogenannten *krankenhausentlastenden Einrichtungen* zu erwähnen, z. B. Sozialstationen, Kranken- und Pflegeheime. Denn natürlich sollte der Grundsatz gelten: So viel ambulante Behandlung wie möglich und so wenig stationäre Behandlung wie nötig. Dieses schon aus Kostengründen notwendige Prinzip wird in den CDU-Leitsätzen, aber auch im FDP-Programm ausdrücklich betont. Erwähnt seien in diesem Zusammenhang ferner Tag- und Nachtkliniken, also halbstationäre Einrichtungen, besonders für den Bereich der Psychiatrie und der Geriatrie. Die SPD setzt sich in ihren programmatischen Vorstellungen für Pflegeheime und *medizinische Gemeindezentren* ein. Diese Gemeindezentren dürften sich allerdings von Sozialstationen dadurch unterscheiden, daß sie auch ärztliche Betreuung vorsehen und damit praktisch als Ambulatorien anzusehen sind.

Krankenhausentlastende Einrichtungen, die zu einer stationären Aufnahme des Patienten führen (z. B. Krankenpflegeheime) werfen erhebliche Kostenfragen auf: Bleibt der Patient (auch über das Maß des medizinisch Notwendigen) im Krankenhaus, so trägt die Krankenkasse hierfür die Kosten. Wird der Patient dagegen unter Abkürzung der Verweildauer in ein Kranken- oder Pflegeheim verlegt, so gehen die Kosten dort entweder zu seinen eigenen Lasten oder zu Lasten der Sozialfürsorge. Wenn man die Krankenhäuser wirklich ent-

lasten will, müßte man hier zu flexibleren Regelungen kommen.

10. Schließlich sei auf die *vielfältigen Möglichkeiten der technischen Kooperation* hingewiesen, obwohl es sich hier nicht um ein Modell im eigentlichen Sinne handelt. Gemeint ist hier die Zusammenfassung aller Bemühungen, z. B. der ärztlichen Organisationen, aber auch der sonst Beteiligten, um eine bessere individuelle Zusammenarbeit zwischen den Verantwortlichen im Krankenhaus und in der freien Praxis. An Einzelbeispielen seien erwähnt etwa die Mitgabe von Befunden, die schnellere Übermittlung von Arztberichten u. ä. Dieser Bereich klingt am wenigsten spektakulär, ist aber für die derzeitige praktische Arbeit jetzt und heute von enormer Bedeutung. Er müßte sehr schnell weiter ausgebaut werden. Einige Kassenärztliche Vereinigungen und die Kassenärztliche Bundesvereinigung haben die niedergelassenen Ärzte schon wiederholt aufgerufen, die vorstationäre Diagnostik in freier Praxis so intensiv wie möglich zu gestalten, damit in allen hierfür geeigneten Fällen mehr Diagnostik mit ins Krankenhaus geliefert werden kann. In dieser Richtung werden die ärztlichen Organisationen auch durch die programmatischen Vorstellungen der CDU unterstützt.

Nach meiner Auffassung lassen sich durch Anwendung einzelner Vorstellungen, die ich vorstehend skizziert habe, z. B. durch die Einführung des modifizierten Belegarztwesens und die Verstärkung der technischen Kooperation, wesentliche Kosteneinsparungen im Gesundheitswesen erzielen, vor allem eine Verkürzung der Verweildauer und die Einschränkung diagnostischer Maßnahmen. Allerdings sollte man von der Ver-

kürzung der Verweildauer sich allein noch keine Wunderdinge versprechen: Kosteneinsparungen hierdurch lassen sich nicht durch einfachen Dreisatz errechnen, wie dies noch immer geschieht. Vielmehr muß man auch erkennen, daß eine Verkürzung der Verweildauer zu einer Intensivierung der personellen Belastungen im Krankenhaus führen wird.

#### Es fehlt eine „Philosophie“ des Gesundheitswesens

Diese wenigen Aussagen mögen schon zeigen, wie stark Strukturmodelle für das Krankenhaus auch gesellschaftspolitisch geprägt sind. Letztlich geht es dabei um die Frage, ob man eine zentral gesteuerte, primär gesellschaftsorientierte Medizin durchsetzen will, die letztlich zum Versorgungsstaat führt, oder ob man die Einsicht und die Verantwortungsbereitschaft des Individuums in den Vordergrund stellt – wobei ich nicht verkenne, daß es Kompromisse zwischen Extrempositionen gibt und wohl auch geben muß, allein schon wegen der Sozialverpflichtung der Gesundheitsberufe. Es geht ferner darum, ob das Prinzip der Subsidiarität sowohl im Krankenhaus als auch in freier Praxis weiter gelten soll, oder ob man unter Berufung auf die Solidarität auf mehr Institutionalisierung, mehr staatlichen Einfluß und damit letztlich auf Verstaatlichung hinaus will.

Nach meiner Auffassung fehlt im Gesundheitswesen das, was man im englischsprachigen Raum als Philosophie bezeichnet. Bisher gibt es in unserem Gesundheitswesen nur eine Summe von Einzelentscheidungen, die sich grobenteils ergänzen, teilweise aber auch im Wege

stehen. Es müßte in einer künftigen Gesundheits- und Sozialpolitik möglich sein, analog zum System der freien Marktwirtschaft ein wirklich übergeordnetes System von Grundsätzen und Wertvorstellungen zu erarbeiten, an denen Einzelentscheidungen der Politik auszurichten sind. Ein solches Gesundheitssystem, das dann auch mit Recht diese Bezeichnung tragen würde, sollte gleichberechtigt neben das System der sozialen Marktordnung treten; in ihm müßten Eigenverantwortung und Eigeninitiative aller Beteiligten in den Mittelpunkt gestellt und notwendige Entscheidungskompetenzen soweit irgend möglich auf Selbstverwaltungsorganisationen delegiert werden.

Der Staat, der auch im Gesundheitswesen einen immer größeren Wust von Gesetzen, Verordnungen und Erlassen produziert, sollte künftig derartige Eingriffe, die letztlich immer schematisch und bürokratisch gehandhabt werden, unterlassen und stattdessen die Voraussetzungen für das Funktionieren entsprechender, sich selbst steuernder Regelmechanismen schaffen. In diesem Sinne sollte auch diese Zusammenfassung nicht als Aufforderung mißverstanden werden, den Beteiligten als fällig angesehene Strukturereformen nunmehr von oben her durch Gesetz oder Rechtsverordnung aufzuzwingen. Vielmehr sollte an die Einsicht aller Beteiligten appelliert werden, von sich aus neue, den heutigen Gegebenheiten angepaßte Vorstellungen zu entwickeln und neue Strukturen von unten herauf wachsen zu lassen.

Anschrift des Verfassers:

Gerhard Vogt, Tersteegenstraße 31,  
4000 Düsseldorf 30

Leichte und  
mittelschwere  
Herz-  
insuffizienzen

## CONVASTABIL®

zur risikolosen Dauertherapie in der ambulanten Praxis.

**Zusammensetzung:** 100 g enthalten: Extr. fl. Fol. Convallariae 65 g (1 mg Gesamtglycoside pro ml, ber. als Convallatoxin), OXACANT® (Crataeg. oxyacanth.) 35 g.

**Dosierung:** 3 x täglich 20–30 Tropfen vor dem Essen in etwas Flüssigkeit einnehmen.

Bei Bedarf bis 3 x 40 Tropfen.

**Handelsformen und Preise incl. MWSt.:** Tropfen: Flasche 20 ml DM 6,50; 50 ml DM 12,95; 100 ml DM 21,95



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



### Friedrich Kolb 60 Jahre

Am 17. Juli 1977 kann der Stellvertretende Vorsitzende der Kassenärztlichen Vereinigung Bayerns, Dr. Friedrich Kolb, Bucherstraße 11, 8500 Nürnberg, seinen 60. Geburtstag feiern.

Dr. Kolb wurde am 17. Juli 1917 in Ansbach als Sohn des Schulrates Willi Kolb geboren. Er besuchte in Nürnberg vier Jahre die Volksschule, anschließend neun Jahre des Melanchthon-Gymnasium. Ab 1936 studierte Dr. Kolb an den Universitäten München, Berlin und Hamburg Medizin. Das Staatsexamen legte er am 30. Juli 1941 in Berlin ab und promovierte am 15. August 1941. Als Arzt wurde Dr. Kolb am 1. August 1942 durch das Bayerische Staatsministerium des Innern bestellt.

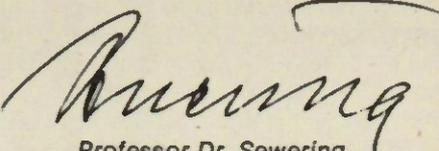
Während des Krieges war Dr. Kolb von 1941 bis 1945 als Truppenarzt, Adjutant einer Armeesanitätsebene und Stationsarzt in einem Feldlazarett eingesetzt. Er wurde mit dem Panzerkampfabzeichen sowie dem EK I. und II. Klasse ausgezeichnet. Nach seiner Weiterbildung an verschiedenen Fachabteilungen des Städtischen Krankenhauses Nürnberg und an der Chirurgischen Universitätsklinik Erlangen ließ sich Dr. Kolb im Februar 1949 als Allgemeinarzt in Nürnberg nieder.

Seit über zwanzig Jahren ist Dr. Kolb in der ärztlichen Standespolitik tätig. Er ist Stellvertretender Vorsitzender des Landesverbandes Bayern des Verbandes der Ärzte Deutschlands – Hartmannbund und Mitglied des Gesamtvorstandes des Hartmannbundes, der ihn mit der Hartmann-Thieding-Plakette auszeichnete. Weiter ist Dr. Kolb Mitglied des Kultur- und Sozialbeirates der Stadt Nürnberg sowie Mitglied des Kuratoriums der Bayerischen Akademie für Arbeits- und Sozialmedizin.

1968 wählten die mittelfränkischen Kassenärzte Dr. Kolb zum Vorsitzenden der KV-Bezirksstelle Mittelfranken. Seither ist er auch Mitglied des Vorstandes der Kassenärztlichen Vereinigung Bayerns, seit 1972 Stellvertretender Vorsitzender des Vorstandes. Die Vertreterversammlung der Kassenärztlichen Bundesvereinigung wählte ihn erstmals 1973 und erneut 1977 zum Mitglied des Vorstandes der Kassenärztlichen Bundesvereinigung.

Unter den Aufgaben, die Dr. Kolb für die kassenärztliche Selbstverwaltung erfüllt, muß besonders die Durchführung des Bayern-Programms zur Förderung der Niederlassung von Ärzten in unterversorgten Gebieten hervorgehoben werden. Dr. Kolb hat sich durch unermüden Einsatz große Verdienste um eine gleichmäßige kassenärztliche Versorgung der Bevölkerung Bayerns erworben.

Die Bayerischen Kassenärzte wünschen Friedrich Kolb weitere fruchtbare Jahre im Dienste der kassenärztlichen Selbstverwaltung und vor allem Erhaltung einer guten Gesundheit. Persönlich danke ich besonders herzlich meinem Kollegen und Mitstreiter Fritz Kolb für seinen mutigen Einsatz in guten und vor allem auch in schlechten Tagen.

  
Professor Dr. Sewering

## Verantwortungsvolle Beratung

Gesetzlich verankerte Mitverantwortung nach der Novella zu § 218 StGB

von G. Iversen

Wer sich heute mitverantwortlich fühlt für das, was morgen wird, wer also der noch allzuoft wirksamen Parole „Ohne mich“ begegnen und dem kurzschlüssigen „Nach-mir-die-Sintflut“-Denken entgegenwirken will, der überlegt sein weiteres Tun natürlich auch da, wo Vorschriften, Verordnungen, Gesetze schon fast alles geregelt zu haben scheinen. Er überlegt die Folgen. — Natürlich!

Oft wäre es so viel einfacher, zu tun, was usus oder beschlossen ist, — was „man“ erwartet. Und die Folgen? Wen trifft es denn, wenn in solcher Art liberalisiert — und schließlich anonymisiert wird? — Vielleicht die Kinder oder auch Enkel, — am Ende „nur“ Ungeborene!

Jetzt und hier allerdings sind wir gefragt, gefordert, gerufen! Die Angehörigen der sogenannten sozialpflichtigen Berufe in besonderer Weise; daran kommen wir — heute wie morgen — nicht vorbei.

Bei Gesetzen und Reformen mögen Politikern manchmal parlamentarische Mehrheiten wie ein Fatum erscheinen; wo sie fatal werden können, ist erhöhte Aufmerksamkeit aller Nachdenklichen geboten. Das heißt: von Schutzlosen wie auch von Ratlosen oder von Suchenden, Hilfslosen, Fragenden bleiben wir angesprochen: Sie haben „Anspruch“ auf eine Beratung, — unsere verantwortungsbewußte Beratung.

### Der Arzt des Vertrauens

hat noch immer — wie aus repräsentativen Umfragen der letzten Jahre bekannt — einen hohen Stellenwert; nicht nur bezüglich seines Sozialprestiges, sondern auch in bezug auf seine Glaubwürdigkeit, das Gewicht seiner Aussage, seines Wortes, seines Urteils. Vielleicht schrieb auch deshalb der ehemalige Bundesjustizminister, MdB Gerhard Jahn

(SPD), gerade neun Monate vor Inkrafttreten des Reformgesetzes zu § 218 StGB an den Autor dieses Beitrages, die Reformbemühungen richteten sich nicht „auf eine bloße Änderung der Strafvorschriften“; vielmehr habe sich seine Fraktion „darum bemüht, die sozialpolitische Seite der Reformaufgabe bewußt zu machen“, deshalb sei bereits im Frühjahr 1973 der Entwurf eines Strafrechtsreformergänzungsgesetzes vorgelegt, der der sozialpolitischen Absicherung der Reform diene. Diesem wurde „gegenüber der Strafrechtsänderung wesentliche Bedeutung“ beigemessen!

Der Anspruch der Versicherten auf ärztliche Beratung beschränkt sich nicht auf Fragen der Empfängnisregelung (und Verordnung empfängnisregelnder Mittel); die ärztliche Beratung soll sich vielmehr gerade auch im Zusammenhang mit dem erwogenen Abbruch einer Schwangerschaft auf die Möglichkeiten ihrer Erhaltung erstrecken. Jahn schrieb damals: „Der umfassenden ärztlichen Beratung wird durch das Gesetz eine Schlüsselstellung zugewiesen. Dem Vertrauensverhältnis zwischen Arzt und Patient wird besondere Bedeutung für die individuelle Entscheidung von Frau und Mann beigemessen. Es wird darum in besonderem Maße auf die deutschen Ärzte ankommen, diese Reform durch ihren Einsatz mitzutragen und mitzuhelfen, daß immer mehr Eltern verantwortungsvolle und bewußte Familienplanung betreiben.“

Ob ärztlicherseits der Optimismus von MdB Jahn geteilt werden kann, ob sich insbesondere seine Hoffnung bestätigt, Ärzte könnten dazu beitragen, „daß Konflikte, die zum Schwangerschaftsabbruch führen, gar nicht erst entstehen“, muß die Zukunft zeigen. Wichtig dürfte die Annahme sein, daß die Auswirkungen des Reformgesetzes nicht zu-

letzt von der Einstellung der Ärzte abhängen werden, die zweifellos — wie erinnerlich — in ihrer großen Mehrheit dieses Gesetz nicht wollten. Nun steht es da — als der erklärte Ausdruck einer parlamentarischen Mehrheit der siebziger Jahre; ein besonders fragwürdiges Reformgesetz, dem es an innerer Folgerichtigkeit fehlt und dessen einzelne (Straf-) Bestimmungen den Ärzten viel mehr Verantwortung aufbürden als den Frauen, um die es eigentlich geht. Zwar gilt auch für die Frauen, daß eine Abtreibung ohne Indikation nicht vorgenommen werden darf. In § 218 Abs. 3 ist aber ein persönlicher Strafausschließungsgrund vorgesehen; danach bleibt eine Frau auch im Falle eines nicht indizierten Schwangerschaftsabbruches straffrei, wenn dieser nach Beratung (wohlgemerkt: nicht Feststellung der Indikation!) „von einem Arzt vorgenommen worden ist und seit der Empfängnis nicht mehr als 22 Wochen verstrichen sind“. Das Gericht kann auch dann von einer Bestrafung der Schwangeren absehen, „wenn sie sich zur Zeit des Eingriffes in besonderer Bedrängnis befunden hat“.

Während die Frau also in praxi stets straffrei bleiben dürfte, drohen Ärzten — bei Verletzung verschiedener Tatbestände — unter Umständen recht empfindliche Strafen. Damit würden sie zu den „Betroffenen“, wenn sie z. B. ihren Ermessensspielraum nicht wirklich gewissenhaft wahrnehmen, sondern großzügig entscheiden würden.

### Die Gefahr einer Beelträchtigung des körperlichen oder seelischen Gesundheitszustandes der Schwangeren

muß vom Arzt tatsächlich als so schwerwiegend angesehen werden, daß sie „nicht auf eine andere ... zumutbare Weise abgewendet werden kann“! — Mit anderen Worten: Aus ärztlicher Sicht muß das gegeben sein, was wir bisher als medizinische oder aber als sozialmedizinische Indikation für so schwerwiegend erachtet haben, daß nach allen Erfahrungen die Fortsetzung der Schwangerschaft mit einem erheblichen Risiko verbunden und folglich nicht zumutbar wäre.

(Fortsetzung Seite 699)

## Kassenarzt in Bayern

### Förderung der Niederlassung durch „Erweitertes Bayern-Programm“

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

### I. Dringlich zu besetzende Kassenarztstellen

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

Bad Steben, Lkr. Hof:

1 Allgemein-/Prakt. Arzt

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

**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 55 500 Einwohner. Zum Einzugsgebiet gehört der gesamte Landkreis Hof einschließlich der ehemaligen Landkreise Naila und Rehau mit ca. 120 000 Menschen. Alle höheren Schulen, gute kulturelle Möglichkeiten, u. a. Theater in Hof. 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 beheimatet, ein Siemens-Werk beschäftigt 3000 Menschen. Hallenwellenbad, Freizeitzentrum wird derzeit gebaut. In der 15 km entfernten Stadt Coburg alle höheren Schulen, ausgezeichnete kulturelle Einrichtungen, Landestheater.

**Rodach bei Coburg:**

1 Allgemein-/Prakt. Arzt

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

**Schönwald, Lkr. Wunsiedel:**

1 Allgemein-/Prakt. Arzt

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

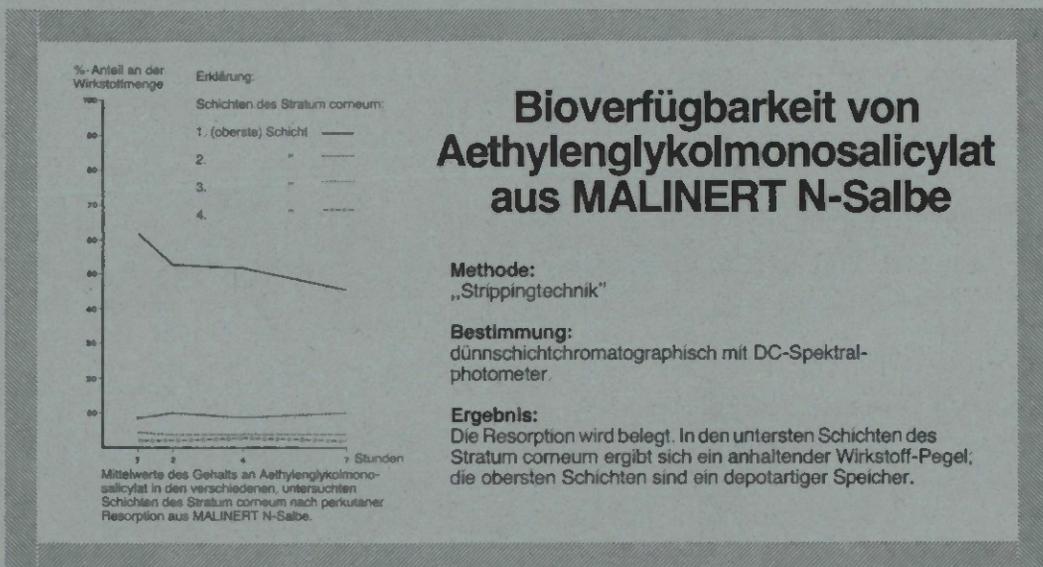
# Malinert®

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

MALINERT-Dragees werden jetzt ergänzt durch:

## Malinert® N-Salbe

- Sie ersetzt die bisherige MALINERT-Salbe
- ist im Geruch wesentlich verbessert
- bei praktisch gleich guter Wirksamkeit mit dem Nachweis der Bioverfügbarkeit.



## Deshalb **Malinert®**-Dragees u. N-Salbe das Spezifikum gegen Rückenschmerzen

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

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

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

100 g MALINERT N-Salbe enthalten: 10 g Aethylenglykolmonosalicylat, 1,250 g Nicotinsäurebenzylester, 3 g Campher, 1 g Menthol.

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

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

Packungsgrößen und Preise (lt. A.T.):  
OP mit 20 Dragees, AV m. MwSt. .... DM 5,85  
Packung mit 50 Dragees, 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 50 1004 · 2 Hamburg 50**

**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 7 a – 9, 8580 Bayreuth.

**KASSENÄRZTLICHE VEREINIGUNG BAYERNS – Bezirksstelle Mittelfranken**

**Vogelsgarten 6, Nürnberg, Telefon (09 11) 4 96 21 – 24**

**Ansbach:**

1 Chirurg mit Unfallbehandlung (D-Arzt-Tätigkeit)

Einwohnerzahl: ca. 39000. Sitz der Regierung von Mittelfranken. Am Ort sind alle wesentlichen Fachgruppen vertreten, jedoch ist derzeit kein Chirurg in freier Praxis niedergelassen. Krankenhäuser und weiterführende Schulen am Ort.

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

1 Nervenarzt

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

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

**KASSENÄRZTLICHE VEREINIGUNG BAYERNS – Bezirksstelle Unterfranken**

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

**Helgenbrücken, Lkr. Aschaffenburg:**

1 Allgemein-/Prakt. Arzt

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

**Wildflecken, Lkr. Bad Kissingen:**

1 Allgemein-/Prakt. Arzt

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

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

## KASSENÄRZTLICHE VEREINIGUNG BAYERNS — Bezirksstelle Oberpfalz

Landshuter Straße 49, Regensburg, Telefon (09 41) 7 50 71

### **Auerbach, Lkr. Amberg-Sulzbech:**

1 Allgemein-/Prakt. Arzt

Auerbach hat 5800 Einwohner (Einzugsgebiet rund 7500 Einwohner), 5 Kassenärzte, ab sofort ist die Praxis eines Allgemeinarztes, der in den Ruhestand getreten ist, 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-Sulzbech:**

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.

### **Schmidmühlen, Lkr. Amberg-Sulzbech:**

1 Allgemein-/Prakt. Arzt

Schmidmühlen hat 2200 Einwohner (Einzugsgebiet rund 4500 Einwohner). 1 Kassenarzt (1 Apotheke). Die Praxis eines verstorbenen Arztes könnte übernommen werden. Nächste Fachärzte in Burglengenfeld und Amberg. Ärztlicher Notfalldienst — 4-Wochen-Turnus. Weiterbildende Schulen in Burglengenfeld.

### **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.

## II. Weitere freie Kassenarztstellen

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

### KASSENÄRZTLICHE VEREINIGUNG BAYERNS

Bezirksstelle 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.

### KASSENÄRZTLICHE VEREINIGUNG BAYERNS

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

#### Allgemein-/Prakt. Ärzte:

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

#### Augenarzt:

Coburg: 1 Augenarzt

#### Hals-Nasen-Ohrenärzte:

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

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

### 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  
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  
Wittelshoten oder Ehingen,  
Lkr. Ansbach 1 Allgemein-/Prakt. Arzt

#### Nervenarzt:

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

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

### KASSENÄRZTLICHE VEREINIGUNG BAYERNS

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

#### Allgemein-/Prakt. Ärzte:

Alzenau, Lkr. Aschaffenburg: 1 Allgemein-/Prakt. Arzt  
Bischotsheim,  
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

**Killingen am Main,  
Lkr. Miltenberg:** 1 Allgemein-/Prakt. Arzt

**Mainstockhelm,  
Lkr. Kitzingen:** 1 Allgemein-/Prakt. Arzt

**Mömbris, Lkr. Aschaffenburg:** 1 Allgemein-/Prakt. Arzt

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

**Schweinfurt:** 1 Allgemein-/Prakt. Arzt

**Unsleben,  
Lkr. Rhön-Grabfeld:** 1 Allgemein-/Prakt. Arzt

**Untertheres, Lkr. Haßberge:** 1 Allgemein-/Prakt. Arzt

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

**Augenärzte:**

**Alzenau, Lkr. Aschaffenburg:** 1 Augenarzt

**Obernburg, Lkr. Miltenberg:** 1 Augenarzt

**Kinderarzt:**

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

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

**Allgemein-/Prakt. Ärzte:**

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

**Obertraubling,  
Lkr. Regensburg:** 1 Allgemein-/Prakt. Arzt

**Hals-Nasen-Ohrenarzt:**

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

**Internist:**

**Vohenstrauß,  
Lkr. Neustadt/WN:** 1 Internist

**Kinderarzt:**

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

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

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

# Unsere Generic-Preise

**Gültig ab  
15. 1. 1977**

Präparate	Handels- formen	DM Preise AVP mit MwSt	Indikationen und Zusammensetzung	Kontraindikationen
<b>allopurinol</b> 100 mg	50 Tabl. 100 Tabl.	8,25 15,75	<b>Gicht, Hyperurikämie</b> 1 Tablette enthält 100 mg allopurinol	Schwangerschaft  Hinweis: Bei gleichzeitiger Einnahme von 6-Mercaptopurin oder Azathioprin ist deren Dosis auf ein Viertel zu reduzieren
<b>allopurinol</b> 300 mg	20 Tabl. 60 Tabl.	9,75 21,50	1 Tablette enthält 300 mg allopurinol	
<b>cinnarizin forte</b> 75 mg	60 Tabl. 100 Tabl.	8,00 13,00	<b>Symptome cerebraler und peripherer Durchblutungsstörungen sowie vestibulärer Beschwerden</b> 1 Tablette enthält 75 mg cinnarizin	Keine bekannt
<b>etilefrin</b> 5 mg	50 Tabl.	8,90	<b>Hypotonie und damit verbundene Kreislaufstörungen, Kreislaufverengungen, Kreislaufkollaps, hypotone Zustände während und nach Infektionskrankheiten</b> 1 Tablette enthält 5 mg etilefrin	Phäochromocytom Thyreotoxikose Engwinkelglaukom  Hinweis: Wirkungsverstärkung bei gleichzeitiger Anwendung trizyklischer Antidepressiva möglich
<b>isosorbiddinitrat</b> 5 mg	20 Tabl. 100 Tabl.	3,50 9,90	<b>Durchblutungsstörungen der Herzkranzgefäße (koronare Herzkrankheit); zur Anfallsbehandlung bei Angina pectoris; zur Vorbeugung von Herzschmerzen auch nach Herzinfarkt</b> 1 Tablette enthält 5 mg isosorbiddinitrat	Schock Hypotone Kollapszustände



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

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

**Allgemein-/Prakt. Ärzte:**

- Anzenkirchen, Lkr. Rottal-Inn:** 1 Allgemein-/Prakt. Arzt  
**Breitenberg, Lkr. Passau:** 1 Allgemein-/Prakt. Arzt  
**Deggendorf:** 1 Allgemein-/Prakt. Arzt  
**Elchendorf,  
 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  
**Vlechtach, Lkr. Regen:** 1 Allgemein-/Prakt. Arzt

**Augenärzte:**

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

**Hals-Nasen-Ohrenarzt:**

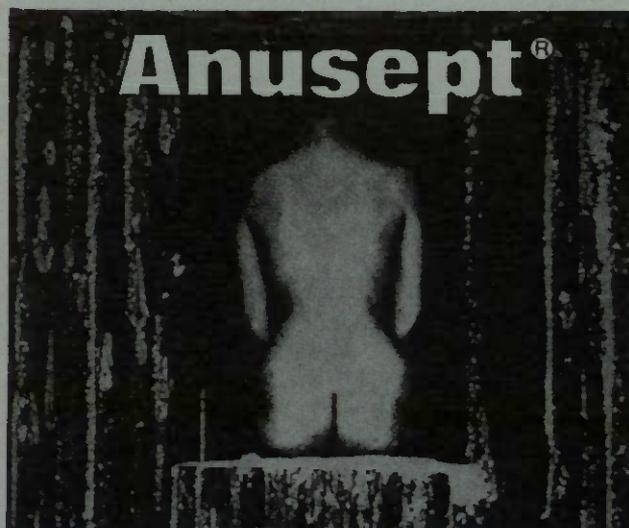
- Simbach/Inn, Lkr. Rottal-Inn:** 1 Hals-Nasen-Ohrenarzt

**Hautärzte:**

- Deggendorf-Stadt:** 1 Hautarzt  
**Passau:** 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.



**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, Ures pure 1 g, Natriumtetraborat 2 g

1 Suppositorium enthält:  
 Bismut. subnitric. 120 mg, Myroxyl. balsam. var. pereir. 100 mg, Zinc. oxydat. 100 mg, Benzocain 40 mg.

**Indikationen:**

Äußere und innere Hämorrhoiden, Analfissuren, Anusjuckreiz, 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

**KASSENÄRZTLICHE VEREINIGUNG BAYERNS**  
 Bezirksstelle Schwaben  
 Frohsinnstraße 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  
**Rogganburg, Lkr. Neu-Ulm:** 1 Allgemein-/Prakt. Arzt

**Nervenanarzt:**

- Stadt Augsburg:** 1 Nervenanarzt (Psychotherapie)

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

**Anusept® - Neu von Kanoldt**

# Indikation zum Schwangerschaftsabbruch

## § 218 a

(1) Der Abbruch der Schwangerschaft durch einen Arzt ist nicht nach § 218 strafbar, wenn

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

(2) Die Voraussetzungen des Absatzes 1 Nr. 2 gelten auch als erfüllt, wenn nach ärztlicher Erkenntnis

1. dringende Gründe für die Annahme sprechen, daß das Kind infolge einer Erbanlage oder schädlicher Einflüsse vor der Geburt an einer nicht behebbaren Schädigung seines Gesundheitszustandes leiden würde, die so schwer wiegt, daß von der Schwangeren die Fortsetzung der Schwangerschaft nicht verlangt werden kann,
2. an der Schwangeren eine rechtswidrige Tat nach den §§ 176 bis 179 begangen worden ist und dringende Gründe für die An-

nahme sprechen, daß die Schwangerschaft auf der Tat beruht, oder

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

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

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

(3) In den Fällen des Absatzes 2 Nr. 1 dürfen seit der Empfängnis nicht mehr als zweiundzwanzig Wochen, in den Fällen des Absatzes 2 Nr. 2 und 3 nicht mehr als zwölf Wochen verstrichen sein.

## Die Auslegung dieses Indikationskataloges

wird zwar durch die unpräzise und weite Fassung erschwert; indessen gibt es eine Leitlinie, die ärztlicherseits auch in diesem Zusammenhang respektiert werden muß: Die *Berufsordnung*. Sie besagt in § 1:

*„Der Arzt dient der Gesundheit der einzelnen Menschen und des gesamten Volkes ... Der ärztliche Beruf verlangt, daß der Arzt seine Aufgabe nach seinem Gewissen und nach den Geboten der ärztlichen Sitte erfüllt. Aufgabe des Arztes ist es, das Leben zu erhalten ...“*

## Die Abtötung Ungeborener

primär zu verhindern, obliegt hier nach dem Arzt, aber auch — nach dem Urteil des Bundesverfassungsgerichtes vom 25. Februar 1975 — dem von uns allen gebildeten Staat! Der Gerichtshof wies nachdrücklich darauf hin, daß *Prävention Vorrang vor Repression* habe

- durch vorbeugende Schwangerschaftsverhütung einerseits sowie
- durch soziale Förderungsmaßnahmen und
- durch eine allgemeine Veränderung der gesellschaftlichen Auffassung andererseits.

Hierauf hinzuwirken kann gewiß nicht allein die Aufgabe der Ärzte sein; ihre Mitwirkungspflicht steht aber außer Zweifel. Damit wird das Gewicht der *Gewissensentscheidung* des einzelnen konsultierten Arztes deutlich. Von ihm können Ratlose und Schutzbedürftige sachkundige Hinweise auf materielle und (psycho-) soziale Förderungsmaßnahmen erwarten; z. B. noch ambivalent gestimmte Frauen, die vielleicht ihr Kind auch austragen möchten, wenn es dem Partner schlecht paßt; und besonders jene Frauen, die in der Labilität der ersten drei Schwangerschaftsmonate keinesfalls mit einer formalen Beratung abgefunden werden sollten, wo es auf Empathie und ärztliche Erfahrung ankommt. Diese besagt, daß bei nicht wenigen Frauen einem legalen Schwangerschaftsabbruch anhaltende Skrupel und psychosexuelle Störungen folgten — von anderen *Komplikationen* ganz abgesehen. Auf diese nachdrücklich hinzuweisen gehört zur Aufklärungspflicht des Arztes. Deshalb seien

## die häufigsten Komplikationen

hier wiederholt (s. auch „Deutsches Ärzteblatt“, Heft 48/1976, S. 332):

1. Lebensbedrohliche Blutungen, die einen Blutersatz erforderlich machen, in 10 Prozent,

2. Verletzungen des Uterus in 2 bis 15 Prozent,

3. Fieber über 38° C länger als 24 Stunden als Zeichen einer Adnexitis bis zu 27 Prozent,

4. Spätkomplikationen (Entzündungen, Blutungsstörungen und ähnliches) bis zu 36 Prozent,

5. nachfolgende Sterilität mit röntgenologisch nachgewiesenem Verschluss der Tuben in 5 bis 10 Prozent (von einzelnen Autoren bis zu 60 Prozent angegeben),

6. häufigere Regelwidrigkeiten nach erfolgtem Abbruch bei erneuter Schwangerschaft, Geburt und Wochenbett, z. B. Placenta praevia, vorzeitige Lösung der normal sitzenden Plazenta, Frühgeburten, Placenta accreta, atonische Nachblutungen, Zervixinsuffizienz als Folge von Zervixrissen; eine Reihe weiterer Komplikationen sind bekannt,

7. schließlich die Mortalität, die in England bei 100 000 legalen Schwangerschaftsabbrüchen mit 34 Todesfällen angegeben wurde.

Wenn trotzdem nunmehr nach den Richtlinien des Bundesausschusses der Ärzte und Krankenkassen eine *ambulante* Durchführung des Schwangerschaftsabbruches offenbar als unbedenklich angesehen wird, muß dies schon *schlankweg unbegreiflich genannt werden!*

## Mindestens drei Tage vor dem Eingriff —

so schreibt es § 218 b zwingend vor — muß die Schwangere von einem Arzt „über die ärztlich bedeutsamen Gesichtspunkte“ und von einem Berater über die zur Verfügung stehenden öffentlichen und privaten Hilfen für Schwangere, Mütter und Kinder beraten worden sein, — „insbesondere über solche Hilfen, die die Fortsetzung der Schwangerschaft und die Lage von Mutter und Kind erleichtern“! Wer ohne diese gesetzlich vorgeschriebenen Beratungen eine Schwangerschaft abbricht, „wird mit Freiheitsstrafe bis zu einem Jahr oder mit Geldstrafe bestraft, wenn die Tat nicht in § 218 mit Strafe bedroht ist“.

Diese Vorschrift ist nur dann nicht anzuwenden, „wenn der Schwangerschaftsabbruch angezeigt ist, um von der Schwangeren eine durch körperliche Krankheit oder Körperschäden begründete Gefahr für ihr Leben oder ihre Gesundheit abzuwenden“.

Im Anschluß an die Beratung wird sich die Ausgabe eines Merkblattes empfehlen. Darauf sollten die bei legal durchgeführten Schwangerschaftsabbrüchen am häufigsten beobachteten Komplikationen zusammengefaßt sein. Sowohl die Beratung wie auch den Empfang des Merkblattes sollte die Schwangere schriftlich bestätigen.

Die dann folgende Drei-Tagesfrist gibt der Schwangeren Gelegenheit, den erwogenen Schritt noch einmal mit ihrem Mann, ihren Eltern oder dem Vater des zu erwartenden Kindes zu bedenken. Bejaht sie den Abbruch trotz reiflicher Überlegung, sollte sie ihren Arzt fragen, wo sie den genehmigten Eingriff durchführen lassen kann. Überraschende Wendungen sind damit allerdings nicht ausgeschlossen!

## Der neue § 218 und das Gesetz über ergänzende Maßnahmen zum 5. Strafrechtsreformgesetz

sind ein Jahr alt. Letzteres hat die Leistungspflicht der gesetzlichen Krankenversicherung auch auf Leistungen im Zusammenhang mit einer legalen Abtreibung erweitert. Hiernach wird ein Schwangerschaftsabbruch unter der Voraussetzung wie eine Krank-

heit im Sinne der RVO behandelt, daß er den gesetzlichen Bestimmungen entspricht. Alle notwendigen medizinischen Leistungen (einschließlich Krankenhausbehandlung) werden also von der Kasse bezahlt! Außerdem vor jedem Eingriff eine ärztliche Beratung über die Erhaltung (und den Abbruch) der Schwangerschaft, genauso wie die ärztliche Beratung über Fragen der Empfängnisverhütung.

*Die den Ärzten übertragene Mitverantwortung wiegt also schwer.* Konstruierte Indikationen kämen selbstverständlich indikationslosen Eingriffen gleich! Sie wären — mit Todesfolge für tausende von Ungeborenen — eindeutig illegal! Würden Ärzte einer solchen Entwicklung Vorschub leisten, dann würde sich die so oft leichtfertig beschworene

## Krise in der Medizin

jetzt tatsächlich herausstellen: Eine bisher noch nicht erlebte Krise! Sie bliebe nämlich nicht auf die Medizin und das Gesundheitswesen beschränkt, sondern dürfte alsbald unsere sozialpolitischen Zukunftsvorstellungen aushöhlen! —

Wenn fadenscheinig begründete Auskratzungen in den ärztlichen Alltag Eingang finden sollten, würde jedenfalls sehr viel mehr riskiert, als bei den 2500 schwer mißgebildeten Kindern, die in der westlichen Welt als Ergebnis der „Contergan-Katastrophe“ beklagt wurden. Ihre Gliedmaßen wurden verstümmelt.

## Dr. Hermann Braun und Dr. Friedrich Kolb wiedergewählt

### Landesversammlung des Hartmannbundes in Bad Windsheim

Auf der Landesversammlung des Hartmannbundes vom 29. April bis 1. Mai 1977 in Bad Windsheim wurde Dr. Hermann Braun erneut zum Vorsitzenden des Hartmannbundes, Landesverband Bayern, gewählt. Zu seinem ersten Stellvertreter wählte die Landesversammlung erneut Dr. Friedrich Kolb. Anstelle von Dr. von Forster, der nicht mehr kandidierte, wurde Dr. Helmut Jäger, Hohenlinden, zum zweiten Stellvertreter gewählt.

In seinem Rechenschaftsbericht nahm Dr. Braun eingehend Stellung zur aktuellen gesundheits- und so-

Jetzt steht das Leben von mehreren hunderttausend Ungeborenen elljährlich in der Bundesrepublik Deutschland auf dem Spiel. Wir haben die Freiheit, primär ungewollte Schwangerschaften unter unseren besonderen Schutz zu nehmen oder — abzubrechen.

Daß wir vor dieser Alternative künftig noch häufiger stehen als bisher, machen die neuen Gesetze deutlich. Zu angemessenen Entscheidungen können die beteiligten Ärzte nur finden

● mit gehörigem ärztlichem und somit auch medizinischem Sachverstand,

● mit gleichbleibend wacher Sorgfalt beim Abwägen, das ein sehr differenziertes Einfühlungsvermögen voraussetzt, und mit

● einem hierauf gegründeten, d. h. wohlfundierten Urteilsvermögen.

Für jeden beteiligten Arzt gilt dies in jedem Einzelfall: Also für jede ratsuchende Schwangere! Der von ihm gutzuheißende oder durchzuführende Eingriff mag zwar technisch nicht sonderlich schwierig sein, wiegt aber so schwer, daß er nur dann vorgenommen werden darf, wenn ihm eine nachprüfbar und rechtfertigende Indikation zugrunde liegt.

Anschrift des Verfassers:

Dr. med. G. Iversen, Präsident der Ärztekammer Schleswig-Holstein, Bismarckallee 1, 2360 Bad Segeberg

zialpolitischen Lage. Er geißelte die Absichten der Koalition zur Änderung des Kessenerztrechtes.

Auf der öffentlichen Kundgebung sprach der erste Vorsitzende der Kassenärztlichen Vereinigung Niedersachsens, Dr. Ernst-Eberhard Weinhold, zum Thema: „Das KVKG — Etappe einer Konfliktstrategie“. Er stellte das Gesetzesvorhaben in den Rahmen bekannter gesundheits- und sozialpolitischer Programme und zeigte die eindeutig systemändernden Zielsetzungen des Gesetzentwurfes auf.

### Konzert am 21. Mai 1977 im Herkulesaal in München

Das Orchester der bayerischen Ärzte, das Reinhard Steinberg im Dezember 1975 mit einem wohl gelungenen Konzert vorgestellt hatte (vgl. Bay-ÄBl. 2/76, S. 115), das im Jahre 1976 mit einer vielbeachteten Aufführung von Mozarts Zeide im Cuvillies-Theater seinen berechtigten Anspruch auf einen vornehmen Platz unter den Münchener Liebhaberorchestern unterstrichen hatte, warb im Mai 1977 in Würzburg (19. 5.), Regensburg (20. 5.) und München für die Aktion „Rette das neue Leben“ (vgl. Bay-ÄBl. 5/77, S. 510).

Das Orchester hat seit seinem Debüt in München zugenommen an Umfang und Qualität; seine Leistungen zeugen von der begnadeten Pädagogik seines Dirigenten, der die nun rund 60 Instrumentalisten – darunter 22 Studenten und Kandidaten – zu einer beseelten Musiziergemeinschaft zusammenfügte, deren klangreines, wohldifferenziertes Spiel selbst die feinschmäcklerischen Ohren verwöhnter Musikfreunde aufhorchen ließ. Das Programm war sehr geschickt zusammengestellt: Es gab Beethoven und Schubert.

Schon der Auftakt zeigte, wie wenig es die Coriolan-Ouvertüre von Beethoven (op. 62) verdient, in den minderen Rang einer dilettierenden Rahmenmusik für Festakte und andere Verlegenheiten abgedrängt zu werden. Die beiden Hauptgedanken, der Trotz des Helden im nervösen Vierteltakt und das gelassen fließende Gegen Thema, fügten sich zur ziselierten Miniatur, feinfühlig und präzise musiziert bis zum todmüden Verklingen des Dramas in den Tiefen der Streicher.

Für den Rezensenten wurde Kernstück des Abends das Tripelkonzert für Klavier, Violine und Violoncello, op. 56, von Ludwig van Beethoven, das wegen seiner Schwierigkeiten in der Besetzung selten gespielte, wegen seiner jeweils vierspurigen Behandlung der Hauptthemen leicht eis schwerfällig und spröde empfundene „Grand Concerto Concertant“ in C-Dur. Den Violinpart hatte Werner Grobholz, das Solo-Cello Helmar Stiehler, beide Konzertmeister der Münchener Philharmoniker, übernommen. Am Klavier: Der Münchener Augenarzt Dr. med. Peter Clemente, der sich nicht nur durch sein Spiel im Bayerischen Ärztetheater, sondern auch durch sein vielfältiges Mitwirken im Münchener Konzertleben (demnächst Schleißheimer Sommer 1977) erstklassige Referenzen erworben hat.

Das Konzert gelang den vier Protagonisten unter der zurückhaltenden Leitung Steinbergs zum glänzenden Erfolg. Im ausführlichen Kopfsatz des Allegro, im klangarten Largo und im packenden Rhythmus der Polonaise fanden die drei Solisten zum ausgewogenen Austausch der Themen und Nebenthemen zusammen: Helmar Stiehler, der mit samtweichem Cello in allen Lagen sicher führt; Peter Clemente, der die trackten Läufe im ersten Satz sicher gewinnt und im Rondo alla Pollaca den schwierigen Klavierpart mit wunderbarem Anschlag meistert; Werner Grobholz, der in ganz exponierten Lagen mühelos mit Staccati, Trillern und Pizzicati glänzt. Zu alledem ein Orchester, das den feinsten Zeichen seines Dirigenten geschmeidig folgt. Das Publikum war hingerissen, viel

„Szenenapplaus“ schon nach dem ersten Satz!

Nach der Pause wurde die „Große C-Dur Symphonie“ von Franz Schubert (D 944) gespielt, die – zunächst verkannt und unbeachtet – von Robert Schumann 1838 wieder ans Tageslicht gebracht worden war, diese Symphonie, die wie wenige ihresgleichen das helle Licht der vollendeten Schöpfung ausstrahlt als musikalische Riesenschiff für die von menschlichen Sinnen begreifbare und begriffene Fülle des Kosmos, in der das seiner selbst bewußt gewordene Menschenherz souveräne Zwiesprache hält mit den zartesten Stimmen des webenden Waldes wie mit dem gleißenden Donnergang der Weltensphären. Schubert hatte dieses Wunder im letzten, im 32. Jahr seines Lebens geschaffen! Das Bayerische Ärztetheater hat diese Symphonie wunderbar musiziert. Besonders hervorgeragt haben die Bläser, großes Lob verdienen die Cellisten sowie das glänzende Zusammenspiel zwischen den Ersten Geigen und dem Maestro, der – vor allem im Allegro vivace des Finale – die Kraft des Orchesters und die akustischen Dimensionen des Herkulesaales voll auskostete, dabei jedoch leider dem zwiesprechenden Menschenherzen vor dem Donnergang der Weltensphären nicht alle möglichen und erwünschten Chancen gab.

Ein großer, ein eindrucksvoller Abend!

Walter Albrecht, München

**JUGENDMARKEN '77**



vom 14. April bis 30. September  
an den Postschaltern

**Ihre Hilfe**  
für behinderte und  
benachteiligte Kinder  
und Jugendliche –

**verwenden Sie  
Jugendmarken**



**Dr. Karl Stollnreuther 90 Jahre**

Ein Gruß voll besonderer Hochachtung und Anerkennung gilt Dr. Karl Stollnreuther, Karlstraße 1e, 8033 Planegg. Er beging am 3. Juli in bewundernswerter geistiger und körperlicher Frische seinen 90. Geburtstag. Schon bald nach dem zweiten Weltkrieg schaltete Dr. Stollnreuther sich aktiv und wirksam innerhalb der „Neuen Liste“ in die Standespolitik Münchens ein. Sein Rat und sein Wissen wurden in der Vorstandschaft des Ärztlichen Kreisverbandes München geschätzt und beachtet. In seiner Eigenschaft als Arzt und Apotheker legte er oft seine Beurteilung von Behandlungsmethoden und neuen Arzneimitteln der Kollegenschaft in gewandter Rede und bei großer Sachkenntnis und Objektivität dar. Bei der Schaffung von Arzneimittelgesetzen, bei der Tätigkeit von Arzneimittelkommissionen wurde seine Stimme nicht überhört. Seine Fähigkeiten auf seinem Spezialgebiet machte sich die KV Münchens zunutze und übertrug ihm lange Zeit die Leitung der Rezeptprüfstelle der KV München-Stadt und -Land. Er ist im übrigen noch heute Mitglied der Vertreterversammlung der Kassenärztlichen Vereinigung Bayerns.

Vielleicht erhält ihn seine vielseitige, vor allem musische Begabung so aktiv. Noch heute wirkt er in einem anerkannten und bekannten Orchester von Amateuren, der „Wilden Gungel“, eifrig und mit Anerkennung mit. Begabung und Begeisterung in künstlerischer Hinsicht ließen ihn auch zum „Vater“ der Künstlergilde der Münchener Ärzte werden, der er Auftrieb gab und wesentlich zu ihrer Wiederbelebung nach dem zweiten Weltkrieg beitrug.

Ad multos annos!



**Dr. Ludwig Diem 95 Jahre**

Am 15. Juli 1977 kann Dr. Ludwig Diem, Lange Gasse 206, 8713 Marktbreit, seinen 95. Geburtstag feiern.

Aus einem Arzthaus kommend und somit schon von Jugend an vertraut mit der Ethik des ärztlichen Berufsstandes, den Sorgen und Belangen der ärztlichen Organisationen, nahm es nicht wunder, daß sich der junge Würzburger Abiturient des neuen Humanistischen Gymnasiums Würzburg, der Tradition des Elternhauses folgend, zum Studium der Medizin entschloß, das er an der Alma Julia mit der Promotion 1906 beendete, um sich nach einer weiteren dreijährigen Ausbildung in Marktbreit als praktischer Arzt niederzulassen. Getragen vom Vertrauen der Bevölkerung übernahm er zusätzlich die Leitung des dortigen Kreiskrankenhauses, die er 40 Jahre lang innehatte.

Gestützt auf die Wertschätzung seiner Kollegen, widmete sich Dr. Diem sehr bald den berufspolitischen Fragen. Er übernahm den Vorsitz der Kitzinger und der Gerolzhofener Ärzteschaft, den Vorsitz des Ärztlichen Bezirksverbandes Unterfranken und wurde 1927 in den Vorstand der Bayerischen Landesärztekammer gewählt, dem er bis 1962 angehörte.

Seit 1920 vertrat Dr. Diem mit der ihm eigenen Umsicht, Klugheit und Tatkraft die Interessen der unterfränkischen Ärzte ununterbrochen, bis das Jahr 1937 seiner verantwortungsbewußten Arbeit aus politischen Gründen ein jähes Ende setzte.

Im Chaos des Jahres 1945 aber erinnerte man sich dann wieder Dr. Diems, und ein Ausschuß aus Würzburger Ärzten und eine in Würzburg

einberufene Allgemeine Ärztesammlung Unterfrankens beriefen Dr. Diem erneut zum ersten Vorsitzenden der „Ärztekammer Mainfrankens“. Eine ungeheure, unübersehbare Aufbauarbeit lag vor ihm, und es entsprach der ernsten Berufsauffassung des Organisators und Berufspolitikers Diem, daß er sich dieser nicht entzog.

Seine erste Sorge galt der wirtschaftlichen Sicherung der Kollegen. Es folgte der Aufbau der einzelnen Standesorganisationen, und zwar nicht allein der unterfränkischen, sondern auch der auf Landes- und Bundesebene, wo sein Wort immer besonderes Gewicht hatte.

Der Ausbau der Ruine des Ärztehauses in der zu 80 Prozent zerstörten Stadt Würzburg erforderte seinen ganzen Einsatz. Zug um Zug wurden die Schwierigkeiten der Raumbeschaffung überwunden, bis Kollege Diem aus dem Erlös des alten Ärztehauses 1956 der unterfränkischen Ärzteschaft in einer eindrucksvollen Feierstunde ein neues Ärztehaus übergeben konnte, ein Verwaltungsgebäude, das der Ordnung und dem steigenden Tempo des Arbeitsablaufes gewachsen war und das nach dem Willen des Erbauers alle ärztlichen Organisationen vereinte und der Fortbildung der Ärzteschaft sowie der Geselligkeit der unterfränkischen Arztfamilien dienen sollte.

Der Dank der deutschen Ärzteschaft kam durch die Verleihung der Paracelsus-Medaille auf dem Deutschen Ärztetag 1968 in Garmisch-Partenkirchen zum Ausdruck.

Ad multos annos!

Professor Dr. Ludwig Demling, Direktor der Medizinischen Klinik und Poliklinik der Universität Erlangen-Nürnberg, Krankenhausstraße 12, 8520 Erlangen, wurde zum Ehrenmitglied der New York Society for Gastrointestinal Endoscopy ernannt.

Professor Dr. H.-J. Merté, Direktor der Augenklinik und Poliklinik der Technischen Universität München, Ismaninger Straße 22, 8000 München 80, erhielt beim Internationalen Glaukokongreß in Hollywood/Florida, die führenden Glaukoforschern zugedachte Founders Medal überreicht.

Aktuelle Forderung  
an den Tages-Tranquilizer

# Keine Beeinträchtigung der Reaktionsfähigkeit\*



# Demetrin®

Anxiolyse Entspannung Beruhigung Harmonisierung Verbesserung der Stimmungslage

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

**Zusammensetzung:** 1 Tablette enthält: 10 mg Prazepam [7-Chlor-1-(cyclopropyl-methyl)-1,3-dihydro-5-phenyl-2H-1,4-benzodiazepin-2-on]. **Indikationen:** Angst, Spannung, Erregung und Unruhe, gesteigerte Reizbarkeit, Stimmungsinstabilität, psychoneurotische Störungen. Funktionelle 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  $\frac{1}{2}$  Tablette, mittags  $\frac{1}{2}$  Tablette und abends eine ganze Tablette einzunehmen. Für eine Langzeitbehandlung reicht im allgemeinen täglich 2-3mal  $\frac{1}{2}$  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 gleichzeitigen Alkoholkonsum kann die individuell unterschiedliche Reaktion nicht vorausgesehen werden. — In der Regel führt Demetrin bei empfohlener Dosierung weder zu störender Sedierung noch zur Beeinträchtigung der Reaktionsfähigkeit. Demetrin kann aber, wie alle psychotrop wirkenden Substanzen, das Reaktionsvermögen, besonders in den ersten Behandlungstagen, individuell beeinträchtigen. Deshalb sollte die Anwendung bei Patienten, die Maschinen bedienen oder sich aktiv im Straßenverkehr bewegen, zu Behandlungsbeginn mit Vorsicht erfolgen und bei Verkehrsteilnehmern die Reaktionsfähigkeit überprüft werden. — Patienten mit Herzinsuffizienz sollen allgemein während einer Therapie mit Benzodiazepinen und anderen Psychopharmaka unter regelmäßiger Kontrolle stehen. — Obwohl tierexperimentelle Teratogenitätstests keinen Hinweis auf eine fruchtschädigende Wirkung angehen ließen, sollte Demetrin in der Schwangerschaft — der gegenwärtigen Auffassung über den Arzneimittelgebrauch entsprechend — nur bei strenger Indikationsstellung verabreicht werden; dies ist ein vorsorglicher Hinweis. Darüber hinaus sollte Demetrin während der Stillperiode nicht gegeben werden, weil spezielle Untersuchungen noch nicht vorliegen. **Handelsformen und Preise:** Packung mit 20 Tabletten zu 10 mg DM 10,80 m. MwSt., Packung mit 50 Tabletten zu 10 mg DM 22,80 m. MwSt., Anstaltspackungen, Stand Januar 77.

GÖDECKE

4650

### Konzeption für Sonderanstalt fertig

Die regelmäßig wiederkehrenden Berichte über aus den Bezirkskrankenhäusern entwichene geistes- kranke Rechtsbrecher sollen in Bayern der Vergangenheit angehören. Nach einem jahrelangen Tauziehen hat das Bayerische Sozialministerium jetzt eine endgültige Konzeption für eine geplante Sonderanstalt für psychisch kranke Rechtsbrecher in Straubing vorgelegt. Damit ist auch den Verantwortlichen in den Bezirkskrankenhäusern ein Alpdruck genommen: Noch in diesem Jahr finden die geistes- kranken Rechtsbrecher eine sichere und menschenwürdige Bleibe.

Über sieben Jahre hat es gedauert, bis eine endgültige Entscheidung gefallen ist. Ende Januar 1970 und dann noch einmal im Dezember 1973 hatte der Landtag die Staatsregierung beauftragt, vordringlich und unverzüglich eine geeignete Einrichtung für die in den Bezirkskrankenhäusern untergebrachten, klinisch nicht behandlungsfähigen geistes- kranken Rechtsbrecher zu schaffen. Das Sozialministerium wurde mit der Federführung bei der Ausarbeitung einer Konzeption für die geplante Anstalt beauftragt. Die von einer Planungsgruppe erarbeitete Konzeption, die im März 1975 von den beteiligten Ministerien, den Vertretern der Arbeitsgemeinschaft der Bezirkstagspräsidenten und des Bezirkes Niederbayern fachlich gebilligt wurde, stieß freilich auf die Bedenken des Finanzministeriums und des Bayerischen Obersten Rechnungshofes. Beide hielten die Konzeption für zu aufwendig geplant. Sie wurde überarbeitet, das Raumprogramm vereinfacht und gestrafft, sowie die Gesamtnutzfläche verringert.

Die Konzeption der Sonderanstalt, die den Zielen und Empfehlungen im Bericht über die Lage der Psychiatrie und den Grundsätzen des Aktionsprogrammes „Psychiatrische

Versorgung in Bayern“ entspricht, geht vom Verwahrungs- und Sicherungszweck für ca. 230 Patienten mit sehr hohem Gefährdungsgrad aus. Berücksichtigt ist auch die Pflege und Überwachungsintensität sowie die speziellen therapeutischen Erfordernisse eines forensisch-psychiatrischen Krankenhauses mit Langzeitcharakter für im engeren Sinne zur Zeit nicht behandlungsfähige Rechtsbrecher. Die Zahl von 230 Betten wurde durch jährliche Erhebungen seit 1973 in den elf Bezirkskrankenhäusern ermittelt, in denen geistes- kranke Rechtsbrecher oder Tatverdächtige untergebracht sind. Ihre Gesamtzahl blieb mit annähernd 800 männlichen Untergebrachten nahezu konstant. Da der weibliche Anteil lediglich 5,7 bis 5,8 Prozent mit leicht rückläufiger Tendenz beträgt und die Unterbringung in den Bezirkskrankenhäusern bisher keine Schwierigkeiten bereitete, wurde eine gesonderte Abteilung für diese Personen für entbehrlich gehalten. Von der Gesamtzahl der männlichen Patienten ist etwa die Hälfte durch klinisch psychiatrische Therapie beeinflussbar und kann in den Bezirkskrankenhäusern behandelt werden.

Die andere Hälfte dagegen, bei der keine akute, mit klinischen Methoden behandlungsfähige psychische Krankheit vorliegt, bei der aber deviante Verhaltensweisen im Vordergrund stehen, bildet den potentiellen Patientenkreis der künftigen Sonderanstalt. Mit ihren 230 Plätzen deckt sie zwar nicht den endgültigen Bedarf restlos, da aber insbesondere die über Sechzigjährigen nicht mehr ein derart hohes Sicherheitsrisiko bilden, daß sie in einer Sonderanstalt untergebracht werden müßten, blieb es bei der Größenordnung von 230 Plätzen. Sie eröffnet einerseits die Möglichkeit, geistes- kranke Rechtsbrecher mit einem hohen Sicherheitsrisiko aus den Bezirkskrankenhäusern herauszunehmen und ausbruchssicher unterzu-

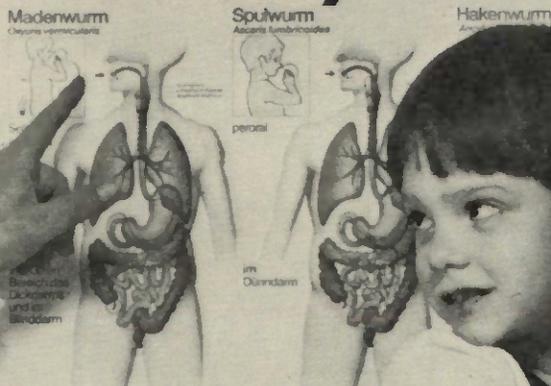
bringen. Gleichzeitig wird ein mehrdimensionales therapeutisches Programm angeboten, mit dem das Sicherheitsrisiko wesentlich gemindert und ein Teil der psychisch kranken Rechtsbrecher soweit gebessert werden können, daß sie in offenen Einrichtungen weiterbehandelt oder einer Rehabilitation zugeführt werden können.

Trotz der verhältnismäßig geringen Zahl der in der Sonderanstalt Untergebrachten ist der Personalbedarf erheblich. Insgesamt werden rund 180 Personen benötigt. Im therapeutischen Bereich wurde ein Schlüssel von 1 : 29 vorgeschlagen, d. h. acht Ärzte bzw. Psychologen für maximal 233 Patienten. Zum Vergleich: Im Bezirkskrankenhaus Haar ist das „feste“ Haus 21 bei 72 Patienten derzeit nur mit zwei Ärzten besetzt.

„Die neue Einrichtung wird nach ihrer Inbetriebnahme wesentlich zur Entflechtung und Entlastung der psychiatrischen Bezirkskrankenhäuser beitragen, einem berechtigten Anliegen der zu schützenden Bevölkerung nachkommen, für die psychisch kranken Rechtsbrecher unter den Bedingungen des Freiheitsentzuges einen sozialintegrierenden Vollzug sicherstellen und damit dieser Randgruppe Schutz und Hilfe gewähren“, heißt es in einem Bericht des Sozialministeriums. Obwohl noch wenig Erfahrungen über die Rehabilitationschancen statistisch gesichert vorliegen, ist das Ressort optimistisch. Wenn das für die Sonderanstalt Straubing vorgesehene Therapie- und Rehabilitationsprogramm verwirklicht wird, rechnet man mit Ergebnissen, wie sie in einer österreichischen Sonderanstalt erzielt wurden. Dort existiert in Mittersteig seit 1963 eine Anstalt, in der die Bedingungen eines Gefängnisses mit denen einer psychiatrischen Einrichtung verbunden sind, ohne jedoch Krankenhauscharakter zu haben. In Mittersteig blieben von 92 in Freiheit entlassenen Patienten 31 nach durchschnittlich 33,6 Monaten rückfallfrei. Acht sind erst weniger als ein Jahr in Freiheit und sechs verstarben inzwischen. Von den insgesamt 92 Personen wurden 37 neben der Gruppenarbeit einer Einzeltherapie unterzogen. Zwei Drittel davon konnten gebessert werden und blieben im weiteren Verlauf rückfallfrei.

Michael Gscheidle

# Wurmzyklen.



**Symptome:** Juckreiz im After  
Leibschmerzen, Übelkeit, Erbs, Verstopfung, allgemeine Unruhe

**Diagnose:** Ei-Nachweis durch Abstrich der Anus Haut (Helmex, Diagnosticskatefen)  
Ei-Nachweis bzw. Wurm-Nach im Stuhl

**Therapie:** **Helmex** – wirksam gegen alle Maden-, S  
Mit einer einzigen Dosis.

**Indikationen:**  
Helmex® (Pyrantelpamoat) ist ein neues, hochwirksames Wurmmittel zur Eindosis-Behandlung von Infestationen mit Enterobius (Oxyuris) vermicularis (Madenwurm), Ascaris lumbricoides (Spulwurm), Ancylostoma duodenale und Necator americanus (Hakenwürmer) bei Kindern und Erwachsenen.  
Nach zur Zeit noch begrenzten klinischen Erfahrungen scheint Helmex® auch sehr wirksam zu sein bei Infestationen mit Trichostrongylus colubriformis.

**Zusammensetzung:**  
1 Kautablette bzw. 5 ml Suspension (= 1 Meßlöffel) enthalten 720 mg Pyrantelpamoat (entspr. 250 mg Pyrantelbase).

**Dosierung:**  
Kinder und Erwachsene erhalten in einer Dosis – ein einziges Mal 1 Tablette bzw. 1 Meßlöffel pro 25 kg Körpergewicht.

**Zur Beachtung:**  
Obwohl Helmex® nur wenig vom Darmtrakt resorbiert wird und Untersuchungen bei Tieren keine teratogenen Wirkungen gezeigt haben, ist Helmex® in der Schwangerschaft nur angezeigt, wenn dies aus ärztlicher Sicht notwendig ist. In seltenen Fällen kann es nach Einnahme von Helmex® zu Erhöhungen der Serumtransaminasen kommen, worauf bei Patienten mit Leberschaden zu achten ist.

**Verträglichkeit:**  
Helmex® ist gut verträglich. Nebenwirkungen, vor allem Erbrechen und Diarrhoe, sind selten. Gelegentlich kann es bei Erwachsenen zu Blähungen kommen. Zusätzliche Diät, Abführmittel oder Darmspülungen sind nicht notwendig.

**Handelformen und Preise:**  
Packung mit 3 Kautabletten DM 11,95, Flasche mit 10 ml Suspension DM 9,25

**Neu zur Familienbehandlung:**  
Flasche mit 50 ml Suspension DM 31,75  
Klinikpackungen

**Pfizer** PFIZER GmbH · Karlsruhe  
Abt. Roerig Pharmazeutika

# System **Helmex**®

## Zuverlässige Wurm-Therapie durch Eindosis-Behandlung

- **Schnell einsetzende Wirkung** – bereits nach 15 Minuten stellen Ascariden ihre Spontanbewegung ein
- **Hohe Erfolgsquoten** 95% bis 100% – Erfolgsquoten bei Maden-, Spul- und Hakenwürmern



**Helmex®** wirkt sofort und gründlich. In einer einzigen Dosis.

**Das Helmex®-System**  
Zur kostenlosen Anforderung

- Bitte ausschneiden und einlesen an Pfizer GmbH, Abt. Roerig Pharmazeutika, Postfach 4949 · 7500 Karlsruhe 1
- Stempel und Unterschrift
- Wandtafel mit Wurmzyklen
- Diagnostikstreifen
- mehrsprachige Patienten-Merkblätter
- Arzter-Muster gemäß AMG § 34 (3)

### Verdienstorden

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

Dr. Hans Burghart, Jägerstraße 21, 8021 Taufkirchen;

Dr. Wilhelm Feßler, Gerwinusstraße 17, 8500 Nürnberg;

Dr. Alfred Gahbauer, Osterfeldstraße 21, 8901 Stadtbergen;

Dr. Hedda Heuser-Schreiber, Brünsteinstraße 13, 8203 Oberaudorf;

Dr. Wolfgang Kau, 8120 Marnbach 14<sup>1/2</sup>;

Leitende Medizinaldirektorin i. R. Dr. Anna Sailer, Königsberger Straße 18, 8520 Erlangen.

Dr. Alfred Taubenberger, Waldfriedhofstraße 38, 8000 München 70, wurde mit der Verdienstmedaille des Verdienstordens der Bundesrepublik Deutschland ausgezeichnet.

Professor Dr. Johannes W. Rohen, Vorstand des Anatomischen Instituts der Universität Erlangen-Nürnberg, Krankenhausstraße 9, 8520 Erlangen, wurde zum Ehrendoktor der Medizinischen Fakultät der Universität Uppsala/Schweden berufen.

Professor Dr. Albrecht Struppler, Direktor der Neurologischen Klinik und Poliklinik der Technischen Universität München, Möhlstraße 28, 8000 München 80, wurde für seine grundlegenden elektromyographischen Untersuchungen von der Deutschen EEG-Gesellschaft mit dem Hans-Berger-Preis 1976 ausgezeichnet.

Professor Dr. Helmut Valentin, Leiter des Instituts für Arbeits- und Sozialmedizin sowie der Poliklinik für Berufskrankheiten der Universität Erlangen-Nürnberg, Rühlstraße 29, 8520 Erlangen, wurde erneut für drei Jahre als unabhängiger Sachverständiger von den Kommissionen der Europäischen Gemeinschaft, Generaldirektion Soziale Angelegenheiten, berufen.

Unser Confrère Dr. med. Otto Richard Baege, am Eckschachen 21, 8970 Immenstadt-Stein, trat kürzlich der Bayerischen Landesgruppe des BDSÄ bei. Über seinen bisherigen Lebenslauf soll er selbst zu Wort kommen: „1920 erblickte ich an der Küste Pommerns, in der altherwürdigen Universitätsstadt Greifswald, das Licht der Welt. Als Altsprachler erzogen, besuchte ich zeitweilig das traditionsreiche Joachimthalsche Gymnasium in Templin und erzielte 1939 die Reifeprüfung in Neuruppin. Nachdem mein Vater den ersten Weltkrieg schwerverwundet überlebt hatte, fraß ein neuer Weltkrieg die nächste Generation. Jetzt kämpfte der Sohn über Jahre an den verschiedensten Fronten im Osten und überlebte diesen Krieg nach leichter Verwundung. Für mich bedeutete das Aufschub des Berufszieles, Arzt zu werden. Geprägt wurde unsere Generation von diesem Chaos und der Völkerwanderung in Mitteleuropa. Für mich verlorene Jugendzeit, ganz zu schweigen vom Opfer der Heimat. Entbehungen führten zum medizinischen Staatsexamen. Nach abgeschlossener Ausbildung erschwerten Zulassungsbeschränkungen den Existenzkampf. Persönliche Schicksalsschläge eröffneten mir die Gabe, mich in Versen zu offenbaren, die des Lesers Gemüt bewegen mögen.“ Soweit er selbst zu seinem Leben.

Confrère Baeges Gedichte spiegeln manches von diesem erfahrenen Leid wider, trotzdem sind sie nicht pessimistisch. So klingt seine Mahnung an uns alle um so beherzigerwerter aus den Versen: „Ihr Menschen, die ihr habt ein Herz, / vergesst nie im Glück den Schmerz, / denn beide sind von Gott gegeben, / drum stellt mit Würde euch daneben.“

Ein Gedichtband ist bereits im Druck und wird noch in diesem Jahr erscheinen. Eine Besprechung desselben wird dann unter der Rubrik

„Bücher von Ärzten für Ärzte“ zu gegebener Zeit vorgenommen werden.

*Dr. med. Robert Paschke, Emskirchen*

### Aus dem Lyrischen Schaffen Baeges

#### Heimatland

Du Land der dunklen Wälder,  
Geheimnis meiner Ruh,  
du Land der weiten Felder,  
Wege meiner Schuh,  
du Land der stolzen Berge,  
zwingst meinen Blick  
stets zu dir zurück, —  
und schon bin ich geborgen.

Du Land alter Treue,  
geliebtes Heimatland,  
jeden Tag aufs neue  
segne Herz und Hand.

Du Land meiner Mutter,  
aus dir bin ich geboren.  
Still in deines Schoßes Glück  
nimm mich einst zurück.

— — —  
Gut, daß der Wald nicht reden kann,  
er müßte viel erzählen,  
vor allen Dingen dann,  
wenn ihm zwei Menschen fehlen.

Denn hier steh'n stumm die Zeugen  
aus einer and'ren Zeit,  
seit sich zwei Menschen beugen  
der eignen Unvollkommenheit.

Der Wald, er bleibt für alle Zeit  
und seine Wipfel rauschen,  
versinkt nicht in Bitterkeit,  
ihr sollt uns allzeit lauschen.

— — —  
Mütter sind wie dunkle Rosen.  
Die Knospe wird zur vollen Pracht,  
wenn Kinder sie umkosen  
mit kleinen Händlein sacht.  
Mutter sein ist volle Blüte.  
Selbstloser Strom von Lebenskraft.  
Sorge, liebe, Herzengüte,  
zehrt an der Rose Lebenssaft.

Auch Mütter welken wie die Rosen,  
Vergänglichkeit ist unser Sein;  
doch immer wird das Kinderkosen  
in meinem Herzen sein.

### Kostendämpfungsgesetz im Vermittlungsausschuß

Bonn, Mitte Juni

Der Chronist würde es vorziehen, auch einmal über ein erfreulicheres Thema als über Kostendämpfung im Gesundheitswesen und über die Rentensanierung zu berichten. Aber dies bleibt vorerst, Apels Steuerpaket ausgenommen, Thema Nr. 1 in Bonn und wohl auch unter den Ärzten. Sie zählen je zu den Betroffenen. Zur Aufgabe des Chronisten zählt es aber sicherlich, darüber zu berichten, daß der Bundesrat die beiden Gesetzentwürfe dem Vermittlungsausschuß zwischen Bundestag und Bundesrat zugewiesen hat. Die klare Stellungnahme der Bundesratsmehrheit der Union macht deutlich, daß Ehrenbergs Sozialpaket in der vorliegenden Fassung keine Chance hat. Das war bei der politischen Konstellation in Hannover und Saarbrücken nicht von Anfang an zu erwarten. Jedenfalls hatten die Sozialdemokraten den neuen Koalitionen von CDU und FDP andere Erwartungen entgegengebracht.

Es ist also nach der Anrufung des Vermittlungsausschusses wieder alles offen, was Raum fürs Spekulieren läßt. Der Chronist geht dabei freilich des Risiko ein, von der politischen Entwicklung bis zum Erscheinungstag dieses Heftes überholt zu werden. Es könnte nämlich sein, daß die politische Entscheidung über das Gesetzespaket bis zum 24. Juni fällt. Das setzt allerdings voraus, daß ein Vermittlungsverfahren ausreicht, um die kontroversen Standpunkte zwischen Koalition und Opposition, zwischen A-, B- und C-Ländern, wie die Länder im Bonner Jargon klassifiziert werden, auszuräumen. A-Länder, das sind die von SPD und FDP regierten Länder. Die B-Länder werden von CDU und CSU regiert, und in den C-Ländern haben CDU und FDP zusammengefunden. Die politischen Verhältnisse sind also kompliziert, und es wird nicht leicht sein, zu tragfähigen politischen Kompromissen zu kommen, die auch sachlicher Kritik standhalten.

Die Hoffnungen, daß sich Ehrenbergs Gesetzentwürfe noch entscheidend verbessern ließen, sollten nicht zu hoch geschraubt werden. Dafür gibt es vor allem drei Gründe:

1. Die Länder haben die grundsätzlich feilsche Weichenstellung, nämlich die Krankenversicherung zusätzlich mit Milliarden-Beträgen der Rentner-Krankenversicherung zu belasten, akzeptiert. Wenn die Länder darauf bestehen, daß der Zuschuß der Rentenversicherung nicht auf elf Prozent der Rentenausgaben festgeschrieben wird, sondern sich am durchschnittlichen Beitragssatz der Krankenkassen orientieren soll, so bedeutet dies nur, daß die Belastung, die Ehrenberg den Krankenkassen zugedacht hat, auf längere Sicht nicht ganz so drückend sein wird.

2. Der politische Manövrierspielraum der C-Länder ist begrenzt. Die Freien Demokraten in Hannover und Saarbrücken stehen unter dem Druck ihrer Parteispitze in Bonn, die Gesetzentwürfe nicht zu blockieren. Wesentliche Änderungen ließen sich aber wohl nur dann durchsetzen, wenn die Bundesratsmehrheit notfalls entschlossen wäre, das Kostendämpfungsgesetz scheitern zu lassen.

3. Auch einige CDU-Länder steuern auf Kompromißkurs, um zu verhindern, daß ihnen am Ende der „Schwarze Peter“ zugesteckt wird, wenn sich die „Konzertierte Aktion“ als ein Fehlschlag erweisen sollte.

So war man im Bundesrat freundlich miteinander. Ehrenberg vermied – entgegen sonstiger Gewohnheit – alle provozierenden Äußerungen. Auch Geißler (CDU) hütete sich, die politischen Gräben zu vertiefen. Und die Vertreter Niedersechens und der Saar entschuldigten sich für ihr Nein zu den Gesetzen mit dem Hinweis, daß eben die SPD/FDP Koalition im Bundestag alle Kompromißsignale ignoriert habe. Der Bundesrat hat rund 100 Änderungsbegehren angemeldet, was das Verfahren komplizieren muß, zumal im Vermittlungsausschuß ja nur wenige Kenner des Sozialversicherungsrechtes sitzen. In der Hauptsache wird es aber um folgende Punkte gehen:

*Rentenversicherung:* Der Zuschuß der Rentenversicherung für die Krankenversicherung der Rentner soll jeweils dem durchschnittlichen Beitragssatz der Krankenkassen entsprechen. Für den Fall, daß die Renten 1979 und 1980 nicht

nech der Brutto Lohnentwicklung eingepaßt werden können, soll ein Krankenversicherungsbeitrag der Rentner eingeführt werden, um die Brutto-Rentenformel zu retten. Für die berufliche Rehabilitation soll die Rentenversicherung zuständig bleiben; die Länder lehnen die Verlagerung dieser Aufgabe zur Bundesanstalt für Arbeit ab. Das Abschmelzen der Rücklage bis auf eine Monatsausgabe wird als nicht vertretbar angesehen. Die von der Koalition beschlossene Abwertung der Ausbildungszeiten soll gestrichen werden. Kinderzuschüsse und Verdienstgrenzen bei Inanspruchnahme der flexiblen Altersgrenze sollen dynamisch bleiben.

*Krankenversicherung:* Die Ländermehrheit wünscht auf gesetzlicher Grundlage eine „Konzertierte Aktion“ aller am Gesundheitswesen Beteiligten. Ziel soll die bestmögliche Versorgung der Bürger zu tregbaren Preisen sein. Es werden freiwillige Vereinbarungen der Vertragspartner zur Kostendämpfung angestrebt. Es ist fest damit zu rechnen, daß die Konzertierte Aktion im Gesetz verankert wird. Die Frage ist, ob den Vertragspartnern, wie Ehrenberg dies wünscht, zusätzlich gesetzliche Rahmenbedingungen vorgegeben werden. Der Bundesrat hat es abgelehnt, daß sich die Ausgaben für ärztliche Behandlung an den Daten des Jahreswirtschaftsberichtes der Bundesregierung orientieren. Auch hat er festgestellt, daß Arzneimittelhöchstbeträge die Verwaltungspraxis der Ärzte in bedenklicher Weise beeinträchtigen könnten. Der vorgesehene Einzelregreß beim Überschreiten des Höchstbetrages sei verwaltungsmäßig nicht durchführbar. Drei weitere Punkte sind von politischem Gewicht. Die Länder haben sich dafür ausgesprochen, daß die Bestimmungen, die sich auf das Krankenhauswesen beziehen, aus dem Gesetz herausgenommen werden; es wird eine umfassende Novellierung des Krankenhausfinanzierungsgesetzes angestrebt. Die Beitragsbemessungsgrenze soll nicht angehoben und nicht von der Pflichtgrenze gelöst werden. Die Länder haben darauf aufmerksam gemacht, daß die Bezieher mittlerer Einkommen, die von dieser Maßnahme betroffen würden, ohnehin mehrfach belastet würden. Und schließlich sollen die Ersatzkassen nicht, wie vorgesehen, der RVO unterworfen werden. Die CDU/CSU will den Ersatzkassen einen Rest von Eigenständigkeit bewahren.

Der Ländermehrheit im Bundesrat ist in den nächsten Wochen politisches Stehvermögen zu wünschen. Fast alles hängt freilich von den FDP-Vertretern im Vermittlungsausschuß ab.

bonn-mot

## Kongresse

### 18. Erlanger Einführungskurs in die gastroenterologische Endoskopie, Biopsie und Zytologie

vom 17. bis 20. Oktober 1977 in Erlangen

Leitung: Privatdozent Dr. H. Koch, Privatdozent Dr. W. Rösch, Privatdozent Dr. P. Frühmorgen, Erlangen

Auskunft:

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

### 5. Internationaler Herbst-Seminar-Kongreß für Sozialpädiatrie

vom 26. August bis 3. September 1977 in Brixen

Veranstalter: Deutsche Gesellschaft für Sozialpädiatrie gemeinsam mit der Aktion Sonnenschein – Hilfe für das mehrfachbehinderte Kind e. V. und dem Institut für Psychohygiene des Erftkreises in Zusammenarbeit mit dem Internationalen Grünen Kreuz, Genf

Leitung: Professor Dr. Th. Hellbrügge, München, Professor Dr. G. Biermann, Brühl b. Köln, Professor Dr. K. Harfug, Berlin

Thema: Hilfe für das behinderte Kind

Im Rahmen dieses Kongresses findet als Sonderseminar auch ein psychotherapeutischer Lehrgang statt, der in Verbindung mit weiteren Lehrgängen zum Zusatztitel „Psychotherapie“ verhelfen soll. – An-

meldung zu diesem Lehrgang: Institut für Psychohygiene des Erftkreises, Kaiserstraße 6-8, 5040 Brühl

Auskunft und Anmeldung:

Aktion Sonnenschein, Gullstraße 3, 8000 München 2, Telefon (0 89) 77 90 37

### 3. Fortbildungskurs in praktischer Kinderkardiologie

In Verbindung mit einem Einführungsseminar in die Elektrokardiographie des Kindesalters

am 21./22. Oktober 1977 in Erlangen

Leitung: Professor Dr. H. Guthell, Erlangen

Auskunft:

Sekretariat der Kardiologischen Abteilung der Universitäts-Kinderklinik, Loschgestraße 15, 8520 Erlangen, Telefon (0 91 31) 85 37 50

### Fortbildung in praktischer Kardiologie in Erlangen

Leitung: Professor Dr. K. Bachmann, Erlangen

EKG-Seminar am 26./27. Oktober 1977

Klinische Visiten und Vorträge am 28./29. Oktober 1977

Auskunft:

Medizinische Poliklinik der Universität Erlangen-Nürnberg, Östliche Stadtmauerstraße 29, 8520 Erlangen, Telefon (09131) 85 - 39 06

## Veranstaltungskalender der Bayerischen Akademie für Arbeits- und Sozialmedizin

21. November bis 2. Dezember 1977

Einführungsehrgang in die betriebsärztliche Tätigkeit (§ 4 ASiG, arbeitsmedizinische Fachkunde)

23. Januar bis 3. Februar 1978

Einführungsehrgang in die betriebsärztliche Tätigkeit (§ 4 ASiG, arbeitsmedizinische Fachkunde)

13. Februar bis 10. März 1978

B-Kurs für Arbeitsmedizin (Weiterbildung für die Erlangung der Zusatzbezeichnung „Arbeitsmedizin“ bzw. „Betriebsmedizin“)

3. bis 14. April 1978

Lehrgang Epidemiologie und epidemiologische Methodik I und II

5. bis 30. Juni 1978

A-Kurs für Arbeitsmedizin (Weiterbildung für die Erlangung der Zusatzbezeichnung „Arbeitsmedizin“ bzw. „Betriebsmedizin“) – wegen der starken Nachfrage eingeschoben

20. bis 22. September 1978

Arbeitsmedizinische Fortbildung

2. bis 27. Oktober 1978

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

27. November bis 8. Dezember 1978

Einführungsehrgang in die betriebsärztliche Tätigkeit (§ 4 ASiG, arbeitsmedizinische Fachkunde)

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

Für die Einführungsehrgänge in die betriebsärztliche Tätigkeit wird eine Gebühr erhoben. Alle anderen Veranstaltungen sind vorerst gebührenfrei.

Eine Teilnahme an den Veranstaltungen ist nur nach vorheriger schriftlicher Anmeldung und erfolgter Bestätigung durch die Akademie möglich. Platzreservierungen können ausschließlich in der Reihenfolge des Posteinganges berücksichtigt werden.

Das detaillierte Programm wird zum gegebenen Zeitpunkt bei vorliegender Anmeldung zugesandt. Änderungen und Neuaufnahmen von Veranstaltungen bleiben vorbehalten.

Zimmerbestellungen: Fremdenverkehrsamt der Stadt München, Rindermarkt 5, 8000 München 2, Telefon (0 89) 23 91 1

Auskunft und Anmeldung:

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

## Einführungsehrgänge für die kassenärztliche Tätigkeit

Die Kassenärztliche Vereinigung Bayerns veranstaltet am

17. September 1977

29. Oktober 1977

26. November 1977

Im Ärztehaus Bayern, Mühlbauerstraße 18, 8000 München 80, Einführungsehrgänge für die kassenärztliche Tätigkeit.

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

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

Die Teilnehmergebühr ist am Tage des Einführungsehrganges zu bezahlen.



# Kaliumbewahrendes Saluretikum **MODURETIK**<sup>®</sup>

MODURETIK<sup>®</sup> wurde entwickelt, um Ödema besser beherrschen zu können, bei gleichzeitig besserer Stabilisierung des Elektrolytgleichgewichts und des Säure-Basen-Gleichgewichts.

#### Zusammensetzung

Eine Tablette MODURETIK<sup>®</sup> 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 Nierentfunktion nicht beeinträchtigt ist, Leberzirrhose mit Aszites. MODURETIK<sup>®</sup> kann bei leichter bis mittelschwerer Hypertonie allein gegeben werden. Bei Kombination mit Antihypertonika ist zu beachten, daß MODURETIK<sup>®</sup> deren Wirkung verstärkt. Deshalb kann bei zusätzlicher Gabe von MODURETIK<sup>®</sup> eine Reduktion der Dosis der blutdrucksenkenden Substanzen in Einzelfällen bis zur Hälfte der zu verabreichenden Antihypertonika-Dosis erforderlich werden.

#### Kontraindikationen

Erhöhter Serum-Kaliumspiegel (> 5,5 m Äq/l). Zugebe von kaliuresehemmenden Substanzen oder Kalium-

substitution. Anuria, 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 1x täglich 1 Tablette MODURETIK<sup>®</sup>. Im Bedarfsfall kann die Dosierung bis auf 4 Tabletten/Tag gesteigert werden. Sobald eine ausreichende Diurese erreicht ist, kann die Dosis reduziert werden. Wie bei jeder diuretischen Therapie soll die Dosis dem Gewichtsverlust (0,5 bis 1 kg/dia) 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<sup>®</sup> während der Schwangerschaft liegen noch keine ausreichenden klinischen Erfahrungen vor. Thiazide treten in die Muttermilch über. Ist es nötig, MODURETIK<sup>®</sup> während der Laktation zu geben, sollte abgestillt werden. Der

Harnsäurespiegel bei Patienten mit Gichtanamnese ist zu kontrollieren, da die Auslösung von Gichtanfällen begünstigt werden kann. Vor Einleitung einer MODURETIK<sup>®</sup>-Behandlung ist der Zustand der Nierentfunktion bei Patienten mit Diabetes oder Diabetes-Verdacht sorgfältig zu kontrollieren. Ist die Durchführung eines Glukosetoleranztestes erforderlich, sollte MODURETIK<sup>®</sup> 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 eutmerkensame Durchsicht wir empfehlen.

**MSD**  
**SHARP & DOHME**

# Die meldepflichtigen übertragbaren Krankheiten in Bayern im Monat April 1977 \*)

(Zusammengestellt aufgrund der Wochenmeldungen)

Bei Scharlachkrankungen ging im April die Maldeziffer zurück, und zwar von 60 im März auf 43 je 100 000 Einwohner, jeweils auf ein Jahr umgerechnet. Erkrankungen an übertragbarer Hirnhautentzündung traten mit 4 Fällen auf

100 000 Einwohner ebenso häufig wie im Vormonat auf.

Ebenfalls unverändert häufig wurden im April Erkrankungen an Salmonellosa gemeldet, nämlich 23 je 100 000 Einwohner.

Geringfügig niedriger als im Vormonat war die Erkrankungsziffer an Hepatitis infectiosa (übertragbare Leberentzündung); von 28 Fällen im März sank die Ziffer auf 23 im April, jeweils auf 100 000 der Bevölkerung.

## Neuerkrankungen und Sterbefälle in der Zeit vom 4. April bis 1. Mai 1977 (vorläufiges Ergebnis)

Gebiet	1		2		3		4		5		6		7		8		9		10		11		12	
	Diphtherie		Scharlach		Übertragbare																			
					Kinderlähmung		Hirnhautentzündung				Gehirnentzündung		Typhus abdominalis		Paratyphus A und B		Bakterielle Ruhr ohne Amöbenruhr		Enteritis infectiosa				Botulismus	
	Meningokokkenmeningitis		übrige Formen				Salmonellose		übrige Formen															
E <sup>1)</sup>	ST <sup>2)</sup>	E	ST	E	ST	E	ST	E	ST	E	ST	E	ST	E	ST	E	ST	E	ST	E	ST	E	ST	
Oberbayern	-	-	178	-	-	-	6	1	7	-	-	-	1	-	-	-	7	-	82	-	-	-	-	-
Niederbayern	-	-	16	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	1	-	15	-	6	-	-	-
Oberpfalz	-	-	22	-	-	-	-	-	3	-	-	-	-	-	-	-	1	-	10	-	-	-	-	-
Oberfranken	-	-	32	-	-	-	2	-	6	-	1	-	-	-	-	-	-	-	18	-	2	-	-	-
Mittelfranken	-	-	28	-	-	-	2	-	8	-	1	-	-	-	-	-	1	-	20	-	3	-	-	-
Unterfranken	-	-	34	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	1	-	24	-	1	-	-	-
Schwaben	-	-	48	-	-	-	2	-	1	-	-	-	-	-	-	-	3	-	21	1	6	-	-	-
Bayern	-	-	358	-	-	-	12	1	25	-	2	-	1	-	-	-	14	-	190	1	18	-	-	-
München	-	-	90	-	-	-	-	-	1	-	-	-	1	-	-	-	3	-	43	-	-	-	-	-
Nürnberg	-	-	5	-	-	-	1	-	1	-	-	-	-	-	-	-	-	-	7	-	-	-	-	-
Augsburg	-	-	2	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	1	-	3	-	-	-	-	-
Regensburg	-	-	1	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	1	-	-	-	-	-	-	-
Würzburg	-	-	3	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	5	-	1	-	-	-
Fürth	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	3	-	2	-	-	-
Erlangen	-	-	1	-	-	-	-	-	1	-	-	-	-	-	-	-	-	-	1	-	-	-	-	-

Gebiet	13		14		15		16		17		18		19		20		21		22		23		24	
	Hepatitis infectiosa		Ornithose				Mikrosporidien		Amöbenruhr		Brucellose		Malaria		Q-Fieber		Toxoplasmose		Verdachtsfälle von Tollwut <sup>3)</sup>					
			Psittacose		übrige Formen						Bengische Krenkhelt		übrige Formen								Ersterkrankung		Rückfall	
	E	ST	E	ST	E	ST	E	ST	E	ST	E	ST	E	ST	E	ST	E	ST	E	ST	E	ST	E	ST
Oberbayern	60	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	2	-	-	-	6	-	2	-	-	-	11
Niederbayern	9	-	-	-	-	-	-	-	-	1	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	1
Oberpfalz	18	2	-	-	-	-	-	-	-	-	-	1	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	17
Oberfranken	10	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	1	-	-	15
Mittelfranken	34	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	5	
Unterfranken	34	1	-	-	-	3	-	-	-	-	-	-	-	2	-	1	-	-	-	-	3	-	-	-
Schwaben	24	-	-	-	-	-	-	1	-	-	-	-	-	1	-	-	-	-	-	-	-	-	15	
Bayern	189	3	-	-	-	3	-	1	-	1	-	1	-	5	-	1	-	6	-	6	-	-	64	
München	25	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	1	-	-	-	5	-	1	-	-	6	
Nürnberg	5	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	
Augsburg	3	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	1	-	-	-	-	-	-	-	-	-	
Regensburg	-	1	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	
Würzburg	1	-	-	-	-	2	-	-	-	-	-	-	-	1	-	-	-	-	-	-	1	-	-	
Fürth	4	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	2	
Erlangen	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	

\*) 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 Berühren eines solchen Tieres oder Tierkörpers.

## Schnell informiert

### Fremdenverkehrsabgabe vom Arzt?

In diesen Tagen erhalten die Ärzte in den Fremdenverkehrs-orten Bayerns wiederum die Aufforderung, eine Erklärung zur Veranlagung des Fremdenverkehrsbeitrages abzugeben.

Nach den gemeindlichen Satzungen für die Erhebung des Fremdenverkehrsbeitrages, welche in der Regel der vom Bayerischen Staatsministerium des Innern ausgearbeiteten Mustersatzung entsprechen, sind Beitragsschuldner „alle selbständig natürlichen und juristischen Personen, denen durch den Fremdenverkehr im Gemeindegebiet unmittelbar oder mittelbar wirtschaftliche Vorteile erwachsen“. Unter diesen Personenkreis rechnen auch, wie der Bayerische Verfassungsgerichtshof am 13. Oktober 1951 festgestellt hat, die Angehörigen der freien Berufe.

Gefordert werden für die Erklärung Angaben über die gesamten Einnahmen, die Betriebseinsparungen, die auf des Anlagevermögen entfallenden Abschreibungen und Kapitaleinsatzkosten (Zinsen), sowie die Versicherung der Richtigkeit und Vollständigkeit der Erklärung.

Nunmehr soll durch einen Musterprozeß geklärt werden, ob die Gemeinden die obigen Zehlenenangaben zu Recht verlangen oder ob sie sich mit der Angabe des ausschließlichen für die Behandlung von Feriengästen erzielten Umsatzes begnügen müssen.

Zu dieser Frage hat der Verwaltungsgerichtshof Baden-Württemberg in seiner, allerdings für Bayern nicht verbindlichen Entscheidung vom 8. April 1976 (V 283/75) u. a. ausgeführt:

„Nach § 1 Abs. 1 der Fremdenverkehrsabgabe-Satzung wird von allen natürlichen und juristischen Personen, denen im Gemeindegebiet der Beklegten aus dem Kurbetrieb oder dem Fremdenverkehr unmittelbar oder mittelbar besondere wirtschaftliche Vorteile erwachsen, eine Fremdenverkehrsabgabe erhoben. Im Beispielskatalog des Abs. 2 der Vorschrift sind die Zahnärzte als abgabepflichtig besonders erwähnt. Maßstab für die Festsetzung der Abgabe sind die besonderen wirtschaftlichen Vorteile, die den Abgabepflichtigen aus dem Kurbetrieb oder dem Fremdenverkehr in der Gemeinde erwachsen. Solche Vorteile erlangt der Kläger nur durch die Behandlung von Fremden, nicht auch durch die Behandlung von Personen, die im Fremdenverkehrsgewerbe tätig sind oder denen in anderer Weise durch den Fremdenverkehr Vorteile geboten werden.“

Empfohlen wird daher, in der Erklärung zur Veranlagung des Fremdenverkehrsbeitrages 1976 lediglich den „durch die Be-

handlung von Fremden erzielten Umsatz“ anzugeben und, sollte etwa ein Erzwingungsgeld wegen Nichtabgabe der Erklärung festgesetzt oder ein von der Erklärung abweichender Bescheid erlassen werden, dagegen fristgemäß Einspruch einzulegen.

Mitgeteilt von Rechtsanwalt Hanns Braun  
Fachanwalt für Steuerrecht, München

### Informationsbericht des Deutschen Zentralkomitees zur Bekämpfung der Tuberkulose

Der 7. Informationsbericht des Deutschen Zentralkomitees zur Bekämpfung der Tuberkulose ist jetzt erschienen und enthält zusammenfassende Darstellungen der Urogenitaltuberkulose, der Tuberkulose im Kindesalter, Empfehlungen zur Beurteilung der Schulfähigkeit nach Tuberkuloseerkrankung sowie statistische Angaben über die Tuberkulosesituation 1974/75 in der Bundesrepublik Deutschland und Vergleiche zur Situation in benachbarten Staaten.

Dieser Bericht kann beim Deutschen Zentralkomitee zur Bekämpfung der Tuberkulose, Poppenhusenstraße 14 c, 2000 Hamburg 60, angefordert werden. Bezugspreis: Selbstkosten DM 15,-, zuzüglich Porto.

### Forschungslabor als Servicebetrieb

Neue Technologien heben es oft schwer, rasch zur medizinischen Anwendung zu gelangen. Ein Beispiel dafür ist die Lasertechnik. Laserstrahlen können lebendes Gewebe am Auftreffort berührungsfrei erhitzen und dadurch die getroffenen Blutgefäße verschließen. Sie eignen sich deshalb im Prinzip dazu, Operationen blutsparender als bisher durchzuführen.

Doch nicht nur die Chirurgie allein, besonders die Spezialbereiche der kurativen Medizin wie die Urologie mit ihren endoskopischen Arbeitsmethoden, die operative Gastroskopie, die Hals-, Nasen- und Ohrenheilkunde, die Gynäkologie und die Neurochirurgie mit ihren mikroskopischen Techniken könnten mit Vorteil Laserstrahlen zur Blutstillung bzw. zur Vermeidung von Blutungen einsetzen.

Um die therapeutischen von den schädlichen Wirkungen der Laserstrahlen abzugrenzen, sind umfangreiche Tierversuche notwendig. Dazu hat die Gesellschaft für Strahlen- und Umweltforschung (GSF) in München ein zentrales Laboratorium eingerichtet, das seit Herbst 1973 von Fachärzten verschiedener Kliniken, die an dieser Neuerung interessiert sind, benutzt wird.

Das Labor verfügt über drei verschiedene leistungsstarke Lasersysteme und über die vollständige Ausstattung, wie sie für Operationen benötigt wird. Die auf dem Institutsgelände der GSF vorhandenen Tierhaltungen sichern die Versorgung



## RECORSAN-LIQUID.

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

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

In 100 ml: Rutin solub. 0,6 g, Alkohol. Auszüge aus: Crataegus 37,5 g, Adonis,  
Visc. alb. 87 g, Apium grav. Auricul. 73 g, Val. 13 g, Cola 4,3 g. · 30 ml DM 5,70

Recorsan-Gesellschaften Gräfeiling und Lüneburg

mit Versuchstieren und deren nachoperative Pflege. Die Einhaltung der Bestimmungen des Tierschutzgesetzes wird überwacht.

Die Ergebnisse der hier durchgeführten Versuchsreihen führten bereits zu erfolgreichem klinischen Einsatz des Lasers:

Starke Blutungen des Magen-Darm-Traktes konnten bei bisher über 100 Patienten mit Hilfe von Laserstrahlung (Nd-YAG-Laser, nahes Infrarot) gestoppt werden. Dieser Eingriff, bei dem die Laserstrahlung über ein in einem biegsamen Gastroskop untergebrachten flexiblen Laserlichtleiter zugeführt wird, hilft dazu, die risikoreiche Notfalloperation zu vermeiden.

Auf urologischem Gebiet ist es gelungen, Blasentumoren mit der Strahlung desselben Lasertyps mit der Aussicht auf nachhaltigen Erfolg zu zerstören. Die auch hier angewandte endoskopische Arbeitsweise kommt ohne Skalpell aus und hat einen verkürzten Krankenhausaufenthalt des Patienten zur Folge.

Im neurochirurgischen Bereich ergab sich, daß man bei der Entfernung von Tumoren und Blutgeschwülsten unter Zuhilfenahme von Laserstrahlen wesentlich blut- und zeitsparender operieren kann.

Die Ziele der im zentralen Labor durchgeführten Untersuchungen sind, einerseits festzustellen, welche Wirkungen und Nebenwirkungen Laserstrahlen auf die bestrahlten Organe haben, andererseits sind Lasertyp und Bestrahlungsbedingungen zu ermitteln, die zum größten Therapieerfolg, wie z. B. die Blutstillung, führen. Technische Probleme wie die Ankopplung der verwendeten Lasertransmissionssysteme an handelsübliche Endoskope und an Operationsmikroskope konnten dabei aufgrund ständiger technischer Betreuung gelöst werden.

Die bisherigen Erfolge zeigen, daß sich das hier praktizierte Konzept der in einem zentralen Labor mit Service-Charakter durchgeführten Forschungsaktivitäten verschiedener Träger bewährt hat. Besonders hervorzuheben ist der wirtschaftliche Aspekt, der wegen der Vielfachnutzung der vorhandenen Ausstattung, die sich eine einzelne Klinik kaum leisten könnte, besonders günstig ist.

Mit diesem Konzept wurde erreicht, daß die vom Bundesministerium für Forschung und Technologie dafür bisher zur Verfügung gestellten Forschungsmittel in Höhe von ca. DM 860 000 optimal genutzt werden konnten.

## 30. Bayerischer Ärztetag

vom  
7. bis 9. Oktober 1977  
in München

### Andechser Konzerte 1977

In der Andechser Wallfahrtskirche finden für die Freunde der Musik in diesem Sommer folgende Konzerte statt unter Mitwirkung des Vocal- und Instrumentalensembles M. C. Reiter, München – Leitung: Michael Conrad Reiter.

Samstag, 9. Juli 1977, 20.00 Uhr:

W. A. Mozart: Divertimento F-Dur, KV 247 – Violinkonzert A-Dur, KV 219 – Sinfonie Nr. 24 B-Dur, KV 182  
Kurt Guntner, Violine

Samstag, 16. Juli 1977, 20.00 Uhr:

F. Durante: Konzert f-Moll  
G. F. Händel: Orgelkonzert g-Moll, Op. 4/1  
A. Vivaldi: Konzert für 2 Violinen a-Moll, Op. III/8 – Konzert für 4 Violinen h-Moll, Op. III/10  
E. Nagora, Chr. Milrad, E. v. Noé und H. Yoshida, Violine;  
E. Sperer, Orgel

Samstag, 23. Juli 1977, 20.00 Uhr:

J. S. Bach: Triosonate C-Dur, BWV 529 – Passacaglia c-Moll, BWV 582  
G. F. Händel: Vier Flötenuhrstücke  
Chr. H. Rinck: Konzert F-Dur  
A. Vivaldi: Concerto D-Dur  
Franz Lehnrdorfer, Orgel

Samstag, 30. Juli 1977, 20.00 Uhr:

W. A. Mozart: Sinfonie Nr. 23 D-Dur, KV 181  
J. Haydn: Trompetenkonzert Es-Dur – Sinfonie Nr. 101 „Die Uhr“  
Gerd Zapf, Trompete

### Preis der Deutschen Therapiewoche

Das Kuratorium der Deutschen Therapiewoche, die Stadt Karlsruhe und die Karlsruher pharmazeutischen Firmen Dr. Willmar Schwabe und Pfizer GmbH stiften anlässlich des 30-jährigen Bestehens des Ärztekongresses „Deutsche Therapiewoche“ erstmals für das Jahr 1978 einen Preis der Deutschen Therapiewoche.

Ziel des Preises ist die Förderung therapiebezogener wissenschaftlicher Arbeiten. Aus ihnen soll die erfolgreiche Umsetzung von wissenschaftlichen Grundlagen, Erkenntnissen oder originellen Beobachtungen in – nach dem Stand der Wissenschaft – rational begründete und methodisch einwandfreie therapeutische Maßnahmen (insbesondere der medikamentösen Therapie) hervorgehen. Prämiert werden nur Arbeiten, die bis zum Termin der Preisverleihung weder publiziert noch bei einem anderen Preisausschreiben teilgenommen oder bei einem Verlag zur Publikation vorgelegt worden sind.

Die Höhe des Preises, der nur ausnahmsweise teilbar ist, beträgt DM 15 000.

Die Arbeiten sollen in deutscher Sprache eingereicht werden. Diese und ein kurzes beigefügtes Autoreferat sollen ohne Namensvermerk sein. Name und Anschrift des Bewerbers sind in einem verschlossenen Umschlag dem Manuskript beizufügen.

Einsendeschluß: 2. April 1978

Anfragen, die den Preis betreffen, sind zu richten an Dr. P. Hoffmann, Kaiserallee 30, 7500 Karlsruhe 1, Telefon (07 21) 84 30 21 (Wissenschaftliches Kongreßbüro).

# Reguliert das **Auf** und **Ab** des Orthostatikers



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

# Amphodyn®



## retard

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

**Zusammensetzung:** 1 Retardkapsel enthält Etilerfrinhydrochlorid 20 mg, Roßkastanienextrakt 150 mg lenth. 25 mg Aescin.

**Kontraindikationen:** Phöchromozytom, Thyreotoxikose.

**Anwendung und Dosierung:** Morgens vor dem Aufstehen 1 Retardkapsel. Nur selten braucht ein Patient am frühen Nachmittag eine zweite.

**Packungsgrößen und Preise:** 20 Retardkapseln DM 10,95 · 50 Retardkapseln DM 25,65 · 100 Retardkapseln DM 44,75 · Anstaltspackung.

Reguliert doppelt:  
Venös  
und arteriell



### Bau-Eigenkapital aus geliehenem Geld

Geld zum Bauen oder Immobilienkauf ist so billig wie seit länger als acht Jahren nicht mehr. 33 Monate dauert nun schon die gegenwärtige Zinssenkungsphase. Nach einer Untersuchung der Bayerischen Landesbank hat keine Periode der Zinsveränderung nach oben oder unten – in den letzten zehn Jahren länger als eben genau 33 Monate gedauert.

Vermutlich wird die jetzige Periode der Zinsermäßigung diesen Rekord brechen. Dennoch dürfen Sie nach wie vor von der Erfahrung ausgehen, daß Zins- wie Kursentwicklungen nicht auf unabsehbare Zeit einbahnig verlaufen.

Jedermann bekommt heute Baugeld, ob er über einen zuteilungsreifen oder noch nicht so weit gediehenen, oder ob er über gar keinen Bausparvertrag verfügt und ganz gleich, ob er viel oder nur wenig Eigenkapital einzusetzen vermag. Die einzigen Voraussetzungen sind die notwendigen Sicherheiten, kombiniert mit der Wahrscheinlichkeit, daß der Kreditnehmer seinen Verpflichtungen auch gerecht werden kann.

Eine der unerläßlichen Konditionen der Bausparkassen: Der Bausparer muß mindestens 40 Prozent seiner Bausparsumme auf seinen Vertrag eingezahlt haben, bevor er das Bauspardarlehen beziehen darf. Zinsen und mögliche Bausparprämien werden mitgerechnet. Sodann hat er – eigentlich – wenigstens 18 Monate zu warten, bis sein Vertrag zugeteilt wird, d. h., er über seine Bausparsumme von 40 Prozent und das Bauspardarlehen in Höhe von 60 Prozent der Bausparsumme für einen sogenannten wohnungswirtschaftlichen Zweck verfügen darf.

Zwei Hilfen bieten sich: Falls dem Bausparer das Geld fehlt, sein Bausparguthaben auf einmal auf jene 60 Prozent aufzufüllen oder auch jene 40 Prozent als Einmalzahlung zu leisten, kann er sich selbst die-

se Mittel als Kredit besorgen. Natürlich muß die Gesamtkalkulation seiner künftigen Belastungen auch die Zinsen dafür enthalten.

Mit 40 Prozent ist der Bausparvertrag indes nur zuteilungsreif. Die tatsächliche Zuteilung des Geldes einschließlich des Bauspardarlehens ist jedoch frühestens nach 18 Monaten zu erwarten. Diese Zeit bis zur Zuteilung überbrückt ein Zwischenkredit. Die Bausparkasse darf ihn ausreichen.

Die Zinsen dafür liegen über den 4,5 oder 5 Prozent des Bauspardarlehens, aber noch unter denen für eine erste Hypothek. Sie erreichen auch nicht den Zinssatz für die Vorfinanzierungen. Dafür sind gegenwärtig etwa sieben Prozent jährlich mit fester Zinsvereinbarung auf bis zu vier Jahre zu zahlen. Grundsätzlich: Je kürzer die Zwischenfinanzierungsphase, um so niedriger der Zinssatz.

Etwas teurer kommt, wie angedeutet, ein Vorausdarlehen. Es dient der Vorfinanzierung bis zur Ablösung durch das zugeteilte Bauspardarlehen. Hier und da ist es bereits preiswerter, diesen Geldbedarf durch eine erste Hypothek zu decken.

Solche Vorfinanzierungen können auch 16 Jahre lang laufen und nach den ersten wie nach den zweiten acht Jahren durch inzwischen angesparte und sodann zugeteilte Bausparverträge abgelöst werden, eine sehr elegante und preisgünstige Finanzierungsweise für Bauherren oder Käufer, die bis dahin keinen Bausparvertrag laufen hatten.

Sehr viele Wege zum gleichen Ziel. Sie sollten alle erkundet, die Hypothekenbedingungen sorgfältig miteinander verglichen und die individuellen Voraussetzungen unterlegt werden, bevor die Entscheidung gefällt wird.

Horst Beloch

### Die große Telefon-Schau

33 Stunden lang redeten sich zwanzig Mitarbeiter des Bundesarbeits- und Sozialministeriums an der Quasselstrippe den Mund fußlig. Drei Tage lang erteilten sie rund 10 000 Bundesbürgern Telefon-Auskunft über das Renten Anpassungs-, das Kriegsopterversorgungs- und das Krankheitskosten-Dämpfungs-gesetz. Zur Entlastung grill auch der Ressortchef selbst zwischendurch zum bürgernahen Telefonhörer.

Das Fernsehen, der Hörlunk und die Zeitungen berichteten darüber. Das war der ganze, wenn auch das Minister-Image fördernde Effekt jedenfalls, was das Kostendämpfungs-gesetz angeht. Es hatte nämlich zur Zeit jener spektakulären Aktion den Bundesrat und den Vermittlungsausschuß noch nicht passiert. Mit erheblichen Veränderungen mußte zumindest gerechnet werden.

Aber wenn es um die Schau geht, riskiert Ehrenberg auch falsche Auskünfte – übrigens in Pressekonferenzen nicht minder. Immerhin, Gscheidle darf ihm für die Umsatz-erhöhung im Fernsprechverkehr dankbar sein. Wenigstens einer.

Prosper

### Kurz über Geld

6 PROZENT ZINSEN auf 6 Monate und bis zu 7,5 Prozent für Beträge von rund DM 150 000 bieten österreichische Sparkassen auf ein namenloses, nur nummeriertes Sparkonto. Einheimische dürfen es anonym besorgen und Freunden weitergeben.

MIT FESTZINS AUF 20 JAHRE werden Baudarlehen zur Zeit zu 7 Prozent Zinsen bei 97 Prozent Auszahlung angeboten. Eine sehr erwägenswerte Offerte.

DIE ERSTE IMMOBILIEN-TEUERUNG ist – wie hier angekündigt – schon eingetreten. Gegenüber Herbst 1976 bis zu 12 Prozent mehr für Eigenheime. Der Trend wird anhalten.

IOS-ANLAGE-TEILRÜCKZAHLUNGEN stehen bevor. Ansprüche bitte bei der Sparkasse oder Bank anmelden.

VERSICHERUNG FÜR FOTO- und Filmausrüstung kostet p. a. 4 Prozent des Neupreises in Europa und 6 Prozent mit weltweitem Schutz bei Beschädigung und Diebstahl.

## Buchbesprechungen

### Deutsches Krenkenheus-Adreßbuch

15. Ausg., 408 S., Großformat, geb., DM 67,—. Verlag Rombeck & Co. GmbH, Freiburg.

Diese Ausgabe des jährlich erscheinenden Fachadreßbuches wurde zum ersten Mal mit Hilfe der Elektronischen Datenverarbeitung hergestellt. Dadurch wurde es möglich, außer allgemeinen Verbesserungen einen Wunsch der Benutzer zu verwirklichen: Die Dialysestationen wurden in einem eigenen Sonderteil IV e zusammengefaßt.

### Spezielle Pethologie — Band I und II

Herausgeber: Prof. Dr. J. H. Holzner, Bd. I 370 S., 37 Abb., Bd. II 386 S., 14 Abb., U & S Arbeitsbuch, umschlagbare Spirelheftung, je Bend DM 28,—. Verlag Urban & Schwarzenberg, München-Berlin-Wien.

Die spezielle Pathologie wurde in ihrer zweiten Auflage auf zwei Bände komprimiert und voll in den Gegenstandskatalog für den dritten Abschnitt der ärztlichen Prüfung in der Bundesrepublik Deutschland eingepreßt.

Diese Darstellung der speziellen Pathologie soll dem Medizinstudenten des für die klinische und praktische Tätigkeit und für das Examen notwendige Wissen in kurzer, übersichtlicher und verständlicher Form vermitteln. Neben der Darstellung der pathologischen Anatomie wird besonderer Wert auf die Erklärung der damit verbundenen Funktionsstörungen (Funktionelle Pathologie) gelegt und damit die Korrelation zwischen Pathologie und klinischen Fächern angestrebt.

### Reform des Gesundheitssysteme in der BRD

Herausgeber: I. v. Münch, zusammengestellt und mit einer Einleitung von H. Metz, 318 S., kart., DM 16,80. Verlag Welter de Gruyter, Berlin-New York.

Die Diskussion um die Kostenexplosion im Gesundheitswesen ist von besonderer Aktualität, sie wird noch einige Zeit lang im Mittelpunkt der sozial- und gesellschaftspolitischen Überlegungen bleiben. Dieser neue Bend aus der Reihe „Aktuelle Dokumente“ stellt die wichtigsten Reformüberlegungen der Parteien und Interessenverbände vor.

### Antitinktlöse Chemotherapeutike in der Geburtsmedizin

Verf.: Dr. J. D. Kuchen, 118 S., 16 Abb., mit beigesteckter Indikationstab., kart., DM 26,—. Verlag Hens Huber, Bern.

Bei der Verabfolgung von Medikamenten während der Gestation tauchen immer wieder Unsicherheiten und Zweifel im Hinblick auf potentielle Schädigungen der Frucht auf. Da das Wissen um die Anwendungsmöglichkeit von antiinfektiösen Chemotherapeutike während der Grevidität und der Laktationszeit bisher meist unvollständig ist, wurde im vorliegenden Buch dieser umfangreiche Stoff übersichtlich und verständlich bearbeitet. Dabei verhilft dem angesprochenen Praktiker ein alphabetisch angeordnetes Verzeichnis besonders häufig verwendeter Handelspräparate am Schluß dieser Monographie zu einer rescheren Orientierung. Ärzten wie Studierenden ein nützlicher Ratgeber!

Dr. F. Sprenger, Würzburg

### Des wissenschaftliche Manuscript

Verf.: Prof. Dr. Dr. H. Lippert, 228 S., U & S Taschenbuch, DM 16,—. Verlag Urban & Schwarzenberg, München-Berlin-Wien.

In praxisnaher Form werden Umfang, Gliederung, Stil, Terminologie, Rechtschreibung, Abkürzungen, Tabellen, Literaturverzeichnis, die nötigen Schrittgrößen in Abbildung und Diapositiven ebenso wie die Normen für die Reinschrift eines Manuskriptes und die Korrekturarbeiten erörtert. Dem Doktoranden wird ein zeitsparender Weg zu seinem Erstlingswerk gezeigt, ein Redner immer wieder auf den Kontakt zu seinen Zuhörern hingewiesen. Eine umfassende Liste der Abkürzung der Titel medizinischer Zeitschriften soll die Erstellung von Literaturverzeichnissen erleichtern. Im Anschluß daran ist ein umfangreiches Glossar drucktechnischer Begriffe und das abschließende Kapitel befaßt sich mit den Rechtsfragen des wissenschaftlichen Autors.

### Der Heuserzt

*Ein Gesundheitsretgeber für die genze Familie*

Verf.: Dr. K. Pollek, 336 S., 16 Ferbt., 119 Zeichnungen, Leinen, DM 19,80. Moseik Verlag, München.

Mit dem „Praktischen Heuserzt“ leisten Autor und Verlag einen Beitrag zur gesundheitlichen Aufklärung weiter Bevölkerungsschichten. Dieses Buch ist gleichzeitig ein praktisches Nachschlagewerk, des vor allem auch die Hauptkapitel „Allgemeine Krankenpflege im Hause“ und „Erste Hilfe“ erfüllen.

# Lentinorm® stärkt die Sehkraft

#### Zusammensetzung:

Extr. Strychni OAB 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  
6,0 mg, Ovar. sicc. 7-15,0 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 Lin-  
senförmigung, Netz- und Äder-  
hauterkrankungen und Seh-  
nervenschwäche.

#### Kontraindikation:

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

**Phera Jade**

### His-Bündel-Elektrographie

Herausgeber: L. Seipel / F. Loogen / A. Both, 208 S., 99 Abb., 17 Tab., kart., DM 28,—. F. K. Schattauer Verlag, Stuttgart.

Die übliche Routine-Elektrokardiographie gibt keine direkte Auskunft über die elektrische Aktivität im Bereich des AV-Knotens, des His'schen Bündels, der Tawara-Schenkel und Purkinje-Fasern. Das His-Bündel-Elektrogramm informiert dagegen über die elektrische Impulsübermittlung während des isoelektrischen pQ-Intervalls im Normal-EKG.

Seit Scherlag und Mitarbeiter 1969 eine praktikable Katheter-technik zur Ableitung der elektrischen His-Bündel-Aktivität als diagnostische Maßnahme in die Klinik eingeführt haben, wurde inzwischen eine Vielzahl von Indikationen der His-Bündel-Elektrographie erarbeitet.

Der vorliegende Bericht über eine internationale Arbeitstagung in Düsseldorf ist die erste überwiegend deutschsprachige, umfassende Darstellung der His-Bündel-Elektrographie. Die einzelnen, teilweise sehr spezialisierten Referate zeigen, daß die neue Untersuchungsmethode eine elektrophysiologische Einteilung der verschiedenen AV-Block-Typen mit genauer Lokalisation der Läsion ermöglicht. Außerdem können durch atriale Stimulation His-Bündel-Leitungsstörungen demaskiert und somit diagnostiziert werden.

Instruktive Referate demonstrieren, wie tachykarde Rhythmusstörungen (z. B. ventrikuläre von supraventrikulären Tachykardien, WPW- und LGL-Syndrom) genauer analysiert und damit therapeutisch (Prüfung von Antiarrhythmika!) besser beeinflußt werden können.

Der an dieser neuen klinischen Untersuchungsmethode interessierte Leser wird zum Ziel des Symposions, nämlich zur klinischen Wertung der His-Bündel-Elektrographie auf dem Boden der bisherigen Forschungsergebnisse beizutragen, bestens hingeführt.

Ein für Kardiologen bzw. für überwiegend kardiologisch tätige Kollegen sehr lesenswertes Buch.

Dr. O. Bartels, Erlangen

### Der Alkoholiker und die Hilfe, die er braucht

Verf.: M. Glatt, 212 S., Paperback, DM 24,—. Verlag Herder, Freiburg-Basel-Wien.

Erst allmählich setzt sich die Erkenntnis durch, daß Alkoholismus weder ein Kavaliersdelikt noch ein Zeichen für moralische Minderwertigkeit, sondern eine Krankheit ist.

Max Glatt bietet in diesem Buch eine allgemeinverständlich gehaltene Information über die Symptome dieser Krankheit, über die Folgeerscheinungen im körperlichen, seelischen, geistigen, sozialen, familiären, beruflichen, wirtschaftlichen, gesellschaftlichen Bereich sowie über die Möglichkeit einer wirksamen Therapie.

### Künstler-Minieturen

Eine neue, besonders schön ausgestattete Reihe farbiger, kleiner Kunstbände, die als Geschenkbändchen infolge ihrer Preisgünstigkeit und Ausstattung in kürzester Zeit ein großes Publikum finden werden.

Jeder Band 160 Seiten, viele vierfarbige und schwarzweiße Illustrationen, Kunstleder-Einband mit Goldprägung, Goldschnitt, DM 9,80. Verlag Edition Georg Popp, Würzburg.

Bisher sind erschienen: Tizian – Gemälde; Peter Paul Rubens – Gemälde; Michelangelo – Malerei; Michelangelo – Skulpturen; Michelangelo – Zeichnungen und Bauwerke; Albrecht Dürer – Gemälde; Albrecht Dürer – Druckgraphik

### Cor pulmonale chronicum

Verf.: Doz. Dr. I. Szám, 149 S., 52 Abb., 7 Tab., geb., DM 35,—. F. K. Schetteuer Verlag, Stuttgart.

Die für die Entwicklung eines Cor pulmonale, neben der Koronarsklerose und der Hypertonie, mit verantwortlichen chronischen bronchopulmonalen Erkrankungen nehmen besonders in den stark industrialisierten, hochentwickelten Staaten deutlich zu. Die zunehmende Anzahl von Erkrankungsfällen ist auch auf bessere Behandlungsmöglichkeit chronischer bronchopulmonaler Erkrankungen zurückzuführen, woraus eine größere Lebenserwartung resultiert. Damit werden die Voraussetzungen für die Entwicklung einer pulmonalen Hypertonie bei diesen Patienten gegeben. In dem vorliegenden Buch wird die Problematik des chronischen Cor pulmonale aus klinischer Sicht dargestellt. Kasuistische Beiträge, zahlreiche Röntgen-, EKG- und Histologiebefunde runden das Bild ab.

Dr. F. Sprenger, Würzburg

### Das Frühwerk des Joseph Roths (1915 bis 1926)

Herausgegeben von Ingeborg Sültemeyer, 240 S., geb., DM 29,50. Verlag Herder, Freiburg-Basel-Wien.

Umfangreiche Nachforschungen der Autorin in Zeitungsarchiven und Bibliotheken in Wien, Berlin, Erlangen und Frankfurt/Main förderten den größten Teil des Frühwerks von Joseph Roth zutage, das bisher als verschollen galt oder überhaupt unbekannt war.

Der erste Teil schildert die schriftstellerischen Anfänge Roths in Wien. Der zweite Teil ist seinen journalistischen Arbeiten an den Zeitungen „Der neue Tag“ (Wien), „Vorwärts“ (Berlin) und „Frankfurter Zeitung“ gewidmet. Der dritte Teil interpretiert die Zeitungsromane „Das Spinnennetz“, „Hotel Savoy“ und „Die Rebellion“. Im Anhang werden Gedichte und Prosa – bisher unbekannte Arbeiten – erstmals der Öffentlichkeit zugänglich gemacht.

### Die Welt der Glasfenster

*Zwölf Jahrhunderte ebendländischer Glasmalerei*

Mit Beiträgen von L. Lee, G. Seddon und F. Stephens. Farb- bilder von S. Helliday und L. Lushington, aus dem Englischen von R. Klett. 208 S., über 500 Farbbab., über 200 einfarb. Abb., Leinen, DM 168,—. Verlag Herder, Freiburg-Basel-Wien.

Das Buch erschließt das in den Kirchen und Kathedralen Europas erhaltene reiche Erbe der Vergangenheit und die Glanzlichter zeitgenössischer Werke der Glasmalerei. Es gibt einen Überblick über Ursprung und Blütezeit, Niedergang und schließliches Wiederaufleben dieser faszinierenden Kunst.

Im ersten Teil des Buches erläutert Lawrence Lee, international bekannter Glasmaler und Verfasser zahlreicher Bücher über Glasmalerei, die Ursprünge christlicher Glasmalerei, führt den Leser in die Symbolik der Glasfenster ein und beschäftigt sich mit Heraldik, Architektur, Porträt, Geschichte u. e. als Themen der Glasmalerei.

Im zweiten Teil untersucht George Seddon, Journalist und Mitarbeiter am „Observer“, die Glasfenster aus kunsthistorischer Sicht. Beginnend mit den ältesten Fenstern der Welt im Dom zu Augsburg (11. Jh.) läßt er die Meisterwerke aus Romanik und Gotik, angeführt von der „Kathedrale des leuchtenden Glases“ – Chartres – am Betrachter vorüberziehen. Dieser zweite Teil zeigt in Bild und Text ein Spektrum ebendländischer Glasmalerei während zehn Jahrhunderten in Europa.



# Pankreaplex<sup>®</sup>

unbekümmert  
essen und verdauen

stimuliert die physiologische  
Verdauungsleistung

stabilisiert die Funktionen  
von Magen und Darm  
ohne Enzymsubstitution

beseitigt störende  
intestinale Symptome  
in jedem Lebensalter

**Indikationen:** Sekretionsschwäche von Magen, Leber und Pankreas, Inappetenz, Gärungs- und Fäulnisdyspepsie, Meteorismus, Flatulenz, Roemheld-Komplex, Dysbakterie, Intestinale Begleitsymptome bei Diabetes.

**Zusammensetzung:** Percolat. 1=10:  
Fruct. Cardui Mariae 3 ml, Cort. Syzygii 4 ml, Cort. Condurango 5 ml, Rad. Sarsaparillae 5 ml, Cholesterin 0,0001 g, Folsäure 0,01 g, Pancreatin. hydrol. 0,5 g, Corridentia ad 20 ml.

1 Dragée entspricht 10 Tropfen Liquidum.

**Preise:** Packungen: 60 Dragées 6,10 DM,  
150 Dragées 11,95 DM, 20 ml Liquidum 5,75 DM,  
50 ml Liquidum 11,60 DM



**Schaper & Brümmer**  
Salzgitter-Ringelheim

Francis Stephens, Glasmaler, Bildhauer und Kirchenkünstler, beschreibt im dritten Teil die Entstehung eines Fensters von der ersten Skizze bis zum Einsetzen im Mauerwerk. Auch das Restaurieren alter Fenster verlangt Sorgfalt, Kenntnis und Hingabe.

Den Band beschließen ein Glossar der Fachbegriffe sowie ein geographischer Kunstführer, der die „Edelsteine“ unter den europäischen und amerikanischen Glaslenkern vom Mittelalter bis in unsere Zeit zusammenfaßt, sei es in Kirchen, Museen, Banken oder sogar Flughäfen.

#### **Theresia von Lisieux**

Verf.: J.-F. Six, 318 S., geb., DM 32,-. Verlag Herder, Freiburg-Basel-Wien.

Anhand von Briefen und Autzeichnungen Theresias und der entscheidenden Bezugspersonen der Heiligen — Eltern, Schwestern, Priorinnen, Mitschwestern —, die die Theresienforschung zu einem großen Teil erst in den letzten Jahrzehnten erschlossen hat, vermittelt der Autor ein äußerst anschauliches Bild von ihrem Lebensweg, das durch zahlreiche zeitgenössische Zeitungsberichte und andere Quellen in eindringlicher Weise zugleich auch ein versinkendes Zeitalter festhält.

#### **Dresden — In alten Postkarten**

128 S. mit 118 Abb., davon 10 farblg., geb., DM 19,80. Verlag Weidlich, Vertrieb durch Umschau Verlag, Frankfurt.

Was erfreut uns beim Betrachten alter Postkarten? Es ist die liebevolle und romantische Art der Wiedergabe einzelner Objekte, ausgeschmückt mit phantasievollen Staffagen. Die häufig recht mutigen Farben geben uns ein Beispiel, mit welcher Farbenfreude die Generationen vor uns gern ihre Heimat oder den Ort ihres Besuches gesehen haben oder vielmehr sehen wollten.

#### **Frankfurt am Main**

Herausgeber: B. Lohse, 9. Aufl., 40 Texts., 120 Abb., geb., DM 34,-. Umschau Verlag, Frankfurt.

Erinnerung und Gegenwart zugleich ist dieser Bildband der lebensvollen und immer geschäftigen Metropole am Main. Dieses Bildwerk erhält seinen besonderen Charakter dadurch, daß außer der Schilderung der heutigen Stadt in Wort und Bild 40 ausgewählte Fotos die zum großen Teil untergegangene Altstadt zeigen. Der weitaus größere Bildteil gilt der modernen Stadt, wie ihre Bewohner und die vielen Gäste sie heute vor Augen haben. Abgerundet wird das Buch durch die textlichen Ausführungen des Autorenquartetts B. Reifenberg, F. Lübbecke, R. Kirm und F. Lerner.

#### **Dan Mikroben auf der Spur**

Verf.: Dr. Dr. G. Venzmer, 168 S., zahlr. Abb., Anhang mit Worterklärungen und Lebensdaten der wichtigsten Mikrobeforscher, Linson, DM 14,80. JM ab 12. Cecilie Dressler Verlag, Hamburg 65.

In diesem Jugendsachbuch wird in spannender und leichtverständlicher Form eines der wichtigsten und heute mehr denn je aktuellen Kapitel der Medizingeschichte dargestellt: der Kampf des Menschen gegen die kleinsten Feinde des Menschen, gegen die Mikroben.

## **Pharmaindustrie**

#### **Ein guter Berater für werdende Mütter**

Nachdem das Alete-Mütterbuch über die Entwicklung des Kindes im ersten Lebensjahr großen Anklang auch in der Ärzteschaft gefunden hat und wegen der vielseitigen Informationen zur Unterstützung bei der ärztlichen Beratung eingesetzt wird, bringt Alete jetzt eine Schrift für werdende Mütter heraus. Diese Broschüre schildert — wieder in leicht verständlicher Form — was die Schwangere in der Zeit der Erwartung wissen sollte.

#### **Neue Penicillin-Generation von Bayer**

In den Pharma-Forschungslaboratorien der Bayer AG wurde eine neuartige Gruppe halbsynthetischer Breitspektrum-Penicilline entwickelt: die Acylureido-Penicilline. Sie stellen chemisch und therapeutisch über die bisher bekannten Penicillingruppen hinaus eine neue Generation von Penicillinen dar. Nach den vorliegenden experimentellen und klinischen Daten zeichnen sie sich durch eine Verbreiterung des Wirkungsspektrums auch auf seltenere gramnegative Problemkeime und eine zum Teil beträchtlich höhere Wirkungsintensität bei Penicillin-typischer guter Verträglichkeit aus.

#### **Wirksamere Bestrahlungstherapie für Frühgeborene**

Eine Erhöhung des Bilirubinspiegels tritt heutzutage bei etwa 10 bis 20 Prozent aller Frühgeborenen auf. Ein Risikofaktor, der die Überlebenschancen des Frühgeborenen erheblich gefährdet. Die sofortige Bestrahlung zur Herabsetzung des gefährlichen Bilirubinanstiegs ist unumgänglich. Doch dabei spielt die Bestrahlungsdauer eine wichtige Rolle.

Mit dem neuen Phototherapiegerät von Dräger-Hanau werden jetzt wesentlich kürzere Bestrahlungszeiten durch den Einsatz neuer Blaulichtlampen mit einer mehr als doppelt so hohen Bestrahlungsintensität als bisher erreicht. Die Bestrahlungsdauer wird mit einem eingebauten Betriebsstundenzähler überwacht. Durch die höhere Intensität der Bestrahlung kann auch eine phototherapeutische Anwendung vorgenommen werden, wenn extrem hoher Bilirubinspiegel vorliegt, z. B. in Fällen schwacher Hämolyse oder ABO-Unverträglichkeit.

#### **Kampf gegen Karies**

Im Kampf gegen Karies spielt Xylit, ein aus Holz bzw. Abfällen der Zelluloseindustrie gewonnener Zuckeraustauschstoff, eine zunehmende Rolle. Xylit besitzt den gleichen Brennwert wie Zucker und ist Diabetikern besonders zu empfehlen. Aus mehrjährigen Pflanzen wie Birke, Tanne und Buche oder einjährigen Pflanzen wie Getreide(stroh) und Mais (spindeln) wird durch Aufschluß Xylose gewonnen, die mit Hilfe von Lewatit, einem Ionenaustauschharz der Bayer AG, isoliert und gereinigt wird. Die nachfolgende Hydrierung ergibt den Zuckeraustauschstoff Xylit.

Besonders in Skandinavien werden verstärkt Süßigkeiten, Schokoladenartikel und Kaugummi unter Verwendung von Xylit hergestellt und vertrieben. Auch in Deutschland ist dieser Trend zu beobachten.

## Therapeutika

### Securopen®

#### Zusammensetzung:

Securopen enthält als Wirkstoff Azlocillin; es liegt als Natriumsealz vor.

#### Indikationen:

Securopen ist zur Behandlung von systemischen und/oder lokalen Infektionen durch *Pseudomonas aeruginosa* angezeigt, z. B. Infektionen: der Nieren und ableitenden Harnwege, in der Gynäkologie und Geburtshilfe, der Geschlechtsorgane, des Magen-Darm-Traktes, von Knochen und/oder Weichteilen, der tiefen Atemwege, der Gallenwege sowie Sepsis, Endokarditis, Endoplestitis, Meningitis, Peritonitis, infizierte Verbrennungen und Verletzungen, Infektionen und drohende Infektionsgefahr bei Patienten mit reduzierter Abwehrlage (z. B. unter Behandlung mit Immunsuppressiva bzw. im neutropenischen Zustand).

#### Kontraindikationen:

Penicillin-Überempfindlichkeit. Darüber hinaus sollte eine Überempfindlichkeit gegen andere Beta-Lactam-Antibiotika (z. B. mögliche Kreuzallergie mit Cephalosporin-Derivaten) auch als Kontraindikation für die Anwendung von Securopen gelten.

#### Wirkungsweise und besondere Hinweise:

Siehe wissenschaftlichen Prospekt.

#### Dosierung:

Folgende Richtdosen werden empfohlen: Erwachsene und Jugendliche ab 14 Jahre: 3x täglich 1 Injektionsflasche zu 2,0 g oder 1 Infusionsflasche zu 5,0 g oder 2x täglich 1 Infusionsflasche zu 10,0 g, z. B.: Infektionen der ableitenden Harnwege 3x täglich 2 g, alle übrigen Infektionen 3x täglich 2–5 g Securopen. Dosierung im Kindesalter: 3x täglich 50 mg/kg Körpergewicht.

#### Handelsformen:

Securopen pro infusione zu 5,0 g und 10,0 g, Securopen pro injectione zu 0,5 g, 1,0 g und 2,0 g.  
+ Wässer für Injektionszwecke.

#### Hersteller:

Bayer AG, 5090 Leverkusen

### Temetex Roche

#### Zusammensetzung:

Temetex® Roche enthält in 1 g Creme, Salbe, Fettsalbe als Wirkstoff: 1 mg (0,1 %) Diflucortolon-21-valerianat (6 $\alpha$ ,9-Difluor-11 $\beta$ ,21-dihydroxy-16 $\alpha$ -methyl-pregna-1,4-dien-3,20-dion-21-valerianat).

#### Anwendungsgebiete:

Alle auf eine lokale Corticoidtherapie ansprechenden Hautkrankheiten wie: Ekzeme und Dermatitis (akute, subakute und chronische Formen), Kontaktdermatitis, Kontaktekzem (z. B. Gewebeeckzem), vulgäres, nummuläres, degeneratives und seborrhoisches Ekzem, dyshidrotisches Ekzem, Anal-ekzem, Ekzem bei varikösem Symptomenkomplex (jedoch nicht direkt auf Unterschenkelgeschwüre), Ekzeme bei Kindern, Neurodermitiden, andere Dermatosen, Schuppenflechte (Psoriasis), Lichen ruber plenus et verrucosus, Erythematodes chronicus discoides. Verbrennungen ersten Grades, Sonnenbrand, Insektenstiche.



# Concentrin®

mit dem natürlichen **AFP-Wirkstoff-Komplex\***

\* Aescin + Flavonole + Phosphatide

bei Varizen, Thrombophlebitis, Ödemen und Stauungen der Extremitäten – Prellungen, Quetschungen, Hämatomen – (durch Spiel-, Sport- und Unfallverletzungen); zur Prophylaxe und Behandlung venöser Stasen.

in drei  
Formen

## Concentrin

zur Einreibung mit 5% AFP-Wirkstoff-Komplex und 10% 1,2-Propylenglykol in Isopropanol (65%ig)  
Packung mit

50 ml DM 5,90 m.U.  
250 ml DM 24,75 m.U.  
Anstaltspackungen

## Concentrin Spezial

zur Einreibung, für Teilbäder und Kompressen mit 10% AFP-Wirkstoff-Komplex und 10% 1,2-Propylenglykol in Isopropanol (65%ig)  
Packung mit

100 ml DM 9,35 m.U.  
Anstaltspackungen

## Concentrin Gel

mit 15% AFP-Wirkstoff-Komplex zur modernen perkutanen Therapie

100 g Gel enthalten: 15 g Extr. Hippocast. e sem. spissum (mit 1,8 g Aescin), 10 g 1,2-Propylenglykol

Tube mit 50 g DM 8,30 m.U.  
Anstaltspackungen

Kontraindikationen: Keine



# Die größere Chance für Blutdrucksenkung

## TORRAT®

Schonende, zuverlässige

Blutdrucksenkung: bei 84 %

Gute Verträglichkeit: bei 95 %

Einfache Dosierung: 1-2 Tabl.täg

(aus der Torrat-Langzeitstudie von Boehringer Mannheim  
bei 452 Patienten im Alltag.)

.... und kardioprotektive Wirkung,  
d.h. Senkung des Herzinfarkt-  
Risikos.

**Zusammensetzung:**

1 Tablette Torrat enthält:  
20 mg 1-(4-Acetoxy-2,3,5-trimethylphenoxy)-3-  
isopropylamino-propan-2-ol (= Methypranol)  
und 2,5 mg Butizid.

**Indikation:** Arterielle Hypertonie.

**Dosierung:** Durchschnittlich 2 x 1 Tablette  
täglich.

**Kontraindikationen:**

Nichtkompensierte Herzinsuffizienz, AV-Block  
2. und 3. Grades, ausgeprägte Bradykardie,  
obstruktive Atemwegserkrankungen (z. B.  
Asthma bronchiale, spastische Bronchitis),  
Cor pulmonale, allergische Rhinitis, Glottis-  
ödem, kardiogener Schock, Sulfonamid-  
Überempfindlichkeit, Coma hepaticum, \*  
therapieresistente Hypokaliämie.

Bei fortgeschrittener Niereninsuffizienz kann  
eine Blutdrucksenkung versucht werden, wenn

diese allmählich und unter sorgfältiger Über-  
wachung erfolgt.

**Nebenwirkungen und Hinweise:**

Bei jeder blutdrucksenkenden Behandlung  
kann vereinzelt Schwindelgefühl, Herzklopfen,  
Schweißausbruch oder Müdigkeit auftreten.  
Beschwerden von seiten des Magen-Darm-  
Kanals, wie Übelkeit, Brechreiz, kommen  
vereinzelt vor.

Bei latenter und manifester Herzinsuffizienz

# Ihre Hochdruckpatienten: + Kardioprotektion



## Neueinführung

Erstmals  $\beta$ -Blockade und Salurese in  Tablette.  
Das bedeutet: hohe Therapiesicherheit durch einfache Einnahme.

# TORRAT<sup>®</sup>

vor der Behandlung bzw. beim Auftreten  
Herzinsuffizienz unter der Behandlung  
Torrat ausreichend digitalisiert werden.  
umhaushalt, Blutzucker und Harnsäure sind  
gen der Saluretika-Komponente regelmäßig  
kontrollieren.  
metabolischer Azidose muß die verminderte  
prechbarkeit des Herzens auf sympa-  
che Reize beachtet werden. Bei frischem  
zinfarkt und Narkose ist auf Herz und Kreis-  
besonders zu achten.

Bei rascher Blutdrucksenkung kann es,  
besonders zu Beginn der Therapie, zur Ver-  
minderung der Konzentrationsfähigkeit  
kommen. Patienten, deren Tätigkeit große  
Aufmerksamkeit erfordert (z. B. Kraftfahrer),  
sollten darauf besonders hingewiesen werden.  
Antidot: Bei Bradykardie: 1,0–2,0 mg Atropin  
i.v. injizieren, bei Atembeschwerden: 0,5–1,0 mg  
Orciprenalinsulfat (Alupent<sup>®</sup>, C. H. Boehringer  
Sohn, Ingelheim) langsam i.v. injizieren, evtl.  
Infusion.

### Für Ihre Verordnung:

OP mit 20 Tabletten	DM 16,85
OP mit 50 Tabletten	DM 37,55
OP mit 100 Tabletten	DM 66,75
AP mit 500 Tabletten	

Weitere Informationen enthält der wissen-  
schaftliche Prospekt (z. Z. gültige Auflage:  
Mai 1977). Auch informiert Sie gern unser  
Mitarbeiter im wissenschaftlichen Außendienst.

#### Unverträglichkeiten und Risiken:

Temetex darf nicht angewandt werden bei tuberkulösen und luetischen Prozessen im Behandlungsbereich sowie bei Viren (Impfpocken, echten Pocken und Windpocken). Grundsätzlich sollten in den ersten drei Monaten einer Schwangerschaft Corticoid-haltige Zubereitungen zum äußeren Gebrauch nicht in großen Mengen oder über längere Zeit angewendet werden, da ein schädlicher Einfluß auf Körperbau und Organfunktionen des Kindes nicht auszuschließen ist.

Eigenschaften, Nebenwirkungen, Begleiterscheinungen und besondere Hinweise:

Siehe wissenschaftlichen Prospekt.

#### Dosierung und Anwendungsweise:

Vom Arzt vorgeschriebene Behandlungsempfehlungen sind sorgfältig einzuhalten.

Falls vom Arzt nicht anders verordnet, werden zu Beginn der Behandlung Temetex Creme, Salbe oder Fettsalbe im allgemeinen 2x, eventuell 3x täglich dünn auf die betroffenen Hautstellen aufgetragen. Sobald sich das Krankheitsbild gebessert hat, genügt oft eine Anwendung pro Tag. Das Anlegen eines Verbandes erübrigt sich in den meisten Fällen.

Temetex Creme eignet sich durch ihre fettarme Grundlage besonders für akut nässende Prozesse sowie an feuchten Hautbezirken, z. B. im Analbereich. Andererseits ist die Creme auch zur Anwendung auf unbedeckten Körperstellen, z. B. im Gesicht sowie an behaarter Haut geeignet, da sie nicht tettet. Temetex Salbe hat den weitesten Anwendungsbereich. In spe-

ziellen Fällen ist jedoch mit den anderen Zubereitungen eine für den Patienten angenehmere Anwendung möglich und vereinzelt ein schnellerer Therapieerfolg zu erreichen. Bei proliferativen Erkrankungen wie Schuppenflechte (Psoriasis) und Lichen ruber kann vom Arzt ein Okklusivverband empfohlen werden. In solchen Fällen ist das erkrankte Hautgebiet nach dem Auftragen von Temetex Salbe mit einer wasserdichten Folie luftdicht abzudecken. Die Anwendungsdauer des Okklusivverbandes sollte vom Arzt festgelegt werden; sie sollte zwei Tage nicht überschreiten. Der Okklusivverband kann eventuell ein- bis mehrmals wiederholt werden. Kommt es während der Behandlung zu Infektionen, verbietet sich der Okklusivverband für einige Zeit.

Temetex Fettsalbe empfiehlt sich vorzugsweise bei chronischen und trockenen Prozessen. Spezielle Anwendungsgebiete sind chronisch lichenifizierte Ekzeme, Schuppenflechte (Psoriasis) und Lichen ruber.

Die Fettsalbengrundlage hat einen gewissen Okklusiv-effekt, der einen Okklusivverband meist entbehrlich macht. Zur Behandlung therapieresistenter Restherde wird die Anwendung der Fettsalbe oder Salbe (s. dort) unter einem Okklusivverband empfohlen.

#### Darreichungsformen und Packungsgrößen:

Creme 20 und 50 g, Salbe 20 und 50 g, Fettsalbe 20 und 50 g, außerdem Anstaltspackungen.

#### Hersteller:

Hoffmann-La Roche AG, 7889 Grenzach-Wyhlen

## Die hellgrüne Abszess-Salbe: transparent sauber hygienisch



### zur Behandlung der Furunkel, Karbunkel, Panaritien und Phlegmone.

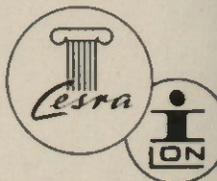
ilon abszess-Salbe bewährt sich zur Therapie eitriger und entzündlicher Hauterkrankungen. ilon abszess-Salbe beschleunigt die Abheilung, lindert den Entzündungs- und Spannungsschmerz. ilon abszess-Salbe besitzt eine transparente Konsistenz. Der Heilungsprozeß kann daher gut beobachtet werden.

**Zusammensetzung:** 100 g Salbe enthalten: Terebinth. 5,40 g, Colophonium 12 g, Ol. Terebinth. 7,20 g, Ol. Rosmarini 0,13 g, Ol. Eucalypti 1,20 g, Ol. Thymi 0,09 g, Thymol. 0,06 g, Chlorophyll. 0,09 g, p-Chlor-m-xylol 0,01 g, Tetrabrom-o-kresol 0,02 g.

**Dosierung:** ilon abszess-Salbe auf den entzündeten Gewebebezirk auftragen und mit Verband abdecken.

**Handelsformen:** Packungen mit 10 g DM 3,50, mit 18 g DM 4,55, mit 30 g DM 5,40, mit 100 g DM 9,90, Anstaltspackung mit 250 g DM 17,25.

JULIUS REDEL CESRA-ARZNEIMITTELFABRIK BADEN-BADEN



# Kongreßkalender

Da die Termine der Kongresse manchmal geändert werden, empfehlen wir, auf jeden Fall vor dem Besuch einer Tagung sich noch einmal mit dem Kongreßbüro bzw. der Auskunftsstelle in Verbindung zu setzen.

## September 1977

- 4.-8. **Kyoto:** 27. Kongreß der Internationalen Gesellschaft für Chirurgie. — Auskunft: Attn. Mr. Yanaguimoto, c/o Mainichi Daily News, 1-1-1, Hitotsubashi, Chiyoda-ku, Tokyo, Japan 100.
- 4.-9. **Amsterdam:** 9. Internationaler Kongreß für klinische Neurophysiologie. — Auskunft: Dr. F. Lopes da Silva, Medisch Fysisch Instituut TNO, da Costakade 45, Utrecht, Holland.
- 4.-9. **Helsinki:** 25. Internationaler Kongreß für Luft- und Raumfahrtmedizin. — Auskunft: Dr. Kumlin, c/o Finnair, Mannerheimintie 102, SF-00250 Helsinki.
- 4.-10. **Dublin:** 31. Generalversammlung des Weltärztebundes. — Auskunft: Bundesärztekammer, Postfach 41 02 20, 5000 Köln 41.
- 4.-17. **Gredo:** XI. Internationaler Seminerkongreß für praktische Medizin, veranstaltet von der Bundesärztekammer. — Auskunft: Kongreßbüro der Bundesärztekammer, Postfach 41 02 20, 5000 Köln 41.
- 4.-18. **Velden:** Internationaler Herbstkongreß für Ganzheitsmedizin. — Auskunft: Dr. V. Harth, Hainstraße 9, 8600 Bamberg.
- 7.-10. **Neptun:** VIII. Europäischer Kongreß für Klinische Gerontologie. — Auskunft: Nationalinstitut für Gerontologie und Geriatrie, Ministeria Caldarusani, Straße Nr. 9, Sector 8, Postfach 1004, R-78.178, 7000 Bukarest, Rumänien.
- 9.-10. **Barcelona:** Jahrestagung der Europäischen Neuro-radiologischen Gesellschaft. — Auskunft: Professor Dr. Wende, Langenbeckstraße 1, 6500 Mainz.
- 9.-10. **Bonn:** 12. Fortbildungskurs für Endoskopische Magendiagnostik der Europäischen Gesellschaft für Gastrokamera-Diagnostik. — Auskunft: Privatdozent Dr. R. Gugler, Medizinische Universitätsklinik, 5300 Bonn-Venusberg.
- 9.-10. **Hennover:** Internationales Luftrettungssymposium. — Auskunft: Dr. H. Brüggemann, Kerl-Wiechert-Allee 9, 3000 Hannover-Kleefeld.
- 9.-11. **Ambach:** Ärztekurs C für homöopathische Medizin. — Auskunft: Dr. M. Stübler, Singerstraße 1, 8900 Augsburg.
- 9.-11. **Amsterdam:** 13. Internationaler Kongreß für Epilepsie. — Auskunft: Federatie voor Epilepsiebestrijding, Brigittenstraat 22, Utrecht, Holland.
- 9.-11. **Innsbruck:** 2. Jahrestagung der Gesellschaft zum Studium des Schmerzes für Deutschland, Öster-

reich und die Schweiz e. V. — Auskunft: Dr. G. Pauer, Institut für Anästhesiologie, Spitalgasse 23, A-1090 Wien.

- 10.-24. **St. Moritz:** II. Internationaler sportärztlicher Fortbildungskongreß. — Auskunft: Dr. K. Weber, Klosterstraße 23, 4970 Bad Oeynhausen.
- 20.-23. **Neuherberg:** Grundkurs im Strahlenschutz für Ärzte. — Auskunft: Kurssekretariat des Instituts für Strahlenschutz der GSF, Ingolstädter Landstraße 1, 8042 Neuherberg.
- 23.-25. **Augsburg:** 60. Augsburger Fortbildungskongreß für praktische Mediziner. — Auskunft: Sekretariat des Augsburger Fortbildungskongresses, Frohlinnstraße 2, 8900 Augsburg.
- 23.-25. **Augsburg:** VI. Zentrenkongreß für Medizinische Assistenzberufe, veranstaltet von der Bundesärztekammer. — Auskunft: Kongreßbüro der Bundesärztekammer, Postfach 41 02 20, 5000 Köln 41.
- 26.-28. **Neuherberg:** Spezialkurs im Strahlenschutz an medizinisch genutzten Elektronenbeschleunigern für Physiker und Ingenieure im medizinischen Bereich. — Auskunft: Kurssekretariat des Instituts für Strahlenschutz der GSF, Ingolstädter Landstraße 1, 8042 Neuherberg.
- 26.-29. **Neuherberg:** Spezialkurs im Strahlenschutz bei der Untersuchung mit Röntgenstrahlen für Ärzte. — Auskunft: Kurssekretariat des Instituts für Strahlenschutz der GSF, Ingolstädter Landstraße 1, 8042 Neuherberg.

## Bellagenhinweis:

Dieser Ausgabe ist ein Prospekt beigelegt der Firma **Destin-Werk, Hamburg**

„Bayerisches Ärzteblatt“. Herausgeber und Verleger: Bayerische Landesärztekammer, Mühlbauerstraße 18, 8000 München 80, Telefon (089) 4147-1. Schriftleitung: Professor Dr. med. Hans Joachim Sewering, Dr. med. Hermann Braun, Dr. med. Friedrich Kolb, Dr. med. Kurt Stordeur — verantwortlich für den Inhalt: Rita Horn. Die Zeitschrift erscheint monatlich.

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

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 82/41-48, Fernschreiber: 05/23 662, Telegrammadresse: atlas-presse. Für den Anzeigenteil verantwortlich: Ernst W. Scharshinger, 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

## Krankenhaus St. Josef Regensburg

In unserem **Allgemeinen Krankenhaus** – 420 Betten – Fachabteilungen für Innere Medizin, Chirurgie, Gynäkologie-Geburtshilfe, Neurologie, Nephrologie mit Dialysezentrum (sieben Behandlungsplätze) – Anästhesieabteilung mit interdisziplinärer Intensivbehandlungseinheit (zehn Betten) – Belegabteilungen für Urologie, HNO, Augen – Krankenpflegeschule – ist zum **1. Oktober 1977** in der **Innenen Abteilung** die Stelle eines

### Oberarztes

neu zu besetzen. Der Bewerber muß im Besitz der Facharztanerkennung als Internist sein und umfangreiche Kenntnisse in der Endoskopie und in der internen Röntgendiagnostik besitzen.

Die Abteilung umfaßt 121 Planbetten. Der Chefarzt ist für fünf Jahre zur Weiterbildung ermächtigt.

Der **Stellenplan** sieht für die Innere Abteilung insgesamt **neun** ärztliche Planstellen vor.

#### Wir bieten:

Vergütung nach Vergütungsgruppe 1b bzw. 1e AVR/BAT, hohe Rufbereitschaftsvergütung, **zusätzliche Zuwendungen durch den Chefarzt**, Zusatzaltersversorgung analog beamtenrechtlicher Grundsätze, 13 Monatsgehalt, Beihilfen in Krankheits-, Geburts- und Todesfällen gemäß den landesrechtlichen Beihilfebestimmungen u. a.

In der 20 Betten umfassenden **Nephrologischen Abteilung** ist zum **1. Oktober 1977** die Stelle eines

### Assistenzarztes

nau zu besetzen.

Der **Stellenplan** enthält für die Nephrologische Abteilung mit Dialysezentrum insgesamt **vier** ärztliche Planstellen.

#### Wir bieten:

Vergütung nach Vergütungsgruppe 2 bzw. 1b AVR/BAT, **hohe** Bereitschaftsdienst- bzw. Rufbereitschaftsvergütungen, Zusatzaltersversorgung analog beamtenrechtlicher Grundsätze, 13 Monatsgehalt, Beihilfen in Krankheits-, Geburts- und Todesfällen gemäß den landesrechtlichen Beihilfebestimmungen u. a.

**Ihre Bewerbung** mit Lebenslauf, zwei Lichtbildern und beglaubigten Zeugniskopien erbitten wir an das

**Direktorium des Krankenhauses St. Josef des Caritasverbandes für die Diözese Regensburg e. V., Postfach 435, 8400 Regensburg 1, Telefon (09 41) 7 10 71.**

## THERESIENKRANKENHAUS NÜRNBERG

Für unsere

**Chirurgische Klinik (Chefarzt Dr. Appel)**

suchen wir zum nächstmöglichen Zeitpunkt eine(n)

### Assistenzarzt (-ärztin)

Die Klinik hat 101 Betten für die abdominale Chirurgie, Struma- und die Unfallchirurgie. Angeschlossen ist eine Unfallambulanz mit D-Arztverfahren. Der Chefarzt ist zur Weiterbildung für fünf Jahre ermächtigt. Das Haus hat 353 Planbetten, mit Medizinischer und Chirurgischer Fachklinik, 13 Betten interdisziplinärer Intensivstation, Anästhesieabteilung, modernem Strahleninstitut und 132 Belegbetten.

Vergütung nach AVR (= BAT) mit allen tariflichen und sozialen Leistungen des öffentlichen Dienstes, volle Abgeltung der Bereitschaftsdienste, Chefarztzuwendungen. Reichlich Gelegenheit zum Operieren.

Ausländische Bewerbungen werden nur dann berücksichtigt, wenn die deutsche Sprache in Wort und Schrift gut beherrscht wird.

Bewerbungen erbeten an die

**Verwaltung des Theresienkrankenhauses Nürnberg  
Mommensstraße 24, 8500 Nürnberg**

oder

**Chefarzt Dr. B. Appel**

Die **Hochgebirgsklinik Dr. Baumann** in 8984 Riezern/**Kleinwalsertal** – **Psychosomatische Fachklinik für Alkohol- und Medikamentenabhängige**

sucht zum **1. Juli 1977** oder später, bis zum **1. Oktober 1977** spätestens

### 1. Oberarzt (-ärztin)

**Vertreter des Leitenden Arztes**

einen Psychiater, eventuell Nervenarzt, mit Erfahrung in der Psychotherapie (Einzel- und Gruppentherapie)

### 2. Oberarzt (-ärztin)

**Internist**

mit Erfahrung in der internen Röntgendiagnostik, eventuell Laborkenntnissen. Interesse an psychosomatischer Medizin erwünscht. (Psychotherapeutische Ausbildung sehr begrüßt, jedoch nicht Bedingung.)

### 3. 2 Medizinalassistenten oder Assistenzärzte

mit Interesse an internistischer und psychosomatischer Weiterbildung.

#### Wir sind

eine neu eröffnete, 160 Betten zählende Fachklinik zur Behandlung psychosomatischer Erkrankungen die durch Alkohol- und Medikamentenabhängigkeit entstanden sind. Wir arbeiten mit klinisch versierten Diplompsychologen, Sucht- und Arbeitstherapeuten sowie Sozialarbeitern in einem kollegialen Team.

#### Wir bieten

14 Monatsgehälter bei über tariflicher Vergütung und geregelter Arbeitszeit. Zusätzliche Einnahmen aus Bereitschaftsdienst und Gutachten. Komfortable Apartmentwohnungen und Verpflegung zu günstigen Konditionen. Familiengerechte Dienstwohnungen befinden sich in Planung und können wunschgemäß gestaltet werden. Umzugskostenvergütung, Trennungsschadung und Weiterbildungsurlaub nach tariflichen Bestimmungen.

#### Weitere Möglichkeiten

Beschäftigung von Familienangehörigen und Bezugspersonen, wenn sie eine Ausbildung als: Psychologe, Suchttherapeut, Krankenschwester, MTA, Laborantin, Sozialarbeiter, Arbeitstherapeut, Gymnastik- oder Sportlehrer, Sekretärin, Schreibkraft, Schreiner, Schlosser, Gärtner usw. haben. (Halbtagsbeschäftigung, eventuell Nachtdienst möglich.)

#### Wir erwarten

mit menschlichen Qualitäten verbundene, solide Fachkenntnisse. Einsatzfreudigkeit und Bereitschaft zu Teamarbeit. Bei Bewährung Interesse an Dauerzusammenarbeit. Kollegen und Kolleginnen mit sportlichen Ambitionen sind herzlich willkommen. Alkohol- oder Medikamentenabhängigkeit unerwünscht. Ehemalige Abhängigkeit kein Hindernis.

Riezern liegt im Kleinwalsertal in der Höhe von 1150 m. Die Klinik selbst hat eine sonnige, romantische Hanglage. Grundschule im Ort, weiterführende Schulen und Gymnasium in 14 km Entfernung. Riezern ist eine lebhaft Touristenortschaft mit vielseitigen Sommer- und Wintersportmöglichkeiten. Zahlreiche Skiliftanlagen in der Ortschaft, einige in der unmittelbaren Nähe der Klinik.

Bewerbungen mit tabellarischem Lebenslauf, lückenlosen Ausbildungs- und Tätigkeitsnachweisen werden erbeten an die

**Verwaltung der Hochgebirgsklinik Dr. Baumann  
Innerschwenda 12, 8984 Riezern/Kleinwalsertal  
Telefon (0 83 29) 53 11**

### Das Kreiskrankenhaus Roding

sucht zum nächstmöglichen Zeitpunkt einen

### Assistenzarzt

für die Chirurgische Abteilung

Die Stadt Roding liegt ca. 45 km östlich der Universitätsstadt Regensburg in einer landschaftlich reizvollen Gegend am Rande des Bayerischen Waldes (Naturparkgebiet). Das Angebot zur Freizeitgestaltung ist sehr gut – es können sämtliche Sportarten betrieben werden.

Das Kreiskrankenhaus Roding ist ein 1969 neu erbautes und modern eingerichtetes Haus mit 265 Betten und Fachabteilung für Chirurgie, Innere Medizin (mit Dialysestation und Infektionsabteilung), Gynäkologie und Geburtshilfe und HND-Krankheiten. Die Chirurgische Abteilung hat 92 Betten (zwei Stationen und Intensivstation). Der Chefarzt und der Oberarzt sind Ärzte für Chirurgie - Unfallchirurgie und besitzen die Ermächtigung zur Weiterbildung für vier Jahre. Daneben sieht der Stellenplan vier Assistenzarzt- und Medizinesststellen vor. Die Zulassung zum BG-Heilverfahren ist gegeben. Das chirurgische Programm umfaßt allgemeine und Bauchchirurgie, Unfallchirurgie, Endoprothesen und Urologie.

Die Abteilung verfügt über eine große D-Arzt-, Unfall- und Überweisungsambulenz.

Nachtdienst ca. sechs- bis achtmal im Monat.

Wir bieten:

- Anstellung im öffentlichen Dienst nach BAT II
- Chirurgie-Zulage
- Bereitschaftsdienstvergütung nach Stufe B
- Nebenverdienst durch Unterricht an der Krankenpflegeschule
- Chefarztzulage
- Übliche Sozialleistungen des öffentlichen Dienstes
- Unterkunft
- Umzugskosten nach den gesetzlichen Bestimmungen

Bewerber, die die Weiterbildung anstreben oder andere mit zwei- bis dreijähriger Verpflichtung werden bevorzugt.

Bewerbungen erbitten wir an die **Verwaltung des Kreiskrankenhauses Roding, Arnulfstraße 1, 8495 Roding**, oder an **Chefarzt Obermedizinaldirektor Dr. Merlin Engert, Telefon (09461) 1022**.

### Privatklinik Gauting

- Offene Fachklinik für Nerven- und Gemütsleiden, Psychotherapie mit Sanatoriumacharakter
- Alle Kassen

Die Klinik ist landschaftlich schön und ruhig gelegen, S-Bahn-Anschluß, 15 Minuten vom Münchener Zentrum.

**Leitender Arzt Dr. med. Ph. Schmidt**

Bergstraße 50, 8035 Gauting, Telefon (089) 850 60 51  
wochentags auch Telefon (089) 53 20 02

### Landesversicherungsanstalt Oberfranken und Mittelfranken, Bayreuth

Wegen Ableistung des Grundwehrdienstes scheiden in unserer **Klinik Herzoghöhe** in Kürze zwei Stationsärzte aus.

Wir suchen daher zum nächstmöglichen Dienstretritt

### 2 Stationsärzte

Wir bieten:

- Vergütung nach Vergütungsgruppe IIa/1b BAT. Bei Vorliegen der leufbahnrechtlichen Voraussetzungen Übernahme in das Beamtenverhältnis (A 13, A 14)
- Aufstiegsmöglichkeiten (A 15)
- Bereitschaftsdienstvergütung nach SR 2 c BAT
- Bei der Suche einer Familienwohnung sind wir behilflich
- Umzugskosten, Beihilfen, zusätzliche Altersversorgung bei VBL
- Fortbildungsmöglichkeiten, Kongreßbesuche

Chefarzt der 240-Betten-Klinik ist Medizinaldirektor Prof. Dr. med. Gerhard Bach.

Der Chefarzt hat die Ermächtigung zur Weiterbildung von Ärzten in Innerer Medizin bis zur Höchstdeuer von drei Jahren. Aufgrund des Patientengutes ist die Klinik Herzoghöhe zur Weiterbildung angehender Ärzte für Allgemeinmedizin geeignet.

Die **Festspielstadt Bayreuth** ist sehr reizvoll und hat einen hohen Freizeitwert, nicht zuletzt wegen der landschaftlich schönen Umgebung mit Ausflugsmöglichkeiten in das nahe Fichtelgebirge und in den Frankenwald.

Wenn Sie Interesse haben, richten Sie Ihre Bewerbung mit den üblichen Unterlagen (Lebenslauf, Lichtbild, Zeugnisse) an die **Landesversicherungsanstalt Oberfranken und Mittelfranken, Personalreferat, Leopoldstraße 1 und 3, 8580 Bayreuth**

oder direkt an den

**Chefarzt der Klinik Herzoghöhe, Prof. Dr. med. G. L. Bach, Kulmbacher Straße 103, 8580 Bayreuth.**

**Anzeigenschlußtermin für die September-Ausgabe ist am 25. Juli 1977**

Die rationelle Problemlösung für Neueröffnung und Umgestaltung

**SYSTEM**  
**Arztform**

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

**Einrichtung mit plansystem 4000**  
**Kompakt-Funktionen auf kleinstem Raum**



**Anmelde-Kartei-Zentrale**

Preis-Beispiel Karteitrogstisch 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 architekturengerechten Zeichnungen

**2 System-Praxis-Möbel**

im Baukasten-Kompakt-System  
Funktionen auf kleinstem Raum  
für die gesamte Einrichtung der Praxis

**3 Medizin-Technik**

Am 1968 neueröffneten **Kreis Krankenhaus Althech** wird am 1. Juli 1977 wegen Niederlassung des bisherigen Stelleninhabers die chirurgische

## Oberarztstelle

frei.

Im Kreis Krankenhaus Althech bestehen die Fachabteilungen Chirurgie (60 Betten) und Innere Medizin (60 Betten). Außerdem ist eine geburtshilfliche Belegabteilung mit 26 Betten eingerichtet.

Der Stellenplan für die Chirurgische Abteilung umfaßt neben Chefarzt und Oberarzt drei Assistenten-Stellen und eine Medizinalassistenten-Stelle. Die Chirurgische Abteilung ist zum DA- und Verletzungsartenverfahren zugelassen.

Die Errichtung einer eigenen Anästhesie-Fachabteilung ist vorgesehen.

Der Bewerber soll Deutscher und Chirurg sein. Er soll gute Kenntnisse in der Allgemein- und besonders in der Unfallchirurgie, einschließlich D-Arzt-Verfahren besitzen.

Die Bezahlung erfolgt nach Vergütungsgruppe Ia BAT mit Rufdienstpauschale. Hinzu kommen erhebliche Nebeneinnahmen durch Gutachten, Zuwendungen des Chefarztes und für den Unterricht an der Krankenpflegeschule.

Bei Bewährung wird die Chefertznachfolge (in etwa sieben Jahren) zugesichert.

Althech ist eine reizvolle Kreisstadt. Sie liegt verkehrsgünstig – zu Augsburg 20 Auto-Minuten – zu München 30 Autominuten. Weiterführende Schulen, wie z. B. Gymnasium und Realschule sind am Ort.

An der Orthopädischen Klinik des Bayerischen Roten Kreuzes in **Lindenuhe bei Schwendorf/Opf.** ist zum 1. Juli 1977 oder auch später eine

## Assistenten-Stelle (männl. od. weibl.)

zu besetzen.

Wir sind eine reine Fachklinik der Orthopädie mit 190 Betten. Es ist reichlich Gelegenheit zur selbständigen Arbeit und zum Operieren gegeben und wir verfügen über eine große kranken-gymnastische und physikalische Abteilung.

Die Vergütung erfolgt nach den Bestimmungen des BAT, mit Bereitschaftsdienstvergütung Stufe B (kein Unfallkrankenhaus), dreizehntes Monatsgehalt, behilfeberechtigt, zusätzliche Altersversorgung und Gutachterfähigkeit.

Bei der Wohnungsbeschaffung in der nahe gelegenen Stadt sind wir jederzeit behilflich, dort sind auch weiterführende Schulen vorhanden. Fahrtkosten zur Vorstellung werden bei Aufforderung übernommen.

Bewerbungen mit den nötigen Unterlagen erbeten an die **Verwaltung der Orthopädischen Klinik, 8461 Lindenuhe bei Schwendorf/Opf.,** Telefon (0 94 31) 16 47.

Ps.: Der Leitende Arzt ist zur Facharztweiterbildung in der Orthopädie für drei Jahre voll ermächtigt.

Das **Kinderkrankenhaus Gelbech** der LVA Oberbayern sucht sofort (spätestens 1. Oktober 1977) eine(n) qualifizierte(n)

## Kinderarzt (-ärztin)

mit mehrjähriger klinischer Erfahrung zur Leitung der neugeschaffenen Internen Akutstation. Anstellung nach BAT 1b/1a.

Das Haus verfügt neben dieser Akutstation (mit 30 bis 50 Betten) über je eine Abteilung für spezifische und für unspezifische Erkrankungen der Atmungsorgane.

Senden Sie bitte Ihre Bewerbung mit Lebenslauf und Zeugnissen an

**Prof. Dr. P. Ch. Schmid,**  
Kinderkrankenhaus, 8171 Gelbech-Bez Tölz

## JOSEF PONGRATZ

Ärzte-, Krankenhaus- und Laborbedarf

Individuelle und rationale Gestaltung Ihrer Praxis. Fachliche Betreuung und Beratung durch unseren Kundenservice.

Rasche Versorgung mit dem täglichen Praxisbedarf. Durch unser umfangreiches Angebot sind wir stets darum bemüht, Ihren Wünschen zu entsprechen. Besuchen Sie unsere Ausstellungsräume

**Graflinger Straße 108, 8360 Deggendorf,**  
Telefon (09 91) 59 72

## BEFELKA - HERZ - KREISLAUF - DRAGEES

Ind.: Herzmuskelschwäche, nervöse Herzstörungen, Herzklopfen, Herzangst, Neigung zu schmerzhaften Herzanfällen, Herzbeschwerden der Wechseljahre, Herzpflege im Alter, hoher Blutdruck mit Kopfschmerz, Schwindelgefühl, Schlafstörungen, Arterienverkalkung.  
Zus.: 1 Dragee enthält: Extr. Leonur. card. spir. sicc. 20 mg; Extr. Scillae spir. sicc. 25 mg; Extr. Crataegi a. flor. spir. sicc. 15 mg; Extr. Crataegi e. fruct. spir. sicc. 50 mg; Extr. Rauwolfiae serp. spir. sicc., 40% Gesamtalkaloide, 2,5 mg (entspr. 1 mg Gesamtalkaloide); Extr. Arnicae e. flor. spir. sicc. 3 mg; Khellin 0,75 mg; Hesperidinphosphat-Natrium 7,5 mg.

Packung mit 25 Drag. DM 4,40, 50 Drag. DM 7,10, 100 Drag. DM 12,45

Arztmuster durch:

**BEFELKA-ARZNEIMITTEL, Postfach 1351, 4500 Osnebrück.**

## Ihr Fachberater für perfekte Praxiseinrichtung

Ausstellung kompletter Praxen aller Fachrichtungen

Nutzen Sie den Vorteil der Lieferung und späteren Betreuung aus einer Hand. Unsere Referenz: über 90 Praxiseinrichtungen in 30 Monaten.

# HÖLLERER KG

Röntgen, Med. Elektronik, Labortechnik, Diagnostika

## 85 Nürnberg

Noricus am Wördersee

Norikerstraße 2 · Telefon (09 11) 49 20 02



## Fortbildung in Stichwörtern nach Leitsymptomen

Eine Hilfe zur Schnellorientierung — Herausgegeben von Dr. F. C. Loch

# Leitsymptom: Der Schock

## Der Notfall: Anaphylaktischer Schock

bearbeitet von Professor Dr. P. Fritsche

### Symptomatik:

Auf eine schwere Störung der Kreislaufregulation infolge immunologischer Vorgänge zurückzuführen. Die Symptome treten zumeist plötzlich in Sekunden oder wenigen Minuten nach Zufuhr des als Antigen wirksamen körperfremden Allergens auf und verschlimmern sich oft sehr schnell bis zu einem lebensbedrohlichen Zustand. Mögliche Warnzeichen: Unruhe, Juckreiz, Niesen. Deutliche Anzeichen: generalisierter Pruritus, Urtikaria, Fieber und Schüttelfrost, Angstgefühle, Übelkeit, Erbrechen und Diarrhoe, blaßgraues Gesicht, kalter Schweiß, Dyspnoe mit Bronchospastik, Bewußtseinsstörung oder -verlust, Krämpfe, Blutdruckabfall und Tachykardie.

### Anamnese:

Beim Patienten oder familiär Prädisposition für allergische Reaktionen, Heuschnupfen, Asthma bronchiale usw. Schwerer anaphylaktischer Schock besonders nach intravenöser, aber auch sub- oder intrakutaner, intramuskulärer, rektaler oder oraler Verabreichung der als Antigen wirkenden Substanzen bei einem sensibilisierten Individuum: Medikamente wie Antibiotika, Sulfonamide, Lokalanästhetika, Jodide, Azetyl-Salizylsäure, Dextran- und Gelatine-Präparate; Fremdeiweiße oder Polysaccharide wie Insekten- oder Schlangengifte, Seren, Vakzine, Organextrakte, Milch und Eier, Inhalation von Pollen. Antigen-Menge nicht entscheidend, da Reaktion nach dem Alles-oder-nichts-Gesetz.

### Sofortdiagnostik:

Die Anamnese kann wesentliche Hinweise zur Diagnostik bieten, und fast immer besteht eine zeitliche Beziehung zur Verabreichung bzw. Aufnahme obengenannter ursächlicher Substanzen. Sehr verdächtige Symptome sind Hautveränderungen, Schwellung der Schleimhäute und Pruritus. Blutdruck und Puls sind wiederholt zu kontrollieren. Die Atemstörungen (exspiratorische Dyspnoe, spastischer Husten, pfeifendes Auskultationsgeräusch) sind zumeist schnell zu erfassen, und auf Herzrhythmusstörungen ist zu achten. Laboruntersuchungen können Leuko- und Thrombopenie sowie Störungen im Gerinnungsstatus zeigen. Zeitverlust durch aufwendige Diagnostik kann Erfolg der Therapie in Frage stellen.

**Therapeutische  
Sofortmaßnahmen:**

Da ein anaphylaktischer Schock das Leben des Patienten in hohem Maße bedrohen kann, ist die Therapie außerordentlich schnell einzuleiten.

1. Schaffung eines intravenösen Zugangs und Anlegen einer Infusion (z. B. Ringer).
2. Adrenalin 0,25–0,5 mg, verdünnt in 20 ml NaCl langsam i.v. Notfalls Wiederholung nach 10 – 20 min.
3. (Methyl-) Prednisolon (*Urbason, Solu-Decortin-H*) 100–500 mg i.v.
4. Antihistaminika (z. B. *Tavegil*) und *Calcium gluc.* i.v.
5. Sicherung ausreichender Atmung, evtl. Intubation oder Tracheotomie.
6. Volumenzufuhr: Stärke- (*Plasmasteril*), Dextran- (*Macrodex*) oder Gelatine- (*Haemacel*) Präparate oder Humanalbumin.

Nach Beseitigung des Schockzustandes sind Kortikoide und Antihistaminika für weitere 2 Tage zu verabreichen. Bei Bronchospastik *Theophyllin* 1 Amp. langsam i.v.

**Indikation für die  
sofortige Über-  
weisung zum ent-  
sprechenden Fach-  
arzt bzw. in die  
Klinik:**

In Abhängigkeit von der Schwere des aufgetretenen anaphylaktischen Schocks, der erzielten Besserung, dem Allgemeinzustand und den vorhandenen Überwachungsmöglichkeiten ist die Frage einer Überweisung zur anderen Disziplin oder stationären Einweisung zu entscheiden. Die vitalen Körperfunktionen (Atmung, Kreislauf, Stoffwechsel, Nierenfunktion, Bewußtseinslage) sind weiterhin zu sichern bzw. zu kontrollieren. Eventuell sind arterielle Blutgasanalyse und andere Laborkontrollen erforderlich.

**Zusätzliche  
Maßnahmen bzw.  
Anordnungen:**

Selbstverständlich ist dafür Sorge zu tragen, daß eine weitere Antigenzufuhr unterbleibt bzw. der Patient aus der gefährvollen Umgebung (Pollen!) verbracht wird. Bei Unruhe des Patienten ist eine Sedierung (*Valium, Phenergan*) vorzunehmen. Eine Anfeuchtung der Atemluft ist empfehlenswert. Bei Erhöhung der Körpertemperatur sind physikalische Maßnahmen angezeigt (Wadenwickel usw.).

**Differential-  
diagnostische und  
andere  
Erörterungen:**

Mehrere klinische Symptome des anaphylaktischen Schocks sind auch bei anderen Schockformen anzutreffen. Meistens läßt sich aus der Anamnese die Ätiologie des jeweiligen Schocks ermitteln. Der Frage, ob der Patient das Medikament (auch Kontrastmittel) zum ersten Mal erhalten hat oder schon früher auf diese oder ähnliche Substanzen allergisch reagiert hat, kommt daher große Bedeutung zu. Hautteste zum Nachweis einer Allergie können versagen oder zusätzliche Gefahr darstellen. Entscheidend für Verlauf des Schocks und Rettung des Patienten sind genaue Erhebung der speziellen Anamnese, ausreichende Beobachtung des Patienten, adäquate Prophylaxe mit Bereitstellung der nötigen Medikamente und Hilfsmittel sowie rasche Einleitung der Therapie.

# Der Notfall: Verbrennungsschock

bearbeitet von Professor Dr. L. Schweiberer, Dr. K. Saur

## Symptomatik:

Blaß-livide Verfärbung der Haut in der Peripherie, kalter Schweiß und Kältegefühl des Verunfallten. Schockindex = Puls: Blutdruck über 1. Rückgang der Urinproduktion (Minimum 30 ml/Std.). Persistierende Kreislaufzentralisation trotz Normalisierung des Blutdrucks.

## Anamnese:

Ausgedehnte tiefe (zweit- bis drittgradige) Verbrennung oder Verbrühung.

## Sofortdiagnostik:

Feststellung der Flächen- und Tiefenausdehnung des Verbrennungsschadens. Flächenausdehnung: Neuner-Regel nach Wallace (Kopf 9%, Arm 9%, Bein 18%, Rumpf vorne 18%, Rumpf hinten 18%), oder: Handfläche des Verunfallten entspricht etwa 1% seiner Körperoberfläche. Tiefenausdehnung, d. h. Unterscheidung in oberflächliche und tiefe Verbrennung durch 1. Nadelstichprobe: Im tief verbrannten Gebiet keine Sensibilität; 2. durch Glasspateldruckprobe: Keine Kapillarfüllung nach Abnehmen des Glasspateldrucks. Bei der Berechnung der verbrannten Gesamtfläche wird das oberflächlich verbrannte Gebiet halbiert und so (rechnerisch) einer tief verbrannten Fläche gleichgesetzt. **Beachte besonders:** Bei Verbrennung des Gesichtes Mitverbrennung der Schleimhäute im Mund-Nasen-Rachenbereich und im Bereich der Trachea durch Einatmung heißer Gase.

## Therapeutische Sofortmaßnahmen:

1. Bei drohendem Verbrennungsschock: a) Kreislaufkontrolle; b) Schmerzbekämpfung (*Dolantin* 1–2 mg/kg Körpergewicht i.m.), **Ausnahme:** Kinder unter 3 Jahren nur morphinfreie Analgetika, c) steriler trockener Wundverband (*Metalline*-Tuch), d) Flüssigkeitsersatz oral: hypotone Kochsalzlösung (1 Teelöffel Kochsalz auf 1 l Wasser oder modifizierte Haldanesche Lösung – *Liquisorb* BW); parenteral: *Humanalbumin* und *Plasmaexpander* auf Dextran-Basis oder *Ringer-Lactat-Lösung*, e) Überweisung ins nächste Krankenhaus wegen drohender Schockgefahr.

2. Bei manifestem Verbrennungsschock: s. Ziff. 1 a) – c)!

**Beachte:** Morphinpräparate beim Schockierten nur intravenös! Flüssigkeitsersatz beim Schockierten **nur parenteral!** Organisation des Abtransportes: Schriftliche Mitteilung über Menge und Art der bisher verabreichten Analgetika und Infusionen. Bei Bewußtlosen: Halbseitenlage und Intubation. Notwendig in diesem Falle ärztliche Begleitung. Abtransport in ein Krankenhaus nach telefonischer Rücksprache. Transportwege von über 1 Stunde können bei richtiger notfallmäßiger Versorgung (s. o.!) in Kauf genommen werden.

**Indikation für die sofortige Überweisung zum entsprechenden Facharzt bzw. in die Klinik:**

Gefahr des Verbrennungsschocks beim Erwachsenen ab 10 % tief verbrannter Körperoberfläche,

beim Kind unter 10 Jahren ab 5 % tief verbrannter Körperoberfläche.

Stationäre Behandlung bei allen Verbrennungen im Gesicht und im Genitalbereich, bei allen Säuglingen und Kleinkindern bis zu 3 Jahren,

bei allen drittgradigen Verbrennungen von mehr als 5 % der Körperoberfläche.

**Zusätzliche Maßnahmen bzw. Anordnungen:**

Im Krankenhaus Fortführung der Schmerzbekämpfung. Tetanusprophylaxe. Legen eines Cava-Katheters, einer Magensonde, eines Blasenkatheters. Fortführung der Flüssigkeitssubstitutionstherapie nach dem Infusionsschema nach Evans: 0,5 ml Plasmaersatz oder Blut/kg Körpergewicht und pro Prozent tief verbrannter Körperoberfläche, 1,5 ml Elektrolytlösung, am besten *Ringer-Lactat*/kg Körpergewicht und pro Prozent tief verbrannter Körperoberfläche, 2000 ml normotone Glucose- oder Lävulose-Lösung. Durchbrechung der Kreislaufzentralisation durch Alphablockade (Hydergin, Droperidol). Halbierung der errechneten Infusionsmenge nach 24 Std. Bestimmung des *Natrium-Kalium*quotienten im 24-Std.-Urin (Normbereich 2 : 1). Steuerung der Infusionsmenge ab 3. Tag nach Hämatokrit, zentraler Venendruck, Urinproduktion und Kontrolle des Körpergewichtes (Bettwaage). Offene Wundbehandlung mit antiseptischen Lösungen (Betaisodonna, Mercurchrom). Frühzeitige hochkalorische orale Ernährung auch über die Magensonde. Frühzeitige plastische Deckung der Wundflächen. Nach Möglichkeit gezielte antibiotische Therapie nach Wundabstrich und Antibiogramm.

## Schriftenreihe der Bayerischen Landesärztekammer

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

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

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

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

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