



**Fortbildung in Stichwörtern nach Leitsymptomen**

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

# Leitsymptom: Blutung

## Der Notfall: Die rektale Blutung

bearbeitet von Dr. Hans Reichert

### Symptomatik:

Austritt von Blut aus dem Anus. Die Ausscheidung des Blutes geschieht eventuell zusammen mit der Defäkation. Erfolgt die Blutentleerung unabhängig von der Ab-scheidung von Faeces, entleert sich in der Regel nach Stuhl-drang eine größere Menge Blutes. Die Farbe des Blutes kann auf den Ursprung der Blutung hinweisen. Ist das Blut während der Darmpassage in genügendem Maße den Verdauungssäften ausgesetzt, wird es teerstuhlartig verändert. Auch unmittelbar nach der Defäkation kann eine stärkere Blutung auftreten.

Die Beeinträchtigung des Allgemeinbefundes ist abhängig von der Menge des verlorenen Blutes. Bei stärkerer Blutung kann ein schwerer hämorrhagischer Volumen-mangelschock beobachtet werden.

### Anamnese:

Hinweise über bereits erfolgte Blutungen, über durchgeführte diagnostische und eventuell therapeutische Eingriffe können auf die Ursache für die Blutung führen. Unregelmäßigkeiten der Stuhlentleerung, Schmerzen und Entzündungserscheinungen im Analbereich, Lebererkrankungen und sonstige Allgemeinerkrankungen sowie eventuell Hinweise auf das Vorliegen einer hämorrhagischen Diathese sind von Wichtigkeit. Steht der Patient unter Antikoagulantien-Behandlung?

### Sofortdiagnostik:

Inspektion der Analgegend zeigt, ob die Blutung aus dem Anus kommt, oder ob eine äußere Blutungsquelle in der Nähe des Anus vorliegt (Hämorrhoidalknoten, Verletzung der Schleimhaut, entzündlicher Prozeß usw.).

Anschließende digitale Untersuchung. Am zurückgezogenen Finger vorhandene Ge-webs- oder Blutspuren geben diagnostische Hinweise.

Im Rektum aufgestautes Blut quillt während der Digitaluntersuchung oder danach aus dem Anus hervor. Sorgfältige Allgemeinuntersuchung zur Abschätzung des Blut-verlustes. Beurteilung der Haut und Schleimhäute nach Farbe, Temperatur und Feuch-

**Therapeutische  
Sofortmaßnahmen:**

tigkeitsgehalt, Messen von Blutdruck und Puls, errechnen des Schockindex: Absoluter Wert des Pulses geteilt durch absoluten Wert des systolischen Blutdruckes. Normalwert liegt bei 0,54. Beim Volumenmangelschock werden Werte um 1,5 gemessen. Ein Wert um 1,0 weist auf eine beginnende Kreislaufdysregulation hin.

Blutungen aus der Umgebung des Anus sind durch lokale Tamponade und Verband in der Regel zu beherrschen. Handelt es sich aber um Nachblutungen nach therapeutischen oder diagnostischen Eingriffen, so ist die Behandlung der Blutung problematischer. Bei höher sitzenden Blutungsquellen ist der Notfallarzt mit den ihm zur Verfügung stehenden Mitteln nicht in der Lage, die Blutung mit einigermaßen Sicherheit lokal zu beeinflussen.

Von größerer Bedeutung ist die Überwachung des Kreislaufes, die Berechnung des Schockindex und die sofortige Behandlung eines drohenden oder bereits ausgebildeten hämorrhagischen Volumenmangelschocks. Anlegen einer Infusion mit Zuführung eines Plasmaersatzmittels, wobei sich besonders 10%iges *Rheomacrodex* als Plasmaexpander bewährt hat. Injektionen von Hämostyptika, wobei in diesem besonderen Fall eine gewisse Polypragmasie angezeigt ist (*Konaktion, Orgastypin, Anvitoff, Revici, Clauden, Calcium, Tachostyptan* usw.).

**Indikation für die  
Überweisung an  
Facharzt oder  
In die Klinik:**

Jede Blutung mit Beeinträchtigung des Allgemeinzustandes und bereits ausgebildetem oder drohendem hämorrhagischen Volumenmangelschock (Schockindex!).

Jede Nachblutung nach vorausgegangenem diagnostischen oder therapeutischen Eingriff. Zusätzliche Gefährdung des Patienten durch schlechten Allgemeinzustand und Begleiterkrankungen.

Trotz Behandlung fortdauernde Blutung.

**Zusätzliche  
Maßnahmen bzw.  
Anordnungen:**

Transport des Patienten von der Wohnung zur Klinik bei jedem drohenden oder bereits ausgebildeten hämorrhagischen Volumenmangelschock oder schlechtem Allgemeinzustand mit dem Rettungswagen durchführen lassen. Bei Bedarf Sedierung des Patienten mit den Kreislauf nicht beeinträchtigenden Präparaten.

Bei schwerem Volumenmangelschock während des Transportes in die Klinik Beatmung mit O<sub>2</sub>.

**Differential-  
diagnostische  
und andere  
Erörterungen:**

Die beim Auftreten einer Rektalblutung anzustellenden differentialdiagnostischen Erwägungen kreisen in erster Linie um den Darmtumor.

Hinter den tumorösen Veränderungen treten die übrigen Ursachen für eine Darmblutung zahlenmäßig an Bedeutung erheblich zurück. Bei Kindern kann eine Invagination zu einer Darmblutung führen, hier ist aber der Blutaustritt aus dem Anus nur ein Nebenbefund. Im Vordergrund stehen die erheblichen Schmerzattacken. Entzündliche Prozesse und Fremdkörper sind seltener Ursache für eine Rektalblutung. Ambulante Probeexzisionen und andere Eingriffe können in den Stunden danach zu einer Blutung führen. Jede, auch die leichteste Darmblutung, kann ein Symptom sein für eine Erkrankung, die das Leben des Patienten, wenn auch nicht akut, so doch auf längere Sicht bedroht. Wenn diese leichtere Blutung auch keine Indikation für eine sofortige Überweisung zum entsprechenden Facharzt ist, so muß sie doch zum Anlaß genommen werden, den Patienten auf die Gefährlichkeit des Symptoms Blutung aus dem Rektum aufmerksam zu machen und eine Abklärung des Krankheitsbildes einzuleiten.

# Leitsymptom: Blutung

## Der Notfall: Blutung aus der Vagina

bearbeitet von Professor Dr. G. Heinen

### Symptomatik:

Sehr starke Blutung oder seit Tagen bestehende mittel- bzw. geringgradige Blutung aus der Scheide.

Eventuell bestehende Begleitsymptome: Fieber und Schüttelfrost, peritoneale Reizsymptome, drohener hämorrhagischer Schockzustand.

### Anamnese:

Zustand nach behandeltem Genitalkarzinom. Zustand nach vor kurzer Zeit vorausgegangener Unterleibsoperation, insbesondere Zustand nach Portiokonisation, vorangegangene Kohabitations- oder Pfählungsverletzung. Das Bestehen einer organischen gynäkologischen Erkrankung oder einer hormonalen Störung ist bekannt. Eine Frühschwangerschaft, eine Spätschwangerschaft, ein Zustand sub partu oder post partum besteht.

### Sofortdiagnostik:

Vorsichtige SpekulumEinstellung zum Auffinden der Blutungsquelle, danach gynäkologische Palpation.

**Keine vaginale Untersuchung** in der Spätschwangerschaft, nur vorsichtige äußere Untersuchung.

Messen von Blutdruck und Pulsfrequenz,

Rektale und axillare Temperatur,

Beurteilung von Hautfarbe und Hauttemperatur,

Verhalten des Füllungszustandes der Venen und des Kapillargebietes,

Beurteilung der Harnausscheidung,

Beurteilung des Bauches (peritoneale Reizsymptome).

### Therapeutische Sofortmaßnahmen:

Bei Blutungen aus der Scheide außerhalb der Schwangerschaft vorsichtige SpekulumEinstellung; feste Scheidentamponade, eventuell unter Verwendung von Hämostyptika, Dauerkatheter.

Bei Blutung aus der Scheide in der Schwangerschaft **nicht tamponieren**; unter Umständen ist bei postpartalen Blutungen die bimanuelle Uteruskompression bzw. die Aortenkompression sinnvoll.

Schnellster Transport zum Facharzt oder Krankenhaus; zur Kreislaufstabilisierung Infusionen (Plasmaexpander) anlegen; Sauerstoffzufuhr; Kopf tieflagern; Beine hochlagern und wickeln.

Möglichst keine Alkaloide; keine peripher wirksamen Kreislaufmittel.

**Indikationen für die Überweisung an Facharzt oder in die Klinik:**

**Zusätzliche Maßnahmen bzw. Anordnungen:**

**Differentialdiagnostische und andere Erörterungen:**

Grundsätzlich alle massiven Blutungen aus der Scheide. Gering- bzw. mittelgradige Blutungen aus der Scheide bei Fieber und/oder peritonealen Reizsymptomen, insbesondere bei Verdacht auf Frühgravidität.

Alle Blutungen in der Spätschwangerschaft, sub partu und alle postpartalen Blutungen. Alle geburtshilflichen Koagulopathien.

Möglichst objektive Kontrolle des Blutverlustes (alle Binden und Vorlagen mitgeben). Facharzt oder Krankenhaus telefonisch verständigen und – falls bekannt – Blutgruppe telefonisch durchgeben.

Blutgruppenausweis bzw. Mutterpaß der zum Transport erforderlichen Begleitperson mitgeben.

Blutungen aus der Scheide treten auf:

**I. Außerhalb der Schwangerschaft bei**

1. gynäkologischem Karzinom, vorwiegend Kollumkarzinom,
2. Status nach vorangegangenen gynäkologischen Eingriffen,
3. Kohabitations- bzw. Pfählungsverletzungen,
4. azyklischen Blutungen,
  - 4.1. bei organischen Leiden (Myom, Polyp, Entzündungen u. a.),
  - 4.2. bei hormonalen Störungen.

**ii. In der Frühschwangerschaft bei**

1. Abort,
2. septischem Abort,
3. Blasenmole und Chorionepitheliom,
4. Extrauteringravidität,
5. Genitalkarzinom, Zervixpolyp, Scheidenvarizen.

**III. In der Spätschwangerschaft und sub partu bei**

1. Placenta praevia,
2. vorzeitige Lösung der normal sitzenden Plazenta,
3. Uterusruptur (selten),
4. insertio velamentosa (selten).

**IV. Nach der Geburt bei**

1. Plazentaretention,
2. Retention von Plazentaresten,
3. Atonische Nachblutung,
4. Rißverletzungen (Zervixriß, Vaginal- und Dammsrisse).

**V. Koagulopathien**

(Auftreten möglich bei vorzeitiger Lösung der normal sitzenden Plazenta; bei allen Erkrankungen, die mit schwerem Blutverlust und Schockzustand einhergehen; bei Foetus mortuus; bei Fruchtwasserembolie).



# Bayerisches Ärzteblatt

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

Herausgegeben von der Bayerischen Landesärztekammer

Nummer 5

## Zur Kenntnis genommen:

Wenn es um maligne Erkrankungen geht, steht die medizinische Wissenschaft euch heute noch vor vielen ungelösten Fragen. Für ihre Entstehung gibt es Vermutungen und einige Anhaltspunkte, ihre Verlaufsformen entziehen sich trotz aller therapeutischen Bemühungen immer noch in einem erschreckenden Umfang unserer Beeinflussung. Ein Heilmittel besitzen wir noch nicht. Stahl, Strahl und Chemotherapie sind Hilfen von unterschiedlichem Erfolg. Der Früherkennung sind leider Grenzen gesetzt.

Dennoch wurden bei einigen Tumorformen bereits beachtliche Erfolge erzielt. Zu ihnen gehören sicherlich das Kollum-Korpus-Karzinom und das Mamma-Karzinom der Frau. Praktikable Vorsorgeuntersuchungen machen es hier möglich, Frühformen zu entdecken, welche erhebliche Heilungschancen erwarten lassen. Wir müssen aber erkennen, daß die primäre klinische Behandlung dieser Karzinome allein nicht als ausreichend angesehen werden kann. Dieser Erkenntnis folgend, hat die Bayerische Landesärztekammer schon vor Jahren die Initiative für die Errichtung von zwei Tumornachsorge-Kliniken in Bayern ergriffen. Es läßt sich kaum mehr bezweifeln, daß eine stationäre Nachbehandlung im unmittelbaren Anschluß an die Primärbehandlung die Heilungs- und Überlebenschancen erheblich verbessern kann. Dabei mag die Frege durchaus offen bleiben, ob die Bedeutung mehr bei der direkten Beeinflussung des Tumorgeschehens oder bei der Begleittherapie liegt. Hier sei nur beispielhaft an den Wert einer intensiven Behandlung von Strahlenschäden nach einer Röntgenbestrahlung erinnert. Unser Ziel sollte sein, jedem Patienten nach primärer Behandlung einer Tumorerkrankung eine mehrwöchige Nachbehandlung in einer fachlich und technisch bestens ausgerüsteten Nachsorge-Klinik zu ermöglichen.

Wir haben im Laufe der letzten Jahre aber noch eine weitere Erkenntnis gewonnen. Es ist dringend erforderlich, Patienten nach Abschluß der stationären Behandlung noch jahrelang einer sorgfältigen Beobachtung zu unterziehen, um etwaige Rezidive oder Begleitkrankheiten rechtzeitig zu erkennen und einer erneuten Behandlung zuzuführen. Herr Kollege Dr. Leonhardt, der Ärztliche Direktor unserer Tumorklinik Bad Trissl, hat in langjähriger Arbeit an Patientinnen mit Korpus-Kollum- und Mamma-Karzinomen Erfahrungen darüber gesammelt, welche Untersuchungen im einzelnen jeweils erforderlich sind und wie ihre Abstände sein sollen. Im Rahmen unserer Bemühungen um eine immer bessere ärztliche Betreuung unserer Patienten hält es der Vorstand der Bayerischen Landesärztekammer nunmehr für erforderlich, den Ärzten Bayerns die abgeschlossenen Arbeitsergebnisse Leonhardts zugänglich zu machen. Wir wissen, daß Vieles bereits gemacht wird. Die Zusammenstellung der jeweils notwendigen Untersuchungen in „Programmen“ soll es dem betreuenden Arzt aber erleichtern, jeweils zur richtigen Zeit die zutreffenden Untersuchungen durchzuführen oder durchführen zu lassen. Die zeitliche Planung der Untersuchungen sichert zugleich den unverzichtbaren fortlaufenden Kontakt zwischen Arzt und Patientin und gibt ihr selbst das Gefühl der Sicherheit und Geborgenheit. Um diesen Kontakt und auch die zeitliche Vorausplanung zu erleichtern, haben wir noch einen „Nachsorge-Terminkalender für die Frau“ geschaffen. Er soll in der Regel von der Nachsorge-Klinik ausgestellt werden. Der ambulant betreuende Arzt trägt den jeweils nächsten Untersuchungstermin und das Programm ein und merkt die Patientin zugleich in seinem eigenen Bestellbuch vor.

Nun einige Anmerkungen zu dem Dokumentationsbogen. Er läßt auf einen Blick den jeweiligen Untersuchungsinhalt A-B-C-D erkennen. Meßwerte können eingetragen werden. Daneben finden sich Kästchen mit N (normal) und P (pathologisch), die jeweils angekreuzt werden sollen. Das mit den Personalien der Patientin versehene Dokumentationsblatt – für die Nachuntersuchung wird jeweils ein neues Blatt verwendet, wobei die Anamnese bei Wiederholung entfallen kann – verbleibt in der Hand des behandelnden Arztes.

Werum dann aber ein Durchschlag? Das bedarf einer Begründung. Es ist heute allgemeine Überzeugung, daß neben der Intensivierung der ärztlichen Betreuung des einzelnen Tumorpatienten eine Verlaufsbeobachtung möglichst vieler Tumorpatienten Beiträge zur besseren Behandlung liefern können. Daher die immer wieder erhobene Forderung nach Landes-Krebsregistern. Wir haben uns stets gegen die Meldung von Tumorpatienten und ihre namentliche Erfassung ausgesprochen. Selbst eine so ernste Erkrankung rechtfertigt keinen Einbruch in die schutzwürdige Intimsphäre des Patienten. Wir haben nun gemeinsam ein System erarbeitet, welches einerseits dieser Grundforderung gerecht wird und andererseits eine Speicherung von Befunden zur langfristigen Verlaufsbeobachtung ermöglicht. Die Nachsorge-Terminkalender, welche wir paketweise an Kliniken, Nachsorge-

Kliniken oder Ärzte abgeben, tragen eine Nummer. Nur der behandelnde Arzt in Klinik oder Praxis weiß, welchen Terminkalender mit welcher Nummer er an seine Patientin ausgegeben hat und er vermerkt diese Nummer in seinen Krankenpapieren. Der Durchschlag des Dokumentationsbogens trägt nur die besagte Nummer. Um die Rücksendung dieses Durchschlages würden wir Sie bitten. Wir werden dann die Befunde unter der angegebenen Nummer speichern und jede weitere Nachuntersuchung ergänzen. Auf diese Weise können wir unter voller Wahrung der Anonymität über Jahre Verlaufsbeobachtung betreiben und zugleich die Wirksamkeit der intensiven Betreuung dieser Patientinnen erforschen. Daraus werden sich wertvolle Schlüsse ziehen lassen. Bitte lesen Sie einmal in Ruhe die „Anleitung zum Ausfüllen der Nachsorgebögen“. Selbstverständlich genügt es, die Durchschläge der Bögen zu sammeln und am Ende jeden Quartals zusammen mit Ihrer Kassenabrechnung einzusenden.

Nun ein Wort zur kassenärztlichen Seite. Der Vorstand der Kassenärztlichen Vereinigung Bayerns hat sich eingehend mit der Intensivierung der Tumornachsorge befaßt. Die Vorstandsmitglieder kamen einhellig zu der Überzeugung, daß auch ein begrenztes Honorarwachstum uns nicht daran hindern darf, für unsere Patienten das Bestmögliche zu tun, wenn es nach dem heutigen Stande der Medizin notwendig und wirksam ist. Die von der Bayerischen Landesärztekammer angebotene Hilfe für den Arzt wurde deshalb ganz besonders begrüßt. Der Vorstand der Kassenärztlichen Vereinigung Bayerns bittet alle Kolleginnen und Kollegen, welche Patientinnen mit Mamma-, Kollum- oder Korpuskarzinomen betreuen, die vorliegenden Empfehlungen hinsichtlich Inhalt und Zeitablauf der Untersuchungen zu übernehmen. Sie handeln damit medizinisch richtig und auch wirtschaftlich. Beide Vorstände bitten Sie, die Krebsbekämpfung auch dadurch zu fördern, daß Sie die Durchschläge der Dokumentationsbögen einschicken, damit sie ausgewertet werden können. Die Speicherung der Untersuchungsergebnisse unter der von Ihnen angegebenen Nummer erfolgt in der Datenverarbeitung der Kassenärztlichen Vereinigung Bayerns.

Liebe Kolleginnen und Kollegen!

Angesichts der Tatsache, daß derzeit die Entwicklung der ärztlichen Honorare hinter dem Kaufkraftverlust unserer Währung zurückbleibt, fällt es sicherlich nicht leicht, eine weitere Intensivierung unserer ärztlichen Arbeit zu fordern. Wir müssen es dennoch tun. Die praktizierende Ärzteschaft trägt die Verantwortung für das gesundheitliche Wohl der uns anvertrauten Menschen. Wenn uns medizinische Erkenntnisse die Möglichkeit geben, für unsere Patienten mehr zu tun als bisher, dann müssen wir davon Gebrauch machen, selbst wenn es Opfer kostet. Wir haben immer noch die Zuversicht, daß die Politiker rechtzeitig erkennen, was sie zerstören, wenn sie die freipraktizierenden Ärzte unter die Grenze der Existenzfähigkeit drücken. Sie trafen damit die Ärzte – aber noch viel schmerzhafter deren Patienten. Eine gute ärztliche Versorgung der Menschen unseres Landes ist nur möglich mit einer gesunden und leistungsfähigen Ärzteschaft. Der Schritt, welchen wir mit der Verbesserung der Nachsorge für Tumorkranke gemeinsam tun, ist dafür ein lebendiger Beweis.

*R. Sewering*  
 Professor Dr. Sewering

**Nachsorge-Terminkalender für die Frau**

Register-Nummer: 0001

Überreicht durch die Bayerische Landesärztekammer

Name: .....  
 Vorname: .....  
 geb. am: .....  
 Journal-Nr.: .....  
 \_\_\_\_\_  
 Operation: .....  
 Datum: .....  
 Bestrehlung: .....  
 Datum: .....  
 \_\_\_\_\_

**Beachten Sie bitte die angegebenen Nachsorge-Termine.**  
 Die vorgesehenen Untersuchungen dienen Ihrer Sicherheit.  
 Bei Beschwerden **sofortige** Benachrichtigung Ihres behandelnden Arztes.

	Nachsorgetermin Datum	Progr.	Arzt
1. Jahr	1		
	2		
	3		
	4		
	5		
	6		
	7		
2. Jahr	1		
	2		
	3		
	4		
	5		
3. Jahr	1		
	2		
	3		
	4		

# Hinweise für die Führung der Dokumentationsbögen

Die Dokumentationsbögen werden von der Bayerischen Landesärztekammer an Allgemeinärzte und Frauenärzte, sonst auf Anforderung ausgegeben. Soweit der betreuende Arzt Untersuchungen nicht selbst durchführt, bleibt es ihm überlassen, die Patientinnen an einen einschlägigen Arzt zu überweisen, der dann wie üblich seinen Befundbericht erstattet. Die Führung des Dokumentationsbogens sollte aber stets in der Hand des Arztes bleiben, der die Patientin kontinuierlich betreut.

**Wichtig:** Bei der Durchführung der Nachsorgeuntersuchungen bitten wir dringend, nicht nur inhaltlich entsprechend dem Dokumentationsbogen zu verfahren, sondern auch den Terminplan auf der Rückseite des Untersuchungsbogens einzuhalten.

## Anleitung zum Ausfüllen der Nachsorge-Dokumentationsbögen

### 1. Allgemeines:

Die Dokumentation der programmierten Nachsorge erfolgt auf den entsprechenden Dokumentationsbögen. Ein Formularsatz besteht aus zwei Bögen, die im Durchschreibeverfahren ausgefüllt werden. Ein Durchschlag ist für die EDV vorgesehen, das Original verbleibt beim Arzt

### 2. Personelengeben:

Am Kopf des Bogens müssen die Personelangaben der Patientin eingetragen werden

### 3. Zelle 00: (Siehe Terminplan auf der Rückseite)

Ankreuzen des vorgesehenen Programms

Rechts außen Geburtsjahr der Patientin eintragen (z. B. 1923)

Unter Register-Nummer **unbedingt** die Nummer des Nachsorge-Ausweises der Patientin eintragen

**Wichtig:** Programm A = für **Mamme** sowie **Kollum/Korpus** alle weißen Felder ausfüllen

Programm B = für **Mamme** alle weißen und grauen Felder ausfüllen, für **Kollum/Korpus** alle weißen und hellgrünen Felder ausfüllen

Programm C = für **Mamme** alle weißen, grauen und hellblauen Felder ausfüllen, für **Kollum/Korpus** alle weißen, hellgrünen und dunkelgrünen Felder ausfüllen

Programm D = für **Mamme** alle weißen, grauen, hellblauen und dunkelblauen Felder ausfüllen

### 4. Zelle 01 bis 04:

Zutreffendes im entsprechenden Markierungsfeld ankreuzen

### 5. Zelle 05 bis 19:

Für jeden einzelnen Programmpunkt dieses Bogenteils sind zwei Markierungsfelder vorhanden, die mit „n“ oder „p“ bezeichnet sind („n“ = normaler Befund, „p“ = pathologischer Befund). Alle in Zahlenwerten erfaßbaren Befunde (Messungen, Laborbefunde) müssen zunächst direkt in den dafür vorgesehenen Raum eingetragen werden. Anschließend erfolgt bei diesen und ebenso allen übrigen Programmpunkten, bei denen eine Befundeintragung aus Platzmangel nicht möglich ist (z. B. Röntgen usw.), die Markierung durch Ankreuzen je nach Befund im Feld „n“ = bei normalem Befund oder im Feld „p“ = bei pathologischem Befund

### 6. Zelle 20 und 21: (Immer ausfüllen)

Bei allen Fragen Zutreffendes ankreuzen

### 7. Zelle 22: (immer ausfüllen)

Monat/Jahr = z. B. 09/74

Klinikname = Institut, das die Primärtherapie durchgeführt hat

### 8. Zelle 23: (immer ausfüllen)

Hier nur die Zahlen der vollen Monate angeben

### 9. Zelle 24: (immer ausfüllen)

9.1. Zahl der bisher bei dieser Patientin planmäßig durchgeführten Nachsorgeuntersuchungen (einschließlich der jetzigen)

9.2. Ankreuzen des nächsten nach Terminplan anstehenden Programms (A, B usw.)

9.3. Eintragung des vorgesehenen Datums und sofortige Übertragung in den Nachsorge-Ausweis der Patientin

### 10. Weitere Veranlassung:

Einsenden des EDV-Blattes an Ihre KV-Bezirksstelle zusammen mit der vierteljährlichen Kassenabrechnung

Bei Unklarheiten Anfragen an:

Bayerische Landesärztekammer (Dr. Sluke), Telefon (0 89) 41 47 - 284

Dr. Leonhardt, Dr. Schuster, Gynäkologisch-Onkologische Klinik Bad Trissl, Telefon (0 80 33) 2 01

# Telefonisches Tumorkonsil des Tumorzentrums München

Sehr geehrte Kolleginnen und Kollegen!

Das Tumorzentrum München im Fachbereich Medizin der Ludwigs-Maximilians-Universität vereinigt Kliniken und Institute, die über besondere Erfahrungen auf dem Gebiet der onkologischen Diagnostik, der Therapie und der Nachsorge von Tumorkranken verfügen. Die fachbezogene Versorgung der Patienten wird durch einen engmaschigen Konsilientdienst im onkologischen Bereich ergänzt und im Rahmen von interdisziplinären Projektgruppen verwirklicht.

Das Tumorzentrum München bietet allen niedergelassenen und klinisch tätigen Kollegen ein telefonisches Tumorkonsil an. Damit wird beabsichtigt, die speziellen klinischen Erfahrungen onkologischer Experten einem größeren Kollegenkreis zugänglich zu machen und den gegenseitigen Austausch von Informationen im Rahmen der Vorsorge, Behandlung und Nachsorge von Tumorkranken zu pflegen.

Im Abschnitt „Spezielle Onkologie“ des telefonischen Tumorkonsils finden Sie – geordnet nach Tumorarten – alle Angaben über fachbezogene Kliniken, Ambulanzen und telefonische Sprechzeiten der onkologischen Fachkollegen, die sich für das telefonische Tumorkonsil zur Verfügung halten.

Der Abschnitt „Allgemeine Onkologie“ verweist darüber hinaus auf Informationsmöglichkeiten über klinische und therapeutische Probleme, die über das einzelne Fachgebiet hinausreichen und eine Koordination mehrerer onkologischer Fachgebiete voraussetzen.

Das telefonische Tumorkonsil steht allen Interessierten Kollegen ab sofort zur Verfügung.

Professor Dr. med. J. Lissner  
Vorsitzender

Professor Dr. med. H. Ehrhart  
Sekretär

## Spezielle Onkologie

Nierentumoren Harnleitertumoren Blasentumoren Prostatatumoren Harnröhrentumoren Samenblasentumoren Hoden- und Nebenhodentumoren	Oberarzt Dr. F. J. Merx Oberarzt Dr. R. Böwering
	Montag bis Freitag von 8.00 bis 11.00 Uhr Telefon (0 89) 51 60 / 25 50 oder 2 33 32 64
	Urologische Klinik und Poliklinik der Universität München, Nußbaumstraße 20 bzw. Thalkirchner Straße 48, 8000 München 2
Intra-okulare Tumoren Lidtumoren Tränendrüsen- und Tränensacktumoren Bindehauttumoren Orbitatumoren	Privatdozent Dr. F. H. Stefani Dr. A. Kampik
	Vormittags von 8.00 bis 10.00 Uhr Telefon (0 89) 51 60 / 38 11 oder 38 12
	Universitäts-Augenklinik, Mathildenstraße 8, 8000 München 2
Gynäkologische Onkologie	Privatdozent Dr. K. Lohe Dr. J. Baltzer (Professor Dr. J. Zander)
	Dienstag von 13.00 bis 16.00 Uhr Telefon (0 89) 53 46 03
	I. Frauenklinik und Hebammenschule der Universität München, Maistraße 11, 8000 München 2
Gynäkologische Onkologie	Professor Dr. W. Penning Privatdozent Dr. W. Eicher (Professor Dr. K. Richter)
	Mittwoch von 14.00 bis 15.00 Uhr Telefon (0 89) 51 60 / 27 24 oder 27 26
	II. Frauenklinik der Universität München, Lindwurmstraße 2 a, 8000 München 2 (im Zimmer 12 des Erdgeschosses)
Radiotherapie maligner Tumoren	Oberarzt Dr. H. von Lieven
	Montag bis Donnerstag von 8.00 bis 11.00 Uhr Telefon (0 89) 51 60 / 24 28 oder 24 24
	Klinik und Poliklinik für Radiologie der Universität München, Ziemssenstraße 1, 8000 München 2

Onkologische Hämatologie bei Kindern	Privatdozent Dr. Ch. Bender-Götze Privatdozent Dr. H. J. Suschke
	Donnerstag von 14.00 bis 16.00 Uhr oder nach Vereinbarung Telefon (0 89) 51 60 / 36 95 oder 36 86
	Kinder-Poliklinik der Universität München, Pettenkofersstraße 8 a, 8000 München 2 (in der Ambulanz der Kinder-Poliklinik)
Onkologisch-pädiatrisches Zentrum Pädiatrische Onkologie	Professor Dr. R. J. Haas Dr. G. Jenka
	Freitag von 14.00 bis 17.00 Uhr Telefon (0 89) 51 60 / 32 48 oder 32 51
	Kinderklinik der Universität München, Lindwurmstraße 4, 8000 München 2 (in der Ambulanz 4 und 5)
Nachsorge und Behandlung maligner Tumoren und Systemerkrankungen	Dr. B. Wolf-Hornung Raum F 01-837 Mittwoch von 11.00 bis 12.00 Uhr Telefon (0 89) 70 95 / 30 37
	Dr. M. Mempel Raum F 00-837 Mittwoch von 11.00 bis 12.00 Uhr Telefon (0 89) 70 95 / 30 17
	Privatdozent Dr. E. Hiller Raum F 01-841 Montag von 11.00 bis 12.00 Uhr Telefon (0 89) 70 95 / 30 39
	Dr. L. Boening Raum F 00-841 Montag von 11.00 bis 12.00 Uhr Telefon (0 89) 70 95 / 30 19
	Medizinische Klinik III im Klinikum Großhadern, Marchionin- straße 15, 8000 München 70 (in Poliklinik A und B)
Maligne Melanome	Dr. K. Schiele-Luftmann Professor Dr. B. R. Balda
	Montag bis Freitag von 10.00 bis 12.00 Uhr Telefon (0 89) 2 33 - 35 88 oder 2 33 - 34 26 oder 53 97 - 6 30
	Dermatologische Klinik und Poliklinik der Ludwig-Maximilians-Uni- versität, Freudenlobstraße 9, 8000 München 2 (in der Röntgenabtei- lung der Dermatologischen Klinik)
Kopf-Hals-Tumoren	Oberarzt der Ambulanz (wechselt halbjährlich)
	Freitag von 9.00 bis 11.00 Uhr Telefon (0 89) 51 60 / 36 41 oder 36 42 oder 36 43
	Klinik und Poliklinik für HNO-Krankheiten der Universität München, Pettenkofersstraße 8 a, 8000 München 2 (in der Ambulanz II. Stock)
Gynäkologisch-onkologische Nachsorge	Chefarzt Dr. A. Leonherdt Chefarzt Dr. H. Merkl Chefarzt Dr. H. Schünemann
	Dienstag, Mittwoch und Donnerstag von 12.00 bis 13.00 Uhr Telefon (0 80 33) 20 - 288 / Sekretariat oder (0 80 33) 20 - 250, 20 - 220, 20 - 253
	Gynäkologisch-Onkologische Klinik Bad Trissl, 8203 Obereudorf/Bad Trissl

Gliome	Dr. P. Stass
	jeden ersten Mittwoch im Monat von 9.00 bis 12.00 Uhr Telefon (0 89) 70 95 / 35 50
	Neurochirurgische Klinik im Klinikum Großhadern, Merchloninistraße 15, 8000 München 70
Gastrointestinale Tumoren	Dr. S. von Bary Dr. E. Kiffner
	Donnerstag von 15.00 bis 17.00 Uhr Telefon (0 89) 70 95 / 34 70 oder 35 77
	Chirurgische Klinik im Klinikum Großhadern, Merchloninistraße 15, 8000 München 70 (in Poliklinik A)
Gastrointestinale Tumoren	Privatdozent Dr. V. Zumtobel Dr. J. Witte
	Donnerstag von 8.00 bis 11.00 Uhr Telefon (0 89) 51 60 / 26 29 oder 25 80
	Chirurgische Universitätsklinik, Nußbaumstraße 20, 8000 München 2 (im III. Stock – Zimmer 320)
Tumoren des Gastrointestinaltraktes (Abdomen)	Privatdozent Dr. W. L. Brückner
	Mittwoch von 11.00 bis 13.00 Uhr Telefon (0 89) 5 - 60 / 36 04 oder 36 01
	Chirurgische Poliklinik, Pettenkoflerstraße 8 e, 8000 München 2
Tumoren der Thoraxorgane	Dr. A. Thiel (Vertreter Dr. X. Baur)
	Montag von 9.00 bis 11.00 Uhr Telefon (0 89) 70 95 / 30 72 oder 30 71
	Medizinische Klinik I im Klinikum Großhadern, Marchioninistraße 15, 8000 München 70 (in der Pulmonologischen Abteilung)
Knochen- und Bindegewebstumoren	Dr. H. Stürz
	Freitag von 9.00 bis 11.00 Uhr (telefonische Voranmeldung erbeten) Telefon (0 89) 62 11 / 2 08 oder 2 62
	Orthopädische Klinik München, Harlachinger Straße 51, 8000 München 90
Tumoren des Mund-Kiefer- und Gesichtsbereiches Interdisziplinäre Sprechstunde (mit Radiologie)	Oberarzt Dr. E. Dielert Dr. C. Müller
	jeden zweiten Montag im Monat von 13.00 bis 15.00 Uhr Telefon (0 89) 51 60 / 32 55 oder 34 67
	Klinik für Kieferchirurgie der Universität München, Goethestraße 70, 8000 München 2 (im II. Stock, grünes Zimmer, Zimmer-Nr. 214)
Tumoren der Mund-Kiefer- und Gesichtregion	Professor Dr. Dr. Schlegel Oberarzt Dr. E. Dielert
	Montag und Donnerstag von 9.00 bis 10.00 Uhr Telefon (0 89) 51 60 / 32 41
	Klinik und Poliklinik für Kieferchirurgie der Universität München, Goethestraße 70, 8000 München 2 (I. Stock – Zimmer 115)

Lebertumoren	Professor Dr. J. Eisenburg Raum F 01-823 – Poliklinik B Montag und Donnerstag von 8.00 bis 9.00 Uhr Telefon (0 89) 70 95 / 30 30
Paraproteinämien	Privatdozent Dr. Lamerz – Professor Dr. A. Fateh Raum F 01-831 – Poliklinik A Dienstag und Freitag von 8.00 bis 12.00 Uhr Telefon (0 89) 70 95 / 30 14
	Medizinische Klinik II im Klinikum Großhadern, Marchioninistraße 15, 8000 München 70

### Aligemeine Onkologie

Interdisziplinäre Onkologie	Professor Dr. med. H. Ehrhart
	Montag mit Freitag von 9.00 bis 16.00 Uhr Telefon (0 89) 51 60 / 22 36
	Tumorzentrum München, Sekretariat, Ziemssenstraße 1, 8000 München 2
Immuntherapie (bei malignen Tumorerkrankungen) und Immundefekten bei immunproliferativen Erkrankungen	Professor Dr. G. Riethmüller Dr. J. G. Saal
	Mittwoch von 14.30 bis 16.00 Uhr Telefon (0 89) 59 96 / 3 96 oder 4 09
	Institut für Immunologie, Schillerstraße 42, 8000 München 2 (In der Medizinischen Poliklinik, Pettenkoferstraße 8 – Räume der Stoffwechselambulanz)
Steroidhormon-Rezeptoren im Tumorgewebe	Dr. P. Unterburger – Dr. D. Jüngst
	Raum F 01-831 – Poliklinik A Donnerstag von 9.00 bis 12.00 Uhr Telefon (0 89) 70 95 / 30 14 oder 30 20
	Medizinische Klinik II im Klinikum Großhadern, Marchioninistraße 15, 8000 München 70
Epithetik zum Ersatz von Weichgeweben des Gesichtes (Augen, Nase, Ohren) und Resektionsprothesen im Ober- und Unterkieferbereich	Dr. R. Hopp, Akademischer Oberrat
	Dianstag von 9.00 bis 10.00 Uhr Telefon (0 89) 51 60 / 32 84 oder 32 51
	Poliklinik für Zahnärztliche Prothetik, Goethestraße 70, 8000 München 2 (im 1. Stock – Zimmer 154)
Hämatologisch-osteologische Diagnostik	Professor Dr. R. Burkhardt – Dr. R. Bartl
	Montag jeder Woche von 9.00 bis 11.30 Uhr Telefon (0 89) 52 60 / 23 84 oder 23 30
	Hämatologisch-Osteologische Ambulanz (Abteilung für Knochenmarksdiagnostik), Medizinische Klinik-Innenstadt, Ziemssenstraße 1, 8000 München 2

### Information über das telefonische Tumorkonsil

Sekretariat des Tumorzentrum München am Fachbereich Medizin der Ludwig-Maximilians-Universität München  
Ziemssenstraße 1, 8000 München 2, Telefon (0 89) 51 60 / 22 36 oder 22 38

# Krankenversicherungs-Weiterentwicklungsgesetz (KVWG) und Krankenversicherungs-Kostendämpfungsgesetz (KVKG) – wie geht es weiter?\*

von F. Kolb

Sewering schreibt im Leitartikel des „Deutschen Ärzteblattes“ 4/1978: „Das Jahr 1977 war inhaltsreich, aber keineswegs erfreulich. Man kann diese Feststellung uneingeschränkt auch auf die Gesundheits- und Sozialpolitik übertragen. Neue Gesetze und neue Programme reißen sich wie eine Kette aneinander. Um Nah- und Fernwirkungen der Gesetzgebung des Jahres 1977 voll zu erkennen, muß man ihren Inhalt gründlich analysieren und sie dann in Synthese mit Programmen, Forderungen und Thesen des gleichen Jahres zusammenführen. Nur so ist eine Prognose möglich.“

## I. KVWG

Am 1. Januar 1977 ist das KVWG in Kraft getreten. Es brachte u. a. folgende Änderungen, die ich kurz in Ihr Gedächtnis zurückrufen möchte:

– Verpflichtung zur *Rationalisierung und Modernisierung* der Praxen mit deutlicher Tendenz zum Medizinisch-Technischen Zentrum (MTZ) (§ 368/3 RVO)

– *Chefarztbeteiligung*, auch *unmittelbar* durch Inanspruchnahme mit Originalkrankenschein (§ 368 a/8)

– *Bedarfsplanung im Einvernehmen* mit den Krankenkassen, im *Behörden* mit den Landesbehörden und der eventuellen Entscheidung durch den Landesausschuß (§ 368/4)

– *Fortbildungsverpflichtung* auf dem Gebiet der kassenärztlichen Tätigkeit (§ 368 m/5)

– *Beteiligung der psychiatrischen Krankenhäuser* und psychiatrischen Abteilungen als Institutionen ohne Bedarfsprüfung an der ambulanten kassenärztlichen Versorgung analog der vorher verfügbaren Gesetzesände-

– *Wegfall des Nur-Ersatzkassenstatus* der Neubeteiligten Vertrags-Ärzte als Beginn der Einbeziehung der Ersatzkassen in das Recht der RVO

Am 20. Oktober 1976 habe ich auf einer Hartmannbund-Versammlung in Bamberg wörtlich folgendes ausgeführt:

„Ich sah und sehe keine Notwendigkeit, die endgültige Verabschiedung des KVWG in der Form des vom Vermittlungsausschuß gefundenen Kompromisses zu forcieren, da der Kompromiß zu viele absolut negative Bestimmungen enthält. Deshalb begreife ich auch nicht die Aktivität mancher Standespolitiker und ihr Fernschreiben an den Vermittlungsausschuß mit der Bitte, man möge doch zu einem einvernehmlichen Kompromiß kommen. Das Argument, wenn erst einmal eine Änderung der RVO erfolgt, wird so schnell keine weitere beschlossen werden, ist für mich nicht überzeugend. Wenn die Bundesregierung die Rentenversicherung auf Kosten der Krankenversicherung sanieren will, wird der Kassenarzt wie bisher der erste Partner der gesetzlichen Krankenversicherung sein, der erneut zur Kasse gebeten wird, entweder freiwillig durch eine weitere Empfehlungsvereinbarung mit erneuter Honorarbegrenzung oder durch den Versuch der Bundesregierung, die RVO zum Nachteil des Kassenarztes zu ändern.“

## II. KVKG

Meine damaligen Aussagen wurden durch das am 1. Juli 1977, nur ein halbes Jahr nach dem KVWG in Kraft getretene KVKG in Verbindung mit dem 20. Rentenanpassungsgesetz leider voll bestätigt, durch das noch viel schwerere Eingriffe in das bis-

herige Recht erfolgten. Die wesentlichen Änderungen sind:

– *Verlagerung von 7 bis 8 Milliarden DM Kosten jährlich* von der Rentenversicherung auf die Krankenkassen, die bei der ambulanten Behandlung teilweise eingespart werden sollen.

– *DM 1,- Kostenbeteiligung für jedes Arznei-, Verband- und Heilmittel* auch für Rentner, Waisenrentner und Schwerbeschädigte. In Härtefällen bei laufendem Arzneimittelbezug kann ausschließlich die Krankenkasse von dieser Selbstbeteiligung befreit (§ 182 a RVO).

– Die Krankenkassen werden verpflichtet, ein „*Mitgliederverzeichnis*“ zu führen, in das die Aufzeichnungen aufzunehmen sind, die zur rechtmäßigen Erfüllung ihrer Aufgaben erforderlich sind“. Durch Rechtsverordnung bestimmt der Bundesminister für Arbeit über Inhalt und Form des Verzeichnisses (§ 319 a). In Verbindung mit dem § 323, der der Kasse das Recht gibt, *in Anspruch genommene Leistungen* der Versicherten zu *überprüfen*, wird der „gläserne“ Versicherte geschaffen, dessen Intimsphäre (bei bisher ungenügendem Datenschutz) preisgegeben wird.

– *Die Beendigung der kassenärztlichen Tätigkeit* durch Verzicht auf die Zulassung ist nur nach einer noch zu bestimmenden „angemessenen“ Wartefrist (§ 368 a/7 und b/15) möglich, um deren Dauer noch gerungen wird. Eine solche Verpflichtung zur „Zwangsarbeit“ ist mit dem Wesen eines Freien Berufes und mit dem Grundgesetz nicht vereinbar.

– *Die Gesamtvergütung* kann nach einem Festbetrag, nach Kopfpauschale, Fallpauschale, Einzelleistung oder einer Kombination dieser Vergütungssysteme berechnet werden (§ 368 a/8 und c/11). Die *Gesamtvergütung* ist im voraus mit den Landesverbänden vertraglich zu vereinba-

\* Vortrag anlässlich der Hartmannbund-Versammlung am 8. März 1978 in Weißenburg.

# ® Esimil

## senkt Hochdruck

einmal täglich 1 Tablette



#### Zusammensetzung

1 Tablette ESIMIL enthält 10 mg Guanethidinsulfat und 25 mg Hydrochlorothiazid.

#### Indikationen

Alle Formen der arteriellen Hypertonie.

#### Kontraindikationen

Sulfonamid-Überempfindlichkeit, Coma hepaticum, therapieresistente Hypokaliämie, Niereninsuffizienz mit Anurie, Phäochromozytom, gleichzeitige Gabe von MAO-Hemmern.

#### Dosierung

1 Tablette täglich nach dem Frühstück. In Fällen unzureichender Blutdrucksenkung sollte nach einer Woche die Tagesdosis um ½ Tablette erhöht werden. In besonders

schwer beeinflussbaren Fällen kann eine Steigerung der Tagesdosis auf 2-3 Tabletten erforderlich werden. Erhaltungsdosis 1 Tablette täglich. In jedem Fall sollte die gesamte Tagesdosis morgens nach dem Frühstück eingenommen werden.

#### Besondere Hinweise

Bei zu hoher Dosierung kann es zu einem unerwünschten, stärkeren orthostatischen Blutdruckabfall kommen, der sich meist durch Hinsetzen oder Hinlegen mit Hochlagerung der Beine beheben läßt. In seltenen Fällen können Durchfälle oder Ejakulationsstörungen auftreten. Bei Niereninsuffizienz ist eine sorgfältige

Überwachung des Elektrolythaushaltes und der Plasmakreatinin-Werte erforderlich. Eine latente Gicht bzw. ein latenter Diabetes mellitus kann manifest werden. ESIMIL darf nicht zusammen mit trizyklischen oder tetrazyklischen Antidepressiva gegeben werden.

#### Handelsformen und Preise

Originalpackung mit 20 Tabletten DM 11,77 II. AT  
Originalpackung mit 50 Tabletten DM 26,24 II. AT  
Anstaltspackung

**GEIGY**

ren. Die dabei zu beachtenden Kriterien sind: Grundlohnsumme, Praxiskosten, Arbeitszeit, Art und Umfang der ärztlichen Leistungen, letztere aber nur bei gesetzlicher oder vertraglicher Leistungsausweitung (§ 368 f/3). Der Fortschritt in der Medizin soll an die Versicherten anscheinend nicht oder nur zu Lasten des Arztes weitergegeben werden.

– Es wird ein *Arzneimittelhöchstbetrag* im voraus festgelegt. Bei dessen Überschreitung sind zusätzliche und gezielte Einzelprüfungen vorgesehen (§ 368 f/6). Diese Bestimmung ist rechtlich unhaltbar und undurchführbar.

– Eine „Konzertierte Aktion“ und eine *Empfehlung auf Bundesebene* für die Veränderung der Gesamtvergütung und den Arzneimittelhöchstbetrag werden verbindlich eingeführt (§ 368 f/4 und 7).

– Für alle Krankenkassen einschließlich der Ersatzkassen gilt ein *einheitlicher Bewertungsmaßstab* nach Punkten (§ 368 g/4 und i/8), der von einem sogenannten Bewertungsausschuß aufgestellt und laufend weiterentwickelt wird. Der „kleine“ Bewertungsausschuß (7 : 7) kann nur einstimmige Beschlüsse fassen. Widersprechen mindestens zwei Mitglieder, wird er um einen unparteiischen Vorsitzenden und vier (2 : 2) weitere unparteiische Mitglieder erweitert, über deren Benennung bei Nichteinigung das Los entscheidet. Dieser erweiterte Bewertungsausschuß entscheidet mit Stimmenmehrheit.

– Die durch das Krankenhausfinanzierungsgesetz und § 371 RVO gefährdete *belegärztliche Tätigkeit* soll durch eine unverbindliche Aussage im Gesetz ohne Rechtsinhalt gefördert werden. Die Belegarzthonorare müssen in einem angemessenen Verhältnis zum Arztanteil am großen Pflegesatz stehen (§ 368 g).

– Die Kassenärztliche Vereinigung wird verpflichtet, die Versorgung der Personen, denen kostenlose *freie Heilfürsorge* zusteht (Bundeswehr einschließlich Musterung, Polizei, Grenzschutz usw.), zu den Rechtsvorschriften und Gebühren der Ortskrankenkassen zu übernehmen (§ 368 n/2). Die Kassenärztlichen Vereinigungen Nordrhein und Bayern haben gegen diese rechtswidrige Verpflichtung Feststellungsklage beim Sozialgericht erhoben.

– Die *Prüfungs- und Beschwerdeausschüsse* sind paritätisch zu besetzen mit jährlichem Vorsitzwechsel zwischen Kassenärztlicher Vereinigung und Krankenkassen. Bei Stimmengleichheit gibt die Stimme des Vorsitzenden den Ausschlag (Stichentscheid) (§ 368 n/5).

– *Medizinisch-technische Leistungen* sollen von Gemeinschaftseinrichtungen niedergelassener Ärzte bezogen werden (§ 368 n/8). Darauf werde ich weiter unten noch eingehen.

– Der Bundesausschuß Ärzte-Krankenkassen hat in Richtlinien über die Verordnung von *Arznei- und Heilmitteln* diese so „zusammenzustellen, daß dem Arzt ein Preisvergleich und die Auswahl therapiegerechter Verordnungsmengen ermöglicht wird“ (sogenannte *Transparenzliste*) (§ 368 p/1).

Der Bundesausschuß soll außerdem Richtlinien beschließen, welche Arzneimittel, die „bei geringfügigen Gesundheitsstörungen verordnet werden, nicht oder nur bei Vorliegen besonderer Voraussetzungen zu Lasten der Krankenkassen verordnet werden dürfen“ (sogenannte *Negativliste*) (§ 368 p/8). Diese Vorschrift ist undurchführbar, solange keine Definition der Begriffe „geringfügige Gesundheitsstörungen“ und „besondere Voraussetzungen“ gegeben wird. Auf die Bitte um eine Definition erklärte der Bundesarbeitsminister, dies sei gerade Aufgabe des Bundesausschusses.

– Die *vorstationäre Diagnostik und nachstationäre Behandlung* bei Krankenhauspflege auf „Überweisung“ eines Kassenarztes werden sanktioniert (§ 372).

– Die *Garantieverbände* der Gemeindeverbände oder des Bundes für die Ortskrankenkassen wurde aufgehoben, die der Betriebe und Innungen für die Betriebs- und Innungskrankenkassen beibehalten (§ 389).

– Eine „Konzertierte Aktion im Gesundheitswesen“ wird durch das Gesetz verbindlich festgelegt, zusätzlich zur ebenfalls gesetzlichen *zentralen Empfehlungsvereinbarung* (§ 405 a).

Nach dem ursprünglichen Vorschlag der CDU sollte die Konzertierte Aktion im Gesundheitswesen – wie die

der Tarifpartner – anstatt der im Gesetz vorgeschriebenen gemeinsamen Empfehlung der Kassenärztlichen Bundesvereinigung und der Spitzenverbände der Krankenkassen, unter Erhaltung der regionalen Selbstverwaltung, auf freiwilliger Basis Honorar- und Arzneileitlinien finden. Ehrenberg macht sie zu einem Bestandteil des KVKG. Der Bundesarbeitsminister beruft die fast 70 Mitglieder dieser Kommission und stellt bis zum 31. März jeden Jahres die für die Beratung erforderlichen Daten unter Berücksichtigung des Jahreswirtschaftsberichtes zur Verfügung. Für das Jahr 1978 hat der Bundesarbeitsminister erstmalig eine Erhöhung der Grundlohnsumme um 5,7 vom Hundert und der Beitragseinnahmen der Krankenkassen um unter 2 vom Hundert prognostiziert (Rentner-Krankenversicherung!). Da die Leistungsausgaben der Krankenkassen nach dem Willen der Bundesregierung und der RVO-Kassen nicht mehr steigen sollen als deren Beitragseinnahmen, ist damit vom Bundesarbeitsministerium indirekt eine Erhöhung der Gesamtvergütung um höchstens zwei Prozent für 1978 empfohlen worden.

– Die *Ersatzkassen* sind bezüglich der Gesamtvergütung, des Arzneimittelhöchstbetrages, der gemeinsamen Empfehlung auf Bundesebene (§ 368 f), der Gesamtverträge und des einheitlichen Bewertungsmaßstabes (§ 368 g) weitgehend in das Kassenarztrecht einbezogen (§ 405a).

– *Übergangsbestimmungen zum KVKG*

Bis zum 30. Juni 1978 „gelten die bestehenden Vergütungsregelungen fort“. Der neue einheitliche Bewertungsmaßstab für alle Krankenkassen einschließlich Ersatzkassen ist erstmalig zum 1. Juli 1978 aufzustellen (Beschluß: fast unveränderte E-Adgo). Für die bis zum 30. Juni 1977 anhängigen Prüfungs- und Beschwerdeverfahren gelten die alten Prüfungsbestimmungen bis zu deren Abschluß fort. Die Bundesregierung hat bis zum 31. Dezember 1981 einen Bericht über die Erfahrungen der Konzertierten Aktion sowie über die Auswirkungen der Empfehlungen über die Gesamtvergütung und die Arzneimittelhöchstbeträge vorzulegen.

Ich habe Ihnen die wichtigsten Bestimmungen beider Gesetze noch-

mals stichwortartig aufgezählt, um Ihnen vor Augen zu führen, welche einschneidende Veränderungen das KVVG und vor allem das „Gesetz zur Dämpfung der Ausgabenentwicklung und zur Strukturverbesserung in der gesetzlichen Krankenversicherung“ (KVKG) vom 27. Juni 1977 für den Kassenarzt und seine Kassenärztliche Vereinigung gebracht hat. Viele sogenannte „Strukturverbesserungen“ dieses Gesetzes tragen nicht zur Kostendämpfung bei (der sich die Ärzteschaft nie verschlossen hat), sondern bedeuten unter dem Tarnwort „Kostendämpfung“ einen Machtzuwachs für die Krankenkassen und für die Sozialisten eine wichtige Etappe in der Verfolgung ihres ideologisch-politischen Zieles der Vereinheitlichung, der Zentralisierung, der Nivellierung, der Reglementierung und Bürokratisierung der gesetzlichen Krankenversicherung in Richtung Einheits- und Staatsbürgerversorgung.

### III. Zentrale Vereinbarung für die Zeit vom 1. Januar 1978 bis 30. Juni 1979

Im Vorstand und Ländereusschuß der KBV wurde die Frage lange diskutiert, ob man in Anbetracht der zahlreichen Übergangsbestimmungen für diesen Zeitraum, der vielfältigen Rechtsunsicherheiten, der Einführung eines neuen einheitlichen Bewertungsmaßstabes (Gebührenordnung), der schludrigen Formulierung des KVKG und der mageren Vorgaben des Bundesarbeitsministers für die Konzertierte Aktion versuchen sollte, eine Einigung zwischen den Bundesverbänden der Krankenkassen und der KBV über die Auslegung des Gesetzestextes und die Veränderung der Gesamtvergütungen herbeizuführen. Der Länderausschuß hat (mit großer Mehrheit) einen solchen Versuch bejaht. Ob er erfolgreich sein wird, wird sich erst nach dem 17. März 1978, dem Tagungstermin der Konzertierte Aktion erweisen.“)

### IV. Gutachten des Zentralinstituts

Professor Dr. G. Sieben (Köln) hat im Auftrag des Zentralinstituts für die Kassenärztliche Versorgung in einem Gutachten wichtige materielle

\*) Siehe Seite 351 „Zur Kenntnis genommen“, Heft 4/1978 des „Bayerischen Ärzteblattes“.

Kriterien zur Honorarfindung geliefert. Die Kernaussage dieses Gutachtens lautet:

„Gegenüber dem Zuwachs der verfügbaren Nettoeinkommen der Arbeitnehmer sind die verfügbaren Arzteinkommen im Betrachtungszeitraum von 1967 bis 1975 unterdurchschnittlich und nicht – wie vielfach vermutet – überproportional gestiegen.“

Ein weiteres Gutachten über die Kostenentwicklung in der Arztpraxis ist kurz vor der Fertigstellung.

### V. Laborleistungen

Die ärztlichen Gebühren für Laborleistungen sind bekanntlich am 1. Januar 1976 um durchschnittlich 25 Prozent, einzelne Parameter um über 50 Prozent gesenkt worden; das dadurch freigewordene Honorarvolumen wurde der Vergütung für Besuche zugeschlagen. Trotzdem geht die Zahl der Hausbesuche laufend zurück, während die der Laborleistungen weiterhin ansteigt. Damit ist meines Erachtens erwiesen, daß die Vermehrung der abgerechneten Laborleistungen durch die Kassenärzte nicht aus Gewinnsucht erfolgte, sondern in der Entwicklung der Medizin begründet ist. Der Vorsitzende des Bundesverbandes der Ortskrankenkassen, Alfred Schmidt, forderte vor einigen Monaten eine weitere Herabsetzung der Gebühren für Laborleistungen.

Die Deutsche Gesellschaft für Laboratoriumsmedizin lancierte vor kurzem einen Bericht über „Pfusch“ im Labor in die allgemeine Presse. Diese Vorwürfe entsprangen meines Erachtens einer falschen und gefährlichen Vorstellung von der Vertretung berechtigter Gruppeninteressen und treffen zumindest für Bayern nicht zu. Die KVB ist ihnen sofort entgegengetreten.

1974/75 hat das Bundessozialgericht zwei bedeutsame höchstrichterliche Entscheidungen, die Laborleistungen in der Kassenpraxis betreffend, gefällt.

1. Die KV muß gegebenenfalls auch Nichtärzte für Tätigkeiten, die ihnen nach ihrem allgemeinen Berufsrecht erlaubt sind, an der kassenärztlichen Versorgung beteiligen, wenn anders

der Sicherstellungsauftrag der KV nicht zu erfüllen ist.

2. Anordnung, Materialentnahme und Auswertung der Laborergebnisse allein machen die Laborleistung nicht zur persönlichen Leistung des Arztes.

Durch das KVKG wurde ein neuer § 368 n/8 in die RVO eingeführt. Er lautet:

„Die Kassenärztlichen Vereinigungen haben darauf hinzuwirken, daß medizinisch-technische Leistungen, die der Arzt zur Unterstützung seiner Maßnahmen benötigt, wirtschaftlich erbracht werden. Die Kassenärztlichen Vereinigungen sollen ermöglichen, solche Leistungen im Rahmen der kassenärztlichen Versorgung von Gemeinschaftseinrichtungen der niedergelassenen Ärzte zu beziehen, wenn eine solche Erbringung medizinischen Erfordernissen genügt.“

Unter Würdigung der angeführten höchstrichterlichen Rechtsprechung, des neugeprägten Begriffes „medizinisch-technische Unterstützungsleistungen“, der Forderung der Krankenkassen und Politiker auf weitere Senkung der medizinisch-technischen Leistungen, versuchte die KBV den Kreis „beziehbarer Leistungen“ in einem Arbeitspapier auf einen Teilbereich von Untersuchungen der klinischen Chemie zu begrenzen.

In der Vertreterversammlung vom 10. Dezember 1977 erhob sich dagegen, insbesondere getragen von bayerischen Kollegen, ein unüberhörbarer Widerspruch, so daß die Entscheidung über diese Vorlage vertagt wurde. Die Gegner des Papiers führten aus, daß per Überweisungsschein seit eh und je ärztliche Leistungen „bezogen“ werden, Laborleistungen, in großen Gemeinschaften erbracht, nicht mehr als persönliche ärztliche Leistungen gelten können, an diese großen Gemeinschaften besondere Anforderungen bezüglich der wissenschaftlichen Leitung des Labors und der Überwachung der hochtechnisierten, störungsanfälligen Geräte gestellt werden müssen und der Vorschlag der KBV verfrüht erfolgte.

Diese Argumente sind meines Erachtens begründet. Es ist in hohem Grade unwahrscheinlich, daß die Befürworter einer Zentralisierung medizinisch-technischer Leistung mit der

von der KBV vorgeschlagenen Abgrenzung zufriedengestellt würden.

In einem weiteren Abschnitt des Arbeitspapiers hat die KV längst überfällige Regelungen vorgeschlagen, die das Gebot der persönlichen Erbringung ärztlicher Leistungen erfüllen. Diese fanden eine weitgehende Billigung.

Die Vertreterversammlung der KBV wird in einer Arbeitstagung am 15. April 1978 das Arbeitspapier „Leborleistungen“ erneut diskutieren.

## VI. Gesundheitspolitische Leitsätze der SPD

Nach dem Inkrafttreten des KVKG schrieb Dr. Ehrenberg im „Vorwärts“, damit seien wesentliche Ziele des Mannheimer Parteitages der SPD erreicht. Nach der gesundheitspolitischen Fachkonferenz der SPD im Juni 1977 in Wiesbaden unter Führung von Läßle verabschiedete der Parteitag in Hamburg im November 1977 als Wegweiser für die Zukunft „die gesundheitspolitischen Leitsätze“ der SPD ohne Aussprache in 40 Sekunden. Ihr wesentlicher, die Ärzteschaft betreffender Inhalt ist:

1. Einbeziehung der gesamten Bevölkerung in die gesetzliche Krankenversicherung
2. Organisation des Gesundheitswesens in regionalen Selbstverwaltungskörperschaften mit Drittelparität: Gebietskörperschaften, Versicherte, Medizinalberufe
3. Integriertes System medizinischer Versorgung mit medizinisch-technischen Zentren (MTZ) und zentralem Informationssystem
4. Verbesserte Gesundheitsvorsorge mit standardisierter „Basisuntersuchung“ im MTZ (unwirtschaftlich und wirkungslos)
5. Medizinische Gemeindezentren
6. Verbesserung der „Effektivität und Effizienz“ des Versorgungssystems
7. Vor-, Nach- und Weiterbehandlung im Krankenhaus, auch teilstationäre Versorgung
8. Ablösung der Privatliquidation und des Poolsystems im Krankenhaus
9. Anhebung der Beitragsbemessungsgrenze in der Krankenver-

sicherung auf die der Rentenversicherung

10. Weiterer *Finanzausgleich* unter den Krankenkassen

11. *Bundeseinheitliche Vergütung* der ärztlichen Leistungen

12. Ausbau des *sozialmedizinischen und betriebsmedizinischen Dienstes*

Der Vorsitzende der Arbeitsgemeinschaft der Sozialdemokraten im Gesundheitswesen, unser bayerischer Kollege Cremer, traf am 30. September 1977 folgende Feststellung:

„Wie auch im Orientierungsrahmen 85 (der SPD) festgehalten, stehen die Grundgedanken der Leitsätze, Selbstverwaltung und Integration auf einer breiten Basis des Konsenses. Diese Basis reicht – unabhängig von Unterschieden im Detail – auch über die Partei hinaus. Sie bezieht die DGB-Gewerkschaften ebenso ein wie die Ortskrankenkassen.“\*)

## VII. Einzel-Gewerkschaften des DGB

Mitte September 1977 forderte die *IG-Metall* auf ihrem Kongreß in Düsseldorf, alle Erwerbstätigen (einschließlich der Beamten und Selbständigen) sollten – unabhängig von ihrer beruflichen bzw. soziologischen Zuordnung – einer einheitlichen Kranken- und Rentenversicherung angehören. Die betrieblichen Versorgungswerke (und die der freien Berufe?) sollten in die gemeinsame Rentenversicherung einbezogen werden.

Der Bundesarbeitsminister beeilte sich, zu erklären, daß diese „Institutionsfrage für ihn keine politische Aktualität“ habe und einzelne Gewerkschaften distanzieren sich ausdrücklich von der Forderung einer Einheitsversicherung.

Besonders heftig tat dies die *Gewerkschaft ÖTV* in ihren „gesundheitspolitischen Perspektiven“ vom Oktober 1977. Dabei unterscheiden sich die Thesen dieser Gewerkschaft

\*) Nach Redaktionsschluß wurde bekannt, daß der SPD-Bundestagsabgeordnete Udo Fiebig am 12. März 1978 in Loccum erklärt hat, man könne das SPD-Programm „getrost zu den Akten legen“. Das ist allerdings die einzige uneingeschränkte Absage eines maßgeblichen Vertreters der SPD, die bisher zu vernehmen war. Ob sie eine Einzelstimme bleibt oder die Mehrheit der Partei – aus weichen Gründen immer – die Diskussion entschärfen will, bleibt offen.

aber nicht grundlegend von denen der *IG-Metall*. Zwar will die *ÖTV* keine „einheitliche Krankenversicherung“, macht jedoch die „starke Zersplitterung der Krankenkassen“ für die „schwache Stellung der gesetzlichen Krankenversicherung im Gesundheitswesen“ verantwortlich und fordert deshalb ein „versichertenahes, wirtschaftlich arbeitendes, regional gegliedertes Sozialversicherungssystem, dessen einzelne Zweige auf örtlicher und regionaler Ebene eng zusammenarbeiten“.

Im übrigen sind die gesundheitspolitischen Perspektiven der *ÖTV* fast ein Spiegelbild der eben skizzierten gesundheitspolitischen Leitsätze der SPD. Ich möchte deshalb aus dem *ÖTV*-Papier nur wenige Thesen zitieren, die über die bisherigen Wünsche der SPD hinausgehen oder besonders reizvoll formuliert sind:

1. Kritik wird geübt am *kurativen System der medizinischen Versorgung*.

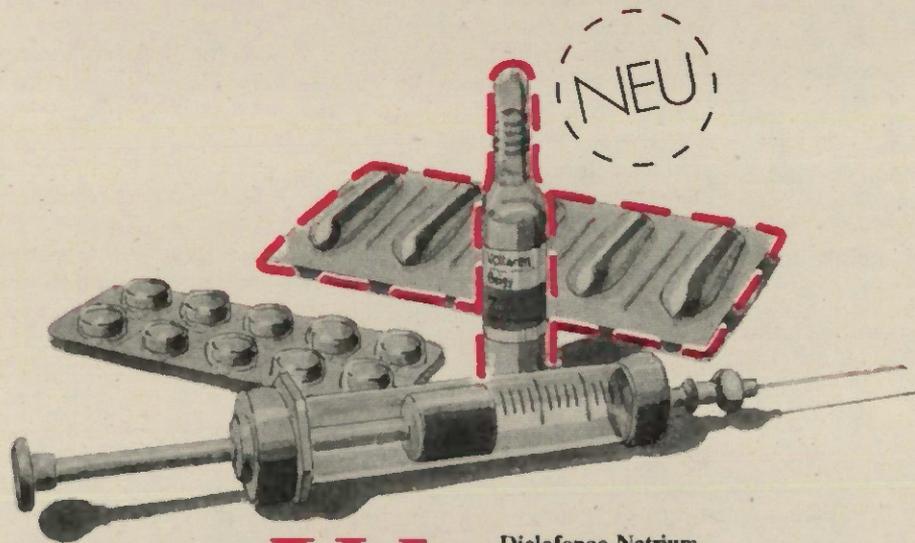
Vorsorge und Früherkennung sollen auf alle häufigeren, auch bisher nicht therapiefähigen Krankheiten ausgedehnt werden. Damit könnten Krankheiten weitgehend vermieden werden (wissenschaftliche und finanzielle Utopie). Die Früherkennung ausschließlich in der Hand des niedergelassenen Arztes zwingt diese in „das Korsett der kurativen Medizin“.

2. „Privilegien“ und das *Arztmonopol* müßten abgebaut werden, um eine gleichberechtigte Zusammenarbeit aller Medizinalberufe (Psychologen, Pädagogen, Sozialarbeiter, Krankenpfleger usw.) zu erreichen. Dazu muß man wissen, daß in der *ÖTV* über 100 000 medizinische Assistenzberufe, aber relativ wenig angestellte Ärzte organisiert sind, die überwiegend dem Marburger Bund angehören. Für die Ausbildung aller Medizinalfachberufe ist eine möglichst weitreichende gemeinsame Grundausbildung vorzusehen. Die Ausbildung der Medizinalfachberufe, auch der Krankenschwestern, soll in Schulen der öffentlichen Hand erfolgen.

3. *Fachübergreifende Gruppen- und Gemeinschaftspraxen* werden gefordert; *Ärztelhäuser* mit selbständigen Ärzten mit oder ohne gemeinsame Nutzung technischer Geräte werden abgelehnt.

4. *Werkärzte* sollten Angestellte der Berufsgenossenschaften sein, Ihre

# Voltaren jetzt auch als Ampulle und Suppositorium



Diclofenac-Natrium  
**Voltaren**

das erste Antirheumatikum der neuen Generation  
in 3 Darreichungsformen

Hohe Wirksamkeit und gute Verträglichkeit  
schließen sich in der Rheumatherapie nicht aus

**Zusammensetzung:** Diclofenac-Natrium. VOLTAREN: Magensaftresistente Dragées mit 25 mg, Suppositorien mit 50 mg, Ampullen zu 3 ml mit 75 mg; VOLTAREN 50: Magensaftresistente Dragées mit 50 mg. **Indikationen:** Entzündliche und degenerative Formen des Rheumatismus — chronische Polyarthritis — Spondylitis ankylosans (M. Bechterew) — Arthrosen — Spondylarthrosen — Neuritiden und Neuralgien wie Zervikalsyndrom, Lumbago, Ischias — akuter Gichtanfall. Extraartikulärer Rheumatismus. Nichtrheumatische entzündliche Schmerzzustände. **Kontraindikationen:** Ulcus ventriculi et duodeni. **Nebenwirkungen:** VOLTAREN und VOLTAREN 50 sind im allgemeinen gut verträglich, doch können zu Beginn der Behandlung mitunter gastrointestinale Reaktionen wie Aufstoßen, Nausea, epigastrische Schmerzen und Diarrhoe sowie leichtes Schwindelgefühl oder Kopfschmerzen auftreten. Diese Nebenwirkungen sind gewöhnlich leichter Natur und bilden sich in der Regel, auch bei fortgesetzter Therapie, nach einigen Tagen zurück. Bei den sehr seltenen Fällen, in welchen ein peptisches Ulkus oder gastrointestinale Hämorrhagien in Zusammenhang mit der Medikation gebracht wurden, handelt es sich vorwiegend um Patienten mit entsprechender Anamnese und/oder Begleitmedikation. Ganz vereinzelt sind auch exanthematische Hautreaktionen beobachtet worden. Nach Verabreichung von VOLTAREN Suppositorien wurde gelegentlich über lokale Nebenwirkungen wie leichtes Brennen oder Tesemen berichtet. **Dosierung:** Der empfohlene Dosierungsbereich von VOLTAREN und VOLTAREN 50 liegt zwischen 50 und 150 mg pro Tag, je nach Schwere der Erkrankung. Die jeweilige Tagesdosis sollte in zwei oder drei Einzeldosen eingenommen werden. Erwachsene erhalten im allgemeinen: **Dragées** VOLTAREN, Dragées mit 25 mg: Initial 3mal täglich 1–2 Dragées. Langzeittherapie: Im allgemeinen genügen 3–4 Dragées; ggf. ist eine weitere Dosisreduktion möglich. VOLTAREN 50, Dragées mit 50 mg: Initial 3mal täglich 1 Dragée. Langzeittherapie: Im allgemeinen genügt 2mal täglich 1 Dragée (morgens und abends); ggf. ist eine weitere Dosisreduktion möglich. Die Dragées sind zu oder nach den Mahlzeiten unzerkaut einzunehmen. **Suppositorien:** Durchschnittlich 2 Suppositorien pro Tag, ggf. 3 Suppositorien. Zur Vermeidung von Nachtschmerzen und zur Linderung der Morgensteifigkeit kann die Einnahme von Dragées während des Tages mit der Verabreichung

eines Suppositoriums vor dem Schlaf kombiniert werden. **Ampullen** Im allgemeinen 1 Ampulle pro Tag, tief intraglütäal. Bei schwereren Fällen können auch zwei Injektionen pro Tag verabreicht werden. (Injektionsseite wechseln). Später Übergang auf VOLTAREN bzw. VOLTAREN 50 Dragées oder VOLTAREN Suppositorien. Richtlinien bezüglich der Dosierung im Kindesalter liegen bisher nicht vor. **Besondere Hinweise:** Bis zum Vorliegen ausreichender Erfahrungen soll VOLTAREN bzw. VOLTAREN 50 bei bestehender Schwangerschaft noch nicht verordnet werden. Patienten mit gastrointestinalen Beschwerden oder mit anamnestischen Hinweisen auf Magen- oder Duodenalgeschwüre sowie Kranke mit schwerer Leber- oder Nierenschädigung erfordern eine sorgfältige Überwachung. Die chemische Herkunft der Wirksubstanz einerseits und die bisherigen klinischen Erfahrungen andererseits lassen erwarten, daß das hämatopoetische System und die Leberfunktion durch VOLTAREN bzw. VOLTAREN 50 nicht geschädigt werden. Dennoch sollten bei Langzeitbehandlung, analog dem Vorgehen bei anderen hochwirksamen Substanzen, Kontrollen des Blutbildes und der Leberfunktion durchgeführt werden.

**Handelsformen und Preise:** Originalpackungen mit

30 magensaftresistenten Dragées 25 mg	DM 14,95 lt. AT
60 magensaftresistenten Dragées 25 mg	DM 26,08 lt. AT
100 magensaftresistenten Dragées 25 mg	DM 38,96 lt. AT
20 magensaftresistenten Dragées 50 mg	DM 17,95 lt. AT
50 magensaftresistenten Dragées 50 mg	DM 37,44 lt. AT
10 Suppositorien	DM 10,85 lt. AT
3 Ampullen zu 3 ml	DM 11,32 lt. AT

Anstellpackungen

Preissenkung

Anstellung nur bei gleichberechtigter Mitbestimmung (und Zustimmung) der betroffenen Arbeitnehmer erfolgen.

5. Eine *Selbstbeteiligung* wird abgelehnt. „Durch Selbstverantwortung der Versicherten ist eine arbeitnehmerorientierte Gesundheitspolitik durchzusetzen, die der Entstehung von Krankheiten entgegenwirkt.“ „Die kostentreibende Grundstruktur unseres Gesundheitswesens, nämlich die öffentliche (?) Finanzierung und die private Leistungserstellung, wurde (durch das KVG nach Ansicht der ÖTV leider) nicht angetastet.“

6. Die *Belegärzte* beanspruchten angeblich die kommerzielle Nutzung kommunaler Einrichtungen. Im Krankenhaus habe sich „ein hierarchisches System etabliert, das aus einem Geflecht von Abhängigkeiten“ bestehe.

7. Bedauert wird außerdem, daß „die Krankenkasse weder Einfluß auf die Verordnung noch auf den Preis des Medikaments hat“.

8. Die *Selbstverwaltung* im Gesundheitswesen sollte sich nach den Wünschen der ÖTV aus Vertretern der Versicherten, der Beschäftigten im Gesundheitswesen und den Gebietskörperschaften zusammensetzen (sogenannte Drittelparität). Das bedeutet die absolute Mehrheit der Gewerkschaften in den gemeinsamen Selbstverwaltungsorganen, an denen die Ärzteschaft mit weniger als einem Drittel der Mitglieder beteiligt wäre.

DAG, EKK und FDP haben den gesundheitspolitischen Perspektiven der ÖTV unmittelbar nach ihrer Verkündung eine Absage erteilt.

### VIII. DGB Insgesamt

Im November 1977 hat das aus früheren Veröffentlichungen wohlbekannte *Wirtschafts- und Sozialwissenschaftliche Institut des DGB* eine Studie „Sozialpolitik und Selbstverwaltung“ vorgelegt, die überarbeitet als „DGB-Vorstellungen zur Reform der Organisationsstruktur der Sozialversicherungen“ auf dem diesjährigen Bundeskongreß des DGB im Mai in Hamburg beschlossen werden soll. Nach Auffassung des DGB, auf die sich alle Mitgliedsgewerkschaften einschließlich der IG-Metall

geeignet haben, sind die Nachteile der gegenwärtigen Struktur durch den konsequenten Aufbau von *Arbeitsgemeinschaften* der Sozialversicherungsträger auf allen Ebenen zu überwinden. Eine verbindliche Mindestgröße eines Krankenversicherungsträgers müsse ermittelt oder kleinere Kassen zur Kooperation verpflichtet werden, wenn nicht freiwillig, dann mit Hilfe des Gesetzgebers. Auf Bundesebene müsse ein Dachverband aller Spitzenverbände der sozialen Krankenversicherung und ebenso für die Rentenversicherungsträger gebildet werden. Die Selbstverwaltung muß Vorstellungen über quantitative und qualitative Standards der Versorgung entwickeln und die Bedürfnisse der Leistungsempfänger ermitteln, sie in Bedarfsnormen umsetzen und die Effektivität des Leistungsangebotes kontrollieren.

Die Gewerkschaften seien allein berechtigt, geeignete Vertreter der Arbeitnehmer für die Selbstverwaltungsorgane zu benennen. Die Arbeitgeber werden ausgebootet und tragen lediglich noch zur Finanzierung der Kranken- und Rentenversicherung bei. Gefordert wird außerdem

- die Gleichschaltung (ein Wort, das uns Älteren aus der Vergangenheit nur zu gut bekannt ist) der Kassenarten,
- ein einheitliches Mitgliedschafts-, Beitrags-, Leistungs- und Vertragsrecht,
- ein Einheitshonorar für die Leistungserbringer,
- ein Lasten- und Finanzausgleich zur Vermeidung von „Verzerrungen und Einseitigkeiten“.

„Arbeit und Sozialpolitik“ 1/1978 bemerkt dazu: „Unter dem Schlagwort ‚Demokratisierung des Sozialstaates‘ wird die totale Entmündigung des Bürgers im Rahmen der Gewerkschaftsherrschaft betrieben, die bis zur Gängelung der Lebensführung reicht und alle zwischenmenschlichen Beziehungen, ganz besonders das persönliche Vertrauensverhältnis zwischen Arzt und Patient zerstören will . . .“

Der Herrschaftsantritt (der Gewerkschaften) soll sich zuerst in den Selbstverwaltungsorganen vollzie-

hen. Der zweite Schritt ist der im Ansatz bereits erkennbare Ausbau der Krankenkassen von ‚Inkasso-Institutionen‘ zu einem Dienstleistungssystem. Die Krankenkassen werden selbst zu Leistungserbringern. Dabei kann es zunächst offenbleiben, ob die Kassen zu Dienstherren ihrer bisherigen Vertragspartner werden oder ob sie billiger davonkommen, indem sie den von der ‚Gegenmacht‘ der Bürger kontrollierten Ärzten (nach Mobilisation dieser Bürger gegen die Ärzte) noch das Risiko der Freiberuflichkeit auf dem Niveau diktiert Honorare lassen.“

### IX. Ortskrankenkassen

Auf dem *Ortskrankenkassentag* im Juni 1977 in Hamburg wurden „Thesen und Forderungen“ aufgestellt und im Presseseminar in Maria-Laach im Dezember 1977 bekräftigt, die sich teilweise eng an den kurz darauf erlassenen Gesetzestext des KVKG anlehnen, zum anderen in Teilgebieten noch weit darüber hinausgehen. Außerdem findet man viele Programmpunkte der SPD und Gewerkschaften wieder. Die Thesen 1 und 2 der Ortskrankenkassen lauten: „Die Mittel der Krankenkassen lassen sich nicht beliebig erhöhen, die Bedürfnisse der Versicherten nicht beliebig begrenzen. Die Unbegrenztheit der Bedürfnisse und die Begrenztheit der Mittel erfordern systematische Planung und Steuerung.“ So einfach ist das! Im weiteren Text werden die Worte „planen“ und/oder „steuern“ noch unzählige Male gebraucht.

Gefordert wird von den Ortskrankenkassen außerdem:

1. *Umfassendes Mitspracherecht* in vielen rein ärztlichen Fragen und Aufgaben bei

- der Festsetzung der Sprechstunden,
- der Qualitätssicherung,
- der Informationsübermittlung während der Behandlung durch mehrere Ärzte,
- der Überprüfung der Effizienz und Effektivität der ärztlichen Tätigkeit,
- der Verhinderung von „Gesundheitsgefährdungen der Versicherten“

durch Übermedikation und Strahlenbelastung",

– der Arzneimittelwerbung der pharmazeutischen Industrie,

– der Aus- und Fortbildung der Ärzte,

– der Förderung der Allgemeinmedizin,

– der Aufstellung des Honorarverteilungsmaßstabes und der gleichmäßigen Honorarverteilung unter den Fachdisziplinen,

– der Organisation des Notfalldienstes.

In diesem Zusammenhang ist folgende Formulierung der Ortskrankenkassen aufschlußreich: „Die sachgemäße kontinuierliche Betreuung in Behandlung befindlicher Patienten ist nicht Angelegenheit des Not- und Bereitschaftsdienstes, sondern des bereits behandelnden Arztes.“

Gefordert werden weiter:

2. *Eigeneinrichtungen* der Krankenkassen

3. *Zulassungsbeschränkung* bei Überversorgung

4. *Höchst- und Komplexgebühren*, also Pauschalelemente in der Einzel Leistungsvergütung zur Limitierung und Steuerung

5. *Herabsetzung der Gebühren für medizinisch-technische Leistungen*

„Die Gebühren für medizinisch-technische Leistungen sind so festzusetzen, als wären sie in der rationellsten Form erbracht.“ (Landarzt?)  
„Die üblicherweise von Hilfskräften erbrachten Leistungen sind bei der Feststellung der Wertrelationen im Bewertungsmaßstab nur mit ihrem Unkostenanteil zu bewerten.“

6. Die *Prüfungs- und Beschwerdeausschüsse* sollen Organe der gemeinsamen Selbstverwaltung werden. Die Prüfung ist zu beziehen auf die Gesamttätigkeit des Arztes bei allen Kassen und auf die gesamte Behandlung des Einzelpatienten unter Einbeziehung der Überweisungen ohne Rücksicht auf Quartale und Behandlungsfälle.

7. Die *Arzneimittelausgaben* sollen durch Höchstbeträge begrenzt werden. Es sind *Transparenzlisten* (mit Bewertung der Wirksamkeit) und *Negativ-Listen* (für Arzneimittel zur

Behebung von geringfügigen Gesundheitstörungen) zu erstellen. Ziel bleibt die *Positiv-Liste* mit wenigen billigen Arzneimitteln, auf die der Kassenarzt beschränkt bleibt. Bei der Verordnung anderer Mittel muß er dies begründen.

8. Bei den Krankenkassen sollen sogenannte „*Soziale Dienste*“ eingerichtet werden mit fachspezifisch ausgebildeten Mitarbeitern. Zu den Aufgaben dieser sozialen Dienste gehört es, „*Problemfälle zu erkennen, die Versicherten individuell zu beraten und zu betreuen sowie sonstige geeignete Hilfe zu vermitteln*“. Weitere Wünsche der Ortskrankenkassen sind schließlich:

9. *Risiko- und Finanzausgleich* unter den Krankenkassen

10. Die Bildung von *Arbeitsgemeinschaften* der Krankenkassen auf allen Ebenen (Bund, Land, Bezirk und Kreis)

### **Machtfrage in eine juristische Form transformiert**

In einem Vortrag vor Vertretern der Ortskrankenkassen führte der Berliner Soziologe Professor Dr. Alexander Schuller u. a. aus: „Die gegenwärtig von den Krankenkassen betriebene Strategie, über eine Veränderung des Kassenarztrechts – also über juristische Veränderungen – das Machtverhältnis zwischen Arzt und Krankenkasse zu ändern, ist im Grunde genommen auch nur ein Ausdruck der veränderten Einschätzung und des machtpolitischen Selbstbewußtseins der Krankenkassen. Sie glauben, auf dem Feld des Kassenarztrechts die Machtfrage stellen zu können. Dabei wird die Machtfrage in eine juristische Frage transformiert. Der weitere Verlauf der Auseinandersetzung wird zeigen, ob die Einschätzung der Kassen, daß sich die Machtverhältnisse zu ihren Gunsten, vielleicht mit Unterstützung von Gewerkschaft und SPD, geändert haben, realistisch ist.“

Durch die beiden kommentierten Gesetze, KVWG und KVKG sind die sogenannten *Essentials* der Kassenärzte, die zum größten Teil auch unverzichtbare Rechte der Versicherten beinhalten, erheblich beeinträchtigt, nämlich

– die freiberufliche Tätigkeit des Kassenarztes,

– die Vertragsfreiheit der Kassenärztlichen Vereinigung,

– die Therapiefreiheit des Arztes,

– die freie Zulassung,

– die freie Arztwahl des Versicherten,

– der Sicherstellungsauftrag der Kassenärztlichen Vereinigung

und

– die leistungsgerechte Honorierung der ambulanten Leistung.

Würden darüber hinaus die Vorstellungen von SPD, Gewerkschaft und Ortskrankenkassen auch nur teilweise Gesetz werden, wären diese Rechtspositionen des Kassenarztes völlig beseitigt und die der Versicherten erheblich beeinträchtigt.

Ich habe versucht, Ihnen die bereits in Rechtskraft erwachsenen Gesetzesbestimmungen und die zwar noch nicht realisierten, aber mit der geballten politischen Kraft von SPD, Gewerkschaften und Ortskrankenkassen vorgetragenen Forderungen deshalb im einzelnen aufzuzählen, um die Kollegen aufzurütteln und jedem noch einmal deutlich vor Augen zu führen, was unsere Gegner auf dem Marsch in den Sozialismus und in den Gewerkschaftsstaat bereits erreicht haben und was uns darüber hinaus noch droht. Ich habe das Gefühl, daß viele Ärzte noch nicht begriffen haben, was auf dem Spiele steht, andere ohne Engagement zuwarten unter dem Motto: „Die da oben werden schon machen“ und wieder andere resigniert haben. In keinem Land der Welt wurde eine einmal erfolgte Sozialisierung des Gesundheitswesens bisher rückgängig gemacht, auch nicht von nachfolgenden bürgerlichen Regierungen! Wenn wir unser freiheitliches Sozialversicherungssystem und die individuelle ärztliche Betreuung unserer Mitbürger erhalten wollen, brauchen wir die Kooperation, die Solidarität und den persönlichen Einsatz jedes einzelnen Arztes und aller ärztlichen Verbände und Körperschaften!

Anschrift des Verfassers:

Dr. med. F. Kolb, Bucherstraße 11, 8500 Nürnberg

## Akuter Bauch \*

von H. Birkner

Der Begriff „akuter Bauch“ ist in die medizinische Gewohnheitssprache eingegangen und soll eine bedrohliche Situation andeuten, die durch die akute Erkrankung eines Abdominalorganes hervorgerufen wurde. Wie kaum anderswo in der Medizin erfordert diese Erkrankungsgruppe ein schnelles, zielbewußtes und verantwortungsfreudiges Handeln aller, angefangen vom praktischen Arzt bis zum Kliniker. Der Kliniker sollte dabei nicht vergessen, daß es der erst hinzugezogene Arzt, der Praktiker, in der Regel am schwersten hat, die Diagnose zu stellen. Eine ganze Reihe von akuten Abdominalerkrankungen zeigt erst im weiter fortgeschrittenen Stadium eine klassische Symptomatik und mit den Mitteln des Krankenhauses ist es wesentlich leichter, die richtige Diagnose zu stellen. Aber auch da kommt es nicht selten vor, daß der Entschluß zu einem operativen Eingriff mehr aufgrund eines alarmierenden Sym-

ptoms als einer exakten Lokaldiagnose der Krankheit gefaßt werden muß. Die richtige Indikation zur Laparotomie möglichst frühzeitig zu stellen, ist das Entscheidende beim akuten Abdomen. Die Prognose verschlechtert sich in der Regel in gleichem Maße wie der Zeitpunkt bis zum Beginn einer zweckmäßigen Therapie hinausgezögert wird. Die wichtigsten Entscheidungen sind oft spät abends oder nachts zu treffen, da der Patient geneigt ist, die im Laufe des Tages einsetzenden Beschwerden zunächst in der Hoffnung auf Besserung zu beobachten. Der vielfach überarbeitete Arzt hat nun nach einem angestrengten Tagewerk und vor einem neuen Arbeitstag seine Entscheidung zu treffen. Diese Gruppe von Krankheitsfällen ist, wie bereits gesagt, durch Zeitnot diktiert und bedarf einer sofortigen, möglichst sicheren ätiologischen Klärung. Der oft vor Schmerzen laut jammernde Patient, der nach einer

sofortigen Aktion zur Beseitigung seines quälenden Leidens, zumindest seiner Symptome, verlangt, muß grundsätzlich seine Qualen so lange ertragen, bis eine sichere Diagnose gestellt werden kann. Es ist daher immer wieder zu unterstreichen, daß die Gabe von Opiaten vor Klärung der Diagnose ein großer Fehler ist. In besonders schweren Fällen können nur leichte Schmerzmittel oder Spasmolytika, wie Novalgin, Baralgin oder Buscopan comp., gestattet werden.

Es ist vielleicht noch besonders hervorzuheben, daß die folgenden Ausführungen dem erfahrenen Chirurgen, Internisten oder praktischen Arzt nicht allzuviel Neues werden bringen können. Sie sollen sich vielmehr besonders an die Kollegen richten, die von ihrem Fachgebiet

\*) Vortrag anläßlich des 28. Nürnberger Fortbildungskongresses der Bayerischen Landesärztekammer.

Die Referate dieser Veranstaltung werden in Band 44 der von der Bayerischen Landesärztekammer herausgegebenen Schriftenreihe veröffentlicht. Die Kassenärzte in Bayern werden diesen Band über Ihre Bezirksstelle der KVB erhalten.

## Das Ulcus-Risiko im Gespräch:

Prof. Dr. B. Kommerell\*  
„...man spricht heute von einer pylorokardialen Expansion der Gastritis. Danach ist möglicherweise die Gastritis der Wegbereiter für ein Ulcus, da die Schleimhautresistenz gegenüber der Säure durch die Gastritis vermindert wird.“

\* Therapiewoche 37, 5043 (1975)

Magnesium  
gezeigt  
ELUSIL-Lac  
ntlich  
entlich

Antazid  
Die wir  
entger  
Eing  
von  
B  
nach  
der  
Magnesium-  
von Magnesium-  
und milchfrei und  
in konstant  
GELUSIL Liquid muß  
die Schwere des Krankheits-  
GELUSIL Liquid rasch  
entsprechend den modernen klinischen Erkennt-  
eine Einzeldose zu geben, wichtig. GELUSIL  
soll geeignet bei therapie-intensiven  
Behandlung von Gastritis und Ulcus  
als vorteilhaft

her relativ wenig oder überhaupt nicht mehr bei ihrer ärztlichen Tätigkeit mit dem Krankheitsbild eines akuten Adomens konfrontiert werden. Sie können aber heute zum Notfalldienst verpflichtet werden, und sie werden daher in der neuen Berufsordnung aufgefordert, sich mit dieser Thematik zu befassen. Aufgabe der Landesärztekammern ist es daher, solche Themen auf Fortbildungskongressen diesem Kollegenkreis zur Rekapitulation und Auffrischung des Wissensstandes anzubieten. Ich darf mir also auch erlauben, manches bereits früher Gehörte und Gelernte in Erinnerung zu bringen.

Die vier Kardinalsymptome, die das akute Abdomen charakterisieren, sind:

1. Der Schmerz,
2. die Abwehrspannung im Abdomen,
3. die Stuhl- und Windverhaltung (das sogenannte „stille Abdomen“);
4. der Brechreiz oder das Erbrechen.

Der Schmerz wird ausgelöst durch die Schmerzempfindlichkeit des Peritoneums, die besonders groß im Bereich des parietalen Blattes ist. Sie fehlt fast völlig in seinem viszeralen Teil. Während aber jede stärkere Irritation des parietalen Peritoneums nicht nur als schmerzhaft empfunden wird, sondern auch vom Patienten ziemlich genau lokalisiert werden kann, reagiert die Oberfläche der Eingeweide kaum auf entzündliche oder gewisse mechanische Reize. Man kann am Magen und Darm schneiden und nähen, ohne daß eine unangenehme Sensation ausgelöst wird, während der Zug an den Inestinalorganen als sehr schmerzhaft empfunden wird. Hier ist der Patient allerdings nicht in der Lage, den Ort der Einwirkung exakt anzugeben. Die Erklärung für dieses Verhalten der beiden Peritonealblätter wird auf die unterschiedliche Innervation zurückgeführt – spinale Nerven, die das parietale, und autonome Fasern, die das viszerale Blatt versorgen.

Vom klinischen diagnostischen Gesichtspunkt aus hat die Differenzierung

der Schmerzempfindungen große praktische Bedeutung. Das parietale Peritoneum ist ein feiner Reaktor für entzündliche Prozesse, die sich in der Bauchhöhle entwickeln. Die Reizung seiner sensiblen Nerven führt zur unwillkürlichen Dauerkontraktion der abhängigen Bauchmuskulatur. Lage, Ausdehnung und Stärke der „Bauchdeckenspannung“ geben ziemlich genau Ort und Intensität der peritonitischen Reizung wieder. Ist sie gering, dann findet man nur eine auf den Entzündungsherd begrenzte Abwehrspannung gegen Druck vor (sogenannte lokale Peritonitis), während z. B. die massive Überschwellung der Bauchhöhle mit Infektionserregern zu einer „brettharten“ Spannung der gesamten Bauchmuskulatur führt (zur sogenannten diffusen Peritonitis). Eine Ausnahme kann die postoperative Peritonitis machen. Bei ihr ist gelegentlich trotz diffuser Ausbreitung der Infektion die Bauchdeckenspannung nur angedeutet oder überhaupt nicht nachweisbar. Das gleiche gilt beim alten Patienten durch Herabsetzung seiner Reaktionsbereitschaft. Auch bei korpulenten Frauen

## 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>2</sub>].  
**Indikationen:** Akute und chronische Gastritis, Hyperazidität (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 Dätziehlern, Beschwerden nach Überforderung des Magens durch Alkohol, Nikotin, Kaffee und Süßigkeiten, medikamentös bedingte

Übersäuerung und zur besseren Magenverträglichkeit verschiedener Medikamente, Stumpfgastritis, Reflux-Osophagitis, 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:



**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 DM 10,71 m. MwSt.  
 Packung mit 50 Btl. zu 6 ml Suspension DM 24,09 m. MwSt.  
 Flasche mit 200 ml DM 13,29 m. MwSt.  
 Anstaltspackungen Januar 1978/500/0

**GÖDECKE AG · 1 Berlin 10**

mit durch mehrere Schwangerschaften überdehnten, schlaffen Bauchmuskeln kann die Feststellung der Bauchdeckenspannung Schwierigkeiten bereiten. Die mit der peritonealen Infektion einsetzende Lähmung der Darmmuskulatur ist die Ursache des zunehmenden Meteorismus, des paralytischen Ileus, dem schließlich der Brechreiz oder das Erbrechen folgt, sofern es nicht bereits reflektorisch ausgelöst wurde.

Ganz besonderer Wert ist daher bei Patienten mit einem akuten Abdomen immer auf eine subtile Untersuchung zu legen. Die erste und nicht zu unterschätzende Maßnahme stellt immer noch die Erhebung einer genauen Anamnese dar. Dieser Hinweis gilt vor allem auch den jüngeren Kollegen in den Kliniken, die allzu leicht, verführt durch eine Flut von klinischen Befunden, dazu neigen, der Anamnese nicht mehr die gebührende Bedeutung beizumessen. Neben der Aufklärung über eine bereits bekannte Ulkusanamnese, ein früher bereits festgestelltes Steinleiden, seit einiger Zeit bereits beobachtete, langsam zunehmende Obstipation mit Abgang von Schleim oder Blut im Stuhl, sind Schnelligkeit der Entwicklung des Schmerzes und seine Ortsbestimmung von großer Bedeutung. Es können in diesem Zusammenhang nur einige Beispiele genannt werden. Der Schmerz der akuten Appendizitis beginnt selten im rechten Unterbauch, sondern häufig um den Nabel herum mit einem Gefühl des verdorbenen Magens und zieht erst nach geraumer Zeit in den rechten Unterbauch. Die Gallenkolik führt häufig zu einem dumpfen drückenden Schmerz im Epigastrium, weshalb diese Schmerzen nicht selten als Magenbeschwerden angesehen werden. Uretersteinkoliken geht gern ein häufigerer Harndrang mit geringen Urinentleerungen und eventuellen Mißempfindungen im Bereich der Harnröhre voraus. Es sollten auch die Ausstrahlungen der Schmerzen beobachtet werden, wie bei der Galle in den Rücken sowie in die rechte Schulter und beim Ureterstein zum Genitale oder zur Niere hin bei bereits bestehender Stauung.

Der nächste Untersuchungsvorgang ist die *Inspektion* des Abdomens. Hierbei sollte der Atemrhythmus beobachtet werden. Der gestörte Bauch-Brustkorbrhythmus, d. h. bei

der Ausdehnung des Brustkorbes während der Einatmung, bleibt der Leib eingezogen. Dieser Atemrhythmus deutet auf die Gefahr einer diffusen Peritonitis hin. Drei bis vier Atemzüge sollten jedoch abgewartet werden. Außerdem muß der Bauch auf Narben wegen postoperativer intraabdomineller Verwachsungen nachgesehen werden. Bei der Magenperforation zeigen besonders magere, muskulöse Männer im Frühstadium eine kahnförmige Einziehung des Epigastriums, hervorgerufen durch die Spannung der Bauchmuskeln. Bei einem Ileus sind durch die Bauchdecken zu beobachtende Darmsteifungen ein sicheres Zeichen. Sie können durch leichtes Beklopfen der Bauchwand oder durch Aufträufeln von Äther ausgelöst werden. Leider ist dies nur bei den heute so selten gewordenen, relativ dünnen Bauchdecken möglich. Meist handelt es sich in diesem Zusammenhang um einen chronischen Obstruktionsileus durch ein Karzinom, das bereits zu einer gewissen Tumorkachexie geführt hat. Beim paralytischen Ileus zeigt die Inspektion die größte Ausdehnung unterhalb des Nabels. Mit der Zeit wird jedoch der gesamte Bauch ergriffen. Die Atmung zeigt dann den kostalen Typ, weil die Exkursion des Diaphragmas zum Abdomen hin eingeschränkt ist. Gleichzeitig steigt die Atemfrequenz. Der Hustentest ist eine alte Untersuchungsmethode. Wenn der Patient beim Husten Schmerzen im Oberbauch empfindet, spricht dies immer für ein entzündliches Geschehen, entweder oberhalb des Zwerchfelles (z. B. Pleuritis oder Pneumonie) oder im Oberbauch. Sorgfältig muß bei der Inspektion auch immer auf Vorwölbungen im Bereich der Bruchpforten geachtet werden. Ein Hinweis, der besonders bei dickleibigen Patienten leicht übersehen wird.

Nach der Inspektion folgt die *Palpation*. Hier ist neben dem Schmerz und neben tastbaren Tumoren vor allem das Vorhandensein und der Grad der Muskelspannung von Bedeutung. Während, wie bereits ausgeführt, die generalisierte Peritonitis an der universellen und „brett-harten“ Kontraktur der Muskeln eindeutig kenntlich ist, wird bei lokalisierter schmerzhafter Muskelspannung an jeder Stelle des Abdomens, wo der Verdacht auf einen darunter liegenden Entzündungsherd besteht, der Loslaßschmerz geprüft, insbe-

sondere bei Zweifel über die Präsenz einer frühen Peritonitis. Nachdem der gewünschte Bezirk so tief, wie es die Umstände erlauben, palpirt wurde, wird die palpierende Hand plötzlich zurückgezogen. Der Erfolg dieser abrupten Druckentfernung läßt die verlagerte Abdominalmuskulatur in ihre unsprüngliche Lage zurückschnellen. Die Muskulatur zieht das an der Bauchwand fixierte Peritoneum mit sich und ist dies entzündet, veranlaßt es den Patienten, zusammenzuzucken oder unter Umständen vor Schmerz laut aufzuschreien. Blumberg, nach dem diese Untersuchung benannt ist, führte sie nur in der linken Fossa iliaca aus, und wenn der Patient über Schmerzen im Unterbauch klagte, sah er die Verdachtsdiagnose „akute Appendizitis“ bestätigt. Es gilt auch heute noch als das sicherste Untersuchungszeichen für die akute Appendizitis.

Nach der Palpation muß jedes akute Abdomen auch auskultiert werden. Die *Auskultation* erlaubt wichtige Rückschlüsse auf die Darmfunktion. Völliges Fehlen von peristaltischen Geräuschen – die berühmte „Grabesstille im Bauch“ – bedeutet im akuten Geschehen eine zur Darmparalyse gesteigerte, diffuse Peritonitis. Verstärkung der Geräusche findet sich sowohl bei der akuten Gastroenteritis (meist zusammen mit Diarrhoen) als auch bei der partiellen oder völligen Obstruktion eines Darmabschnittes. Im letzteren Falle hört man eine rhythmisch zunehmende Intensität der Geräusche, der eine Periode von relativer Stille folgt (sogenannte Stenosegeräusche). Die Geräusche können klingenden Charakter annehmen infolge zunehmender Blähung der Darmschlingen, und beim Beklopfen der Darmwand kann gelegentlich ein Plätschern ausgelöst werden, was auf eine Zunahme der gestauten Flüssigkeit in den geblähten Darmschlingen hinweist. Dies sind typische, klinische Zeichen eines Darmverschlusses. Allerdings pflegt beim mechanischen Ileus, wenn er nicht behoben wird, die Peristaltik schließlich zu erlahmen. Der mechanische Ileus geht in einen paralytischen über. Seine Feststellung ist dann gleichbedeutend mit dem Entschluß zur Operation, und es wäre falsch, sie aufzuschieben, bis die genaue Ursache gefunden ist.

Eine abschließend stets durchzuführende rektale und vaginale Unter-

suchung mögen Ausbreitung der Peritonitis auf das kleine Becken oder eventuell sogar den Ausgang der Entzündung nach der Lokalisation der Schmerzhaftigkeit erkennen lassen. Eine selbstverständliche Puls- und Körpertemperaturkontrolle (vergleichsweise rektal und axillar) erlauben wichtige Rückschlüsse in der Differentialdiagnostik zwischen inflammatorischen und mechanisch-obstruktiven Abdominalerkrankungen.

Verfügen wir nun über eine besondere apparative Ausstattung, so können, falls der Patient nicht, wie wohl in den meisten Fällen, bereits in die Klinik eingewiesen wurde, folgende Untersuchungen zur weiteren Abklärung der Diagnose herangezogen werden:

An erster Stelle wäre hier die Röntgenuntersuchung zu nennen. Sie bedeutet jedoch immer nur eine wertvolle Unterstützung der Diagnose. Auch hierbei gilt der Grundsatz, daß das klinische Bild entscheidend ist. Nach Möglichkeit sollte eine Abdomenübersicht und eine Lungen-durchleuchtung durchgeführt werden, um freie Luft im Abdomen, eine Lungenerkrankung mit Pneumonie oder Pneumothorax, oder eine Ösophagusruptur mit der typischen Verbreiterung des Mediastinums auszuschließen. Bei einem perforierten Ulkus ist allerdings der Nachweis freier Luft im Abdomen nur in 70 Prozent möglich, 30 Prozent zeigen keine freie Luft. Von großem Wert ist die Bauchübersicht beim Ileus. Hierbei kann durch die Gasverteilung im Darm eventuell eine Lokalisation des Verschlusses angegeben werden, je nachdem, ob vornehmlich der Dünndarm oder der Dickdarm befallen ist. Der Nachweis von Spiegeln, hervorgerufen durch vermehrte Flüssigkeitsansammlung infolge Stauung und Exsudation bei gleichzeitig vermehrter Gasbildung, ergibt den dringenden Verdacht auf einen Darmverschluss. Je höher das Hindernis im Darmkanal sitzt, um so unsicherer wird die Röntgendiagnose des mechanischen Ileus. Der hohe Ileus verursacht früh Erbrechen, geringen Meteorismus und rasche Dehydratation, der tiefe Ileus dagegen spätes Erbrechen, starke Auftreibung des Abdomens und langsame Dehydratation. Wichtig ist die Thoraxdurchleuchtung mit Beobachtung der Beweglichkeit des Zwerchfelles, beispielsweise beim subphrenischen

Abszeß, wo das klinische Bild oft sehr unsicher sein kann. Neuerdings hilft uns hier ein Lungen-Leber-Szintigramm weiter. Beim Dickdarmileus dient der Notfallkontrasteinlauf zur Beurteilung der Höhe des Verschlusses und zur Differentialdiagnose zwischen mechanischem und paralytischem Ileus. In Zweifelsfällen einer Blutung kann heute auch die Angiographie herangezogen werden, die jedoch in den meisten Fällen der Klinik vorbehalten bleiben wird.

An dringlichen Laboruntersuchungen sind beim akuten Abdomen erforderlich: Die Bestimmung von

Hämoglobin oder Hämatokrit,

Leukozyten,

Natrium, Kalium und Kreatinin im Serum,

Urin: auf Eiweiß, Zucker und Sediment sowie

Amylase oder Diastase.

Nicht zu übersehen ist, daß es eine Reihe von extra- und pseudoperitonealen Erkrankungen gibt, die aus zum Teil unbekanntem Gründen mit einer Pseudoperitonitis einhergehen können, und die es zu erkennen gilt, da sie sich durch einen operativen Eingriff ohne Zweifel verschlimmern würden.

Hierher gehören

1. als extraperitoneale Ursachen des akuten Abdomens:

1.1. Basale Pneumonie, Pneumothorax und Pleuritiden;

1.2. an kardiovaskulären Erkrankungen: Herzinfarkt, Herzinsuffizienz, Aneurysma dissecans der Aorta;

1.3. an urogenitalen Erkrankungen: Pyelitis, perinephritischer Abszeß, Hydronephrose, Nierenbecken- und Harnleitersteine;

1.4. an neuromuskulären und Skeletterkrankungen: frische Wirbelfrakturen mit retroperitonealem Hämatom und akute Diskushernien.

2. Dann gibt es pseudoperitoneale Erkrankungen

2.1. aufgrund metabolischer und endokriner Störungen, wie Diabetes, Urämie, Schwermetallvergiftungen, Porphyrie, Hyperparathyreoidismus;

2.2. aufgrund von Erkrankungen des hämopoetischen Systems, wie maligne Leukose und Hämophilie.

Ein Großteil dieser differentialdiagnostischen Erwägungen wird jedoch ebenfalls der Klinik zur Klärung vor einem operativen Eingriff überlassen bleiben müssen.

Für die Praxis draußen ist es wichtig, jene Krankheitszustände zu erkennen, die unter dem Bild des akuten Abdomens angetroffen werden und in kurzer Zeit zu einer Peritonitis führen können. Sie lassen sich der Häufigkeit nach ungefähr in folgender Weise präzisieren, ich fasse zusammen:

## 1. Akute Appendizitis

Schmerzbeginn meist paraumbilikal oder im Oberbauch, innerhalb von Stunden in den rechten Unterbauch wandernd. Allgemeines Krankheitsgefühl, Übelkeit, Brechreiz bis Erbrechen. Druck- und Loslaßschmerz am McBurney. Deutliche Klopfempfindlichkeit im rechten Unterbauch. Loslaßschmerz im Unterbauch von links nach rechts ziehend (Blumberg). Rovsingsches Zeichen positiv, d. h., beim Ausstreichen des Dickdarmes zum Zökum hin werden Schmerzen in der Ileozökalgegend angegeben. Bei der rektalen Untersuchung eventuell im Douglas mehr Schmerzen rechts als links, Schmerzen beim Heben des rechten Beines, daher wird das rechte Bein manchmal zur Entlastung des Psoas angezogen. Leukozytose, axillo-rektale Temperaturdifferenz von ein Grad.

Bei der drohenden oder bereits bestehenden Perforation Zunahme der Beschwerden und der Befunde, beginnende Ileuszeichen oder Paralyse mit bereits Totenstille. Heftigster Druckschmerz im Douglas bei der rektalen Untersuchung, starke Leukozytose bis zu 20 000. Hier sollte der Patient bei der Klinikeinweisung bereits mit einer Infusion transportiert werden.

## 2. Akute Cholezystitis

Schmerzsteigerung innerhalb weniger Stunden im rechten Oberbauch und umschriebene Druckempfindlichkeit mit Abwehrspannung und Loslaßschmerz, meist Fieber.

Im Gegensatz zur *Gallenkolik* mit intermittierenden, oft heftigsten Schmerzattacken im Oberbauch, vorwiegend rechts, eventuell in die rechte Schulter ausstrahlend, manchmal aber auch nur Druck im Epigastrium ohne Peritonismus.

### 3. Akute Pancreatitis

#### *Symptomatik:*

1. Heftiger, in den Rücken austretender Dauerschmerz,
2. Nausea bis Erbrechen,
3. Fieber,
4. Meteorismus,
5. leichter Sklerenikterus,
6. Gesichtsrubeose,
7. Schock durch Plasmaverlust ins Retroperitoneum und periphere Vasodilatation.

#### *Diagnose:*

1. Anamnese: Alkoholabusus, opulentes Mahl, Gallensteine,
2. Diskrepanz zwischen Schmerzintensität und abdominellem Palpationsbefund „Gummibauch“, elastische Abwehrspannung,
3. diastolischer Blutdruckanstieg bei Tachykardie oder Hypotonie,
4. linksbasale Dämpfung, Reibegeräusche, basale Rasselgeräusche (Atelektase),
5. Chvostek positiv, Trousseau positiv als Ausdruck einer prognostisch häufig ungünstigen Hypokalzämie,
6. Darmgeräusche vermindert bis zum paralytischen Ileus.

#### *Therapie:*

Absolute Nahrungs- und Flüssigkeitskarenz, Magensonde legen, Analgesie mit Fortral, Baralgin oder Novalgin 1 Amp. i. v., langsam injizieren, Cave: Morphin induziert Papillenspesmus, wenn Diagnose sicher Dilaudid-Atropin 1 Amp. subc., Plasmaexpander, bei Verdacht auf beginnendes Lungenödem 0,25 mg Combetin und 40 mg Lasix i. v., Sedierung mit 10 mg Valium i. m.

### 4. Perforiertes Magen- oder Zwölffingerdermgeschwür

#### *Symptomatik und Diagnostik:*

Plötzlicher, messerstichartiger Schmerz im Oberbauch mit oder

ohne Ulkusanamnese. Bretthartes Abdomen, keine Darmgeräusche, eventuell Schock. Patient liegt still und vermeidet ängstlich jede Bewegung, im Gegensatz zum Patienten mit einer Pancreatitis, der beim Aufsitzen eventuell eine Erleichterung findet, oder zum Patienten mit einer Uretersteinkolik, der sich unruhig hin und her bewegt. Dazu flache Atmung, eventuell kahnförmig eingesunkenes Abdomen. Keine Darmgeräusche, Verschwinden der Leberdämpfung.

*Vorsicht:* Bei alten Menschen nur geringfügige Schmerzen ohne Abwehrspannung möglich.

#### *Therapie:*

Magensonde zum Absaugen, Analgesie: Novalgin 2 bis 5 ml oder Buscopan comp. langsam i. v. injizieren, keine Morphin-Derivate, Sedierung mit Valium 10 mg i. v., bei Volumenmangel Plasmaexpander i. v., umgehend Klinikeinweisung mit Angabe der analgetischen Medikation.

### 5. Ileus

#### *Symptomatik und Diagnostik:*

##### *Im Dünndarm:*

Durch *Strangulation* infolge *Adhäsion* oder *Bride*;

heftige intermittierende Schmerzattacken;

häufiges Erbrechen großer Flüssigkeitsmengen, desto früher, je höher die Strangulation am Dünndarm sitzt; druckschmerzhaftes Abdomen;

während der ersten 24 Stunden noch Stuhl- und Windabgang möglich;

Stenosegeräusche.

Im fortgeschrittenen Stadium klingende Darmgeräusche, Plätschern, sichtbare Darmsteifungen bei dünnen Bauchdecken oder Paralyse im fortgeschrittenen Zustand der Peritonitis.

Durch *Inkerzeration* einer Hernie eindeutiger Lokalbefund an der Bruchpforte, druckschmerzhafte, nicht mehr reponierbare Vorwölbung an der Bruchpforte.

##### *Im Dickdarm:*

Langsam zunehmender Befund eines Meteorismus, Stuhl- und Windver-

haltung, metallisch klingende Darmgeräusche, meist hervorgerufen durch neoplastischen oder divertikulitischen Tumor, daher vorwiegend ältere Menschen. Stärkster Druckschmerz im linken Unterbauch, eventuell eber euch im fortgeschrittenen Zustand, Druckschmerz mit Vorwölbung des rechten Unterbauches durch Rückstauung im Zökum. Verwechslung mit Appendizitis möglich. Auftreten von Miserere bedeutet dringende Operation. Stets rektale Untersuchung erforderlich.

#### *Therapie:*

Sonde legen, absolute Nahrungskarenz, Volumensubstitution, zur Analgesie 2 bis 5 ml Buscopan comp. oder Novalgin langsam i. v., Sedierung mit 10 mg Valium i. m.

### 6. Mesenterialinfarkt

#### *Symptomatik und Diagnostik:*

Plötzlicher Beginn mit heftigen Schmerzen, gelegentlich in Schüben. Auffallende Diskrepanz zwischen heftiger Schmerzangabe und geringem Abdominalbefund. Meist Kreislaufbeteiligung, zunehmender paralytischer Ileus. In der Regel ältere Menschen.

#### *Therapie:*

Schmerzstillung mit Novalgin, Schockbehandlung, Einweisung in die Klinik mit Rettungswagen und, wenn möglich, ärztlicher Begleitung.

### Perforierte Sigmedivertikulitis

In der Regel frühere Stuhlschwierigkeiten und Entzündungsschübe bekannt. Unterbauchperitonitis. Kann daher zur Verwechslung mit der Appendizitis führen. Stärkster Druck- und Loslaßschmerz im linken Unterbauch.

### Toxisches Megakolon

Komplikation der Colitis ulcerosa. Ausgeprägter Volumenmangel und Endotoxin-Schock. Peritonismus bis Peritonitis infolge Durchwanderung oder Perforation.

### Akute Gastrointestinalblutung

Ein Krankheitsbild, das bei der Besprechung des akuten Abdomens ebenfalls Erwähnung finden muß,

# Diabetes geht an die Niere

## darum Glurenorm® das nicht harnpflichtige Antidiabetikum

**Zusammensetzung:**  
1 Tablette enthält: 1-Cyclohexyl-3-[p-2-(3,4-dihydro-7-methoxy-4,4-dimethyl-1,3-dioxo-2(1H)-isochinolyl)phenylsulfonyl]harnstoff 30 mg.

**Anwendungsgebiete:**  
Diabetes mellitus im mittleren und höheren Lebensalter, sofern diätetische Maßnahmen allein nicht ausreicht sind, den entgegenstehenden Kohlenhydratstoffwechsel des Diabetikers zur Norm zurückzuführen.

**Dosierung und Anwendungswise:**  
Glurenorm besitzt den besonderen Vorteil eines relativ großen Dosispielraumes, der von 1/2 Tablette (15 mg) bis zu 4 Tabletten (120 mg) pro die reicht. Üblicherweise genügen im Mittel 45 mg Glurenorm am Tag. Wenn im allgemeinen auch mit 2 Glurenorm-Gaben pro Tag auszukommen wird, so kann doch in besonders gelagerten Fällen eine 5malige Applikation pro die zum besseren Ausgleich und zur optimalen Stabilisierung des Blutzucker-Tagesprofils führen. Erfahrungsgemäß sollte bei täglich mehrmaliger Applikation die größte Glurenorm-Einzeldosis am Morgen verabreicht werden, wobei - wenn erforderlich - bis zu 2 Tabletten (60 mg) Glurenorm auf einmal zum Frühstück gegeben werden. Die Einnahme von Glurenorm sollte zu Beginn der Mahlzeiten erfolgen.

**Neueinstellungen:**  
Im allgemeinen beginnt die Glurenorm-Behandlung mit 1/2 Tablette (15 mg) zum Frühstück. Wenn diese Dosierung für eine befriedigende Einstellung nicht ausreicht, so wird eine schrittweise Erhöhung um jeweils 1/2 Tablette vorgenommen. Einzeldosen von mehr als 2 Tabletten (60 mg) sowie Tagesdosen über 4 Tabletten (120 mg) Glurenorm führen in der Regel nicht mehr zu einer Verbesserung der Blutzuckersituation.

#### **Umstellung:**

Bei der Umstellung von anderen, gleichartig wirkenden ersten Antidiabetika kann man im allgemeinen davon ausgehen, daß eine Tablette Glurenorm einer Tablette anderer Sulfonylharnstoff-Präparate entspricht. Die Wirkungsstärke einer Tablette Glurenorm (30 mg) ist etwa 1000 mg Tolbutamid vergleichbar. Aus dieser Dosisleistung läßt sich die jeweilige Anfangsdosierung von Fall zu Fall herleiten. Eventuell erforderlich werdende Dosisänderungen sind auch hier in Stufen à 15 mg (1/2 Tablette Glurenorm) empfehlenswert.

#### **Nebeeffekten, Begleiterscheinungen:**

Glurenorm ist sehr gut verträglich. Im Verlauf einer Glurenorm-Behandlung kommt es nur sehr selten zu hypoglykämischen Reaktionen, allergischen Hauterscheinungen oder Unverträglichkeiten von Seiten des Magen-Darm-Traktes.

#### **Unverträglichkeiten und Risiken:**

Das Präparat darf nicht angewandt werden bei: Insulinmangeldiabetes; Coma und Praecomä diabeticum; erheblicher Stoffwechselentgleisung mit Azidose; Schwangerschaft.

#### **Besondere Hinweise:**

Glurenorm wird in Form seiner Metaboliten im Mittel nur zu 5% durch die Nieren ausgeschieden und daher auch von nierengeschädigten Patienten im allgemeinen gut vertragen. Liegt jedoch ein schwerer Nierenschaden vor, so ist natürlich die übliche sorgfältige Überwachung des Patienten erforderlich. Wie bei jeder medikamentösen Dauerbehandlung sollten in gewissen Abständen routinemäßig Laborkontrollen durchgeführt werden.

Um das bei Diabetikern gegebene Risiko von Herz- und Kreislauftörungen zu vermindern, sollte der Patient auf die strikte Einhaltung der vorgeschriebenen

Diet hingewiesen und darauf aufmerksam gemacht werden, daß diese diätetischen Maßnahmen keinesfalls durch eine mäßige Veränderung der verordneten Glurenorm-Dosierung ersetzt oder ausgeglichen werden dürfen. Wie bei allen Arzneimitteln, die zur Tabletten-Behandlung des Diabetes mellitus benutzt werden, kann die Auslassung einer der üblichen Mahlzeiten oder die Nichteinhaltung der ärztlichen Dosierungsvorschrift den Blutzucker verstärkt senken und damit zu einer Beeinträchtigung der Konzentrationsfähigkeit führen. Die Behandlung der Zuckerkrankheit mit diesem Arzneimittel bedarf der regelmäßigen Kontrolle. Bis zur optimalen Einstellung bzw. bei Präparatwechsel sowie durch unregelmäßige Anwendung dieses Arzneimittels kann die Fähigkeit zur aktiven Teilnahme am Straßenverkehr oder zum Bedienen von Maschinen beeinträchtigt werden. Sollte es zu einem hypoglykämischen Zustand kommen, so kann dieser meistens von Patienten selbst durch Würfelzucker, Süßwaren oder zuckerhaltige Getränke behoben werden. Körperliche Anstrengung, Alkoholkonsum oder Einnahme bestimmter Medikamente, wie Salizylate, Sulfonamide, Phenylbutazon-Präparate, Tuberkulostatika, Chloramphenicol, Tetracyclinverbindungen, Coumarin-Derivate, Cyclophosphamid, MAO-Hemmer und  $\beta$ -Rezeptorenblocker, können die blutzuckersenkende Wirkung erster Antidiabetika vom Sulfonylharnstoff-Typ verstärken. Andererseits ist eine Abschwächung der blutzuckersenkenden Wirkung von Sulfonylharnstoffsubstanzen u. a. möglich bei gleichzeitiger Gabe von ersten Kontrazeptiva, Chlorpromazin, Bypothetikomimetika, Kortikoiden, Schilddrüsenhormonen und alkalischen Präparaten. Hier kann eine Erhöhung der Glurenorm-Dosis erforderlich werden.

**Darreichungsformen und Packungsgrößen:**  
OP mit 30 Tabletten DM 18,25, OP mit 60 Tabletten DM 28,84, OP mit 120 Tabletten DM 46,36, Klinikpackung.

Thomae

Ist die akute Gastrointestinalblutung.

Wichtigste Symptome:

1. Die Hämatemesis = Bluterbrechen aus Ösophagus, Magen oder Duodenum;
2. die Meläna = der Teerstuhl, d. h. verdautes Blut meist aus dem oberen Magen-Darm-Trakt;
3. rotes Blut im Stuhl, d. h. Koagula oder flüssiges Blut, deutet auf den unteren Darmtrakt hin.

Allgemeine Symptome als Rückwirkungen des Blutmangels: Anstieg des Pulses, Abfall des Blutdruckes, Schockindex über 1, zentraler Venendruck unter 2, Hämoglobin und Hämatokrit-Werte haben in der ersten Zeit keine Aussagekraft, sie wirken sich erst nach geraumer Zeit durch entsprechende Blutverdünnung aus.

Als vordringliche ärztliche Sofortmaßnahme kommt Volumenersatz in Form von Elektrolytlösungen oder Plasmaexpander in Frage. In der Klinik heute bei Verdacht auf Magenblutung keine Operation ohne vorherige Notfallgastroskopie.

### Stumpfes Bauchtrauma

Der akute Bauch begegnet uns auch in der Traumatologie im Gewande des „stumpfen Bauchtraumas“. Hierbei kommen differentialdiagnostisch folgende Verletzungen von Organen in der Bauchhöhle in Frage:

1. Milzruptur
2. Leberruptur
3. Mesenterialabriß
4. Verletzung des Darmes
5. Verletzung des Pankreas
6. Verletzung der Niere
7. Blasenruptur und infravesikale Verletzungen
8. Zwerchfellriß
9. Magenruptur
10. Ruptur eines Aneurysma der Aorta abdominalis

Das stumpfe Bauchtrauma kommt durch eine plötzliche stumpfe Gewalteinwirkung auf die Bauchdecken zustande. Häufig handelt es sich um Steuerradanprallverletzungen im Pkw, um Sportverletzungen durch

Sturz oder Zusammenstoß, um Arbeitsunfälle durch Einklemmungen oder Verschüttungen. Die Symptomatik des klinischen Bildes wird hervorgerufen durch Hämatome in den Bauchdecken, Muskelquetschungen und Verletzungen intraabdomineller Organe mit Austritt von Blut bzw. Darminhalt in die freie Bauchhöhle. Äußere Prellmarken weisen oft auf die Lokalisation der Verletzungen hin. Häufig finden sich Begleitverletzungen, wie Rippen- und Beckenfrakturen, Thoraxverletzungen, Schädelverletzungen und Extremitätenfrakturen.

Auch hier gilt es, nach den Zeichen des akuten Abdomens zu fahnden und die richtige Indikation zur Laparotomie zu stellen. Im Zweifelsfall erscheint bereits bei dem Verdacht auf ein stumpfes Bauchtrauma die Klinikeinweisung durch den erstversorgenden Arzt angezeigt, da solche Bauchtraumen mit anderen zu behandelnden Verletzungen vergesellschaftet sind und dadurch die Diagnose äußerst erschwert werden kann. Erst eine weitere Überwachung und Beobachtung des Verletzten läßt hier oft die richtige Indikation zur Operation stellen. Ein wichtiges Hilfsmittel zur Erkennung einer intraabdominellen Blutung, vor allem beim bewußtlosen, schockierten Patienten, stellt hierbei heute im klinischen Bereich die Durchführung einer Lavage dar. Mit einem Peritonealdialysekatheter wird dabei die Bauchhöhle punktiert und mit Kochsalz- oder Ringerlösung gespült. Aus dem Grade der blutigen Verfärbung der Spülflüssigkeit können nun Rückschlüsse auf eine intraabdominelle Blutung gezogen werden.

Im allgemeinen sollte sich der erstversorgende Arzt bei einem Unfallverletzten mit Verdacht auf ein stumpfes Bauchtrauma folgende Fragen stellen:

1. Befindet sich der Patient im Schock?
2. Besteht ein akutes Abdomen?
3. Welche Organe können verletzt worden sein?
4. Bestehen Kombinationsverletzungen mit anderen Organen, wie Schädel, Thorax, Becken oder Extremitäten?

Nur die exakte Klärung dieser Fragen führt zur richtigen Diagnose und entsprechenden Therapie.

Sind Zeichen eines Schocks festzustellen, sei es bei einem Trauma oder einer gastrointestinalen Blutung durch einen Volumenmangel, oder bei einer abdominellen Erkrankung infolge Intoxikation, so soll ganz allgemein die Schockbehandlung tunlichst vom erstbehandelnden Arzt bereits eingeleitet werden. Sie besteht im Anlegen einer Infusion in eine periphere Vene, in die Vena subclavia oder in die Vena jugularis interna. An Infusionslösungen stehen zur Verfügung: Elektrolytlösungen, Plasmaersatzmittel (wie Dextrane, Gelatinelösungen oder Hydroxyäthylstärke (HÄS), Plasma-proteinlösung).

Bei Anzeichen einer beginnenden Ateminsuffizienz O<sub>2</sub> inhalieren lassen.

Schocklagerung: d. h., Fußende der Trage 10° bis 15° anheben. Beine leicht anziehen lassen mit Rolle unter den Knien zur Entspannung der Bauchdecken.

Transport in die Klinik mittels Rettungswagen.

Äußerst wichtig ist es, daß der in das Krankenhaus überwiesene Patient mit einem Notfallbegleitschreiben versehen wird, aus dem der Erstbefund und die eingeleitete Therapie, vor allem die Gabe von Analgetika, ersichtlich sind.

Notbegleitschein-Vordrucke sind über den Deutschen Ärzte-Verlag, Köln, zu beziehen.

In 30 Minuten ist es schwierig, dieses umfangreiche Thema des „akuten Abdomen“ einigermaßen ausreichend darzustellen. Diese Ausführungen können daher niemals den Anspruch auf Vollständigkeit erheben. Sie sollten aber der Tatsache Rechnung tragen, daß der im Notfalldienst eingesetzte Arzt, ganz gleich welcher Fachrichtung er angehört, heute mit dem Bild des akuten Abdomens konfrontiert werden kann. Es mag daher vielleicht ratsam sein, sich in dieser Situation an das eine oder andere des heute hier Gehörten zu erinnern.

Anschrift des Verfassers:

Städt. Medizinaldirektor Dr. med. H. Birkner, Vorstand der II. Chirurgischen Klinik des Klinikums Nürnberg, Flurstraße 17, 8500 Nürnberg

# Neue Antiarrhythmika\*

von B. Luderitz

Aus der Medizinischen Klinik I der Universität München im Klinikum Großhadern  
(Direktor: Professor Dr. med. G. Riecker)

Herzrhythmusstörungen gehören zu den gefürchteten Komplikationen zahlreicher kardialer Erkrankungen und sind häufig Ursache eines letalen Krankheitsverlaufes. Die Tatsache, daß durch die pharmazeutische Industrie ständig neue Antiarrhythmika entwickelt und ausgeben werden, weist bereits darauf hin, daß es noch keineswegs für alle therapeutischen Probleme bei Herzrhythmusstörungen adäquate Lösungen gibt bzw. daß sich ein nicht unbeträchtlicher Teil kardialer Arrhythmien therapieresistent gegenüber den derzeit möglichen medikamentösen Maßnahmen erweist. In diesem Zusammenhang sind auch die in jüngster Zeit verstärkten Bemühungen zu sehen, auf elektrotherapeutischem Wege das Segment der therapieresistenten Arrhythmien zu verkleinern (23). Trotz ermutigender Erfolge auf diesem Gebiet besteht nach wie vor der klinische Bedarf für Antiarrhythmika, die ektope Erregungen weitgehend selektiv, d. h. ohne wesentliche Beeinträchtigung der normalen Reizbildung und Erregungsleitung, supprimieren können und in therapeutisch wirksamen Konzentrationen ein Minimum an Nebenwirkungen aufweisen.

Unter den zahlreichen in der Entwicklung befindlichen, soeben in der Bundesrepublik Deutschland registrierten oder unmittelbar vor der Registrierung stehenden antiarrhythmischen Substanzen sollen selektiv diejenigen dargestellt werden, die klinische Relevanz erlangt haben und über die eigene Erfahrungen vorliegen (Tab. 1). Unerwähnt bleiben beispielsweise die nur im Ausland registrierten Pharmaka Bretylium-Tosylat (31, 43) und Amiodarone (45) sowie das nur beschränkt einsetzbare Lidoflazin (26, 34) und das in der experimentellen Prüfung

befindliche Lorcaïn (19). Auch auf weiterentwickelte antibradykarde Medikamente, wie den Atropinester Sch 1000 (Ipratropiumbromid) (s. 4) und das Depot-Orciprenalin (Th 152/10) (vgl. 44), soll nicht näher eingegangen werden, da diese Substanzen nach den bisherigen Erfahrungen wohl keine grundsätzliche Alternative zum elektrischen Schrittmacher bei klinisch relevanten Bradykardien — insbesondere den höhergradigen Blockierungen — bedeuten.

## Neue Antiarrhythmika

— Auswahl —

Beta-Rezeptorenblocker (neu, 1977)
(Disorat, Prent, Stresson, Tenormin)
Aprindin (Amidonal)
Disopyramid (Norpace, Rythmodul)
Mexiletin (Kö 1173 CL)
Propafenon (Rytmonorm)
Ipratropiumbromid (Atropinester Sch 1000)
Orciprenalin (Alupent Depot Th 152/10)

Tabelle 1

### 1. Beta-Rezeptorenblocker

Beta-Rezeptorenblocker stellen in der Therapie von Herzrhythmusstörungen eine wesentliche Bereicherung der medikamentösen Möglichkeiten dar. In elektrophysiologischer Hinsicht verhindern sie Katecholamin-bedingte Veränderungen des Membranpotentials der kardialen Einzelfaser. Unter klinischen Bedingungen wirken sie (Tab. 2) Arrhythmien entgegen, die auf einer adrenergen Stimulation beruhen. Damit konzentriert sich der Indikationsbereich auf Herzrhythmusstörungen im Rahmen einer Sympathikotonie, z. B. Sinustachykardie, Vorhoffextrasystolen, Vorhofflimmern

und Vorhofflattern, paroxysmale supraventrikuläre Tachykardien und ventrikuläre Extrasystolie. Naturgemäß ist die Anwendung von Beta-Blockern in jedem Einzelfall indikationsbezogen zu prüfen. Sinustachykardien beim hyperkinetischen Herzsyndrom sprechen besonders gut an. Bei einer Belastungsextrasystolie im Rahmen einer koronaren Herzkrankheit wäre ebenfalls die Indikation für Beta-Blocker gegeben. Auch die Extrasystolie als Folge einer Digitalis-Intoxikation läßt sich gelegentlich mit ihnen erfolgreich angehen. Bei tachysystolischen Formen von Vorhofflimmern und Vorhofflattern ist neben Digitalis der Einsatz von Beta-Blockern gerechtfertigt. Beim Vorhofflimmern mit schneller Überleitung bei Hyperthyreose ist, abgesehen von der Therapie des Grundleidens, die Beta-Blocker-Therapie angezeigt (Tab. 3). Bei Überdosierung bzw. Intoxikation mit Beta-blockierenden Substanzen hat sich Glucagon hinsichtlich Herzfrequenz und Hämodynamik als das Mittel der Wahl erwiesen.

Derzeit sind in der Bundesrepublik Deutschland 15 verschiedene Beta-Blocker-Präparate — mit teilweise gleicher Wirksubstanz — im Handel, nicht mitgerechnet die Kombinationspräparate, die Beta-Sympathikolytika enthalten (vgl. Tab. 2).

Zu den erst in neuerer Zeit eingeführten Arzneispezialitäten dieser Gruppe gehören Disorat, Prent, Stresson und Tenormin. Grundsätzlich unterscheiden sich die Beta-Blocker in ihrer — je nach chemischer Zusammensetzung — unterschiedlichen Beta-adrenergen Stimulationswirkung („intrinsic activity“). Abgesehen von dieser „sympathikomimetischen Eigenwirkung“ differieren sie hinsichtlich ihrer negativen Inotropie, ihrer Kardioselektivität und ihrer für die antiarrhythmische Therapie möglicherweise relevanten „Chinidin-artigen“ Membranwirkung. Die lokalanästhetischen, kardiodepressiven und zentralen Effekte der Beta-Blocker gelten als unspezifische Wirkungen.

Die im Text in Klammern gesetzten Ziffern beziehen sich auf das Literaturverzeichnis, das beim Verfasser oder bei der Redaktion angefordert werden kann.

\*) Vortrag anlässlich der 17. Bayerischen Internisttagung in München.

Die Referate dieser Veranstaltung werden in Band 45 der von der Bayerischen Landesärztekammer herausgegebenen Schriftenreihe veröffentlicht. Die Kassenärzte in Bayern werden diesen Band über ihre Bezirksstelle der KVB erhalten.

Handelspräperet	Generic Nama	Herstellar
Aptin	Alpranolol	Astra
Baloc	Matoprolol	Astra
Betedranol	Bupranolol	Pherma Schwarz
Disorat *)	Methypranolol	Boehringer Mannheim
Doberol	Toliprolol	Boehringer Ingelheim
Dociton	Propranolol	ICI
Lopresor	Matoprolol	Geigy
Prant *)	Acebutolol	Bayar
Sinorytmal	Toliprolol	Giulini
Sotalax	Sotalol	Lappe
Strasson *)	Bunitrolol	Boehringer Ingelheim
Tamsarin	Timolol	Sharp und Dohme
Tanormin *)	Atanolol	ICI
Trasicor	Oxpranolol	Ciba
Viskan	Pindolol	Sandoz

\*) Neueinführung 1977

Taballa 2

Die klinisch wichtigen kardiodepressiven Eigenschaften, die alle Beta-Blocker besitzen, sind sowohl auf die Beta-Sympathikolyse wie auf unspezifische Membranwirkungen zu beziehen. Die (unspezifische) kardiodepressive Eigenwirkung wird auf einen Calcium-Antagonismus zurückgeführt (14). Bei der Therapie der Angina pectoris, der essentiellen Hypertonie und des hyperkinetischen Herzsyndroms sind vor allem die spezifischen Beta-sympathikolytischen Eigenschaften wesentlich.

#### Arrhythmiebehandlung mit Beta-Rezeptorantagonisten

— Indikationen —

##### 1. Adrenarga Stimulation

Sinustachykardia  
Supraventrikuläre und ventrikuläre Extrasystolie

##### 2. Koronare Herzkrankheit

Balastungsextrasystolie

##### 3. Hypothyreose (Sympathikotonie?)

Sinustachykardia  
Vorhofflimmern  
Extrasystolie

##### Als Alternativ-Antiarrhythmikum:

Vorhofflimmern/-flattern  
Paroxysmale supraventrikuläre Tachykardie  
Digitale Rhythmusstörungen

Taballa 3

Die antiarrhythmische Wirkung beruht dagegen nicht nur auf der Beta-Sympathikolyse, die einem gesteigerten sympathischen Antrieb entgegenwirkt, sondern auch wohl auf den unspezifischen Membranwirkungen (vgl. 24).

Trotz gewisser substanzspezifischer Unterschiede kommen in antiarrhythmischer Hinsicht den einzelnen Beta-Rezeptorblockern keine differentialtherapeutisch gravierenden Unterschiede zu. Daraus ergibt sich für die Arrhythmiebehandlung der Vorteil, bei Unverträglichkeit bzw. Nebenwirkungen des einen Beta-Blockers auf einen anderen übergehen zu können, ohne dem Patienten therapeutische Chancen vorzuenthalten.

## 2. Aprindin

Klinische Beobachtungen sprechen dafür, daß Aprindin bei Herzrhythmusstörungen, die sich gegenüber den bisher verwendeten Pharmaka refraktär verhalten, wirksam sein kann (16). Diese substanzspezifischen Eigenschaften beziehen sich sowohl auf die Therapie supraventrikulärer wie ventrikulärer Arrhythmien, insbesondere auch im Rahmen von Präexzitationssyndromen (5, 6, 18).

Intrakardiale Ableitungen mit Kathodertechniken erbrachten unterschied-

liche Wirkungen von Aprindin an den verschiedenen Strukturen des Herzens. Nach schneller atrialer Stimulation ist die Sinusknotenerholungszeit unter dem Einfluß der Substanz signifikant verlängert (37). Aprindin führt sowohl im suprahisären wie auch im infrahisären Anteil des spezifischen Erregungsleitungsgewebes zu einer Leitungsverzögerung (20, 36, 37). Fernerhin wurde eine negativ dromotrope Wirkung von Aprindin an akzessorischen atrioventrikulären Verbindungen nachgewiesen (29).

Die Beobachtungen am Patienten entsprechen tierexperimentellen Messungen. Am narkotisierten Tier konnten mittels intrakardialer Registrierung eine Abnahme der atrioventrikulären und intraventrikulären Leitungszeit sowie der Herzfrequenz beobachtet werden (22, 25). Die Dauer der mit Saugelektroden in vivo gemessenen ventrikulären und atrialen monophasischen Aktionspotentiale zeigt unter dem Einfluß von Aprindin eine signifikante Zunahme (33).

An myokardialen Einzelzellen und Purkinje-Fasern bestehen die Wirkungen von Aprindin in einer Abnahme der maximalen Depolarisationsgeschwindigkeit sowie in einer Zunahme des Verhältnisses von effektiver Refraktärperiode zu Aktionspotentialdauer. Die spontane diastolische Depolarisation von Purkinje-Fasern bei erniedrigter extrazellulärer Kalium-Konzentration nimmt unter dem Einfluß von Aprindin ab (11). Ursächlich werden diese antiarrhythmischen Effekte auf lokalen ästhetischen Eigenschaften der Substanz bezogen (15). Dementsprechend konnte durch Aprindin eine Abnahme der Erregungsleitungsgeschwindigkeit als Ausdruck einer herabgesetzten Natrium-Leitfähigkeit nachgewiesen werden (11). Andererseits spricht die chemische Struktur des Stoffes (N-(3-Diäthylaminopropyl)-N-phenyl-2-indanamin) gegen eine lokalen ästhetischen Wirkung (16).

Die bisher vorliegenden Untersuchungen lassen eine umfassende Beurteilung der Wirkungscharakteristik von Aprindin noch nicht zu. In jüngster Zeit wurde am spontan schlagenden Vorhofpräparat untersucht, inwieweit Aprindin die elektrophysiologischen Parameter der Reizbildung und Erregungsleitung

Kostbare Jahre  
Weniger  
Risiko

für Ihre Altershypertoniker



# ASGOVISCUM<sup>®</sup> forte

rein pflanzlich, sorgfältig abgestimmt

- mildert Altershochdruck (ohne orthostatische Dysregulationen)
- stärkt das alte Herz (besonders wichtig beim Altershochdruck)
- beseitigt subjektive Hochdruckbeschwerden (Kopfdruck, Ohrensausen, Schwindelgefühl, Schlaflosigkeit, allgem. Unruhe)



**INDIKATIONEN:** Labile und essentielle Hypertonie, Herz-Kreislaufrschwäche

**DOSIERUNG UND ANWENDUNGSWEISE:** 3 x 20 Tropfen bzw. 3 x 1 Kapsel täglich. Eine regelmäßige Anwendung über einen längeren Zeitraum ist anzuraten. Als Erhaltungsdosis genügen meist 1-2 Kapseln bzw. 2 x 10 Tropfen täglich.

**NEBENWIRKUNGEN, BEGLEITERSCHEINUNGEN:** Asgoviscum forte zeichnet sich durch gute Verträglichkeit aus. Unerwünschte Nebenwirkungen sind nicht bekannt. Aus diesem Grunde ist das Präparat für die Dauerbehandlung besonders geeignet.

**ZUSAMMENSETZUNG:** Tropfen: 100 g enthalten Alkohol-Auszug 1,3 aus Herba Visc. albi (Mistel) 45,0 g, Fructus Crataegoxyac. et monogyni (Weißdorn) 4,5 g, Radix Rauwolfiae serp. (eingestellt auf 1,2 mg Gesamt-Alkaloide/ml), Bulbus Allii sativi (Knoblauch) 0,18 g, Mono-, Di- und Tri-(hydroxymethyl)-rutin 1,0 g

**Kapseln:** Eine Kapsel enthält Extract Visci albi (Mistel) 30,0 mg, Extract Crataeg. e fruct. (Weißdorn) 6,0 mg, Extract Rauwolfiae serp. (eingestellt auf 1,2 mg Gesamt-Alkaloide/Kps.), Bulbus Allii sativi (Knoblauch) 1,0 mg, Rutin 10,0 mg

**HANDELSFORMEN UND PREISE:** Packung mit 30 ml Tropfen DM 6,99, Packung mit 100 ml Tropfen DM 18,92, Anstaltspackung, Packung mit 30 Kapseln DM 6,64, Packung mit 100 Kapseln DM 17,99, Anstaltspackung

Tageskosten der Dauertherapie DM 0,36

**Rhein-Pharma**  
Arzneimittelwerk GmbH · Plankstadt

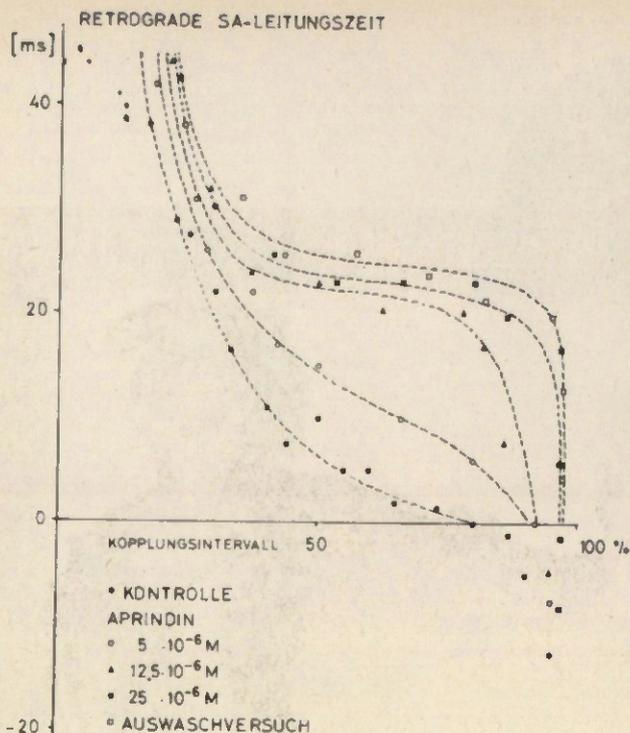


Abbildung  
Messung der sinuatrialen Leitungszeit am spontan schlagenden Vorhofpräparat des Kaninchenherzens. Die SA-Leitungszeit ist definiert als die Differenz zwischen maximaler Anstiegs- geschwindigkeit provoziert durch Zusatz- erregungen im Atrium und Schrittmacherareal. Unter Einfluß von Aprindin zeigt sich eine konzentrationsabhän- gige Verlängerung der sinuatrialen Lei- tungszeit als Aus- druck eines negativ dromotropen Effek- tes im sinuatrialen Überleitungs- gewebe (Naumann d'Alnoncourt, Stein- beck, Lüderitz, 1976)

beeinflußt, nämlich: Aktionspotential, maximale Depolarisationsgeschwindigkeit, Spontanfrequenz, effektive Refraktärperiode und sinuatriale Überleitungszeit (27). Die (retrograde) sinuatriale Leitungszeit wurde dabei gemessen als Differenz zwischen den Punkten maximaler Depolarisationsgeschwindigkeit im Atrium (Crista terminalis) und Schrittmacherareal. Diese Meßgröße zeigt bei kurzen Kopplungsintervallen eine besonders steile Charakteristik (Abb.).

Unter Aprindin-Einfluß in einem Konzentrationsbereich zwischen 5 und 25 x 10<sup>-6</sup>M findet sich eine konzentrationsabhängige Verlängerung der retrograden SA-Leitungszeit. Dieser Befund läßt auf einen negativ dromotropen Effekt von Aprindin im sinuatrialen Überleitungsgewebe schließen (27).

Die maximale Anstiegsgeschwindigkeit als Ausdruck der Erregungsleitungs- geschwindigkeit wird bei atrialer Zusatz- erregung mit gleichem Kopplungsintervall durch Aprindin dosisabhängig vermindert.

Aprindin zeigt insgesamt eine negativ chronotrope Wirkung am Pace- marker-Areal und einen negativ dromotropen Effekt auf die sinuatriale Überleitung. Aktionspotential- dauer und Refraktärzeit der perinodalen Fasern werden durch Aprindin konzentrationsabhängig verlängert,

während an atrialen Fasern eine Aktionspotentialverkürzung und relative Zunahme der Refraktärzeit deutlich werden.

Trotz zahlreicher Behandlungser- folge mit Aprindin wird wegen der mehrfach berichteten schweren, zum Teil tödlich verlaufenen Neben- wirkungen von der Arzneimittelkom- mission der deutschen Ärzteschaft nunmehr eine eingeschränkte An- wendung von Aprindin (Amidonal) empfohlen. Neben weniger gewich- tigen unerwünschten Wirkungen, wie Tremor, Doppelsehen und Le- berschädigung, war es verschiedent- lich zu Blutbildschädigungen vom Typ der Agranulozytose gekom- men (vgl. 2). Den Empfehlungen zufolge (2) soll Amidonal nur noch bei be- stimmten Fällen von Herzrhythmus- störungen (ventrikuläre Extrasysto- lien und Tachykardien sowie sol- chen supraventrikulären Extrasysto- lien, die mit Tachykardien einherge- hen) bei Beachtung strenger Sicher- heitsauflagen vom Arzt verordnet werden. Vor und während der Be- handlung mit Amidonal sind regel- mäßig Blutbildkontrollen durchzu- führen. Die Behandlung verbietet sich bei Patienten mit bereits be- kannten Schäden des weißen Blut- bildes. Schließlich sollte der Patient selbst auf Frühzeichen von Schäden des weißen Blutbildes achten (Fie- ber, Zahnfleisch- oder Mundschleim- hautentzündungen, Halsschmerzen

oder Mandelentzündungen, grippe- artige Symptome) und gegebenen- falls den behandelnden Arzt infor- mieren.

Aufgrund dieser einschränkenden Empfehlungen sollte Aprindin somit nur noch in den Fällen von Tachy- rhythmien eingesetzt werden, die sich gegenüber den üblichen antiarrhyth- mischen Maßnahmen therapieresist- ent verhalten (vgl. Tab. 4).

### 3. Disopyramid

Disopyramid ist seit mehreren Jah- ren in Frankreich, Belgien, den Nie- derlanden und in Großbritannien eingeführt und wurde 1977 auch in der Bundesrepublik Deutschland in den Handel gebracht. Das Mono- pharmakon ist mit keiner der bisher bekannten Antiarrhythmika chemisch verwandt (4-Diisopropyl- Amino-2-Phenyl-2-(2-pyridyl)-Buty- ramid-Monophosphat). Die Substanz wird zu 80 Prozent über die Nieren und zu 15 Prozent über den Darm ausgeschieden. Etwa 90 Prozent der oral verabreichten Dosis werden resorbiert. Die maximale Serumkon- zentration wird in 30 bis 180 min nach oraler Applikation erreicht und bleibt ca. fünf Stunden konstant (17, vgl. 30). Der Wirkungsmechanismus ist bislang nicht in allen Einzelheiten geklärt.

Die elektrophysiologischen Wirkun- gen von Disopyramid bestehen an der myokardialen Einzelfaser in einer signifikanten Zunahme der Aktionspotentialdauer als Hinweis auf eine Refraktärzeitverlängerung und in einer Abnahme der maxima- len Anstiegsgeschwindigkeit des Ak- tionspotentials als Ausdruck einer verminderten Erregungsleistungs- geschwindigkeit. Die Amplitude des Ak- tionspotentials und das Ruhemem- branpotential bleiben unverändert (13). Die diastolische Depolarisation (Phase 4) wird verzögert (12).

Bei Patienten mit normaler Sinus- knotenfunktion bewirkt Disopyramid keine wesentliche Änderung von Herzfrequenz, sinuatrialer Leitungs- zeit und Sinusknotenerholungszeit. Bei Vorliegen eines Sinusknoten- syndroms wird eine Verlängerung der Sinusknotenerholungszeit be- obachtet (7). Von Seipel mit Mitar- beitern wurden unter Disopyramid eine signifikante Verlängerung der Leitung im His-Purkinje-System so-

<b>Aprindin (Amidonal)</b>	
Indikation:	Supraventrikuläre und ventrikuläre Extrasystolen und Tachykardien, digitalogene Arrhythmien
Kontraindikation:	AV-Block II°, III°, Schenkelblock, Epilepsie, Ikterus, Leukopenie
Dosierung:	akut: 20 mg i. v.; < 300 mg/24 h i. v. prophylaktisch: 1 bis 2 x 50 mg tgl. p. o.
Nebenwirkungen:	Tremor, Doppelsehen, Psychosen Leberschädigungen, Agranulozytose

<b>Disopyramid (Norpace, Rythmodul)</b>	
Indikation:	Supraventrikuläre und ventrikuläre Extrasystolen und Tachykardie, WPW, Rezidivprophylaxe nach Elektrokonversion
Kontraindikation:	SA-, AV-, Schenkelblock, Sinusknotensyndrom, Glaukom, Herzinsuffizienz, Schock, Niereninsuffizienz
Dosierung:	3 bis 4 x 100 mg tgl. p. o.
Nebenwirkungen:	Mundtrockenheit, gastrointestinale Beschwerden, Sehstörungen, Sedierung, Cholestase, Harnretention

Tabelle 4

<b>Mexiletin (Kö 1173 CL)</b>	
Indikation:	Ventrikuläre Extrasystolen und ventrikuläre Tachykardie (KHK-, Digitalis-induziert)
Kontraindikation:	(relativ) Schenkelblock, Hypotension, Nieren-, Leberinsuffizienz, Parkinsonismus
Dosierung:	akut: 100 bis 250 mg i. v. prophylaktisch: 2 bis 3 x 200 mg tgl. p. o.
Nebenwirkungen:	Gastrointestinale Beschwerden, zentralnervöse Störungen, Hypotension, Sehstörungen

<b>Propafenon (Rytmonorm)</b>	
Indikation:	Ventrikuläre Extrasystolen und ventrikuläre Tachykardie, supraventrikuläre Tachykardie, Präexzitationssyndrome
Kontraindikation:	Erregungsleitungsstörungen mit Block, Hypotonie, Herzinsuffizienz, Schock
Dosierung:	2 x 300 mg tgl. p. o.
Nebenwirkungen:	Mundtrockenheit, Schwindel, Kopfschmerz, Sehstörungen, gastrointestinale Beschwerden

Tabelle 5

**Differentialtherapie von Herzrhythmusstörungen**

Sinustachykardie:	Sedierung, Glykoside, Ajmalin, <i>Beta-Blocker</i>
Sinusbradykardie:	Atropin, Alupent, Schrittmacher
Supraventrikuläre Extrasystolen:	Ajmalin, <i>Beta-Blocker</i> , Verapamil, Chinidin, <i>Disopyramid</i>
Supraventrikuläre Tachykardie:	Sedierung, Vagusreiz, Verapamil, <i>Beta-Blocker</i> , Glykoside, Chinidin, Ajmalin, <i>Aprindin</i> , <i>Disopyramid</i> , Elektrotherapie
Vorhofflattern/-flimmern:	Glykoside, Chinidin, Verapamil, <i>Beta-Blocker</i> , Elektrotherapie
SA-, AV-Block, Bradyarrhythmia absol.:	Elektrischer Schrittmacher
Ventrikuläre Extrasystolen:	Lidocain, Ajmalin, Chinidin, <i>Beta-Blocker</i> , Diphenylhydantoin, <i>Aprindin</i> , <i>Disopyramid</i> , <i>Propafenon</i> , <i>Mexiletin</i>
Kammertachykardie:	Lidocain, Ajmalin, <i>Aprindin</i> , <i>Propafenon</i> , <i>Mexiletin</i> , Elektrotherapie
Kammerflimmern:	Defibrillation (200 bis 400 Ws)

Tabelle 6

wie eine Verlängerung der effektiven Retraktärperiode des Vorhofes wie auch der effektiven und funktionellen Refraktärzeit im AV-Knoten beobachtet (38). Spurrell berichtete über eine Zunahme der effektiven Retraktärperiode in Vorhof, Ventrikel und in akzessorischen Leitungsbahnen (41).

Tierexperimentelle Untersuchungen von Nayler sprechen für einen Calcium-antagonistischen Effekt, der im Zusammenhang mit einer kardio-depressiven Wirkung gesehen wird (28).

In klinischen Untersuchungen fanden Breithardt und Mitarbeiter eine Beseitigung oder deutliche Verminderung von Vorhofflimmern bei zehn von 23 Patienten (44 Prozent). Ein mäßiger oder fehlender Erfolg zeigte sich bei 13 Patienten (56 Prozent). Die Beseitigung oder deutliche Besserung bei ventrikulären Extrasystolen wird von den Autoren (8) in sechs von 16 Fällen angegeben (38 Prozent). Andere Untersucher fanden einen Rückgang ventrikulärer Extrasystolen bei 67 Prozent und eine Versagerquote von 30 Prozent (30).

Als reversible dosisabhängige (Tagedosis 400 bis 800 mg p. o.) Nebenwirkungen werden Mundtrockenheit, verschwommenes Sehen, Miktionsstörungen, Nausea und Kopfschmerzen genannt. Diese Nebenwirkungen sind auf die anticholinergische Wirkung des Präparates zurückzuführen.

Disopyramid kommt in der medikamentösen Differentialtherapie als Alternative zu Chinidin in Frage, insbesondere dann, wenn letzteres wegen Nebenwirkungen kontraindiziert ist (Tab. 4).

**4. Mexiletin (Kö 1173 CL)**

Mexiletin ist ein bereits in England im Handel befindliches und klinisch angewandetes Antiarrhythmikum, das in der Bundesrepublik Deutschland noch vor der Registrierung steht. Die Substanz (1-Methyl-2-(2,6 Xylyloxy) - Äthylamin - Hydrochlorid) weist eine gewisse strukturelle Ähnlichkeit zum Lidocain auf. Beide Pharmaka besitzen annähernd die gleiche lokalanästhetische Wirkung (40).

Tierexperimentell führt Mexiletin zu einer Abnahme der maximalen Anstiegsgeschwindigkeit des Aktionspotentials als Ausdruck einer verminderten Erregungsleitungsgeschwindigkeit, ohne das Ruhemembranpotential und die Aktionspotentialdauer zu beeinflussen (40).

Am Patienten bewirkt die Substanz auch bei vorbestehender Leitungsstörung keine Änderung der Leitungszeit proximal des His'schen Bündels, während es distal der His'schen Brücke unter Einfluß von Mexiletin, insbesondere bei vorgeschädigtem Leitungssystem, zu Leitungsverzögerungen und faszikulären Blockbildern kommen kann (z. B. Rechtsschenkelblock und linksanteriorer Hemiblock). Lang und Mitarbeiter fanden beim Präexzitationssyndrom keine Änderung der Impulsüberleitung (21). Die Sinusknotenerholungszeit wird in einzelnen Fällen (auch beim Sinusknotensyndrom) durch Mexiletin verlängert. Gleichwohl scheint die Substanz keine eindeutig gerichteten Wirkungen auf Sinusfrequenz und Vorhofrefraktärzeit zu haben (35).

Trotz der speziellen Beeinflussung verschiedener Strukturen des Reizbildungs- und Erregungsleitungsgebietes dürfte Mexiletin ganz vorwiegend auf den Bereich distal des His'schen Bündels wirken.

Die klinischen Erfahrungen sprechen dafür, daß Mexiletin sowohl in intravenöser als auch in oraler Applikationsform besonders bei ventrikulären Tachykardien wirksam ist (42). Dies gilt auch für Fälle, die sich gegenüber Lidocain therapieresistent verhalten (10).

Die therapeutischen Plasmaspiegel der Substanz liegen zwischen 0,5 und 2 µg/ml. Toxische Wirkungen gehen mit Plasmakonzentrationen über 3,0 µg/ml einher. Die Serumhalbwertszeiten sind mit zehn Stunden beim Gesunden und mit ca. 19 Stunden bei Herz-Kranken anzusetzen (42).

Als Dosisempfehlungen für die orale Medikation wird eine Mexiletin-Gabe von zwei- bis dreimal 200 mg täglich vorgeschlagen. Für die intravenöse Applikation werden vom Hersteller (Boehringer Ingelheim) initial Dosierungen von 100 bis 200 mg als Bolus (mittlere Dosis 100 mg) gegeben-

falls mit konsekutiver Tropfinfusion (1 bis 3 mg/min) genannt.

Gravierende negativ inotrope Wirkungen bestehen in diesem Dosisbereich offenbar nicht (32).

Als Nebenwirkungen können Bradykardie, Hypotension, Übelkeit, Schwindel, Benommenheit und Sehstörungen auftreten (10).

Insgesamt handelt es sich bei Mexiletin um ein neues Antiarrhythmikum, das in vieler Hinsicht eine therapeutische Alternative zu Lidocain darstellt, diesem gegenüber jedoch den Vorteil der oralen Applikationsform besitzt (vgl. Tab. 5).

## 5. Propafenon

Propafenon ist ein neues, klinisch vielfach geprüftes Antiarrhythmikum, das 1978 als Rytmonorm in den Handel gebracht wurde. Chemisch zeigt die Substanz (2'- (2-Hydroxy-3-Propylamino-Propoxy)-3-Phenylpropionphenon-Hydrochlorid) keine Verwandtschaft zu anderen Antiarrhythmika.

In tierexperimentellen Untersuchungen an Purkinje-Fäden und am Ventrikelmyokard des Kaninchenherzens wurde eine konzentrationsabhängige Reduktion der maximalen Anstiegsgeschwindigkeit des Aktionspotentials gefunden. Auch das sogenannte „overshoot-Potential“ zeigt eine konzentrationsabhängige Abnahme unter Propafenon-Einfluß. Die Effekte treten am Purkinje-System wesentlich ausgeprägter als am Ventrikelmyokard in Erscheinung. Diese Ergebnisse lassen eine antiarrhythmische Wirkung in Fällen erwarten, in denen eine Verlangsamung der Erregungsleitung angestrebt wird (9).

Die Substanz scheint gleichsinnig auf Vorhöfe, Kammern und Erregungsleitungssystem im Sinne einer Frequenzerniedrigung ektooper und nomotoper Schrittmacherzentren zu wirken. In diesem Sinne ist auch eine Propafenon-induzierte Sinusknotendepression zu sehen. Die atrioventrikuläre sowie die intraventrikuläre Erregungsleitung werden verzögert (3).

Die bisherigen klinischen Untersuchungen lassen erkennen, daß be-

## Notfallmedizin

— s. Seite 585 —

sonders ventrikuläre Extrasystolen erfolgreich mit Propafenon behandelt werden können. Positive Behandlungsergebnisse wurden auch an einem Patientenkollektiv erzielt, das zuvor mit konventionellen Antiarrhythmika erfolglos behandelt worden war (1, 39). Weiterhin läßt sich Propafenon bei paroxysmalen Tachykardien wirksam einsetzen.

Bei oraler Applikation liegt der Wirkungseintritt der Substanz zwischen einer und drei Stunden; die Wirkungsdauer wird mit 4 bis 24 Stunden angegeben (39). Als wirksame und verträgliche Initialdosis werden zwei- bis dreimal 300 mg Propafenon täglich p. o. empfohlen. Als Erhaltungsdosis werden zweimal 300 mg täglich p. o. angegeben. Diese Dosierung bezieht sich auf ein Körpergewicht von 60 kg. Bei geringerem Gewicht sind die Tagesdosen zu vermindern.

Bei Überdosierung mit Propafenon kann es zu Kammerflimmern und Asystolie kommen. Bei normaler Dosierung sind Nebenwirkungen relativ selten. Als wichtiger Parameter toxischer Wirkungen muß eine QRS-Verbreiterung angesehen werden. An extrakardialen Nebenwirkungen kommt es gelegentlich zu Mundtrockenheit, Parästhesien, Kopfschmerzen, Schwindelzuständen und Übelkeit.

Insgesamt darf Propafenon aufgrund der bisherigen Erfahrungen als eine Bereicherung der antiarrhythmischen Langzeittherapie angesehen werden (Tab. 5).

## Schlußbetrachtung

Abschließend stellt sich die Frage: welche Rolle nehmen die dargestellten neuen Antiarrhythmika im Spek-

# Gestern: Drei Präparate



# Heute: Femkalon®

Femkalon macht die Therapie der Verdauungsinsuffizienz einfach einfacher: Denn Femkalon ist die Summe der Wirkungen eines Digestivums, eines Antiflatulans und eines Choloretikums, aber nicht die Summe der Preise.



## Gut verdaut mit Femkalon®.

**Zusammensetzung:** 1 Kapsel enthält: Pankreatin 400 mg, entspr. Lipase 32000 F.I.P.-Einheiten, Fel Tauri depuratum sicc. (Erg. B. 6) 50 mg mit mindestens 17,50 mg Gesamtscholsäure, Dimethylpolysiloxan 40 mg (mittleres Molekulargewicht 33000). **Anwendungsgebiete:** Verdauungsbeschwerden besonders bei Fermentmangel; Pankreasfermentmangel infolge chronischer Erkrankungen der übrigen Verdauungsorgane; Zustand nach Oberbauchoperationen mit Fermentmangel. **Gegenanzeigen:** Schwere Leberfunktionsstörungen, Verschluss der Gallenwege, Gallenblasen-Empyem, Coma hepaticum, Ileus. **Dosierungsanleitung:** Soweit nicht anders verordnet, 3 mal täglich 1 Kapsel unzerkaut mit etwas Flüssigkeit zu den Mahlzeiten einnehmen. **Darreichungsformen und Preise:** 20 Kapseln DM 7,15; 50 Kapseln DM 16,20; 100 Kapseln DM 29,15; 500 Kapseln (10 x 50 Kapseln = Klinikpackung). (Apoth.-Verk.-Preis m. MwSt.)

**NATRA PHARM**  
Kapselherstellungsgesellschaft mbH  
Eupener Straße 158a  
5000 Köln 41  
Tochtergesellschaft der  
Nattermann-Unternehmensgruppe

trum unserer therapeutischen Möglichkeiten bei Herzrhythmusstörungen ein? Grundsätzlich gliedert sich die Therapie von Herzrhythmusstörungen nach wie vor in Kausaltherapie, allgemeine Maßnahmen (Bett-ruhe, Sedierung, gegebenenfalls Vagusreiz), in medikamentöse Therapie und elektrische Maßnahmen. Gerade bei bedrohlichen Arrhythmien kommt es jedoch häufig darauf an, akut und d. h. symptomatisch, die Rhythmusstörungen zu beseitigen, wozu in erster Linie medikamentöse und gegebenenfalls elektrische Maßnahmen in Frage kommen (in der Tab. 6 sind die besprochenen neuen Antiarrhythmika besonders gekennzeichnet).

Die Sinustachykardie läßt sich häufig durch Sedierung beeinflussen, gegebenenfalls durch Herzglykoside, Ajmalin oder Beta-Rezeptorenblocker. Die Sinusbradykardie ist durch Parasympathikolytika oder Sympathikomimetika (Atropin, Alupent) nur kurzfristig zu behandeln. Langfristig ist meist ein elektrischer Schrittmacher notwendig. Die supraventrikuläre Extrasystolie läßt sich, sofern behandlungsbedürftig, mit Ajmalin, Beta-Blockern, Verapamil, Chinidin oder alternativ durch Disopyramid beeinflussen. Bei der supraventrikulären Tachykardie kommen neben physikalischen Maßnahmen Verapamil, gegebenenfalls Beta-Rezeptorenblocker, Herzglykoside, Chinidin, Disopyramid oder Aprindin in Betracht. Die ventrikuläre Extrasystolie sollte mit Lidocain, Ajmalin, gegebenenfalls Chinidin und Beta-Rezeptorenblockern behandelt werden. Gerade bei der Digitalisüberdosierung kommt Diphénylhydantoin in Betracht. Hier sei auch auf die neuen antiarrhythmischen Substanzen Propafenon und Mexiletin hingewiesen. Die Kammertachykardie sollte medikamentös mit Lidocain i. v., eventuell mit Ajmalin und gegebenenfalls mit dem (neuen) Mexiletin behandelt werden. In Spezialfällen bieten sich elektrotherapeutische Möglichkeiten mit differenzierten Stimulationstechniken an bzw. die Elektroschockbehandlung, welche bei Kammerflimmern obligat ist.

Anschrift des Verfassers:

Privatdozent Dr. med. B. L. Lüderitz,  
Oberarzt, Marchioninstraße 15, 8000  
München 70

## Konventionelle Röntgendiagnostik und Angiographie des Pankreas\*

von G. Grünberg

In der konventionellen radiologischen Pankreasdiagnostik stehen folgende Untersuchungsmethoden zur Verfügung:

1. Abdomenübersichtsaufnahme
2. Magendarmpassage
3. Erweiterte Magendarmpassage mit und ohne Hypotonie
4. Hypotone Duodenographie

Unter welchen Gesichtspunkten ist der Einsatz der genannten Untersuchungsmethoden berechtigt?

Die Aussagekraft der konventionellen radiologischen Untersuchungsmethoden ist gegenüber der retrograden Pankreatikographie, insbesondere bezüglich der Diagnostik der Pankreatitis und des Pankreaskarzinoms geringer, da jedoch die modernen Untersuchungsmethoden nicht jedem Kollegen zur Verfügung stehen, sind die Magen-Breipassage und die hypotone Duodenographie als Screening-Test aus der Diagnostik der Pankreaserkrankungen keineswegs verdrängt. Absolute Indikationen für den Einsatz konventioneller Untersuchungsmethoden ergeben sich:

1. Bei schlechtem Allgemeinzustand des Patienten, der eine ERCP nicht erlaubt, insbesondere bei akuten Pankreaserkrankungen, z. B. bei der akuten hämorrhagischen Pankreatitis;
2. wenn die retrograde Pankreatikographie aus technischen Gründen nicht gelingt oder die Sondierung der Papille, z. B. beim operierten Magen, nicht möglich ist;
3. bei allen verdächtigen Befunden, die durch andere Untersuchungen nicht weiter geklärt werden konnten.

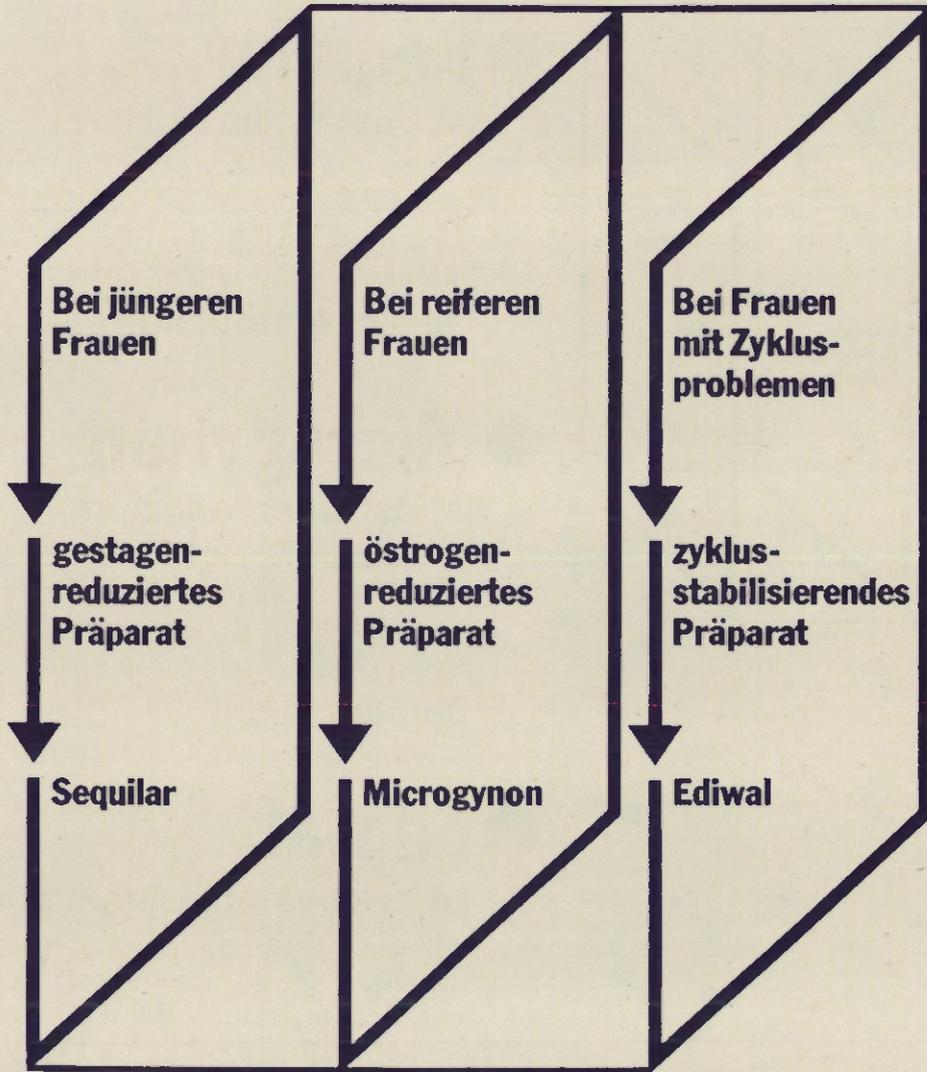
\*) Vortrag anläßlich eines Fortbildungsabends der Abteilung für Röntgendiagnostik der Städtischen Klinik Augustinum in München.

Die konventionelle Röntgendiagnostik des Pankreas beginnt im allgemeinen mit der Anfertigung einer Abdomenübersichtsaufnahme, die uns indirekte Hinweise auf eine Pankreaserkrankung geben kann; Darmspiegel, eine Magenatonie sowie ein unscharfer Psoasrandschatten und Verkalkungen können Hinweise auf eine Pankreatitis sein, beim Pankreaskarzinom sieht man Verkalkungen seltener. Hier finden sich eher Skelettveränderungen oder eine Milzvergrößerung (Abb. 1).

Die Auswertung der Ergebnisse der Magen-Breipassage von 29 Autoren ergibt für das Pankreaskarzinom eine durchschnittliche Trefferquote von 57 Prozent, für die Pankreatitis etwa 60 Prozent. Eine Verbesserung der Trefferquote der Magen-Breipassage wird mit der erweiterten Magen-Breipassage erreicht, die aufgrund bestimmter Lageänderungen des Patienten eine bessere räumliche Beziehung zwischen Pankreas und Magen herstellt und somit auch kleinere Pankreasveränderungen erfaßt, insbesondere umschriebene Raumforderungen, wie die Pankreas-Pseudozyste, können häufig durch die erweiterte Magen-Breipassage und ihre Spezialeinstellungen ausreichend diagnostiziert werden. Die Differenzierung der umschriebenen Raumforderung bezüglich Pankreatitis-Pankreaskarzinom im Pankreaskopfbereich bereitet erhebliche Schwierigkeiten, zumal die funktionelle Störung des Duodenums von unspezifischem Charakter ist und nur im Zusammenhang mit radiologischen und klinischen Zeichen einen diagnostischen Wert besitzt.

Für die hypotone Duodenographie geben die einzelnen Autoren ebenfalls sehr grob voneinander abweichende Ergebnisse an (Tab. 1 und Tab. 2). Insgesamt jedoch liegt die Trefferquote für die Pankreatitis etwas höher als bei der Magen-Breipassage, für das Karzinom dagegen ist sie geringer, da die hypotone

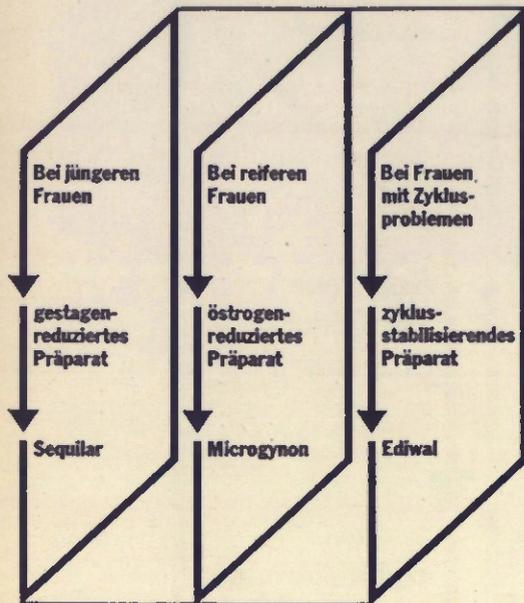
# Schering-Kontrazeptiva-System für die praxisgerechte Verordnung



**Sequilar Microgynon Ediwal**

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

# Schering-Kontrazeptiva-System für die praxisgerechte Verordnung



## ● Sequilar

ist gestagenreduziert

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

**Gewichtsprobleme**

## ● Microgynon

ist östrogenreduziert

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

**Brustspannen**

## ● Ediwal

ist zyklusstabilisierend dosiert

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

Zusammensetzung: 1 Packung Microgynon<sup>®</sup> 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<sup>®</sup> 21 enthält 21 Dragees zu je 0,125 mg D-Norgestrel und 0,05 mg Äthinylostradiol. 1 Packung Sequilar<sup>®</sup> 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 migänärartiger oder häufigeres Auftreten ungewöhnlich 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 Schwangerschaftsdiabetes 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, Otosklerose 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 1978, 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 Nebennierenrinde- und Schilddrüsenfunktion, Einfluß auf klinisch-chemische Normalwerte, Stoffwechselfunktionen und Blutdruck, Krankheiten, die sich wie in der Schwangerschaft verschlimmern können (Otosklerose, multiple Sklerose, Epilepsie, Porphyrie, Tetanie). Packungen und Preise lt. AT. (ab 1.1.1978): Microgynon 21: 1x21 Dragees DM 8,25; 3x21 Dragees DM 22,61; 6x21 Dragees DM 39,38. Ediwal 21: 1x21 Dragees DM 9,27; 3x21 Dragees DM 25,24; 6x21 Dragees DM 42,57. Sequilar 21: 1x21 Dragees DM 8,49; 3x21 Dragees DM 23,25; 6x21 Dragees DM 40,04. Microgynon 28: 1x28 Dragees DM 8,58; 3x28 Dragees DM 23,54; 6x28 Dragees DM 40,41. Sequilar 28: 1x28 Dragees DM 8,81; 3x28 Dragees DM 24,19; 6x28 Dragees DM 41,17.

SCHERING AG  
BERLIN / BERGKAMEN

Dez. 77



Abbildung 1\*)  
Typische Verkalkungen im Pankreaskorpus- und -schwanzbereich

Duodenographie hauptsächlich die Karzinome im Pankreaskopfbereich erfaßt.

Durch den zusätzlichen Einsatz der Angiographie des Pankreas wird die Treffsicherheit der konventionellen Untersuchungsmethoden des Pankreas verbessert, für die Pankreatitis nach Angabe von Lamarque und Romani sowie nach anderen statistischen kollektiven Studien bis zu 71 Prozent, für das Pankreaskarzinom bis zu 76 Prozent. Die von Rösch bei superselektiver Technik angegebene Erfolgsquote von 95 Prozent steht etwas außerhalb der übrigen Statistik.

Die Angiographie wird außer der genannten Indikation beim endosko-

#### Pankreatitis und hypotone Duodenographie

Autor	% richtige Diagnose
Bilbao	84 %
Adolph	54 %
Böttger	88 %
Jaquemet	79 %
Liotta	85 %
Mallet-Guy	82 %
Rösch	60 %
Eaton	22 %

Tabelle 1

#### Pankreaskarzinom und hypotone Duodenographie

Autor	% richtige Diagnose
Beeler	82 %
Baum	33 %
Eaton	33 %
Jaquemet	71 %
Mallet-Guy	44 %
Rösch	27 %

Tabelle 2

pisch gesicherten Karzinom immer dann ausgeführt, wenn eine präoperative Klärung der anatomischen Situation sowie der Ausschluß von Lymphknotenmetastasen vor Aufstellung eines Operationsplanes nötig ist. Bei ummauerter Pfortader ist z. B. das Pankreaskarzinom meist inoperabel.

Die Bedeutung der Angiographie, früher die einzige moderne Methode zum Nachweis von Pankreaserkrankungen, hat sich in den letzten Jahren durch Einführung weiterer moderner Untersuchungsmethoden, wie der Computer-Tomographie, Pankreasszintigraphie, der Sonographie und vor allen Dingen der retrograden Pankreatikographie verändert. Während früher die Angiographie des Pankreas neben der Magen-Breipassage die einzige Methode war, um Pankreaserkrankungen nachzuweisen, häufig sogar als eine Art Suchmethode, wird sie heute mit wesentlich gezielterer Indikation eingesetzt. Zur Untersuchung kommt ein vorselektiertes Patientengut, was den Vorteil hat, daß die Zahl der negativen Befunde geringer wird. Beim Vergleich der Angiographie mit der retrograden Pankreatikographie spielt die gleichwertige Erfahrung des Untersuchers in der jeweiligen Methode eine wichtige Rolle. Voraussetzung für die Angiographie ist, daß der Untersucher die superselektive Technik beherrscht und die technischen Voraussetzungen zur kontrastreichen Abbildung auch der kleineren Pankreasgefäße optimal sind.

In Kenntnis der oft varianten anatomischen Versorgung des Pankreas mit den kleinen Arkadengefäßen im Bereich des Pankreaskopfes, der Arteria pankreatica dorsalis sowie der Rami pankreatici der Arteria lienalis werden die Angiogramme ausgewertet und dabei auf für die Pankreatitis typische Gefäßkaliberschwankungen mit trichterförmigen Stenosen, für das Pankreaskarzinom auf zackenförmige Stenosen sowie Gefäßverschlüsse und Gefäßverlagerungen geachtet. Da das Pankreaskarzinom im allgemeinen gefäßarm ist, finden wir meist keine Hypervaskularisation. Der Verschluß oder die Verlegung der Vene des Pfort-

\*) Veröffentlichung der Abbildungen 1 bis 5 mit Genehmigung des Direktors des Instituts für Röntgendiagnostik der Technischen Universität München im Klinikum rechts der Isar, Professor Dr. med. H. ANACKER.

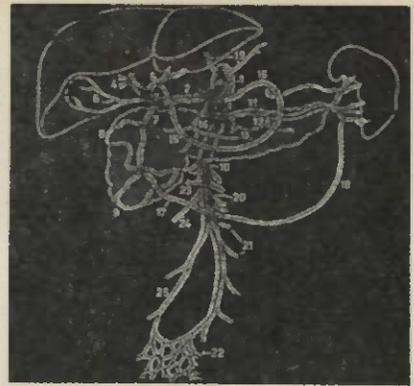


Abbildung 2 a)  
Schematische Darstellung der Aufteilung von A. coeliaca, A. mesenterica sup. und A. inferior

- |  |                                |
|--|--------------------------------|
| 1. A. coeliaca                         | 13. A. pancreatico-transversa  |
| 2. A. hepatica communis                | 14. A. pancreatico-dorsalis    |
| 3. A. hepatica propria                 | 15. A. gastrica dextra         |
| 4. A. hepatica dextra                  | 16. A. gastrica sinistra       |
| 5. A. hepatica sinistra                | 17. A. gastropiploica dextra   |
| 6. A. cystica                          | 18. A. gastropiploica sinistra |
| 7. A. gastroduodenalis                 | 19. Aa. phranici abdominalis   |
| 8. A. pancreaticoduodenalis sup. post. | 20. A. mesenterica sup.        |
| 9. A. pancreaticoduodenalis sup. ant.  | 21. Aa. intestinales (Jejunum) |
| 10. A. pancreaticoduodenalis inf.      | 22. Aa. intestinales (Ilium)   |
| 11. A. lienalis                        | 23. A. colica media            |
| 12. A. pancreatico magna               | 24. A. colica dextra           |
|  | 25. A. iliocolica              |

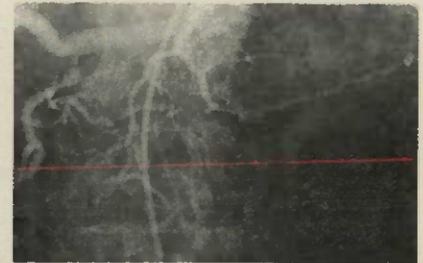


Abbildung 2 b)  
Anatomische Versorgung des Pankreas im Angiogramm

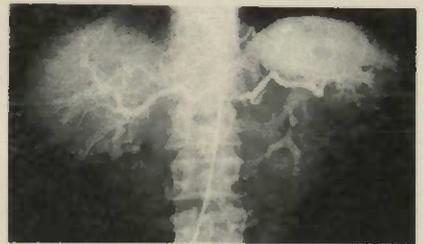


Abbildung 3  
Stenose der Arterie lienalis und hepatica beim Pankreaskarzinom



Abbildung 4  
Bogenförmige Verdrängung nach kranial der Arteria lienalis bei großem raumfordernden Prozeß im Bereich des Pankreasschwanzes (Zyste)



Abbildung 5  
Zone umschriebener Hypervaskularisation ohne Nachweis pathologischer Gefäße bei einem Insulinom des Pankreas-kopfes

aderkreislaufes ist ebenfalls ein wichtiger Hinweis auf ein Pankreas-karzinom (Abb. 2 a und 2 b; Abb. 3).

Auch die Pankreas-Pseudozyste läßt sich angiographisch gut nachweisen (Abb. 4).

Bei der Demonstration angiographisch nachweisbarer raumfordernder Prozesse sollte das Insulinom an erster Stelle stehen, seitdem 1963 Ohlsson den ersten Inseizelltumor angiographisch nachgewiesen hat. Die Angiographie gilt zum Nachweis des Insulinoms als Methode der Wahl, auch wenn sich nicht alle Tumoren anfärben. Typisch für das Insulinom ist ein Bezirk umschriebener Hypervaskularisation, der über lange Zeit bestehen bleibt (Abb. 5).

Wie wir gesehen haben, ergibt die Angiographie, insbesondere bei raumfordernden Prozessen, brauchbare Resultate. Wegen der Besonderheit ihrer Technik und des technischen Aufwandes sollte sie jedoch nur bei klar umrissener Indikation und nicht als reine Suchmethode durchgeführt werden. In der Reihenfolge der Untersuchungen ist es aus technischen Gründen ratsam, die Angiographie bei Karzinomverdacht vor der ERCP einzusetzen. Folgende Fragen können mit der Pankreasangiographie in der Regel gut beantwortet werden:

1. Die Beurteilung der Größe und Lage eines Karzinoms und somit Beurteilung der Operabilität, z. B. Um-mauerung der Arteria coeliaca, mesenterica oder der Venen des Pfort-aderkreislaufs sowie der Nachweis einer Tumorinfiltration in das Gebiet der Leberpforte oder Lebermetasta-sen;

2. Nachweis eines Insulinoms;

3. alle Befunde, die durch andere Untersuchungen, die entweder miß-lingen oder verdächtig sind, nicht abgeklärt werden können, sollen angiographiert werden.

Die Kombination der genannten kon-ventionellen Methoden und der Angiographie mit weiteren Untersu-chungen, wie der retrograden Pan-kreatikographie und der Computer-Tomographie, wird sicherlich die be-sten Resultate erbringen.

Anschrift des Verfassers:

Dr. med. G. Grünberg, Chefarzt der Ab-teilung für Röntgendiagnostik der Stifts- klinik Augustinum, Stiftsbogen 74, 8000 München 70

# Malinert®

## das Spezifikum gegen Rückenschmerzen

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

Die multiaktive Kombination in den Dragées ist dabei besonders preiswürdig bei belegter Wirksamkeit und Verträglichkeit. Zur speziel- len 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 Dragee enthält: 200 mg Metamizol (= Phenylidimethyl-pyrazolon-methyl- amino-methansulfonsaures Natrium), 250 mg Phenazonsalicylat (= Phenylidimethyl-pyrazolon- salicylat), 7,5 mg Diphenhydraminhydrochlorid, 20 mg Coffein, 3 mg Aesculin, 10 mg Octodamin, 5 mg Pyridoxinhydrochlorid, 10 µg Cyanoco- ballamin.

100 g MALINERT N-Salbe enthalten: 10 g Äthylenglykolmonosalicylat, 1,250 g Nicotin- säurebenzylester, 3 g Campher, 1 g Menthol.

Dosierung und Anwendungsweise: MALINERT- Dragees: Täglich 3mal 1 Dragee am besten nach den Mahlzeiten mit etwas Flüssigkeit.

MALINERT N-Salbe: Morgens und abends auf den erkrankten Körperbereich auftragen und leicht einmassieren.

Nebenwirkungen (bei MALINERT-Dragees): In seltenen Fällen wurden bekannt: Gastro- intestinale Störungen (z. B. okkulte Blutungen), Asthmaanfälle, Leukopenie und Agranulocytose; Hautreaktionen, Mundtrockenheit, Miktionsbe- schwerden.

Kontraindikationen (für MALINERT-Dragees): Hepatische Porphyrie, Hämorrhagische Diathese, Magen- und Darm-Ulcera, Glaukom, Prostata- hypertrophie, Dekompensierte Herzinsuffizienz, Gravidität.

Hinweise:

a) für MALINERT-Dragees: Bei Kleinkindern Dosierung beachten. Selbst bei bestimmungs- gemäßem Gebrauch Beeinflussung des Reak- tionsvermögens, bes. mit Alkohol möglich.

b) für MALINERT N-Salbe: Nicht in Augen, auf Schleimhäute oder offene Wunden bringen.

Packungsgrößen und Preise (lt. A.T.):  
OP mit 20 Dragees, AV m. MwSt. .... DM 5,70  
OP 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 Heilmittel GmbH**  
2 Hamburg 50  
Postfach 5010 04

## Verhaltensstörungen bei Kindern und Jugendlichen

59. Fortbildungstagung in Regensburg

Professor Dr. Dr. M. H. Schmidt,  
Heidelberg:

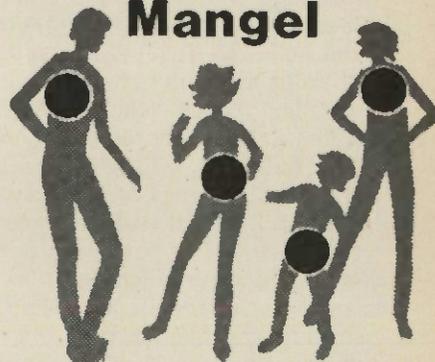
### Epidemiologie kindlicher Verhaltensstörungen

Von der epidemiologischen Forschung der Kinder- und Jugendpsychiatrie kann man keine spektakulären Erfolge erwarten, weil praktisch alle kinderpsychiatrischen Erkrankungen und Störungen multifaktoriell bedingt sind. Die Forschungen befassen sich mit der Häufigkeit bestimmter Krankheitsbilder oder Störungen in unausgelesenen Populationen und mit den Besonderheiten von Patienten, die kinderpsychiatrische Versorgung in Praxen, Beratungsstellen, Kliniken und Heimen in Anspruch nehmen. So lassen sich Daten zum objektivierten Behandlungsbedarf und zur subjektiv von Patient oder Umwelt empfundenen Behandlungsbedürftigkeit ermitteln. Hier sollen einige Ergebnisse epidemiologischer Forschung dargestellt werden, deren Gegenstand neurotische Störungen bzw. Erkrankungen im engeren Sinne und krankheitsspezifische Symptome und Syndrome im Verhaltens- und Leistungsbereich sind. Vom Arzt wird erwartet, daß er solche Störungen bemerkt bzw., wenn er darauf aufmerksam gemacht wird, eine Aussage zu ihrer Behandlungsbedürftigkeit und zu entsprechenden Behandlungsmöglichkeiten machen kann.

Die Ergebnisse verschiedener Prävalenzuntersuchungen ergaben übereinstimmend Vorkommensraten von Verhaltensstörungen bei Kindern um 20 Prozent, wenn Symptome und nicht Diagnosen bewertet wurden. Aus dem Vorkommen einzelner Symptome bei unbehandelten Kindern kann man nicht ohne weiteres auf behandlungsbedürftige Erkrankungen schließen. So deuten Symptome, wie Haareausreißen, Nägelbeißen oder Daumenlutschen, nach unseren heutigen Erfahrungen nicht notwendigerweise auf eine psychiatrische Störung hin, wurden aber früher eindeutig in diesem Sinne be-

trachtet. Werden Diagnosen zugrunde gelegt, so werden niedrigere Störungsraten gefunden. In der Isle of Wight-Studie wurde ein Anteil von 6,8 Prozent ermittelt, worunter neurotische Störungen (2,5 Prozent) und Erziehungsschwierigkeiten im Sinne antisozialen Verhaltens (4 Prozent) die Hauptgruppen darstellten. Behandelt wurden von diesen Patienten nur etwa ein Zehntel, im weiteren Sinne betreut etwa ein Fünftel. Die Behandlungsbedürftigkeit erhöht sich auf fast das Doppelte bei Untersuchungen in großstädtischem Milieu. Allerdings hängt das Inanspruchnahmeverhalten von dem Bekanntheitsgrad von Hilfsangeboten ab, der in ländlichen Gebieten geringer ist. Außerdem wird die Inanspruchnahme dort als stigmatisierender betrachtet als in Großstädten. Die meisten Angaben über Häufigkeiten von Verhaltensstörungen beziehen sich auf Schulkinder, Vorschulkinder gewinnen erst in den letzten Jahren unter präventiven Gesichtspunkten zunehmendes Interesse. Befunde über unterschiedliches Verhalten von Kindern in verschiedenen Situationen (Familie, Kindergarten, Schule) wie auch die Frage, ob die Neigung, Kinder als gestört zu erleben, auch aus einem etwa gestörten eigenen Befinden entspringen kann, komplizieren die Frage zusätzlich. Auch die Vorhersagbarkeit von Verhaltensauffälligkeiten für das Schulalter aus dem vorschulischen Verhalten wird damit fraglich. Lediglich für Hyperaktivität bei Knaben konnte wahrscheinlich gemacht werden, daß sie im Schulalter weiter besteht. Der Wert etwaiger Vorsorgeuntersuchungen bezüglich Verhaltensauffälligkeiten ist damit begrenzt. Sicher erscheint, daß es im Vorschulalter eine Gleichverteilung über Jungen und Mädchen gibt, die sich erst mit dem Schulalter auf 2 : 1 zuungunsten der Jungen ändert, die dann also wesentlich häufiger gestört erscheinen. Bei der Beurteilung eines individuellen Falles ist für die günstige Entwicklung eines Nichtbehandelten die sogenannte Spontanremission, aber auch der Entwicklungsfortschritt eine mögliche

## 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: Myasthenie gravis. Chronische Myokardschäden mit verlängerter Überleitungszeit, 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:** Oregées (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-espertat 1803 mg, Vitamin-B<sub>1</sub>-nitrat 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 Oregées 5,91 OM, 150 Oregées 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

Ursache; so hat die Enuresis bei Siebenjährigen eine Häufigkeit von etwa 1:5, bei 14jährigen ist sie auf 1:33 abgesunken. Die Persistenz antisozialer Störungen korreliert mit der Persistenz hyperaktiven Verhaltens und mit einer starken Knabenwendigkeit einschlägiger Störungsbilder. Jungen mit expansiv-aggressiven Auffälligkeiten verdienen deshalb frühzeitig Aufmerksamkeit und Behandlung, auch wenn die Umwelt mit den Erziehungproblemen noch relativ gut fertig wird, während bei Kindern mit internalisierten Konflikten eher beobachtend abgewartet werden kann. Der positive prognostische Trend für solche Störungen scheint auch jenseits des 15. Lebensjahres anzuhalten.

Englische Untersuchungen zur Legasthenie haben gezeigt, daß der häufig vermutete Zusammenhang mit choreiformen Bewegungsstörungen und perinatalen Belastungen, infolgedessen frühkindlichen Hirnstörungen, als Ursache nicht nachweisbar ist. Wir haben vielmehr zwischen lese- und rechtschreibschwachen Kindern, bei denen diese Schwäche auch mit anderen Defiziten korreliert und Kindern mit spezifischen Lesestörungen zu unterscheiden. Unter letzteren finden sich gehäuft Knaben, die selten gravierende neurologische Auffälligkeiten, aber gehäuft Sprech- bzw. Sprachstörungen zeigen. Diese Form der Lese-Rechtschreib-Schwäche korreliert nicht mit der sozialen Schicht und hat eine spezifisch schlechte Prognose, während in anderen Fächern die schulische Entwicklung gut ist. Der einfache Leserückstand hingegen korreliert mit generellen Schulschwierigkeiten, in deren Rahmen sich die Lese- und Rechtschreibleistungen aber relativ verbessern lassen und kommt gehäuft bei niedriger sozialer Schichtzugehörigkeit vor.

*Dr. A. Focken, Frankfurt:*

#### **Die Bedeutung der minimalen zerebralen Dysfunktion für die Entwicklung von Lern- und Verhaltensstörungen im Kindesalter**

Der Begriff der minimalen zerebralen Dysfunktion (= MCD) bezeichnet all jene zerebralen Funktionsstörungen, unabhängig von ursächlichen Faktoren, die diskrete Auffälligkeiten des Lernens und Verhal-

tens bewirken, ohne das gesamte Intelligenzniveau zu beeinträchtigen. Ein soweit gefaßtes diagnostisches Konzept wie das der MCD ist in der Praxis nur handbar, wenn bestimmte diagnostische Kriterien gefunden werden, um die minimale Hirnfunktionsstörung nachzuweisen.

Zur Diagnostik der MCD gehören:

1. Anamnestische Angaben (perinatale Hirnschädigung, somatische und psychische Entwicklungsretardierung, erbbiologische Belastung)
2. Klinische Befunde (neurologischer und konstitutionsbiologischer Befund)
3. Laborbefunde (EEG, Schädel-Röntgen, Computer-Tomometrie)
4. Testpsychologische Befunde
5. Psychopathologischer Befund (kognitives, affektives, motorisches und soziales Verhalten)

Die einzelnen Befunde werden von einzelnen Autoren unterschiedlich gewertet. Für die Anwendung in der Praxis kann jedoch als allgemeine Richtlinie gelten, daß eine MCD vorliegt, wenn neben dem psychopathologischen Befund zwei weitere Befundgruppen positiv ausfallen. Hier interessiert insbesondere die fünfte Befundgruppe, die die Auswirkung der MCD auf Lernen und Verhalten beschreibt. Diese Befunde, also die psychischen Auffälligkeiten, sind es, die von oftmals verzweifelten Eltern bei der Erstkonsultation in der ärztlichen Praxis vorgebracht werden – häufig unter dem Etikett von Schul- und Erziehungsschwierigkeiten – und die in vielen Fällen bereits eine diagnostische Grobklassifikation gestatten.

Zwei besonders häufig vorkommende Symptome, die nicht selten auch kombiniert auftreten und dann unter dem globalen Begriff des frühkindlichen exogenen Psychosyndroms subsummiert werden, sind das hyperkinetische Syndrom und das Syndrom der Teilleistungsschwäche.

Die Verdachtsdiagnose des hyperkinetischen Syndroms ist oft bereits aus den typischen anamnestischen Angaben der Eltern zu stellen. Wenn weitere Geschwister in der Familie vorhanden sind, wird häufig berichtet, daß der Patient schon seit der frühen Kindheit ganz anders gewesen sei als die anderen Kinder: Insgesamt schwieriger, motorisch unge-

wöhnlich lebhaft, ohne Ausdauer beim Spiel, impulsiv im Kontakt mit anderen Kindern, kaum ängstlich, im Kindergarten schwer in die Gruppe einzuordnen, aggressiv, distanzlos, oberflächlich in der Kontaktaufnahme.

Nach dem Ergebnis des Intelligenztestes ist der Patient in der Regel durchschnittlich begabt. Während das Kind in bestimmten Situationen häufig normal leistungsfähig ist, zeigt es in der Gruppe eine Leistungsfähigkeit, die deutlich unter der im Testversuch nachzuweisenden intellektuellen Potenz liegt. Der Grund dafür ist die geringe Aufmerksamkeitssteuerung sowie die hyperkinetische Psychomotorik. Die Gesamtmotorik wird unruhig, das Verhalten impulsiv und ungesteuert. Das Kind weint leicht, ist aber auch schnell wieder zu beruhigen. Eine an sich rasche Kontaktaufnahme ist jedoch nicht dauerhaft, das Kind hat keine Freunde, sondern bleibt im Grunde isoliert, ohne dies richtig zu bemerken. In der Pubertät zeigt dieses Syndrom häufig eine spontane Besserungstendenz. Die geschilderten Verhaltensauffälligkeiten führen oft zu Konflikten mit der Umgebung, wie z. B. mit Lehrern und Eltern. In dieser Beziehungsstörung liegt ein wesentlicher Grund dafür, daß hyperkinetische Kinder sehr viel häufiger sekundäre neurotische Störungen entwickeln können als hirngesunde Kinder.

Auch das Syndrom der Teilleistungsschwäche disponiert zur sekundären Neurotisierung, unabhängig davon, ob es im Rahmen der MCD isoliert oder in Kombination mit dem hyperkinetischen Syndrom auftritt. Die Teilleistungsschwäche wird heute ganz allgemein als eine Leistungsminderung einzelner Glieder innerhalb eines größeren funktionellen Systems, das zur Bewältigung einer bestimmten komplexen Anpassungsaufgabe erforderlich ist, aufgefaßt. Kinder mit Teilleistungsschwächen entwickeln bei verständnisloser, überfordernder Erziehungshaltung der Eltern häufig ein niedriges Selbstwertgefühl, das als Ausdruck von Angst, Unsicherheit und Verletzbarkeit anzusehen ist, aber bisweilen durch eine Art Clownerie überdeckt wird. Ergeben sich Verdachtsmomente für eine MCD – häufig am Beginn der Schulzeit –, so müssen in der Regel die oben aufgeführten Befunde erhoben werden.

# Für die Fiebertherapie bei Säuglingen und Kindern

Neu von

**JOSSA  
ARZNEI**

## **NERV** *infant* <sup>®</sup> **comp.**

**antipyretisch  
analgetisch  
sedierend**

**zuverlässige Wirkung  
mit risikoarmer,  
sedierender Komponente  
(bromfrei)**

Indikationen:

Ruhigsfelling bei Säuglings- und Kinderkrankheiten, bei Fieber- und Schmerzzuständen im Säuglings- und Kindesalter, grippale Infekte der oberen Luftwege, symptomatische Behandlung fieberhafter Infektionskrankheiten, Prophylaxe von Fieberkrämpfen.

Kontraindikationen:

Schwere Nierenfunktionsstörungen, genetisch bedingter Mangel an Glucose-6-Phosphat-Dehydrogenase (Symptom: hämolytische Anämie).

Für Kinder:

Zusammensetzung:

1 Suppositorium enthält:  
Paracetamol 0,200 g  
Extr. Valerianae e rad. spiss  
cum Aethanol 60% (ml/ml)  
paratum 0,200 g  
Guaifenesin 0,050 g  
Hartfett 0,650 g

Dosierungs- und Anwendungs-  
weise:

Falls nicht anders verordnet: Kinder ab 1. Lebensjahr 2- bis 3mal täglich 1 Suppositorium; ab dem 6. Lebensjahr 3mal täglich 1 Suppositorium einführen.

Darreichungsform und Packungs-  
größe:

Packungen mit 10 Suppositorien für Kinder  
DM 4,29

Für Säuglinge:

Zusammensetzung:

1 Suppositorium enthält:  
Paracetamol 0,100 g  
Extr. Valerianae e rad. spiss.  
cum Aethanol 60% (ml/ml)  
parat. 0,100 g  
Guaifenesin 0,025 g  
Hartfett 0,875 g

Dosierungs- und Anwendungs-  
weise:

Falls nicht anders verordnet: Säuglinge bis zur 4. Lebenswoche 1mal täglich 1 Supp.; Säuglinge bis zum 12. Lebensmonat 1-3mal täglich 1 Supp. einführen.

Darreichungsform  
und Packungsgröße:

Packungen mit  
10 Suppositorien  
für Säuglinge  
DM 3,85

Ist die hirnorganische Genese der Lern- und Verhaltensstörung gesichert, so liegt beim hyperkinetischen Syndrom in der Regel eine Indikation zur Kombinationstherapie mit psychopharmakologischen – häufig Ritalin – und heilpädagogisch-psychotherapeutischen Maßnahmen vor. Bei der Teilleistungsschwäche hingegen steht die heilpädagogisch-übende Behandlung ganz im Vordergrund, abgesehen von beratenden Maßnahmen für die Bezugsperson. Je früher diese Maßnahmen durchgeführt werden, um so sicherer lassen sich diese Symptome einer sekundären Neurotisierung vermeiden.

Dr. G. Schütze, Tübingen:

### Behandlungsmöglichkeiten der Pubertätsmagersucht in der Praxis

Die Pubertätsmagersucht ist durch die Leitsymptome Nahrungseinschränkung, chronische Obstipation und Amenorrhoe charakterisiert. Trotz des charakteristischen Erscheinungsbildes sollte vor jeder psychotherapeutisch orientierten Behandlung eine eingehende differentialdiagnostische Untersuchung erfolgen, da andere Krankheitsbilder eine psychogene Magersucht vortäuschen können. Der Krankheitsbeginn liegt, wie der Name andeutet, hauptsächlich zwischen dem 11. und 14. Lebensjahr, in einer um 50 Prozent niedrigeren Häufigkeit zwischen dem 14. und 19. Lebensjahr. Die therapeutisch nicht beeinflusste Erkrankung zeigt neben Spontanremissionen der leichteren Erkrankungsfälle auch chronifizierende und rezidivierende Entwicklungen sowie bei ca. 10 bis 15 Prozent einen Exitus letalis. Neben frühen Psychotrauma-

tisierungen mit einer Störung der Mutter-Kind-Interaktion scheint eine ganz charakteristische prämorbid Persönlichkeitsstruktur ausschlaggebend für das Zustandekommen einer Pubertätsmagersucht zu sein. Das Hauptmerkmal ist eine ausgeprägte pedantische Zuverlässigkeit. Neben einer verringerten Spontaneität und Kreativität werden durchweg hohe Leistungen in klar vorstrukturierten, durch Zielstrebigkeit und Fleiß zu bewältigende Aufgaben erreicht. Die Eigensteuerung der Persönlichkeit ist rigide, zwanghaft, distanziert, intellektuell und weniger emotional geprägt. In einem Drittel der Fälle findet man eine schwache unselbständige, noch von der eigenen Mutter stark abhängigen Anorexie-Mutter und einen eher schwächlich kränkelnden oder nur für den Beruf lebenden Vater. In etwa 80 Prozent fand man bei den Eltern der Patientinnen eine schwere Eheproblematik. Bei fast zwei Drittel der Patientinnen besteht eine sehr enge Beziehung zu einem altersnahen Geschwisterkind oder einer Freundin, welche mit ihrer lebhaften, unkomplizierten, rasch Kontakt findenden, eher fröhlichen und etwas unzuverlässigen Persönlichkeitsstrukturen aufgrund der gegensätzlichen Position eine ideale Ergänzung zu der späteren Magersucht-Patientin darstellt. Typischerweise kündigt im Rahmen der pubertären Entwicklung die flexiblere Partnerin die Beziehung, so daß die potentielle Magersucht-Patientin nicht nur den pubertären Adoleszentenkonflikten ausgesetzt ist, sondern auch auf die gewohnte sie ergänzende Hilfestellung verzichten muß und außerdem noch gezwungen ist, miterleben, wie die ehemalige Partnerin zumindest vordergründig die

phasenspezifischen Probleme mit Leichtigkeit meistern kann und sich anderen Jugendlichen zuwendet. Der Zentralkonflikt jeder Magersucherkrankung ist in den entwicklungsstypischen Problemen der Pubertät und Adoleszenz mit körperlicher Umstrukturierung der Brustentwicklung, Taillen- und Beckenbetonung sowie Ablösungsprozessen von den Eltern und Verselbständigungskonflikten zu sehen. Die sich entwickelnden sexuellen eigenen Empfindungen und Bedürfnisse werden, soweit überhaupt wahrgenommen, schuldhaft erlebt und ängstlich abwehrend unterdrückt.

Therapeutisch ist eine wirklich sinnvolle medikamentöse Behandlung bisher nicht bekannt. Bei ausgeprägteren Krankheitszuständen der Endstrecke ist eine Ernährung über eine Nasenverweilsonde bzw. parenteral stationär erforderlich. Ambulant kann, wenn die Motivation für eine Normalisierung des Körpergewichtes bei der Patientin bereits geschaffen wurde, in Absprache mit ihr selbst durch eine kalorische Anreicherung der Nahrung mit Zusatzsubstanzen die Gewichtszunahme begünstigt werden. Das zweite symptomorientierte Behandlungsverfahren ist die Verhaltenstherapie. Hier ist als erste unbedingt notwendige Maßnahme eine Entspannung der Essenssituation durch Verantwortungsentlastung der Eltern erforderlich. Eine Nichtbeachtung der Nahrungsverweigerung als denkbare Voraussetzung für einen Lösungsprozeß gelingt zu Hause nie. Gelegentlich gelingt es jedoch den Eltern, ein Stück weit auf repressive Essensnötigung ihres Kindes zu verzichten. Das inkompatible Verhalten zu der Nahrungs einschrän-

zur hormonfreien Therapie bei Mastodynie,  
fibrozystischer Mastopathie, zyklisch bedingter Migräne

Indikationen: Mastodynie, fibrozystische Mastopathie, prämenstruelles Syndrom, Corpus luteum-insuffizienzbedingte Zyklenomelien, zyklisch bedingte Migräne. • Kontraindikationen und Nebenwirkungen sind bisher nicht bekannt. • Zusammensetzung: 100 g enthalten: Agnus castus D 1 20 g, Ceutophyllum thelictroidee D 4 10 g, Cyclamen D 4 10 g, Ignatie D 8 10 g, Irie D 2 20 g, Lillium tigrinum D 3 10 g, Lupulinum D 8 10 g, Tincture Condurengo 10 g. • Dosierung: 2mal täglich 30 Tropfen. • Handelsformen: Mastodynon OP mit 50 ml DM 10,45, OP mit 100 ml DM 15,95, Großpackungen mit 500 ml und 1000 ml.

**Mastodynon**®

ANTIMASTOPATHIKUM



BIONORICA KG · APOTHEKER POPP · NÜRNBERG

kung ist die Nahrungsaufnahme, welche durch positive Verstärkung begünstigt werden kann. Da Klinikaufnahme meist zu einer außerordentlichen Angststeigerung führt, kann man diesen Umstand als Bedürfnisspanne im Sinne eines Vermeidungstrainings benutzen, indem den Patientinnen die Notwendigkeit einer stationären Behandlung nachdrücklich vor Augen geführt wird, nachdem mit ihnen die Dringlichkeit der körperlichen Normalisierung – auch unter dem Aspekt des möglichen Hungertodes – besprochen wird. Da eine solche Ankündigung bereits zu einer Angststeigerung führt, wird den Patientinnen als Vermeidungsmöglichkeit alternativ die Gewichtszunahme angeboten. Die Fortführung einer ambulanten Therapie wird von einer langsamen schrittweisen Normalisierung des Körpergewichtes abhängig gemacht. Kommt es zu einer schrittweisen Normalisierung des Körpergewichtes, kann der therapeutische Kontakt auch im Rahmen einer ambulanten Betreuung aufgebaut werden. Offensichtlich ist gerade die Magersuchtsbehandlung sehr stark von der Persönlichkeitsstruktur des Therapeuten abhängig, indem um so leichter ein Zugang gefunden werden kann, je ähnlicher der Therapeut der verlorenen Freundinnenstruktur ist, wobei das Geschlecht des Therapeuten zweitrangig ist. Nur in Einzelfällen kann in späteren Phasen der Behandlung bei Adoleszenten auch eine Behandlung nach klassisch analytischer Form aufge-

nommen werden. Will man eine stabile Heilung erreichen, muß versucht werden, außerfamiliäre Kontakte in normalem Umfange wieder anzubahnen. Neben der Patientin selbst ist eine Parallelbehandlung der Eltern wegen der engen Krankheitsverflechtung unumgänglich, was jedoch meist durch einen anderen Therapeuten erfolgen muß, um das Vertrauensverhältnis zur Patientin nicht zu stören. Abschließend sei darauf hingewiesen, daß es durchaus legitim erscheint, wenn auch der psychotherapeutisch nicht geschulte Arzt leichtere Magersuchterkrankungen mit einem Gewichtsdefizit von bis zu 25 Prozent des Sollgewichtes in eine ambulante Betreuung nimmt, wenn er die oben angedeuteten therapeutischen Ansätze berücksichtigt.

Professor Dr. G. Nissen, Berlin:

#### Behandlungsmöglichkeiten kindlicher Verhaltensstörungen

Besonders in den letzten Jahrzehnten hat die psychologische Medizin neue Behandlungsverfahren und die Psychopharmakologie neue Medikamente entwickelt, durch die auch bei Kindern und Jugendlichen psychische Störungen mehr oder weniger erfolgreich behandelt werden können. Bei Kindern, die psychische Störungen quasi in statu nascendi präsentieren, besteht die einmalige Möglichkeit, ihrer multikausalen Pathogenese entsprechend eine poly-

zentrisch orientierte Therapie einzuleiten. Als therapeutische Grundregel gilt zwar, daß psychogene Störungen möglichst psychotherapeutisch und vorwiegend genetisch oder hirnanorganisch bedingte Abweichungen mit kombinierten heilpädagogischen und psychopharmakologischen Methoden behandelt werden sollen. Dasselbe schließt jedoch nicht aus, daß manche psychogenen Störungen sich rascher und nachhaltiger durch eine medikamentöse Behandlung beeinflussen lassen oder bestimmte hirnanorganisch fundierte Psychosyndrome sich auch durch geeignete psychotherapeutische Maßnahmen günstig beeinflussen lassen.

Die wichtigsten therapeutischen Möglichkeiten der Kinder- und Jugendpsychiatrie bestehen in Elternberatung, Psychotherapie und Psychopharmakologie, die hier nur skizziert werden können.

Die intensive Elternberatung ist ein wichtiger Bestandteil fast jeder kinderpsychiatrischen Behandlung. Sie erfordert gewisse Kenntnisse der Psychopathologie des Kindes-, aber auch des Erwachsenenalters, um larvierte oder die manifesten psychischen Auffälligkeiten bei Eltern und Kindern zu erkennen. Bei psychisch oder psychosomatisch auffälligen Kleinkindern lassen sich fast regelmäßig ähnliche Symptome oder doch manifestationsauslösende und -unterhaltende Wesensmerkmale bei den Eltern, oft bei den Müttern, fest-

# Candida Lokalicid<sup>®</sup> Creme

preisgünstig

30 g Tube

10,95

Hefe-spezifisches Antibiotikum

Antimikrobielle Nystatin-Creme mit spezifischer Wirkung gegen Hefen, sowie mit fungistatischem und bakterizidem Effekt.

**Indikationen:**  
hochwirksam bei allen Arten von Hefeinfektionen (Candidiasis, Moniliasis) der Haut und der Schleimhaut, der Nägel und der behaarten Körperstellen. Außerdem bei interdigitalmykosen, Balanitis, anorektalem Syndrom und Vulvitis.  
Durch den Zusatz von Chlorhexidinhydrochlorid werden grampositive und gramnegative Keime abgetötet. Eine Einwirkung auf Bakteriensporen erfolgt nicht.

**Kontraindikationen:**  
Allergie gegenüber einem der Wirkstoffe.  
**Zusammensetzung:**  
100 g Creme enthalten: 10 Mill. I.E. Nystatin, 1,0 g Chlorhexidinhydrochlorid, 0,5 g Dexpantenol.  
**Handelsformen:**  
O.P. 30 g Tube DM 10,95



DORSCH & CO. KG.  
8000 MÜNCHEN 70

stellen. Bei manchen Kindern stellt die Elternberatung oder in schweren Fällen die Behandlung der Eltern die einzige Möglichkeit der Behandlung des Kindes dar.

Die *Kinderpsychotherapie* ist ein Behandlungsverfahren, das eine besondere Weiterbildung erfordert. Kein Arzt, der psychisch auffällige Kinder betreut, sollte dennoch auf ein Gespräch oder ein Spiel zur Sondierung des Terrains mit dem Kind verzichten. Psychotherapie des Kindes im engeren Sinne entwickelte sich aus der Psychoanalyse. Ihre Behandlungstechnik wurde aber dem Lebens- und Entwicklungsalter der Kinder entsprechend modifiziert. Wir unterscheiden im wesentlichen Spieltherapie, Kinderpsychotherapie, deuthungsfreie und nicht-direktive Kindertherapie. Der Kindertherapeut sollte sich nicht den Grundsätzen einer bestimmten therapeutischen Schule unterwerfen, sondern Mut zur Improvisation haben mit der Einschränkung, daß er weiß, was er tut. Nicht die Theorie, sondern das Kind bestimmt die Behandlungsform.

Die gezielte Anwendung von *Psychopharmaka* ist in der Kinderpsychiatrie noch weithin eine terre incognita. Die weitestgehende Übereinstimmung über die psychopharmakologische Behandlung von Kindern dürfte deshalb in der Feststellung bestehen, daß sie umstritten ist und bleibt. Welche Medikamente von Kindern am häufigsten eingenommen werden, zeigte eine Studie aus 53 Ländern. Danach werden Valium®, Melleril®, Librium®, Megaphen®, Tofranil® und Laroxyl® oder Saroten® am häufigsten verwendet. Auch hier werden gelegentlich durchaus nicht erwünschte Nebenwirkungen zum dominierenden therapeutischen Faktor, wie z. B. die Imipramin-Wirkung bei der Enuresis. Die nachfolgende Aufgliederung ist pragmatisch, d. h., an erreichbaren Therapieerfolgen orientiert. Folgende Psychopharmaka haben sich bei drei nachfolgend aufgeführten Gruppen von Kindern mit Verhaltensauffälligkeiten bewährt:

1. Bei ängstlichen Kindern mit Angst- anfällen, Erregungszuständen und somatischen Angstäquivalenten Melleril® und Ludiomil®, aber auch Valium®, Mogadan® und Tegretal®.

2. Bei antriebsschwachen, apathischen, initiativarmen, spontanen Kindern lassen sich, wie bei fast allen Psychopharmaka, keine isolier-

ten Effekte erzielen. Durch Medikamente, wie Helfergin®, Encephabol® und Normabrein®, läßt sich jedoch eine Verbesserung der pädagogischen Ansprechbarkeit erzielen.

3. Für hyperkinetische Kinder, die psychomotorisch unruhig, unkonzentriert und distanzlos, bindungsschwach und impulsiv sind, werden seit Jahrzehnten Ritalin® und Elastonon® mit gutem Erfolg eingesetzt.

Abschließend einige Grundregeln für die psychopharmakologische Behandlung von Kindern:

1. Es sollte regelmäßig mit einer niedrigen Dosis begonnen werden.

2. Stationäre Einleitung der Behandlung bietet weniger Gefahrenmomente im Hinblick auf mögliche Nebenwirkungen.

3. Die Rezeptur steht nicht im Mittelpunkt des Behandlungsplanes. Sie bildet nur einen seiner Bestandteile. Sie sollte deshalb nicht am Beginn, sondern am Schluß des Gespräches stehen.

4. Im Hinblick auf die Beipackzettel der Präparate ist ein beruhigender Hinweis zu geben.

5. Jugendliche befürchten, daß das Medikament nur dazu dient, sie anzupassen oder chemisch kampfunfähig zu machen.

6. Grundsätzlich muß in den Fällen, in denen nicht allein das Kind, sondern auch die Eltern verhaltensgestört sind, in der Elternberatung eindeutig festgestellt werden, daß mit der Medikamentengabe das Kind nicht endgültig als das kranke Glied der Familie abgestempelt wird.

*Professor Dr. H. Harbauer, Frankfurt:*

### **Krisen in der Pubertät und Suizid**

Nachuntersuchungen ergaben, daß bei etwa einem Drittel der sogenannten Pubertätskrisen später ein Übergang in eine Psychose und bei einem weiteren Drittel eine schwere Charakterstörung festgestellt wurde. Nur bei einem Drittel dieser Fälle ließ sich retrospektiv eine zugespitzte Pubertät diagnostizieren. Die ungünstigste Prognose für solche krisenhaften Störungen zeigten diejenigen Patienten, bei denen sich tiefgreifende Persönlichkeitsirritationen bis in die Kindheit zurückführen ließen. Reifungskrisen betreffen vor allem Krisen der Autorität, Identitätskrisen

und Störungen der psycho-sexuellen Entwicklung. Innerhalb der Autoritätskrisen sieht man zwei Syndrome besonders häufig, die Lern- und Leistungsstörungen, vor allem in den weiterführenden Schulen, sowie das Weglaufen von Jugendlichen. Diese Schwierigkeiten entstehen oft aus dem Übergang der mehr nach außen gewendeten, unbekümmerten Einstellung der späten Kindheit in die Introversion des Jugendalters. Jugendliche Wegläufer, besser als Wegbleiber beschrieben, tun dies fast immer aus Protest, aus Angst, aus Kurzschlußreaktion nach oft recht harmlosen Konflikten. Stets müssen organisch krankhafte Bedingungen zunächst ausgeschlossen werden. Ein Viertel dieses Kollektivs nehmen ungünstige oder negative Entwicklungen trotz späteren intensiven Bemühens. Oft wurde die Stabilisierung erst mit der allerdings häufig auffällig spät vollzogenen Eheschließung beobachtet. Damit stellt das Weglaufen im Kontext einer Reifungsstörung für die künftige soziale Weiterentwicklung wahrscheinlich ein bedenkliches Prognosemerkmal dar. Es handelt sich also nicht um ein jugendspezifisches Kavaliärsdelikt.

Neben dem Komplex Autorität kommt es im Rahmen der sozialen Neuorientierung vermehrt zu Krisen der Identität, d. h. zu Schwierigkeiten bei der Persönlichkeitsfindung. Nicht selten sind hypochondrische Befürchtungen mit diesen Identitätskrisen vergesellschaftet, so daß dabei manchmal auch an Frühzeichen einer jugendlichen Schizophrenie gedacht werden muß. Solche Befürchtungen imponieren als Selbstwertkonflikte bei körperlichen Fehl- und Mißbildungen, z. B. Kleinheit, vor allem des Knaben, harmlosen Sommersprossen, abstehenden Ohren usw. Dabei kann es zu Störungen der Kontaktaufnahme, zu Überkompensation, ja sogar zum paranoischen Reagieren oder zum Suizid kommen.

Die psycho-sexuelle Entwicklung dieser Lebensphase zeigt Querverbindungen zu anderen Krisenaspekten. Der Zeitraum stärkster Triebregung korreliert derzeit nicht mehr mit einem strikten Sexualverbot der Gesellschaft. In dieser Altersphase interessieren vor allem die exzessive Masturbation, der Exhibitionismus, die Homosexualität sowie der häufig wechselnde Sexualver-

Nicht jeder Koronarpatient ist ein Adalat-Patient, aber:

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



„Spätestens mit 45  
entleckt 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<sup>®</sup>** **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 Kopfdruck, Gesichtsrötung, Wärmegefühl, Schwindel und Übelkeitsercheinungen kommen. Umfangreiche Laboratoriumsuntersuchungen ergeben keine auf das Präparat zurückzuführenden pathologischen Abweichungen von den Normwerten.

#### Kontraindikation:

Gesamte Schwangerschaft.

#### Zur Beachtung:

Adalat kann die Wirkung von blutdruckenkenden 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 3 mal täglich 1 Kapsel, in besonderen Fällen bis zu 3 mal täglich 2 Kapseln, dabei Einnahmeabstand von 2 Stunden nicht unterschreiten. Bei drohendem Angina-pectoris-Anfall zum raschen Wirkungseintritt Kapseln zerbeißen.

#### Zusammensetzung:

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

#### Handelsformen:

Packung mit 50 Kapseln DM 31,81  
Packung mit 100 Kapseln DM 56,87  
sowie Anstaltspackung



1.D.47

kehr, vor allem bei dissozialen Mädchen. Die exzessive Masturbation der Pubertät oder Adoleszenz erfordert psychotherapeutische Behandlung, da in ihr die Gefahr der narzißtischen Fixierung liegt. Knabenfreundschaften mit sporadischen homosexuell getönten Episoden benötigen – mit Ausnahme einer Beratung – keine spezifische Behandlung. Weniger gut kann im Hinblick auf die soziale Entwicklung die Prognose sexuell verwahrloster Mädchen angesehen werden, die meist nicht das Produkt abnormer sexueller Triebstärke sind, wie viele meinen, sondern nicht entsprechender Anerkennung und nicht entsprechend vorhandenen Selbstwertgefühls.

In der Bundesrepublik Deutschland steht der Suizid im jugendlichen Alter hinter den Unfällen an zweiter Stelle der Todesursachenstatistik, vor allem die Kinderselbstmorde haben erheblich zugenommen. Unter dem Aspekt der Motivation werden häufiger als beim Erwachsenen Suizidhandlungen bei debilen bzw. entwicklungsrückständigen Jugendlichen beobachtet. Allerdings gibt es auch eine Gruppe, die kindliche Eigenart und Naivität weit hinter sich gelassen haben und reifungspsychologisch eher ihrer Alterserwartung vorauslaufen. Auch Bestrafungstendenzen werden nicht selten registriert im Sinne des „die Eltern sollen einmal sehen, wie es ohne mich ist“. Die Selbstaggression dient dann der Bestrafung einer meist liebesarmen Umgebung. Unzweifelhaft suizidfördernde Impulse dieser Lebensphase erwachsen auch aus dem Milieu, vor allem dann, wenn in diesem häufig vom Ausweg durch den Suizid leichtfertig die Rede ist. Die Suizidhandlung ist bei etwa drei Viertel aller Beobachtungen dieser Lebensphase äußerer Abschluß einer lange andauernden Fehl- und Mangelentwicklung. Allerdings können Suizidhandlungen auch durch schwere chronische Erkrankungen provoziert werden. Es gibt bei Suizidhandlungen jedes Altersbereiches im Hinblick auf das Wiederholungsrisiko keine generell zu stellende Prognose. Sie hängt in erster Linie davon ab, ob es gelingt, den Pubertierenden aus seiner Isolierung herauszuführen.

Referent:

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

## Gesundheits-Sozial-Berufspolitik

### Mehr Alkoholiker als Magenkranke

Die Zahl der Patienten, die wegen Alkoholismus und Alkoholpsychose, vor allem Halluzinose und Delir, Akut-Krankenhäuser aufsuchen müssen, ist in den letzten Jahren stark gestiegen. Von Ende 1974 bis Ende 1975 nahm sie um 56 Prozent auf 104 500 Patienten zu. In keiner anderen Gruppe chronisch Kranker besteht eine derart zunehmende Tendenz, Akut-Krankenbetten zu beanspruchen, wie bei den Alkoholikern. Dies geht aus den „Daten des Gesundheitswesens“, Ausgabe 1977, hervor, die der Bundesminister für Jugend, Familie und Gesundheit soeben vorlegt. Nach diesen Angaben wurden 1975 in den Akut-Krankenhäusern mehr Alkoholiker behandelt als Patienten mit Magengeschwür, Zwölffingerdarmgeschwür, Asthma, Gicht, Tuberkulose und Infektionen des Verdauungssystems.

Von den 73 300 Patienten im Jahre 1974 waren 77,8 Prozent Männer. Im Jahr 1975 nahm die Männergruppe der Alkoholpatienten um 73 Prozent zu, das Gesamtkollektiv nur um 56 Prozent. Bei Frauen wurde die Diagnose Alkoholismus 1975 um 24 Prozent öfter gestellt als 1974. In der akuten Krankenhausversorgung hat der männliche Alkoholismus stärker zugenommen als der Alkoholismus der Frau, während in der Gesamtstatistik der Krankheit bundesweit eher eine Stagnation des männlichen Alkoholismus bei wesentlicher Zunahme des Frauenalkoholismus angenommen wird.

Der Anteil der psychotischen Alkoholikerinnen liegt relativ stabil bei elf Prozent, die Männer stellen 89 Prozent der Alkoholpsychotiker. Diese unterschiedliche Häufigkeit läßt sich damit erklären, daß die weibliche „Trinkkarriere“ meistens kürzer und nicht so exzessiv verläuft wie die männliche. Infolgedessen erleben Frauen seltener als Männer mit Halluzinosen, Delir und Korsakow die massivsten psychischen

und organischen Begleitsymptome der Alkoholkrankheit.

Bei Männern treten die Alkoholpsychosen heute wesentlich früher auf, vielleicht infolge des immer häufiger werdenden gleichzeitigen Medikamentenmißbrauches. Die meisten psychotischen Alkoholiker sind unter 40 Jahre alt, während der stationär behandlungsbedürftige Alkoholismus mehrheitlich bei Männern über 40 gesehen wird. Jenseits des 60. Lebensjahres nehmen die stationären Aufenthalte zwecks Akutbehandlung des Alkoholismus rapid ab. Unter den 972 Kranken der Fachkrankenhäuser für Gerontopsychiatrie, in denen die ältesten Patienten aufgenommen werden, befanden sich 1973 nur drei Prozent Alkoholiker.

Die zur stationären Behandlung kommenden Alkoholiker sind durchschnittlich jünger als die Durchschnittspatienten vieler anderer Krankengruppen. Das belegen auch die Mitteilungen über die 1974 erfolgten Maßnahmen der medizinischen Rehabilitation von Alkoholkranken, die sich in der Regel auf stationäre Heilbehandlung beschränkt. In 1974 wurde diese Behandlung 6338 Patienten zuteil, d. h., daß nur 8,6 Prozent der akut behandelten Alkoholiker im gleichen Zeitraum eine gezielte stationäre Behandlung bekommen konnten. Über ein Drittel dieser Patienten (36,5 Prozent) war zwischen 31 und 40 Jahre alt. Zwischen dem 40. und 50. Jahr standen 31,7 Prozent, zur Altersklasse bis 60 gehörten 16,2 Prozent. Unter 20 Jahre waren 0,6 Prozent und bis 30 Jahre 9,5 Prozent.

Maßnahmen beruflicher Rehabilitation wurden 1473 Alkoholikern gewährt, von denen über 90 Prozent zwischen 20 und 50 Jahre alt waren, also noch mitten im Berufsleben standen.

Ottmar Katz

(Fortsetzung Seite 557)

## Ergebnis der gesamtstatistischen Auswertung der nach dem Jugendarbeitsschutzgesetz vorgeschriebenen Untersuchungen in Bayern im Jahre 1975

Das Bayerische Staatsministerium für Arbeit und Sozialordnung hat den Bericht über das Ergebnis der gesamtstatistischen Auswertung der nach dem Jugendarbeitsschutzgesetz vom 9. August 1960 vorgeschriebenen Untersuchungen in Bayern im Jahre 1975 nunmehr fertiggestellt. Der ausführliche, mit reichlichem Zahlenmaterial belegte Bericht schließt mit folgender nachstehend wörtlich wiedergegebener Zusammenfassung und den daraus sich ergebenden Schlußfolgerungen:

1. 1975 betrug die Zahl der Schulentlassenen 160 718, und zwar 101 645 aus Grundschulen, 59 073 aus mittleren und höheren Lehranstalten. Von den 121 744 Schulabgängern unter 18 Jahren traten 118 092 in das Berufsleben ein. Setzt man diese Zahlen in Relation zur Zahl der Erstuntersuchungen nach dem Jugendarbeitsschutzgesetz, so ergibt sich ein ähnlich günstiges Verhältnis wie im Vorjahr, d. h., die überwiegende Zahl der neu ins Erwerbsleben eingetretenen Jugendlichen hat sich der Erstuntersuchung unterzogen. Diese Annahme ist vor allem deswegen berechtigt, weil ein großer Teil der Schüler aus mittleren und höheren Lehranstalten bei ihrer Entlassung das 18. Lebensjahr bereits überschritten hat und daher den Bestimmungen des Jugendarbeitsschutzgesetzes nicht mehr unterliegt.

2. Die Nachuntersuchungen blieben mit 64 822 hinter den Erstuntersuchungen des vorigen Jahres — 109 013 — weit zurück. Dieses seit Beginn der statistischen Erhebungen gewohnte Bild erklärt sich dadurch, daß eine große Anzahl Jugendlicher vor dem Nachuntersuchungstermin das 18. Lebensjahr vollendet hatte und nicht mehr zu den Untersuchungspflichtigen zählte.

3. Was den prozentualen Anteil derjenigen Erst- und Nachuntersuchten anbelangt, die ärztlicher Behandlung bedurften, so ist nach einem Maximum in den Jahren 1971 bis 1973 (ca. 14,5 Prozent) nunmehr seit 1974 ein deutlicher Rückgang über

13,4 Prozent auf 12,9 Prozent zu beobachten. Diejenigen Gefährdungsvermerke, die zu Arbeitsverboten führen, behalten ihren rückläufigen Trend bei und haben bei den Nachuntersuchten den bisher niedrigsten Stand aus dem Jahre 1969 (11,7 Prozent) nahezu wieder erreicht:

	Erstuntersuchte	Nachuntersuchte
1971	15,0 %	13,2 %
1972	28,4 %	24,0 %
1973	25,1 %	17,2 %
1974	21,8 %	16,1 %
1975	20,3 %	11,9 %

4. Nahezu unverändert bleiben nach wie vor die Verhältnisse bei den Krankheiten, die die Erstuntersuchten vor Eintritt in das Erwerbsleben durchgemacht haben. Diese sind aber im Hinblick auf Einflüsse der Arbeitswelt ebensowenig relevant wie die zwischen den Terminen der Erst- und Nachuntersuchung durchgemachten Krankheiten und Operationen. Anders sind in diesem Zusammenhang die Unfälle zu beurteilen, die ja wenigstens zum Teil Betriebsunfälle sein können. Hier hat sich im Vergleich zum Vorjahr kaum etwas geändert; d. h., das Maximum liegt bei den 16jährigen (13,0 Prozent), während die 14jährigen mit 2,9 Prozent am wenigsten beteiligt sind, die 15jährigen in der Mitte (9,2 Prozent) und die 16-/17jährigen mit 12,0 Prozent bzw. 11,6 Prozent im oberen Bereich liegen. Mit einer gewissen Schwankungsbreite war dieser Altersgang seit Beginn der statistischen Erhebungen zu beobachten.

5. Hinsichtlich der nachteiligen Auswirkungen der bisherigen Arbeit auf die Gesundheit ist die fallende Ten-

## ANGINA PECTORIS

# Nitroglycerin-Kapseln

0,8 mg  
RHEINGOLD®

Nitroglycerin 0,8 mg in zerbrechbaren Gelatine-Kapseln.

**Preiswerteste Präparate!**

SIEHE

transparenz  
telegramm 2/77

OP mit 30 Kapseln  
zu 0,8 mg

**4.37**

OP mit 100 Kapseln  
zu 0,8 mg

**13.55**

**Indikationen:** Angina pectoris, Koronarsklerose, Asthmacardiale, Gallensteinkolik, Pankreatitis, spastische Migräne, Kardio-Spasmus, zur Diagnose der echten Angina pectoris.

**Dosierung:** Beim Anfall 1-3 Kapseln perlingual.

## HERZTHERAPIE

# Digoxin

MINITABLETTEN 0,25 mg  
RHEINGOLD®

0,25 mg Digoxin, kristallines Reinglykosid aus Digitalis lanata.

**Preiswerteste Präparate!**

SIEHE

transparenz  
telegramm 2/77

OP mit 100 Tabletten

**6.94**

OP mit 75 Tabletten

**5.48**

**Indikationen:** Alle Formen und Grade der Herzinsuffizienz, evtl. paroxysmale Tachykardie.

**Dosierung:** Bis zum Erreichen der Kompensation 0,25-0,5 mg alle acht Stunden.

Als Erhaltungsdosis tägl. (0,25)-0,5(-0,6) mg insgesamt, möglichst auf 2-3 Einzeldosen verteilt. Bei Altersherzen hat sich eine Dauerbehandlung von 3 x tägl. 0,125 mg — 3 x ½ Tablette bewährt. Die Einnahme der Tabletten erfolgt am besten nach den Mahlzeiten mit etwas Flüssigkeit.

**RAN**  
Pharm

RHEINGOLD-ARZNEIMITTEL GMBH  
+ Co KOMMANDITGESELLSCHAFT  
4040 NEUSS AM RHEIN

denz der letzten Jahre heuer zum Stillstand gekommen: 1972 0,7 Prozent, 1973 0,6 Prozent, 1974 0,5 Prozent, 1975 0,5 Prozent.

Im Vordergrund stehen folgende Arbeitsverbote:

(Erstuntersuchte = EU, Nachuntersuchte = NU; % = Prozant der Gefährdungsvermerka; Zahlen 1974 in Klammern)

	EU	NU
– schwere (bei NU mittelschwere) körperliche Arbeit	56,4 (58,6)	48,4 % 53,9 %
– häufiges Heben, Tragen und Bewegen von Lasten	30,8 (33,1)	27,5 % 30,0 %
– Arbeiten, die volle Sehkraft erfordern	28,6 (26,3)	30,2 % 27,4 %
– Arbeiten, die Schwindelfreiheit erfordern	7,5 (8,0)	8,5 % 8,7 %
– Arbeiten im Stehen	7,3 (9,6)	7,8 % 8,9 %

Bei den Erstuntersuchten gehen die meisten Gefährdungsvermerke auf Einschränkungen des Sehvermögens zurück, während bei den Arbeitsverboten aufgrund von Gefährdungsvermerken die Minderbelastbarkeit des Skeletts und der Muskulatur an erster Stelle steht.

Was die Feststellung körperlicher Mängel bei den Nachuntersuchten betrifft, so bilden Sehstörungen eindeutig die Spitze – in der Gesamtheit wie bei den Gefährdungsvermerken –, gefolgt von Skelettveränderungen und schwacher Muskulatur.

Geht man bei den Nachuntersuchten von den Arbeitsverboten aus, dann fällt die Unzumutbarkeit mittel-schwerer Arbeit infolge von Mängel am Stütz- und Bewegungsapparat besonders ins Gewicht. Hier findet eine zweite Auslese statt, denn die zu schwerer Arbeit ungeeigneten Ju-

gendlichen wurden ja bereits bei der Erstuntersuchung ausgesondert. Arbeitsverbote wegen gestörter Sehfähigkeit folgen bei den nachuntersuchten Jugendlichen mit Gefährdungsvermerken an zweiter Stelle.

6.

Die Angaben über eine aktive Teilnahme an Sport, Turnen oder anderen Formen körperlicher Ertüchtigung, die für den Jugendlichen im Erwerbsleben im Sinna der Konditionierung und des Ausgleichs von unschätzbarem Wert sind, haben sich gegenüber dem Vorjahr kaum geändert. Die Prozentzahlen sind bei den Erstuntersuchten mit 54,5 Prozent (1974 54,7 Prozent) nahezu gleich geblieben; bei den Nachunters-

suchten stimmen die Zahlen völlig überein (39,2 Prozent). Auch in der Geschlechterverteilung waren kaum Änderungen zu verzeichnen: bei den EU gaben 63,0 Prozent (1974 63,3 Prozent) der männlichen und 45,3 Prozent (45,2 Prozent) der weiblichen Jugendlichen auf die Frage nach einer sportlichen Betätigung eine bejahende Antwort; bei den NU 49,3 Prozent (50,2 Prozent) der männlichen und 27,0 Prozent (26,7 Prozent) der weiblichen. Die Bemühungen jener Bezugspersonen, die auf die Jugendlichen einen erzieherischen Einfluß ausüben können – Eltern, Meister, Betriebsärzte –, sollten darauf abzielen, daß zumindest die sportliche Aktivität vor Eintritt in das Erwerbsleben beibehalten wird.

## Resolution der bayerischen Belegärzte

Am 1. März 1978 traf sich die Kommission der bayerischen Belegärzte in München. Es nahmen etwa 40 Belegärzte aus Bayern teil. Auf dieser Sitzung wurde folgende

### Resolution

angenommen:

Die bayerischen Belegärzte fühlen sich durch die Entwicklung im Belegarztwesen infolge des KVKG erheblich diskriminiert. Ihre Tätigkeit als Belegärzte wird durch die Auslegung des Gesetzes und vor allem durch die Existenz eines völlig wirklichkeitsfremden Krankenhausbedarfsplanes in vielen Fällen zukünftig lahmgelegt. So z. B. existiert für 26 belegärztlich tätige Orthopäden in München nur ein Beleghaus mit einer minimalen Bettenzahl für diese Fachgruppe im Krankenhausbe-

darfsplan. Auf dem Gebiete der Urologie und anderen Fachrichtungen gibt es ausreichende ähnliche Belegspiele.

Es ist nach wie vor unwiderlegt, daß selbst das kleinste Beleghaus „vor Ort“ sowohl billiger als auch humaner zu arbeiten in der Lage ist, als das derzeit so stark geförderte Zentralkrankenhaus.

Die bayerischen Belegärzte fordern daher, auch im Interesse einer Kostenersparnis im stationären Bereich, den bayerischen Krankenhausbedarfsplan neu zu überdenken und dem echten Bedarf anzupassen. Dazu ist auch dringend erforderlich, sowohl Vertreter der Kassenärztlichen Vereinigung als auch der wirklich Betroffenen, nämlich der Belegärzte, in den Planungsausschuß des Krankenhausbedarfsplanes zu berufen.



## RECORSAN-LIQUID.

Rein physiologisches Kardi tonicum für die kleine Herztherapie  
Crataegus-Adonistherapie des Aiterherzens

Aiterherz, coronare Durchblutungsstörungen, Apoplexieprophylaxe  
Hochdruckherz, Gestrokard. Syndrom.

In 100 ml: Rutin solub. 0,6 g, Alkohol. Auszüge aus: Crataegus 37,5 g, Adonis,  
Visc. alb. 5,5 g, Apium grav. Auricul. 5,5 g, Val. 13 g, Cola 4,3 g. · 30 ml DM 5,79

Recorsan-Gesellschaften Gräfelfing und Lüneburg

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

# 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. Ergebnis der Thomae-Forschung.

**GASTROZEPIN**



Thomae

**Zusammensetzung:** 1 Tablette enthält: 5,11-Dihydro-11-[[4-methyl-piperazin-1-yl]acetyl]-6H-pyrido[2,3-b][1,4]benzodiazepin-6-on-dihydrochlorid 25 mg.  
**Anwendungsgebiete:** Akute und chronische Formen von Ulcus ventriculi und Ulcus duodeni, hyperzider Reizmagen, Gastritis, medikamentös bedingte Magenbeschwerden. **Dosierung und Anwendungsweise:** Zu Beginn der Therapie sind einmally 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 Aushilung 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 Appetit-anregung bewirken. Eine in seltenen Fällen auftretende Stuhlerweichung ist als wünschenswerter Beweis dafür zu werten, daß Magen- und Darmmotilität nicht gestört werden. In Tierversuchen wurde festgestellt, daß Gastrozepin auch bei hoher Dosierung keine terstogenen 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 28,96. Klinikpackung.

## Gleichheit vor Freiheit

Es muß dringend dazu geraten werden, die sozialpolitischen Thesen zur Systemveränderung der IG-Metall zu lesen, damit eines Tages nicht unerkannt Wirklichkeit wird, was die Metaller „Soziale Solidarität“ nennen. Übersetzt und frei aller Beschönigungen heißt dies nämlich: Gleichmachung – Nivellierung. Oder anders: Gleiche Rechte für unterschiedliche Pflichten, gleiche Löhne für unterschiedliche Leistungen, gleiche Medizin für alle Krankheiten – weil dies sozial ist. Man sollte den „Argumentationsleitfaden“ der IG-Metall lesen, damit man eines schönen Tages nicht feststellen muß, IG-Metall-Mitglied geworden zu sein, ohne davon zu wissen. Man würde dies dann Solidarität nennen, als freie Übersetzung von Zwang.

Solidarische Sozialpolitik, wie sie die IG-Metall durchsetzen will, soll – so ist zu lesen – die Krankenkassen, aus denen eine Einheitskasse

wird, vor „der Erpressung durch die Ärzte, Zahnärzte und Krankenhausträger“ schützen. Man merke: Hier wird (ungestraft) von Erpressung gesprochen!

Aber nicht genug der merkwürdigen Worte. Da hat sich nach Ansicht der IG-Metall-Ideologen „eine kleine Gruppe auf Kosten der Allgemeinheit ungerechtfertigt und unangemessen bereichert“. Da ist von Mängeln in der ärztlichen Versorgung die Rede und von der profitorientierten Pharmaforschung. Da ist die Rede von „Wildwuchs“, der rigoros beschnitten werden müsse. Dem Bürger und Gewerkschaftsmitglied, dem Wähler also, dem Patienten letztlich, wird dabei schamlos vorgemacht, er zahle ohne Gegenleistung „die Milliarden Gewinne der Leistungsanbieter“.

Wettbewerb und Wettbewerbsvorteile, die Grundlagen guter Leistungen,

werden von den IG-Metall-Ideologen, die sich heute als die Gesetzesmacher von morgen sehen, einfach über Bord geworfen. Man fördere damit „die Milliarden Gewinner an der Krankheit“. Ohne die wirklichen Zusammenhänge überhaupt zu erwähnen, wird sogar das Kostendämpfungsgesetz als nicht ausreichend abgetan. „Gegenmacht“ ist das neue Wort der Metaller, die sich noch scheuen, offen von IG-Metall-Macht zu reden. Aber: sie wollen Einheit, Gleichheit und das Sagen. Deshalb muß jetzt aufgepaßt werden, daß den noch freien Bürgern eines Tages nicht die Freiheit unter den Füßen weggezogen wird, denn Privilegien darf es nach dem Metall-Konzept nicht mehr geben. Freiheit aber ist ein Privileg!

Der „Argumentationsleitfaden“ wird von der Gewerkschaft als Denkmodell genannt. Er ist in Wirklichkeit eine Ideologie, die eines Tages Gesetz werden soll. Hinweise darauf gibt es genügend. Zum Beispiel heißt es da: „Wir bringen einen Vor-

# TIEFE WIRKUNG



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

## Marament<sup>®</sup> Balsam

**Zusammensetzung:**  
100 g Aethylenum chloralum, 2 g Oleum Pini Pumilionis, 0,2 g Methylum salicylicum, 1 g Camphora synthetica, 0,05 mg Toxine der Naja Iripudians, 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



schlag auf den Tisch, der von allen sachlich diskutiert werden soll. Wer sich nicht an diesen Konsens hält, gibt zu erkennen, daß es ihm nicht um dauerhafte Lösungen geht".

Dieses ist in Wirklichkeit nicht ernst zu nehmen, denn wer in diesem „Vorschlag“ Ärzte und Zahnärzte Erpresser nennt und von „Milliardengewinner an der Krankheit“ spricht, der gibt zu erkennen, daß es ihm nicht um eine sachliche Diskussion geht, daß ihm an der Meinung anderer gar nicht gelegen ist.

Die IG-Metall-Ideologen sind es, die in Zukunft Gesundheitspolitik machen wollen, die bestimmen wollen, bis hinein in die Krankenkassen und Arztpraxen, was im Gesundheitswesen zu geschehen hat. Gesundheitsberater und Rehabilitationsfachleute will sie in die Beratungsstellen der neuen Einheitskrankenkasse setzen. Der Tag wird kommen, wo die IG-Metall verlangt, daß diese sogenannten Gesundheitsberater auch von der IG-Metall ausgebildet werden. Oder sollte man da besser „geschult“ sagen?

Die Deutsche Angestellten-Gewerkschaft, die die Zielrichtung des IG-Metall-Rundumschlages richtig erkannt hat, nennt deren Ziele „ein Hammerschlag gegen die verantwortungsbewußte Einzelpersönlichkeit“. Die IG-Metall wolle den Kollegen „Gleicher-geht's nicht“ auf dem Amboß von Neid und Gleichmacherei schmieden. Ärzte und Zahnärzte, die freien Berufe und alle, die sich noch einen Funken Freiheit für die Zukunft erhalten wollen, sollten die Metall-Ideologie in ihrer ganzen Tragweite nicht nur zur Kenntnis nehmen. Was sich hier anbahnt, sind die ersten Schritte auf dem Weg einer Systemveränderung, wo nicht mehr der einzelne mitbestimmen darf, sondern wo die Gewerkschaft in der Verwirklichung ihrer ideologischen Ziele und im Besitz aller Macht festlegt, was der Solidargemeinschaft gut tut und was nicht. In der Masse glücklich sein, mit der Masse weinen. Dagegen sollte etwas getan werden, denn wir wissen, wie es aussieht, wenn einige wenige Funktionäre sagen, was die Masse Mensch „nur“ tun darf.

*Jürgen Dreher  
Pressestelle der Heilberufe  
Baden-Württemberg*

## Personalien

### Verdienstkreuz am Bande

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

Dr. Alois Bauer, 8399 Fürstzell;

Dr. Karl Ludwig Stoll, Hauptstraße 18, 8191 Eurasburg.

### Bergmann-Plakette für Professor Franke

Am 22. März 1978 überreichte Professor Dr. Sewering anlässlich einer Fortbildungsveranstaltung in Würzburg Professor Dr. Hans Franke, Direktor der Medizinischen Poliklinik der Universität Würzburg, Klinikstraße 8, 8700 Würzburg, die Ernst-von-Bergmann-Plakette.

Seit seiner Berufung nach Würzburg vor 35 Jahren hat Professor Dr. Hans Franke sich und seine Mitarbeiter stets bereitwillig für die Fortbildung der niedergelassenen Ärzteschaft zur Verfügung gestellt. Seit 1968 führt er alljährlich die „Fortbildungstagung Würzburg“ der Medizinischen Poliklinik durch, in der er als wissenschaftlicher Leiter die Breite poliklinischer Medizin darbietet und sie auf die besonderen Bedürfnisse der Praxis ausrichtet. Die Teilnehmerzahl von stets über 500 Ärzten beweist, wie sehr er es versteht, in Thematik und Auswahl der Referenten den Belangen der niedergelassenen Ärzteschaft gerecht zu werden. Darüber hinaus hielt Kollege Franke selbst über 100 Fortbildungsvorträge. Die Zahl seiner Veröffentlichungen liegt weit über 200.

Professor Dr. Günter Fruhmann, Direktor des Institutes und der Poliklinik für Arbeitsmedizin der Universität München und Leiter der Pulmonologischen Abteilung der Medizinischen Klinik I der Universität München im Klinikum Großhadern, Ziemssenstraße 1, 8000 München 2, wurde vom bayerischen Arbeitsminister in das Kuratorium der Bayerischen Akademie für Arbeits- und Sozialmedizin berufen.

## Fakultät

### München - Universität

Dr. med. Paul Brandlmeier wurde zum „Honorarprofessor“ ernannt. Er ist damit der erste Professor für Allgemeinmedizin in Bayern.

### München - Technische Universität

Privatdozent Dr. med. Wolfram Deilus, Oberarzt an der I. Medizinischen Klinik, wurde zum „außerplanmäßigen Professor“ ernannt.

Dr. med. Hermann Vogt, Akademischer Oberrat an der Dermatologischen Klinik und Poliklinik, wurde zum „Akademischen Direktor“ ernannt.

Zum „Akademischen Rat z. A.“ wurden ernannt: Dr. med. Gotthard von Cetriz und Neuhaus, wissenschaftlicher Assistent an der Kinderklinik und Poliklinik; Dr. med. Frank Reichardt, wissenschaftlicher Assistent an der Dermatologischen Klinik und Poliklinik.

Privatdozent Dr. med. habil. Ulrich Fink, Assistenzarzt an der I. Medizinischen Klinik, wurde zum „Oberarzt“ ernannt.

Nach Feststellung der Lehrbefähigung wurde „Dr. med. habil.“ verliehen an: Dr. med. Klaus Toyka für „Neurologie“; Dr. med. Nikolaus Rupp für „Radiologie“.

Zum „Privatdozent“ wurden ernannt: Dr. med., Dr. med. habil. Edgar Biemer für „Chirurgie“; Dr. med. Klaus Ulrich Benner für „Physiologie und Experimentelle Morphologie“; Dr. med., Dr. med. habil. Wolfgang Duspina für „Chirurgie“; Dr. med., Dr. med. habil. Kurt Schnelle für „Innere Medizin“.

### Festkonzerte des Bayerischen Ärzteorchesters

— Seite 582 —

## Zu besetzende Kassenarztsitze in Bayern

Wir empfehlen Ihnen, sich in jedem Fall vor Ihrer Niederlassung mit der zuständigen Bezirksstelle der Kassenärztlichen Vereinigung Bayerns in Verbindung zu setzen und sich wegen der Möglichkeiten und Aussichten einer kassenärztlichen Tätigkeit beraten zu lassen. Dort erfahren Sie auch, wo und in welchem Umfang Förderungsmöglichkeiten bestehen.

### Oberbayern

#### **Titling, Lkr. Eichstätt:**

1 Allgemein-/Praktischer Arzt

Wiederbesetzung der Allgemein-/Praktischen Arztstelle für ein Einzugsgebiet von ca. 3500 Einwohnern.

#### **Altmannstein, Lkr. Eichstätt:**

1 Allgemein-/Praktischer Arzt

#### **Moosburg, Lkr. Freising:**

1 Augenarzt

Bewerbungen bitte an die Bezirksstelle Oberbayern der KVB, Mühlbauerstraße 16, 8000 München 80, Telefon (0 89) 41 47 - 247.

### Oberfranken

#### **Lautertal, Lkr. Coburg:**

1 Allgemein-/Praktischer Arzt

Wiederbesetzung des zum 30. Juni 1978 vakant werdenden Einzelarztsitzes für ein Einzugsgebiet von ca. 3100 Einwohnern.

#### **Marktregast, Lkr. Kulmbach:**

1 Allgemein-/Praktischer Arzt

Wiederbesetzung einer zweiten Allgemein-/Praktischen Arztstelle für ein Einzugsgebiet von ca. 5000 Einwohnern.

#### **Thurnau, Lkr. Kulmbach:**

1 Allgemein-/Praktischer Arzt

Wiederbesetzung einer dritten Allgemein-/Praktischen Arztstelle für ein Einzugsgebiet von ca. 9000 Einwohnern.

#### **Neustadt bei Coburg:**

1 Augenarzt

Wiederbesetzung der verwaisten Augenarztstelle mit einem Einzugsgebiet von 20000 Einwohnern.

#### **Bischofsgrün, Lkr. Bayreuth:**

1 Allgemein-/Praktischer Arzt

#### **Erkersreuth, Lkr. Wunsiedel:**

1 Allgemein-/Praktischer Arzt

#### **Kronach:**

1 Allgemein-/Praktischer Arzt

#### **Töpen, Lkr. Hof:**

1 Allgemein-/Praktischer Arzt

#### **Waischenfeld, Lkr. Bayreuth:**

1 Allgemein-/Praktischer Arzt

#### **Warmensteinach, Lkr. Bayreuth:**

1 Allgemein-/Praktischer Arzt

#### **Weldhausen, Lkr. Coburg:**

1 Allgemein-/Praktischer Arzt

#### **Coburg:**

1 Augenarzt

#### **Marktrechwitz, Lkr. Wunsiedel:**

1 HNO-Arzt

Bewerbungen bitte an die Bezirksstelle Oberfranken der KVB, Bürgerreuther Straße 7 a - 9, 8580 Bayreuth, Telefon (09 21) 2 30 32.

### Mittelfranken

#### **Großhabersdorf, Lkr. Fürth:**

1 Allgemein-/Praktischer Arzt

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

1 Allgemein-/Praktischer Arzt

#### **Thaimäbing, Lkr. Roth:**

1 Allgemein-/Praktischer Arzt

#### **Vorra, Lkr. Nürnberger Land:**

1 Allgemein-/Praktischer Arzt

#### **Wittelshofen, Lkr. Ansbach:**

1 Allgemein-/Praktischer Arzt

#### **Neustadt a. d. Alsch, Lkr. Neustadt a. d. Alsch-Bad Windsheim:**

1 Nervenarzt, möglichst mit Psychotherapie

Bewerbungen bitte an die Bezirksstelle Mittelfranken der KVB, Vogelsgarten 6, 8500 Nürnberg, Telefon (09 11) 4 96 21 - 24.

### Unterfranken

#### **Alzenau, Lkr. Aschaffenburg:**

1 Allgemein-/Praktischer Arzt

#### **Aschaffenburg, Stadttell Lelder:**

1 Allgemein-/Praktischer Arzt

#### **Haibach, Lkr. Aschaffenburg:**

1 Allgemein-/Praktischer Arzt

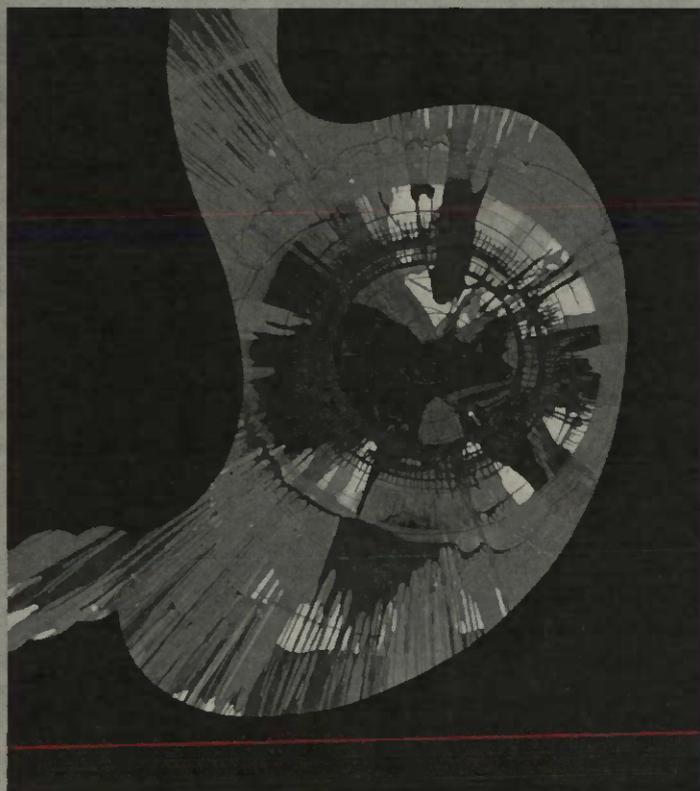
#### **Mömbriß, Lkr. Aschaffenburg:**

1 Allgemein-/Praktischer Arzt

#### **Oerlenbach, Lkr. Bad Kissingen:**

1 Allgemein-/Praktischer Arzt

# Bei entzündungs- und ulkusbedingten Schmerzzuständen im oberen und mittleren Verdauungstrakt:



## TEPILTA®

Schleimhaut-Anästhetikum u. Antacidum

### ORIGINELL UND VERLÄSSLICH

durch Oxetacain, das seinen anästhesie-  
renden Effekt selbst bei extremen Säure-  
verhältnissen behält

### LANGANHALTEND IN DER WIRKUNG

bei viermaliger Anwendung pro Tag sind  
viele Patienten volle 24 Stunden schmerz-  
frei

### OHNE REAKTIVEN SÄURESTOSS

die antacide Komponente in Tepilta, Alu-  
miniumhydroxid, ist dafür bekannt, daß  
sie im Magen keinen reaktiven Säurestoß  
auslöst

### BESTE VERTRÄGLICHKEIT

bei bestimmungsgemäßem Gebrauch  
treten keine Nebenwirkungen auf, Kontra-  
indikationen sind nicht bekannt.

#### Zusammensetzung:

5 ml Suspension enthalten: 10 mg Oxetacain,  
291 mg Aluminiumhydroxid, 98 mg Magnesium-  
hydroxid.

Eine Tablette enthält: 5 mg Oxetacain, 124,9 mg  
Aluminiumhydroxid, 83,8 mg Magnesiumcarbonat.

#### Dosierung:

4 mal täglich 1-2 Teelöffel Suspension oder 1-2  
Tabletten jeweils zwischen zwei Mahlzeiten und vor  
dem Schlafengehen.

#### Indikationen:

Schmerzhafte akute und chronische Gastritiden,  
Ulcus ventriculi et duodeni, Hyperazidität, Oeso-  
phagitis, Hiatushernie, Schwangerschaftssodbren-  
nen, Magenunverträglichkeit von Medikamenten,  
strahlentherapeutisch bedingte Schmerzzustände  
im oberen Verdauungstrakt. (Da die Tabletten erst  
nach Auflösung im Magen wirksam werden, gelten  
für sie nur die genannten Indikationen im Magen  
und Duodenum.)

#### Packungsgrößen und Preise:

OP mit 225 ml Suspension DM 7,64  
OP mit 50 Tabletten DM 5,68



**Wülfershausen/Saale, Lkr. Rhön-Grabfeld:**

1 Allgemein-/Praktischer Arzt

**Alzenau, Lkr. Aschaffenburg:**

1 Augenarzt

**Schweinfurt:**

2 Augenärzte

Bewerbungen bitte an die Bezirksstelle Unterfranken der KVB, Hofstraße 5, 8700 Würzburg, Telefon (09 31) 307-1.

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

1 Allgemein-/Praktischer Arzt

Besetzung einer zweiten Allgemein-/Praktischen Arztstelle für ein Einzugsgebiet von ca. 4500 Einwohnern.

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

1 Allgemein-/Praktischer Arzt

Besetzung der dritten Kassenarztstelle bei einem Einzugsgebiet von ca. 7000 Einwohnern.

**Waldthurn, Lkr. Neustadt/Waldnaab:**

1 Allgemein-/Praktischer Arzt

Nachfolgebesetzung; Einzugsgebiet rund 2500 Einwohner.

**Waldsassen, Lkr. Tirschenreuth:**

1 Allgemein-/Praktischer Arzt

Nachfolgebesetzung der vierten Kassenarztstelle für ein Einzugsgebiet von rund 9000 Einwohnern.

**Amberg:**

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

Besetzung einer dritten Nervenarztstelle in Amberg – zu versorgen sind mit dem Einzugsgebiet ca. 120 000 Einwohner.

**Welden:**

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

Besetzung einer dritten Nervenarztstelle in Welden. Zu versorgen sind mit dem Einzugsgebiet ca. 140 000 Einwohner.

**Obertraubling, Lkr. Regensburg:**

1 Allgemein-/Praktischer Arzt

**Stadt Schwandorf, Lkr. Schwandorf:**

1 Anästhesist

**Wörth/Donau, Lkr. Regensburg:**

1 Frauenarzt

**Stadt Schwandorf, Lkr. Schwandorf:**

1 Hautarzt

**Weiden:**

1 Hautarzt

**Stadt Sulzbach-Rosenberg, Lkr. Amberg-Sulzbach:**

1 Internist

**Stadt Schwandorf, Lkr. Schwandorf:**

1 Internist

Bewerbungen bitte an die Bezirksstelle Oberpfalz der KVB, Landshuter Straße 49, 8400 Regensburg, Telefon (09 41) 7 50 71.

**Niederbayern****Bogen, Lkr. Straubing-Bogen:**

1 Allgemein-/Praktischer Arzt

**Deggendorf-Stadt:**

1 Allgemein-/Praktischer Arzt

**Dietersburg, Lkr. Rottal-Inn:**

1 Allgemein-/Praktischer Arzt

**Gerzen, Lkr. Landshut:**

1 Allgemein-/Praktischer Arzt

**Haibach, Lkr. Straubing-Bogen:**

1 Allgemein-/Praktischer Arzt

**Hunderdorf, Lkr. Straubing-Bogen:**

1 Allgemein-/Praktischer Arzt

**Jandelsbrunn, Lkr. Freyung-Grafenau:**

1 Allgemein-/Praktischer Arzt

**Neuschönau, Lkr. Freyung-Grafenau:**

1 Allgemein-/Praktischer Arzt

**Ohu, Lkr. Landshut:**

1 Allgemein-/Praktischer Arzt

**Prienbach, Lkr. Rottal-Inn:**

1 Allgemein-/Praktischer Arzt

**Rain, Lkr. Straubing-Bogen:**

1 Allgemein-/Praktischer Arzt

**Schöllnach, Lkr. Deggendorf:**

1 Allgemein-/Praktischer Arzt

**Stallwang, Lkr. Straubing-Bogen:**

1 Allgemein-/Praktischer Arzt

**Telsnach, Lkr. Regen:**

1 Allgemein-/Praktischer Arzt

**Viechtach, Lkr. Regen:**

1 Allgemein-/Praktischer Arzt

**Regen:**

1 Augenarzt

**Deggendorf-Stadt:**

1 Hautarzt

**Passau:**

1 Hautarzt

**Regen:**

1 Hautarzt

Bewerbungen bitte an die Bezirksstelle Niederbayern der KVB, Lilienstraße 5–7, 8440 Straubing, Telefon (0 94 21) 70 53.

**Schwaben****Wertingen, Lkr. Dillingen:**

1 Allgemein-/Praktischer Arzt

Wiederbesetzung der verwaisten fünften Allgemein-/Praktischen Arztstelle für ein Einzugsgebiet von ca. 10 000 Einwohnern.

Bewerbungen bitte an die Bezirksstelle Schwaben der KVB, Frohsinnstraße 2, 8900 Augsburg, Telefon (08 21) 31 30 31

## Kritik am Medizinstudium

Sachverständigen-Hearing im Deutschen Bundestag zur praktischen Medizinerbildung

von Peter Mandt

Die Probleme der Medizinerbildung, insbesondere unter dem Gesichtspunkt der Schwierigkeiten bei der Durchführung des als praktischen Jahres ausgewiesenen letzten Teils des Studiums auf der Basis eines von der CDU/CSU-Fraktion eingebrachten Antrages, erörterte der Bundestagsausschuß für Jugend, Familie und Gesundheit mit Vertretern der Hochschulen, von ärztlichen Verbänden und der Medizinstudenten in einem nicht öffentlichen Hearing. Dabei standen Fragen der Ausbildungsqualität, der zu erwartenden Ausbildungskapazitäten an akademischen Lehrkrankenhäusern sowie die soziale Absicherung der Studenten einschließlich ihres Versicherungsschutzes im Vordergrund.

Übereinstimmend kritisierten die Sachverständigen, daß das gegenwärtige Medizinstudium eine Reihe von Mängeln enthalte. Sachverständige aus dem klinischen und dem Hochschulbereich betonten, daß die sechsjährige Ausbildung zum Arzt nicht ausreiche, den approbierten Arzt voll verantwortlich und uneingeschränkt tätig werden zu lassen. Sie gaben mit dem Hinweis, daß bei

steigender Nachfrage nach Weiterbildungsplätzen die Situation eintreten könne, daß approbierte Ärzte ohne Weiterbildung sich aufgrund der geltenden Ausbildungsordnung niederlassen könnten, zu bedenken, daß damit eine Gefährdung der ärztlichen Versorgung der Bevölkerung heraufbeschworen werde. Darüber hinaus stehe die Bundesrepublik Deutschland mit ihrer Ausbildungsregelung in der Europäischen Gemeinschaft allein da. Es sei möglich, daß approbierte deutsche Ärzte im Ausland ohne weitere praktische Ausbildung nicht akzeptiert würden.

### Defizite an Ausbildungsplätzen in Krankenhäusern

Die Ausbildungsplatzkapazitäten wurden mit Ausnahme der Medizinstudenten übereinstimmend als zur Zeit ausreichend angesehen. Darüber hinaus stünde eine Ausbildungsplatzreserve bereit, so daß mit rund 8000 Ausbildungsplätzen gerechnet werden könne. Dagegen machten die Medizinstudenten geltend, die Schlüsselzahlen seien zu ungünstig, so daß die Studenten

nicht genügend gefördert werden könnten. Andererseits wurde betont, daß insbesondere ab 1983 ein Defizit an Ausbildungsplätzen in Krankenhäusern zu erwarten sein werde, wenn nicht Gegenmaßnahmen ergriffen würden. Vor allem die Ärzteverbände schlugen vor, auch die niedergelassenen Ärzte in die Ausbildung mit einzubeziehen, vor allem aber dazu beizutragen, daß sich mehr Krankenhäuser als bisher dafür zur Verfügung stellten. Manches Krankenhaus „mauere“. Abgelehnt wurde die Anregung, Ambulatorien zur Ausbildung heranzuziehen; der Vorschlag, die Ausbildung in Polikliniken durchzuführen, fand auch wenig Anklang.

### Vorlesungen statt Prektike

Übereinstimmend beklagten die Sachverständigen Mängel bei der praktischen Ausbildung der Studenten in den ersten beiden Studienabschnitten. Oft würden Praktika als Vorlesungen durchgeführt. Die mangelhafte praktische Ausbildung wirke sich auf die Tätigkeit im praktischen Jahr negativ aus. Vor allem die Hochschullehrer betonten, daß die Studenten über ein hohes Maß an theoretischem Wissen verfügten, ihre praktischen Leistungen jedoch nicht ausreichten. Nach Meinung aller Sachverständigen sollten die Prüfungsordnungen dahingehend geändert werden, daß der praktische Teil der Ausbildung stärker betont wird und die schriftlichen Prüfungen in den zweiten Teil der Ausbildung verlegt werden. Gefordert wurde u. a. auch eine eingehende mündliche Prüfung, in der das praktische Wissen erkundet werden könne. Die



## SEKRETOLYTIKUM bei SINUSITIDEN und SINOBRONCHITIDEN

# Sinupret®

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

enthält: Rad. Gentian. 0,006 g, Flor. Primul. 0,018 g, Herb. Rumic. 0,018 g, Flor. Sambuc. 0,018 g, Herb. Verben. 0,018 g, Vitamin C 0,010 g. • **Dosierung:** 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 Dragées DM 8,55, OP mit 240 Dragées DM 25,95; Großpackungen mit 500 ml, 1000 ml und 1000 Dragées.

BIONORICA KG · APOTHEKER POPP · NÜRNBERG



Sachverständigen setzten sich auch für eine Abstimmung der Ausbildungsordnungen ein. Sie wandten sich jedoch gegen einheitliche Ausbildungsordnungen für alle Universitäten. Den Universitäten sollte wie früher wieder das Recht eingeräumt werden, mit Ausbildungssystemen zu experimentieren.

### Zur Rechtssituation der Studenten

Die Sachverständigen waren auch der Meinung, daß die rechtliche Situation der Studenten im praktischen Jahr überprüft werden müsse. Nach der geltenden Rechtsordnung dürften Studenten Patienten nicht behandeln, da das unter Umständen Körperverletzung darstelle. Da aber in der Medizin Wissen und Erfahrung eng miteinander verknüpft seien, müsse auch dem Studenten die Möglichkeit gegeben werden, selbständig – jedoch unter der Verantwortung eines Arztes – zu behandeln.

In diesem Zusammenhang wurde gefordert, die praktische Ausbildungszeit der Studenten zu verlängern. Die Medizinstudenten wandten sich gegen Überlegungen, die Medizinalassistentenzeit wieder einzuführen. Auch eine Teilapprobation lehnten sie ab.

### Praktikantenstatus und soziale Sicherheit der Studenten

Zur sozialen Absicherung der Studenten während des praktischen Jahres setzten sie sich für einen vergüteten Praktikantenstatus ein. Die Deutsche Krankenhausgesellschaft befürchtete dadurch eine nachlassende Bereitschaft der Krankenhäuser, Medizinstudenten auszubilden. Hochschullehrer wiesen ergänzend darauf hin, daß der Studentenstatus den Medizinstudenten jederzeit Ausbildungsplätze garantiere. Das sei bei einer arbeitsrechtlichen Lösung nicht möglich.

Vertreter der Ärzte hoben hervor, daß die übereinstimmend festgestellte höhere Belastung der Studenten im praktischen Jahr durch die Studienfinanzierung aufgefangen werden sollte. Von Gewerkschaftsseite, aber auch von Studenten und Ärzten wurde eine Kombination von Studentenstatus und Praktikantenstatus befürwortet.

### Sachgerechte Regelung des Versicherungsschutzes

Angesprochen wurde auch der Versicherungsschutz der Studenten, wobei die Meinungen zwischen Studenten und den anderen Sachverständigen auseinandergingen. Überwiegend wurde jedoch festgestellt, daß

der Versicherungsschutz in Haftpflichtfällen sowohl für Studenten als auch für ausbildende Ärzte sachgerecht geregelt sei.

Anschrift des Verfassers:

Peter Mandt, Winston-Churchill-Straße 1, 5300 Bonn 1

---

## Amtliches

---

### Besetzung der Berufsgerichte und des Landesberufsgerichtes für die Heilberufe

Das Bayerische Staatsministerium der Justiz hat gemäß dem Kammergesetz für die Heilberufe in der Fassung des Änderungsgesetzes vom 24. November 1977 die ehrenamtlichen Richter der Berufsgerichte und des Landesberufsgerichtes für die Heilberufe, deren Amtszeit abgelaufen ist, auf die Dauer von fünf Jahren neu ernannt. Die nachstehende Aufstellung der ehrenamtlichen Richter enthält auch jene Kollegen, deren Amtszeit noch nicht abgelaufen ist.

#### Berufsgericht für die Heilberufe beim Oberlandesgericht München

Dr. Gerhard Baum, Wolfratshausen  
Dr. Heinrich von Busch, Deggendorf  
Dr. Lothar Kramm, Kaufbeuren  
Privatdozent Dr. Rüdiger Reichert, Augsburg  
Dr. Friedrich Stoiber, München (bis 1979 noch im Amt)  
Dr. Wolf Stromeyer, München

#### Berufsgericht für die Heilberufe beim Oberlandesgericht Nürnberg

Dr. Albert Frieser, Teublitz/Opf.  
Medizinaldirektor Dr. Hanns-Günther Koslowsky, Ansbach

Dr. Martin Kressmann, Nürnberg

Dr. Heinrich Lindenberger, Regensburg

Dr. Karl Stöhr, Bad Kissingen (bis 1981 noch im Amt)

Dr. Herbert Vieth, Bayreuth (bis Oktober 1978 noch im Amt)

#### Landesberufsgericht für die Heilberufe beim Bayerischen Obersten Landesgericht

Dr. Helga Curschmann, München (bis Oktober 1978 noch im Amt)

Dr. Rudolf Hartlöhner, Fürth

Dr. Karl Hiendlmayer, Straubing

Dr. Wilhelm Hillenbrand, Augsburg (bis November 1978 noch im Amt)

Dr. Eduard Koschade, Dachau (bis 1981 noch im Amt)

Dr. Ludwig Leissing, Tröstau

Dr. Ewald Lenz, Würzburg

Dr. Jörg Schmutterer, München (bis 1981 noch im Amt)

Dr. Siegfried Schuck, Bernhardswald/Opf.

(Fortsetzung Seite 574)

NEU:

# RÖTELN- IMPFSTOFF WELLCOME

**Indikationen:**  
zur aktiven Immunisierung  
gegen Roteln, zur Ver-  
hinderung der Roteln-  
embryopathie.

**Zusammensetzung:**  
Abgeschwächter, gefrier-  
getrockneter Röteln-  
Lebendimpfstoff aus dem  
Virusstamm Wistar RA 27/3.  
Das Virus wird aus Ge-  
webekulturen mensch-  
licher Zellen gewonnen.  
Eine Dosis (0,5 ml) des ge-  
lösten Impfstoffes enthält  
mindestens 1000 GKID50.  
Der Impfstoff enthält ge-  
ringe Mengen Neomycin  
und Polymyxin.

**Nebenwirkungen:**  
Selten regionale Lymph-  
knotenschwellungen,  
Exantheme, Gelenk-  
schmerzen und Unwohlsein.

**Kontraindikationen:**  
Schwangerschaft, Allergie  
gegen Neomycin und  
Polymyxin, gestörte  
Immunreaktionsfähigkeit.

**Vorsichtsmaßnahmen:**  
Frauen im gebärfähigen  
Alter müssen nach der  
Impfung 3 Monate lang für  
strikte Kontrazeption  
sorgen (s. auch Packungs-  
beilage).

**Dosierung:**  
Eine Einzeldosis wird sub-  
kutan verabreicht und ge-  
nügt für eine vollständige  
Immunisierung.

**Handelsform:**  
Packung enthält Trocken-  
substanz und Lösungs-  
mittel (aq. pro inject.) in  
Durchstechflaschen und  
eine sterile Einmalspritze.  
Preis: DM 23,65.



**Wellcome**

Deutsche Wellcome GmbH  
3006 Burgwedel 1

STAMM WISTAR RA 27/3

- HOHE TITER
- GERINGE ALLERGIERATE

HILFT  
EMBRYOPATHIEN VERHINDERN

PRÄTIKUM  
DES INFERTIONS- UND  
IMPFSCHÜTZES

Wellcome-impfstoff

Zur subkutanen Injektion  
mit Einmalspritze



Handwritten notes on a form, including the name "Roth" and the date "1.11.80".

### Ambulante Krankenpflege in der Statistik

Im Netz der sozialen Dienste in Bayern stellen die Krankenpflegestationen nach Ansicht von Sozialminister Dr. Fritz Pirkel die „größte und stärkste Säule“ dar. Insgesamt gibt es, so wurde im Juni 1976 bei einer jetzt ausgewerteten und veröffentlichten Erhebung des Ministeriums ermittelt, insgesamt 1620 ambulante Pflegeeinrichtungen, von denen 1052 Krankenpflegestationen sind. Hinzu kommen 57 Sozialstationen, 123 Haus- und Familienpflegestationen, 174 Dorfhelferinnenstationen, 5 Altenbetreuungscentren sowie 209 Nachbarschaftshilfen und Bürgerinitiativen, die sich zumindest teilweise mit Krankenpflege befassen.

Die Bedeutung der ambulanten Krankenpflege (Pirkel: „Die bedeutendste Aufgabe der sozialpflegerischen Dienste . . .“) wird in der Schrift des Sozialministeriums vor dem Hintergrund einer hohen Inanspruchnahme durch die Bevölkerung bei gleichzeitigem Sinken der Zahl der Krankenpflegestationen gesehen; entscheidend ist aber, daß sie als eine „kostengünstige Alternative zur stationären Betreuung“ angesehen wird und angesichts der Kostenexpansion im Gesundheitswesen zu prüfen sei.

Als ein auf die Versorgung breiter Bevölkerungsschichten angelegter sozialer Dienst habe sich die ambulante Krankenpflege, auch Gemeindefrankenpflege genannt, seit Jahrzehnten bewährt: „In leichteren Fällen leistet sie die notwendige pflegerische Versorgung. Bei schweren und langdauernden Erkrankungen kann sie die ärztliche Behandlung wesentlich, vor allem pflegerisch, unterstützen. Dadurch kann sie Krankenhäuser entlasten. Nach Krankenhausaufenthalt mit intensiver Akutbehandlung können die ambulanten Krankenpflegedienste die pflegerische Nachsorge bis zur völligen Gesundung der Patienten übernehmen“, heißt es in der Schrift.

Freilich hat sich die Zahl der Krankenpflegestationen rückläufig entwickelt. Von 1959 bis 1976 hat sich

ihre Zahl um 513, das sind rund 33 Prozent, verringert. Als einer der Gründe für diese Entwicklung wird der fehlende Nachwuchs in den Ordens- und Diakonissenhäusern genannt. Keimzellen für die Gemeindefrankenpflege waren ja bereits in der ersten Hälfte des vorigen Jahrhunderts die Kirchen und die verschiedenen Orden, die sich der Pflege kranker Mitbürger widmeten. Dieses traditionelle Engagement besteht heute noch: Neben den Verbänden der freien Wohlfahrtspflege betreiben die Kirchen und ihre Sozialwerke, insbesondere Caritas und Diakonie, über 90 Prozent der ambulanten Krankenstationen. Sie pflegten von den fast 46 000 von allen sozialen Diensten in einem Monat betreuten Personen über 80 Prozent.

In den 1052 Krankenpflegestationen in Bayern sind von 1755 Beschäftigten 1250 Vollzeitkräfte. Zusammen mit den übrigen Mitarbeitern ergibt das durchschnittlich 2,3 Personen je Station. 94 Prozent des Personals besitzt eine spezielle Ausbildung: 78 Prozent sind Krankenschwestern, vier Prozent Altenpflegerinnen und acht Prozent Kranken- oder Altenpflegehelferinnen. In der ambulanten Krankenpflege wurden im Erhebungsmonat etwa 366 000 Einsatzstunden geleistet, davon 70 Prozent durch die ambulanten Krankenpflegestationen. Knapp ein Drittel der hilfesuchenden Personen wurden in der Station, nicht ganz zwei Drittel bei stundenweisen Hausbesuchen, die übrigen bei Tag- oder Nacht- bzw. bei Tag- und Nachtpflege betreut. Regional unterschiedlich ist die Versorgungsdichte: In ganz Bayern kommen auf 10 266 Bewohner eine Krankenpflegestation und auf einen darin Beschäftigten 6154 Personen. Dagegen entfallen beispielsweise in Niederbayern 17 668 Einwohner auf eine Station oder 10 068 Personen auf einen Beschäftigten. In Unterfranken sind es demgegenüber nur 5573 bzw. 4156 Personen.

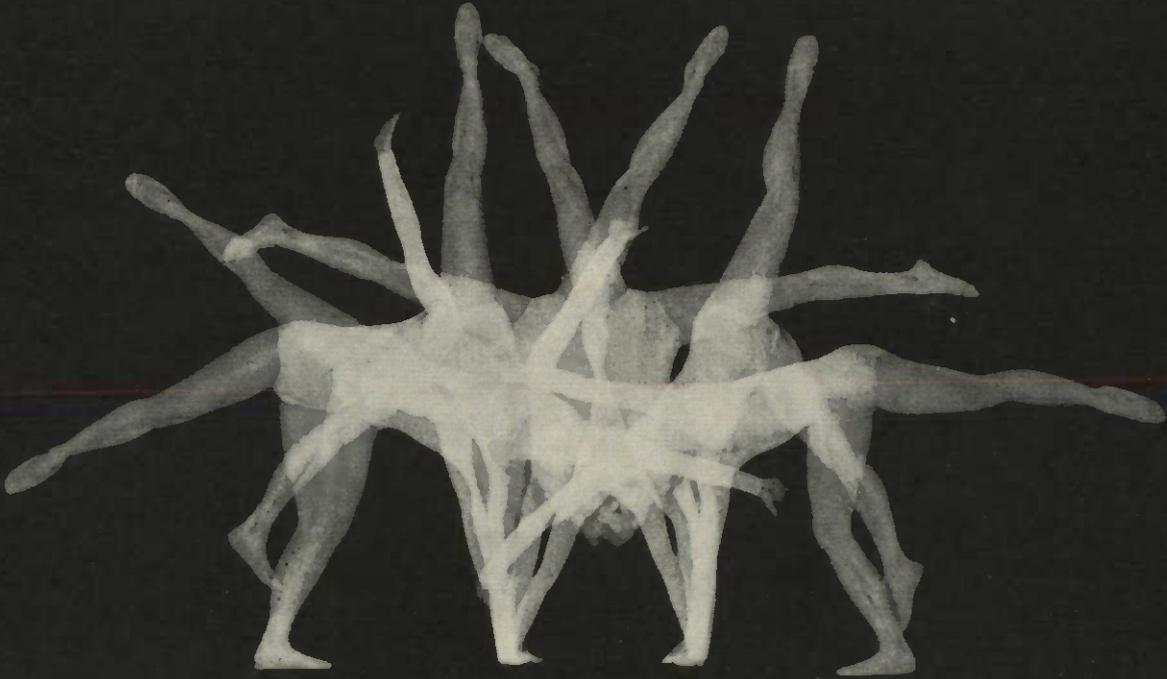
Das Sozialministerium bezeichnet die ambulante Krankenpflege als

einen „Dienst mit Zukunft“, auf den der Nachwuchs in den Krankenpflegeberufen rechtzeitig hingewiesen werden müsse. Dieser Dienst sei bürgernah, unbürokratisch und stelle eine personelle Hilfe dar, die auch bei der modernen medizinisch-technischen Entwicklung in den stationären Einrichtungen ihren besonderen Wert behalte. In diesem Zusammenhang wird darauf verwiesen, daß 31 985 in der Krankenpflege Betreute, das sind über 70 Prozent, über 60 Jahre alt waren: „Es kann davon ausgegangen werden, daß ein großer Teil aller Betreuten in Krankenhäuser oder Heime hätte aufgenommen werden müssen, wenn die ambulanten Dienste nicht zur Verfügung stünden.“

Die ambulante Krankenpflege sei aufgrund vieler Ursachen kostengünstig, heißt es weiter. Zwar werden in dem Bericht noch keine Aussagen über den Bedarf an Krankenpflegestationen gemacht, um vorhandene Versorgungslücken zu schließen. Daß man aber auf der Suche auch nach neuen Organisationsformen ist, zeigt das sogenannte „Nürnberger Modell“, ein Forschungsbericht über „ambulante Krankenpflege im Verbund“, den das Sozialressort beim Caritas-Verband Nürnberg in Auftrag gegeben hatte. Als neue Organisationsform wird für die katholischen Kirchengemeinden der Norisstadt ein Verbundsystem ambulanter sozialpflegerischer Dienste vorgeschlagen. Es solle mit anderen Hilfen, wie Haus- und Familienpflege, Erholungsmaßnahmen, offene Altenarbeit usw., sinnvoll koordiniert werden. Auf dieser Basis könnten dann folgende Aufgaben optimal gelöst werden: Fortbildung, Ausgleich bei schwankendem Arbeitsanfall, Ausleihe von Geräten, Beratung und Hilfe bei der Abrechnung, Kontakte zu Heimen, Zusammenarbeit mit anderen Trägern und Organisationen und Öffentlichkeitsarbeit. Unerläßlich sei es, dafür zwei bis drei Pflegekräfte und eine Bürokräft einzustellen. Für Minister Pirkel hat diese Studie gezeigt, „daß man trotz allem technischen Einsatz und hervorragender ärztlicher Spezialisten in den Krankenhäusern nicht auf die ambulante Krankenpflege verzichten kann, ja, daß man landesweit neue Konzeptionen suchen und so die ambulante Krankenpflege neu beleben muß“.

Michael Gscheidle

Leichte Beine durch ...



## Venoplant<sup>®</sup> retard

- hoher Aescin-Anteil
- gute Magenverträglichkeit
- ausgefeiltes Retard-Prinzip

**Orale Therapie bei chronisch-venöser Insuffizienz (primäre und sekundäre Varicosis), Phlebitis, Thrombophlebitis.**

Zusammensetzung: 1 Dragee enthält: Extr. Sem. Aesculi hippocastani spir. sicc. 100 mg (standardisiert auf 50 mg Aescin), Extr. Fruct. Cardui mariani sicc. c. Aceton parat. 15 mg (standardisiert auf einen Gehalt von 7,5 mg Silymarin).

Handelsformen/Preise: OP 20 Dragees DM 10,71  
OP 50 Dragees DM 22,03



Dr. Willmar Schwabe  
Arzneimittel · Karlsruhe

## Venoplant<sup>®</sup> Gel

**40.000**  
E. Heparin in 100 g

- hochdosierte Heparin-Aescin-Kombination mit einem Salicylsäureester
- rückfettende Grundlage

**Perkutane Therapie bei venösem Beschwerdekomples, Phlebitis, Thrombophlebitis, Unfalltraumen, Sportverletzungen.**

Zusammensetzung: 100 g enth.: Aescin 1 g, Heparin-Natrium aus Dammucosa 40 000 E. n. USP XIX, Aethylenglykolmonosalicylsäureester (Erg. B. 6) 2 g, Gelgrundlage ad 100 g.

Besonderer Hinweis: Nicht auf Schleimhäute oder offene Wunden bringen.

Unverträglichkeiten und Risiken: Wegen des Gehaltes an Salicylsäure darf bei Schwangeren und bei Patienten mit Nierenfunktionsstörungen eine Langzeitbehandlung und Anwendung auf großen Flächen nicht erfolgen.

Handelsformen/Preise: OP 40 g DM 8,75  
OP 100 g DM 18,35

## Mitteilung für Weiterbildungermächtigte

Nach § 1 Nr. 16 – Art. 17 h Abs. 1 (künftig Art. 25 Abs. 1) des Kemmergesetzes (veröffentlicht in der Sondernummer des „Bayerischen Ärzteblattes“ vom Dezember 1977, Seite 10) wird die Weiterbildung von Ärzten in Gebieten und Teilgebieten unter verantwortlicher Leitung ermächtigter Ärzte in Einrichtungen der Hochschulen, in zugelassenen Krankenhausabteilungen oder in zugelassenen Instituten oder vergleichbaren Einrichtungen (Weiterbildungsstätten) durchgeführt. Mit dem Inkrafttreten des Änderungsgesetzes zum Kammergesetz am 1. Januar 1978 und in Verbindung mit der zum gleichen Zeitpunkt in Kraft gesetzten Weiterbildungsordnung ist also nicht mehr wie bisher nur eine Ermächtigung des Weiterbilders, sondern auch eine förmliche Zulassung der Weiterbildungsstätte notwendig. Von dieser *Zulassung* als Weiterbildungsstätte sind nur die Einrichtungen der Hochschulen ausgenommen.

Über die *Zulassung der Krankenhausabteilungen* und über den Widerruf entscheidet das Staatsministerium des Innern nach Anhörung der Bayerischen Landesärztekammer und im Einvernehmen mit dem Staatsministerium für Arbeit und Sozialordnung. Die *Zulassung der übrigen Weiterbildungsstätten* (Institute und freie Praxen) und deren Widerruf obliegt der Bayerischen Landesärztekammer.

Über die *Ermächtigung des Arztes* als Weiterbilder entscheidet allein die Bayerische Landesärztekammer.

Gemäß Schreiben des Bayerischen Staatsministeriums des Innern vom 2. Februar 1978 (I E 9/5010/10) gelten alle Krankenhausabteilungen (Krankenhäuser) bis zum 31. Dezember 1978 in dem Umfang als zugelassen, in dem bei ihnen tätige Ärzte zur Weiterbildung bisher durch die Bayerische Landesärztekammer ermächtigt sind. Die Krankenhausträger werden im Bezugsschreiben gleichzeitig aufgefordert, bis *spätestens 31. Dezember 1978* die Zulassung beim Staatsministerium des Innern zu beantragen. Über den Antrag auf Zulassung als Weiterbildungsstätte kann – wie das Staatsministerium des Innern ausdrücklich betont – jedoch erst dann entschieden werden, wenn ein entscheidungsreifer Antrag auf Ermächtigung zur Weiterbildung eines oder mehrerer dort tätiger Ärzte bei der Bayerischen Landesärztekammer vorliegt.

Die Bayerische Landesärztekammer muß deshalb *alle bisher weiterbildungsermächtigten Kolleginnen und Kollegen in Bayern* bitten, bis *spätestens 1. Oktober 1978* einen vollständig ausgefüllten Erhebungsbogen an die Bayerische Landesärztekammer zu senden. Im Laufe des Monats Juni werden allen Betroffenen entsprechende Formulare zugesandt. Es liegt im Interesse der betreffenden

Kollegen und ihrer Häuser, sich dieser zusätzlichen Arbeit zu unterziehen, damit zum Jahresende die bisherige Ermächtigung nicht erlischt und den in Weiterbildung stehenden Ärzten daraus ein erheblicher Nachteil in ihrer Weiterbildung widerfährt. Der Vollständigkeit halber sei betont, daß diese Ermächtigung auch die Kolleginnen und Kollegen an den Universitäten und -instituten beantragen müssen (§ 1 Nr. 16 – Art. 17h Abs. 1, künftig Art. 25 Abs. 1 KeG); diese Kliniken sind als „Einrichtungen der Hochschulen“ kraft Gesetzes als Weiterbildungsstätten zugelassen.

Die Ermächtigung niedergelassener Kollegen erfolgt entsprechend ausschließlich durch die Bayerische Landesärztekammer; dies gilt auch für Kollegen, die als Leiter von Instituten eine Weiterbildungsermächtigung für das betreffende Gebiet, Teilgebiet oder den Bereich anstreben.

Soweit Ärzte selbst im Jahre 1977 einen entsprechenden Erstantrag oder Verlängerungsantrag bei der Bayerischen Landesärztekammer gestellt haben und die hierfür notwendigen Unterlagen (z. B. Operationsverzeichnis, Krankheitsstatistik usw.) mindestens den Zeitraum des Jahres 1976 abdecken, entfällt für diese die Pflicht, den Erhebungsbogen einzureichen.

# VERTRAUENS BASIS.

In Zusammenarbeit mit Ihrer Ärztekammer haben wir einen Gruppenversicherungsvertrag erarbeitet, der dem individuellen Versorgungsbedürfnis des Arztes Rechnung trägt. Sicherheit auf Vertrauensbasis.

Als führende Krankenversicherung des Ärztestandes bieten wir Ihnen:

- Einkommenssicherung bis zu 500,- DM Krankentagegeld ohne zeitliche Begrenzung.
- Krankhaustagegeld bis zu 200,- DM.
- Krankheitskostenversicherung ohne oder mit Selbstbeteiligung.
- Individuelle Gestaltung des Versicherungsschutzes durch zahlreiche Varianten – auch für Familienangehörige.

### Berufsgerichtliche Maßnahme nach strafgerichtlicher Verurteilung

Urteil des Landesberufsgerichts für die Heilberufe bei dem Bayerischen Obersten Landesgericht vom 1. Februar 1978, Az: LBG - Ä - 2/77 (rechtskräftig)

Unmittelbar nach Inkrafttreten des neuen Kammergesetzes (in der Fassung des Änderungsgesetzes vom 24. November 1977, BayGVBl. 77, S. 657) mußte sich das Landesberufsgericht mit der Frage befassen, wie in den Fällen durch das Berufsgericht zu verfahren ist, wo gegen einen Arzt bereits wegen desselben Verhaltens eine strafgerichtliche Verurteilung oder dergleichen ausgesprochen worden ist. Diese Frage ist im neuen Kammergesetz (Art. 38 Abs. 3 in der Fassung des § 1 Nr. 3 des zitierten Änderungsgesetzes; künftig Art. 56 Abs. 3 KaG) wie folgt beantwortet:

„Hat ein Gericht oder eine Behörde wegen desselben Verhaltens bereits eine Strafe, Geldbuße, Disziplinarmaßnahme oder ein Ordnungsmittel verhängt, so ist von einer Maßnahme nach Absatz 1 Nm. 1 und 2 abzusehen, es sei denn, daß diese Maßnahme zusätzlich erforderlich ist, um das Mitglied zur Erfüllung seiner Berufspflichten anzuhalten und das Ansehen des Berufsstandes zu wahren.“

In einem konkreten Fall hat diese Bestimmung dazu geführt, daß gegen einen bereits strafgerichtlich erheblich vorbestraften Arzt von berufsgerichtlichen Maßnahmen abgesehen wurde. In diesem Fall war der Arzt rechtskräftig wegen eines Vergehens einer sexuellen Nötigung einer Patientin zur Freiheitsstrafe von zehn Monaten, deren Vollstreckung gegen Geldbußen von insgesamt DM 40 000,— auf vier Jahre zur Bewährung ausgesetzt wurde, verurteilt worden.

#### Aus den Gründen:

„...“

#### IV.

Durch die sexuelle Nötigung der 17-jährigen Patientin Sch. in seinen Praxisräumen hat der Beschuldigte gegen seine Berufspflichten als Arzt verstoßen. § 1 Abs. 3 der zur Tatzeit geltenden Fassung der Berufsordnung für Ärzte Bayerns (BO) bestimmte, daß der Arzt verpflichtet ist, seinen Beruf gewissenhaft auszuüben und sich bei seinem Verhalten innerhalb und außerhalb seines Berufs der Achtung und des Vertrauens

würdig zu zeigen, die der ärztliche Beruf erfordert. In der nunmehrigen Fassung (BayÄBl. Sondernummer Dezember 1977, S. 22) sieht § 1 Abs. 3 BO vor, daß der Arzt verpflichtet ist, seinen Beruf gewissenhaft auszuüben und dem ihm im Zusammenhang mit dem Beruf entgegengebrachten Vertrauen zu entsprechen. Ändert sich in der Zeit zwischen der Tat und ihrer berufsgerichtlichen Aburteilung die zugrunde liegende Bestimmung der Berufsordnung, so kann eine berufsgerichtliche Ahndung nur erfolgen, wenn sich das in Rede stehende Verhalten des Beschuldigten sowohl nach der zur Tatzeit als auch nach der zur Zeit der Aburteilung geltenden Fassung der BO als Berufsvergehen qualifiziert; das folgt aus Art. 103 Abs. 2 GG (vgl. Maunz / Dürig / Herzog, GG, RdNr. 101 zu Art. 103). Beide in Betracht kommende Fassungen der BO müssen auch dem Bestimmtheitsgebot im Sinne des Art. 103 Abs. 2 GG genügen (BVerfG, NJW 1978, S. 101).

Im vorliegenden Fall sind diese Voraussetzungen gegeben. Ein Arzt, der gegen eine Patientin in seiner Praxis zu sexuellen Zwecken Gewalt anwendet, mißachtet in grober Weise das seinem Beruf in der Öffentlichkeit entgegengebrachte Vertrauen und erweist sich dieses Vertrauens als unwürdig. Das konnte weder nach der früheren Fassung der BO noch kann es nach deren neuer Fassung zweifelhaft sein.

#### V.

Ungeachtet des festgestellten Berufsverstoßes des Beschuldigten hat das Landesberufsgericht von der Verhängung berufsgerichtlicher Maß-

# Vereinigte

Krankenversicherung AG

Salus Krankenhauskosten-Versicherungs-AG

**DIE SICHERHEIT DES ARZTES**  
individuell · zuverlässig · preisgünstig

Vertragsgesellschaften Ihrer  
Arztekammer und  
des Marburger Bundes

## COUPON

Ich interessiere mich  
für die Teilnahme am  
Gruppenversicherungs-  
vertrag

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

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

Vereinigte Krankenversicherung AG, General-  
direktion, Leopoldstraße 24, 8000 München 40

Ich bin bereits versichert bei: Vereinigte  Salus  anderw.

KX3A

nahmen gegen ihn ebegesehen. Nach Art. 56 Abs. 3 KaG in der eb 1. Januar 1978 geltenden Fassung ist nach Verhängung einer Strafe, Geldbuße, Disziplinarmaßnahme oder eines Ordnungsmittels durch ein Gericht oder eine Behörde von einer berufsgerichtlichen Maßnahme abzusehen, es sei denn, daß eine solcha Maßnahme zusätzlich erforderlich ist, um das Mitglied zur Erfüllung seiner Berufspflichten anzuhalten und das Ansehen des Berufsstandes zu wahren. Eine derartige Regelung enthielt das Kammergesetz in seiner früheren Fassung nicht. De die neue Bestimmung im konkreten Fall die Möglichkeit eröffnet, das Verhalten des Beschuldigten ohne berufsgerichtliche Folgen zu lassen, ist sie als das mildere Gesetz enzuwenden (§ 2 Abs. 3 StGB in entsprechender Anwendung; vgl. Dreher, StGB, 37. Aufl., RdNr. 10 zu § 2).

Es kann an sich dahinstehen (doch ist es nicht zweifelhaft), ob die Verhängung berufsgerichtlicher Maßnahmen gegen den Beschuldigten zur Wahrung des Ansehens des ärztlichen Berufsstandes notwendig ist. Denn beide in Art. 56 Abs. 3, 2. Halbsatz aufgeführten Erfordernisse müssen gegeben sein, wenn trotz einer gegen den Beschuldigten bereits verhängten Strafe, Geldbuße usw. zusätzliche berufsgerichtliche Maßnahmen ausgesprochen werden sollen. Hierin aber fehlt es hier. Das Landesberufsgericht ist der Auffassung, daß dia in dem Strafverfahren gegen den Beschuldigten verhängte zehnmonatige Freiheitsstrafe in Verbindung mit den insgesamt DM 40000 betragenden Geldbußen, von denen der Beschuldigte bereits DM 34000 bezahlt hat, ihm sein berufswidriges Verhalten so nachdrücklich vor Augen geführt haben, daß er auch ohne berufsgerichtliche Maßnahmen die Gebote von Sitte und Anstand gegenüber weiblichen Patienten in seiner Praxis künftig beachten wird.

Diese Annahme erscheint um so mehr gerechtfertigt, als der Beschuldigte in Zusammenhang mit seiner Tat eine Reihe weiterer schwerwiegender Nachteile erlitten hat bzw. sich solchen noch gegenüber sieht. Es ist ihm untersegt worden, Auszubildende für den Beruf der Arzthelferin einzustellen und auszubilden. Gegen ihn ist ein Verfahren wegen Entzugs der Kassenzulassung, vor allem aber auch ein Verfahren wegen Entzugs der ärztlichen Approba-

tion enhängig; in diesen beiden Verfahren stehen die gerichtlichen Entscheidungen noch aus. Sollte der Beschuldigte im letzteren Verfahren keinen Erfolg haben, müßte sich des für ihn existenzvernichtend auswirken.

Letzten Endes darf nicht unberücksichtigt bleiben, daß seit dem immer-

hin schon mehr als 4<sup>1</sup>/<sub>2</sub> Jahre zurückliegenden Vorfall vom 4. Juli 1973 Nachteiliges über den Beschuldigten nicht bekanntgeworden ist, so daß zu seinen Gunsten davon ausgegangen werden muß, daß er sich seither gegenüber Patientinnen einwandfrei verhalten hat.

Poellinger, München

## Äskulap und Pegasus

Confrère Dr. med. habil. Edo v. Wicht, Sonnwendstraße 38; 8033 Krailling, wurde am 27. Februar 1909 in Buenos Aires als Sohn eines deutschen Beamten geboren. Schon im ersten Lebensjahr kehrten die Eltern mit ihm nach Holstein zurück.

Hier, nördlich von Hamburg, verlebte er seine Kindheit. Ab 1918 besuchte er die Vorschule und nach Übersiedlung in Berlin das humanistische Gymnasium. Nach dem Abitur studierte er Medizin in Berlin und promovierte zum Dr. med. an der Klinik Professor Dr. Gustav v. Bergmann, Charité, mit einem experimentellen Thema aus der Bakteriologie. War dann Nachwuchsassistent der Klinik und hebillierte sich anschließend in Halle für das Fach der inneren Medizin über das Problem der Kreislauffunktion.

Vom 26. August 1939 bis zum Kriegsende war er Soldat, Frontdienst bzw. Dienst in vorgeschobenen Lazaretten in Frankreich und in Rußland in verantwortungsvollen Stellungen. Von 1942 bis 1945 war er Leiter großer Lazarette in Prag. Dort erfolgte auch seine Internierung. Später wurde er mit einem Lazarettzug in dia damalige Ostzone, die heutige DDR, verlegt und wurde ärztlicher Direktor des Krankenhauses Aschersleben von 1948 bis 1952. Ab 1952 baute er die Rehabilitationsklinik einer Landesversicherungsanstalt in Bad Münster am Stein auf. Nach Erreichen der Altersgrenze im Juni 1975 nahm er seinen Wohnsitz bei München.

Frühe Reisen nach Nidden auf der kurischen Nehrung, nach Ostpreußen, nach Hiddensee, prägten seinen Sinn für die feinsinnigen Naturbeobachtungen, dia aus vielen seiner Gedichte sprechen. „Meine Augen sind die Begleiter“! Spätere Reisen folgten nach Italien, nach Elba, in die Schweiz, an die Ost- und Nordsee und in des Mittel- und Hochgebirge. „In die Welt reisen, ist mein Schicksal“! Stärkste Eindrücke gewann er aus den Begegnungen mit diesen Landschaften, ebenso wie aus der ärztlichen Berufsarbeit, fußend euf der humanistischen Bildung. Er hat großes Interesse für die bildenden Künste Schon in der Schule hat er Stücke fürs Puppentheater geschrieben.

Die Lyrik Edo v. Wichts ist impressionistisch, bildhaft und in harmonischen klassischen Versen gefaßt. Er selbst gibt über die Entstehung seiner Gedichte nachfolgende Darstellung: „Erziehung zum Niederlegen von Gedanken und Empfindungen in Briefen, Gedichten, kurzen Prosatexten. Gelernt, nichts von diesem Geschriebenen zu vernichten. Produktion meist im Urlaub, während der Berufszeit bei Nacht. Daher häufig zuerst nach Art von Impressionen. Die überkommene Form von Lyrik chiffrehaft verkürzt durch Auflösung der Reime und Strophen. Sprechmelodie. Niederlegung von Erfahrungen, von Tagesereignissen in lyrischer Kurzform. Anregung sehr häufig reflektiv verarbeitet nach Sinneswahrnehmungen, von Landschaft, Musik, Städ-

ten, Zivilisationsvorgängen. Der Drang zum Schreiben ist kaum zu unterdrücken und ist spontan.“

Soweit die interessante Selbstdarstellung des Schriftstellers.

Wir bringen nun im folgenden Proben der Lyrik Edo v. Wichts. Das erste Gedicht ist seinem erst kürzlich erschienenen Bande „Laubfärbung“ entnommen (siehe die Besprechung im „Bayerischen Ärzteblatt“ vom März 1978 – „Äskulap und Pegasus“ – S. 312). Das Gedicht „Auf der Intensivstation“ behandelt dichterische Impressionen des Herzstillstandes, der ja keinen klinischen Tod bedeutet und solche des endgültigen Todes durch Erlöschen der elektroenzephalographischen Aktivitäten des Gehirns.

*Dr. med. Robert Paschke, Emskirchen*

### Aus dem lyrischen Schaffen Edo v. Wichts

Hier ist die Welt zuende,  
Kein Ginster mehr,  
Heldekraut, Wolken und Wind.  
Perspektiven verschieben sich gegen  
Horizonte,

An die mein Gefühl anstößt,  
Flügelwelt Entenflug gleich.

Die Erde kloppt in den Tiefen  
Meines Blutes im Takt der Trommel,  
Die mir befiehlt:

Steh auf, geh bis ans Ende des  
Gedankens,

Der hier noch Raum hat,  
Und eine neue Welt wird sich auf tun,  
Vorbereitet in dir.

(aus dem Gedichtband „Laubfärbung“, 1977,  
S. 11, Christians Verlag)

In die Welt reisen  
Ist mein Schicksal.  
Meine Augen sind die Begleiter.  
Informationen treffen am Grund  
Meines Wesens auf welchen Boden,  
Auf dem alles wächst: Unkraut,  
Tatelobst und süße Birnen,  
Die jedermann schmecken.

Mein Leben lang mußte ich kosten,  
Schmecken, sortieren.  
Ich habe viel Zeit verbracht  
Damit, das zu tun,  
Was andere versäumten:  
Gegessen habe ich auch, getrunken,  
Aber euch ausgesüttelt habe ich  
Manchen Krug, der voll war,  
Durst löschte  
Und gut schmeckte.

Ich konnte ihn im Gepäck nicht  
mitnehmen.

Vögel, Vögel, Vögel  
Am frühen Morgen,  
Das Meer liegt noch vor ihnen,  
Der Nebel, die Weite, der Tod.

Unsere Jahre sind schon aufgefliegen,  
Nestwärme, dunkle Hecken  
Und Straßen, Bänder ohne Ende  
Um den Erdball unsrer Sehnsucht.

So ist geschehen, was immer geschieht:  
Sege von uns, Stein, Rune,  
Rot das blutende Herz  
Ganz allein auf der Reise.

Bleibt die Knospe, der Strauch  
Bunt im verschlegenen Gärtchen?  
Vogel nimmt es im Fluge  
Hoch auf die Wanderschaft mit.

Die Stunde schlägt. Halt  
Macht die Zeit,  
Um weiter zu schreiten  
Vom Heute zum Morgen.  
Unendlicher Reigen  
Von Blut in den Adern,  
Unglück und Glück,  
Liebe und Tod.

Die Stunde schlägt  
Schon wieder.  
Was eben war,  
Ist vergangen.  
Morgenröte des neuen Tags?

Menschen füllen die Zeit,  
Spielen die Schicksale,  
Grauenhafte Bühne,  
Selten Liebe,  
Meist Narren,  
Verlassen, zeitlos.

Die Stunde schlägt  
Dummp durch die Nacht.

I

Wir sind alle Geiseln,  
Genommen von der Macht,  
Die sich selbst gefällt.  
In Freiheit gesetzt nur unter der  
Bedingung,

Zu schweigen und im  
Wilden Totentanz um das goldene Kalb  
Triumphe zu feiern.

Unsere Seelen verkümmern.  
Die Bewegung fehlt.  
Die Freizeit ist uns genommen,  
Die wir in Wahrheit nie hatten  
Vor Watten, Autos und Weltreisen.

Geiseln sind wir, trostlos.  
Es gibt keine Retter  
Aus diesem Zerfall.  
Die Retter sind verhaftet  
Auf geheimnisvolle Weise  
Und haben nicht den Mut,  
Zu schießen,  
Weil sie fürchten, die Schüsse  
Träten sie selbst,  
Leichen schon in Uniform.

Menschen,  
Welch ein Wort!

Des Drama ist längst nicht zuende.  
Man spielt jetzt erst  
Den Prolog.

II

Wir geben uns hin unserm Schicksal,  
Flüchten in wilde Träume  
Von Selbstmord und Ausbruch.  
Sinnlos ist alles,  
Die Luft vor den Fenstern,  
Der Himmel, der hohe, blau,  
Unendlich,  
Frei.

Die Ketten, die uns fesseln,  
Sind die Habgier der Macht,  
Unsichtbar sind sie,  
Nehmen Atem  
Und jedwede Hoffnung  
Auf Leben, –  
Sind der Trieb, zu vernichten,  
Auf wahllose Weise.

III

Geiseln sind wir.  
Der Tod erst  
Löst unsere Ketten.

(Fortsetzung Seite 582)

**STAATL.  
FACHINGEN**  
Rein natürlich

**Fachingen**

■ Tilgt vor allem überschüssige Säure im Gesamtorganismus. Es stumpft abnorme Säurebildung im Magen ab. ■ Behebt und verhütet u. a. **Sodbrennen**, beugt Magenkrämpfen sowie der Bildung von Magengeschwüren vor. ■ Vermehrt z. B. auch die Diurese und verhindert Grief- und Steinbildung in den ableitenden Harnwegen.

Ad us. proprium Vorzugspreise. Auskunft und wissenschaftl.

Prospektmaterial unverbindlich durch:

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

### Szenenwechsel in Bonn

*Die Rentendebatte rückt zunächst in den Hintergrund. Andere Themen beherrschen die politische Diskussion: Die Talfehr des Dollar zerrt an den Nerven der Wirtschaftspolitik. Die Amerikaner begreifen nur langsam, daß die Bundesrepublik Deutschland nicht die Lokomotive der Weltkonjunktur sein kann, wenn der Wert der D-Mark ständig steigt und damit den deutschen Export verteuert. Carter setzt seine Verbündeten politischen Wechselbädern aus: erst soll die Neutronenbombe gebeut werden, dann wieder nicht und nun vielleicht später. Und in der Nuklearpolitik wollen die Amerikaner den Atom-Hebenichtsen die Konditionen des Urangeschältes diktieren, was den Wunsch nach atomarer Autonomie verhängnisvoll steigern könnte. In Bonn diskutiert man wieder über Steuererleichterungen, obwohl Milliarden-Dellizite die Konsolidierung der Haushalte erforderlich machen. Und Ehrenberg geht in die zweite Runde des Hindernisrennens mit dem Krankenhausfinanzierungsgesetz, nachdem er im letzten Jahr in der ersten Runde gestreucht war.*

Das Arbeitsministerium hatte ein Hintergrundgespräch zum Thema Krankenhausfinanzierung angekündigt. Daraus wurde denn eine ganz normale Pressekonferenz. Als Hauptakteur war aber nicht der Minister erschienen, der sich sonst kaum eine Gelegenheit entgehen läßt, den Journalisten selbst seine Informationen zu präsentieren. Nein, Ehrenberg blieb der Veranstaltung fern, er ließ informieren. Die denkbarere Aufgabe fiel der Staatssekretärin Anke Fuchs zu, der die zuständigen Beamten, allen voren Abteilungsleiter Holler, kräftig assistieren mußten. Aber die Frau Staatssekretärin sprach zunächst nicht über den sicherlich wichtigen Referentenentwurf, sondern sie redete den Journalisten zu, doch je nicht zu vergessen, die Bedeutung der „Konzertierten Aktion im Gesundheitswesen“ ins rechte Licht zu setzen. Von jener März-Veranstaltung hatten die schreibenden Kollegen nicht Notiz nehmen können, da ihre Blätter wegen des Zeitungsstreikes nicht erschienen. Und Rundfunk und Fernsehen hatten nach Ehrenbergs Auffassung Hörer und Zuschauer nur unzureichend ins Bild gesetzt. Ehrenberg hat in jenen Tagen die Bedeutung der Zeitungen wieder entdeckt, was sicherlich kein Nachteil ist.

Daß Ehrenberg nicht selbst seinen Gesetzentwurf präsentierte, dürfte zwei Gründe haben: Der Minister will sich noch nicht mit ihm identifizieren, solange er nicht sicher ist, daß wenigstens die Bundesregierung ihm zustimmt; Ehrenberg will die Möglichkeit behalten, auf Widerstand zu reagieren. Der Minister weiß zudem, daß er seine Wunschvorstellungen nicht realisieren kann; in dieser Frege kann er nicht einmal auf die Genossen unter den Länderministern zählen, die ihn schon in der ersten

Runde im Stich gelassen hatten. Einen zweiten Reinfell will Ehrenberg sich nicht leisten. Das Gesetz mit dem Kompromißcharakter soll ihn aber bei seinen linken Genossen auch nicht politisch kompromittieren. Seine publizistische Abstinenz läßt auf vorsichtiges Taktieren schließen.

In dem neuen Gesetzentwurf fehlt jener Paragraph, an dem der im Kostendämpfungsgesetz enthaltene Krankenhausteil vor allem gescheitert war, nämlich die Eigenbeteiligung der Krankenträger an ihren Investitionen in Höhe von zehn Prozent. Auch in anderen Punkten ist Ehrenberg den Ländern und Krankenhäusern entgegengekommen. So soll es zwar bleiben, daß künftig Krankenträger und Krankenkassen die Pflegesätze der Krankenhäuser eushenden. Gegenüber dem ersten Entwurf gibt es jedoch wesentliche Änderungen. Nunmehr sollen die Pflegesatzvereinbarungen den zuständigen Länderbehörden zur Genehmigung vorgelegt werden. Das Arbeitsministerium vermittelt den Eindruck, als wenn die Länder damit Einfluß auf die Höhe der Pflegesätze nehmen könnten. Das ist nach dem Gesetzestext aber nicht der Fall. Die vereinbarten Pflegesätze sind nämlich zu genehmigen, wenn sie den gesetzlichen Vorschriften entsprechen. Es handelt sich also wohl mehr um eine Prüfung der Rechtsformlichkeit. Dieses Genehmigungsrecht ist ohne größere materielle Bedeutung.

Wichtiger ist, daß die Landesbehörde die Pflegesätze unverzüglich festzusetzen hat, wenn eine Vereinbarung zwischen Krankenkassen und Krankenhäusern innerhalb von sechs Wochen nicht zustande kommt. Dies verschafft den Krankenhäusern faktisch die Gewähr, kostendeckende Pflegesätze durchset-

zen zu können. Die Länder können kein Interesse daran haben, daß die Krankenhäuser und damit auch die öffentlich-rechtlichen Krankenhäuser mit Verlust arbeiten. Außerdem haben sich die Länder an das Gesetz zu halten, in dem nach wie vor der Grundsatz verankert ist, daß staatliche Investitionszuschüsse und Einnahmen aus Pflegesätzen die Selbstkosten eines sparsamen wirtschaftenden und leistungsfähigen Krankenhauses decken sollen.

Dennoch setzt sich bei der Lektüre des Gesetzestextes der Eindruck fest, als wenn es das Ziel der Gesetzesmacher sei, den Grundsatz der Kostendeckung zu relativieren. So heißt es nunmehr im neuen Paragraphen 2, daß öffentliche Förderung und Erlöse aus Pflegesätzen zusammen

1. die medizinisch zweckmäßige und ausreichende Versorgung sichern,
2. eine wirtschaftliche Betriebsführung ermöglichen und
3. die Selbstkosten eines sparsamen wirtschaftenden und leistungsfähigen Krankenhauses decken müssen.

In dem alten Gesetz hatte es nur geheißen, daß die Förderung nach diesem Gesetz und die Erlöse aus den Pflegesätzen die Selbstkosten decken müßten.

Diesem Prinzip werden im geltenden Gesetz keine anderen Ziele vorangestellt oder nachgeordnet. Im neuen Gesetz heißt es jedoch ergänzend, daß die Empfehlungen der „Konzertierten Aktion im Gesundheitswesen“ angemessen zu berücksichtigen sind. Das Gesetz gibt keine Antwort auf die Frage, was denn zu geschehen hat, wenn die Empfehlungen der Konzertierten Aktion dem Grundsatz der Selbstkostendeckung einmal nicht entsprechen sollten. Was geht denn vor: die Empfehlung der Konzertierten Aktion oder das Prinzip der Kostendeckung?

Die Kompetenz für die Krankenhausplanung soll bei den Ländern bleiben. Die ursprünglich einmal vorgesehene Mitbestimmung der Krankenhausgesellschaften und Kassenverbände wird es nicht geben. Das heute im Gesetz verankerte Anhörungsrecht wird allerdings ausgebeutet. Nunmehr heißt es, daß die Länder „in enger Zusammenarbeit“ mit Krankenkassen, Krankenhäusern, der privaten Krankenversicherung und den kommunalen Organisationen die Krankenhauspläne aufstellen. Die enge Zusammenarbeit ist ein rechtlich unbestimmter Begriff. Was die Länder daraus machen, ist ebenso ungewiß wie des Schicksals dieses Gesetzentwurfes.

bonn-mot



Noch mehr Sicherheit  
für das insuffiziente Herz

# Lanitop® mite ist da...

... die Tablette mit dem  
geringsten Glykosidgehalt  
aller Lanata-Glykoside. \*

Noch exaktere Dosierung.  
Kein Teilen der Tabletten mehr.  
Weniger Einnahmefehler.

\* nur 0,05 mg  $\beta$ -Methyl-Digoxin

Für größere Einnahmesicherheit  
und bessere Therapieerfolge  
auch als Kalenderpackung.

*Rp. Lanitop mite  
Kalenderpackung  
84 Tablett.*

#### Zusammensetzung:

Wirksubstanz: Metildigoxin I =  $\beta$ -Methyl-Digoxin I

#### Lanitop

1 Tablette enthält	0,1 mg
1 ml Liquidum I = 45 Tropfen) enthält	0,6 mg
15 Tropfen = 2 Tabletten	
1 Amp. zu 2 ml enthält	0,2 mg

#### Lanitop mite

1 Tablette enthält	0,05 mg
--------------------	---------

#### Indikationen:

Alle Formen und Grade der Herzinsuffizienz.  
Lanitop mite – besonders bei beginnender Herz-  
insuffizienz, bei älteren Patienten und bei ein-  
geschränkter Nierenfunktion.

#### Kontraindikationen:

Alle Herzglykoside sind bei Digitalisintoxikation,  
Hypercalciämie und vor einer Kardiaversion  
kontraindiziert. Außerdem kann eine Glykosid-  
Therapie bei manifestem Kaliummangel, Störun-  
gen der atrioventrikulären Erregungsüberleitung

und pathologischer Bradykardie – je nach  
Schweregrad – kontraindiziert sein oder zusätz-  
liche Maßnahmen erfordern. Bei jeder Glykosid-  
Therapie ist von parenteralen Calciumgaben –  
insbesondere bei gleichzeitiger Verabreichung –  
abzuraten, da es zu Störungen der Erregungs-  
leitung, in seltenen Fällen zu Herzstillstand  
kommen kann.

#### Hinweise:

Wie bei jeder Digitalis-Therapie können beson-  
ders bei Patienten mit Glykosid-Überempfindlich-  
keit bzw. Störungen des Elektrolythaushaltes  
Nebenwirkungen (Übelkeit, Erbrechen, Magen-  
beschwerden, Rhythmusstörungen und Seh-  
störungen) auftreten. Auch die bekannte Glykosid-  
empfindlichkeit des Car pulmonale erfordert  
vorsichtige Digitalisierung, insbesondere bei  
intravenöser Therapie. Bei Niereninsuffizienz muß  
mit einem erniedrigten Glykosid-Bedarf gerechnet  
werden. Da die versehentliche intraarterielle  
Anwendung von Präparaten, die nicht ausdrück-  
lich zur intraarteriellen Therapie empfohlen  
werden, zu Schäden führen kann, weisen wir vor-

sorglich darauf hin, daß die intravenöse Applika-  
tion von Lanitop gewährleistet sein muß.

#### Für Ihre Verordnung:

Lanitop	DM	Lanitop mite	DM
OP mit 50 Tabl.	6,32	OP mit 50 Tabl.	4,83
OP mit 100 Tabl.	11,05	OP mit 100 Tabl.	8,64
AP mit 500 Tabl.		AP mit 500 Tabl.	

Lanitop Liquidum	DM	Lanitop mite	
OP mit 10 ml Ligu.	7,57	Kalenderpackung	
OP mit 20 ml Ligu.	13,55	OP mit 84 Tabl.	8,02
AP mit 100 ml Ligu.			

Lanitop-Ampullen	DM
OP mit 5 Amp.	4,67
AP mit 25 u. 100 Amp.	

Weitere Informationen enthält  
der wissenschaftliche Prospekt  
Iz. Zt. gültige Auflage Sept.  
1977), auch informiert Sie gern  
unser Mitarbeiter im wissen-  
schaftlichen Außendienst.



Unsere Leichen werden geworfen  
Vor Geier und Begräbnisse,  
Von Staats wegen,  
Namenlos, zehlos, —  
Identifiziert  
Wenigstens im Tode.

Die Gemeinschaft verblindet  
Im Unsinn des Schicksals  
Uns miteinander.  
Tränen werden geweint,  
Unzählbare,  
Über das Drama,  
Spärlich nur  
Um den Menschen.

#### Auf der Intensivstation

Mein Herz, so heißt es, sei schon tot.  
So hör ich Stimmen, Apparate rauschen.  
Ist es die Welt? schon jenseits?  
wo ich lebe?  
Ist das vorbei, vor dem mir nie gegraut?

Nur fernes Leben ist in meinen Adern,  
Erinnerung noch wie blaß em Horizont,  
Es sinkt und hebt sich, was sie einst  
begrenzte,  
Die Welt und mich, mein streng getrennt  
Bereich.

Sie handeln, hollen, tun die Pfllicht  
Und mehr noch, ziehen Grenzen neu  
Von dem, was war und sein wird:  
weitres Leben.  
Doch anders wirds, ich weiß es,  
doch nicht neu.

Die alte Hülle ist um mich geblieben,  
Die Sinne auch, das Auge, Hirn und Herz,  
Nur ich bin anders, wie mir still  
entglitten  
In eine neue, nicht gekannte Welt.

Die Hände streck ich, lühlend,  
auch die Augen,  
Im Schläfe last, im Traum noch ungenau,  
Doch was ich lerne, wird mich nie  
verlassen,  
Bis einst entschwebt Erlinnrung  
und das Herz.

Dann bin ich tot und taube Glocken  
klingen,  
Ich hör nicht mehr, es war der letzte  
Raum,  
Den, nach dem Neubeginn  
durchschritten,  
Ich mich begab ins letzte,  
neugewonn'ne Land.

#### Der Zahn der Zeit

Die Zeit kommt zum Zahnarzt.

„Können Sie mir bitte diesen Zahn  
ziehen, er schmerzt mich!“

„Nein, Zeit, das kenn ich nicht. Sie sind  
ein Abstraktum. Der Zahn ist faul,  
ich sehe es. Die Schmerzen müssen Sie  
weiter ertragen. Er wird herausfallen!“

## Bayerisches Ärzteorchester



Das Bayerische Ärzteorchester in seinem Probandomizil Schloß Craheim/Franken. Das vor zehn Jahren von dem Münchener Mediziner Reinhard Steinberg unter dem Namen „Orchester Münchner Medizinstudenten“ gegründete Symphonieorchester hat sich einen hervorragenden Ruf erspielt. Die Ernsthaftigkeit und Qualität des Musizierens lindet im höchsten Maße Anerkennung und erstaunt selbst die kritische Presse der Großstädte. Zum zehnjährigen Jubiläum bereitet das aus achtzig Ärzten und Medizinstudenten bestehende Orchester ein anspruchsvolles Programm vor, das Anfang Juni in Würzburg, Augsburg und München aufgeführt wird.

### Bayerisches Ärzteorchester

#### Festkonzerte zum zehnjährigen Gründungsjubiläum

Würzburg: 5. Juni 1978, 20 Uhr, Musikhochschule

Augsburg: 6. Juni 1978, 20 Uhr, Kongreßhalle

München: 7. Juni 1978, 20 Uhr, Herkulesaal der Residenz

#### Programm:

Rossini: Ouvertüre zu „Semiramis“

Liszt: Klavierkonzert Nr. 1 in Es

Brahms: Sinfonie Nr. 2

Babette Hierholzer, Klavier

Reinhard Steinberg, Leitung

#### Veranstalter:

Verein zur Förderung des Bayerischen Ärzteorchesters e.V., Pettenkofer-  
straße 12, 8000 München 2, Telefon (0 89) 5 99 62 28

— Karten an den örtlichen Konzertkassen und den Abendkassen —

## Klinische Fortbildung in Bayern

in Zusammenarbeit mit der Bayerischen Landesärztekammer

**Auskunft, Anmeldung und ausführliches Programm:**

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

### Notfallmedizin

#### 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:

##### 14. Juni 1978

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

##### 21. Juni 1978

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

Begrenzte Teilnehmerzahl

Teilnahme nur nach Anmeldung bei der Bayerischen Landesärztekammer möglich

Letzter Anmeldetermin: jeweils 10 Tage vorher

##### 12. Juli 1978

Das Treume 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 Traumatologie – Der urologische Notfall in der Praxis

##### 22. November 1978

Diagnose und Therapie Intrekrenieller 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

#### Ärztliche Sofortmaßnahmen am Unfallort

am 24./25. Juni 1978 und 4./5. November 1978

In Jettingen-Scheppach

Ort: BRK-Tagungs- und Ausbildungsstätte, Haus Jettingen, Hauptstraße 240, Jettingen-Scheppach

Auskunft:

Referat Sanitäts- und Gesundheitswesen im BRK-Präsidium, Holbeinstraße 11c, 8000 München 86, Telefon (0 89) 9 24 11

### 3. Oberstauferer Symposion für praktische Onkologie

am 1. Juli 1978 in Oberstauferen

Veranstalter: Arbeitsgemeinschaft zur Förderung der Krebserkennung und Krebsbekämpfung in Bayern e. V., Ärztlicher Kreisverband Oberallgäu, Schloßbergklinik Oberstauferen GmbH in Zusammenarbeit mit dem Tumorzentrum München

Leitung: Professor Dr. H. Ehrhart, München

Beginn: 9.00 Uhr – Ende: 12.45 Uhr

Themen:

Behandlungsmöglichkeiten des Bronchialkarzinoms

Privatdozent Dr. U. Dold, Gauting

Der gezielte Blutersatz im Krankheitsverlauf maligner Erkrankungen

Privatdozent Dr. W. Mempel, München

Behandlung des Diabetes mellitus als Zweitkrankheit bei Tumorleiden

Dr. M. Locher, Obersteufen

Diagnostik und Therapie der Lymphogranulomatose

Privatdozent Dr. D. Huhn, München

Endoskopische Diagnostik bei malignen Tumoren im Gastrointestinalbereich

Professor Dr. J. Eisenburg, München, und Dr. M. L. Weinzierl, München

Auskunft:

Arbeitsgemeinschaft zur Förderung der Krebserkennung und Krebsbekämpfung in Bayern e. V., Mühlbauerstraße 16, 8000 München 80, Telefon (0 89) 41 47-285

### 4. Sportärztliches Seminar

am 3. Juni 1978 in St. Englmar

Leitung: Dr. H. H. Wernicke, Landshut

Thema: Not- und Unfallversorgung beim Sport

Auskunft und Anmeldung:

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

### 3. Radiologische Woche

vom 27. November bis 1. Dezember 1978  
in München

Die 3. Radiologische Woche München findet nicht, wie irrtümlich berichtet, vom 27. November bis 11. Dezember 1978, sondern vom 27. November bis 1. Dezember 1978 statt.

Thema: Das Abdomen (Röntgendiagnostische Vorträge und praktische Übungen – Konventionelle Methoden – Angiographie – CT – Ultraschall)

Begrenzte Teilnehmerzahl – Anmeldung bis 1. September 1978

Auskunft und Anmeldung:

Sekretariat Professor Dr. J. Lissner, Radiologische Universitätsklinik, Ziemsenstraße 1, 8000 München 2, Telefon (0 89) 5 16 01

#### Weiterbildungskurs des Deutschen Sportärztebundes

vom 12. bis 16. Juni 1978 in Prien

Leitung: Professor Dr. K. D. Hüllemann

Ort: Klinisches Institut für Physiologie und Sportmedizin an der Medizinischen Klinik St. Irmingard, Osternacher Straße 103, Prien

Auskunft und Anmeldung:

Professor Dr. K. D. Hüllemann, Ärztlicher Direktor der Medizinischen Klinik St. Irmingard, Osternacher Straße 103, 8210 Prien, Telefon (0 80 51) 4 91

### Fortbildungsveranstaltung „Ultraschall-diagnostik in der Inneren Medizin“

veranstaltet von der Medizinischen Poliklinik der Universität München (Vorstand: Professor Dr. N. Zöllner) und der Deutschen Arbeitsgemeinschaft für Ultraschall-diagnostik

am 3. Juni 1978 in München

Thema: Was leistet die Sonographie heute?

Für eine begrenzte Zahl von Kollegen ist die Möglichkeit gegeben, unter Anleitung Patienten selbst sonographisch zu untersuchen.

Teilnahmegebühr: DM 30,- (zu überweisen auf Postscheckkonto München, Nr. 2401 80-809, Dr. Kremer, Medizinische Poliklinik, Stichwort „Ultraschall-diagnostik“)

Ort: Poliklinik der Universität München, Pettenkoferstraße 8 a, München 2

Auskunft und Anmeldung:

Dr. H. Kremer, Medizinische Poliklinik der Universität München, Pettenkoferstraße 8 a, 8000 München 2, Telefon (0 89) 51 60 - 1

### Veranstaltungskalender der Bayerischen Akademie für Arbeitsmedizin und Sozialmedizin in München

#### 1978

Weiterbildung für die Erlangung der Gebietsbezeichnung „Arbeitsmedizin“ bzw. der Zusatzbezeichnung „Betriebsmedizin“

#### A-Kurs für Arbeitsmedizin

5. bis 30. Juni 1978

#### C-Kurs für Arbeitsmedizin

2. bis 27. Oktober 1978

#### Arbeitsmedizinische Fortbildung

20. bis 22. September 1978

#### 1979

Weiterbildung für die Erlangung der Gebietsbezeichnung „Arbeitsmedizin“ bzw. der Zusatzbezeichnung „Betriebsmedizin“

#### A-Kurs für Arbeitsmedizin

29. Januar bis 23. Februar 1979

#### B-Kurs für Arbeitsmedizin

11. Juni bis 6. Juli 1979

#### C-Kurs für Arbeitsmedizin

1. bis 26. Oktober 1979

#### 1980

Weiterbildung für die Erlangung der Gebietsbezeichnung „Arbeitsmedizin“ bzw. der Zusatzbezeichnung „Betriebsmedizin“

#### A-Kurs für Arbeitsmedizin

25. Februar bis 21. März 1980

#### B-Kurs für Arbeitsmedizin

9. Juni bis 4. Juli 1980

#### C-Kurs für Arbeitsmedizin

29. September bis 24. Oktober 1980

Für die Teilnahme wird rechtzeitige schriftliche Anmeldung empfohlen.

Von der Akademie werden keine Zimmerreservierungen vorgenommen. Zimmerbestellungen bitte rechtzeitig beim Verkehrsamt der Stadt München, Rindermarkt 5, 8000 München 2, Telefon (0 89) 2 39 11

Auskunft und Programmversand:

Sekretariat der Bayerischen Akademie für Arbeits- und Sozialmedizin, Pfarrstraße 3, 8000 München 22, Telefon (0 89) 21 84 - 1, Durchwahl 21 84 - 259 oder 260

### Fortbildungsveranstaltungen der Bundesärztekammer

12. bis 27. Mai 1978 in Montecatini Terme:

XVI. Internationaler Fortbildungskongreß (Seminar Kongreß)

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 Seminar Kongreß für praktische Medizin

Thema: Prävention, Diagnostik, Therapie, Rehabilitation

20. August bis 2. September 1978 in Grado:

XII. Internationaler Seminar Kongreß für praktische Medizin

Thema: Rationelle Diagnostik und Therapie in der ärztlichen Praxis

28. August bis 9. September 1978 in Meran:

XXVI. Internationaler Fortbildungskongreß

Thema: Arzneimitteltherapie bei gastroenterologischen und abdominalen Erkrankungen

22. bis 24. September 1978 in Augsburg:

VII. Zentralkongreß für Medizinische Assistenzberufe (in zeitlichem Zusammenhang mit dem 62. Augaburger Fortbildungskongreß für praktische Medizin)

Auskunft und Anmeldung:

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

### Einführungslehrgänge für die kassenärztliche Tätigkeit

Die Kassenärztliche Vereinigung Bayerns veranstaltet am

10. Juni 1978

30. September 1978

18. November 1978

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

Beginn: jeweils 9.15 Uhr — Ende: jeweils 16.30 Uhr

Anmeldungen sind an die KVB-Landesgeschäftsstelle, Mühlbauerstraße 16, 8000 München 80, zu richten bis 2. Juni 1978, 22. September 1978 und 10. November 1978.

Die Teilnehmergebühr ist am Tage des Einführungslehrganges zu bezahlen.

Bei hypotonen Beschwerden:

# Physikalische Therapie allein genügt nicht\*



\* Hammer, O.: Rehabilitation des Hypotonikers,  
Therapiewoche 27, 6304-6309 (1977)

# Amphodyn<sup>®</sup>



## retard

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

**Zusammensetzung:** 1 Retardkapsel enthält Etilefrinhydrochlorid 20 mg, Roßkastaniextrakt 150 mg lenth. 25 mg Aescin).

**Kontraindikationen:** Phäochromozytom, Thyreotoxikose.

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

**Packungsgrößen und Preise:** 20 Retardkapseln DM 10,68 · 50 Retardkapseln DM 24,80 · 100 Retardkapseln DM 42,45 · Anstaltspackung.

Reguliert doppelt:  
Venös  
und arteriell



### So bleibt die Investment-Wiederanlage spesenfrei

Die Erträge aus den Aktien-Investmentfonds wurden bisher in einer einzigen Summe ausgeschüttet. In Zukunft werden sie als Auswirkung der Körperschaftsteuerreform aus zwei Teilen bestehen. Bar gezahlt oder sofort gutgeschrieben wird Ihnen nach wie vor der Anteil, der sich aus realisierten Kursgewinnen, Zinsen und Dividenden zusammensetzt.

Zur deutschen Dividende kommt aber jetzt Ihr Körperschaftsteuer-Guthaben. Diese Steuer wurde von den Aktiengesellschaften bereits gezahlt. Um diesen Betrag ist die Ausschüttung gekürzt worden. Sie erhalten ihn aber in Form einer Steuerbescheinigung von der Sparkasse, Bank oder Investmentgesellschaft, die Ihre Investmentanteile aufbewahrt.

Diese Steuerbescheinigung haben Sie Ihrem Finanzamt mit der Einkommensteuererklärung einzureichen. Der darin ausgewiesene Betrag wird Ihnen als bereits gezahlte Steuer angerechnet. Er ist praktisch soviel wie Bargeld, denn andernfalls hätten Sie ja einen entsprechenden Betrag als Teil Ihrer Einkommensteuer mit überweisen müssen.

Viele Investmentkonten werden aber insbesondere auch von Ärzten als Aufbau- oder Anlagekonten geführt. Das heißt, alle Erträge werden dem Konto sofort wieder spesenfrei gutgeschrieben, also nicht ausgezahlt. Diese Gutschrift kann künftig natürlich nur noch über die Berausschüttung lauten. Das Körperschaftsteuer-Guthaben steht ja dem Investmentfonds nicht zur Verfügung, weil es eben nicht bar, sondern in Form der Steuergutschrift zur Weiterleitung an das Finanzamt gegeben werden muß.

Ein Beispiel: Eine Gesamtausschüttung in Höhe von DM 2,20 je Anteil besteht zu

DM 1,02 aus deutschen Dividenden,

DM —,15 aus Zinsen und

DM —,46 aus Kursgewinnen

DM 1,63 ergibt sich als Summe

DM —,57, also  $\frac{2}{16}$  des Dividendenanteiles, von DM 1,02 werden in Form des Körperschaftsteuer-Guthabens und somit als Steuergutschein vergütet.

Die Investmentgesellschaft kann unmittelbar nur die DM 1,63 zugunsten des Sparers automatisch wiederanlegen, denn lediglich dieser Betrag steht ihr bar zur Verfügung. Der Investmentsparer sollte nun den Wert des Steuergutscheines, also die DM —,57 pro von ihm gehaltenem Anteil, um die er ja de facto weniger Steuern zu zahlen hat, seinem Investment-Aufbaukonto oder Aufbauplan überweisen.

Die ADIG, älteste deutsche Investmentgesellschaft, räumt als erste ihren Sparern ein, nicht allein die Berausschüttung, im Beispiel DM 1,63 je Anteil, sondern auch einen Betrag in Höhe des Körperschaftsteuer-Guthabens, ohne jede Spesenberechnung wiederanzulegen, falls dieser Betrag innerhalb von zwei Monaten nach dem Ausschüttungsdatum bei ihr eintrifft.

Durch dieses Verfahren wird der kontinuierliche Vermögensaufbau auch durch die für den Anleger an sich vorteilhafte Körperschaftsteuerreform nicht beeinträchtigt. So ist es ratsam, dieses Angebot zu nutzen.

Horst Beloch

„Was tun, wenn man als Privatpatient eine gefettete Arztrechnung ins Haus bekommt, die den privaten Etat durcheinander zu bringen droht?“ Diese selbstgestellte Frage beantwortet „Der Journalist“, Verbandsorgan des Deutschen Journalisten-Verbandes, mit dem Hinweis, daß die privaten Versicherungsunternehmen auch unbezahlte Rechnungen erstatten. „Kein privater Versicherer mutet seinen Mitgliedern zu, die oftmals recht hohen Arztrechnungen erst selbst zu bezahlen.“

Nichts gegen „Lebenshilfe“, wie die Überschrift über diesem graphisch herausgestellten Kurzbeitrag lautet. Es heißt indes, Meinungen von Meinungsbildnern verbilden zu wollen, wenn so ein Tip mit generalisierenden Behauptungen über Rechnungshöhen dekoriert wird.

Im übrigen sollte der Redakteur des „Journalist“ die Qualifizierung von ärztlichen Liquidationen getrost den Krankenversicherungen überlassen. Die verstehen nämlich etwas davon.

Prosper

### Kurz über Geld

HÄUSLICHES ARBEITSZIMMER ist steuerlich abzugsfähig, wenn kein Kleiderschrank drinsteht.

MIETKAUTION muß nur bei ausdrücklicher Vereinbarung verzinst werden.

KRANKENVERSICHERUNGSZUSCHUSS zahlt der Bund auch privatversicherten Studenten.

SCHWIMMBÄDER UND SAUNEN können auch mit Bausparmitteln finanziert werden. Einzelheiten von den Bausparkassen.

BENZINGUTSCHEINE FÜR ITALIEN gibt es auch bei Sparkassen und Banken gegen Kfz.-Schein-Vorlage.

MIT ARZTPRAXIS wird die Eigenart eines Einfamilienhauses nicht wesentlich beeinträchtigt, wenn in einem selbständigen Gebäudeteil, der weder nach seinem Umfang noch Baucharakter dem Grundstück das Gepräge gibt, die Praxis ausgeübt wird.

# Die meldepflichtigen übertragbaren Krankheiten in Bayern im Monat Februar 1978\*)

(Zusammengestellt aufgrund der Wochenmeldungen)

Im Februar wurden etwas mehr Scharlacherkrankungen als im Januar gemeldet; die Erkrankungsziffer stieg von 36 auf 42 Fälle je 100 000 Einwohner, jeweils umgerechnet auf ein Jahr. Übertragbare Hirnhautentzündung trat als Meningokokken-Meningitis etwas mehr, als sonstige, meist virusbedingte Form,

etwas weniger als im Vormonat auf. Beide Ziffern, 2 bzw. 4 Fälle je 100 000 Einwohner, liegen auf etwa gleicher Höhe wie im Februar vorigen Jahres.

Die Erkrankungshäufigkeit an Salmonellose nahm von Januar auf Februar geringfügig zu, nämlich von 32 auf 35 je

100 000 der Bevölkerung. Sie lag damit deutlich über der im Februar vorigen Jahres (22 auf 100 000). Fälle von Hepatitis infectiosa (übertragbare Leberentzündung) wurde dagegen etwas seltener als im Januar berichtet, und zwar 22 gegenüber 29 je 100 000 Einwohner.

## Neuerkrankungen und Sterbefälle in der Zeit vom 30. Januar bis 26. Februar 1978 (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		Meningokokken-Meningitis										übrige Formen		Salmonellose			
	E <sup>1)</sup>	ST <sup>2)</sup>	E	ST	E	ST	E	ST	E	ST	E	ST	E	ST	E	ST	E	ST	E	ST	E	ST	E	ST
Oberbayern	-	-	143	-	-	-	1	-	4	-	-	-	-	-	4	-	2	-	176	-	-	-	-	-
Niederbayern	-	-	38	-	-	-	-	-	5	-	1	-	-	-	-	-	-	-	16	-	-	-	-	-
Oberpfalz	-	-	14	-	-	-	1	1	5	-	1	-	-	-	-	-	1	-	17	-	-	-	-	-
Oberfranken	-	-	29	-	-	-	1	1	9	-	-	-	-	-	1	-	-	-	12	-	-	-	-	-
Mittelfranken	-	-	43	-	-	-	1	-	2	-	-	-	-	-	-	-	1	-	24	-	-	-	-	-
Unterfranken	1	-	34	-	-	-	8	-	1	-	1	-	-	-	-	-	1	-	28	-	1	-	-	-
Schwaben	-	-	45	-	-	-	5	2	5	1	-	-	1	-	-	-	-	-	15	-	2	-	-	-
Bayern	1	-	346	-	-	-	17	4	31	1	3	-	1	-	5	-	5	-	288	-	3	-	-	-
München	-	-	64	-	-	-	-	-	2	-	-	-	-	-	-	-	2	-	31	-	-	-	-	-
Nürnberg	-	-	14	-	-	-	1	-	1	-	-	-	-	-	-	-	-	-	8	-	-	-	-	-
Augsburg	-	-	4	-	-	-	-	-	1	-	-	-	-	-	-	-	-	-	3	-	-	-	-	-
Regensburg	-	-	6	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	1	-	4	-	-	-	-	-
Würzburg	-	-	1	-	-	-	1	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	12	-	1	-	-	-
Fürth	-	-	2	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	3	-	-	-	-	-
Erlangen	-	-	1	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	1	-	2	-	-	-	-	-

Gebiet	13		14		15		16		17		18		19		20		21		22		23		24	
	Hepatitis infectiosa		Ornithose				Mikrosporidien		Amöbenruhr		Malaria-Erkrankung		O-Fieber		Toxoplasmosen								Verdachtsfälle von Tollwut <sup>3)</sup>	
			Psittacose		übrige Formen																			
	E	ST	E	ST	E	ST	E	ST	E	ST	E	ST	E	ST	E	ST	E	ST	E	ST	E	ST	E	ST
Oberbayern	54	1	1	-	-	-	4	-	1	-	6	-	2	-	1	-	-	-	-	-	-	-	-	18
Niederbayern	15	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Oberpfalz	19	-	-	-	1	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	6
Oberfranken	11	1	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	2	-	-	-	-	-	-	-	-	1
Mittelfranken	31	-	-	-	-	-	4	-	-	-	1	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	1
Unterfranken	34	-	-	-	2	-	1	-	-	-	1	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Schwaben	21	1	-	-	-	-	-	-	-	-	1	-	-	-	2	-	-	-	-	-	-	-	-	6
Bayern	185	3	1	-	3	-	9	-	1	-	9	-	2	-	5	-	-	-	-	-	-	-	-	32
München	24	1	-	-	-	-	3	-	1	-	3	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	8
Nürnberg	9	-	-	-	-	-	4	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Augsburg	4	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Regensburg	4	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Würzburg	2	-	-	-	-	-	1	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Fürth	3	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Erlangen	7	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	1

\*) Bericht des Bayerischen Statistischen Landesamtes.

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

2) „ST“ = Sterbefälle.

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

### Berufsbildungsausschuß für Arzthelferinnen

Das Bayerische Staatsministerium des Innern hat die Mitglieder und Stellvertreter des Berufsbildungsausschusses nach Ablauf der Amtsperiode für die Dauer von vier Jahren neu benannt. Der Ausschuß besteht aus:

#### I. Beauftragte der Arbeitgeber

Mitglieder:

Dr. Hermenn Breun, Nittendorf  
Dr. Günter Hoffmann, Augsburg  
Dr. Alfred Sprengard, München 81  
Dr. Warmund Gastinger, München 60  
Dr. Fritz Seuß, Gröbenzell  
Dr. Lothar Sluke, München 80

Stellvertreter:

Dr. Friedrich Kolb, München 80  
Dr. Lieselotte Renner, München 22  
Dr. Klaus H. Schneider, Bamberg  
Dr. Ludwig Schwerz, Aschaffenburg  
Dr. Julius Übbing, Palling  
Dr. Kurt Stordeur, München 80

#### II. Beauftragte der Arbeitnehmer

Mitglieder:

Elfriede Boellar, Oberstdorf  
Monika Reindl, Trostberg  
Ute Martins, München 2  
Dr. Kleus Bauder, München 71  
Renate Mütler, Alteglofsheim  
Gudrun Volnhals, München 2

Stellvertreter:

Mechthild Kroehn, Augsburg  
Brigitte Rieger, Teufkirchen  
Thee Horn, München 90  
Mex Christler, München 2  
Gebriele Klein, Würzburg  
Caroline Walk, München 40

#### III. Schulvertreter

Mitglieder:

OStudDir. Hans Syttkus, München 45  
StudDir. Wilhelm Wengenroth, Landshut  
OStudRat Waldemar Eckerdt, Coburg  
OStudRat Robert Gebhardt, Würzburg  
StudDir. Hermenn Piene, Amberg  
StudRätin Irmgerd Kugler, Kempten

Stellvertreter:

StudDir. Brunhilde Steib-Lochschildt, Traunstein  
StudDir. Ingeborg Keestl, Pessau  
OStudRet Ludwig Reuh, Hof/Saale  
OStudRätin Gilda von Alst, Schweinfurt  
StudDir. Heinz Dübler, Regensburg  
StudDir. Ingeborg Bausenhardt, München 45

### Konstituierende Sitzung des Berufsbildungsausschusses für Arzthelferinnen der Bayerischen Landesärztekammer

Der vom Bayerischen Staatsminister des Innern für die Dauer von vier Jahren neu berufene Berufsbildungsausschuß für Arzthelferinnen der Bayerischen Landesärztekammer hielt am 25. Januar 1978 seine konstituierende Sitzung ab.

Der Ausschuß wählte den Vizepräsidenten der Bayerischen Landesärztekammer, Dr. Hermenn Breun, erneut zum Vorsitzenden. Zur stellvertretenden Vorsitzenden wurde Renate Müller, Referentin für Ausbildung im Berufsverband der Arzthelferinnen e. V., gewählt. Der Ausschuß behandelte eine Reihe aktueller Fragen aus dem Bereich der Ausbildung von Arzthelferinnen.

### „Ausbildung von Arzthelferinnen“ wird Fortbildungsthema

Auf Anregung des Ausschusses und der Ständigen Konferenz „Medizinische Assistenzberufe“ der Bundesärztekammer hat der Vorstand der Bundesärztekammer den Deutschen Senat für ärztliche Fortbildung beauftragt, in Zukunft auf den internationalen Fortbildungskongressen den Themenkreis „Probleme der Berufsausbildung und der Berufsausübung von Arzthelferinnen in den Praxen niedergelassener Ärzte“ zu behandeln.

### Schoeffer-Junkmann-Preis verliehen

Der von der Schering AG gestiftete Schoeffer-Junkmann-Preis, mit dem alljährlich hervorragende wissenschaftliche Arbeiten auf dem Gebiet der Endokrinologie ausgezeichnet werden, ist zum zwölften Male vergeben worden. Der mit insgesamt DM 15 000,- dotierte Preis soll insbesondere der wissenschaftlichen und finanziellen Förderung jüngerer Endokrinologen dienen. Die diesjährigen Preisträger sind:

Dr. Karl Bauer, Institut für Biochemie der Technischen Universität Berlin;

Dr. Horst L. Fehm, Dr. Karl H. Voigt und Dr. Rudolf E. Leng, Department für Innere Medizin der Universität Ulm;

Dr. Wolfgang G. Sippell, Universitäts-Kinderklinik München;  
Dr. Klaus-Jürgen Gräf, Freie Universität Berlin, Klinikum Charlottenburg, Abteilung Innere Medizin.

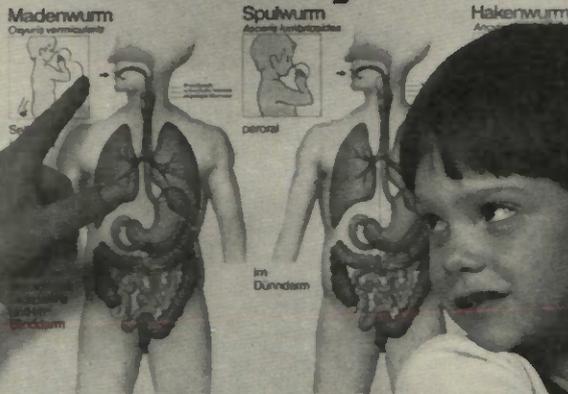
### Otto-Warburg-Medaille verliehen

Die Otto-Warburg-Medaille der Gesellschaft für Biologische Chemie wurde in diesem Jahr an Professor Dr. Dr. Wilhelm Stoffel, Direktor des Physiologisch-Chemischen Instituts der Universität Köln, verliehen.

### Tips für Ärzte und Apotheker

Die zur Colonia Lebensversicherung AG gehörende Deutsche Ärzteversicherung hat zwei Broschüren erarbeitet: Die „Check-Liste für Ärzte, die früher oder später vor der Niederlassung stehen“, gibt Auskunft auf Fragen, vor die sich ein Arzt bei der Eröffnung einer eigenen Praxis gestellt sieht. Mit dem neuen Arzneimittel-Gesetz, das seit dem 1. Januar 1978 in Kraft ist, befaßt sich die zweite Broschüre „Verschärfte Haftung für Inhaber und Pächter von Apotheken“. Beide Informationsschriften können kostenlos von der Deutschen Ärzteversicherung, Maria-Abia-Platz 15, 5000 Köln 1, bezogen werden.

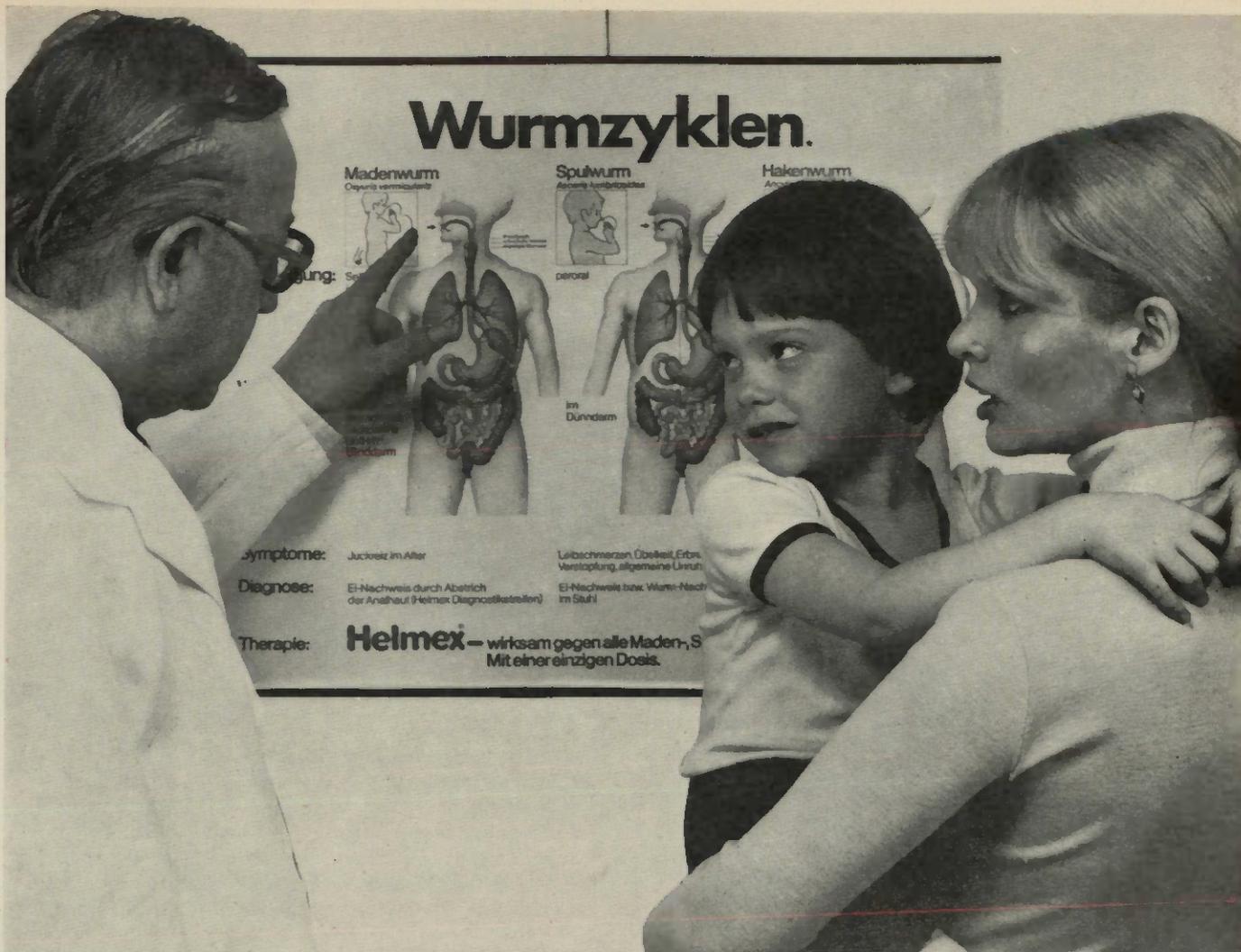
# Wurmzyklen.



**Symptome:** Juckreiz im After      Leibesmerzen, Übelkeit, Erbrechen, Verstopfung, allgemeine Unruhe

**Diagnose:** Ei-Nachweis durch Abstrich der Analfalte (Helmex Diagnostikstreifen)      Ei-Nachweis bzw. Wurm-Nachweis im Stuhl

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



**Indikationen:**

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

**Zusammensetzung:**

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

**Dosierung:**

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

**Zur Beachtung:**

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

**Verträglichkeit:**

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

**Handelsformen und Preise:**

Packung mit 3 Kautabletten DM 11,77  
Flasche mit 10 ml Suspension DM 9,14

**Neu zur Familienbehandlung:**

Flasche mit 50 ml Suspension DM 31,08

Klinikpackungen

# System **Helmex**®

## Zuverlässige Wurm-Therapie durch Eindosis-Behandlung

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

**Das Helmex®-System**  
zur kostenlosen Anforderung:  
1. Wurmzyklus-Wandtafel 2. Diagnostikstreifen  
3. Mehrsprachige Patienten-Merkblätter

Senden Sie eine Postkarte an PFIZER GmbH,  
Abt. Roerig Pharmazeutika, Postf. 4949,  
7500 Karlsruhe 1.



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

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

## Gesetzliche Unfallversicherung

Der Aufwärtstrend in der Anzahl der Mitgliedsbetriebe der Berufsgenossenschaft für Gesundheitsdienst und Wohlfahrtspflege (= BGW) hält an. Mit einer Gesamtzunahme von 4179 Unternehmen (Vorjahr 878) sind nun 197 411 Betriebe (193 277) zu betreiben. Wenn des versprochene Wirtschaftswachstum von ca. 3,5 Prozent eintritt, und wenn keine außergewöhnlichen Einflüsse von außen erfolgen, denn dürfte zum 50jährigen Bestehen der BGW für das Rechnungsjahr 1978 die 200 000-Grenze hinsichtlich der Mitgliedsunternehmen überschritten werden.

854 Arztpraxen kamen neu hinzu (1976 – 49 964 Ärzte, Organisationen, freiwillig Versicherte, Praxen. 1977 schon 50 818). Bedenkt man die Auswirkungen des Krankenhauskostendämpfungsgesetzes, dann darf man feststellen, daß der Beruf des freipraktizierenden Arztes verstärkten persönlichen Einsatz erfordert, der oft bis an die Grenze des physisch Zumutbaren reicht. In der freiwilligen Versicherung setzt sich der Aufwärtstrend der letzten Jahre fort. Insgesamt hat die BGW jetzt 30 309 (Vorjahr 28 568) Ärzte, Zahnärzte und Apotheker freiwillig versichert. Die Vorteile, in finanzieller und leistungsmäßiger Hinsicht werden aber offenbar immer noch unterschätzt, denn sonst müßte diese Zahl noch beträchtlich höher sein. Informationsmaterial stellt die BG auf Anfrage gern zur Verfügung.

Die Berufsgenossenschaft verschickt in diesen Tagen die Beitragsbescheide für das abgelaufene Kalenderjahr. Die Forderungen sind fällig bis zum 15. Mai 1978. Die BGW wäre dankbar, wenn ihre Verwaltungskosten, die von den Mitgliedsbetrieben aufgebracht werden müssen, niedriggehalten würden. Daher die Bitte, termingerecht mittels der vorbereiteten, den Beitragsbescheiden enhängenden Zehlkarten zu zahlen. Durch die Benutzung dieses maschinellen Klarschrittleseverfahrens ist eine zügige und ordnungsgemäße Verbuchung gewährleistet.

Die freiwillig versicherten, selbständig tätigen Ärzte bitten wir zu beachten, daß der Bestand ihrer freiwilligen Versicherung gefährdet ist, sofern der erhobene Betrag/Vorschuß nicht spätestens binnen zwei Monaten nach Erhalt der Rechnung bei der BGW eingegangen ist.

Es sei schließlich angemerkt, daß 14 232 (Vorjahr 15 078) Erinnerungen für die Einreichung der Nachweise zur Beitragsberechnung 1977 an die Ärzte verschickt werden mußten. Die BGW wäre dankbar, wenn sich diese Zahl nachdrücklich weiter, am liebsten bis zum Nullpunkt, verringern würde.

## Die Bewertung der Sachbezüge im Jahre 1978

Durch § 17 Satz 1 Nr. 3 des Sozialgesetzbuches (SGB) – Gemeinsame Vorschriften für die Sozialversicherung – vom 23. Dezember 1976 ist die Bundesregierung ermächtigt worden, durch Rechtsverordnung mit Zustimmung des Bundesrats den Wert der Sachbezüge nach dem tatsächlichen Verkehrswert im voraus für jedes Kalenderjahr zu bestimmen.

Aufgrund dieses § 17 des Vierten Buches des Sozialgesetzbuches erließ die Bundesregierung nach Anhörung der Bundesanstalt für Arbeit und mit Zustimmung des Bundesrats die Verordnung über den Wert der Sachbezüge in der Sozialversicherung für das Kalenderjahr 1978 vom 28. Dezember 1977. Diese Sachbezugswerte sind gemäß § 8 Abs. 2 Satz 2 Einkommensteuergesetz auch für den Lohnsteuerabzug maßgebend.

Der Wert der freien Kost und Wohnung einschließlich Heizung und Beleuchtung wird damit für das Land Bayern auf monatlich DM 300,- festgesetzt. Für Jugendliche bis zur Vollendung des 18. Lebensjahres und für Auszubildende vermindert sich dieser Wert um 15 vom Hundert.

Wenn freie Kost und Wohnung teilweise zur Verfügung gestellt wird, sind vom obengenannten Wert anzusetzen für die Wohnung 34 vom Hundert, für Heizung und Beleuchtung 10 vom Hundert, für Frühstück 12 vom Hundert, für Mittagessen 22 vom Hundert, für Abendessen 22 vom Hundert.

Diese Werte vermindern sich, wenn mehreren Beschäftigten ein Wohnraum zur Verfügung gestellt wird für Wohnung, Heizung und Beleuchtung bei Belegung mit zwei Beschäftigten um 20 vom Hundert und bei Belegung mit mehr als zwei Beschäftigten um 30 vom Hundert. Wird freie Kost und Wohnung nicht nur dem Beschäftigten, sondern auch seinen nicht bei demselben Arbeitgeber beschäftigten Familienangehörigen zur Verfügung gestellt, so erhöhen sich die einzusetzenden Werte um 80 vom Hundert für den Ehegatten, um 30 vom Hundert für jedes Kind bis zum sechsten Lebensjahr und um 40 vom Hundert für jedes Kind über sechs Jahre. Soweit ein Sachbezug ausschließlich freie Wohnung zur Verfügung gestellt wird, ist für die Bewertung der Wohnung der ortsübliche Mietpreis unter Berücksichtigung der sich aus der Lage der Wohnung zum Betrieb ergebenden Beeinträchtigungen anzusetzen. Wird Kost und Wohnung verbilligt als Sachbezug zur Verfügung gestellt, so ist der Unterschiedsbetrag zwischen dem vereinbarten Preis und der sich aus dieser Verordnung ergebenden Bewertung dem Arbeitsentgelt zuzurechnen. Für sonstige Sachbezüge, die nicht durch

**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 D8, Petroleum D8 ana 10 ml.

**Injektionslösung:** Cocculus D3 0,7 ml; Conium D2, Ambra D5, Petroleum D7 ana 0,1 ml; Meerwasser 32 g.

Aqua 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 Stobtherapie (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 8,50, 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-  
Autkrankheit)**

**Biologische Heilmittel Heel GmbH  
Baden-Baden**

**-Heel**

die Verordnung erfaßt werden und unentgeltlich zur Verfügung gestellt werden, ist als Wert der übliche Mittelpreis des Verbrauchsorts einzusetzen.

Die Verordnung über die Bewertung der Sachbezüge im Jahre 1978 trat am 1. Januar 1978 in Kraft. Die in der Verordnung festgesetzten Werte gelten bei laufendem Arbeitslohn für den Arbeitslohn, der für die im Jahre 1978 endenden Lohnzahlungszeiträume gewährt wird, und bei sonstigen Bezügen für Bezüge, die im Jahre 1978 zufließen.

alpe

#### Marie-Baum-Preis 1978

Für das Jahr 1978 schreibt die Deutsche Zentrale für Volksgesundheitspflege e. V. zum 13. Male den von ihr gestifteten Marie-Baum-Preis in Höhe von DM 2000,- aus.

An der Ausschreibung können sich Studenten an Fachhochschulen für Sozialwesen (Fachbereiche Sozialarbeit und Sozialpädagogik) in der Bundesrepublik Deutschland und West-Berlin mit Arbeiten für das Staatsexamen oder aus Schwerpunktgebieten beteiligen, sofern es sich um Arbeiten aus dem sozialmedizinischen Bereich von Sozialarbeit und Sozialpädagogik handelt. Einsendeschluß ist der 1. Juni 1978.

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

#### Deutsche Ileostomie-Colostomie-Urostomie-Vereinigung e.V. (ILCO)

Seit Ihrer Gründung im Jahr 1972 hat sich diese Selbsthilfegruppe zum Ziel gesetzt, die körperlichen und seelischen Probleme von Stoma-Trägern in gemeinsamer Arbeit zu bewältigen. Die auf die Beratung und Betreuung von Stoma-Trägern ausgerichtete Arbeit erfordert eine intensive Zusammenarbeit mit den beteiligten Fachgruppen (Ärzte, Psychotherapeuten, Krankenschwestern und -pfleger, Sozialarbeiter, Orthopädie-Techniker).

Der Mitgliedsbeitrag beträgt 48,- DM pro Jahr (kann ganz oder teilweise erlassen werden).

Weitere Auskünfte erteilt die Geschäftsstelle der Deutschen ILCO e. V., Kemmergasse 9, 8050 Freising, Telefon (081 61) 33 44 und 38 00.

## Pharmaindustrie

#### Dr. Rudolf Hückmann 70 Jahre

Dr. jur. Rudolf Hückmann, geschäftsführender Teilhaber der chemischen Fabrik Merz+Co. in Frankfurt und Reinheim, konnte vor kurzem seinen 70. Geburtstag feiern.

#### Neue Wandtafel für die ärztliche Praxis zur Information des Rheuma-Kranken

Die Basotherm GmbH hat eine farbige Wandtafel herausgegeben, auf der übersichtlich die Körperregionen hervorgehoben sind, in denen beim Weichteilrheumatismus der Rheumaschmerz besonders gehäuft und intensiv auftritt. Außerdem sind die bekannten Headschen Zonen eingezeichnet. Gerade in der Rheumatherapie ist es wichtig, den Patienten über die Entstehung und vor allem über die Möglichkeiten der Behandlung seiner Erkrankung gut zu informieren. Hier erweist sich die neue Wandtafel als nützlich.

Die Tafel erhalten Ärzte kostenlos von der Basotherm GmbH, Postfach 130, 7950 Biberach an der Riss 1.

#### Bilsom Propp.o.Plast

Automat für Gehörschutz

Diese weichen Pfropfen werden aus einer schwedischen Spezialwatte hergestellt und sind leicht in jedes Ohr einzuführen und wieder herauszunehmen. Im Lärm über 90 Dezibel (A), der als gesundheitsschädlich gilt, drücken sie den Lärmpegel herunter. Der mittlere Dämmwert beträgt etwa 25 Dezibel. Die Automaten spenden 1000 Propp.o.Plast, jeweils aus Spezialpackungen.

In einer Sonderaktion, die bis zum 31. Mai 1978 dauert, werden die Bilsom-Watte-Automaten in der gesamten Bundesrepublik Deutschland angeboten.

Weitere Informationen: Bilsom International GmbH, Abteilung Öffentlichkeitsarbeit A, Postfach 1966, 2400 Lübeck 1, Telefon (04 51) 7 85 00.

## 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.

Alles kommt aus einer Hand – informieren Sie sich durch eine unverbindliche Vorführung.

#### Ing. Georg Hoffmann

Inh. Günther Mathes  
Spezialist für Praxis-Planung und -Einrichtung  
Herzog-Bernhard-Straße 103  
8500 Nürnberg  
Telefon (0911) 61 42 35

### Film: Die Photochemotherapie mit Mefedinfine

Dieser Ferbfilm zeigt die Möglichkeiten der Behandlung von Psoriasis und anderen Hautkrankheiten bei lokaler und oraler Verabreichung von 8-Methoxypsoralen und nachfolgender UVA-Bestrahlung. Graphische Darstellungen verdeutlichen das Zusammenwirken von Medikament und Licht und erläutern den therapeutischen Effekt.

Patientenbilder mit vergleichenden Aufnahmen vor und nach der Behandlung zeigen die Ergebnisse der Photochemotherapie mit Meladinine.

Der Film steht als 16 mm-Lichtton oder 8 mm-Magnettonkopie zur Verfügung und wird den Interessenten kostenlos verliehen.

Auskunft: Basotherm GmbH, Postfach 130, 7950 Biberach an der Riss;

oder: Filmstelle C. H. Boehringer Sohn, Binger Straße 173, 6507 Ingelheim/Rhein.

### Klevertex Halogen-Niedervoltleuchten

Diese Halogen-Niedervoltleuchten der Firma Klever, Medizintechnik, Wermelskirchen, mit ihrem punktförmigen, zweistufig einstellbaren Licht, bieten, besonders auch auf dem Behandlungssektor, vielfältige Einsatzmöglichkeiten. Die problemlos austauschbare Halogenleuchte (12 V/20 W), mit einer Lebensdauer von ca. 2000 Stunden, befindet sich in einem doppelwändig gekühlten Gehäuse. Der verchromte Schwenkarm, mit eingebautem Trafo, hat dauerhafte Gelenke mit einwendfreiem Kabelschutz. Die Halogenleuchten sind als Stativmodell mit standfestem Vier- oder Fünffuß, in starrer sowie höhenverstellbarer (Original Ringstativ DBPat.) Ausführung erhältlich. Außerdem sind sie mit verschiedenen Elementen zur Befestigung an der Wand, der Tischplatte, am Combi Car CC4 und der Wendschleife 25 x 5 mm lieferbar.



**Brot  
für die Welt**

**Hilfe zum Leben**  
Postscheck Köln 500 500-500

## Buchbesprechungen

### Der klinische Zugang zum Patienten

#### Anamnese und Körperuntersuchung

Herausgeber: R. Adler mit einem englischen Vorwort v. W. L. Morgan / G. L. Engel, 296 S., 60 Abb., 4 Tab., kart., DM 38,—. Verlag Hens Huber, Bern.

Die Bedeutung von Anamnese und Körperuntersuchung als Voraussetzung für Diagnostik und Therapie wird bei der klinischen Ausbildung des angehenden Arztes immer wieder betont. Die praktische Durchführung stößt aber auf Schwierigkeiten: Beim Versuch, den Studenten anzuleiten, die Arzt-Patient-Beziehung zu verstehen und psychische und soziale Daten zusammen mit somatischen in die Diagnostik und Behandlung einzubeziehen, fehlt eine schrittliche Grundlage mit einer systematischen Einführung in die Technik der Anamnesenerhebung. Dieses Buch nun schließt eine Lücke: Es vermittelt Anamnesetechnik und Körperuntersuchung als Ganzes. Darüber hinaus führt es den Studenten von den ersten Schritten auf der klinischen Station über die Technik der Anamnesenerhebung bis zur Niederschrift der Krankengeschichte, der Verordnung der Medikamente und dem Kontakt mit den Krankenschwestern. Man kann diesem Buch, das es in unserer Studienzeit leider nicht gab, eine weite Verbreitung wärmstens empfehlen.

Dr. F. Sprenger, Würzburg

### Einführung in die Sexualbiologie

Verf.: Dr. Ch. J. Avers, aus dem Amerikanischen übersetzt v. Dr. I. Afvestad-Graebner, 301 S., 75 Abb., 4 Tab., Taschenbuch, DM 19,80. Gustav Fischer Verlag, Stuttgart.

Die Autorin behandelt die vielfältigen Aspekte menschlicher Sexualität: die genetischen, anatomischen und physiologischen Grundlagen der Fortpflanzung, die Kontrazeption, das Sexualverhalten, Geschlechtskontrollen in der Gesellschaft und bevölkerungspolitische Probleme. Zum Vergleich werden entsprechende Phänomene im Tierreich herangezogen.

Das Buch, das mehr wie ein „Taschenbuch“ ist, ist geradezu ein „Lehrbuch“, so ausführlich wird der Stoff behandelt. Es ist für jeden Arzt und Medizinstudenten zu empfehlen.

Dr. S. Leicht, Erlangen

### Geburtshilflich-gynäkologische Praxis

Herausgeber: Prof. Dr. F. K. Beller / Dr. H.-D. Böttcher, 152 S., 73 Abb., 53 Tab., kart., DM 24,—. Georg Thieme Verlag, Stuttgart.

Bericht über das unter reger Beteiligung stattgehabte Gespräch von ausgewählten Themen der Geburtshilfe und Gynäkologie unter besonderer Berücksichtigung der Kontrazeption. Hochdruck und Anämie in der Schwangerschaft werden übersichtlich und verständlich abgehandelt unter Verwendung der Ergebnisse der kurz vorher stattgehabten Tagung über Hypertension in der Schwangerschaft. Verdienstlich ist die Abhandlung über die Kontrazeption mit den Resultaten der einzelnen Methoden, dem Pro und Contra, auch der doch noch moralisch und juristisch recht umstrittenen Methode der „Pille danach“. Eine Schritt, die dem Facharzt und dem Praktiker gleichviel gibt.

Medizinaldirektor Dr. J. Platz, Weiden

Verf.: Prof. Dr. M. Blohmke, 670 S., 67 Abb., 115 Tab., Gnzleinen, DM 198,-, bei Abnahme des kompletten Werkes DM 168,30. Ferdinand Enke Verlag, Stuttgart.

Mit dem jetzt vorliegenden Band II wird das dreiteilige Handbuch der Sozialmedizin abgeschlossen. Ausführlich werden hier die Epidemiologie einzelner Krankheiten und Fragen der präventiven Medizin dargestellt. Auch an diesem Band haben mehrere Autoren mitgearbeitet, deshalb ist die Darstellung etwas inhomogen. Einzelne Kapitel konnten auch nicht immer direkt vor der Drucklegung abgeschlossen werden. Diese Nachteile schmälern aber nicht die Leistung der Autoren, einen guten Überblick über das Fach Sozialmedizin zu geben. Besonders hilfreich sind die jedem Kapitel beige-fügten Literaturhinweise. Dieses Handbuch ist allen sozialmedizinisch Interessierten zu empfehlen.

Privatdozent Dr. W. D. Schäfer, Würzburg

### Drogenmißbrauch und Drogenebhängigkeit

Compendium für Ärzte, Juristen, Sozial- und Erzieherberufe

Verf.: Prof. Dr. E. Christiani † / Dr. G. Stübing, 3., überarbeitete u. erw. Aufl., 140 S., mit zahlr. Tab., Polylein, DM 15,-. Deutscher Ärzte-Verlag GmbH, Köln.

Das handliche Taschenbüchlein bringt in übersichtlicher Form die wesentlichsten Daten zum Thema Drogenmißbrauch und Drogenebhängigkeit. Es ist als Compendium für Ärzte, Juristen, Sozial- und Erzieherberufe gedacht. Die vorliegende

dritte überarbeitete und erweiterte Auflage 1977 bringt auch eine übersichtliche Darstellung der Sofortmaßnahmen bei Drogenzwischenfällen sowie unter anderem ein Kapitel über die rechtlichen Bestimmungen zur Behandlung und Rehabilitation Drogenabhängiger.

Professor Dr. G. Liebaldt, Würzburg

### Fortpflanzung des Menschen

Genitalfunktion – Schwangerschaft – Neugeborenes

Verf.: Prof. Dr. G. Döring / Dr. C. Hossfeld, 2., überarb. Aufl., 154 S., 51 Abb., U & S Taschenbuch 1010, DM 13,-. Verlag Urban & Schwarzenberg, München.

Des vorliegende Taschenbuch ist die überarbeitete und durch etliche Abbildungen ergänzte Fassung des Abschnittes „Fortpflanzung“ aus Band 17 der „Physiologie des Menschen“ von Gauer/Kremer/Jung. Neu sind insbesondere das Kapitel über „Sexualhormone“ und ein Abschnitt über kontrazeptive Methoden. Die Monographie versteht sich als Information über die große Zahl der differenzierten biologischen Prozesse, die im Fortpflanzungsgeschehen eine Rolle spielen, und wendet sich in erster Linie an den werdenden Arzt, aber auch an den interessierten Nicht-Mediziner. Für den Studenten und den in diesen stets präzisrelevanten Fragen interessierten Arzt ist das Buch bestens geeignet und uneingeschränkt empfehlenswert, für den Laien dagegen – z. B. den Sexualkunde-Lehrer – wäre es sicherlich sinnvoll gewesen, wenigstens im Anhang eine Erklärung der zahlreichen Fachausdrücke zu präsentieren.

Dr. H. Piechowiak, München

## 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 Herz-wirkung hierbei erst ca. 30 bis 40 Minuten nach der Anwendung ein. Für den akuten Anfall ist STRODIVAL® mr daher nicht geeignet.

**Zusammensetzung:** Eine Zerreib-Kapsel Strodival® perlingual sowie eine Schluck-Kapsel Strodival® mr enthalten je 3,0 mg g-Strophanthin in osophiler Phase.  
**Indikationen:** Bei allen Formen von Linksmycardschäden. **Kontraindikationen:** Hyperkalzämie, Kaliummangelzustände, Atrio-ventriculäre Resickungsstörungen; Vorsicht bei gleichzeitiger iv Kalziumtherapie. **Besondere Hinweise:** Rechtsherzauffälligkeiten (bei vorliegenden Odemen, Tachykardien und Tachyarrhythmien) brauchen gezielte Zusatzmaßnahmen. Bei Strodival® perlingual treten gelegentlich Mundschleimhautreizungen auf. In diesen Fällen sollte die magensaftresistente Form Strodival® mr angewandt werden. **Dosierung und An-**

**wendungsweise:** Individuell, bis zum bestmöglichen Erfolg, denn Strodival® kumuliert nicht. **Strodival® perlingual** in der Dauerbehandlung: Durchschnittliche Tagesdosis 2–4 mal täglich 1–2 Kapseln. **Strodival® perlingual** in der Sofortbehandlung: Beim Angine-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 4 mal täglich

1–2 Kapseln. Strodival® mr sollte möglichst auf leeren Magen zerbeißen geschluckt werden. Morgens nüchtern und tagsüber ½ bis 1 Stunde vor den Mahlzeiten. **Handelsformen und Preise:** Strodival® perlingual: OP mit 30 Kapseln DM 596 inkl. MwSt., OP mit 100 Kapseln DM 1496 inkl. MwSt., OP mit 500 Kapseln DM 6230 inkl. MwSt.; Strodival® mr: OP mit 30 Kapseln DM 599 inkl. MwSt., OP mit 100 Kapseln DM 1566 inkl. MwSt., OP mit 500 Kapseln DM 5599 inkl. MwSt. Verschreibungspflichtig.

A. HERBERT KG  
Wiesbaden

### Neureltherapie nach Huneke

Verf.: Dr. J. P. Dosch, 220 S., 25 Abb., DM 57,-. Kerl F. Heug Verlag, Heidelberg.

Der Verfasser, einer der bekanntesten Protagonisten der Neureltherapie nach Huneke, hat die enlänglich des 17. Kongresses der Internationalen Gesellschaft für Neuraltherapie nach Huneke gehaltenen Vorträge im vorliegenden Buch zusammengestellt. Der außerordentliche Zuspruch, den der Kongreß erfahren hat, beweist, daß sich die Neuraltherapie nach Huneke einen festen Platz unter den ärztlichen Therapien gesichert hat. Während sich die Referate des ersten Abschnittes mit den Grundlagen der Neureltherapie befassen, finden sich in den folgenden Abschnitten Ausführungen über die Anwendung derselben bei Erkrankungen des Bewegungsapparates und in der Geriatrie. Das für den praktischen Gebrauch sehr wertvolle Buch wird der Neuraltherapie nach Huneke sicher neue Anhänger zuführen.

schr

### Taschenbuch der Antibiotika-Therapie

Verf.: Doz. Dr. W. Greuer, 7., überarb. Aufl., 189 S., 6 z. T. mehrfarb. Abb., kart., DM 14,80. Urban & Schwarzenberg Verlag, München.

Die vorliegende 7. Auflage des beliebten Taschenbuches der Antibiotika-Therapie war nach relativ kurzer Zeit wegen der rasch fortschreitenden Entwicklung auf diesem Sektor notwendig. Zahlreiche kleinere Änderungen, insbesondere in den Abschnitten über Therapievorschläge und Therapeutika, halten das Buch auf dem aktuellen Stand. Es wird auf keinem Arztschreibtisch fehlen.

Professor Dr. H.-H. v. Albert, Günzburg

### Leberschäden durch Vinylchlorid

Verf.: Dr. H. W. Gutacker / Prof. Dr. W. K. Leibach, 120 S., 66 Abb., davon 21 vierfarb., 13 Tab., Leinen, DM 40,-. Verlag Gerhard Witzstrock, Baden-Baden.

Die Herausgeber legen in diesem Buch das Ergebnis der 2. Wissenschaftlichen Tagung der Arbeitsgemeinschaft Bonner Ärzte für Umweltschutz e. V. mit 27 Experten über das Thema „Vinylchloridkrankheit“ vor. Es werden sowohl Chemie und Toxikologie des Vinylchlorids als auch Pathomorphologie der Leberschädigungen und dermatologische sowie internistische Klinik der Erkrankung behandelt. Ein Kapitel

über erbeitsmedizinische Aspekte und eine Zusammenfassung der Diskussionsbeiträge runden diese umfassende Darstellung ab. Der Band ist mit vorzüglichem Bildmaterial ausgestattet und bietet über 250 Literaturstellen bis 1976. Dem mit der Problematik befaßten Leserkreis kann dieses Buch uneingeschränkt empfohlen werden.

Dr. A. Zober, Erlangen

### Bio-Logik

Grundideen der modernen Lebenslehre – Gesellschaftslehre – Heilungslehre

Herausgeber: F. M. Lehmann, 278 S., kart., Band 24 der Schriftenreihe Bezirksärztekammer Nordwürttemberg, DM 19,80. A. W. Gentner Verlag, Stuttgart.

Bio-Logik ist die dem modernen Denken eigentümliche Auffassung eines Lebendigen. In dem vorliegenden Werk beschreibt der Verfasser aufgrund ausgedehnter medizinhistorischer, philosophischer und theoretischer Studien die Kategorien dieser modernen Bio-Logik – Individuum, Organisation, Reorganisationskraft, Immunität, Entwicklung. Zugleich erörtert er ihre Anwendung in der ärztlichen Praxis und Forschung.

Professor H. Schipperges würdigt in seinem Vorwort die ungewöhnliche Persönlichkeit des Verfassers und das Grundthema seiner Monographie.

### Die psycho-physische Erschöpfung – Eine neue Diagnose

Herausgeber: Prof. Dr. V. Tobiasch, 147 S., 36 Abb., 19 Tab., kart., DM 18,-. Wissenschaftliche Verlagsgesellschaft mbH, Stuttgart.

Darstellungen der Morphologie und Steuerung des Energiesystems leiten den Reigen der zwölf Beiträge zu diesem Symposium ein, in dem Patienten-Befragungen, pharmakologische, psychosomatische, psychosoziale, allgemein- und sportmedizinische, pädiatrische, psychiatrische und klinisch-neurophysiologische Untersuchungen und Ansichten zu Wort kommen. Ob „die neue Diagnose“ etwas Besonderes – gar im Sinne eines „Synonyms für eine Zeitkrankheit“ – trifft? Spezifische Charakteristika gegenüber den bekannten psycho-vegetativen Syndromen sind jedenfalls kaum erkennbar. Ein „neuer“ Name, der sich schwerlich „erschöpfend“ identifizieren läßt.

Professor Dr. H. Grosch, Erlangen

Glomeruläre  
Nephropathien,  
chronisch  
renale  
Hypertonie,  
Entzündungen  
und Spasmen  
der Harnwege.

**SOLIDAGO®** › Dr. Klein ‹  
die Kapillarpermeabilität normalisieren, die Kapillarresistenz erhöhen.

**Zusammensetzung:** 100 g enthalten: Extr. fl. aus Herb. Solidag. virg. 50 g (stand. auf 1 mg Quercitrin pro ml), -Potentill. enserin. 17 g, -Equiset. arv. 12 g, Rad. Rub. tinct. 15 g, Fruct. Petrosel. sat. 5 g; Of. Junip. 1 g.  
**Dosierung:** 3 x täglich 20–30 Tropfen in etwas Flüssigkeit einnehmen.

**Handelsformen und Preise incl. MWST:** Tropfen; Flasche



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

## Infektion, Blutgerinnung und Hämostase

Herausgeber: Prof. Dr. R. Marx / Prof. Dr. H. A. Thies, 302 S., 111 Abb., 71 Tab., kart., DM 59,-. F. K. Schettauer Verlag, Stuttgart.

Vorliegendes Buch stellt eine Sammlung der ausgearbeiteten Vorträge des „XIX. Hamburger Symposiums über Blutgerinnung“ dar, das speziell dem Einfluß der Infektion auf die Hämostase gewidmet war. Stets bemühen sich die Herausgeber, die Vielfalt der Themen durch zusammenfassende Diskussionen auf ein gemeinsames Grundproblem zu führen. Während der erste Teil des Buches vor allem den hämostasiologisch interessierten Internisten anspricht, weist das große letzte Kapitel „Sepsis und Blutgerinnung“ besondere Bedeutung für alle operativ tätigen Ärzte auf.

Dr. F. Schmidtler, Gräfelfing

## Sprech- und Sprachstörungen

Lehrbuch für Ärzte, Logopäden und Sprachheilpädagogen

Verf.: Prof. Dr. G. Wirth, 277 S., 48 Abb., 4 Tab., Polylein, DM 49,-. Deutscher Ärzte-Verlag GmbH, Köln.

Untersuchung und Behandlung von Sprech- und Sprachstörungen erfordert interdisziplinäres Denken und Handeln. Dies macht die klare, übersichtliche Darstellung deutlich. Ein allgemeiner Teil behandelt Anatomie, Physiologie und Entwicklung von Sprechen und Sprache, im speziellen Abschnitt werden deren Störungen erörtert, wie Sprachentwicklungsverzögerung, Dysgrammatismus, Stimmsetismus, Balbuties, Hörstummheit, Aphasie oder Auffälligkeiten bei neurologischen und psychiatrischen Erkrankungen. Die gut gegliederte, flüssig geschriebene Abhandlung ermöglicht eine rasche, umfassende Information über dieses wichtige Gebiet und vermittelt viele Hinweise für die tägliche Praxis.

Dr. G. Neuhäuser, Erlangen

## Die große Enzyklopädie der Malerei

Maler – Grafiker – Epochen – Stile – Museen der Welt – 8 Bände

Herausgeber: Prof. Dr. H. Bauer, Band 6: Mas - Ploe, 360 S., Leinen, Vorbestellpreis DM 168,-. Verlag Herder, Freiburg-Basel-Wien.

Wie kaum bei einem der anderen Bände kommt hier der Museumsbesucher auf seine Kosten. Was ihn im Germanischen Nationalmuseum in Nürnberg erwartet, kann er ebenso nachschlagen, wie er sich einen Überblick über die großen Kunstsammlungen in Paris, New York, Moskau oder München verschaffen kann.

Was ist „Narrative Figuretion“, was „Pittura metafisica“? Worin besteht der Unterschied zwischen „Neuer Abstraktion“, „Neuer Figuration“, „Neuem Realismus“ und „Neuer Sachlichkeit“? Der Band gibt Antwort für alle, die sich im Gewirr moderner Stilrichtungen zu verirren drohen.

Besonders hervorgehoben seien die großen Artikel über Michelangelo und Picasso sowie ein 15 Seiten umfassender Beitrag über Oströmisch-byzantinische Malerei. Auch der Niederländischen Malerei wird breiter Raum gegeben.

Freunde der Naiven Malerei finden nicht nur einen mehrseitigen, schön illustrierten Artikel, sondern an dessen Ende auch eine zweiseitige Aufstellung „Auswahl naiver Maler (nach Ländern)“.

## Gefäßlehre Taf. III.

Fig. II.

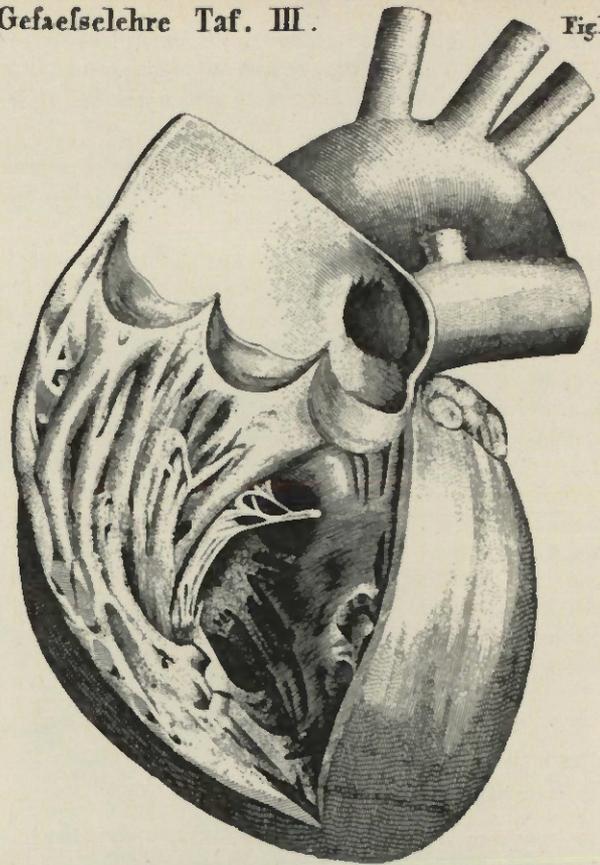


Abb. aus „Dr. H. Oesterreicher's Anatomischer Atlas“, 1828.

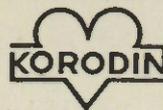
# KORODIN®

für Herz und Kreislauf



Altersherz, nervöse Extrasystolen, Cor nervosum; Schwindelgefühl, Kollapsneigung, Ohnmachtsanfälle bei Hypotonie.

**Dosierung:** 3x tgl. 4–5 Tropfen auf einem Stück Zucker. Diabetiker nehmen Korodin auf einem Stückchen Brot. Nicht mit Wasser einnehmen! Bei Schwächeanfällen und drohendem Kollaps werden alle 15 Minuten 5 Tropfen gegeben, bis der Patient sich wieder erholt. Bewußtlosen verreibt man 10 Tropfen unter der Nase.  
**Zusammensetzung:** Extr. Crataegi fluid. 55,0 g, Menthol 0,2 g, Camphor 2,5 g, Tinct. Convall. 0,4 g, Tinct. Vel. 2,0 g, Excip. ad 100 g.  
**Kontraindikationen:** keine bekannt.



### Handelstformen und Preise:

OP Tropfflasche mit 10 ml DM 3,80  
OP Tropfflasche mit 30 ml DM 8,75  
Großpackung mit 100 ml DM 22,-

ROEBUGEN GMBH · PHARMAZEUTISCHE FABRIK · ESSLINGEN/NECKAR

## Stundenbücher und ihre Eigentümer

Die kostbar illustrierten Gebet- und Andachtsbücher von Königen und Fürsten des späten Mittelalters, vorgestellt in 34 der berühmtesten Exemplare und gewürdigt in ihrer künstlerischen Bedeutung

Herausgeber: J. Herthen, aus dem Englischen v. R. Klett, 192 S., mit 73 Farbs. aus 34 Handschriften, Leinen, DM 78,—. Verlag Herder, Freiburg—Basel—Wien.

Stundenbücher oder „Livres d'heures“ sind in lateinischer, teils auch in Landessprache verfaßte Gebetbücher einer frommen, ständebewußten Gesellschaftsschicht, die in Anlehnung an den Psalter im 12./13. Jahrhundert aufkamen.

Das Werk ist in zwei Hauptteile gegliedert, in einen Essay und einen Bildteil, der von Texten begleitet wird, die sich unmittelbar auf die 73 Farbseiten beziehen. Hier werden Maße, Umfang, Zahl der Miniaturen, Aufbewahrungsort, Beschreibung der Abbildung und Angaben zur Person des Auftraggebers oder Besitzers geboten. Auf diese Weise kann der Leser den oft komplizierten Weg, den das Werk genommen hat, verfolgen. Die gezeigten Beispiele bieten ein breites Spektrum von Stilformen, Entstehungsdaten und Herkunftsorten und schließen unbekanntere wie berühmte Beispiele ein.

## Faszinetton in Stein

Die schönsten Fossilien in Farbe

Herausgeber: J.-C. Fischer/Y. Gayraud-Vely, aus dem Französischen v. F. Lemparski u. R. Stamm, 200 S., 150 Farbphotos v. D. Serrette u. R. Kandaroun, geb., DM 98,—. Verlag Herder, Freiburg—Basel—Wien.

In einem interessanten Bericht erfährt der Leser, wie sich die Paläontologie in einem langen Prozeß zu einer selbständigen Wissenschaft entwickelte. Die Bedingungen der Fossilbildung, berühmte Fundstätten, große paläontologische Expeditionen sowie die Verarbeitung von Fossilien zu Schmuckstücken — am bekanntesten das fossile Herz, der Bernstein — sind weitere Themen des Textteils. Den Abschluß des Bandes bilden Betrachtungen über die Fossilien als „Zeitmerkmale“; sie helfen, die immensen geologischen Zeiträume unseres Planeten zu gliedern und informieren über die Entwicklung der Umwelt sowie die verschiedenen Zeitebenen, die bis jetzt die Geschichte des Lebens geprägt haben.

## Herder Lexikon Musik

Sechswörterbuch

Bearbeitet im Auftrag der Lexikonredaktion von K. L. Nicol, 224 S., über 2100 Stichwörter, 410 Abb., Notenbeispiele u. Tab., flex. Plastikeinb., DM 22,—. Verlag Herder, Freiburg — Basel — Wien.

Mit 2100 Stichwörtern und über 410 Abbildungen, Notenbeispielen und Tabellen umfaßt das Lexikon u. a. Artikel aus dem Gebiet der Musikgeschichte, Instrumentenkunde, Musiklehre, werden Begriffe aus Rhythmik, Instrumentation und Kompositionslehre, Kontrapunkt und Harmonielehre abgehandelt bis hin zu den verschiedenen musikalischen Gattungen und Formen. Auch die Unterhaltungsmusik ist mit zahlreichen Stichwörtern vertreten.

Wer immer sich in Freizeit oder Beruf mit Formen und Inhalten der Musik beschäftigt, sollte dieses handliche Nachschlagewerk in seine Musikbibliothek legen.

## Therapeutika

### Cetergen®

Zusammensetzung:

1 Dragee enthält 500 mg (+)-Fleven-3, 3', 4', 5, 7-pentol = (+)-Cyanidanol-3.

Indikationen:

Akute Virushepatitis, toxische Leberschäden, als Adjuvens bei der alkoholischen Hepatitis.

Kontraindikationen:

Bisher nicht bekannt.

Nebenwirkungen und Begleiterscheinungen:

In seltenen Fällen können leichte Magenbeschwerden auftreten.

Vorzüge und Wirkung:

Siehe wissenschaftlichen Prospekt.

Anwendung und Dosierung:

Wenn vom Arzt nicht anders verordnet, 3 x 1 Dragee täglich während der Mahlzeiten einnehmen.

Während der Behandlung mit Cetergen ist zur Kontrolle des Krankheitsverlaufes und des Therapieerfolges eine Überprüfung der maßgeblichen Laborwerte in regelmäßigen Abständen angezeigt. Eine Langzeitbehandlung sollte zunächst nicht durchgeführt werden.

Handelsformen:

Originalpackungen: 40, 100 und 200 Dregees, Klinikpackung.

Hersteller:

Zyma GmbH AG, 8000 München 70

### Corveton

Zusammensetzung:

1 Tablette Corvaton enthält: 2 mg N-Carboxy-3-morpholino-sydnomin-äthylester = Moisdomin (INN).

Indikationen:

Koronarinsuffizienz, Behandlung und Anfallsprophylaxe bei Angine pectoris, Nachbehandlung des Herzinfarktes.

Kontraindikationen:

Corvaton soll nicht bei kardiogenem Schock und schwerer Hypotonie angewendet werden.

Hinweise, Wirkungsnachweise und Nebenwirkungen:

Siehe wissenschaftlichen Prospekt.

Anwendung und Dosierung:

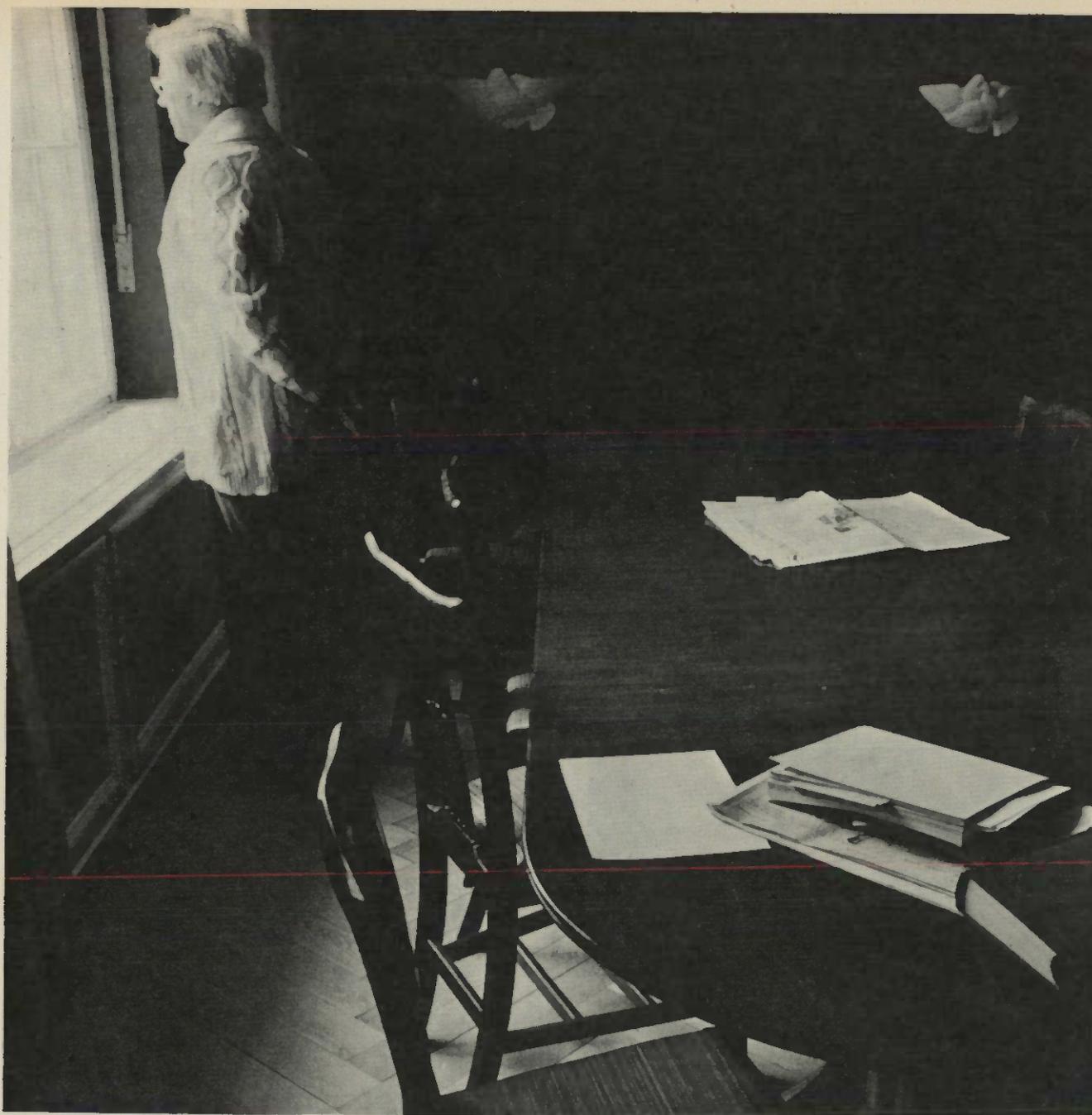
Im allgemeinen, wenn vom Arzt nicht anders verordnet, 2 x am Tage 1 Tablette Corvaton, wenn möglich nach dem Essen einnehmen. In manchen Fällen genügt 2 x am Tage 1/2 Tablette, andererseits kann in schweren Fällen oder bei besonderer physischer bzw. psychischer Belastung die Einnahme von 3 x am Tage 1 Tablette erforderlich sein. Falls ein rascherer Wirkungseintritt gewünscht wird, läßt man die Tablette im Munde zergehen.

Handelsformen und Preise:

30 Tabletten DM 17,90, 100 Tabletten DM 51,70. Klinikpackungen mit 500 Tabletten.

Hersteller:

Casella-Riedel Pharma GmbH, 6000 Frankfurt 61



## Die Depression des Hausarztes.

Die Depressionen des Hausarztes sind die Depressionen seiner Patienten.

In den letzten Jahren hat die Zahl der Depressiven laufend zugenommen. Am häufigsten sind Depressionen bei verheirateten Frauen um Dreißig sowie im Klimakterium und bei Männern um Vierzig oder im Senium anzutreffen.

Ihre depressive Krise ist auch für den Hausarzt kritisch. Oder war es doch bisher.

Es fehlte an wirksamen und risikoarmen Medikamenten. Erst die neue Generation der Antidepressiva ermöglicht dem Hausarzt eine sichere Pharmakotherapie.

Dabei ist TOLVIN zuverlässig depressionslösend und sicher,

wie die klinische Erprobung zeigt. Der Hausarzt kann TOLVIN bei allen Formen der Depression verschreiben:

Bei endogenen Depressionen ebenso wie bei Erschöpfungsdepressionen, bei reaktiven und larvierten Depressionen sowie depressiven Neurosen.

Es gibt keine absoluten Kontraindikationen.

Ebenso fehlen die für Antidepressiva typischen atropinartigen Nebenwirkungen wie Mundtrockenheit, Erhöhung des Augeninnendrucks, Obstipation etc. Vor allem: TOLVIN zeigt keine kardiotoxische Wirkung. Es vermindert nicht die Kontraktionskraft des Herzmuskels.

TOLVIN besitzt eine große therapeutische Breite. Mit TOLVIN allein ist ein erfolgreicher Suizid mehr als unwahrscheinlich. Deshalb kann TOLVIN ohne Risiko eingesetzt werden.

**Fazit:** Mit TOLVIN steht dem Arzt ein Antidepressivum zur Verfügung, mit dem er allen depressiven Patienten wirksam und ohne Wagnis helfen kann.

**Zusammensetzung:** 1 Filmtablette TOLVIN enthält 10 mg 1,2,3,4,10,14b-Hexahydro-2-methyl-dibenzo (c,f) pyrazino (1,2-a) azepin-monohydrochlorid.

**Indikationen:** Bei allen Depressionen und depressiven Verstimmungen.

**Dosierung und Anwendungsweise:** Die Behandlung sollte mit 30 mg/die beginnen. Zur Erzielung der optimalen Wirkung ist danach eine Tagesdosis von 40 mg bis 80 mg TOLVIN erforderlich. In den meisten Fällen hat sich eine Tagesdosis von 60 mg als ausreichend erwiesen.

**Kontraindikationen:** keine absoluten.

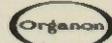
**Nebenwirkungen, Begleiter-**

**scheinungen:** TOLVIN ist gut verträglich.

**Darreichungsform und Packungsgrößen:** 60 Filmtabletten zu 10 mg 27,35 DM

Organon GmbH  
Mittenheimer Straße 62  
8042 Oberschleißheim  
bei München

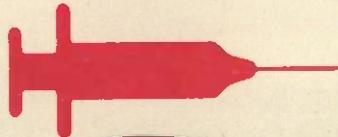
**TOLVIN. Das sichere Antidepressivum.**



# Der Rheuma Schub

„Initialtherapie“

**ULTRA-**  
**Demoplas®**  
Ampullen



**Soforteffekt  
gegen Schmerz  
und  
Entzündung**

**Weiterbehandlung  
mit  
Demoplas® comp.  
Dragées**

**Zusammensetzung:** ULTRA-DEMOPLAS Doppelampullen Lösung 1 - 1 Ampulle zu 3 ml enthält: Phenylbutazon-Natrium 800 mg, Lidocain-Hydrochlorid 30 mg, Lösung B - 1 Ampulle zu 1 ml enthält: Prednisolon 8 mg, Dexamethason 4 mg, Vitamin-B<sub>12</sub>-Cyanokomplex 2500 µg, Lidocain-Hydrochlorid 10 mg. 1 Dragée DEMOPLAS comp. enthält: Phenylbutazon 100 mg, Propylphenazon 150 mg, Essig. Aescul. Hippocast. a sem sicc. 34 mg (entsprechend einem Aescingehalt von 5 mg), Vitamin B<sub>12</sub>-natrium 3,9 mg, Vitamin-B<sub>12</sub>-hydrochlorid, 2 mg, Vitamin-B<sub>12</sub>-Cyanokomplex 4 µg. **Indikationen:** Zur umfassenden intensiven Therapie akut entzündlich sowie degenerativ rheumatischer Muskel- und Gelenkerkrankungen: Rheumatoide Arthritis (= primär chronische Polyarthritide), M. Sacroterea (im akuten Schub), Arthrosen, Spondylarthrosen, Osteochondrosen, Bandscheibensyndrom, Myalgien, Lumboschielgien, Interkostal-Neuralgien, Schulter-Arm-Syndrom, Periarthritis humero-scapularis, Periostitis, Epicondylitis, Tendovaginitis, Tortikollis, Radikulitis, Neuritis, Neuralgien, Thrombophlebitis (bei besonderer Indikationsstellung), Adnexitis (unter Antibiotikumschutz). DEMOPLAS comp. ist bei allen Entzündungsformen indiziert, bei denen eine Kortisonanwendung nicht in Betracht gezogen wird. **Kontraindikationen:** Überempfindlichkeit gegen Pyrazolderivate, Ulcus ventriculi et duodeni, Leukopenie, hämorrhagische Diathese (Thrombopenie, Koagulopathie), akute intermittierende Porphyrie, Neigung zu Krampfanfällen (Epilepsie, Tetanie), erstes Trimenon der Schwangerschaft, deutliche Krankheitszeichen bei hepatischer, renaler oder kardialer Insuffizienz. Zusätzlich für ULTRA-DEMOPLAS: Schwere Osteoporose, Herpes simplex der Augen, Herpes zoster, Varizellen, vor und unmittelbar nach Schutzimpfungen, Lymphome nach BCG-Impfung, Amöbeninfektion, Systemmykosen, Pilzmykosen mit Ausnahme der bulbärenzephalischen Form, hochgradige Hypertonie, Gravidität. **Zur Beachtung:** Bei der Anwendung der Präparate kann es zu einer Wirkungsverstärkung von Antikoagulantien oder oralen Antidiabetika bzw. zu einer Retardwirkung bei anderen Medikamenten kommen. Bei längerer Anwendung der Präparate ist eine Blutbildüberwachung angezeigt. Auch kann eine gewisse Dursthemmung und Wasserretention eintreten, die sich im allgemeinen ohne besondere therapeutische Maßnahmen zurückbildet. Die Einschränkung der Kochsalzaufnahme ist gegebenenfalls zu erwägen. Wegen der Kortisonidkomponente von ULTRA-DEMOPLAS ist bei Diabetes mellitus, Infektionskrankheiten (Tuberkulose) und Psychosen eine besonders sorgfältige Kontrolle des Patienten notwendig. DEMOPLAS comp. sollte während der Schwangerschaft nur bei dringender Indikationsstellung verabreicht werden. **Handelsformen und Preise:** ULTRA-DEMOPLAS: Packung mit 3 Doppelampullen DM 21,54 DEMOPLAS comp.: Packung mit 30 Dragées DM 5,56, Packung mit 100 Dragées DM 18,09; Anstaltspackungen.

ADENYL-CHEMIE GMBH · 1000 BERLIN 10

A 3801 3/78

**Diane®**

**Zusammensetzung:**

1 Kelenderpeckung enthält 21 Dregees zu je 2 mg Cyproteronecetet und 0,05 mg Äthinyloöstrediol.

**Indikationen:**

Androgenisierungserscheinungen bei Frauen, wie Akne, Seborrhoe, androgenetische Alopezie, leichtere Formen von Hirsutismus, Konzeptionsverhütung bei Frauen mit Androgenisierungserscheinungen.

**Kontraindikationen und Risiken:**

Wie bei allen Hormonpräparaten dieses Typs: schwere Leberfunktionsstörungen; idiopathischer Schwangerschaftsikerus oder schwerer Schwangerschaftspruritus in der Anamnese, Dubin-Johnson- und Rotor-Syndrom, vorausgegangene oder bestehende thromboembolische Prozesse, Sichelzellenanämie, Mamma- oder Korpuserkinom (auch nach Behandlung), Fettstoffwechselstörungen; Herpes gestationis in der Anamnese, Otoklerose mit Verschlechterung in vorangegangenen Schwangerschaften. Einfluß auf die Wirkung bei gleichzeitiger Gebe enderer Medikamente siehe Prospekt.

**Besondere Hinweise, Nebenwirkungen und Wirkungen:**

Siehe wissenschaftlichen Prospekt.

**Dosierung:**

Im ersten Zyklus täglich 1 Dragée vom 5. bis 25. Zyklustag (1. Tag der Menstruation = 1. Zyklustag). Nach einer Pause von sieben Tagen, in der es zur Entzugsblutung kommt, wird die Einnahme aus der nächsten Packung fortgesetzt.

**Packungen und Preise:**

1 x 21 Dregees DM 12,96; 3 x 21 Dregees DM 33,45.

**Hersteller:**

Schering AG, Berlin/Bergkemen

**Lipo-Merz® retard**

**Zusammensetzung:**

1 Kapsel enthält 500 mg Etofibrat I.N.N. in Pellets.

**Indikationen:**

Hyperlipoproteinämien, einschließlich essentieller Hyperlipoproteinämien sowie Erkrankungen, für deren Entstehung und Verlauf die erhöhten Serumlipidwerte einen wesentlichen Risikofaktor darstellen, z. B. koronare und periphere Durchblutungsstörungen; Angio- und Retinopathien.

**Unverträglichkeiten und Risiken:**

Wie die meisten Arzneimittel sollte Lipo-Merz retard nicht während der Schwangerschaft sowie bei schweren Leber- und Nierenerkrankungen angewandt werden.

**Hinweis:**

Lipo-Merz retard kann die Wirkung von Antikoagulantien verstärken. Im Einzelfall können Antikoagulantien eingespart werden.

**Dosierung:**

1 x täglich 1 Kapsel Lipo-Merz retard während einer Mahlzeit.

**Handelsformen:**

Originalpackung mit 30 Kapseln, Originalpeckung mit 100 Kapseln.

**Hersteller:**

Merz + Co., 6000 Frankfurt 1

606

Bayerisches Ärzteblatt 5/78

### Nitroglycerin-Gel

Zusammensetzung:

Eine Gel-Kapsel enthält 10 mg Nitroglyzerin.

Indikationen:

Prophylaxe von Angina pectoris-Anfällen, insbesondere nächtlicher Anfälle, instabila und Crescendo-Angina pectoris, Nachbehandlung des Herzinfarktes.

Kontraindikation:

Akute hypotone Zustände.

Nebenwirkungen und besondere Hinweise:

Siehe wissenschaftlichen Prospekt.

Anwendung und Dosierung:

Man schneidet die Spitze einer Kapsel ab, drückt den Inhalt der Kapsel auf der Brust über dem Herzen oder auf dem Rücken aus und reibt ihn 1–3 x täglich leicht in die Haut ein. Die eingeriebene Hautpartie kann über Nacht mit einer Plastikfolie abgedeckt werden.

Handelsformen und Preise:

Packung mit 10 Gel-Kapseln DM 4,65; Klinikpackung mit 200 Gel-Kapseln.

Hersteller:

G. Pohl-Boskamp, 2214 Hohenlockstedt

### Prent®

Zusammensetzung:

Prent enthält als Wirkstoff Acebutolol als Hydrochlorid.

Indikationen:

Essentielle und renale Hypertonien aller Schweregrade.

Kontraindikationen:

Dekompensierte Herzinsuffizienz, Kardiogener Schock, AV-Block 2. und 3. Grades.

Eigenschaften und besondere Hinweise:

Siehe wissenschaftlichen Prospekt.

Anwendung und Dosierung:

Dosierung und Behandlungsdauer sollten individuell, z. B. nach dem therapeutischen Effekt und der Pulsfrequenz, festgelegt werden.

Es ist zweckmäßig, die Tabletten vor dem Essen unzerkaut mit etwas Flüssigkeit einzunehmen.

Nach längerer oraler Zufuhr von Beta-Blockern soll die Medikation nicht abrupt abgesetzt, sondern ausschleichend beendet werden.

Durchschnittliche Dosierung:

Beginn mit 2 x täglich 1 Tablette (= 2 x 200 mg); diese Dosierung ist zumeist auch als Erhaltungsdosis ausreichend. Falls erforderlich, kann die Tagesdosis bei koronarer Herzkrankheit, Hypertonie und Herzrhythmusstörungen auf 3–4 x 1 Tablette, in Ausnahmefällen bis auf die maximale Tagesdosis von 4 x 1 1/2 Tabletten gesteigert werden. Bei hyperkinetischem Herzsyndrom ist in der Regel eine Tagesdosis von 2–3 x 1 Tablette ausreichend.

Bei akuten bzw. bedrohlichen Rhythmusstörungen initial 12,5–25 mg (1/2–1 Ampulle) langsam intravenös unter sorgfältiger Kontrolle von Herzfrequenz und Blutdruck. Das weitere Vorgehen richtet sich in diesen Fällen nach dem gesamten klinischen Bild.

Handelsformen und Preise:

Packung mit 30 Tabletten (lackiert; mit Bruchrille) zu 200 mg DM 19,90; Packung mit 60 Tabletten (lackiert; mit Bruchrille) zu 200 mg DM 37,15; Packung mit 5 Ampullen zu 25 mg/5 ml DM 18,75; Anstaltspackungen.

Hersteller:

Bayer AG, 5090 Leverkusen



# 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 schützt das Herz gegen Streß und kardiokretische 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, Extraastolien; Herzinfarkt-Prophylaxe und -Therapie. Digitalis-Intoxikation und -Intoleranz, besonders beim Altersherz. Kalium-Mangelsyndrom, Magnesium-Defizit.

#### Kontraindikationen

Hochgradige Ausscheidungsstörungen und AV-Block.



Trommsdorff

#### H. Trommsdorff

Arzneimittelfabrik  
Trommsdorffstraße 2–8  
5110 Alsdorf, RHI 1

#### Zusammensetzung pro Tablette

Kalium-D,L-hydrogen-  
aspartat · 1/2 H<sub>2</sub>O 360,42 mg  
Magnesium-bis-D,L-hydrogen-  
aspartat · 4 H<sub>2</sub>O 360,57 mg

#### Dosierung (Richtwerte)

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

#### Handelsformen und Preis

Packung mit 50 Tabletten OM 13,96  
Anstaltspackung mit 500 Tabletten.

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

## Spiropent® 0,02 Tabletten – Spiropent® Saft

### Zusammensetzung:

1 Tablette Spiropent enthält: Clenbuterol-HCl = 4-Amino- $\alpha$ -[(tert.-butylamino)methyl]-3,5-dichlorbenzylalkohol-hydrochlorid 0,02 mg.

5 ml (= 1 Teelöffel) Spiropent Saft enthalten: Clenbuterol-HCl = 4-Amino- $\alpha$ -[(tert.-butylamino)methyl]-3,5-dichlorbenzylalkohol-hydrochlorid 0,005 mg. Der Saft enthält Sorbit. 5 ml entsprechen 0,04 BE.

### Anwendungsgebiete:

Zur Frühbehandlung und Therapie von Erkrankungen des chronisch-asthmatischen Formenkreises, insbesondere bei Asthma bronchiale, asthmoider Bronchitis, chronischer Bronchitis und Emphysebronchitis.

### Nebenwirkungen und Begleiterscheinungen:

Bei der empfohlenen Dosierung treten Nebenwirkungen selten auf. Empfindliche Personen reagieren gelegentlich – meist am Anfang der Behandlung – mit feinem Fingerzittern oder leichter Unruhe. Die Dosis ist in solchen Fällen zu verringern.

### Besondere Hinweise:

Siehe wissenschaftlichen Prospekt.

### Anwendung und Dosierung:

#### Tabletten

Erwachsene: Im allgemeinen morgens und abends 1 Tablette. Im Laufe einer Behandlung über längere Zeit kann die Tages-

dosis häufig auf 2 x  $\frac{1}{2}$  Tablette reduziert werden. Bei stärkeren Beschwerden empfiehlt es sich, in den ersten Tagen der Behandlung morgens 2 und abends 2 Tabletten einzunehmen und bei entsprechender Besserung auf die oben angegebene Dosierung zurückzugehen.

Kinder: Als Tagesdosis bei Kindern gelten 0,0012 mg Spiropent/kg KG. Sie wird im allgemeinen durch 2–3 Applikationen/die verabreicht. In der Regel nehmen 6–12 Jahre alte Kinder zu Beginn der Behandlung 2–3 x  $\frac{1}{2}$  Tablette täglich. Bei längerfristiger Anwendung kann die Tagesdosis allgemein auf 2 x  $\frac{1}{2}$  Tablette reduziert werden. Kinder über 12 Jahre erhalten im allgemeinen 2 x 1 Tablette täglich. Auch in diesem Lebensalter ist bei längerfristiger Anwendung häufig eine Reduzierung auf 2 x  $\frac{1}{2}$  Tablette pro Tag möglich.

### Saft

Im allgemeinen erhalten Kinder bis 2 Jahre 2 x 1 Teelöffel, 2–4 Jahre 3 x 1 Teelöffel, 4–6 Jahre 2 x 2 Teelöffel, 6–12 Jahre 2 x 3 Teelöffel. Dem Dosierungsschema liegt die Erfahrung zugrunde, daß bei Kindern 0,0012 mg Spiropent/kg KG als Tagesdosis gelten. Kinder ab 12 Jahre und Erwachsene nehmen 2–3 x 3 Teelöffel täglich. Bei einer längerfristigen Behandlung kann die Tagesdosis häufig bis auf 2 x 2 Teelöffel täglich reduziert werden.

### Handelsformen und Preise:

Originalpackung mit 50 Tabletten DM 14,85, Originalpackung mit 100 Tabletten DM 27,55, Klinikpackung. Originalpackung mit 100 ml Saft DM 6,80, Originalpackung mit 250 ml Saft DM 15,90, Klinikpackung.

### Hersteller:

Dr. Karl Thomee GmbH, 7950 Biberach/Riss

**Befreiendes  
Abhusten  
am Morgen.  
Bei Asthma  
und ähnlichen  
Syndromen.**

**Nächtliche Ruhe!**

# Trisan



### Zusammensetzung:

5 ml (1 Kaffeeleffel) enthalten:  
0,351 g Kalium jodatum  
0,41 g Chloralium hydratum  
0,0121 g Barbitol Natrium

### Anwendungsgebiete:

Nächtliche Anfälle von Asthma bronchiale, Emphysebronchitis, chronische asthmoider Bronchitis, Bronchiektasie, chronische Bronchitiden bei Silikose, Lungenabszeß.

### Nebenwirkungen und Begleiterscheinungen:

Bei unsachgemäß hoher Dosierung kann es zu einer Reizung der Magenschleimhaut kommen. Anaphylaktische Reaktionen sind bei bisher nicht erkannter Jodüberempfindlichkeit möglich.

In ihrer Wirkung werden abgeschwächt: gleichzeitig verordnete orale Antikoagulantien, Griseolulvin und orale Kontrazeptiva.

### Wechselwirkungen:

Bei der Kombination mit zentraldämpfenden Pharmaka ist mit einer gegenseitigen Wirkungsverstärkung zu rechnen.

### Gegensnzeigen, Unverträglichkeiten, Risiken:

Jodüberempfindlichkeit, Thyreotoxikose, dekompensierte Herz- und Kreislaufinsuffizienz, Tuberkulose. Schwere Leber- und Nierenfunktionsstörungen, hepatische Porphyrien.

### Besondere Hinweise:

Für Diabetiker ist zu beachten, daß 5 ml = 1 Kaffeeleffel 2,05 g Zucker (= 0,17 BE) enthalten. Dieses Arzneimittel kann das Reaktionsvermögen, z. B. im Straßenverkehr oder bei der Bedienung von Maschinen, beeinträchtigen; dies gilt im verstärkten Maße im Zusammenhang mit Alkohol.

### Packungen und Preise:

Flasche mit 100 ml OM 7,58  
Flasche mit 200 ml OM 13,61



Chemische Werke HOMMEL GmbH, 7840 Müllheim/Baden

## Sastridex® Tabletten – Sestrindex® Gel

### Zusammensetzung:

1 Lecktablette enthält Flufeneminsäure 100 mg. 100 g Gel enthalten Flufeneminsäure 2,5 g.

### Indikationen:

WS-Syndrom, Schulter-Arm-Syndrom, Lumbalgie, Ischialgie, Tendovaginitis, Bursitis, Myelgie, Myogelose, Thrombophlebitis, Stumpfe Traumata, wie Kontusionen und Distorsionen. Folgezustände nach chirurgischen Eingriffen, Adnexitis, Perimetritis. Akute und chronische Erkrankungen des rheumatischen Formenkreises.

### Kontraindikationen bei oraler Applikation:

Ulcus ventriculi et duodeni.

Nebenwirkungen und Wechselwirkungen mit anderen Mitteln bei oraler Applikation, Hinweise und Eigenschaften: Siehe wissenschaftlichen Prospekt.

### Dosierung und Anwendungsweise:

Sastridex® Tabletten: Zu Beginn der Behandlung 2–3 x täglich, in besonders schweren Fällen 4 x täglich 2 Tabletten unzerkaut während der Mahlzeiten einnehmen. Nach Besserung genügen meist 3–4 Tabletten über den Tag verteilt.

Sestrindex® Gel: 2–3 x täglich – möglichst nach dem Wachen – dünn und großflächig auf die erkrankten Partien auftragen und trocknen lassen.

### Handelsformen und Preise:

Sastridex® Tabletten 20/50 DM 6,55/14,00, Anstaltspackung, Sastridex® Gel 40 g/100 g DM 6,75/14,65, Anstaltspackung.

Hersteller: Lindopharm KG, 4010 Hilden



# Tannalbin®

stoppt  
Diarrhoen zuverlässig

**Zusammensetzung**

1 Tablette enthält 500 mg Tanninalbuminat.

**Anwendungsgebiete**

Durchfallerkrankungen.

Bei schweren toxischen bzw. infektiösen Durchfällen empfiehlt sich die Kombination mit Antibiotika bzw. Sulfonamiden.

**Gegenanzeigen**

Nicht bekannt.

**Nebenwirkungen, Verträglichkeit**

Nach bisheriger Erfahrung erwies sich Tannalbin als gut verträglich, selbst bei längerdauernder Verabreichung über Wochen und Monate.

**Zur besonderen Beachtung!**

In den ersten 3 Monaten einer Schwangerschaft ist die Verordnung von Tannalbin — entsprechend den heutigen Auffassungen über den Arzneimittelgebrauch durch werdende Mütter — kritisch abzuwägen.

**Dosierung**

Soweit nicht anders verordnet, erhalten Erwachsene 1-2 Tabletten 1-2stündlich bis zum Eintritt der Wirkung, Säuglinge ab 3 Monaten 1-2 Messerspitzen Pulver bzw. ¼-½ Tablette 4-6mal täglich, ältere Kinder 1-2 Tabletten 4-6mal täglich in Schleimsuppe oder ähnlichem.

**Handelsformen**

20 Tabletten O.-P. DM 3,91  
50 g Pulver O.-P. DM 6,38



**knoll**

**KNOLL AG 6700 Ludwigshafen**

## 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.

### Junli 1978

- 1.-3. **Madrid:** 1. Weltkongreß für Proktologie. — Auskunft: Dr. A. Casanova-Canovas, World Org. of Gastroenterology, Calle de Londres 17, Madrid 28, Spanien.
- 1.-3. **Madrid:** 5. Weltkongreß für gastrointestinale Endoskopie. — Auskunft: Dr. A. Casanova-Canovas, World Org. of Gastroenterology, Calle de Londres 17, Madrid 28, Spanien.
- 2.-3. **Essen:** 19. Jahrestagung der Vereinigung Deutscher Strahlenschutzärzte. — Auskunft: Professor Dr. O. Messerschmidt, Ingolstädter Landstraße 2, 8042 Neuherberg.
3. **Baden-Baden:** 11. Rheuma-Seminar. — Auskunft: Professor Dr. M. Franke, Gernsbacher Straße 47, 7570 Baden-Baden.
- 3.-4. **Marburg:** 12. Deutscher Kongreß für Allgemeinmedizin. — Auskunft: R. Leitlott, Carl-Oelemann-Weg 5/7, 6350 Bad Nauheim.
3. **St. Englmar:** 4. Sportärztliches Seminar in Niederbayern. — Auskunft: Dr. H. H. Warnicke, Ludmillastraße 33, 8300 Landshut.
- 4.-10. **Klappholttal:** Ärztliche Fortbildung in der Gesundheitsvorsorge: Angst, Depression, Schmerz. — Auskunft: Professor Dr. U. Stocksmaier, Höhenbergstraße 2, 8132 Tutzing.
- 4.-10. **Wiesbaden:** 11. Internationales Symposium für Neuroradiologie. — Auskunft: Professor Dr. S. Wände, Langenbeckstraße 1, 6500 Mainz.
- 4.-17. **Grado:** XXVI. Internationaler Fortbildungskongreß der Bundesärztekammer. — Auskunft: Kongreßbüro der Bundesärztekammer, Postfach 41 02 20, 5000 Köln 41.
- 4.-18. **Westerland:** 19. Seminar für ärztliche Fortbildung. — Auskunft: Nordwestdeutsche Gesellschaft für ärztliche Fortbildung, Hude 1, 2060 Bad Oldesloe.
- 5.-9. **Madrid:** 6. Weltkongreß für Gastroenterologie. — Auskunft: Dr. A. Casanova-Canovas, World Org. of Gastroenterology, Calle de Londres 17, Madrid 28, Spanien.
- 5.-30. **München:** A-Kurs für Arbeitsmedizin. — Auskunft: Bayerische Akademie für Arbeits- und Sozialmedizin, Pfarrstraße 3, 8000 München 22.
- 7.-9. **Horní Bezděkov:** 4. Osteologisches Symposium der CSSR und der DDR. — Auskunft: Tschechoslowakische Medizinische Gesellschaft, J. E. Purkyně, Sokolská 31, CS-120 26 Prag 2.
- 8.-11. **Marsella:** 5. Internationale Tagung für Endokrinologie. — Auskunft: Pr. agr. Ph. Vague, Clinique endocrinologique, C. H. U. de la Timona, blvd. Jaan-Moulin, F-13385 Marseille — Cedex 4.
9. **Murnau:** 5. Murnauer Unfalltagung. — Auskunft: Privatdozent Dr. Probst, BG-Unfallklinik, Postfach 1380, 8110 Murnau.
- 9.-11. **Bad Nauheim:** 22. Fortbildungskongreß der Landesärztekammer Hessen. — Auskunft: Akademie für ärztliche Fortbildung der Landesärztekammer Hessen, Carl-Oelemann-Weg 5/7, 6350 Bad Nauheim.
- 10.-11. **Hennef:** Fortbildungsveranstaltung des Deutschen Sportärztebundes. — Auskunft: Dr. D. Schnell, Otto-Willach-Straße 2, 5207 Ruppichterath.
- 10.-24. **Ischia:** 4. Frühsommer-Seminar-Kongreß. — Auskunft: Kongreßdienst Deutscher Kassenärzteverband, Humboldtstraße 56, 2000 Hamburg 76.
- 11.-25. **Westerland:** 19. Seminar für ärztliche Fortbildung. — Auskunft: Nordwestdeutsche Gesellschaft für ärztliche Fortbildung a. V., Hude 1, 2060 Bad Oldesloe.
- 12.-14. **Paris:** Internationaler Kongreß über Hypertonie. — Auskunft: Pr. Philippe Meyer, INSERM U7, Hôpital Necker, 161, rue de Sévres, F-75730 Paris-Cedex 15.
- 12.-16. **Prien:** Weiterbildungskurs des Deutschen Sportärztebundes. — Auskunft: Professor Dr. K. D. Hüllemann, Osternacher Straße 103, 8210 Prien.
- 12.-24. **Langeoog:** XXII. Sportärzte-Fortbildungslehrgang des Deutschen Sportärztebundes. — Auskunft: Ak.-Dir. Dr. G. Schwarz, Sprangerweg 2, 3400 Göttingen.
- 13.-16. **Neuherberg:** Grundkurs im Strahlenschutz für Ärzte. — Auskunft: Kurssekretariat des Instituts für Strahlenschutz der GSF, Ingolstädter Landstraße 1, 8042 Neuherberg.
14. **München:** Fortbildungskurs für niedergelassene Ärzte der Bayerischen Landesärztekammer in Zusammenarbeit mit der Sanitätsakademie der Bundeswehr. — Thema: Notfallmedizin (Innere Medizin III). — Auskunft: Bayerische Landesärztekammer, Mühlbauerstraße 16, 8000 München 80.
- 14.-17. **Erlangen:** Larynx-chirurgischer Operationskurs mit Professor Staffieri. — Auskunft: Dr. M. P. Jauermann, Universitäts-HNO-Klinik, Waldstraße 1, 8520 Erlangen.
- 15.-17. **Bonn-Bad Godesberg:** Jahrestagung des Berufsverbandes der Kinderärzte Deutschlands. — Auskunft: Berufsverband der Kinderärzte Deutschlands e. V., Bargisch-Gladbacher Straße 735, 5000 Köln 80.
- 15.-17. **Würzburg:** 4. Symposium des wissenschaftlichen Beirates der Deutschen Gesellschaft zur Bekämpfung der Muskalkrankheiten. — Auskunft: Professor Dr. H. G. Mertens, Josef-Schneider-Straße 11, 8700 Würzburg.
- 16.-18. **Bern:** Jahresversammlung der Schweizerischen Gesellschaft für Pädiatrie. — Auskunft: Dr. J. M. Matthieu, CHUV, Service de pédiatrie, CH-1011 Lausanne.

- 16.—18. **München:** Internationales Dermatopathologie-Symposion. — Auskunft: Privatdozent Dr. H. H. Wolff, Freuenlobstraße 9—11, 8000 München 2.
- 16.—18. **Bad Reichenhall:** 11. Kolloquium der Bad Reichenhaller Forschungsanstalt für Erkrankungen der Atmungsorgane. — Auskunft: Professor Dr. Nolte, Innere Abteilung II, Städtisches Krankenhaus, 8230 Bad Reichenhall.
- 18.—23. **Montreal:** 7. Internationaler Kongreß für Nephrologie. — Auskunft: Dr. M. Bergeron, Université de Physiologie, C. P. 6208, Succ. „A“, Montreal, Quebec, Canada H3C 3T8.
- 19.—22. **Neuherberg:** Spezialkurs im Strahlenschutz bei der Untersuchung mit Röntgenstrahlen für Ärzte. — Auskunft: Kurssekretariat des Instituts für Strahlenschutz der GSF, Ingoistädter Landstraße 1, 8042 Neuherberg.
- 20.—21. **Leverkusen:** Jahreshauptversammlung der Deutschen Gesellschaft für Gesundheitsvorsorge e. V. — Auskunft: Deutsche Gesellschaft für Gesundheitsvorsorge e. V., Frau Dr. Eberlein, Driescher Hecke 19, 5090 Leverkusen.
21. **München:** Fortbildungskurs für niedergelassene Ärzte der Bayerischen Landesärztekammer in Zusammenarbeit mit der Sanitätsakademie der Bundeswehr. — Thema: Neurologische und psychiatrische Notfälle. — Auskunft: Bayerische Landesärztekammer, Mühlbeurstraße 16, 8000 München 80.
- 21.—24. **Kassel:** Kongreß der Deutschen Akademie für medizinische Fortbildung. — Auskunft: Akademie für ärztliche Fortbildung und Weiterbildung der Landesärztekammer Hessen, Carl-Oelemann-Weg 5/7, 6350 Bad Nauheim.
24. **Würzburg:** Fortbildungstagung für Augenärzte. — Auskunft: Professor Dr. Dr. h. c. W. Leydhecker, Josef-Schneider-Straße 11, 8700 Würzburg.
- 24.—25. **Schönsee:** Ärztliche Fortbildung in der Gesundheitsvorsorge: Wege zum Autogenen Training für Kinder mit Praktikum. — Auskunft: Deutsche Gesellschaft für Gesundheitsvorsorge e. V., Frau Dr. Eberlein, Driescher Hecke 19, 5090 Leverkusen.
- 25.—28. **Berlin:** 20. Kongreß der Europäischen Gesellschaft für Toxikofloga. — Auskunft: Dr. Güntzel, Schering AG, Postfach 65 03 11, 1000 Berlin 65.
- 25.—30. **Zürich:** 24. Internationales Seminar zur Verhütung und Behandlung des Alkoholismus. — Auskunft: Internationaler Rat zur Bekämpfung des Alkoholismus und der Suchtgefahren, Postfach 140, CH-1001 Leusenne.
- 26.—29. **Neuherberg:** Spezialkurs im Strahlenschutz beim Umgang mit offenen radioaktiven Stoffen für Ärzte. — Auskunft: Kurssekretariat des Instituts für Strahlenschutz der GSF, Ingoistädter Landstraße 1, 8042 Neuherberg.
- 26.—30. **Innsbruck:** Kurs: Hämatologie und Immunologie, Teil I. — Auskunft: Frau M. Boida, Medizinische Universitätsklinik, A-6020 Innsbruck.

- 26.—30. **Lindau:** 28. Nobelpreisträger-Tagung, X. Tagung der Mediziner. — Auskunft: Gref L. Bernadotte, Postfach 13 25, 8990 Lindau.
- 26.—30. **München:** XII. Acta Endocrinologica-Congress. — Auskunft: Professor Dr. P. C. Scriba, Ziemssenstraße 1, 8000 München 2.
28. 6.—1. 7. **Edinburgh:** Internationale Jahrestagung der britischen Gesellschaft für Kinderchirurgie, B. A. B. S. — Auskunft: IS Kirkland, Childrens Hospital Edinburgh, Royal Victoria infirmary New Castle upon tyne, Großbritannien.
28. 6.—1. 7. **Odense:** Kongreß der Skandinavischen Gesellschaft für Orthopädie. — Auskunft: Odense Turistforening, Radhuset, 5000 Odense, Dänemark.
29. 6.—1. 7. **Lyon:** 27. Internationaler Kongreß der Europäischen Gesellschaft für kardiovaskuläre Chirurgie. — Auskunft: Promoloyon-Tourisme, Palais des Congrès, Quai Achille-Lignon, F-69006 Lyon.
30. 6.—2. 7. **Basel:** 3. Jahrestagung der Gesellschaft zum Studium des Schmerzas für Deutschland, Österreich und die Schweiz e. V. — Auskunft: Dr. R. Kocher, Wilhelm-Klein-Straße 27, CH-4025 Basel.

#### Beflagenhinweis:

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

#### Verlagarbellegen:

1. Tumornachsorge: Diagnostik-Programme und Dokumentation „Koltum-/Korpus-Karzinom“
2. Tumornachsorge: Diagnostik-Programme und Dokumentation „Memme-Karzinom“

„Bayerisches Ärzteblatt“. Herausgeber und Verleger: Bayerische Landesärztekammer, Mühlbauerstraße 16, 8000 München 80, Telefon (089) 41 47 -1. Schriftleitung: Professor Dr. med. Hans Joachim Sewering, Dr. med. Hermann Braun, Dr. med. Friedrich Kolb, Dr. med. Kurt Stordeur — verantwortlich für den Inhalt: Rita Horn.

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

Bezugspreis vierteljährlich DM 2,40 einschl. Postzeitungsgebühren und 6% = DM 0,14 Mehrwertsteuer. Postscheckkonto Nr. 52 52 -802, Amt München, Bayerische Landesärztekammer (Abt. „Bayerisches Ärzteblatt“). Für Mitglieder im Mitgliedsbeitrag enthalten.

Anzeigenverwaltung: ATLAS Verlag und Werbung GmbH & Co. KG, Postfach, Sonnenstraße 29, 8000 München 2, Telefon (089) 51 77 -1, Fernschreiber: 05/23 662, Telegrammadresse atlaspress. Für den Anzeigenteil verantwortlich: Ernst W. Scharshinger, München.

Druck: Druckerei und Verlag Hans Zauner Jr., 8060 Dechau.

Alle Rechte, insbesondere das Recht der Verbreitung, Vervielfältigung und Mikrofotografie 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

### Des Kreiskrankenhaus Eschenbech I. d. Opf.

Grundkrankenhaus mit zur Zeit 151 Betten, den drei Fachrichtungen Innere Medizin, Chirurgie, Gynäkologie und Geburtshilfe, sucht zum baldmöglichsten Zeitpunkt einen

### Oberarzt

für die Innere Abteilung (78 Betten) und einen

### Anästhesisten

Das Kreiskrankenhaus bietet aufgrund seiner modernen medizinischen Anlagen und Geräte die optimale Möglichkeit der ärztlichen Tätigkeit.

Der Bewerber soll Internist bzw. Anästhesist sein. Vom internistischen Oberarzt werden entsprechende Kenntnisse in Diagnostik, Röntgen und endoskopischen Untersuchungsverfahren erwartet.

Durch die Größe unseres Hauses ist die Zusammenarbeit bewußt kollegial. Die Vergütung erfolgt nach Vereinbarung. Der BAT findet in der Fassung für die bayerischen Landkreise Anwendung.

Die Stadt Eschenbach I. d. Opf. liegt in einer landschaftlich schönen Gegend mit hohem Freizeitwert, besitzt ein Gymnasium, Wirtschafts-, Berufs- und Grundschule und hat verkehrsgünstige Verbindungen nach Nürnberg, Bayreuth und Weiden I. d. Opf. Familiengerechte Wohnung kann beschafft werden.

Bewerbungen mit den üblichen Unterlagen an den Träger der Anstalt:

Landkreis 8482 Neustadt a. d. Waldnaab — Personalabteilung —

Die Städt. Krankenanstalten Bayreuth suchen für ihre Strahlendiagnostische Abteilung (Leitender Abteilungsarzt Dr. J. Kaufmann) ihres neu geschaffenen Radiologischen Instituts zum nächstmöglichen Zeitpunkt

### 3 med.-tech. Assistentinnen

Die Vergütung erfolgt nach den Bestimmungen des Bundesangestelltentarifvertrags, wobei sich die Eingruppierung in die VergGr. VII bis Vb nach den nachgewiesenen beruflichen Erfahrungen richtet. Daneben werden die im öffentlichen Dienst üblichen Leistungen gewährt.

Bewerbungen mit den üblichen Unterlagen (tabellarischer Lebenslauf, Zeugnisse und Nachweise über die bisherige Tätigkeit) werden erbeten an:

Stadt Bayreuth — Personalamt — Postfach 2840, 8580 Bayreuth.

Der Leitende Abteilungsarzt der Strahlendiagnostischen Abteilung steht unter Ruf-Nr. (09 21) 404-345 für fernmündliche Rückfragen zur Verfügung.

### Landesversicherungsanstalt Schwaben

Bei unserer Zusem-Klinik in Zusmarshausen bei Augsburg — Fachklinik für Lungen- und Bronchialerkrankungen — mit 152 Betten ist eine Stelle für einen

### Assistenzarzt

zu besetzen. Der leitende Arzt ist zur Weiterbildung sowohl im Gebiet als auch im Teilgebiet der Lungen- und Bronchialheilkunde voll ermächtigt.

Wir bieten Bezahlung nach BAT, Bereitschaftsdienstvergütung, zusätzliche Altersversorgung, Beihilfen in Krankheitsfällen und alle sonstigen Sozialleistungen des öffentlichen Dienstes. Eine Wohnung steht im Klinikbereich zur Verfügung.

Der Ort Zusmarshausen ist ca. 25 km von Augsburg entfernt und liegt an der Autobahn München-Stuttgart.

Bewerbungen mit den üblichen Unterlagen werden erbeten an Chefarzt Dr. Goßner, Zusem-Klinik der Landesversicherungsanstalt Schwaben, Peracelsusstraße 3, 8901 Zusmarshausen, Telefon (0 82 91) 461-465.

### Wegen Todesfalles günstig abzugeben:

Notfall-Intubationsbesteck (neu), Siemens Ultratherm-Kurzwellenapparat mit Zubehör, EKG Cardiomat, 3 M Fotokopierer, zwei Deckenleuchten, Intubationstrainer für Erwachsene (neu), Kleinzertrücker Aesculap, Heißluftsterilisator, gynäkologischer Untersuchungsstuhl, Paragerät und weitere Praxisgeräte und Möbel. Telefon (0 88 41) 95 76.

Neues Kreiskrankenhaus in Nordbayern  
sucht für die Chirurgische Abteilung

### Jüngeren deutschen Oberarzt

der auch in seinem eigenen Interesse Wert legt auf eine gute Zusammenarbeit.

Die Stelle ist ausbaufähig, da nach einer noch abzusprechenden Probezeit des Chefarztnachfolgerecht in den nächsten Jahren zugesichert werden kann bzw. werden soll.

Neben modernster technischer Einrichtung genießt das Haus einen sehr guten Ruf. Anästhesist vorhanden.

Die Vergütung erfolgt entsprechend BAT, Rufbereitschaft wird gesondert bezahlt. Sozialleistungen des öffentlichen Dienstes wie üblich.

Qualifizierte Interessenten bitten wir zunächst unverbindlich um Kontaktaufnahme unter Nr. 331/585 an die Anzeigenverwaltung BAYERISCHES ÄRZTEBLATT, Sonnenstraße 29, 8000 München 2.

Der Landkreis Schwandorf sucht für seine Kreiskrankenhäuser in Burglengenfeld, Nabburg, Oberviechtach, Nittenau und Neunburg vorm Wald weitere

### Anästhesisten

Eine Zusammenarbeit der an den einzelnen Krankenhäusern beschäftigten Anästhesisten ist vorgesehen.

Geboten werden Vergütung nach Vereinbarung. Hinzu kommt eine zusätzliche beitragsfreie Altersversorgung neben den üblichen Sozialleistungen des öffentlichen Dienstes.

Umgangskosten werden im Rahmen der gesetzlichen Bestimmungen übernommen. Bei der Wohnungssuche ist der Landkreis behilflich.

Bewerbungen mit den üblichen Unterlagen werden unter Angabe des frühestmöglichen Eintrittstermines erbeten an die Personalverwaltung des Landratsamtes Schwandorf, Postfach 154, 8460 Schwandorf. Auskünfte erteilt auch Herr Chefarzt Dr. Hampe, Kreiskrankenhaus Burglengenfeld, Telefon (0 94 71) 63 63.

### LANDESVERSICHERUNGSANSTALT OBERFRANKEN UND MITTELFRANKEN

Wir stellen in unserer Frankenland-Klinik, 8532 Bad Windsheim, ab sofort oder nach Vereinbarung einen

### Stationsarzt

ein.

Die 1985 erbaute Fachklinik für Innere Krankheiten verfügt über 245 Betten und ist mit einer modernen diagnostischen, balneologischen und physikalischen Abteilung sowie mit Einrichtungen für Röntgen, Labor, EKG, Endoskopie und Gastroenterologie ausgestattet. Der Chefarzt ist zur Weiterbildung in innerer Medizin für zwei Jahre ermächtigt.

Die Vergütung erfolgt je nach Stand der Weiterbildung nach den einschlägigen Bestimmungen des BAT. Bei Vorliegen der lauffähigen Voraussetzungen ist die Übernahme in das Beamtenverhältnis möglich.

Wir bieten außerdem:

- Wohnmöglichkeit im Bereich der modernen Wohnanlage
- Bereitschaftsdienstvergütung
- Umzugskostenerstattung, Beihilfen, zusätzliche Altersversorgung
- Preiswerte Voll- oder Teilverpflegung
- Fortbildungsmöglichkeiten, Kongreßbeausche
- Ausübung von Nebentätigkeiten im Rahmen der Richtlinien

Weiterführende Schulen am Ort sind vorhanden.

Ihre Bewerbung richten Sie bitte an den Chefarzt der Frankenland-Klinik

Herrn Ltd. Med.-Direktor Dr. Landgraf,  
Schwerzallee 1, 8532 Bad Windsheim, Telefon (0 96 41) 20 21

oder direkt an die

Landesversicherungsanstalt Oberfranken und Mittelfranken,  
Personalreferat, Leopoldstraße 1 und 3, 8580 Bayreuth,  
Telefon (09 21) 60 72 26.

# ALLGÄU

STADTKRANKENHAUS 8940 MEMMINGEN

Für die Urologische Hauptabteilung (55 Betten) wird zum nächstmöglichen Zeitpunkt

## 1 Assistenzarzt

gesucht.

Neben allen operativen offenen und transurethralen Eingriffen werden Kinderurologie, Kryochirurgie der Prostata sowie Prostata- und Urinzytologie betrieben. Die Abteilung besitzt eine eigene Operationsabteilung (1 offener, 2 TUR-Räume) und ist mit modernsten Instrumenten und Röntengeräten (Urograph, Angiographie) ausgestattet. Volle Weiterbildungsermächtigung.

Das Stadtkrankenhaus Memmingen umfaßt derzeit 381 Betten mit Chirurgie, Innerer Medizin, Gynäkologie, Urologie, Pathologie und Anästhesie als Hauptabteilungen.

Die Vergütung erfolgt nach BAT. Sämtliche Vergünstigungen des öffentlichen Dienstes werden gewährt. Neben Zulage für Bereitschaftsdienst bzw. Rufbereitschaft, Poolbeteiligung, Chefarztzulage, Unterrichtsvergütung usw.

Bei der Wohnungsbeschaffung ist der Krankenhaus-träger behilflich. Alle weiterführenden Schulen am Ort.

Bewerbungen oder Rückfragen werden erbeten an Herrn Chefarzt Privat-Dozent Dr. Peter Faul, Stadtkrankenhaus, 8940 Memmingen, Bismarckstraße 23, Telefon (0 83 31) 1 03-1 oder an die Krankenhausverwaltung.

Im Kreiskrankenhaus 8482 Neustadt e.d. Waldnaab

ist zum nächstmöglichen Termin auf der inneren Abteilung die Stelle eines

## Assistenzarztes (Stationsarztes)

zu besetzen.

Das Kreiskrankenhaus Neustadt a. d. Waldnaab hat insgesamt 155 Betten, davon entfallen auf die Innere Abteilung 64 Betten.

Die Abteilung verfügt über eine Röntgendiagnostik (Fernsehen), neue Endoskopie, Kreislauflabor und ein gut ausgerüstetes chemisches Labor.

Der Chefarzt ist zur Weiterbildung für 2 Jahre ermächtigt.

Vergütung erfolgt entsprechend BAT. Rufbereitschaft wird gesondert bezahlt. Sozialleistungen des öffentlichen Dienstes wie üblich.

Neustadt e. d. Waldnaab ist eine Kleinstadt in reizvoller Lage in der Nähe von Weiden i. d. Opf. mit allen weiterführenden Schulen am Ort, in der Nähe des Kreiskrankenhauses.

Bewerbungen an:

Landratsamt 8482 Neustadt a. d. Waldnaab

oder an den

Chefarzt der Inneren Abteilung Dr. med. R. Gromotka

Im Kreiskrankenhaus Neustadt a. d. Waldnaab

ist zum nächstmöglichen Termin die Stelle eines

## Stationsarztes

auf der Chirurgischen Abteilung – Leitung Dr. F. Meyer – neu zu besetzen.

Gegebenenfalls kann die Stelle auch von einem **Medizinassistenten** zu den gleichen Bedingungen eingenommen werden.

Das Kreiskrankenhaus Neustadt ist seit 1978 erweitert und auf den modernsten technischen Stand gebracht. Eine gute Weiterbildung in der Allgemeinchirurgie ist gewährleistet. Der leitende Arzt ist zur Weiterbildung für 2 Jahre ermächtigt.

Es besteht auch die Möglichkeit, bei Interesse geburts-hilflich-gynäkologisch tätig zu sein.

Die Bezahlung erfolgt bei einer 5-Tage-Woche nach den tarifrechtlichen Bestimmungen einschließlich aller sozialen Leistungen und Vergütungen der Beschäftigten im öffentlichen Dienst.

Bewerber bzw. Interessenten bitten wir, sich an den leitenden Arzt des Kreiskrankenhauses Neustadt a.d. Waldnaab, Dr. F. Meyer, bzw. an das Landratsamt des Landkreises 8482 Neustadt a. d. Waldnaab zu wenden.

Der Landkreis Rottal-Inn sucht zum 1. Juli 1978 für das Kreiskrankenhaus in Simbach/Inn

## 2 deutsche Assistenzärzte für die Interne Abteilung.

Das Kreiskrankenhaus Simbach/Inn mit 250 Planbetten – interne Abteilung 118 Betten – zusätzlich 8 Intensivbetten – wurde im Mai 1966 in Betrieb genommen.

Es hat folgende Fachdisziplinen: Chirurgie, Intern, Gynäkologie, Kinderabteilung. Dem Haus ist eine Pflegeschule angeschlossen.

Der Chefarzt der Internen Abteilung, Herr Dr. Eberhard Gemen, besitzt die volle Weiterbildungsermächtigung in der Inneren Medizin. Die Abteilung ist mit allen diagnostischen und therapeutischen Einrichtungen ausgerüstet, die den modernsten Anforderungen entsprechen. Mit dem Chefarzt und dem Oberarzt umfaßt der Stellenplan einschließlich der Intensivstation 9 Ärzte.

Es bestehen die Möglichkeiten zum Erwerb von Kenntnissen in der gesamten Endoskopie und von Schrittmacherimplantationen.

Simbach/Inn ist eine aufstrebende Stadt an der B 12 zwischen Passau und München, landschaftlich schön gelegen an der bayerisch/österreichischen Grenze mit allen Schulen. Eine Stunde Autofahrt zum Chiemsee, in die bayerischen Alpen, nach München und Salzburg.

Geboten werden:

Einstufung nach Verg.Gr. II BAT bzw. KAV-AT, alle Vorteile des öffentlichen Dienstes, Rufbereitschafts- bzw. Bereitschaftsdienstvergütung nach dem Tarifrecht usw.

Persönliche Vorstellung erwünscht nach telefonischer Vereinbarung mit dem Chefarzt der Internen Abteilung, Herrn Dr. med. Eberhard Gemen, Telefon (0 85 71) 20 31 (Kreiskrankenhaus).

Bewerbungen sind erbeten an:

Landratsamt Rottal-Inn – Personalabteilung – Postfach 80, 8340 Pfarrkirchen, Tel. (0 85 61) 60 71

## Arzt gesucht

zur Betreuung der Kurgäste (derzeit 1000 Betten) im Thermalzentrum Dreiquellenbad, Griesbach i. Rottal – 3 km von Griesbach entfernt –

Mietpraxis mit ca. 100 qm derzeit im Bau – Fertigstellung Juni 1978 – in Fußgängerzone gelegen, nahe des Kurmittelhauses.

Anfragen: IWOG, Telefon (0 99 51) 88 32, 8380 Landsau a. d. Isar, Postfach 67.

Die BAYERISCHE BAU-BERUFGENDSSENSCHAFT – Gesetzliche Unfallversicherung – sucht für Ihr Arbeitsmedizinisches Zentrum in Nürnberg

### Arbeitsmediziner(in)

mit praktischen Ersthelfungen und organisatorischen Fähigkeiten. Soweit die Bewerber die Zusatzbezeichnung „Betriebsmediziner“ noch nicht besitzen, sind wir bereit, jede mögliche Unterstützung durch entsprechende Weiterbildung zu gewähren.

Der arbeitsmedizinische Dienst der Bayerischen Bau-Berufsgenossenschaft hat für ca. 28 000 Mitgliedsbetriebe mit etwa 375 000 Arbeitnehmern die im Arbeitssicherheitsgesetz festgelegten betriebsärztlichen Aufgaben zu erfüllen.

Bezahlung nach BAT I b/1 a oder A 14/15 BBesO.

Kein Nacht- oder Bereitschaftsdienst. Neben dem Gehalt werden alle im öffentlichen Dienst üblichen Sozialleistungen gewährt.

Kurzbewerbungen, die auf Wunsch vertraulich behandelt werden, bitten wir zu richten an die

**BAYERISCHE BAU-BERUFGENDSSENSCHAFT**  
z. H. Herrn Rahn, Lorstraße 8, 8000 München 2, Telefon (0 89) 12 07 30.

Das Kreis Krankenhaus Altötting in Oberbayern (335 Betten) sucht für die Gynäkologisch-Geburtshilfliche Abteilung (70 Betten, eine Oberarztstelle, vier Assistenzarztstellen, ca. 600 bis 700 Geburten jährlich, abdominale und vaginale Operationstechnik, Intubationsnarkose, Amnioskopie, CTG, MBU, Video, reichliche Operationsmöglichkeit) eine(n)

### Assistenzarzt (-ärztin)

Der leitende Arzt ist zur Weiterbildung für vier Jahre ermächtigt. Das Arbeitsverhältnis richtet sich nach dem Bundesangestelltentarifvertrag (BAT) vom 23. Februar 1961 in der derzeit geltenden Fassung. Die Vergütung erfolgt nach Vergütungsgruppe II/1 b der Anlage 1 a zum BAT. Der Bereitschaftsdienst wird gesondert vergütet.

Bewerbungen mit den üblichen Unterlagen sind zu richten an die  
**Verwaltung des Kreiskrankenhauses Altötting,**  
Mühldorfer Straße 16 a, 8262 Altötting.

Belegkrankenhaus in Unterfranken (Lkr. Bad Kissingen, länderschaftlich sehr reizvolle Lage) sucht

### Assistenzarzt (-ärztin)

zur Mitbetreuung der internistischen und chirurgischen Patienten. Moderne Röntgenabteilung und Labor vorhanden. Gute leistungsgerechte Bezahlung wird geboten. Die Stelle eignet sich gut für Kollegen, welcher spätere Niederlassung als Arzt für Allgemeinmedizin anstrebt (Möglichkeit am Ort eventuell gegeben) oder für älteren Arzt, der noch berufstätig sein möchte.

Zuschriften erbeten unter Nr. 331/581 an die Anzeigenverwaltung BAYERISCHES ARZTEBLATT, Sonnenstraße 29, 8000 München 2.

### Praxisräume

für Allgemeinarzt in Apotheken-Hebenhaus (ca. 120 qm) in zentraler Geschäftslage am Stadtrand einer Großgemeinde von Augsburg zu günstigen Bedingungen zu vermieten.

Zuschriften erbeten unter Nr. 331/563 an die Anzeigenverwaltung BAYERISCHES ARZTEBLATT, Sonnenstraße 29, 8000 München 2.

### Frauenarzt

deutsch, 38 Jahre, sucht Niederlassungsmöglichkeit ab Anfang 1979 (Partnerschaft in größerer Belegarztpraxis oder Praxisübernahme mit vorheriger Vertretungsmöglichkeit).

Zuschriften erbeten unter Nr. 331/558 an die Anzeigenverwaltung BAYERISCHES ARZTEBLATT, Sonnenstraße 29, 8000 München 2.

### Arztheiferin

18 Jahre, sucht zum 1.8.1978 im Raum München oder südlich von München, Stelle bei Frauenarzt oder Allgemeinarzt. Gute Kenntnisse in Schriftverkehr, Abrechnung und kleinem Labor.

Zuschriften erbeten unter Nr. 331/589 an die Anzeigenverwaltung BAYERISCHES ARZTEBLATT, Sonnenstraße 29, 8000 München 2.

### Gynäkologische Beschäftigung

als Teilzeitbeschäftigung oder zeitgeregelte Vollbeschäftigung in Praxis oder Klinik sucht junge Ärztin mit mehrjähriger klinischer gynäkologischer Erfahrung.

Zuschriften erbeten unter Nr. 331/580 an die Anzeigenverwaltung BAYERISCHES ARZTEBLATT, Sonnenstraße 29, 8000 München 2.

### Vertretung

zweimal wöchentlich im August in Bad Wörlishofen in einer Allgemeinpraxis (Bedepraxis) gesucht.

Zuschriften erbeten unter Nr. 331/572 an die Anzeigenverwaltung BAYERISCHES ARZTEBLATT, Sonnenstraße 29, 8000 München 2.

### Achtung Ärzte

Praxisräume, 170 bis 200 qm, in absoluter Spitzenlage Augsburgs zu verkaufen, qm ca. DM 1450,-.

Im gleichen Haus kann eine Dachgeschosswohnung mit 200 qm Wohnfläche und 100 qm Dachterrasse erworben werden.

Angebote unter:  
Telefon (08 21) 3 63 17

Deutscher Internist, aus Oberbayern stammend, sucht

### Praxisübernahme

in München oder Oberbayern, gute Röntgen-Kenntnisse vorhanden, Vertretung möglich.

Zuschriften erbeten unter Nr. 331/579 an die Anzeigenverwaltung BAYERISCHES ARZTEBLATT, Sonnenstraße 29, 8000 München 2.

**Gehen Sie auf Nummer Sicher! Mit dem Quadro-Alarm-system.**



Lassen Sie Langfingern keine Chance! Mit dem Quadro-Alarmsystem von TELEFONBAU UNO NORMALZEIT. Der Sicherheitsanlage für Haus und Helm. Vom Fachmann – beim Fachmann.

**DEISS Elektronik**  
Breitscheidstr. 53 85 Nürnberg Tel. 45 40 71  
frühere Wiesenstraße



### Sicherheits-Coupon

Ausfüllen – Ausschneiden – Abschieken.  
Sie erhalten ausführliche Informationen zum Thema Sicherheit. Kostenlos und unverbindlich.

Name \_\_\_\_\_  
Anschrift \_\_\_\_\_  
Telefon \_\_\_\_\_

## Praxis-Einrichtungen

sollte man von Fachleuten durchführen lassen. Praxisgerechte Grundrisse, Bauaufsicht, sowie fehmännliche 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 – Wöhrdersee – 8500 Nürnberg, Telefon-<sup>\*</sup> 49 20 02, Telex 06-22 999 medho