



Fortbildung in Stichwörtern nach Leitsymptomen

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

## Leitsymptom: Atemnot

### Der Notfall: Atemnot bei respiratorischer Insuffizienz II: ohne Bronchialobstruktion

bearbeitet von Dr. H. Abel, Professor Dr. F. Trendelenburg

**Symptomatik:**

Im Vordergrund steht auch hier die akute **Dyspnoe** häufig verbunden mit atemabhängigen Schmerzen, **ohne** daß eine **primäre Obstruktion der unteren Luftwege** vorliegt. Vielmehr können durch kurze **Anamnese** und **Befund** andere Ursachen festgestellt werden.

**Anamnese:**

Durch gezielte Fragen müssen **verschiedene** pulmonal und extrapulmonal verursachte Dyspnoeformen **eugeschlossen** bzw. **differenziert** werden.

1. **Plötzlicher Beginn** der Atemnot (Embolie? Pneumothorax?) oder **allmählicher Beginn** (Pneumonie? Pleuritis? kardiale Insuffizienz?)?
2. Beginn der Atemnot mit **Schmerzen**? Wo? (kardial? pleural? Myokardinfarkt? Pneumonie? Lungeninfarkt?)
3. **Krampfedein** (Embolie?)?
4. **Operation oder Unfall** kürzlich durchgemacht (Embolie?)?
5. Kürzlich heftige **körperliche Anstrengung** (Pneumothorax?)?
6. **Kurzatmigkeit** regelmäßig beim Treppensteigen oder auch bei langsamem Gehen (chronische Bronchitis? Emphysem? Herzinsuffizienz?)?
7. **Krankheiten an Lunge, Herz, Leber oder Magen**?
8. **Bluthochdruck**? (Medikamente?), **Herzfehler** bekannt?
9. Einnahme von **Medikamenten**, insbesondere Herzmitteln?

**Soforidiagnostik:**

**Klinische Sicherung** der nach Anamnese wahrscheinlich zugrunde liegenden pulmonalen Krankheit (hier besonders Pneumonie, Lungenembolie, Pleuritis, Pneumothorax): Fieber, Hyperventilation, Tachypnoe, Zyanose, einseitiger Thoraxschmerz, verkürzter Klopfschlag, Bronchialatmen = **Pneumonie**.

Einseitige Inspirationsstellung, Luftnot, hypersonorer Klopfschlag bei abgeschwächtem Atemgeräusch = **Pneumothorax**.

Einseitige inspiratorische Schonhaltung, verkürzter Klopfschlag mit abgeschwächtem Atemgeräusch = **Pleurexsudat**.

Einseitige expiratorische Schonhaltung, verkürzter Klopfschlag, fehlendes Atemgeräusch = **Atelektase eines Haupt- oder Leppenbronchus**.

**Therapeutische  
Sofortmaßnahmen:**

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

**Zusätzliche  
Maßnahmen:**

Bei akuter **Rechtsherzinsuffizienz** oder **Mediastinalverlagerung** Tachykardie, Gelopprhythmus, Halsvenenstauung. In schweren Fällen **Schocksymptomatik** (kalte feuchte Haut, graue Zyanose, Hypotonie, Bewußtseinstörung).

**Apparativ:** Im EKG Zeichen der akuten Rechtsherzinsuffizienz (P-pulmonale, Rechtsdrehung der Herzachse, S-Zecken bis  $V_6$ ).

**Röntgenologisch** (wenn möglich): pneumonische Infiltrate? Pleuraerguß? Pneumothorax? Mediastinalverlagerung?

**Pneumonie:**

1. Antibakterielle Chemotherapie (z. B. 3 x 1 g *Ampicillin* bzw. 2 x 0,1 g *Vibravenös*)
2. Digitalisierung (0,2 bis 0,4 mg *Digoxin* i. v.)

**Lungenembolie** (bzw. Lungeninfarkt):

1. Sedierung (z. B. *Valium* 5 bis 10 mg i. v.)
2. Analgesie (2 bis 5 ml *Novalgin* i. v., 30 mg *Fortral* langsam i. v.)
3. Digoxin bei akuter Rechtsherzinsuffizienz z. B. *Lanitop* 0,2 bis 0,4 mg i. v.
4. Bei Hypotonie:  $\frac{1}{2}$  Ampulla *Akrinor* oder *Novodral* i. v.
5. Bei Schocksymptomatik:  $O_2$ -Maske, eventuell künstliche Beatmung (wenn technisch möglich)

**Kelne** i. m.-Injektion (wegen späterer Streptokinasetherapie)

**Pneumothorax:**

Bei starker Dyspnoe Probepunktion (2er Kanüle mit aufgesetzter 1% *Xylocain*-halbgefüllter Spritze im 2. bis 3. ICR vom lateral) zur Sicherung der Diagnose, dann stärkere Kanüle oder Braunüle mit eingeschnittenem Gummifingerling an gleicher Stelle einstecken (Ultima ratio)

**Pleuraerguß:**

Bei Bedarf entlastende Punktion

**Große Atelektase:**

Überweisung zur Bronchoskopie

Jeder Verdacht auf Lungenembolie ist eine absolute Indikation für sofortige Klinikeinweisung. Gleiches gilt für großen Pleuraerguß, einseitige Totalatelektase, Pneumothorax mit Dyspnoe. Bei Pneumonie besteht Einweisungsindikation, wenn pulmonale und/oder kardiale Insuffizienz vorliegt.

**Notizen über bisherige Behandlung mitgeben!**

**Transport möglichst unter fachkundiger Begleitung!**

Patient und Angehörige beruhigen. Bei einseitigem Erguß oder Atelektase Lagerung auf die kranke Seite. Bei Schocksymptomatik möglichst stabiler venöser Zugang durch Plastikkanüle und Infusion. Bei rezidivierender Pneumonie Ausschluß eines malignen Grundleidens notwendig.

Mit der eingangs erwähnten **Kurzanamnese** und **orientierenden Untersuchung** müssen folgende pulmonale und extrapulmonale Erkrankungen, die ebenfalls zur Dyspnoe führen können, ausgeschlossen werden (s. auch Beitrag „Respiratorische Insuffizienz I“):

1. Chronische obstruktive Bronchitis
2. Asthma bronchiale
3. Chronisches, dekompensiertes Cor pulmonale
4. Stenosierung der oberen Luftwege (s. Beitrag „Stenoseatmung“)
5. Kardiale Dyspnoe (s. entsprechenden Beitrag)
6. Reizgasinhalation (Anamnese!)
7. Zentrogene Ataminsuffizienz (vaskulär, traumatisch, zerebral, metabolisch – s. auch entsprechende Notfall-Beiträge!)

# Leitsymptom: Akute Bewußtseinsstörungen

## Der Notfall: Der hirnorganische Anfall

bearbeitet von Dr. D. Fischer und Professor Dr. H. Palleske

### Symptomatik:

Der große hirnorganische Anfall:

**Prodromi:** Einige Stunden oder Tage nach dem großen Anfall voreusgehende vegetative Funktionsstörungen oder auffällige Affekt- und Stimmungslabilität.

**Aure** (unmittelbarer Vorbote des generalisierten Anfalles): Plötzlich auftretende vegetative Symptome, Bewegungsautomatismen, sensorische Halluzinationen.

**Tonische Phase:** Dauer bis zu 30 sec. Generalisierter Streckkrampf, Apnoe, Mydriasis, Einnässen.

**Klonische Phase:** Dauer 1 bis 2 min. Symmetrische generalisierte Zuckungen schlagenden oder stoßenden Charakters (ca. 5 Schläge/sec), pendelnde Augenbewegungen, keuchender Atem, Hypersalivation, Zungenbiß.

**Postparoxysmaler Erschöpfungszustand:** Patient ist bewußtseinsgetrübt, desorientiert, oder

**Postparoxysmaler Tiefschlaf:** Patient ist nicht bewußtlos, mit starken Reizen weckbar.

Beachten Sie: Klonische Entladungen können primär auftreten und nur eine Körperregion oder Körperhälfte betreffen (*Jackson-Typ*) und sich sekundär generalisieren.

### Anamnese:

Der Notfallarzt sieht gewöhnlich nur den postiktalen Zustand. Über die tonisch-klonische Phase des generalisierten Anfalles und über die postparoxysmale Bewußtseinsstörung besteht beim Patienten Amnesie. Deshalb ist es wichtig, Zeugen des Anfalles zu befragen!

1. Handelt es sich um ersten Anfall oder ist Anfallsleiden bereits bekannt?
2. Liegen Erkrankungen vor, die den Anfall ausgelöst haben könnten?
3. Exogene Faktoren ( $C_2H_5OH$ , Nikotin, Coffein)?
4. Ist entikonvulsive Medikation unterbrochen oder deren Wirkung durch Erkrankung (z. B. Magen-Darm-Erkrankung) oder andere Medikamente herabgesetzt oder aufgehoben?
5. Ging Schädel-Hirn-Trauma voraus?
6. Anfallsbeschreibung: z. B.: War Anfall sofort generalisiert oder begannen die motorischen Entladungen auf einer Seite?

### Sofortdiagnostik:

Neurologischer Status: Seitenbetonte Konvulsionen? Nach dem Anfall kontrollieren: Bewußtseinslage (Reaktion auf akustische oder sensible Reize), Pupillenerweiterung (einseitig oder doppelseitig). Muskeleigenreflexe (Seitendifferenz).

Am wachen Patienten: Armvorhalteversuch (einseitiges Absinken zeigt Parese an). Kraft beim Faustschluß und Kniestrecken prüfen (Seitenunterschied?)! Fazialisparese? Untersuchung nach Verletzungen durch einen eventuellen Sturz oder durch den Krampfanfall (Schädelverletzung, Wirbelfraktur, Extremitätenfrakturen, Zunge). RR und Puls! Befunde schriftlich fixieren!

**Therapeutische  
Sofortmaßnahmen:**

Im Anfall: verletzungssichere Lagerung, Patienten nicht festhalten, Atemwege frei halten! Gerollte Mullbinde zwischen die Zähne! 200 mg *Luminal* (Kinder 50 bis 100 mg) oder 10 mg *Valium* (Kinder 2 bis 10 mg) i. m., auch im postparoxysmalen Schief!

Am selben Tag muß eine antikonvulsive Dauermedikation eingeleitet oder fortgeführt werden. Hat der Patient bereits ein Antikonvulsivum erhalten, dieses Medikament weiter geben, eventuell Dosis für den Rest des Tages verdoppeln! Ist dies nicht der Fall, aus Sicherheitsgründen zunächst Kombinationspräparat verordnen (z. B. *Comital*, *Zentronal*, 3 x tgl. 1 Tablette)! Kinder erhalten 3 x 2 mg bis 3 x 10 mg *Valium*.

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

Unverzögliche Klinikeinweisung erforderlich:

1. Wenn Konvulsionen länger als 20 min andauern,
2. bei Anfallsserie (Status epilepticus),
3. bei Persistieren von zerebralen Herdsymptomen (Paresen, Pupillendifferenz) oder zerebralen Allgemeinsymptomen (Bewußtseinsstörung, Pupillenerweiterung, Bradykardie, Blutdruckerhöhung, Nackensteifigkeit): Verdacht auf raumfordernden Prozeß, insbesondere Blutung, Notfall
4. bei Verdacht auf zerebralen entzündlichen Prozeß (Meningitis, Enzephalitis)

Chronisch Kranke suchen den behandelnden Nervenerzt gemäß Vereinbarung auf.

Bei Erstanfällen: möglichst baldige Untersuchung durch Facharzt.

Merke: Jede zerebrale Anfallskrankheit sollte neuroradiologisch abgeklärt werden (Computertomographie und Angiographie)!

**Zusätzliche  
Maßnahmen bzw.  
Anordnungen:**

Im Falle eines Status epilepticus:

1. Wiederholte Gabe von *Phenhydan* 0,25 g i. v. oder 10 mg *Valium* i. v. in Abständen von 20 min oder 200 bis 400 mg *Luminal* oder in Kombination. Kinder erhalten gegebenenfalls wiederholt 5 bis 10 mg *Valium*.
2. 40 mg *Dexamethason* i. m. (z. B. *Fortecortin*), eventuell *Diamox* oder *Lasix* 1 Ampulle i. m. Es genügt, Generalisation zu unterbrechen, d. h., Anfälle zu fokalisieren.
3. Kreislauf überwachen!
4. Der Kranke im Status epilepticus und der Kranke mit persistierenden zerebralen Allgemeinsymptomen bedarf beim Transport in die Klinik ärztlicher Begleitung.

**Differential-  
diagnostische und  
andere  
Erörterungen:**

Eine Krankheit Epilepsie gibt es nicht. Hirnorganische Anfälle sind eine angeborene Reaktionsform des Gehirns. Deshalb muß stets nach hirnlokalem Prozeß und nach Gesundheitsstörungen des übrigen Leibes gefahndet werden (interne Untersuchung, exogene Faktoren!).

Bei 40 bis 60 Prozent ist Anfall Erstsymptom eines raumfordernden Prozesses. Daher insbesondere bei Epilepsiebeginn nach 25. Lebensjahr möglichst rasche Abklärung in Klinik notwendig. Auch bei Bewußtseinsstörungen ohne auffällige motorische Entladungen Epilepsie in Erwägung ziehen, z. B. Absenzen (flüchtige Bewußtseinsabschaltung ohne motorische oder vegetative Erscheinungen außer Nystagmus). Im Absenzenstatus kann Umdämmerung bestehen.

Vielgestaltigkeit der Ausdrucksformen der Epilepsie des Kindes- und Jugendalters (BNS-Krämpfe, Propulsiv petit mal, akinetic seizure usw.), auf die hier nicht näher eingegangen werden konnte, beachten!

Zerebrale Anfälle sind u. a. abzugrenzen gegen kardiovaskuläre Synkopen, Adams-Stokes-Anfälle, tetanische Anfälle, Hypoglykämie, psychogene Anfälle.



# Bayerisches Ärzteblatt

Mit amtlichen Mitteilungen der Ministerien, der Bayerischen Landesärztekammer und der Kassenärztlichen Vereinigung Bayerns

Herausgegeben von der Bayerischen Landesärztekammer

Nummer 1

## Zur Kenntnis genommen:

Das sozialpolitische „Ereignis“, mit dem das vergangene Jahr ausklang, war die konstituierende Sitzung der „Konzertierten Aktion im Gesundheitswesen“. Was konstituiert wurde, wer allerdings keine „Aktion“, sondern ein Gesprächskreis. Es versammelten sich auf Einladung des Bundesministers für Arbeit runde siebzig Personen, alles prominente Vertreter aus Bund, Ländern (elf Minister und Staatssekretäre!), kommunalen Spitzenverbänden, Arbeitgebern, Gewerkschaften, Bundesverbänden der RVO-Kassen und der Ersatzkassen zusammen mit den Vertretern der sogenannten „Leistungserbringer“. Unter diesem modernen Begriff – vor kurzem sprach man noch von Leistungsanbietern – versteht man Ärzte, Zahnärzte, Krankenhausgesellschaft, Apotheker und pharmazeutische Industrie. Rein zahlenmäßig war diese Gruppe natürlich weit in der Minderzahl. Wir tagten in Bonn in einem Saal des Hauses der Behinderten, in welchem ein Christbaum an die trübselige Adventszeit erinnerte. Bundesarbeitsminister Dr. Ehrenberg leitete die Sitzung persönlich. Er tat es mit sehr viel Freundlichkeit und Geschick. Auch alle Diskussionsbeiträge waren temperiert, kein scharfes Wort, keine offenen Angriffe – wie sich's eben gehört im Advent. Inhaltlich konnte für den aufmerksamen Sachkenner aber am Ende der Debatte kein Zweifel sein, daß die Teilnehmer an dieser „Konzertierten Aktion“ fest entschlossen waren, ihre eigene Partitur zu spielen und ihr Instrument möglichst unüberhörbar zur Geltung zu bringen. Da war zu hören, daß sich die Ausgaben der Krankenkassen nun endgültig an den Einnahmen zu orientieren hätten – an die Stelle „ausgabenorientierter Einnahmepolitik“ habe die „einnahmenorientierte Ausgabenpolitik“ zu treten. Von anderer Seite wurde betont, daß man natürlich auch über „Effektivität und Effizienz“ im Gesundheitswesen diskutieren müsse (wie es ja auch das Gesetz vorschreibt), womit die Frage nach dem effizientesten System der ärztlichen Versorgung unlösbar verbunden sei. Im Vordergrund – und als erstes zu entscheiden – steht natürlich die Beretung und Meinungsbildung über das Wachstum der ärztlichen Gesamtvergütung und des Arzneimittelhöchstbetrages. Darüber soll bis Ende März eine Empfehlung abgegeben werden. Schon vorsorglich hat der Bundesarbeitsminister darauf hingewiesen, daß ein solches Gremium natürlich nicht abstimmen könne. Er nahm damit einen Einwand vorweg. Man konnte allerdings in Publikationen bereits lesen, daß es darauf gar nicht so sehr ankomme. Auch eine Mehrheitsmeinung ohne Abstimmung werde Markierungen setzen, an denen niemand vorbei könne, auch die Schiedsämter nicht. Das Minderheitenvotum der „Leistungserbringer“ ist also schon vorprogrammiert. Daran ändert auch die Vorschrift des Gesetzes nichts, wonach Krankenkassen und Kassenärztliche Bundesvereinigung ein Vetorecht gegen Beschlüsse haben. Nach Ankündigung des Bundesarbeitsministers sollen 1978 zwei Sitzungen stattfinden. Im März geht es „ums Geld“. Es sollen die Wachstumsraten für Gesamtvergütung und Arzneimittelhöchstbetrag „empfohlen“ werden. Im Herbst wären dann die Grundsatzfragen an der Reihe, die das Gesetz mit „Rationalisierung, Effektivität und Effizienz“ im Gesundheitswesen umschreibt. Die einleitenden Diskussionsbeiträge lassen befürchten, daß dann alle Programme auf den Tisch kommen, die wir zur Genüge kennen: Systemveränderung von der SPD über den DGB bis zum Bundesverband der Ortskrankenkassen. Gespannt kann man sein, wie man sich den Krankenhäusern gegenüber verhalten wird. Zwar betonte man forsch, daß sie nicht ausgeklammert werden könnten. Der Einwand, man dürfe aber nicht über Pflegesätze sprechen, fand allerdings wenig Widerspruch.

Es war notwendig, von ärztlicher Seite in Erinnerung zu rufen, daß die Entwicklung der medizinischen Wissenschaft und die Übertragung der Früchte ihrer Forschung in die ärztliche Versorgung ihre eigene Gesetzmäßigkeit haben und immer haben werden. Sie können niemals eine Funktion ökonomischer Gegebenheiten sein und werden. Nachdem aber alles, was medizinisch für unsere Mitmenschen getan wird, letztlich bezahlbar sein muß, ist der Konflikt zwischen „medizinisch Machbarem“ und „ökonomisch Möglichem“ niemals ausschließbar. Einnahmenorientierte Ausgabenpolitik um jeden Preis bedeutet Verzicht auf das klassische Versicherungsprinzip, aber gegebenenfalls auch Verzicht auf Leistungen. Wer unserer Bevölkerung weismachen will, daß es zeitlich unbegrenzt möglich sei, die Beiträge der Krankenversicherung an sozialpolitischen Wunschvorstellungen zu orientieren und dennoch den Versicherten stets alle möglichen Leistungen der Medizin anzubieten, der versündigt sich an der Wahrheit. In schlechten Zeiten die Kostenentwicklung einzutrieren oder hart zu bremsen, ist notwendig und vertretbar. Gesellschaft und Wirtschaft müssen aber auch bereit sein, der medizinischen Entwicklung wieder zu folgen, wenn der Talfahrt ein Anstieg folgt. Das hat nichts, aber auch gar nichts mit habgierigen Ärzten, Zahnärzten, Apothekern oder Arzneimittelerstellern zu tun. Aber sehr viel mit Gesundheit und Lebensglück unserer Menschen!

Professor Dr. Sewering

# Gynäkologische Karzinome — Das Karzinom des Endometrium

von J. Baltzer und K. J. Lohe

Aus der I. Frauenklinik und Staatlichen Hebammenschule der Universität München (Direktor: Professor Dr. med. J. Zandar)

## Epidemiologie und Ätiologie

Das Karzinom des Endometrium tritt überwiegend bei Frauen im Klimakterium und in der Postmenopause auf. In Einzelfällen wird dieses Karzinom aber auch bei jüngeren Frauen in der Geschlechtsreife beobachtet.

Es gibt Hinweise, daß die Häufigkeit des Endometriumkarzinoms zunimmt. Auch die Relation zwischen Endometriumkarzinom- und Zervixkarzinom-Patientinnen hat sich geändert. Lochmüller hat 1972 für die I. Universitätsfrauenklinik München eine Relation von 1 : 2,5 festgestellt, während bei älteren Untersuchungen eine Relation von 1 : 10 errechnet wurde. Ursachen sind im einzelnen nicht bekannt.

Auffallend ist die unterschiedliche geographische Verteilung beim Endometriumkarzinom, wobei in den asiatischen Ländern dieses Karzinom im Vergleich zu den Ländern der westlichen Hemisphäre ausgesprochen selten vorkommt. Kinderlosigkeit, Übergewicht, Diabetes und Hochdruck werden als prädisponierende Faktoren angesehen.

Ätiologisch wird als begünstigender Faktor eine langandauernde Östrogeneinwirkung auf das Endometrium diskutiert. Hierfür scheinen Beobachtungen bei Patientinnen mit wiederholten anovulatorischen Zyklen, mit Granulosazelltumoren, Stein-Leventhal-Syndrom oder langjähriger Östrogensubstitution zu sprechen. Der endgültige Kausalzusammenhang zwischen Östrogen und Karzinomentstehung ist für das menschliche Endometrium bis heute unbewiesen.

## Präkanzerosen

Das Karzinom des Endometrium wächst über Vorstufen zum infiltrierenden Krebs heran. Die adenoma-

töse Endometriumhyperplasie mit Zellatypien (Carcinoma in situ) ist als ein solches Vorstadium anzusehen, aus dem sich in einem hohen Prozentsatz ein Endometriumkarzinom entwickelt.

## Das Invasive Endometriumkarzinom

Das Endometriumkarzinom kommt fast ausschließlich als Adenokarzinom vor. Es tritt in unterschiedlichen Reifegraden vom ausgereiften Drüsenkrebs bis zum entdifferenzierten soliden Karzinom auf. Zum internationalen Vergleich wird in Abhängigkeit vom histologischen Tumortyp ein „grading“ empfohlen, wobei zwischen hochdifferenzierten Adenokarzinomen, Adenokarzinomen mit soliden Anteilen und überwiegend solid wachsenden oder undifferenzierten Karzinomen zu unterscheiden ist.

In etwa 10 bis 20 Prozent beobachtet man metaplastische Plattenepithelknötchen. Diese Adenokankroide oder Adenoakanthome sind gegen adenosquamöse Karzinome abzugrenzen, bei denen plattenepitheliale Tumordifferenzierungen neben den karzinomatösen Drüsenformationen auftreten. Die schlechtere Prognose der adenosquamösen Karzinome rechtfertigt die Abgrenzung zu den übrigen Tumorarten.

Das Endometriumkarzinom geht in der Mehrzahl der Fälle von der Schleimhaut des Fundus uteri aus, wächst entweder exophytär in die Uteruslichtung hinein oder zerstört endophytär wachsend die angrenzenden Myometriumschichten. Die lymphogene Ausbreitung erfolgt über die Lymphbahnen der Mesosalpinx und des Ligamentum infundibulo-pelvicum in die paraaortalen Lymphknoten. Die Angaben zu metastatischem Lymphknotenbefall schwanken zwischen 7,5 Prozent und 28 Prozent. Mit Tumormetastasen in den Ovarien ist in etwa sechs

bis zwölf Prozent der Fälle zu rechnen. Bei der Behandlung ist der metastatische Befall der Vagina in etwa zwölf Prozent der Fälle zu berücksichtigen. Fernmetastasen treten in erster Linie in Leber und Lunge auf.

Die Tumorausbreitung bei Patientinnen mit Endometriumkarzinom wird nach den Kriterien der FIGO aus dem Jahre 1976 in Form einer internationalen Stadieneinteilung festgelegt:

- Stadium 0: Carcinoma in situ
- Stadium I: Das Karzinom ist auf das Corpus uteri beschränkt
  - Stadium Ia: Die Sondenlänge des Uterus beträgt weniger als 8 cm
  - Stadium Ib: Die Sondenlänge des Uterus beträgt mehr als 8 cm
- Stadium II: Das Karzinom hat das Corpus und die Cervix uteri abfallen, ist jedoch auf den Uterus beschränkt
- Stadium III: Das Karzinom breitet sich außerhalb des Uterus aus, ist jedoch auf das kleine Becken beschränkt
- Stadium IV: Das Karzinom hat das kleine Becken überschritten, es ist in die Schleimhaut von Blase oder Rektum eingebrochen
  - Stadium IVa: Übergang auf angrenzende Organe
  - Stadium IVb: Fernmetastasen

In großen Zusammenstellungen entfallen etwa 70 bis 80 Prozent der Endometriumkarzinome auf das Stadium I.

Bei dieser Stadieneinteilung bleibt das Ausmaß der Tumordinfiltration in das Myometrium unberücksichtigt. Gerade diesem Parameter kommt

nach auch eigenen Untersuchungen im Vergleich zur Sondenlänge des Uterus eine größere prognostische Bedeutung zu.

### Diagnose

Eine spezifische Symptomatik der Vorstadien des Endometriumkarzinoms gibt es nicht. Sie werden zu meist als Zufallsbefunde bei Blutungsstörungen entdeckt.

Bei den invasiven Endometriumkarzinomen werden 90 Prozent der Fälle aufgrund von uterinen Blutungsanomalien erkannt. Jede auch noch so schwache Blutung in der Postmenopause muß als karzinomverdächtig abgeklärt werden. Eine Sero- oder Pyometra ist nicht selten durch ein Endometriumkarzinom bedingt. Weitere Symptome, wie fleischwasserfarbener Ausfluß, Schmerzen oder Gewichtsverlust, sind Ausdruck eines schon fortgeschrittenen Tumorstadiums.

Zur eindeutigen histologischen Sicherung des Endometriumkarzinoms ist die getrennte Zervix-Korpus-Kürettage die Methode der Wahl. Weitere diagnostische Verfahren (Hysteroskopie, Hysterographie, Lymphographie) können zusätzliche Anhaltspunkte für die Ausdehnung des Karzinoms, die einzuschlagende Behandlung oder die zu erwartende Prognose geben.

Bei der Früherkennung des Endometriumkarzinoms hat sich die übliche zytologische Untersuchungsmethode wegen zu geringer Treffsicherheit nicht bewährt. In letzter Zeit wird die Gravlee jet-wash-Methode mit zunehmendem Erfolg angewandt. An der I. Universitätsfrauenklinik München wird zur Früherkennung des Endometriumkarzinoms die Saugkürettage des Uterus bevorzugt, da sie im Gegensatz zur Gravlee jet-wash-Methode eine unmittelbare histologische Diagnostik ermöglicht.

### Behandlung

Zur Behandlung der adenomatösen Endometriumhyperplasie mit Zellatypien (Carcinoma in situ) reicht die Uterusexstirpation aus. Bei älteren Patientinnen werden zusätzlich die Adnexe entfernt. In ausgesuchten

Fällen ist bei jungen Frauen mit Kinderwunsch oder bei nicht operablen Patientinnen eine konservative Behandlung mit hochdosierter Gestagen-Therapie und Kontroll-Kürettage im Intervall von sechs Wochen bis drei Monate vertretbar. Dieses Vorgehen setzt streng kontrollierte Bedingungen und eine zuverlässige Kooperation zwischen behandelndem Gynäkologen, Pathohistologen und der Patientin voraus.

Zur Behandlung des Endometriumkarzinoms kommen drei Verfahren in Frage:

1. Operative Behandlung ohne/mit Nachbestrahlung
2. Vorbestrahlung und operative Behandlung ohne/mit Nachbestrahlung
3. Strahlenbehandlung

Bei Patientinnen mit Endometriumkarzinom ist die operative Behandlung mit Entfernung von Uterus und beiden Adnexen die Methode der Wahl. Bei Übergreifen des Tumors auf die Zervix ist wegen der dann gegebenen Ausbreitungsmöglichkeit eine operative Behandlung wie beim Zervixkarzinom notwendig. Eine am Operationspräparat histologisch eindeutig nachgewiesene Wandinfiltration oder metastatischer Befall der Ovarien macht die zusätzliche perkutane Telekobalt-Bestrahlung und Radiumeinlage in die Scheide erforderlich.

Ob das abdominale oder vaginale operative Vorgehen zu bevorzugen ist, bleibt offen. Die abdominale Operation hat den Vorteil, daß die Lymphabflußwege im kleinen Becken und im paraaortalen Bereich beurteilt werden können. Die vaginale Operation hat den Vorteil des weniger belastenden operativen Eingriffes.

Die operative Behandlung des Endometriumkarzinoms läßt bei vergleichbaren Patientenkollektiven (Alters-

schichtung, gleiche Risikofaktoren) gegenüber der Strahlenbehandlung um 15 Prozent bessere Heilungsergebnisse erwarten. An unserer Klinik liegt die Fünf-Jahresheilungsquote beim Stadium I um 80 Prozent.

Die primäre Strahlenbehandlung ist bei klinisch oder lokal nicht operablen Patientinnen angezeigt. Die Grundlage der radiologischen Behandlung bildet die intrauterine Radiumapplikation. Sie wird durch eine perkutane Telekobalt-Bestrahlung ergänzt.

Bei fortgeschrittenen oder metastasierenden Karzinomen lassen sich mit einer hochdosierten Gestagenbehandlung vorübergehend Tumoremulsionen erzielen. Der Wert der Chemotherapie beim Endometriumkarzinom bleibt vorerst fraglich.

Die Fünf-Jahresheilungsergebnisse bei Patientinnen mit Endometriumkarzinom liegen im Stadium I bei 70 Prozent, im Stadium II bei 50 Prozent, im Stadium III bei 30 Prozent und im Stadium IV unter 10 Prozent (Annual report).

### Nachsorge

Patientinnen mit Karzinom des Endometrium bedürfen einer sorgfältigen und regelmäßigen Nachsorge.

Tumorrezidive treten nach operativer Behandlung am häufigsten in der Vagina bzw. am Scheidenabschluß, nach Strahlenbehandlung am häufigsten im Uterus auf.

Nach alleiniger Strahlenbehandlung kann durch Verklebung oder Verödung des Zervikalkanals eine Sero- oder Pyometra entstehen, hinter der sich ein Rezidiv des Endometriumkarzinoms verbergen kann. In allen Fällen ist die baldige histologische Abklärung anzustreben. Eine routi-

### Einführungslehrgang für die kassenärztliche Tätigkeit

am 18. Februar 1978 im Ärztehaus Bayern, Mühlbauerstraße 16, München 80

Beginn: 9.15 Uhr – Ende: 16.30 Uhr

Anmeldungen sind an die KVB-Landesgeschäftsstelle, Mühlbauerstraße 16, 8000 München 80, bis 10. Februar 1978, zu richten.

Die Teilnehmergebühr ist am Tage des Einführungslehrganges zu bezahlen.

nemäßige Kontrollkürrettage sechs Monate nach Abschluß der radiologischen Behandlung, wie sie von manchen Behandlungszentren empfohlen wird, ist zu diskutieren.

Eine operative Behandlung der Rezidive kommt nur bei lokalem Tumorzidiv im Uterus in Frage. Vaginalrezidive sprechen gut auf lokale Strahlentherapie an. Die Heilungsergebnisse liegen bei 10 bis 30 Prozent. In jedem Fall ist die zusätzliche hochdosierte Gestagen-Behandlung ratsam.

### Zusammenfassung

Mit steigender Lebenserwartung tritt auch das im Alter auftretende Endometriumkarzinom häufiger auf. Ein Kausalzusammenhang zwischen Östrogen und Endometriumkarzinom ist bisher nicht bewiesen. Als Präkanzerose wird die adenomatöse Endometriumhyperplasie mit Zellatypien angesehen. Beim invasiven Karzinom des Endometrium treten in 90 Prozent der Fälle uterine Blutungsanomalien auf. Die Abklärung dieser Blutungen und die histologische Sicherung des Endometriumkarzinoms erfolgt durch die getrennte Zervix-Korpus-Kürrettage. Die operative Behandlung, eventuell in Kombination mit einer prä- oder postoperativen radiologischen Behandlung ist die Methode der Wahl. Bei klinisch nicht operablen Patientinnen oder Patientinnen mit fortgeschrittenem Karzinom des Endometrium erfolgt die radiologische Behandlung. Die hochdosierte Gestagen-Behandlung ermöglicht vorübergehende Tumorremissionen.

### Literaturverzeichnis

1. Annual Report on the Results of Treatment in Carcinome of the Uterus, Vagina and Ovary. 16. Vol., 1976. Published under the patronage of the International Federation of Gynecology and Obstetrics. Editor: H. K. KÖTTMEIER.
2. FRIEDBERG, V., O. KÄSER, K. G. OBER, K. THOMSEN und J. ZÄNDER: Behandlung der Uteruskarzinome in: Gynäkologie und Geburtshilfe, Band III, herausgegeben von: KÄSER, O., V. FRIEDBERG, K. G. OBER, K. THOMSEN und J. ZÄNDER. Thieme, Stuttgart, 1972.
3. LOCHMÖLLER, H.: Das Korpuskarzinom. Dtsch. Ärzteblatt, 45 (1972) 2946.

Anschrift der Verfasser:

Dr. med. J. Beltzer und Privatdozent Dr. med. K. J. Lohe, Melstraße 11, 8000 München 2

— Die Reihe der gynäkologischen Karzinome wird fortgesetzt —

## Zur Behandlung der Lippen-Kiefer-Gaumenspalten

von Th. Angerpointner und I. Coerdts

Aus der Abteilung für pädiatrisch-plastische Chirurgie (Leitende Ärztin: Dr. med. I. Coerdts) der Kinderchirurgischen Klinik (Direktor: Professor Dr. med. W. Ch. Hecker) der Kinderklinik der Universität München im Dr. von Haunerschen Kinderspital (Direktor: Professor Dr. med. K. Betke)

Eine effektive Therapie der Lippen-Kiefer-Gaumenspalten muß aus der interdisziplinären Zusammenarbeit von Kinderchirurgen, Kieferorthopäden, HNO-Ärzten, Logopäden, Zahnärzten und Psychologen bestehen.

Wie sehr von alters her nach geeigneten therapeutischen Verfahren gesucht wurde, zeigt die Beschreibung einer Lippenspalten-Operation bei dem Chinesen Wei-Yang-Chi im Jahre 390 n. Chr. Ist auch im Mittelalter vereinzelt von Spaltenoperationen berichtet worden, so dauerte es doch bis ins 19. Jahrhundert, bis die Spaltenchirurgie allgemeines Interesse fand (Rogers, 1971). Die heutigen Operationsmethoden gehen im wesentlichen auf v. Graefe (1816), Roux (1819), Malgaigne (1843), v. Langenbeck (1859), Mirault (1868) und Hagedorn (1894) zurück (Rogers, 1971).

Insbesondere die anatomischen Studien von Töndury (1950, 1955, 1976) haben die Embryogenese der Lippen-Kiefer-Gaumenspalten zu klären geholfen. Demnach handelt es sich bei den verschiedenen Spaltformen nicht um eine embryogenetische Einheit, sondern um Fehlbildungen des primären und sekundären Gaumens.

In der fünften Schwangerschaftswoche senkt sich die Nasenplakode durch vermehrtes Wachstum der Randwülste ein und bildet das Nasengrübchen, begrenzt vom medialen und lateralen Nasenfortsatz. Beide Nasenfortsätze wachsen unter weiterer Einsenkung des Nasengrübchens aufeinander zu, bis sich die Epithelschichten berühren. Die aneinanderliegenden Epithelschichten werden bis zum 40. Tag durch Mesenchym ersetzt. Bleibt dieser

Ersetzt es, resultiert daraus eine Spalte des primären Gaumens, die Lippen-Kiefer-Spalte. Die Spalten des sekundären Gaumens, die Gaumenspalten, entstehen in der achten Schwangerschaftswoche. Die paarigen Gaumenplatten, die in vertikaler Richtung neben der Zunge entstehen, wachsen unter Richtungsänderung nach horizontal aufeinander zu und vereinigen sich in der Medianlinie miteinander und mit dem Vomer. Ist ein Faktor dieses Ablaufes gestört, resultieren daraus die Gaumenspalten.

Die Zahl der Lippen-Kiefer-Gaumenspalten hat während der letzten Jahrzehnte zugenommen, und zwar von 1‰ (1 Spaltenträger auf 1000 Lebendgeborene) in den Jahren 1900 bis 1930 auf 1,6 bis 1,8‰ in den folgenden Jahrzehnten (Fogh-Andersen, 1961). Es bestehen nach geographischen Regionen und Rassen erhebliche Unterschiede. Eine Studie der WHO ergab eine Frequenz von 0,6 auf 1000 in der CSSR und 1,52 auf 1000 in Chile. Neger sind mit 0,41 auf 1000 am seltensten, Japaner mit 2,13 am häufigsten betroffen. Es bestehen keine sozialen Unterschiede, was Hygiene- oder Ernährungsfaktoren als Entstehungsursache ausschließt (Freser, 1971).

Die Einteilung der Lippen-Kiefer-Gaumenspalten erfolgt nach embryologischen Gesichtspunkten (Fogh-Andersen, 1942; Rosenthal, 1971) in

- ein- oder beidseitige Lippenspalten I° bis III° mit oder ohne Kieferspalten,
- Spalten des weichen und harten Gaumens und
- ein- oder beidseitig durchgehende Lippen-Kiefer-Gaumenspalten.

Die Entstehungsursachen sind heute noch nicht geklärt. Sicher ist, daß es sich um einen multifaktoriellen Prozeß handelt, d. h., nur die *Summation* einzelner Faktoren führt zur Spaltenbildung (Gabka, 1955; Fraser, 1971; Töndury, 1976). Ein Teil ist erbbedingt, im übrigen können z. B. ionisierende Strahlen, Medikamente und Virusinfektionen während der Schwangerschaft, wie bei anderen angeborenen Fehlbildungen, für das Auftreten von Spaltbildungen des Gesichtes verantwortlich sein.

### Zahlenmaterial und Methoden

In den Jahren 1965 bis 1976 wurden an der Kinderchirurgischen Klinik der Universitäts-Kinderklinik München 2505 Lippen-Kiefer-Gaumenspalten-Operationen, also durchschnittlich 209 pro Jahr, durchgeführt.

Im einzelnen entfielen auf	Operationen
– Lippenverschlüsse	762
– Gaumenverschlüsse	
a) weicher Gaumen	727
b) harter Gaumen	525
Zusammen	
Primärverschlüsse	2014
– Lippen-Naseneingangskorrekturen	288
– Vestibulumplastiken	89
– Kieferplastiken	62
– operative Zwischenkiefer-Rückverlagerungen	36
– Pharynxplastiken und Gaumenverlängerungen	16

Begleitende Mißbildungen waren in 7,3 Prozent der Fälle aufgetreten, und zwar Herzfehler in 0,9 Prozent, Augen-Ohrenmißbildungen in 1,6 Prozent, Extremitätenmißbildungen in 2,0 Prozent, andere Skelettmißbildungen in 2,7 Prozent und Mongolismus in 0,1 Prozent (Ertl, 1977).

Wie Schneider (1975) in einer Nachuntersuchung zeigte, entfielen bei den einseitig und beidseitig durchgehenden Lippen-Kiefer-Gaumenspalten 67,8 Prozent auf das männliche Geschlecht. Die einseitig durchgehenden Spalten traten bei beiden Geschlechtern etwa doppelt so häufig auf wie die beidseitig durchgehenden. Bei den einseitigen Lippen-

pen-Kiefer-Gaumenspalten überwog die linke Seite mit 65,9 Prozent die rechte Seite (34,1 Prozent). Diese Ergebnisse entsprechen den Angaben aus der Literatur (Hoppe, 1965; Temtamy, 1970; Tolarova, 1970; Rosenthal, 1971).

In den Jahren 1965 bis 1976 wurden 762 Lippenspalten verschlossen. Das entspricht 30,4 Prozent der Lippen-Kiefer-Gaumenspalten-Operationen. Das durchschnittliche Operationsalter betrug 4,5 Monate (Schneider, 1975). Bei beidseitigen Lippenspalten wurde häufig ein zweizeitiger Verschluss im Abstand von acht bis zehn Wochen durchgeführt. Fast ausschließlich wurde die Technik, die 1949 von dem kanadischen Chirurgen Le Mésurier als Weiterentwicklung der Hagedorn-Technik angegeben worden war (Le Mésurier, 1949), angewendet (Abb. 1). Durch abgewinkel-



Abbildung 1  
Schematische Darstellung des Lippenverschlusses nach Le Mésurier

te Schnittführung entlang der Spaltenränder wird ein rechteckiges Läppchen gebildet. Zur spannungsfreien Adaptation werden im Vestibulum oris beidseits paraalveoläre Schleimhautschnitte angebracht und nach ausgiebiger Mobilisation der Weichteile die beiden Spaltenseiten durch Vorholnähte einander ange nähert. Die Lippenspalte wird dergestalt schichtweise verschlossen, daß das rechteckige Läppchen in die korrespondierende Nische der anderen Seite greift. Le Mésurier gab seine Technik nur für einseitige Lippenspalten an. Es hat sich jedoch gezeigt, daß auch beidseitige Lippenspalten mit dieser Methode in ein- und zweizeitigem Vorgehen verschlossen werden können (Abb. 2 und 3). Die Rundung bzw. Aufrichtung des Nasenflügels wird durch eine Z-Plastik an der Schleimhautseite des Nasenflügels erreicht.

Im angegebenen Zeitraum wurden 727 Verschlüsse des weichen Gaumens durchgeführt. Das entspricht einem Anteil von 29,0 Prozent an den Lippen-Kiefer-Gaumenspalten-Operationen. Der Verschluss, der im

## Breitband- bakterizidum

Optimale  
Bioverfügbarkeit

# Co-trim- Tablinen®

Co-trimoxazol 480 mg  
Trimethoprim 80 mg, Sulfamethoxazol 400 mg

20 Tabl.

9.80

50 Tabl.

18.95



	morgens	abends
Normdosis	⊕ ⊕	⊕ ⊕ ⊕
Hochdosis	⊕ ⊕ ⊕ ⊕	⊕ ⊕ ⊕ ⊕ ⊕
Langzeitdosis	⊕ ⊕	⊕ ⊕
Kinderdosis individuell nach Alter!	⊖ ⊕ ⊕	⊖ ⊕ ⊕

**Individuelle Dosierung für Kinder und Erwachsene mit nur einer Darreichungsform. Kindertablette und forte-Form überflüssig!**

¼	½	1	2
⊖	⊖	⊕	⊕ ⊕

**Indikationen:** Infektionen der Luftwege, der Nieren- und Harnorgane, des Magen-Darm-Traktes, der Haut u. a.

**Kontraindikationen:** Schwere Leber- und Nierenschäden, Blutkrankheiten, Sulfonamidüberempfindlichkeit, Schwangerschaft, Früh- und Neugeborene in den ersten Lebenswochen. Bei eingeschränkter Nierenfunktion darf das Präparat nur unter Kontrolle der Blutspiegelwerte in niedrigerer Dosierung verabreicht werden. Bei der Langzeittherapie soll das Blutbild regelmäßig kontrolliert werden. Sollte ein Folsäuremangel auftreten, muß eine entsprechende Substitutionsbehandlung durchgeführt werden. Hexamethylentetramin- und procainhaltige Präparate sollen nicht gleichzeitig eingenommen werden.

**S SANORANIA Dr. G. Strohscheer**  
I Berlin 28



Abbildung 2  
Einseitige Lippenspalte II bis III<sup>o</sup> vor und nach Verschuß mit der Le Mésurier-Technik



Abbildung 3  
Beidseitige Lippenspalte vor und nach Verschuß mit der Le Mésurier-Technik

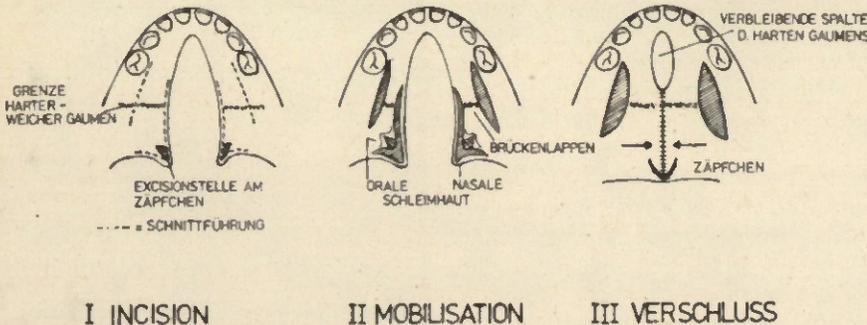


Abbildung 4  
Verschuß des weichen Gaumens nach Horiguti (Schema)

Alter von eineinhalb Jahren erfolgen soll (Coerdts, 1974), wird in unserer Klinik nach Horiguti vorgenommen (Abb. 4). Zunächst werden die Spaltenränder vom Übergang weicher-harter Gaumen pharynxwärts bis etwa 1,5 cm über das Zäpfchen hinaus inzidiert. Dann wird je ein dreieckiges Schleimhautlappchen aus beiden Zäpfchenhälften exzidiert. Es folgt die Trennung der oralen und nasalen Schleimhautschicht. Para-

alveolär wird jetzt auf jeder Seite ein Entlastungsschnitt angelegt und die Gaumendachschleimhaut (Mukoperiostmobilisation) ausgiebig mobilisiert. Nach Mobilisation der nasalen Schicht lassen sich die Spaltenränder spannungsfrei adaptieren und zweischichtig verschließen.

Bei durchgehenden Gaumenspalten (Abb. 5) wird ein zweizeitiges Vorgehen angewandt, wobei der Ver-

schluß des harten Gaumens im Alter von drei Jahren erfolgt. Im angegebenen Zeitraum wurden 525 Verschlüsse des harten Gaumens durchgeführt. Das entspricht einem Anteil von 20,9 Prozent an den Lippen-Kiefer-Gaumenspalten-Operationen. Es wurde die Mukoperiostmobilisation nach Schweckendiek als Operationsmethode verwendet (Schweckendiek, 1963) (Abb. 6). Dabei werden die Spaltenränder und die Gaumendachschleimhaut paraalveolär in der Weise inzidiert, daß zwei gestielte, nach vorne (vestibulär) freie Mukoperiostlappen entstehen. Nach ausreichender Mobilisation der oralen und nasalen Schichten lassen sich beide Lappen spannungsfrei in der Medianlinie adaptieren. Die Spalte des harten Gaumens wird dann schichtweise verschlossen.

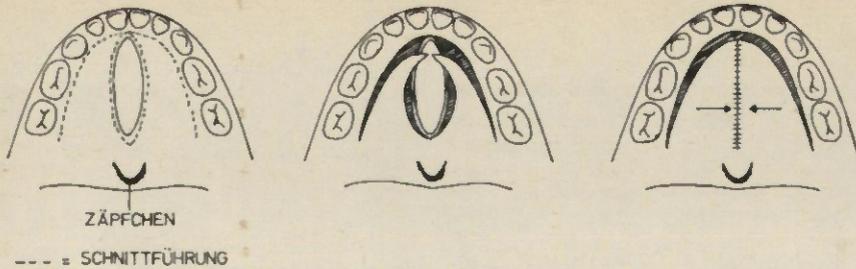
Von 1965 bis 1976 wurden 288 Korrekturoperationen durchgeführt. Ihr Anteil an den Lippen-Kiefer-Gaumens-Operationen stieg von 5,4 Prozent 1965 auf 19,8 Prozent 1976 an. Die Operationstechnik richtet sich nach der Art der Deformierung. Korrekturen an den Weichteilen werden vor Schuleintritt vorgenommen, Operationen am Nasenskelett sollten erst nach Abschluß des Wachstums erfolgen (Coerdts, 1974).

Pharynxplastiken und Gaumenverlängerungen, sogenannte sprachverbessernde Operationen, wurden in 16 Fällen durchgeführt. In 81 Prozent der Fälle konnte, wie eine Nachuntersuchung zeigte, eine wesentliche Sprachverbesserung erreicht werden (Coerdts, 1977).

Die Kieferplastik, bei der ein Rippenspan in die Kieferspalte eingesetzt wird, ist 16mal ausgeführt worden. Die Durchführung dieser Operation im Kleinkindesalter wurde aufgegeben, da im späteren Alter schwere Kieferdeformitäten auftreten (Rehrmann, 1973). Die Osteopla-



Abbildung 5  
Durchgehende Gaumenspalte



## I INCISION

## II MOBILISATION

## III VERSCHLUSS

Abbildung 6  
Verschluß des harten Gaumens nach Schweckendiek (Schema)

stik sollte daher erst nach der zweiten Dentition erfolgen (Coerdts, 1974).

Mundvorhofplastiken zur Vertiefung des Vestibulum oris, ausführlich beschrieben bei Heigl (1972), wurden in 89 Fällen vorgenommen. Häufig genügt zur Vestibulumverlängerung eine einfache Z-Plastik.

Bei beidseitig durchgehenden Lippen-Kiefer-Gaumenspalten hat der Zwischenkiefer keinen Kontakt zu den Alveolarfortsätzen. Ist die Gaumenspalte sehr eng, findet der Zwischenkiefer keinen Platz zwischen den Alveolarfortsätzen und wird nach vorne herausgedrängt (Abb. 7). Die operative Rückverlagerung des Zwischenkiefers mit Teilresektion von Knochen wurde bis 1969 36mal durchgeführt, ist aber heute verlassen, da der Eingriff das Knochenwachstum beeinträchtigt und zum Einsinken des Zwischenkiefers mit Pseudoprogenie führt (Ertl, 1977).



Abbildung 7  
Beidseitig durchgehende Lippen-Kiefer-Gaumenspalte mit prominentem Zwischenkiefer

Der Gewebszug der verschlossenen Lippenspalte reicht aus, bei genügend breiter Gaumenspalte (s. kieferorthopädische Behandlung) den Zwischenkiefer rückzuführen.

Die frühe kieferorthopädische Behandlung wird an der Universitäts-Kinderklinik München seit 1970 von Coerdts und Hösl (Coerdts, 1974; Hösl, 1974; Schneider, 1975) angewendet.

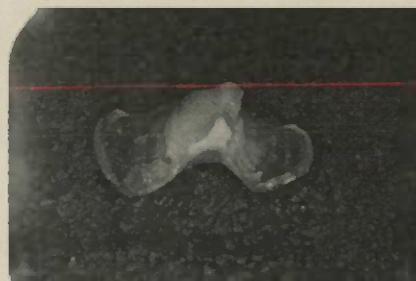


Abbildung 8  
Drehplatte zur frühen kieferorthopädischen Behandlung

Das Ziel ist, einen ausgeglichenen Oberkieferbogen mit möglichst normalem Wachstum des Gebisses und des Gesichtsschädels zu erreichen. Bei einseitig durchgehenden Lippen-Kiefer-Gaumenspalten mit klaffender Oberkieferlücke wird nach Gipsabdruck eine Gaumenplatte, die sogenannte Drehplatte, angepaßt, über der sich die Alveolarstümpfe nach dem Lippenverschluß in die gewünschte halbkreisförmige Position bringen lassen. Die Behandlung beginnt vor dem Verschluß der Lippenspalte und wird über zehn bis zwölf Wochen fortgeführt, wobei alle drei bis vier Wochen die Platte neu eingeschliffen wird (Abb. 8).

Bei beidseitig durchgehenden Lippen-Kiefer-Gaumenspalten mit prominentem Zwischenkiefer oder bei einseitig durchgehenden mit überlappenden Alveolarfortsätzen wird ebenfalls nach Gipsabdruck eine Gaumenplatte, die sogenannte Dehnungsplatte, eingepaßt, die durch ein Schraubensystem in der Breite verstellbar ist. Durch tägliches Weiterdrehen der Schraube wird die Gaumenspalte nach und nach verbreitert, bis der Zwischenkiefer zurückgleiten kann oder die überlappenden Alveolarfortsätze exakt gegenüberstehen (Abb. 9). Da die Gau-

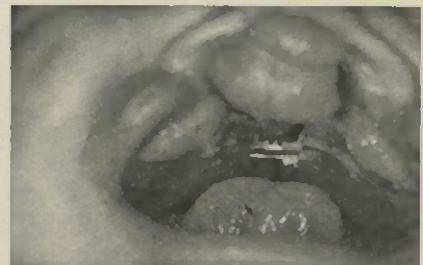


Abbildung 9  
Dehnungsplatte zur frühen kieferorthopädischen Behandlung in situ bei einem Kind mit beidseitig durchgehender Lippen-Kiefer-Gaumenspalte

menplatten die Mundhöhle von der Nasenhöhle abschließen, stellen sie zusätzlich eine Fütterungshilfe dar.

Eine Nachuntersuchung an 139 Kindern (Schneider, 1975), von denen 91 wegen einer einseitig durchgehenden und 48 wegen einer beidseitig durchgehenden Lippen-Kiefer-Gaumenspalte operiert worden waren, zeigte, daß die frühzeitig kieferorthopädisch behandelten Kinder im Vergleich zu den nicht orthopädisch behandelten Kindern

- geringere Abweichungen vom Idealkreisbogen des Oberkiefers nach Schwarz (1971) zeigen,
- einen ausgeglicheneren Alveolarbogenverlauf haben,
- gleichmäßigere Verzahnungen aufweisen und
- kein überschießendes Unterkieferwachstum ausbilden.

Insgesamt weichen also diese Kinder weniger von der Norm ab.

200 Patienten im Alter von vier bis 22 Jahren wurden von Braun (1976) nachuntersucht. 45 Prozent davon waren wegen isolierter Gaumenspalten, 34,5 Prozent wegen einseitig

durchgehender und 20,5 Prozent wegen beidseitig durchgehender Lippen-Kiefer-Gaumenspalten operiert worden. In 49 Prozent wurden eine einwandfreie Sprache, in 39 Prozent eine zufriedenstellende Sprache mit leichtem Näseln und in nur zwölf Prozent unzulängliche Sprachergebnisse beobachtet. Es muß dabei beachtet werden, daß nur etwa 50 Prozent unserer Patienten einer logopädischen Therapie zugeführt werden konnten.

An unserer Klinik wird folgender Behandlungszeitplan angewendet:

- Beginn der frühen kieferorthopädischen Behandlung: mit 3 Monaten
- Verschuß der Lippenspalte: mit 3 bis 5 Monaten
- Verschuß des weichen Gaumens: mit 1,5 Jahren
- Verschuß des harten Gaumens: mit 3 Jahren

- logopädische Behandlung: mit 2-5 Jahren
- plastische Korrekturen: mit 4-6 Jahren (wenn nötig, auch später)
- sprachverbessernde Operationen: mit 4 bis 5 Jahren
- Kieferplastiken: nach der zweiten Dentition
- orthodontische Behandlung: nach der zweiten Dentition/nach Wachstumsabschluß

#### Diskussion

Der Anteil der Korrekturoperationen an der Gesamtzahl der Lippen-Kiefer-Gaumenspalten-Operationen stieg von 5,4 Prozent 1965 auf 19,8 Prozent 1976 (1977 voraussichtlich 30 Prozent) an. Die Durchsicht des Jahres 1976 ergibt, daß 25 Prozent der Kinder, bei denen eine Korrekturoperation durchgeführt werden mußte, an einer anderen Klinik operiert worden waren. Selbst mit der besten Operationstechnik läßt

es sich nicht vermeiden, daß nach der Primärversorgung Lippen- und Naseneingangskorrekturen vorgenommen werden müssen. Die steigende Zahl dieser Operationen ist ein Maß für eine zunehmend kritische Einstellung.

Bereits 1894 führte Hagedorn (Rogers, 1971) das Prinzip der abgewinkelten Schnittführung beim Lippenverschluß ein. Le Mésurier modifizierte 1949 diese Technik (Le Mésurier, 1949). Die abgewinkelte Schnittführung vermindert den Narbenzug des Gewebes, der bei den geraden Schnitt-Techniken häufig zur Verkürzung der Oberlippe in der Länge und zur narbigen Verziehung des Lippenrotes nach oben führt. Die Oberlippe wird nach der Le Mésurier-Technik in der Mitte etwas höher und es bildet sich ein voll geformter Amorbogen.

Erst 1970 hat man erkannt, daß der Gewebezug der verschlossenen Oberlippe ausreicht, einen prominenten Zwischenkiefer kontinuierlich zu reponieren. Die operative Zwischenkiefer-Rückverlagerung wird des-

## Das Ulcus-Risiko im Gespräch:

„...Resultate erbringen den begründeten Nachweis für die Wichtigkeit der Magensäure in der Pathogenese des Duodenal-Ulkus und die Rechtfertigung zu seiner Behandlung.“

PETERSON ET AL. THE NEW ENGLAND JOURNAL OF MEDICINE, VOL. 297, NUMBER 7, 341 (1977)

„Ohne Magensäure gibt es kein Ulkus. Dies ist als sogenannte SCHWARTZ-DOKTRIN bekannt: „keine Säure - kein Ulkus.“ ... eine säurebindende Behandlung heilt normalerweise das Ulkus.“

ISENBERG, JAMA, BD. 233, NO. 6, 540 (1975)

halb nicht mehr durchgeführt (Coerd, 1974).

Der Verschluss der durchgehenden Gaumenspalte wird von uns zweizeitig vorgenommen. Zunächst wird der weiche Gaumen im Alter von ein- bis zwei Jahren verschlossen. Das zweizeitige Verfahren erleichtert die spannungsfreie Adaptation und vermindert die Gefahr der Nahtdehiszenz, verhindert die Ausbildung eines zu niedrigen Gaumens, gefährdet die Blutversorgung der Gaumenschleimhaut nicht und erspart die bei der ursprünglichen Brückenlappenplastik nach Axhausen (1952) erforderliche Frakturierung des Hamulus ossis pterygoidei.

Die Hauptaufgabe des Verschlusses des weichen Gaumens ist die Wiederherstellung eines funktionstüchtigen Velums als Grundvoraussetzung für eine normale Sprachentwicklung. Außerdem kommt dem Velum die Aufgabe der Belüftung der Tuba auditiva zu. Nach Strupler (1976) weisen bis zu 94 Prozent der Kinder mit durchgehenden Lippen-Kiefer-Gaumenspalten oder isolier-

ten Gaumenspalten Mittelohraffektionen als Folge der fehlenden Tubenbelüftung auf. Es kommt zu chronischen Mittelohrergüssen, zu chronischen Otitiden und zur Schallleitungsschwerhörigkeit (Koch, 1973). Nach Bzoch (1971) hängt die verzögerte Sprachentwicklung, die häufig bei diesen Kindern beobachtet wird, damit zusammen. Zum dritten ist das Velum wichtig für den normalen Ablauf des Schluckaktes. Durch den Verschluss der Gaumenspalte wird zudem die Balance zwischen Muskelzug und Skelett wiederhergestellt, was für das weitere Wachstum von Bedeutung ist (Slaughter, 1971). Die Horiguti-Technik erreicht eine zusätzliche Verlängerung des Gaumens pharynxwärts und schafft somit einen besseren Gaumenabschluss.

Der Verschluss des harten Gaumens wird durch den bereits verschlossenen weichen Gaumen wesentlich erleichtert. Zum einen bewirkt die rekonstruierte Muskelschlinge des Velums eine Verschmälerung der Spalte (Andrá, 1966), zum anderen gelingt die Stiellappenbildung, Muko-

periostmobilisation und Adaptation leichter. Der zunächst freiliegende Knochen wird von den Defekträndern her mit einer neuen Epithelschicht überzogen (Ertl, 1977).

Lippen-Kiefer-Gaumenspalten sind eine komplexe Fehlbildung, die den Gesichtsschädel und die Zahnentwicklung gleichermaßen betrifft (Weise, 1971). Diese Störungen werden mit zunehmendem Alter durch die unphysiologischen Funktionsabläufe und das Ungleichgewicht zwischen Muskel- und Skelettsystem verstärkt. Die Ergebnisse, die mit der frühen kieferorthopädischen Behandlung erreicht wurden, der stufenlosere und ausgeglichene Alveolarkonturverlauf, sowie die bessere Zahnstellung, machen die Notwendigkeit dieser Behandlungsform deutlich (Schneider, 1975).

Über den Zeitpunkt der einzelnen Operationen bestehen große Meinungsverschiedenheiten. In den USA werden Lippenpalten zum Teil schon im Neugeborenenalter in Lokalanästhesie unter Hinweis auf die enorme Heilungstendenz des Gewe-

## Ihre fertig-flüssige Antwort:

# GELUSIL LIQUID

## Kontern Sie das Ulcus-Risiko von Anfang an.

**Zusammensetzung:** 1 ml Gelusil Liquid enthält 0,156 g Magnesiumaluminium-Silikathydrat [Mg, AlSi<sub>2</sub>O<sub>7</sub>(OH)<sub>4</sub>].

**Indikationen:** Akute und chronische Gastritis, Hyperacidität (Supersekretion), Säurebeschwerden verschiedener Art wie Pyrosis, saures Aufstoßen, nächtliche Säurebeschwerden und Nüchternschmerz, Ulcus ventriculi et duodeni. Therapie und Prophylaxe des „Streßulcus“, Gastropathia neurogenica, verdorbener Magen nach Diätfehlern, Beschwerden nach Überforderung des Magens durch Alkohol, Nikotin, Kaffee und Süßigkeiten, medikamentös bedingte

Übersäuerung und zur besseren Magenverträglichkeit verschiedener Medikamente, Stumpfgastritis, Reflux-Ösophagitis, Entzündungen der Speiseröhre einschließlich Säureverätzungen.

**Kontraindikationen:** sind nicht bekannt.

**Zur Beachtung:** Hohe und längerdauernde Gaben von Gelusil Liquid können bei schwerer Niereninsuffizienz zur Hypermagnesiämie führen. Im Stadium der urämischen Stoffwechsellintoxikation ist – sofern nicht systematische Kontrollen des Plasma-Magnesiums

### Wie das Ulcus-Risiko zunimmt:

Beschwerden nach Alkohol und Nikotin
Reizmagen verdorbener Magen
Säurebeschwerden Sodbrennen
Hyperacidität
Gastritis
„Streßmagen“
Ulcus

**Gelusil Liquid fertig-flüssig® gehört zur Ulcus-Therapie von Anfang an, denn:**

- sofortige Einstellung des Magensaftes auf optimale pH-Werte
- anhaltender Magenschleimhautschutz durch zwei wirksame Schutzfilm-Gele
- weder laxierend, noch obstipierend – kein reaktiver Säurestoß – keine Alkalose
- angenehm im Geschmack und einfach in der Anwendung

möglich sind – bei Verwendung von Gelusil Liquid Vorsicht geboten.

**Handelsformen und Preise:**  
Packung mit 20 Btl. zu 6 ml Suspension  
Packung mit 50 Btl. zu 6 ml Suspension  
Flasche mit 200 ml  
Anstaltspackungen

DM 10,71 m. MwSt.  
DM 24,09 m. MwSt.  
DM 13,29 m. MwSt.  
Januar 1978/501/0

**GÖDECKE AG · 1 Berlin 10**

bes durchgeführt (Musgrave, 1971). Dem sind jedoch die Zartheit des Gewebes und die anatomischen Größenverhältnisse sowie die größere Anfälligkeit des Neugeborenen entgegenzuhalten. Ullik (1955) dagegen forderte, den Lippenverschluß erst nach Durchbruch der Frontmilchzähne durchzuführen, da diese eine natürliche Barriere gegen den Gewebezug der verschlossenen Lippe darstellen. Der Großteil der Autoren führt den Lippenverschluß im Alter von drei bis sechs Monaten durch (Musgrave, 1971). Nach Oberniedermayr (1952) soll die Lippenplastik vor Beginn der Lallperiode durchgeführt werden. Mit zunehmendem Alter verbreitert sich zudem die Lippenspalte. Wir nehmen die Lippenplastik im Alter von drei Monaten vor, wenn das Kind ein Gewicht von ca. 5000 Gramm erreicht hat (Coerdts, 1974). Die Weichteile haben zu diesem Zeitpunkt die genügende Größe und Festigkeit.

Die größten Meinungsverschiedenheiten bestehen über den Zeitpunkt der Gaumenplastik. Rosenthal (1955) und Herfert (1953) sehen die Gefahr der Kieferentwicklungsstörung durch die frühzeitige Gaumenplastik und nehmen daher diese Operation erst nach vollzogenem Zahnwechsel vor. Demgegenüber stehen jedoch die Probleme der Sprachentwicklung sowie oto-rhinologische, psychische und soziale Probleme, die eine Verschiebung des Operationszeitpunktes auf später nicht zulassen. Das Spaltenkind ist ohnehin schon in seinen sprachtechnischen Möglichkeiten eingeschränkt (Oberniedermayr, 1952). Axhausen (1952) weist darauf hin, daß schwere Oberkieferdeformitäten auch häufig bei Kindern ohne vorhergehende Operation auftreten. Coerdts (1977) berichtet von älteren Gastarbeiterkindern mit unbehandelten Lippen-Kiefer-Gaumenspalten, die schwerste Kieferwachstumsstörungen zeigten. Diese Wachstumsstörungen sind nicht Ergebnis der Gaumenplastik, sondern Ausdruck der Mißbildung selbst (Gabka, 1973). Die wesentlichen Wachstumsimpulse gehen von der Schädelbasis aus. Oberkieferanomalien haben dort ihren Ursprung und werden auch durch operative Maßnahmen nicht beeinflußt (Coerdts, 1974). Drachter (1930) führte aufgrund seiner Studien den Begriff der „optimalen Spaltbreite“ ein. Diese liegt zu Beginn des zweiten Lebensjahres vor, danach erweitert sich die

Gaumenspalte und schafft ungünstigere Operationsbedingungen. Deshalb wird der weiche Gaumen von uns im Alter von einhalb Jahren und der harte Gaumen mit drei Jahren verschlossen.

Über die weitere Behandlung herrscht weitgehend Übereinstimmung, wie das Rundtischgespräch (Morger, 1976) auf dem III. Pädiatrisch-Kinderchirurgischen Symposium in St. Gallen 1976 gezeigt hat.

### Zusammenfassung

In den Jahren 1965 bis 1976 wurden an der Kinderchirurgischen Klinik der Universitäts-Kinderklinik München 2505 Lippen-Kiefer-Gaumenspalten-Operationen durchgeführt. Im einzelnen entfielen auf Lippenverschlüsse 762 Operationen, Verschlüsse des weichen Gaumens 727 Operationen, Verschlüsse des harten Gaumens 525 Operationen, Lippen-Naseneingangs-Korrekturen 288 Operationen, Kieferplastiken 62 Operationen, operative Zwischenkiefer-Rückverlagerungen 36 Operationen, Vestibulumplastiken 89 Operationen und Pharynxplastiken und Gaumenverlängerungen 16 Operationen. Bei den Lippenverschlüssen kam die

Technik nach Le Mésurier, beim Verschluß des weichen Gaumens die Veloplastik nach Horiguti und beim Verschluß des harten Gaumens die Mukoperiostmobilisation nach Schweckendiek zur Anwendung. Die Operationstechnik bei den Lippen-Naseneingangskorrekturen richtete sich nach der Art der Deformierung. Kieferosteoplastiken sollten erst nach der zweiten Dentition erfolgen. Die operative Zwischenkieferverlagerung ist wegen der Gefahr der Pseudoprogenie heute verlassen. Wesentlicher Bestandteil der Therapie ist die frühe kieferorthopädische Behandlung, die bei engen durchgehenden Lippen-Kiefer-Gaumenspalten mit prominentem Zwischenkiefer oder bei überlappenden Alveolarfortsätzen zur Anwendung kommt. Die Operationsmethoden, anhand von Nachuntersuchungen erhobene Ergebnisse sowie der zeitliche Behandlungsablauf werden beschrieben und diskutiert.

Literatur bei den Verfassern

Anschrift der Verfasser:

Dr. med. Th. Angerpointner und Dr. med. I. Coerdts, Kinderchirurgische Klinik der Universitäts-Kinderklinik München im Dr. v. Haunerschen Kinderspital, Lindwurmstraße 4, 8000 München 2

Das Bayerische Rote Kreuz gibt sich die Ehre, Sie zum

### Margueriten-Ball

am Mittwoch, 1. Februar 1978, 20 Uhr, im Bayerischen Hof, München, einzuladen.

Ein heiteres Programm, das beliebte Orchester Helmut Högl, die temperamentvolle John West-Band mit ihren exotischen attraktiven Singers und das Faschingsprinzenpaar mit seinem Hofstaat erwarten Sie.

Eine Palette schöner Gewinne finden Sie in der großen Tombola. Abendanzug, Abendkleid.

Eintrittspreise für nummerierte Plätze: DM 80,—, 75,—, 65,—, 60,—, 50,—, 40,—, 30,—, 20,—, 15,—,

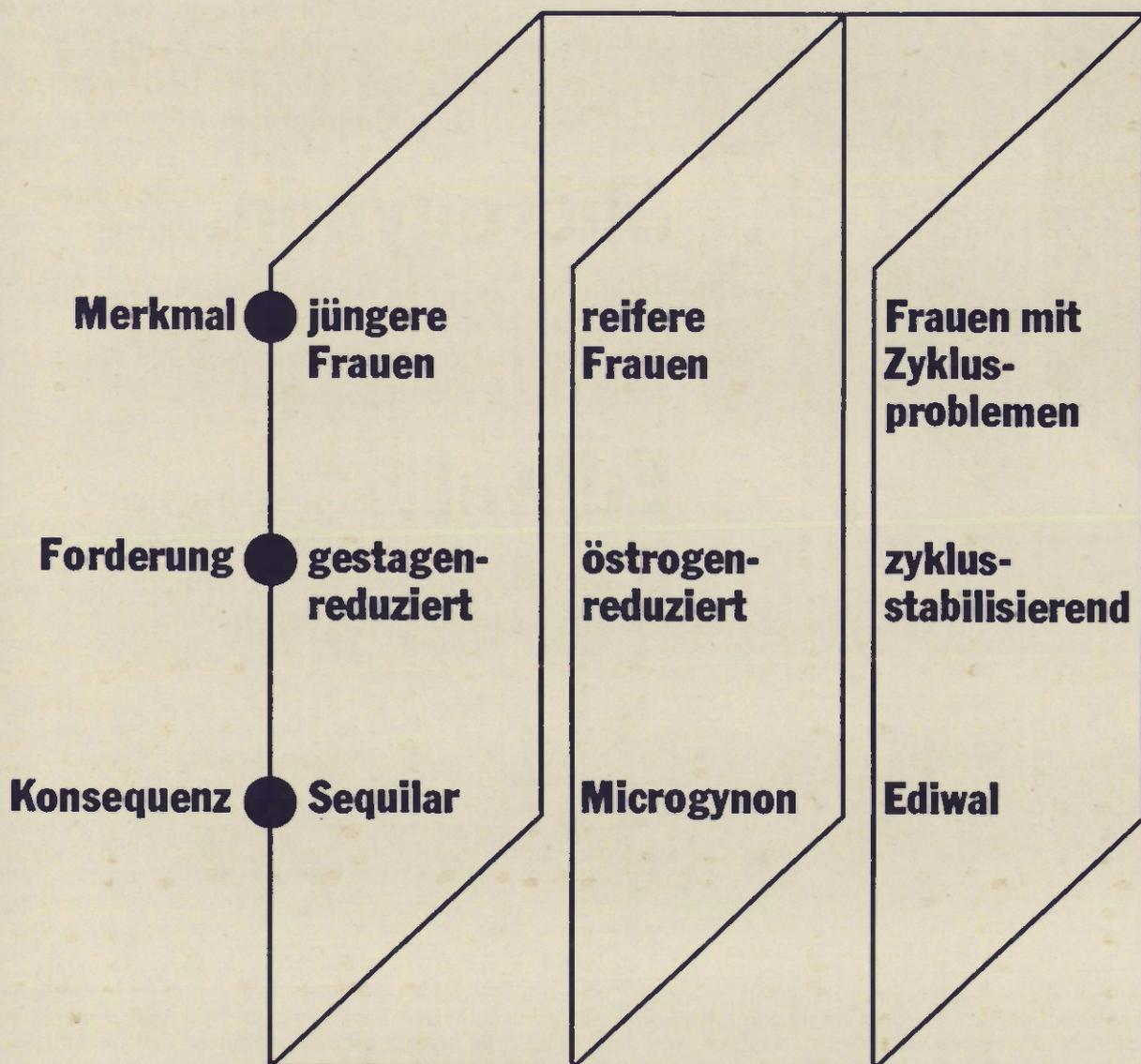
Kategoriekarten für Studierende: DM 10,—

Unnummerierte Saalkarten: DM 10,—

Vorbestellung und Kartenverkauf: Rotes Kreuz, Seitzstraße 8, München 22, Telefon (0 89) 22 87 87, Nebenstelle 63, oder Bayerischer Hof, Promenadeplatz 2—6, München 2, Telefon (0 89) 22 88 71  
Der Reinerlös des Balles wird für das neu zu errichtende soziale Dienstleistungszentrum im Lehel verwendet.

Ehrenprotektorat: Frau Gertrud Goppel

# Schering-Kontrazeptiva-System für die praxisgerechte Verordnung

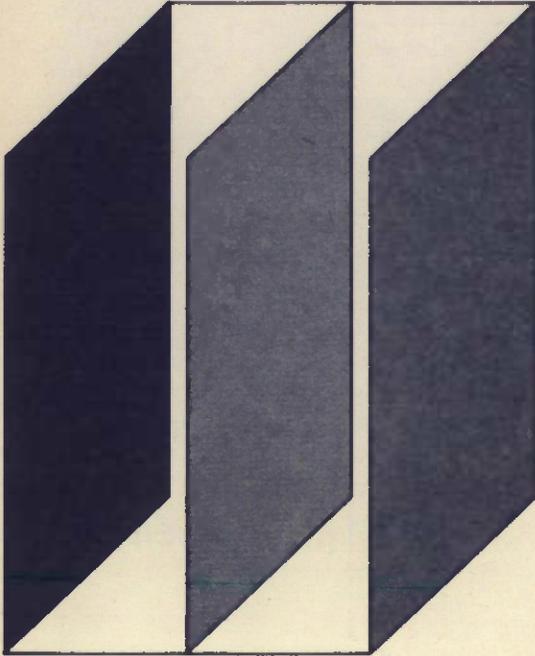


**Sequilar • Microgynon • Ediwal**

**...immer gleich die richtige Pille  
von Schering**

# Schering-Kontrazeptiva-System

für die praxisgerechte Verordnung



## Sequilar **ist gestagen-reduziert**

darum auch für Frauen – unabhängig vom Alter –, die mit Beschwerden kommen, die durch Gestagene hervorgerufen bzw. verstärkt werden können – z.B. **Gewichtsprobleme**

## Microgynon **ist östrogen-reduziert**

darum auch für Frauen – unabhängig vom Alter –, die mit Beschwerden kommen, die durch Östrogene hervorgerufen bzw. verstärkt werden können – z.B. **Brustspannen**

## Ediwal **ist zyklus-stabilisierend dosiert**

darum für die Frauen – unabhängig vom Alter –, die mit Zyklusproblemen kommen, auch für Frauen post partum und post abortum.

Zusammensetzung: 1 Packung Microgynon® 21 enthält 21 Dragees zu je 0,15 mg D-Norgestrel und 0,03 mg Äthinylostradiol. Microgynon 28 enthält in der Kalenderpackung zusätzlich 7 wirkstofffreie Dragees. 1 Packung Ediwal® 21 enthält 21 Dragees zu je 0,125 mg D-Norgestrel und 0,05 mg Äthinylostradiol. 1 Packung Sequilar® 21 enthält 11 weiße Dragees zu je 0,05 mg D-Norgestrel und 0,05 mg Äthinylostradiol sowie 10 orangenfarbige Dragees zu je 0,125 mg D-Norgestrel und 0,05 mg Äthinylostradiol. Sequilar 28 enthält in der Kalenderpackung zusätzlich 7 wirkstofffreie Dragees. Indikationen: Konzeptionsverhütung. Dosierung: Microgynon 21/Sequilar 21: Im ersten Zyklus täglich 1 Dragee vom 1.-21. Zyklustag (1. Tag der Menstruation – 1. Zyklustag). Nach einer Pause von 7 Tagen, in der es zur Entzugsblutung kommt, wird die Einnahme aus der nächsten Packung fortgesetzt. Microgynon 28/Sequilar 28: Ab 1. Zyklustag täglich 1 Dragee; keine Einnahmepause. Ediwal 21: Im ersten Zyklus täglich 1 Dragee vom 5.-25. Zyklustag (1. Tag der Menstruation – 1. Zyklustag). Nach einer Pause von 7 Tagen, in der es zur Entzugsblutung kommt, wird die Einnahme aus der nächsten Packung fortgesetzt. Nebenwirkungen: Vereinzelt Spannungsgefühl in den Brüsten, Magenbeschwerden, Übelkeit, Kopfschmerzen, Beeinflussung des Körpergewichts und der Libido, depressive Verstimmungen, Chloasma, Zwischenblutungen. Gründe für das sofortige Absetzen: erstmaliges Auftreten migräneartiger oder häufigeres Auftreten ungewohnt starker Kopfschmerzen, akute Sehstörungen jeder Art, erste Anzeichen von Thrombophlebitiden oder thromboembolischen Erscheinungen sowie geplante Operationen (6 Wochen vorher) und längere Immobilisation (z.B. nach Unfällen), Auftreten von Ikterus, stärkerer Blutdruckanstieg, Schwangerschaft. Kontraindikationen und Risiken: Wie bei allen hormonalen Kontrazeptiva vom Typ der Gestagen-Östrogen-Kombinationen: schwere Leberfunktionsstörungen; idiopathischer Schwangerschaftsikerus oder schwerer Schwangerschaftspruritus in der Anamnese, Dubin-Johnson- und Rotor-Syndrom, vorausgegangene oder bestehende thromboembolische Prozesse, Sichelzellenanämie, Mamma- oder Korpuskarzinom (auch nach Behandlung), Fettstoffwechselstörungen; Herpes gestationis in der Anamnese, Otsklerose mit Verschlechterung in vorangegangenen Schwangerschaften. Einfluß auf die Wirkung bei gleichzeitiger Gabe anderer Medikamente siehe Prospekt. Besondere Hinweise: Ausführlichere Informationen zum Präparat enthalten die wissenschaftlichen Prospekte (z. Z. sind folgende Auflagen gültig: Microgynon 3. Auflage vom Oktober 1976. Ediwal 21 2. Auflage vom Juli 1976. Sequilar 3. Auflage vom Januar 1977), u. a. zu folgenden Themen: Notwendigkeit gynäkologischer Kontrolluntersuchungen, Einfluß auf die Scheidenflora, Beeinflussung der Leberfunktion, Thromboserisiko unter der Anwendung, Möglichkeit einer geringen androgenen Restwirkung, Wirkung auf Nebennierenrinden- und Schilddrüsenfunktion, Einfluß auf klinisch-chemische Normalwerte, Stoffwechselfunktionen und Blutdruck, Krankheiten, die sich wie in der Schwangerschaft verschlimmern können (Otsklerose, multiple Sklerose, Epilepsie, Porphyrie, Tetanie). Packungen und Preise lt. AT: Microgynon 21: 1x21 Dragees DM 8,35; 3x21 Dragees DM 23,10; 6x21 Dragees DM 40,85. Ediwal 21: 1x21 Dragees DM 9,40; 3x21 Dragees DM 25,90; 6x21 Dragees DM 44,35. Sequilar 21: 1x21 Dragees DM 8,60; 3x21 Dragees DM 23,75; 6x21 Dragees DM 41,60. Microgynon 28: 1x28 Dragees DM 8,70; 3x28 Dragees DM 24,05; 6x28 Dragees DM 42,00. Sequilar 28: 1x28 Dragees DM 8,95; 3x28 Dragees DM 24,70; 6x28 Dragees DM 42,75.

SCHERING AG  
BERLIN / BERGKAMEN  
Sept. 77 ©

## Ärztliche Fortbildung – aber wie?

von H. Braun

Daß die in den letzten Jahren häufig gehörte Kritik an der angeblichen Opamedizin, die in den Praxen niedergelassener Ärzte betrieben würde, und an der mangelhaften Fortbildung der deutschen Ärzte unberechtigt, ja infam und böswillig war, wissen wir alle. Es gibt keinen Berufsstand in Deutschland, der sich so intensiv der Fortbildung widmet wie die Ärzte. Dafür legen die wiederholt veröffentlichten Teilnehmerzahlen – von den Fortbildungsabenden der Kreisverbände angefangen bis zu den großen Fortbildungskongressen der Bundesärztekammer – lebendiges Zeugnis ab.

Trotzdem hat sich der Gesetzgeber bemüht, im KVWG, das am 1. Januar 1977 in Kraft getreten ist, eine eigene Fortbildungspflicht für die Kassenärzte gesetzlich vorzuschreiben. Obwohl wir und unsere Landesvertretungen schon immer und auch heute gegen eine Pflichtfortbildung waren, bejahen wir trotzdem eine Fortbildungspflicht für jeden Arzt. Die vom Deutschen Ärztetag und im Oktober 1977 vom Bayerischen Ärztetag verabschiedete neue Berufsordnung hat die Bestimmungen über die Fortbildungspflicht besonders ausführlich behandelt. Nach diesen Bestimmungen muß jeder Arzt in der Lage sein, seine Fortbildung jederzeit nachzuweisen.

Der Bundesfinanzhof hat in einem neuen Urteil festgelegt, daß der Frühjahrsfortbildungskurs in Davos stauerlich nicht mehr absetzbar ist. Als einen Beweis dafür, daß dieser Kongreß in erster Linie der Erholung dient, hat er ausgeführt, daß der klagende Kollega zu diesem Kongreß seine Frau und seine beiden Kinder

mitgenommen hätte. Mit keinem Wort ging er darauf ein, daß deutsche Ärzte zumindest einen großen Teil ihrer Urlaubszeit für ihre Fortbildung opfern.

Sicher muß von uns allen auch beachtet werden, daß das Vertrauen zu den Ärzten entscheidend von ihrer Bereitschaft zur Fortbildung abhängt.

Neben den zahlreichen Möglichkeiten der Fortbildung, die die Ärztekammern und ihre Untergliederungen sowie die Universitätskliniken und Großkrankenhäuser den Ärzten anbieten, gibt es nun eine weitere Möglichkeit, die nicht nur intensive Fortbildung auf den verschiedenartigsten Gebieten darbietet, sondern auch durch das fortlaufende Abonnement den Nachweis der Fortbildung im Sinne der neuen Berufsordnung mitliefert. Es ist dies die ärztliche Fortbildung auf Bildplatte, die die Friedrich-Thieding-Stiftung des Hartmannbundes zusammen mit der Medithek anbietet. Es gibt neben diesem neuen Medium kein Fortbildungssystem, das mühsamer, zeitsparender und effektiver ist.

Das zu einem sehr günstigen Preis erhältliche Bildplattenabspielgerät, das an jedes Fernsehgerät angeschlossen werden kann, ermöglicht Fortbildung in vielerlei medizinischen Bereichen bei hervorragender Ton- und Bildqualität.

Das Abonnement der Bildplatten garantiert die Lieferung von mindestens 50 Platten pro Jahr. Jede Platte hat eine maximale Spieldauer von zehn Minuten. Themen, die einen längeren Zeitraum beanspruchen, werden auf zwei oder drei Bildplat-

ten abgehandelt. Autoren, Didaktiker und Techniker, die mit dem Medium Audiovision gelernt haben umzugehen, können in zehn Minuten sehr viel und hochwertige Informationen unterbringen. Die Spieldauer von zehn Minuten hat sich im übrigen für vollbeschäftigte niedergelassene- und Krankenhausärzte als eine optimale Zeit herausgestellt.

Die verschiedenfarbige Markierung der Bildplattentaschen – je nach Fachgebiet – erlaubt den Aufbau einer audiovisuellen Enzyklopädie, die es jederzeit ermöglicht, bei Bedarf auf ein bestimmtes Thema oder Problem zurückzugreifen.

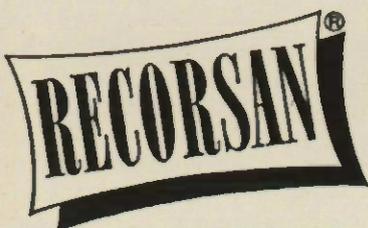
Während bei der bisherigen Produktion von Filmplatten auf eine sehr große Zahl von bereits existierenden Fortbildungsfilmern zurückgegriffen wurde, die geschnitten und auf Bildplatten überspielt wurden, hat die Programmkommission der Friedrich-Thieding-Stiftung jetzt damit begonnen, schwergewichtig in der Notfallmedizin neue Platten mit neuen Autoren zu produzieren.

Im übrigen ist das ganze Programm nicht nur auf Bildplatten, sondern auch auf Magnetbändern erhältlich, die mit jedem Videorecorder abgespielt werden können. Ich besitze selbst ein Bildplattengerät mit allen bisher erschienenen Bildplatten. Es sind darauf bisher über 40 Themen auf ca. 70 Platten abgehandelt. Ich habe daraus für meine eigene allgemeinärztliche Tätigkeit viele Anregungen bekommen und auch viel in Vergessenheit geratenes Wissen wieder aufgefrischt.

Dieses audiovisuelle Fortbildungsprogramm kann nur allen Ärzten, insbesondere Allgemeinärzten und Internisten, wärmstens empfohlen werden.

Anschrift des Verfassers:

Dr. med. H. Braun, Talstraße 5, 8411 Nittendorf



## RECORSAN-LIQUID.

Rein phytoologisches Kardi tonicum für die kleine Herztherapie  
Crataegue-Adonistherapie des Altersherzens

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

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

Recorsan-Gesellschaften Gräfelfing und Lüneburg

# Zur Brückenfunktion des ärztlichen Gespräches

Wir sollten es nutzen — nicht nur benutzen ...

*Gruppengespräch und autogenes Training als Alternative zur „stummen Medizin“*

von G. Iversen

Unsere Freude über erste Worte eines Kindes oder Enkels ist schon köstlich; das Staunen seiner Eltern wie Verwandten gilt — inmitten raffinierter Technik — einem kleinen „Brücken-Wunder“ — — unserer Sprache. Doch was wird daraus?!

Bald gehört die Sprache unseres Alltags zum Gewohnten; ihr Benutzen wirkt oft lieblos, — als Kontrast zu ihrer Vielfalt — — und dem Reichtum, den sie doch ermöglicht. Wäre mit dem Instrument der Sprache — mehr gepflegt — nicht mehr zu helfen?

Manchmal können zwar auch „Spitzen“ helfen, wenn es etwas aufzustecken gilt, was als hohle Phrase Wesentliches nur verdecken soll, Offenheit verhindert. Und die Schärfe eines Wortes kann der Klarheit dienen; doch sein Einsatz will bedacht sein.

Liebevolles Sprechen aber kann nur helfen, „Brückenpfeiler“ sein für eine Botschaft, die Verständigung ermöglicht. Auch wo Sprache „Quelle aller Mißverständnisse“ wurde (Exupérie) sind wir auf sie angewiesen, — auf das mit ihr mögliche Gespräch.

Ist dann karger Umgang mit der Sprache sinnvoll, wo es um das Helfen geht? Kann Information gerade hier Gespräch ersetzen? Wünscht sich der Patient nicht eben dies? Weniger, daß über ihn gesprochen wird — oder über eine Krankheit — sondern mit ihm über sein Befinden (so, daß er's versteht)!

Sparsame Gespräche helfen sicher mehr als viele Worte, die den Partner wie ein „Rede-Schwall“ anmuten; sie erreichen seine Mitte nicht. — Die durch eigenes Erleben voll gedeckte Aussage jedoch ist geeignet, unser Gegenüber anzusprechen,

— anzurühren. Dann gilt das Wort Christian Morgensterns „Gespräch ist gegenseitige distanzierte Berührung“ — und es wird zur Brücke. Weil wir auf sie nicht verzichten können, ist das bittere Wort von der „stummen Medizin“ nicht nur ein Symptom, dessen überzeichnende Formulierung wir auf sich beruhen lassen könnten. *Es ist eine Herausforderung.*

Wo Menschen nicht (mehr) miteinander sprechen, sind sie sich gleichgültig, manchmal auch mißtrauisch, abgeneigt oder gar feindlich gesonnen. Unverzichtbare Grundlage unseres ärztlichen Tuns ist aber das Vertrauen, — eines seiner Charakteristika das offene Gespräch; in ihm versteckt sich keiner der Beteiligten vor dem anderen.

## Das offene Gespräch

ermöglicht — als Brücke — die Annäherung, ja, rührt manchmal schon an tiefe Schichten — — trotz noch eingehaltener Distanz. Es erschließt neue Möglichkeiten, die wir nutzen, ganz wahrnehmen sollten, — auch wenn wir sie nicht voll ausschöpfen können oder wollen.

Sammlung der Gedanken gibt den Ausschlag, auch wo Antwort noch nicht möglich ist. Schon gemeinsames Bedenken einer Frage kann entlasten, weiterhelfen, — reifen lassen, Einsicht, Klarheit und Vertrauen schenken. Ist uns — jederzeit und überall — diese Wirkungsmöglichkeit bewußt? Prüfen wir das Wirken unserer Worte denn — entfernt nur — wie bei Drogen? Und wie steht es mit der Wirkung solcher Worte, die der Kranke (!) seinerseits bei uns auslöst?

Vor der unbedachten Antwort wächst Verantwortung; muß Verbindung

sein oder — wie wir's heute nennen — Kommunikation. Sammlung der Gedanken und Zentrieren auf die Frage, die gestellt ist, *stärkt die Brücke des Gespräches.*

## Zuwendung ist unerläßlich

im Gespräch, also — wo es Brücke werden soll — auch gefordert.

Doch, wer wüßte nicht, daß eben dieses fördert, was oft kümmerlich erscheint: Zuwendung von Geist (im Denken), Herz (als Sympathie) und Seele (durch Empathie). Damit wirkt Gespräch dem entgegen, was als „seelische Avitaminose“ (Friedrich Mauz) häufig dort grassiert, wo wir gerufen sind.

## Übungsfeld für des Gespräch

zu zweit und in der Gruppe muß nicht nur der Alltag sein — mit seinen vielfach starren Formen und Usancen. Auch was dort zu „funktionieren“ scheint, muß das Optimum dessen noch nicht sein, was uns möglich ist.

Selbsterfahrungsgruppen (analytisch oder themenzentriert) gaben in den letzten Jahren neue Ein- und Ausblicke für jene, die vorbehaltlos daran teilnahmen. — Gruppenarbeit solcher Art lädt die Beteiligten zum eigenen Gedankenbeitrag ein; die dort mögliche und nötige Selbstdarstellung fördert Selbstentfaltung; auch vermag sie offenbar das zu kompensieren, was zuletzt H. E. Richter wieder kritisierte: jene „Entmenschlichung“, die „durch eine fortschreitende Technisierung, Spezialisierung, Ritualisierung, Bürokratisierung und Isolierung der Arbeit zustande kommt“ und die „Ge-

fahr einer schleichenden psychischen Verkrüppelung" wachsen läßt!).

Gemeinsam ist den Gruppen dieser Art mit Balint-Gruppen das, was kürzlich M. B. Clyne den „Abbau der psychischen Rigidität“ genannt hat – und das wachsende Verständnis der Teilnehmer für die Möglichkeit, „sich selbst bei Diagnostik und Therapie einsetzen zu können“. – Die auf solche Weise erzielte „Lockerung soll und wird zu einer limitierten, aber doch bemerkenswerten, fühlbaren und relevanten Wesensänderung des Arztes führen, im Sinne einer größeren emotionalen Freiheit und Aufnahmefähigkeit im beruflichen Bereich“<sup>2)</sup>. Das führt ihn zu einer anderen Art des *Hinhörens*, des Wahrnehmens auch versteckter Aussagen und nonverbaler Äußerungen seiner Gesprächspartner, der Ratlosen und -suchenden, der Gekränkten und Kranken. Mit ihnen wird und ist dann ein anderes Sprechen, offeneres Gespräch möglich; – sowohl im Dialog wie in kleinen Gruppen. Hervorragend hat sich hierfür z. B. der Erfahrungsaustausch in autogenen Trainings-Gruppen bewährt. Bei ihren Teilnehmern werden die Ängste und Hemmungen schon nach ein bis zwei (manchmal drei) Sitzungen überraschend reduziert. Sie fühlen sich hier unter ähnlich Betroffenen und gleichsinnig Interessierten vom Arzt verstanden, ernst genommen und akzeptiert.

Neben ersten kleinen Erfolgen im autogenen Training berichten die Gruppenteilnehmer bald freimütig

und „normal“, – also ganz offen über *Schwierigkeiten* beim *Üben* und – – im *Alltag*. Der große Vorteil, der darin besteht, daß dieser Erfahrungsaustausch – wie auch der jeweils neue Lernschritt – quasi „themenzentriert“ geschieht, wirkt sich sowohl in den Anfängen wie im weiteren Verlauf des Gespräches aus: So strukturiert wird es schon bald tragfähig, – wie *eine Brücke*, auch bei neuen Nöten! – – Und das ist entscheidend!

Da sich *Kranksein* – im Unterschied zu Krankheitsbild und Symptomatik – nur erfassen läßt, wenn wir neben den somatischen Aspekten auch die des Erlebens und Verhaltens kennen, müssen wir das *Messen* immer noch ergänzen durch *Verstehen*. Auf diesen Doppelaspekt hat z. B. bezüglich vieler kardiovaskulärer Störungen und Erkrankungen Delius immer wieder hingewiesen<sup>3)</sup>.

Er konstatierte: „Bei zahlreichen Kranken mit Herz-Kreislauf-Beschwerden und -Symptomen scheint mir die Frage: ‚Wer hat angefangen, das Soma oder die Psyche?‘ müßig oder gar inadäquat. Wir müssen folgende Sachverhalte zu ekzeptieren lernen:

1. Kranksein in seiner affektiven und vegetativen Dimension gehört fast immer zusammen, nicht selten ist es auch in seiner organischen, vegetativen und psychischen Dimension wie in einem Koordinatenkreuz verbunden.
2. Die psychophysische Individualität entscheidet neben und mit exogenen Noxen darüber, wie stark sich Psychisches und

Peripher-Funktionelles beim einzelnen Patienten gesellen.

3. Der psychophysische Phänotyp bestimmt, welches Gewicht bei multifaktoriellen Herz- oder Gefäßerkrankungen, z. B. der essentiellen Hypertonie, die psychische ‚Seite‘ oder des Grenzgebiet des Psychisch-Vegetativen für den Patienten gewinnt.“ Wie „die Folgerung einer komplementären Behandlung der beiden Seiten des Krankseins logisch ist“, so selbstverständlich ist als Voraussetzung hierfür eine genügende diagnostische Berücksichtigung der biographischen und psychosozialen Wurzeln neben den somatischen Faktoren!

### Unersetzlich

bleibt also für das Erfassen und Verstehen wie für die ursachengerechte Behandlung des einzelnen Kranken die *Gesprächsbrücke!* – Ihre diagnostische Funktion und „Validität“ ist Laborparametern, dem Registrieren von Temperaturen und Röntgen-Verlaufsserien ebenso wenig vergleichbar wie die Auswertung der Ergebnisse einer psychologischen „Test-Batterie“. Ihre therapeutische Wirksamkeit und Relevanz ist schwerer zu objektivieren als die Erleich-

<sup>1)</sup> „Flüchten oder Standhalten“, Rowohlt, 1977.

<sup>2)</sup> Or. Max W. Clyne in „Was sind Balint-Gruppen? Geschichte, Regeln, Ziele“ in *Sexualmedizin* 6, 592–96 (1977).

<sup>3)</sup> L. Delius „Der psychophysische Doppelaspekt einiger kardiovaskulärer Zustandsänderungen, Störungen und Erkrankungen“ in „Kranksein in seiner organischen und psychischen Dimension. Symposium der Psychiatrischen und Nerven-klinik der Universität Hamburg 1968.“

# Infekte u. Kosten beherrschen

## Antibiocin<sup>®</sup> 1 Mega Kapseln

1 Mill I.E. Phenoxymethylpenicillin-Kalium  
hochdosiertes Oral-Penicillin

**Indikationen:**  
Infektionen mit Penicillin-empfindlichen Erregern; z. B. bei Angina, Tonsillitis, Sinusitis, Bronchitis, Bronchopneumonie, Otitis media, Abszesse, Furunkel, Phlegmone, Erysipel.

**Zusammensetzung:**  
1 Kapsel enthält 1 Million I.E. Phenoxymethyl-Penicillin-Kalium (entspr. 653,6 mg, entspr. 589,5 mg Gesamtpenicillin nach Ph. Eur. II).

**Dosierung:**  
Für Erwachsene und Schulkinder in der Norm 3 x 1 Kapsel täglich.

**Kontraindikationen:**  
Penicillinüberempfindlichkeit. Vorsicht bei Patienten mit allergischer Diathese!

 DORSCH & CO. KG  
8 MÜNCHEN 70

20 Kaps. **17,25**

## Duobiocin<sup>®</sup> Co-trimoxazol-480 mg Tabletten Breitband-Bakterizidum

**Zusammensetzung:**  
1 Tablette enthält: 80 mg Trimethoprim, 400 mg Sulfamethoxazol.

**Indikationen:**  
Infekte der oberen Luftwege, der Nieren- und Harnorgane, des Magen-Darm-Traktes und der Haut, bei postoperativen Infekten.

**Kontraindikationen:**  
Sulfonamidallergie, schwere Leber- und Nierenschäden, Blutbildveränderungen, Schwangerschaft und Stillzeit, erster Lebensmonat, Folsäuremangelzustände.

**Hinweis:**  
Selten sind allergische Reaktionen, Hauterscheinungen und Magenbeschwerden. Bei Langzeittherapie Blutbildkontrollen! Nicht gleichzeitig Procain, Hexamethylentetramin-Präparate, para-Amino-benzoesäure-haltige Medikamente geben.

Bei eingeschränkter Nierenfunktion ist eine Dosisreduktion notwendig!

**Standarddosis:**  
für Kinder über 12 Jahre und Erwachsene: Morgens und abends je 2 Tabletten.

20 Tabl. **8,60** 50 Tabl. **18,45**

terung nach Punktion eines Ergusses oder Verabfolgung eines Antineuralgikums.

Für den Patienten aber ist die *Brücke des Gespräches* offenkundig: Er spürt danach Erleichterung, Beruhigung und eine Stärkung, die seinem Gesundungswillen zugute kommt. Ihr Fehlen empfindet er beunruhigend; auch wenn er sich selbst zu helfen versucht.

Da wir indessen wissen, wie weitgehend „Krankheit und Heilung als zwischenmenschliches Geschehen“, als Ausdruck einer komplexen *Interaktion*<sup>1)</sup> zu verstehen sind, müssen wir das hierfür adäquate Instrumentarium sorgfältiger nutzen. Es ist so sehr viel mehr als ein zeitaufwendiger Luxus.

Das verstehende Gespräch vermag die immanente Tendenz des Menschen, sich zu verwirklichen, ebenso zu fördern, wie dies durch Mißdeutungen behindert, ja bis zu einer kritischen Grenze blockiert werden kann. Jede schnelle Deutung einer Aussage ist darum gewagt, — Interpretation oft Willkür. A und O ist aufmerksames Horchen; dies ermöglicht mit der Antwort jene *Brücke*, die wir brauchen.

Daß in einer Stunde zehn bis zwölf Teilnehmer einer Gruppe der gesuchten Klärung wenigstens um einen Schritt näher kommen, ist die Regel. Wenn sich daraus auch nur fünf bis sechs Minuten pro Patient ergeben, so erlebt er eine Stunde „seiner Gruppe“ doch als mehr. Das zu schildern, ist hier nicht der Platz.

#### Keine Frage

dürfte sein, ob ein ärztliches Gespräch *Medizin* ist oder nur *Placebo*. Wird es — wie ein Instrument — als *Brücke* eingesetzt, dient es sicher dem Patienten und dem Arzt. Beide bilden — wie begrenzt auch immer — eine Interaktionsgemeinschaft. Ihre Chancen gilt es, voll zu nutzen: In der Diagnostik und der Therapie!

Anschrift des Verfassers:

Dr. med. G. Iversen, Internist, Psychotherapie, Bismarckallee 8-12, 2360 Bad Saxeberg

<sup>1)</sup> Thema eines Symposiums in Konstanz 1972 (Editiones „Roche“, 1972).

## Erkrankungen des venösen Systems — Pathologie des kleinen Beckens

60. Augsburger Fortbildungskongreß für praktische Medizin

In einer Vortragsreihe über Erkrankungen des venösen Systems befaßte sich W. Schneider (Tübingen) mit der *Pathophysiologie der Venen* und leitete daraus einige *therapeutische Konsequenzen* ab. Nach seiner Ansicht ist die wichtige Gefäßstrecke zwischen den Kapillaren und dem tiefen Venensystem bisher vernachlässigt worden. Es handelt sich um den Venenpol der Haut und der Unterhaut, der aus verschiedenen hintereinander gestapelten Hautplexus besteht, die sich wie ein Überlaufgefäß kaskadenartig ineinander entleeren. Hier vollzieht sich — ohne vis a tergo — die wichtige Entsorgung, nämlich die Drainage des Gewebes. Mangelnde Drainage bedeutet „Versumpfung“ des Gewebes. Hier sind also, im Gegensatz zu den zentralen Ödemen, bei denen Wasser und Elektrolyte im Vordergrund stehen, mehr lokal begrenzte Faktoren wirksam, nämlich nutritive und trophische, die schließlich zu organischen Gefäßveränderungen (Fibrose) und zur Verschiebung des Gewebes (Dermatosklerose) führen.

Schneider betonte die Notwendigkeit, die klinischen Manifestationen wie Varizen, Thrombo- bzw. Varikophlebitis, Phlebothrombose und chronische Veneninsuffizienz sowie ihre Therapie von der Pathophysiologie her zu verstehen. Eine Einteilung in primäre, familiäre, sekundäre und postthrombotische Varizen sei heute nicht mehr ausreichend. In der Praxis zeige sich immer wieder, daß Träger unkomplizierter, selbst hochgradiger Varizen weder ein Ödem noch ein Ulkus haben, weil die prallgefüllten extrafasziellen Gefäße zu einem noch günstigeren Druckgefälle zu den „intakten“ Venae perforantes und zu den tiefen Leitvenen führen; dadurch wird deren venöser Rückfluß eher begünstigt als erschwert. Demgegenüber entstehen die sekundären, postthrombotischen Varizen umgekehrt erst *nach* dem Ödem sowie in geringerer Zeit und Ausprägung. Dies bedeutet, daß man nicht schlachthin

von einem „varikösen Symptomenkomplex“ sprechen kann.

Auf therapeutische Aspekte eingehend erinnerte der Tübinger Dermatologe daran, daß bei der chronischen Veneninsuffizienz zunächst die Kompressionstherapie im Vordergrund steht, insbesondere bei Ödem und Ulkus. An der Tübinger Klinik wird der Kreuzverband nach Pütter bevorzugt, weil er nicht nur die insuffiziente Muskelpumpe weitgehend wieder herstellt, sondern auch den extrafasziellen Bereich einem so starken Widerlager unterwirft, wie es die gesunde Haut niemals bieten kann.

Der Einsatz ödemprotektiver Mittel erfolgt mit dem Ziel, die Kapillaren vor Noxen zu schützen, welche die Permeabilität für Eiweiß erhöhen. Man kann den Nutzen solcher Präparate, zu denen neben Naturstoffen wie Aescin und halbsynthetischen Bioflavonoiden (Venoruton) auch vollsynthetische Produkte vom Typ des Benzaron (Fragivix) gehören, durch Belmessaung relativ leicht kontrollieren, und zwar wird gemessen, wie stark ein Bein ohne und mit Medikation im Laufe eines Tages „einläuft“. Wenn Diuretika als ödemausleitende Mittel eingesetzt werden, dann sollte man solche mit galdämpfer, aber protrahierter Wirkung ohne Störung des Elektrolythaushaltes verwenden, wie sie z. B. im Dehydro-sanol-tri vorliegen. Antiphlogistika aus der Butazolidin-Reihe sollten nicht zu hoch dosiert und nicht zu lang eingesetzt werden. Ein weiteres therapeutisches Prinzip ist die Verbesserung der Fließeigenschaften des Blutes, wozu einerseits Acetylsalicylsäure als Plättchen-Aggregationshemmer und andererseits Pentoxifyllin (Trental) eingesetzt werden, welches die Verformbarkeit der starr gewordenen Erythrozyten, nicht der Erythrozyten schlechthin, erhöht.

Aus dem Vortrag von K. Breddin (Frankfurt) über *Therapie und Pro-*

MERCK: Kompetent für die Schilddrüse

# Novothyral<sup>®</sup>

## bevorzugt für die blande Struma

**Novothyral:**

**Für alle Indikationen der Schilddrüsenhormon-Therapie, vorzugsweise bei blander Struma und zur Rezidivprophylaxe nach Strumaresektion; außerdem bei Hypothyreose, Thyreoiditis, Schilddrüsenmalignom (postoperativ) und zur Begleittherapie bei thyreostatischer Behandlung der Hyperthyreose.**

# Novothyral

L-Thyroxin + L-Trijodthyronin

HORMON  
FORSCHUNG



MERCK

E. Merck Postfach 4110 6100 Darmstadt 1

**Zusammensetzung:** 1 Tablette enthält 100 µg L-Thyroxin (= Levothyroxin-Natrium) und 20 µg L-Trijodthyronin (= Liothyronin-Natrium). **Kontraindikationen:** Myokardinfarkt, Angina pectoris, Myokarditis, tachykarde Herzinsuffizienz. **Nebenwirkungen:** Überdosierungserscheinungen wie Tremor, Tachykardie, Hyperhidrosis, Durchfall oder Gewichtsabnahme erfordern eine Reduktion der Dosis. **Vorsichtsmaßnahmen:** Bei koronarer Herzerkrankung sollte die Therapie mit niedriger Dosis eingeleitet und in größeren Zeitabständen langsam gesteigert werden. Die Wirkung von Antikoagulanzen kann durch Schilddrüsenhormone verstärkt werden, deshalb sind regelmäßige Kontrollen der Prothrombinzeit zu Beginn der Novothyral-Medikation erforderlich. Vor Beginn der Substitutionstherapie ist bei sekundärer Hypothyreose die häufig bestehende Nebennierenrindensuffizienz zu beachten. Bei Diabetes mellitus ist der Blutzuckerspiegel in der Initialphase der Behandlung mit Novothyral in kürzeren Abständen zu kontrollieren. Bei gleichzeitiger Behandlung mit Colestyramin ist zu beachten, daß die Resorption von Schilddrüsenhormonen hierdurch vermindert wird. Novothyral sollte deshalb 4-5 Stunden vor der Colestyramin-Dosis eingenommen werden. Diphénylhydantoin verdrängt L-Thyroxin aus der Proteinbindung. Während der Novothyral-Therapie sollte Diphénylhydantoin nicht intravenös gegeben werden. **Anwendungshinweise:** Die mit Kreuzrillen versehenen Tabletten sind leicht teilbar, so daß die Dosierung dem individuellen Bedarf gut angepaßt werden kann. Die Einnahme erfolgt zweckmäßigerweise nach dem Essen, bei einer Tagesdosis bis zu 1 Tablette morgens nach dem Frühstück, bei höherer Dosierung als zweimalige Gabe morgens und mittags. **Anmerkung:** Bei einem Schilddrüsenhormon-Bedarf unter 1 Tablette Novothyral täglich kann Novothyral mite verordnet werden, wenn eine Teilung der Novothyral-Tablette vermieden werden soll. 1 Tablette Novothyral mite enthält 25 µg L-Thyroxin-Na und 5 µg L-Trijodthyronin-Na und entspricht damit im Hormongehalt 1/4 Tablette Novothyral. **Handeleformen:** Novothyral<sup>®</sup> 50 Tabletten mit Kreuzrille DM 12.96, 100 Tabletten mit Kreuzrille DM 23.76. Ferner Anstalts-Packung, Novothyral<sup>®</sup> mite 50 Tabletten mit Kreuzrille DM 7,60. Ferner Anstalts-Packung. Apoth.-Abg'-preise, Stand 1. 1. 1978. Weitere Informationen enthält der Wissenschaftliche Prospekt, den wir Ihnen auf Wunsch gerne zusenden.

## Hinweis

Der Verwertungsausschuß der Bayerischen Ärzteversorgung hat vor kurzem beschlossen, den für Mitgliederdarlehen maßgebenden sogenannten „unteren Zinssatz“ von  $6\frac{1}{4}$  Prozent auf  $5\frac{3}{4}$  Prozent zu senken.

phylaxe der venösen Thrombose war zu entnehmen, daß bei Patienten mit erhöhtem Thromboserisiko und auch bei Eingriffen, die erfahrungsgemäß mit einer erhöhten Thromboemboliefrequenz einhergehen, eine medikamentöse Thromboseprophylaxe angezeigt ist. Hierfür kommen entweder orale Antikoagulantien oder Heparin in Frage. Bei Verwendung von Kumarin-Derivaten ist bei oraler Verabreichung mit einem Wirkungseintritt innerhalb von 36 bis 90 Stunden zu rechnen, die Wirkung hält nach Absetzen fünf bis acht Tage lang an. Sie ist nur effektiv, wenn beim Quickwert die sogenannte therapeutische Breite von 15 bis 25 Prozent, beim Thrombotest Werte von acht bis zehn Prozent erreicht werden. Liegt der Quickwert unter zehn Prozent, dann besteht Blutungsgefahr. Ausdrücklich warnte der Vortragende vor der Gabe von Vitamin K in Form des Konaktion als Antidot, da dessen Wirkung bis 24 Stunden nach Applikation zu spät einsetzt, insbesondere aber auch, weil der dann folgende schnelle Anstieg der Gerinnungsfaktoren bei bestehender Indikation für eine Antikoagulation zu erneuten Thrombosen führen kann.

Bei Heparin ist nach i.v. Injektion eine sofortige, nach subkutaner Applikation innerhalb von ein bis zwei Stunden eine Wirkung zu erwarten. In letzter Zeit hat die sogenannte „Low-dose“-Heparin-Prophylaxe zunehmendes Interesse gefunden. Sie besteht in intermittierender subkutaner Anwendung von zwei- bis dreimal täglich 5000 E Heparin (z. B. Calciparin), wodurch das Risiko thromboembolischer Komplikationen bei Hüftgelenksoperationen wesentlich reduziert werden kann. Die niedrige Dosierung von Heparin führt nicht mehr zu einer regelmäßigen Verlän-

gerung der Thrombinzeit, dennoch sind Blutungskomplikationen nicht ausgeschlossen.

Nach den Ausführungen von Breddin ist die wesentliche Indikation zur fibrinolytischen Behandlung mit Streptokinase oder mit der (wesentlich teureren) Urokinase die akute tiefe Beinvenenthrombose. Durch phlebographische Nachuntersuchungen sechs Tage nach Therapiebeginn konnten verschiedene Autoren bei 42 bis 45 Prozent der Patienten wesentliche Therapieerfolge, d. h. völlige Rekanalisierung oder zumindest Teileröffnung strategisch besonders bedeutsamer Venenabschnitte am Oberschenkel, feststellen. Die Erfolgsaussichten einer Fibrinolysebehandlung sind um so größer, je früher sie beginnt: Lyseerfolge nach dem zehnten Tag nach Thrombosebeginn sind verhältnismäßig selten. Die Diagnose einer Venenthrombose sollte stets phlebographisch gesichert sein und auch das Ende der Lysebehandlung sollte man nicht vom klinischen Eindruck, sondern vom Ergebnis der Phlebographie abhängig machen.

W. Mohing (Augsburg) befaßte sich mit dem **Zusammenhang zwischen Arthrose und Varizen**. Er ging davon aus, daß Krampfadern als Ursache einer Gonarthrose nur eine untergeordnete Rolle spielen, daß sie aber als Teilfaktor von Gelenksbeschwerden oder als ein Faktor, der ruhende Arthrosen aktiviert, von großer klinischer Bedeutung sind. Denn eine Varikosis führt zu einem chronischen, sich auf die Synovialmembran auswirkenden Stau. Hier findet man Parallelen zur Knochenpathologie: Die Störung der subchondralen Durchblutung durch eine Stauungshyperthermie ist auch von der Arthrose her bekannt.

Mohing wies besonders darauf hin, daß bei allen mit Krampfadern und venösen Stauungen einhergehenden Gonarthrosen eine konservative Therapie ohne eine konsequent durchgeführte entstauende Kompressionsbehandlung sinnlos ist. Wenn Reizzustände mit statisch bedingten Sekundärarthrosen verbunden sind, sollte man sich nicht mit dem Erfolg einer konservativen Behandlung zufrieden geben, sondern überlegen, ob das Fortschreiten der Arthrose durch operative Maßnahmen verhindert werden kann.

Bei der Abhandlung des Rahmenthemas „**Pathologie des kleinen Beckens**“ hatte F. Mörl (Hamburg) das *chirurgisch-proktologische Koferat* übernommen, in welchem er sich ausführlich mit dem Hämorrhoidalleiden befaßte. Er erinnerte daran, daß es sich hierbei nicht um eine Erweiterung des venösen Plexus und auch nicht um eine Krampfaderbildung handelt, sondern um eine echte Hyperplasie des Corpus cavernosum recti. Die Komplikationsmöglichkeiten bestehen einerseits in der akut-rezidivierenden arteriellen Blutung, die bedrohliche Ausmaße annehmen oder im Falle einer okkulten Blutung zu einer schweren sekundären Anämie führen kann. Andererseits kann es vor allem im zweiten und dritten Stadium infolge Sphinkterspasmus zur Stauung und Thrombose der vorgefallenen Knoten kommen, was ein sehr schmerzhaftes Leiden ist.

Zur Therapie der Hämorrhoiden wurde gesagt, daß im ersten Stadium (keine Schmerzen, lediglich Abgang von hellrotem Blut bei der Defäkation) eine konservative Behandlung mit Regulierung der Lebensweise, Vermeidung von Völlerei, Abstinenz von Alkohol und Sorge um einen regelmäßigen weichen Stuhl – eventuell mit Hilfe milder Abführmittel – in manchen Fällen ausreicht. Falls innerhalb kurzer Zeit kein Erfolg eintritt, sollte eine Verödungstherapie in Erwägung gezogen werden, die in über 90 Prozent der Fälle zum Erfolg führt. Das von Mörl bevorzugte Verfahren besteht darin, kranial des Hämorrhoidalknotens in der Nähe der zuführenden Arterie exakt und streng submukös etwa 2,5 ml einer fünfprozentigen Phenol-Mandelöl-Lösung mit einer dünnen, kurz geschliffenen Kanüle zu injizieren. Grundsätzlich falsch wäre es, in das Kavernom selbst einzuspritzen, da das Verödungsmittel

in die klappenlosen Venen abfließt. Auch darf grundsätzlich nicht in die Mukosa selbst eingespritzt werden, da Nekrosen, hartnäckige Ulzera sowie schwere Blutungen und starke Schmerzen entstehen können. Die Verödungstherapie kann ambulant und ohne Unterbrechung der Arbeit und auch bei Schwangeren bis zum sechsten Monat durchgeführt werden.

Wie der Hamburger Chirurg weiter zu berichten wußte, hat er mit der Elektrokoagulation im ersten und zweiten Stadium sehr gute Ergebnisse zu verzeichnen. Im dritten Stadium hingegen ist die Exstirpation notwendig, wobei heute der von Parks entwickelten Technik der Vorzug gegeben wird: Hierbei werden die Hämorrhoidalknoten submukös freigelegt, vom inneren Sphinkter abpräpariert, die zuführende Arterie wird unterbunden, der Knoten dann abgetragen und die Schleimhaut anschließend wieder vernäht. Die Operation nach Whitehead lehnte der Vortragende aufgrund der heutigen Kenntnisse über die Physiologie des Kontinenzorgans strikt ab, weil sie an der Analhaut zu irreversiblen Schäden führt, die von völliger sensorischer Inkontinenz über dauernden Schleimfluß, Blutungen, feuchtem ekzematösem After bis zu einer derben Röhrenstenose reichen.

W. D. Lehmann (Ulm) hatte das *gynäkologische Koresferat* übernommen, in welchem er differentialdiagnostische Überlegungen anstellte für den Fall, daß eine Patientin mit starken Unterleibsschmerzen in die Praxis kommt. In der Reihenfolge der Häufigkeit handelt es sich bei Schmerzzuständen im kleinen Becken um Erkrankungen des Genitales, des Darmes oder der ableitenden Harnwege.

Liegt bei einer geschlechtsreifen Frau eine Amenorrhoe vor, die von starken Unterleibsschmerzen begleitet ist, so kann es sich um eine intrauterine Gravidität mit Abortbestrebungen oder um eine Extrauterin-gravidität handeln. Die Situation muß alsbald durch eine vaginale Untersuchung und SpekulumEinstellung geklärt werden. Bei Durchführung eines Schwangerschaftstestes ist zu bedenken, daß dieser zur Diagnosestellung einer Extrauterin-gravidität nicht viel beizutragen vermag. Wichtig ist, daß Fieber gemessen wird, denn bei deutlich erhöhter

Temperatur kann die Diagnose einer extrauterinen Schwangerschaft mit großer Wahrscheinlichkeit wegfallen. Sie kann aber außerordentlich schwierig sein, und die Irrtumswahrscheinlichkeit bei bimanueller Untersuchung und SpekulumEinstellung beträgt selbst in großen Kliniken mehr als 33 Prozent. Lehmanns Empfehlungen liefern darauf hinaus, solange an der Differentialdiagnose unter allen Umständen festzuhalten, bis eine intrauterin bestehende oder abgelaufene Gravidität gesichert werden konnte. In der Praxis bedeutet dies, daß man auch bei geringem Verdacht eine solche Patientin stationär einweisen muß.

Bei den nicht entzündlichen Tumoren im kleinen Becken muß am häufigsten der Differentialdiagnose zwischen einem Uterus myomatosus und einem Ovarialtumor abgeklärt werden. Hier kann die genaue Anamnese weiter helfen, nämlich die Frage nach Blutungsanomalien, nach vorhergegangenen Vorsorgeuntersuchungen und nach Befunden anderer Ärzte sowie nach dem Alter der Patientin: Myome wachsen nicht mehr nach der Menopause, außerdem spielt die Schelligkeit des Tumorwachstums eine Rolle. Ausdrücklich warnte Lehmann davor, die Diagnose „Myom“ unkritisch weiterbestehen zu lassen. Er berichtete von einer 40jährigen Patientin mit einem Myom, die nach einem Intervall von einigen Monaten erneut in die Sprechstunde wegen Unterleibsschmerzen kam. Da eine Vergrößerung und ein Wachstum des Myoms festgestellt wurde, wurde sie zur Laparotomie einbestellt, bei der sich überraschenderweise neben dem Myom ein zusätzliches Ovarialkarzinom fand, welches gerade noch operabel war. Daraus wurde die Empfehlung abgeleitet, daß bei Frauen über 40 Jahren, bei denen ein Myom oder ein Ovarialtumor besteht, schon bei geringen Zweifelsfällen eine Laparoskopie durchgeführt werden sollte. Wenn man der Patientin die differentialdiagnostischen Schwierigkeiten plausibel macht, willigt sie nach Lehmanns Erfahrungen fast immer in einen solchen Eingriff ein. Auch die Ultraschalldiagnostik kann hier weiter helfen, vor allem, wenn es sich um zystische Ovarialtumoren handelt.

Referent:

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

## Viele Symptome - eine Ursache: Magnesium- Mangel



# MAGNESIUM VERLA®

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

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

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

50 Oragées 5,91 OM, 150 Oragées 14,84 OM · 3 Ampullen 4,26 OM, 10 Ampullen 13,10 OM · Konzentrat 20 Beutel 8,60 OM, 50 Beutel 19,29

## VERLA-PHARM

8132 TUTZING

## Exogene Erkrankungen der Leber in Differentialdiagnose und Therapie

58. Ärztliche Fortbildungstagung in Regensburg

Professor Dr. W. Döfle, Tübingen:

### Einführung

Unter exogenen Erkrankungen der Leber sind alle jene Störungen der Struktur und Funktion dieses Organs zu verstehen, die auf Ursachen zurückgeführt werden können, welche von außen in den Organismus eindringen. Bekanntlich ist die Leber in besonderer Weise gegenüber Stoffen aus der Umwelt exponiert. Dazu gehören Nahrungsbestandteile, gewerbliche Gifte, vor allem aber auch Arzneimittel, die in der Leber verändert, abgebaut oder ausscheidungsfähig gemacht werden. Die Substanz selber oder auch ein Produkt ihres Stoffwechsels können Anpassungsvorgänge oder Schädigungen hervorrufen, wobei es manchmal schwer ist, die Grenze zwischen dem Anpassungsvorgang und der Schädigung zu ziehen. Zu den exogenen Stoffen gehören aber auch Genußmittel wie der Alkohol. Aber auch Infektion mit Viren, Bakterien oder Parasiten kommen als Ursache exogener Erkrankungen der Leber vor.

Die serologisch-immunologischen und virologischen Befunde haben unsere Kenntnisse über den Verlauf und die möglichen Spätfolgen der Virushepatitis beträchtlich erweitert.

Die Therapie der chronischen Hepatitis und der Leberzirrhose ist nach wie vor ein problematisches Gebiet.

Professor Dr. M. Schmid, Zürich:

### Toxische Leberschäden ohne Alkohol und Medikamente

Weltweit gesehen und auf die gesamte belebte Natur bezogen stellen heute die Abfallprodukte aus Industrie und aus der Landwirtschaft die größten Anforderungen an die Adaptationsfähigkeit der Lebewesen. Diese Anpassung geschieht bei den Wirbeltieren durch das zentrale Entgiftungsorgan, die Leber. Uner-

wünschte Fremdstoffe, welche aus irgend einem Grund in den Körper eindringen, sind praktisch immer lipidlöslich und die Leber hat die Aufgabe, diese in wasserlösliche Metaboliten umzuwandeln, was man Biotransformation nennt, damit sie ohne die Gefahr der Reabsorption über die Galle oder die Niere sezerniert werden können.

Viele Arzneimittel und chemische Agentien regen die Synthese der Fermente der Biotransformation mächtig an. Man spricht dann von einer Enzyminduktion. Weil die Wirksamkeit dieses Fermentsystems nicht substratgebunden ist, wird die Biotransformation bei der Enzyminduktion generell gesteigert. Dies bedeutet, daß auch andere, gleichzeitig anfallende Stoffe beschleunigt eliminiert werden. Dies macht verständlich, daß Phenobarbital-behandelte Patienten im Falle der Antikoagulation eine höhere Dosierung des Antikoagulans benötigen.

Das morphologische Substrat der Enzyminduktion ist eine elektronenmikroskopisch sichtbare massive Vermehrung der Tubuli des glatten endoplasmatischen Retikulums. Die Biotransformation kann aber auch gehemmt werden. Bekannte Hemmstoffe sind Disulfiram, Kobaltchlorid und das Antibiotikum Chloramphenicol. Die Gefahr der Überdosierung bei Arzneimittelkombinationen ist hier besonders zu beachten. Wohl einer der potentesten Enzyminduktoren ist das weltweit verbreitete Insektizid DDT. Es wurde wegen dieser Eigenschaft von Roger Williams und seinen Mitarbeitern zur Therapie der konstitutionellen unkonjugierten Hyperbilirubinämie herangezogen. Oral verabreicht und in einer Dosierung von 1,5 mg/kg KG senkt es den Bilirubinspiegel durch Induktion der Transferase auf subnormale Werte. Der Effekt ist derselbe wie bei Phenobarbital, jedoch auch nach Absetzen des DDT über Monate hinweg anhaltend, weil DDT trotz En-

zyminduktion wegen der Speicherung im Fettgewebe äußerst langsam ausgeschieden wird. Dieser positiven Eigenschaft von DDT stehen scharfe Nachteile gegenüber. Einmal verhindert die Leber trotz maximaler Enzyminduktion nicht, daß eine Kumulation im Fettgewebe stattfindet. Es tritt auch auf Föten bzw. Eier, d. h. Nachkommenschaft, über. DDT erweist sich zusammen mit dem noch beständigeren inerten polychlorierten Biphenyl (PCB) als Großraumverschmutzer aller erster Ordnung, die über die ganze Erde verbreitet sind. Polychlorierte Biphenyle sind dem DDT als Enzyminduktoren noch weit überlegen, weisen im übrigen dieselben metabolischen Eigenschaften auf. Schwere Leberschäden durch DDT allein wurden bei Menschen nie beobachtet, toxische Lebernekrosen durch PCB dagegen sind beschrieben.

Vom pathophysiologischen Mechanismus der bisher erwähnten Beispiele grundverschieden ist das Geschehen bei der Knollenblätterpilzvergiftung. Letztere ist bekanntlich durch schwere, oft letale Lebernekrosen gekennzeichnet, wobei die ersten Symptome der Vergiftung frühestens nach acht Stunden, meist erst nach zwölf und mehr Stunden in Erscheinung treten. Zielorgan ist die Leber. Sie allein besitzt in den Zellmembranen der Hepatozyten die Rezeptoren, welche das Gift Phalloidin kennen und binden und ins Zellinnere hineinbefördern.

In jüngster Zeit haben zwei chronische Vergiftungen viel von sich reden gemacht, die durch Pfortaderhochdruck imponieren.

1. Polyvinylchlorid (PVC) erfreut sich seit mehr als 30 Jahren als vielseitig verwendbarer Kunststoff großer Beliebtheit. Er galt als inert und auch in seinem Herstellungsprozeß als harmlos. Bald stellte sich heraus, daß im Herstellungsprozeß in Autoklavenbehältern keineswegs nur inerte Substanzen frei werden. Vor allem ist heute bekannt, daß Vinylchlorid, das Monomer, frei wird, das anscheinend im menschlichen Körper generell eine gefäßtoxische Aktivität entfaltet. Nach unterschiedlicher, im allgemeinen mehrjähriger Exposition tritt bei Autoklavenreinigern ein eigenartiges Krankheitsbild auf, das durch Raynaud-Syndrom, Sklerodermie mit Akroosteolyse, Thrombozytopenie und Leberscha-

# Jeder Arzt, der sich intensiv fortbildet, tut etwas Entscheidendes für das Ansehen der Ärzteschaft. Medithek, Fortbildung ohne Zwang.



Das audiovisuelle Fortbildungsprogramm der Ärzte.

#### Coupon ankreuzen.

Die Friedrich-Thieding-Stiftung bietet Medithek. Das akzeptierte audiovisuelle ärztliche Fortbildungssystem.

#### Informationsmaterial

#### Abonnement

Ich bestelle hiermit ein Jahresabonnement Medithek ärztliche Fortbildung audiovisuell, auf Bildplatte.

- jährlich DM 1.152,-
  - halbjährlich DM 1.176,- (2x 588,- Mark)
  - vierteljährlich DM 1.200,- (4x 300,- Mark)
- 5,5% MWST sind enthalten.

#### Abspielgerät

Ich bestelle hiermit 1 Telefunken-Bildplattenspieler TP 1005 zum Preis von DM 1.250,- incl. 11% MWST.

Andere Abspielgeräte auf Anfrage.

#### Coupon abschicken.

Mit Postkarte 40 Pf, mit Umschlag 50 Pf Porto.  
An Friedrich-Thieding-Stiftung  
des Hartmannbundes  
Kölner Straße 40 - 42  
5300 Bonn/Bad Godesberg  
Telefon 022 21.37 97 37

Ort/Datum

Unterschrift

den, zum Teil vergesellschaftet mit Pfortaderhochdruck, charakterisiert wird.

2. Auch der Leberschaden bei chronischer Arsenvergiftung kann zum Pfortaderhochdruck führen. Wie auch beim Vinylchlorid entstehen nach Arsenikexposition über Jahrzehnte hinweg Leberzellkarzinome und vor allem Hämangioendotheliome.

Professor Dr. Ch. Bode, Lahn:

#### Arzneimittelschäden der Leber

Eine Leberschädigung durch Medikamente muß als iatrogene Erkrankung den Arzt besonders interessieren. Mehr als 200 Medikamente werden für Leberschäden verantwortlich gemacht, die von einer geringen Einschränkung von Teilfunktionen wie Bromthaleinausscheidung und leichtem Transaminasenanstieg bis zu massiver Lebernekrose mit ausgeprägter Gelbsucht und allen Zeichen eines akuten Leberversagens reichen. Wir unterscheiden direkt und indirekt hepatotoxisch wirkende Substanzen.

Direkt hepatotoxisch wirkende Substanzen rufen relativ charakteristische morphologische Veränderungen hervor. Tierexperimentell sind sie meist reproduzierbar. Charakteristisch ist, daß das Ausmaß der schädigenden Wirkung abhängig von der Dosis des Toxins ist. Meist werden auch weitere Organe, wie z. B. die Niere, mitgeschädigt. Der Alkohol kann nur mit einem gewissen Vorbehalt in diese Gruppe aufgenommen werden. Neben Arsenverbindung werden Paracetamol und Tetracycline als Arzneimittel benutzt. Paracetamol als gut wirksames Analgetikum ist in üblicher Dosierung nicht toxisch. Bei Suizidversuchen mit Dosen von 8 bis 10 g treten schwere Leberzellnekrosen auf. Tetracycline führen in der heute üblichen Dosierung in der Regel nicht zu Leberschäden. In der Anfangsphase ihrer Verwendung wurden Tetracycline in mehrfach höherer Dosierung als heute üblich verabreicht, wobei es relativ häufig zu Leberschäden, vor allen Dingen zu Fettlebern kam.

Bei der zweiten Gruppe handelt es sich um die indirekt hepatotoxisch

wirkenden Stoffe. Bei den meisten dieser Mittel tritt eine Leberschädigung nur selten auf. Der Anteil der Personen, bei denen nach Einnahme solcher Medikamente Zeichen einer Leberschädigung auftreten, liegt in der Regel unter einem Prozent. Offensichtlich spielen prädisponierende Faktoren eine wesentliche Rolle, die im Einzelfall in der Regel nicht bekannt sind. Die Wirkung ist dosisunabhängig und tierexperimentell nicht reproduzierbar. Die Latenzzeit bis zum Auftreten der Leberschädigung ist unterschiedlich lang und kann bis zu drei Wochen betragen. Es gibt keine klinischen und auch keine morphologischen Kriterien, die eine sichere Abgrenzung gegenüber einer Leberschädigung aus anderer Ursache, wie z. B. einer Viruserkrankung, erlauben. Im Einzelfall kann daher meist nur der Verdacht ausgesprochen werden, daß es sich um eine Schädigung durch Arzneimittel handelt. Zu den Arzneimitteln, die eine Gelbsucht mit Vorherrschen eines Verschlusssyndroms verursachen, gehören Phenothiazinderivate, Sedativa, einige Tranquillizer und Antidepressiva, Thyreostatika, Antibiotika und Tuberkulostatika. Nach der Häufigkeit ihres Vorkommens sind bei den Prodromi Fieber, Brechen und Oberbauchschmerzen zu nennen. Von besonderer Bedeutung für die differentialdiagnostische Abgrenzung gegenüber einer Gelbsucht anderer Ätiologie ist das Auftreten einer Urtikaria, eines Exanthems, einer Arthralgie und einer Eosinophilie.

Zu den Arzneimitteln, die eine Gelbsucht mit Vorherrschen der Leberzellschädigung verursachen können, gehören Phenothiazin-Präparate, Sedativa, Antiepileptika, Antipyretika, Antibiotika, Zytostatika, aber auch Antidiabetika und Antikoagulantien.

Die Prodromi stimmen mit dem Vorgenannten überein, bei den Laborbefunden überwiegt der Transaminasenanstieg und die Klinik ist ähnlich. Die Prognose der durch Arzneimittel bedingten Leberschäden ist in der Regel gut. Die beobachteten Reaktionen reichen von anikterischem, klinisch kaum faßbarem Verlauf bis zum Bild der akuten Leberdystrophie und zum Tod durch Leberversagen. Für einige Medikamente, wie z. B. Chlorpromazin, Halothan, Iproniazid sowie Isoniazid und nach 6-Mercaptopurin, ist die Letalität relativ hoch. Das Auftreten einer

Leberzirrhose als Folge einer Arzneimittelschädigung ist selten.

Professor Dr. H. Thaler, Wien:

#### Alkoholschäden der Leber

Äthylalkohol verursacht unter bestimmten Voraussetzungen manifeste Leberschäden. Diese Voraussetzungen sind nur zum Teil und in lückenhafter Weise bekannt, auch wenn es sich dabei um relativ primitive Fragen wie Zeit- und Mengenprobleme handelt. Fest steht, daß sich mikroskopisch sichtbare und biochemisch nachweisbare Leberschäden nur nach kontinuierlichem Alkoholmißbrauch einstellen, während einmalige oder intermittierende Alkoholexzesse, auch wenn sie mit subletalen Alkoholspiegeln von mehr als 5 mg% einhergehen, nur elektronenmikroskopisch erkennbare, reversible Veränderungen, vorwiegend an den Leberzellmitochondrien hervorrufen. Wochenendtrinker und Quartalsäufer geben ihrer Leber genügend Möglichkeit, sich in den alkoholfreien Pausen zu erholen und die anfallenden Stoffwechsellrückstände aufzuarbeiten. Als chronischer Alkoholiker kann man eine Person definieren, die tägliche größere Mengen Alkohol konsumiert.

Eine französische Studie hat gezeigt, daß die Zirrhosehäufigkeit in fast geometrischer Progression ansteigt, wenn der Alkoholkonsum eine Grenze überschreitet. Diese Grenze liegt bei Männern bei 60 g reinen Alkohols, bei Frauen jedoch schon bei 20 g. Der kritische Schwellenwert für Männer und Frauen, bezogen auf die beliebtesten alkoholischen Getränke, liegt bei Männern bei vier Flaschen Normalbier oder einer Flasche Wein oder einem halben Liter Sherry oder fünf einfachen Whiskies, bei der Frau eineinhalb Flaschen Bier oder einem Viertelliter Wein oder drei Gläsern Sherry oder einem schwachen doppelten Whisky. Die Leber von Frauen ist also alkoholempfindlicher als die der Männer. Dies ist eine alte klinische Erfahrungstatsache, die nun aber erstmalig statistisch belegt wurde. Hier scheinen genetische, vielleicht auch hormonelle Faktoren eine Rolle zu spielen, eine Vermutung, die jedoch der Bestätigung bedarf. Lelbach konnte in seinem Krankengut

bei einem Alkoholmißbrauch von weniger als fünf Jahren keine Zirrhose feststellen. Bei sechs- bis zehnjähriger Dauer finden sich acht Prozent, nach 11 bis 15 Jahren 21 Prozent und bei mehr als 15 Jahren über 50 Prozent Zirrhosen.

Prinzipiell muß allen Freunden des Alkohols gesagt werden, daß die bekannte Alkoholfirma, die den Konsumenten rät, ihr Produkt mäßig, aber regelmäßig zu trinken, prinzipiell Unrecht hat. Die Gefahr liegt gerade im regelmäßigen Alkoholkonsum. Wenn schon Alkohol, dann in intermittierender Weise. Es ist selbstverständlich, daß alle diese Ratschläge nur für Leber-Gesunde gelten. Für Patienten mit alkoholischer Leberschädigung jedes Schweregrades gilt ohne Ausnahme, daß Heilung oder zumindest Stillstand des Krankheitsprozesses nur durch strikte Alkoholkarenz erzielt werden können. Weder diätetische noch medikamentöse Maßnahmen können die Alkoholabstinenz in irgendeiner Weise ersetzen.

*Privatdozent Dr. G. Frösner,  
München:*

#### **Serologisch-Immunologische und virologische Diagnostik der akuten und chronischen virusbedingten Lebererkrankung**

Untersuchungen der letzten Jahre haben gezeigt, daß es mindestens drei verschiedene Formen der Virushepatitis gibt. Durch serologischen Ausschluß einer Hepatitis A (infektiöse Hepatitis) und einer Hepatitis B (Serumhepatitis) konnte eine dritte Form der Hepatitis, die Nicht-A-nicht-B-Hepatitis abgegrenzt werden. Bei dieser Form der Hepatitis, die heute in den USA die Mehrzahl der Posttransfusionshepatitiden hervorruft, handelt es sich jedoch vermutlich nicht um ein ätiologisch einheitliches Krankheitsbild. Epidemiologische Untersuchungen haben die Beteiligung von mindestens zwei immunologisch unterscheidbaren Erregern wahrscheinlich gemacht. Da direkte serologische Nachweismöglichkeiten für diese Form der Hepatitis noch nicht bestehen, kann diese nur durch Ausschluß der anderen Hepatitisformen gestellt werden.

Die Diagnose der Hepatitis A kann einerseits durch den Nachweis von

Hepatitis-A-Antigen (HA Ag) im Stuhl und durch Demonstration eines mindestens vierfachen Anstieges des Antikörpers gegen HA Ag (Anti-HAV) im Serum gestellt werden. Die Ausscheidung des Antigens beginnt in der späten Inkubationsphase und erreicht direkt vor Krankheitsbeginn ein Maximum. Die Stuhluntersuchung erlaubt deshalb, infizierte Kontaktpersonen von Hepatitis-A-Patienten frühzeitig erkennen zu können und durch Isolierung derselben der Infektion weiterer Personen vorzubeugen. Zum serologischen Nachweis der Hepatitis-A-Infektion hat bisher lediglich Radioimmunoassay diagnostische Bedeutung erlangt. Anti-HAV wird mit dieser Methode spätestens mit dem Auftreten des Ikterus nachweisbar.

Der Erreger der Hepatitis B ist mit größter Wahrscheinlichkeit das nach seinem Entdecker benannte Dane-Partikel. Es handelt sich um ein 42 nm im Durchmesser messendes Viruspartikel, das aus einer Hülle und einem Kern besteht. Das Hüllmaterial des Viruspartikels, das HB<sub>e</sub>Ag, das früher auch Australia-Antigen genannt wurde, kommt auch als freies 20 nm messendes Partikel in großen Mengen im Serum vor. Das Antigen des Viruskerne wird HB<sub>c</sub>Ag genannt. Ein weiteres mit der Hepatitis-B-Infektion assoziiertes Antigen, das HB<sub>s</sub>Ag, konnte bisher nicht eindeutig als Bestandteil des Viruspartikels nachgewiesen werden. Antikörper gegen diese Antigene werden Anti-HB<sub>s</sub>, Anti-HB<sub>e</sub> und Anti-HB<sub>c</sub> genannt.

Die Empfindlichkeit und Spezifität der Nachweismethoden für HB<sub>e</sub>Ag variiert außerordentlich stark. Heute sollten für diagnostische Zwecke und vor allem für die Untersuchung von Blutspendern nur hochempfindliche Nachweismethoden, wie indirekte Hämagglutination, Radioimmunoassay oder ein neuerdings verfügbarer Enzymimmuntest, verwendet werden. Das HB<sub>e</sub>Ag ist der diagnostisch wichtigste Marker für eine Hepatitis-B-Infektion. Es erscheint bereits zwei bis drei Wochen vor Erkrankungsbeginn im Serum, erreicht seinen höchsten Titer mit Krankheitsbeginn und verschwindet nach langsamen Titerabfall in der Regel einige Wochen nach Erkrankungsbeginn. Bei einem Teil der Fälle, bei denen meist auch ein Übergang in eine chronische Form

erfolgt, bleibt das Antigen jedoch für Monate und Jahre im Serum nachweisbar. Ein Ausbleiben des Absinkens des HB<sub>e</sub>Ag-Titers in der akuten Erkrankungsphase ist deshalb ein prognostisch ungünstiges Zeichen. In seltenen Fällen einer Hepatitis-B-Infektion ist die HB<sub>e</sub>Ag-positiv-Phase so kurz, daß sie klinisch nicht faßbar ist, oder sie fehlt möglicherweise ganz. Hier kann die Diagnose einer Hepatitis B durch einen signifikanten Anstieg von Anti-HB<sub>c</sub> und/oder Anti-HB<sub>s</sub> in der akuten Erkrankungsphase oder durch Auftreten von Anti-HB<sub>s</sub> in der Rekonvaleszenz gestellt werden.

*Professor Dr. G. Strohmeyer, Düsseldorf:*

#### **Akute Virushepatitis – Klinik und Therapie**

In der Bundesrepublik Deutschland erkranken schätzungsweise 80 000 bis 100 000 Menschen im Jahr an einer Virushepatitis. Epidemien mit Gelbsucherkrankung, die vorwiegend den Virus-A-Erkrankungen zugeordnet werden müssen, sind die häufigste Erkrankungsform in Notzeiten und Kriegen: In Deutschland erkrankten im letzten Krieg fünf Millionen Soldaten und vier Millionen Zivilisten. Die höchste Erkrankungsrate an Virus-A-Hepatitis erfolgt in Friedenszeiten bei Kindern unter 15 Jahren, während sich in Kriegen das Haupterkrankungsalter zu den jüngeren Erwachsenen hin verschiebt. Bei epidemisch auftretenden Virus-A-Erkrankungen erfolgt die Infektion wahrscheinlich in erster Linie durch kontaminierte Nahrung und Trinkwasser. Wir wissen heute, daß sowohl die Virus-A- als auch die Virus-B-Hepatitis oral und parenteral und durch Kontakt mit allen Körperflüssigkeiten übertragen werden kann. Jedoch ist die Häufigkeit einer oralen Übertragung des Hepatitis-B-Virus wahrscheinlich klein und die parenterale Übertragungsrate des Hepatitis-A-Virus niedrig. Die Inkubationszeit der beiden häufigsten Hepatitisformen liegt im Mittel bei der Virus-A-Hepatitis zwischen 15 bis 45 Tagen, bei der Virus-B-Hepatitis im Mittel offenbar abhängig von der Virusdosis zwischen 30 und 160 Tagen. Zwischen den beiden Formen gibt es aber erhebliche Überlappungen, so daß epidemiologi-

sche Daten, die sich außerhalb von Epidemien nur auf die Inkubationszeit stützen, mit großer Vorsicht zu bewerten sind. Durch die Bestimmung des Australia-Antigens haben sich die alten klinischen Beobachtungen bestätigen lassen, daß bestimmte Patienten und Berufsgruppen eine hohe Hepatitis-B-Morbidität haben. Dazu gehören Patienten mit Bluttransfusionen, mit schlechter immunologischer Abwehrlage, medizinisches Personal mit häufigem Umgang mit Blut, Drogensüchtige und Personen mit hoher Promiskuität. Diese Gruppen sind im Mittel in mehr als 50 Prozent Träger des Australia-Antigens. Die präikterische Phase kann 0 bis 28 Tage dauern, beträgt aber im Durchschnitt nicht mehr als drei bis vier Tage. In dieser Zeit der Virämie bestehen eine Reihe uncharakteristischer Symptome, wie Abgeschlagenheit, Müdigkeit, katarrhalische Erscheinungen, Übelkeit und Erbrechen. Das klinische Bild ist für beide Hepatitisarten gleich oder ähnlich. Zusammen oder kurz vor Beginn des Ikterus läßt sich meistens gleichzeitig mit der Urinverfärbung bei 70 bis 90 Prozent der Patienten eine Hepatomegalie nachweisen. Die Mehrzahl der klinischen Symptome, wie Fieber, Übelkeit, Arthralgien, verschwinden, wenn der Ikterus auftritt. Etwa vier bis fünf Wochen nach Ikterusbeginn fallen zuerst die Transaminasen, dann das Australia-Antigen und dann auch das Bilirubin ab. Mehr als 95 Prozent aller akuten Hepatitiden heilen ohne Therapie spontan aus. Daher ist in der Regel auch nicht unbedingt eine Krankenhausbehandlung erforderlich. Dennoch wird eine Isolierung angestrebt, um eine Virusverbreitung und Übertragung zu verhindern oder zu vermindern. Bei häuslicher Pflege ist eine gewisse Isolierung und gute hygienische und sanitäre Einrichtung notwendig. Gefährdete Familienmitglieder können durch zweimalige Verabreichung von je 10 ml Gamma-Globulin i.m. in vierwöchigem Abstand gegen die Virus-A-Hepatitis passiv immunisiert werden; gegen die B-Hepatitis hilft es nicht gleich gut. Ein schwerer Krankheitsverlauf mit zunehmender Gelbsucht und Blutungsneigung, Frauen in der Menopause, Patienten mit HB<sub>s</sub>Ag positiver Hepatitis nach Operation oder im Zusammenhang mit Stoffwechsel- oder anderen Erkrankungen, Hepatitis in der Schwangerschaft und HB<sub>s</sub>Ag positive Hepatitis bei drogensüchtigen Patienten soll-

ten jedoch stationär behandelt werden.

Bei der Frage nach den therapeutischen Möglichkeiten bleibt wenig zu sagen, da die Hepatitis eine spontan gutartig verlaufende Erkrankung ist und eine wirksame Therapie bisher nicht zur Verfügung steht. Negativer Einfluß von körperlicher Betätigung ist nicht erwiesen. Eine Hepatitisdiät gibt es nicht, eine parenterale Ernährung ist nur bei wenigen Patienten bei Virushepatitis und starker Anorexie und Erbrechen erforderlich. Leberschutzpräparate und andere Medikamente zur Behandlung gibt es nicht. Sparsame Anwendung jeglicher Medikation ist bei der Hepatitis eine dringende Anforderung. Es sollte das Ziel sein, die Leber vor allen Medikamenten zu schützen, insbesondere solchen, die in der Leber metabolisiert werden und dort schädlich werden können, wie Sedativa und Hypnotika, Cumarin-Verbindungen, Zytostatika und Immunsuppressiva, aber auch Laxantien und Östrogene.

Privatdozent Dr. H. Wialchow,  
Tübingen:

#### **Infektiös und parasitär bedingte Leberschäden (ohne Virushepatitis) einschließlic Cholangitis, Leberabszeß und sekundär biliärer Zirrhose**

Um das sehr umfangreiche Thema zu begrenzen, sei hier nur erwähnt, daß es zu einer *granulomatösen Hepatitis* kommt durch Lepra, Schistosomiasis, Morbus Bang, Tuberkulose und Sarkoidose, und daß es zu Sonderformen der Hepatitis durch Mitreaktion der Leber bei Infektionskrankheiten kommt, u. a. bei infektiöser Mononukleose, Herpes simplex, Ornithose, Malaria und Leptospirosen, von denen der Morbus Weil die wichtigste Erkrankung ist; hier kommt es nach einer Inkubationszeit von 2 bis 20 Tagen zu hohem Fieber, Kephalgien und Myalgien mit charakteristischen Wadenschmerzen, Konjunktivitis, Meningitis und relativer Bradykardie. Ein flüchtiges Exanthem kann vorhanden sein. Nach kurzem Intervall steigt das Fieber erneut an und es treten Ikterus, Nephritis, Meningitis, Lymphknotenschwellung, Splenomegalie und Anämie auf. Die Sicherung der Diagnose erfolgt in der ersten Krankheitswoche durch Isolierung des Erregers und ab der zweiten Woche durch Nachweis von

Antikörpern mittels der Agglutinationsmethode. Eine keusale Therapie ist nur bis zum fünften Krankheitstag möglich. Das Mittel der Wahl ist Penicillin.

#### *Cholangitis*

15 Prozent der Patienten mit Cholelithiasis haben eine Choledocholithiasis, deren wichtigste Komplikationen Cholangitis, Leberabszesse, sekundär biliäre Zirrhose und eine portale Hypertension sind. Die Gallenwegssteine führen zur Behinderung des Gallenflusses. Der Druck in den Gallenwegen steigt an. Wenn Bakterien in die Gallenwege eindringen, entsteht eine Cholangitis. Wenn auch nicht jede Obstruktion der Gallenwege zur Cholangitis führt, so ist andererseits für die Cholangitis eine Obstruktion, wenn auch gelegentlich nur leichter Natur, die Voraussetzung. Die klassische Trias der Cholangitis besteht aus Schmerzen, Ikterus und Fieber (Schüttelfröste). Die Art der Obstruktion, ihr Ausmaß und die Menge der Bakterien bestimmen die Art der Komplikation. So führt z. B. der rasche Verschuß zur schweren Gallenkolik und Gelbsucht, während eine sich über mehrere Monate entwickelnde Obstruktion vielleicht zuerst durch Juckreiz kenntlich wird, ohne daß Schmerzen oder Gelbsucht auftreten. Wenn es zum Bakterienwachstum in den Gängen kommt, dann begleiten Fieber und Schüttelfrost die Gelbsucht. Man kann vier verschiedene Verlaufsformen der Cholangitis unterscheiden: Die akute Cholezystitis mit Cholangitis, die nicht eitrige Cholangitis, die akute eitrige Cholangitis und die Cholangitis mit Leberabszessen.

Der Verleuf der Erkrankung variiert erheblich. Wenn es jedoch einmal zur Cholangitis gekommen ist, dann muß eine Obstruktion angenommen werden. Die diagnostischen Bemühungen dürfen nicht beendet werden, bevor die Natur der Obstruktion erkannt wurde. Die Diagnostik kann dann durchgeführt werden — je nach den Umständen — durch eine i.v. Galle, ERCP (endoskopisch retrograde Cholangiographie), die Sonographie oder die perkutane transhepatische Cholangiographie. Bei den Laboruntersuchungen ist neben einer Leukozytose die Erhöhung der alkalischen Phosphatase von größter Bedeutung. Da üblicherweise gramnegative Erreger aus dem Darm die



# Pankreaplex<sup>®</sup>

unbekümmert  
essen und verdauen

stimuliert die physiologische  
Verdauungsleistung

stabilisiert die Funktionen  
von Magen und Darm  
ohne Enzymsubstitution

beseitigt störende  
intestinale Symptome  
in jedem Lebensalter

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

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

1 Dragée entspricht 10 Tropfen Liquidum.

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



**Schaper & Brümmer**  
Salzgitter-Ringelheim

Erreger der Cholangitis sind, werden als Antibiotika Ampicillin, Amoxicillin, Tetracycline und Cephalosporine verwendet.

#### Leberabszesse

können entweder bakteriell oder durch Amöben hervorgerufen werden. Ursachen der bakteriellen Form sind die Cholezystitis und Cholangitis, die eitrige Appendizitis oder Salpingitis und auch die Osteomyelitis. Ist ein Fieber durch Antibiotika unbeeinflussbar und bestehen septisch intermittierende Temperaturen und eine schmerzhafte große Leber, so muß man an Leberabszesse denken, und alle zur Verfügung stehenden diagnostischen Maßnahmen anwenden. Das richtige Vorgehen beim Verdacht besteht in der Abnahme von Blutkultur, am besten während des Schüttelfrostes und zu verschiedenen anderen Zeitpunkten, Auffinden der Infektionsquelle und, falls möglich, ihre Sanierung, bei Verdacht auf gramnegative Erreger Behandlung mit Cephalosporin oder Carbenicillin und Gentamycin und bei Verdacht auf grampositive Erreger mit Cephalosporin oder Ampicillin und Cloxacillin.

*Leberabszesse durch Amöben* sind so häufig, daß, sobald die Diagnose von Leberabszessen gestellt wird, immer ein Abzeß durch Amöben ausgeschlossen werden muß. Die Diagnose wird durch den direkten Nachweis der *Entamoeba histolytica* im warmen Stuhl gesichert. Die Komplementbindungsmethode ist ebenfalls geeignet, die Erkrankung zu erkennen. Da eine Infektion nahezu ausschließlich in warmen Ländern üblich ist, wird der entscheidende diagnostische Hinweis durch die Anamnese geliefert. Der Amöbenabszeß der Leber wird durch Metronidazol (Clont) 1,5 bis 2 g über zwei bis vier Wochen behandelt; drastische Besserungen sind nicht selten und eine Ausheilung ist die Regel. In wenigen Fällen wird eine chirurgische Intervention notwendig.

*Die sekundär biliäre Zirrhose* ist ein Folgezustand einer Gallenwegsobstruktion. Eine bakterielle Cholangitis führt nur über die Passagebehinderung des Gallenflusses durch die Obstruktion zur Zirrhose. So ist auch eine partielle sekundäre biliäre Zirrhose eines Leberlappens möglich. Im Unterschied zu den anderen Formen der Leberzirrhose stehen die

Folgen der Behinderung des Gallenflusses im Vordergrund. Akkumulation von Gallensäuren im Blut und Ablagerung von Gallensalzen in der Haut führen zum Juckreiz. Die Erhöhung des direkten Bilirubins führt zum Ikterus. Die verminderte Ausnutzung des Fettes führt zum Fettstuhl und damit zur Gewichtsabnahme. Die verminderte Resorption von Fetten bedingt auch eine verminderte Resorption von fettlöslichen Vitaminen, es kommt zum Vitaminmangelzustand für die Vitamine A, D und K, die zu Blutung, Nachtblindheit oder Osteoporose Anlaß geben können. Der Behandlungsplan hat zwei Ziele: Beseitigung der Unwegsamkeit, nicht nur chirurgisch; Linderung der Folgen, z. B. Juckreiz durch Colestyramin.

*Dr. E. Möller, Bad Dürkheim:*

#### Chronische Virushepatitis und -zirrhose – Klinik und Therapie

Fortschritte in der Leberdiagnostik erlauben es heute, eine chronische Hepatitis schon relativ früh zu differenzieren. Wir wissen aber bis heute noch sehr wenig darüber, warum eine Hepatitis chronisch wird, man kann aber vermuten, daß wahrscheinlich die Immunantwort des Körpers den Verlauf und die Prognose einer Hepatitis bestimmt. Die chronische Hepatitis ist in erster Linie charakterisiert durch den histologischen Befund am Bindegewebe der Periportalfelder. Es bestehen immer entzündliche Infiltrate, die meist aus Lymphozyten und Plasmazellen bestehen, und im Gegensatz zur akuten Hepatitis ist das Bindegewebe vermehrt. Der Prozeß der chronischen Hepatitis kann entzündlich aktiv sein, wenn eine zellige Reaktion am Bindegewebe und an den Sternzellen vorhanden ist. Er kann außerdem progredient sein, wenn deutliche Einbrüche des Bindegewebes in die Läppchen erkennbar und Schäden am Parenchym nachweisbar sind. Es ist also nach histologischen Gesichtspunkten zwischen Aktivität und Progredienz des chronischen Entzündungsprozesses zu unterscheiden. Das wiederum ist für die Prognose von wesentlicher Bedeutung. Eine Expertengruppe europäischer Pathologen und Kliniker hat 1968 in Zürich eine Klassifikation der chronischen Hepatitis in eine persistierende und in eine ag-

gressive Form vorgenommen und dadurch die morphologische Beurteilung des Krankheitsbildes zwar vereinheitlicht, doch recht stark vereinfacht.

Für die Diagnostik der chronischen Hepatitis ist der Oberbauchtastbefund von entscheidender Bedeutung, da auch heute noch der klassische Satz von Kalk „eine vergrößerte und verhärtete Leber ist immer krank, auch wenn alle Leberfunktionsproben normal ausfallen“ gilt. Daneben sind die sogenannten Leberhautzeichen hilfreich. Bei diesen handelt es sich nicht um leberspezifische Veränderungen, sie können auch bei einer Reihe anderer Erkrankungen vorkommen, wie z. B. der Endokarditis, der Hyperthyreose, während und nach einer Schwangerschaft, auch bei völlig gesunden Menschen. Dazu gehören Lebersternchen oder Spider, die sogenannte Geldscheinhaut, das Palmarerythem, die verminderte Achsel- und Schambehaarung und die venösen Gefäßerweiterungen im Bauchhautbereich als Ausdruck des Pfortaderhochdruckes.

Im Vordergrund der Labordiagnostik stehen heute die Enzymbestimmung (SGOT, SGPT, Gamma-GT) und daneben die Serumeiweißdiagnostik mittels der Serumelektrophorese, die Bestimmung der Immunglobuline sowie in Einzelfällen der Cholinesterase, des Bromthaleintestes und des Bilirubins im Serum. Darüber hinaus sind in Einzelfällen noch weitere Proben für die Diagnostik der chronischen Hepatitis wichtig, wie die Bestimmung des Serumeisens, der alkalischen Serumphosphatase des Australia-Antigens.

Trotz dieser teilweise sehr umfangreichen und aufwendigen Funktionsdiagnostik gelingt es oft nicht, chronische Hepatitiden oder Leberzirrhosen zu verifizieren, so daß dann eine biopsische Untersuchung erfolgen sollte, und zwar am sichersten mit der Laparoskopie und der gezielten Leberpunktion. Die Leberblindpunktion sollte primär nur bei diffusen Lebererkrankungen, der Ausheilungskontrolle der Hepatitis, der posthepatitischen Hyperbilirubinämie und der Fettleber angewandt werden und eignet sich ansonsten lediglich zur Verlaufskontrolle bereits vorher laparoskopierter chronischer Hepatitiden und Leberzirrhosen.

### Zuständigkeit, Aufgabenbereich und Arbeitsweise der ärztlichen Schlichtungsstelle

von W. Bischoff

Die chronisch persistierende Hepatitis ist eine benigne, nicht häufige und im allgemeinen nicht Zirrhosegefährdete Verlaufsform der chronischen Hepatitis, die durch langdauernde Persistenz von pathologischen, laborchemischen und histologischen Veränderungen ohne erkennbare Progredienz charakterisiert ist. Die Diagnose ist zu stellen, wenn der Prozeß zwei Jahre und in mindestens drei Punktionszylindern zwar eine anhaltende entzündliche Aktivität, aber keine Aggression ins Läppcheninnere und keinen fibrösen Parenchymbau erkennen läßt. Uncharakteristische Oberbauchbeschwerden mit Schlapheit und Müdigkeit und Transaminasenerhöhung um das nur Zwei- bis Dreifache begleiten das Bild dieser Form der Hepatitis.

Die chronisch aggressive Hepatitis dagegen geht in 10 bis 20 Prozent der Fälle in eine Leberzirrhose über und sie kann mit unterschiedlichen Aktivitätsgraden verlaufen, so als mäßig aktive und als hoch aktive chronisch aggressive Hepatitis, ferner als nekrotisierend verlaufende Hepatitis. Die Ätiologie ist uneinheitlich, in der Mehrzahl der Fälle jedoch viral bedingt. In 40 bis 60 Prozent der Fälle ist das Australia-Antigen positiv.

Die Symptomatik ist ähnlich der persistierenden Hepatitis, die Transaminasen schwanken jedoch zwischen der 10- bis 20fachen Norm und die Gamma GT ist meistens erhöht, wie auch Eisen, Bilirubin, alkalische Phosphatase und Leucin-Amino-Peptidase.

Die Therapie der Hepatitis und der posthepatitischen Leberzirrhose ist eine *crux medicorum*. Wir haben davon auszugehen, daß es eine spezifische Therapie nicht gibt. Während die chronisch persistierende Hepatitis keiner Behandlung bedarf, steht bei der chronisch aggressiven Hepatitis die immunsuppressive Therapie im Vordergrund des Interesses. Glucocorticoide, Azathioprin und D-Penicillamin werden angewandt, wobei die Monotherapie unbefriedigend ist, während die Kombinationstherapie von Prednisolon und Azathioprin bei den Frühformen der chronisch aggressiven Hepatitis eine Besserung zu bringen scheint.

Referent:

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

Die im Einvernehmen zwischen der Bayerischen Landesärztekammer und dem Verband der Haftpflicht-Versicherer ins Leben gerufene Schlichtungsstelle soll nach ihrer Geschäfts- und Verfahrensordnung (GVO) zur außergerichtlichen Erledigung von Haftpflichtstreitigkeiten zwischen Ärzten und Patienten beitragen, um letztlich für sämtliche Beteiligten gleichermaßen unbefriedigende und langwierige gerichtliche Auseinandersetzungen zu vermeiden. Eine solche Haftpflichtstreitigkeit ist gegeben, wenn sich der nach seiner Meinung durch fehlerhafte ärztliche Behandlung geschädigte Patient mit seiner Schadensersatzforderung an den betreffenden Arzt gewandt hat und sein Anspruch vom Arzt bzw. von dessen Versicherung nicht anerkannt wird. Strenggenommen kann also die Schlichtungsstelle mit ihren der Sachaufklärung dienenden Maßnahmen erst dann beginnen, wenn der erhobene Anspruch abgelehnt und somit der Fall einer Haftpflichtstreitigkeit tatsächlich gegeben ist. Aus Zweckmäßigkeitsgründen wird die Schlichtungsstelle aber — je nach Sachlage — nicht selten schon vorher tätig, insbesondere dann, wenn im Einzelfall wirklich konkrete Vorwürfe gegen bestimmte Ärzte erhoben werden und nach dem gesamten Vorbringen des Anspruchstellers *prima facie* der Eindruck besteht, daß eine Fehlbehandlung und ein hierdurch entstandener Schaden wahrscheinlich ist oder zumindest nicht von der Hand gewiesen werden kann, wenn also das Vorbringen — im ganzen gesehen — schlüssig erscheint.

Bei Durchsicht der oft recht umfangreichen und weitschweifigen Eingaben der Anspruchsteller wird die Schlichtungsstelle nach Prüfung ihrer Zuständigkeit ihr Augenmerk zunächst darauf zu richten haben, ob im Einzelfall auch wirklich ein Schadensersatzanspruch geltend gemacht wird, der sich aus ärztlicher Tätigkeit ergibt, ob es sich um de-

taillierte Vorwürfe gegen bestimmte — namentlich genannte — Ärzte handelt, zu welchem Zeitpunkt die Behandlung stattfand, ob in der Sache selbst etwa schon eine — eine Schlichtung von vornherein ausschließende — rechtskräftige gerichtliche Entscheidung getroffen wurde, und ob die behauptete ärztliche Fehlleistung auch zu einem Schaden geführt hat. Erst nach Ausräumung aller in dieser Beziehung noch bestehenden Unklarheiten durch entsprechende Rückfragen setzt sich die Schlichtungsstelle mit den betreffenden Ärzten und deren Haftpflicht-Versicherern in Verbindung und holt im Zuge der weiteren Sachaufklärung gegebenenfalls auch Krankenunterlagen und medizinische Sachverständigen-Gutachten ein. Aufgrund des auf diese Weise gewonnenen Ergebnisses kann dann der Frage des — nach Zivilrecht erforderlichen — adäquaten Ursachenzusammenhanges zwischen dem geltend gemachten Schaden und der beanstandeten ärztlichen Maßnahme nähergetreten und zugleich auch die Verschuldensfrage geprüft werden, um schließlich den Beteiligten bei Vorliegen der entsprechenden Voraussetzungen geeignete Vorschläge für eine außergerichtliche Beilegung der Streit-sache zu unterbreiten.

Wie die Erfahrung lehrt, herrschen über Zuständigkeit und Tätigkeitsbereich der Schlichtungsstelle vielfach unrichtige Vorstellungen. So hat die Schlichtungsstelle keine Dienstaufsicht über die Ärzte. Bei bloßen Beschwerden über das Verhalten von Ärzten ist die Ärztekammer, nicht aber die Schlichtungsstelle zuständig. Sie befaßt sich auch nicht mit Streitigkeiten über Honorarforderungen, und es gehört auch nicht zu ihren Aufgaben, sich mit medizinischen Sachverständigen-Gutachten auseinanderzusetzen, die in gerichtlichen Verfahren erstattet wurden und den Wünschen des Anspruchstellers nicht entsprechen. Dasselbe

gilt auch für Streitigkeiten mit den Krankenkassen über die zu gewährenden Leistungen.

Erfahrungsgemäß wird in der Schlichtungsstelle häufig eine Art staatliche Ermittlungsbehörde gesehen, die – wie etwa die Staatsanwaltschaft – bereits auf bloßen Verdacht hin von Amts wegen – selbst gegen unbekannte Personen – Ermittlungen durchführt. So wird bisweilen – unter Benennung einer Unzahl von Ärzten, die im Laufe der Jahre zu Rate gezogen wurden – weitschweifig über im Laufe von Jahrzehnten aufgetretene Gesundheitsstörungen der verschiedensten Art berichtet mit dem Ersuchen um „medizinische Klärung des Falles“, ohne daß indessen ein konkreter Vorwurf wegen fehlerhafter Behandlung gegen einen bestimmten Arzt erhoben würde. In anderen Fällen wird ohne entsprechende Anhaltspunkte die Vermutung ausgesprochen, daß der Tod eines Menschen vielleicht mit einem ärztlichen Versehen im Zusammenhang stehen könne. Es wird etwa im Falle eines im hohen Alter nach schwerer Krankheit laut ärztlicher Diagnose an Herzversagen verstorbenen Patienten ohne irgendwelche stichhaltige Begründung der Verdacht geäußert, daß hier möglicherweise ein ärztliches Versehen eine Rolle gespielt haben könnte und – offensichtlich in der Absicht, später Ansprüche geltend zu machen – um Prüfung der Richtigkeit der Todesdiagnose ersucht. Nach ihrer Zweckbestimmung soll zwar die Schlichtungsstelle mit den ihr zur Verfügung stehenden Mitteln dazu beitragen, daß zwischen Ärzten und Patienten aufgetretene Streitigkeiten auf gutem Wege aus der Welt geschafft werden; sie hat aber nicht auch die Aufgabe, erst die Voraussetzungen dafür zu schaffen, daß überhaupt eine solche Streitigkeit entsteht.

Nicht selten werden Schadensersatzansprüche wegen ärztlichen Fehlverhaltens erst jetzt angemeldet, obwohl die betreffende ärztliche Maßnahme schon lange Zeit – bisweilen bis zu zwanzig Jahren – zurückliegt. Kommt aber jemand erst nach so langer Zeit auf den Gedanken, diesbezügliche Schadensersatzforderungen zu stellen, so wird man den Grund dafür wohl in erster Linie in den polemischen Publikationen der Massenmedien zu suchen haben. Solche generalisier-

ten Vorwürfe gegen die Ärzteschaft pflegen im allgemeinen nicht ohne Einfluß auf das menschliche Keuseltätsbedürfnis zu bleiben. Im übrigen dürfte die auch ansonsten feststellbare Tendenz, für persönliche Übel und Beschwerden, welcher Art sie auch sein mögen, stets einen dafür Verantwortlichen zu suchen, zu den Besonderheiten unserer Zeit gehören. So kann es beispielsweise geschehen, daß eine gegenwärtig bestehende Arthrose mit einer vor etwa zwölf Jahren vom Hausarzt gegen Herzbeschwerden verordneten Medikamenteneinnahme in Verbindung gebracht wird. Hierzu ist grundsätzlich zu sagen, daß es gerade in solchen Fällen vom medizinischen und juristischen Standpunkt aus äußerst schwierig ist, noch eine zuverlässige und stichhaltige Beurteilung über die hier einschlägigen Fragen des adäquaten Kausalzusammenhangs und des ärztlichen Verschuldens abzugeben. Zunächst läßt sich eine ärztliche Maßnahme nach so langer Zeit regelmäßig nicht mehr einwandfrei auf ihre Richtigkeit, Zweckmäßigkeit und ihre Wirkung hin prüfen, zumal entsprechende Unterlagen meistens nicht mehr zur Verfügung stehen. Weiter ist gewöhnlich auch nicht mehr sicher feststellbar, welche sonstigen ärztlichen Behandlungen in der langen Folgezeit stattgefunden haben, welche Befunde erhoben und welche Diagnosen gestellt wurden und – nicht zuletzt – welche vielfältigen – selbst dem Betroffenen meist gar nicht bekannten – schädigenden Einwirkungen physischer und psychischer Art bei der Entwicklung der nunmehr in den Vordergrund gestellten und als Schädigung geltend gemachten Gesundheitsstörung als wesentliche Faktoren in Betracht kommen. Damit soll natürlich nicht ausgeschlossen werden, daß ein diesbezüglicher Nachweis bisweilen auch noch zu führen ist, wenn die ärztliche Maßnahme schon länger zurückliegt. Es wird dabei immer auch auf die Art der Maßnahme und die Erkennbarkeit der Folgen derselben ankommen.

An dieser Stelle soll auch mit einigen Worten auf die in der Praxis ebenfalls immer wieder geltend gemachten Schadensersatzforderungen wegen mißlungener Schönheitsoperationen eingegangen werden. Natürlich kann auch der dafür zuständige Fecharzt ersatzpflichtig sein, wenn der kosmetische Eingriff

zu einer Verletzung geführt hat oder der Patient über die Möglichkeit des Mißlingens der Operation nicht genügend aufgeklärt worden ist. Weil es sich hier meistens gar nicht um die Heilung einer Krankheit handelt und deshalb auch keine Operationsnotwendigkeit besteht, wird man in solchen Fällen besonders hohe Anforderungen an die ärztliche Aufklärungspflicht stellen müssen insofern, als der Betreffende genau darüber unterrichtet werden muß, daß die kosmetische Korrektur nicht unbedingt den gewünschten Erfolg bringt. Gerade solche Eingriffe sind ja fast immer mit einem erheblichen Risiko verbunden, zumal sich die Auswirkungen vom Standpunkt des Arztes aus zumeist nicht völlig überblicken lassen und zudem das Prädikat „schön“ sehr von dem subjektiven Empfinden des einzelnen abhängt. Auch kosmetische Operationen werden – ebenso wie andere ärztliche Maßnahmen – nicht aufgrund eines

10  
**neu**  
**Feldblumen**



Die neuen  
**WOHLFAHRTS  
MARKEN**

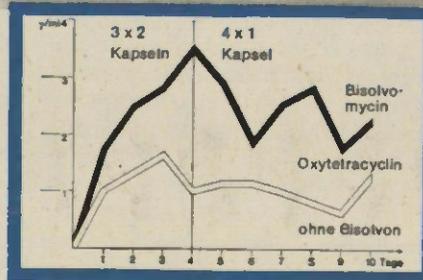
Holen Sie sich Ihre Wohlfahrts-Briefmarken bei der Post oder den Freien Wohlfahrtsverbänden.

# Bisolvomycin®

## bekämpft Bronchialinfekte

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

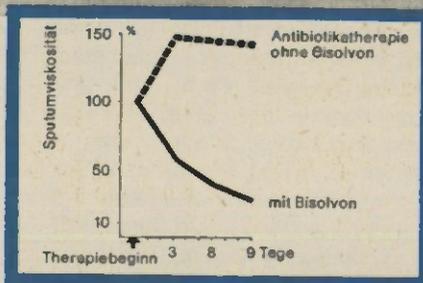
nach Kleber, A. G., Inaug. Diss., Bern 1970



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. B, 274-278 (1965)

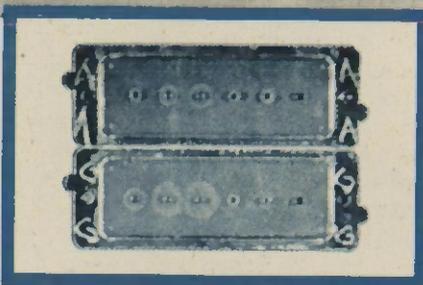


Die Bisolvon-Komponente in Bisolvomycin bricht die dichten Fasergerüste von sauren Mukopolysacchariden auf und rarefiziert sie. Das bewirkt eine drastische Viskositätsenkung des Schleimhautsekrets. Die Bildung eines Sekretstaus wird verhindert und damit der Gefahr von pulmonalen Komplikationen wirksam 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 Anwendungswiese

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 Erwachsenendosis.

### 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 Oosis 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 21,59  
OM 38,29

**Auf Bisolvomycin® ist Verlaß.**

Thomae

Werkvertrages, sondern eines Dienstvertrages vorgenommen, und der Operateur ist somit auch in diesen Fällen nicht zur Herbeiführung eines bestimmten Erfolges, sondern nur zur Leistung von Diensten verpflichtet. Der Arzt kann also — wie auch bereits in der Judikatur ausgesprochen — keinerlei Garantieverprechen für das Gelingen des Eingriffes abgeben und deshalb in der Regel auch nicht allein schon deshalb ersatzpflichtig gemacht werden, weil etwa die auf kosmetischem Wege korrigierte Nase oder Brust hinterher nicht den Wünschen und Vorstellungen des Patienten entspricht. Diesbezügliche Schadensersatzforderungen haben daher in der Praxis auch nur in begrenztem Maße Aussicht auf Erfolg.

Häufig besteht Anlaß, den Anspruchsteller darüber zu belehren, daß es sich bei der Schlichtungsstelle nicht um eine gerichtsähnliche Instanz mit Entscheidungsbefugnis handelt. Die Schlichtungsstelle schließt ihre Tätigkeit nicht mit einer Entscheidung, sondern — bei Vorliegen der entsprechenden Voraussetzungen — mit einem Sachverständigen-Vorschlag zur Behebung der Streitigkeiten ab, der für die Beteiligten nicht bindend ist, so daß dem Betroffenen gegebenenfalls immer noch die Möglichkeit zur Beschreitung des Rechtsweges verbleibt. Da nun gerade bei dieser Art von Streitigkeiten kein Fall auch nur annähernd dem anderen gleicht und die Umstände jeweils völlig verschieden sind, müssen auch die auf eine Schlichtung abzielenden Maßnahmen stets zweckdienlich sein, und es muß dabei auch den besonderen Verhältnissen des Einzelfalles und der Persönlichkeit des jeweiligen Anspruchstellers Rechnung getragen werden. Das gesetzte Ziel, im Zusammenwirken mit Ärzten, Patienten und Versicherungen zu einer einigermaßen zufriedenstellenden Lösung zu gelangen, ist also am ehesten durch eine individuelle, vorwiegend nach praktischen Gesichtspunkten ausgerichtete Bearbeitungsweise zu erreichen. Es wäre deshalb beispielsweise verfehlt, in einem solchen Schlichtungsverfahren bei der Verfolgung eines Anspruches mit dem Begriff des wesentlichen Verfahrensmangels operieren zu wollen.

Die Schlichtungsstelle vermag sich ihr Urteil über den geltend gemachten Anspruch zumeist schon auf-

grund der Eingaben des Patienten, der Anhörung der betreffenden Ärzte, der Stellungnahme der Haftpflicht-Versicherungen und der erforderlichenfalls einzuholenden Krankenpapiere und Sachverständigen-Gutachten zu bilden, um sodann das jeweils Notwendige zu veranlassen. Eine mündliche Erörterung der Streitsache durch sämtliche in der GVO vorgesehenen Mitglieder der Schlichtungsstelle findet gewöhnlich nur statt, wenn dies unter den besonderen Umständen des Einzelfalles zweckdienlich erscheint; insbesondere, wenn irgendwelche für den Anspruch wesentlichen Punkte bisher nicht geklärt werden konnten und bei der gegebenen Sachlage aller Voraussicht nach erst eine solche gemeinsame Erörterung zu einem für alle Beteiligten annehmbaren Ergebnis zu führen vermag. Für die außergerichtliche Erledigung eines Streitfalles ist die freiwillige Mitwirkung aller Beteiligten — also auch der betreffenden Ärzte und Versicherungen — unerlässlich. Schlichtungsversuche versprechen aber nur dann einen Erfolg, wenn tatsächlich alle am Verfahren Beteiligten den ernstesten Willen zu einer außergerichtlichen Beilegung des Falles mitbringen. Wenn hingegen ein ungeduldiger Patient oder sein Rechtsvertreter „zum Zwecke einer schnelleren Klärung“ zwischenhinein die Sache durch Klagerhebung rechtshängig werden läßt oder gar Strafanzeige gegen die in Anspruch genommenen Ärzte erstattet, so wird es regelmäßig an den für eine Schlichtung notwendigen Ansatzpunkten fehlen.

Es nimmt nicht wunder, daß die bei der Schlichtungsstelle angemeldeten Schadensersatzansprüche in der überwiegenden Mehrzahl umstritten und zweifelhaft sind; denn bei eindeutigen oder zumindest wahrscheinlichen Schädigungen infolge ärztlichen Verschuldens besteht ja bei den Versicherungen meistens schon von vornherein die Bereitschaft zu einer Ersatzleistung. Während ihrer bisherigen Tätigkeit vermochte die Schlichtungsstelle im Zusammenwirken mit den Beteiligten in einer ganzen Reihe von Fällen geschädigten Patienten zu einem Erfolg zu verhelfen. Dabei konnte auch in einigen Fällen, wo im Hinblick auf die besondere Kompliziertheit des medizinischen Tatbestandes die Frage eines ärztlichen Verschuldens nicht restlos zu klären

wer, eine für sämtliche am Verfahren Beteiligten akzeptable Lösung gefunden werden. Weiterhin wurden wiederum zahlreiche Anspruchsteller von der Aussichtslosigkeit ihrer Forderung überzeugt und damit vor unnützen und kostspieligen Prozessen bewahrt. Am Rande sei bemerkt, daß die Schlichtungsstelle im Rahmen ihrer Tätigkeit auch sehr häufig Auskünfte zu erteilen hat, wobei es sich zumeist um Anfragen mehr allgemeiner Art handelt, die vorwiegend aus Kreisen der Ärzte und Journalisten gestellt werden.

Anschrift des Verfassers:

Dr. jur. W. Bischoff, Senatspräsident a.D., Germaniastraße 36, 8000 München 40

## Zehn Jahre Fakultät für Medizin der TU München

Am 14. September 1967 wurde nach einem Beschluß des Gesamtkollegiums der damaligen Technischen Hochschule München die Fakultät (heute: „Fachbereich“) für Medizin errichtet. Am gleichen Tage entließ die Landeshauptstadt München das „Städtische Krankenhaus rechts der Isar“ aus ihrer Verwaltung, und der Freistaat Bayern übernahm es als „Klinikum der Technischen Hochschule München“.

Anläßlich des zehnjährigen Jubiläums des Fachbereiches Medizin und des Klinikums rechts der Isar fand am 10. November 1977 in Anwesenheit von Kultusminister Professor Maier sowie namhaften Persönlichkeiten aus der Medizin und den verschiedensten Bereichen des öffentlichen Lebens ein akademischer Festakt statt. Der Festvortrag zum Thema „Medizin in der Krise“ wurde von Geheimrat Professor Carl Erich Alken, em. Ordinarius für Urologie an der Universität des Saarlandes und Ehrendoktor des Fachbereiches Medizin, gehalten.

In den zehn Jahren ihres Bestehens hat sich die neue Fakultät zum größten Fachbereich der TU München mit 32 Lehrstühlen entwickelt. Sie umfaßt so gut wie alle Teilbereiche der Medizin gemäß der Approbationsordnung; die vorklinische Ausbildung hat im Sommersemester 1977 begonnen.

## Festpreise für Fertigarzneimittel ab 1. Januar 1978

Apotheker dürfen Ärzten und Zahnärzten keine Nachlässe mehr gewähren

Schon vor der Diskussion und Verabschiedung des heiß umkämpften und von allen Heilberufen abgelehnten Krankenversicherungskosten-dämpfungsgesetz (KVKG) des Bundesarbeitsministers Ehrenberg wurden die Apotheker zur Kasse gebeten. Neben den zu erwartenden Auswirkungen des KVKG auf die Wirtschaftslage der Apotheken muß die einzelne Apotheke als Folge eines anderen Gesetzes eine Ertrags-schmälerung von rund 15 Prozent hinnehmen.

Das am 1. Juli 1976 vom Deutschen Bundestag und am 16. Juli 1976 vom Bundesrat verabschiedete Arzneimittelmarktgesetz war das Ergebnis der langjährigen Bemühungen der Bundesregierung, den Arzneimittelmarkt neu zu ordnen mit dem Ziel, einmal durch Kürzung der Apothekenspanne und Abbau des gesetzlichen Krankenkassenrabattes die Arzneimittelpreise zu senken und zum anderen einheitliche Apothekenverkaufspreise für apothekenpflichtige Arzneimittel zu schaffen.

Zur Realisierung dieses Zieles ist die „Verordnung über Preisspannen für Fertigarzneimittel“ (Preisspannenverordnung) vom 17. Mai 1977 erlassen worden, die am 1. Januar 1978 in Kraft tritt. Eine neue Deutsche Arzneitaxe, welche die Apothekenzuschläge (Handelsspannen) gesetzlich regelt, wird – als notwen-

dige Folge der Preisspannenverordnung – ebenfalls an diesem Tage wirksam.

Die Apotheken in der Bundesrepublik Deutschland und in Berlin (West) sind von diesem Zeitpunkt an verpflichtet, für apothekenpflichtige Fertigarzneimittel einen einheitlichen Preis zu verlangen, es sei denn, die Preisspannenverordnung bestimmt im Einzelfall ausdrücklich etwas anderes. Während in der Vergangenheit die Deutsche Arzneitaxe Höchstpreise bestimmte, die vom einzelnen Apotheker unterschritten werden durften (z. B. bei Arzneilieferungen an Ärzte und Zahnärzte), verbietet die neue staatliche Preisregelung jegliche Preisunterschreitungen oder Preisnachlässe. Unzulässig sind insbesondere auch Skonti und Rabatte, die der Apotheker den Ärzten in unterschiedlicher Höhe für ihren Praxisbedarf oder privaten Bedarf bisher gewährte.

In der Preisgestaltung frei ist der Apotheker gegenüber dem Arzt lediglich bei Nichtarzneimitteln, nicht apothekenpflichtigen Arzneimitteln und bei Fertigarzneimitteln im Rahmen des Praxisbedarfs, soweit es sich handelt um

- Blutzubereitungen aus menschlichem Blut,
- menschliches oder tierisches Gewebe,

– Infusionslösungen in Behältnissen mit mindestens 500 ml, die zum Ersatz oder zur Korrektur von Körperflüssigkeit bestimmt sind,

– Injektions- oder Infusionslösungen, die ausschließlich dazu bestimmt sind, die Beschaffenheit, den Zustand oder die Funktion des Körpers oder den seelischen Zustand erkennen zu lassen,

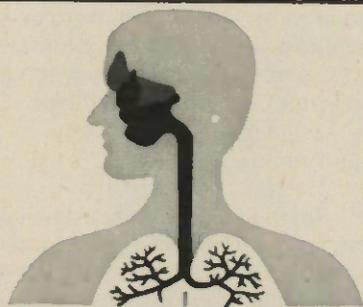
– radioaktive Arzneimittel,

– Impfstoffe, die dazu bestimmt sind, bei einer unentgeltlichen oder amtlichen Schutzimpfung im Sinne des § 14 des Bundesseuchengesetzes angewendet zu werden oder soweit eine Abgabe von Impfstoff zur Abwehr einer Seuchen- oder Lebensgefahr erforderlich ist.

Dem Zahnarzt darf der Apotheker zukünftig nur dann Skonti oder Rabatte beim Verkauf von apothekenpflichtigen Fertigarzneimitteln gewähren, wenn es sich um Präparate handelt, die ausschließlich in der Zahnheilkunde verwendet und bei der Behandlung an Patienten angewendet werden.

Apotheker, die nach dem 1. Januar 1978 die Festpreise, die sich aus der Preisspannenverordnung ergeben, nicht strikt einhalten, verstoßen gegen ihr Berufsrecht und machen sich wegen wettbewerbswidrigen Verhaltens strafbar.

Die Berufsorganisationen der Apotheker weisen die Angehörigen der ärztlichen Heilberufe auf die neue Situation hin. Sie hoffen, daß das gute Einvernehmen zwischen Ärzten und Apothekern durch diese Neuordnung und ihre korrekte Anwendung durch die Apotheken nicht beeinträchtigt wird.



### SEKRETOLYTIKUM bei SINUSITIDEN und SINOBRONCHITIDEN

# Sinupret®

**Indikationen:** Akute, subakute und chronische Sinusitiden, Rhinosinusitis, Sinobronchitis, sinogene Kopfschmerzen, hartnäckige Rhinitiden, Tuberkulose, zur Infektprophylaxe beim bronchitischen Syndrom. • **Kontraindikationen und Nebenwirkungen** sind bisher nicht bekannt. • **Zusammensetzung:** 100 g enthalten 29 g Mezeret aus: Rad. Gentian. 0,2 g, Flor. Primul. 0,8 g, Herb. Rumic. 0,6 g, Flor. Sembuc. 0,8 g, Herb. Verben. 0,6 g - 1 Dregée

enthält: Red. Gentian. 0,006 g, Flor. Primul. 0,018 g, Herb. Rumic. 0,018 g, Flor. Sembuc. 0,018 g, Herb. Verben. 0,018 g, Vitamin C 0,010 g. • **Dosierung:** 3mal täglich  $\frac{1}{2}$ , bis 1 Teelöffel oder 1 bis 2 Dragées. • **Handelsformen:** Sinupret OP mit 100 ml DM 8,55, OP mit 60 Dregées DM 8,55, OP mit 240 Dregées DM 25,95; Großpackungen mit 500 ml, 1000 ml und 1000 Dregées.



BIONORICA KG · APOTHEKER POPP · NÜRNBERG

## Kassenärztliche Bedarfsplanung

Erstmals wird in der Bundesrepublik Deutschland der Bedarf an Kassenärzten geplant. Ziel ist, dem Versicherten eine bedarfsgerechte und gleichmäßige ärztliche Versorgung zu garantieren, mit ausreichendem Not- und Bereitschaftsdienst, in zumutbarer Entfernung und unter Berücksichtigung des jeweiligen Standes der medizinischen Wissenschaft und Technik sowie der Rationalisierungsmöglichkeiten. So fordert es das Krankenversicherungs-Weiterentwicklungsgesetz (KVWG), das am 1. Januar 1977 in Kraft getreten ist.

Der Gesetzgeber hat der Selbstverwaltung der Kassenärzte, den Kassenärztlichen Vereinigungen, die Aufgabe übertragen, die entsprechenden Bedarfspläne im Einvernehmen mit den Krankenkassen aufzustellen. Der allgemeine Rahmen für den Bedarfsplan soll durch den Bundesausschuß der Ärzte und Krankenkassen in Richtlinien bundesweit festgelegt werden. Vor allem geht es darum, festzustellen, wo eine Region ärztlich unterversorgt ist und wie dem Mangel abgeholfen werden kann. Eine Arbeitsgruppe der Kassenärztlichen Bundesvereinigung (KBV) hat dazu ein Planungsmodell entwickelt und vom Institut für Gesundheits-System-Forschung in Kiel unter Leitung von Professor Dr. Fritz Beske wissenschaftlich begutachten lassen. Diese Expertise ist jetzt in der Heftreihe des Zentralinstitutes für die kassenärztliche Versorgung in der Bundesrepublik Deutschland, Haedenkampstraße 5, 5000 Köln 41, Heft 9, veröffentlicht worden.

Die Planung im Gesundheitswesen steht erst am Anfang. Auf der Grundlage des derzeitigen Wissens- und Erkenntnisstandes sind die Probleme einer bedarfs- und nachfrageorientierten Planung der kassenärztlichen Versorgung noch nicht lösbar, urteilen die Gutachter. Sie halten deshalb den von der Kassenärztlichen Bundesvereinigung pragmatisch angelegten Ansatz einer zielorientierten Bedarfsplanung für akzeptabel. Sie schlagen vier Schritte vor, die als Arbeitsanleitung in die

Richtlinien des Bundesausschusses der Ärzte und Krankenkassen aufgenommen werden sollten:

1. Bestandsaufnahme als Ist-Analyse des Versorgungsstandes;
2. Analyse und Prognose des derzeit und künftig zu deckenden Bedarfs;
3. kritische Beurteilung des Versorgungsstandes und der künftigen Bedarfssituation mit Hilfe eines Soll-Ist-Vergleichs;
4. Entscheidung über zu treffende Maßnahmen.

Die Kassenärztliche Bundesvereinigung unterscheidet in Analyse und Planung nach primärärztlicher und fachärztlicher Versorgung. Dazu hat sie folgende Definition erarbeitet:

— „*Primärärztliche Versorgung* ist die ambulante Versorgung, die üblicherweise und in der Regel von einem gut ausgebildeten Allgemeinarzt erbracht werden kann, die bei den häufigsten Symptomen und Krankheiten in Anspruch genommen wird, keine spezialistische oder stationäre Versorgung ist, und in deren Rahmen gegebenenfalls die weitere ärztliche Versorgung (fachärztlich oder stationär) veranlaßt und koordiniert wird.“

— „*Fachärztliche Versorgung* ist die ambulante ärztliche Versorgung, die von einem Allgemeinarzt üblicherweise nicht erbracht wird oder nicht erbracht werden kann. Sie gehört weder zu dem Bereich der primärärztlichen Versorgung noch zu dem Bereich der stationären Versorgung.“

Die primärärztliche Versorgung geschieht nicht ausschließlich durch Allgemeinärzte. Der gesetzlich Krankenversicherte in Deutschland kann jeden Kassenarzt in Anspruch nehmen, auch den Facharzt, ohne daß er dazu eine Überweisung des Allgemeinarztes benötigt. Es hat sich gezeigt, daß die einzelnen Facharztgruppen mit unterschiedlichen mittleren Leistungsanteilen (Teilnahmegraden) primärärztlich tätig sind. Der

Kinderarzt z. B. ist in der Regel Allgemeinarzt für Kinder.

Folgende Teilnahmegrade haben sich für einige Arztgruppen ergeben:

Praktische Ärzte / Allgemeinärzte	1,0
Kinderärzte	0,9
Internisten	0,8
Frauenärzte	0,5
Chirurgen	0,5
Nervenärzte	0,4

Die Teilnahmegrade wurden als Durchschnittswerte ermittelt, bezogen auf die Gesamtleistung des jeweiligen Facharztes. Die Kieler Gutachter plädieren dafür, in den zu erlassenden Richtlinien als „wünschenswert“ zu fixieren, daß etwa 50 Prozent der primärärztlichen Leistungen durch Allgemeinärzte abgedeckt werden müssen.

Basis für die Bedarfsplanung soll eine Meßzahl sein, die die Relation zwischen Bevölkerung und niedergelassenen Ärzten ausdrückt. Es wird davon ausgegangen, daß der Bedarf an kassenärztlicher Versorgung mit einer Verhältniszahl von 1 Arzt auf 1200 Einwohner in der Bundesrepublik Deutschland gegenwärtig gedeckt ist. Insgesamt werden nicht mehr Ärzte benötigt, als vorhanden sind. Die Frage ist nur, ob die Arztsitze so verteilt sind, daß die Versorgung überall in gleicher Weise und in gleicher Qualität sichergestellt ist.

Während es sich bei der Bedarfsplanung für Allgemeinärzte hauptsächlich darum handelt, die Nachwuchssituation zu verbessern und für einen Ausgleich des Mangels an allgemeinärztlichen Leistungen zu sorgen, geht es in der fachärztlichen Versorgung wesentlich darum, die räumliche Verteilung zu optimieren; noch sind einige Ballungsräume überbelegt, während ländliche Gebiete teilweise als unterversorgt zu gelten haben.

Die Relation zwischen Arztdichte und Bevölkerungsdichte allein ist aber längst nicht ausreichend zur Bedarfsbestimmung. Zusätzlich müssen noch andere Determinanten, bezogen auf einen umschriebenen Planungsbereich, erfaßt werden. Für die primärärztliche Versorgung bieten sich die Nahbereiche der zentralen Orte als Planungsbereiche an;

Nicht jeder Koronarpatient ist ein Adalat-Patient, aber:

# Es gibt mehr Adalat-Patienten, als Sie denken.



„Spätestens mit 45  
entdeckt der Mensch  
sein Herz.“

Bereits zwischen 45 und 50 hat jeder 2. Deutsche fortschreitende Koronarsklerose.

**Deshalb wirksame Koronartherapie von Anfang an:** Bei eingeschränkter Belastungstoleranz erhöht schon eine Kapsel Adalat (=10 mg) meßbar die Belastbarkeit.

Einschränkungen durch eventuelle Begleitkrankheiten und deren Therapie gibt es nicht.

Das komplexe Wirkspektrum macht Adalat zum universellen Medikament für das koronarkranke Herz – von Anfang an auf Dauer: Adalat wirkt nach Jahren noch so souverän wie am 1. Tag.

## **Deshalb Adalat®** **von Anfang an.**

### Indikation:

Behandlung und Prophylaxe der akuten und chronischen Koronarinuffizienz (insbesondere Angina-pectoris, Zustand nach Herzinfarkt).

### Verträglichkeit:

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

### Kontraindikation:

Gesamte Schwangerschaft.

### Zur Beachtung:

Adalat kann die Wirkung von blutdrucksenkenden Präparaten und  $\beta$ -Rezeptoren-Blockern verstärken bzw. ergänzen. Die Therapie mit Herzglykosiden kann unter Adalat-Behandlung begonnen oder fortgeführt werden. Inkompatibilitäten mit anderen Arzneimitteln sind bei der klinischen Prüfung des Präparates nicht zutage getreten.

### Dosierung und Anwendung:

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

### Zusammensetzung:

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

### Handelsformen:

Packung mit 50 Kapseln DM 32,50  
Packung mit 100 Kapseln DM 59,30  
sowie Anstaltspackung



1.D.427

für die fachärztliche Versorgung empfehlen die Kieler Wissenschaftler den Landkreis bzw. die kreisfreie Stadt.

Wesentliche Determinanten für die Bedarfsfeststellung sind u. a. die Bevölkerungsstruktur. Nachweisbar nimmt die Gruppe der über 65jährigen primärärztliche Leistungen überdurchschnittlich in Anspruch, während die Gruppe der 15- bis 40jährigen unter dem Durchschnitt liegt. Schließlich gehen Frauen häufiger zum Arzt als Männer. Es müssen demnach alters- und geschlechtsspezifische Multiplikatoren entwickelt werden, die die rein statistisch ermittelten Bevölkerungszahlen bereinigen.

Wichtig sind weiter Angaben über die Zahl der Erwerbstätigen und der Pendler sowie die zumutbare Entfernung zur Arztpraxis. Ebenso spielen örtliche Besonderheiten eine Rolle, das Vorhandensein von Sanatorien, Kur- und Kinderheimen, die Wirtschaftsstruktur und natürlich die Verkehrsverhältnisse. Alle diese Faktoren sollen in Planungsblättern erfaßt werden, die für jeden Planungsbereich anzulegen sind, getrennt nach primär- bzw. fachärztlicher Versorgung.

Die Gutachter schlagen vor, die erste Planung bis zum Jahre 1980 zu erstellen und dann in Fünf-Jahreszeiträumen fortzuschreiben. Die den Kassenärztlichen Vereinigungen verfügbaren Strukturdaten und insbesondere die Arztstrukturdaten müßten jährlich fortgeschrieben werden. Daher ist ein ständiger Informationsaustausch mit den für die Raumordnung und Landesplanung zuständigen Behörden notwendig.

## Personalia

### Verdienstkreuz am Bande

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

Dr. Wilhelm Funke, Friedhofstraße 4, 8059 Altenerding;

Dr. Georg Nerlich, Regenstraße 241, 8372 Zwiesel.

Dr. Dr. Kurt Hemmerich, Fasanenstraße 14, 8000 München 60, wurde „wegen seines Einsatzes als Vizepräsident der UEMS (Europäische Fachärztevereinigung) für die Harmonisierung des Gebietes Mund-Kiefer-Gesichtschirurgie in der EG“ zum Ehrenmitglied der französischen Gesellschaft für Stomatologie und maxillo-faciale Chirurgie ernannt.

Professor Dr. Fritz Holle, Direktor der Chirurgischen Poliklinik der Universität München, Pettenkoflerstraße 8a, 8000 München 2, wurde zum Ehrenmitglied der Hellenischen Chirurgischen Gesellschaft ernannt.

Professor Dr. Ernst Kolb, Direktor des Instituts für Anästhesiologie des Klinikums rechts der Isar der Technischen Universität München, Ismaninger Straße 22, 8000 München 80, wurde vom Bayerischen Staatsminister für Arbeit und Sozialordnung zum Mitglied des Landesgesundheitsrates berufen.

### Bergmann-Plakette für die Professoren Polzien und Athanasiou

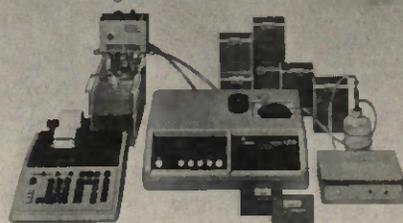
Auf der 50-Jahr-Feier der Vereinigung der praktischen Ärzte in Bayern überreichte Professor Dr. Sewering den Professoren Dr. Paul Polzien und Dr. Dimitrios Athanasiou die vom Vorstand der Bundesärztekammer verliehene Ernst-von-Bergmann-Plakette.

Professor Dr. Polzien, geboren am 18. Oktober 1918, ist Leitender Oberarzt der Medizinischen Poliklinik der Universität Würzburg, Klinikstraße 8, 8700 Würzburg. Seit über 15 Jahren hält Professor Polzien Kurse für Elektrokardiographie mit einer jeweiligen Gesamtdauer von 20 Stunden ab. Insgesamt konnten dabei weit über 2000 niedergelassene Ärzte die notwendigen theoretischen und praktischen Kenntnisse erwerben, um die Elektrokardiographie in der freien Praxis durchführen zu können bzw. ihre Kenntnisse auf diesem Gebiet zu vertiefen. Seine Tätigkeit in der Fortbildung für die niedergelassene Ärzteschaft war richtungsweisend.

Professor Dr. Dimitrios Athanasiou, geboren 19. Mai 1912, Almenrauschstraße 2, 8012 Ottobrunn, hat während seiner 15jährigen Tätigkeit als Oberarzt der II. Medizinischen Universitätsklinik München laufend 20-stündige Elektrokardiographiekurse für die niedergelassene Ärzteschaft durchgeführt. Die Teilnehmerzahl seiner Kurse betrug über 3000 Ärzte. Sie waren im Rahmen der Fortbildung der niedergelassenen Ärzte ein wesentlicher Beitrag für die Einführung der EKG-Diagnostik und für die Verbesserung der diagnostischen Möglichkeiten in der freien Praxis.

## 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.: 09431/5966  
Fromundstraße 34  
8000 München 90  
Tel.: 089/66 26 97

## Fakultät

### Erlangen-Nürnberg

Professor Dr. med. Friedrich Carl Sitzmann, Leitender Oberarzt an der Kinderklinik, hat den an ihn ergangenen Ruf auf den „ordentlichen Lehrstuhl für Pädiatrie“ an der Universität Homburg/Saar angenommen.

apl. Professor Dr. med. Klemens Stehr (bisher Technische Universität München) wurde zum „ordentlichen Professor für Kinderheilkunde“ ernannt.

Zum „außerplanmäßigen Professor“ wurden ernannt: Privatdozent Dr. med. Jürgen von der Emde, Leitender Oberarzt an der Chirurgischen Klinik mit Poliklinik; Privatdozent Dr. med. Kurt Flügel, Abteilungsvorsteher an der Nervenambulanz mit Poliklinik; Privatdozent Dr. med. Günther Kindermann, Leitender Oberarzt an

der Klinik für Frauenheilkunde mit Poliklinik und Hebammenschule; Privatdozent Dr. med. Gerhard Neuhäuser, Leitender Oberarzt an der Kinderklinik und Poliklinik; Privatdozent Dr. med. Günther Reinhardt, wissenschaftlicher Rat am Institut für Rechtsmedizin; Privatdozent Dr. med. Felix Böcker, Direktor des Nervenkrankenhauses Bayreuth.

Die „Lehrbefugnis“ wurde erteilt: Dr. med. Dr. med. habil. Olfa Bartels für „Innere Medizin“; Dr. Georg-Wilhelm Bornkamm für „Virologie“; Dr. med. habil. Peter Bumm für „Hals-, Nasen- und Ohrenheilkunde“; Dr. med. Karl Ferdinand Druschky für „Neurologie und Psychiatrie“; Dr. med. habil. Bernd Muck für „Gynäkologie und Geburtshilfe“; Dr. med. Dr. med. habil. Dieter Raithel für „Chirurgie“; Dr. med. Dr. med. habil. Helmut Singer für „Kinderheilkunde“; Dr. med. habil. Karl Michael Schrott für „Urologie“; Dr. rer. nat. Dr. med. habil. Helga Schübler für „Medizinische Strahlenkunde“; Dr. med. Siegfried Trotnow für „Geburtshilfe und Frauenheilkunde“; Dr. med. Dr. med. habil. Dipl. Psych. Matthias Wenderlein für „Geburtshilfe und Frauenheilkunde“.

### München - Universität

Privatdozent Dr. med. Günther Wolfgram, Oberarzt an der Medizinischen Poliklinik, wurde zum „ordentlichen Professor für Ernährungslehre“ an der Technischen Universität München-Weihenstephan und gleichzeitig zum Vorstand des neu gegründeten Instituts für Ernährungswissenschaften ernannt.

apl. Professor Dr. med. Helmut Lydtin ist als Leitender Oberarzt an der Medizinischen Poliklinik ausgeschieden. Er ist jetzt als Chefarzt am Kreiskrankenhaus Starnberg tätig.

Zum „außerplanmäßigen Professor“ wurden ernannt: Privatdozent Dr. med. Bernd-Rüdiger Balda, Oberarzt an der Dermatologischen Klinik; Privatdozent Dr. med. Hans-Martin Becker, wissenschaftlicher Oberassistent an der Chirurgischen Klinik; Privatdozent Dr. med. Felix Dürr, Chefarzt der Medizinischen Abteilung des Städtischen Krankenhauses Landshut; Privatdozent Dr. med. Joachim Duhm, Oberassistent am Physiologischen Institut; Privatdozent Dr. med. Hans Georg Heinze, Chefarzt der Klinik für Strahlentherapie und Nuklearmedizin der

# Korrigiert die Herzmetabolik

## 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.

## 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.

**Zusammensetzung:** Eine Zerbeiß-Kapsel Strodival® perlingual sowie eine Schluck-Kapsel Strodival® mr enthalten je 3,0 mg g-Strophanthinoleophiler Phase.  
**Indikationen:** Bei allen Formen von Linksmycardschäden. **Kontraindikationen:** Hyperkaltämie, Kaliummangelzustände, Atrio-ventrikuläre Leitungsstörungen; Vorsicht bei gleichzeitiger iv. Kalziumtherapie. **Besondere Hinweise:** Rechtschleife (bei vorliegenden Ödemen, Tachykardien und Tachyarrhythmien) brauchen spezielle Zusatzmaßnahmen. Bei Strodival® perlingual treten gelegentlich Mundschleimhautreizungen auf, in diesen Fällen sollte die magensaftresistente Form Strodival® mr angewandt werden. **Dosierung und An-**

**wendungsweise:** 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 Sofortbehandlung: Beim Angina-pectoris-Anfall sofort 2-3 Kapseln zerbeißen; wenn notwendig kann diese Anwendung nach 10 Minuten mit gleicher oder geringerer Dosis wiederholt werden. **Strodival® perlingual**-Kapseln zerbeißen oder unter die Zunge legen bis der Kapselinhalt freigesetzt ist. Den Kapselinhalt einige Minuten auf die Mundschleimhaut einwirken lassen. Die Kapselhülle schlucken oder ausspucken. **Strodival® mr** sollte ebenfalls stets nach Bedarf und Erfolg bis zum Verschwinden der Herzsymptome dosiert werden. Im allgemeinen beträgt die Dosis 2 bis 4mal täglich

1-2 Kapseln. Strodival® mr sollte möglichst auf leeren Magen unzerbeissen geschluckt werden. Morgens nüchtern und tagsüber 1x bis 1 Stunde vor den Mahlzeiten. **Handelsformen und Preise:** Strodival® perlingual: OP mit 30 Kapseln DM 5,96 inkl. MwSt., OP mit 100 Kapseln DM 14,96 inkl. MwSt.; OP mit 500 Kapseln DM 62,30 inkl. MwSt. Strodival® mr: OP mit 30 Kapseln DM 5,96 inkl. MwSt.; OP mit 100 Kapseln DM 15,96 inkl. MwSt.; OP mit 500 Kapseln DM 65,96 inkl. MwSt. Verschreibungspflichtig.

A. HERBERT KG  
Wiesbaden

Städtischen Krenkenenstalt Kerls-ruhe; Privatdozent Dr. med. Karl-Ekkehard Kazner, Leitender Oberarzt en der Neurochirurgischen Klinik im Klinikum Großhadern; Privatdozent Dr. med. Stefan Lukacs, Zweibrückenstraße 17, München 22; Privatdozent Dr. med. Hans Dieter Lux, Leiter der Abteilung Neurophysiologie des Max-Planck-Institutes für Psychiatrie; Privatdozent Dr. rer. nat. Gerhard Müllhofer, wissenschaftlicher Ret em Institut für Physiologische Chemie und Physikalische Biochemie; Privatdozent Dr. med. Horst-Jürgen Spechter, Chefarzt der Gynäkologisch-geburtshilflichen Abteilung des Städtischen Krankenhauses Lendshut; Privatdozent Dr. med. Karl Herbert Welsch, Leitender Oberarzt en der Chirurgischen Poliklinik; Privatdozent Dr. rer. nat. Rütger Wever, Max-Planck-Institut für Verhaltensphysiologie.

Zum „Oberarzt“ wurden ernannt: Privatdozent Dr. med. dent. Dr. med. dent. habil. Georg Dietz, wissenschaftlicher Angestellter an der Poliklinik für Zahnerhaltung und Parodontologie; Privatdozent Dr. med. Ahmed Fateh-Moghadam, Institut für Klinische Chemie im Klinikum Großhadern; Privatdozent Dr. med. Dieter Huhn, wissenschaftlicher Assistent an der Medizinischen Klinik III im Klinikum Großhadern; Privatdozent Dr. med. Ulrich Jehn, Medizinische Klinik III im Klinikum Großhadern; Privatdozent Dr. med. Wolfram Keiser, wissenschaftlicher Oberassistent an der Medizinischen Poliklinik; Privatdozent Dr. med. Eike Martin, Institut für Anästhesiologie; apl. Professor Dr. med. Peter Schwandt, wissenschaftlicher Oberassistent en der Medizinischen Klinik II im Klinikum Groß-

hadern; Privatdozent Dr. med. Dr. med. habil. Wolfgang Vogt, wissenschaftlicher Angestellter am Institut für Klinische Chemie im Klinikum Großhadern.

Zum „Privatdozent“ wurden ernannt: Dr. med. Klaus van Ackern für „Anästhesiologie“; Dr. med. Hartwig Bauer für „Chirurgie“; Dr. med. Rolf Castell für „Kinderpsychiatrie“; Dr. med. Dr. med. habil. Wolfgang Eisenmenger für „Rechtsmedizin“; Dr. med. Dr. med. habil. Jürgen Engert für „Kinderchirurgie“; Dr. med. Gert Frösner für „Medizinische Virologie“; Dr. med. Hans-Georg Gürich für „Pathologische Anatomie“; Dr. rer. nat. Dr. med. habil. Wolfram Hörz für „Physiologische Chemie“; Dr. med. dent. Dr. med. dent. habil. Ingrid Janson für „Kieferorthopädie“; Dr. med. Dr. med. habil. Harald Mickan für „Gynäkologie und Geburtshilfe“; Dr. med. Helmut Pillau für „Allgemeinmedizin“; Dr. med. Dr. med. habil. Hans Dieter Tröger für „Rechtsmedizin“.

#### München - Technische Universität

Professor Dr. med. Fritz Hollwich, Direktor der Universitäts-Augenklinik Münster, wurde „in Anerkennung seiner bahnbrechenden wissenschaftlichen Arbeiten unter gleichzeitiger Würdigung seiner Verdienste um die literarische Verbreitung neuer wissenschaftlicher und praktischer Erkenntnisse und durch die langjährige, ständige, wirkungsvolle Förderung der Fortbildung sowie um die Schaffung und Entwicklung von engen Kontakten zu vielen Ländern der Erde und die damit verbundene Hebung des Ansehens der deutschen Ophthalmologie“ die Ehrendoktorwürde verliehen.

## Kongresse

### Kolloquium des Instituts und der Poliklinik für Arbeitsmedizin der Universität München

gemeinsam mit dem Verband Deutscher Betriebs- und Werksärzte e. V., Landesverband Südbayern

em 19. Januar 1978 in München

Themen: Neuere Gesichtspunkte zur beruflich bedingten Lärmschwerhörigkeit (Professor Dr. Hoffmann) – Besondere Aspekte bei der Messung und Bewertung impulshaltigen Industrielärms (Dipl.-Ing. Praml)

Ort: Kleiner Hörseel der Medizinischen Klinik Innenstadt, Ziemssenstraße 1/II (Zimmer 251), München 2

Beginn: 18.00 Uhr c. t.

### Kolloquium der Klinik und Poliklinik für Heutkrankheiten der Universität Würzburg

em 26. Januar 1978 in Würzburg

Es finden Falldemonstrationen, Diskussion der Fälle sowie ein Vortrag „Hautveränderungen – Symptom oder Krankheit“ statt.

Auskunft:

Professor Dr. H. Röckl, Universitätsklinik und Poliklinik für Heutkrankheiten, Josef-Schneider-Straße 2, 8700 Würzburg, Telefon (09 31) 201 - 27 01

(Fortsetzung Seite 65)

**ZUSAMMENSETZUNG Tabletten:** 1 Tabl. enthält: Cocculus D4 210 mg; Conium D3, Ambra D6, Petroleum D8 ana 30 mg.  
**Tropfen:** In 100 ml: Cocculus D4 70 ml; Conium D3, Ambra D6, Petroleum D8 ana 10 ml.  
**Injektionslösung:** Cocculus D3 0,7 ml; Conium D2, Ambra D5, Petroleum D7 ana 0,1 ml; Meerwasser 32 g.  
Aque pro inject. ad 100 ml. (Amp. zu 1,1 ml).

**ANWENDUNG Tabletten u. Tropfen zum Einnehmen:** 3-4 mal täglich 1 Tablette lutschen, bei anfallsweisem Schwindel und Übelkeit Stoßtherapie (alle 15 Min. 1 Tabl. bzw. 5-10 Tropfen).  
**Injektionslösung:** Bei anfallsweisem Schwindel und Übelkeit täglich, sonst 3-1 mal wöchentlich 1 Amp. i.v., i.m., s.c., i.c.

**HANDELSFORMEN UND PREISE (incl. MwSt.)** Preisänderungen vorbehalten.  
Packung zu 50 Tabletten DM 4,14, zu 250 Tabletten DM 13,75, Tropfflasche zu 30 ml DM 6,50, zu 100 ml DM 18,14  
Packung zu 5 Ampullen à 1,1 ml DM 7,69 · Packung zu 10 Ampullen à 1,1 ml DM 13,83

**Schwindel  
verschiedener Genese  
(besonders arteriosklerotisch bedingter)**

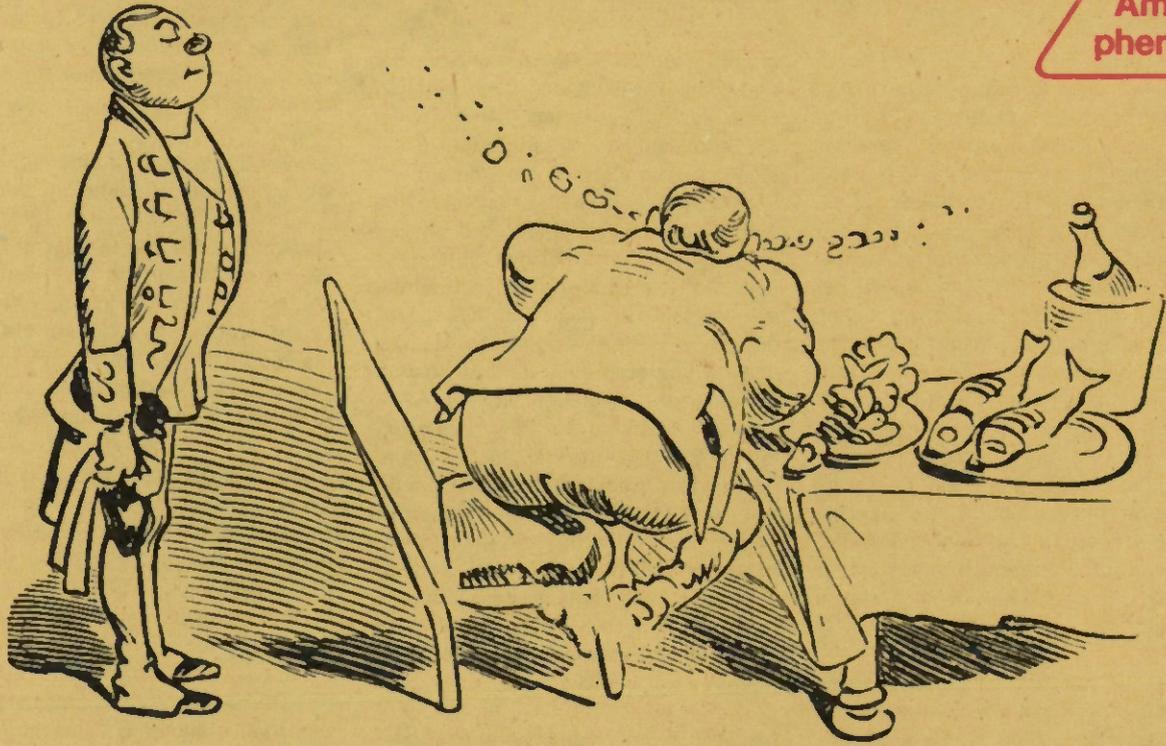
# Vertigoheel®

**Kinetosen (See-, Luft-  
Autokrankheit)**

**Biologische Heilmittel Heel GmbH  
Baden-Baden -Heel**

# Vergrippt nochmal!

jetzt  
ohne  
Amino-  
phenazon



»Vergrippt nochmal!«, ruft unser Schmöck,  
»Wie krieg ich diese Krankheit weg?«

Und hustet, bis ihm der Salat  
Aus beiden Ohren fliegen tat.

## Kolton® grippale

Dragees und Saft

**Indikationen:** Erkältungskrankheiten mit Schnupfen, grippale und fieberhafte Infekte der oberen Atemwege. Bei katarrhalischen Reizzuständen und Husten Kolton grippale Saft.

**Kontraindikationen:** Schwere Nierenfunktionsstörungen. Genetisch bedingter Mangel an Glukose-6-Phosphat-Dehydrogenase (Symptom: hämolytische Anämie).

**Zusammensetzung:** 1 Dragee enthält: Piprinhydrinat (Kolton®) 1 mg, Paracetamol 50 mg, Ascorbinsäure (Vitamin C) 50 mg, o-Äthoxybenzamid 150 mg, Coffein 10 mg. 1 Teelöffel (5 ml) enthält: Piprinhydrinat (Kolton®) 0,5 mg, Paracetamol 50 mg, Ascorbinsäure (Vitamin C) 50 mg, Natriumsalicylat 100 mg, Thymianfluidextrakt

DAB 6 500 mg, äthanolischer Fluidextrakt aus Efeukraut 50 mg. **Hinweis:** Bei der erhöhten Dosierung während der Stoßtherapie ist von Kraftfahren und Patienten, deren Tätigkeit Aufmerksamkeit erfordert, zu beachten, daß nach Einnahme von Kolton grippale Müdigkeit auftreten kann. Auch muß bei höherer Dosierung mit einer Verstärkung der Wirkung von Alkohol, Schlaf-, Beruhigungs- und Schmerzmitteln gerechnet werden.

Für Diabetiker: 1 Teelöffel (5 ml) Kolton grippale Saft enthält 1,5 g Glukose.

**Handelsformen:** OP mit 20 Dragees DM 5,35; OP mit 125 ml Saft DM 6,55.

### Hochschulpolitik in Bewegung

Studentische Demonstrationen, Kundgebungen und Vorlesungsstreiks begleiteten vor rund fünf Jahren die politischen Auseinandersetzungen um das Bayerische Hochschulgesetz, das dann im Dezember 1973 verabschiedet wurde. Jetzt, wenige Monate vor Ablauf der echten Legislaturperiode rückt die Hochschulpolitik wieder ins Rampenlicht der weiß-blauen Politik: Im Landtag stehen eine Novellierung des Hochschulgesetzes und ein neues Hochschullehrergesetz zur Beratung an. Mit beiden Entwürfen will die Staatsregierung die geltenden Landesgesetze an das Hochschulrahmengesetz des Bundes anpassen. Es war im Bundesrat gegen den Willen Bayerns akzeptiert worden und muß nun innerhalb von drei Jahren bis spätestens zum 30. Januar 1979 auch im Freistaat vollzogen sein.

Die Novelle zum Hochschulgesetz regelt im wesentlichen den Forschungsbetrieb, den Zusammenschluß zu Gesamthochschulen, die Ziele der Studienreform und des Prüfungsverfahrens innerhalb der Regelstudienzeiten: Zur Forschungstätigkeit wird bestimmt, daß eine Hochschule alle zwei Jahre Berichte nicht nur über Kosten und Deuer, sondern auch über die verschiedenen Forschungsergebnisse dem Kultusministerium übergeben und veröffentlichen muß. Forschungen mit Mitteln Dritter finanziert sind zwar grundsätzlich erlaubt, müssen aber bei der Hochschulleitung angemeldet werden. Drittmittelforschungen können von ihr untersagt werden, wenn die Aufgaben der Hochschule oder die Rechten und Pflichten anderer beeinträchtigt oder entstehende Folgekosten nicht angemessen berücksichtigt werden.

Weiter strebt die Novelle den Zusammenschluß zu Gesamthochschulen an, um unterschiedliche Aufgabenstellungen in Forschung, Lehre und Studium zu verbinden. Dabei sind die integrierte oder die kooperative Gesamthochschule möglich; die Selbständigkeit der einzelnen Hochschule geht jedoch verloren. Wenn eine Gesamthochschule nicht oder nicht gleich gebildet werden kann, so ist ein Zusammenwirken sicherzustellen. Ziel der Studienreform ist es, den Studenten Lehrinhalte zu vermitteln, die breite Entwicklungsmöglichkeiten eröffnen. Das Studium soll den methodischen und

didaktischen Erkenntnissen entsprechen und das Fernstudium als besondere Form genutzt werden. Auch sollen die Studieninhalte wissenschaftlich selbständig erarbeitet werden können und der Praxisbezug muß erkennbar sein. Schließlich werden entsprechende Studienergebnisse als gleichwertig angesehen und Hochschulwechsel auch künftig möglich sein. Die Hochschulprüfungsordnungen sind dazu möglichst einheitlich und im Interesse einer kurzen Studierendauer streift zu gestalten, wobei die Examen nur innerhalb der Regelstudienzeiten abgenommen werden. In Ausnahmefällen ist ein halbjähriger Auschub möglich; wird die Prüfung nicht fristgerecht abgelegt, so erlöschen die Immatrikulationsrechte. Die Forderungen der Studenten nach Abschaffung des Ordnungsrechtes und nach Wiedereinführung der verfaßten Studentenschaft wurden in der Novelle nicht berücksichtigt.

Die Vorschriften des Hochschulrahmengesetzes über die Aufgaben der Hochschulen, Zulassung zum Studium, Organisation und Verwaltung sowie staatliche Anerkennung berühren das Landesgesetz nicht so stark, daß eine grundlegende Überarbeitung notwendig wäre. Anders beim Hochschullehrergesetz, das neu gefaßt werden muß, da es die Personalstruktur neu regelt. Bisher gab es an den bayerischen Hochschulen über zwei Dutzend hauptberufliche Titel und Ränge. „Diese historisch gewachsene Personenvielfalt mit entsprechender Vielfalt differenzierter dienstrechtlicher Regelungen wird durch die neue Personalstruktur bereinigt“, heißt es in der Gesetzesbegründung. Künftig wird es nur noch vier Gruppen hauptberuflichen Personals geben: Professoren, Hochschulassistenten, wissenschaftliche und künstlerische Mitarbeiter sowie Lehrkräfte für besondere Aufgaben. Die Besoldung dieser vier Sparten erfolgt künftig nach der neugeschaffenen bundeseinheitlichen Gruppe C mit insgesamt vier Stufen. Insgesamt erwartet man durch das Gesetz Mehrkosten von 17 bis 19 Millionen DM jährlich.

Kernpunkte des umfangreichen neuen Gesetzes sind: Die Tätigkeit der Professoren wird ausgedehnt. Neben den Lehrveranstaltungen heben sie sich künftig „an Aufgaben der Studienreform und

Studienberatung zu betätigen, an der Verwertung der Hochschule mitzuwirken, Prüfungen abzunehmen und der Hochschule übertragene Aufgaben wahrzunehmen sowie Dienstgutachten einschließlich der hierfür erforderlichen Untersuchungen ohne besondere Vergütung gegenüber dem Staatsministerium für Unterricht und Kultus und den von diesem bezeichneten Behörden zu erstatten“.

Als Voraussetzung für eine Professur gilt weiterhin die Habilitation oder aber „gleichwertige wissenschaftliche Leistungen“ sowie pädagogische Eignung, die nachzuweisen ist. „Im Bereich der Medizin muß zusätzlich eine fachspezifische praktische Tätigkeit von mindestens dreijähriger Dauer nach Erhalt der Approbation nachgewiesen werden.“ Außerdem wird der Facherzt verlangt.

Streng ist die Nebentätigkeit geregelt: „Wissenschaftliche oder künstlerische Nebentätigkeiten, die von Professoren entgeltlich ausgeübt werden, sind über den Präsidenten . . . dem Kultusministerium mitzuteilen, unabhängig davon, ob sie einer Genehmigung bedürfen oder nicht. Gleiches gilt für die mit Lehr- oder Forschungsaufgaben zusammenhängenden selbständigen Gutachtertätigkeiten.“ Bei der Publikation von Forschungsergebnissen sind Mitarbeiter, die einen eigenen wissenschaftlichen oder wesentlichen sonstigen Beitrag geleistet haben, als Miteutor zu nennen. Gegebenenfalls ist ihr Beitrag zu kennzeichnen. Der Hochschulassistent hat die Aufgabe, die „für die Habilitation erforderlichen oder gleichwertigen wissenschaftlichen Dienstleistungen“ zu erbringen. Das Dienstverhältnis eines Assistenten ist auf drei Jahre festgesetzt und kann um nochmals und dann um zwei Jahre maximal verlängert werden. Im medizinischen Bereich muß neben den sonstigen Voraussetzungen auch eine dreijährige fachspezifische Tätigkeit nach Erhalt der Approbation nachgewiesen werden.

Die ersten Reaktionen auf die beiden Gesetzentwürfe reichten von einem ausdrücklichen Lob des Hochschullehrergesetzes im Senat bis hin zur völlig ablehnenden Haltung der Studentenvertreter und Assistenten bei einem Hearing des Kulturpolitischen Lenkungs Ausschusses. Für die Universitätspräsidenten formulierte es Professor Henrich (Regensburg) so: Men werde mit dem neuen Hochschulgesetz leben können, wenn es auch weitere bürokratische Erschwernisse für die Universitäten bringe.

Micheel Gscheidle

**9. HNO-Fortbildungsseminar**  
am 4./5. Februar 1978 in Erlangen

Es werden Diagnostikkurse in Audiologie, Neurotologie, Röntgendiagnostik, Endoskopie, Klinische Visiten sowie ein Vortragsprogramm zum Thema „Chirurgische Rehabilitation von Stimme und Sprache“ abgehalten.

Auskunft und Anmeldung:  
Universitäts-HNO-Klinik, Sekretariat Frau Irmischer, Waldstraße 1, 8520 Erlangen, Telefon (0 91 31) 85 31 41

**11. Fortbildungstage in Praktischer Medizin**  
am 24./25. Februar 1978 in Erlangen

Leitung: Professor Dr. K. Damlng, Professor Dr. K. Bachmann, Erlangen

Auskunft:  
Kongreßbüro der Medizinischen Universitätsklinik, Frau Schatt, Krankenhausstraße 12, 8520 Erlangen, Telefon (0 91 31) 85 33 74

**Fortbildungsseminar für Ärzte**  
vom 10. bis 19. Februar 1978  
in Bad Abbach

Die Deutsche Rheuma-Liga führt ein rheumatologisches Fortbildungsseminar für Ärzte durch. Vorgesehen sind außer Vorträgen über das gesamte Gebiet der Rheumatologie vor allem praktische Arbeit am Patienten in Diagnostik, Befunderhebung, medikamentöser und physikalischer Therapie, Funktionstherapie, Ergotherapie, Teilnahme an Visiten, Operationen, Röntgenuntersuchungen und -demonstrationen, Patientenbesprechungen, spezielle Laboruntersuchungen usw.

Ort: Rheuma-Zentrum, Bad Abbach  
Beschränkte Teilnehmerzahl  
Teilnahmegebühr einschließlich Unterbringung und Verpflegung DM 600,- (zuzüglich eventueller Mehrkosten für Begleitpersonen)

Auskunft und Anmeldung:  
Professor Dr. H. Mathies, I. Medizinische Klinik, Rheuma-Zentrum, 8403 Bad Abbach, Telefon (0 94 05) 1 82 20

**Fortbildungsveranstaltungen der Bundesärztekammer**

5. bis 18. März 1978 in Badgastein:  
XXIII. Internationaler Fortbildungskongreß  
Thema: **Der nervöse, der psychisch gestörte und der psychisch kranke Mensch**

6. bis 18. März 1978 in Davos:  
XXVI. Internationaler Fortbildungskongreß  
Thema: **Der nervöse, der psychisch gestörte und der psychisch kranke Mensch**

20. März bis 1. April 1978 in Maran:  
X. Internationaler Seminarkongreß für praktische Medizin  
Thema: **Jugend und Alter aus der Sicht der praktischen Medizin**

12. bis 27. Mai 1978 in Montecatini Terme:  
XVI. Internationaler Fortbildungskongreß (Seminarkongreß)  
Thema: **Langzeittherapie in der ärztlichen Praxis als Schlüssel zur modernen Rehabilitation**

4. bis 17. Juni 1978 in Grado:  
XXVI. Internationaler Fortbildungskongreß  
Thema: **Langzeittherapie in der ärztlichen Praxis als Schlüssel zur modernen Rehabilitation**

24. Juli bis 5. August 1978 in Davos:  
VIII. Internationaler Seminarkongreß für praktische Medizin  
Thema: **Prävention, Diagnostik, Therapie, Rehabilitation**

20. August bis 2. September 1978 in Grado:  
XII. Internationaler Seminarkongreß für praktische Medizin  
Thema: **Rationale Diagnostik und Therapie in der ärztlichen Praxis**

28. August bis 9. September 1978 in Meran:  
XXVI. Internationaler Fortbildungskongreß  
Thema: **Arzneitherapie bei gastroenterologischen und abdominalen Erkrankungen**

22. bis 24. September 1978 in Augsburg:  
VII. Zentralkongreß für Medizinische Assistenzberufe (in zeitlichem Zusammenhang mit dem 62. Augsburger Fortbildungskongreß für praktische Medizin)

Auskunft und Anmeldung:  
Kongreßbüro der Bundesärztekammer, Postfach 41 02 20, 5000 Köln 41, Telefon (02 21) 40 04 - 234 / 235

# Schalten Sie ein – wenn Sie abschalten wollen

(denn Sie als Arzt brauchen Ihren Kopf für andere Dinge, zum Beispiel zum Wohle Ihrer Patienten).

Das neue Taschendiktiergerät ASSMANN M 5 macht es Ihnen leicht, Ordnung in Ihre Gedanken zu bringen. Es ist immer bereit, Ihre Befehle auszuführen, findet in jeder Tasche Platz, ohne aufzutragen, ist enorm leicht und mit nur einer Hand zu bedienen. Und noch etwas, was nicht ganz unwichtig ist: Der Preis stimmt, denn das neue ASSMANN M 5 liegt in seiner Klasse im Preis deutlich günstiger als herkömmliche Geräte.



**DM 248,-**

empf. Richtpreis ohne MwSt.

**PS:** Und falls Sie es noch kleiner möchten: Bitte sehr. Das ASSMANN M 4 steht Ihnen zu Diensten.

Übrigens als Wiedergabe-Station empfiehlt sich das ASSMANN M 40.

## Haben Sie noch Fragen?

Coupon: Bitte informieren Sie mich eingehend

Name: \_\_\_\_\_

Anschrift: \_\_\_\_\_

**PS**  
**PETER SPREUER**

Peter Spreuer  
Maschinelle Bürotechnik  
Vogelweidplatz 11  
8000 München 80  
(089) 47 83 56 oder  
47 83 78

Friedberger Straße 5  
8900 Augsburg  
(0821) 55 60 38

# Klinische Fortbildung in Bayern

in Zusammenarbeit mit der Bayerischen Landesärztekammer

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

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

## I. Notfallmedizin

### Zwölfteiliger Fortbildungskurs für niedergelassene Ärzte

in Zusammenarbeit mit der Sanitätsakademie der Bundeswehr

Ort: Sanitätsakademie der Bundeswehr, Infanteriestraße 17, 8000 München 40  
Zeit: jeweils Mittwochnachmittag 15.00 bis 18.00 Uhr

Themen:

#### 18. Januar 1978

Störungen der Atem-, der Kreislauf- und der Herzfunktion – Notfallkoffer, Ausstattung und Anwendung – Praktische Übungen (Schock, Wiederbelebung)

#### 1. Februar 1978

Diabetisches Koma – Hypoglykämischer Schock – Des Leberkoma – Des urämische Koma

#### 8. März 1978

Die gastrointestinale Blutung – Abdominale Notfälle – Mediastinelverletzungen-kardioveskuläre Notfallsituationen – Verletzungen der Lunge und des knöchernen Thorax

#### 5. April 1978

Verletzungen der Wirbelsäule, des Beckens, der unteren und oberen Extremitäten und der Hand – Vaskuläre Notfallsituationen durch Embolien und Thrombosen – Gefäßverletzungen

#### 26. April 1978

Akute Herzrhythmusstörungen – Der akute Herzinfarkt – Notfallsituationen bei operativen Herzerkrankungen – Die akute respiratorische Insuffizienz

#### 14. Juni 1978

Diagnostik und Therapie von Intoxikationen – Therapie durch Giftelimination – Therapie von Vergiftungen mit Antidotem – Münchener Vorsorgemaßnahmen für Giftunfälle

#### 21. Juni 1978

Intensivmaßnahmen bei neurologischen Notfällen – Akute Bewußtseinsstörung – Akute psychiatrische Erkrankungen und deren Behandlung

#### 12. Juli 1978

Das Trauma des Auges – Die akute Erblindung – Die Blutung im HNO-Bereich – Die Atemnot

#### 20. September 1978

Erstversorgung kinderchirurgischer Notfälle – Akute Erstickungs- und Krampfstörungen bei Kindern – Akutes Koma bei Kindern

#### 11. Oktober 1978

Notfälle im weiblichen Genitalbereich – Geburtshilfliche Notfallsituationen – Urologische Traumetologie – Der urologische Notfall in der Praxis

#### 22. November 1978

Diagnose und Therapie intrakranieller Verletzungen – Notfälle in der Neurochirurgie – Verletzungen der Oto- und Rhinobasis und ihre Versorgung – Verletzungen im Bereich der Mund-Kiefer-Gesichtschirurgie

#### 29. November 1978

Round-Table-Gespräch

Begrenzte Teilnehmerzahl

Teilnahme nur nach Anmeldung bei der Bayerischen Landesärztekammer möglich

Letzter Anmelde Termin: jeweils 10 Tage vorher

## II. Neurologie und Psychiatrie

Universitäts-Nervenkl. Erlangen  
Direktor: Professor Dr. H. H. Wieck

**8. Fortbildungstag Neurologie und Psychiatrie für niedergelassene Ärzte aller Fachgebiete vom 10. bis 12. März 1978**

**Therapie psychosomatischer Krankheiten in der Praxis**

Praktische Kurse, Visiten, Demonstrationen am Freitag, 10. März, 17.00 Uhr bis 19.00 Uhr, Universitäts-Nervenkl. und Neurochirurgische Universitätsklinik, Schwebechenlege 6 (Kopfkl. Klinik)

## März–April 1978

10. bis 12. März  
Neurologie und Psychiatrie, Erlangen

10. bis 15. April  
Innere Medizin, Bernried

29. April  
Innere Medizin, Oberemmergau

29. April  
Gynäkologie, München

## 1978

### Notfallmedizin – München

#### 18. Januar 1978

Störungen der Atem-, der Kreislauf- und der Herzfunktion – Notfallkoffer, Ausstattung und Anwendung – Praktische Übungen (Schock, Wiederbelebung)

#### 1. Februar 1978

Diabetisches Koma – Hypoglykämischer Schock – Des Leberkoma – Des urämische Koma

#### 8. März 1978

Die gastrointestinale Blutung – Abdominale Notfälle – Mediastinelverletzungen – kardioveskuläre Notfallsituationen – Verletzungen der Lunge und des knöchernen Thorax

#### 5. April 1978

Verletzungen der Wirbelsäule, des Beckens, der unteren und oberen Extremitäten und der Hand – Veskuläre Notfallsituationen durch Embolien und Thrombosen – Gefäßverletzungen

#### 26. April 1978

Akute Herzrhythmusstörungen – Der akute Herzinfarkt – Notfallsituationen bei operativen Herzerkrankungen – Die akute respiratorische Insuffizienz

#### 14. Juni 1978

Diagnostik und Therapie von Intoxikationen – Therapie durch Giftelimination – Therapie von Vergiftungen mit Antidotem – Münchener Vorsorgemaßnahmen für Giftunfälle

## Weitere Termine:

21. Juni 1978

12. Juli 1978

20. September 1978

11. Oktober 1978

22. November 1978

29. November 1978

# Venostasin<sup>®</sup> retard

## Vorteil: Forte Dosis + Verträglichkeit

### Das Langzeitpellet\*

Jede Kapsel Venostasin retard enthält ca. 300 davon.

**Forte-Dosis**  
Die protrahierte Freisetzung erlaubt eine hohe Dosierung (300 mg Wirkstoff pro Kapsel) bei kontrollierter biologischer Verfügbarkeit.

**Verträglichkeit**  
Die Diffusion des Wirkstoffs durch die Pelletmembran wird so gesteuert, daß eine Reizung der Magenschleimhaut ausgeschlossen ist.

**Langzeit-Wirkung**  
Gleichmäßige Wirkstoff-Freisetzung. Dadurch therapeutisch optimaler Wirkstoffspiegel über viele Stunden.

#### Zusammensetzung

1 Retardkapsel enthält  
Roßkastanien-Extrakt 300 mg  
(enth. 50 mg Aescin)

#### Indikationen

Chronische venöse Insuffizienz, statische, entzündliche und posttraumatische Ödeme, Schwangerschaftsvaricosis, oberflächliche Thrombophlebitiden, postthrombotisches Syndrom, nächtliche Wadenkrämpfe, Ulcus cruris.

#### Kontraindikationen

Keine bekannt.

## Venostasin<sup>®</sup> retard

### Venentonisierung + Antiödemwirkung

### = Mehrdurchblutung

#### Anwendung und Dosierung

Morgens und abends eine Kapsel vor dem Essen einnehmen.

#### Packungsgrößen und Preise

20 Retardkapseln	DM 12,14
50 Retardkapseln	DM 27,74
100 Retardkapseln	DM 48,83

Anstaltspackung

Venostasin: meistverordnetes Venen-Spezialpräparat

\*Hämodynamische Effekte von Roßkastanien-Extrakt Puschinger, Piechowiak, Schnitzer u. Hampel, Med. Welt 25 (NF), 603 (1974)

\*Schema, ca. 230fach vergrößert: innen Wirksubstanz, außen permeable Hülle.



8 München 40

Vorträge am Samstag, 11., und Sonntag, 12. März, Beginn jeweils 9.00 Uhr im Kongreßzentrum Neuer Markt

**Themen:** Die Bedeutung des limbischen Systems – Psychosomatik der gastrointestinalen, kardialen, dermatologischen und rheumatischen Erkrankungen – Psychosomatik der Schwindelzustände – Psychosomatische Störungen bei zerebralen Gefäßprozessen, bei endogener Depression – Psychosomatische Erkrankungen in der Gynäkologie – Therapie der Sexualstörungen – Kopfschmerz als psychosomatisches Problem – Zoenästhesien als psychosomatische Störungen – Bedeutung der Persönlichkeit bei psychosomatischen Erkrankungen – Therapie der Schulter- und Nackenschmerzen – Humangenetische Probleme der Neuropsychiatrie in der Praxis – Grundlagen der genetischen Beratung – Genetische Beratung bei psychiatrischen Erkrankungen – Pränatale Diagnostik neuropsychiatrischer Erkrankungen

Auskunft und Anmeldung:

Frau Heerklotz, Universitäts-Nervenklinik, Schwabachanlage 6 und 10, 8520 Erlangen, Telefon (0 91 31) 2 60 85 und 85 30 01

### III. Innere Medizin

Klinik Höhenried für Herz- und Kreislaufkrankheiten der LVA Oberbayern

Direktor: Professor Dr. M. J. Halhuber

**Seminar über prexisnahe kardiologische Prävention und Rehabilitation vom 10. bis 15. April 1978**

Auskunft und Anmeldung:

Sekretariat Chefarzt Dr. Lepper, Klinik Höhenried der LVA Oberbayern, 8031 Bernried, Telefon (0 81 58) 85 72 - 266

### IV. Innere Medizin

Rheumaklinik Oberammergau

Leitung: Dr. med. H. J. Albrecht

**Fortbildungstagung am 29. April 1978**

Beginn: 9.00 Uhr – Ende: 17.00 Uhr

Thema: Chronische Polyarthritis

Letzter Anmeldetermin: 19. April 1978

### V. Gynäkologie

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

In Zusammenarbeit mit der Dermatologischen Klinik der Universität München  
Direktor: Professor Dr. med. O. Braun-Falco

**4. Samstags-Seminar am 29. April 1978**

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

Theme: Erkrankungen der Vulva

Letzter Anmeldetermin: 19. April 1978

### Augenärztliche Fortbildung

der Augenklinik und -Poliklinik rechts der Isar der Technischen Universität München und der Augenabteilung des Städtischen Krankenhauses München-Harlaching

Ort: Konferenzraum Nord (Urologische Klinik) des Klinikums rechts der Isar der Technischen Universität, Ismaninger Straße 22, München 80

**Donnerstag, 12. Januar 1978**

16.00–18.45 Uhr:

Funktionelle Einheit Orbita – Hals-Nasen-Ohren-ärztliche Diagnostik und Therapie bei Verletzungen im Bereich der Orbita – Untersuchung der Augenmotilität bei Orbitaaffektionen

**Donnerstag, 19. Januar 1978**

16.00–18.45 Uhr:

A- und B-scan-Ultraschalldiagnostik im Bereich der Orbita – Computertomographie der Orbita – Übungen zur Untersuchungstechnik

**Donnerstag, 26. Januar 1978**

16.00–18.45 Uhr:

Farbige Brillengläser (Eigenschaften, Anwendung und Verordnung von Blendschutzgläsern sowie von Industrieschutzgläsern) – Klinische Demonstrationen

**Donnerstag, 2. Februar 1978**

16.00–18.45 Uhr:

Grundlinien der konservativen ophthalmologischen Behandlung – Begutachtung – Diskussion spezieller Gutachtenfälle

**Donnerstag, 9. Februar 1978**

16.00–18.45 Uhr:

Objektive Refraktionsbestimmung mit dem Augenrefraktometer (optisches Prinzip, Aufbau und Grenzen der Anwendung der Augenrefraktometer) – Klinische Demonstrationen

**28. Lindauer Psychotherapiewochen vom 17. bis 29. April 1978 in Lindau**

Leitung: Privatdozent Dr. H. Stolze – H. Remmler, München

Themen: Konflikte zwischen psychologisch und somatisch orientierter Medizin, Standpunkte und Verständigungswege – Ratlosigkeit und Neuorientierung vor der Lebensmittele

Für die Teilnahme ist eine vorherige Anmeldung erforderlich.

Auskunft und Anmeldung:

Privatdozent Dr. H. Stolze, H. Remmler, Sekretariat der Lindauer Psychotherapiewochen, Orlandostraße 8/IV, 8000 München 2, Telefon (0 89) 22 39 96

### Internationales Hochdruck-Symposium

am 24./25. Februar 1978 in Berlin

Thema: Arterielle Hypertonie (Epidemiologie, Pathogenese, Klinik und Therapie – eine aktuelle Bestandsaufnahme)

Auskunft:

Professor Dr. R. Gotzen, Privatdozent Dr. F. W. Lohmann, Medizinische Klinik und Poliklinik im Klinikum Steglitz, Hindenburgdamm 30, 1000 Berlin 45, Telefon (0 30) 7 98 34 07

### 19. Erlanger Einführungskurs für gastroenterologische Endoskopie und Ultraschallagnostik

vom 13. bis 16. März 1978 in Erlangen

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

Auskunft:

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

### V. Internationales Kissinger Kolloquium und 23. Kissinger Ärztlicher Fortbildungskurs

in Zusammenarbeit mit der Bayerischen Landesärztekammer

am 21./22. April 1978 in Bad Kissingen

Thema: Stoffwechsel- und Umwelt-Risikofaktoren (Fettsucht – Hyperlipidämie – Hyperurikämie – Hypertonie – Alkohol – Nikotin)

Auskunft und Anmeldung:

Professor Dr. D. Müting, Leitender Arzt der Heinz Kalk-Klinik für Innere Medizin – Gastroenterologie, Am Gradierbau, 8730 Bad Kissingen, Telefon (09 71) 40 41

### 9. Kurs für Diagnostik, Früherkennung und Prophylaxe der Ablatio retinae

am 21./22. April 1978

in München und Essen

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

Ort: Augenklinik der Universität, Mathildenstraße 8, München 2, und Universitäts-Augenklinik, Hufelandstraße 55, Essen-Holsterhausen

Auskunft und Anmeldung:

Professor Dr. Dr. G. Meyer-Schwickerath, Universitäts-Augenklinik, Hufelandstraße 55, 4300 Essen-Holsterhausen, Professor Dr. O.-E. Lund, Augenklinik der Universität, Mathildenstraße 8, 8000 München 2, Telefon (0 89) 51 60 - 1

### Weltkongreß der Schriftstellerärzte und eine Lesung bei einem internationalen Sportärzte-Symposion

San Remo im September 1977

Der 22. Weltkongreß der Schriftstellerärzte, von dem ihr Präsident René Kaech, Basel, allerdings behauptet, es wäre der 21., fängt somit bereits bei der Bezifferung mit Zweifeln an. Unsicher war lange Zeit, ob er überhaupt stattfinden und somit eine neue Nummer überzählig würde.

Unstrittig dagegen fand schon eines der allerersten internationalen Dichterärztetreffen in diesem Dorado für Zusammenkünfte, in San Remo, statt. Die damals dabei waren, heben heute verzückt die Augen nach oben und träumen vom Scharaffenland der Liebenden und der schmachttenden Schlagermelodien.

Unwiderrprochen und einig waren nachträglich alle diesmaligen Teilnehmer, wie sich der Ersatzmann Bronda, il professore, um das treffliche Gelingen verdient gemacht hat. — Magnifico, grandioso, eccellentissimo, e vero! Tante grazie e molti auguri, carissimo confrère Francesco; il unico.

Wir beginnen mit einer kritischen Einleitung: So war es gekommen: Im letzten Jahr auf der Phäaken-Insel des Weltenbummlers Odysseus in Korfu bzw. Kerkyra hatten unsere

französischen UMEM-Brüder vor anderen den Zuschlag erhalten, den Kongreß 1977 auszurichten; nachdem vom Generalsekretär die mahnende Erwägung ausgesprochen worden war, vielleicht doch einen zweijährigen Turnus der Begegnungen zu überlegen. Trotz vieler arbeitsträchtiger, aber erfolgloser Bemühungen von Gilbert Doukan und Bernard Schmitt (Neffe Schweitzers) vermochten beide nicht so viel nouveaux francs aufzuhäufeln, um einen der Grande Nation Française würdigen Rahmen und Ablauf zu gewährleisten. Pah. Ein nüchternes, schäbiges Kongreßlein? Nein!

Also Absage im April in Straßburg, wohin sich das Präsidium aus Basel, Lugano, Warschau, San Remo, Brüssel, Paris, Metz, Böblingen und Nürnberg bemüht hatte. Quel éclat! Guter Rat war teuer und wird es im nächsten Jahr, quel desastre, wieder werden.

Für heuer sprang Bronda in die Bresche und schaffte das Aussichtslose, einen für alle erlebenswerten Rahmen mit gutem Inhalt hinzustellen. Der innige Dank des Präsidenten, der bewundernde meinige und der echte aller Dabeigewesenen ist ihm gewiß. Ein Prozent Nörgler. Selbstredend mußte einiges in Kauf genommen werden: So wurde daraus

in erster Linie ein italienischer und erst in zweiter Linie ein Welt-Kongreß, obwohl vierzehn Fahnen, selbst die brasilianische, stolz im milden, klaren Herbstwind von den Masten vorm Casino flatterten. Aber das war dennoch ein Gewinn für die UMEM, denn es scheint, daß sich die seit langem zersplitterten Ärzteschriftsteller Italiens aus diesem Anlaß — felice — wieder zusammengefunden und geeinigt haben.

Da sich der Ausrichter vornehmlich der Unterstützung des Fremdenverkehrsamtes und der städtischen Behörden erfreute, mußte er ein diesen gemeinnützigen Einrichtungen genehmes Leitthema einsetzen: Dichter und Schriftsteller Liguriens oder solcher, die dort gewohnt, gelebt und gearbeitet haben. Das sind ihrer viele gewesen und aus vielen Nationen. Sie wurden gebührend gepriesen. Ein weiteres: weder ein Assemblée générale noch ein Galaabend waren zu verwirklichen. Alle fühlten sich dennoch sehr wohl. Zum dritten brodelte gerade zu dieser Zeit auf der Appenninischen Halbinsel die heiße Meinungsschlacht über Abtreibung und deshalb war ein ganzer Kongreßtag diesem standesethischen, brandheißen Problem gewidmet. Auch in der Schweiz wurde gleichzeitig wegen der Fristenlösung eine Wahl abgehalten.

Es hat sich gezeigt, wie wichtig es wäre — wie zuletzt bei den Griechen hochgelobt — eine Simultanübersetzung durchführen zu können. Da 1979 der UMEM-Kongreß in Deutschland, in Bad Mergentheim, stattfinden soll, hat sich dessen Oberbürgermeister an Ort und Stelle in San Remo umgeschaut und versucht,

(Fortsetzung Seite 74)

Depressionen,  
psychische  
und nervöse  
Störungen,  
Migräne.

## HYPERFORAT®

vegetativ stabilisierend, frei von Nebenwirkungen.

**Zusammensetzung:** Tropfen: 100 g enthalten: Extr. fl. Herb.

Hyperici perf. 100 g stand. auf 2 mg Hypericin pro ml.

**Kontraindikationen:** Photosensibilisierung.

**Dosierung:** Tropfen: 2–3 x täglich 20–30 Tropfen vor dem Essen in etwas Flüssigkeit einnehmen.

**Handelsformen und Preise (Incl. MWST.):**

Tropfen: 30 ml DM 7,95, 50 ml DM 12,45, 100 ml DM 20,95

Dragees: 30 Drag. DM 6,50, 100 Drag. DM 16,60

Ampullen à 1 ml: 5 Amp. DM 9,95, 10 Amp. DM 17,90.



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

### Sozialpolitik wieder in Bewegung

Die Sozialpolitik kommt wieder in Bewegung. Die Atempause, die sich die Sozialpolitiker eller Couleur nach den Schlechten um die Kostendämpfungs- und Rentensanierungsgesetze verordnet hatten, ist vorbei. Die Politiker mit Ehrenberg an der Spitze werden freilich nicht von ihrem politischen Elen zur Aktivität getrieben; die Macht der Defizit-Zahlen bricht schon wieder über sie herein. Sie könnten einem leid tun, wenn . . . ja wenn sie das neuerliche Debekel nicht weitgehend selbst zu verantworten hätten. Und sie können diesmal nicht sagen, sie hätten es nicht gewußt.

Doch nun zu den Fakten. Die Rentenversicherung hatte 1977 ein Defizit von gut 10 Milliarden DM aus den Rücklegen abzudecken. 1978 wird dieser Betrag trotz Ehrenbergs Sanierungsgesetz fast eben so hoch ausfallen. Damit ist zu rechnen, seitdem die Bundesregierung ihre Prognosezahlen für 1978 vorgelegt hat. Danach wird das Sozialprodukt nur um etwa 3,5 Prozent wachsen. Für den Anstieg der Bruttolohn- und Gehaltssumme je Erwerbstätigen wird eine Zahl von 5,5 Prozent erwartet. Im Sommer wurde für 1978 noch mit einem Wachstum des Sozialproduktes von 4,5 Prozent und der Löhne um 6,7 Prozent gerechnet. Und auch die Arbeitslosenzahl wird im Jahresdurchschnitt mit 1,03 Millionen um rund 80 000 höher veranschlagt.

Dies schlägt natürlich auf die Sozialversicherung durch. Die Einnahmehäufälle in der Rentenversicherung sind allein für 1978 mit annähernd 1,5 Milliarden DM zu beziffern. Die Rentenbilanz Ehrenbergs muß also nachgebessert werden — zum zweiten Mal. Erst im September hatte die Bundesregierung eine Stützungssektion zu Lasten des Bundeshaushaltes in der Größenordnung von 8 Milliarden DM für den Zeitraum bis 1980 beschlossen. Damals glaubte die Bundesregierung, sich mit diesen Maßnahmen, vor allem der vorzeitigen Rückzahlung früher bei der Rentenversicherung aufgenommenen Kredite, ohne neue Rentendebatte über des Wehljahr 1980 ret-

ten zu können. Aber nun haben sich Ehrenberg und Schmidt schon wieder als Rentensanierer zu bewähren.

Nun wäre hier eigentlich ausführlich vom Parteitag der SPD zu berichten, von der Tatsache zum Beispiel, daß der Kanzler zwar merkwirtschaftliche Politik verkündete, die Delegierten aber Grundsätze zur Strukturpolitik beschlossen, die auf Investitionslenkung und Räte-Wirtschaft hinauslaufen. Auch sind die Wahlergebnisse bemerkenswert: Brandt erhielt rund 20 Stimmen mehr als Schmidt; Arendt ging mit 401 Stimmen als großer Sieger nach Hause, gestärkt für neue politische Taten; sein Nachfolger Ehrenberg, der Arendts Rentensünden abzarbeiten hat, konnte mit 280 Stimmen kaum zufrieden sein, was zeigt, daß Ehrenberg die Partei wohl noch nicht fest hinter sich hat. Und da wäre denn auch noch von dem einmaligen Vorgang zu berichten, daß eine Arbeitnehmerpartei Grundsätze zur Gesundheits- und Sozialpolitik ohne jede Aussprache in Sekundenschnelle beschließt. Trotz allem: der Hemburger Parteitag hat gezeigt, daß die Parteifügel nach einer Periode des Auseinanderstrebens wieder näher zusammengerückt sind. Aber das ist eine Momentaufnahme, das braucht so nicht zu bleiben. In der Partei gibt es einen harten linken Kern, dem Ideologie wichtiger ist als Regierungsmacht für Schmidt.

Für die Ärzte wird es aber wichtiger sein zu lesen, welche Bilanz der Bundesverband der Ortskrankenkassen zieht und welche Politik er nach dem Erfolg mit dem Kostendämpfungsgesetz einschlagen will. Das vorweihnachtliche Presse-seminar in Maria Leach hat darüber Auskunft gegeben. Zunächst einmal bestätigen die Kassen, daß Kostendämpfung auch ohne Gesetz 1976 eindrucksvoll betrieben und 1977 erfolgreich fortgesetzt worden ist. Nur wenige Zehlen.

1976: Der Grundlohn stieg um 8,9 Prozent. Die Leistungsausgaben erhöhten sich um 8,1 Prozent, bei den Rentnern um 9 Prozent. Da jedoch die Beitrags-

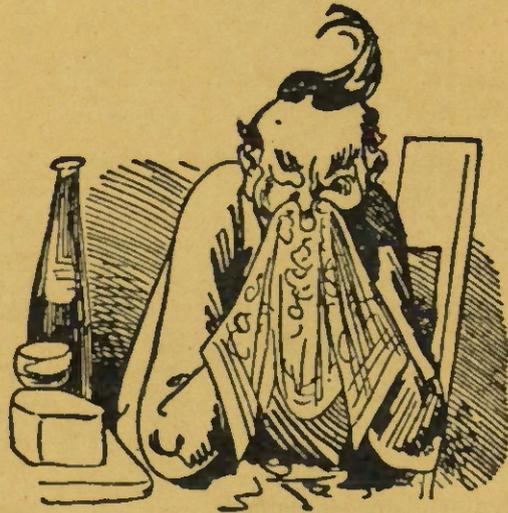
sätze fühlbar angehoben worden waren, stiegen die Beitragseinnahmen um rund 14 Prozent. Des Ergebnis: die Ortskrankenkassen erzielten 1976 einen Einnehmeüberschuß von 1,5 Milliarden DM — ein stolzer Betrag. Die Ausgaben für ambulante ärztliche Behandlung sind um 7 Prozent gestiegen, wovon 3,6 Prozent auf die Erhöhung der Gebührensätze und 3,4 Prozent auf die Vermehrung der ärztlichen Leistungen zurückgeht. Diese Mengenkomponeute beruht, so die Kassen, zu 1,3 Prozent auf der Vermehrung der Abrechnungsfälle und zu 2,1 Prozent auf höheren Fallwerten.

1977 (drei Quartale): Anstieg des Grundlohns 6,8 Prozent. Die Leistungsausgaben erhöhten sich in der allgemeinen Versicherung um 3,3 und in der Rentner-Versicherung um 4,9 Prozent, im gewogenen Durchschnitt also um 4 Prozent. Die Ortskrankenkassen haben einen Überschuß von rund 1 Milliarde erzielt; er hätte sogar 1,7 Milliarden DM betragen, wenn die Rentenversicherung nicht vom 1. Juli an ihre Beitragszahlungen um 700 Millionen gekürzt hätte. Zum Jahresende wird noch ein Überschuß von 800 Millionen DM erwartet. Er wird bei vielen Kassen nicht ausreichen, ohne Beitragserhöhungen das Ende des Jahres 1978 zu erreichen. Wenn die Beiträge nicht früher steigen, so liegt dies allein daran, daß den Versicherten mehr als ein Jahr lang zu hohe Beiträge abverlangt worden sind. Die Ärzte waren 1977 besonders sparsam. Die Kosten für ambulante Behandlung sind nur noch um 3,5 Prozent gestiegen. Die Kassen erkennen den Beitrag der Ärzte an. Dennoch bleiben sie dabei: des Kostendämpfungsgesetz war notwendig.

In die „Konzertierte Aktion“ gehen die Kassen mit beträchtlichen Erwartungen. Ziel ist es zum Beispiel, die bis März zu beschließenden Orientierungsdaten für die Ausgabenentwicklung auch auf die Krankenhäuser anzuwenden. Die von der Bundesregierung vorgegebene Größe für die Einkommenssteigerung liegt praktisch seit Anfang Dezember fest, die Löhne sollen um etwa 5,5 Prozent steigen. Daren dürfte sich auch im Jahreswirtschaftsbericht nur noch wenig ändern. Die Kassen haben aber deutlich gemacht, daß sie sich in den Verhandlungen mit den Ärzten innerhalb des gesteckten Rahmens für Mengenbegrenzungen aussprechen. Gedacht wird offenbar an Labor- und Röntgenleistungen. Von Mengenbegrenzungen sollen aber jene Bezirke ausgenommen werden, die als unterversorgt gelten. Es soll ein Anreiz geschaffen werden, aufs Lend zu gehen. Ob das hilft?

bonn-mot

# Vergrippt nochmal!



Die Spannung steigt, der Drang wird groß -  
Nur still! gebt acht! - gleich drückt er los!

Den Herrn Direktor quält die Wahl:  
»Was nehm' ich bloss, vergrippt nochmal!«

jetzt  
ohne  
Amino-  
phenazon

## Kolton® grippale

Dragees und Saft

**Indikationen:** Erkältungskrankheiten mit Schnupfen, grippale und fieberhafte Infekte der oberen Atemwege. Bei katarrhalschen Reizzuständen und Husten Kolton grippale Saft.  
**Kontraindikationen:** Schwere Nierenfunktionsstörungen.  
Genetisch bedingter Mangel an Glukose-6-Phosphat-Dehydrogenase (Symptom: hämolytische Anämie).  
**Zusammensetzung:** 1 Dragee enthält: Piprinhydrinat (Kolton®) 1mg, Paracetamol 50mg, Ascorbinsäure (Vitamin C) 50mg, o-Äthoxybenzamid 150mg, Coffein 10mg. 1 Teelöffel (5ml) enthält: Piprinhydrinat (Kolton®) 0,5mg, Paracetamol 50mg, Ascorbinsäure (Vitamin C) 50mg, Natriumsalicylat 100mg, Thymianfluidextrakt

DAB 6 500mg, äthanolischer Fluidextrakt aus Efeukraut 50mg.  
**Hinweis:** Bei der erhöhten Dosierung während der Stoßtherapie ist von Kraftfahrern und Patienten, deren Tätigkeit Aufmerksamkeit erfordert, zu beachten, daß nach Einnahme von Kolton grippale Müdigkeit auftreten kann. Auch muß bei höherer Dosierung mit einer Verstärkung der Wirkung von Alkohol, Schlaf-, Beruhigungs- und Schmerzmitteln gerechnet werden.  
Für Diabetiker: 1 Teelöffel (5ml) Kolton grippale Saft enthält 1,5g Glukose.

**Handelsformen:** OP mit 20 Dragees DM 5,35; OP mit 125 ml Saft DM 6,55.

diese erstrebenswerte Möglichkeit zu verwirklichen. Schön wär's! Fußballbundestrainer Schön wäre das ein Leichtes.

Noch eine Anmerkung, eine gutgemeinte, welche auf die Einleitung zurückkommt. 1978 sollte Brüssel übernehmen. Fehlanzeige von Madame Marguërite de Miomandre-Ligeois. Nun sind Österreich, Ungarn, die Schweiz aufgerufen (und Bulgarien vom Generalsekretär, der deswegen aber als leicht irr angeschaut wurde). Nur sieben Deutsche nahmen diesmal daran teil: die in Paris lebende Bessmertny, Mauch, Picard, Döhm, Schiller-Illetzko, Vescovi, Rottler, der von St. Moritz anreiste, wo er mit Kaech zusammen bei einem internationalen Sportärzte-Symposion eine „Dichterlesung“ abgehalten hatte. Er hat dabei befehligsgemäß (Hauptversammlungsbeschluss von Hamburg) seinem Freund René die Schauwecker-Plakette ausgehändigt, aber nicht überreicht. Das sei vorbehalten den Bedeutenderen.

Vom prächtigen Rahmenprogramm mit zwei Konzerten, von einer Seefahrt bis zum Fürstentum Monaco, mit Ausflügen in die zerklüftete, wilde Bergwelt in nahezu unwegsame Briganten- und Widerstandsnester, zu Blumenzüchtereien und mittelamerikanischen, südafrikanischen Kakteenanlagen, von Schlemmerlokalen in einer alten Ölmühle, kann ich nicht anfangen zu erzählen; nur schwärmen kann ich nachträglich davon, wie einer, der von einer Hochzeitsreise kommt, dem der Wettergott, die Genien und die Musen wohlgesinnt waren.

Dr. med. Alfred Rottler, Nürnberg

Beim **Internationalen Sportärzte-Symposion** in St. Moritz, September 1977, lasen der Präsident der Union mondiale des écrivains médecins (UMEM) und Inhaber der vom Bundesverband deutscher Schriftsteller-ärzte gestifteten Schauwecker-Plakette Dr. med. René Kaech, Benkenstraße 7, CH-4054 Basel, und der Generalsekretär der UMEM, Dr. med. Alfred Rottler, Äußere Bayreuther Straße 72, 8500 Nürnberg, bisher unveröffentlichte Gedichte:

**René Kaech:**

**Warten**

Du wartest, er wartet, ihr wartet...  
Verzeihung: Sie warten. Es sei beachtet.  
Ich warte auch. Sogar ich.  
Auf den Messias? Auf Godot?  
Barabbas? Barbarossa?  
Auf das Jüngste Gericht?  
Oder vielleicht auf das Älteste?  
Auf das Linsengericht?  
Aufs Gericht, gleich welches,  
kommt es nicht an,  
Überhaupt nicht mehr en.  
Seien's Linsen, seien's Leichenschmäuse.  
Alles scheint vertan.  
So warten wir zusammen mit oder  
ohne Kerzenlicht,  
Hier oder dort, heute und morgen  
wie vorgestern.  
Ein Wartesaal ist unsere Welt.  
Zusammengepfercht ist es, sagen wir,  
weniger langweilig.  
Und euch wird beinehe die Angst  
vergehn.  
Mir ist nicht bange, weder so noch  
so nicht.  
Aber saget es doch: Worauf warten wir?

**Möwen und Raben**

Die Möwen haben sie schwarz bepinselt,  
So sind draus Raben entstanden,  
Die den Meereshimmel mit Tupfen  
betrüben.  
Deher verloren wir die Lust zum Glück.

Die Raben heben sie weiß gestrichen,  
So sind draus Möwen geworden,  
Listige eber, die uns boshaft belügen  
Und Glück vortauschen, wes sich els  
Unglück entpuppt.

Als Farbenblinde schwanken wir nun  
hin und her,  
Vergeßlich der Buntheit der echten  
beflügelten Welt.  
Die Tage sind Nächte, die Nächte  
hell ohne Schiaf  
Träumen wir, so nur in wachem Wahn.

**Wasserleiche**

Da schwimmst du stromebwärts, du  
Wasserleiche.  
Von Schleuse zu Schleuse erholst  
du dich und bis jetzt  
Hat dich kein Auge entdeckt, kein  
Arm gerettet.  
Weder Fischern noch spielenden  
Kindern noch Schiffern  
Bist du bei deinem ruhigen Wandern  
aufgefallen,  
Geschweige denn zartfühlenden, zu  
Leidenschaft neigenden Damen.  
Nur mir, denn ich unterscheide dich  
wohl von treibendem Holz.  
Was du bist, weiß ich, wie es im  
alten Lied heißt,  
Als wärst ein Stück von mir, ein  
seltenes, wertvolles.  
So wanderst du von Fluß zu Strom  
bis zum entfernten Meer.  
In den salzigen Wellen wirst du dann  
endlich untergehen.  
Dein Name sei hier für immer genannt:  
du meine Hoffnung.

**Muschel**

Aus „Blason de la Diletta“, Perret-Gentil,  
Genève, 1976.  
Aus dem Französischen vom Autor  
übertreten  
(Coquillage, S. 45)  
Ist es Morgen, ist es Mittag oder Abend?  
Liegendes Pear einer uns versagten  
Jugend,



**NEPHROLOGIKUM  
zur spezifischen  
Langzeittherapie  
von NEPHROPATHIEN**

**Indikationen:** Basistherapeutikum bei Nierenerkrankungen; chronische Pyelonephritis; chronische interstitielle Nephritis; chronische Glomerulonephritis; Schwangerschaftsnephropathie; Nephrolithiasis; Zystitis. • **Kontraindikationen und Nebenwirkungen** sind bisher nicht bekannt.

**Zusammensetzung:** 100 g enthalten 29 g Mazerat aus: Herb. Centaur. 0,6 g, Fruct. Cynosbet. ein. Semin. 1,0 g, Red. Levistic. 0,6 g, Fol. Rosmarin. 0,6 g. - 1 Dregée enthält: Herb. Centaur. 18 mg, Fruct. Cynosbet. sin. Semin. 30 mg, Red. Levistic. 18 mg, Fol. Rosmarin. 18 mg. • **Dosierung:** 3mal täglich 1/2 bis 1 Teelöffel oder 1 bis 2 Dregées. • **Hendelstufen:** Canephron OP mit 100 ml DM 8,55, OP mit 60 Dregées DM 8,55, OP mit 240 Dregées DM 25,95; Großpackungen mit 500 ml, 1000 ml und 1000 Dregées.

**BIONORICA KG · APOTHEKER POPP · NÜRNBERG**



So bleiben wir lange auf dem Sande,  
 Der vielleicht unserem Tod geweiht ist.  
 Aber heute, weißt Du, wiegt der  
 Ozeen noch  
 Mit unermüdlichem Rhythmus und  
 frischem Winde  
 Unseren Wachtraum, diese zweite  
 Wirklichkeit  
 Und doch die erste und eines Wunders  
 Zeugniss.

Rosarote Muschel in meinem Handteiler  
 eingebettet,  
 Zwillingsschale durch intimste  
 Glut erwärmt,  
 Durch subtilen Saft durchtränkte,  
 genährte Schale,  
 Oh so zartfeines Fleisch, wo die  
 Lippen verharren,  
 Um diese sanfte Meeresfrucht endlos  
 zu kosten,  
 Vielmehr göttliche Lebensfrucht,  
 Deinem Herzen gleich.  
 Muschel als Sinnbild und  
 geometrischer Ort,  
 Wo sich unsere Seele und Wesenheit  
 schuldlos vermählen.

#### Alfred Rottler:

##### Es wird kalt

Mit leuchtendem Pastell  
 malt uns der Herbst den Weid.  
 Du bist noch nicht zu elt,  
 komm mit, du weckerer Gesell,  
 es ist zuende bald  
 die Schönheit.  
 Es wird kalt.

##### Zwiespreche mit Abgeschiedenen

Ihr gingt zu einem neuen Stern,  
 verlöscht nur halb, Leib sonder Geist;  
 der weist  
 mir eus, ihr seid nicht fern.

Wir spüren eueren Atemhauch  
 auf Mund, im Nacken, auf dem Lid.  
 Geschlecht  
 das eueren Fühlern euch?

Ob diese Schauer Boten sind  
 von euch, dem der euch eingedenk?  
 Ich senk'  
 mich tief bis ich euch find'.

Ihr tretet eus euch selbst heraus  
 und habt euch höher eingestuft.  
 Ihr ruft.  
 Men hört es kaum im alten Heus.

Das bläulich fahle Mondenlicht  
 vermischt sich eurer Ewigkeit.  
 Ihr seid.  
 Nur sehen wir euch nicht.

Leutloser Flügelschlag der Nacht  
 Scheuert in der Linde.  
 Wie auf Schmetterlingsschmelz  
 Glitt ich in Schlaf gleich einem Kinde.  
 Komm schöner Traum und sacht  
 Hüll mich in weichen Pelz,  
 Daß, der sucht, nicht zitternd mich finde.

##### Wenn?

Begann das Leben mit dem ersten Schrei,  
 Da uns die Hebamm auf den Rücken  
 schlug?

Fing's an mit Teufe, Benedel;  
 Als Zufall Samen zu der Eizeli trug;  
 Im Ei etwa, des selbst voll Leben ist,  
 Beim Veter – Vetersveter – Ahn –  
 Urehn,  
 Am Schöpfungstag – mit Gott – beim  
 Sohne Christ?

Euch plegt das Rätsel, wenn,  
 Nehmt hin das Wunder: es begann!

##### Gott!

Wer bist Du  
 Den nicht einer kennt,  
 Jeder aber nemens nennt.

Wie bist Du,  
 Wenn Du wirklich bist,  
 Den jedweder anders mißt.

Wo bist Du,  
 Der die Stimm' erhebt,  
 Daß die ganze Erde bebt.

Was bist Du,  
 Den zwar niemand sieht,  
 Durch den, was irgend ist, geschieht.

##### Unsterblich

Tausend Jahre lebst Du  
 Auf diesem Bild,  
 Nur die Hand dessen,

Der Dich erfüllt,  
 Nur wer Dich besessen,  
 Anmutige,  
 Nur ein Liebender kenn  
 Den Rausch festhalten,  
 Dies Aug', dies glutige  
 Den Schmelz des Leibs gestalten.

Du schlägst in Bann  
 Mit dem Reiz Deiner Haut  
 Mit dem Glanz Deiner Haare,  
 Wer Dich erschaut.

Tausend Jahre  
 Leben wie Du!

##### Unvollendet

(Sigireya-Fresken, Ceylon)

Du bringst den Bau  
 Des Lebens nie  
 Ganz unter Dach.

Noch immer fehlen  
 Ein paar Ziegel.  
 Wenn Du schließt.

So wird die  
 Welt dann grau  
 Und Du wirst schwach

Und Nebel hehlen  
 Glück und Geklügel;  
 Herbstregen gießt

In trübem Strom  
 Sich in Dein Haus,  
 Zerstört die Stube.

Was wie Dein Dom  
 Einmal sah aus,  
 Wird Deine Grube.

##### Die Schranken

Sonne, Du beugtest  
 Mein Heupt im Hochflug,  
 Deß es in Dir nicht verbrennte.

Aber Du leuchtest  
 Meiner Blindheit nicht genug,  
 Daß ich den Abgrund erkannte.

Mund, bitter beichtest,  
 Was Dir das Schicksel zerschlug,  
 Was vom Vollkommenen Dich trennte.

##### Ich wähnt allein zu liegen

Weich ins Gres ich strecke mich.  
 Neben mir wächst Wegerich,  
 Fingerhut und Margarete,  
 Rade, Wicke, Esparsette,  
 Hirtentäschel, Scharbockskraut,  
 Distel, Winde, Klee und Reut',  
 Storchenschnabel, Natternkopf,  
 Fuchsschwanz, Nessel, Wiesenknopf,  
 Sonnentau und Butterblum'.  
 Über allem ein Gesumm,  
 Mücken tenzen, Bienen, Hummeln,  
 Ameisen geschäftig tummeln,  
 Falter schwirren und Libellen,  
 Heuschreck springt, Grashüpfer

schnellen,  
 Käfer krabbeln, Ziefen, Kerfen,  
 Grillen ihren Streichfuß schärfen,  
 Spinnen hasten, Schnecken kriechen;  
 Und ich wähnt allein zu liegen.

## 61. Augsburger Fortbildungskongreß für praktische Medizin

vom 17. bis 19. März 1978 in der Kongreßhalle Augsburg

### Kredite: Geldbedarf jetzt decken

Es wird sich als doppelter und kostspieliger Irrtum herausstellen, wenn noch der Senkung des Leitzinses, des Diskontsatzes Mitte Dezember, nun eine neue allgemeine Zinssenkungswelle in der Bundesrepublik Deutschland erwartet wird. Vielmehr kann man davon ausgehen, daß zwischen Niederschrift und Erscheinen dieses Beitrages die tatsächliche Verzinsung erster Hypotheken wieder etwa um das Viertelprozent gesunken ist, das sie von November bis Dezember angehoben worden war.

Richtiger kann man also davon sprechen, daß die Diskontsenkung nicht eine Zinermäßigung, sondern vielmehr eine Stabilisierung des Zinsniveaus eingeleitet hat. Das bedeutet andererseits, es wäre sicherlich falsch, nunmehr eine weitere Abschwächung des Zinssatzes zu erhoffen und solange sich gegenüber Krediten abstinenz zu verhalten.

Vielmehr erscheint es empfehlenswert, in dieser Periode des niedrigen Zinssatzes die Anschaffungsvorhaben der nächsten Zeit für den Privatbedarf wie die Praxis zu überdenken und eher eine Investition vorzuziehen, als sie aufzuschieben. Das gilt für bewegliche Sachen wie für Immobilien.

Man muß der Erfahrung nach davon ausgehen, daß die Preise zunächst für Eigenheime und auch Eigentumswohnungen in kleineren Wohneinheiten und bevorzugten Lagen in der Folgezeit weiterhin ansteigen werden.

Eine solche Entwicklung ist durch einen fallenden Hypothekenzinssatz in Größenordnungen, die zur Zeit denkbar sind, nicht auszugleichen. Dazu ein Beispiel:

Ein Einfamilienhaus kostet DM 300 000. Es wird nach der klassisch genannten Methode finanziert. Ein Drittel stammt aus Eigenkapital, ein weiteres Drittel wird durch eine zweite, eine Bausparhypothek, gebildet, und das letzte Drittel, DM 100 000 also, als erste Hypothek aufgenommen.

Zieht man zur Berechnung davon nur die erste und zweite Hypothek heran, so ergibt sich folgendes Bild:

Bei einem Zinssatz von 6,5 Prozent p. a. am Anfang und einer Anfangstilgung von einem Prozent entstehen für DM 100 000 als jährliche Belastung insgesamt 7,5 Prozent oder eben DM 7500. Das ist als Annuität über 32 Jahre hinweg zu leisten und summiert sich in den 32 Jahren Laufzeit bis zur endgültigen Tilgung zu DM 240 000.

Bei einer Verteuerung des Objektes um fünf Prozent muß auch die erste Hypothek entsprechend auf DM 105 000 angehoben werden. Falls zugleich der Zinssatz um 0,25 Prozent auf 6,25 Prozent gesunken ist, beträgt die jährliche Zins- und Tilgungsrate DM 7612,50, also in der 32,75jährigen Laufzeit, die sich durch den niedrigen Zinssatz ergibt, insgesamt DM 249 309,38. Der Aufwand für das Bauspardarlehen steigt von DM 138 000 auf DM 144 900 in den rund elfeinhalb Jahren Laufzeit.

So ist also nach einer Preiserhöhung und trotz einer Hypothekenzinsverbilligung für die Baudarlehen an erster und zweiter Rangstelle mit einer finanziellen Höherbelastung von rund DM 16 200 zu rechnen, auf mehr als drei Jahrzehnte verteilt ein relativ niedriger Betrag, aber für das Beispiel wurden auch nur kleinere Preis- wie Zinsveränderungen gewählt, wie sie zur Zeit vorgenommen werden können.

Ähnliche Erwägungen sind für die Aufnahme von Krediten für aufwendigere private Anschaffungen oder auch Praxisinvestitionen anzustellen. Daher ist — wie schon in den letzten Monaten — die unverzügliche Deckung eines Kreditbedarfes einer abwartenden Haltung vorzuziehen. Es ist kaum anzunehmen, daß die Landesbank beispielsweise für Praxisfinanzierungen unter ihre gegenwärtige Zinsforderung von 5,75 Prozent gehen kann, und auch der Verwaltungsrat der Bayerischen Ärztesversorgung hat den unteren Zinssatz der Anstalt kürzlich auf 5,75 Prozent gesenkt.

Horst Beloch

## Falsch-Stellung

*Eine Bundestagsabgeordnete hat kürzlich ihre Standesorganisation bezichtigt, die finanzielle Situation der Parlamentarier falsch verbreitet zu haben. Sie gab dazu eine Erklärung ab, die sie als Richtigstellung bezeichnete.*

*Demnach muß die Zuständigkeit jener Bundestagsabgeordneten für Einkommensfragen künftig bestritten werden. Hätte sie sich in ihrer Stellungnahme auf das ganze Diätengesetz gestützt, wäre es zu ihrer Äußerung vermutlich nicht gekommen. Der hohe faktische Wert der Abgeordneten-Vergütungen hätte ihren Abwehrversuch nämlich durchkreuzt.*

*Um die Erkenntnisfähigkeit der tatsächlichen Höhe von Bezügen geht es nämlich, und nicht um die gesetzlichen Ansprüche der Abgeordneten. Sie sollten sie wenigstens kennen, Strukturen zu analysieren vermögen. Dann wäre diese Kontroverse vermieden worden, weil Politiker wie Helmut Schmidt, Buschfort, Glombig, Ehrenberg und auch Löffle durch eine Fähigkeit, Einkommen zu beurteilen, ihre irreführenden Angaben über die der Ärzte unterlassen hätten — nicht zuletzt, weil sie gewußt hätten, was ihre Bezüge und Ansprüche tatsächlich wert sind.*

Prosper

## Kurz über Geld

EINE ANLAGE-ANALYSE am Jahresanfang durch die Sparkasse oder eine Bank sollte nach einer entsprechenden Umschichtung zu besseren Ergebnissen 1978 führen.

FÜR DEN WINTER-URLAUB im Ausland bleiben während der Währungsunsicherheit DM-Reiseschecks die optimalen Zahlungsmittel.

WERTSTEIGERUNGSTRÄCHTIGE SMARAGDE sind am preisgünstigsten bei Institutionen mit eigener Förderung und nachprüfbarer Expertise.

## Schnell informiert

### Zahnärztliche Fortbildung in Davos

Zum zehnten Male veranstaltet der Freie Verband Deutscher Zahnärzte seinen Europäischen Zahnärztlichen Fortbildungskongress in Davos, und zwar vom 19. Februar bis 3. März 1978. Die Organisationsform bleibt in ihren Grundzügen unverändert, d. h., das erste Programm für Zahnärzte wird ergänzt durch das zweite Programm für Zahnärzte und ihre Helferinnen. Vorträge und Seminare umfassen alle klassischen Disziplinen unter Berücksichtigung der neuen Vertragslage sowie das Sonderprogramm Präventivmedizin in Theorie und Praxis. Auf dem Programm stehen nach gutem Devoser Brauch ferner viele medizinische Randgebiete, wie Elektroakupunktur, Isometrie, Autogenes Training, Menschenführung, Ernährung. Der standespolitische Tag dient dem Thema „Verstaatlichungstendenzen im europäischen Gesundheitswesen – Status, Tendenzen, Gegenmaßnahmen“. Da diese Veranstaltung dem 14tägigen Kongress der Bundesärztekammer unmittelbar vorgeschaltet ist, bietet sich die Möglichkeit zu einer geschlossenen Fortbildung über einen Zeitraum von vier Wochen.

Detaillierte Auskünfte sowie Programmheft und Anmeldeformulare sind über die FVDZ-Kongreßabteilung, Rheinellee 55, 5300 Bonn-Bad Godesberg (Telefon 022 21/35 30 34 – 36) zu erhalten.

Nach dem Inkrafttreten des Arzneimittelgesetzes 1976:

### Musteranforderungen nur noch schriftlich

Am 1. Januar 1978 tritt das 2. Arzneimittelgesetz in Kraft. Dabei ergibt sich – im Gegensatz zum bisher geltenden Recht – eine nicht unwesentliche Änderung bei der Anforderung von Ärztemustern.

Nach § 47 Absatz 3 dürfen Muster von Arzneimitteln künftig nur noch aufgrund einer *schriftlichen* Anforderung abgegeben werden. Auch Muster, die von einem Arztbesucher erbeten werden, setzen eine schriftliche Anforderung voraus.

In diesem Zusammenhang wird darauf hingewiesen, daß wegen der Erfordernisse der schriftlichen Anforderung künftig auch keine Ärztemuster mehr aufgrund von Telefonanrufen bei Arzneimittelherstellern oder Arztbesuchern abgegeben werden dürfen.

### Redel-Preis 1977 verliehen

Der 1971 gestiftete Julius Redel-Preis wurde Privatdozent Dr. Herbert Jungfer auf Vorschlag der Medizinischen Gesamtfakultät Heidelberg für seine Habilitationsschrift „Immunperfusion – Extrekorporale Hämoperfusion über Antigen-Glas-Derivate“ und auf Vorschlag der Pharmazeutischen Fakultät Heidelberg an Apotheker Friedrich Timeus für seine Arbeit über „Untersuchungen der Selbstassoziation des Cofeins“ verliehen.

# Malinert®

## das Spezifikum gegen Rückenschmerzen

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

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

Bei Interesse stellen wir gerne auf Wunsch „Anleitungen zu gymnastischen Übungen“ zur Verteilung an Patienten zur Verfügung.

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

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

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

Dosierung und Anwendungswiese: MALINERT-Dragees: Täglich 3mal 1 Dragée 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 Darmulcera, Schwangerschaft, Glaukom, Prostatahypertrophie, Dekompensierte Herzinsuffizienz sowie bei Kindern unter 2 Jahren. Hinweis: Beeinflussung des Reaktionsvermögens, besonders im Zusammenhang mit Alkohol möglich.

Packungsgrößen und Preise (R. A. T.):  
OP mit 20 Dragees, AV m. MwSt. .... DM 5,70  
Packung mit 50 Dragees, AV m. MwSt. DM 12,73  
OP mit 30 g Salbe, AV m. MwSt. .... DM 5,56

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

**MENADIER Hellmittel GmbH**  
2 Hamburg 50  
Postfach 50 10 04

### Müttergenesungsheim „Ettaler Mandl“ bei Oberemmergau

Im Müttergenesungsheim „Ettaler Mandl“ werden vom Bayerischen Roten Kreuz Mütterkuren genjährlg durchgeführt. In drei Häusern mit perkännllichen Gärten und schönen Freizeiträumen können bis zu 50 Erholungssuchende untergebracht werden.

#### Lege:

Nähe Oberemmergau, 900 m hoch gelegen, Aussicht auf die Oberemmergauer Berge und Kloster Ettal.

#### Indikation:

Beste Erholungserfolge bei körperlichen und seelischen Erschöpfungszuständen, Anämien, Bronchitiden, leichtes Asthma und Herzinsuffizienz.

Gute Erfolge in der postoperativen Phase und nach Strahlenbehandlung.

Reizklima (Patienten bis zu 65 Jahren).

#### Kontraindikation:

Schwere asthmatische Zustände, Gehbehinderung, Pflegebedürftigkeit, dekompensierte Herzleiden und Krankheitsfälle, die stationärer Behandlung bedürfen.

#### Aufenthalte im Winter:

Möglichkeiten für Skilanglauf, Rodeln (Geräte stehen zur Verfügung).

Wellen- und Hallenbad mit Sauna und Solarium können mit heuseigenem Bus besucht werden.

Anwendungen werden unter ärztlicher Fachaufsicht durchgeführt. Möglichkeiten zur musischen und kulturellen Betätigung im Haus und in der Umgebung sind reichlich geboten.

Mütter behinderter Kinder können an allen Kuren teilnehmen. Bei rechtzeitiger Antragstellung gleichzeitige Unterbringung der behinderten Kinder in unserer Rehabilitationseinrichtung in Schwalg bei Nürnberg möglich (gesunde Geschwister unter Umständen in Schwalg zu ermäßigten Tegessätzen).

Für Schwangere besteht Teilnahmemöglichkeit an allen Kuren (Schwangerschaftsgymnastik, wenn ärztlicherseits keine Bedenken bestehen).

Der Tagessatz beträgt zur Zeit

DM 33,— für Reduktionskuren,

DM 29,50 für Normalkuren (Stand 1. November 1977).

Anmeldungen sind zu richten an: BRK-Müttergenesungsheim „Ettaler Mandl“, 8101 Ettal bei Oberemmergau, Telefon (0 88 22) 47 43

### Acetylsalicylsäure bei koronärer Herzkrankheit und zerebralen Durchblutungsstörungen

Die Hemmung der Thrombozytenaggregation mit Acetylsalicylsäure (Aspirin®, Colfarit®) ist tatsächlich in der Lege, die Bildung von Thromben und Emboli zu blockieren, die bei koronären bzw. zerebralen Durchblutungsstörungen oftmals so fatale Folgen hat. Unter der Behandlung mit Acetylsalicylsäure (= ASS) nimmt die Zahl der Re-Infarkte, speziell der tödlichen, um rund 30 Prozent ab. Dieses Faktum ist einer Reihe von Doppelblindstudien zu entnehmen, über die Ch. R. Klimt, Baltimore, P. C. Elwood, Cerdiff, und K. Überla, München, berichtet haben. Auf dem IV. Colferit-Symposion wurde darüber kürzlich in Berlin diskutiert. Auch transitorische zerebrale Ischämien bei Kranken mit Karotisstenosen können durch regelmäßige ASS-Medikation erheblich vermindert bis völlig aufgehoben werden (M. J. Barnett, London/Ontario, Kanada; W. S. Fields, Houston; M. L. Dyken, Indianapolis; J. Dale, Dslo, und R. Reuther, Heidelberg).

Das Symposion verdeutlichte vor allem eine Tatsache: An den Studien ist methodologisch nichts auszusetzen. Es hen-

delt sich stets um mehrjährlge prospektive, randomisierte, multizentrische Doppelblindstudien, die überell mit der gleichen Akribie durchgeführt wurden, wie beispielsweise die „Coronary Drug Projects Studies“ in den USA (Klimt). Des gilt auch im Hinblick auf die Einnahmegewohnheiten der Patienten in den Test- und Vergleichsgruppen.

### Umweltschutzpreis verliehen

Den Umweltschutzpreis der Bayerischen Landesbeusparkesse erhielt in diesem Jahr die Sektion Rosenheim des Deutschen Alpenvereins für eine vorbildliche Begrünung auf der Hochries. Staatsminister Alfred Dick überreichte in München den mit DM 3000,— dotierten Preis einer Abordnung der Rosenheimer Alpenvereinsmitglieder, die von der Landesbeusparkesse und dem Staatsministerium für Landesentwicklung und Umweltfragen gemeinsam als Preisträger ermittelt worden sind.

### Porzellan als Geldanlage

Immer mehr Deutsche haben das Porzellan entdeckt: Nicht nur als Eßgeschirr und zur Verschönerung der eigenen vier Wände, sondern als Geldanlage. Und das aus gutem Grund: Sammler-Editionen können sich im Wertzuwachs mit fast jeder Aktie messen. So wird z. B. ein „Schwanen-Teller“, der vor dem zweiten Weltkrieg günstig einzukaufen war, heute bereits mit DM 7000 bis 9000 Wiederverkaufswert angesetzt. Prunkstücke dieses Sammler-Booms, der nach Expertenaussagen vor rund einem Jahr in Deutschland einsetzte, sind Porzellan-Stücke, die als „Böttger Steinzeug“ heute einen Wert von ca. DM 150 000 pro Porzellan-Stück darstellen. Das in Meißen gefertigte Porzellan, von Tschirnhaus und Böttger im Jahre 1693 den elten Chinesen nechempfunden, wurde kurz nach der Gründung der ersten deutschen Porzellan-Manufaktur in den Jahren 1708/1709 unter der Markenbezeichnung „Kuan'yin“ hergestellt. Stücke aus dieser Zeit finden sich heute in fast jedem Museum der Welt.

Ebenfalls bei Sammlern sehr begehrt sind allerdings auch Porzellan-Editionen, die, in begrenzter Auflage hergestellt, einem exklusiven Käuferkreis angeboten werden. Ein aktuelles Beispiel: Ein auf die Auflage von 6000 Stück limitiertes Teller-Set, das von der traditionsreichen englischen Porzellan-Manufaktur „Royal Worcester“ — sie beliefert auch das englische Königshaus — gefertigt wird. Des Set umfaßt zehn Teller und kostet pro Stück DM 125. Der zeitgenössische Maler Hans A. Muth hat alle Teller mit den Motiven der großen Entdecker-Schiffe bemalt. Für die Richtigkeit und Driginaltreue der Schiffe garentiert die „Royal Geographical Society“ aus London, die dem Künstler alle Unterlagen über die Schiffe zur Verfügung stellte, mit denen Christoph Columbus bis Vesco da Gama neue Erdteile entdeckt, Seewege erschlossen und exakte Karten über unsere Erde erstellt haben. Jeder Teller hat einen Durchmesser von 23,5 cm und ist mit einer Goldzierlinie umfaßt, die Abbildung des Schiffes selbst ist vierfarbig. Experten rechnen für solche Sets mit einer Wertsteigerung von rund 25 Prozent innerhalb der nächsten drei Jahre. Eine Zuwachsrate, die mit kaum einem Sparvertrag zu erzielen ist.

Sammler allerdings sehen in ihrem Hobby nicht nur eine krisensichere Geldanlage, sondern auch eine echte Verschönerung ihrer eigenen vier Wände. Ein renommierter Innenarchitekt: „Solche Teller, in einer Wohnung an exponierter Stelle angebracht, zeigen, daß der Bewohner einen exklusiven Geschmack hat und das Besondere liebt. Ganz abgesehen davon, daß sich jeder vorstellen kann, welche Werte diese Porzellan-Stücke darstellen.“

— Th. v. K. —

Erfolgreiche Forschung führt zu wirksamen Präparaten.  
Wirksame Präparate machen die Therapie kostengünstig.

Aus der Thomae-Forschung

# Gastrozepin<sup>®</sup>

Spezifischer Magensekretionshemmer

Eine Monosubstanz. Bei Ulcus und Gastritis.

Sekretionshemmend, soviel wie nötig. Auch während der Nacht.

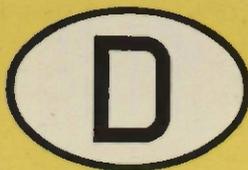
Keine Blockierung physiologischer Regulationen im Gastrointestinaltrakt.

Keine Kontraindikationen bekannt.

Kurze Heilungszeit. Bei nur zweimal 1 Tablette täglich.

Die kostengünstige Therapie.

**GASTROZEPIN**



Thomae

**Zusammensetzung:** 1 Tablette enthält: 5,11-Dihydro-11-[[4-methyl-piperazin-1-yl]acetyl]-8H-pyrido[2,3-b][1,4]benzodiazepin-6-on-dihydrochlorid 25 mg.  
**Anwendungsgebiete:** Akute und chronische Formen von *Ulcus ventriculi* und *Ulcus duodeni*, hyperazider Reizmagen, Gastritis, medikamentös bedingte Magenbeschwerden. **Dosierung und Anwendungswiese:** Zu Beginn der Therapie sind einmalig 2 Tabletten, dann jeweils morgens und abends 1 Tablette einzunehmen. Nach Eintritt der Beschwerdefreiheit, die mit Gastrozepin in der Regel schon nach wenigen Tagen erreicht wird, soll bis zur völligen Aushheilung noch 2 - 3 Wochen (je 1 Tablette morgens und abends) weiterbehandelt werden. Die Einnahme erfolgt am besten vor den Mahlzeiten mit einem Schluck Flüssigkeit. **Unverträglichkeiten und Risiken:** Bisher keine bekannt. **Besondere Hinweise:** Gelegentlich kann die Therapie mit Gastrozepin eine Appetitanregung bewirken. Eine in seltenen Fällen auftretende Stuhlerweichung ist ein wünschenswerter Beweis dafür zu werten, daß Magen- und Darmmotilität nicht gestört werden. In Tierversuchen wurde festgestellt, daß Gastrozepin auch bei hoher Dosierung keine teratogenen Eigenschaften besitzt. Trotzdem wird, wie bei allen neuen Arzneimitteln, von der Anwendung während der ersten 3 Schwangerschaftsmonate abgeraten. **Darreichungsformen und Packungsgrößen:** Originalpackung mit 20 Tabletten DM 12,29, Originalpackung mit 50 Tabletten DM 26,96. Klinikpackung.

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

(Zusammengestellt aufgrund der Wochenmeldungen)

im Oktober stieg die Zahl der Scharlachmeldungen an; die Erkrankungsziffer erhöhte sich von 19 im September auf 36; jeweils auf 100 000 Einwohner bezogen und umgerechnet auf ein Jahr. An übertragbarer Hirnhautentzündung erkrankten dagegen etwas weniger Menschen

als im Vormonat, und zwar an sonstigen, meist virusbedingten Formen. Die Erkrankungsziffer an bakterieller Ruhr sank von elf im September auf sieben im Oktober, jeweils auf 100 000 Einwohner. Auch die Meldungen von Salmonellose-Erkrankungen gingen gleichzei-

tig zurück, nämlich von 78 auf 49 je 100 000 der Bevölkerung. Erkrankungen an Hepatitis infectiosa (übertragbare Leberentzündung) wurden dagegen im Oktober häufiger als im September berichtet, nämlich 37 gegenüber 28, jeweils auf 100 000 Einwohner.

## Neuerkrankungen und Sterbefälle in der Zeit vom 3. bis 30. Oktober 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					
	Meningokokken Meningitis		übrige Formen		E		ST		E		ST		E		ST		E		ST		E		ST	
E)	ST)	E	ST	E	ST	E	ST	E	ST	E	ST	E	ST	E	ST	E	ST	E	ST	E	ST	E	ST	
Oberbayern	—	—	131	—	—	—	2	—	10	—	—	—	—	6	—	—	—	35	—	177	1	—	—	—
Niederbayern	—	—	19	—	—	—	2	1	—	—	—	1	—	—	—	—	—	1	—	42	—	1	—	—
Oberpfalz	—	—	13	—	—	—	2	—	5	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	32	—	—	—	—
Oberfranken	—	—	32	—	—	—	1	—	4	—	—	—	—	—	—	—	—	7	—	23	1	12	—	—
Mittelfranken	—	—	41	—	—	—	2	—	5	—	—	—	—	—	—	1	—	4	—	52	—	1	—	—
Unterfranken	—	—	21	—	—	—	2	—	1	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	46	—	4	—	3
Schwaben	—	—	46	—	—	—	3	—	1	—	—	—	—	2	—	2	—	8	—	31	—	10	—	—
Bayern	—	—	303	—	—	—	14	1	26	—	—	1	—	8	—	3	—	55	—	403	2	28	—	3
München	—	—	74	—	—	—	1	—	3	—	—	—	—	4	—	—	—	19	—	63	—	—	—	—
Nürnberg	—	—	10	—	—	—	—	—	3	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	6	—	—	—	—
Augsburg	—	—	3	—	—	—	—	—	1	—	—	—	—	1	—	—	—	3	—	9	—	—	—	—
Regensburg	—	—	1	—	—	—	2	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	4	—	—	—	—
Würzburg	—	—	2	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	6	—	1	—	—
Fürth	—	—	3	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	5	—	—	—	—
Erlangen	—	—	4	—	—	—	1	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	2	—	10	—	—	—	—

Gebiet	13		14		15		16		17		18		19		20		21		22		23		24	
	Hepatitis infectiosa		Ornithose				Mikrosporidie		Bangache Krankheit		Malaria Erst-erkrankung		O-Fieber		Toxoplas-rose		Wundstarr-krampf						Verdachts-fälle von Tollwut <sup>2)</sup>	
			Psittacose		übrige Formen																			
	E		ST		E		ST		E		ST		E		ST		E		ST		E		ST	
Oberbayern	102	—	—	—	1	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	1	—	—	—	—	—	3
Niederbayern	17	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	3	—	—	—	—	—	—	—	—
Oberpfalz	26	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	1	—	—	—	—	—	9
Oberfranken	24	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	1
Mittelfranken	49	—	—	—	—	—	—	—	1	—	1	—	—	—	—	1	—	2	1	—	—	—	—	2
Unterfranken	31	—	—	—	—	—	2	—	—	—	—	—	—	2	—	—	—	1	—	—	—	—	—	—
Schwaben	57	—	—	—	—	—	1	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	12
Bayern	306	—	—	—	1	—	3	—	1	—	3	—	—	2	—	4	—	5	1	—	—	—	—	27
München	50	—	—	—	—	—	—	—	—	—	1	—	—	—	—	—	—	1	—	—	—	—	—	1
Nürnberg	8	—	—	—	—	—	—	—	—	—	1	—	—	—	—	1	—	—	—	—	—	—	—	—
Augsburg	18	—	—	—	—	—	1	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
Regensburg	2	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
Würzburg	2	—	—	—	—	—	1	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
Fürth	6	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
Erlangen	8	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—

\*) 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.

## Pharmaindustrie

### 50 Jahre Robugen-Arzneimittel

Die Robugen GmbH, Pharmazeutische Fabrik Esslingen, konnte ihr 50jähriges Jubiläum feiern. Die Firma ging aus der über 450 Jahre alten Apotheke am Rathausplatz in Esslingen hervor, in der schon 1899 mit der fabrikmäßigen Herstellung von Arzneimitteln begonnen wurde. Dieses Stammhaus der Firma bildet heute zusammen mit dem Alten Rathaus eine der reizvollsten Partien der alten Freien Reichsstadt, die auf ein 1200jähriges Bestehen zurückblicken kann.

### Aspirin® und Schwangerschaft

Die Bayer AG teilt aufgrund eines Berichtes der Deutschen Presse-Agentur (dpa) unter der Überschrift „Mediziner warnen vor Aspirin in der Spät-Schwangerschaft“ über den Deutschen Kinderärzte-Kongreß in Kiel mit:

„Es ist medizinisch-wissenschaftlich bekennt, daß die Acetylsalicylsäure (Wirkstoff von Aspirin®) die Wehentätigkeit hemmt und durch den Eintritt einer Geburt verzögern und den Ablauf verlängern kann. Aus diesen und auch anderen Gründen ist die Anwendung der Acetylsalicylsäure in den letzten vier Wochen der Schwangerschaft nicht angezeigt. Der Hinweis darauf ist seit Jahren in der Packungsbeilage für Aspirin enthalten.

Außerdem wird in der Packungsbeilage darauf hingewiesen, daß die Acetylsalicylsäure, wie auch andere Arzneimittel, während der Schwangerschaft, wenn überhaupt, grundsätzlich nur nach Rücksprache mit dem Arzt eingenommen werden sollen. Sofern die Acetylsalicylsäure nicht in den letzten Wochen kurz vor der Geburt eingenommen wird, ist eine Beeinflussung des Geburtsverlaufes im hohen Grade unwahrscheinlich.“

### Kein Risiko bei Novalgin®

Die Hoechst AG teilt folgendes mit:

„Einige Publikationsorgane haben fälschlicherweise unser Präparat Novalgin in die Diskussion über die Bildung von Dimethylnitrosamin (DMNA) bei Arzneistoffen, u. e. Aminophenazon, einbezogen.

Die analytischen und toxikologischen Befunde über die Bildung von Dimethylnitrosamin bei Aminophenazon sind jedoch nicht auf Metamizol (Novelgin) übertragbar, denn:

1. Novalgin enthält im Gegensatz zu Aminophenazon kein Dimethylnitrosamin;
2. Novalgin bildet mit Nitrit im sauren Milieu des Megens kein Dimethylnitrosamin.

Dies wurde durch Untersuchungen mit neuesten Methoden bestätigt, die wir in Abstimmung mit dem Deutschen Krebsforschungszentrum in Heidelberg durchgeführt haben.“

### MSD Masern-Virus-Impfstoff (Moreten-Stamm)

Die Behringwerke AG teilen mit, daß der bisherige Masern-Lebend-Impfstoff (Schwarz-Stamm) durch den MSD Masern-Virus-Impfstoff (Moraten-Stamm) abgelöst wurde. Die Unterschiede sind gering. Beide Impfstoffe leiten sich von dem Edmonston-Enders-Stamm ab, der durch weitere Passagen so abgeschwächt wurde, daß eine gute Verträglichkeit bei



# Tromcardin® FORTE

sichert den Ausgleich intrazellulärer Elektrolytverluste, wie sie kennzeichnend sind für

- Herzinsuffizienz
- Glykosidtherapie
- Herzinfarkt

Tromcardin FORTE optimiert die Leistung der Muskelzelle, speziell der Myokardzelle, macht die Glykosidtherapie sicherer und schirmt das Herz gegen Streß und kardionekrotische Noxen ab. Der therapeutische Nutzen erweist sich eindrucksvoll in der Senkung der Nebenwirkungsrate der Glykosidbehandlung von 26,9% auf 5,72%. (Tilsner, V.: MMW 112 (1970), 291)

#### Indikationen

Herzinsuffizienz, Rhythmusstörungen, Extrasystolien; Herzinfarkt-Prophylaxe und -Therapie. Digitalis-Intoxikation und -Intoleranz, besonders beim Altersherz. Kalium-Mangelsyndrom, Magnesium-Defizit.

#### Kontraindikationen

Hochgradige Ausscheidungsstörungen und AV-Block.



Tromsdorff

#### H. Tromsdorff

Arzneimittelfabrik  
Tromsdorffstraße 2-6  
51110 Alsdorf, Rhl 1

#### Zusammensetzung pro Tablette

Kalium-D,L-hydrogen-  
aspartat · ½H<sub>2</sub>O 360,42 mg  
Magnesium-bis-D,L-hydrogen-  
aspartat · 4H<sub>2</sub>O 360,57 mg

#### Dosierung (Richtwerte)

Initialdosis 3 × tägl. 2 Tabl.  
Erhaltungsdosis 3 × tägl. 1 Tabl.

#### Handelsformen und Preis

Peckung mit 50 Tabletten DM 13,96  
Anstaltspeckung mit 500 Tabletten.

Weitere Informationen über die gesamte Tromcardin-Gruppe entnehmen Sie bitte unseren wissenschaftlichen Dokumentationen oder fragen Sie unseren Mitarbeiter im wissenschaftlichen Außendienst.

erhaltener Antigenität resultierte. Konversionsrate, Titerhöhe und Titerverlauf sind bei beiden Impfstoffen in etwa gleich. Eine Vergleichsstudie ergab hinsichtlich Fieberreaktionen eine bessere Verträglichkeit des Moraten-Impfstoffes, in anderen vergleichenden Untersuchungen wurde kein signifikanter Unterschied festgestellt. Ebenso muß eine gleiche Empfindlichkeit gegen Wärme und Licht berücksichtigt werden.

In dem kombinierten Masern-Mumps-Impfstoff liegt der Moraten-Stamm vor. Die Behringwerke AG hielt es daher für zweckmäßig, ein einheitliches Impfvirus anzubieten und den Masern-Impfstoff ebenfalls auf den Moraten-Stamm umzustellen.

Weitere Informationen sind der Packungsballage bzw. dem Prospekt zu entnehmen.

Vorräte an Masern-Lebend-Impfstoff (Schwarz-Stamm) können selbstverständlich im Rahmen der auf der Packung aufgedruckten Leutzzeit verbraucht werden.

#### Neues automatisches Blutdruckmeßgerät zur Selbstmessung

Bekannta Autoren fordern seit langem die Selbstmessung durch den Patienten und führen dafür folgende Gründe an: Die einmalige Messung in der Praxis hat lediglich Stichprobenwert. Erst die regelmäßige Messung ergibt ein Blutdrucktagesprofil unter echten Alltagsbedingungen, ermöglicht eine kontrollierte, individuelle Hochdrucktherapie, läßt Blutdruckschwankungen schnell erkennen und vermeiden und führt zu besserer Medikationsdisziplin beim Patienten.

Geräte zur Blutdruckmessung in der Hand des Patienten sind aber nur dann sinnvoll, wenn sie exakte und sichere Meßergebnisse liefern und subjektive Interpretationen ausschließen.

Tonotest von Bosch ist das Entwicklungsergebnis einer ausführlichen Markt- und Bedarfsanalyse. Dabei wurden besonders die Punkte vermieden, die bisher zur Kritik bei Ärzten und Patienten geführt haben.

Mit folgenden Merkmalen erfüllt das Gerät die entscheidenden Voraussetzungen für die Blutdruckmessung zu Hause:

1. Automatischer Meßablauf – exakt und sicher.
2. Aufnahme der Korotkow-Geräusche über ein eigenes hierfür entwickeltes Körperschallmikrofon – damit keine Unsicherheiten durch Auskultation.
3. Zwei Zeiger halten die Werte für Systole und Diastole fest – keine Probleme beim Ablesen eines durchlaufenden Zäglers und beim Merken der Werte. Diese können nach der Messung in Ruhe abgelesen und in das mitgelieferte Kontrollheft eingetragen werden.
4. Bedienung so einfach wie bei den üblichen Geräten im Haushalt.

Übrigens liefert Bosch nicht nur Hardware, sondern auch Software. Ärzte erhalten auf Anforderung die medizinische Information „Volkskrankheit Hypertonie“ von Dr. H. Welter. Zur Weitergabe an Patienten steht die Broschüre „Blutdruckmessung zu Hause“ zur Verfügung. Anforderungen sind zu richten an: Robert Bosch GmbH, Geschäftsbereich Elektronik, Abteilung WKD, Forckenbeckstraße 9 – 13, 1000 Berlin 33.

# TIEFE NENWIRKUNG



hyperämisiertes Antirheumatikum zur percutanen Schmerz-Therapie bei rheumatischen Beschwerden, Lumbago, Neuralgien, Schmerzen der Muskeln und Gelenke

## 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.

**Packungen/Preise lt. AT. m. MwSt.:**  
O.P. Flasche mit 100 ml DM 6,90;  
O.P. Flasche mit 250 ml DM 15,-.

Dr. Wider & Co 7250 Leonberg



## Buchbesprechungen

### Innere Medizin in Praxis und Klinik in vier Bänden

*Band 1: Herz, Gefäße, Atmungsorgane, Endokrines System*

Herausgeber: Prof. Dr. H. Hornbostel / Prof. Dr. W. Keutmann / Prof. Dr. W. Siegenthaler, 2., überarb. u. erw. Aufl., 778 S., 177 Abb., 144 Tab., geb., DM 248,-. Georg Thieme Verlag, Stuttgart.

Nach der 1. Auflage dieses Buches im Jahre 1973 und einem Nachdruck im Jahre 1974 erscheint das vierbändige Werk nun in 2. neu bearbeiteter Auflage. Es ist kein Lehrbuch und kein Handbuch im herkömmlichen Sinne. Es füllt vielmehr eine Lücke zwischen uns und richtet sich deshalb an den Internisten in der Praxis und Klinik, der mehr Information über ein bestimmtes Krankheitsbild erhalten möchte, als in einem Lehrbuch gegeben werden kann. Die ständige Konfrontation der täglichen Arbeit mit diesem Werk wird das ärztliche Wirken nicht in Routine erstarren lassen, sondern zur wirklichen Fortbildung und Wahrung der Einheit dieses Fachgebietes führen.

Um die Einheitlichkeit des Buches möglichst zu gewährleisten, sind alle Beiträge nach einem einheitlichen Schema verfaßt. Dadurch kann der Leser in jedem Kapitel die ihn interessierende Information über Pathophysiologie, Diagnostik, Differentialdiagnose, Therapie usw. ohne Mühe finden.

### Übungen in radiologischer Diagnostik

*Band VI: Nuklearmedizin*

Verf.: E. James / L. F. Squire, Deutsche Übersetzung von Dr. H. Würdinger, 219 S., 261 Abb. in 358 Einzeldarstellungen, kart., DM 39,80. Georg Thieme Verlag, Stuttgart.

Die Isotopen-Diagnostik liefert klinisch bedeutsame Daten über den Funktionszustand der Organsysteme und ist damit als sinnvolle Ergänzung der morphologisch aussagekräftigeren Röntgenuntersuchungen zu betrachten. Unter dieser Maxime wird der Leser mit dem Grundwissen der Nuklearmedizin vertraut gemacht und lernt, „physiologisch auf enotomischer Basis“ zu denken. Prägnante Bildbeispiele vermitteln einen guten Einblick in Indikationsbreite, Problematik und Aussagekraft dieses jungen, expandierenden Teilgebietes der Strahlenheilkunde.

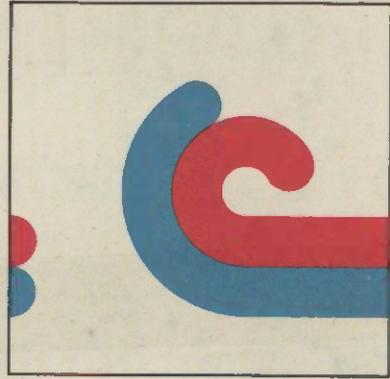
### Atlas der Dermatologie und Venerologie mit differentialdiagnostischen Hinweisen

Verf.: Prof. Dr. G. Rassner, 200 S., 228 meist mehrfarbige Abb., Pappband, DM 48,-. Verlag Urban & Schwarzenberg, München-Berlin-Wien.

Dermatologische Erkrankungen sind nicht nur häufig, vielfach weisen sie auf andere oft schwerwiegende innere Erkrankungen hin. Doch fällt es meistens schwer, Hautverfärbungen einem bestimmten Krankheitsbild zuzuordnen. Die bunte Fülle der Befunde unterscheidet sich oft nur durch Nuancen. In 228 meist mehrfarbigen Abbildungen stellt der Atlas die wichtigen dermatologischen und venerologischen Erkrankungen vor. Ein einleitender Text legt das Fundament zum Verständnis der dargestellten Befunde. Alle Abbildungen sind präzise erläutert, vielfach differentialdiagnostische Hinweise beigefügt.

Bayerisches Ärzteblatt 1/78

neu



# Hildicon®

nicht  
hormonelles  
Anabolikum

- bei kataboler Stoffwechsellage
- allgemeinen Erschöpfungszuständen
- Vitamin B<sub>12</sub>-Mangelscheinungen
- 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:  
Hydroxocobalaminmonoacetal ..... 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 ..... ad 2 ml  
(Ph. Eur. II)

#### Handelsformen und Preise

Originalpackung mit 20 Kapseln DM 18,20 mit MwSt.  
Originalpackung mit 100 Kapseln DM 85,06 mit MwSt.  
Originalpackung mit 5 Ampullen lyophilisierter aktiver Substanz und 5 Ampullen Lösungsmittel DM 18,01 mit MwSt.  
Anstaltspackung von 10 x 5 + 5 Ampullen DM 111,27 mit MwSt.

H. Trommsdorff  
Arzneimittelfabrik, Trommsdorffstr. 2 - 6, 5110 Alsdorf, Rh 1



# Der Rheuma Schub

„Langzeitbehandlung“



**Zusammensetzung:** 1 Dragée DEMOPLAS comp. enthält: Phenylbutazon 100mg, Propylphenazon 150mg, nat. Aescin (5mg) in Extr. Aesc. hippocast. 34mg, Vitamin-B<sub>1</sub>-nitrat 3,8mg, Vitamin-B<sub>6</sub>-hydrochl. 2mg, Vitamin-B<sub>12</sub>-Cyanokomplex 4µg. **Indikationen:** Stark schmerzhaft, entzündlich und degenerativ rheumatische Erkrankungen des Bewegungsapparates. Rheumatoide Arthritis (= primär chron. Polyarthrit), M. Bechterew, Arthrosen, Spondylosen, Spondylarthrosen, Osteochondrosen, Bandscheibensyndrom, Myalgien, Lumbo-ischialgien, Interkostal-Neuralgien, Schulter-Arm-Syndrom, Periarthritis humero-scapularis, Periarthritis, Epikondylitis, Tendovaginitis, Tortikollis, Radikulitis, Neuritiden, Neuralgien und Thrombophlebitis. Demoplas comp. ist bei allen Entzündungsformen indiziert, bei denen eine Kortisonanwendung nicht in Betracht gezogen wird, insbesondere auch zur Unterstützung einer Chemotherapie bei bakteriell und viral bedingten Entzündungen (z. B. Adnexitis). **Kontraindikationen:** Überempfindlichkeit gegen Pyrazolderivate, Ulcus ventriculi et duodeni, Leukopenie, hämorrhagische Diathese (Thrombopenie, Koagulopathie), akute intermittierende Porphyrie, Neigung zu Konvulsionen (Epilepsie, Tetanie), erstes Trimenon der Schwangerschaft, deutliche Krankheitszeichen bei hepatischer, renaler oder kardialer Insuffizienz. **Zur Beachtung:** Bei der Anwendung des Präparates kann es zu einer Wirkungsverstärkung von Antikoagulanzen oder oralen Antidiabetika bzw. zu einer Retardwirkung bei anderen Medikamenten kommen. Bei längerer Anwendung des Präparates ist eine Blutbildüberwachung angezeigt. Auch kann eine gewisse Diuresehemmung und Wasserretention eintreten, die sich im allgemeinen ohne besondere therapeutische Maßnahmen zurückbildet. Die Einschränkung der Kochsalzaufnahme ist gegebenenfalls zu erwägen. DEMOPLAS comp. sollte während der Schwangerschaft nur bei dringender Indikationsstellung verabreicht werden. **Handelsformen und Preise:** OPmit 30 Dragées DM 5,38, OPmit 100 Dragées DM 15,61. Anstaltspackung. **ADENYL-CHEMIE GMBH · 1000 BERLIN 10**

## Medizinische Psychologie Im Grundriß

Herausgeber: Prof. Dr. K. Heuss, 491 S., zahlr. Abb., DM 39,—, Verlag für Psychologie, Göttingen.

Neben einer Menge von Kontroversen hat die neue AO auch eine Flut von Büchern und Fragenkatalogen ausgelöst. Hierzu gehört auch das vorliegende Buch, das als Einführung in das neue Lehr- und Prüfungsfach „Medizinische Psychologie“ konzipiert ist und deshalb auch speziell auf die Fragen des Gegenstandskataloges für die Ärztliche Vorprüfung Bezug nimmt. Daß der fast 500 Seiten starke Band jedoch mehr als ein Prüfungsrepetitorium darstellt, wird nicht nur durch das sehr umfangreiche Literaturverzeichnis unter Beweis gestellt. Das Buch bietet in sehr anschaulicher Form eine Einführung in alle für den Mediziner relevanten Teilgebiete der Psychologie. Besonders informativ und wichtig ein Kapitel, das methodenkritisches Verständnis vermittelt und u. a. die häufigsten Fehlerquellen experimenteller Versuchsanordnungen aufzeigt. Das Schlußkapitel behandelt psychologische Aspekte der Arzt-Patient-Beziehung und gibt wichtige Hinweise zur Technik der Anamneseerhebung sowie zum therapeutischen Patientengespräch. Insgesamt ein Buch, das nicht nur für den vorklinischen Studenten sehr empfehlenswert erscheint, sondern sicher auch von manchem Kollegen aus der Zeit der alten AO mit Gewinn gelesen werden wird.

Dr. W. Kissling, München

## Willi Döhler „Alt München im Holzschnitt“

Herausgeber: A. Götz, mit einem Vorwort von K. Spengler, 52 S. mit 35 Holzschnitten, DM 29,50. Zu beziehen durch Willi Döhler, Freibadstraße 22, 8000 München 90.

Dieses Buch wurde für die Freunde und Liebhaber der Kunst Willi Döhlers herausgegeben. Er ist bekannt als Zeichner der schönen Motive seiner Heimat. Seine Holzschnitte strahlen bayerische Gemütsart und Liebe zu seiner Vaterstadt aus. Es sind Holzschnitte mit Münchener Herz. So manches, was der Krieg zerstörte — die alte Au, die Herbergen um Marienhilf, das Gries — lebt wieder so vor unseren Augen auf, wie wir es kannten. Es ist das München, in dem wir Älteren uns mit Leib und Seele zuhause fühlten: das München einer beseelten Vergangenheit. Wer mit Isarwasser getauft ist, wird „Alt-München im Holzschnitt“ nicht ohne einen Hauch von Wehmut und mit heimlicher Sehnsucht nach diesem alten München betrachten können.

— G. A. —

## Blumen der Welt

Verf.: F. Perry, Herausgeber der deutschen Ausgabe: Prof. Dr. D. Vogellehner, 320 S., 822 farb. Zeichnungen von L. Greenwood, geb. DM 49,50. Verlag Herder, Freiburg-Basel-Wien.

Dieses Werk begeistert mit seinen 822 farbigen Zeichnungen der schönsten Blütenpflanzen aller Erdteile nicht nur den Fechnermann, sondern jeden Blumenfreund. Blumen aus allen Erdteilen fanden Platz auf diesen Seiten, und die Mehrzahl der hier beschriebenen und abgebildeten Pflanzen kann man auch bei uns entweder im Freien, unter Glas oder im Haus halten. Der Text führt in alphabetischer Reihenfolge in die wichtigsten Pflanzenfamilien der Welt ein. Die Hauptkennzeichen jeder Familie werden angegeben, und dann werden Gattungen und Arten in Auswahl beschrieben und illustriert. Besonders nützlich sind die vielen praktischen Hinweise über Anbau und Pflege der Pflanzen und die Vorschläge, wie sie im Garten am wirkungsvollsten zusammengestellt werden können.

### Sterben ist doch anders

Erfahrungen mit dem eigenen Tod

Verf.: Hampe, 170 S., Balacron flex., DM 18,50. Kreuz Verlag, Stuttgart.

Sterben hat sehr viele Formen, jeder Mensch stirbt seinen eigenen Tod, und dennoch werden Züge sichtbar, die für uns alle gelten. Betroffen von eigenem Erleben und betroffen durch die Übereinstimmung und die Deutlichkeit der Schilderungen erörtert der Autor die Bedeutung der Zeugnisse und zieht Folgerungen für unser Denken, Handeln und das Erleiden der Welt. Medizin, Psychologie, Theologie und seelsorgerliche Praxis sind angesprochen und zu ganz neuem Durchdenken menschlichen Sterbens und einem anderen mitmenschlichen Umgang mit den Sterbenden aufgerufen.

### Wie neugaboren durch Fasten

Verf.: Dr. H. Lütznier, erw. und verb. Neuausgabe, 80 S., Paperback, DM 9,80. Gräfe und Unzer Verlag, München.

Dieses Buch enthält eine Anleitung, wie man auch im Alltag fastet und einen Rezeptteil für die Auftage. Es sagt vor allem, wie man eine Fastenwoche ohne Hungergefühl und mit Erfolg durchführen kann.

### Archäologische Wanderungen um Augsburg

Herausgeber: H. Frei / G. Krahe, 136 S., mit vielen Strichzeichnungen und acht Kunstdrucktafeln, kart., DM 12,—. Konrad Theiss Verlag, Stuttgart.

Die „Archäologischen Wanderungen um Augsburg“ führen zu den Grabhügeln und Schutzwällen der Bronze- und Eisenzeit, den Viereckschanzen der späten Keltenzeit, Fundstätten und Straßendämmen der Römerzeit, Befestigungswällen und Burganlagen des Mittelalters und zu Stätten frühgeschichtlicher Eisengewinnung.

### Bonn

Verf.: H. Sieber, 3. überarb. Auflage, 88 S., 64 Schwarzweißabb., Halbleinen, DM 19,80. Verlag Weidlich, Vertrieb durch Umschau Verlag, Frankfurt.

Bonn steht als Hauptstadt der Bundesrepublik Deutschland im Brennpunkt des Weltinteresses. Diese neuen Aufgaben prägen die Züge der alten Universitätsstadt. Wohn- und Regierungsviertel sind entstanden, die, neben den Barockbauten der kurfürstlichen Epoche und einem regen kulturellen Leben als Beethovenstadt mit einer schöpferischen Musiktradition, das politische Bonn und das Bonn der Wissenschaft und Künste gleichermaßen repräsentieren.

### Kinderpanorama

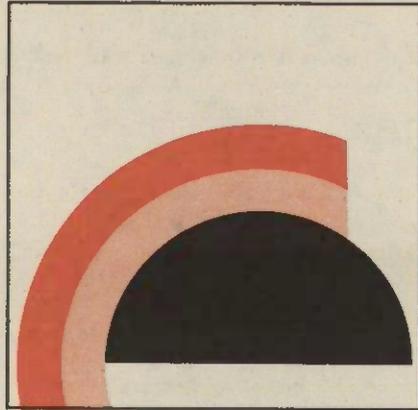
Das bunte Bildungsbuch

216 S., 460 meist mehrfarb. Abb. von bekannten Illustratoren und führenden Fotografen aus aller Welt, farb. Polyleinen-Einb., DM 24,80. Verlag Herder, Freiburg-Basel-Wien.

In acht Themenkreisen wird das Panorama der Welt und des Lebens entfaltet, und zwar so, wie es in der Erfahrung und Erlebnisfähigkeit des Kindes zugänglich ist.

Dieses neuartige Bildungsbuch für Jungen und Mädchen zwischen acht und zwölf Jahren entstand in mehrjähriger Teamarbeit unter Mitwirkung von Pädagogen, Naturwissenschaftlern, Medizinern und Sachbuchautoren. Eine Fülle hervorragender und eindrucksvoller Bilder von bekannten Illustratoren und führenden Fotografen aus aller Welt übersetzt die Grundidee dieses Buches in informative Bilder.

Das eindeutig definierte Cholagogum



# Tromm Gallol®

bei gestörter  
Leber-Galle-Funktion

- regt die Cholerese an
- fördert den Gallenfluß
- reguliert die Darmpassage

**überzeugende  
89,7% Therapieerfolge**

#### Zusammensetzung

1 Beutel mit 3,5 g Brause-Granulat enthält:  
Cyclobutylol-Na \_\_\_\_\_ 70,00 mg  
Cynarin \_\_\_\_\_ 9,75 mg  
getrocknete Magnesiumsulfat \_\_\_\_\_ 679,00 mg  
Sorbit \_\_\_\_\_ 1050,00 mg

#### Dozierung

Zwei- bis dreimal täglich den Inhalt eines Beutels in einem halben Glas Wasser auflösen und vor den Mahlzeiten einnehmen. Bei Bedarf kann die Dosis verdoppelt werden.

#### Indikationen

Hepato-biliäre Dyspepsie, Dyskinesie der Gallenblase und Gallenwege, Cholecystitis und Cholangitis, Cholestase, Cholelithiasis, Postcholecystektomiesyndrom, Meteorismus, Obstipation, Roemheld-Syndrom.

#### Kontraindikationen

Akuter Steuverschluß Gallenblasenempyem, floride Hepatitis, schwere Ausscheidungsstörung mit Oligo- und Anurie.

#### Handelsform und Preis

Originalpackung mit 30 Beuteln  
DM 14,49 mit MwSt.

H. Trommsdorff

Arzneimittelfabrik, Trommsdorffstraße 2-8, 5110 Aisdorf, Rhf 1



# 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.

## Februar 1978

- 4.-5. **Erlangen:** 9. HNO-Fortbildungsseminar. — Auskunft: Universitäts-HNO-Klinik, Sekretariat Frau Irmischar, Waldstraße 1, 8520 Erlangen.
- 6.-17. **Isny-Neutrauburg:** Einführungslehrgang (Kurs I) in die manuelle Wirbelsäulen-Therapie. — Auskunft: Dr. K. Sell, 7972 Isny-Neutrauburg.
- 10.-12. **Aachen:** 3. Westdeutsches Psychotherapieseminar. — Auskunft: Ärztekammer Nordrhein, Bezirksstelle Aachen, Dr. H. Gatersleben, Zollarnstraße 17, 5100 Aachen.
- 10.-19. **Bad Abbach:** Fortbildungsseminar für Ärzte. — Auskunft: Professor Dr. H. Mathies, I. Medizinische Klinik, Rheuma-Zentrum, 8403 Bad Abbach.
- 11.-25. **Kloeters:** Weiterbildungslehrgang des Deutschen Sportärztebundes. — Auskunft: Deutsches Reisebüro GmbH, Ärztliche Kongreßreisen, Postfach 2671, 6000 Frankfurt 1.
- 13.-17. **Stuttgart:** Fortbildungskurs für Ärzte als Hygienebeauftragte. — Auskunft: Frau Dr. U. Lutz-Dettlinger, Azenbergstraße 16, 7000 Stuttgart 1.
18. **Levarkusan:** Ärztliche Fortbildung in der Gesundheitsvorsorge (Autogenes Training aus der Sicht der Pädagogik — Lern- und Lehrseminar). — Auskunft: Deutsche Gesellschaft für Gesundheitsvorsorge e. V., Frau Dr. G. Eberlein, Driescher Hacka 19, 5090 Levarkusan.
- 24.-25. **Berlin:** Internationales Hochdruck-Symposium. — Auskunft: Professor Dr. R. Gotzen, Privatdozent Dr. F. W. Lohmann, Hindenburgdamm 30, 1000 Berlin 45.
- 24.-25. **Wien:** Internationales Symposium über aktuelle Fragen zur Behandlung bakterieller Infektionen des Harntraktes. — Auskunft: Wiener Medizinische Akademie, Alserstraße 4, A-1090 Wien.
- 24.-25. **Erlangen:** 11. Fortbildungstaga in Praktischer Medizin. — Auskunft: Kongreßbüro der Medizinischen Universitätsklinik, Frau Schatt, Krankenhausstraße 12, 8520 Erlangen.
25. 2.-11. 3. **San Martino di Castrozzo:** Fortbildungslehrgang des Bayerischen Sportärzte-Verbandes e. V. — Auskunft: Deutsches Reisebüro GmbH, Ärztliche Kongreßreisen, Postfach 2671, 6000 Frankfurt 1.
26. 2.-4. 3. **Bad Hohegasteln:** 24. Österreichische Sozialmedizinische Tagung. — Auskunft: Österreichische wissenschaftliche Gesellschaft für prophylaktische- und Sozialmedizin, Berggasse 4, A-1030 Wien.

## März 1978

- 5.-18. **Bad Godesberg:** XXIII. Internationaler Fortbildungskongreß der Bundesärztekammer. — Auskunft: Kongreßbüro der Bundesärztekammer, Postfach 410220, 5000 Köln 41.
- 6.-18. **Devos:** XXVI. Internationaler Fortbildungskongreß der Bundesärztekammer. — Auskunft: Kongreßbüro der Bundesärztekammer, Postfach 410220, 5000 Köln 41.
- 7.-11. **Heidelberg:** 12. Fortbildungsseminar des Berufsverbandes der Deutschen Dermatologen. — Auskunft: Dr. H. Walthar, Westliche 32, 7530 Pforzheim.
- 10.-12. **Erlangen:** 6. Fortbildungsveranstaltung in Neurologia und Psychiatria für niedergelassene Ärzte aller Fachgebiete. — Auskunft: Frau B. Heerklotz, Universitäts-Narvenklinik, Schwabachanlage 6 und 10, 8520 Erlangen.
- 13.-16. **Erlangen:** 19. Erlanger Einführungskurs für gastroenterologische Endoskopie und Ultraschalldiagnostik. — Auskunft: Kongreßbüro der Medizinischen Universitätsklinik, Frau Schatt, Krankenhausstraße 12, 8520 Erlangen.
- 17.-19. **Augsburg:** 61. Augsburger Fortbildungskongreß für praktische Medizin. — Auskunft: Sekretariat der Augsburger Fortbildungskongresse für praktische Medizin, Frohsinnstraße 2, 8900 Augsburg.
20. 3.-1. 4. **Meran:** X. Internationaler Seminarkongreß für praktische Medizin, veranstaltet von der Bundesärztekammer. — Auskunft: Kongreßbüro der Bundesärztekammer, Postfach 410220, 5000 Köln 41.

## Bellagenhinweise:

Dieser Ausgabe ist ein Prospekt beigelegt der Firma Gödecke AG, Freiburg.

„Bayerisches Ärzteblatt“. Herausgeber und Verleger: Bayerische Landesärztekammer, Mühlbeurstraße 16, 8000 München 80, Telefon (089) 4147-1. Schriftleitung: Professor Dr. med. Hans Joachim Sewering, Dr. med. Hermann Greun, Dr. med. Friedrich Kolb, Dr. med. Kurt Stordeur — verantwortlich für den Inhalt: Rita Horn.

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

Zeugungspreis vierteljährlich DM 2,40 einschl. Postzeitungsgebühren und 5,5 % = DM 0,12 Mehrwertsteuer. Postscheckkonto Nr. 5252-802, Amt München, Bayerische Landesärztekammer (Abt. „Bayerisches Ärzteblatt“). Für Mitglieder im Mitgliedsbeitrag enthalten.

Anzeigenverwertung: ATLAS Verlag und Werbung GmbH & Co. KG, Postfach, Sonnenstraße 29, 8000 München 2, Telefon 558081, 5582/41-48, Fernschreiber: 05/23662, Telegrammadresse: atlaspress. Für den Anzeigenteil verantwortlich: Ernst W. Scharfing, München.

Druck: Druckerei und Verlag Hans Zauner jr., 8060 Dacheu.

Alle Rechte, insbesondere das Recht der Verbreitung, Vervielfältigung und Mikrotografie sowie des Recht der Übersetzung in Fremdsprachen für alle veröffentlichten Beiträge vorbehalten.

Nachdruck, auch auszugsweise, nur mit Genehmigung des Verlags. Rücksendung nicht verlangter Manuskripte erfolgt nur, wenn vorbereiteter Umschlag mit Rückporto beiliegt. Bei Einsendungen an die Schriftleitung wird das Einverständnis zur vollen oder auszugsweisen Veröffentlichung vorausgesetzt, wenn gegenteilige Wünsche nicht besonders zum Ausdruck gebracht werden.

ISSN 0005-7126

In unserem modern eingerichteten

### **Bezirkskrankenhaus Kaufbeuren**

(1050 Betten, 27 Arztstellen, drei Psychologen, zwei Sozialarbeiter) erwartet Sie in angenehmer Atmosphäre eine interessante Tätigkeit auf Allgemein-Psychiatrischen und/oder Spezialabteilungen.

Wir bieten einsatzbereiten Kollegen und Kolleginnen die

## **Möglichkeit zur vollen Weiterbildung**

für Psychiatrie, aber auch jenen, die von der Wichtigkeit und Notwendigkeit (sozial-) psychiatrischer oder auch geriatrischer Grundkenntnisse in Ihrem künftigen Beruf als Allgemeinarzt überzeugt sind, ein reiches Betätigungsfeld.

Bezahlung nach Verg.-Gr. II bzw. I b BAT und nach Einarbeitung Nebeneinnahmen durch eine vielseitige Gutachtentätigkeit eventuell aus der Nebentätigkeit des Chefarztes. Bei Bewährung bieten wir günstige Aufstiegsmöglichkeiten, ggf. auch Übernahme als beamteter Arzt.

Unverheiratete erhalten Kost und Wohnung (gegen niedriges Entgelt) im Hause; Verheirateten sind wir bei der Wohnungsbeschaffung behilflich. Außerdem gewähren wir alle weiteren, im öffentlichen Dienst üblichen Vergünstigungen.

Kaufbeuren mit über 40 000 Einwohnern verfügt über alle Schularten (Mädchenschule in unmittelbarer Nachbarschaft), liegt 700 m hoch im reizvollen Voralpenland überaus verkehrsgünstig (z. B. sind München und Füssen mit seinen Seen in 60 bzw. 40 Autominuten erreichbar).

Bewerbungen mit den üblichen Unterlagen erbeten an die **Direktion des Bezirkskrankenhauses Postfach 401, 8950 Kaufbeuren.**

### **Am Städtischen Krankenhaus Weiden i. d. Opf.**

(Schwerpunkt-Krankenhaus, 642 Betten, acht Fachabteilungen einschließlich Pathologisch-Anatomischem Institut) ist für die **Kinderabteilung (Chefarztin Dr. Borkowsky-Fehr)**

## **die Oberarztstelle**

durch die Wahl des derzeitigen Stelleninhabers zum Chefarzt einer anderen Kinderklinik neu zu besetzen.

Die Kinderabteilung verfügt (einschließlich Infektions-, Frühgeborenen- und Intensivbehandlung) über 91 Betten. Sie ist nach modernen Gesichtspunkten unter anderem mit EEG und EKG ausgestattet. Der Abteilung ist eine Kinderkrankenpflege-Schule angeschlossen. Die Chefarztin ist zur vollen Weiterbildung ermächtigt.

Der Bewerber sollte Anerkennung als Kinderarzt besitzen, Kenntnisse in EEG, EKG und Intensivbehandlung sind erwünscht, er sollte den Chefarzt vertreten können.

Die Oberarztstelle ist mit der Verg.Gr. I b BAT dotiert. Hinzu kommen Einkünfte für Bereitschaftsdienst und Kindervorsorgeuntersuchungen sowie Unterricht an der Kinderkrankenpflege-Schule.

Die Stadt Weiden hat rund 42 000 Einwohner, liegt in der nördlichen Oberpfalz in landschaftlich reizvoller Umgebung mit guten Sommer- und Wintersportmöglichkeiten. Sämtliche höhere Schulen befinden sich am Ort.

Trennungsgeld und Umzugskosten werden gewährt.

Bewerbungen mit den üblichen Unterlagen werden erbeten an das

**Personalamt der Stadt Weiden i. d. Opf.**

**8480 Weiden i. d. Opf.**

**Telefon (09 61) 50 51 - 50 59, Nebenstelle 273.**

### **Landesversicherungsanstalt Oberfranken und Mittelfranken, Bayreuth**

Für unsere Klinik Frankenwarte in Bad Steben/Frankenwald mit 190 Betten suchen wir

## **einen Stationsarzt**

für sofort oder nach Vereinbarung.

Die Vergütung erfolgt je nach Vor- und Weiterbildung nach den einschlägigen Bestimmungen des BAT.

Bei Erfüllung der laubbahnrechtlichen 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 Stoffwechselkrankheiten.

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
- Neuzeitliche Appartements oder Familienwohnungen
- Preiswerte Voll- oder Teilverpflegung
- Umzugskosten, Beihilfen, zusätzliche Altersversorgung
- Bereitschaftsdienstvergütung nach SR 2 c 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 Steben** ist ein aufstrebendes bayerisches Staatsbad, landschaftlich schön zwischen Hof und Kronach im Frankwald gelegen. Höhere Schulen in der nahe gelegenen Kreisstadt Nalla 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 Ltd. Medizineldirektor Dr. Presch, Klinik Frankenwarte, 8675 Bad Steben, Telefon (09288) 1057.**

## **Int. Oberarztstelle**

am neuen Kreis-Krankenhaus Bogen a. d. Donau/Ndb. (181 Betten) zu besetzen.

Auskunft erteilt Chefarzt Dr. W. Haseneier, Telefon (09422) 1741, privat 1377.

Schriftliche Bewerbungen mit Lebenslauf, Zeugnisabschriften und Nachweisen über die bisherige Tätigkeit werden unter Angabe des frühesten Eintrittstermins an das **Landratsamt Streubing-Bogen, Dienststelle Streubing, Postfach 179, 8440 Streubing** oder direkt an Herrn Chefarzt Dr. W. Haseneier, 8443 Bogen, Kreis-Krankenhaus, erbeten.

Der **Landkreis Regen** sucht für die **interne Abteilung des Kreis-Krankenhauses Viechtach** zum 1. Januar 1978 oder später einen

## **Assistenzarzt**

Vergütung erfolgt nach Vergütungsgruppe II/1 b BAT. Daneben wird Bereitschaftsdienstvergütung nach den tariflichen Vorschriften gezahlt. Im übrigen bietet der Landkreis Regen die im öffentlichen Dienst üblichen Sozialleistungen. Dienstwohnung (Küche, Wohn- und Schlafzimmer, WC/Bad) ist vorhanden. Bei Vorliegen der tariflichen Voraussetzungen wird Umzugskostenvergütung zugesagt.

Viechtach, das in landschaftlich schöner Gegend liegt, ist staatlich anerkannter Luftkurort mit vielfältigen Sportmöglichkeiten und verfügt über ein modernes Schulzentrum mit Gymnasium (mathematisch-naturwissenschaftlicher und wirtschaftswissenschaftlicher Zweig) und Realschule.

Bewerbungen mit den üblichen Unterlagen werden erbeten an die **Personalverwaltung des Landratsamtes, Schulgasse 2, 8370 Regen.**

### Kreiskrankenhaus Ochsenfurt

Unser 180-Betten-Haus sucht zum nächstmöglichen Zeitpunkt für die

**Innere Abteilung (60 Betten)**

## 1 Oberarzt

Wir bieten Ihnen:

- Tarifgerechte Vergütung nach BAT
- Die im öffentlichen Dienst üblichen Zulagen
- Zuwendung durch den Chefarzt
- Zusätzliche Altersversorgung
- Weihnachtsszuwendung in Höhe bis zu einem Monatsgehalt
- Beihilfe im Krankheitsfall
- Verbilligte Gemeinschaftsverpflegung, aber kein Essenszwang
- Eine moderne 4-Zimmer-Wohnung kann sofort zur Verfügung gestellt werden. Außerdem stehen neuzzeitlich eingerichtete Einzelzimmer und Appartements bereit
- Ruhiges, gutes Betriebsklima und gute Arbeitsbedingungen.

Bewerber müssen in der Lage sein, die volle Vertretung des Chefarztes zu übernehmen. Sie sollten die Anerkennung als Internist besitzen oder die Weiterbildung in Kürze beenden. Ferner sollen sie über ausreichende Erfahrungen im Röntgen, in der Endoskopie und in der Intensivmedizin verfügen.

Ihre Bewerbung richten Sie bitte an die Verwaltung des  
**Kreiskrankenhauses Ochsenfurt,**  
Am Greinberg 25, 8703 Ochsenfurt (Unterfranken)  
Telefon (0 93 31) 691.

Das Kreiskrankenhaus Wunsiedel i. Fichtaengebirge (Fachkrankenhaus für Innere Medizin - 80 Betten -) sucht zum 1. Januar 1978 oder später eine(n)

## erfahrenen Assistenzarzt oder -ärztin

Wir bieten

- Vergütung nach BAT,
- alle sozialen Leistungen des öffentlichen Dienstes (wie Beihilfe in Krankheitsfällen, zusätzliche Alters- und Hinterbliebenenversorgung, Weihnachtsszuwendung, ggf. Trennungsschädigung und Umzugskostenvergütung),
- Beteiligung an den Liquidationseinnahmen des leitenden Arztes,
- Bereitschaftsdienstvergütung nach Stufe C.

Der leitende Arzt, Dr. Herbert Hohenberger, ist zu fünf Jahren interner Weiterbildung ermächtigt.

Die Klinik ist apparativ modernst eingerichtet (kardiologische Überwachung, Herzschrittmacher, Defibrillation usw., sowie Röntgenfernsehen, moderne Laboreutomaten, alle üblichen endoskopischen Untersuchungen, Gastroskopie, Laparoskopie, Koloskopie).

Wunsiedel ist Kreisstadt (8800 Einwohner) und Sitz sämtlicher weiterführender Schulen. Stadt und Umland bieten aufgrund der Mittelgebirgslage hohen Wohn- und Freizeitwert. Wohnung kann vom Arbeitgeber gestellt oder beschafft werden.

Bewerbungen mit den üblichen Unterlagen werden erbeten an:  
Leitenden Arzt Dr. Herbert Hohenberger, 8592 Wunsiedel oder  
Landratsamt, 8592 Wunsiedel.

## B E F E L K A<sup>®</sup> - A S T H M A - T A B L E T T E N

Ind.: Asthma - Bronchitis - Heuschnupfen - Grippe.  
Zus.: Ephedrin 25 mg; Diphenhydramin (Antihistaminikum) 20 mg; Cofeolnum 20 mg; 1-Phenyl-2,3-dimethyl-4-Isopropyl-pyrazolon 300 mg.  
Kontraind.: Starke Hypertonie, Thyreotoxikose, schwere org. Herz- und Gefäßveränderungen, Rhythmusstörungen, Prostatahyperplasie, Glaukom, Granulozytopenie.  
Packung mit 20 Tabl. DM 4,85, 50 Tabl. DM 10,90.

Ärztemuster durch:  
**B E F E L K A - A R Z N E I M I T T E L**, Postfach 13 51, 4500 Osnabrück

## LANDESVERSICHERUNGSANSTALT OBERFRANKEN UND MITTELFRANKEN

Wir bieten in unserer  
**Rangau-Feckklinik, Strüth 24, 8800 Ansbach**  
für sofort oder nach Vereinbarung

## Ärzten/Ärztinnen

die Möglichkeit der Mitarbeit bzw. Weiterbildung in der Lungen- und Bronchialheilkunde. Die Klinik hat 250 Betten zur Behandlung der pulmonalen und extrapulmonalen (eiußer Knochen-) Tuberkulose; modernes Röntgen und Labor, Bronchologie, Differentialdiagnostik, Rehabilitationsabteilung. Zusammenarbeit mit dem akademischen Lehrkrankenhaus Ansbach und Thorex-Chirurgie der Universität Würzburg. Der Chefarzt ist zur vollen Weiterbildung zum Lungenarzt ermächtigt.

Die Vergütung erfolgt je nach Vor- und Weiterbildung nach den einschlägigen Bestimmungen des BAT. Bei Vorliegen der lauffahrrichtlichen Voraussetzungen ist die Übernahme in das Beamtinnenverhältnis möglich.

Wir bieten außerdem:

- Bereitschaftsdienstvergütung
- Monatliche Sonderzulage
- Umzugskostenvergütung, Beihilfen
- Zusätzliche Altersversorgung
- Fortbildungsmöglichkeiten, Kongreßbesuche
- Preiswerte Voll- oder Teilverpflegung
- Ausübung von Nebentätigkeiten im Rahmen der Richtlinien

Ansbach ist Sitz der Regierung von Mittelfranken. Der zentral gelegene Ort verfügt über ein reges Kulturleben und alle schulischen Möglichkeiten. Eine Wohnung kann zur Verfügung gestellt werden.

Der Chefarzt der Rangau-Fachklinik  
**Leitender Medizinaldirektor Dr. Kittel**  
Strüth 24, 8800 Ansbach, Telefon (09 81) 81 91  
ist gerne bereit, mit interessierten Bewerbern zur näheren Information ein erstes kollegiales Kontaktgespräch zu führen.

Ihre Bewerbungen reichen Sie bitte ein oder direkt beim **Personalreferat der Landesversicherungsanstalt Oberfranken und Mittelfranken, Leopoldstraße 1 und 3, 8580 Baysreuth, Telefon (09 21) 60 72 26.**

Der Landkreis Aschaffenburg sucht für das Kreiskrankenhaus in 8755 Alzenau zum 1. Juni 1978

## 1 Oberarzt

für die Chirurgische Abteilung

Vergütung erfolgt nach VergGr. I b / I a BAT, sowie Zulage durch den Chefarzt. Das Krankenhaus verfügt über eine Chirurgische, eine Innere und Gynäkologische Abteilung. Die Chirurgische Abteilung umfaßt zur Zeit 50 Betten. Betrieben wird u. a. die große Bauchchirurgie, Unfallchirurgie einschließlich des AO-Verfahrens und modernes ITN-Verfahren.

Neben den sonst üblichen Sozialleistungen des öffentlichen Dienstes werden Unterkunft und Verpflegung im Hause geboten. Die Stadt Alzenau in reizvoller Landschaft im Vorspessart ist verkehrsgünstig gelegen zwischen Frankfurt/Main und Würzburg. Sämtliche weiterführenden Schulen sind em Ort.

Bewerbungen mit Lichtbild und den sonst üblichen Unterlagen werden erbeten an das **Landratsamt Aschaffenburg, Personalverwaltung, Postfach 547, 8750 Aschaffenburg.**

Die Stadt **Helmrechts** sucht für die ärztliche Versorgung der Einwohner des Ortsteils Enchenreuth und Umgebung einen

## Allgemein-Praktischen Arzt

Moderne Praxisräume sowie Arztwohnung mit zusammen 168 qm vorhanden und günstigst zu vermieten.

Enchenreuth liegt in der reizvollen Landschaft des Frankenwaldes.

Zuschriften erbeten unter Nr. 331/418 an die Anzeigenverwaltung **BAYERISCHES ARZTEBLATT, Sonnenstraße 29, 8000 München 2.**

Des Kreiskrankenhauses Kötzing sucht für die Geburtshilflich-gynäkologische Abteilung mit 35 Betten

## einen Assistenzarzt und/oder Medizinalassistenten

Die Tätigkeit wird bei mir zur Weiterbildung in Frauenheilkunde und Geburtshilfe für zwei Jahre angerechnet.

Kötzing liegt im Bayerischen Wald, ist ein vielbesuchter Ferienort mit sämtlichen Sport- und Erholungsmöglichkeiten.

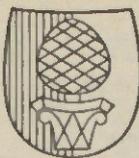
Durch die Lage in der Provinz ist aber auch das Krankengut sehr reichhaltig, so daß ein umfangreicher Querschnitt durch die Gynäkologie und Geburtshilfe zur Darstellung kommt.

Der junge Mitarbeiter hat dadurch die Gelegenheit, die Diagnostik und Therapie des Frauenerztes reichlichst kennen zu lernen.

Das Krankenhaus hat 3 Abteilungen, Chirurgie, Innere und Gynäkologie. Die Zusammenarbeit ist ausgezeichnet, die medizinisch-diagnostische-therapeutische Einrichtung entspricht dem modernsten Standard. Die Dotierung ist überdurchschnittlich.

Interessenten bitte ich um Zuschrift an

Dr. med. Karlheinz Metschl, 8493 Kötzing, Kreis Krankenhaus.



Beim Gesundheitsamt der Stadt Augsburg ist die Stelle des

## Abteilungsleiters für den jugend- ärztlichen Dienst

bewertet bis Bes.Gr. A 15 wegen Ruhendensversetzung des bisherigen Stelleninhabers neu zu besetzen. Der Bewerber soll Facharzt für Kinderkrankheiten sein und Interesse für jugend- und schulärztliche Aufgaben, Vorsorgemedizin und Behindertenhilfe haben. Bei abgelegter Amtsarztprüfung und Vorliegen der sonstigen beamtenrechtlichen Voraussetzungen erfolgt die Einstellung im Beamtenverhältnis sonst im Angestelltenverhältnis. Bewerber ohne Amtsarztprüfung müssen bereit sein, diese Prüfung baldmöglichst abzulegen.

Die Stadt Augsburg gewährt die im öffentlichen Dienst üblichen Sozialleistungen. Nebentätigkeit kann im Rahmen der Bayer. Nebentätigkeitsverordnung genehmigt werden.

Bewerbungen mit Lebenslauf, Lichtbild, beglaubigten Zeugnisabschriften, Tätigkeitsnachweisen und gegebenenfalls Ernennungsurkunden werden bis spätestens 31. 1. 1978 an das Personalamt der Stadt Augsburg, Maxstraße 4, Zimmer 306, Telefon (08 21) 3 24 22 33, erbeten.

Als eine der beiden Bayer. Fachgutachterstellen suchen wir mit der Anerkennung als

## Chirurgen/Orthopäden, Neurologen/Psychiater, Internisten/Lungenärzte, Urologen

sowie je eine

### MTA für Labor und Röntgen

Die Dienststelle ist neu erbaut und hochmodern ausgerüstet mit entsprechenden Funktionsabteilungen und Bettenstation (1 Pfleger, 1 Schwester).

Geboten wird: bei gegebener Voraussetzung Möglichkeit der Verbeamtung auf Lebenszeit bzw. Bezahlung nach BAT.

Geregelte Dienstzeit = 40 Stundenwoche (kein Nachtdienst, kein Wochenenddienst). Alle im öffentlichen Dienst üblichen Sozialleistungen.

Die reine Fachgutachterfähigkeit erstreckt sich vorwiegend auf den Personenkreis aus KOV, SchwBG, OEG u. ä. Unabhängiges Arbeiten ist selbstverständlich, Möglichkeit der Praxisausübung außerhalb der Dienstzeit und Diensträume.

Bei Interesse wenden Sie sich bitte schriftlich oder telefonisch zwingend an

**LMD Dr. Graf, Versorgungszentrale Untersuchungsstelle**  
Roonstraße 20, 8500 Nürnberg, Telefon (09 11) 2 74 / 3 83.

## HNO-Arzt

sucht ab Herbst 1978 Assoziation/Übernahme einer Praxis mit Belegbetten im Raum Nürnberg-Erlangen-Fürth.

Zuschriften erbeten unter Nr. 331/435 an die Anzeigenverwaltung BAYERISCHES ARZTEBLATT, Sonnenstraße 29, 8000 München 2.

## Suche für Herbst 1978 eine Lehrstelle bis Arzthelferin

bevorzugt Großraum München. Bin 17 Jahre, mittlere Reife.

Zuschriften erbeten unter Nr. 331/442 an die Anzeigenverwaltung BAYERISCHES ARZTEBLATT, Sonnenstraße 29, 8000 München 2.

## Allgemeinarzt

32 Jahre, Deutscher, verheiratet, zwei Kinder, wünscht ab 2. Hälfte 1978 Mitarbeit in einer anerkannten Landpraxis mit späterer Übernahme.

Zuschriften erbeten unter Nr. 331/426 an die Anzeigenverwaltung BAYERISCHES ARZTEBLATT, Sonnenstraße 29, 8000 München 2.

## Chirurg

wird eine Lebensstellung in einer großen Mittelstadt in Bayern angeboten. Chelanznechfolge möglich.

Zuschriften erbeten unter Nr. 331/427 an die Anzeigenverwaltung BAYERISCHES ARZTEBLATT, Sonnenstraße 29, 8000 München 2.

Für neueröffnete gynäkologische Praxis in Nürnberg suche ich

## erfahrene Arzthelferin

mit Abrechnungs-, Labor- und Schreibmaschinenkenntnissen zum 1. März 1978.

Zuschriften erbeten unter Nr. 331/406 an die Anzeigenverwaltung BAYERISCHES ARZTEBLATT, Sonnenstraße 29, 8000 München 2.

**Anzeigenschlußtermin  
für die  
März-Ausgabe 1978  
Ist am 27. Januar**

## Anästhesist

zur Urlaubsvertretung für ca. 3 Wochen im Frühjahr 1978 in Unterfranken gesucht. Kein Wochenenddienst. Honorar nach Vereinbarung.

Bewerbungen werden an die Krankenhausverwaltung Schloß Werneck, Postfach 45, 8722 Werneck, erbeten.

## Internist (Deutscher)

37 Jahre, verheiratet, ein Kind; drei Jahre als Oberarzt und Chefarztvertreter eines Schwerpunktkrankenhauses tätig, fundierte Kenntnisse in der gesamten inneren Medizin, unter anderem je zwei bis drei Jahre Weiterbildung in der Gastroenterologie und Endoskopie (KV-Zulassung nach § 10.2-BMV, EKV), Nephrologie und Hämodialyse, Intensivmedizin, Röntgenologie, sechs Monate Interne Praxisvertretung. — Sucht zum 1. April oder 1. Juli 1978 interessante Lebensstellung in Klinik oder Praxis. „Assoziation“ mit internist, Allgemeinarzt oder Radiologen wird angestrebt.

Zuschriften erbeten unter Nr. 331/431 an die Anzeigenverwaltung BAYERISCHES ARZTEBLATT, Sonnenstraße 29, 8000 München 2.



# Die Stadt Nürnberg sucht

für das Radiologische Zentrum des Städtischen Klinikums

mit den Abteilungen Radio-Diagnostik (leitender Arzt Prof. Dr. Zeitler), Strahlentherapie (leitender Arzt Priv.-Doz. Dr. Renner) und Nuklearmedizin

## Assistenzarzt (-ärztin)

Das mit modernsten Geräten für Röntgendiagnostik, Strahlentherapie und Nuklearmedizin (z. B. ein Ganzkörper-Tomograph und ein Bestrahlungsplanungsgesetz) ausgestattete Zentrum betreut das gesamte Klinikum mit rund 2800 Betten. Es besteht die Möglichkeit zur Weiterbildung in allen Bereichen der Radiologie einschließlich Ihrer Spezialgebiete (Neuro-Radiologie, kardiovaskuläre Radiologie, Kinder-Radiologie).

Die Beschäftigung erfolgt im Angestelltenverhältnis mit Bezahlung nach Vergütungsgruppe II/1 e BAT. Hinzu kommen Entschädigungen für die Teilnahme am Nacht- und Wochenenddienst. Die Mitarbeiter erhalten neben den monatlichen Bezügen ein 13. Monatsgehalt, Urlaubsgeld, vermögenswirksame Beträge, Beihilfen im Krankheitsfall und eine zusätzliche Altersversorgung. Gelegenheit zu Nebenverdienst durch Gutachten besteht.

Bitte, senden Sie Ihre Bewerbung mit den üblichen Unterlagen an

**Stadt Nürnberg, Personalamt  
Postfach, 8500 Nürnberg 1**

Benötigen Sie vorab noch weitere Informationen, erreichen Sie uns unter Telefon (09 11) 16-28 06.

### gradient mapping

Herzklinik Karlsruhe mit Forschungsbetrieb für medizinisch-physikalische Grenzgebiete (Dir. Dr. med. habil. Dr. phil. Franz Klenke) sucht physikalisch besonders interessierte ärztliche Mitarbeiter für das Forschungsteam der Klinik in Zusammenarbeit mit der Universität Karlsruhe: Ausmessung und automatische Datenverarbeitung der elektrischen Herzfelder als isopotential maps (Nahum et al.) und gradient maps (Klenke). Gelegenheit zur Einarbeitung in besondere Grundlagen der Elektrokardiographie. Gute Bezüge, jedoch keine Anrechnung auf Weiterbildung. Zeitverpflichtung notwendig.

Herzklinik Karlsruhe, Hertzstraße 15, 7500 Karlsruhe

## 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

Norkerstraße 2 — Wöhrdsee — 8500 Nürnberg, Telefon\* 49 20 02, Telex 06-22 999 medho

Universitätsinstitut für Medizinische Psychologie und Psychotherapie in München sucht eine(n)

### wissenschaftliche(n) Assistenten(in), (Arzt)

Tätigkeitsbereich: Beteiligung an Forschung, Lehre und Poliklinik im Rahmen einer psychoanalytisch orientierten Arbeitsgruppe. Abgeschlossene oder fortgeschrittene psychoanalytische Ausbildung erforderlich. Bezahlung vorerst nach A 13.

Bewerbungen mit den üblichen Unterlagen an:

Prof. Dr. med. et phil. A. Görres, Langerstraße 3, 8000 München 80.

Welcher

### Arzt

möchte in oberbayerischer Kreisstadt eine Praxis eröffnen?

Geeignete Räume in zentraler Lage sind zu vermieten.

Zuschriften erbeten unter Nr. 331/413 an die Anzeigenverwaltung BAYERISCHES ÄRZTEBLATT, Sonnenstraße 29, 8000 München 2.

### Internist

deutsch, 38 Jahre, sucht Niederlassungsmöglichkeit (Praxis-Übernahme, Assoziation, Neugründung) im Großraum München/Augsburg ca. Mitte 1978. Zuschriften erbeten unter Nr. 331/422 an die Anzeigenverwaltung BAYERISCHES ÄRZTEBLATT, Sonnenstraße 29, 8000 München 2.

### Praxisräume

in einem Neubau in Eggenfelden/Rottal, Stadtplatz 1, 2. Obergeschoß (bis ca. 250 qm) zu vermieten. An der Pranggestaltung kann noch mitgewirkt werden.

Zuschriften erbeten unter Nr. 331/434 an die Anzeigenverwaltung BAYERISCHES ÄRZTEBLATT, Sonnenstraße 29, 8000 München 2.

### Bamberg

Wellensteinhaus, 1a Geschäftslage, Zentrum Fußgängerzone, 120 qm Praxisräume zu vermieten. Starthilfe. Röntgen-Institut, HNO und Apotheke im Hause.

Zuschriften erbeten unter Nr. 331/415 an die Anzeigenverwaltung BAYERISCHES ÄRZTEBLATT, Sonnenstraße 29, 8000 München 2.

### Internist

sucht Niederlassungsmöglichkeit ab Mitte 1978, Praxisneugründung oder -übernahme.

Zuschriften erbeten unter Nr. 331/443 an die Anzeigenverwaltung BAYERISCHES ÄRZTEBLATT, Sonnenstr. 29, 8000 München 2.

### Hals-Nasen-Ohrenarzt

operationsversiert, sucht für 1978 Praxis, möglichst mit Belegbetten.

Zuschriften erbeten unter Nr. 331/448 an die Anzeigenverwaltung BAYERISCHES ÄRZTEBLATT, Sonnenstr. 29, 8000 München 2.

## JOSEF PONGRATZ

### Ärzte-, Krankenhaus- und Laborbedarf

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

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

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