



# Bayerisches Ärzteblatt

Mit amtlichen Mitteilungen der Ministerien  
Herausgegeben von der Bayerischen Landesärztekammer

Nummer 10

Professor Dr. Hans J. Sewering:

## Zum 30. Bayerischen Ärztetag

*Es ist eine gute Übung, daß der Bayerische Ärztetag jedes Jahr in einem anderen Regierungsbezirk unseres Freistaates Bayern abgehalten wird. Die konstituierende Sitzung der Delegierten der Bayerischen Landesärztekammer findet alle vier Jahre in München statt und auch für den 20. Bayerischen Ärztetag 1967 wurde die Landeshauptstadt zum Tagungsort gewählt. Es war deshalb naheliegend, auch den bevorstehenden Jubiläums-Ärztetag – den dreißigsten in unserer Nachkriegsgeschichte – wiederum in München abzuhalten. Schon heute sei dem Vorstand des Ärztlichen Kreis- und Bezirksverbandes München für die Einladung und die Mithilfe bei der Vorbereitung herzlich gedankt.*

*Dreißig Bayerische Ärztetage umspannen einen inhaltsreichen Abschnitt bayerischer und deutscher Geschichte. Aus den Trümmern, die der zweite Weltkrieg hinterließ, haben die Bürger unseres Landes wieder ein schönes Land mit stattlichen und reizvollen Siedlungen gemacht. Aus der grausamen Not der Nachkriegszeit erwuchs durch gemeinsame Leistung ein wirtschaftlicher Aufschwung, wie ihn niemand zu träumen wagte.*

*Die Ärzte unseres Landes haben ihren vollen Beitrag zu diesem Wiederaufbau geleistet. Unter unsagbaren Schwierigkeiten erfüllten sie in den Notjahren ihre Pflicht, in Kliniken, Krankenhäusern, in der Praxis und im öffentlichen Gesundheitsdienst. Wer denkt heute noch an die vielen durch Bomben schwerbeschädigten Krankenhäuser, in denen unter heute unvorstellbaren Bedingungen Kranke behandelt, in Notoperationsräumen – meist in Kellern – schwere Operationen erfolgreich durchgeführt wurden. Wer erinnert sich noch der improvisierten Praxisräume, in denen freipraktizierende Ärzte ihre Sprechstunden abhielten, an das klapprige Fahrrad oder Motorrad, mit dem unsere Landärzte mühsam ihre Besuche machten. Materieller Lohn war es nicht, der die Ärzte zu solchem Einsatz beflügelte. Es war einfach das Bewußtsein der Verantwortung für den Mitmenschen, für den Kranken und Hilfsbedürftigen, das die Ärzte – wie ihre Mitbürger – zu höchstem Einsatz befähigte.*

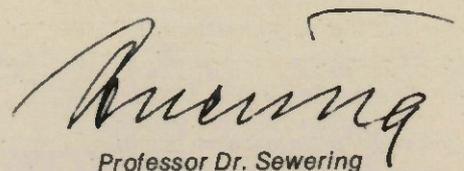
*Es folgten Jahre des wirtschaftlichen Aufschwunges, in denen der Lebensstandard der Bürger unseres Landes erfreulich anstieg. Niemand von uns wird verneinen, daß auch die Ärzte daran teilnahmen. An den Kliniken wurden bezahlte Arbeitsplätze für Ärzte geschaffen, der unbezahlte „Gastarzt“ oder „Volontär“ verschwand. Die Honorare der freipraktizierenden Ärzte konnten, wenn auch in den ersten Jahren nach der Währungsreform nur sehr bescheiden, angehoben werden. Sie wuchsen dann, entsprechend dem guten Wachstum der Wirtschaft, erfreulich an. Auch die Medizin machte in diesen Jahrzehnten atemberaubende Fortschritte in wissenschaftlichen Erkenntnissen, in Diagnostik, Therapie und medizinischer Technik. Dank unseres umfassenden Systems der Krankenversicherung konnten unsere Patienten, gleich welcher Vermögenslage, an diesem Fortschritt teilnehmen. Neue Krankenhäuser entstanden, alte wurden renoviert, die medizinische Einrichtung der Entwicklung der Medizin angepaßt. Die Kassenärzte, denen man plötzlich vorwarf, sie seien rückständig und würden in ihrer Praxis „Opas Medizin“ betreiben, machten gewaltige Anstrengungen, ihre Praxis und medizinische Einrichtung den neuen Erfordernissen der Diagnostik und Therapie anzupassen. Enorme Investitionen wurden getätigt, erhebliche Teile des ärztlichen Einkommens also wieder der Verbesserung der Praxis zugeführt.*

Es kann nicht überraschen, daß die Kosten der gesundheitlichen Betreuung unserer Bevölkerung in diesen Jahren erheblich angestiegen sind. Dies nicht nur in der Bundesrepublik, sondern in allen vergleichbaren Ländern. Dabei wollen wir nicht verkennen, daß mit steigendem Lebensstandard auch das Verlangen nach ärztlicher Hilfe zugenommen hat. Hier offenbart sich allerdings eine Zwiespältigkeit unserer Gesellschaft. Vermehrte Inanspruchnahme ärztlicher Leistung wäre eigentlich ein Zeichen erhöhten Gesundheitsbewußtseins. Dem steht aber entgegen, daß die Lebensgewohnheiten unserer Menschen mit steigendem Lebensstandard ein solches Gesundheitsbewußtsein immer mehr vermissen lassen. Genußmittelverbrauch und Überernährung bei gleichzeitiger Vernachlässigung körperlicher Betätigung haben eine alarmierende Zunahme der Morbidität und – erkennbar bei den Männern – eine leicht rückläufige Lebenserwartung bewirkt. Die steile Zunahme der Herz-Kreislauf-Erkrankungen, des Bluthochdruckes, des Diabetes oder des Bronchialkarzinoms sind keineswegs Symptome für eine unzureichende „ineffektive oder ineffiziente“ Medizin oder ärztliche Versorgung, sondern Folgen einer Lebensweise, welche den Begriff „Gesundheitsbewußtsein“ zu den Akten gelegt hat. Der Versuch, die – Gott sei Dank geringe – Verschlechterung der Lebenserwartung erwachsener Männer unserem derzeitigen System der ambulanten ärztlichen Versorgung in die Schuhe zu schieben, kann deshalb auch nur als gezielte Diffamierung gesehen werden mit dem Ziel, die Systemveränderung in die Wege zu leiten.

Damit sind wir aber haargenau beim gesundheits- und sozialpolitischen Problem unserer Tage angelangt. Die mit dem Krankenversicherungsweiterentwicklungsgesetz begonnene, mit dem sogenannten Kostendämpfungsgesetz vorangetriebene Veränderung der Struktur unseres ärztlichen Versorgungssystems läßt sich weder durch angebliche Mängel der ärztlichen Versorgung, noch durch eine angebliche Kostenexplosion rechtfertigen. Was wir derzeit erleben, ist nichts anderes als politisch-ideologisch gesteuerte Systemveränderung und Auswirkung einer immer unverhohleneren Machtpolitik starker Kräfte der gesetzlichen Krankenversicherung, die sich unter der schützenden Hand derzeitiger politischer Konstellationen erfolgreich entfalten kann. Wer die Bedeutung der beiden erwähnten Gesetze richtig beurteilen will, darf sie nicht isoliert betrachten. Sie müssen zusammen gesehen werden mit Strategiepapieren, vor allem aus Quellen des Deutschen Gewerkschaftsbundes und des Bundesverbandes der Ortskrankenkassen. Erst bei solcher Betrachtung zeigt sich, daß die beiden Gesetze wie Bausteine in dieses strategische Konzept hineinpassen. Die begonnene Zerstörung der Gleichberechtigung von Ärzten und Krankenkassen, die begonnene Auflösung des Auftrages an die freipraktizierenden Ärzte zur Sicherstellung der ambulanten ärztlichen Versorgung, sind erste, aber bereits entscheidende Schritte. Die jeder Vernunft widersprechende Ausweitung der Zahl der Studienanfänger für Humanmedizin paßt in dieses Konzept. Wenn weit mehr Ärzte „produziert“ werden, als man braucht, läßt sich das „Überlaufprinzip“ verwirklichen mit der Chance, einen ganzen Berufsstand zu manipulieren auf jedes – noch so niedrige – Niveau.

Was hier nur schlaglichtartig aufgezeigt werden konnte, wird nicht nur den 30. Bayerischen Ärztetag, sondern die kommende Zeit überschatten. Das einzige, was aber niemals am Ende unserer Überlegungen stehen darf, ist Resignation. Das Bewußtsein der Kraft des ärztlichen Berufsstandes, die Überzeugung von einer Aufgabe, die niemand außer uns erfüllen kann, muß uns die Kraft zum Widerstand, zum Kampf für die Freiheit des Arztes und seiner Berufsausübung geben.

In diesem Sinne grüße ich alle Teilnehmer und Gäste des 30. Bayerischen Ärztetages in München.

  
Professor Dr. Sewering

**Grüßwort zum  
30. Bayerischen Ärztetag  
in München**



*Die Delegierten der bayerischen Ärzteschaft begrüße ich herzlich zu ihrer Jubiläumsversammlung. Kaum je zuvor stand ein Ärztetag so sehr im Zeichen der Verunsicherung wie gerade dieser dreißigste. Zu den erst allmählich absehbaren Folgen des Sozialpaketes kommen die Fragen nach der weiteren Entwicklung der Aus- und Weiterbildung sowie des ärztlichen Berufsrechtes, Bereiche also, deren Neuordnung Umbruch und Umdenken bedeutet. Die Tagesordnung des 30. Ärztetages spiegelt die auch in der Öffentlichkeit lebhaft geführten Diskussionen darüber deutlich wider. Bei ihren Beratungen darf die Ärzteschaft sicher sein, daß die Bayerische Staatsregierung sich euch in Zukunft nicht an dem Haberfeldtreiben gegen einen Stand beteiligen wird, dessen Angehörige einen unentbehrlichen und anerkannt harten Dienst verrichten. Sie wird vielmehr wie bisher Schaden abzuwenden trachten, wenn sie die Freiheit der Berufsausübung oder die ärztliche Versorgung in Gefahr sieht. Dabei vertraut sie auf den partnerschaftlichen Zusammenhalt aller, die im Gesundheitswesen Verantwortung tragen und gegen den Glauben an die Unerschöpflichkeit der Leistungskraft des Sozialstaates ankämpfen. In dieser Zuversicht wünsche ich den Delegierten des Bayerischen Ärztetages fruchtbare Gespräche und neue Anstöße für die weitere berufspolitische und praktische Arbeit.*

A handwritten signature in black ink, consisting of a large initial 'G' followed by several loops and a long horizontal stroke.

*Dr. h. c. Alfons Goppel  
Ministerpräsident*

## München grüßt die bayerische Ärzteschaft



Zum 30. Bayerischen Ärztetag, der in der Zeit vom 7. bis 9. Oktober 1977 in München zu Gast ist, heiße ich als Oberbürgermeister der Bayerischen Landeshauptstadt alle Teilnehmer herzlich willkommen. Ich bin sicher, daß unsere Stadt für die Beratung der anstehenden medizinischen und gesundheitspolitischen Themen mit ihrer unmittelbaren Bedeutung für uns alle ein günstiges Klima bieten kann. Denn München vermag nicht nur mit den Vorzügen einer beliebten und erfolgreichen Kongreßstadt aufzuwarten; hier besteht auch eine wohlfundierte medizinische Tradition in Wissenschaft und Praxis, für die eine Reihe großer Namen aus der Medizingeschichte dieser Stadt zeugen: Ich nenne nur stellvertretend für viele andere den Hygieniker Max von Pettenkofer, den Psychiater Emil Kraepelin, den Internisten Friedrich von Mülfer, den Kinderarzt Meinrad von Pfandler und den Chirurgen Ferdinand Sauerbruch.

Vor dem Hintergrund einer Stadt, deren Liberalität und Aufgeschlossenheit sich vereinigt mit dem Sinn für das Gewachsene und Wohlbewährte, können Sie nicht nur mit dem lebhaften Interesse der Öffentlichkeit rechnen, sondern zugleich mit jenem geistigen Klima, das für die sachliche Behandlung hochaktueller Fragen aus dem Bereich des Gesundheitswesens mit ihren großen und differenzierten Problemen unabdingbar notwendig ist. Darüber hinaus aber kann Ihnen München auch eine angenehme Atmosphäre der Geselligkeit, Unterhaltung und Erholung vermitteln.

In diesem Sinne wünsche ich dem 30. Bayerischen Ärztetag in München einen guten und erfolgreichen Verlauf. Alle Teilnehmer lade ich ein, als Gäste unserer Stadt einen schönen Aufenthalt mit vielen guten Eindrücken zu erleben.

A handwritten signature in black ink, which appears to read 'Kronawitter'. The signature is fluid and cursive, written in a professional style.

Georg Kronawitter  
Oberbürgermeister

## **Willkommen zum 30. Bayerischen Ärztetag in München**



*Es ist mir als 1. Vorsitzender des Ärztlichen Kreis- und Bezirksverbandes München eine große Freude, die Delegierten des 30. Bayerischen Ärztetages in unserer Landeshauptstadt begrüßen zu dürfen. Ebenso herzlich begrüße ich die Damen unserer Delegierten-Kollegen, für die wir ein spezielles Damenprogramm zusammengestellt haben. Nicht minder herzlich begrüße ich die Funktionsträger aus der Politik und aus den verschiedenen Organisationen und alle bayerischen Kolleginnen und Kollegen, die zum Ärztetag nach München kommen.*

*Von München allgemein brauche ich Ihnen nichts zu sagen; Sie alle kennen unsere „Weltstadt mit Herz“ genügend gut.*

*Dafür möchte ich Ihnen aber etwas über das ärztlich/medizinische Leben in München sagen, über das mancher doch nicht so eingehend orientiert ist.*

*Im Raum München leben rund 7200 Ärzte.*

*Die ambulante ärztliche Versorgung der Münchener Bevölkerung wird sichergestellt von rund 2300 Kassenärzten. Die krankenhausärztliche Versorgung wird gewährleistet von ca. 2500 Krankenhaus- und Hochschulklinikärzten. Das noch verbleibende Drittel von 2400 ebenfalls in der Region München lebenden Ärzten setzt sich zusammen aus ca. 400 ehemaligen Kassenärzten, ca. 400 Privatärzten, ca. 300 Medizinalbeamten und Bundeswehrärzten und rund 1300 nicht praktizierenden Ärzten, von denen die verheirateten Ärztinnen den größten Teil ausmachen. Für die stationäre Betreuung der Münchener Bevölkerung stehen in staatlichen, städtischen und in Privatkliniken etwa 15 000 Krankbetten zur Verfügung.*

*München beherbergt zwei Medizinische Fakultäten mit über 5000 Medizinstudenten. An der Universität studieren 4500 und an der Medizinischen Fakultät der Technischen Universität rund 650 Medizinstudenten.*

*München ist, wie Sie alle wissen, Sitz sowohl der Bayerischen Landesärztekammer als auch der Kassenärztlichen Vereinigung Bayerns. Beide Institutionen sind untergebracht im Ärztehaus Bayern, München 80, Mühlbauerstraße 16.*

*München hat auch eine örtliche ärztliche Selbstverwaltungskörperschaft des öffentlichen Rechts, den Ärztlichen Kreis- und Bezirksverband München, München 2, Briener Straße 21, dessen 1. Vorsitzender ich bin. 2. Vorsitzender: Dr. Ernst Th. Mayer, Hochschulklinikarzt (Nervenarzt); 3. Vorsitzender: Dr. Erwin Hirschmann, Kassenarzt (Kinderarzt).*

Die Bezirksstelle München der Kassenärztlichen Vereinigung Bayerns (1. Vorsitzender: Dr. Hans Hege, Allgemeinarzt; 2. Vorsitzender: Dr. Wilhelm Winkelmann, Allgemeinarzt) betreut die Münchener Kassenärzte. Sie hat vor Jahren den Münchener Ärztlichen Notdienst eingerichtet, der für die ambulante ärztliche Versorgung der Bevölkerung rund um die Uhr bereitsteht und über Funktaxis und eine Notdienstzentrale läuft. Anschrift: Briener Straße 23, 8000 München 2.

Dazu helfen in der Not — vor allem bei Unfällen — die Noterztwagen der Feuerwehr, die Rettungshubschreuber des ADAC und der Bundeswehr.

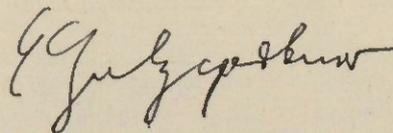
München besitzt eine einzigartige Medizinische Lesehalle, die größte medizinische Bibliothek Deutschlands. Sie befindet sich am Beethovenplatz und enthält neben der Bibliothek des Ärztlichen Vereins (gegründet 1833 von 80 Münchener Ärzten) auch die Medizinische Bücherei der Universität. In der Lesehalle sind zugänglich 205 000 Bücher, außerdem 170 000 Dissertationen. Ständig gehalten werden 650 in- und ausländische Fachzeitschriften. Die Räumlichkeiten der Medizinischen Lesehalle sind eine Stiftung der deutsch-amerikanischen Ärztin Dr. Sophie A. Nordhoff-Jung aus dem Jahre 1930.

In München werden eine Reihe ärztlicher Zeitschriften verlegt, so das „Bayerische Ärzteblatt“, die wöchentlich erscheinenden „Münchener Ärztliche Anzeigen“ (MÄA), die „Münchener Medizinische Wochenschrift“, „Euromed“, „Ärztliche Praxis“, „Selecta“, „Das Forum“ vom Verband der praktischen Ärzte u. a.

München ist auch der Sitz vieler ärztlicher Vereinigungen, Gesellschaften und Organisationen. So gibt es allein in der Berufspolitik neben den Landes- und Bezirksverbänden der großen standespolitischen Organisationen, wie dem Verband der Ärzte Deutschlands (Hertmannbund), dem Verband der niedergelassenen Ärzte Deutschlands (NAV), der Arbeitsgemeinschaft fachärztlicher Berufsverbände (AFB), dem Verein der praktischen Ärzte, dem Marburger Bund der angestellten und beamteten Ärzte und dem Bund der gewerkschaftlichen Ärzte in der DGB-Gewerkschaft ÖTV noch etwa 15 weitere Gruppierungen.

Zum Zusammenhalt der Bevölkerung Münchens mit ihren Ärzten trägt auch deren Engagement bei vielen politischen, religiösen, caritativen, sportlichen und sonstigen gesellschaftlichen Gremien Münchens bei, das für den guten Kontakt zwischen der Münchener Bevölkerung und den Ärzten sicher von großer Bedeutung ist.

Ich hoffe und wünsche, daß diese gute Atmosphäre dazu beitragen möge, Ihnen den Aufenthalt in unserer Stadt recht angenehm zu machen und die Arbeit des Ärztetages zum Nutzen nicht nur unseres Standes, sondern darüber hinaus zum Nutzen unserer Kranken und Hilfesuchenden recht erfolgreich zu gestalten.



Dr. Hartwig Holzgartner  
1. Vorsitzender des Ärztlichen  
Kreis- und Bezirksverbandes München

## 30. Bayerischer Ärztetag in München

### Vollversammlung der Bayerischen Landesärztekammer am 7./8./9. Oktober 1977

**Ort und Zeit der Arbeitstagen:** *Samstag, dem 8. Oktober 1977, 9 Uhr s. t., und Sonntag, dem 9. Oktober 1977, 9 Uhr c. t., im Sheraton Hotel, München B1, Arabellastraße 6*

*Die Verhandlungen finden in geschlossenen Sitzungen statt, zu denen außer den Delegierten der Kammer nur Ärzte als Zuhörer gegen Ausweis Zutritt haben.*

*Stimmübertragung ist nach dem Kammergesetz nicht zulässig.*

**Tagesordnung:**

1. *Tätigkeitsbericht der Bayerischen Landesärztekammer*
2. *Finanzen der Bayerischen Landesärztekammer*
  - 2.1 *Rechnungsabschluss 1976*
  - 2.2 *Entlastung des Vorstandes*
  - 2.3 *Haushaltsvorschlag 1978*
  - 2.4 *Beitragsordnung*
3. *Ärztliches Berufsrecht*
  - 3.1 *Neufassung der Berufsordnung für die Ärzte Bayerns*
  - 3.2 *Neufassung der Weiterbildungsordnung*
4. *Nachwahl in den Finanzausschuß der Bayerischen Landesärztekammer*
5. *Bayerische Akademie für ärztliche Fortbildung*
6. *Besetzung der Berufsgerichte und des Landesberufsgerichtes für die Heilberufe mit nichtrichterlichen Besitzern und deren Stellvertreter*
7. *Wahl des Tagungsortes des 32. Bayerischen Ärztetages 1979*



## Johann Nepomuk von Ringseis und die Medizinalreform in Bayern

von H. Goerke

Der Einfluß, den die Revolution von 1848 auf das Gesundheitswesen in Deutschland gehabt hat, wird heute selbst von historisch interessierten Ärzten bei Erörterungen über die Berufs- und Standespolitik im vorigen Jahrhundert kaum beachtet. Besonders auffällig aber ist, daß, wenn schon einmal an diese Zusammenhänge gedacht wird, in erster Linie von Rudolf Virchow, der von ihm und Rudolph Leubuscher (1821 bis 1861) herausgegebenen Zeitschrift „Die medicinische Reform“ und den Ereignissen in Preußen, und dabei dann vor allem in Berlin, die Rede ist. Weniger oder überhaupt keine

Würdigung finden die in den übrigen deutschen Staaten in dieser Zeit nachzuweisenden Maßnahmen und Bestrebungen. Eine Ausnahme bildet lediglich die im Herzogtum Nassau bereits 1818 vollzogene tiefgreifende Veränderung in der ärztlichen Versorgung der Bevölkerung durch Verbeamtung der niedergelassenen Ärzte und der Apotheker, die unter dem Begriff „Verstaatlichung der Medizin“ oder das erste Beispiel für „Sozialismus im Heilwesen“ (Finkenrath) viel Beachtung gefunden hat. Über die bis 1866, als mit dem Anschluß an Preußen die bisherigen gesetzlichen Regelungen aufgehoben wurden, gemachten Erfahrungen mit diesem Großexperiment ist wiederholt berichtet worden.

Wenig oder kaum wurden die Maßnahmen zur Durchführung der „Me-

dizinalreform“ in Bayern beachtet. Selbst Alfons Fischer hat in seinem klassischen Werk „Geschichte des deutschen Gesundheitswesens“ (Band 2) darüber nur wenige Sätze gebracht. Er würdigte das erste „Ärzteparlament“, den „Congreß bayerischer Ärzte zu München vom 2. bis 8. Oktober 1848“, wie die Bezeichnung nach den im Druck vorliegenden Verhandlungen (Erlangen 1848) lautete.

Fischer hat auch darauf aufmerksam gemacht, daß sich die Anfänge der Medizinalreformbewegung in Bayern bereits um 1839 nachweisen lassen und sie 1848 nicht zum Erlöschen gekommen ist. In den sechziger und siebziger Jahren hätten sich vielmehr deutliche Auswirkungen gezeigt. Die „Freigebung der ärztlichen Praxis“, womit die Aufhebung des

Abbildung zeigt:

Johann Nepomuk von Ringseis  
Sammlung Institut für Geschichte der Medizin  
der Ludwig-Maximilians-Universität  
Foto um 1870

„Praxisbanns“ vollzogen wurde, ist 1865 erfolgt. Bis dahin war, wie Eduard Graf in „Das ärztliche Vereinswesen in Deutschland“ (Leipzig 1890) hervorgehoben hat, das Königreich Bayern in Distrikte mit jeweils festgelegter Ärztezahl eingeteilt und junge Ärzte mußten erst das Freiwerden einer Stelle abwarten. Am 24. Juli 1871 ist die Verordnung über die Ärztekammer und die ärztlichen Bezirksvereine in Kraft getreten. Damit waren auch in Bayern einige Teilziele der Medizinalreform erreicht worden. Wie stark diese Bewegung jedoch in Bayern gewesen ist, davon konnte auch Fischer keinen Eindruck vermitteln. Dazu einen kleinen Beitrag zu leisten ist die Aufgabe dieses Aufsatzes.

Die Ziele der Medizinalreformer waren in allen deutschen Staaten ziemlich einheitlich, die Verbindung unter den führenden Köpfen verhältnismäßig gut, so daß man sich verständigen und anpassen konnte. Die Anfänge der „Bewegung“ hat Rudolf Virchow in der ihm eigenen Mischung von lebendiger Anschaulichkeit und sachlich nüchterner Berichterstattung geschildert. Er veröffentlichte in Heft 1 der Zeitschrift „Die medicinische Reform“ am 10. Juli 1848 einen Aufsatz über die Aufgabe dieser Zeitschrift und damit die Bestrebungen, die als Folgen der, wie es an gleicher Stelle heißt, „politische(n) Stürme von so schwerer und gewaltiger Natur“, die „über den denkenden Teil Europas“ dahingingen, unter der Ärzteschaft aufgekommen waren. Ärzte traten in Versammlungen zusammen, um in demokratischer Form über ihre Angelegenheiten zu beraten. Man forderte ein Gesundheitsministerium, die Beteiligung an Maßnahmen der öffentlichen Gesundheitspflege, die Abschaffung des Armenarztwesens und die Kurierfreiheit. Man trat ein für die Vermittlung von mehr Bildung für das Volk, nicht zuletzt auch im Sinne gesundheitlicher Aufklärung. Selbstverwaltungsorgane für Ärzte, Tierärzte und Apotheker wurden gefordert, dazu die Errichtung von „ärztlichen Kammern“ als oberste Einrichtungen für Medizinalangelegenheiten, die Abschaffung der Promotion als Voraussetzung für die Ablegung des ärztlichen Staatsexamens und eine einheitliche Berufsausbildung für Ärzte.

Diese Forderungen der Medizinalreformer kehrten überall wieder, wo

In den deutschen Staaten sich entsprechende Bestrebungen bemerkbar machten, lediglich abgewandelt entsprechend den jeweils bestehenden besonderen Umständen, also vorhandenen gesetzlichen Regelungen, besonderen Mißständen oder historisch gewachsenen Eigentümlichkeiten.

Über den Ablauf des ersten Abschnittes der Medizinalreformbewegung in Bayern gibt es einen gedruckten Bericht für die Zeit vom 1. Oktober 1848 bis zum 10. Februar 1850, verfaßt von Friedrich Wilhelm Carl von Jan (1790 bis 1867), der selbst eine wichtige Rolle bei dem Geschehen gespielt hat. Der Verfasser dieses aufschlußreichen Berichtes „Die medicinische Reform in Bayern“ (Nürnberg 1850) war Fürstlich Öttingen-Wallersteinscher Hofrat, Vorsitzender des mittelfränkischen ärztlichen Kreisvereins, seit 1845 in Nürnberg ansässig und dann dort auch als Arzt praktisch tätig. Seine Schrift ist ein offenherziges Bekenntnis zu den Zielen der Medizinalreformer und damit zum liberalen demokratischen Zeitgeist. In manchen Abschnitten auch eine Rechtfertigung und nicht zuletzt eine Zusammenfassung und Kritik dieser frühen standespolitischen Ereignisse. Gestützt hat sich Dr. von Jan u. a. auf den im Druck erschienenen „Bericht über die am 1. August 1849 zu Straubing abgehaltene Generalversammlung des Vereins der promovierten Ärzte Niederbayerns“ (Passau 1849), die „Beschlüsse der ärztlichen Berathungs-Commission zu München im Winter-Semester 1850, herausgegeben von dem Secretär dieser Commission Dr. Ludwig Dittich, Professor an der Ludwig-Maximilians-Universität in München“ und insbesondere auf die von ihm selbst 1848 herausgegebene Zeitschrift „Medicinisch-politische Blätter, oder Mittheilungen für die Reformen im Medicinalwesen“, deren sämtliche Beiträge auch im „Medicinischen Correspondenz-Blatt“ abgedruckt wurden und somit weite Verbreitung bei den Ärzten gefunden haben. Darüber hinaus hat Dr. von Jan in seinem Literaturverzeichnis die wichtigsten Publikationen zur Medizinalreformbewegung nicht nur im Hinblick auf Bayern nachgewiesen, u. a. natürlich auch „Die medicinische Reform“ von Virchow und Leubuscher. Auf viele dieser Arbeiten hat er im Text seines Berichtes wiederholt Bezug genommen.

Wer sich mit der Medizinalreform in Bayern beschäftigt, wird jetzt und in Zukunft allein schon aus dieser Schrift des Hofrats Dr. von Jan einen guten, wenn auch in vieler Hinsicht doch auch einseitigen Überblick über den Ablauf der Ereignisse und die unterschiedlichen Interessenlagen gewinnen. Auch manche Einzelfrage läßt sich durch ihn schon beantworten, so die nach den maßgeblichen Persönlichkeiten auf seiten der für die Reform tätigen Ärzte wie ihren Gegenspielern. Einem dieser Gegenspieler hat auch von Jan zwangsläufig große Beachtung geschenkt, dem für das Medizinalwesen zuständigen Referenten im Staatsministerium des Innern, der für das Ergebnis der medizinalreformerischen Bestrebungen in Bayern eine wichtige, in vieler Beziehung sogar ausschlaggebende Rolle gespielt hat. Dieses Amt bekleidete der Geheimrat Johann Nepomuk von Ringseis (1785 bis 1880), Professor der Medizin an der Ludwig-Maximilians-Universität seit ihrer Verlegung nach München im Jahre 1826. Seit 1817 war Ringseis, der in Landshut studiert hatte und dort Schüler des Brownianers Andreas Röschlaub (1768 bis 1835) gewesen war, Oberarzt der eigens für ihn errichteten II. Medizinischen Abteilung am Allgemeinen Krankenhaus in München, den heutigen Universitätskliniken an der Ziemssenstraße. Ringseis hat übrigens selbst erheblichen Anteil daran gehabt, daß die Universität nach München verlegt worden ist. Seine engen Beziehungen zum Kronprinzen Ludwig, den er zwischen 1817 und 1824 auf mehreren Reisen nach Italien begleitet hatte und der 1825 den Thron bestieg, haben sich dabei ausgewirkt. Im Jahre 1818 war Ringseis Medizinalrat des Isarkreises geworden, 1826 Obermedizinalrat und medizinischer Referent im Staatsministerium des Innern. In dieser Stellung, die er bis zum Jahre 1871 innegehabt hat, war er der oberste Medizinalbeamte im Königreich Bayern und damit von großem Einfluß auf das gesamte öffentliche Gesundheitswesen und die Gesundheitsgesetzgebung. Schon Hermann Kerschensteiner hat in seiner „Geschichte der Münchener Krankenanstalten“ festgestellt: „Es gibt wenige Männer, die in den Büchern über Geschichte der Medizin so schlecht wegkommen wie Ringseis.“ Dafür hat Ringseis allerdings auch manchen Aniaß geliefert, nicht zuletzt

durch sein Bemühen, die Medizin aus der Sicht des romantischen Katholizismus zu betrachten. Im Vorwort zu seinem „System der Medizin“ (Regensburg 1841), einem „Handbuch der allgemeinen und speziellen Pathologie und Therapie, zugleich ein Versuch zur Reformation und Restauration der medizinischen Theorie und Praxis“, wie der Untertitel lautete, sagte er selbst voraus, daß viele seiner Ansichten nicht anerkannt werden würden, insbesondere nicht seine „Überzeugung, daß die Medicin, wie alle Wissenschaften ihre Prinzipien in der traditionellen Offenbarungslehre habe“.

Es soll hier nicht mehr über Ringseis als Arzt, akademischer Lehrer und in mancher Hinsicht auch originelle Persönlichkeit des Münchener Lebens durch viele Jahrzehnte des vorigen Jahrhunderts gesagt werden. Dies mag einer ausführlicheren biographischen Darstellung vorbehalten bleiben. Immerhin muß Ringseis, auch wenn er durch sein hohes Alter sich schließlich sogar selbst zumindest im Hinblick auf sein medizinisches Weltbild völlig überlebt hat, gesehen und verstanden werden als ein besonders prominenter und daher auch entsprechend einflußreicher Repräsentant Münchens unter Ludwig I., dessen geistiges und kulturelles Milieu er auch mitgestaltet hat. Daß das Buch von Jans ein eigenes Kapitel von 23 Seiten Umfang mit der Überschrift „Der Ministerial-Referent für das Sanitätswesen, Herr Geheime Rath von Ringseis“ aufweist, weckt allein schon den Verdacht, daß eine besondere Situation bestanden, irgend etwas im Verhältnis zwischen Ringseis und den Ärzten nicht gestimmt haben muß. Selbst bei vorsichtigster Bewertung der Äußerungen über ihn aus dem Munde der engagierten Vertreter der Medizinalreform läßt sich doch manches über die Art und Weise entnehmen, in der Ringseis sein hohes Amt geführt hat und wie er sich gegenüber den politischen Strömungen der Zeit verhalten hat. In den Diskussionen der Jahre 1848/50 wurde Ringseis wiederholt eine zwielfältige Haltung vorgeworfen. Einerseits habe er sich als ein „Hemmschuh“ für die Reformmaßnahmen erwiesen und die Regierung schlecht beraten, andererseits selbst Andeutungen dahingehend gemacht, daß die Staatsregierung Schuld an „diesen oder jenen Gebrechen des

Medicinalwesens“ trage. Der von Ringseis vertretenen Auffassung, daß seine Schrift „System der Medizin“ bereits ein früher Versuch der Medizinalreform gewesen sei, konnten sich die Ärzte verständlicherweise nicht anschließen. Man war aber auch mit seiner Amtsführung im Ministerium im höchsten Maße unzufrieden.

„Der Rechtsboden, auf welchen das organische Edict über das Medicinalwesen im Jahre 1808 die Aerzte gestellt hatte, war unter dem Regiment des Hrn. v. R. gänzlich verschwunden, und an dessen Stelle eine unbegrenzte Willkürherrschaft und Schutzlosigkeit der Aerzte getreten. Man erinnere sich nur an die fast unglaublichen Vorgänge, welche bei Beförderung und Anstellung der Aerzte vorkamen etc.“

Die Ärzte waren der Meinung, daß sie es bei den unteren Instanzen vielfach mit „Ringseis'sche(n) Creaturen“ zu tun hatten, was sich dann zeigte, wenn z. B. Bader wegen Puschereien bei Landgerichten angezeigt worden waren und dieser Personenkreis offensichtlich gegenüber den Ärzten begünstigt wurde. In der „deutsch-constitutionellen Zeitung“ wurde Ringseis 1848 öffentlich beschuldigt, die Landärzte, Chirurgen und Bader auf Kosten der Ärzte zu bevorzugen und Instruktionen für diese erteilt zu haben, „nach welchen diese Menschen jeden Unfug treiben können, ohne dass man im Stande wäre, denselben Einhalt zu thun“, Ärzten den Erwerb von Bader-Gerechtigkeiten bewilligt zu haben, „sich mit dem Studium ultramontaner Schriften mehr als mit seinem Referate“ zu befassen, die „Administration des Medicinalwesens“ nicht zu kennen und zu lieben und die wichtigsten Angelegenheiten Laien zu überlassen. Die Gegenäußerung, die Ringseis gegeben hatte, konnte das „ärztliche Publicum durchaus nicht beruhigen“.

Unklar ist die Rolle geblieben, die Ringseis bei der Einberufung des Kongresses bayerischer Ärzte in der ersten Oktoberwoche 1848 in München gespielt hat. Er wirkte dabei, wie es hieß, „hinter den Coulissen“. Auf dem Kongreß selbst ist er dann, wie die gedruckten Verhandlungen bestätigen, bemüht gewesen, „thätigste Theilnahme für die Sache zu zeigen“. Er beteiligte sich an den Diskussionen um die Wiedererrichtung eines „Obermedicinal-Colle-

giums“, die er jedoch nicht befürwortete. Übel vermerkt wurde Ringseis die Bemerkung, daß er doch als Professor besonders befähigt sei im öffentlichen Gesundheitswesen zu wirken. Darin erblickte man eine Protektion der beargwöhnten Ämterhäufung.

Ein besonderer Prüfstein für die Einsicht in die Anliegen der Medizinalreformer war die Stellungnahme zur Frage der Niederlassungsfreiheit der Ärzte. Ringseis äußerte sich dazu wörtlich:

„Ich stimme und mit vollstem Herzen für eine gänzliche und unbedingte Freiheit der Praxis, dem Principe nach. Allerdings wurde in älteren Zeiten, als die Zahl der Aerzte noch nicht so übergroß war, den promovirten Aerzten die Erlaubnis erteilt, frei zu practiziren.“ „Es gibt Verhältnisse, wo die unbedingte Freiheit beschränkt werden muss, und das ist die Aufgabe des Staates; denn was hätte er sonst für eine Aufgabe, als da, die Bande zu lüften, wo sie zu eng waren, und im Gegenteil sie enger anzuziehen, wo sie zu lose geworden.“

Die Distrikteinteilung hält Ringseis nicht für die Ursache der Schwierigkeiten, nur die zu große Zahl der Ärzte in Bayern wäre schuld an dem „zu beklagenden Elend so vieler Ärzte“. Er weist darauf hin, daß die „Landärzte“ und die mit entsprechenden Kompetenzen ausgestatteten ehemaligen Chirurgen aber auch die Bader bald ausgestorben sein würden. „Im Augenblicke aber die Praxis unbedingt freizugeben, würde nach meiner Ueberzeugung und Kenntnis der Acten, eine furchtbare Verwirrung in vielen Gegenden hervorbringen.“

Zweifellos hat Ringseis geschickt argumentiert, dennoch reichte sein Informationsvorsprung — wie man heute sagen würde — nicht, um ihm die Zustimmung der Kongreßteilnehmer zu sichern. Allerdings waren eben infolge des Vorhandenseins von verschiedenen Klassen von Heilkundigen, deren Kompetenzen sich überschneiden, gleichzeitig nebeneinander zwei Stufen der Entwicklung zum Einheitsberuf des Arztes vertreten. Im Verhältnis zwischen Ärzten und Badern waren wiederholt Spannungen aufgetreten und die Vorwürfe, die Ringseis gerade diesbezüglich gemacht worden waren, erklären es leicht, daß er auch zu dieser Frage Stellung nehmen mußte. Er stellte

# 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 Tabl. mit Kreuzrille DM 10.65  
100 Tabl. 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 Tabl. mit Kreuzrille DM 13.20  
100 Tabl. 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 Tabl. mit Kreuzrille DM 7.70  
Preise n.A.T.  
Ferner jeweils Anstalts-Packungen

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

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

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

**Zur Prophylaxe der endemischen Struma**

**Jodid-Tabletten**  
1 Tablette enthält 65,4 µg Kaliumjodid, entsprechend 50 µg Jod  
100 Tabletten DM 3.65  
Preis n.A.T.

**Kontraindikationen**  
Jodüberempfindlichkeit, Hyperthyreose.

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

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

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

Stand 1.1. 1977

E. Merck  
Postfach 4119 6100 Darmstadt 1

fest, daß es 1200 „reale Badergerechtere“ in Bayern gäbe. Anfangs hätte man Ärzten auch erlaubt, solche „Badergerechtigkeiten“ käuflich zu erwerben, um dadurch die Konkurrenz der Bader zu verringern. Diese Erlaubnis sei jedoch aufgehoben worden, nachdem sich gezeigt hatte, daß Ärzte auf diesem Weg de facto zu einer Niederlassungsgenehmigung kommen konnten.

Wie Ringseis sich selbst auf dem Münchener ärztlichen Kongreß dem äußeren Auftreten nach verhalten hat, beschreibt ein Bericht in der „Neuen med.-chir. Zeitung“, den von Jan abgedruckt hat:

„Herr v. R. erschien zu jeder Sitzung gleich einem Deputierten auf die Minute, verfolgte die Verhandlungen auf die bescheidenste und anspruchloseste Weise mit der größten Aufmerksamkeit etc. aber nicht allein im Saale des ernstesten Berathens, auch am Tische der Freude und Erholung war Ringseis das belebende Prinzip des geselligen Kreises, denn hier erkannte man nicht den hochgestellten Beamten, den überragenden Geist, den altererfahrenen Menschen und Arzt, er war hier der Freund des Einzelnen, der ungenirte, mit aller Welt es gut meinnende, gemüthliche, alte Student etc.“

Zehn Monate nach Beendigung dieses Kongresses war nichts von dem erfüllt, was Ringseis den Teilnehmern versprochen hatte, und das war wenig genug gewesen. Von Maßnahmen zur Reorganisation des Medizinalwesens war nichts zu vernennen. Eine darauf bezügliche öf-

fentliche Anfrage beantwortete Ringseis auf seine Weise „mit Meisterschaft in der Sophistik“, wie von Jan sich ausdrückte.

Immerhin war ein „Obermedicinalausschuss“ mit sieben Mitgliedern eingesetzt worden und Ringsels konnte darauf hinweisen, „daß er ja die Leitung des Medicinalwesens jetzt nicht mehr allein besorge“. Hart ist von Jan mit Ringseis ins Gericht gegangen, wenn er feststellte: „Um seinen Mut an jenen Aerzten zu kühlen, welche die von ihrem König gemachten Verheißungen verwirklicht sehen möchten, beschimpft er den ganzen Stand der bayer. Aerzte und vergisst dabei, dass der Hirte einer solchen Herde, nämlich er selbst, am meisten dadurch beschimpft ist.“ Gemeint waren damit die Äußerungen von Ringseis über die Verhältnisse unter den Ärzten, die den Anstoß zu den Niederlassungsbeschränkungen von 1835 gegeben hatten:

„Hunderte von Klagen der practischen Aerzte und der Behörden über unwürdiges, uncollegiales Benehmen der practischen Aerzte, gegenseitige Anklagen, Verkleinerungen, Verdächtigungen bis zu Verläumdung, häufigen unerlaubten Arznelhandel, Harnguckerei, Geheimniskrämerei und Charlatanerie aller Orts, beständigen fruchtlosen Wechsel des Wohnorts, und dies alles in Folge des Mangels an Erwerbsmitteln bis zu einem Grade, dass der eine die Möbel sammt dem Bett verkaufte, der andere bei dem Bauern im Taglohn arbeitete, der dritte bei demselben Kosttage annahm etc.“

Aus diesen Berichten über die Medizinalreform, die unter dem Gesichtspunkt einer möglichen echten Aussage zitiert worden sind, läßt sich ersehen, daß die Auseinandersetzungen auch im Königreich Bayern mit großer Härte geführt worden sind und sie an Deutlichkeit nichts zu wünschen übrig ließen. Sie sind auch ein gutes Beispiel dafür, daß in solchen Diskussionen nicht selten Tatsachen unterbreitet werden, die sonst kaum einmal andersorts aktenkundig werden. Dies betrifft sowohl die Darstellung von Sachzusammenhängen als auch die Charakteristik von Einzelpersonen. Andererseits darf man vielen Aussagen auch nur mit Einschränkungen Gewicht beimessen, zumal wenn sie, wie in diesem Falle, in Revolutionsstimmung gefallen sind, wenn die hohen Ziele dazu zwingen, in der Wahl der Mittel nicht kleinlich zu sein. Man sollte jedoch auch nicht der Meinung sein, daß unter diesen Bedingungen sich nur „Körnchen“ von Wahrheit herausfinden ließen. Solche Quellen sind eben doch viel ergiebiger, wenn man sie neben anderen verwendet. So gesehen wird das umstrittene Bild, das uns von Johann Nepomuk von Ringseis überliefert worden ist, sehr zutreffend ergänzt durch die Darstellung seines Verhaltens als höchster Medizinalbeamter gegenüber den ersten ärztlichen Standespolitikern in Bayern.

Anschrift des Verfassers:

Professor Dr. Dr. h. c. H. Goerke, Sträßhuberstraße 11, 8000 München 71

## 28. Nürnberger Fortbildungskongreß der Bayerischen Landesärztekammer

vom 2. bis 4. Dezember 1977 in Nürnberg

Wissenschaftliche Leitung: Professor Dr. H. Kleinfelder, Nürnberg

Ort: Meistersingerhalle

Themen: Therapie bakterieeller Infektionen – Diagnose und Therapie von Mykosen und Tropenkrankheiten – Der Drogen-Kranke und seine Behandlung – Hypertonie – Diagnostische Probleme und Fehldeutungen in der Praxis – Indikation und Technik hüftgelenkerhaltender Operationen – Notfälle in der Praxis

– Programm Seite 1019 –

# Valvuläre Herzerkrankung

## Diagnostik und Therapie erworbener Herzfehler

von W. Rudolph, L. Goppel, K. L. Froer

Aus der Klinik für Herz- und Kreislauferkrankungen – Deutsches Herzzentrum München des Freistaates Bayern  
(Direktor: Professor Dr. med. W. Rudolph)

Herz- und Kreislauferkrankungen bestimmen in hohem Maße den Gesundheitszustand der heutigen Bevölkerung. Sie nehmen in der Bundesrepublik Deutschland ebenso wie in vielen anderen Industrieländern mit 20 Prozent an der Gesamtmorbidität und 50 Prozent an der Gesamtmortalität die erste Stelle ein.

### Häufigkeit

Die valvuläre Herzerkrankung spielt im Rahmen der Herz-Kreislauferkrankungen eine bedeutende Rolle. Nach Angaben des Statistischen Bundesamtes starben in der Bundesrepublik Deutschland im Jahre 1968 4700 Personen an Aorten-, Mitrals- und Trikuspidalfehlern. Die Zahl ging zunächst jährlich um drei Prozent zurück und ist seit 1973 mit 3800 Sterbefällen weitgehend konstant. Insgesamt ist davon auszugehen, daß ca. 150 000 bis 200 000 Patienten mit valvulärer Herzerkrankung in der Bundesrepublik Deutschland leben. Die Kommission für Kapazitätsermittlung der Deutschen Gesellschaft für Thorax-, Herz- und Gefäßchirurgie rechnet mit jährlich 6000 operativ zu versorgenden Klappenfehlern.

Von 3000 fortlaufend ertägten Patienten, die in unserer Klinik einer Herzkatheterisation unterzogen worden waren, konnte bei 32 Prozent eine valvuläre Herzerkrankung festgestellt werden.

Die Häufigkeiten von Mitralsstenosen, Aorteninsuffizienzen, kombinierten Mitralsvitien und kombinierten Aortenvitien sind mit ca. 10 bis 15 Prozent etwa gleich groß. Die Zahl der Aortenstenosen und Mitralsinsuffizienzen schwankt in einem Bereich von fünf bis sieben Prozent und die der Aorten-Mitralsvitien macht einen Anteil von ca. 20 Prozent aus. Die

Trikuspidalvitien sind fast ausschließlich mit einem Mitralsfehler und häufig zusätzlich mit einem Aortenfehler kombiniert und finden sich bei ca. fünf Prozent der Patienten mit valvulärer Herzerkrankung. Insgesamt war die Mitralsklappe bei 70 Prozent, die Aortenklappe bei 55 Prozent und die Trikuspidalklappe bei sechs Prozent aller Kranken betroffen.

### Diagnostische und therapeutische Problematik

Der Arzt steht heute vor der Aufgabe, folgende diagnostische und therapeutische Probleme zu lösen:

1. Erkennung einer valvulären Herzerkrankung und Ermittlung des Schweregrades (qualitative Diagnose, Schweregrade I bis IV gemäß der Klassifikation der „New York Heart Association“).
2. Quantitative Beurteilung der valvulären Läsion (Klappenöffnungsfläche, Regurgitationsausmaß).
3. Erfassung möglicher Strukturveränderungen (Klappen, subvalvulärer Apparat, Koronararterien).
4. Quantitative Beurteilung von Myokardfunktion und myokardialen Strukturveränderungen (Kontraktilitätsparameter, Myokardmasse, Compliance).
5. Erkennung von Komplikationen (Embolie, Thrombose, Hämolyse, bakterielle Endokarditis, rheumatische Endokarditis, Rhythmusstörungen, Stauungsherzinsuffizienz) und extrakardialen Erkrankungen.
6. Stellung der Operationsindikation (valvuläre, myokardiale, extrakardiale Faktoren).
7. Ermittlung der Belastungsfähigkeit (submaximale Belastung im steady state Verfahren).

8. Beurteilung der Notwendigkeit einer medikamentösen Therapie (Antikoagulantien, Antibiotika, Antiarrhythmika, Digitalis, Diuretika).

9. Erkennung einer Prothesenmalfunktion (Kunstklappe, biologische Klappe).

Grundsätzlich wäre es wünschenswert, die Operationsindikation nach der Schwere der valvulären Läsion festzulegen. Leider können wir uns bisher von dieser idealen Operationsindikation nicht leiten lassen, da die Klappenchirurgie mit einer Reihe von Problemen behaftet ist. Die Problematik der Klappenchirurgie ergibt sich

1. durch den operativen Eingriff selbst, der mit einer gewissen Letalität verbunden ist, der zu einer Myokardschädigung führen kann und der eine bestimmte Morbiditätsrate aufweist, und
2. durch die meistens notwendig werdende Kunststoffklappe oder Bioprothese, die hinsichtlich Dauerhaftigkeit, Hämodynamik (eingeschränkte Klappenöffnungsfläche) und Thromboembolierate keineswegs Idealvorstellungen entspricht.

Die Operationsindikation ist deshalb erst dann als gegeben anzusehen, wenn einerseits die Reserven des Myokards ausgeschöpft, andererseits aber noch keine schädlichen irreversiblen Myokardveränderungen aufgetreten sind. Deswegen ist es notwendig, neben der quantitativen Beurteilung der valvulären Läsion die Myokardfunktion sorgfältig zu erfassen.

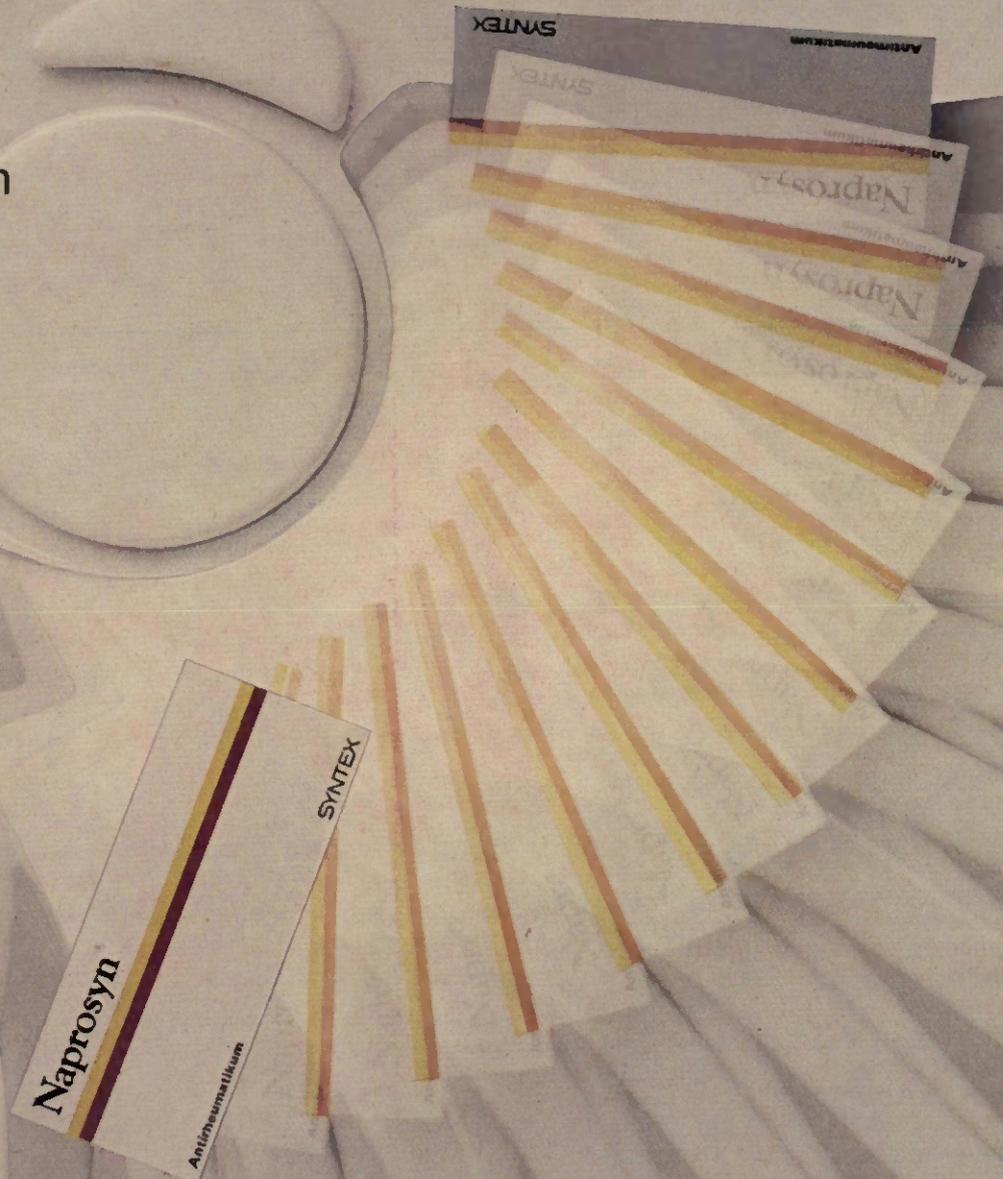
### Symptome und klinische Befunde

Die Symptome und klinischen Befunde bei Patienten mit Mitrals-, Aorten- oder Trikuspidalfehlern sind

# Naprosyn<sup>®</sup>

## Mehr Bewegung in der Rheumatherapie

NEU: Suppositorien



### Naprosyn<sup>®</sup>

## Gegen Schmerz und Entzündung im Rheumagelenk

#### Zusammensetzung:

1 Kapsel NAPROSYN enthält 250 mg Naproxen, 1 Zäpfchen NAPROSYN enthält 500 mg Naproxen (+1-2-16'-Methoxy-2'-naphthyl-propionsäure).

#### Indikationen:

Rheumatische, entzündliche und degenerative (verschleißbedingte) Erkrankungen der Gelenke, der Wirbelsäule und des sie umgebenden Gewebes.

#### Unverträglichkeiten und Nebenwirkungen:

Bei Patienten mit floridem Ulcus ventriculi oder duodeni sollte NAPROSYN nur unter sorgfältiger Beobachtung angewandt werden. Bei Patienten unter 16 Jahren sowie während der Schwangerschaft sollte

NAPROSYN wegen noch mangelnder Erfahrungen nicht eingesetzt werden.

#### Dosierung und Anwendungsweise:

Als Erhaltungsdosis genügen gewöhnlich 500 mg (2 Kapseln) pro Tag, morgens und abends je 1 Kapsel. Die Dosis kann im Bedarfsfall auf 750 mg erhöht werden, mit 12-stündlichem Intervall zwischen den Applikationen. Initialtherapie: Für drei Wochen eine Dosis von 750 mg pro Tag bei Patienten mit starken Beschwerden, bei Patienten, die von einem anderen hochdosierten Antirheumatikum auf NAPROSYN umgestellt werden, bei Patienten mit degenerativen Gelenkerkrankungen. Je nach dem Zeitpunkt der stärksten Beschwerden: 2 Kapseln oder 1 Zäpfchen nach dem Aufstehen und 1 Kapsel vor dem Schlafengehen oder 1 Kapsel nach dem Aufstehen und 2 Kapseln oder 1 Zäpfchen vor dem Schlafengehen.

#### Packungen/Preise lt. AT, m. MwSt.:

Kapseln:		Suppositorien:	
20 Kapseln	DM 19,60	10 Supp.	DM 19,60
50 Kapseln	DM 43,35	20 Supp.	DM 35,65
100 Kapseln	DM 77,10		

Ausführliche Informationen entnehmen Sie bitte der wissenschaftlichen Broschüre.

**SYNTEX**  
SYNTEX GmbH, 4030 Ratingen

so charakteristisch, daß ihre Erkennung in der Regel keine Schwierigkeiten bereitet und auch der Schweregrad abschätzbar ist. Die Bedeutung von Anamnese und physikalischem Befund kann somit nicht genügend hervorgehoben werden. Sie reichen unter Einbeziehung von Elektrokardiogramm, Röntgenbild und Echokardiogramm meistens aus, das Krankheitsgeschehen umfassend zu beurteilen, so daß spezielle Untersuchungsverfahren nur dann angewandt werden, wenn die Frage der operativen Therapie zur Diskussion steht.

Während bei Mitralfehlern Atemnot und Rhythmusstörungen im Vordergrund stehen, sind bei Aortenfehlern Angina pectoris, Schwindel und synkopale Anfälle zu erwähnen. Patienten mit Mitralinsuffizienz oder Aortaninsuffizienz klagen außerdem über Herzklopfen. Bei Trikuspidalfehlern sind als Ausdruck des kleinen Herzminutenvolumens Müdigkeit und ein Völlegefühl im Leib vorhanden.

Die Belastung des linken Ventrikels bei Aortenfehlern und Mitralinsuffizienz bzw. des rechten Ventrikels bei Mitralfehlern und Trikuspidalinsuffizienz läßt sich palpatorisch ermitteln. Aufgrund der Amplitude und Dauer des Impulses kann zwischen Volumen- und Druckbelastung unterschieden werden.

Die typischen holosystolischen Regurgitationsgeräusche treten bei Mitralinsuffizienz und Trikuspidalinsuffizienz, die mittelsystolischen Austreibungsgeräusche bei Aortenstenose auf. Für die Beurteilung diastolischer Geräusche ist die Feststellung entscheidend, ob diese nach einem Intervall vom zweiten Herzton auftreten, wie die Geräusche der Mitralklappenstenose und der Trikuspidalstenose, oder ob sie sich sofort an den zweiten Herzton anschließen wie bei der Aorteninsuffizienz. Charakteristisch für Trikuspidalfehler ist die Zunahme der Lautstärke der Geräusche während der Inspiration.

### Elektrokardiogramm

Das EKG dient zur Ermittlung möglicher Vorhof- und Kammerhypertrophien sowie zur Erkennung von Rhythmusstörungen.

So ist ein P-sinistroke bei Mitralfehlern, ein P-dextroke bei Trikuspidalfehlern nachweisbar insofern kein Vorhofflimmern besteht, das bei diesen Erkrankungen im Gegensatz zu Aortenfehlern sehr häufig auftritt. Eine rechtsventrikuläre Hypertrophie weist auf das Bestehen einer Mitralklappenstenose oder Trikuspidalinsuffizienz hin, während eine linksventrikuläre Hypertrophie bei Aortenfehlern gefunden wird. Die Mitralinsuffizienz geht in späteren Stadien nicht selten mit einer biventrikulären Hypertrophie einher.

### Röntgenogramm — Durchleuchtung

Röntgenologisch bzw. bei der Durchleuchtung lassen sich Verkalkungen von Klappenstrukturen bei Aortenstenosen und Mitralklappenstenosen erkennen. Der linke Vorhof weist bei Mitralfehlern, der rechte Vorhof besonders bei Trikuspidalfehlern eine Vergrößerung auf. Eine Dilatation der Aorta ascendens findet sich typischerweise bei Aortenfehlern, insbesondere bei Aortenstenosen. Der Herz-Thorax-Quotient ist in erster Linie bei Klappenfehlern mit Regurgitation, also bei Aorten-, Mitral- und Trikuspidalinsuffizienzen vergrößert.

### Ultraschallkardiogramm

Durch die Ultraschallkardiographie läßt sich ein umfassender Einblick in die Anatomie und den Bewegungsablauf kardialer Strukturen erzielen. In der Regel können Mitralklappen-, Aorten- und Trikuspidalklappen gut dargestellt werden. Darüber hinaus vermittelt das Echokardiogramm einen Einblick in die Größe des rechten und linken Ventrikels sowie des linken Vorhofes und ermöglicht eine Aussage über die Ventrikelwanddicke und die Ventrikelwandbewegung. Somit ist die Ventrikelfunktion grundsätzlich, wenn auch mit Einschränkungen, echokardiographisch erfaßbar.

Bei der Mitralklappenstenose ist der typische spiegelbildliche Bewegungsablauf der Mitralklappe aufgehoben. Die Klappenschlußgeschwindigkeit erfährt als Ausdruck eines über die gesamte Diastole bestehenden Druckgradienten eine Reduktion.

Die Mitralsegel sind in der Regel verdickt und können eine verminderte Öffnungsamplitude aufweisen. Bei einer leichten Mitralklappenstenose zeigen sich Klappenschlußgeschwindigkeiten von 25 bis 35 mm/sec. Mäßige bis beträchtliche Stenosen lassen Klappenschlußgeschwindigkeiten von 10 bis 25 mm/sec erkennen und schwere Mitralklappenstenosen weisen Klappenschlußgeschwindigkeiten unter 10 mm/sec auf.

Bei der Mitralinsuffizienz sind die linksventrikulären Dimensionen vergrößert. Es besteht eine Hypermotilität von Septum und Hinterwand des linken Ventrikels. Stärkere Reflektionen an der Klappe sprechen für organische Veränderungen.

Bei dem Mitralklappenprolapsyndrom, einer Sonderform der Mitralinsuffizienz, wölben sich Segelanteile in der Systole nach dorsal in den Vorhof.

Bei der Aortenstenose können infolge verdickter Klappen diastolisch multiple Echos abgegrenzt werden. Es findet sich eine eingeschränkte systolische Öffnungsamplitude, die jedoch bei schwer verkalkter Aortenstenose oft nicht mehr nachweisbar ist und damit eine quantitative Ermittlung des Stenosegrades unmöglich macht. Eine Klappenöffnungsamplitude von etwa 1,4 cm entspricht einer leichten Stenose. Mäßige bis beträchtliche Aortenstenosen zeigen Klappenöffnungsamplituden um 0,95 cm. Schwere Aortenstenosen weisen Klappenöffnungsamplituden von 0,7 cm auf. Die linksventrikuläre Wanddicke korreliert in etwa mit dem Schweregrad.

Bei der Aorteninsuffizienz legen sich die Segel, die häufig verdickt sind, diastolisch oft nicht mehr in der Mitte des Aortenlumens zusammen. Die Regurgitation in den linken Ventrikel bewirkt fast immer feine hochfrequente diastolische Oszillationen eines oder beider Mitralsegel. Dem Schweregrad einer Aorteninsuffizienz entsprechend findet sich neben einer Dilatation der Aorta eine Zunahme der linksventrikulären enddiastolischen und endsystolischen Dimensionen. Bei schweren Aorteninsuffizienzen kann es zu vorzeitigem diastolischen Mitralklappenschluß kommen.

Entsprechend der Mitralstenose finden sich auch bei der Trikuspidalstenose Verdickungen der Segel mit Einschränkung der diastolischen Klappenschlußgeschwindigkeit. Dies erlaubt ebenfalls einen Einblick in den Schweregrad der Stenosierung.

Bei der organischen Trikuspidalinsuffizienz können verdickte Klappenanteile dargestellt werden. Zusätzlich zur vergrößerten rechtsventrikulären Dimension läßt sich eine paradoxe Septumbeweglichkeit abgrenzen, wenn höhergradige Volumenbelastungen bestehen. Durch die Möglichkeit, verdickte Klappenanteile echokardiographisch darzustellen, wird eine Unterscheidung in organische und funktionelle Trikuspidalinsuffizienz möglich.

Aufgrund der Messungen der enddiastolischen und endsystolischen Ventrikeldimensionen sowie der Auswurfzeit und der Ventrikelwanddicke lassen sich neben der prozentualen Querachsenverkürzung und der Ventrikelvolumina die Auswurfaktion, die mittlere zirkumferentielle Faserverkürzungsgeschwindigkeit, die mittlere normalisierte systolische Auswurfrate und die ventrikuläre Masse berechnen.

### Herzszintigramm

Mit Hilfe von Radioisotopen können auf nichtinvasivem Wege neben dem Herzminutenvolumen und der Auswurfaktion enddiastolisches und endsystolisches Volumen ermittelt werden. Letztere erhält man nach Gleichverteilung der radioaktiven Substanzen im Blut unter Verwendung eines Triggersystems. Diese steady state Methode bietet bei gleichzeitiger Messung des Herzminutenvolumens den Vorteil, die Regurgitationsvolumina bei Klappeninsuffizienz zu ermitteln.

Die statische Myokardszintigraphie mit Thallium-201 kann als sensitive Methode zur Beurteilung einer rechtsventrikulären Belastung gelten. Dies ist von Wichtigkeit, wenn das EKG keine eindeutige Aussage erlaubt, wie z. B. bei zusätzlicher Linksventrikelhypertrophie. Die Erfassung regionaler Minderperfusionen bei gleichzeitig bestehender Koronarer Herzerkrankung ist ein weiterer Aspekt, unter dem diese Technik eingesetzt werden kann.

### Quantitative Beurteilung von Stenosierung und Regurgitationsausmaß

Die Klappenöffnungsfläche errechnet sich aus dem Druckgradienten, der während einer Herzkatheterisation durch simultane Druckmessungen vor und nach der jeweiligen Herzklappe ermittelt wird sowie aus dem gleichzeitig gemessenen Durchflußvolumen. Die Klappenöffnungsfläche dient zur Einteilung der Klappenstenosen in Schweregrade:

Mitralstenose	Klappenöffnungsfläche cm <sup>2</sup>
Leicht	> 2,5
Mäßig	1,5 – 2,5
Beträchtlich	1 – 1,5
Schwer	< 1

Aortenstenose	Klappenöffnungsfläche cm <sup>2</sup>
Leicht	> 1,5
Mäßig	1 – 1,5
Beträchtlich	0,5 – 1
Schwer	< 0,5

Bei Patienten mit stark von der Norm abweichender Körperoberfläche sollte diese durch Bildung des Klappenöffnungsflächenindexes berücksichtigt werden.

Das Regurgitationsvolumen erhält man durch angiographische Bestimmung des totalen Schlagvolumens nach Abzug des mit Hilfe des Fickschen Prinzips, der Thermo- bzw. Farbstoffdilution bestimmten effektiven Schlagvolumens. Es wird in Prozent des totalen Schlagvolumens angegeben. Die Einteilung ist für Mitralinsuffizienzen und Aorteninsuffizienzen gleichermaßen gültig:

Aorten-/Mitralinsuffizienz	Regurgitationsfraktion
Leicht	< 20 %
Mäßig	20 – 40 %
Beträchtlich	40 – 60 %
Schwer	> 60 %

### Strukturveränderungen von Klappe, subvalvulärem Apparat und Koronararterien

Bewegungseinschränkungen und Dicke der Klappe sowie Zustand des aus Sehnenfäden und Papillarmuskeln bestehenden subvalvulären Apparates können durch Kontrastmittelinjektionen vor und nach der erkrankten Klappe erfaßt werden.

Dies ist besonders bei Mitralfehlern hinsichtlich des operativen Vorgehens, nämlich Klappenersatz oder Klappensprengung, von Bedeutung.

Die selektive Koronarangiographie, die bei Männern nach dem 35. und bei Frauen nach dem 45. Lebensjahr auch ohne klinischen Hinweis auf eine Koronare Herzerkrankung durchgeführt wird, dient der Erfassung bzw. dem Ausschluß koronarsklerotischer Gefäßveränderungen.

### Quantitative Beurteilung der Myokardfunktion

Einen Einblick in die Funktion des Myokards versucht man durch die Bestimmung der sogenannten Kontraktilitätsparameter zu gewinnen, wobei zwischen Parametern der Anspannungsphase und solchen der Auswurfphase unterschieden wird.

Zu den ersteren gehören die vom intreventrikulären Druck abgeleiteten Meßgrößen  $dp/dt$  max,  $dp/dt$  max/ $2r\pi$ ,  $V_{pm}$  und  $V$  max. Zu den Parametern der Auswurfphase werden neben der Auswurfaktion (EF), der mittleren zirkumferentiellen Faserverkürzungsgeschwindigkeit ( $V_{cf}$ ) und der mittleren normalisierten systolischen Auswurfrate (MNSER), die Größen Arbeit (work), Leistung (power) und Wandspannung (stress) gezählt, deren zusätzliche Aussagekraft zunächst noch an einem größeren Patientengut evaluiert werden muß. Diese Vielzahl von Parametern wird deshalb zur Beurteilung der Kontraktilität herangezogen, da ein direkt meßbarer und von der Vor- und Nachbelastung des Herzens unabhängiger Kontraktilitätsparameter nicht zur Verfügung steht.

Darüber hinaus wird durch die Bestimmung von Ventrikelmasse und Ventrikeldehnbarkeit versucht, Myokardveränderungen zu erfassen.

### Kontraktilitätsparameter

Die isovolumetrischen, d. h. die in der Anspannungsphase gemessenen Kontraktilitätsparameter  $dp/dt$  max,  $dp/dt$  max/ $2r\pi$ ,  $V_{pm}$  ( $[dp/dt/p]$  max) und  $V$  max beruhen auf der mit Tippenometern gewonnenen Druckanstiegsgeschwindigkeit im

Ventrikel. Die Abhängigkeit von  $dp/dt$  max von der Vordehnung (preload) des Ventrikels wird durch die Normalisierung dieses Wertes auf die enddiastolische Geometrie,  $2r\pi$ , zu umgehen versucht. Der Wert  $V_{pm}$  als Ausdruck der Geschwindigkeit des kontraktiven Elementes ( $V_{CE}$ ) ist von der Höhe des enddiastolischen Druckes und  $V$  max als Maß für die maximale Verkürzungsgeschwindigkeit zusätzlich auch von der Nachbelastung (afterload) des Ventrikels abhängig. Um die Genauigkeit der Aussage zu vergrößern, werden alle vier Kontraktilitätsparameter zur Beurteilung herangezogen. Wegen der Streubreite ist die individuelle Aussagekraft erschwert. Aus diesem Grunde müssen Untersuchungen unter Belastungsbedingungen durchgeführt werden, wobei eine ausreichende Myokardfunktion bei einem Anstieg der Indices auf das zwei- bis dreifache angenommen wird.

Als Kontraktilitätsparameter der Auswurfphase werden die Auswurf-fraktion, die mittlere zirkumferentielle Faserverkürzungsgeschwindigkeit und die mittlere normalisierte systolische Auswurfrate gemessen. Diese Werte ergeben sich aus dem enddiastolischen und endsystolischen linksventrikulären angiographischen Bild und der systolischen Auswurfzeit. Da diese Parameter in erster Linie von der Nachbelastung des Herzens abhängig sind und beeinflusst werden, sind sie bei unveränderter Kontraktilität hoch, wenn die Nachbelastung niedrig ist, und niedrig, wenn die Nachbelastung hoch ist. Deshalb sind diese Indices bei Mitral- und Aorteninsuffizienzen aufgrund deren niedriger Nachbelastung hinsichtlich des Kontraktilitätszustandes in ihrer Aussagekraft eingeschränkt. Bei der Mitralstenose weist eine reduzierte Auswurf-fraktion nur bei normalem Herzminutenvolumen auf eine Dysfunktion des Herzmuskels hin, im anderen Falle ist sie durch die stenosebedingte verminderte Füllung des linken Ventrikels (preload) verursacht. Bei der Aortenstenose werden aufgrund der Hypertrophie und unter Ausnutzung der Kontraktilitätsreserven über einen langen Zeitraum normale Auswurfparameter gefunden.  $V_{cf}$  und  $MNSER$  sind insofern eine Ergänzung der EF, als sie die Auswurfzeit beinhalten und damit ein Maß für die Geschwindigkeit des kontraktiven Elementes, also der Kontraktilität, darstellen.

### Masse, Compliance – Beurteilung myokardialer Strukturveränderungen

Die Bestimmung der Masse des Ventrikels ist deshalb von Bedeutung, weil bei Werten über 300 g Veränderungen der Ultrastruktur des Herzens, die eine Beeinträchtigung der Gesamtkontraktilität zur Folge haben, festgestellt wurden. Dieser Befund wird durch Beobachtungen bekräftigt, daß die Letalität bei Aortenklappenersatz mit Ventrikelmassen oberhalb 300 g deutlich erhöht ist. Die normale Masse des linken Ventrikels bezogen auf die Körperoberfläche liegt bei  $92 \pm 16$  g. Damit ist eine exakte Aussage möglich, ob eine Hypertrophie vorliegt und welches Ausmaß sie angenommen hat. Die höchsten Werte für die linksventrikuläre Masse werden mit über 200 g/m<sup>2</sup> bei kombinierten Aortenvitien gefunden. Der Quotient von enddiastolischem Volumenindex und Massenindex bleibt lange Zeit konstant. Der Normalwert, etwa 0,85, wird erst dann überschritten, wenn der Ventrikel nicht adäquat hypertrophieren kann und damit insuffizient wird. Eine Erniedrigung dieses Quotienten liegt bei der isolierten Druckbelastung des Ventrikels, z. B. bei der Aortenstenose, vor.

Eine weitere Möglichkeit zur Erkennung von Strukturveränderungen im Myokard ist die Bestimmung des Muskelsteifigkeitsmoduls ( $k_s$ ). Dieser Wert, der sich aus dem Quotienten diastolische Wandspannungs-/diastolische Längenänderung gegen die jeweilige Wandspannung errechnet, vermittelt ein Maß für die Steifigkeit der Einzelmuskelfaser, da sowohl die Herzgröße als auch das diastolische Gesamtdruckverhalten berücksichtigt werden. Somit kann eine verminderte Dehnbarkeit des Ventrikels, die z. B. bei einer Aortenstenose durch Dickenzunahme der Ventrikelwand verursacht ist, hinsichtlich zusätzlicher Veränderungen in der Ultrastruktur des Myokards analysiert werden. Der Normalwert für die Muskelsteifigkeit liegt zwischen 12 und 20.

### Stellung der Operationsindikation

Die Operationsindikation wird zwar von kardialen Faktoren bestimmt, extrakardiale Faktoren dürfen jedoch nicht unberücksichtigt bleiben.

Während entzündliche Erkrankungen einen Aufschub der Operation notwendig machen, bedürfen chronische Erkrankungen, z. B. der Niere und Leber, einer genauen Beurteilung im Hinblick auf Operationsfähigkeit und zusätzlich erforderlicher therapeutischer Maßnahmen. Voraussehbare Operationen, z. B. eine Cholezystektomie, sollten vorher durchgeführt werden, weil sonst eine notwendige Unterbrechung der Antikoagulantientherapie nach Herzklappenersatz schwerwiegende Komplikationen zur Folge haben kann. Bei infausten Erkrankungen verbietet sich eine Herzoperation von selbst. Ein hohes Alter ist nicht als Gegenindikation zu betrachten. Inoperabilität von kardialer Seite gibt es praktisch nicht.

Eine Operationsindikation ist gegeben, wenn die Klappenöffnungsfläche hochgradig eingeschränkt ist oder das Regurgitationsausmaß mehr als die Hälfte des Schlagvolumens beträgt:

Mitralstenose:	
Klappenöffnungsfläche	< 1,5 cm <sup>2</sup>
Aortenstenose:	
Klappenöffnungsfläche	< 1 cm <sup>2</sup>
Mitralinsuffizienz:	
Regurgitationsvolumen	> 50 Prozent
Aorteninsuffizienz:	
Regurgitationsvolumen	> 50 Prozent

Patienten mit Klappenöffnungsflächen, die die genannten Werte überschreiten, sollten auf keinen Fall operiert werden, da sowohl die Bioprothesen als auch die Kunststoffklappen eingeschränkte Öffnungsflächen aufweisen. So liegen die Öffnungsflächen der Björk-Shiley- und Bioprothesen in Mitralposition bei 2 bis 3 cm<sup>2</sup>. An der Aorta sind Öffnungsflächen errechnet worden, die um 2 cm<sup>2</sup> schwanken.

Weiterhin sollten idealerweise die Grenzwerte der Kontraktilitätsparameter nicht oder höchstens gering unterschritten, die der Masse und Muskelsteifigkeit nicht überschritten werden.

Isovolumetrische Kontraktilitätsparameter:

$dp/dt$ max : 1000 mm Hg/sec	} oder in- adäquater Anstieg unter Belastung
$dp/dt$ max/ $2r\pi$ : 60 mm Hg/sec	
$V_{pm}$ : 30 sec <sup>-1</sup>	
$V$ max : 0.8 ML/sec	

Kontraktilitätsparameter der Auswurfphase:

EF : 55 Prozent

Vcf : 1,1 Circ/sec

MNSER : 1,9 Vol/sec

Masse – Muskelsteifigkeit:

Masse : 300 g

Vol/Masse : 1,2

ks : 25

Diese Werte, die eine allgemeine Richtlinie darstellen, bedürfen selbstverständlich einer Interpretation hinsichtlich der einzelnen Herzfehler. Sie können z. B. bei einer reinen Mitralklappenstenose aufgrund fehlender Druck- oder Volumenbelastung des linken Ventrikels nicht von Bedeutung sein. Bei einer Aorten- oder Mitralklappeninsuffizienz kann trotz normaler Auswurffraktion bereits eine beeinträchtigte Myokardfunktion vorliegen.

### Langzeitbetreuung

Sowohl Patienten, bei denen (noch) keine Operation durchgeführt wurde, als auch solche, bei denen der Herzfehler chirurgisch korrigiert wurde, bedürfen einer ständigen sorgfältigen Kontrolle. Diese sollte je nach dem Schweregrad des Herzfehlers in jährlichen oder halbjährlichen Abständen erfolgen. Nach künstlichem Herzklappenersatz sind halbjährliche Untersuchungsintervalle angezeigt. Im ersten und dritten postoperativen Monat werden zusätzliche Kontrollen vorgenommen. Eine Kontrolluntersuchung sollte sich nicht nur auf Symptomatik, klinischen Befund, Elektrokardiogramm und Röntgenaufnahmen beschränken, sondern sollte auch die Beurteilung von Durchleuchtungsbefund, Echokardiogramm, Belastungsuntersuchung und wesentlichen Laboruntersuchungen beinhalten.

### Belastungsfähigkeit

Eine wichtige ärztliche Maßnahme bei der Betreuung von Patienten mit valvulärer Herzerkrankung ist die Feststellung der Belastbarkeit. Diese geschieht mit Hilfe einer sub-

maximalen Belastung am Fahrradergometer im steady state Verfahren über sechs Minuten in Stufen von 50 Prozent und gegebenenfalls 75 Prozent und 100 Prozent des Sollwertes (WHO-Kriterien). Gleichzeitige hämodynamische Messungen haben gezeigt, daß trotz eines während der Belastung bestehenden steady state überhöhter Druckanstiege im Herzen und damit im kleinen Kreislauf auftreten können. Dies ist immer dann der Fall, wenn nicht 100 Prozent sondern nur 75 Prozent oder 50 Prozent des Belastungssollwertes erreicht werden können. Aus diesem Grunde wird dem Patienten bei Unkenntnis der Hämodynamik empfohlen, sich im täglichen Leben nur Belastungen auszusetzen, die ca. eine Belastungsstufe unter der im steady state geleisteten liegen. Nach einer Herzoperation werden die Patienten in den ersten drei postoperativen Monaten maximal mit 50 Prozent der Soll-Leistung belastet.

Eine Arbeitsfähigkeit und Wiedereingliederung in den Arbeitsprozeß ist ab dem siebten postoperativen Monat nach Feststellung der individuellen körperlichen Aktivität möglich, wenn beruflich geforderte und erzielbare Leistung im Einklang stehen.

Grundsätzlich läßt sich feststellen, daß Patienten mit künstlicher Aortenklappe wesentlich besser belastbar sind als solche mit einer künstlichen Mitralklappe. Bei diesen kommt es unter Belastungsbedingungen regelmäßig zu einem überhöhten Druckenstieg im kleinen Kreislauf.

### Thrombembolien - Antikoagulantien

Thrombembolien treten bei 30 bis 35 Prozent der Patienten mit Mitralklappenstenose und Vorhofflimmern auf. Deshalb empfiehlt sich, diese Kranken mit Antikoagulantien zu behandeln, wenn keine Gegenindikationen bestehen.

Auch Patienten mit Kunstklappen bedürfen einer dauerhaften Antikoagulation. Die Embolierate nicht antikoagulierter Kranker liegt so hoch, daß ein Verzicht auf diese Therapie eine nicht zu verantwortende Patientengefährdung darstellen wür-

de. Jede Klappe hat mehr oder weniger ihr eigenes Thrombembolierisiko. Dieses liegt bei den modernen Kunststoffklappen mit Antikoagulation nach Implantation in Mitralklappenposition bei vier bis neun Prozent und in Aortenklappenposition bei ca. zwei Prozent. Thrombembolien treten aber auch nach Einsetzen von Bioprothesen in Mitralklappenposition besonders bei großem Vorhof und Vorhofflimmern auf. Deshalb scheint es angebracht, auch bei diesem Klappentyp in Mitralklappenposition eine Antikoagulationstherapie durchzuführen. Eine endgültige Stellungnahme, ob dies auch für Bioprothesen in Aortenklappenposition zutrifft, läßt sich noch nicht abgeben. Vorläufig führen wir auch bei diesen Kranken eine Antikoagulation durch.

Bei operativen Eingriffen kann eine kurzfristige Unterbrechung der gerinnungshemmenden Behandlung erforderlich sein. Die Thromboplastinzeit sollte dann am Operationstag auf 40 bis 50 Prozent angehoben werden. Unmittelbar nach dem operativen Eingriff ist eine Heparintherapie mit fortlaufender Infusion von 10 000 Einheiten oder bei Patienten mit großer Körperoberfläche bis 20 000 Einheiten innerhalb der ersten 24 Stunden einzuleiten. Bis die orale Antikoagulation wieder voll wirksam wird, gibt man in den folgenden Tagen pro 24 Stunden 20 000 Einheiten.

Bei schwangeren Patientinnen mit prothetischem Klappenersatz sollte die Antikoagulation wegen der teratogenen Wirkung der Cumarinderivate mit Kalziumheparinat durchgeführt werden.

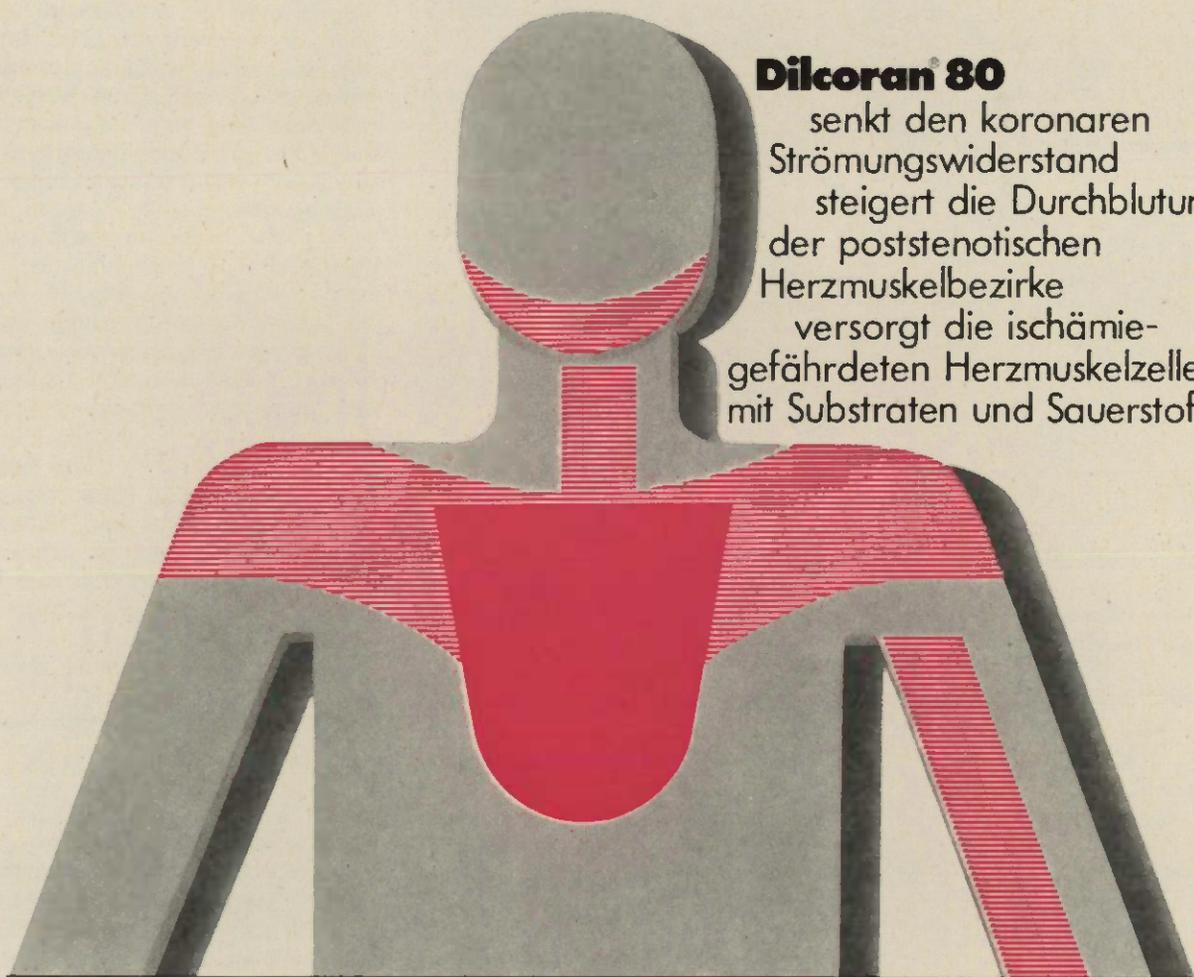
### Endokarditis – Antibiotika

Bei Patienten mit valvulärer Herzerkrankung und solchen mit künstlichen Herzklappen ist bei potentiellen Bakteriämien eine kurzzeitige antibiotische Therapie zur Verhütung einer bakteriellen Endokarditis erforderlich. Eine solche sollte besonders bei Zahnsanierungen, bei operativen Eingriffen am Respiration-, Gastrointestinal- und Urogenitaltrakt sowie bei bakteriellen Hautinfektionen nicht versäumt werden.

Die bakterielle Endokarditisprophylaxe wird in Anlehnung an die Emp-

# Der Herzschmerz

Poststenotische ischämische Herzmuskelareale  
verursachen pektanginöse Beschwerden.



## Dilcoran® 80

senkt den koronaren  
Strömungswiderstand  
steigert die Durchblutung  
der poststenotischen  
Herzmuskelbezirke  
versorgt die ischämie-  
gefährdeten 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., GÖDECKE Dilcoran 80 S: 50 Oblong-Tabletten DM 18,40 mit MwSt., 100 Oblong-Tabletten DM 31,20 mit MwSt., Anstaltspackung. 100 Oblong-Tabletten DM 34,35 mit MwSt., Anstaltspackung.

fehlungen der American Heart Association nach folgendem Schema durchgeführt:

Zehnsanierung, operative Eingriffe am Respirationstrakt:

30 bis 60 Minuten vor Eingriff:

Oral Penicillin V  
3 bis 4 Mio E

nach Eingriff:

Oral Penicillin V 800 000 bis 1 000 000 E  
sechsstündlich, insgesamt achtmal

alternativ:

30 bis 60 Minuten vor Eingriff:  
Oral Cephalexin 2 g oder  
oral Erythromycin 2 g

nach Eingriff:

Oral Cephalexin 500 mg oder  
oral Erythromycin 500 mg  
sechsstündlich, insgesamt achtmal

Operative Eingriffe an Gastrointestinaltrakt, Urogenitaltrakt, Haut:

30 bis 60 Minuten vor Eingriff:

Penicillin G 2 Mio E oder  
Ampicillin 1 g i. m. oder i. v.  
und

Gentamycin 1,5 mg/kg (nicht mehr als  
80 mg) i. m. oder i. v.

Nach Eingriff: beide Antibiotika gleiche  
Dosis  
achtstündlich, insgesamt zweimal

alternativ:

Cephazolin 2 g i. v.  
und

Gentamycin 1,5 mg/kg (nicht mehr als  
80 mg) i. v.

30 bis 60 Minuten vor und achtstündlich  
zweimal nach Eingriff

Die Prophylaxe einer rheumatischen Endokarditis wird in der Regel bis zu einem Alter von 30 Jahren durchgeführt; danach nur noch bei solchen Patienten, bei denen ein akut entzündlicher Schub eines gesicherten Geschehens nur wenige Jahre zurückliegt.

Die Dauerprophylaxe empfiehlt sich, nach folgendem Schema zu gestalten:

Dauerprophylaxe:

Oral Penicillin 200 000 bis 250 000 E  
zweimal täglich oder i. m.  
Benzathin Penicillin G vierwöchentlich

alternativ:

Oral Sulfamethoxypyrazin 2000 mg  
einmal vierzehntägig

Bei akuten Infektionen des Respirationstraktes erfolgt über zehn Tage lang eine Verdoppelung der Dosis:

Akute Infektion des Respirationstraktes:

Oral Penicillin 200 000 bis 250 000 E  
viermal täglich zehn Tage lang

alternativ:

Oral Erythromycin 500 mg  
viermal täglich zehn Tage lang

Bei antikoagulierten Patienten verbieten sich intramuskuläre Injektionen.

### Rhythmusstörungen – Antiarrhythmika

Rhythmusstörungen können den Krankheitsverlauf bei Patienten mit valvulärer Herzerkrankung beeinträchtigen. Vorhofflimmern besteht prä- und postoperativ bei etwa 75 Prozent der Patienten mit Mitralfehlern, während Aortenvitien in der Regel Sinusrhythmus aufweisen. Bei Aortenklappenfehlern sind atrioventrikuläre und faszikuläre Blockierungen in ca. 40 Prozent nachweisbar, die nach Klappenersatz noch zunehmen. Ventrikuläre Extrasystolen finden sich in ca. 15 Prozent vor und nach einer Aortenklappenoperation gleich häufig. Bei Mitralfehlern muß postoperativ mit einer deutlichen Zunahme der ventrikulären Extrasystolie von 10 Prozent auf 25 Prozent gerechnet werden.

Bei Patienten mit Vorhofflimmern ist eine Digitalisierung und, wenn sich weiterhin eine zu schnelle Überleitung der Erregung auf die Herzkammern nachweisen läßt, eine Therapie mit Beta-Blockern indiziert. Eine

Kardioversion wird nur dann durchgeführt, wenn bei jüngeren Patienten Vorhofflimmern kurzzeitig besteht und der linke Vorhof nicht übermäßig vergrößert ist.

AV-Blockierungen I. und II. Grades Typ I sowie uni- und bifaszikuläre Blockierungen bedürfen der ständigen Kontrolle. Bei symptomatischen Patienten mit AV-Block III. Grades oder Vorhofflimmern und einer Kammerfrequenz unter 40 S/min ist ebenso wie bei asymptomatischen Patienten mit AV-Block II. Grades Typ II und Blockierungen distal des His-Bündels die Indikation für eine Schrittmacherimplantation gegeben.

Ventrikuläre Extrasystolen, die in einer Häufigkeit von > 5/min, polytop oder in Salven auftreten, sind therapiebedürftig. Zur medikamentösen Therapie kommen folgende Medikamente in Betracht (s. Tab.).

Wenn Extrasystolen durch eine Überdigitalisierung, Elektrolytstörungen oder eine progrediente Herzinsuffizienz bedingt sind, ist eine kausale Behandlung notwendig.

### Stauungsherzinsuffizienz – Digitalis, Diuretika

Die Anzahl von Patienten, die präoperativ eine Stauungsherzinsuffizienz aufweisen, liegt mit ca. 50 Prozent in unserem Krankengut relativ hoch. Eine Abnahme der Herzinsuffizienzzeichen kann nach erfolgreicher Herzoperation bereits in der frühen postoperativen Phase beobachtet werden. Eine postoperativ plötzlich auftretende progrediente Stauungsherzinsuffizienz läßt des-

Medikamente:	Dosierung/24 Stunden:	Dosierungsintervall:
Ajmalin Bitartret	60 bis 160 mg	6- bis 8stündlich
Chinidin	750 bis 1500 mg	6- bis 8stündlich
Procainamid	1500 bis 3000 mg	4stündlich
Aprindin	100 mg	24stündlich
Propafenon	450 bis 900 mg	6- bis 8stündlich
Disopyramid	300 bis 800 mg	6- bis 8stündlich

Tabelle

halb immer an das Vorliegen einer Klappenmalfunktion denken; eine hochgradig eingeschränkte Myokardfunktion spielt mit einer Häufigkeit von ca. zwei bis drei Prozent keine wesentliche Rolle.

Eine Stauungsherzinsuffizienz wird mit Digitalis und Diuretika behandelt: Beta-Acetyldigoxin 0,3 bis 0,4 mg oral täglich; Hydrochlorothiazid 25 bis 50 mg oral täglich; Spironolacton 100 bis 200 mg oral täglich oder bei Erhöhung der harnpflichtigen Substanzen oder Unwirksamwerden der Thiazide Furosemid 20 bis 40 mg oral täglich oder Etacrynsäure 50 bis 100 mg oral täglich.

#### **Malfunktion der künstlichen Klappe — Mechanische Hämolyse**

Eine Malfunktion der künstlichen Herzklappe durch teilweisen Abriß der Prothese aus ihrer Verankerung oder durch thrombotische Auflagerungen mit Behinderung des Klappenspieles geht oft mit uncharakteristischen Symptomen und Befunden, wie Zeichen der Herzinsuffizienz, progredienten Tachykardien oder Synkopen, einher. Die Klappenöffnungs- und Klappenschlußöne der Prothese zeigen eine verminderte Intensität, sind nicht mehr hörbar oder weisen zeitliche Verschiebungen auf. Es können Regurgitations- oder Stenosegeräusche neu auftreten. Der röntgenologische Nachweis einer abnormen Kippbewegung der Klappe ist als Hinweis auf ein Loslösen der Prothese anzusehen.

Jeder Kunststoffklappe kann ein gewisses Hämolysemuster zugeordnet werden. Nur Bioprothesen weisen in der Regel keine verstärkte Hämolyse auf. Wenn eine mechanische Dysfunktion der implantierten Klappe auftritt, nimmt bei allen Typen die Hämolyserate zu oder wird erstmals sichtbar. Zu deren quantitativen Beurteilung hat sich der Serumspiegel der Lactat-Dehydrogenase als verlässlicher Parameter erwiesen.

Anschrift der Verfasser:

Professor Dr. med. W. Rudolph, Dr. med. L. Goppel und Dr. med. K. L. Froer, Klinik für Herz- und Kreislauferkrankungen — Deutsches Herzzentrum München des Freistaates Bayern, Lothstraße 11, 8000 München 2

## **Das Prostatakarzinom — Diagnostik und Therapie**

von W. Mauermaier

(Schluß)

### **V. Die Therapie des Prostatakarzinoms**

Ist durch zytologische und histologische Diagnose ein Prostatakarzinom gesichert, so gilt es zu entscheiden, welche der drei therapeutischen Möglichkeiten angewandt werden muß.

#### **1. Die Radikaloperation des Prostatakarzinoms**

Dieser, nach heutiger Ansicht alleinige kurative Eingriff ist an das Vorhandensein einiger wichtiger Voraussetzungen gebunden:

1. Der Patient muß in einem Lebensalter oder in einem Allgemeinzustand sein, der eine Lebenserwartung von mindestens zehn Jahren wahrscheinlich macht.
2. Metastasen dürfen weder im Skelett noch im Lymphsystem oder anderen Organen nachweisbar sein.
3. Das Karzinom muß sich in einem operablen Stadium (O, A, B) befinden.

Für den Nachweis der Metastatenfreiheit gelten strenge Kriterien:

Das Skelettsystem muß nicht nur röntgenologisch metastatenfrei sein, sondern vor allen Dingen auch szintigraphisch. Diese letztere Untersuchungsmethode, die mit der Ganzkörperknochenszintigraphie durchgeführt wird, läßt metastatenverdächtige Herde im Skelettsystem erkennen, noch bevor sie röntgenologisch als osteoplastische, oder in seltenen Fällen, osteoklastische Metastaten nachweisbar sind. Falsch negative Ergebnisse sind bei dieser Methode ausgeschlossen. Die falschen positiven Ergebnisse, die bei stoffwechselaktiven Herden, z. B. bei Arthrosen, beim Morbus Paget und Bechterew sowie nach Traumen vorkommen können, müssen durch wei-

terführende Untersuchungen abgeklärt werden.

Das Ergebnis der Lymphographie ist nur im positiven Fall beweisend. Trotz negativer Lymphographie kann das periprostatiche Lymphsystem befallen sein. Es wird daher in zunehmenden Maße in all den Fällen, bei denen vom Tumorstadium und vom Alter des Patienten her eine Radikaloperation in Frage kommen könnte, die operative Probefreilegung der iliakalen Lymphknoten durchgeführt (Staging operation).

Die Röntgendarstellung der Samenblase sollte immer dann durchgeführt werden, wenn das Karzinom am kranialen Rand der Drüse lokalisiert ist. Die Infiltration der Samenblase ist eine Kontraindikation zur Radikaloperation (Stadium C1).

Neben der Probefreilegung der Lymphknoten scheint auch die Knochenbiopsie aus dem Beckenkamm von Wert zu sein. In einer Häufigkeit von drei bis zehn Prozent aller Fälle, bei denen weder röntgenologisch oder szintigraphisch Metastaten nachgewiesen werden konnten, fanden sich in den Knochenpunktierten Tumorzellen. In solchen Fällen verbietet sich selbstverständlich die Prostatavesikulektomie, da sie keine Radikaloperation mehr sein kann.

#### *Die Operationstechnik:*

Der Eingriff kann entweder auf retropubischem oder perinealem Weg erfolgen. Im Gegensatz zur normalen Prostataoperation bei der gutartigen Vergrößerung der Drüse, wird hier das gesamte Organ einschließlich der Prostatakapself und der beiden Samenblasen entfernt. Anschließend werden Harnröhrenstumpf und Blasenboden wieder durch Naht vereinigt. Die retropubische Operation hat den Vorteil, daß die Operation im Anschluß an die probatorische Freilegung der Lymphknoten und die negative Schnellschnittdiagnose unmittelbar ange-

geschlossen werden kann. Die Zahl der, für die Radikeleroperation des Prostatakarzinoms, geeigneten Fälle ist allerdings außerordentlich gering. Vorsichtige Schätzungen beziffern sie mit weniger als fünf Prozent. Dies entspricht auch unserer eigenen Erfahrung.

Der Eingriff der radikalen Prostatektomie ist mit einer obligaten Impotenz vergesellschaftet, gleich welcher der beiden Operationswege gewählt wird. Die Harninkontinenz und die Neigung zur Strikturbildung an der Verbindungsstelle Blase-Harnröhre sind weitere Komplikationsmöglichkeiten.

## 2. Die Strahlentherapie

Die Strahlenbehandlung des Prostatakarzinoms kann auf zwei verschiedene Weisen durchgeführt werden:

### a) Die interstitielle Bestrahlung

mit radioaktivem Gold. Bei diesem Verfahren wird die Drüse operativ freigelegt und das von Karzinom infiltrierte Gewebe mit einem kolloidalen radioaktiven Goldsol infiltriert. Das von R. Flocks angegebene Verfahren hat bisher wenige Nachahmer gefunden.

### b) Die externe Strahlenbehandlung

des Prostatakarzinoms wird in verstärktem Maße durchgeführt, seitdem die Möglichkeit der Behandlung mit hochenergetischen Strahlenquellen vorhanden ist. Sie kann sowohl mit dem Gammatron („Kobaltbombe“) als auch mit dem Betatron erfolgen.

Die anfangs in diese Therapie gesetzten Hoffnungen, mit diesem Verfahren eine kurative Wirkung zu erzielen, haben sich leider nicht erfüllt. Trotz außerordentlich vielversprechender Anfangserfolge haben alle Zentren, die über eine langjährige Erfahrung an größeren Patientengruppen verfügen, in einem erheblichen Maß Spätrezidive feststellen müssen. Inwieweit die Verabreichung höherer Dosen hier einen Wandel bringen kann, läßt sich vorerst noch nicht absehen. Der Malignitätsgrad der Geschwulst scheint auch hier den Therapieerfolg zu bestimmen. Hochdifferenzierte, ausgereifte Adenokarzinome sprechen nach allem, was man bisher weiß, besser auf die Strahlenbehandlung an, als die wenig differenzierten Geschwül-

ste. Am schlechtesten reagiert das kribriiforme Karzinom.

Die Indikation zur Strahlentherapie ist an folgende Voraussetzungen gebunden:

1. Es dürfen keine Fernmetastasen nachweisbar sein (Lymphknoten-, Skelettsystem).

2. Die Geschwulst muß soweit lokalisiert sein, daß sie in den Bereich einer nicht zu großen 80 prozentigen Isodose fällt. Auch wenn ein Stadium C vorliegt, bei dem beide Seitenlappen und eine Samenblase befallen sind, könnte hier die Bestrahlung durchgeführt werden, wenn der Tumor keinen größeren Durchmesser als 4, maximal 5 cm hat.

3. Patienten höherer Altersgruppen über 75 Jahren sollten nicht bestrahlt werden, da bei ihnen mit der Hormonbehandlung allein eine fast ebenso lange Lebenserwartung zu erreichen ist.

Der eigentliche und tiefere Sinn der Strahlenbehandlung könnte nach unserem bisherigen Wissen darin liegen, daß die Behandlung mit weiblichem Hormon später begonnen werden kann. Da sich diese gegengeschlechtliche Hormontherapie erfahrungsgemäß nach einer bestimmten Zeit erschöpft, ist durch die vorübergehende Inaktivierung des Tumors durch die Strahlentherapie ein Zeitgewinn möglich. Eine bindende Aussage können wir über diese Freige noch nicht machen, da unsere eigene Bestrahlungsreihe mit dem Betatron erst seit vier Jahren durchgeführt wird. Allerdings, bei einigen Kranken, die wir zur Bestrahlung geschickt haben, konnten wir später bei den regelmäßig durchgeführten Kontroll-Biopsien keine aktiven Karzinomzellen mehr nachweisen. Schlußfolgerungen hieraus sind jedoch erst nach einem weiteren Beobachtungszeitraum möglich.

## 3. Die Hormonbehandlung des Prostatakarzinoms

Diese Behandlung ist immer denn anzuwenden, wenn ein Stadium D vorliegt, d. h., wenn durch die Voruntersuchungen Metastasen, entweder in den Lymphknoten oder im Skelettsystem gefunden werden konnten, bzw. der Patient eine andere Therapieform ablehnt. Diese Behandlung kann jedoch auch dann

nötig werden, wenn nach einer Radikaleroperation ein lokales Rezidiv oder eine Spätmetastasierung auftritt. Desgleichen trifft für die Rezidive nach der Strahlenbehandlung zu.

Die Hormonbehandlung ist ein Verfahren, das auf den Amerikaner Huggins zurückgeht, der sie 1941 in die Therapie eingeführt hat. Die wissenschaftliche Begründung dieser Therapie ergibt sich letztlich aus der tierexperimentellen Tatsache, daß die Prostata kastrierter, juveniler Tiere nicht ausreift, durch die nachträgliche Gabe von Testosteron jedoch zur normalen Entwicklung gebracht werden kann.

Das Gewebe der Prostatadrüsen und -zellen ist ein ebenso hormonabhängiges Gewebe wie etwa das der Brustdrüse. Entzieht man der Drüse das für ihr Wachstum nötige Androgen, so kommt es zu einer Rückbildung des Wachstums. Diesem Verhaltensmuster unterliegt zu einem großen Teil auch die karzinomatös entartete Zelle des Prostatakarzinoms.

An sich wäre die beiderseitige Orchiektomie in Kombination mit der Gabe von Östrogenen, die beste Therapie, die jedoch leider gelegentlich aus psychologischen Gründen am Widerstand der Patienten scheitert. In vielen Fällen kann die Orchiektomie vorgeholt werden, wenn durch die vorausgegangene Behandlung mit Östrogenen Libido und Potenz verschwunden sind. Die Östrogenbehandlung hat eine Reihe von Nebenwirkungen, die zum Teil die Anwendungsbreite einschränken:

1. kardiovaskuläre Störungen bei Kranken mit Erkrankungen des Herz- und Kreislaufsystems. Durch die Östrogene kommt es zu einer vermehrten Flüssigkeitseinlagerung und einer dadurch bedingten kardialen Belastung. Große amerikanische Statistiken (Mellinger) haben gezeigt, daß die Überlebenszeiten hormonbehandelter Patienten durch diese Komplikationen stark vermindert werden.

2. Die Behandlung mit Östrogenen führt zu einer Proliferation der männlichen Brustdrüsenanlage, es kommt zu einer Gynäkomastie. Diese kann zum Teil zu so starken Entstellungen führen, daß die Patienten z. B. keine öffentlichen Bäder mehr besuchen wollen. Weiterhin bestehen häufig starke Schmerzzustände.

# 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:** Hyperkätämie, Kaliummangelzustände, Atrioventriculäre 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 Anwendungswiese:** Individuell, bis zum bestmöglichen Erfolg, denn Strodival® kumuliert nicht. **Strodival® perlingual** in der Dauerbehandlung: Durchschnittliche Tagesdosis 2-4mal täglich 1-2 Kapseln. **Strodival® perlingual** in der

## **Strodival® mr** magensaftresistent

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

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

**A. HERBERT KG, Wiesbaden**

3. Bei vielen Kranken kommt es zu einer eigenartigen gelblichen Verfärbung der Haut mit einer Verminderung des Bartwuchses.

4. Viele dieser Kranken neigen zu einer starken Adipositas.

Die Hormonbehandlung kann sowohl durch die tägliche Einnahme von Tabletten als auch durch die einmonatliche Injektion eines Depotpräparates erfolgen. Beide Verfahren sind ebenbürtig wenn sichergestellt ist, daß die Anwendung des Medikamentes regelmäßig erfolgt.

In all den Fällen, bei denen die Hormonbehandlung ihre Wirkung verliert, wenn also wieder erneut Metastasen auftreten, oder vorhandene zu Schmerzen führen, kann durch Honvan in hoher Dosierung oder durch Estracyt, einer Kombination von Östrogen und Stickstofflost, eine, wenn auch zeitlich begrenzte Remission erreicht werden. Auch die Gaben von Kortison, mit oder ohne die vorgenannten Medikamente, können zu vorübergehenden Besserungen führen.

Gegenmaßnahmen gegen die hormonbedingten Veränderungen sind eine internistische Überwachung mit einer entwässernden Therapie, die kalorien- und natriumarm sein soll. Die hormonbedingten Hautveränderungen lassen sich nicht beeinflussen.

Gegen die Gynäkomastie ist die prophylaktische Bestrahlung der Brustdrüsenanlage mit 1200 rad pro Seite empfohlen worden. Nachuntersuchungen dieser Patienten haben gezeigt, daß auch bei ganz exakter Einhaltung der Therapie (Hormonbehandlungsbeginn erst sechs Wochen nach der Bestrahlung) dennoch eine starke Gynäkomastie auftritt.

Diese Beobachtungen haben uns veranlaßt, bei all diesen Kranken eine Entfernung der Brustdrüsenanlagen in Lokalanästhesie vornehmen zu lassen. Die Abteilung für plastische und Wiederherstellungschirurgie, Klinikum rechts der Isar (Leiter: Professor Dr. U. Schmidt-Tintemann) hat diese Eingriffe auf unsere Bitte hin durchgeführt. Bei allen, bisher so behandelten Patienten, ist es bisher nicht zu einer Gynäkomastie gekommen. Der weitere Vorteil dieser Methode liegt darin, daß in den Fällen, bei denen

ein baldiger Therapiebeginn wünschenswert ist, die Hormonbehandlung sofort begonnen werden kann.

#### *Harnentleerungsstörungen durch das Prostatakarzinom:*

Zahlreiche Kranke entwickeln durch ihr Prostatakarzinom so starke Blasenentleerungsstörungen, daß der Harnabfluß operativ wieder hergestellt werden muß. Dies geschieht am besten durch eine transurethrale Elektroresektion der Prostata. Hierbei soll jedoch nicht nur palliativ soviel Gewebe entfernt werden, daß die Miktion wieder normal möglich ist, sondern die Resektion so ausgedehnt wie nur möglich durchgeführt werden, um den Therapieerfolg möglichst lange zu erhalten. Da das Prostatakarzinom trotz aller therapeutischen Maßnahmen in vielen Fällen nicht ganz zum Stillstand zu bringen ist, ist wegen der Gefahr des Nachwachsens eine möglichst vollständige Ausresektion erforderlich.

Die Patienten, bei denen eine Bestrahlung geplant ist, müssen nach dem Eingriff ganz bakterienfrei sein, da Bestrahlungen und Harninfekt immer zu stärkeren Dysurien führen.

#### *Verlaufskontrolle:*

Bei einem einmal diagnostizierten und behandelten Prostatakarzinom führen wir eine Verlaufskontrolle in vierteljährlichen Abständen durch, die je nach der Therapie eine Reihe von Untersuchungen einschließt. Grundsätzlich wird der rektale Palpationsbefund kontrolliert und das Verhalten der Serumphosphatasen beurteilt. Zur Beurteilung der sistierenden oder fortschreitenden Knochenmetastasierung hat sich sehr gut das Knochenszintigramm bewährt, das in mindestens halbjährlichen Abständen als Verlaufskontrolle anzuwenden ist. Neben diesen Parametern ermöglichen Kontrollbiopsien eine sehr genaue Beurteilung des Therapieerfolges. Unter Östrogenbehandlung nach Orchiektomie und unter Bestrahlung lassen sich histologisch typische regressive Veränderungen im Tumorgewebe feststellen. Bei dem mikromorphologisch unbeeinflussten Karzinomherden handelt es sich überwiegend um kribriforme Karzinomanteile. Die Befunde der Verlaufskontrollen bestimmen dann die Einhaltung oder Änderung der bisherigen Therapie z. B. nach der als Monotherapie durchgeführten Strah-

lenbehandlung kann bei einer fehlenden Tumorrückbildung der sofortige Einsatz der entsprechenden Hormontherapie veranlaßt werden.

#### *Prognose:*

Die beste Prognose haben die Kranken, deren Prostatakarzinom in einem frühen Stadium (0 bis A) durch eine Radikaloperation entfernt werden konnte. Die Überlebensquote nach fünf Jahren kann hier bis zu 80 Prozent betragen. Je weiter fortgeschritten das Karzinomwachstum ist, um so geringer werden die Überlebensaussichten. Trotz intensiver Hormonbehandlung überleben nur 50 Prozent aller Kranken mit einem Stadium C die Fünf-Jahresgrenze, bei gleicher Therapie sinkt diese Ziffer auf etwa 20 Prozent bei einem Stadium D. Faktoren, die die Überlebenszeit neben dem Stadium bei der Erstuntersuchung mitbestimmen, sind das Alter des Kranken und der Differenzierungsgrad der Geschwulst. Gut ausdifferenzierte Tumore haben eine längere Lebenserwartung, anaplastische Karzinome, besonders aber das kribriforme, haben eine besonders schlechte Überlebenschance. Das gleiche trifft für das Alter des Kranken zu. Junge Männer, die erfreulicherweise nur selten an einem Prostatakarzinom erkranken, sterben in diesem Neoplasma wesentlich schneller als Greise.

Die Überlebensaussichten der bestrahlten Patienten sind noch nicht in so großen Kollektiven überschaubar, daß daraus gesicherte Daten zu gewinnen sind. Besonders die Therapie mit hohen Tumordosen über 8000 rad ist deswegen noch nicht beurteilbar, weil diese Therapieform erst wenige Jahre angewandt wird.

Diese Zahlen zeigen aber die schlechte Prognose des Prostatakarzinoms, wenn es nicht in einem sehr frühen Stadium einer operativen Behandlung zugeführt werden kann. Dies unterstreicht die Bedeutung der Vorsorgeuntersuchung, mit der allein die Möglichkeit besteht, Kranke in einem therapeutisch aussichtsreichen Stadium einer kurativen Therapie zuzuführen.

#### *Anschrift des Verfassers:*

Professor Dr. W. Mauer Mayer, Direktor der Urologischen Klinik und Poliklinik rechts der Isar der Technischen Universität München, Ismaninger Straße 22, 8000 München 80

# Maligne Tumoren im Kindesalter – Rhabdomyosarkom

von G. F. W ü n d i s c h

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

Das Rhabdomyosarkom (früher auch embryonales oder juveniles Sarkom genannt) ist der wichtigste Weichteiltumor des Kindesalters. Weitaus seltener sind Fibrosarkome, Liposarkome und Leiomyosarkome.

## Häufigkeit

In großen Studien macht das Rhabdomyosarkom acht bis zehn Prozent aller kindlichen soliden malignen Tumoren aus und wird damit nur gering weniger häufig angetroffen als Wilms-Tumor und Neuroblastom. Der Tumor kann in allen kindlichen Alterstufen vorkommen, wird auch angeboren beobachtet, doch liegt der Altersgipfel bei zwei bis sechs Jahren. Es besteht eine geringe Knabenwendigkeit, die besondere Form des Sarcoma botryoides (vergleiche unten) ist bei Mädchen häufiger.

## Entstehung und pathologische Anatomie

Das Rhabdomyosarkom gehört zu den embryonalen Tumoren, d. h., es entwickelt sich durch Fehldifferenzierung aus ursprünglich embryonalen Gewebe. Die Ursache der Entstehung ist unklar, eine gewisse familiäre genetische Disposition wurde vereinzelt mit dem Auftreten von weiteren Rhabdomyosarkomen oder auch anderen Weichteiltumoren bei Geschwistern und anderen Familienmitgliedern beobachtet. Daneben wurden auch exogene Faktoren, insbesondere eine Virusgenese, diskutiert.

Der Tumor entwickelt sich aus den Vorläuferzellen von quergestreiften Muskelzellen, eventuell auch aus undifferenziertem Bindegewebe und entsteht häufig bindegewebs- bzw. fasziennah. Je nach Differenzierungsgrad können in den Tumoren eine mehr oder weniger große Zahl

von quergestreiften Muskelzellen gesehen werden, die dem Tumor den Namen gegeben haben.

## Histologie

Das mikroskopische Bild ist sehr unterschiedlich, so daß folgende histologische Typen unterschieden werden:

1. Das embryonale Rhabdomyosarkom;
2. das alveoläre Rhabdomyosarkom;
3. das pleomorphe Rhabdomyosarkom.

90 Prozent aller kindlichen Rhabdomyosarkome gehören dem embryonalen und dem alveolären Zelltyp an. Es ist anzunehmen, daß aufgrund der oft schwierigen histologischen Diagnostik eine Großzahl der als „undifferenzierte Sarkome“ diagnostizierten Tumoren im Kindesalter dem Rhabdomyosarkom zuzurechnen ist.

Trotz dieser Einteilung in drei histologische Typen sind Tumoren mit gemischten Anteilen häufig. Bei allen Typen können Zellen mit Querstreifung gefunden werden, manchmal jedoch nur unter Anwendung elektronen-mikroskopischer Untersuchungstechnik.

a) Das embryonale Rhabdomyosarkom ist am wenigsten differenziert und weist einen kleinen undifferenzierten, unregelmäßig geformten Zelltyp mit einem hyperchromen Kern auf. Das sogenannte Sarcoma botryoides (ist gleich traubenförmig) gehört histologisch zum embryonalen Typ und wird nach seinem makroskopischen Aussehen benannt.

Diese Tumorform wächst exophytisch traubenförmig zystisch in Hohlorganen bzw. vorgebildeten Räu-

men wie Harnblase, Vagina, Nasopharynxbereich usw. (vergleiche unten).

b) Das alveoläre Rhabdomyosarkom zeigt uniforme, runde oder ovale Zellen die oft gruppenförmig „alveolär“ angeordnet sind und häufig durch feine bindegewebige Septen und Gefäße abgegrenzt sind. An den Extremitäten wie am Stamm (Thoraxwand) wird meist dieser Typ angetroffen.

c) Das pleomorphe Rhabdomyosarkom ist im Kindesalter relativ selten, es entsteht im Skelettmuskel. Die Zellen sind sehr polymorph und bizarr, insbesondere die Zellkerne, wobei häufig ein großer, gelegentlich eosinophiler und quergestreifter Zytoplasmaanteil zu beobachten ist.

Die histologische Diagnose ist im Einzelfall schwierig, besonders wenn bei Probe-Exzisionen nur wenig Material gewonnen wird, was dann zu Fehldiagnosen führt, besonders Fibrosarkom, anaplastisches Karzinom, Osteosarkom oder Neuroblastom. Die in letzter Zeit zu beobachtende Vermehrung von Rhabdomyosarkomen, dürfte wohl auch auf eine bessere Diagnostik zurückzuführen sein.

## Lokalisation und Ausbreitung

Grundsätzlich kann der Tumor überall dort entstehen wo quergestreiftes Muskelgewebe vorhanden ist, also in fast allen Körperregionen und Organen. Häufig entsteht er im Bereich von muskelnahen bindegewebigen Septen bzw. Faszien, aber auch in mit Schleimhäuten ausgekleideten Hohlräumen.

Folgende Lokalisationen sind häufig und typisch:

Der Kopf-Hals-Bereich einschließlich Orbita, der in 35 bis 50 Prozent

befallen wird sowie der *Urogenitalbereich* bzw. das *kleine Becken* mit ca. 20 Prozent. Ungefähr 15 Prozent finden sich an den *Extremitäten*, ca. zehn Prozent an der *Rumpfwend* und *retroperitoneal*. Im Kopf-Halsbereich sind besonders die Lokalisationen der Orbita, des Nasopharynxbereiches, des Oropharynx- und des Mittel-Innenohrbereiches zu erwähnen, im kleinen Becken der Ausgang des Tumors von Harnblase, Prostata, Uterus, Vagina und auch vom Samenstrang. In Hohlorganen wie Blase, Vagina und auch im Nasopharynxbereich, gelegentlich auch im Gallengangbereich entwickelt sich besonders bei Kleinkindern das *Sarcoma botryoides*. Die betreffenden Hohlräume werden zunehmend durch den stielartig-traubenförmig wachsenden Tumor ausgefüllt. Insgesamt wächst der Tumor meist schnell und bald stark diffus in die Umgebung infiltrierend.

### Metastasierung

Die Metastasierung erfolgt hämatogen und lymphogen, sie tritt häufig und früh ein, so daß bei Erstdiagnose schon 30 bis 40 Prozent der betroffenen Patienten Metastasen aufweisen. Die häufigsten Metastasierungsorte sind Lunge, Lymphknoten, Skelettsystem, seltener Leber und Gehirn, gelegentlich auch Herz und Zwerchfell sowie die Magenwand. Besonders erwähnt werden muß die mögliche Metastasierung in das Knochenmark. Beim embryonalen Typ erscheint die Metastasierungsneigung geringer zu sein, dafür die Neigung zu lokalen Rezidiven größer.

### Klinik

Meist werden deutliche Allgemeinsymptome vermißt, der Tumor wird auffällig durch das Auftauchen einer meist schmerzlosen Tumormasse. Je nach Ort der Entstehung ist die Symptomatik sehr weitreichend und unterschiedlich, wobei Schmerzen durch die Beeinträchtigung der Umgebung häufig das erste Zeichen darstellen. Besonders erwähnt werden muß die *Protrusio bulbi* beim Befall der Orbita, erschwerte Atmung und zunehmend näselnde Sprache sowie Nasenbluten bei Lokalisation im Nasopharynxbereich. Beim Befall des Mittelohres treten Symptome wie bei chronischer Otitis media

auf, wie Schmerzen, Schwerhörigkeit, blutig-seröse Absonderungen aus dem Gehörgang und gelegentlich eine Fazialisparese. Die sich polypenartig vorwölbende Tumormasse im Gehörgang und auch in der Nase kann bei Inspektion zur Diagnose führen. Bei Befall des *kleinen Beckens* stehen Harn-, eventuell Stuhlentleerungsstörungen im Vordergrund, es können Hämaturie und vaginale Blutungen auftreten. Nicht selten wird der Tumor gerade in diesen wie in anderen Bereichen erst durch seine tast- oder sichtbare Tumormasse auffällig, wobei er palpativ meist derb und höckerig, gelegentlich auch glatt imponiert.

Bei der frühen Metastasierungsneigung können die ersten Symptome bereits durch Metastasen verursacht sein. In einem geringen Teil der Fälle besteht eine ausgedehnte Disseminierung, wobei der Primärtumor nicht identifiziert werden kann.

### Diagnose

Die endgültige Diagnose kann erst durch die histologische Untersuchung gesichert werden. Je nach Ausgangsort und bereits vorhandener Metastasierung kann das gesamte Arsenal der Tumordiagnostik nötig sein, um genauen Sitz, Ausbreitung und vorhandene Metastasierung festzustellen.

Neben der allgemeinen gründlichen Untersuchung sind die Röntgenuntersuchung des Thorax, des Skelettes und eine Knochenmarkpunktion nötig. Je nach Situation können erforderlich werden: i. v. Pyelogramm, Kavographie, Arteriographie, eventuell Lymphographie und eine Magen-Darmpassage. Zur endgültigen Festlegung des Tumors ist auch bei primär inoperabel erscheinendem Tumorsitz zumindest eine Probe-Exzision anzustreben.

### Differentialdiagnose

*Klinisch* hat die Differentialdiagnose je nach Tumorsitz entsprechend andere kindliche Tumoren zu berücksichtigen, wie Wilms-Tumor, Neuroblastom, Teratom, andere Sarkome, Augentumoren (Retinoblastom) Knochentumoren, Hämangiome, Lymphome, Lebertumoren.

*Histologisch* kommen differentialdiagnostisch vor allem Fibro- und Liposarkom in Frage, eventuell auch das Neuroblastom und enddifferenzierte Wilms-Tumoren, teratoide Geschwülste, das Ewing Sarkom sowie sogenannte aneplastische Karzinoome.

### Stadieneinteilung

Das Ausmaß der Ausbreitung des Tumors zum Zeitpunkt der Diagnose ist in erster Linie entscheidend neben anderen Faktoren (vergleiche unten) für die Prognose des Rhabdomyosarkoms. Aufgrund der Ausbreitung und der damit vorhandenen Möglichkeiten der Resektion des Tumors hat sich die Stadieneinteilung nach Pratt et al. allgemein durchgesetzt.

#### Stadium I:

Lokalisierter Tumor mit vollständig möglicher Resektion

#### Stadium II:

Regional ausgebreiteter Tumor mit Infiltrationen der Umgebung und/oder lokalem und regionalem Lymphknotenbefall.

A: Komplette resezierbar

B: Nicht oder nur inkomplett resezierbar

#### Stadium III:

Generalisierter Tumor

A: Fernmetastasen ohne Knochenmarkbefall

B: Fernmetastasen mit Knochenmarkbefall

In großen klinischen multizentrischen Studienreihen werden zur Zeit differenziertere Stadieneinteilungen vorgenommen, insbesondere im Hinblick auf die Erarbeitung noch wirksamerer und stadiengerechter Therapiemodalitäten. Das Ergebnis dieser Studien muß noch abgewartet werden.

### Therapie

Die Kombination von chirurgischer Therapie, Strahlentherapie und zytostetischer Chemotherapie hat sich bei den besonderen Gegebenheiten

Die meisten Ärzte kennen uns bereits als führende Krankenversicherung des Ärztestandes. Deshalb möchten wir

in dieser Anzeige einmal nicht über Versicherungen reden und laden Sie zu einem kleinen Quizspiel ein.

# Anno dunnemals ganz aktuell: »Die Dreckapotheke«

## Unsere Quiz-Frage:

Die Bezeichnung »Dreckapotheke« hatte bis zum Ende des 18. Jahrhunderts in Europa eine ganz bestimmte Bedeutung. Welche? Bitte kreuzen Sie im Coupon Ihre Meinung an.



Quellenhinweis: »Geschichte der Medizin«, Jean Starobinski, Verlag Recontre & Erik Nitsche International

**Vereinigte**  
Krankenversicherung AG  
Salus Krankenhauskosten-Versicherungs-AG

Vertragsgesellschaften Ihrer Ärztekammer  
und des Marburger Bundes.  
Generaldirektion  
Leopoldstraße 24  
8000 München 40



**Ihr Quiz-Gewinn**

Unter allen richtigen Einsendungen verlosen wir eine Hausapotheke aus dem 18. Jahrhundert für Ihre Sammlung seltener Stücke oder als Schmuckstück Ihrer Praxis. Einsendeschluß 15.12.1977. Rechtsweg ausgeschlossen.

Meiner Meinung nach versteht man unter:  
»Dreckapotheke«:  
 Übelkeitserregende Substanzen  
 gegen Krankheits-Dämonen  
ladenden 17./18. Jahrhunderts  
 Mittelalterliches Schimpfwort  
auf die »Alchemistenkücher

Adresse

KX20

des Rhabdomyosarkoms in den letzten Jahren bewährt. Die früher vertretene Auffassung, daß zytostatische Therapie und auch Strahlentherapie beim Rhabdomyosarkom wirkungslos bzw. von geringer Wirkung seien, kann inzwischen als widerlegt gelten.

Grundsätzlich ist zu bedenken, daß das nächstliegende Ziel, den Tumor chirurgisch so radikal wie möglich zu entfernen bei der besonderen Wachstums- und Ausbreitungstendenz des Rhabdomyosarkoms in vielen Fällen zu verstümmelnden Eingriffen führen kann, wobei letztendlich die totale Entfernung des Tumors nicht gelingt, z. B. bei ausgedehnten Befall im kleinen Becken oder im Kopfbereich. Eingriffe wie Hemipelvektomien, weitgehende Teilresektionen im Gesicht- und Nebenhöhlenbereich werden in Anbetracht der Möglichkeiten der Radio- und Chemotherapie heute nicht mehr favorisiert und meist abgelehnt.

Dies bedeutet jedoch andererseits nicht, in vertretbaren Grenzen, dem Einzelfall angemessen, so radikal wie möglich zu operieren. So wird man z. B. beim Sarcoma botryoides in der Blase eine Zystektomie durchführen müssen oder bei Befall der Orbita eine totale Exenteration der Orbita. In den aufgezeigten Grenzen soll so radikal wie möglich reseziert werden unter Mitnahme möglichst vielen Umgebungsgewebes, da die Eigenart des Tumors diffus und entlang vorgebildeter Räume (Septen, Gefäßbögen usw.) rasch vorzudringen, lokale Rezidive begünstigt. Die Mitentfernung lokaler und eventuell regionaler Lymphknoten sollte angestrebt werden. Inwieweit beim Rhabdomyosarkom des Hodens bzw. Samenstranges eine prophylaktische Entfernung der paraaortalen Lymphknoten erfolgen sollte befindet sich in der Diskussion. Immerhin findet sich bei ca. ein Drittel der Kinder hierbei ein Befall der paraaortalen Lymphknoten.

Diese Problematik besteht auch für die Lymphabflußgebiete in Kopfhalsbereich. Nachdem auch die Lymphographie der abdominalen Lymphknoten nicht immer die Verhältnisse klären kann und diese Lymphknoten sich einer weiteren Überwachung durch die Relokalisation entziehen bzw. ein späterer Befall erst bei relativ großer Ausdehnung Symptome macht und dadurch entdeckt wird, kann hier eher zur „prophylaktischen“ Lymphknotenentfernung geraten werden, als in Lymphabflußgebieten, wie z. B. am Hals, wo die Lymphknoten sichtbar und schon durch Palpation zu überwachen sind. Auf weitere Fragen der Chirurgie des Rhabdomyosarkoms soll im Rahmen dieses Berichtes nicht eingegangen werden; mit den angeführten Beispielen sollte die Problematik schlaglichtartig beleuchtet werden. Gerade am Beispiel des Rhabdomyosarkoms zeigt sich, daß die Begrenzung sehr radikaler chirurgischer Eingriffe durch die Strahlen- und Zytostatikatherapie aufgefangen werden kann (vergleiche unten, Prognose).

### Strahlentherapie

Das Rhabdomyosarkom ist mäßig bis gut (embryonaler Typ) strahlensensibel. Allgemein wird gefordert, Dosen von 4000 rad (Kobalt 60) nicht zu unterschreiten. Varianten der Dosis nach oben und unten ergeben sich zwangsläufig nach Lokalisation und Ausbreitung des Tumors.

Präoperative Bestrahlung mit und ohne nachfolgende chirurgische Therapie werden je nach Lage des Falles angewandt. Meist jedoch wird die Bestrahlung als Teil eines Behandlungsplanes eingesetzt, wobei Chirurgie, Bestrahlungstherapie und zytostatische Therapie gemeinsam eingesetzt werden, insbesondere ab dem Stadium II B.

### Zytostatische Chemotherapie

Der Wert der zytostatischen Therapie hat sich gerade bei dem häufig nicht radikal zu operierenden Rhabdomyosarkom und bei der durch die Lokalisation häufig bedingten nötigen Dosisbegrenzung der Strahlentherapie gezeigt. Die früher vertretene Auffassung, daß Zytostatika und auch die Strahlentherapie beim Rhabdomyosarkom wirkungslos sei, kann als widerlegt gelten. Bewährt hat sich die kombinierte Therapie mit Vincristin, Actinomycin D (Lyovac-Cosmegen®) und Cyclophosphamid (Endoxan®).

Im Stadium I und II A wird die Kombination von Vincristin (1,5 mg/m<sup>2</sup>/KOF), Endoxan® (300 mg/m<sup>2</sup>/KOF) und Lyovac-Cosmegen® (0,4 mg/m<sup>2</sup>/KOF) je einmal wöchentlich für die ersten Wochen gegeben, dann diese Kombination in zweiwöchigen Abständen für ein halbes bis ein Jahr fortgesetzt. Die Notwendigkeit einer Tumorbettbestrahlung im Stadium I und II A ist nicht in jedem Falle nötig, ihre Anwendung muß im Einzelfall sorgfältig geprüft werden. Die genannten Zytostatika werden im Stadium I und II A teilweise in geringgradig abweichenden Varianten verwendet, ohne jedoch erkennbaren Einfluß auf die erzielten Ergebnisse.

Ab dem Stadium II B (Tumor nicht oder inkomplett resezierbar) wird nach Operation (eventuell nur Probeexzision, Teilresektion) entweder schon während Operation oder nach endgültiger histologischer Sicherung unmittelbar nach der Operation mit der zytostatischen Therapie begonnen und nach der Wundheilung das Tumorbett, wenn möglich und erforderlich regionale Lymphknotengebiete bestrahlt.

In vielen Therapie-Studienreihen wird insbesondere im Stadium III die zytostatische Therapie noch



## RECORSAN-LIQUID.

Rein phytologisches Kardiotonicum für die kleine Herztherapie  
Crataegue-Adonitherapie 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. 5,8 g, Apium grav. Auricul. 7,3 g, Val. 13 g, Cola 4,3 g. · 30 ml DM 5,70

Recorsan-Gesellschaften Gräfelfing und Lüneburg

durch Adriablastin (Adriablastin®) ergänzt und für mindestens ein Jahr durchgeführt.

### Prognose

Bis vor einigen Jahren war bei alleiniger chirurgischer Therapie die Prognose als äußerst schlecht zu betrachten. Nur fünf Prozent der betroffenen Kinder überlebten zwei Jahre und länger nach Erstmanifestation des Tumors. Seit der zusätzlichen Anwendung von Radiotherapie, zytostatische Therapie konnten bis zum Stadium III A die Aussichten auf längeres rezidivfreies Überleben deutlich gebessert werden. Die Fünf-Jahresüberlebensrate hat sich über 50 Prozent, in manchen Studien bis auf 80 Prozent, steigern lassen (hier ohne Stadium III A und III B). Diese Ergebnisse gewinnen eine besondere Bedeutung dadurch, daß ungefähr 70 Prozent aller Rezidive bzw. Metastasierungen innerhalb des ersten Jahres nach Krankheitsausbruch zu beobachten sind und über 90 Prozent bis zum Ende des zweiten Jahres. Überlebt ein Kind die ersten zwei Jahre nach Tumordiagnose ohne Rezidiv oder zwischenzeitliche Metastasierung dann ist die Wahrscheinlichkeit eines weiteren rezidivfreien Überlebens sehr groß. In Einzelfällen jedoch sind auch späte Rückfälle bekannt.

Dabei hat sich gezeigt, daß die Ausdehnung des Tumors bei Diagnose der wichtigste Faktor für die Prognose ist. So kann man bei Stadium I mit kombinierter Therapie eine Überlebensrate von 65 bis 80 Prozent erwarten. Auch der primäre Tumorsitz ist von erheblicher prognostischer Bedeutung. So haben Rhabdomyosarkome der Orbita eine meist sehr gute Prognose (nach adäquater Therapie) wie auch nach Einführung der kombinierten Therapie die Prognose im Nasopharynxbereich und Urogenitalbereich deutlich gebessert wurde. Der prognostische Einfluß des histologischen Typs ist nicht gesichert, wenn auf dem embryonalen Zelltyp eine bessere Prognose zugeschrieben wird.

In der Therapie des Rhabdomyosarkoms hat sich die Bedeutung der Kombination von chirurgischer Therapie, Strahlentherapie und zytostatischer Chemotherapie im Hinblick

auf die Fortschritte in der Prognose des Tumors deutlich gezeigt. Dies um so mehr, als die Eigenart des Wachstums und der Ausbreitung dieses Tumors eine radikale Entfernung oft nicht ermöglicht.

Besonders am Beispiel des Rhabdomyosarkoms mit seiner weitreichenden Problematik wird auch die Notwendigkeit der zentralen Behandlung in entsprechenden pädiatrischen Zentren deutlich, in denen der pädiatrische Onkologe, der Kinderchirurg und Strahlentherapeut zur Verfügung stehen. Ebenso besteht die Notwendigkeit der späteren Weiterbetreuung durch pädiatrisches Zentrum einerseits, Hausarzt/Kinderarzt und Heimatkrankenhaus andererseits, wie sie schon bei der Besprechung des Wilms-Tumor und des Neuroblastoms (siehe dort) ausgeführt wurde. Auch in der Behandlung des Rhabdomyosarkoms sind alle Beteiligten aufgerufen, diesen tumorkranken Kindern heute die Chancen zu einem lebenswerten weiteren Leben zu geben, die nach dem heutigen Erkenntnisstand möglich sind.

### Literaturverzeichnis

1. D' ANGIO G. J. and EVANS A. E.: Soft tissue sarcomas in: Cancer in Children, ed. by H. J. G. BLOOM, J. LEMERLE, M. K. NEIDHAROT, P. A. VOUTE. Springer Verlag, Berlin-Heidelberg-New York, 1975.
2. FERNANDEZ C. H. et al: Childhood rhabdomyosarkoma. Analysis of coordinated therapy and results. Amer. J. Roentgenol. 123, 588, 1975.
3. GUTJAHR P. et al: Rhabdomyosarkome im Kindesalter. Mschr. Kinderheilkunde 122, 805, 1974.
4. JEREB B. et al: Local control of embryonal rhabdomyosarkoma in children by radiation therapy when combined with concomitant chemotherapy. Int. J. Radiat. Biol., 1, 217, 1976.
5. JONES P. G. et al: Sarcomas of soft tissue, in: Tumors of infancy and childhood, ed by P. G. JONES and P. E. CAMPBELL. Blackwell Scientific Publications. Oxford-London-Edinburgh-Melbourne, 1976.
6. LAMPERT F.: Krebs im Kindesalter. Urban und Schwarzenberg, München-Wien-Baltimore, 1977.
7. MALPAS J. S. et al: Radiotherapy and adjuvant combination chemotherapy for childhood rhabdomyosarkoma. Brit. Med. J., 1, 247, 1976.
8. PRATT C. B. et al: Coordinated treatment of childhood rhabdomyosarkoma, in: Progress in Clinical Cancer, ed by E. A. Ariel. Grune and Stratton, New York-San Francisco-London, 1975.
9. RAGAB H. A. et al: Malignant Tumors of the soft tissues, in: Clinical Pediatric Oncology, ed by W. W. SUTOW, T. J. VIETTI, J. J. FERNBACH. C. V. Mosby Company, St. Louis 1973.

(wird fortgesetzt)

Anschrift des Verfassers:

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

## Viele Symptome - eine Ursache: Magnesium- Mangel



## MAGNESIUM VERLA®

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

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

**Zusammensetzung:** Dragées (entspr. 40 mg Mg = 3,3 mval), Magnesium-L-glutaminic. 100 mg, Magnesium citric. 230 mg, Magnesium nicotinic. 5 mg, Ampullen zu 10 ml (entspr. 77 mg Mg = 6,3 mval), Magnesium-L-glutaminic. 1000 mg, Konzentrat (1 Beutel enthält) mono-Magnesium-L-aspartat 1803 mg, Vitamin-B<sub>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 Dragées 8,10 DM, 150 Dragées 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

# Privatliquidation und persönliche Leistungspflicht

von G. Hirsch und W. Weißauer

Es gibt nicht viele amtsgerichtliche Entscheidungen, die bei den Krankenhausträgern und Patienten so viel Aufsehen und in der Ärzteschaft so viel Beunruhigung auslösten, wie das (rechtskräftige) Urteil des Amtsgerichts Aachen vom 31. März 1976 (1). Der Kernsatz des Urteils lautet, daß das vertraglich vereinbarte besondere Liquidationsrecht des leitenden Krankenhausarztes nur dann besteht, wenn er *persönlich* Leistungen erbringt.

Dem Verfahren lag die Honorarklage des Leiters einer gynäkologischen Abteilung gegen eine Frau zugrunde, die sich zur Entbindung in das Krankenhaus begeben und ärztliche Wahlleistungen in Anspruch genommen hatte. Das Gericht verneinte einen Honoraranspruch des Arztes mit der Begründung, daß er während der gesamten Behandlung abwesend, nämlich auf Tagung oder im Urlaub gewesen sei. Er sei erst kurze Zeit vor der Entlassung der Patientin zurückgekehrt und habe dem nachgeordneten Arzt, der bis dahin die Behandlung durchgeführt hatte, auch für die restliche Zeit die Betreuung der Patientin überlassen. Damit habe der Chefarzt seine vertragliche Verpflichtung aus § 613 BGB zur persönlichen Leistung gegenüber der Patientin nicht erfüllt. Ihm stehe deshalb auch kein Honoraranspruch zu.

Das Landgericht Traunstein bejahte dagegen als Berufungsgericht in einem gleichgelagerten Fall den Anspruch eines leitenden Krankenhausarztes auf das vereinbarte Honorar (unveröffentlichtes Urteil vom 15. Dezember 1976, 5 S 2086/76). Auch in diesem Fall war die Patientin nicht vom Chefarzt, ebenfalls einem Gynäkologen, sondern ausschließlich vom Oberarzt behandelt worden.

## 1. Problemstellung

Die genannten Urteile betreffen eine *Grundsatzfrage* des ärztlichen Liquidationsrechtes. Sie fordern zur

Klärung der Frage heraus, in welchen Fällen und in welchem Umfang ein leitender Krankenhausarzt gegenüber den Patienten, die ärztliche Wahlleistungen in Anspruch nehmen (Privatpatienten), zur persönlichen Erbringung der Leistungen verpflichtet ist, unter welchen Voraussetzungen er sich vertreten lassen und inwieweit er Hilfskräfte zuziehen kann. Dazu ist es erforderlich, die Rechtsbeziehungen zu klären, die zwischen dem leitenden Krankenhausarzt und dem Privatpatienten bestehen.

## 2. Die Vertragsbeziehungen

Inhalt und Umfang der Verpflichtungen des Chefarztes gegenüber dem Privatpatienten bestimmen sich nach den vertraglichen Beziehungen, die zwischen ihnen bestehen.

Nimmt der Patient die allgemeinen Krankenhausleistungen in Anspruch, so schließt er mit dem Krankenhausträger einen sogenannten *totalen Krankenhausaufnahmevertrag* (2). Vertragliche Beziehungen bestehen in diesen Fällen nur zwischen dem Patienten und dem Krankenhausträger (3). Dieser schuldet dem Patienten die gesamte Krankenhausbehandlung, also insbesondere Unterkunft, Verpflegung, Pflege und ärztliche Behandlung (§§ 3 Abs. 1, 2 Nr. 5 BPfIV). Der leitende Arzt wird – ebenso wie die nachgeordneten Ärzte – als Erfüllungsgehilfe des Krankenhausträgers tätig und nicht in Erfüllung eigener Vertragspflichten gegenüber dem Patienten. Mit dem Pflegesatz ist bei dieser Vertragsgestaltung die gesamte Krankenhausbehandlung abgegolten.

Anders stellt sich die Rechtslage dar, wenn der Patient die ärztliche Behandlung der leitenden Ärzte aufgrund der Aufnahmebedingungen des Krankenhauses als Wahlleistung in Anspruch nimmt. In diesem Fall tritt er sowohl mit dem Krankenhaus-

träger in vertragliche Beziehung – dieser schuldet ihm die allgemeinen Krankenhausleistungen mit Ausnahme der ärztlichen Leistungen (4) – als auch mit dem leitenden Krankenhausarzt (sogenannter *aufgespaltenen Krankenhausaufnahmevertrag*) (5). Dieser schuldet dem Patienten in Erfüllung eigener Vertragspflichten die ärztliche Behandlung.

Den leitenden Ärzten steht für die ärztliche Behandlung der Privatpatienten ein Honoraranspruch zu. Dieses ärztliche Liquidationsrecht ist das Korrelat für die vertraglich geschuldete ärztliche Wahlleistung (6). Für die Krankenhausversorgung hat der Patient daneben den Pflegesatz zu bezahlen, der in verschiedenen Ländern (7) entsprechend § 17 Abs. 2 Satz 1 KHG um den Arztkostenabschlag reduziert ist (8).

## 3. Die persönliche Leistungspflicht

### 3.1 Grundsatz

Der Behandlungsvertrag zwischen dem leitenden Arzt und dem Privatpatienten ist regelmäßig ein Dienstvertrag nach § 611 BGB. Ein Werkvertrag nach § 631 BGB kann ausnahmsweise vorliegen, wenn nicht ein Tätigwerden im Sinne einer bestimmten Leistung des Arztes Vertragsgegenstand ist, sondern die Erbringung eines bestimmten Arbeitsergebnisses (9).

Durch den Behandlungsvertrag wird der Arzt zur Leistung der vereinbarten Dienste, der Patient zur Zahlung der vereinbarten Vergütung verpflichtet (§ 611 BGB). Ob der zur Dienstleistung Verpflichtete die Leistung *persönlich* erbringen muß oder ob er seiner Verpflichtung auch dann genügt, wenn er dies Dritten überläßt, regelt § 613 BGB. Diese Vorschrift lautet:

„Der zur Dienstleistung Verpflichtete hat die Dienste im Zweifel in Person zu leisten.“

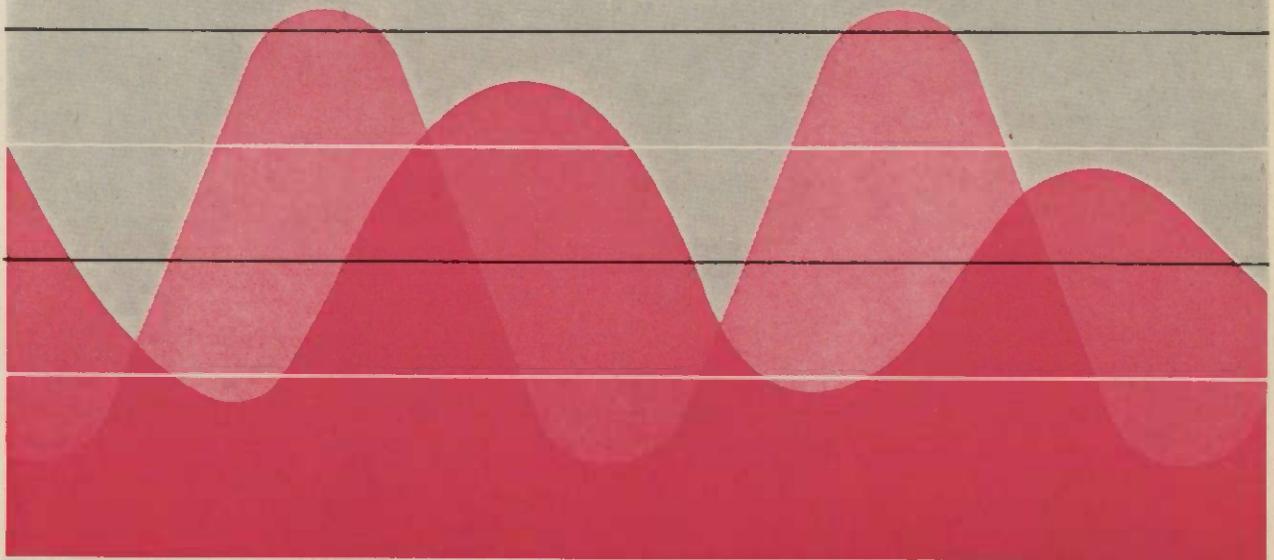
# Spareffekt

Kaliumsparende  
Hypertonietherapie

Günstige  
Behandlungskosten

pro Tag: **31 Pf.**

bei täglich 1 Dragée (Packung 50 Dragées)



Neu von ROLAND

# Calmoserpin<sup>®</sup>

1. Calmoserpin ist ein Antihypertonikum der neuen Generation - mit substanz eigenem Kaliumschutz. Kaliumschutz ist besser als Kaliumzufuhr.

2. Die für die Basisbehandlung eingesetzten Saluretika führen im allgemeinen zur Hypokaliämie. Erst die Kombination mit einem kaliumsparenden Diuretikum vermeidet diese Nebenwirkung. Durch die Kombination mit Triamteren wird unter Calmoserpin-Behandlung ein über-

mäßiger Kaliumverlust vermieden.

3. Die bewährte Kombination mit Reserpin ermöglicht auch in fortgeschrittenen Hypertoniefällen eine sichere und dabei schonende Blutdrucksenkung.

#### Zusammensetzung:

1 Dragée enthält  
TRIAMTEREN 50 mg  
HYDROCHLOROTHAZIO 25 mg  
RESERPIN 0,125 mg

#### Indikation:

hypertone

#### Dosierung:

Soweit nicht anders verordnet, ein Dragée täglich nach dem Frühstück.

Weitere Dosierung nach dem Blutdruckverhalten.

#### Nebenwirkungen und Begleiterscheinungen:

In seltenen Fällen kann Übelkeit, Muskelschwäche, Erbrechen, Durchfall, Kopfschmerz und Schwindelgefühl auftreten. Zu Beginn der Behandlung kann eine gewisse Müdigkeit auftreten. Dem Auftreten von depressiven Verstimmungen soll das Präparat abgesetzt werden.

#### Besondere Hinweise:

Nach der Einnahme von Calmoserpin kann das Reaktionsvermögen und damit auch die Verkehrstüchtigkeit von Autofahrern eingeschränkt sein.

#### Unverträglichkeiten und Risiken:

CALMOSERPIN darf nicht angewandt werden bei Sulfonylureaempfindlichkeit, Cor-nea hepaticum, Interaktionseffekte Hypo- und Hyperkaliämie, Niereninsuffizienz mit Anurie und schweren Nierenfunktionsstörungen, es sei denn, daß der Arzt es ausdrücklich gestattet hat.

#### Handelsformen und Preise:

OP 30 Dragées DM 11,35  
OP 50 Dragées DM 15,65 AP 250 Dragées

**ROLAND**  
Arzneimittel GmbH  
ESSEN Postfach 1351

### 3.2 Doppelte Fragestellung

Zwei Fragen sind bei den Auswirkungen dieser Vorschrift auf ärztliche Wahlleistungen zu trennen, nämlich: In welchem Umfang ist der zur Dienstleistung Verpflichtete (Chefarzt) berechtigt, *Hilfskräfte* zur Dienstleistung heranzuziehen, ohne daß dadurch die Leistung ihre Eigenschaft als persönliche Leistung verliert? und: Unter welchen Voraussetzungen ist der zur Dienstleistung Verpflichtete berechtigt, sich bei der Erbringung der Leistung *vertreten* zu lassen, also nicht persönlich zu leisten?

Die erste Frage zielt auf die Auslegung des Begriffes „in Person“ im Rahmen des § 613 BGB, die zweite betrifft die Aussage, daß „im Zweifel“ in Person zu leisten ist.

### 3.3 Persönliche und höchstpersönliche Leistung

Nach § 613 BGB ist die Leistung „in Person“ zu erbringen. Die teilweise durchgeführte Unterscheidung zwischen „persönlicher“ und „höchstpersönlicher“ Leistung, die im Gesetz keine Stütze findet, führt nicht weiter, da diese Begriffe nicht einheitlich gebraucht werden (10). Meist wird unter höchstpersönlich eine Leistung verstanden, die in ihrer konkreten Art kein anderer als der Schuldner zu erbringen vermag. Dies könnte bei bestimmten ärztlichen Eingriffen, z. B. bei einer Operation, durch einen darauf spezialisierten Arzt der Fall sein (11). In der Regel handelt es sich bei ärztlichen Leistungen jedoch um vertretbare Leistungen.

### 4. Der Gegenstand der ärztlichen Wahlleistung

Die Bestimmung, daß die Dienste im Zweifel in Person zu erbringen sind, besagt, daß sie immer dann in Person zu erbringen sind, wenn sich nicht aus dem Dienstvertrag oder aus sonstigen Umständen ergibt, daß sie auch durch Dritte erbracht werden können. Um festzustellen, ob dies der Fall ist, bedarf es einer Untersuchung des Behandlungsvertrages daraufhin, welcher Art die vom Chefarzt zu erbringenden Dienste sind.

Die ärztliche Wahlleistung ist, was Art, Umfang und Qualität der ärztlichen Behandlung betrifft, gegen-

über der ärztlichen Versorgung im Rahmen der allgemeinen Krankenhausleistungen kein aliud (12). Der Patient erhält mit dem Anspruch auf privatärztliche Behandlung nicht einen Anspruch auf qualitativ oder quantitativ bessere ärztliche Behandlung. Er „erkauft“ sich vielmehr den Anspruch auf *persönliche Behandlung* durch den oder die leitenden Krankenhausärzte. Der Unterschied zwischen der ärztlichen Behandlung im Rahmen der allgemeinen Krankenhausleistungen und der ärztlichen Wahlleistung liegt also hauptsächlich im psychologischen Bereich, in der Begründung eines persönlichen Vertrauensverhältnisses zu einem Arzt, den der Patient für fachlich besonders qualifiziert und erfahren hält, unter Umständen auch nur „im Glücksgefühl, sich einen Arzt seiner Wahl leisten zu können“ (13).

Die Entkoppelung von gesondert berechenbarer Unterkunft und ärztlicher Wahlleistung durch § 6 Satz 3 BPfIV hat den Aspekt der persönlichen Leistung verdeutlicht; er gilt aber ebenso im Falle der Koppelung beider Leistungen, also bei Altverträgen.

Die Auslegung des Vertragswillens des Patienten im „gespaltenen“ Aufnahmevertrag ergibt somit, daß die persönliche Behandlung, also die „Privatbehandlung“ durch den leitenden Arzt gerade das ist, was sich der Patient hinzukaufen will. Die Leistung durch den Chefarzt in Person auf der einen und die höheren finanziellen Aufwendungen hierfür auf der anderen Seite stehen sich, wie das Amtsgericht Aachen zu Recht feststellt, als Wertäquivalent gegenüber. Dies gilt im Prinzip auch für die mitbehandelnden Chefarzte, die aufgrund des Bündelungsprinzipes (§ 6 Satz 4 BPfIV) „automatisch“ mitgewählt werden.

### 5. Die Zuziehung von Hilfskräften

Die Feststellung, daß der Chefarzt die gesondert berechenbaren Leistungen grundsätzlich persönlich zu erbringen hat, besagt nicht, daß er jeden Handgriff selbst ausführen müßte. Die Zuziehung von ärztlichen und nichtärztlichen Hilfskräften ist in dem erforderlichen und üblichen Umfang zulässig. Dies folgt aus einer sinnorientierten Auslegung des Behandlungsvertrages nach Treu und Glau-

ben unter Berücksichtigung der Verkehrssitte (§§ 157, 242 BGB) (14). Die Auslegung nach diesen Maßstäben ergibt in der Regel also, soweit nichts Gegenteiliges ausdrücklich oder nach den Umständen vereinbart ist, daß der Chefarzt die grundlegenden Entscheidungen über die Behandlung selbst zu treffen und die Behandlung selbst durchzuführen, zumindest aber zu überwachen hat, im übrigen aber Hilfskräfte zu seiner Unterstützung bei der Behandlung und zur eigenverantwortlichen Durchführung von Nebenleistungen insoweit zuziehen kann, wie dies der Übung in derartigen Fällen entspricht und von einem verständigen Patienten auch akzeptiert wird (15).

Daß die Zuziehung nachgeordneter Ärzte zur Erbringung ärztlicher Wahlleistungen als Regelfall angesehen und allgemein anerkannt ist, zeigt sich u. a. darin, daß die Krankenhausträger für die Inanspruchnahme der nachgeordneten Ärzte im Rahmen der Erbringung gesondert berechenbarer Leistungen eine Kostenerstattung von den leitenden Krankenhausärzten verlangen (vgl. auch § 18 Abs. 6 BPfIV) und daß die nachgeordneten Ärzte für ihre Leistungen im Zusammenhang mit den Wahlleistungen des Chefarztes von diesem am Honorar zu beteiligen sind (16).

Die Auffassung, daß § 613 der Hinzuziehung von Hilfskräften bei der ärztlichen Wahlleistung im Rahmen des erforderlichen und üblichen nicht entgegensteht, ist unbestritten und wird auch vom Amtsgericht Aachen nicht in Frage gestellt. Es führt vielmehr aus: „Zwar ist selbstverständlich, daß dem Kläger eine Betreuung ohne die Hilfe seiner Assistenten oder anderer Ärzte nicht möglich ist. Allein die Heranziehung von Hilfspersonen steht aber auch nicht im Widerspruch zu einer Leistung in Person. Davon kann aber nur gesprochen werden, wenn der Kläger gleichwohl die Oberaufsicht für die Behandlung übernimmt und entsprechend seinen Anweisungen in gegebenen Fällen verfahren wird.“ Diese Voraussetzungen sah das Gericht nicht als gegeben an, da der leitende Arzt in keiner Phase der Behandlung beteiligt war, keinerlei konkrete Anweisungen gab und auch nicht die Oberaufsicht über die Behandlung innehatte.

## 6. Die Vertretung bei der ärztlichen Wahlleistung

### 6. 1 Abgrenzungsfragen

Der Vertreter des leitenden Arztes wird bei der Behandlung des Wahlleistungspatienten an Stelle des leitenden Arztes tätig, er handelt mit Wirkung für und gegen diesen. Die Behandlung ist dem Vertretenen zuzurechnen.

Die Grenze zwischen der Unterstützung des leitenden Arztes bei der persönlichen Erbringung der Leistung und der Erbringung der Leistung durch seinen Vertreter kann im Einzelfall schwierig zu ziehen sein. Sie ist nicht nur von Fall zu Fall, sondern auch von Fachgebiet zu Fachgebiet verschieden und läßt sich deshalb nicht generell bestimmen. Entscheidend wird es darauf ankommen, worin im konkreten Fall die maßgebliche ärztliche Leistung zu sehen ist. In der inneren Medizin wird hier die intellektuelle Leitung der Behandlung, die Auswertung der Befunde zur Diagnose und die Anordnung der einzelnen Behandlungsmaßnahmen im Vordergrund stehen. Bei einer operativen Tätigkeit wird man dagegen (auch) die Durchführung des Eingriffes im Regelfall als essentielle Leistung ansehen müssen. Beim Radiologen ist im allgemeinen nicht die Röntgenaufnahme die Hauptleistung, sondern ihre Auswertung (Befundung); bei einer Geburt, um die es im Fall des AG Aachen ging, wird es die Leitung des Geburtsvorganges sein.

Im Grundsatz gilt: je weniger der Chefarzt in die Behandlung einschließlich der Vor- und Nachbehandlung eingeschaltet ist, desto fraglicher wird, ob er die Behandlung noch als persönliche Leistung erbringt. Er wird zumindest die wesentlichen Entscheidungen selbst treffen müssen, ohne in jedem Fall ihre Durchführung selbst übernehmen oder überwachen zu müssen. Die Art des Eingriffes spielt hier ebenso eine Rolle wie die persönliche und fachliche Qualifikation des nachgeordneten Arztes, der die Behandlung durchführt.

Treffen für den abwesenden Chefarzt nachgeordnete Ärzte seiner Abteilung in vollem Umfang die Entscheidung über die ärztliche Behandlung und führen sie durch, so handelt es sich nicht mehr um die Hinzuziehung von Hilfskräften. Allein der Umstand, daß diese Ärzte von dem

leitenden Arzt ausgebildet und weitergebildet werden und nach seinen *generellen* Anweisungen handeln, macht ihre Leistungen nicht zu einer persönlichen Leistung des Chefarztes.

### 6. 2 Vertragsauslegung

Der zur Erbringung von Wahlleistungen verpflichtete Arzt hat diese „im Zweifel“ in Person zu leisten. Dies bedeutet, daß er immer dann zur persönlichen Leistung der vereinbarten Dienste verpflichtet ist, wenn die Auslegung des Behandlungsvertrages nichts Gegenteiliges ergibt.

Ein formeller Behandlungsvertrag wird nur selten zwischen dem Privatpatienten und den leitenden Ärzten geschlossen. In der Regel werden die vertraglichen Beziehungen — ebenso wie bei der ambulanten Behandlung durch einen niedergelassenen Arzt — durch konkludentes Handeln begründet oder der Krankenhausträger schließt den Behandlungsvertrag mit den Patienten, die auf der Grundlage der entsprechenden Aufnahmebedingungen gesondert berechenbare ärztliche Leistungen wählen, in Vertretung der leitenden Ärzte, also mit Wirkung für und gegen diese (17).

#### 6. 2. 1 Eindeutige vertragliche Regelungen

Ergibt sich aus dem Vertrag, der zwischen dem Privatpatienten und dem leitenden Arzt besteht, oder aus den Umständen eindeutig, daß der Patient ausschließlich die Behandlung durch den leitenden Arzt wünscht, etwa weil dieser als Spezialist für den bestimmten Eingriff gilt, so ist für eine Auslegung kein Raum. In diesem Fall kann der leitende Arzt zwar, wie erörtert, Hilfskräfte zu Nebenleistungen heranziehen, er kann sich jedoch grundsätzlich nicht in der „Hauptleistung“, etwa bei der Operation, vertreten lassen.

Umgekehrt kann ausdrücklich in dem Behandlungsvertrag mit dem leitenden Arzt vereinbart werden, daß sein Vertreter oder ein sonstiger nicht liquidationsberechtigter, nachgeordneter Arzt, der die erforderliche fachliche und persönliche Qualifikation besitzt und zu dem der Patient besonderes Vertrauen gefaßt hat, die Behandlung durchführen soll. Dieser wird dann bei der Ausführung der Leistung als Erfüllungsgehilfe des

Chefarztes tätig, dem der Honoraranspruch zusteht und der nach §§ 276, 278 BGB für Behandlungsfehler haftet (18).

Die Honorarbeteiligung des nachgeordneten Arztes, der für den Chefarzt die ärztliche Leistung erbringt, ist zwischen dem Chefarzt und dem nachgeordneten Arzt zu klären. Der Chefarzt kann in diesem Fall — soweit nicht im Dienstvertrag mit dem Krankenhausträger etwas anderes vereinbart ist — auch seinen Honoraranspruch ganz oder teilweise an den behandelnden nachgeordneten Arzt abtreten, so daß dieser gegenüber dem Patienten die Honorarforderung in eigenem Namen stellen kann. In der Praxis kommt dies vor allem dort in Betracht, wo der Chefarzt seinen leitenden Oberärzten bestimmte subspezialisierte Leistungen zur Durchführung in eigener Verantwortung überträgt.

#### 6. 2. 2 Die Auslegung des Behandlungsvertrages

Bestehen keine eindeutigen vertraglichen Regelungen, ist von Fall zu Fall nach den allgemeinen Auslegungsgrundsätzen zu prüfen, ob nachgeordnete Ärzte an Stelle des Chefarztes die vereinbarten ärztlichen Wahlleistungen erbringen können, ohne daß dieser seine Verpflichtungen aus dem Behandlungsvertrag verletzt. Die Auslegung hat sich am Wortlaut des Vertrages, an den offenkundigen Vorstellungen der Vertragsparteien, an der Verkehrssitte — also an der herrschenden tatsächlichen Übung — und an Treu und Glauben zu orientieren (§§ 157, 242 BGB).

In der Regel rechnet jeder Patient, der ärztliche Wahlleistungen in Anspruch nimmt, damit, daß ihn anstelle des leitenden Arztes dessen Vertreter behandelt, wenn der leitende Arzt in Urlaub, erkrankt oder wegen dringender anderer dienstlicher Verpflichtungen verhindert ist. Schließt er den Behandlungsvertrag, ohne daß er zu erkennen gibt, daß er in jedem Fall vom leitenden Arzt persönlich behandelt werden will, so nimmt er die Behandlung durch dessen Vertreter in den genannten Fällen — jedoch grundsätzlich nicht darüber hinaus — in Kauf. Dieses stillschweigende Einverständnis gilt insbesondere dann, wenn er bei Abschluß des Behandlungsvertrages weiß, daß der leitende Arzt an der persönlichen Leistung verhindert ist.

Die Vertretung im Fall der Verhinderung des Chefarztes ist auch üblich, entspricht also der Verkehrssitte. Dies zeigt sich insbesondere darin, daß dem leitenden Arzt nach dem Anstellungsvertrag in der Regel das Liquidationsrecht ausdrücklich auch im Krankheitsfall für eine bestimmte Zeit (üblich sind 6 bis 26 Wochen) und bei urlaubsbedingter Abwesenheit eingeräumt wird und daß ihm auferlegt wird, seinen Vertreter für seine Tätigkeit im liquidationsberechtigten Bereich zu entschädigen.

### 6. 2. 3 Die Bedeutung der Aufnahmebedingungen

Korrespondierend mit diesen dienstvertraglichen Regelungen findet sich in den Allgemeinen Vertragsbedingungen (AVB) der Krankenhäuser oft die Bestimmung, daß die Wahlleistungen auch von den Vertretern der leitenden Ärzte erbracht werden können. Eine solche Vereinbarung in den AVB muß der Patient auch dann gegen sich gelten lassen, wenn man der Auffassung folgt, daß der Behandlungsvertrag mit den leitenden Ärzten nicht vom Krankenhausträger in deren Vertretung geschlossen wird.

Nicht wirksam ist in Krankenhausaufnahmebedingungen nach § 11 Nr. 13 des Gesetzes zur Regelung des Rechts der allgemeinen Geschäftsbedingungen (AGBG) dagegen eine Klausel, wonach ein Dritter an Stelle des ursprünglichen Vertragspartners (hier des Arztes) in die sich aus dem Vertrag ergebenden Rechte und Pflichten eintritt oder eintreten kann, ohne daß der Dritte namentlich bezeichnet wird oder ein Recht zur Vertragslösung eingeräumt wird. Dieser Fall liegt weder bei der Hinzuziehung von Erfüllungsgehilfen noch bei einer Vertretung vor, da dadurch nicht die Person desjenigen, der die vertragliche Leistung schuldet, ausgewechselt wird.

### 7. Das Entgelt für die ärztliche Leistung

Läßt sich der leitende Arzt in zulässiger Weise bei der Behandlung vertreten, so steht ihm der Honoraranspruch zu. Erbringt er dagegen die ärztlichen Leistungen nicht persönlich, obwohl er hierzu nach dem Behandlungsvertrag und den konkreten Umständen verpflichtet gewesen wäre, so verliert er den vertraglichen

Honoraranspruch (§ 320 BGB, Einrede des nicht erfüllten Vertrages). Trifft ihn ein Verschulden daran, daß er die Leistung vertragswidrig nicht in Person erbracht hat, so kann außerdem ein Anspruch des Patienten auf Schadensersatz wegen Nichterfüllung nach § 613 BGB i. V. mit § 325 BGB bestehen, wenn der Umstand, daß nicht der Chefarzt, sondern ein nachgeordneter Arzt den Eingriff vornahm, zu einem Schaden des Patienten führt.

Der Umstand, daß der leitende Arzt seinen vertraglichen Honoraranspruch verliert, wenn er die Leistung verabredungswidrig nicht in Person erbringt, kann freilich nicht dazu führen, daß der Patient die tatsächlich ausgeführte ärztliche Leistung unentgeltlich erhält. Hat der Patient den kleinen oder mittleren Pflegeersatz bezahlt, so ist er um die ärztliche Behandlung durch den nachgeordneten Arzt ungerechtfertigt bereichert. Den Wert dieser Bereicherung hat er demjenigen zu erstatten, der (wirtschaftlich) die Leistung erbracht hat (§ 812 BGB). Dies dürfte – ohne die Frage hier zu vertiefen – der leitende Arzt sein, in dessen Auftrag der nachgeordnete Arzt, wenn auch vertragswidrig, die ärztliche Behandlung durchführte (19).

### 8. Das zweckmäßige Verhalten

Gerichtliche Auseinandersetzungen darüber, ob der Chefarzt, der die vereinbarte Wahlleistung nicht persönlich erbringt, seinen Honoraranspruch behält, sind für alle Beteiligten höchst unerfreulich. Es ist deshalb nach einer Lösung zu suchen, die sowohl den berechtigten Interessen der Privatpatienten an einer persönlichen Behandlung durch den Chefarzt als auch den Notwendigkeiten des Klinikbetriebes Rechnung trägt. Dabei ist von dem Grundsatz auszugehen, daß der liquidationsberechtigte Arzt im Rahmen des Möglichen – unbeschadet der Zulässigkeit, Hilfskräfte im erforderlichen und üblichen Rahmen zu Hauptleistungen zuzuziehen und ihnen Nebenleistungen zu übertragen – zur persönlichen Behandlung verpflichtet ist und nur ausnahmsweise aus zwingenden persönlichen (z. B. Urlaub, Krankheit) oder dienstlichen Gründen (dringender anderweitiger Einsatz) berechtigt ist, die Behandlung seinem Vertreter zu übertragen. Andernfalls verliert die auf die per-

sönliche Behandlung gerichtete Wahl des Patienten und damit das Liquidationsrecht seinen Sinn.

Der Chefarzt sollte sich also nach Möglichkeit persönlich in die Behandlung der Privatpatienten einschalten, sich – möglichst im persönlichen Kontakt mit dem Patienten – die für die Behandlung erforderlichen Informationen verschaffen, spezielle Anweisungen für die Behandlungsverlauf prüfen. Ist ihm dies aus den genannten Gründen nicht möglich, so sollte der Vertreter des Chefarztes den Patienten davon in Kenntnis setzen, daß er mit der Behandlung betraut worden ist, da der Chefarzt verhindert sei. Dies empfiehlt sich auch deshalb, weil die Einwilligung in den ärztlichen Eingriff unter Umständen personenbezogen ist und nur die Durchführung durch den leitenden Arzt deckt (20).

Besteht der Patient auf persönlicher Behandlung durch den Chefarzt, so ist entweder der Eingriff bis zur Rückkehr des Chefarztes zu verschieben oder der Patient darauf hinzuweisen, daß sein Wunsch nicht zu erfüllen ist. Es bleibt ihm dann unbenommen, die allgemeine krankenhäusärztliche Behandlung zu wählen. Nimmt der Patient dagegen den Hinweis des Vertreters zur Kenntnis und läßt sich von diesem behandeln, so erklärt er sich zumindest konkludent mit der Leistung durch den Vertreter einverstanden. Er kann sich dann später nicht auf eine persönliche Leistungspflicht des Chefarztes nach § 613 BGB berufen.

### Ergebnis

1. Die leitenden Ärzte sind aufgrund des Behandlungsvertrages im Regelfall verpflichtet, die ärztliche Leistung persönlich zu erbringen.
2. Die Zuziehung von Hilfskräften zur Unterstützung des leitenden Arztes bei der Behandlung und zur eigenverantwortlichen Durchführung von Nebenleistungen im Rahmen des üblichen steht der Verpflichtung, die ärztliche Wahlleistung in Person zu erbringen, nicht entgegen.
3. Ist nichts anderes vereinbart, so kann sich der leitende Arzt bei der Behandlung des Privatpatienten vertreten lassen, wenn er aus zwingenden persönlichen oder dringenden dienstlichen Gründen verhindert ist.

# Wenn Sie Bluthochdruck feststellen...

# MODURETIK

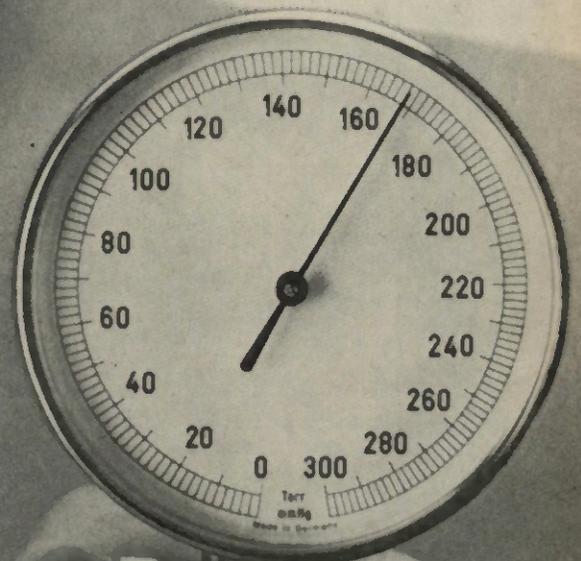
(Hydrochlorothiazid und Amilorid HCl)

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

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

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

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



**Zusammensetzung:** Eine Tablette Moduretik® enthält 5 mg N-Amidino-3,5-diamino-6-chlor-pyrazin-2-carboxamid-hydrochlorid (Amilorid-hydrochlorid) und 50 mg Hydrochlorothiazid. **Indikationen:** Kardial bedingte Ödeme und digitalisierte Patienten mit Ödemen, Hypertonie, sofern die Nierenfunktion nicht beeinträchtigt ist, Leberzirrhose mit Aszites. Moduretik® kann bei leichter bis mittelschwerer Hypertonie allein gegeben werden. Bei Kombination mit Antihypertonika ist zu beachten, daß Moduretik® deren Wirkung verstärkt. Deshalb kann bei zusätzlicher Gabe von Moduretik® eine Reduktion der Dosis der blutdrucksenkenden Substanzen in Einzelfällen bis zur Hälfte der zu verabreichenden Antihypertonika-Dosis erforderlich werden. **Kontraindikationen:** Erhöhter Serum-Kaliumspiegel (>5,5 mEq/l), Zugabe von kaliureshemmenden Substanzen oder Kaliumsubstitution, Anurie, akute Niereninsuffizienz, progressive Nierenleiden, diabetische Nephropathie, erhöhter Rest-N (>60 mg/100 ml), Überempfindlichkeit gegen eine der beiden Komponenten. Nicht empfohlen für Kinder. **Dosierung:** Bei kardial bedingten Ödemen und Hypertonie 1 x täglich 1 Tablette Moduretik®. Im Bedarfsfall kann die Dosierung bis auf 4 Tabletten/Tag gesteigert werden. Sobald eine ausreichende Diurese erreicht ist, kann die Dosis reduziert werden. Wie bei jeder diuretischen Therapie soll die Dosis dem Gewichtsverlust (0,5 bis 1 kg/die) und den Serumelektrolytwerten angepaßt werden. **Zu beachten:** Serumelektrolytwerte sind regelmäßig zu kontrollieren. Bei Nierenleiden kann sich eine Hyperkalämie entwickeln. **Besondere Hinweise:** Über die Anwendung von Moduretik® während der Schwangerschaft liegen noch keine ausreichenden klinischen Erfahrungen vor. Thiazide treten in die Muttermilch über. Ist es nötig, Moduretik® während der Laktation zu geben, sollte abgestellt werden. Der Harnsäurespiegel bei Patienten mit Gichtanamnese ist zu kontrollieren, da die Auslösung von Gichtanfällen begünstigt werden kann. Vor Einleitung einer Moduretik®-Behandlung ist der Zustand der Nierenfunktion bei Patienten mit Diabetes oder Diabetes-Verdacht sorgfältig zu kontrollieren. Ist die Durchführung eines Glukosetoleranztestes erforderlich, sollte Moduretik® vorher abgesetzt werden. Ein latenter Diabetes mellitus kann unter der Verabreichung von Thiaziden manifest werden. Eine kaliumretinierende Therapie sollte bei Patienten mit

Neigung zu Azidose (z. B. Diabetes mellitus) nur sehr vorsichtig eingeleitet und durchgeführt werden. **Handelsformen und Preise lt. A.T.:** 20 Tabletten DM 14,40, 50 Tabletten DM 29,55. Weitere Einzelheiten über Wirkungsweise, Anwendung und Vorsichtsmaßnahmen enthält die wissenschaftliche Broschüre, deren aufmerksame Durchsicht wir empfehlen.

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

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

4. Läßt sich der leitende Arzt vertreten, so sollte er selbst oder sein Vertreter den Patienten hierauf ausdrücklich hinweisen.

#### Anmerkungen

1. Abgedruckt in NJW 1976, S. 1797; siehe auch Krankenhausumschau 1976, Heft 11, S. 389.
2. Vgl. UHLENBRUCK, NJW 1964, 431; ders. NJW 1973, 1399.
3. Der Kassenpatient hat vertragliche Beziehungen zum Krankenhausträger aufgrund eines zwischen diesem und der Kassa geschlossenen achten Vertrages zugunsten Dritter nach § 328 BGB (vgl. BGHZ 1, 383; EBERHARDT, Zivilrecht und Sozialrecht in der Beziehung von Kassenarzt und Kassenpatient, AcP 1971, 296/298).
4. Vgl. zur Frage, ob bestimmte ärztliche Grundleistungen (ärztlicher Bereitschaftsdienst, Rufbereitschaft) zu den allgemeinen Krankenhausleistungen gehören, WEISSAUER, Gemeinsame Erstellung stationärer Unkosten durch behandelnde und mitbehandelnde Ärzte im Anstaltskrankenhaus, in „Oer Chirurg“, 46. Jahrgang, Heft 4.
5. Vgl. zu der rächtlichen Konstruktion als Doppelvertrag oder als Einheitsvertrag mit doppelter Vertragsbindung, UHLENBRUCK, NJW 1964, S. 432/433.
6. Vgl. WEISSAUER, Liquidationsrecht des Krankenhauses für ärztliche Wahlleistungen?, DA 1975, S. 1722 ff.
7. Baden-Württemberg, Bayern, Niedersachsen, Nordrhein-Westfalen, Rheinland-Pfalz, Saarland und Schleswig-Holstein.
8. Vgl. dazu, insbesondere auch zum sog. kleinen und mittleren Pflegesatz, WEISSAUER, Gesondert berechenbare ärztliche Leistungen und Pflegesatz, BayABl. 1974, S. 363 ff.
9. Dies könnte z. B. bei bestimmten kosmetischen Eingriffen der Fall sein (vgl. PALANDT, Komm. zum BGB, 36. Aufl., Anm. 2 a) Einf. vor § 611; LAUFS, Arztrecht, NJW-Schriftenreihe, Heft 29, S. 13).
10. Vgl. NEUMANN-DUESBERG, Der Betriebsberater, 1970, S. 1462 ff.
11. Weitergehend, aber unzutreffend, NEUMANN-DUESBERG, aaO., der die Leistung des Operateurs neben der des Porträlmalers regelmäßig als höchstpersönliche, nicht in Vertretung erbringbare Leistung ansieht.
12. Vgl. WEISSAUER, Liquidationsrecht des Krankenhauses für ärztliche Wahlleistungen? DA 1975 S. 1722; ders., Gesondert berechenbare ärztliche Leistungen und Pflegesatz, BayABl. 1974, S. 363 ff.
13. HARSDORF, zitiert nach MÜLLER, Das Krankenhaus 11/74, S. 440.
14. Vgl. PALANDT, Anm. 1 zu § 613.
15. Vgl. auch RGZ 86, 107/111 für die Zuziehung von Hilfskräften bei der Erstellung eines wissenschaftlichen Werkes.
16. Dies ist in den Krankenhausgesetzen verschiedener Länder und in den ärztlichen Berufsordnungen ausdrücklich vorgeschrieben.
17. Vgl. UHLENBRUCK, NJW 1964, S. 433.
18. Vgl. PALANDT, BGB, 32. Aufl., Anm. 7 a zu § 278.
19. Das Amtsgericht Aachen vertrat dagegen die Auffassung, daß allenfalls der Krankenhausträger den Differenzbetrag der unterschiedlichen Pflegesätze geltend machen könne.
20. Vgl. dazu näher SPANN, Ärztliche Rechts- und Standeskunde, S. 126/127; BGH LM Nr. 11 zu § 823 A a BGB.

Anschrift der Verfasser:

Dr. jur. Günter Hirsch, Wallensteinstraße 23, 8900 Augsburg und Ministerialdirigent Dr. med. h. c. Walter Weißbauer, Eckerstraße 34, 8050 Frelsing

## Der Versorgungsausgleich

### Ein wichtiger Teilaspekt des neuen Scheidungsrechtes

von Walter Albrecht

i.

#### Neues zum Scheidungsrecht

Am 1. Juli 1977 trat das „Erste Gesetz zur Reform des Ehe- und Familienrechts“ in Kraft (BGBl. I 1976, S. 1421), das u. a. sehr wesentliche Neuerungen für das Recht der Ehescheidung und die damit verbundenen Folgen bringt. Hier soll ein Überblick über die versorgungsrechtlichen Konsequenzen der Scheidung, den sogenannten Versorgungsausgleich, gegeben werden.

Die Ehescheidung ist gegenüber dem bisherigen Recht erheblich erleichtert. Aufgegeben ist das sogenannte Schuldprinzip bei den Scheidungsvoraussetzungen; es gilt nun das sogenannte Zerrüttungsprinzip, das lediglich voraussetzt, daß die Ehe „gescheitert“ ist. § 1565 Abs. 1 Satz 2 BGB: „Die Ehe ist gescheitert, wenn die Lebensgemeinschaft der Ehegatten nicht mehr besteht und nicht erwartet werden kann, daß die Ehegatten sie wieder herstellen.“ Scheidung ist demnach eine fast automatische Folge objektiv manifestierter Disharmonie der Eheleute: „Es wird unwiderlegbar vermutet, daß die Ehe gescheitert ist, wenn die Ehegatten seit drei Jahren getrennt leben“ (§ 1566 BGB). Wer also aus der Ehe „austeigen“ will, braucht nur seine sieben Sachen zu packen; es hilft wenig, daß eine gescheiterte Ehe nicht geschieden werden „soll“, wenn das Interesse minderjähriger Kinder auf dem Spiel steht: Die gesetzlichen Gewichte neigen sich auch hier gegen die Ehe, denn dieses Interesse der Kinder gilt nur dann etwas, wenn es die Aufrechterhaltung der Ehe „aus besonderen Gründen ausnahmsweise“ notwendig macht (§ 1568 Abs. 1 BGB).

#### Neues Unterhaltsrecht

Weniger schnell als die Ehe selbst erledigen sich die Folgen. Auch für

das nach der Scheidung geltende Unterhaltsrecht ist das Schuldprinzip aufgegeben. In einer Reihe von Einzelatbeständen ist vielmehr der neue Grundsatz der Eigenverantwortlichkeit niedergelegt: Jeder der beiden geschiedenen Ehegatten steht finanziell zunächst auf eigenen Füßen. Anspruch gegen den ehemaligen Ehegatten hat nur derjenige, der aus verschiedensten Gründen (Kindererziehung, Krankheit, Gebrechlichkeit, Unzumutbarkeit einer eigenen Erwerbstätigkeit, Ausbildung für eine eigene Berufsausübung usw.) nicht selbst für seinen Unterhalt sorgen kann.

#### Neu: Der Versorgungsausgleich

Während also dieser Unterhaltsanspruch von Bedingungen abhängt, die alle in dem wirtschaftlichen Gefälle zwischen den beiden geschiedenen Eheleuten begründet sind, ist mit der Scheidung eine weitere materielle Folge und zwar eine in der Regel unbedingte und automatische Güterverschiebung verbunden: Der sogenannte „Versorgungsausgleich“, d. h. die Aufteilung der während der Ehe von den Ehegatten erworbenen Anwartschaften oder Ausichten auf Versorgung wegen Alters, Berufs- und Erwerbsunfähigkeit. Hier wird die Leitidee des geltenden gesetzlichen Güterrechtes (Zugewinnngemeinschaft) aufgegriffen, die der Fiktion folgt, daß der gesamte materielle Zuwachs während der Ehe zu gleichen Teilen Erfolgsprodukt beider Ehegatten sei. Zweck dieses Ausgleiches soll es sein, für den geschiedenen Eheteil, der während der Ehe keine Anwartschaft aufbauen konnte, weil er nicht gegen Entgelt gearbeitet oder nicht „geklebt“ hatte, den Grundstock für eine eigene Alterssicherung zu legen. Abgesagt soll auf alle Zeiten den Zuständen sein, in denen der Eheteil ohne Altersvorsorge seiner künftigen Versorgung in Form

der Geschiedenenrente nur gleichsam als Anhängsel einer fremden Versorgung entgegensehen konnte. Wieweit eine solche Regelung ordnungspolitisch vernünftig und realistisch ist, soll weiter unten abgehandelt werden.

### Folgen des „Ehekonkurses“

Hier ist festzuhalten, daß mit der Scheidung mangels anderweitiger vertraglicher Vereinbarung alles während der Ehe erworbene Hab und Gut (Zugewinngemeinschaft) sowie alle während dieser Zeit entstandenen Anwartschaften auf die Altersversorgung in zwei verschiedene Richtungen auseinandergelassen werden. In der juristischen Literatur findet sich der beziehungsreiche Terminus vom „Ehekonkurs“!

Um bei ausnahmsweise anschaulichen juristischen Ausdrücken zu bleiben: Die vom einzelnen während der Ehe erworbenen Versorgungsanwartschaften liegen gleichsam unter dem Bann einer in der Scheidung liegenden „Gefährdungshaftung“: Mit dem Scheitern der Ehe treffen den „anwartschaftsreichen“ Partner auch ohne seinen Willen und ohne jede Rücksicht auf seine Schuld (daher: „Gefährdungshaftung“) Ausgleichspflichten, die sehr empfindlich treffen und am Extrembeispiel illustriert schlechthin unverständlich sind. In einer Ehe zwischen einer Stenotypistin und einem Studenten finanziert sie den Haushalt, vielleicht sogar noch sein Studium, das ihm vielleicht gerade deshalb ganz besonders lang und ganz besonders gut gefällt. Natürlich hat er keine Altersvorsorge aufgebaut. Im notorischen siebenten Jahr ist er zum Akademiker herangereift. Die Ehe „zerrüttet sich“, er zielt nach einer standesgemäßen neuen Bindung. Die zerrüttete Ehe wird geschieden. Der Zugewinn am ehelichen Hab und Gut wird halbiert und außerdem ist die Frau zum Versorgungsausgleich verpflichtet, sie verliert die Hälfte ihrer während der sieben Jahre erworbenen Anwartschaft in der Angestelltenversicherung. Geltendes Recht!

Unter Umständen kommt ihr eine Billigkeitsregelung (§ 1587 c BGB) zur Hilfe, weil in Fällen „grober Unbilligkeit“ ein Versorgungsausgleich nicht „stattfindet“. Hierüber aber

entscheidet das Familiengericht. Die Frau ist in der Verteidigungsstellung und angesichts der Merkwürdigkeiten so mancher deutscher Gerichtsurteile möchte die Prognose für sie nicht unbedingt zweifelsfrei sein.

### Verlust der Altersversorgung bis zu 50 Prozent

Falls also die Ehegatten vorher nichts anderes schriftlich vereinbart hatten, geht in der Regel künftig jeder Ehegatte, der während der Ehe Anwartschaften auf eine Versorgung irgendwelcher Art erworben hat, um einen Teil – und zwar bis zur Hälfte – dieser Anwartschaften ärmer aus dem Ehescheidungsverfahren hervor, es sei denn, der andere Ehegatte hätte während der Ehe ebenso hohe oder höhere Anwartschaften erworben. Nach neueren Statistiken werden 50 Prozent der Ehen innerhalb der ersten sieben Jahre geschieden. Aber auch die Zahlen bei den älteren Jahrgängen können nicht vernachlässigt werden, immerhin finden sich im Scheidungsalter über 50 Jahre noch 10 Prozent der Männer und 6,25 Prozent der Frauen!

Wird z. B. eine Ehe geschieden zwischen einem 50jährigen Beamten mit einer Pensionsanwartschaft von monatlich DM 2000,- und dessen Ehefrau, die als Hausfrau tätig war und keine eigene Versorgungsanwartschaft erworben hat, so findet sich der gewesene Ehemann nach vollzogener Scheidung mit einer Pensionsaussicht zum selben Zeitpunkt von monatlich DM 1000,- wieder.

## II.

### Der Versorgungsausgleich

#### 1. Gegenstand des Ausgleiches

Gegenstand des Versorgungsausgleiches sind alle Anwartschaften oder Aussichten auf laufende Versorgungsleistungen im Falle des Alters, der Erwerbs- und Berufsunfähigkeit, also Anwartschaften auf Beamtenpensionen, auf Renten aus der gesetzlichen Rentenversicherung, auf Leistungen aus der betrieblichen Altersversorgung, aus der Zusatzversorgung im öffent-

lichen Dienst, auf eine Lebensversicherung auf Rentenbasis, auf Ruhegeld aus einem berufsständischen Versorgungswerk. In der juristischen Fachsprache wird versuchsweise als Sammelbegriff von „Versorgungstiteln“ gesprochen.

### Halbierung eines Saldo

Um „den“ Versorgungsausgleich zu konkretisieren, ist eine Bestandsaufnahme zu einem bestimmten Stichtag erforderlich. Bewertungsstichtag ist der letzte Tag des Monats, nach dem der Antrag auf Ehescheidung eingereicht wurde. Zu diesem Bewertungsstichtag wird für Mann und Frau die jeweilige Höhe des Versorgungstitels ermittelt. Dabei wird entsprechend dem gedanklichen Inhalt des Sammelbegriffes „Versorgungstitel“ die Gesamtheit der sich unter Umständen aus einer Mehrzahl von Versorgungsarten zusammensetzenden Anwartschaften (z. B. Beamtenpension, gesetzliche Rentenversicherung, Altersversorgung für Parlamentarier) ermittelt. Der Eheanteil mit dem höheren Versorgungstitel ist in Höhe der Hälfte des Unterschiedes zum Versorgungstitel des anderen Eheanteils ausgleichspflichtig. Ausgleichspflichtig ist nur die Hälfte der Wertdifferenz, es wird also saldiert und nicht jeder einzelne Teil des Versorgungstitels geteilt, also Saldierung und keine Realteilung.

Einfaches Beispiel: X hat einen Versorgungstitel am Bewertungsstichtag von monatlich DM 2000,-, Y hat nichts; X ist ausgleichspflichtig in Höhe von 50 Prozent der Differenz zwischen DM 0,00 und DM 2000,-, also DM 1000,-. Anderes Beispiel: X hat einen Versorgungstitel von DM 2000,-, Y einen solchen von DM 300,-; in diesem Fall erhält also nicht etwa Y von X DM 1000,- und X von Y DM 150,-, es wird vielmehr nur der Saldo berücksichtigt und halbiert, X ist gegenüber Y ausgleichspflichtig in Höhe von 50 Prozent der Wertdifferenz zwischen DM 2000,- und DM 300,-, also in Höhe von DM 850,-.

### Abgrenzungskriterium: Die Ehezeit

Hier ist noch auf ein sehr wichtiges Abgrenzungsmerkmal hinzuweisen.

Ebenso, wie beim ehelichen Güterrecht in den Zugewinn nur das Vermögen fällt, das während der Ehe erworben wurde, werden vom ausgleichspflichtigen Versorgungstitel nur die Teile der Anwartschaft erfaßt, welche in der Ehezeit und für die Ehezeit entstanden sind; beide Voraussetzungen müssen zusammen erfüllt sein. Leistet z. B. ein Arzt während der Ehezeit Nachzahlungen zu einem berufsständischen Versorgungswerk für Zeiten vor der Ehe oder wird ein ehemaliger Beamter nachversichert und liegt die Nachversicherungszeit, also seine Beamtenzeit, vor der Ehe und wird die Nachversicherung verwaltungsmäßig erst während der Ehe durchgeführt: Die durch die Nachversicherung oder durch die oben geschilderte Nachzahlung bewirkte Mehrung der Versorgungsanwartschaft gehört nicht zum ausgleichspflichtigen Versorgungstitel.

## 2. Bewertung der Anwartschaften

Versorgungstitel ist nicht gleich Versorgungstitel. Die Erwartung einer Rente in Höhe von DM 1000,— aufgrund eines Beamtenverhältnisses ist mehr „wert“ als aufgrund einer Lebensversicherung auf Rentebasis wegen der unterschiedlichen Finanzierungsprinzipien (Alimentationsprinzip / versicherungstechnische Prinzipien). Auch die Struktur einer Anwartschaft — ob statisch oder dynamisch — ist von größter Bedeutung für ihre materielle Bewertung. Der Gesetzgeber hat fünf große Bewertungsgruppen gebildet, nach denen der Versorgungstitel hinsichtlich seines Gehaltes beurteilt wird (§ 1587 a BGB). Danach wird unterschieden nach einer Versorgung

nach beamtenrechtlichen Grundsätzen,

aus der gesetzlichen Rentenversicherung,

aus der betrieblichen Altersversorgung,

aus sonstigen Renten oder ähnlichen wiederkehrenden Leistungen, aus Versicherungsverträgen.

Wesentliches Unterscheidungsmerkmal ist der Grad der „Wachstumsfähigkeit“ der Anwartschaft. Beamtenversorgung und gesetzliche Rentenversicherung gelten nach

der Erfahrung der letzten Jahre als die wachstumsfreudigsten Versorgungsarten, sie werden daher auch am höchsten bewertet. Bei anderen Versorgungstiteln, z. B. gegenüber berufsständischen Versorgungswerken, kommt es darauf an, ob der Wert „in gleicher oder nahezu gleicher Weise steigt“ wie die Anwartschaften auf Versorgung aus einem Beamtenverhältnis oder aus der gesetzlichen Rentenversicherung. Das Schlußlicht in dieser Bewertungsskala spielen die Lebensversicherungsverträge auf Rentenbasis, die ja in der Regel zunächst auf einen festen Betrag lauten. Die Gründe hierfür liegen darin, daß die Lebensversicherung ihre Rente nur im Verhältnis zu den erwirtschafteten Erträgen (Gewinnausschüttung) wachsen lassen kann, während der Alimentationsverpflichtung des Staates ein Quasi-Automatismus innewohnt, der vom Bedarf (Inflation, Erhöhung in anderen Bereichen des Arbeitslebens) und weniger oder gar nicht von den verfügbaren Mitteln bestimmt wird.

## Übersetzung in die „Währung“ der gesetzlichen Rentenversicherung

Der Grund aber dafür, daß für die unterschiedlichen Arten der Altersvorsorge eine Art Umrechnung in eine bestimmte „Versorgungswährung“ notwendig ist, liegt darin, daß dem berechtigten geschiedenen Ehepartner seine Ansprüche nicht in irgend einer „Versorgungswährung“ verschafft werden können, sondern daß es immer darauf hinausläuft, daß dem Berechtigten Anwartschaften in der gesetzlichen Rentenversicherung begründet werden. Muß also ein Beamter ein Drittel seiner Pensionsanwartschaft abgeben, erhält seine geschiedene Ehefrau nicht etwa dieses Drittel als Anwartschaft gegenüber dem Dienstherrn (Staat usw.); dieses Drittel der Pensionsanwartschaft muß vielmehr in eine gleich hohe Anwartschaft bei der gesetzlichen Rentenversicherung umgerechnet werden. Angesichts der verwirrenden Vielfalt von Versorgungssystemen mit einer Unzahl verschiedener Berechnungskriterien ist es natürlich sehr schwierig, geeignete Parameter für die Transponierung auf die Klaviatur der gesetzlichen Rentenversicherung zu finden. Es gibt hierzu eine Reihe von Tabellen, anhand deren die gewünschten Werte ermittelt werden.

## DM 300 Rente kosten DM 51 377!

Dabei ergeben sich erschreckende Summen. Und zwar kommt der Versorgungsausgleich um so teurer, je weiter das Ende der Ehezeit zurückliegt, d. h., je länger der Scheidungsprozeß gedauert hat. Als Beispiel diene der Fall, daß der Ehemann am Ende der Ehezeit eine Anwartschaft auf Altersversorgung in Höhe von DM 600,— erworben hatte, die Ehefrau war ohne Anwartschaften. Der geschiedene Ehemann hat einen Versorgungsausgleich in Höhe von DM 300,— zu leisten. Endet die Ehe im Jahre 1977, hat der ausgleichspflichtige Ehemann hierfür einen Betrag von DM 46 729,22 aufzubringen. Wurde als Ende der Ehezeit dagegen ein Monat im Jahre 1976 festgestellt, so kostet der gleiche Versorgungsausgleich bereits DM 51 377,34!

## 3. Vollzug des Ausgleiches

Zweck des Versorgungsausgleiches ist es, dem Berechtigten eine eigene Versorgungsanwartschaft zu begründen. Dies geschieht auf verschiedene Art und Weise, je nach der Beschaffenheit des Versorgungstitels, von dem der ausgleichspflichtige Ehepartner etwas abzugeben hat.

### „Splittling“

a) Bei Renten oder Anwartschaften aus der gesetzlichen Rentenversicherung

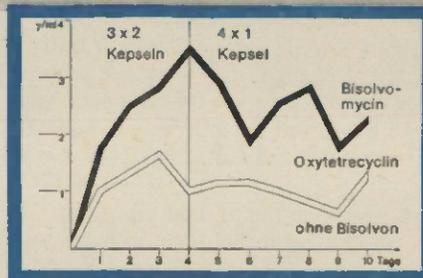
Hier überträgt das zuständige Familiengericht mit rechtsgestaltendem Urteil (laufende) Rentenansprüche oder (noch nicht fällige) Rentenansprüche von dem ausgleichspflichtigen auf den Berechtigten. Mit Rechtskraft des Urteils „hat“ der Berechtigte seine ihm zuerkannten Ansprüche oder Anwartschaften bei der gesetzlichen Rentenversicherung. Die gesetzliche Rentenversicherung bucht den entsprechenden Betrag vom Rentenkonto des ausgleichspflichtigen ab und überträgt diesen Betrag auf das Rentenkonto des Berechtigten oder begründet ein neues Rentenkonto für diesen. Beispiel: X hat am Bewertungsstichtag auszugleichende Anwartschaften in Höhe von DM 1000,— bei der Angestelltenver-

# Bisolvomycin®

## bekämpft Bronchialinfekte

**Bisolvomycin schafft maximale antibiotische Konzentrationen am Ort des Infektgeschehens**

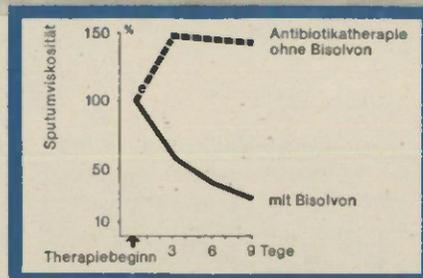
nach Kleber, A. G., Inaug. Diss., Bern 1970



Mit Bisolvomycin, der Kombination von Oxytetracyclin mit Bisolvon, werden im Bronchialsekret antibiotische Konzentrationen erzielt, die in den ersten vier Behandlungstagen dreifach höhere Werte aufweisen als bei alleiniger Antibiotika-Verabreichung ohne Bisolvon.

**Bisolvomycin verhindert den Sekretstau durch umfassende Sekretolyse**

nach Bürgi, H., Schweiz. med. Wschr. 95, Nr. 8, 274-278 (1965)

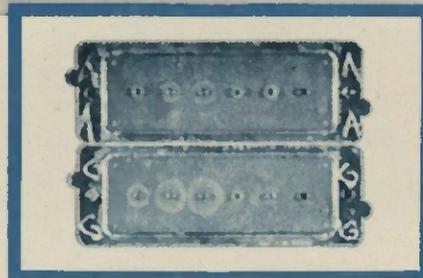


Die Bisolvon-Komponente in Bisolvomycin bricht die dichten Fasergerüste von sauren Mukopolysacchariden auf und rarefiziert sie. Das bewirkt eine drastische Viskositätssenkung des Schleimhautsekrets. Die Bildung eines Sekretstaus wird verhindert und damit der Gefahr von pulmonalen Komplikationen wirksam begegnet, denn persistierenden Keimen ist der Nährboden entzogen.

**Bisolvomycin stärkt die immunologischen Abwehrkräfte im Atemwegsbereich**

nach Bürgi, H., e. a., Ther. Umsch. 24, 116-118 (1967)

Hyland Immunoplates® Human, oben: Gamma-A-Immunglobulin-Test, unten: Gamma-G-Immunglobulin-Test. Von links nach rechts: Diffusions-



flächen 1 bis 3 von Testseren mit bekanntem Immunglobulingehalt (66, 197, 394 mg IgA/100 ml, 234, 701, 1402 mg IgG/100 ml), Diffusionsfläche 4 von Sputum vor Behandlung, Diffusionsfläche 5 von Sputum desselben Patienten nach Behandlung mit Bisolvon (24 mg p. o. während 3 Tagen). Bisolvon bewirkt eine Erhöhung des Potentials an Gamma-A-Globulinen, von deren Konzentration das Abwehrvermögen der Atemwegsschleimhäute abhängt.

## Bisolvomycin® – sein Wirkprofil schafft Überlegenheit

### Zusammensetzung

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

4 mg  
250 mg

### Anwendungsgebiete

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

### Dosierung und Anwendungswise

Es empfiehlt sich bei akutem Krankheitsbild die Einnahme von 3 x 2 Kapseln täglich, nach Besserung der Symptome kann auf 4 x 1 Kapseln reduziert werden.

Schulkinder erhalten die halbe Erwachsenenendosis.

### Zur langfristigen Anwendung:

3 x 1 Kapsel täglich.

Auch hierbei ist eine Reduzierung (2 x 1 Kapsel) möglich, über die der Arzt zu entscheiden hat.

Nach Abklingen der Infektion hat sich die Weiterbehandlung mit Bisolvon®-Tabletten als zweckvoll erwiesen.

### Nebenwirkungen, Begleiterscheinungen

Treten Magen-Darmstörungen auf, so ist je nach Schweregrad die Dosis zu reduzieren oder die Therapie vorübergehend zu unterbrechen.

Während der Schwangerschaft und bei schweren Leber- und Nierenfunktionsstörungen sollte Bisolvomycin wegen der Tetracyclin-Komponente nur bei strenger Indikationsstellung verordnet werden.

Bei Kindern bis zum 8. Lebensjahr können durch Tetracyclin und damit auch durch Bisolvomycin Schädigungen der Knochen- und Zahnentwicklung auftreten; in dieser Altersgruppe ist deshalb die Anwendung von Bisolvomycin nur bei vitaler Indikation anzusetzen.

### Besondere Hinweise

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

### Darreichungsformen und Packungsgrößen

Originalpackung mit 20 Kapseln  
Originalpackung mit 40 Kapseln  
Klinikpackung

DM 22,10  
DM 39,75

Unverbindliche empfohlene Preise lt. AT

**Auf Bisolvomycin® ist Verlaß.**

Thomae

sicherung; Y hat keinen Versorgungstitel. X muß DM 500,— ausgleichen. Mit Rechtskraft des Urteils hat X eine um DM 500,— gekürzte Anwartschaft, Y hat eine neue, eigenständige Anwartschaft in Höhe von DM 500,— bei der Angestelltenversicherung. Hier wird also die bei der gesetzlichen Rentenversicherung aufgebaute Versorgung real geteilt, man spricht vom „Rentensplitting“.

#### b) Ansprüche oder Anwartschaften im beamtenrechtlichen Sinne

Auch hier überträgt das Gericht durch Urteil Ansprüche oder Anwartschaften. Im Gegensatz zu der oben geschilderten Regelung des Splitting und aufgrund der spezifischen öffentlich-rechtlichen Natur des Verhältnisses zwischen Beamten und Dienstherrn sowie aufgrund der oben geschilderten grundsätzlichen Entscheidung für die gesetzliche Rentenversicherung als Monopolinstrument zur Verwirklichung des Versorgungsausgleiches ist hier ein anderer Weg einzuschlagen.

#### „Quasi-Splitting“

Der Ausgleich eines beamtenrechtlichen Versorgungstitels wird daher auch nicht etwa dadurch vollzogen, daß dem Berechtigten Anwartschaften in der betreffenden Höhe gegen den Dienstherrn des Verpflichteten eingeräumt werden. Das Gericht begründet vielmehr auch hier durch rechtsgestaltendes Urteil in Höhe des auszugleichenden Betrages Anwartschaften bei der gesetzlichen Rentenversicherung. Mit Rechtskraft ist der Berechtigte in der gesetzlichen Rentenversicherung versichert und „hat“ eine Anwartschaft in der betreffenden Höhe. Der finanzielle Ausgleich zwischen den beiden Versorgungsträgern wird dadurch hergestellt, daß der beamtenrechtliche Dienstherr (Staat, Gemeinde usw.) auf den Träger der gesetzlichen Rentenversicherung den Betrag überweist, der erforderlich ist, um die festgestellte Anwartschaft dort zu begründen. Der ausgleichspflichtige Beamte „hat“ vom selben Tage an eine entsprechend gekürzte Pensionsanwartschaft. Es handelt sich hier also nicht um eine echte Teilung, um eine Real-Teilung, sondern um eine Kürzung hier und um eine Begründung von Anwartschaften dort: Man spricht vom „Quasi-Splitting“.

#### c) Andere Anwartschaften

Hat der Ausgleichspflichtige andere Anwartschaften als solche bei der gesetzlichen Rentenversicherung oder bei einem beamtenrechtlichen Dienstherrn, also bei einer betrieblichen Altersversorgung, bei einer Ärzteversorgung oder bei einer Lebensversicherung, so muß er in Höhe des ausgleichspflichtigen Betrages durch Geldzahlungen Anwartschaften bei der gesetzlichen Rentenversicherung kaufen. In diesem Fall wird er durch gerichtliches Leistungsurteil verpflichtet, einen bezifferten Betrag zugunsten des Berechtigten an die gesetzliche Rentenversicherung einzuzahlen. Der Berechtigte „hat“ seine Anwartschaft bei der gesetzlichen Rentenversicherung erst dann, wenn der genannte Betrag bei der Versicherung eingegangen ist.

#### d) Ausgleichszahlungen

Der Ausgleichsverpflichtete verliert immer. Entweder werden ihm durch gerichtliches Urteil Anwartschaften bei der gesetzlichen Rentenversicherung genommen oder die Anwartschaft auf Beamtenpension gekürzt. In beiden Fällen hat ihm der Gesetzgeber die Gunst eingeräumt, durch Einzahlungen von Beiträgen in die gesetzliche Rentenversicherung (§ 1304 a Abs. 6 RVO) oder an seinen Dienstherrn (§ 58 Beamtenversorgungsgesetz) den Status quo wieder herzustellen. Die Bedeutung dieser Bestimmung dürfte durch die bereits früher genannten exorbitant hohen Beträge charakterisiert sein. Um die oben genannte Kürzung der Pensionsanwartschaft wieder auszugleichen, müßte der Beamte also DM 46 729,22 an seinen Dienstherrn entrichten! Berücksichtigt man dazu noch den Umstand, daß der Ausgleichsverpflichtete trotz vollzogenem Versorgungsausgleich dem geschiedenen Ehegatten auch noch zum Unterhalt verpflichtet sein kann (§§ 1570 bis 1573 BGB), so nimmt dieser freundliche Akt des Gesetzgebers doch mehr den Charakter einer Farce an.

#### 4. Schuldrechtlicher Versorgungsausgleich

Neben den bisher geschilderten Formen des Versorgungsausgleiches sieht der Gesetzgeber noch den so-

genannten schuldrechtlichen Versorgungsausgleich vor. Während der „normale“ Versorgungsausgleich durch richterlichen Spruch von Amts wegen begründet wird und dem Berechtigten nach den Intentionen des Gesetzgebers sofort im Zeitpunkt der Scheidung eine Anwartschaft begründet, liegen im Falle dieses schuldrechtlichen Versorgungsausgleiches die Dinge anders.

Die Hauptvoraussetzungen für diese Art des Ausgleiches: Eine Begründung von Anwartschaften bei der gesetzlichen Rentenversicherung ist aus bestimmten Gründen nicht möglich oder der durch gerichtliches Urteil zur Zahlung von Beiträgen an die gesetzliche Rentenversicherung verurteilte ehemalige Ehepartner (oben II 3c) ist seiner Verpflichtung nicht nachgekommen oder dieser schuldrechtliche Versorgungsausgleich wurde *ausdrücklich* vereinbart. Bei diesem Versorgungsausgleich sind die vermögensrechtlichen und versorgungsrechtlichen Folgen zunächst aufgeschoben. In unmittelbar zeitlichem Zusammenhang mit der Ehescheidung geschieht gar nichts. Auf Antrag kann der Anspruchsberechtigte vom anderen Teil eine Rente in der entsprechenden Höhe verlangen und zwar erst dann, wenn beide ehemaligen Ehegatten eine Versorgung erlangt haben oder wenn der ausgleichspflichtige Ehegatte eine Versorgung erlangt hat und der ausgleichsberechtigte Gatte eine Erwerbstätigkeit nicht ausüben kann oder das 65. Lebensjahr vollendet hat (§ 1587 g BGB). Gegenstand des schuldrechtlichen Versorgungsausgleiches ist die Zahlung einer Ausgleichsrente in der Höhe, die nach den oben dargestellten Grundsätzen ermittelt wurde (vgl. II, 1).

#### III.

#### Ausschluß des Versorgungsausgleiches

Der Gesetzgeber sieht in einigen wenigen Fällen den Ausschluß des Versorgungsausgleiches vor.

Bei Scheidungen, die vor dem 1. Juli 1977 rechtskräftig wurden, bleibt es selbstverständlich bei dem bisherigen Recht. Darüber hinaus sind für

(Fortsetzung Seite 1001)

## Kassenarzt in Bayern

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

Ein Arzt, welcher die Zulassung für einen der unter I aufgeführten Kassenerztstze 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 Kassenerztstze bieten nach den Erfahrungen der Kassenärztlichen Vereinigung eine gute Existenzgrundlage. Dennoch sichert die KV diesen Kassenärzten für die Anlaufzeit von sechs Quartalen eine Umsatz-Gerentie 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 BAYERNIS (siehe jeweilige Angabe der Anschrift mit Telefonnummer) in Verbindung zu setzen.

### I. Dringlich zu besetzende Kassenarztstellen

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

#### Hof/Saale:

1 Nervenarzt

Es handelt sich um die Besetzung einer zweiten Nervenarztstelle in Hof/S.. Die Stadt hat 55 500 Einwohner. Zum Einzugsgebiet gehört der gesamte Landkreis Hof einschließlich der ehemaligen Landkreise Naila und Rehau mit ca. 120 000 Menschen. Alle höheren Schulen, gute kulturelle Möglichkeiten, u. a. Theater in Hof. Stadt Krankenhaus und Privatkliniken am Ort.

#### Neustadt bei Coburg:

1 Augenarzt

Es handelt sich um die Wiederbesetzung der verwaisten Augenarztstelle. Die Stadt Neustadt bei Coburg hat 14 000 Einwohner. Insgesamt sind ca. 20 000 Menschen zu betreuen. Am Ort existieren zwei Volksschulen, Staatliche Realschule, mathematisch-naturwissenschaftliches Gymnasium. Puppenindustrie, Glasbläserindustrie, ein Siemenswerk mit 3000 Beschäftigten ist angesiedelt. Hallenwellenbad, Freizeitzentrum, Sportzentrum vorhanden. Belegbetten können in moderner Privatklinik gestellt werden. 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.

**Stockheim, Lkr. Kronach:**

1 Allgemein-/Prakt. Arzt

Die Stelle (Alleinarzt) wird zum 31. März 1978 wegen altersbedingten Ausscheidens des Inhabers frei. Praxisräume mit Inventar können übernommen werden, Wohnung kann vermittelt werden. Die Frankenwaldgemeinde Stockheim hat 2000 Einwohner, die Großgemeinde ca. 5500. Zwei Zahnärzte, Apotheke am Ort. Bahn- und Busverbindung in die 10 km entfernte Kreisstadt Kronach — mathematisch-naturwissenschaftliches, neusprachliches Gymnasium, Staatliche Realschule — mehrmals täglich.

**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 Kreiskrankenhaus 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****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.

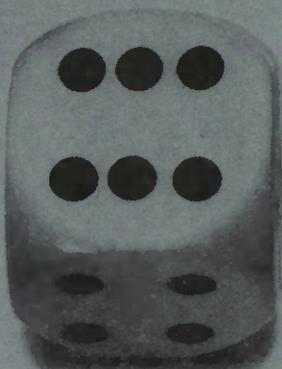
Direkte Bewerbungen sind zu richten an den Zulassungsausschuß für Ärzte Mittelfranken, Vogelsgarten 6, 8500 Nürnberg.

# Spasmo- Nervogastrol®

erfolgreich durch



prompte  
Spasmolyse



anhaltende  
Säurebindung



zuverlässigen  
Schleimhautschutz

**Zusammensetzung:** 1 Tablette =  
Butinolinphosphat 2 mg, Calcium-  
carbonat 600 mg, Bism. subnitri.  
150 mg.

**Indikationen:** Akute und chronische  
Gastritis, Gastroduodenitis, Ulcus  
ventriculi et duodeni, Krampf- und  
Säureschmerzen.

**Kontraindikationen:** Glaukom,  
Prostatahypertrophie mit Neigung zur

Restharnbildung, mechanische  
Stenosen im Bereich des Magen-  
darmkanals, Tachyarrhythmie,  
Megacolon.

**Hinweise:** Nach der Einnahme von  
SPASMO-NERVOGASTROL kann sich  
der Stuhl gelegentlich durch Wismut-  
sulfid dunkel verfärben. Diese Ver-  
färbung ist ein natürlicher Vorgang  
und ohne Bedeutung für den Patien-

ten. In seltenen Fällen kann die Ver-  
kehrstüchtigkeit beeinträchtigt  
werden.

**Handelsformen und Preise:**



24 Tabletten DM 6,80

50 Tabletten DM 12,20

Anstaltspackungen

Stand bei Drucklegung



NÜRNBERG

**KASSENÄRZTLICHE VEREINIGUNG BAYERNS – Bezirksstelle Oberpfalz**

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

**Amberg:**

1 Nervenarzt oder Psychiater –  
nur wenn Teilgebietsbezeichnung Psychotherapie  
nachgewiesen werden kann

Die Stadt Amberg hat ca. 46 000 Einwohner, mit Einzugsgebiet rund 120 000 Einwohner. Amberg ist Facharztzentrum, Städt. Marlenkrankenhaus mit 634 Betten, 2 Nervenärzte. Alle weiterbildenden Schulen am Ort. Notfalldienst über Notrufzentrale Amberg.

**Furth i. Wald, Lkr. Cham:**

1 Allgemein-/Prakt. Arzt

Furth i. W. hat ca. 10 000 Einwohner, 3 Allgemein-/Prakt. Ärzte – ein Allgemeinarzt hat aus Altersgründen seine Praxis aufgegeben. Chirurg und Internist am Kreiskrankenhaus beteiligt, 1 Frauenarzt. Nächste Fachärzte in Cham. Ärztlicher Notfalldienst über Notrufzentrale Regensburg – 6-Wochen-Turnus. Alle weiterbildenden Schulen am Ort.

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

1 Allgemein-/Prakt. Arzt

Kirchentumbach 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.

**Krummennaab, Lkr. Tirschenreuth:**

1 Allgemein-/Prakt. Arzt

Krummennaab und das Einzugsgebiet haben ca. 2000 Einwohner. Es handelt sich um eine Nachfolgebesetzung. Nächstes Facharztzentrum Weiden, Apotheke in Erbendorf. Ärztlicher Notfalldienst über Notrufzentrale Weiden – 7-Wochen-Turnus. Weiterbildende Schulen in Erbendorf.

**Schmidmühlen, Lkr. Amberg-Sulzbach:**

1 Allgemein-/Prakt. Arzt

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

**Wald, Lkr. Cham:**

1 Allgemein-/Prakt. Arzt

Wald und das Einzugsgebiet haben ca. 2200 Einwohner. Nächste Fachärzte in Regensburg und Cham. Nächste Apotheke in Nittenau und Falkenstein. Ärztlicher Notfalldienst über Notrufzentrale Regensburg – 6-Wochen-Turnus. Weiterbildende Schulen in Nittenau und Roding.

**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.

**Waldthurn, Lkr. Neustadt a. d. Waldnaab:**

1 Allgemein-/Prakt. Arzt

Waldthurn und das Einzugsgebiet haben ca. 2500 Einwohner. 1 Kassenarzt. Diese Ausschreibung soll die Nachfolgebesezung regeln. Nächstes Facharztzentrum Weiden. Ärztlicher Notfalldienst über Notrufzentrale Weiden – 8-Wochen-Turnus. Weiterbildende Schulen in Neustadt/Waldnaab.

**Weiden:**

1 Nervenarzt oder Psychiater –  
nur wenn Teilgebietsbezeichnung Psychotherapie  
nachgewiesen werden kann

Die Stadt Weiden hat ca. 42 000 Einwohner, mit Einzugsgebiet ca. 140 000 Einwohner. Weiden ist Facharztzentrum. Städt. Krankenhaus mit 642 Betten, 2 Nervenärzte. Alle weiterbildenden Schulen am Ort. Notfalldienst über Notrufzentrale Weiden.

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  
Mühlbaurstraße 16/II, München  
Telefon (0 89) 41 47 247

### KASSENÄRZTLICHE VEREINIGUNG BAYERNS

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

**Augenarzt:**

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

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

**Allgemein-/Prakt. Ärzte:**

**Bischofsgrün, Lkr. Bayreuth** 1 Allgemein-/Prakt. Arzt

**Münchberg, Lkr. Hof:** 1 Allgemein-/Prakt. Arzt

**Töpen, Lkr. Hof:** 1 Allgemein-/Prakt. Arzt

**Walschenfeld, Lkr. Bayreuth:** 1 Allgemein-/Prakt. Arzt  
**Warmenstelnach, Lkr. Bayreuth:** 1 Allgemein-/Prakt. Arzt  
**Weidhausen, Lkr. Coburg:** 1 Allgemein-/Prakt. Arzt

**Augenarzt:**

**Coburg:** 1 Augenarzt

**Hals-Nasen-Ohrenarzt:**

**Markredwitz, Lkr. Wunsledel:** 1 Hals-Nasen-Ohrenarzt

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

**KASSENÄRZTLICHE VEREINIGUNG BAYERNS**

**Bezirksstelle Unterfranken**

**Hofstraße 5, Würzburg**

**Telefon (09 31) 307 - 1**

**Allgemein-/Prakt. Ärzte:**

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

**Gräfendorf, Lkr. Main-Spessart:** 1 Allgemein-/Prakt. Arzt

**Grettstadt, Lkr. Schweinfurt:** 1 Allgemein-/Prakt. Arzt

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

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

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

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

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

**KASSENÄRZTLICHE VEREINIGUNG BAYERNS**

**Bezirksstelle Mittelfranken**

**Vogelsgarten 6, Nürnberg**

**Talafon (09 11) 4 96 21 – 24**

**Allgemein-/Prakt. Ärzte:**

**Großhabersdorf, Lkr. Fürth:** 1 Allgemein-/Prakt. Arzt

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

**Nürnberg-Langwasser:** 1 Allgemein-/Prakt. Arzt

**Nürnberg-St. Leonhard:** 1 Allgemein-/Prakt. Arzt

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

**Wittelshoten oder Weiltigen, 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.

**Augenärzte:**

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

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

**Schweinturt:** 1 Augenarzt

**Kinderarzt:**

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

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

**KASSENÄRZTLICHE VEREINIGUNG BAYERNS**

**Bezirksstelle Oberpfalz**

**Landshuter Straße 49, Regensburg**

**Telefon (09 41) 7 50 71**

**Allgemein-/Prakt. Arzt:**

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

**Augenarzt:**

**Amberg:** 1 Augenarzt  
(operative Tätigkeit  
- Belegarzt - erwünscht)

**KASSENÄRZTLICHE VEREINIGUNG BAYERNS**

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

**Hals-Nasen-Ohrenarzt:**

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

**Allgemein-/Prakt. Ärzte:**

**Hautarzt:**

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

**Welden:** 1 Hautarzt

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

**Kinderarzt:**

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

**Bodenmals: Lkr. Regen:** 1 Allgemein-/Prakt. Arzt

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

**Orthopäde:**

**Welden:** 1 Orthopäde

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

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

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

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

# TIEFE WIRKUNG

**NEUE  
Packung**  
250 ml DM 12,80



sichert schnelle Schmerzfremheit bei Sportverletzungen, Verstauchungen, Prellungen an Muskeln und Gelenken.

Zur percutanen Schmerz-Therapie

## Marament<sup>®</sup> Balsam

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

**Peckungen/Preise lt. AT. m. MwSt.:**  
O.P. Flasche mit 100 ml DM 6,15; O.P. Flasche mit 250 ml DM 12,80. Dr. Wider & Co 725 Leonberg



**Kösslarn, Lkr. Passau:** 1 Allgemein-/Prakt. Arzt  
**Lohberg, Lkr. Regen:** 1 Allgemein-/Prakt. Arzt  
**Perlesreut,  
Lkr. Freyung-Gratenau:** 1 Allgemein-/Prakt. Arzt  
**Sankt Englmar,  
Lkr. Straubing-Bogen:** 1 Allgemein-/Prakt. Arzt  
 mit der Möglichkeit zum  
 Eintritt in eine Gemein-  
 schaftspraxis  
**Schöllnach, Lkr. Deggendorf:** 1 Allgemein-/Prakt. Arzt  
**Siegenburg, Lkr. Kelheim:** 1 Allgemein-/Prakt. Arzt  
**Stallwang,  
Lkr. Straubing-Bogen:** 1 Allgemein-/Prakt. Arzt  
**Viechtach, Lkr. Regen:** 1 Allgemein-/Prakt. Arzt  
**Wallersdorf,  
Lkr. Dingolfing-Landau:** 1 Allgemein-/Prakt. Arzt  
**Wittibreut, Lkr. Rottal-Inn:** 1 Allgemein-/Prakt. Arzt

**Augenärzte:**

**Kelheim:** 1 Augenarzt

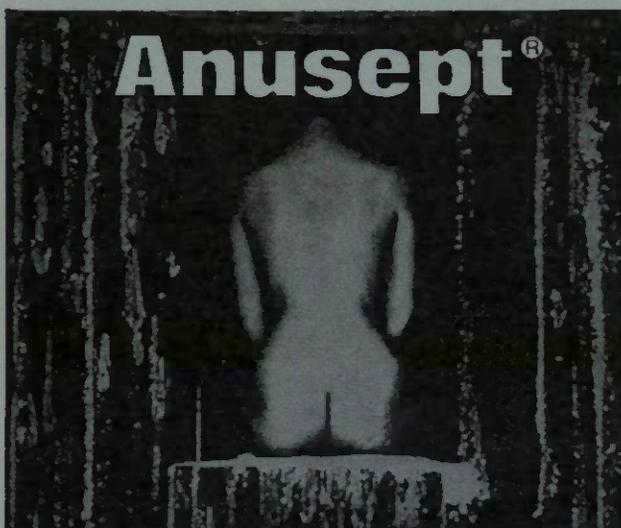
**Landau,  
Lkr. Dingolfing-Landau:** 1 Augenarzt

**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 Zulas-  
 sungsausschuß 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, Benzo-  
 cain 2 g, Urea pura 1 g, Natriumtetre-  
 borel 2 g  
 1 Suppositorium enthält:  
 Bismut. -subnitric. 120 mg, Myroxyl.  
 balsam. var. pereir. 100 mg, Zinc.oxydat.  
 100 mg, Benzocain 40 mg.  
**Indikationen:**  
 Äußere und innere Hämorrhoiden,  
 Analfissuren, Analjuckreiz, Proktitis

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

**Anusept® - Neu von Kanoldt**

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

**Allgemein-/Prakt. Ärzte:**

**Niederrauau, Lkr. Günzburg:** 1 Allgemein-/Prakt. Arzt  
**Oettingen, Lkr. Donau-Ries:** 1 Allgemein-/Prakt. Arzt  
**Roggenburg, Lkr. Neu-Ulm:** 1 Allgemein-/Prakt. Arzt

**Nervenarzt:**

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

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

die künftigen Entscheidungen von Bedeutung die Bestimmungen über den Ehevertrag (§ 1408 Abs. 2 BGB) sowie über die Vereinbarung nach § 1587 o BGB.

### Güterstand ohne Bedeutung

Wichtig ist der Hinweis, daß die allgemeinen Bestimmungen des Güterrechtes über den ehelichen Güterstand keine Auswirkung auf den Versorgungsausgleich haben. Selbst wenn die Ehegatten ihre güterrechtlichen Verhältnisse durch Vertrag (Ehevertrag) geregelt haben und etwa den gesetzlichen Güterstand (Zugewinnngemeinschaft) ausgeschlossen und Gütertrennung vereinbart haben, gelten im Falle der Ehescheidung die gesetzlichen Bestimmungen über den Versorgungsausgleich. Dies gilt nur dann nicht, wenn in diesem Ehevertrag durch eine *ausdrückliche* Vereinbarung auch der Versorgungsausgleich ausgeschlossen ist. Ein solcher vertraglicher Ausschluß des Versorgungsausgleiches ist auch noch während der Ehe zulässig, der Vertrag hierüber muß aber spätestens vor Ablauf eines Jahres vor dem Antrag auf die Scheidung der Ehe gestellt sein (§ 1408 Abs. 2 BGB).

### Im Scheidungsverfahren: Parteivereinbarung

Eine weitere Möglichkeit, die gesetzlichen Bestimmungen über den Versorgungsausgleich auszuschließen, ist die im Zusammenhang mit der Scheidung zu treffende Parteivereinbarung (§ 1587 o BGB). Gegenstand dieser Parteivereinbarung ist die Schaffung von Anwartschaften oder Anrechten auf eine Versorgung wegen Alters- oder Berufs- oder Erwerbsunfähigkeit. Was im einzelnen als zulässiger Inhalt einer solchen Parteivereinbarung betrachtet werden kann, ist im Gesetz nicht geregelt. Sicher ist, daß im Wege der Parteivereinbarung weder das „Splitting“ noch das „Quasi-Splitting“ geregelt werden kann. Als Hauptinhalt der Parteivereinbarung dürfte sich einspielen, daß sich der eine Ehegatte verpflichtet, durch Geldzahlungen an die gesetzliche Rentenversicherung oder an eine Lebensversicherung für den anderen eine Altersversorgung aufzubauen oder auf diesen Vermögensobjekte zu übertragen.

Die Parteivereinbarung muß notariell beurkundet werden und bedarf der Genehmigung des Familiengerichtes.

### IV. Folgerungen

#### 1. Ordnungspolitische Tendenzen

Das neue Eherecht (Ehescheidungsrecht) hat eindeutig das „bourgeoise“ Leitbild von der Hausfrauenehe verabschiedet. So § 1356 Abs. 2 BGB: „Beide Ehegatten sind berechtigt, erwerbstätig zu sein. Bei der Wahl der Ausübung einer Erwerbstätigkeit haben sie auf die Belange des anderen Ehegatten und der Familie die gebotene Rücksicht zu nehmen.“ Gleichzeitig schimmert im Scheidungsfolgenrecht, vor allem beim Versorgungsausgleich, gerade die Hausfrauenehe wieder deutlich hervor. Der Versorgungsausgleich in seiner geltenden Form paßt typologisch für die von Schiller geschilderte Arbeitsteilung, nach der im Hause „waltet die züchtige Hausfrau, die Mutter der Kinder . . . und mehrt den Gewinn mit ordnendem Sinn und fügt zu dem Guten den Glanz und den Schimmer und ruhet nimmer . . .“. Doch die Wirklichkeit des Jahres 1977 sieht leider anders aus. Es ist kein Zweifel, daß die Versorgung der Geschiedenen bisher eine traurige Angelegenheit war. Die neue Rechtslage schematisiert. Ohne Rücksicht auf die Ursachen für das Scheitern einer Ehe nimmt jeder die Hälfte der Vorsorgesubstanz mit sich. Vielleicht ist das gerecht.

#### Kein familienfreundliches Recht

Ordnungspolitisch ist es nach der Überzeugung des Verfassers jedenfalls ein familienfeindliches Recht, ein Recht, das bei einem abwägenden Vergleich die „Nicht-Ehe“ als vernünftigen Zustand gegenüber der Ehe erscheinen lassen kann, ein Recht, das den Mann sogar dazu veranlassen kann, die Frau in die Arbeit „zu schicken“, damit er selbst im Falle einer Scheidung keinen so hohen Versorgungsausgleich zu leisten braucht, ein Recht, das in der Zweifelsphase den anwartschaftsreichen Ehepartner geradezu zur Scheidung treibt, weil er weiß, daß jedes Jahr eines weiteren Versuches der Fortsetzung des Ehelebens den auf

ihn später zukommenden Versorgungsausgleich teurer macht, die Trennung also je eher desto wirtschaftlicher erscheinen läßt.

Die Tendenz dieses Rechtes muß unsere Gesellschaft weiter verändern, wenn es sich erst einmal herumgesprochen hat, daß eine Scheidung auch für den „kleinen Mann“ in mittleren Jahren, alleine aufgrund des Versorgungsausgleiches, bereits die Hälfte eines mäßigen Einfamilienhauses kostet; daß ferner der Versorgungsausgleich bedingungslos schematisiert und die Haushaltsführung – die ja gerade durch die Technisierung des Haushaltes um vieles einfacher geworden ist – genau so bewertet wird, wie die Arbeit des Ehetils, der die Nöte und den Stress des Berufslebens draußen durchsteht und mit dessen Verdienst die Maschinen schließlich angeschafft werden können, mit denen die Haushaltsführung erleichtert wird. Welch ein Wust von Widersprüchen!

10  
**neu**  
**Feldblumen**

Die neuen  
**WOHLFAHRTS  
MARKEN**

Holen Sie sich Ihre Wohlfahrts-Briefmarken bei der Post oder den Freien Wohlfahrtsverbänden.

## 2. Steuerliche Aspekte

Die Ehe mit einem Beamten ist relativ spät geschieden worden. Dem Mann bleibt die Hälfte seiner Pension, der Wert der anderen Hälfte wurde auf die Ehefrau in Form von Anwartschaften bei der gesetzlichen Rentenversicherung übertragen. Beide beziehen ab dem 65. Lebensjahr die Versorgung. Der Mann versteuert seine Pension voll. Die Frau hat nur 20 Prozent ihrer Rente zu versteuern und kommt mit Freibeträgen usw. in der Regel de facto unbesteuert davon.

Stellungnahme des Bundesministers der Justiz vom 29. Juli 1975 zu anderen und auch zu diesem Problem:

„Wie die . . . später erzielten Einkünfte zu versteuern sind, ist keine Frage des Versorgungsausgleiches sondern ausschließlich des Steuerrechtes.“ So einfach ist das!

## Erneute Doppelbelastung der freien Berufe

Ein anderer Aspekt. Es ist bekannt, daß der freiberuflich Tätige seine Altersvorsorge fast ausschließlich mit versteuertem Geld finanziert. Wird die Ehe eines Arztes geschieden und er verpflichtet, im Wege des Versorgungsausgleiches für seine geschiedene Frau Anwartschaften bei der gesetzlichen Rentenversicherung zu begründen (oben II 3 c), so trifft ihn diese Steuerlast zum zweiten Mal: Auch der zum Ausgleich einer Rente in Höhe des vorher zitierten Beispiels benötigte Betrag von DM 51 377,— ist bereits versteuertes Geld. Jeder kann sich anhand seiner Progressionsstufe selbst ausrechnen, wie teuer dieser Versorgungsausgleich *tatsächlich* kommt!

## 3. Weichenstellung für die Zukunft

Der Versorgungsausgleich ist ein verbrämter, praktisch glänzend gelungener Schritt in Richtung Volksversicherung. Die gesetzliche Rentenversicherung wird vorbehaltlich der wenigen Ausweichmöglichkeiten (vgl. III) zur monopolistischen Abwicklungsstelle, zum Zwangsteilhaber an jeder durch Scheidung bedingten finanziellen Auseinandersetzung in Vorsorgefragen. Jede Scheidung wird der gesetzlichen Rentenver-

sicherung vorerst einen neuen Versicherten mit mehr oder weniger hohen Beträgen beschern oder einem bereits Versicherten neues Geld auf das Konto bringen. Und dies in der Regel selbst dann, wenn der geschiedene ausgleichsberechtigte Ehegatte überhaupt nicht bei der gesetzlichen Rentenversicherung versichert sein will. Wir verweisen hier auf ein Arztehepaar dessen beide Partner Mitglieder ihres berufsständischen Versorgungswerkes sind. Es folgt die Scheidung mit einem Anspruch auf Versorgungsausgleich für einen der beiden Partner in Höhe von DM 50 000,—. Dieser Betrag muß an die gesetzliche Rentenversicherung entrichtet werden, falls nicht Vorkehrungen durch Ehevertrag oder durch Parteivereinbarung getroffen sind.

## 4. Und die berufsständischen Versorgungswerke?

Der Versorgungsausgleich hat fast ausschließlich bei der Rentenversicherung durchgeführt zu werden. Es ist kraft Gesetzes ausgeschlossen, daß der Ausgleich dadurch herbeigeführt wird, daß bei Scheidungen von Arztehepaaren das Familiengericht den Ausgleichsbetrag auf das Konto des anspruchsberechtigten Partners bei seiner Ärzteversorgung dirigiert. In gleicher Weise ist es ausgeschlossen, daß das Versorgungswerk dem ausgleichspflichtigen Ehepartner einen Teil seiner Einzahlungen zurückzahlt, daß dieser damit seiner Verpflichtung zur Einzahlung von Beiträgen bei der gesetzlichen Rentenversicherung nachkommen kann. Die von den Versorgungswerken eingenommenen Beiträge sind öffentlich-rechtliche Abgaben und in dieser Weise nicht disponibel.

## Rechtzeitige Regelungen treffen

Über die im Einzelfall hinaus selbstverständlich unentbehrliche und nicht früh genug enzuratende Konsultation eines Anwaltes kann folgendes vorgeschlagen werden:

Im Hinblick auf die oben geschilderte „Gefährdungshaftung“ sollte nie versäumt werden, vor der Eheschließung die vertragliche Regelung von Güterstand und Versorgungsausgleich zu erwägen. Der

Ausschluß des Versorgungsausgleiches ist — wie oben III dargetan — auch noch jetzt, mindestens aber zwölf Monate vor der Anhängigkeit der Scheidung möglich.

Wurde eine ehevertragliche Regelung nicht fixiert, sollte nach Möglichkeit eine Parteivereinbarung abgeschlossen werden (§ 1587 o BGB vergl. oben III). Als Inhalt einer solchen Parteivereinbarung läßt sich vorstellen

die Übertragung von Vermögensobjekten auf den Anspruchsberechtigten, z. B. die Übertragung eines Renditehauses,

oder

die Übernahme der Verpflichtung zur satzungsmäßigen Beitragsleistung für den geschiedenen Ehepartner an das berufsständische Versorgungswerk,

oder

im Falle mehrerer Arten von Versicherungen im Besitz des Ausgleichspflichtigen die Abtretung einer dieser Zukunftssicherungen an den Berechtigten, also z. B. einer in ihrer Substanz ausreichenden Lebensversicherung auf Rentenbasis.

Anschrift des Verfassers:

Walter Albrecht, Leitender Regierungs-  
direktor, Widenmayerstraße 10, 8000  
München 22

---

## Personalien

---

Professor Dr. Fritz Holle, Direktor der Chirurgischen Universitäts-Poliklinik, Pettenkoferstraße 8 a, 8000 München 2, wurde von der Akademie der Naturforscher Leopoldina zum Mitglied gewählt.

Professor Dr. Josef Zander, Direktor der I. Frauenklinik und Hebammenschule der Universität München, Maistraße 11, 8000 München 2, wurde zum ordentlichen Mitglied der Bayerischen Akademie der Wissenschaften, Mathematisch-naturwissenschaftliche Klasse, gewählt.

# Man stirbt, wie man lebt.

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



*Zur Prophylaxe und Therapie der koronaren Herzkrankheiten:*

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

**Das Prinzip der Sauerstoffeinsparung.**

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

**Das Prinzip der Druckentlastung des Herzens.**

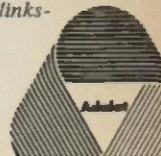
*Die Senkung des peripheren Widerstandes führt zur Druckentlastung des Herzens. Damit wird die Herzarbeit vermindert und parallel dazu der Sauerstoffverbrauch.*

**Das Prinzip der Mehrdurchblutung im poststenotischen Myokardbezirk.**

*Die durch Stenose gefährdeten Myokardbezirke werden vermehrt durchblutet. Als Ursachen werden lokale Kollateraldilatation und Verminderung des linksventrikulären Druckes angenommen.*

*Adalat wird zuverlässig sublingual und enteral resorbiert.*

*Adalat hat eine schnell (2-3 Minuten) einsetzende und lang anhaltende Wirkung.*



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

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

**Kontraindikation:**  
Gesamte Schwangerschaft.  
Zur Begleitung:  
den Präparaten und  $\beta$ -Rezeptorenblockern ver-  
treten.

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

erschienenen treten nur vereinzelt und eher zu  
Beginn der Behandlung auf; sie sind zudem  
vorübergehender, nicht gefährlicher Natur. Ge-  
wöhnlich kann es zu Kopfschmerz, Gesichtsrö-  
tung, Wärmegefühl, Schwindel und Übelkeits-  
erscheinungen kommen. Umfangreiche Labor-  
toruntersuchungen ergaben keine Hinweise auf das  
Präparat zurückzuführenden pathologischen  
Abweichungen von den Normwerten.

Indikation:  
Langzeit- und Prophylaxe der akuten und  
chronischen Koronarsuffizienz (insbesondere  
Angina pectoris, Zustand nach Herzinfarkt).

triglichkeit.  
ist gut verträglich. Unerwünschte Begleit-

### Der Dichter Gustav Sondermann

Wohl wenige Kollegen wissen, daß der langjährige Vizepräsident der Bayerischen Landesärztekammer und Träger der Paracelsus-Medaille in der Zeit nach dem ersten Weltkrieg auch ein Dichter von Rang und Namen war, dessen Werke zum Teil in dem weltbekannten Cotta-Verlag, Stuttgart herauskamen.

Man muß die Zeit kennen, um Sondermanns Werke zu verstehen, wie der innere Weg zu jedem Dichter nun einmal nur über die Zeit führt, in der er lebte und wirkte. Umgekehrt führen die Werke eines Dichters zum Verständnis jener Zeit, die diesen dazu inspirierte. So sind auch Sondermanns Werke ein Ringen um die Neugestaltung unseres Volkes nach dem verlorenen ersten Weltkrieg mit all seinen üblen Auswirkungen der Schieberei, der dunklen Geschäfte und der Inflation, die in den Städten Tausende und Aber-tausende verarmter Menschen in den Freitod trieb, weil sie vor dem blanken Nichts standen. Es war aber auch ein Ringen um den abendländischen Menschen, der vom deutschen Geist entscheidend mitgeprägt worden ist. „Und wir sind alle Wanderer nach dem Du!“ sagt Sondermann einmal von diesem Ringen und: „Ums Leben geht es uns! Ein irrsinniges Rätsel ist es uns geworden! Merken Sie denn nicht, wie hier bei uns alles Leben vertrocknet ist und nur noch Reste verwaltet werden? Unser Volk ist leer und verdurstet, und wir sollen ihm geben und geben – und haben doch selbst nur leere Hände.“ So läßt Sondermann einen an seinem Berufe verzweifelnden jungen Pfarrer sagen, der bei seinen Kriegskameraden „das Kind“ genannt wurde. „Der Kerl konnte alles anders nehmen als wir, alles mit der glücklichen Hand der Kinder herum-drehen und dann hatte es auch seinen Schick und Stand.“

Wer einmal in Jahrzehnten psycho-

logisch erforschen will, was denn in den Herzen der Heimkehrer des ersten Weltkrieges vor sich ging, wie es in ihnen wirklich aussah, der wird an den Büchern Sondermanns nicht vorbeigehen können.

Sondermann war ein Dichter der jungen Generation aus dem ersten Weltkriege, nicht wie Ernst Jünger oder Josef Magnus Wehner auch nicht wie Ludwig Renn und Erich Maria Remarque, die soziale Not und die politischen Mißstände als Folgen des Krieges waren es, die ihn seelisch quälten und die er als Arzt zu heilen versuchte, nicht mit dem Skalp-pell, sondern durch die Kraft seines Wortes. Eine Verherrlichung des Krieges lag ihm völlig ferne, wie sein erschütternder Novellenband „Der Toten Werk“ uns zeigt, in dem er auch einem jüdischen Mitkämpfer ein Denkmal setzt („Der Fremdling“). Es ist bezeichnend für sein Wollen und Denken, daß er im August 1929 diesen „fünf Novellen vom Tod zum Leben“ die Worte voraussetzte: „Denen, die glauben und lieben!“

Nach der Zeit des Landsknecht-lebens, des Daseins im Schützengra-ben und des staatlich und kirchlich sanktionierten Tötens von Menschen sind seine Romane der Versuch, alle diese negativen Seiten des fürchterlichen Geschehens zu verarbeiten und den durch diese Vorgänge viel-leicht auch etwas aus der Bahn ge-worfenen Menschen wieder in die menschliche Gemeinschaft friedli-chen Zusammenlebens zu integrie-ren. Daher auch die manchmal über-starke Betonung der positiven Eigen-schaften des Kriegserlebnisses, wie es die echte Kameradschaft auf Le-ben und Tod, der Mut ohne Angst und die unverbrüchliche Treue zum Gefährten in der gemeinsamen Not ist. Dies alles ist in den Kriegs-büchern Sondermanns verarbeitet und spielt auch im Hintergrund seiner späteren Bücher mit.

Aus diesen tiefgreifenden Einflüssen, die auf den jungen, in der Entwick-lung seiner Persönlichkeit befindli-chen Dichter einwirkten, formte er sich seine Bilder vom Menschen und ließ sie handelnd auftreten, im guten und im bösen Sinne. Und so wird es verständlich, daß er in seinem Ro-man „Das Rentendorf“, in dem eine ganze Dorfgemeinschaft mit weni-gen Ausnahmen die Sucht nach Ren-ten erfaßt hat, den Spruch voraus-schickt: „Die Erde ist ein Kriegs-haus – und es ist besser in ihr Sol-dat als Bürger zu sein!“ Und er meint damit wie Goethe das ständige „Kämpfersein“ des Menschenle-bens. So verstehen wir auch den von Sondermann während seiner Tätig-keit als aktiver Sanitätsoffizier 1937 geprägten Begriff des „Arztsolda-ten“, genauso wie die aus seinen Büchern manchmal herauszulesende Betonung eines gewissen National-geföhles. Dies wird noch verständli-cher, wenn man seine Bücher in die Geschichte der Zeit mit dem Unsinn und den katastrophalen Auswirkun-gen des Versailler Vertrages stellt.

Der Dichter Sondermann wollte den anständigen, ehrlichen, im Kampfe erprobten mutigen Menschen unse-res Volkes, den das schreckliche Er-lebnis des ersten Weltkrieges eine Wandlung zum Besseren sein sollte und daher kam er auch bald nach anfänglicher Zuneigung in einen schweren Konflikt zum Nationalso-zialismus, der ihn dann schließlich in die innere Emigration bei der Reichs-wehr trieb. Sehr zu bedauern ist es, daß Sondermann, feinfühlig wie Dichter zuweilen sind, infolge der Anfeindungen, deren er durch man-che Stellen seiner Bücher bei der so-genannten Entnazifizierung aus Un-verständnis und Denunziantentum ausgesetzt war, nichts mehr veröf-fentlichte. So bleibt Sondermann für uns der Dichter aus dem ersten Welt-krieg, der versuchte, uns ein Bild zu geben, wie schwer die Kriegserleb-nisse auf der Seele junger Menschen lasteten und wie schwer es auch für junge Menschen war, sich wieder in die bürgerliche Gemeinschaft zu in-tegrieren.

Der nachfolgende Auszug aus sei-nem 1928 bei Cotta erschienenen Roman „Wir wandern alle unseren Weg“ möge davon Zeugnis geben, wie ernst und mit welcher Ehrlichkeit des Wollens Sondermann seinen Be-ruf als Arzt genommen hat. Wer sich einmal ein Bild machen oder gar die

Geschichte der jungen Generation im und nach dem ersten Weltkrieg schreiben will, dem werden seine Romane eine wertvolle Quelle sein, denn kaum eines der vielen Kriegsbücher jener Zeit erfaßt die psychologische Situation, in die junge Menschen durch die erschütternden Erlebnisse eines Krieges gebracht werden können, so wie die Werke des Dichters Gustav Sondermann.

*Dr. med. Robert Paschke  
Emskirchen*

#### **Die dichterischen Werke Sondermanns:**

Wir wandern alle unsern Weg, Roman, 1928; Der Toten Werk, Novellen, 1930; Das Rentendorf, Roman, 1932; Hier steht Deutschland, Drama, 1934; Türme über der Stadt, Roman, 1938; Der Dombau-meister, Erzählung, 1943.

#### **Literatur über Sondermann:**

Wachsmuth Bruno Dr.: „Der Arzt in der Dichtung unserer Zeit“, Saita 219–221, 1939, Ferd. Enke, Stuttgart – Troebs Karl: „Arztsoldat und Dichter“. Zum Schaffen Gustav Sondermanns, 1939, Wichern-Verlag, Berlin – „Gustav Sondermann“ Selbstdarstellung in *Therapia der Gegenwart*, Heft 2 vom Februar 1973, S. 306–319. Verlag Urban und Schwarzenberg, München.

#### **Auszug aus dem Roman „Wir wandern alle unsern Weg“ von Gustav Sondermann**

1928, J. G. Cotta'sche Buchhandlung Nachfolger, Stuttgart und Berlin, 1. – 3. Tausend, S. 50 und 54 – 58

Und vor Hermann Künfer, dem jungen Pfarrherrn, sprang aus dem dunklen Brüten das Gespenst der Verlassenheit empor, mit einem kupferfarbenen Schlangenleibe, auf dem das grinsende Gesicht eines Einhorns saß, und griff mit zwei Habichtklauen nach seinem Herzen. „Es ist nicht gut, wenn einsam Verlassene ein Herz haben!“

Mit entsetzter Gebärde wich der Pfarrer zurück und hielt seine Hände vor die Brust: „Mein Herz – – mein Herz – – Ich habe es einst Christus, dem Herrn geweiht! – –“ Das Gesicht aber grinste: „Einst? Welche Lüge! – – Bis jetzt ist es immer nur dir selbst geweiht gewesen und

deshalb – – –“ Das Gespenst glitt näher und näher – – – und Christus leuchtete weit ferne in der Ecke und streckte seine Hände leer in das Dunkel der furchtbaren Nacht. – Da schnellte der Pfarrer taumelnd empor und mit furchtbarer Stimme fuhren die Worte heraus: „Nun wohl, du Schlange, dann soll es auch mein bleiben!“ Er griff einen Stein vom Schreibtische auf, stieß ihn mit zitternder Faust wider das furchtbare Gesicht und stürzte im Schwunge des Schlages ohnmächtig zu Boden. Der Stein fiel ihm aber aus schlaffer Hand und rollte mit müdem Drehen gleich einer kraftlosen Klage zu Füßen des Herrn: – – Herr es ist Abend und die Angst der Nacht bricht über uns herein – – Herr, was zögerst Du, bei uns einzukehren? – –

Hermann Künfer lag immer noch am Boden seiner Stube, die Nacht stand schwer und bange über ihm, aber seine Bewußtlosigkeit hatte sich zu einem tiefen Schlafe gemildert, und als Augustin, der Totengräber, zum ersten Mal an der Glocke zog, da führte ein Traumbild den Pfarrer zurück in die fernen Gefilde des Kampfes. Der wüste Knäuel des Grabenkampfes – – Handgranaten hin und her – – – Stöhnende und Sterbende. Der Gegner waren Schwarze aus dem Senegal – sie waren diesmal die Stärkeren. Ein furchtbarer Riese mit kupferfarbenem Leib und einem Schädel wie ein Einhorn schlug ihn zu Boden und zerrte ihn halb ohnmächtig davon. Hinten als Gefangener wachte er auf – – schwarze Teufel hockten um ihn, und der Riese, der ihn übermocht hatte, saß grinsend vor ihm und frug ihn nach den Plänen und dem Vorhaben seiner Truppe. Sein Schweigen lohnten neue Hiebe auf den Schädel, Fragen und Hiebe wechselten mit dem Gewieher der schwarzen Teufel, bis er drohte ermattet niederzusinken. Da erschien weit hinten, mitten in dem Paradies einer friedlichen Hügellandschaft, eine weiße Gestalt mit segnenden Händen und rief hell und froh: „Harre und dulde – – – wenn die Glocken läuten, naht die Rettung!“ Und als der Riese den Messer ihm auf die Brust setzte und zustoßen wollte – – – da läuteten die verheißenen Glocken, und die schwarzen Teufel mitsamt dem Riesen sanken zurück in das Nichts einer Nacht, in der Hermann Künfer, der erwachende Pfarrer, unverständlich und

hilflos umhertastete. Er langte nach seinem Kopf, der wie ein Walzwerk dröhnte, er griff um sich und tastete Boden. „Wie war das doch alles – – –? Halt, ja – – – was ist? – – –“ Die Glocke wimmerte zum zweitenmal – – „Ja, ich höre – – –“ Herrmann Künfer war auf seinen Beinen und eilte zum Fenster: „Ja, was ist los?“ – – Erleichtert rief Augustin, der Totengräber: „Herr Pfarrer, jetzt aber rasch! Der Kroagörg verlangt nach Ihnen, er liegt im Sterben!“ – – –

Rasch hatte der junge Pfarrer den sofort nach Bestellung seines Auftrages Davonhumpelnden erreicht. Er war barhäuptig in die Regennacht gesprungen und der feinsprühende Regen und der frische Wind taten ihm wohl. „Aber, Herr Pfarrer, Sie ham ja nix an!“ jammerte der Alte, als sie an einer trüben Laterne vorbeieilten. „Bei so einer Nacht!“ – „Macht nichts, Augustin! Der Görg muß ohne alles durch eine noch schlimmere Nacht!“ – „Meinen S', Herr Pfarrer?“ sinnierte der Alte – – „ich mein' halt fast: bei dem wird's jetzt bald Tag.“ Doch sie waren schon an der Hütte und traten leise in den kleinen Raum, in den man gleich von der Straße aus kam. Fritz Kern, der Arzt, saß am Betrand und hielt die Hände des Wimmernden fest umschlossen; er hatte ihm gerade eine Morphiumeinspritzung gemacht und wartete nun auf die Wirkung. Noch sehnlicher wartete der Kroagörg. Gerade krächte glücklich und dankbar seine Stimme: „Jetzt wird's schon besser!“ – „No schaut an, Görg, heut wird noch alles gut!“ ermunterte der Arzt und nickte vielsagend und grüßend zugleich den Ankommenden zu. Da flog ein dünnes Kichern aus dem Sterbebett in die Stille: „Ja, Doktor, Ihr seid ein gescheiter Mann, heut wird's freilich noch besser, der Augustin soll nur sein Spaten zurechtstellen!“ – – „Görg!“ sagte dieser – „da ist der Herr Pfarrer auch da.“ – „So, der Herr Pfarrer – –, ja, der Herr Pfarrer – – ja, ja, ist schon gut – – er soll einmal her zu mir.“ Fritz Kern machte Platz und Künfer saß dicht beim Görg, der mit ihm wisperte; die Gedanken wollten nicht mehr, die Einspritzung hatte ihnen mit dem Schmerz auch die Sicherheit genommen. Aber so viel war aus den wirren Sätzen noch zu entnehmen, daß der Kroagörg in die Kirche möchte zum Abendmahl. „In die Kirche? Nein, Görg, das geht jetzt doch

nicht — es ist doch Nacht und Ihr seid doch zu schwach." Aber der Görg wollte das Abendmahl nehmen. „Nun, dann könnt Ihr's ja auch hier nehmen, da ist Gott ebenso bei Euch." Der Görg nickte vor sich hin, Fritz Kern mahnte leise: „Es eilt, Hermann, du kannst nicht mehr heim, um etwas zu holen; aber hier", er zog aus der Tischlade ein Stück schwarzen Bauernbrot und auf dem Tisch stand eine Flasche hellen Frankenweines. — Der junge Pfarrer stutzte einen Augenblick, dann dankte er dem Arzt mit einem leisen, ernstesten Lächeln und es überkam ihn eine große Ruhe und Sicherheit. Er beugte sich über den in sich Gesunkenen und sprach laut: „Görg, ich gebe Euch sofort das heilige Abendmahl; Gott hat alles bereitgestellt für Euch." Da schlug der Görg seine Augen wieder auf und lächelte und griff mit seinen Kinderhänden nach dem Pfarrer. Der Arzt aber sagte zum Augustin: „Ihr müßt nun noch eine Kerze holen, der Görg soll's hell haben bei seinem letzten Mahle." Und der Alte zitterte eilend hinaus.

Hermann Küfner aber, der Pfarrer, schnitt von dem schwarzen Bauernbrot, dessen Wohlgeruch ihn deuchte wie ein frohes Dankopfer, eine schmale Scheibe und brach sie in Stücke, und dann nahm er den goldleuchtenden Wein und goß davon in einen kelchartigen Becher.

Fritz Kern stieg zum Görg ins Bett und stütze ihm den Oberkörper mit Betten und Kleidern, daß er halbwegs saß, und dann faßte er ihn vertraulich mit dem Arm um den Rücken und sagte in tiefer Bewegung: „Görg, erlaubt Ihr, daß der Augustin und ich mit Euch das Abendmahl teilen?" Da brach ein Freudenstrahl aus den todmatten Augen des Sterbenden — wie die Sonne nach einem leidvollen Regentag — und der Görg langte mit seinen gelben Knochenfingern nach dem Gesicht des Arztes, streichelte ihn und murmelte: „Guter Doktor, guter Doktor!"

Und als der Augustin die zweite Kerze gebracht und es lichter und froher in der Stube geworden, da weitete sich der ärmliche Raum zur Stätte Gottes. Der alte Augustin hinten im Bett, der Arzt vorne am Betttrand hockend — beide faßten sich an den Händen und hielten den Görg.

Da kam Gott in seinem Sohne zu den Dreien zu Gast. Hermann Küfners Seele war licht und voll heller Güte. Kurz war sein Beichtgebet und von herzlich verzeihender Liebe. Langsam und schlicht sprach er's und der Görg murmelte es nach, und darauf schwangen die Einsetzungsworte durch den Raum — — wie Glockenläuten und mit göttlicher Kraft und Wesenheit:

„Nehmet und esset, das ist mein Leib! — — Und alsbald nahte der Kelch: „Trinket alle daraus, das ist mein Blut des Neuen Testaments, welches vergossen wird für viele zur Vergebung der Sünden." — —

Und als die Dreie Speise und Trank empfangen hatten, tat der Görg noch einen leisen, frohen Seufzer, ließ seinen Leib und den kleinen Schädel auf den Schoß des Arztes hinübersinken und ging mit seinem göttlichen Gaste hinüber in die ewige Heimat. — —

Die zurückbleibenden Drei aber saßen noch lange in der Stille der Nacht beisammen, ohne zu reden. Der Wind wippte leise die Türe im lockeren Schloß, der Regen schlug fein wider die Scheiben — — und der Tote lag da zwischen ihnen wie ein Kindlein, das just zum Leben geboren war. — —

---

## in memoriam

---

### Johanna Decker erschossen

Die aus Bayern stammende Ärztin Johanna Decker ist, zusammen mit einer österreichischen Ordensschwester, bei einem Überfall schwarzer Guerilleros auf eine Missionsstation in Südwestrhodesien Anfang August ermordet worden. Die Ärzteschaft trauert um eine Kollegin, die über 20 Jahre in Rhodesien als Missionsärztin tätig war. Sie wurde erschossen, als sie sich schützend vor ihre Patienten stellte.

Wir werden der Kollegin stets ein ehrendes Angedenken bewahren.

### E. K. Frey †

Professor Dr. med., Dr. rer. nat. h. c. Emil Karl Frey, Ordinarius emeritus für Chirurgie an der Universität München, verstarb am 6. August 1977 kurz nach Vollendung seines 89. Lebensjahres. Professor Frey stammt aus Kaufbeuren. Von 1898 bis 1907 war er Schüler des Münchener Wilhelm-Gymnasiums. Nach dem Medizinstudium in Kiel und München begann er seine Assistententätigkeit im Pathologischen Institut und der Inneren Abteilung der Städtischen Krankenanstalten Bremen. Die erste chirurgische Ausbildung erhielt Frey bei Krecke in München.

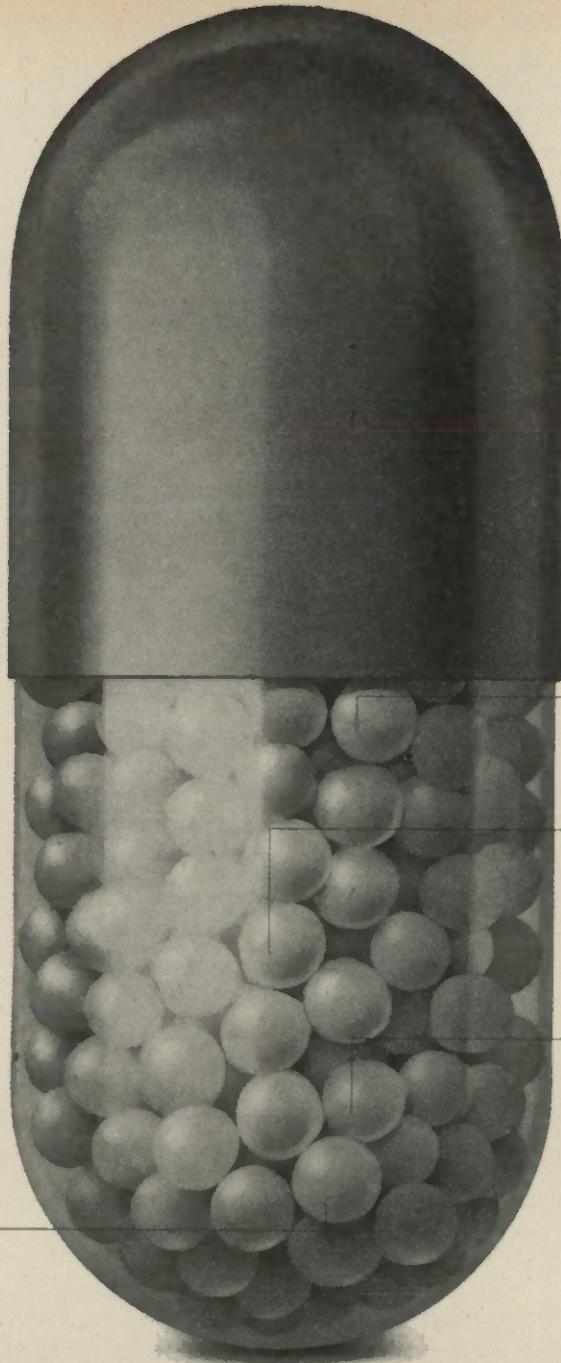
Am Ersten Weltkrieg nahm Frey als Truppenarzt und Chirurg einer Sanitätskompanie teil. Aus seiner kriegschirurgischen Tätigkeit stammt eine bedeutende Arbeit über die Notwendigkeit der primären Wundversorgung und Technik des aseptischen Duraverschlusses bei Hirn-schüssen. Die Erfahrungen des Zweiten Weltkrieges haben die Bedeutung und Richtigkeit der von Frey im Jahre 1917 vertretenen Meinung bewiesen.

1919 wurde Frey Assistent bei Sauerbruch in München, wo er sich 1924 habilitierte; 1927 ging er mit Sauerbruch als 1. Oberarzt nach Berlin und wurde von dort 1930 als Ordinarius für Chirurgie nach Düsseldorf berufen. Hier konnte er seine ungewöhnlichen Fähigkeiten als akademischer Lehrer und erfolgreicher Chirurg zur vollen Geltung und Reife bringen. In der Düsseldorfer Zeit entstanden einige Handbuchartikel (Operation an der Niere, Nierenbecken und Harnleiter, Kardiospasmus) und die Monographie „Chirurgie des Herzens" (1939). Die Arbeiten über das 1926 von Frey entdeckte kreislaufwirksame Hormon Kallikrein wurden fortgesetzt. Neben der allgemeinen Chirurgie beschäftigte sich Frey schon damals intensiv mit der Thoraxchirurgie. Schon 1939 konnte er über eine Reihe von erfolgreichen einseitigen Pneumonektomien und Lobektomien berichten.

Seinen unzähligen Studenten und Assistenten, die von ihm lernen durften, wird Professor Frey immer Vorbild eines vollendeten Arztes bleiben. Die Ärzteschaft wird dem außerordentlich verdienten Kollegen stets ein ehrendes Angedenken bewahren.

# Schnelles Einschlafen

# Ungestörtes Durchschlafen



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

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

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

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

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

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

4 Die schnelle Eliminierung bewirkt das frische Erwachen. In pharmakokinetischen Untersuchungen konnte nachgewiesen werden, daß die Ausscheidung der therapeutischen Dosis in 24 Stunden abgeschlossen ist (zum Vergleich: Barbiturate sind bei gleicher Dosierung noch nach 16 Tagen im Harn nachweisbar).

# Pro Dorm<sup>®</sup> retard

**Zusammensetzung:** 1 Kapsel Pro Dorm retard enthält 200 mg Methaqualon, 2 Methyl-3-o-tolyl-4-(3H)-chinazolinon; 1 Tablette Pro Dorm enthält 300 mg Methaqualon, 2 Methyl-3-o-tolyl-4-(3H)-chinazolinon. **Indikationen:** Ein- und Durchschlafstörungen, Wiedereinschlafstörungen im Alter, Schlafstörungen bei Schmerzzuständen verschiedener Genese und bei Infektionskrankheiten mit Fieberzuständen. **Dosierung:** 1 Kapsel Pro Dorm retard oder 1 Tablette Pro Dorm kurz vor dem Schlafengehen mit etwas Flüssigkeit einnehmen. **Kontraindikationen:** Schwere Leberschäden, Epilepsie, Diabetes, Alkoholismus, Schäden des Nervensystems. Pro Dorm sollte während der Schwangerschaft nicht eingenommen werden. Auch für Kinder unter 14 Jahren ist es nicht geeignet. **Nebenwirkungen:** In vereinzelten Fällen und bei besonders empfindlichen Patienten sind leichte Paraesthesien beschrieben worden. In diesen Fällen ist zu empfehlen, die Dosis zu vermindern. **Hinweise:** Alkohol beeinflusst die Wirkung von Pro Dorm. Wie für alle Schlafmittel gilt auch für Pro Dorm, daß das Reaktionsvermögen (Straßenverkehr, Arbeitsplatz) am nächsten Morgen nach beeinträchtigt sein kann. Eine Tagesdosis von 300 mg und eine Anwendungsdauer von vier, höchstens acht Wochen sollte nur in begründeten Fällen überschritten werden. **Verreibungsformen:** Pro Dorm retard: Packung zu 20 Kapseln DM 11,70; Pro Dorm: Packung zu 20 Tabletten DM 7,95; Preise inkl. MwSt. Arztemuster, Literatur und Basisinformation durch: SCHÜRHOLOZ ARZNEIMITTEL GMBH, vorm. Chem. Fabr. Schürholz GmbH, Fritz-Berne-Straße 47, 8000 München 60



### Beim Gerstensaft wird's bierernst

Im Reigen der alljährlichen Volks- und Bierfeste ist die „Münchner Wies'n" nach wie vor der unbestrittene Höhepunkt. Im Oktoberfest kulminiert gewissermaßen die enge Verbindung bajuwarischen Brauchtums und bayerischer Braukunst. Wen wundert's deshalb, daß der Preis der Wies'n-Maß Jahr für Jahr zum Politikum wird und in den Gazetten für Schlagzeilen sorgt. Der Bierpreis ist in Bayern ein hochbrisantes Politikum, und dies nicht erst seit der Münchener OB-Kandidat der CSU, Erich Kiesl, ihn kürzlich mit der Ankündigung, er werde den Wies'n-Maß-Preis sorgsam im Auge behalten, zum Wahlkampfthema in der Schlacht um das Münchener Rathaus machte. Im politischen wie im staatlichen Leben hat der Gerstensaft seinen festen Platz: Der Wies'n-Anstich mit dem Ausruf „O'zapft is" hat ebenso den Rang eines Staatsaktes wie der Salvatoranstich auf dem Nockherberg oder die Maibock-Probe im Hofbräuhaus. Als Politiker hat man dabei zu sein, ob als Regierungschef oder Minister, ob als Abgeordneter oder Senator.

Auch im Parlament ist das Bier ein Thema durchaus des Schweißes der Edlen wert: Wer die einschlägigen Protokolle und Drucksachen durchsieht, stößt dabei häufig auf den Landtagsabgeordneten Karl Schön. Seit 1970 sitzt der Münchener CSU-Politiker im Maximilianeum und behält als Mitglied des sozialpolitischen und Gesundheitsausschusses alle Fragen des Bieres sorgfältig im Auge. Mißstände werden prompt aufgegriffen, so die Unsitte des schlechten Einschenkens von Bierkrügen und -gläsern. Wirtschaftsminister Jaumann bestätigte dem Abgeordneten, daß ein Gast durchaus im Recht ist, wenn er verlangt, eine schlecht eingeschenkte „Halbe" oder eine „Maß" müsse nachgefüllt werden; andernfalls könne er die Bezahlung verweigern. Beim Massenandrang auf Volksfesten oder in Biergärten könne dies freilich „zu ärgerlichen Auseinandersetzungen" führen, denn: „Unlieb- sam und erfolglos verlaufen solche Auseinandersetzungen oft nicht allein deshalb, weil einzelne Besucher auf einen vollen Krug bestehen, die

Mehrzahl aber den schlecht eingeschenkten Krug annimmt und sich mit einem „Murren am Tisch" begnügt. Je mehr aber der Bürger selbstbewußtes Verbraucherverhalten zeigt, desto eher können die Mißstände beim Biereinschenken beseitigt werden.

Anlässlich des Abrisses des Bavaria-kellers auf der Theresienhöhe – ein „besonderes Ärgernis" – sorgte sich Karl Schön um die Münchener Biergärten. Er befürchtete, daß „die wenigen weiteren Biergärten ebenfalls verschwinden werden" und fragte nach den Schritten, um diese „grünen Lungen, diese traditionellen Stätten der Begegnung zu erhalten und unsere Landeshauptstadt auch weiterhin lebens- und lebenswert zu behalten". Die Staatsregierung gelobte, daß wenigstens die Biergärten im Besitz des Freistaates nicht verschwinden.

„Warum gibt es kaum mehr Normalbier?" fragte Schön ein andermal. „Es ist eine Unsitte, die in unseren Gaststätten immer häufiger auftritt, daß nicht mehr unser gutes, einfaches helles Vollbier zum Ausschank kommt, sondern Exportbier", schimpfte der Politiker, denn: „Wir Münchener und Bayern trinken doch unser normales Bier wegen unseres Durstes, und in der heißen Jahreszeit verdünnen wir es gern zur Radlermaß oder zum Russen. Unsere Brauereien hören auf diesem Ohr schlecht. Man muß deshalb zur Selbsthilfe greifen!" Schön forderte einen Boykott jener Wirte, die Export ausschenken, solange, bis sie wieder auf Normalbier umstellen.

Wider die „Zentrale zur Bekämpfung unlauteren Wettbewerbs" wettete der streitbare Verteidiger bayerischen Bierbrauchtums, als die Stelle es wagte, in der Verteilung von Freibier an Stammkunden durch die Brauereien anlässlich des Weihnachtsfestes 1976 einen Verstoß gegen das Rabattgesetz zu sehen und Zuwiderhandlungen mit Bußgeld belegen wollte. Schöns Vorstoß hatte Erfolg: Auch Wirtschaftsminister Jaumann als Chef der für die Verfolgung von Ordnungswidrigkeiten nach dem Rabattgesetz bzw. der Zugabeverordnung zuständigen Behörde stell-

te sich auf den Standpunkt, kurzfristig könne man die jahrelang geübte Praxis der Abgabe von Weihnachtsfreibier schon gar nicht unterbinden. Für 1977 werde man in jedem Fall eine sachgerechte Lösung der Freibierabgabe mit den beteiligten Stellen erarbeiten.

Kein Pardon kennen Bayerns Bierpolitiker, wenn es um das Reinheitsgebot geht. Verstöße gegen diese Vorschrift aus dem Jahre 1516, wonach beim Bierbrauen lediglich Malz, Hopfen, Hefe und Wasser erlaubt sind, treten deshalb auch relativ selten auf. Wie die beiden Landesämter für das Gesundheitswesen in Nord- und Südbayern anhand von 3241 Bierproben in den Jahren 1975 und 1976 feststellten, gaben nur 393 Proben Anlaß zur Kritik, wobei meist die Kennzeichnung über die Art des Bieres nicht mit der Qualität übereinstimmte. Elfmal hatten Brauereien dem Gerstensaft Ascorbinsäure als Stabilisierungsmittel beigefügt, was eindeutig gegen das Reinheitsgebot verstößt.

Wie ernst es den Politikern mit dem Reinheitsgebot ist, mußte die Löwen-Brauerei erfahren, als sie ihrem Export-Bier den Haltbarmacher Ascorbin beisetzen wollte. „Niemand wünscht einen ‚Ascorbinator'" lautete im Wirtschaftsausschuß das einhellige „parlamentarische Bekenntnis zum Reinheitsgebot", mit dem der Staatsregierung der Rücken gestärkt werden sollte, allen Anfechtungen zu widerstehen, damit nicht die „Reis- und Maisverkocher auf unsere geheiligten Märkte vordringen". Mit Bierernst verteidigten die Wirtschaftspolitiker aller Couleur – Parteien gab es in dieser Frage keine mehr – „mannhaft bayrisch" mit einem SPD-Dringlichkeitsantrag, das Reinheitsgebot und damit das „älteste Lebensmittelgesetz der Welt". Es sei Verbraucherschutz im höchsten Grade und Sorge dafür, daß jeder, „der in Bayern Bier trinkt, niemals Pfui Deifi sagen muß". Angesichts solchen Widerstandes hatte der „Ascorbinator" natürlich keine Chance.

Eine andere Unsitte ärgerte unlängst den Wirtschaftsminister: Anton Jaumann bestellte eine „Halbe" und bekam ein 0,4 Liter-Glas vorgesetzt. Der Minister entrüstete sich: „Man darf mit bayerischen Bräuchen kein Schindluder treiben." Die Mini-Halbe wies er mit den Worten „Preußenmaß" zurück.

Michael Gscheidle

## 59. Fortbildungsveranstaltung des Kollegiums für ärztliche Fortbildung Regensburg

vom 6. bis 9. Oktober 1977 in Regensburg

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

### Donnerstag, 6. Oktober 1977

im historischen Reichssaal des Alten Rathauses

20.00 Uhr:

Festvortrag:

Neid und Gerechtigkeit in der Gleichheitsgesellschaft

Professor Dr. H. Schoeck, Mainz

### Freitag, 7. Oktober 1977

#### 1. Hauptthema: Praktische Bedeutung der Immunologie

Tagesvorsitz: Professor Dr. F. Scheiffarth, Erlangen

Vortragsaal: Stadttheater, Arnulfplatz

9.00 – 18.30 Uhr:

Begrüßung durch den Jahresvorsitzenden, Professor Dr. H. J. Dengler, Bonn und Eröffnung der Ausstellung

Einführung – Organisation und Funktion des Immunsystems

Professor Dr. F. Scheiffarth, Erlangen

Physiologie und Pathophysiologie der Immunreaktion

Privatdozent Dr. H. W. Baankler, Erlangen

Grundlagen der Therapie von Immuno-  
pathien

Privatdozent Dr. I. Stroehmann, Bonn

Aktuelle Probleme der Immunsuffizienz

Privatdozent Dr. H.-U. Schwenk, Erlangen

Fortschritte der Immunhämatologie

Privatdozent Dr. D. Maas, Freiburg

Praktische Gesichtspunkte der Immun-  
hepatologie

Professor Dr. P. A. Barg, Tübingen

Der Myokardinfarkt – die entscheidenden  
ersten Stunden

Wissenschaftlicher Film (Chemiewerk  
Homburg, Frankfurt)

Wissenschaftliche Autoren: Professor Dr.  
Schettler, Professor Dr. Mörl, Professor  
Dr. Weizel, Dr. Orth, Dr. Horsch, Heidal-  
berg

Klinische Immunologie rheumatischer  
Prozesse

Dr. E. Genth, Aachen

Systematisch ablaufende Immunopathien

Professor Dr. K. Federlin, Gießen

Perspektiven der Tumormunologie

Professor Dr. H. Warmatz, Erlangen

Rundtischgespräch – Fragen aus der  
Praxis

Beantwortung der eingegangenen Fra-  
gen zum Thema des Tages

Gesprächsleitung: Professor Dr. F.  
Scheiffarth, Bonn, unter Mitwirkung der  
Referenten des Tages

9.00 – 17.00 Uhr:

### Laborseminar:

#### Neue Diagnostika – praxisingerechte Le- borarbeit – Geräte-Information

Ort: Regensburg, Deutsch-Amerikani-  
sches Institut, Haidplatz 8, Auditorium

Parallel zu den Vorträgen laufend Ge-  
räteberatung am Informationsstand

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

Veranstalter: Boehringer Mannheim (aus-  
führliches Programm anfordern)

### Samstag, 8. Oktober 1977

#### 2. Hauptthema: Fortschritte in der anti- bakteriellen Therapie

Tagesvorsitz: Professor Dr. H. Knothe,  
Frankfurt

Vortragssaal: Stadttheater, Arnulfplatz

9.00 – 18.00 Uhr:

Einführung – Stand und Ausblick  
Professor Dr. H. Knothe, Frankfurt

Neue Entwicklungen und theoretische  
Grundlagen bei Penicillinen

Dr. P. Schacht, Wuppertal

Neue Entwicklungen und theoretische  
Grundlagen bei Cephalosporinen

Privatdozent Dr. H. Lode, Berlin

Neue Entwicklungen und theoretische  
Grundlagen bei Aminoglykosiden

Professor Dr. P. Naumann, Düsseldorf

Neue Entwicklungen und theoretische  
Grundlagen bei Trimethoprimen und Sul-  
fonamiden

Professor Dr. H. Knothe, Frankfurt

(Fortsetzung Seite 1016)

## DR LANGE Photometer-System LP6

Ein Programm  
zur Entlastung der Laborarbeit



Das Dr. Lange Photometer-System LP6 bietet viele Möglichkeiten, mit den täglichen Anforderungen an das Labor optimal fertig zu werden. Nach dem Baukastensystem aufgebaut, dient es der Verbesserung und Vereinfachung der täglichen Routinearbeit. Sein Vorteil: Die genaue Abstimmung des Photometers, seiner Zusatzbausteine, der Reagenzien und Kontrollseren aufeinander.

Die Dr. Lange Küvetten-Tests bieten Ihnen ein neues Konzept für die Zuverlässigkeit der Ergebnisse, die Sicherheit und die Zeitersparnis Ihrer Analysen im klinisch-chemischen Labor.

Alles kommt  
aus einer Hand –  
von Ihrem Fachhändler.  
Informieren Sie sich durch  
eine unverbindliche Vorführung.

**Labor Schubert**  
Krankenhaus- und Laborbedarf  
Lilienthalstraße 2-4  
8460 Schwandorf  
Tel.: 09431/30 66  
Fromundstraße 34  
8000 München 90  
Tel.: 089/66 26 97

### Konjunktur-Programm

Der Entführungsfall Schleyer hat dazu beigetragen, daß sich die Koalition am Ende dann doch noch halbwegs rasch auf das Konjunktur-Programm geeinigt hat. Für langes Palavern blieb keine Zeit. Weder die Parteilinke noch die Bundesregierung wollten den Konflikt. Hinzu kam, daß Schmidt schon frühzeitig signalisiert hatte, die Stimmung in der SPD-Fraktion berücksichtigen zu wollen. So hat denn auch dieses neue Konjunktur-Programm seine sozial-symmetrische Komponente, was wiederum zeigt, daß diese Koalition noch immer nicht begriffen hat, wie sehr heute der Konjunktur- und Wachstums-politik der Vorrang gebührt.

Werden die Abschreibungsbedingungen für Unternehmen verbessert, um für Investitionen, Wachstum und neue Arbeitsplätze zu sorgen, so muß dies mit einer gleichmäßigen Steuerentlastung sozial garniert werden. Anders ist die Verbesserung der Investitionsbedingungen offensichtlich in der SPD-Fraktion nicht mehr durchzusetzen. Der Kanzler hatte es vorsichtshalber erst gar nicht anders probiert. Noch sitzt ihm das Rentendebakel vom letzten Dezember und das Pokern der Linken um die Vermögenssteuersenkung in den Knochen. So etwas vergißt man nicht, womit die SPD-Linke ihr Ziel, nämlich stärker auf die Politik der Regierung einwirken zu können, erreicht hätte.

Das Konjunkturpaket der Regierung sieht nun wie folgt aus:

1. Bund und Länder geben den Versuch, ihre Haushalte durch eine sparsame Ausgabenpolitik zu konsolidieren, vorerst einmal auf. Im laufenden Jahr steigen die staatlichen Ausgaben um etwa sechs Prozent, im nächsten Jahr sollen sie um etwa neun Prozent steigen. Des über den Kapitalmarkt abzudeckende Finanzierungsdefizit von Bund, Ländern und Gemeinden, das im laufenden Jahr auf 33 bis 35 Milliarden Mark abgesunken ist, wird wieder auf rund 50 Milliarden Mark anwachsen. Niemand kann darüber glücklich

sein, denn eines Tages wird dafür die Rechnung bezahlt werden müssen. Aber die aktuellen Wirtschaftsdaten lassen keine Wahl. Der Staat muß durch Verschuldung die öffentliche Nachfrage stützen.

2. Die degressive Abschreibung der Unternehmen wird verbessert, und zwar sowohl für die beweglichen Anlagegüter als auch für Gebäude, was auch dem Bau von neuen Mietwohnungen zugute kommen könnte. Die Verbesserung der Abschreibungen ist nicht nur wegen des damit verbundenen Investitionsimpulses geboten; sie trägt auch der Tatsache Rechnung, daß Maschinen heute schneller veralten und daß ausländische Unternehmen vielfach bessere Abschreibungsbedingungen haben.

3. Der Weihnachtsfreibetrag wird von DM 100,- auf DM 400,- angehoben. Das bringt noch in diesem Jahr eine Steuerentlastung zwischen DM 66,- und DM 168,-. Der Fiskus greift also zum Jahres-schluß, wenn das Weihnachtsgeld ausgezahlt wird, nicht ganz so hart wie im letzten Jahr zu. Des ist vernünftig, auch wenn damit für den kleinen Mann das alljährliche Lehrstück über die Auswirkungen einer progressiven Besteuerung weniger eindrucksvoll ausfällt.

4. Der Grundfreibetrag soll um DM 510,- auf DM 3510,- (für Ehepaare jeweils das Doppelte) angehoben werden. Sicherlich läßt sich ein solcher Grundfreibetrag, der das Existenzminimum steuerfrei läßt, vertreten. Dennoch überwiegen eindeutig die Nachteile dieser Maßnahme: Jeder Steuerzahler wird um DM 9,35 im Monat entlastet. Es ist nicht zu sehen, wie eine solche Steuerentlastung das Konsumverhalten der Bürger verändern könnte. Auch wird durch die Erhöhung dieses Freibetrages nicht die Steuerprogression gemildert, was das Ziel jeder Steuermaßnahme sein sollte. Selbst Durchschnittsverdiener werden 1978 von jeder zusätzlich verdienten Mark nur 50 Pfennig behalten. Die andere Hälfte kassieren Fiskus und Sozialversicherung.

Die Erhöhung des Grundfreibetrages wäre nur dann hinzunehmen, wenn damit die Reform des Steuertarifes, die längst tällig ist, erleichtert würde. Aber genau das Gegenteil ist der Fall. Die für 1979 oder 1980 angestrebte Tarifreform würde finanziell stark vorbelastet, so daß nicht mehr mit einer nennenswerten Milderung der Progression gerechnet werden könnte. Hier bleibt nur die Hoffnung auf das Veto des Bundesrates oder die Einsicht des Bundestags-Finanzausschusses, der den höheren Grundfreibetrag durch einen allgemeinen Konjunktur-Freibetrag ersetzen müßte, der nach einem Jahr entfallen und damit der Tarifreform den Weg bereiten könnte. Diesen Weg hatte Friderichs vorgeschlagen, sich damit aber nicht durchgesetzt, nicht einmal in den eigenen Reihen.

Das war aber nicht ausschlaggebend für seine Entscheidung, der Bundesregierung den Rücken zu kehren und in den Vorstand der Dresdner Bank einzutreten. Hier wird man wohl nach einer Mischung von politischen und persönlichen Motiven suchen müssen. Das Angebot der Dresdner Bank ist finanziell außerordentlich interessant. Das steuerpflichtige Gesamteinkommen des neuen Bankchets dürfte mit etwa DM 700 000,- zu veranschlagen sein. Friderichs wird sein Einkommen etwa verdreifachen. Hinzu kommt, daß er wieder mit seiner Familie zusammenleben kann, die mit ihm nicht von Mainz nach Bonn gezogen ist.

Die persönlich-politische Seite ist aber wohl wichtiger. Friderichs hat in der Politik schon in jungen Jahren alles erreicht, was für ihn zu erreichen war. Er ist 46 Jahre. Eine nüchterne Analyse seiner politischen Stellung wird ihm gezeigt haben, daß es nun mit ihm eigentlich nur abwärts gehen kann. Genscher ist als FDP-Vorsitzender nicht umstritten, aber Friderichs hat bei der Stärke des linken Parteiflügels sehr wohl um die Position des Partei-Vize, der er seit 1974 ist, zu fürchten. Das Kartell der SPD- und FDP-Linken macht es ihm zunehmend schwerer, marktwirtschaftliche Politik durchzusetzen. Seine Energiepolitik hat bereits als gescheitert zu gelten. Und die Chance, mit einer Politik des Wachstums rasch die Arbeitslosenzahl zu senken, ist auf kürzere Sicht gering. So etwa muß sich die Lage für Friderichs darstellen. Der Wechsel zur Dresdner Bank wird damit zwar verständlich. Er ist dennoch Zeichen politischer Resignation, was nicht ohne Konsequenzen für die FDP, damit aber auch für die Koalition bleiben kann.

*bonn-mot*

Zur Normalisierung  
psychisch-vegetativer  
Störungen der Frau

# Remifemin<sup>®</sup>

ein Phytotherapeutikum  
zur problemlosen  
Therapie bei

*Klimakterischen oder  
postoperativen  
Begleitstörungen*

*Störungen in  
der Pubertät*

*Für Ergänzung  
einer notwendigen  
Hormontherapie*

*prae- und post-  
menstruellen  
Verstimmungen*



#### Zusammensetzung

Perkolat Rhiz. Cimicifugae, eingestellt auf 4% Gew./Vol.  
Trockenextraktgehalt.

1 Tablette enthält: Extr. Rhiz. Cimicifugae sicc. 2 mg

#### Indikationen

Klimakterische oder postoperative Ausfallserscheinungen,  
Schwangerschaftsbeschwerden, Störungen in der Pubertät,  
Prä- und postmenstruell zum psychischen und vegetativen  
Ausgleich, ferner zur Unterstützung der Hormon-Therapie.

#### Dosierung

Es empfiehlt sich, längere Zeit 3mal täglich 10 - 30 Tropfen  
Remifemin un- oder verdünnt, möglichst auf Zucker- oder 3mal  
täglich 1/2 bis 1 1/2 Tabletten zu. Munde langsam pergehen zu  
lassen. Zweckmäßigerweise steigert man die Dosis allmäh-  
lich, um bei eintretendem Erfolg wieder langsam auf nied-  
rigere Gaben zurückzugehen.

#### Verordnung

50 ml Remifemin Liquidum  
50 Remifemin-Tabletten  
Klinckpackungen

DM 11,-  
DM 5,20



**Schaper & Brümmer**  
Salzgitter · Ringelheim

Pharmako-Therapeutisches Konsilium  
„Pharmakotherapie der Bronchitis“

Litung: Professor Dr. K. Greeff, Düsseldorf

Teilnehmer: Professor Dr. H. Knothe, Frankfurt, Professor Dr. D. Nolte, Bad Reichenhall, Privatdozent Dr. G. Siemon, Donaustauf, Dr. W. Wilde, Königsfeld

Klinische Anwendung der neuen Chemotherapeutika in der Inneren Medizin  
Professor Dr. W. Siegenthaler, Zürich

Klinische Anwendung der neuen Chemotherapeutika in der Pädiatrie  
Privatdozent Dr. F. Daschner, Freiburg

Klinische Anwendung der neuen Chemotherapeutika in der Chirurgie  
Professor Dr. St. Wystocki, Heidelberg

Klinische Anwendung der neuen Chemotherapeutika in der Praxis  
Dr. T. Wegmann, St. Gallen

Rundtischgespräch — Fragen aus der Praxis

Beantwortung der eingegangenen Fragen zum Thema des Tages

Gesprächsleitung: Professor Dr. H. Knothe, Frankfurt, unter Mitwirkung der Referenten des Tages

9.00 — 17.00 Uhr:

**Leborseminar**

— siehe Freitag, 7. Oktober 1977 —

**Sonntag, 9. Oktober 1977**

**3. Hauptthema: Verhaltensstörungen bei Kindern und Jugendlichen**

Tagesvorsitz: Professor Dr. H. Harbauer, Frankfurt

Vortragssaal: Stadttheater, Arnulfplatz

9.00 — 12.30 Uhr:

Einführung

Professor Dr. H. Harbauer, Frankfurt

Epidemiologie kindlicher Verhaltensstörungen

Professor Dr. Dr. M. Schmidt, Heidelberg

Die Bedeutung der minimalen zerebralen Dysfunktion für die Entwicklung von Lern- und Verhaltensstörungen

Dr. A. Focken, Frankfurt

Behandlungsmöglichkeiten der Pubertätsmagersucht in der Praxis

Dipl.-Psych. B. Schulz, Frankfurt

Behandlungsmöglichkeiten kindlicher Verhaltensstörungen

Professor Dr. G. Nissen, Berlin-Frohne

Krisen in der Pubertät und Sulzid

Professor Dr. H. Harbauer, Frankfurt

Rundtischgespräch — Fragen aus der Praxis

Beantwortung der eingegangenen Fragen zum Thema des Tages

Gesprächsleitung: Professor Dr. H. Harbauer, Frankfurt, unter Mitwirkung der Referenten des Tages

Auskunft:

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

**Ärztliche Fortbildungsveranstaltung**

**am 15. Oktober 1977 in Bayreuth**

Thema: Diagnostik und Therapie koronarer Herzerkrankungen

Ort: Stadthalle Bayreuth

Auskunft:

Ärztlicher Bezirksverband Oberfranken, Frau Fischer, Bürgerreuther Straße 7, 8580 Bayreuth

**XII. Ärztliche Vortragsreihe in der Medizinischen Rehabilitationsklinik der Landesversicherungsanstalt Schwaben**

**am 5. November 1977 in Bad Wörishofen**

Thema: Notfalltherapie bei Erkrankungen des Herzens (Notfalltherapie bei myokardialer Insuffizienz — Soforttherapie bei Herzinfarkt und kardiogenem Schock — Kardiale Notfalltherapie infolge Herzrhythmusstörungen — Notfallbehandlung bei Digitalisintoxikationen)

Auskunft:

Dr. W. Teichmann, Chefarzt der Kurklinik für Innere Krankheiten der LVA Schwaben, 8938 Bad Wörishofen

**Ärztliche Sofortmaßnahmen am Unfallort**

**am 5./6. November 1977 in Jettigen**

Leitung: Dr. U. Heynen, München

Beginn: Samstag 12.30 Uhr — Ende: Sonntag 12.15 Uhr

Ort: Tagungs- und Ausbildungszentrum des BRK, Haus Jettigen, 8876 Jettigen

Auskunft und Anmeldung:

Bayerisches Rotes Kreuz, Referat Ifl/1 — Sanitäts- und Gesundheitswesen, Holbeinstraße 11, 8000 München 86, Telefon (0 89) 92 41 - 3 14

**Kardiologisches Seminar**

**am 8. Oktober 1977 in Würzburg**

Thema: Ergometrie — Koronare Herzkrankheit

Ort: Hörseel der Medizinischen Universitätsklinik, Klinikstraße 8, Würzburg  
Beginn: 9.00 Uhr — Ende: 13.00 Uhr

Auskunft:

Professor Dr. Polzien, Medizinische Poliklinik der Universität Würzburg, Klinikstraße 8, 8700 Würzburg

**25. Ärztlicher Fortbildungskurs in praktischer Medizin**

mit einem Laborkurs für Arztfrauen und Arzthelferinnen

**am 15./16. Oktober 1977 in Bad Wiessee**

Veranstalter: Ärztlicher Kreisverband Miesbach

Leitung: Dr. P. Dohrn, Bad Wiessee

Themen: Zytostatische Behandlung von malignen Tumoren und Hämoblastosen — Rationeller Einsatz von Antibiotika in der Praxis — Derzeitiger Stand der medikamentösen Diabetesbehandlung — Möglichkeiten und Risiken der Therapie mit Östrogenen — Differentialdiagnose gastrointestinaler Blutungen — Immundiagnostik im Dienste der Praxis — Therapie des Parkinsonsyndroms — Sofortmaßnahmen bei akuten Vergiftungen — Was sollte der Arzt wissen über die biologische Verfügbarkeit von Arzneimitteln? — Was sollte der Arzt wissen über die Wechselwirkung von Arzneimitteln?

Auskunft:

Dr. Peter Dohrn, Driessenstraße 15, 8182 Bad Wiessee, Telefon (0 80 22) 8 20 01

**9. Seminar der Sportmedizinischen Abteilung der Medizinischen Poliklinik der Universität Erlangen-Nürnberg**

**vom 11. bis 13. November 1977 in Erlangen**

Leitung: Professor Dr. W. Hilmer, Erlangen

Thema: Sport und Medikamente

Auskunft und Anmeldung:

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

## 28. Nürnberger Fortbildungskongreß der Bayerischen Landesärztekammer

vom 2. bis 4. Dezember 1977 in Nürnberg

Wissenschaftliche Leitung: Professor Dr. H. Kleinfelder, Nürnberg

Ort: Meistersingerhalle

**Freitag, 2. Dezember 1977**

**Themen: Therapie bakterieller Infektionen – Diagnostik und Therapie von Mykosen und Tropenkrankheiten – Der Drogen-Kranke und seine Behandlung**

9.00 – 18.20 Uhr:

Eröffnung, Begrüßung und Einleitung

Wirkungsmechanismus der Antibiotika als Therapiegrundlage

Dr. M. Piempel, Wuppertal

Entwicklung neuerer Antibiotika aus klinischer Sicht

Professor Dr. K. H. Spitz, Wien

Antinfektiöse Therapie in der Pädiatrie

Professor Dr. W. Marget, München

Besonderheiten der antibiotischen Therapie in der Nephrologie

Professor Dr. U. Gessler, Nürnberg

Nebenwirkungen der Antibiotika

Professor Dr. R. Hoigné, Bern

Filmvortführung – Antibiotica – Grundlagen der Therapie

Farbwerke Hoechst, Frankfurt

Epidemiologie und Diagnostik der Mykosen

Professor Dr. H. Seeliger, Würzburg

Klinik und Therapie der Organmykosen

Dr. T. Wegmann, St. Gallen

Mykosen der Haut

Professor Dr. W. Meinhoff, Aachen

Tropische Infektionen als Gefahren des modernen Tourismus

Professor Dr. H. J. Knüttgen, Tübingen

Klinische Demonstration und Diskussion zum Thema „Der Drogen-Kranke und

seine Behandlung“ mit Eldophor Ciba-Geigy

Professor Dr. H. H. Wieck, Erlangen, Professor Dr. E. Keup, Berlin, Dr. J. Benos, Hochstadt/Main

**Samstag, 3. Dezember 1977**

**Thema: Hypertonie – Diagnostische Probleme und Fehldiagnosen in der Praxis – Indikation und Technik hüftgelenkerhaltender Operationen**

9.00 – 18.00 Uhr:

Pathologie der Hypertonie

Professor Dr. G. Pließ, Nürnberg

Epidemiologie der essentiellen Hypertonie

Professor Dr. M. Pflanz, Hannover

Sekundäre Formen der Hypertonie

Privatdozent Dr. W. Vetter, Zürich

Neues über die Grundlagen der Hochdrucktherapie

Professor Dr. G. Kroneberg, Wuppertal

Therapie der Hypertonie

Professor Dr. H. Losse, Münster

Filmvortführung – Hypertonie – Risiko und Chance

Boehringer, Mannheim

Diagnostische Probleme und Fehldiagnosen in der Praxis aus der Sicht des Kardiologen

Professor Dr. H. Blömer, München

Diagnostische Probleme und Fehldiagnosen in der Praxis aus der Sicht des Gastroenterologen

Privatdozent Dr. H. Koch, Erlangen

Diagnostische Probleme und Fehldiagnosen in der Praxis aus der Sicht des Hämatologen

Professor Dr. S. Witte, Karlsruhe

Diagnostische Probleme und Fehldiagnosen in der Praxis aus der Sicht des Röntgenologen

Professor Dr. E. Zeitler, Nürnberg

Klinische Demonstration und Diskussion zum Thema „Indikation und Technik hüftgelenkerhaltender Operationen“ mit Eldophor Ciba-Geigy

Professor Dr. H. Hohmann, Erlangen, Professor Dr. H. Wagner, Altdorf

**Sonntag, 4. Dezember 1977**

**Thema: Notfälle in der Praxis**

9.00 – 12.10 Uhr:

Erste Maßnahmen am Unfallort

Professor Dr. L. Koslowski, Tübingen

Das akute Abdomen

Medizinaldirektor Dr. H. Birkner, Nürnberg

Urologische Eilfälle in der Allgemeinpraxis

Professor Dr. A. Sigel, Erlangen

Notfälle in der Hals-, Nasen- und Ohrenheilkunde

Professor Dr. M. Wigand, Erlangen

Notfälle in der Frauenheilkunde

Professor Dr. G. Stark, Nürnberg

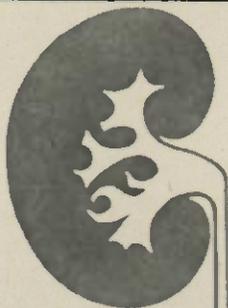
Unfallversorgung in der Dermatologie

Professor Dr. G. Weber, Nürnberg

Der Tagung ist eine **pharmazeutische und medizinisch-technische Ausstellung** angeschlossen.

Auskunft:

Bayerische Landesärztekammer, Fortbildungsreferat, Mühlbauerstraße 16, 8000 München 80, Telefon (0 89) 41 47 - 294



### NEPHROLOGIKUM zur risikolosen Langzeittherapie von NEPHROPATHIEN

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



BIONORICA KG · APOTHEKER POPP · NÜRNBERG

# Klinische Fortbildung in Bayern

In Zusammenarbeit mit der Bayerischen Landesärztekammer

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

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

## I. Notfallmedizin 1978

### Zwölfteiliger Fortbildungskurs für niedergelassene Ärzte

in Zusammenarbeit mit der Sanitätsakademie der Bundeswehr

Ort: Sanitätsakademie der Bundeswehr, Infanteriestraße 17, München

Zeit: jeweils Mittwochnachmittag 15.00 bis 18.00 Uhr

Vorgesehene Themen:

18. Januar 1978

Chirurgie I (Schock und Wiederbelebung)

1. Februar 1978

Innere Medizin I (Komatöse Zustände)

8. März 1978

Chirurgie II (Einschließlich praktischer Übungen)

5. April 1978

Chirurgie III (Einschließlich praktischer Übungen)

26. April 1978

Innere Medizin II (Kardiologische und pulmonale Notfälle)

14. Juni 1978

Innere Medizin III (Toxikologie)

21. Juni 1978

Neurologische und psychiatrische Notfälle

12. Juli 1978

Augen- und HNO-Heilkunde

20. September 1978

Kinderheilkunde aus pädiatrischer und kinderchirurgischer Sicht

11. Oktober 1978

Gynäkologische und urologische Notfälle

22. November 1978

Kopftraumatologie (Neurochirurgie – Mund-Kieferchirurgie)

29. November 1978

Round-Table-Gespräch: Differentialdiagnostische Probleme in der Notfallmedizin (Chirurgie, Innere Medizin u. a.)

Begrenzte Teilnehmerzahl

Teilnahme nur nach Anmeldung bei der Bayerischen Landesärztekammer möglich

## II. Augenhellkunde

Kopfklinikum Würzburg  
Universitäts-Augenklinik

Direktor: Professor Dr. Dr. W. Leydhecker

Fortbildungstagung für Allgemeinärzte, praktische Ärzte und Kinderärzte am 12. November 1977

Beginn: 9.00 Uhr – Ende: 12.30 Uhr

Themen:

Erste Hilfe bei Verätzungen – Diagnose und erste Hilfe bei akutem Glaukom – Perforierende Verletzungen bei der Arbeit – Erste Hilfe bei Autounfall mit Verletzung der Umgebung des Auges – Schielen ist eine Krankheit – Berufliche Konsequenzen einer einseitigen Schwachsichtigkeit – Augenverletzungen bei Kindern – Bindehautentzündung bei Neugeborenen – Fertigkeiten, die der Allgemeinarzt beherrschen sollte: Ektropionieren, Anfärben der Hornhaut, Tropfenabgabe, Verband – Harmlose Augenveränderungen – Untersuchungsmethoden am Auge für den Allgemeinarzt – Akupunktur in der Augenhellkunde – Medikamentschäden am Auge – Behandlung von Gefäßverschlüssen der Netzhaut – Hornhautüberpflanzung – Heftschalen.

Tegungsbeitrag: DM 20,- auf Kongreßkonto Nr. 2220 Castellbank, Würzburg (Professor Dr. Dr. W. Leydhecker) erbeten.

Letzter Anmeldetermin: 17. Oktober 1977

Auskunft und Anmeldung:

Sekretariat Professor Dr. Dr. W. Leydhecker, Universitäts-Augenklinik Würzburg, Josef-Schnelder-Straße 11, Telefon (09 31) 201-24 02

## Oktober, November 1977

17. – 21. 10.

Innere Medizin, TU München

21. – 22. 10.

Phonokardiographie, München

21. – 23. 10.

Chirurgie, Starnberg

24. – 28. 10.

Chirurgie, München

24. – 28. 10.

Chirurgie, Erlangen-Nürnberg

24. – 28. 10.

Chirurgie, Würzburg

24. – 28. 10.

Innere Medizin, TU München

24. – 28. 10.

Innere Medizin, Klinikum Großhadern

24. – 28. 10.

Innere Medizin, Universität München

24. – 27. 10.

Pädiatrie, München

28. – 30. 10.

EKG, Teil II, München

5. 11.

Gynäkologie, München

12. 11.

Augenhellkunde, Würzburg

25. – 26. 11.

Kardiologie München

## 1978

### Notfallmedizin - München

18. 1.

Chirurgie I

1. 2.

Innere Medizin I

8. 3.

Chirurgie II

5. 4.

Chirurgie III

26. 4.

Innere Medizin II

14. 6.

Innere Medizin III

21. 6.

Neurologische und psychiatrische Notfälle

12. 7.

Augen- und HNO-Heilkunde

20. 9.

Kinderheilkunde aus pädiatrischer und kinderchirurgischer Sicht

11. 10.

Gynäkologische und urologische Notfälle

22. 11.

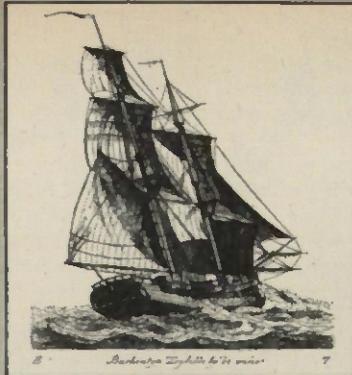
Kopftraumatologie

29. 11.

Round-Table-Gespräch: Differentialdiagnostische Probleme in der Notfallmedizin (Chirurgie, Innere Medizin u. a.)

Windjammer

= großes Segelschiff



Wind-Jammer

= Meteorismus

Das Spezifikum  
gegen Meteorismus

**ELUGAN®**

- wirkt ursachengerecht und lokal
- völlig unbedenklich
- kostengünstig
- in therapie-gerechten Abpackungen

Indikationen:

Meteorismus, Aerophagie, Flatulenz, Roemheld-Syndrom.

Zusammensetzung

1 Tabl. ELUGAN enthält: Dimethylpolysiloxan 40,00 mg, Siliciumdioxid 1,20 mg, Pankreatin 40,00 mg, Diastase 15,00 mg.

Dosierung und Anwendungsweise:

Je 1-2 Tabl. ELUGAN nach den Mahl-

zeiten und vor dem Schlafengehen. Die Tabletten sind zerkaut zu schlucken.

Kleinkindern gibt man jeweils 1/2-1 Tabl. Die Tabletten können leicht zerdrückt und Speisen beigegeben werden.

Besondere Hinweise:

Wichtig für Diabetiker: Der Zuckergehalt einer Tablette entspricht etwa 0,04 Brot-einheiten, neu.

Packungsgrößen und Preise (lt. A.T.):

OP à 30 Tabl., AV m. MwSt. DM 4,95

OP à 100 Tabl., AV m. MwSt. DM 14,35

MENADIER Heilmittel GmbH

Postfach 501004 · 2 Hamburg 50  
seit 1788.

**Malinert®**

das Spezifikum gegen Rückenschmerzen

MALINERT ist ein selektives, nicht steroidales Präparat gegen Rückenschmerzen, wie Wirbelsäulen-Syndrom, Lumbago, Myalgien, 'Wurzelneuritiden' sowie gegen Schulter-Arm-Syndrom, Neuralgie, Ischialgie. Die multiaktive Kombination in den Dragées ist dabei besonders preiswürdig bei belegter Wirksamkeit und Verträglichkeit. Zur speziellen Information des Kassenarztes dient:

Die Forderungen  
aus den „Arzneimittel-Richtlinien“  
werden für MALINERT erfüllt

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

Deshalb **Malinert®-Dragees**  
u. **N-Salbe**

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

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

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

100g MALINERT N-Salbe enthalten: 10g Äthylenglykolmonosalicylat, 1,250g Nicotinsäurebenzylester, 3g Campher, 1g 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 30g Salbe, AV m. MwSt. DM 5,70

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

**MENADIER Heilmittel GmbH**  
2 Hamburg 50  
Postfach 501004

### III. Chirurgie

Kreiskrankenhaus Starnberg

Direktor: Professor Dr. W. Grill

**Klinisches Wochenende vom 21. bis 23. Oktober 1977**

Beginn: 8.00 Uhr – Ende ca.: 18.00 Uhr

Vorgesehen sind Operationen, Demonstrationen, Klinische Visiten sowie Vorträge mit folgenden Themen: Radiusfrakturen – Behandlung und Komplikationen der Unterarmfraktur – Behandlung kindlicher Frakturen – Eingriffe an der Papilla Vaterii – Behandlung des Morbus Crohn

Letzter Anmeldetermin: 11. Oktober 1977

Begrenzte Teilnehmerzahl

### IV. Chirurgie

Chirurgische Klinik der Universität München

Direktor: Professor Dr. G. Heberer

**Fortbildungskurs für Chirurgie vom 24. bis 28. Oktober 1977**

Täglich 8.00 bis 13.00 Uhr Beteiligung am Operationsprogramm: Abdominal-, Thorax-, Unfall-, Gefäß-, Hand- und Plastische Chirurgie. Teilnahme an Visiten aller Stationen.

Nachmittags Vorträge mit Diskussion.

Themen: Traumatologie – Thorax- und Abdominalchirurgie

Letzter Anmeldetermin: 14. Oktober 1977

Begrenzte Teilnehmerzahl

### V. Chirurgie

Chirurgische Klinik und Poliklinik der Universität Erlangen-Nürnberg

Direktor: Professor Dr. G. Hegemann

**Fortbildungskurs für Chirurgie vom 24. bis 28. Oktober 1977**

Teilnahme an einem ausgewählten Operationsprogramm, klinische Visiten, Referate aus den Spezialgebieten der Klinik und Beteiligung an den Arbeitsbesprechungen.

**Themen:**

Allgemein-, Bauch- und Thorax-, Kardio-, Kinder-, Hand- und Extremitätenchirurgie – Urologie

Täglich von 8.00 bis 16.45 Uhr:

Referate: Pleuropulmonale Eiterung und Rekonstruktion beim Ösophaguskarzinom – Fortschritte in der operativen Therapie des Magen- und Zwölffingerdarmgeschwürs – Rekonstruktive Chirurgie der Gallenwege – Therapeutische

Indikation beim Rektumtumor – Die richtige Anlage und Pflege des Anus praeter – Kolitis in Differentialdiagnose und operative Behandlung – Atresien des Digestionstraktes – Therapeutische Indikation beim malignen Melanom – Fortschritte bei der Therapie des Osteosarkoms – Indikation und Ergebnisse der Koronarchirurgie – Frühzeitige operative Therapie kongenitaler Herzvitien – Heutiger Stand des Herzklappenersatzes – Stenosen und Verschlüsse supraaortaler Arterienäste

Letzter Anmeldetermin: 14. Oktober 1977

### VI. Chirurgie

Chirurgische Klinik der Universitätsklinik und Poliklinik Würzburg

Direktor: Professor Dr. E. Kern

**Fortbildungskurs für Chirurgie vom 24. bis 28. Oktober 1977**

Täglich von 8.00 Uhr bis ca. 16.00 Uhr

**Themen:**

Septische Osteosynthesen – Hautersetzung in der Traumatologie – Intraoperative maschinelle Autotransfusion – Chirurgie der Dünn- und Dickdarmpolypen – Selektive proximale Vagotomie ohne Pyloroplastik – Lungenembolieprophylaxe – Schilddrüsenmalignome – Differentialdiagnose des Morbus Crohn

Kolloquien, Demonstrationen im Operationssaal und in der Ambulanz sowie ein Vortragsabend (Thema: Aktuelle Probleme der Handchirurgie) werden durchgeführt. Teilnahme am Operationsprogramm, an den Visiten und an den täglichen Besprechungen möglich.

Letzter Anmeldetermin: 14. Oktober 1977

Begrenzte Teilnehmerzahl

### VII. Praktische Elektrokardiographie

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

Leitung: Professor Dr. C. S. So

**Fortbildungsseminar II**

**vom 28. bis 30. Oktober 1977 (Seminar für Fortgeschrittene)**

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

Hörsaal C, Ismaninger Straße 22

Letzter Anmeldetermin: Teil II: 7. Oktober 1977

### VIII. Gynäkologie

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

**3. Samstagseminar am 5. November 1977**

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

Thema: Gynäkologie im Kindes- und Jugendalter

Letzter Anmeldetermin: 21. Oktober 1977

### IX. Innere Medizin

II. Medizinische Klinik rechts der Isar der Technischen Universität München, Ismaninger Straße 22

Direktor: Professor Dr. H. Ley

in Zusammenarbeit mit dem Institut für Röntgendiagnostik der Technischen Universität München

Direktor: Professor Dr. H. Anacker

**Fortbildungswoche für Innere Medizin vom 17. bis 21. Oktober 1977**

Beginn: 9.15 – Ende: 18.00 Uhr

**Themen:**

Diagnose und Therapie: Hämaturie, Diabetes mellitus, Nieren-, Leber-, Galle-, Pankreas-, Dickdarm-, Schilddrüsenerkrankungen, Erkrankungen der Speiseröhre – Röntgendiagnostik: Lunge/Herz, Niere, Galle und Pankreas, Dickdarm, Angiologie – Rheumatische Erkrankungen – Schwere chronische Entzündungen – Gicht – Slow-Virus-Erkrankungen – Autoimmunerkrankungen – Antibiotikatherapie – Neues Aufgabengebiet der Psychosomatik: Intensivmedizin – Der vergiftete Patient

Letzter Anmeldetermin: 7. Oktober 1977

Begrenzte Teilnehmerzahl

### X. Innere Medizin

II. Medizinische Klinik der Universität München, Ziemssenstraße 1

Direktor: Professor Dr. E. Buchborn

**Fortbildungsveranstaltung für Innere Medizin vom 24. bis 28. Oktober 1977**

Beginn: 8.15 Uhr – Ende: ca. 16.00 Uhr

Themen: Endokrinologie – Nephrologie – Gastroenterologie – Kardiologie

Letzter Anmeldetermin: 14. Oktober 1977

Teilnehmerzahl begrenzt

## XI. Innere Medizin

Medizinische Klinik II des Klinikums Großhadern

Komm. Direktor: Professor Dr. H. J. Kerl

**Klinische Fortbildungswoche für Innere Medizin vom 24. bis 28. Oktober 1977**

Beginn: täglich 8.30 Uhr — Ende: ca. 17.00 Uhr

Ort: Kleiner Hörsaal auf Station F, Zimmer 202

Röntgendemonstrationen — Klinikkonferenzen — Klinische Visiten

### Themen:

Gastroenterologie — Intensivmedizin — Endokrinologie — Immunologie — Stoffwechselerkrankungen

Letzter Anmeldetermin: 14. Oktober 1977

Begrenzte Teilnehmerzahl

## XII. Innere Medizin

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

Direktor: Professor Dr. H. Blömer

in Zusammenarbeit mit dem Institut für Röntgendiagnostik der Technischen Universität München

Direktor: Professor Dr. H. Anacker

**17. Fortbildungskurs für Innere Medizin vom 24. bis 28. Oktober 1977**

Beginn jeweils: 8.15 Uhr — Ende: 18.00 Uhr

### Praktika:

Phono-, Echo-, Vektorkardiographie — Belastungs-EKG — Herz-, Einschwemmkatheter — Herzschrittmacher — Lungenfunktion — Hämatologie — Angiologie

### Themen:

Diagnostische und therapeutische Fortschritte in der Kardiologie — Lungen und Bronchialerkrankungen — Angiologie — Hämatologie

Letzter Anmeldetermin: 14. Oktober 1977

## XIII. Kardiologie

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

Klinik für Herz- und Kreislaufkrankungen im Kindesalter  
Direktor: Professor Dr. K. Bühlmeier

unter Mitwirkung der Klinik für Herz- und Gefäßchirurgie

Direktor: Professor Dr. F. Sebening

und des Instituts für Radiologie

Vorstand: Privatdozent Dr. U. Klein

Lothstraße 2 und 11, 8000 München 2

**3. Klinisch-kardiologisches Wochenendseminar vom 25. bis 26. November 1977**

### Programm A:

Erwachsenen Kardiologie (Professor Dr. Rudolph) Beginn: täglich 8.30 Uhr — Ende: 17.30 Uhr (Lothstraße 11)

**Vormittags Praktika:** EKG-Kurs — Funktionsdiagnostik — Spezielle kardiologische Diagnostik — Spezielle kardiologische Therapie — Kardiologische Visite — Kardiologischer Untersuchungskurs — Kardiologisch-röntgenologische Demonstrationen

**Nachmittags Referate:** „Bradykerde und tachykerde Rhythmusstörungen“

### Programm B:

Kinderkardiologie (Professor Dr. Bühlmeier) Beginn: täglich 10.00 Uhr — Ende: 18.00 Uhr (Lothstraße 2)

**Vormittags Referate:** Angeborene Herzfehler, Vitien mit Links-Rechts-Shunt

**Nachmittags Praktika:** Kinderkardiologischer Untersuchungskurs — Demonstration der Röntgenbefunde — EKG-Belunde — Klinische Visite (Kinderstation und Intensivpflegestation) — Demonstration englokardiographischer Befunde

Bei Anmeldung bitte Programm A oder B angeben

Letzter Anmeldetermin: 15. November 1977

Begrenzte Teilnehmerzahl

## XIV. Pädiatrie

Kinderklinik- und Poliklinik der Technischen Universität München

Direktor: Professor Dr. H. Hilber

2. Kinderabteilung

Chefarzt: Dr. P. Schweier

Kinderchirurgische Abteilung

Chefarzt: Professor Dr. H. Singer

**10. Pädiatrische Fortbildung im Kinderkrankenhaus Schwebing vom 24. bis 27. Oktober 1977**

Täglich jeweils von 8.30 bis 17.00, bzw. 9.00 bis 18.00 Uhr

Klinische Demonstration und Fragestunde aller Abteilungen, Röntgen- und Klinische Visite vorgesehen.

### Themen:

Desensibilisierung und ihre Erfolge — Respiratorische Notfälle — Stillen in heutiger Sicht — Schilddrüsendiagnostik im Kindesalter — Anämien im Kindesalter — Ungewöhnliche Infektionskrankheiten — Ursachen und Erscheinungsformen sowie therapeutische Maßnahmen bei Verhaltensstörungen — Überlegungen zur Nachsorge chirurgisch behandelter Kinder: 1. Schädelhirntraume — 2. Frakturen und Luxationen — 3. Abdominalchirurgie — Die Betreuung des herzkranken Kindes — Die psychischen Auswirkungen des Krankenhausaufenthaltes

Letzter Anmeldetermin: 14. Oktober 1977

Begrenzte Teilnehmerzahl

## XV. Phonokardiographie

Stiftsklinik Augustinum, München

Direktor: Professor Dr. D. Michel

Stiftsbogen 74, 8000 München 70

**Fortbildungskurs für Phonokardiographie Teil I am 21./22. Oktober 1977**

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

Letzter Anmeldetermin: 11. Oktober 1977

# Thyreovalun®

antithyreoidal, beruhigend  
psychisch ausgleichend

keine strumigene Nebenwirkung

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

Passiflora Inc. 1,0 + Avena sat. 1,5 + Crataegus oxyac. 1,5 + Prunus spin. 90,0

rein pflanzlich · sehr gut verträglich

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

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

## 17. Bayerische Internistentagung

vom 18. bis 20. November 1977 in München

Leitung: Dr. R. Schindlbeck, Herrsching

Verenstatter: Vereinigung der Fachärzte für Innere Medizin Bayerns e. V.

unter Mitwirkung der Medizinischen Klinik I der Universität München, Klinikum Großhadern (Direktor: Professor Dr. G. Riecker), der Medizinischen Klinik mit Poliklinik der Universität Erlangen-Nürnberg (Direktor: Professor Dr. L. Demling) und der Medizinischen Poliklinik der Universität Erlangen-Nürnberg (Direktor: Professor Dr. K. Bachmann)

Ort: Sheraton-Hotel, München, Kongreßzentrum — Beginn: 9.00 Uhr

Samstag, 19. November 1977

**Thema: Kardiologie — Nephrologie**

Vorsitz: Professor Dr. G. Riecker, München

9.00 — 12.05 Uhr:

Eröffnung der Tagung

Dr. R. Schindlbeck, Herrsching

Medikamentöse Therapie der koronaren Herzkrankheit

Privatdozent Dr. B. E. Schrauer, München

Neue Antilarrhythmika

Privatdozent Dr. B. Lüderitz, München

Kardiomyopathien — diagnostische und therapeutische Probleme

Professor Dr. H.-D. Bolte, München

Neue therapeutische Gesichtspunkte in der Behandlung der chronischen Niereninsuffizienz

Privatdozent Dr. H. J. Gurland, München

Der Aussagewert der Ergometrie

Dr. J. Witte, München

**Thema: Endokrinologie**

Vorsitz: Professor Dr. L. Demling, Erlangen

15.00 — 18.00 Uhr:

Progredienter und transitorischer Hyperkortisolismus

Privatdozent Dr. W. Grabner, Erlangen

Primärer und sekundärer Hyperaldosteronismus

Dr. O. Schaffner, Erlangen

Katecholaminproduzierende Tumoren

Dr. F.-M. Spielmann, Erlangen

Tetaniesyndrom — Ursachen und therapeutische Konsequenzen

Dr. K.-P. Stock, Erlangen

Diagnostisches Vorgehen beim Hypoglykämiesyndrom

Dr. J. Phillip, Erlangen

Endokrinologische Notfälle

Privatdozent Dr. O. Bartels, Erlangen

Sonntag, 20. November 1977

**Thema: Kardiovaskuläre Therapie**

Vorsitz: Professor Dr. K. Bachmann, Erlangen

9.00 — 12.00 Uhr:

Gegenwärtiger Stand der Herzbehandlung mit Glykosiden und Diuretika  
Professor Dr. W. Kübler, Heidelberg

Medikamentöse Behandlung der arteriellen Hypertonie

Dr. R. Zerzawy, Erlangen

Orthostase-Syndrom und Kreislaufregulationsstörung

Dr. G. Klein, Erlangen

Langzeitbehandlung mit Antikoagulantien und Thrombozytenaggregationshemmern

Professor Dr. D. Heene, Gießen

Operationsindikation erworbener Herzfehler aus heutiger Sicht

Professor Dr. K. Bachmann, Erlangen

Operative Behandlung der koronaren Herzkrankheit

Professor Dr. J. v. d. Emde, Dr. W. Niederer, Erlangen

Die **Mitgliederversammlung** der Vereinigung der Fachärzte für Innere Medizin Bayerns e. V. findet am Freitag, 18. November 1977, 18.30 Uhr, im Konferenzraum „Garmisch“ des Kongreßzentrums München — Sheraton-Hotel statt.

Der Tagung ist eine **Ausstellung** pharmazeutischer Präparate und medizinisch-technischer Geräte angeschlossen.

Auskunft und Anmeldung:

Vereinigung der Fachärzte für Innere Medizin Bayerns e. V., Dr. R. Schindlbeck, Summerstraße 3, 8036 Herrsching, Telefon (0 81 52) 62 64

## 10. Fortbildungstagung Aktuelle Rheumaprobleme

am 12. November 1977 in München

Veranstalter: Arbeitskreis Rheumatologie an der Medizinischen Fakultät der Universität München

Themen: Heutiger Stand der Rheumatologie — Rheumaknoten in der Differentialdiagnose — Psychosomatische Probleme — Gefahren der antirheumatischen Therapie

Auskunft:

Professor Dr. H. Mathies, Chefarzt der I. Medizinischen Klinik, Rheumazentrum Bad Abbach, 8403 Bad Abbach

## 2. Süddeutscher Kongreß für physikalische Therapie und Sportphysiotherapie

vom 18. bis 20. November 1977 in München

Veranstalter: Bayerischer Sportärzte-Verband e. V. in Zusammenarbeit mit dem Verband Physikalische Therapie, Bundesvereinigung für Masseure und medizinische Bademeister, Krankengymnasten e. V.

Leitung: B. Blum, München

Auskunft und Anmeldung:

B. Blum, Leopoldstraße 41, 8000 München 40

## Einführungslehrgänge für die kassenärztliche Tätigkeit

Die Kassenärztliche Vereinigung Bayerns veranstaltet am

**29. Oktober 1977**

**26. November 1977**

Im Ärztehaus Bayern, Mühlbaurstreße 16, 8000 München 80, Einführungslehrgänge für die kassenärztliche Tätigkeit.

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

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

Die Teilnehmergebühr ist am Tage des Einführungslehrganges zu bezahlen.

**Zusammensetzung**

1 Dragee enthält  
0,1 g Propyphenazon  
0,02 g Chininhydrobromid  
0,02 g Phenyläthylbarbitursäure  
0,0013 g Diphenylpyralinhydrochlorid  
Eigenschaften: Grippinon dient der symptomatischen Behandlung grippaler Erkrankungen. Es behält unangenehme Begleiterscheinungen der Erkältung und hilft, den Krankheitsverlauf zu verkürzen. Die Exsudation in Nase und Rachen wird herabgesetzt.

**Anwendungsgebiete:** Zur unterstützenden Behandlung grippaler Infekte und von Erkältungskrankheiten.  
**Nebenwirkungen, Begleiterscheinungen:** In Ausnahmefällen sind allergische Hautreaktionen nach Einnahme von Grippinon möglich. Grippinon kann die Wirkung von Alkohol verstärken.  
**Unverträglichkeiten und Risiken:** Grippinon soll nicht während der Schwangerschaft eingenommen werden.  
**Besondere Hinweise:** Grippinon kann das Reaktionsvermögen so weit beeinträchtigen,

daß es für den Straßenverkehr oder zur Bedienung von Kraftfahrzeugen oder Maschinen nicht mehr ausreicht. Dies gilt in verstärktem Maße im Zusammenhang mit Alkoholgenuß.  
**Arzneimittel sorgfältig aufbewahren! Vor Kindern sichern!**  
Darreichungsformen, Packungsgrößen und Preise:  
O P 20 Dragees 5,20 DM  
A P 500 Dragees 71,- DM  
Dosierung und Anwendungsweise:  
Die Dragees sind mit etwas Flüssigkeit

leicht einzunehmen.

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

# <sup>Rb</sup>Grippinon<sup>®</sup> grippale Infekte

allein in der Hand des Arztes

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

analgetisch  
antiallergisch  
antiphlogistisch  
antipyretisch  
und sedativ\*



\*Nachtruhe ja erst recht bei einem grippalen Infekt



SMITH KLINE  
DAUELSBERG  
GÖTTINGEN **SK&F**

### Ärztliche freiwillige Selbstkontrolle reduziert Krankenhauskosten

Notwendigkeit um Regierungszwang zu entgehen

von W. Schweisheimer

Wie alle Dinge, die mit der Gesundheitsfürsorge zusammenhängen, sind die Krankenhauskosten seit Jahren in stetem Steigen begriffen. Das hängt zum Teil mit der Inflation zusammen, vor allem aber mit höheren Arbeitslöhnen und der notwendigen Anschaffung neuer teurer medizinischer Apparate.

Regierung und Öffentlichkeit verfolgen diese Verhältnisse — die ja im Ernstfall jeden einzelnen treffen — mit Besorgnis. Ein neuer Gesetzentwurf von Präsident Carter sucht eine erhebliche Reduzierung der Krankenhauskosten herbeizuführen.

#### *Kostenreduktion von zwei Milliarden Dollar*

Die Annahme des Gesetzentwurfes in der ursprünglichen Form vom amerikanischen Kongreß, wird von Sachverständigen nicht erwartet. Eine große Menge Stimmen im Kongreß suchen eine Milderung der Vorschläge zu erreichen. Außerdem werden die Stimmen der Hospitäler, der Ärzteguppen usw. gehört. Aber die Tendenz der Carter-Vorschläge entspricht dem überall gehörten Ruf nach größerer Sparsamkeit, um unvermutete Inflations-Steigerungen zu vermeiden.

Vor allem suchen die Carter-Vorschläge für das kommende Jahr eine Kostenreduzierung von zwei Milliarden Dollar zu erreichen. Der Hauptpunkt ist dabei, daß die Kosten für Krankenhauspflege wie für Gesundheitspflege überhaupt, in relative Beziehung zur allgemeinen Inflationsbewegung gebracht werden.

Im vergangenen Jahr nämlich betrug die Preissteigerung allgemein in der

amerikanischen Wirtschaft fünf Prozent, die für gesundheitliche Ausgaben jedoch 15 Prozent! Die letztere Ziffer gilt als zu hoch. Wenn angenommen wird, daß die allgemeine Inflation in der Wirtschaft im kommenden Jahr eine Höhe von sechs Prozent erreichen wird, so dürfen die Kostenerhöhungen für Krankenhäuser und allgemeine Gesundheitsfürsorge nicht mehr als neun Prozent betragen.

Dr. James H. Sammons, der geschäftsführende Vizepräsident der „American Medical Association“, macht darauf aufmerksam, daß mit einer solchen Einschränkung unweigerlich eine Reduzierung der Dienstleistungen der 8000 betroffenen Krankenhäuser verbunden sein müsse. Diese Ansicht wird auch von John Alexander McMahon geteilt, dem Präsidenten der „American Hospital Association“. Das wird von den Befürwortern der Gesetzesvorlage auch ohne weiteres zugegeben. Sie halten es jedoch u. a. für zwingend nötig, eine Verminderung der Regierungsausgaben für Medicare (das ist die staatliche Gesundheitsversicherung für alle über 65jährigen) herbeizuführen, sowie die Ausgaben für Medicaid (das sind die staatlichen Gesundheitsausgaben für Unbemittelte aller Altersklassen) und ebenso auch für andere Krankenversicherungen.

#### *Selbstkontrolle der Krankenhausärzte — Peersystem*

Der offizielle Name der neuen Gesetzesvorlage ist „Hospital Containment Act of 1977“. Sie findet auch den Widerstand der Ärzte. Dabei kann die Ärzteschaft darauf hinweisen, daß in zahlreichen Krankenhäu-

sern der USA bereits eine Selbstkontrolle der Ärzte besteht, die dazu beiträgt, eine Reduzierung der Krankenhauskosten herbeizuführen.

Zuerst kam ein solches Programm in Kalifornien zur Durchführung, nämlich bei der „Sacramento Medical Society Foundation“. Sacramento ist die Hauptstadt Kaliforniens. Das neue System wurde zunächst probeweise zwei Monate lang bei 40 000 von den insgesamt 70 000 kalifornischen Medicaid-Patienten durchgeführt. Es erwies sich als wirksam, und so wurde es dann allgemein übernommen.

Der Name des Systems ist CHAP, das ist die Abkürzung für „Certified Hospital Admission Program“. Im einzelnen verfolgt es, wie lange die Ärzte die Patienten im Krankenhaus behandeln. Normen für die Krankenhausverweildauer sind vorgeschrieben, doch werden begründete Ausnahmen respektiert.

Die Verweildauer im Krankenhaus wird nicht, wie es früher der Fall war, nach der Entlassung aus dem Krankenhaus festgestellt, sondern bereits vor und während des Krankenhausaufenthaltes. Es handelt sich dabei um eine „Peer-Review“, d. h. die Kompetenzbegutachtungen durch andere Ärzte, durch Kollegen, „peers“.

#### *Reduzierung der Krankenhauskosten um 35 Prozent*

Überall, wo das CHAP-System zur Durchführung kam, zeigten sich die Krankenhausärzte von dem aufrichtigen Willen beseelt, durch ihr Verhalten zur Verringerung der Krankenhaus- und der Behandlungskosten beizutragen. Lediglich durch das System der „peer-review“ gelang es erst in Sacramento, dann im weiteren Kalifornien, die Verweildauer der Patienten im Krankenhaus um 25 Prozent zu reduzieren und die Kosten der Hospitalisierung um 35 Prozent.

Nicht selten kommt es vor, daß Ärzte selbst über die bestehenden Möglichkeiten auf diesem Gebiet nicht voll unterrichtet sind. Bessere Aufklärung macht sie kooperativ.

Anschrift des Verfassers:

Dr. W. Schweisheimer, 66 Milton Road, Rye, New York 10580

## Schnell informiert

### Zur Oetker-Entführung: Wer war der Arzt?

Wie in letzter Zeit mehrmals in der Presse berichtet, wurde der 26jährige Industriellensohn Richard Oetker am 14. Dezember 1976, zwischen 18.45 und 19.00 Uhr, nach dem Besuch einer Seminarvorlesung in der Technischen Universität Freising-Weihenstephan, entführt und nach Zahlung eines Lösegeldes in Höhe von DM 21 Millionen am 16. Dezember 1976, gegen 19.00 Uhr, in einem Waldstück bei München schwerverletzt freigegeben.

Die Entführungszeit mußte Oetker in einer Kiste verbringen, die unter Strom gesetzt und in einem VW-Kastenwagen eingebaut war. Am 15. Dezember 1976, kurz nach 8.00 Uhr, erlitt Entführer durch einen Stromschlag schwere Verletzungen. In der Folgezeit wurden Oetker zur Schmerzlinderung von einem der Täter, der sich offensichtlich zur Beschaffung der Tabletten für 20 Minuten dem Verwahrungsort entfernt hatte, zunächst „weiße Tabletten“ und später ein Gläschen mit etwa 20 „gelben Dragees“ übergeben. In diesem Zusammenhang erzählte der Entführer dem Opfer, während seiner kurzen Abwesenheit mit einem Arzt gesprochen und von diesem gesagt bekommen zu haben, daß durch den Stromunfall nichts Schlimmes passiert sein könnte.

Wo wurde im Großraum München am 15. Dezember 1976 in den Vormittagsstunden von einem Arzt eine Diagnose über einen Stromunfall oder die Verordnung von Schmerztabletten verlangt?

Mitteilungen, die auf Wunsch vertraulich behandelt werden, bitte an das Bayerische Landeskriminalamt – Sonderkommission –, Maillinger Straße 15, Postfach 225, 8000 München 19, Telefon (0 89) 1 25 14 89 oder 1 25 13 00 (außerhalb der Dienststunden).

### Rheuma auf dem dritten Platz

Rheuma ist in den vergangenen Jahren – laut Bilanz der Weltgesundheitsorganisation – von der sechsten auf die dritte Stelle der problematischen Erkrankungen vorgerückt. In der Bundesrepublik dürfte es etwa 20 Millionen Rheumatischer geben, zwei Millionen davon zählen zu den schweren Fällen. Es handelt sich dabei um die teuerste Krankheit der Welt, denn die dadurch bedingten Krankenhausaufenthalte und sonstigen Nebenkosten aller Art erfordern z. B. in Österreich einen jährlichen Aufwand von 13 Milliarden Schilling.

med-information

### Dipl.-Volkswirt Welter Schlenkenbrock 20 Jahre bei der Deutschen Apotheker- und Ärztekbank

Dipl.-Volkswirt Walter Schlenkenbrock, Vorsitzender des Vorstandes der Deutschen Apotheker- und Ärztekbank in Düsseldorf, konnte sein 20jähriges Dienstjubiläum feiern. Schlenkenbrock trat 1957 als Leiter der Filiale Düsseldorf in die Bank ein. In dieser Funktion machte er sich mit den besonderen Belangen der Heilberufe vertraut und sammelte vielfältige Erfahrungen, die ihm später in der Leitung der Bank sehr zustatten kommen sollten. 1963 wurde er in den Vorstand berufen; 1971 übernahm er den Vorsitz.

In zwei Jahrzehnten hat Schlenkenbrock seine Schaffenskraft voll in den Dienst der Bank und ihrer Kunden gestellt und damit die positive Entwicklung der Deutschen Apotheker- und Ärztekbank zum größten genossenschaftlichen Kreditinstitut maßgeblich mitbestimmt.

### Versicherungsfreiheit von Nebenbeschäftigungen

Für nur stundenweise beschäftigte Arzthelferinnen gelten ab 1. Juli 1977 neue Bestimmungen bezüglich der Versicherungsfreiheit für die Kranken- und Rentenversicherung.

Die Bestimmungen sind dahingehend vereinfacht, daß Nebenbeschäftigungen und Nebentätigkeiten nunmehr als „geringfügige Beschäftigungen“ bezeichnet werden.

Es kommt in Zukunft sowohl bei der geringfügigen Beschäftigung als auch bei der kurzfristigen, gelegentlichen Beschäftigung in der Regel *nur* darauf an, ob das Entgelt für die Beschäftigung eine bestimmte Einkommensgrenze übersteigt.

Diese maßgebende monatliche Einkommensgrenze ist ab 1. Juli 1977 herabgesetzt worden. Die bisherige Grenze betrug bis zum 30. Juni 1977 ein Achtel der Beitragsbemessungsgrenze der Rentenversicherung (ein Achtel von DM 3400,- = DM 425,-). Ab 1. Juli 1977 gilt nun als Bezugsgröße das durchschnittliche Arbeitsentgelt aller Versicherten der Rentenversicherung (ohne Auszubildende) des jeweiligen Vorjahres. Diese alljährlich vom Bundesarbeitsminister herausgegebene Bezugsgröße ist für 1977 DM 1850,-.

Die für die Versicherungsfreiheit maßgebende Einkommensgrenze liegt damit ab 1. Juli 1977 bei DM 370,- (ein Fünftel der Bezugsgröße von DM 1850,-).

Alle Arbeitsentgelte zwischen DM 370,- und DM 425,- unterliegen ab 1. Juli 1977 der Kranken- und Rentenversicherungspflicht.

Der steuerliche Höchstbetrag beträgt allerdings gegenwärtig DM 480,- monatlich. Unter der Voraussetzung, daß der Stundenlohn unter DM 12,- liegt und die wöchentliche Arbeitszeit nicht über 20 Stunden ist, kann der Arbeitgeber den Lohnsteuersatz von zehn Prozent des Arbeitsentgeltes zuzüglich des im jeweiligen Bundesland geltenden Kirchensteuersatzes übernehmen.



...der rein natürliche Heilbrunnen

aus der Tiefe der Erde – STAATLICH FACHINGEN.

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

Staatl. Mineralbrunnen S. E.

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

## WHO-Appell an die deutschen Pharmahersteller

Die Weltgesundheitsorganisation hat an deutsche Pharmaunternehmen appelliert, neue Medikamente gegen Tropenkrankheiten zu entwickeln. Seit etwa zehn Jahren breiten sich Tropenkrankheiten wieder aus. Nur eine Handvoll pharmazeutischer Hersteller in Europa, jedoch nicht in den USA, arbeiten gegenwärtig an der Entwicklung von Medikamenten gegen diese in den Entwicklungsländern verbreiteten Krankheiten.

med-Information

## Jugendarbeitslosigkeit

Wegen der zur Zeit bedrohlichen Arbeitslosigkeit bei Jugendlichen, die keine Ausbildungsstelle finden, fordert das Präsidium des Verbandes Freier Berufe in Bayern seine Mitgliedsorganisationen auf, ihre eigenen Mitglieder für die Schaffung zusätzlicher Ausbildungsplätze zu gewinnen. Auch die freien Berufe sollten dazu beitragen, daß möglichst alle Jugendlichen, die die Schule verlassen, von der Straße wegkommen und eine echte Chance erhalten, einen Beruf zu erlernen. Selbst wenn sie nach Abschluß ihrer Lehre nicht sofort in ihrem Beruf unterkommen könnten, ist es doch für alle von erheblicher Bedeutung, daß sie eine abgeschlossene Berufsausbildung nachweisen können. Darüber hinaus werden in wenigen Jahren die zunehmend schwächeren Geburtsjahrgänge die Schule verlassen und es wird dann in allen Bereichen ein vermehrter Bedarf auftreten.

## Curt-Adam-Preis 1978

Der von der Kongreßgesellschaft für ärztliche Fortbildung e.V. gestiftete Curt-Adam-Preis ist für das Jahr 1978 für die beste Arbeit zu dem Thema „Neue Methoden zur Früherkennung der Krebserkrankung“ ausgeschrieben worden.

Arbeiten, die der Fortbildung der Ärzte dienen und die bis zum Abgabetermin fertiggestellt oder veröffentlicht werden, können bis zum 31. Januar 1978 zur Bewerbung um den Preis in dreifacher Ausfertigung als Sonderdruck oder Manuskript eingereicht werden an: Kongreßgesellschaft für ärztliche Fortbildung e.V., Klingensorstraße 21, 1000 Berlin 41. — Er kann an Ärzte jeder Staatsangehörigkeit vergeben werden. Voraussetzung ist nur, daß die Arbeit in deutscher Sprache eingereicht wird.

## E. W. Baader-Preis 1978

Der vom Begründer der klinischen Arbeitsmedizin in Deutschland gestiftete und durch die E. W. Baader-Stiftung verwaltete Preis wird alle zwei Jahre vergeben und aus Anlaß der wissenschaftlichen Jahrestagung der Deutschen Gesellschaft für Arbeitsmedizin im Mai 1978 in Höhe von DM 10 000,— für eine bedeutende wissenschaftliche Arbeit auf dem Gebiet der Arbeitsmedizin ausgeschrieben. Hierzu können bevorzugt junge Mediziner arbeiten, die noch nicht oder nach dem 1. Januar 1977 veröffentlicht und nicht schon von anderer Seite mit einem Preis bedacht worden sind, in sechs Exemplaren in deutscher Sprache beim Vorstand der E. W. Baader-Stiftung, zu Händen von Dr. G. Fuchs, Krauss-Maffei-Straße 2, 8000 München-Allach, einreichen. Auch Gemeinschaftsarbeiten unter Beteiligung anderer Disziplinen werden berücksichtigt.

Die Arbeit soll auf eigenen arbeitsmedizinischen Erkenntnissen beruhen. Das Preisrichterkollegium aus namhaften deutschen Arbeitsmedizinern wird prüfen, ob sie als wesentlich und wissenschaftlich vertretbar angesehen werden kann. Die Stiftung behält sich vor, auch nicht eingereichte Arbeiten auf ihre Preiswürdigkeit zu überprüfen.

Einsendeschluß ist der 15. März 1978 (Poststempel).

## Wissenschaftspreis der Stadt Ulm

Die Stadt Ulm verlieh zum vierten Mal ihren Wissenschaftspreis. Dieser Preis wird alle zwei Jahre verliehen und ist mit DM 20 000,— dotiert. Der Preis wurde dieses Jahr aufgeteilt, u. a. auch im Bereich der Medizin.

DM 5000,— erhielt die Gruppe Dr. Reinhard Ziegler, Dr. Gisela Holz, Dr. Helmut Minne, Dr. Friedhelm Raue, Dr. Andreas Schäfer für hervorragende Leistungen auf dem Gebiet des Kalziumstoffwechsels und der Knochenerkrankungen. Die Forschergruppe hat sich insbesondere dem Aufbau von Meßmethoden für biochemische und morphologische Parameter des Kalziumhaushaltes sowie der Erforschung der Therapie der Morbus Paget und der Altersosteoporose mit Erfolg gewidmet.

DM 3000,— erhielt Privatdozent Dr. Ulrich Laux für hervorragende Leistungen in der Augenheilkunde. Mit dem von ihm entwickelten klinisch leicht anwendbaren Verfahren können die sogenannte Arm-Retina-Zeit, beiderseits synchron bestimmt, Verschlußerkrankungen der großen Halsschlagadern ohne größere Belastung des Patienten diagnostiziert sowie exakte vergleichende Untersuchungen der Kreislaufdynamik im Augenhintergrund durchgeführt werden.

DM 3000,— erhielt Dr. Peter Mattes für bedeutende Verdienste um die Chirurgie der Speiseröhre. Er hat durch seine wissenschaftliche Leistung im Tierversuch einen Weg gewiesen, mit spezifisch präparierter Hirnhaut segmentale Defekte der Speiseröhre chirurgisch zu überbrücken. Die damit gemachten Erfahrungen erscheinen geeignet, chirurgische Eingriffe an der Speiseröhre möglicherweise auch beim Menschen sicherer werden zu lassen.

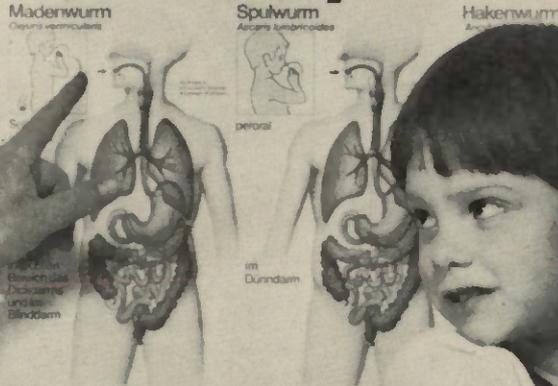
## Rehabilitationszentrum für alte Menschen in Niederbayern

Am 1. Juli 1977 öffnete das Pflegestift Rottal, ein Haus des Münchener Altenwohnstift e.V., seine Pforten in Griesbach am Inn. Hier sollen in Zukunft 132 alte rehabilitationsfähige und -willige Patienten nach Aufenthalt in einem Akut-Krankenhaus in der Rekonvaleszenz gepflegt und rehabilitiert werden. Der Übergang vom Krankenhaus in die gewohnte Umgebung bringt besonders für alte Menschen viele Probleme mit sich. Wenn sich keine Lösung fand, wurden diese Menschen bisher meist zu „Pflegefällen“ abgestempelt, ein Platz in einem Pflegeheim wurde gesucht, die Wohnung aufgelöst, eine unabänderliche Einbahnstraße! Hier soll alten Menschen das Zurück ins gewohnte Heim ermöglicht, ihnen selbst zu ihrer Selbständigkeit verholfen werden. Für die Behinderten stehen 44 Ein- und 44 Zweibettzimmer, eine Hydro-, Ergo- sowie eine Physikalische Therapie, Gymnastikraum und Therapiearten mit holperigem Pflaster, Treppen und schräger Ebene zum Laufen lernen, eine Lehrküche mit Hilfsmitteln zur Verfügung. Schwestern, Altenpflegerinnen, Ergo- und Physiotherapeuten bemühen sich mit den Bewohnern (man spricht nicht von Patienten), verlorengegangene Funktionen wieder einzuüben. Für Freizeit, kleine Feste und Veranstaltungen stehen gemütliche, altersgerechte Clubräume, eine Cafeteria und Wohnräume in jeder Etage zur Verfügung. Eine internistische Praxis ist dem Haus angeschlossen, die Patienten haben jedoch freie Arztwahl. Der Tagessatz beträgt ca. DM 56,—. Man rechnet mit einer Verweildauer bis zu drei Monaten.

Mit solchen Institutionen, wie das Pflegestift Rottal — vorläufig eine Modelleinrichtung — wird es sicherlich möglich sein, Krankenhausaufenthalte zu verkürzen, das Pflegeheim vielleicht ganz zu umgehen, auf alle Fälle aber die Kosten zu senken.

Dr. Th. Müller-Kamerhais

# Wurmzyklen.



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

**Diagnose:** Ei-Nachweis durch Abstrich der Analfalte (Helmex Diagnostikstreifen)  
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 Einzeldosis-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.

#### Handelsformen 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

# 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 einenden an Pfizer GmbH, Abt. Roedig Pharmazeutika, Postfach 6949, 7500 Karlsruhe 1
- Stempel und Unterschrift
- Wandelalein mit Wurmzyklen
  - Diagnostikstreifen
  - mehrsprachige Patienten-Merkblätter
  - Ärzte-Muster gemäß AMG § 34 (3)

## Pharmaindustrie

### Wichtige Hilfe für Praxen und Kliniken

Praxis- und Klinikbedarf machen einen hohen Anteil der Betriebskosten aus. Es wird zunehmend wichtiger, Preise und Angebote zu vergleichen. Eine notwendige Hilfe und Quelle hierzu ist der „Internationale Spitalbedarf“ mit dem ausführlichen und umfangreichen Bezugsquellenregister für Praxis und Klinik. Schon jetzt sind zahlreiche deutsche Firmen und ihre Produkte aufgeführt. Die kommende Ausgabe wird noch wesentlich mehr auf den deutschen Markt abgestimmt sein.

Der „Spitalbedarf“, der seit Jahren schon in der Schweiz erscheint, wird jetzt von pmi – pharm & medical inform GmbH & Co. Verlags-KG, Falkenstainer Straße 24, 6000 Frankfurt/Main, in Deutschland vertrieben.

Der „Spitalbedarf“ erscheint jährlich neu und gibt das große Spektrum von Arzt- und Klinikbedarf in übersichtlicher und gegliederter Form wieder. Das Bezugsquellenregister mit Lieferantenverzeichnis, Produktinformationen und Artikelverzeichnis bietet als Nachschlagewerk jedem in der Medizin Beschäftigten eine wertvolle Hilfe.

Das Einzelexemplar kostet DM 25,- im Abonnement. Zur Einführung stellt der Verlag Interessenten auf Anforderung die Ausgabe 1977 kostenlos zur Verfügung.

### Oxydaseraagenz: Jetzt ein Jahr haltbar

Mit dem Oxydasereagenz Roche steht jetzt dem bakteriologischen Laboratorium ein gebrauchsfertiges Oxydasereagenz in einer Tropfflasche zur Verfügung, das länger als ein Jahr in diesem gebrauchsfertigen Zustand haltbar ist. Es handelt sich dabei um eine Lösung von Tetramethyl-p-phenylendiamin in Dimethylsulfoxyd. Es dient der raschen Identifizierung von *Neisseria gonorrhoea*, *Pseudomonas* und anderen Cytochromoxydase produzierenden Keimen. Trifft das Oxydasereagenz auf Oxydase-positive Keime, so kommt es durch die ablaufenden Redoxvorgänge zu einer dunkelviolettten Farbgebung. Das Oxydasereagenz Roche ist sowohl direkt durch Auftropfen auf die Bakterienkolonia anwendbar oder es wird

ein Filterpapier mit einem Tropfen dieses Reagenz zunächst getränkt und das Bakterienmaterial mit der Impföse auf das angefeuchtete Filterpapier aufgebracht. Binnen zehn Sekunden erscheint eine violette Färbung.

Ein Tropffläschchen Oxydaseraagenz Roche enthält 4 ml. Hersteller: Hoffmann-La Roche AG, Diagnostica, 7889 Grenzach-Wyhlen

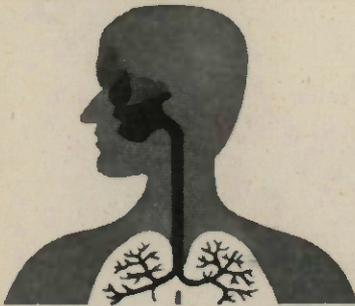
### Vollautomatisches Blutdruck- und Pulsmeßgerät

Die Dr. Bruno Lange GmbH in Berlin – bekannt als Hersteller photometrischer Analysensysteme sowie von Test-Reagenzien und Kontrollserien – bietet jetzt für obligatorische Kontrollmessungen ein neues, vollautomatisches Blutdruck- und Pulsmeßgerät: Das Dr. Lange „Stereokard“.

Dieses Gerät arbeitet völlig störfrei; es liefert genaue Meßwerte einfach und schnell. Durch den Einsatz zweier Mikrofone werden stereofonische Auskultation und Störaustattung realisiert – damit sind fehlerfreie Messungen und gleichbleibend hohe Meßgenauigkeit gesichert. Das artefakt-gesicherte Gerät fixiert alle Werte vollautomatisch und bietet über elektronische Anzeige ein leichtes Ablesen von Systole und Diastole. Die Pulsfrequenz – digital durch Leuchtziffern angezeigt – wird durch stetige Messung „von Schlag zu Schlag“ des Pulsintervalles bestimmt. Jede Rhythmusänderung – auch bei Arrhythmien und Extrasystolen – ist sofort ablesbar. Alle Werte bleiben bis zum Beginn einer erneuten Messung erhalten. Für Blutdruck- und Pulsmessungen in der Ergometrie ist dieses Gerät, ohne Unterbrechung der körperlichen Leistungsabgabe des Patienten, ebenfalls eingerichtet.

Es stehen zwei Modelle zur Verfügung: das Stereokard STT für die Arztpraxis und das Stereokard STK für den Klinikeinsatz mit Schalter für Schnellablaß, Arrhythmie, Druckkonstant, Ergometrie und Fingerpulsabnehmer zur kontinuierlichen Pulsfrequenzmessung. Beiden Geräten gemeinsam ist die robuste Ausführung und die leichte Bedienbarkeit, so daß die Messungen auch von Helferinnen durchgeführt werden können.

Von der Arztpraxis über Kliniken, Laboratorien, Pflegeanstalten und betriebsärztlichen Dienststellen, bis zu Leistungsmessungen in der Sport- und Arbeitsmedizin, Reihenuntersuchungen sowie Selbstmessungen werden diese Geräte den hohen Forderungen, die heute die Präventivmedizin stellt, gerecht.



## SEKRETOLYTIKUM bei SINUSITIDEN und SINOBRONCHITIDEN

# Sinupret®

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

BIONORICA KG · APOTHEKER POPP · NÜRNBERG



## Buchbesprechungen

### Koronare Herzerkrankung

Verf.: J. Barmeyer / H. Reindeil, 272 S., 191 Abb., 53 Tab., Leinen, DM 65,-. Verlag Gerhard Witzstrock, Baden-Baden.

Im mehr theoretisch orientierten ersten Teil werden zunächst die normale Strömungsdynamik in den Koronargefäßen und deren Änderung bei Koronarsklerose mit ihren Folgen auf Stoffwechsel und Pumpfunktion des Herzens abgehandelt. Die Entstehungsmechanismen des Herzinfarktes, die Darstellung der beim akuten Herzinfarkt auftretenden hämodynamischen Störungen, die pathologische Anatomie der koronaren Herzerkrankung sowie die Wertigkeit koronarer Risikofaktoren vervollständigen diesen Abschnitt. Besonderer Raum wird dem augenblicklichen Wissensstand über den natürlichen Verlauf von Koronarsklerose und Koronarinsuffizienz gewidmet.

Im klinischen Teil kommen zunächst die diagnostischen Methoden mit ihren Aussagemöglichkeiten, Grenzen und Indikationen zur Darstellung. Ausführlich wird die Klinik der koronaren Herzerkrankung in ihren verschiedenen Stadien mit den sich ergebenden therapeutischen Möglichkeiten abgehandelt. Ein Vergleich nichtinvasiver und invasiver Methoden mit dem Ziel, die Aussagemöglichkeiten nichtinvasiver Methoden für die Einschätzung der funktionellen Beeinträchtigung des Herzens zu überprüfen, bilden den Abschluß des Buches.

### Ergonomische Aspekte der Arbeitsmedizin

*Kolloquium: Aktuelle arbeitsmedizinische Probleme bei der Durchführung des Betriebsärztagasetzes*

Verf.: Dr. W. Brenner / Prof. Dr. W. Rohmert / Prof. Dr. Dr. J. Rutenfrenz. 428 S., kart., DM 54,-. Gantner Verlag, Stuttgart.

Der vorliegende Bericht gibt eine umfassende Übersicht über die zahlreichen Themen der Jahrestagung der Deutschen Gesellschaft für Arbeitsmedizin, die vom 24. bis 26. April 1975 gemeinsam mit der Bayerischen Akademie für Arbeits- und Sozialmedizin in München abgehalten wurde. Nach einleitenden Ausführungen über Beziehungen zwischen Arbeitsmedi-

zin und Ergonomie, über ergonomische Methoden und Denkansätze in der Arbeitsmedizin sowie ergonomische Systemgestaltung und Bewertung menschlicher Arbeit, folgten Vorträge über arbeitsmedizinische Fragen. Eine Anzahl interessanter und aktueller Referate aus dem Sektor der arbeitsmedizinischen Toxikologie sowie solche über Arbeitsphysiologie und arbeitsmedizinische Probleme bei der Durchführung des Betriebsärztesetzes beschließen den informativen Bericht, der für Ärzte aller Fachrichtungen von Interesse sein dürfte.

schr

### Diätetischer Katalog

*Diätetische Pläne, Indikationen und klinische Grundlagen*

Verf.: H. Daweka / J. Haase / K. Irmscher, 230 S., Taschenb., DM 24,80. Springer-Verlag, Berlin-Heidelberg-New York.

Diätetische Probleme tauchen in jeder Praxis auf und haben zweifellos in letzter Zeit erheblich an Gewicht gewonnen. Es gibt zwar zahlreiche Diätpläne und Diätvorschläge, jedoch kaum Bücher, die eine wissenschaftlich fundierte Diät- und Ernährungsberatung gewährleisten. Die Autoren haben mit der Vorlage ihres Diätetischen Kataloges diesem Umstand Rechnung getragen. Basierend auf langjährigen Erfahrungen auf dem Gebiet der Diätetik an den medizinischen Einrichtungen der Universität Düsseldorf, stellen sie im vorliegenden Buch in zehn Abschnitten die hauptsächlichsten ernährungswissenschaftlich anerkannten Diätformen vor und zwar jeweils gegliedert nach Indikation, klinischer Grundlage und Prinzip der jeweiligen Diät. Weiterhin finden sich Vorschläge für postoperative Kostformen, Sondenernährung und diagnostische Diäten. Das zweckmäßige, ohne überflüssigen Text konzipierte Buch, dürfte nicht nur für Diätassistentinnen von Interesse sein, es kann auch in jeder Praxis gewinnbringend verwendet werden.

schr

### Bayerische Schwänke

Herausgeber: G. Kapfhammer, 248 S., 30 Abb., geb., DM 25,-. Eugen Diederichs Verlag, Düsseldorf.

Stücker, Schnitz und Gschichtin — so heißen die zünftigen Schwänkerzählungen aus Bayern. Fromm sind sie meist nicht, dafür aber lebensacht. — Wer Bayern kennt und wer es kennenlernen will, der sollte dieses Buch besitzen.

# Prostamed®

Periurethrale Adenome Stadium I und II · Chronische Prostatitis · Reizblase

Zusammensetzung: Kürbisglobulin 0,1 g, Kürbismehl 0,2 g, Extr. fl. Solidago 0,04 g, Extr. fl. Pop. tram. 0,06, Kakao 0,05, Sacch. lact. ad 0,5 g

Dosierung: 3 x täglich 2–4 Tabletten einnehmen.

Handelsform und Preise (Incl. MwSt.): 60 Tabl. DM 7,85; 120 Tabl. DM 13,45; 360 Tabl. DM 31,95



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

### **Lehrbuch der Therapie**

Verf.: W. Hadorn / P. Stucki, 933 S., Abb., Tab., geb. DM 174,-. Verlag Hans Huber, Bern-Stuttgart-Wien.

Mit diesem Therapiebuch wird überzeugend erreicht, dem Praktiker aus allen Gebieten der Medizin das zu bieten, was er braucht. Besonderer Wert ist auf die Darstellung von Indikation, Gegenindikation und unerwünschter Nebenwirkung der verschiedenen Therapieformen gelegt. Darüber hinaus sind Hinweise zu finden, wann die Behandlung eine Klinik-einweisung oder die Beiziehung eines Facharztes erfordert und wie andererseits die Nachbehandlung zu erfolgen hat. Das Arzneimittelverzeichnis ist durch besonderes Papier herausgehoben, und das Sachregister wurde so ausführlich gestaltet, daß das Buch zu einem Nachschlagewerk für den vielbeschäftigten Praktiker gemacht worden ist.

### **Praktische ärztliche Untersuchungs- und Behandlungstechnik**

Verf.: Dr. H. Th. Hansen, 240 S., 124 Abb., flex. Taschenb. DM 19,80. Georg Thieme Verlag, Stuttgart.

Alle Kapitel dieser Neuauflage wurden überarbeitet. Ihrer Bedeutung entsprechend wurden insbesondere die Techniken der Punktion der zentralen Venen eingehend dargestellt. Neu aufgenommen wurden die Pleurabiopsie, die Knochenbiopsie nach Burkhardt und die Rektosigmoidoskopie.

Dieses Buch enthält eine handliche übersichtliche Darstellung sämtlicher praktischer, ärztlicher Untersuchungstechniken und Behandlungsmethoden.

### **Selbstentspannung – Autogenes Training**

Verf.: Prof. Dr. H. Kleinsorge / Dr. H. Kleinsorge, 67 S., Taschenb., DM 5,80. Gustav Fischer Verlag, Stuttgart.

Der Gedanke, durch Relaxation organisch und funktionell bedingte Beschwerden positiv beeinflussen zu können, hat bereits weitgehend Eingang in der Praxis verschiedener Fachrichtungen gefunden. Das vorliegende Taschenbuch basiert auf den Erfahrungen des Autors, die er sich in über zwei Jahrzehnten in der prophylaktischen und psychotherapeutischen Arbeit angeeignet hat. Es wendet sich an alle, die sich ernsthaft mit Entspannungsübungen befassen wollen. Das Buch ist so konzipiert, daß der Übende mit seiner Hilfe sich selbst mit der Methodik beschäftigen oder die ihm in der Sprechstunde oder Klinik zuteil gewordenen Anweisungen auffrischen und ergänzen kann.

Das in vierter, eingehend überarbeiteter und ergänzter Auflage vorliegende, auf den praktischen Gebrauch zugeschnittene Buch, stellt nicht nur für den Patienten eine wertvolle Anleitung dar, es vermag auch dem Arzt und Psychologen manche Anregung zu vermitteln.

schr

### **Zweifelsfragen zu Urfeub, Krankheit, Einstellung, Kündigung**

Verf.: Ministerialrat A. Müller / Dr. W. Schön, 292 S., brosch. DM 36,-. Weka-Verlag, Kissing.

Das von den Autoren vorgelegte Buch vermittelt eine Übersicht über immer wieder auftauchende Fragen auf dem Gebiet des Arbeitsrechtes. Der ganz auf den praktischen Gebrauch abgestellte und nach neuesten gesetzlichen Gesichtspunkten ausgerichtete Leitfadentext enthält alles Wissenswerte über Arbeitsverträge und Fragen, die sich bei Erkrankung des

Arbeitnehmers ergeben sowie über solche, die sich auf dessen Urlaub beziehen. Wichtig ist das Kapitel über Entlassung, hier sind nämlich vor allem die gesetzlichen Fristen und Termine von ausschlaggebender Bedeutung. Ausführlich behandelt wird auch das Problem der außerordentlichen Kündigung, wobei wichtige gesetzliche Verfügungen klar herausgestellt werden. Ein aktuelles, mit umfangreichem Informationsmaterial engereichertes Buch, dessen Wert für den Arzt als Arbeitgeber unbestritten sein dürfte.

schr

### **Medizinische Begutachtung**

#### *Grundlagen und Praxis*

Herausgeber: Prof. Dr. H. H. Marx, 3. überarb. und erweiterte Aufl., 620 S., 23 Abb., 18 Tab., geb., DM 98,-. Georg Thieme Verlag, Stuttgart.

Alle Kapitel dieser Neuauflage wurden überarbeitet oder völlig neu gefaßt, da sich die Beurteilung mancher gutachterlich wichtigen Krankheiten und Beschädigungen, z. B. auf dem Gebiet der inneren Medizin, der Ohrenkrankheiten und der Traumatologie, in wesentlichen Punkten geändert hat. Berücksichtigt wurden auch alle Änderungen der Sozialgesetzgebung, z. B. für die Aufgaben der Rehabilitation oder die Betreuung der Schwerbehinderten, die Neufassung des Gesetzes zur Entschädigung von Sachverständigen und Zeugen und die Änderung der Berufskrankheitenverordnung. Die bisherige Konzeption wurde im Grundsatz beibehalten: breite Fächerung der Sachgebiete bei gedrängter Darstellung der einzelnen Gegenstände unter Berücksichtigung der verschiedensten Versicherungszweige, zugleich größtmögliche Anzahl neuester Literaturhinweise für Detailfragen.

### **Wörterbuch der Psychiatrie und medizinischen Psychologie**

Verf.: Prof. Dr. U. H. Peters, 2. Neubearb. u. erw. Aufl., 650 S., Pappband DM 38,-, Studienausgabe U & S Taschenb., DM 22,-. Verlag Urban & Schwarzenberg, München.

Psychiatrie und medizinische Psychologie haben einen eigenen Wortschatz. Dieses Wörterbuch ermöglicht eine rasche Orientierung über fast 8000 Fachausdrücke. Der Leser findet schnell eine kurzgefaßte Erklärung. Die eingeführten englischen und französischen Fachbegriffe sind genannt und alphabetisch in einem Glossar zusammengestellt.

### **Der Arzt zwischen Technik und Humanität**

Verf.: D. Rössler, 120 S., DM 8,-. Piper Verlag, München.

Der einzelne Mensch erlebt auch heute noch Krankheit als ein Schicksal, das über ihn waltet. Unser Gesundheitswesen ist aber immer noch zu sehr an der Biologie orientiert und zu wenig an der Humanität. Soziale, psychische oder biographische Faktoren werden bei der Beurteilung von Krankheitsgründen nur am Rande beachtet. Humanität ist kein selbständiges Thema in unserem Gesundheitswesen. Die Medizin ist zu sehr auf naturwissenschaftliche Forschung hin ausgerichtet und zu wenig auf die therapeutische Praxis. Im Vordergrund des Interesses steht die klinische und diagnostische Medizin, stehen die tödlichen Krankheiten. Krankheiten, die nur stören, erscheinen demgegenüber unwichtig, obgleich gerade sie es sind, die die Sprechzimmer der praktischen Ärzte füllen. Mit seinen kontroversen Thesen möchte der Arzt und Theologe nicht nur provozieren, sondern einen konstruktiven Beitrag zur Diskussion über den Zustand unseres Gesundheitswesens leisten.



Die Forte-Therapie des  
Nervenschmerzes

# dolo judolor<sup>®</sup>

fettlösliches B1  
**neu**  
von Weilm Pharma  
jetzt injizierbar

die Initialtherapie der Wahl  
beim neuralgisch-neuritischen Formenkreis

**Rasch und anhaltend analgetisch durch:**

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

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

- Vitamin B1
- Vitamin B6
- Vitamin B12

**Zusammensetzung:**

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

**Indikationen:**

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

**Kontraindikationen:**

Das Präparat darf nicht angewandt werden bei Granulozytopenie, akuter intermittierender Porphyrie, dem Bestehen einer Pyrazolon-Überempfindlichkeit, Leber- und Nierenfunktionsstörungen sowie bei Patienten mit Überempfindlichkeit gegen Lokalanästhetika vom Amid-Typ.

Nach allgemeiner akzeptierter Regel sollten Medikamente in der Schwangerschaft, besonders im ersten Trimenon, nur bei dringlicher Indikation verabreicht werden. Dies gilt auch für dolojudolor. Kinder unter 14 Jahren sind von einer Therapie mit dolojudolor Injektionslösung suszuschließen.

**Nebenwirkungen:**

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

**Dosierung:**

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

**Handelsformen und Preise:**

O.P. mit 3 Ampullenpaaren

DM 11,80 AVP m. MwSt.



**Weilm** Pharma

### Strehlschutzärztliche Aufgaben bei der Überwachung beruflich strahlenexponierter Personen

Verf.: L. Ohlenschläger, Schriftenr. ASP-Bend 58, 46 S., kart., 2. erw. Auflage, DM 26,80. Gentner Verlag, Stuttgart.

Das bisher geübte Prinzip, die Strahlenexposition so gering wie praktikabel zu halten, wird nunmehr durch die weitergehende Auflage ersetzt, jede Strahlenexposition so niedrig wie möglich auch unterhalb der in dieser neuen Verordnung festgesetzten Grenzwerte, zu halten. Im sechsten Kapitel der Strahlenschutzverordnung und in dem Abschnitt vier der Röntgenverordnung sowie im Titel sechs der überarbeiteten Grundnormen der Europäischen Gemeinschaften sind die Richtlinien für die ärztliche Überwachung des beruflich strahlenexponierten Personenkreises festgelegt. Generell als strahlenexponiert gelten Personen, die bei ihrer Berufsausbildung oder bei ihrer Berufsausübung mehr als ein zehntel der Grenzwerte (– 0,5 rem Genkörperbestrahlung) erhalten können. Ihre ärztliche Überwachung umfaßt präventivmedizinische Aufgaben, die dem Gesundheitsschutz gegen die Gefahren ionisierender Strahlung dienen, und Erste-Hilfe-Maßnahmen bei Strahlenunfällen. Dabei finden die in der Radiobiologie und Radlopathologie gewonnenen Erkenntnisse in der Strahlenschutzmedizin im Rahmen der Erkennung und Vermeidung äußerer und innerer Strahlenüberbelastungen sowie der Erstmaßnahmen bei Strahlenunfällen ihre praktische Anwendung.

### Neue Pflichten des Arbeitgebers in der Sozialversicherung

Verf.: Ministerialdirigent H. Ströer, 148 S., DM 29,50. Weka-Verlag, Kissing.

Am 1. Juli 1977 trat ein weiterer Teil des neuen Sozialgesetzbuches in Kraft, die „Gemeinsamen Vorschriften für die Sozialversicherung“. Dieses zweite Kernstück bringt Regelungen von grundsätzlicher Bedeutung, die für alle Zweige der Sozialversicherung (Kranken-, Unfall-, Rentenversicherung) einheitlich gelten.

Für den Arbeitgeber sind besonders die daraus erwachsenden Pflichten von Bedeutung, z. B. muß jeder Arbeitgeber im Rahmen seiner öffentlich-rechtlichen Mitwirkungspflicht beim Vollzug der Sozialversicherung die wesentlichen Feststellungen selbst treffen. Neue Regelungen betreffen auch die Versicherung ausländischer Mitarbeiter und deutscher Mitarbeiter, die ins Ausland entsandt werden. Wichtige Begriffe, wie Beschäftigung, geringfügige Beschäftigung, Beschäftigungs-ort, Entgelt, Einkommen, Gesamteinkommen wurden neu definiert.

### Enzyklopädie der Minerale und Edelsteine

Herausgeber: M. O'Donoghue unter Mitarb. v. J. Bredley / C. Frank / R. Symes / R. Thompson / C. Winter / A. Woolley. Übers. aus dem Englischen: C. Frank u. M. Bliedner. 304 S., üb. 450 Farbbl., rd. 100 einfarb. Abb. u. Tab., Leinen, DM 98,—. Verlag Herder, Freiburg-Basel-Wien.

Mit dieser Neuerscheinung liegt ein praxisbezogenes Handbuch für das Gesamtgebiet des Mineraliensammelns sowie der Edelsteinverarbeitung und ein wissenschaftlich fundiertes Nachschlagewerk mit exakten Daten zu mehr als 1000 Mineralien vor. Einen zusätzlichen Reiz bilden die über 450 Farbblätter, ergänzt durch rund 100 weitere Abbildungen und Tabellen, die der Veranschaulichung des Textes dienen.

Nach einer Einführung in die Chemie der Minerale und Kristallographie folgen im Kapitel „Geologie für den Mineraliensammler“ Ratschläge für Sicherheitsvorkehrungen bei der Arbeit, für Ausrüstung und Kartenbeschaffung sowie Methoden der Mineraliensuche. Eine Beschreibung der verschiedenen Gesteinsarten, ihrer Entstehung und ihres Mineralbestandes schließt sich an. Im folgenden Kapitel „Bedeutung und Wert der Mineralien“ werden die wirtschaftliche Nutzung der Mineralien als Rohstoffe und einzelne Lagerstättentypen beschrieben. Es folgen Methoden der Mineralbestimmung.

Glossar, Bibliographie und Register runden diesen informationsreichen Band ab, der nicht nur in die Handbibliothek des Sammlers und Liebhabers edler Steine und Mineralien gehört, sondern auch dem Geologen und Mineralogen, dem Juwelier, Edelsteinhändler und -schleifer sowie dem Steinschneider als nützliches Nachschlagewerk dienen wird.

### Größte Denkwürdigkeiten Bayerns

Herausgeber: Dr. G. Deckert, 256 S., 66 Abb. in der Originalgröße des „Chur-Bayerischen Atlas“, geb., Vorbestellpreis bis 31. Dezember 1977, DM 36,—, später DM 45,—. Eugen Diederichs Verlag, Düsseldorf-Köln.

Die „Relationes Curiosae Bavaricae“ von 1685 (erweiterte Ausgabe 1733) sind fast unbekannt geblieben, im Gegensatz zum vielgerühmten „Chur-Bayerischen Atlas“ (1687/90). Beide Bücher wurden von dem kurbayerischen Hofgerichtsadvokaten Ertl verfaßt – und sind in dieser Neuausgabe von G. Deckert erstmals eufeinander bezogen und dokumentiert, als ein lebendiges Penorema bayerischer Geschichte. Sie sind das barock fabulierte Gegenstück zur Aventin'schen Chronik.

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

**Schwindel  
verschiedener Genese**

# Vertigoheel®

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

**Biologische Heilmittel Heel GmbH  
Baden-Baden**

**-Heel**

Disorat®10 - Disorat®20

Zusammensetzung:

1 Tablette Disorat 10 enthält: 10 mg Methypranol  
1 Tablette Disorat 20 enthält: 20 mg Methypranol

Indikationen:

Koronare Herzkrankheit (Koronarinsuffizienz, Koronarsklerose, Stenokardie, Angina pectoris), hyparkinatisches Herzsyndrom, vegetativa, kardiale Dysregulationen, Herzrhythmusstörungen, arterielle Hypertonie.

Kontraindikationen:

Nicht kompensierte Herzinsuffizienz, AV-Block 2. und 3. Grades, ausgeprägte Bradykardie, obstruktive Atemwegserkrankungen (z. B. Asthma bronchiale, spastische Bronchitis), Cor pulmonale, allergische Rhinitis, Glottisödem, kardiogener Schock.

Eigenschaften, Nebenwirkungen und Hinweise:

Siehe wissenschaftlichen Prospekt

Dosierung:

Disorat 10 wird vorwiegend bei Erkrankungen des Herzens und der Koronarien, Disorat 20 vorwiegend bei der Hochdrucktherapie eingesetzt.

Koronare Herzkrankheit: im allgemeinen täglich 2-3 x 1 Tablette Disorat 10. Wenn erforderlich, kann die Dosis stufenweise gesteigert werden. Bei höheren Dosen ist eine Umstellung auf Disorat 20 zu erwägen.

Hyparkinatisches Herzsyndrom, vegetativa, kardiale Dysregulationen: im allgemeinen täglich 2-3 x 1/2 Tablette Disorat 10. Bei Bedarf kann die Dosis gesteigert werden.

Herzrhythmusstörungen: im allgemeinen täglich 2-3 x 1/2 bis 1 Tablette Disorat 10.

Arterielle Hypertonie: im allgemeinen täglich 2-3 x 1 Tablette Disorat 20. Die Dosis kann stufenweise bis auf maximal täglich 3 x 2 Tabletten Disorat 20 gesteigert werden.

Bei Patienten, die auf eine Monotherapie mit Beta-Rezeptorblockern nur mit einer ungenügenden Blutdrucksenkung ansprechen, empfiehlt sich die Kombination von Disorat 20 mit einem Saluretikum, z. B. Butizid.

Disorat-Tabletten sollen unzerkaut mit etwas Flüssigkeit eingenommen werden. Disorat 10 und Disorat 20 sind durch die Bruchrille leicht teilbar.

Handelsformen und Preise:

Disorat 10 OP mit 50 Tabletten DM 20,85; OP mit 100 Tabletten DM 37,30; AP mit 500 Tabletten.

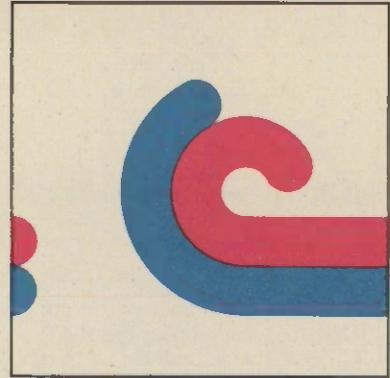
Disorat 20 OP mit 50 Tabletten DM 34,55; OP mit 100 Tabletten DM 62,80; AP mit 500 Tabletten.

Hersteller:

Boehringer Mannheim GmbH, 6800 Mannheim 31

(Fortsetzung Seite 1045)

neu



# Hildicon®

## nicht hormonelles Anabolikum

- bei kataboler Stoffwechsellage
- allgemeinen Erschöpfungszuständen
- Vitamin B<sub>12</sub>-Mangelerscheinungen
- Rekonvaleszenz
- perniziöser Anämie

**Zusammensetzung**

1 Kapsel enthält:  
 Hydroxocobalaminmonoacetat ..... 0,515 mg  
 Coenzym B<sub>12</sub> ..... 0,500 mg  
 Cytidin-5'-monophosphat-Dinatriumsalz-Dihydrat ..... 2,500 mg  
 1 Ampulle Trockensubstanz enthält:  
 Hydroxocobalaminmonoacetat ..... 1,031 mg  
 Coenzym B<sub>12</sub> ..... 1,000 mg  
 Cytidin-5'-monophosphat-Dinatriumsalz-Dihydrat ..... 5,000 mg  
 1 Ampulle mit Lösungsmittel enthält:  
 Lidocain-Hydrochlorid ..... 20,000 mg  
 Natriumchlorid ..... 5,000 mg  
 Wasser für Injektionszwecke (Ph. Eur. II) ..... ad 2 ml

**Handelsformen und Preise**

Originalpackung mit 20 Kapseln DM 18,80 mit MwSt.  
 Originalpackung mit 100 Kapseln DM 68,10 mit MwSt.  
 Originalpackung mit 5 Ampullen lyophilisierter aktiver Substanz und 5 Ampullen Lösungsmittel DM 18,60 mit MwSt.  
 Anstaltspackung von 10 x 5 + 5 Ampullen DM 115,50 mit MwSt.

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



Trommsdorff

### Bausparen — mit weniger oder höherem Zins?

Einige Bausparkassen machen seit wenigen Wochen durch ihr neues Angebot laut von sich reden, Bauspardarlehen nun auch zu einem Zinssatz von viereinhalb Prozent auszureichen. Das ist im Grunde gar nicht neu. Schon immer gab es Bausparkassen, die für ihr Darlehen viereinhalb Prozent und andere, die fünf Prozent verlangten.

Zugleich bestand auch schon immer ein Unterschied zwischen dem Guthabenzins. Wer viereinhalb Prozent Darlehenszins zugesteht, vergütet andererseits nur zweieinhalb Prozent Bausparzins, und wer fünf Prozent Darlehenszins verlangt, schreibt dafür drei Prozent für die Bausparanlagen gut.

Eine einzige Bausparkasse konnte es sich leisten, mit einem Zinsunterschied von nur eineinhalb Prozent auszukommen, also drei Prozent Zinsen zu geben und nur viereinhalb zu nehmen. Das ist das Beamtenheimstättenwerk. Es genoß bis vor kurzem noch eine Steuerfreiheit, die nicht gerechtfertigt war und ihm erst unlängst genommen wurde. Noch immer behält es aufgrund seiner hohen Rücklagen die vorteilhafte Zinsstaffel — auf Kosten aller Steuerzahler — bei.

Nun, die Möglichkeiten, zweieinhalb Prozent Zinsen zu bekommen und viereinhalb zahlen zu müssen, oder mit einem halben Prozent auf der Guthaben- wie auf der Kreditzinsseite mehr zu rechnen zu haben, sind ins Gespräch geraten, und das zugunsten der Bausparer.

Daraus ergibt sich bei der Wehl im Grunde ein einfaches Rezept: Wer nur verhältnismäßig kurze Zeit entsprechend hohe Beträge auf seinem Bausparkonto ansparen will, gibt sich vorteilhafter mit dem niedrigeren Habenzins zufrieden und erzielt dafür den niedrigen Darlehenszins auf die ungleich längere Dauer der Rückzahlung.

Der Schnittpunkt liegt nach den Berechnungen der Bausparkassen etwa bei einem monatlichen Sparsvorgang, der über 44 bis 48 Monate durchgeführt wird. Wenn längere Zeit angespart werden soll, ist die Wahl der höheren Zinssätze anzuraten, weil sich sodann der höhere Habenzins günstiger auswirkt, als der höhere Darlehenszins Nachteile verursacht.

Am besten kommt weg, wer die 40 Prozent der Bausparsumme als Eigenmittel auf einmal zahlt, seine etwa eineinhalb Jahre bis zur Zuteilung des Bausparvertrages abwartet und sodann die 60 Prozent Bauspardarlehen zu viereinhalb Prozent Zinsen auf rund zehn Jahre ausgereicht bekommt. Bei Vor- und Zwischenfinanzierungen sind indes Überlegungen anzustellen, zu denen ein objektiver Fachmann gehört werden sollte.

Diese zweifache Zinsmöglichkeit erfordert eine eingehendere Beratung durch den Fachmann der Bausparkasse als bisher und vor allem eine deutlichere eigene Entscheidung, was man mit dem Bausparvertrag eigentlich will, ihn nur abschließen, weil dafür noch Sonderausgaben steuerbegünstigend in Anspruch genommen werden sollen und so vor sich hin sparen, oder einen Bausparvertrag wählen, weil damit bestimmte Immobilien-Absichten zu einem in etwa voraussehbaren Zeitpunkt verwirklicht werden sollen.

Bei dieser Gelegenheit sollte auch die durchschnittliche Preisentwicklung auf dem Baumarkt einbezogen werden, um heute gleich eine Bausparsumme in einer Höhe abzuschließen, die in etwa wenigstens dem Kapitalbedarf zum Zeitpunkt der Verwirklichung des Baues oder Kaufes entsprechen wird.

Horst Beloch

### Alarmsignal

Der Nachfolger des glücklosen Bundesarbeitsministers Walter Arendt hatte sich mit der Annahme dieses Ressorts zum Erfolg verurteilt, auch wenn er nicht Dr. Herbert Ehrenberg geheißten hätte. Indes hätte er auch auf das Begleitgeräusch des scharfkrazenden neuen Besens verzichten können, das bei nicht wenigen Menschen eine Gänsehaut bildet.

Eigentlich hätte der Bundeskanzler nach der Erfahrung mit einem Funktionär wissen müssen, daß dieser Ministersessel kein Platz für Menschen ist, die eben als altgediente Funktionäre lediglich einen reibungslosen Ablauf irgendwelcher Vorgänge zu besorgen oder auch durchzusetzen in der Lage sind. Diese Position verlangt Politiker im wahrsten Wortsinne, geeignet für die Führung und somit auch Harmonisierung eines Gemeinwesens oder eines Teilbereiches davon.

Ehrenbergs krampfhafter Versuch der Sanierung der gesetzlichen Rentenversicherung durch einen ordnungspolitisch bedenklichen Eingriff in die Sozialpolitik in Form des Krankenversicherungskosten-dämpfungsgesetzes (KVKG) ist kläglich gescheitert. Doch bedenklicher noch ist Ehrenbergs neue Erfahrung, daß etwas nicht nach seiner Vorstellung funktioniert.

In Unkenntnis der tieferen Zusammenhänge und Mißachtung erprobter Strukturen dürfte Ehrenberg zur Rettung seiner Minister-Existenz und seines heimgewerkten „Macher“-Rufes vor dem Versuch noch schärferer Systemveränderungen im Sozialwesen nicht zurückschrecken.

Es ist nicht die Zeit zum Arrangement, sondern zur Wachsamkeit.

Prosper

### Kurz über Geld

**KOSTEN FÜR EINE AUTOREPARATUR**, die durch einen selbstverschuldeten Unfall auf einer beruflich bedingten Fahrt notwendig wurde, sind als Betriebsausgaben steuerlich abzugsfähig.

**NOTARIELLE BEURKUNDUNG** ist auch beim Kauf von Auslandsgrundstücken notwendig, wenn schuldrechtliche Beziehungen wie Zahlung des Kaufpreises usw. nach deutschem Recht vereinbart sind.

**NACH KIRCHENAustritt** ist nicht noch für das ganze laufende Jahr die Kirchensteuer zu zahlen, wie es bisher gefordert wurde.

## Rhinopront®

### Zusammensetzung:

Rhinopront Spray und Rhinopront Nasentropfen: 10 ml enthalten 10 mg Tetryzolinhydrochlorid in wäßriger Lösung. Rhinopront Nasentropfen für Kinder: 10 ml enthalten 5 mg Tetryzolinhydrochlorid in wäßriger Lösung.

### Indikationen:

Akute Rhinitis, Nasopharyngitis, Begleitsinusitis, Heuschnupfen, Rhinitis vasomotoria. Zur Schleimhautabschwellung bei diagnostischen, therapeutischen oder chirurgischen Maßnahmen.

### Zur Beachtung:

Eine Überdosierung ist zu vermeiden, sie kann in sehr seltenen Fällen zu deutlichen hypotonen Kreislaufreaktionen führen. Wie bei anderen lokal wirksamen Vasokonstriktoren kön-

nen sehr hohe Dosen bei Kleinkindern Benommenheit oder Schlaf, eventuell mit profusem Schweißausbruch, hervorrufen. Die gleichzeitige Anwendung von MAO-Hemmern ist zu vermeiden.

### Verträglichkeiten:

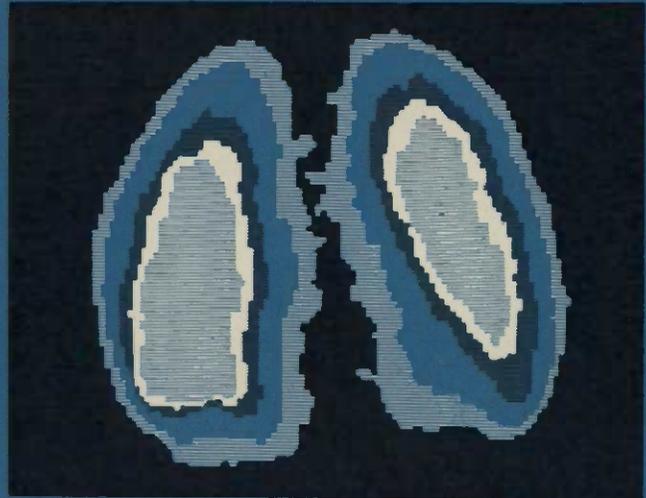
Siehe wissenschaftlichen Prospekt.

### Dosierung:

Spray/Nasentropfen: Für Erwachsene und Kinder über 6 Jahre. Bei Rhinopront Spray wird die Olive der Sprayflasche senkrecht in jede Nasenöffnung eingeführt und durch ein- bis zweimaligen kräftigen Druck bei gleichzeitigem Einatmen in die Nase gesprüht. Von Rhinopront Nasentropfen werden je nach Bedarf 2-4 Tropfen in beide Nasenöffnungen eingeträufelt. Rhinopront Nasentropfen und Spray sollten nicht häufiger als alle 4 Stunden angewendet werden.

# Aminophyllin® retard

A 777



Lungen-Szintigraphie dokumentiert:

## Bronchospasmolyse ist viel. Aminophyllin® ist mehr.

### Aminophyllin® gibt Sicherheit, daß wiederbelüftete Lungenbezirke auch durchblutet werden.

Aminophyllin® ist ein geschütztes Warenzeichen.

#### Indikationen:

Bronchitisches Syndrom,  
Asthma bronchiale,  
chronische Bronchitis,  
Emphysebronchitis.

#### Zusammensetzung:

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

**Kontraindikationen:**  
keine

#### Dragees retard:

zu 350 mg  
20 St. = DM 11,45  
50 St. = DM 25,75  
zu 175 mg  
20 St. = DM 8,55  
50 St. = DM 19,05

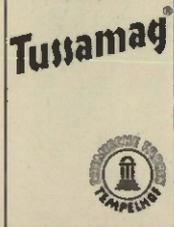
#### Zusätzlich im Handel:

Ampullen, Suppositorien, Tabletten.

 **PROMONTA  
HAMBURG**



Der  
"Tussamag"  
Baum\*



\* Die Blätter  
der Edelkastanie (*Castanea vesca*)  
geben den Extrakt für  
unser „Tussamag“.

# Tussamag®

auf rein pflanzlicher Basis

#### Indikationen/Zusammensetzung

**Expectorans**  
Extr. Fol. *Castanea vesca* II, 8,45 g, Extr. Thymi R. 9,0 g, Acid. benzoic. 0,125 g,  
Saponin 0,1 g, Sacch. 52 g, Aq. destil. ad 100 g

**Parulas, Reiz- und Krampfhusten**  
Tussamag mit 0,1 % Codein, phosphoricum

**Expectorans**  
Extr. Fol. *Castanea vesca* II, 26,1 g, Extr. Thymi R. 16,9 g, Acid. benzoic. 0,35 g,  
Saponin 0,5 g, Ephedrin, hydrochl. 0,5 g, Glycerin 5,0 g, Alkohol 10 g,  
Sacch. 20 g, Aq. destil. ad 100 g

**Akute und chronische Katarrhe  
der oberen Luftwege**  
Tussamag-Tropfen mit 0,5 % Codein, phosphoricum

**Paruloses Expectorans**  
Ol. Terabinth. 5 g, Camphora 6 g, Ol. Pini pum. 2,5 g, Ol. Thymi 2 g,  
Ol. Eucalypti 2 g, Ol. Rosmarini 1,5 g, Ol. Macidis 0,5 g, Menthol 2,8 g,  
Guajacol 1,25 g, Salbegrundlage ad 100 g

**Reiz- und Krampfhusten, Grippe**  
Extr. Thymi spiss. 20 mg, Extr. *Castanea vesca*, aq. spiss. 20 mg,  
Ol. Thymi 4 mg, Althypapaverin hydrochloric 20 mg

**Kontraindikationen** (nur bei den codeinhaltenen Formen)  
Zustände die mit Einschränkung der Atmefunktion einhergehen,  
Langzeitverabreichung bei chronischer Obstipation.

#### Handelsformen/Preise

200 g, DM 6,95 m. U.

mit Codein\* 120 g, DM 7,10 m. U.

Tropfen 20 g, DM 3,95 m. U.

Tropfen mit Codein\* 20 g, DM 4,95 m. U.

parulose 20 g, DM 4,70 m. U.

Zäpfchen für 5 Stück, DM 3,40 m. U.

Kinder und 10 Stück, DM 5,20 m. U.

Bäuglinge

\*verschreibungspflichtig

Nasentropfen für Kinder: Kindern von 2–6 Jahren werden je nach Bedarf 1–2 Tropfen in jedes Nasenloch eingeträufelt. Rhinopront Nasentropfen für Kinder sollten nicht häufiger als alle 4 Stunden angewendet werden.

Handelsformen und Preise:

Rhinopront Spray: Originalpackung mit 10 ml DM 4,75;

Rhinopront Nasentropfen: Originalpackung mit 10 ml DM 3,85;

Rhinopront Nasentropfen für Kinder: Originalpackung mit 10 ml DM 3,75.

Weitere Handelsformen von Rhinopront:

Rhinopront Kapseln: Originalpackungen mit 10 und 20 Kapseln DM 5,95 und 10,75; Anstaltspackungen mit 200 und 500 Kapseln.

Rhinopront Saft: Originalpackung mit 100 g DM 5,95; Anstaltspackung mit 10 x 100 g.

Hersteller:

Heinrich Mack Nachf., 7918 Illertissen

#### Pernionin® Gel

Perkutanes Antirheumatikum und Antineurologikum zur Förderung der peripheren Zirkulation

Zusammensetzung:

100 g enthalten: Methylsalicylet 0,2 g, Nicotinsäure-benzylester 0,3 g, Nicotinsäure-methylester 0,3 g, Nonylsäure-vanillyleimid 0,006 g.

Indikationen:

Gelenk- und Muskelrheumatismus, Hexenschuß, Ischies und andere neurologische Beschwerden (z. B. Schulter-Arm-Schmerzen), kurmäßige Behandlung degenerativer Erkrankungen der Gelenke und der Wirbelsäule, Fußbeschwerden (z. B. am Ballen bei Einwärtsstellung der Großzehe), funktionelle periphere Durchblutungsstörungen bzw. Zirkulationsstörungen, Sehnscheiden- und Schleimbeutelentzündungen, Muskelkrämpfe, schmerzhafte Muskelhärtungen, Muskelkater, Zerrungen, Prellungen, Quetschungen, Verstauchungen, Vorbeugung und Behandlung von Muskel-, Bänder- und Sehnschädigungen bei Sportlern (z. B. vor dem Training oder Wettkampf), unterstützend bei orthopädischen Maßnahmen, Unfallnachbehandlung.

Kontraindikationen und Nebenwirkungen:

Nicht bekannt.

Hinweis:

Pernionin Gel nicht ins Gesicht, in die Augen oder auf die Schleimhäute bringen.

Dosierung:

Pernionin Gel 1–3 x täglich etwa messerrückendick auf die zu behandelnden Hautgebiete auftragen und mit den Fingerspitzen leicht einmassieren.

Handelsformen und Preise:

O. P. mit 50 g Gel DM 7,40; O. P. mit 100 g Gel DM 13,30.

Hersteller:

Krewel-Werke GmbH, 5208 Eitorf

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

(Zusammengestellt aufgrund der Wochenmeldungen)

Die schon im Juni auf einen sommerlichen Tiefstand gesunkene Scharlach-Meldeziffer nahm im Juli geringfügig zu, nämlich von 27 auf 29 Fälle je 100 000 Einwohner, jeweils auf ein Jahr umgerechnet. Die Erkrankungsziffer an übertragbarer Hirnhautentzündung sonstiger, nicht durch Meningokokken verursachter

Formen stieg von 6 im Juni auf 10 im Berichtsmonat je 100 000 Einwohner. Im Juli vorigen Jahres waren solche Erkrankungen jedoch mehr als dreimal so häufig wie im Juli dieses Jahres aufgetreten.

Merklich häufiger wurden im Juli Erkrankungen an Salmonellose gemeldet. Die

Erkrankungsziffer stieg von 35 im Juni auf 63, erreichte demit aber noch nicht den Juli-Wert des Jahres 1976 von 84, jeweils auf 100 000 Einwohner bezogen. Geringfügig erhöhte sich die Erkrankungshäufigkeit an Hepatitis infectiosa von 21 im Juni auf 23 im Berichtsmonat je 100 000 Einwohner.

## Neuerkrankungen und Sterbefälle in der Zeit vom 4. bis 31. Juli 1977 (vorläufiges Ergebnis)

Gebiet	1		2		3		4		5		6		7		8		9		10		11		12	
	Diphtherie		Scharlach		Kinderlähmung		Übertragbare				Gehirnentzündung		Typhus abdominalis		Paratyphus A und B		Bakterielle Ruhr (ohne Amöbenruhr)		Enteritis infectiosa				Botulismus	
							Hirnhautentzündung		Salmonellose										übrige Formen		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	-	-	111	-	-	-	-	-	27	1	2	-	-	-	1	-	11	-	207	1	-	-	-	-
Niederbayern	-	-	16	-	-	-	2	-	6	-	-	-	-	-	-	-	1	-	35	-	-	-	-	-
Oberpfalz	-	-	9	-	-	-	1	-	4	-	1	-	-	-	-	-	-	-	36	-	-	-	-	-
Oberfranken	-	-	24	-	-	-	-	-	19	-	-	-	-	-	-	-	-	-	35	1	11	-	-	-
Mittelfranken	-	-	25	-	-	-	2	1	10	-	2	1	1	-	1	-	-	-	72	-	-	-	-	-
Unterfranken	-	-	22	-	-	-	6	-	11	-	-	-	-	-	2	-	-	-	76	1	1	-	-	-
Schwaben	-	-	32	-	-	-	4	-	3	-	-	-	-	-	-	-	-	-	60	1	2	-	-	-
Bayern	-	-	239	-	-	-	15	1	80	1	5	1	1	-	4	-	12	-	521	4	14	-	-	-
München	-	-	61	-	-	-	-	-	5	-	-	-	-	-	1	-	1	-	94	-	-	-	-	-
Nürnberg	-	-	8	-	-	-	-	-	6	-	-	-	1	-	1	-	-	-	12	-	-	-	-	-
Augsburg	-	-	2	-	-	-	1	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	6	-	-	-	-	-
Regensburg	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	6	-	-	-	-	-
Würzburg	-	-	4	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	1	-	-	-	20	-	-	-	-	-
Fürth	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	4	-	-	-	-	-
Erlangen	-	-	2	-	-	-	-	-	2	-	-	-	-	-	-	-	-	-	8	-	-	-	-	-

Gebiet	13		14		15		16		17		18		19		20		21		22		23		24	
	Hepatitis infectiosa		Ornithose				Mikrosporidie		Amöbenruhr		Brucellose übrige Formen		Leptospirose übrige Formen		Malaria Erst-erkrankung		Q-Fieber		Toxoplasmosis		Wundstarrkrampf		Verdachtsfälle von Tollwut <sup>3)</sup>	
			Psittacose		übrige Formen																			
	E ST		E ST		E ST		E ST		E ST		E ST		E ST		E ST		E ST		E ST		E ST		E ST	
Oberbayern	77	1	-	-	-	-	-	-	3	1	-	-	1	1	5	-	1	-	4	-	-	-	-	90
Niederbayern	12	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	1	-	-	-	-	-	-	-
Oberpfalz	7	-	-	-	-	-	-	-	-	-	1	-	-	-	-	-	-	-	1	-	-	-	-	3
Oberfranken	17	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	2	-	-	-	-	14
Mittelfranken	38	1	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	4	-	-	-	2	-	-	-	-	2
Unterfranken	22	-	-	-	-	-	1	-	-	-	1	-	-	-	-	-	-	-	-	-	1	1	-	2
Schwaben	19	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	1	-	2	-	-	-	1	-	-	-	-	16
Bayern	192	2	-	-	-	-	1	-	3	1	2	-	2	1	11	-	2	-	10	-	1	1	-	127
München	33	-	-	-	-	-	-	-	3	1	-	-	-	-	4	-	1	-	1	-	-	-	-	78
Nürnberg	12	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	1	-	-	-	2	-	-	-	-	-
Augsburg	4	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	1
Regensburg	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Würzburg	-	-	-	-	-	-	1	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	1
Fürth	4	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	1	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Erlangen	4	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	1	-	-	-	-	-	-	-	-	-

\*) Bericht des Bayerischen Statistischen Landesamtes.

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

2) „ST“ = Sterbefälle.

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

# Die größere Chance für Blutdrucksenkung

## TORRAT®

Schonende, zuverlässige

Blutdrucksenkung: bei 84 %

Gute Verträglichkeit: bei 95 %

Einfache Dosierung: 1-2 Tabl.tägl

(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:** Es empfiehlt sich, die Behandlung  
mit 1 Tablette täglich zu beginnen. Bei unzu-  
reichender Wirkung kann die Dosis nach  
ca. 14 Tagen auf 2 x 1 Tablette täglich erhöht

werden. Bei Bedarf kann im Abstand von  
14 Tagen die Dosis weiter um jeweils  
1 Tablette bis maximal 4 Tabletten täglich  
erhöht werden.

**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.

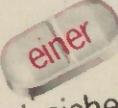
**Nebenwirkungen und Hinweise:**

Bei jeder blutdrucksenkenden Behandlung  
kann vereinzelt Schwindelgefühl, Herzklopfen,  
Schweißausbruch oder Müdigkeit auftreten.  
Beschwerden von seiten des Magen-Darm-

# Ihre Hochdruckpatienten: + Kardioprotektion



## Neueinführung

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

# TORRAT<sup>®</sup>

als, wie Übelkeit, Brechreiz, kommen  
einzelnt vor.  
latenter und manifester Herzinsuffizienz  
te vor der Behandlung bzw. beim Auftreten  
er Herzinsuffizienz unter der Behandlung  
Torrat ausreichend digitalisiert werden.  
iumhaushalt, Blutzucker und Harnsäure  
d wegen der Saluretika-Komponente regel-  
Big zu kontrollieren.  
metabolischer Azidose muß die verminderte  
prechbarkeit des Herzens auf sympathische  
ze beachtet werden. Bei frischem Herzinfarkt

und Narkose ist auf Herz und Kreislauf beson-  
ders zu achten. Bei rascher Blutdrucksenkung  
kann es, besonders zu Beginn der Therapie,  
zur Verminderung 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 gem unser  
Mitarbeiter im wissenschaftlichen Außendienst.

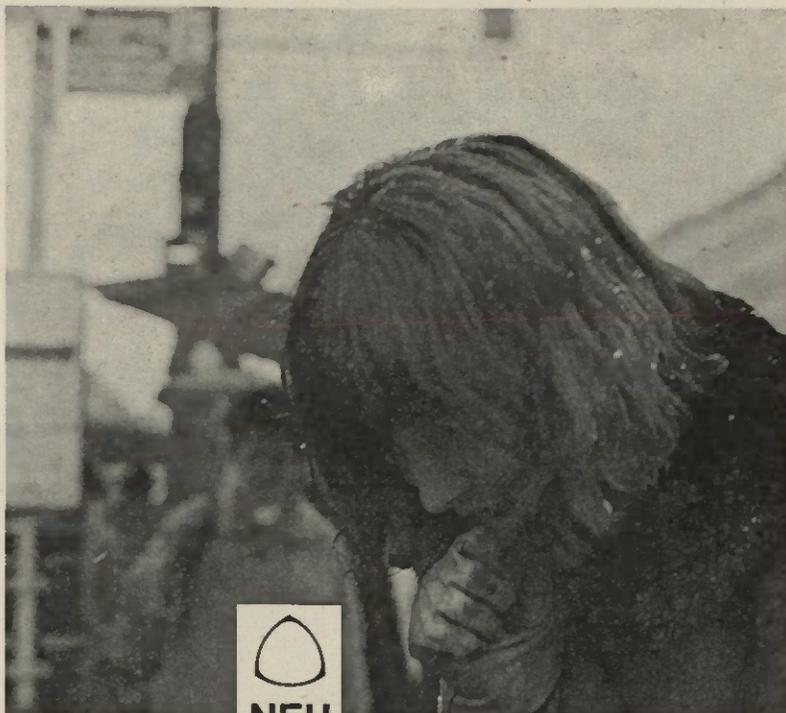
## Kongreßkalender

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.

### November 1977

- 1.-4. **München:** Tagung über Experimentelle Therapien des Alkoholismus (ETA). — Auskunft: IFT — Therapieforschung GmbH, Parzivalstraße 25, 8000 München 40.
- 2.-11. **Neuherberg:** Spezialkurs für ermächtigte Ärzte. — Auskunft: Kurssekretariat des Instituts für Strahlenschutz der GSF, Ingolstädter Landstraße 1, 8042 Neuherberg.
- 3.-6. **Wien:** 3. Internationaler Verkehrs- und Kraftfahrmedizinischer Kongreß. — Auskunft: Kongreßbüro der Ärztlichen Kraftfahrvereinigung Österreichs, Weihburggasse 10-12, A-1010 Wien.
- 4.-5. **Bayreuth:** 5. Kongreß der Gesellschaft für Gastroenterologie in Bayern e. V. — Auskunft: Kongreßbüro der Medizinischen Universitätsklinik, Frau Schatt, Krankenhausstraße 12, 8520 Erlangen.
- 4.-6. **Ambach:** Weidenkammer Ärztgespräche. — Auskunft: Dr. M. Stübler, Waldhausklinik, 8901 Deuringen.
- 4.-6. **Baden-Baden:** Krebskongreß 1977. — Auskunft: Dr. S. Rilling, Klagenfurter Straße 4, 7000 Stuttgart 30.
- 4.-6. **Erlangen:** Arbeitsmedizinischer Wochenendkurs. — Auskunft: Bayerische Landesärztekammer, Mühlbaurestraße 16, 8000 München 80.
5. **München:** 3. Seminar der II. Universitäts-Frauenklinik (Thema: Kindergynäkologie). — Auskunft: Bayerische Landesärztekammer, Mühlbaurestraße 16, 8000 München 80.
- 7.-9. **Erlangen:** Kurs für Funktionsassistentinnen und Medizinisch-Technisches Personal. — Auskunft: E. Bergmann, Sportmedizinische Abteilung der Medizinischen Poliklinik der Universität Erlangen-Nürnberg, Östliche Stadtmauerstraße 29, 8520 Erlangen.
- 7.-11. **Düsseldorf:** Systemforschung im Gesundheitsdienst. — Auskunft: Akademie für öffentliches Gesundheitswesen, Auf'm Hennekamp 70, 4000 Düsseldorf.
- 7.-18. **Isny-Neutrechburg:** 2. Kurs der Deutschen Gesellschaft für manuelle Medizin. — Auskunft: Dr. K. Sell, 7972 Isny-Neutrechburg.
- 10.-12. **Essen:** Grundkurs zum Strahlenschutz für Röntgendiagnostik, Röntgentherapie und Nuklearmedizin. — Auskunft: Haus der Technik e. V., Postfach 767, 4300 Essen 1.
- 10.-12. **Wuppertal:** VIII. Notfallsymposium (Thema: Akute Herz- und Kreislaufinsuffizienz). — Auskunft: Dr. Rolle, Chirurgische Klinik des Ferdinand Sauerbruch-Klinikums, 6500 Wuppertal 1.
- 10.-13. **Stuttgart:** 14. Stuttgarter Fortbildungskongreß für praktische Medizin mit Heilmittelausstellung. — Auskunft: Bezirksärztekammer Nordwürttemberg, Jahnstraße 32, 7000 Stuttgart 70.
- 11.-12. **Bad Nauheim:** 14. Tagung der Gesellschaft für Pädiatrische Radiologie. — Auskunft: Professor Dr. W. Schuster, Feulgenstraße 12, 6300 Gießen.
- 11.-12. **Berlin:** Internationales Schock-Symposium. — Auskunft: Professor Dr. J. B. Brückner, Spandauer Damm 130, 1000 Berlin 19.
- 11.-13. **Erlangen:** 9. Seminar der Sportmedizinischen Abteilung (Thema: Sport und Medikamente). — Auskunft: Dr. B. Moser, Medizinische Poliklinik der Universität, Östliche Stadtmauerstraße 29, 8520 Erlangen.
- 11.-13. **Salzburg:** Gemeinsame Tagung der Österreichisch-Schweizerischen und Deutschen Gesellschaft für Zytologie. — Auskunft: Professor Dr. R. Neuhold, Vorstand des Pathologischen Instituts am Landeskrankenhaus, Steyr/Österreich.
12. **Würzburg:** Fortbildungstagung für Allgemeinärzte, praktische Ärzte und Kinderärzte. — Auskunft: Sekretariat Professor Dr. Dr. Leydecker, Josef-Schneider-Straße 11, 8700 Würzburg.
- 12.-13. **Hennel:** Sportärzte-Fortbildungslehrgang. — Auskunft: Dr. D. Schnell, Otto-Willach-Straße 2, 5207 Ruppichteroth.
- 13.-16. **Hennover:** XVIII. Fortbildungstagung des Berufsverbandes der Fechärzte für Orthopädie. — Auskunft: Berufsverband der Fachärzte für Orthopädie, Stefenienstraße 88, 7500 Karlsruhe 1.
- 13.-20. **Wiesbaden:** Tagung des Berufsverbandes der Augenärzte Deutschlands. — Auskunft: Berufsverband der Augenärzte Deutschlands e. V., Wildenbruchstraße 21, 4000 Düsseldorf-Oberkassel.
- 14.-16. **Linz:** 20. Tagung der Deutschen Gesellschaft für Hämatologie gemeinsam mit der Tagung der Österreichischen Gesellschaft für Hämatologie. — Auskunft: Sekretariat Professor Dr. H. Huber, Öffentliches Krankenhaus der Barmherzigen Schwestern, Langgasse 16, A-4010 Linz.
- 15.-17. **Hamm:** Extremitätenkurs (Ausbildungskurs E 3). — Auskunft: Ärzteseminar Hamm (FAC) e. V., Ostentelée 80, 4700 Hamm.
- 15.-18. **Neuherberg:** Grundkurs im Strahlenschutz für Ärzte. — Auskunft: Kurssekretariat des Instituts für Strahlenschutz der GSF, Ingolstädter Landstraße 1, 8042 Neuherberg.
- 16.-20. **Düsseldorf:** Medica '77. — Auskunft: Deutsche Gesellschaft zur Förderung der Medizinischen Diagnostik e. V., Jehnstraße 32, 7000 Stuttgart 70.
- 17.-19. **Berlin:** 41. Jahrestagung der Deutschen Gesellschaft für Unfallheilkunde. — Auskunft: Professor Dr. G. Dotzauer, Institut für Gerichtliche Medizin der Universität, Melatengürtel 60, 5000 Köln 30.
- 18.-20. **Erlangen:** Arbeitsmedizinischer Wochenendkurs. — Auskunft: Bayerische Landesärztekammer, Mühlbaurestraße 16, 8000 München 80.

# Wir erweitern unsere Palette gegen Husten



- bronchospasmolytisch
- schleimhautabschwellend
- antiallergisch
- entzündungshemmend
- hustenstillend
- sekretolytisch
- expektorierend
- analgetisch



## Paracodin<sup>®</sup> comp. Saft

ist mehr als ein Hustenpräparat –  
es erfaßt auch chronische  
und spastische Bronchialerkrankungen.

### Zusammensetzung

5 ml (= ca. 1 Teelöffel) enthalten 21,5 mg Bampin (Wirkstoff von Soventol<sup>®</sup>)citrat, 50 mg Guafenesin, 19,5 mg I-Ephedrinsulfat und 10 mg Dihydrocodein (Wirkstoff von Paracodin<sup>®</sup>) hydrogentartrat.

### Indikationen

Husten und Hustenreiz jeder Art, insbesondere bei Pharyngitis, Laryngitis, Tracheitis, Pertussis, Bronchitis, wie chronische und spastische Bronchitis, Emphysebronchitis sowie bei Asthma bronchiale und Bronchiektasien, Lungentuberkulose und Pneumokoniosen.

### Dosierung

Schulkinder erhalten ½-1 Teelöffel, Erwachsene 1-2 Teelöffel voll, bis zu 3 mal täglich.

### Nebenwirkungen

Bei empfindlichen Patienten kann es zum Auftreten von Nervosität, Herzklopfen, Zittern, Mundtrockenheit, Einschlafstörungen oder Verstopfung kommen. In diesen Fällen empfiehlt sich eine Dosisreduktion.

### Kontraindikationen

Hypertonie; Thyreotoxikose; schwere organische Herz- und Gefäßveränderungen, Rhythmusstörungen; Prostataadenom, Winkelblockglaukom; Langzeitverabreichung bei chronischer Obstipation.

### Besondere Hinweise

5 ml (= ca. 1 Teelöffel) Paracodin comp. Saft enthalten 500 mg Alkohol (Athanol). Paracodin comp. Saft kann auch bei bestimmungsgemäßem Gebrauch das Reaktionsvermögen so weit verändern, daß die Fähigkeit zur aktiven Teilnahme am Straßenverkehr oder zum Bedienen von Maschinen beeinträchtigt wird; dies gilt in verstärktem Maße im Zusammenhang mit Alkohol. Für Kinder unter 6 Jahren ist Paracodin comp. Saft nicht geeignet. In den ersten 3 Monaten einer Schwangerschaft ist die Verordnung von Paracodin comp. – entsprechend den heufigen Auffassungen über den Arzneimittelgebrauch durch werdende Mütter – kritisch abzuwägen.

### Handelsformen

50 g Saft O.-P. DM 4,65  
100 g Saft O.-P. DM 8,05



**KNOLL AG**  
6700 Ludwigshafen

# peripher peripher

Die periphere Unterbrechung  
des Hustenreflexes durch Ben-  
properin läßt die Therapie  
auch bei Zuständen mit ein-  
geschränkter Atemfunktion zu

# peripher peripher peripher



**Tussafug<sup>®</sup>-Saft**

## gegen Husten

Indikationen: Akuter und chronischer Husten, insbesondere Reiz-  
husten, auch bei Zuständen, die mit eingeschränkter Atemfunktion  
einhergehen. Auch für Diabetiker geeignet!

Zusammensetzung: 1 ml Saft enthält 4,88 mg Di-benproperin-  
embonat, entsprechend 3 mg Benproperin.

O.P. Flasche mit 150 ml 6,80 DM, A.P. 1500 ml (10 x 150 ml).

ROBUGEN GMBH · PHARMAZEUTISCHE FABRIK · ESSLINGEN/N

(Fortsetzung November 1977)

- 18.–20. **München:** 17. Bayerische Internistentagung. — Aus-  
kunft: Vereinigung der Fachärzte für Innere Medizin  
Bayerns e. V., Dr. R. Schindlbeck, Summerstraße 3,  
8036 Herrsching.
- 18.–20. **München:** 2. Süddeutscher Kongreß für physikali-  
sche Therapie und Sportphysiotherapie. — Aus-  
kunft: B. Blum, Leopoldstraße 41, 8000 München 40.
- 18.–20. **Saarbrücken:** Jahrestagung des Berufsverbandes  
Deutscher Anästhesisten. — Auskunft: Professor Dr.  
H. Hutschenreuter, Institut für Anästhesie, 6850  
Homburg.
- 18.–20. **Wien:** XIX. Jahreskongreß der Deutschen Gesell-  
schaft für Phlebologie und Proktologie, gemeinsam  
mit der Schweizerischen Gesellschaft für Phlebolo-  
gie. — Auskunft: Professor Dr. R. Santler, II. Uni-  
versitäts-Hautklinik, Alserstraße 4, A-1090 Wien.
- 19.–20. **Bernried:** Ergometrie-Wochenende. — Auskunft: Dr.  
H. Hotmann, Klinik Höhenried, 8131 Bernried.
- 19.–20. **Frankfurt:** 10. Gastroenterologie-Fortbildungskon-  
greß. — Auskunft: Privatdozent Dr. U. Leuschner,  
Medizinische Universitätsklinik, Theodor-Stern-Kai  
7, 6000 Frankfurt.
- 20.–24. **Hamm:** Extremitätenkurs (Ausbildungskurs E 2). —  
Auskunft: Ärzteseminar Hamm (FAC) e. V., Osten-  
allee 80, 4700 Hamm.
- 21.–24. **Neuherberg:** Spezialkurs im Strahlenschutz bei der  
Untersuchung mit Röntgenstrahlen für Ärzte. — Aus-  
kunft: Kursekretariat des Instituts für Strahlen-  
schutz der GSF, Ingolstädter Landstraße 1, 8042  
Neuherberg.
- 21.–25. **Düsseldorf:** Seminarwoche für Schul- und Jugend-  
ärzte. — Auskunft: Akademie für öffentliches Ge-  
sundheitswesen, Auf'm Hennekamp 70, 4000 Düs-  
seldorf.
21. 11.–  
2. 12. **München:** Arbeitsmedizinischer Fortbildungsleh-  
gang. — Auskunft: Bayerische Akademie für Arbeits-  
und Sozialmedizin, Pfarrstraße 3, 8000 München 2.
21. 11.–  
3. 12. **Berlin:** 16. Klinische Fortbildung der Kaiserin-  
Friedrich-Stiftung. — Auskunft: Kaiserin-Friedrich-  
Stiftung für das ärztliche Fortbildungswesen, Städti-  
sches Rudolf-Virchow-Krankenhaus, Augustenbur-  
ger Platz 1, 1000 Berlin 65.
- 24.–26. **Essen:** Spezialkurs im Strahlenschutz beim Um-  
gang mit offenen radioaktiven Stoffen (Vorausset-  
zung für die Teilnahme an diesem Kurs ist der  
Besuch eines 24stündigen Grundkurses). — Aus-  
kunft: Haus der Technik e. V., Postfach 767, 4300  
Essen.
24. 11.–  
8. 12. **Teneriffa:** 2. Deutsch-spanischer Seminar-Kongreß.  
— Auskunft: Kongreßdienst Deutscher Kassenarzt-  
verband, Ärztehaus Hamburg, Humboldtstraße 56,  
2000 Hamburg 76.
- 25.–26. **München:** 3. Klinisch-kardiologisches Wochenend-  
seminar. — Auskunft: Bayerische Landesärztekem-  
mer, Mühlbaurstraße 16, 8000 München 80

- 25.-27. **Köln:** NAV-Bundeshauptversammlung. — Auskunft: Verband der niedergelassenen Ärzte Deutschlands (NAV) a. V., Belfortstraße 9/III, 5000 Köln 1.
28. 11.- **Neuherberg:** Spezialkurs\* im Strahlenschutz beim Umgang mit offenen radioaktiven Stoffen für Ärzte. — Auskunft: Kurssekretariat des Instituts für Strahlenschutz der GSF, Ingolstädter Landstraße 1, 8042 Neuherberg.
28. 11.- **Sonthofen:** Ärztliche Fortbildung in der Gesundheitsvorsorge: Gesundheitsvorsorge im Management. — Auskunft: Deutsche Gesellschaft für Gesundheitsvorsorge e. V., Frau Dr. G. Eberlein, Driescher Hecke 19, 5090 Leverkusen.
30. 11.- **München:** Wirbelsäulenkurs (Ausbildungskurs W 2).  
4. 12. — Auskunft: Ärzteseminar Hamm (FAC) a. V., Ostentallee 80, 4700 Hamm.

**Titelbild**

**Schedel: Weltchronik. 1493.**  
— Stadtarchiv München —

**Bellagenhinweis:**

Dieser Ausgabe ist ein Prospekt beigelegt der Firma **Benechemia GmbH, München.**

„Bayerisches Ärzteblatt“. Herausgeber und Verleger: Bayerische Landesärztekammer, Mühlaburstraße 16, 8000 München 80, Telefon (089) 41 47-1. Schriftleitung: Professor Dr. med. Hans Joachim Sewering, Dr. med. Hermann Braun, Dr. med. Friedrich Kolb, Dr. med. Kurt Stordeur — verantwortlich für den Inhalt: Rita Horn. Die Zeitschrift erscheint monatlich mit regelmäßigem Varlegerbeilage „Bayerische Akademie für ärztliche Fortbildung“.

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, Postfach, Sonnenstraße 29, 8000 München 2, Telefon 55 80 81, 55 62/41-48, Fernschreiber: 05/23 662, Telegrammadresse: atlasprass. Für den Anzeigenteil verantwortlich: Ernst W. Scharshinger, München.

Druck: Druckerei und Verlag Hans Zauner Jr., 8060 Dachau.

Alle Rechte, insbesondere das Recht der 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 des Einverständnis zur vollen oder auszugsweisen Veröffentlichung vorausgesetzt, wenn gegenteilige Wünsche nicht besonders zum Ausdruck gebracht werden.

ISSN 0005-7126

Bei Orthostase-Beschwerden

# Reaktiviert venös versacktes Blut Aktiviert die arterielle Versorgung

## Amphodyn®



**retard**  
Reguliert doppelt:  
Venös und arteriell.



8 München 40

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

**Am Krankenhaus mit Rehabilitationsklinik für Rückenmarkverletzte  
Hohe Warte, Bayreuth**

Ist die planmäßige Stelle des

### **Oberarztes der Urologischen Abteilung**

mit einer fachlich versierten Persönlichkeit zu besetzen.

Die Einstellung kann im Angestelltenverhältnis oder, sofern die beamtenrechtlichen Voraussetzungen vorliegen, im Beamtenverhältnis erfolgen. Geboten wird weiterhin eine große Neubau-Wohnung im Krankenhauskomplex und Beteiligung am Abteilungspool.

Die Universitäts- und Festspielstadt Bayreuth liegt in landschaftlich reizvoller Umgebung mit Ausflugsmöglichkeiten in das nahe Fichtelgebirge, den Frankenwald und die Fränkische Schweiz. Sämtliche weiterführenden Schulen sind am Ort.

Sollten Sie an einer Mitarbeit als Stellvertreter des Chefarztes interessiert sein, bitten wir um Kontaktaufnahme mit Chefarzt Dr. Söllner, Telefon (09 21) 801, und um Ihre Bewerbung mit den üblichen Unterlagen an das

**Landesversorgungsamt Bayern  
Personalabteilung  
Pilgersheimer Straße 20  
8000 München 90**

### **Leitender Arzt Leitender Oberarzt Psychiater**

zum baldmöglichsten Eintritt von einer psychosomatischen Klinik im Allgäu gesucht.

Ausbildung in der Einzel- und Gruppenpsychotherapie erwünscht.

Erfahrung mit Alkohol- und Tablettenabhängigen begrüßt.

Weitgehend selbständige Tätigkeit. Oberdurchschnittliche Dotierung.

Bewerbungen erbeten an die

**Verwaltung der Hochgebirgsklinik  
Dr. B a u m a n n  
8984 Riezlern-Schwende/Kleinwalsertal  
Telefon (0 83 29) 53 11**

Im

### **Städtischen Krankenhaus Weiden i. d. OPf.**

Ist zum nächstmöglichen Termin in der

#### **Chirurgischen Abteilung (Chefarzt: O.-Med.-Dir. Dr. Weiß)**

zur vollen Weiterbildung ermächtigt, die Stelle eines

### **Assistenzarztes (-ärztin)**

neu zu besetzen.

Das Städtische Krankenhaus Weiden ist ein Krankenhaus der Hauptversorgung mit 642 Betten und acht Fachabteilungen (Chirurgie, Innere Medizin, Anästhesie, Geburtshilfe-Gynäkologie, Pädiatrie, Radiologie, Pathologie und Urologie).

Die Vergütung richtet sich nach Verg.-Gr. II/1 b BAT mit zusätzlicher Bereitschaftsdienstvergütung; sonstige Sozialleistungen des öffentlichen Dienstes und Poolbeteiligung entsprechend dem Weiterbildungsstand.

Die Stadt Weiden hat 43 000 Einwohner. Alle schulischen, gesellschaftlichen und sportlichen Einrichtungen sind vorhanden. In unserer reizvollen Umgebung finden Sie alle Möglichkeiten der Erholung sowie gute Sommer- und Wintersportmöglichkeiten.

Die Verwaltung ist bei der Beschaffung einer Wohnung behilflich.

Bewerbungen mit den üblichen Unterlagen bitten wir zu richten an

**Verwaltung des Städtischen Krankenhauses Weiden  
Postfach — 8480 Weiden in der Oberpfalz**

Am **Kreiskrankenhaus Burglengenfeld** ist zum 1. September 1977 die Stelle des

## Oberarztes (-ärztin)

gleichzeitig Chefarztvertreter der Inneren Abteilung (70 Betten), zu besetzen.

Das Krankenhaus ist als Grundversorgungs Krankenhaus der Versorgungsstufe I im Bedarfsplan des Landes Bayern zur dauernden Förderung ausgewiesen. Es verfügt neben den Hauptabteilungen für Innere Medizin und Chirurgie über eine Gynäkologisch-Geburts-hilfliche Belegabteilung.

Die medizinisch-technische Ausrüstung der Abteilungen ist sehr gut, das Haus verfügt über eine moderne Röntgen-Einrichtung (z. B. Sireskop III mit Bildverstärker-Fernsehkette), einem apparativ vorbildlichen Labor, einem modernen Operations-Trakt.

Neben der gesamten Inneren Medizin wird schwerpunktmäßig Gastroenterologie betrieben. Hierfür stehen alle endoskopischen Einrichtungen zur Verfügung.

Neben der Vergütung nach Vergütungsgruppe Ia oder 1b BAT und den üblichen Sozialleistungen werden auch Einnahmen durch übertarifliche Bereitschaftsdienstvergütung, aus dem Ärztepool und Gutachtergebühren geboten.

Die Stadt Burglengenfeld (10 000 Einwohner) liegt an der Naab in reizvoller Umgebung und bietet viele Sport- und Erholungsmöglichkeiten (Skilaufen im nahegelegenen Bayerischen Wald). Sämtliche weiterführenden Schulen sind am Ort. Die Universitätsstadt Regensburg mit ihrem kulturellen Angebot liegt nur 25 km entfernt.

Bei der Wohnungsbeschaffung in einer günstigen Wohnlage ist der Landkreis jederzeit behilflich.

Bewerbungen mit den üblichen Unterlagen werden unter Angabe des frühestmöglichen Eintrittstermines erbeten an das **Landratsamt, Postfach 154, 8460 Schwandorf**, oder an **Chefarzt Dr. H. Hiltner, Kreiskrankenhaus, 8412 Burglengenfeld, Telefon (0 94 71) 63 63**. Dr. Hiltner steht für telefonische Auskünfte auch gerne jederzeit abends zur Verfügung, Telefon privat (0 94 71) 13 49.

## Landesversicherungsanstalt Oberfranken und Mittelfranken, Bayreuth

Für unsere **Klinik Frankenwarte in Bad Steban/Frankenwald** mit 190 Betten suchen wir

### einen Stationsarzt

für sofort oder nach Vereinbarung.

Die Vergütung erfolgt je nach Vor- und Weiterbildung nach den einschlägigen Bestimmungen des BAT.

Bei Erfüllung der laufbahnrechtlichen Voraussetzungen ist Übernahme in das Beamtenverhältnis - Laufbahn des höheren Dienstes - möglich. Die Besoldung erfolgt im Rahmen des Bundesbesoldungsgesetzes.

Es handelt sich um eine moderne Rehabilitationsklinik für innere Krankheiten mit Bevorzugung der arteriellen Verschlusskrankheit, der Nachbehandlung von Infarkt-Kranken sowie aller Erkrankungsarten des rheumatischen Formenkreises und aller Stoffwechsellkrankheiten.

Modernste Einrichtungen wie diagnostische Abteilung mit klinisch-chemischem und physikalischem Labor, Herz-Kreislauf-Labor- und Röntgenabteilung einschließlich Fernsehen und Angiographie, stehen zur Verfügung.

#### Wir bieten:

- Aufstiegsmöglichkeiten
- Neuzzeitliche Appartements oder Familienwohnungen
- Preiswerte Voll- oder Teilverpflegung
- Umzugskosten, Beihilfen, zusätzliche Altersversorgung
- Bereitschaftsdienstvergütung nach SR 2c BAT
- Monatliche Sonderzulage
- Fortbildungsmöglichkeiten, Kongreßbesuche. Der Chefarzt ist zur Weiterbildung in Innerer Medizin für zwei Jahre ermächtigt.

Die Ausübung von Nebentätigkeiten wird im Rahmen der Richtlinien gestattet.

Schwimmbad und Sauna im Hause.

**Bad Steban** ist ein aufstrebendes bayerisches Staatsbad, landschaftlich schön zwischen Hof und Kronach im Frankenwald gelegen. Höhere Schulen in der nahe gelegenen Kreisstadt Naila und Hof.

Wenn Sie Interesse haben, richten Sie Ihre Bewerbung mit den erforderlichen Unterlagen (Lebenslauf, Lichtbild, Zeugnisse) an die **Landesversicherungsanstalt Oberfranken und Mittelfranken, Personalreferat, Leopoldstraße 1 und 3, 8580 Bayreuth**, oder direkt an den **Chefarzt LMD Dr. Presch, Klinik Frankenwarte, 8675 Bad Steban**, Telefon (0 92 88) 10 57.

Das Landratsamt Landshut sucht für das **Kreiskrankenhaus Vilsbiburg** zum Frühjahr 1978

## 1 Oberarzt für die Chirurgische Abteilung

mit der Zusage der **Chefarztnachfolge** in ein bis einetnhalf Jahren.

Das Kreiskrankenhaus Vilsbiburg verfügt über 220 Betten mit von hauptamtlichen Chefarzten geleiteten Fachabteilungen für Chirurgie, Innere Medizin, Gynäkologie/Geburtshilfe und Anästhesie mit Intensivabteilung, HNO-Belegarzt. Eine Schwesternschule für den Landkreis Landshut ist dem Krankenhaus angegliedert.

Die Chirurgische Abteilung (90 Betten) ist zum Durchgangsarztverfahren und Schwerverletztenartenverfahren zugelassen. Der Chefarzt ist zur Weiterbildung für fünf Jahre ermächtigt. Die anfallenden chirurgischen Röntgenleistungen werden von der Chirurgischen Abteilung erbracht.

Gesucht wird ein Facharzt mit überdurchschnittlich guter Ausbildung und langjähriger Klinikerverfahrung, der die Allgemeinchirurgie und Unfallchirurgie beherrscht. Da ein großer Teil des Krankengutes Unfallverletzte sind, soll der Bewerber auch die Teilbezeichnung für Unfallchirurgie besitzen.

Vilsbiburg ist eine niederbayerische Stadt mit 10 000 Einwohnern. Alle weiterbildenden Schulen sind am Ort. Es besteht gute Verkehrsverbindung nach München (eine Autostunde). Mit den Fachkliniken dieser Stadt herrscht gute Zusammenarbeit. Vilsbiburg gehört zum Großlandkreis Landshut (106 000 Einwohner ohne die Stadt Landshut) und ist 22 km von Landshut entfernt. Mit dem dortigen Krankenhäusern herrscht ebenfalls beste Zusammenarbeit.

Die Bezahlung ist der Stellung entsprechend. Ein Dienatvertrag wird gesondert festgelegt werden.

Bewerbungen erbeten an den

**Landrat des Landkreises Landshut, Hans Gieselbrechtlinger, 8300 Landshut**

oder an den

**Leitenden Chefarzt des Kreiskrankenhauses Vilsbiburg, Dr. med. Aloia Gaßner, Chirurg, 8313 Vilsbiburg.**

Der Landkreis Alach-Friedberg sucht für sein **Kreiskrankenhaus in Alach** (146 Betten) zum nächstmöglichen Zeitpunkt

## 2 Assistenzärzte und 1 Medizinalassistenten

für die Chirurgische Abteilung.

Die Chirurgische Abteilung verfügt über 60 Betten. Weiterbildung für drei Jahre durch den hierzu ermächtigten Arzt.

Alle weiterführenden Schulen, wie z. B. Gymnasium und Realschule, sind am Ort. Hoher Freizeitwert (nach Augsburg in 20 Auto-Minuten, nach München in 30 Auto-Minuten).

Schriftliche Bewerbungen mit den üblichen Unterlagen werden erbeten an die **Haupt- und Personalabteilung des Landratsamtes Alach-Friedberg, Schloßplatz 7, 8890 Alach.**

## Die Landesversicherungsanstalt Oberfranken und Mittelfranken

In Bayreuth sucht für Ihre

### Frankenland-Klinik in Bad Windsheim

einen

## Stationsarzt

Die Vergütung wird je nach Berufserfahrung und Facharztanerkennung nach den einschlägigen Bestimmungen des BAT gewährt.

Bei Erfüllung der laufbahnrechtlichen Voraussetzungen ist Übernahme in das Beamtinnenverhältnis – Laufbahn des höheren Dienstes – möglich. Die Besoldung erfolgt im Rahmen des Bundesbesoldungsgesetzes.

Wir bieten alle Vergünstigungen des öffentlichen Dienstes, Unterkunftsmöglichkeiten in Einzelzimmern, Appartements oder Wohnung, Ausübung von Nebentätigkeit im Rahmen der Richtlinien.

Weiterführende Schulen am Ort.

Die 1965 nach neuzzeitlichen Gesichtspunkten erbaute Fachklinik für Innere Krankheiten (235 Betten) ist mit einer modernen diagnostischen, balneologischen und physikalischen Abteilung und Einrichtungen für Röntgen, Labor, EKG, Endoskopie und Gastroenterologie ausgestattet. Der Chefarzt ist für zwei Jahre zur Weiterbildung in Innerer Medizin ermächtigt.

Bitte richten Sie Ihre Bewerbung an die

**Landesversicherungsanstalt Oberfranken und  
Mittelfranken – Personalreferat –  
Leopoldstraße 1 und 3, 8580 Bayreuth,**

oder direkt an die Verwaltung der

**Frankenland-Klinik,  
Schwarzallee 1, 8532 Bad Windsheim,  
Telefon (0 98 21) 20 21**

Im Zentrum für psycho-physische Gesundheitsvorsorge „Gesundheitspark“ in München ist ab Herbst 1977 die Stelle des

## Leitenden Arztes

neu zu besetzen.

Der Bewerber, möglichst ein Psychiater bzw. Internist, sollte über Psychotherapieausbildung und Erfahrung in Gruppentherapie verfügen. Erforderlich sind sowohl Interesse an sozialpsychiatrischem Arbeiten, wie auch die Fähigkeit, bewegungs- und hydrotherapeutische Programme ärztlich zu überwachen.

Festanstellung für 20 bis 30 Wochenstunden gemäß öffentlichen Dienst nach BAT und kommunale Zusatzleistungen. Darüber hinaus kann die Abrechnung von Einzeltherapieleistungen im Ermächtigungsverfahren durch die Kassenärztliche Vereinigung ermöglicht werden.

Schriftliche Bewerbungen mit Zeugnissen, Lichtbild, Lebenslauf usw. bitte richten an:

Gesundheitspark, Spiridon-Loula-Ring, 8000 München 40

## Der Landkreis Rottal-Inn

sucht zum baldmöglichsten Termin für die  
**Gynäkologisch-geburtshilfliche Abteilung**  
beim Kreiskrankenhaus Eggenfelden

## 1 deutschen Assistenzarzt für Gynäkologie

der die Weiterbildung anstrebt.

Das Kreiskrankenhaus in Eggenfelden mit 300 Planbetten – Gynäkologie, Geburtshilfe 49 Planbetten – wurde im Mai 1974 in Betrieb genommen.

Es hat folgende Fachdisziplinen:

**Chirurgie ● Intern ● Gynäkologie ● Anästhesie ●  
HNO ● Augen ● und Orthopädie ●**

Dem Haus ist ein Personalwohnheim und eine Pflegeschule angeschlossen.

Eggenfelden ist eine aufstrebende Stadt im ostbayerischen Raum mit allen Schulen, eigenem Theater. Eine Stunde Autofahrt zum Chiemsee, in die Bayerischen Alpen, nach München und Salzburg.

**Geboten werden:**

- Einstufung nach BAT bzw. KAV-AT
- Bereitschaftsdienstvergütung nach dem Tarifrecht
- Nebeneinnahmen durch Pool-Beteiligung
- sowie alle Vorteile des öffentlichen Dienstes und Wohnmöglichkeit im modernst ausgestatteten Personalwohnheim.

In der großzügig eingerichteten Abteilung der Gynäkologie werden alle vaginalen und abdominalen Operationsmethoden einschließlich Mammochirurgie, Mammographie und Laparoskopie, sowie moderne Geburtshilfe (CTG, MBU, Vidison) durchgeführt.

Persönliche Vorstellung erwünscht nach telefonischer Vereinbarung mit dem **Chefarzt für Gynäkologie, Dr. med. Wolfgang Siebert, Telefon (0 87 21) 801, Kreiskrankenhaus Eggenfelden.**

Bewerbungen sind erbeten an:

**Landratseml Rottal-Inn – Personalabteilung –  
Postfach 80, 8340 Pfarrkirchen, Telefon (0 85 61) 60 71**

## Ärztebesucherinnen

Arztfrauen oder fachlich vorgebildete Damen können bei uns selbständig und verantwortungsvoll tätig sein. Erforderlich ist Kontaktfreudigkeit und persönliche Ausstrahlung, um Ärzten unsere Präparate gewandt und überzeugend darzustellen.

Selbstverständlich ist: angemessenes Gehalt, Tagesspesen, Kilometergeld, Unfallversicherung. Besonderen Wert legen wir auf guten persönlichen Kontakt und eine auf gegenseitigem Vertrauen beruhende Zusammenarbeit.

Wenn Sie schon bei unserem nächsten Ausbildungskurs mit dabei sein wollen, schicken Sie uns doch bitte Ihre Bewerbung mit handschriftlichem, lückenlosen Lebenslauf, Lichtbild und allen Zeugniskopien rasch ein.

**Kytta-Werk Sauter KG  
7297 Alpirsbach/Schwarzwald  
Telefon (0 74 44) 20 11  
Med.-Wiss.-Abteilung**



## Praxis- gründung leicht gemacht!

Wenn Sie eine Praxis gründen wollen, sollten Sie  
zunächst einmal mit uns sprechen,  
denn hier sind wir Ihr  
zuverlässiger Partner!

- Wir beschaffen Ihnen überall die geeigneten Räume
- Wir projektieren Ihre gesamte Praxis speziell für jede Fachrichtung
- Wir erstellen Ihre gesamte Einrichtung
- Wir vermitteln günstige Finanzierungen
- Wir decken Ihren Nachholbedarf zu günstigsten Preisen
- Prompter Techn. Service u. Kundendienst

## rompel

Ing. Carl Rompel · 8 München 2  
Rückertstr. 5 · Tel. 089/530001-2

Seit über 50 Jahren der  
zuverlässige Partner für  
Arzt und Krankenhaus.

Die **Gemeinde Stubenberg** (Landkreis Rottal-Inn) mit den größeren Orten Prienbach und Stubenberg, 8 km von der Stadt Simbach am Inn entfernt, sucht dringend einen

### Praktischen Arzt

Die Gemeinde eragt dem Bewerber jegliche Unterstützung (Praxisräume usw.) zu.

Anfragen sind zu richten an die  
**Gemeinde Stubenberg, 8399 Prienbach/Inn.**

### Deutscher Internist

sucht Niederlassungsmöglichkeit als Praktischer Arzt. Falls möglich, Nähe böhmischer Grenze.

Zuschriften erbeten unter Nr. 331/674 an die Anzeigenverwaltung **BAYERISCHES ARZTEBLATT**, Sonnenstraße 29, 8000 München 2.

### Praktischer Arzt

sucht Mitarbeit, eventuell mit späterer Übernahme, in Stadt- oder Landpraxis, zwecks Einführung in kassenärztliche Tätigkeit.

Zuschriften erbeten an:  
**Dr. med. Johann Popa**  
Theresienhöhe 6/V/90  
8000 München 2

### Lehrstelle als Arzthelferin

gesucht. Mittlere Reife, 18 Jahre.

Zuschriften erbeten unter Nr. 331/692 an die Anzeigenverwaltung **BAYERISCHES ARZTEBLATT**, Sonnenstraße 29, 8000 München 2.

### Einsatzfreudige Arzthelferin

18 Jahre, sucht Stelle. Gute Kenntnisse im mittlerem Labor, Maschinenschreiben und Kesseneberechnung.

**Ursula Brocker**,  
Ellas-Hof-Str. 15, 8901 Stadtbergen, Telefon (08 21) 52 87 15

### Ärztin

für **Orthopädie**, Deutsche, sucht Möglichkeit zur Praxisübernahme oder Mitarbeit in Gemeinschaftspraxis.

Zuschriften erbeten unter Nr. 331/699 an die Anzeigenverwaltung **BAYERISCHES ARZTEBLATT**, Sonnenstraße 29, 8000 München 2

### Augenarzt

für **Praxisgemeinschaft** in süddeutscher Kleinstadt (Einzugsgebiet 50000 Einwohner) gesucht.

Zuschriften erbeten unter Nr. 331/684 an die Anzeigenverwaltung **BAYERISCHES ARZTEBLATT**, Sonnenstraße 29, 8000 München 2.

## JOSEF PONGRATZ

### Ärzte-, Krankenhaus- und Laborbedarf

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

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

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

## Die Behandlung v. Hautleiden u. -schäden

Ekzem, Psoriasis, Lichen, Dermatitis, Neurodermitis, Pruritus, Prurigo, Crusta lectione, Favus, Pityriasis sowie von Intertrigo, Dekubitus, Traumen und Ulcera mit

### BEFELKA-ÖL

Zus.: Öl. Hyperici 10 g, Öl. Calend. 5 g,  
Öl. Chamom. 3 g, Öl. Oliv. 3 g, Öl.  
Viol. tric 3 g, med. Weißöl 76 g, Arom.

Ärztemuster durch: 50 ml DM 4,80, 100 ml DM 8,30, 200 ml DM 14,55  
**BEFELKA-ARZNEIMITTEL**, Postfach 1351, 4500 Osnebrück

## Oberstufen

Grundstück ca. 2300 qm, dreigeschossige Bauweise, in exzeieter Wohnlage. Preis DM 180,- pro qm Verhandlungsbasis. Geeignet für Praxis, Sanatorium, Pensionshotel, Appartement-Wohnungen.

Zuschriften an: **SF Ingenieur-Bau GmbH, Dorstener Straße 3, 4281 Reesfeld**

## 8670 Hof/Saale

In zentraler Lage **80 bis 160 qm Räume**, geeignet für allgemeine und fachärztliche Praxis, zu vermieten.

Zuschriften erbeten unter Nr. 331/701 an die Anzeigenverwaltung **BAYERISCHES ARZTEBLATT**, Sonnenstraße 29, 8000 München 2.

### Zytologie

### Pathologe

nur auf Zytologie spezialisiert, sucht noch Einsender für gynäkologische oder extragenitale Zytologie.

Zuschriften erbeten unter Nr. 331/660 an die Anzeigenverwaltung **BAYERISCHES ARZTEBLATT**, Sonnenstr. 29, 8000 München 2.

## Gemeinschaftspraxis Allgemeinmedizin

Gesucht wird Möglichkeit der Beteiligung, Assoziation oder auch Gründung einer Allgemeinmedizinischen Gemeinschaftspraxis im Raum München oder südlich von München von deutschem Dr. med., 37 Jahre, mit vielseitigem Erfahrungshintergrund und besonderem Interesse an Kardiologie und Psychosomatik.

Zuschriften erbeten unter Nr. 331/681 an die Anzeigenverwaltung **BAYERISCHES ARZTEBLATT**, Sonnenstraße 29, 8000 München 2.

## Praxisräume in Nürnberg-Leonhard

Infolge Umzug in ein Ärztehaus suche ich Nachmieter. Neubau, ca. 155 qm, günstige Miete, Übernahme ab Oktober 1977 möglich. Nürnberg-Leonhard ist für Praktischen Arzt als dringlich und förderungswürdig ausgeschrieben, geeignet auch für andere Fachrichtung.

Kontaktaufnahme: **Dr. Ostermeier, Orthopäde, Schwabacher Straße 62, 8500 Nürnberg, Telefon (09 11) 61 51 73 oder 66 66 99.**

# Praxis-Einrichtungen

sollte man von Fachleuten durchführen lassen. Praxisgerechte Grundrisse, Bauaufsicht, sowie fachmännische Montage und Einarbeitung sind für uns ebenso selbstverständlich, wie die spätere Betreuung Ihrer Praxis durch unsere leistungsfähige Service-Abteilung.

Nutzen Sie den Vorteil unserer ständigen Ausstellung für

**Röntgen- und Elektro-Medizin, Laborgeräte und Mobiliar**

# HÖLLERER KG

Norikerstraße 2 — Wöhrdersee — 8500 Nürnberg, Telefon\* 49 2002, Telex 06-22 999 medho

## Hautarzt

nach Ingolstadt gesucht. Praxisräume 80 qm, in neuem modernen Ärztehaus (ein Allgemein-/Praktischer Arzt, ein Internist, ein Radiologe, ein Augenarzt, ein Zahnarzt, ein Frauenarzt) in absoluter Spitzenlage zu vergeben.

Ingolstadt hat 80.000 Einwohner, zuzüglich ca. 50.000 im Einzugsgebiet.

Telefonische Anfragen unter (08 41) 3 46 36.

Zuschriften erbeten unter Nr. 331/683 an die Anzeigenverwaltung BAYERISCHES ARZTEBLATT, Sonnenstr. 29, 8000 München 2.

Übergabe einer

## Allgemein-Praxis

mit 1500 Schelnen in Oberbayern, 70 km östlich von München. Die neue Praxis wird als Mietfläche in einem Geschäftshaus erstellt. Mitgestaltung bei Grundrißplanung noch möglich. Im Ort noch zwei weitere Kassenärzte – geregelter Sonntagsdienst.

Information durch

Architekturbüro Klaus Seidel, Münchener Straße 77, 8260 Mühldorf, Telefon (0 86 31) 21 53

## Photometer Eppendorf

Vorführgerät im Bestzustand mit 20 % Nachlaß auch auf Zubehör (sechs Filter, Temp. Küvettenhalter) abzugeben.

WALDECK GmbH & Co. KG, Niederlesung Nürnberg, Telefon (09 11) 57 91 71

Niederlesung München, Telefon (0 89) 3 20 10 04

Oberbayern

## 115 qm Praxisräume

einer ruhenden Allgemeinpraxis, beste Lage, in neuem renoviertem Ärztehaus zu vermieten an Kollegen (Allgemein-/Praktischer Arzt) mit besonderem Interesse für Biologische und/oder psychotherapeutische Leistungen.

Telefon (0 80 31) 6 64 68

## BEFELKA® - ASTHMA - TABLETTEN

Ind.: Asthma – Bronchitis – Heuschnupfen – Grippe.  
Zus.: Ephedrin 25 mg; Diphenhydramin (Antihistaminikum) 20 mg; Coffeinum 20 mg; 1-Phenyl-2,3-dimethyl-4-isopropyl-pyrazolon 300 mg.

Kontraind.: Starke Hypertonie, Thyreotoxikose, schwere org. Herz- und Gefäßveränderungen, Rhythmusstörungen, Prostatahypertrophie, Glaukom, Grenulozytopenie.

Packung mit 20 Tabl. DM 4,85, 50 Tabl. DM 10,90.

Ärztmuster durch:

BEFELKA-ARZNEIMITTEL, Postfach 13 51, 4500 Osnebrück

## Privatklinik

bis zu 100 Betten, zu pachten oder zu übernehmen gesucht.

Zuschriften erbeten unter Nr. 331/633 an die Anzeigenverwaltung BAYERISCHES ARZTEBLATT, Sonnenstraße 29, 8000 München 2.

## Große Allgemeinpraxis

Im nordbayerischen Reum, gefördert durch Bayern-Programm, baldmöglichst nehtlos abzugeben.

Zuschriften erbeten unter Nr. 331/672 an die Anzeigenverwaltung BAYERISCHES ARZTEBLATT, Sonnenstraße 29, 8000 München 2.

## Gegen Enuresis nocturna

ist HICOTON als Spezifikum seit vielen Jahren bestens bewährt und in allen Apotheken erhältlich!

Zusammensetzung pro Tabl.: Ferr. oxyd. sacch. 50 mg, Sojalezithin 1,7 mg, Calc. glyc. phosph. 25 mg, Extr. Rhois arom. 5 mg, Extr. Humull lupull 2,5 mg, Extr. chinee 2,5 mg, Camph. monobr. 0,05 mg. 50 Tabl. 6,40 DM, 300 Tabl. 39,50 DM.  
Ärztmuster durch: „MEDIKA“ Pharm. Präparate, Am Alten Weg 20, 8024 München-Deisenhofen

## Ärztliches Inventar

gegen Abholung abzugeben.

Nürnberg, Telefon (09 11) 35 13 44

## Neu: Euro-Signal

Und Sie sind immer zu erreichen



Sie sind künftig überall in Europa telefonisch erreichbar. Des handliche, fleche Gerät tragen Sie in der Westentasche oder stecken es in die Autohalterung.  
● Anwählbar vom Telefon, mehr nicht! Eine feine Sache.  
● Lösen Sie Ihre Kommunikationsprobleme, wählen Sie (09 11) 45 40 71

**DEISS**

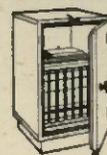
Elektronik

Bretelscheldstr. 53, 8500 Nürnberg

## Suche als Gebraucht-Geräte:

Oszilloskop, Defibrillator, Ergoskop, Proktologiestuhl (bevorzugt nach Wintz).

Or. Brocke, Burgwalder Straße 4a, 8900 Augsburg, Telefon (08 21) 9 32 30.



## KLEINTRESOR

80 od. 120 x 48 x 55  
feuersicher  
Einbautresore ab  
DM 313,-  
Ketelog „BY“ freil

W. Oreleörner  
6000 Frankfurt/M. 50  
Postfach 50 10 49  
Tel. (06 11) 52 48 44

Repräsentatives

## Villengrundstück

mit Haupt- und Nebenhaus – 24 Räume – mit schönen Außenanlagen, parkähnlichem Garten, mit zwei Garagen und weiteren Parkmöglichkeiten, in verkehrsgünstiger, ruhiger Lage der Universitätsstadt Erlangen zu vermieten, eventuell zu verkaufen.

Das Objekt ist als Gemeinschaftspraxis oder Privatklinik bestens geeignet. Verfügbare Nutzfläche ca. 1000 qm, Garten ca. 3000 qm.

Zuschriften erbeten an

Chemische Industrie Erlangen GmbH, Retheneustraße 18, 8520 Erlangen, Telefon (09 11) 3 10 15 - 17

## Seit mehr als 30 Jahren Partner des Arztes in der Medizin-Technik

● Schlüsselerhaltige  
Praxisanrichtungen

● Beratung

● Projektierung

● Finanzierung

● Kundendienst

Röntgen - Medizin-Electronic - Labortechnik  
Arzt- und Krankenhaus-Bedarf

**KURT PFEIFFER KG**

Burgschmietstraße 42, Postfach 150 160

**8500 NÜRNBERG 15**

Telefon (09 11) 3 77 31 - 34

● Röntgen-Apparate und  
Untersuchungsgeräte

● Röntgen-Bildverstärker  
mit Fernsehkette

● Labortechnik

● Hämodialyse

● EKG - EEG - Echo-EEG  
- EMG



## Fortbildung in Stichwörtern nach Leitsymptomen

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

# Leitsymptom: Der Schock

## Der Notfall: Hämorrhagischer Schock

bearbeitet von Professor Dr. K. Hutschenreuter und Dr. J. Simon

### Symptomatik:

Im Prinzip besteht eine direkte Abhängigkeit der Symptomatik vom Ausmaß und von der Geschwindigkeit des Blutverlustes — nach innen oder außen —, von der somatischen, vegetativen und psychischen Ausgangssituation sowie der Zeitdauer des Schockablaufes.

1. Herz-Kreislauf: Tachykardie, Blutdruckabfall, Verkleinerung der Blutdruckamplitude. Puls bei ausgeprägtem Schockzustand schnell, leicht unterdrückbar, fadenförmig. Anstieg des Schockindex (= Quotient aus Pulsfrequenz und systolischem Blutdruckwert, normal 0,5) auf 1,0 und höher. Ein Quotient von 1,5 und mehr zeigt gewöhnlich einen bedrohlichen Schockzustand an. Einzelwerte nicht absolut verlässlich! Nur mehrfache Puls- und Blutdruckkontrollen vermitteln hinreichende Informationen über die Schockschwere.
2. Atmung: in der Regel beschleunigt, da der Organismus versucht, den O<sub>2</sub>-Bedarf der Zellen trotz verminderten Blutvolumens zu decken. Das Atemminutenvolumen kann 20 l und mehr betragen.
3. Bewußtsein: mit zunehmender Schockschwere infolge Hypoxidose des Gehirns, Störung des Bewußtseins von leichter Trübung (Somnolenz) bis zum kompletten Verlust (Koma). Bei Hypertonikern oder Gefäßsklerotikern kann sich eine Beeinträchtigung des Bewußtseins rascher entwickeln.
4. Farbe, Temperatur und Feuchtigkeitsgehalt der Haut (und der Schleimhäute): blasse, kalte und feuchte Haut. Eventuell Marmorierung. Zyanose der Schleimhäute (Lippen, Konjunktiven) und des Nagelbettes. Voraussetzung: wenigstens 5 g% reduziertes Hb im peripheren Blut. Deshalb Zyanose bei sehr starkem Blutverlust selbst bei beträchtlichem O<sub>2</sub>-Mangel überhaupt nicht zu erwarten! (Anstieg der Temperaturdifferenz zwischen Körperoberfläche und Körperkern bis auf Werte über 10° C; normal 4 bis 6° C).
5. Zusätzliche Symptome: starkes Durstgefühl, Unruhe, Kältezittern, möglicherweise ausgesprochen euphorische Stimmungslage.

### Anamnese:

Befragen des Patienten oder seiner Umgebung (Angehörige, Unfallzeugen) vor allem nach früheren Erkrankungen (z. B. Ulcus ventriculi, Leberzirrhose, Hämorrhoiden), Hämatemesis, Hämoptyse, Hämaturie, Melaena, bestehender Gravidität, Menstruationsstörungen, nach dem Unfallhergang, durchgemachten operativen Eingriffen (so-

wohl diagnostischer als auch therapeutischer Art), Einnahme von Medikamenten, insbesondere gerinnungshemmenden Mitteln.

**Sofortdiagnostik:**

Rasche Information über die Gesamtsituation, insbesondere im Hinblick auf ihre eventuelle Lebensbedrohlichkeit (Thanatogenese) durch Erhebung der Anamnese, Inspektion und Palpation des gesamten Körpers, Perkussion und Auskultation des Thorax und Abdomens, unter besonderer Berücksichtigung der oben erwähnten Schocksymptomatik.

**Therapeutische  
Sofortmaßnahmen:**

1. Sorge für ausreichende Atmung: Freimachen und Freihalten der Luftwege (ohne technische Hilfsmittel: Zurücknahme des Kopfes in den Nacken, Handgriff nach von Esmarch-Heiberg, stabile Seitenlagerung, Reinigung von Mund und Rachen mit den Fingern; mit technischen Hilfsmitteln: Mund- oder Nasen-Rachen-Tubus, Absaugen von Mund und Rachen, bei Vorhandensein des entsprechenden Instrumentariums transglottisches Absaugen unter laryngoskopischer Sicht).

Bei Vorliegen einer Ateminsuffizienz künstliche Beatmung (ohne technische Hilfsmittel: Atemspende, wenn nicht durchführbar, manuelle Thoraxkompressionen; mit technischen Hilfsmitteln: indirekte Mund-zu-Mund-Beatmung über Mund-Rachen-Tubus oder manuelle Beatmung mit Atembeutel über Maske).

2. Blutstillung: bei stärkerer arterieller Blutung Anlegen einer Blutleere am Ort der Wahl, bei venöser Blutung Kompressionsverband (Cave: Anlegen einer Staubindel).

3. Sogenannte Autotransfusion: Hochlagerung der Beine (eventuell auch der Arme) und Auswickeln der Extremitäten von der Peripherie her.

4. Legen einer möglichst dicklumigen Venenverweilkanüle (z. B. Braunüle, bei Erwachsenen Größe 1 oder noch besser Größe 2).

5. Volumenersatz. Ziel: hinreichende Organperfusion. Kristalloide Lösungen (Ringer, Ringer-Lactat, Lävulose, Glucose) haben nur bedingten und zeitlich begrenzten Volumeneffekt. Sie füllen weniger den Kreislauf, sondern vielmehr die Harnblase! Kolloidale Lösungen (z. B. Dextran-, Stärke oder Gelatine-Abkömmlinge) besitzen demgegenüber eine deutliche und genügend lange anhaltende Volumenwirkung. Sie sind auf alle Fälle zu bevorzugen. Maximaldosis: 1 g Substanz/kg KG, d. h. beispielsweise für einen 75 kg schweren Patienten 1250 ml 6%iges Dextran 60 oder 6%ige Hydroxyäthylstärke oder 2500 ml 3%ige Oxypolygelatine.

**Indikation für  
sofortige Klinik-  
einweisung:**

Jeder Patient mit einem manifesten Schock sollte nach Einleitung und unter Aufrechterhaltung der eben angeführten therapeutischen Maßnahmen so schnell und so schonend wie möglich in das nächstgelegene Krankenhaus gebracht werden, falls nicht die Ursache des Blutungsschockes Einweisung in eine spezielle klinische Abteilung erforderlich macht, wie z. B. bei Verdacht auf Milz- oder Leberruptur, Ösophagusvarizenblutung, Polytraumatisierung, Verletzung von größeren Gefäßen oder bei offener Hirnverletzung mit arterieller Blutung.

**Zusätzliche  
Maßnahmen bzw.  
Anordnungen:**

Im Vergleich zu den bereits angeführten Maßnahmen nur von relativ untergeordneter Bedeutung. Therapeutischer Effekt von Corticosteroiden beim hämorrhagischen Schock noch umstritten. Vasopressorisch wirkende Kreislaufmittel kontraindiziert! Analgetika aus der Opiatreihe (z. B. Dolantin) nur fraktioniert i. v. applizieren und nur bei Vorhandensein aller technischen und personellen Voraussetzungen zur Kompensation einer medikamentös bedingten Atemdepression.

**Differential-  
diagnostische  
und andere  
Erwägungen:**

Diese bleiben im wesentlichen der Klinik vorbehalten, wie z. B. Erhebung des Gerinnungsstatus bei Patienten unter der Dauertherapie mit Antikoagulantien, Kontrolle des Elektrolytstatus und Säure-Basen-Haushaltes zur Diagnostik und Therapie von Störungen oder Anfertigung eines Blutbildes zur Erkennung bzw. zum Ausschluß einer leukämischen Erkrankung. — Zunahme der Schockstärke trotz adäquater Schockbehandlung (Volumenauffüllung!) bei Fehlen einer Blutung nach außen — meist erkenntlich an einer rapiden Verschlechterung der Kreislaufsituation (massiver RR-Abfall und erhebliche Pulsfrequenzsteigerung = Erhöhung des Schockindex) — spricht am ehesten für stärkere Blutung in den Bauch- oder Brustraum, erlaubt gewöhnlich keine zeitraubende zusätzliche Diagnostik und erfordert in der Regel baldige Operation (Laparotomie, Thorakotomie). Solche Patienten bedürfen deshalb schnellstmöglicher Klinikeinweisung.

# Der Notfall: Traumatischer Schock

bearbeitet von Dr. R. Fechner und Professor Dr. K. Hutschenreuter

## Symptomatik:

Alle traumatisch bedingten Schockzustände werden durch einen Volumenverlust ausgelöst. Während beim hämorrhagischen Schock (z. B. Infolge Milzruptur) der Verlust von Blut und beim Dehydratations-Schock (z. B. infolge Ileus oder Peritonitis) der Verlust von Wasser und Elektrolyten im Vordergrund steht, kommt es beim traumatischen Schock (z. B. infolge Weichteilquetschung oder Verbrennung) überwiegend zu Plasmaverlust. Ein manifester Schock tritt bei Erwachsenen in der Regel erst nach einem Verlust von etwa 20 bis 30 Prozent (ca. 1000 bis 1500 ml) des intravasalen Volumens ein. Dabei ist der Zeitfaktor von entscheidender Bedeutung. Je schneller der Volumenverlust erfolgt, um so deutlicher wird sich die Schocksymptomatik manifestieren.

1. Haut: Bläß, livide, feucht und kühl. Erhöhte Differenz zwischen Körperkern- und Körperschalen-Temperatur infolge Zentralisation.
2. Kreislauf: Pulsfrequenzsteigerung, Blutdruckabfall, Verkleinerung der Blutdruckamplitude (mehrfache Kontrollen erforderlich!). Mangelhafte oder fehlende Füllung peripherer Venen.
3. Atmung: Meist beschleunigt, aber auch unregelmäßig und wechselnd. Bei stärkerem Blutverlust kompensatorische Dyspnoe.
4. Bewußtseinslage: Störungen um so ausgeprägter, je größer die Mangel durchblutung des Gehirns ist.

## Anamnese:

Befragen des Patienten, seiner Angehörigen oder von Unfallzeugen über Unfallhergang und Unfallzeitpunkt, Ursachen eines traumatischen Schockes außerordentlich vielfältig. In Frage kommen z. B. Schädel-Hirn-Traumen, Verletzungen von Thorax- oder Abdominalorganen, Weichteilquetschungen, Gefäßabrisse, Frakturen, Abtrennung von Extremitäten, Hitzschlag, Verbrennungen, Verätzungen, Verschüttungen, Blitzschlag, Elektrounfall, Unterkühlungen oder Kombination mehrerer Ursachen in Form der Polytraumatisation.

## Sofortdiagnostik:

Rasche Information über die Gesamtsituation. Diffizile Recherchen über Unfallhergang vermeiden (Gefahr des Zeitverlustes!). Prüfung der Bewußtseinslage, der Atmung (Thoraxexkursionen, Atemtyp), des Kreislaufes (Palpation großer Gefäße). Orientierende Untersuchung des Schädels, des Thorax, des Abdomens und der Extremitäten.

## Therapeutische Sofortmaßnahmen:

Ziel: Herstellung der Transportfähigkeit – insbesondere Stabilisierung von Atmung und Kreislauf – durch ärztliche Erstversorgung. Bei einer Bergung Technische Notdienste in Anspruch nehmen und zusätzliche Traumatisierung unbedingt vermeiden.

1. Sorge für ausreichende Atmung. Hierzu rechnen alle Maßnahmen zum Freimachen und Freihalten der Luftwege sowie erforderlichenfalls zur künstlichen Beatmung (Atemspende oder – wenn nicht durchführbar – Thoraxkompressionen).

2. Volumenersatz. Voraussetzung: Legen einer möglichst dicklumigen Plastikverweilkanüle. Blutersatzmittel der Wahl: kolloidale Lösungen (Präparate auf Dextran- oder Gelatine-Basis oder auch Hydroxyäthylstärke). Faustregel für die Dosierung: Mengen bis 1000 ml bei Erwachsenen sind relativ unbedenklich. Maximaldosis: 1 g Substanz/kg KG, d. h. beispielsweise für einen 75 kg schweren Verletzten 1250 ml 6%iges Dextran 60, 2500 ml 3%ige Oxypolygelatine oder 1250 ml 6%ige Hydroxyäthylstärke.

3. Medikamentöse Schmerzstillung. Häufig erforderlich, vor allem bei schmerzhafter Bergung. Injektion des Analgetikums ausschließlich i. v., fraktioniert, nach Wirkung, z. B. *Dolantin* oder *Dolantin Spezial* in Dosen von jeweils 25 mg. Kontraindikationen: diagnostisch nicht hinreichend gekläarter Bauchbefund.

4. Kreislaufmittel. Vasokonstriktorisch wirkende Pharmaka sind beim traumatischen Schock absolut kontraindiziert. Sie würden den Zustand der Zentralisation nur verstärken und verlängern und damit die Gefahr einer Minderdurchblutung der Gewebe mit konsekutiver Hypoxidose und Azidose erheblich vergrößern.

Als sichere Zeichen für einen Erfolg der beschriebenen Therapie sind vor allem anzusehen:

1. Erwärmung der Körperperipherie (Verminderung der Differenz zwischen Körperkern- und Körperoberflächen-Temperatur) und

2. Verbesserung der Venenfüllung, vor allem im Bereich der Hände und Füße.

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

Jeder Verletzte mit manifestem Schock muß nach der Erstversorgung in ein Krankenhaus eingewiesen werden. Auch wenn noch keine ausgeprägten Schockzeichen vorhanden sind, aber aufgrund der Traumatisierung eine Verschlechterung des Zustandes zu erwarten ist, wird der notfalldiensttuende Arzt auf Klinikeinweisung bestehen. Der Transport sollte so schnell wie nötig, so schonend wie möglich und bei bedrohlicher Symptomatik unter ärztlicher Begleitung durchgeführt werden.

Zusätzliche  
Maßnahmen bzw.  
Anordnungen:

Ausschließlich in Abhängigkeit von der jeweiligen Situation, beispielsweise Einhüllen in Decken bei Unterkühlung, sofortige Abkühlung bei Hitzschlag, Ruhigstellung von Frakturen, steriles Verbinden offener Verletzungen, Punktion eines Spannungspneumothorax, Speziallagerung bei Wirbelsäulen- oder Thoraxverletzungen, Einwickeln von abgetrennten Extremitäten in saubere Tücher und Mitnahme in die Klinik.

Differential-  
diagnostische  
und andere  
Erörterungen:

Grundsätzlich sollen Maßnahmen, welche über das zur Stabilisierung von vitalen Funktionen Notwendige hinausgehen, unterlassen werden und der Klinik vorbehalten bleiben. Hierzu gehören zeitraubende Erörterungen über Unfallhergang und Schockursachen ebenso wie aufwendigere differentialdiagnostische und spezialtherapeutische Bemühungen.