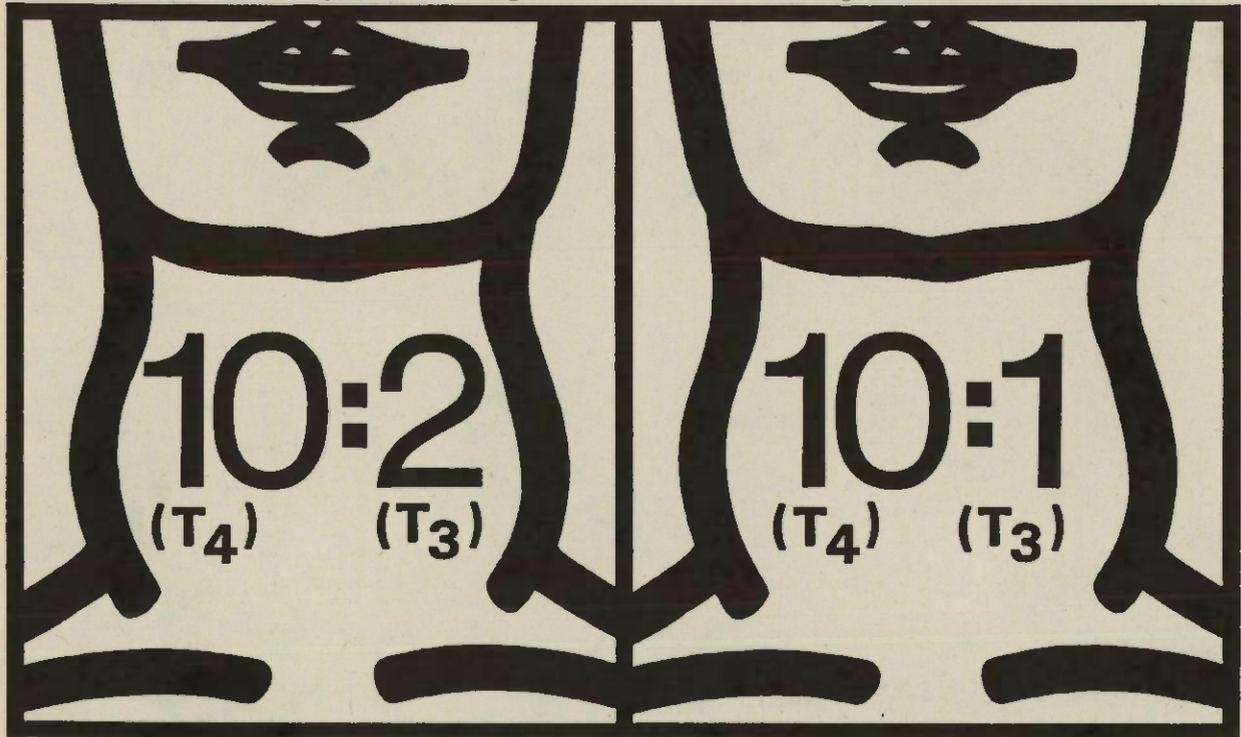


# Veränderte Verhältnisse

1968 Thyroxin-T<sub>4</sub> „Henning“

1978 Prothyrid®



**1968:** Fortschritt in der Schilddrüsenhormon-Therapie auf der Basis der Kenntnisse des Jahres 1968 über die Schilddrüsenfunktion des Menschen: Synthetische Kombinationspräparate, die 100 µg T<sub>4</sub> und 20 µg T<sub>3</sub> enthalten, ersetzen die Thyroidea sicca-Zubereitungen.

**1978:** Fortschritt in der Schilddrüsenhormon-Therapie: Mit Hilfe der Radioimmunoassays war es gelungen, die periphere Konversion von T<sub>4</sub> → T<sub>3</sub> nachzuweisen und den Verlauf der Serumspiegel von T<sub>4</sub> und T<sub>3</sub> unter der Hormontherapie zu verfolgen; mit dem TRH-Test wurde die richtige Dosierung der Hormone zur Substitutions- und Suppressionstherapie ermittelt.

Die Formel für ein Kombinationspräparat aus beiden Schilddrüsenhormonen heißt:  
100 µg T<sub>4</sub> + 10 µg T<sub>3</sub>.

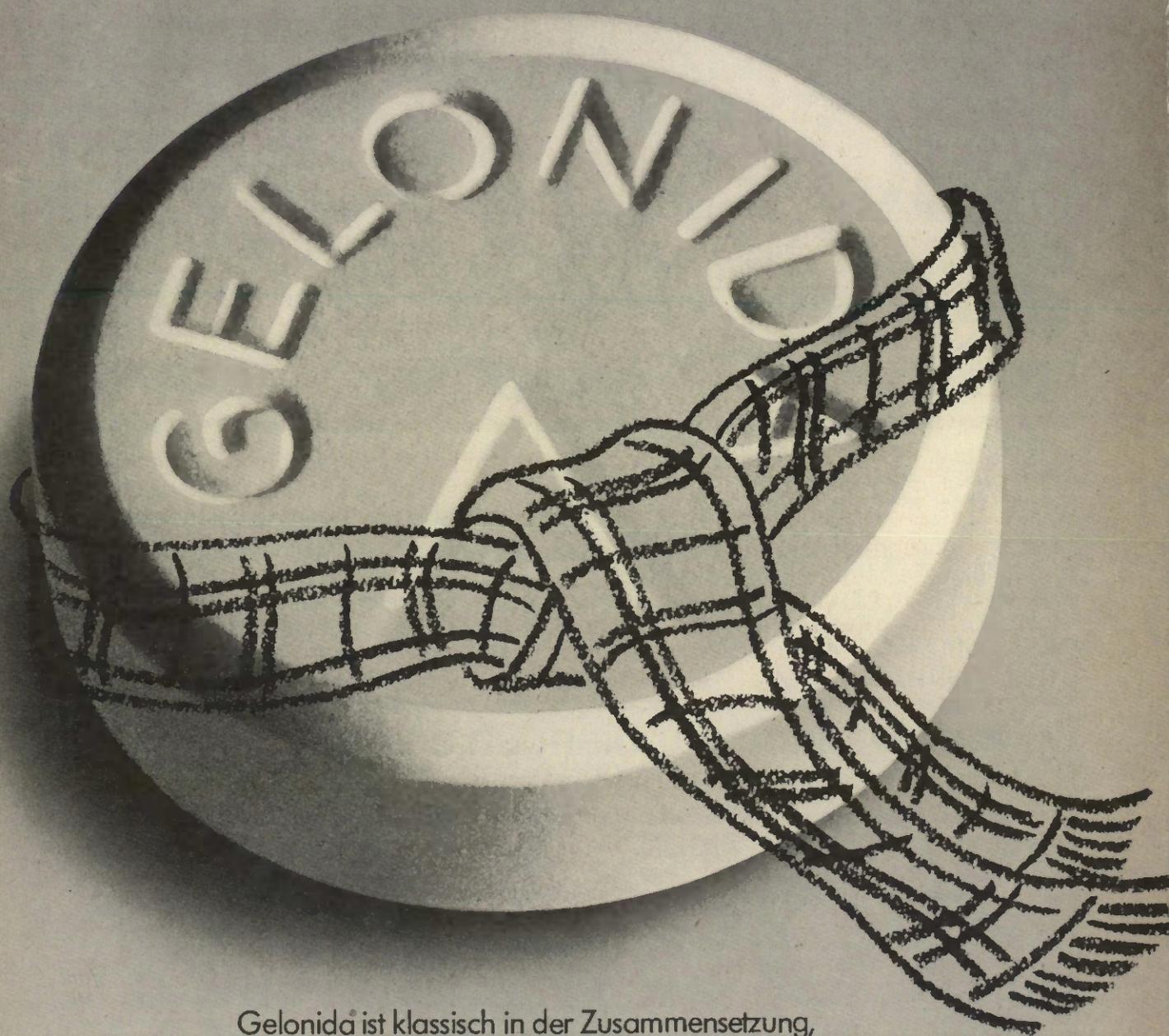
## Zur Behandlung der blanden Struma mit beiden Schilddrüsenhormonen im richtigen Verhältnis

# Prothyrid® $\left(\frac{10:1}{T_4, T_3}\right)$

**Zusammensetzung:** 1 Tablette Prothyrid® enthält 0,100 mg Levothyroxin-Natrium (L-3,5,3'-Trijodthyroninhydrochlorid, T<sub>4</sub>). **Wirkung:** Die beiden Schilddrüsen- und -supprimieren die Thyreotropin-Sekretion. **Indikationen:** Blande Struma, Rezidivprophylaxe nach Strumareaktion, Hypothyreose, Zusatztherapie bei thyreostatisch behandelter Hyperthyreose, Thyreoiditis, Schilddrüsenmalignom. **Kontraindikationen:** Frischer Myokardinfarkt, Angina pectoris oder Zustand nach Myokardinfarkt bei älteren Strumapatienten. **Nebenwirkungen:** Bei Überschreitung der erforderlichen Dosis Tachykardie, Schwitzen, vermehrte Unruhe, Durchfall. Symptome verschwinden nach Herabsetzen der Tagesdosis oder Aussetzen der Behandlung (eventuell Gabe von Propranolol). Bei eventueller allgemeiner Unverträglichkeit empfiehlt sich ein Wechsel auf L-Thyroxin „Henning“ (Tabletten mit 50, 100 und 150 µg). **Ninweise:** Behandlung sehr vorsichtig beginnen bei Patienten mit schwerer Hypothyreose, Angina pectoris, Myokarditis und bei tachykarder Herzinsuffizienz (vorher Frequenzreduktion und Rekomensation). Bei gleichzeitiger Behandlung mit Antidiabetika bzw. Antikoagulantien Blutzucker und Quickwert anfangs häufiger kontrollieren. Bei Schwangerschaft Behandlung nicht unterbrechen. **Anwendung:** 1/2–2 Tabletten täglich. Eventuell einschleichende Behandlung mit anfangs 1/2 Tablette täglich; in 1–2wöchigen Intervallen auf die erforderliche Volldosis steigern. **Handelsformen:** 50 Tabletten DM 9,43 m. MWSt. (Schüttpackung), 70 Tabletten DM 13,20 m. MWSt. (Wochenpackung), 200 Tabletten DM 29,95 m. MWSt. (Schüttpackung). HENNING BERLIN GMBH, Chemie- und Pharmawerk, 1 Berlin 42

(L-Thyroxin-Natrium, T<sub>4</sub>) und 0,010 mg Liothyroninhydrochlorid (L-3,5,3'-Trijodthyroninhydrochlorid, T<sub>3</sub>). Im Prothyrid® substituieren einen Hormonmangel und -supprimieren die Thyreotropin-Sekretion. **Indikationen:** Blande Struma, Rezidivprophylaxe nach Strumareaktion, Hypothyreose, Zusatztherapie bei thyreostatisch behandelter Hyperthyreose, Thyreoiditis, Schilddrüsenmalignom. **Kontraindikationen:** Frischer Myokardinfarkt, Angina pectoris oder Zustand nach Myokardinfarkt bei älteren Strumapatienten. **Nebenwirkungen:** Bei Überschreitung der erforderlichen Dosis Tachykardie, Schwitzen, vermehrte Unruhe, Durchfall. Symptome verschwinden nach Herabsetzen der Tagesdosis oder Aussetzen der Behandlung (eventuell Gabe von Propranolol). Bei eventueller allgemeiner Unverträglichkeit empfiehlt sich ein Wechsel auf L-Thyroxin „Henning“ (Tabletten mit 50, 100 und 150 µg). **Ninweise:** Behandlung sehr vorsichtig beginnen bei Patienten mit schwerer Hypothyreose, Angina pectoris, Myokarditis und bei tachykarder Herzinsuffizienz (vorher Frequenzreduktion und Rekomensation). Bei gleichzeitiger Behandlung mit Antidiabetika bzw. Antikoagulantien Blutzucker und Quickwert anfangs häufiger kontrollieren. Bei Schwangerschaft Behandlung nicht unterbrechen. **Anwendung:** 1/2–2 Tabletten täglich. Eventuell einschleichende Behandlung mit anfangs 1/2 Tablette täglich; in 1–2wöchigen Intervallen auf die erforderliche Volldosis steigern. **Handelsformen:** 50 Tabletten DM 9,43 m. MWSt. (Schüttpackung), 70 Tabletten DM 13,20 m. MWSt. (Wochenpackung), 200 Tabletten DM 29,95 m. MWSt. (Schüttpackung). HENNING BERLIN GMBH, Chemie- und Pharmawerk, 1 Berlin 42

# Sie ist nun mal gegen Grippe.



Gelonida<sup>®</sup> ist klassisch in der Zusammensetzung,  
enthält kein Barbiturat und kein Coffein, wirkt zuverlässig rasch und ist gut verträglich.

**Zusammensetzung:** 1 Tablette: 9,58 mg Codeinphosphat, 250 mg Phenacetin, 250 mg Acetylsalicylsäure. **Anwendungsgebiete:** Schmerzen wie Kopf- und Nervenschmerzen, Zahn-, Hals- und Ohrenschmerzen; Grippe und Erkältungskrankheiten, Fieber; rheumatische und Menstruationsbeschwerden; vor und nach operativen Eingriffen. **Gegenanzeigen:** Hämorrhagische Diathese; Magen- und Darmulzera; schwere Nierenschäden; genetisch bedingter Mangel an Glukose-6-Phosphat-Dehydrogenase; Anwendung beim Säugling bis zum 3. Monat. **Nebenwirkungen:** Beim bestimmungsgemäßen Gebrauch nach Verordnung und unter Kontrolle des Arztes wurden bisher keine ernsthaften Nebenwirkungen beobachtet. **Hinweise:** Da Acetylsalicylsäure bzw. Salicylate das Gerinnungsgeschehen beeinflussen, sollte Gelonida zusammen mit Antikoagulanzen nur unter Kontrolle der Gerinnungswerte gegeben werden. Ferner sollte Gelonida in den letzten vier Wochen der Schwangerschaft nicht angewendet werden. Individuelle Unterschiede in der Wirkung von Gelonida auf den Patienten – besonders in Verbindung mit Alkohol – können das Reaktionsvermögen im Straßenverkehr beeinträchtigen.

**Handelsformen und Preise:** Packung mit 10 Tabletten DM 2,99 mit MwSt., Packung mit 20 Tabletten DM 4,70 mit MwSt.  
Anstaltspackungen. Gelonida ist auch als Saft oder Zäpfchen erhältlich.

Stand Dez. '78 441/5

**GÖDECKE AG**  
1000 Berlin 10



## Fortbildung in Stichwörtern nach Leitsymptomen

Eine Hilfe zur Schnellorientierung

# Die ärztliche Leichenschau

von Professor Dr. W. Spann

### Allgemeines:

Alle organisierten Staatswesen haben die Leichenschau gesetzlich geregelt. Die wesentlichsten Gründe für diese Regelung sind: Medizinalstatistik, Seuchenbekämpfung und Ermittlung unnatürlicher Todesfälle. In der Bundesrepublik Deutschland fällt das Leichenwesen nach dem Prinzip der konkurrierenden Gesetzgebung zwischen Bund und Ländern in die Kompetenz der einzelnen Bundesländer, deren Vorschriften nicht im Prinzip, aber in Einzelbestimmungen, zum Teil nicht unerheblich voneinander abweichen. Den folgenden Ausführungen – die dem praktisch tätigen Arzt, vor allem auch dem, der nur selten zur Leichenschau herangezogen wird, zur raschen Orientierung dienen sollen – liegen die gesetzlichen Bestimmungen des Freistaates Bayern zugrunde.

### Aufgaben des Leichenschauers:

1. Feststellung des eingetretenen Todes
2. Nach Möglichkeit Klärung der Todesursache
3. Ausschluß eines unnatürlichen Todes bzw. des Zusammenhanges des Todes mit einem mehr oder weniger lang zurückliegenden unnatürlichen Ereignis

### Verpflichtung zur Leichenschau:

Das am 1. Januar 1971 in Bayern in Kraft getretene Bestattungsgesetz schreibt vor, daß jede Leiche vor der Bestattung von einem Arzt untersucht werden muß. Nach dem Gesetz sind zur Leichenschau verpflichtet:

1. Jeder Arzt, der in dem Gebiet der Kreisverwaltungsbehörde, in dem sich die Leiche befindet, oder in dem Gebiet einer angrenzenden kreisfreien Gemeinde, niedergelassen ist
2. In Krankenhäusern und Entbindungsheimen, außerdem jeder dort tätige Arzt

### Verweigerung der Leichenschau:

Der zur Leichenschau verpflichtete Arzt kann die Leichenschau nur verweigern, wenn sie ihn oder einen Angehörigen, zu dessen Gunsten ihm im Strafverfahren wegen familienrechtlicher Beziehungen das Zeugnisverweigerungsrecht zusteht, der Gefahr aussetzen würde, wegen einer Straftat oder einer Ordnungswidrigkeit verfolgt zu werden.

### Berechtigung zur Leichenschau:

Jeder Arzt (somit selbstverständlich auch der zuletzt Behandelnde)

### Abgrenzung bei Totgeburten:

Die Vorschriften gelten auch für Totgeborene oder während der Geburt verstorbene Leibesfrüchte von mindestens 35 cm Länge. Weniger als 35 cm lange Leibesfrüchte müssen ebenso wie Körper- und Leichenteile durch den Verfügungsberechtigten unverzüglich in schicklicher und gesundheitlich unbedenklicher Weise beseitigt werden.

### Veranlassung und Zeitpunkt der Leichenschau:

Die Leichenschau ist unverzüglich (ohne schuldhaftes Zögern) von dem bestimmten Personenkreis (Ehegatten, Kinder usw.) zu veranlassen. Zur Nachtzeit jedoch nur, wenn Anhaltspunkte für einen nicht natürlichen Tod vorliegen.

Der zur Leichenschau zugezogene Arzt hat die Leichenschau unverzüglich vorzunehmen und darüber eine Todesbescheinigung auszustellen. Die Todesbescheinigung darf erst ausgestellt werden, wenn an der Leiche sichere Anzeichen des Todes festgestellt sind.

### Todesbescheinigung:

Die Todesbescheinigung besteht aus einem vertraulichen und einem nicht vertraulichen Teil. Vom nicht vertraulichen Teil ist eine Durchschrift zu fertigen. Todesbescheinigung und Durchschrift sind demjenigen auszuhändigen, der die Leichenschau veranlaßt hat.

**Feststellung des Todes:**

Zum sicheren Nachweis des eingetretenen Todes ist der Nachweis mindestens eines der drei sicheren Todeszeichen (Totenflecke, Totenstarre, Leichenfäulnis) – am zweckmäßigsten der Totenflecke – erforderlich. Alle drei sicheren Todeszeichen sind Leichenveränderungen, die in der Regel nicht sofort nach dem Todeseintritt vorhanden sind. Diese Erkenntnis ist für das Verhalten in der täglichen Praxis nicht unproblematisch. So kann bei einem plötzlichen Zusammenbruch der Lebensfunktionen in der Regel ex ante nicht erwiesen werden, daß die Funktionseinstellung irreversibel ist, andererseits sind aber zu diesem Zeitpunkt in der Regel sichere Zeichen des Todes noch nicht ausgebildet. Bis zur Schaffung der Möglichkeit von erfolgversprechenden Reanimationsmaßnahmen war dies ohne praktische Bedeutung.

In diesen Fällen bleibt nur die Durchführung von Reanimationsmaßnahmen bis zum Nachweis des eingetretenen Todes. Ein für den Nachweis des eingetretenen *klinischen* Todes ziemlich sicheres – jedoch für den Todesnachweis nicht absolut zuverlässiges – Zeichen sind weite, lichtstarre Pupillen. Ist für die Entscheidung Eile geboten und fehlen sichere Todeszeichen, so ist die Arteriotomie ein geeignetes Mittel, den eingetretenen Tod ad hoc nachzuweisen. Diese hat zweckmäßigerweise zunächst an einer kleinen Arterie, z. B. über dem Brustbein, und erst dann an einer großen Arterie, z. B. der Arteria femoralis, zu erfolgen. Sie ist als diagnostische Maßnahme ebenso wie der hierzulande von den Angehörigen nicht selten verlangte Fersenschnitt zulässig.

**Scheintod:**

Unter Scheintod – *vita minima* – verstehen wir eine so weitgehende Reduzierung der Kreislauf- und Atemfunktion, daß deren Stillstand vorgetäuscht wird. Immer wieder, wenn auch selten, aber auch heute noch, führt dieses Bild zur Ausstellung des Leichenschau Scheines aufgrund einer Fehldiagnose. Sicherster Schutz vor diesem außerordentlich publikumswirksamen Irrtum ist die Feststellung eines sicheren Todeszeichens, am zweckmäßigsten der Totenflecke. In sehr seltenen Fällen kommt es zur Verwechslung von agonalen Hypostasen (Todesrosen) mit Leichenflecken.

**Todesursache:**

Während die Forderung nach der Feststellung des eingetretenen Todes für den Leichenschauer zwingend ist, wird er bei seiner zweiten Aufgabe in diesem Zusammenhang, der Feststellung der Todesursache, häufig überfordert sein. Man sollte keine Zweifel darüber lassen, daß bei der äußeren Leichenschau in vielen Fällen die Ursache des Todes nicht – bzw. häufig nur als Vermutungsdiagnose – zu ermitteln ist. Bestehen solche Zweifel, so sollte der Leichenschauer diese auch bei seiner Eintragung auf dem Leichenschau Schein zum Ausdruck bringen und nicht eine Vermutungsdiagnose ohne Einschränkung in ein Dokument eintragen, dem amtlicherseits, gerade auch in bezug auf die Todesursache, eine weit größere Bedeutung hinsichtlich der Zuverlässigkeit der gemachten Aussage beigemessen wird, als dies den Tatsachen entspricht.

**Nicht natürlicher Tod:**

Ergeben sich Anhaltspunkte für einen nicht natürlichen Tod oder wird die Leiche eines Unbekannten aufgefunden, so dürfen bis zum Eintreffen des Arztes, der die Leichenschau vornimmt, an der Leiche nur Veränderungen vorgenommen werden, die aus Gründen der öffentlichen Sicherheit zwingend erforderlich sind. Der zur Leichenschau zugezogene Arzt hat zugleich die Polizei zu verständigen und ihr die Todesbescheinigung zuzuleiten.

Zunächst ist jedes Ereignis unnatürlich, das in irgend einer Form die natürlichen Funktionsabläufe des menschlichen Lebens beeinträchtigt. Ein unnatürlicher Tod kann auch durch ein Unterlassen begründet sein. Die Feststellung unnatürlich hat durch den Arzt wertfrei und ohne Prüfung der Frage eines etwaigen Verschuldens zu erfolgen. Hinweise für solche Anhaltspunkte sind Befunde an der Leiche oder bekanntgewordene Fakten, die einen mittelbaren oder unmittelbaren Zusammenhang des Todes mit einem nicht natürlichen Geschehen in Betracht kommen lassen (z. B. Gewalteinwirkung durch Verkehrsunfall oder Raufhandel, unter Umständen aber auch Sturz ohne Beteiligung Dritter). Es ist keineswegs notwendig, daß ein solcher Zusammenhang wahrscheinlich oder gar sehr wahrscheinlich ist. Die Anzeige ist bereits erforderlich, wenn sich bei der Leichenschau Anhaltspunkte für einen nicht natürlichen Tod bzw. einen Zusammenhang mit einem nicht natürlichen Tod ergeben.

**Leichenschau und Schweigepflicht:**

Die Stellung des Leichenschauers in bezug auf die Schweigepflicht ist in etwa der des Arztes, der mit der Erstattung eines Gutachtens beauftragt wird, vergleichbar, der ja seinem Auftraggeber gegenüber auch nicht zum Schweigen berechtigt ist. Zwischen dem Leichenschauer und dem Toten kommt ein Arzt-Patienten-Verhältnis nicht zustande. War der Leichenschauer behandelnder Arzt, so endet das Arzt-Patienten-Verhältnis mit dem Tode. Allerdings unterliegen die bis zum Eintritt des Todes bekanntgewordenen Umstände der Schweigepflicht, die nicht unbefugt offenbart werden dürfen.



# Bayerisches Ärzteblatt

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

Herausgegeben von der Bayerischen Landesärztekammer

Nummer 1

## Zur Kenntnis genommen:

In der letzten Zeit häufen sich die Publikationen und Resolutionen, in denen die mangelnde Qualität der ärztlichen Ausbildung in unserem Lande beklagt wird. Die Kritik entzündet sich am mangelhaften Auswahlverfahren, auf das bei einem Numerus clausus (oder besser gesagt bei derart astronomischen Bewerberzahlen!) nun einmal nicht verzichtet werden kann, an der völlig unzureichenden praktischen Ausbildung der Studenten, an der schriftlichen Prüfung, die nur theoretisches Wissen im Kreuzworträstelstil abfrage.

Worin sehen nun die Kritiker die Ursachen der beklagten Misere? Die hohen, oder besser gesagt extrem überhöhten Studentenzahlen werden, das sei durchaus registriert, erwähnt. Im wesentlichen schließen aber alle Autoren auf die „falschen Auswahlkriterien“ und die angeblich „insuffiziente neue Approbationsordnung“.

Natürlich fehlt es nicht an Hinweisen und Empfehlungen, wie man das alles besser machen könnte. Es ist unmöglich, alle Vorschläge zu zitieren. Im „Deutschland-Union-Dienst“ las ich vor kurzem folgendes:

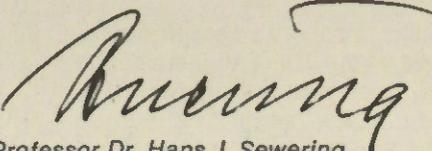
„Der numerus clausus und die Zulassungskriterien für das Medizinstudium sind denkbar ungeeignet für die Beurteilung der Fähigkeit des Studienbewerbers, künftig auch tatsächlich ein guter Arzt zu werden. Die theoretisch-abstrakte Begabung wird überbewertet, während praktische und von sozialem Engagement zeugende Fähigkeiten kaum Berücksichtigung finden. Hier müssen endlich neue Wege gesucht werden, um auch denjenigen das Medizinstudium zu ermöglichen, die zwar nicht über ein Super-Abitur-Zeugnis verfügen, jedoch aufgrund praktischer Veranlagung und menschlicher Kontaktfähigkeit und Opferbereitschaft die Voraussetzungen für einen guten Hausarzt mitbringen.“

Das klingt herrlich für den Leser. Es geht einem gewissermaßen hinunter wie dem einen das Fürst-Pückler-Eis oder mir ein warmer Leberkäs mit einer frischen Semmel. Wenn man aber ganz nüchtern fragt, wie das realisiert werden soll, dann folgt den pathetischen Worten verlegenes Schweigen. Die Ablehnung eines Bewerbers ist in unserem Lande ein anfechtbarer Verwaltungsakt. Die entscheidende Behörde muß dem Verwaltungsgericht nachprüfbare Fakten auf den Tisch legen. Abiturnoten, selbst wenn sie noch so anzweifelbar sind, oder auch das Losverfahren, wenn man es verwenden würde, sind solche „nachprüfbaren Fakten“.

Kann mir jemand sagen, wie man „von sozialem Engagement zeugende Fähigkeiten“ oder „menschliche Kontaktfähigkeit und Opferbereitschaft“ feststellen, objektivieren und in einem Verwaltungsgerichtsprozeß beweisen kann? Die Kultusminister haben gerade in verklausulierter Form zugegeben, daß sie sich über ein „Testverfahren“ nicht einig sein konnten. Das ist für jeden verständlich, der sich näher mit der Materie beschäftigt hat. Wenn man den „Einser-Abiturienten“ als zu intellektuell oder zu sehr der Theorie verpflichtet ablehnen will, dann sollte man sich doch gleich für das Losverfahren entscheiden. Nachdem schließlich doch alle Abiturienten die „Hochschulreife“ haben, gäbe das auf einfache Weise die so oft gewünschte gesunde Mischung. Man würde sich dadurch wahrscheinlich viele Prozesse ersparen.

Völlig abwegig erscheint mir der Vorschlag, allen Bewerbern eine „Krankenpflegezeit“ von einem halben oder sogar einem ganzen Jahr vorzuschreiben. Bekanntlich bewerben sich über 40 000 Abiturienten um die Zulassung zum Medizinstudium. Glaubt jemand im Ernst, daß solche Zahlen in unseren Krankenanstalten überhaupt unterzubringen sind? Oder wäre das vielleicht schon der Flaschenhals, wenn möglicherweise nur 10 000 ein „Krankenpflegeplätzchen“ fänden? Das gäbe dann ein völlig neues Auswahlverfahren: Wer eine Oberin, einen Krankenhausverwalter, einen Bürgermeister oder gar Landrat kennt, hätte sicher die Chance, das Töchterchen oder den Sohn unterzubringen. Über den Chefarzt würde ich die Chancen schon geringer einschätzen. Da käme mit an Sicherheit grenzender Wahrscheinlichkeit bei der nächsten Kreistags- oder Stadttretssitzung der Antrag, zu untersuchen, ob hier nicht „Prominentenkinder“ oder gar Arztkinder bevorzugt werden. Und wer beurteilt schließlich die „Angenommenen“? Im Zweifelsfall die Stationsschwester oder der Oberpfleger. Der Subjektivität würde Tür und Tor geöffnet. Diesen Vorschlag sollte man recht schnell vergessen. Der einmal geäußerte Gedanke, ein Probesemester für alle Bewerber einzuführen, ist unreal und verdient keine weitere Erörterung.

Man kann das Problem drehen und wenden, wie man will: Wenn das Auswahlverfahren nach Abiturnoten abgelehnt wird – wofür vieles spricht, vor allem die zunehmenden Zweifel an ihrem Zustandekommen im Bundesgebiet –, dann geht es nur über das Losverfahren, selbst wenn man es noch so unschön findet. Viel schlimmer ist der Umstand, daß viel zuviel Bewerber zum Medizinstudium zugelassen werden. Damit beginnt nämlich die eigentliche Tragödie. Diese Massen von Studierenden können nicht so ausgebildet werden, wie es notwendig wäre in einer sinnvollen Ausgewogenheit von Theorie und Praxis. Wer die Schuld der neuen Approbationsordnung zuschiebt, hat sie entweder nicht gelesen oder nicht verstanden. Oder soll damit von der eigentlichen Misere abgelenkt werden? Darüber wird in unserer nächsten Ausgabe im Februar zu schreiben sein.

  
Professor Dr. Hans J. Sewering

# Ärztliche Versorgung in Bayern

Stand und Perspektiven

von Professor Dr. Hans J. Sewering

*Daten, Zusammenhänge und anstehende Probleme, vor allem der kassenärztlichen Versorgung, sind Gegenstände der folgenden Übersicht. Sie geht zurück auf ein Referat, das der Verfasser als Erster Vorsitzender der Kassenärztlichen Vereinigung Bayerns bei der letzten Vertreterversammlung der KVB, im Oktober 1978 in St. Englmer, gehalten hat.*

Die Entwicklung der ärztlichen Versorgung in Bayern wird deutlich an wenigen, jedoch kennzeichnenden statistischen Daten: Die Zahl der Ärzte in Bayern betrug 1960 genau 14881. Heute sind berufstätig 22221; dazu kommen etwa 4000 Ärzte, die den Beruf nicht ausüben, etwa weil sie sich im Ruhestand befinden. Der Anstieg ist insgesamt also sehr steil, in der freien Praxis jedoch erwartungsgemäß weniger: 1960 zählten wir hier 8666, 1977 10349 Ärzte. Für die kassenärztliche Versorgung kommen dazu noch etwa 500 hauptamtlich tätige Krankenhausärzte, so daß also derzeit an der kassenärztlichen Versorgung 10847 Ärzte teilnehmen.

Sorge macht uns die Aufgliederung dieser Kassenärzte und der niedergelassenen Ärzte nach Allgemeinärzten und Fachärzten. Derzeit ist auch in Bayern bereits ein Überhang an Fachärzten mit 53 Prozent gegenüber den Allgemeinärzten mit rund 47 Prozent zu verzeichnen. Das ist bereits eine ungesunde Struktur. Wir sind uns seit Jahren darüber einig, daß das Idealverhältnis 60 Allgemeinärzte zu 40 Fachärzten wäre. Immerhin konnten wir in Bayern in den letzten Jahren wenigstens noch eine Relation halten, bei der mehr als 50 Prozent der Kollegen in der allgemeinärztlichen Praxis tätig waren.

Erfreulich ist die Verbesserung der Altersstruktur. Die Allgemeinärzte hatten Ende 1977 ein Durchschnittsalter von 53,9 Jahren, während es vor drei Jahren noch 55,2 Jahre ge-

wesen sind. Wir haben relativ viele Neuzulassungen, aber auch sehr viele Abgänge. Es tritt also eine zunehmende Verjüngung ein. Aber dennoch: derzeit sind noch 27 Prozent der Kassenärzte älter als 60 Jahre.

Das Verhältnis Einwohner zu Arzt war 1977 1:487, 1973 noch 1:546. Auch hier zeigt sich die zunehmende Zahl der Ärzte.

• Zusammengefaßt: Unser Problem ist nicht die Zahl als solche, sondern die Relation Allgemeinärzte zu Fachärzten.

Was die Struktur innerhalb der Allgemeinmedizin angeht, so gibt uns eine Analyse der Neuzulassungen in der Zeit vom 1. Januar 1977 bis 30. Juni 1978 einige bemerkenswerte Aufschlüsse:

Insgesamt gab es in dieser Zeit 1061 Neuzulassungen. Dem stehen 595 Abgänge gegenüber, also ein absoluter Zuwachs von 466 Kassenärzten in diesen eineinhalb Jahren. Die Zahl der Allgemeinärzte, also der Ärzte, die die Bezeichnung Allgemeinarzt erworben haben, beträgt 77. Demgegenüber wurden 372 Kollegen zugelassen unter der Bezeichnung „praktischer Arzt“. Unter diesen Kollegen, die als praktische Ärzte zugelassen wurden, sind rund 50, die eine Weiterbildung in irgend einem Gebiet abgeschlossen haben (einen 22 in Innerer Medizin).

Noch interessanter ist aber die Frage, welche Weiterbildung die Kolle-

gen haben, welche weder die Anerkennung für Allgemeinmedizin noch eine andere abgeschlossene Weiterbildung haben und sich als praktische Ärzte niederließen. Es wurde wiederholt geäußert, daß hier junge Ärzte in die Kassenpraxis gehen ohne jede Weiterbildung. Bis jetzt ist diese Besorgnis nicht begründet; denn von 321 Ärzten, die wir untersuchten, haben wir festgestellt, daß eine Weiterbildung durchlaufen wurde, die insgesamt im Durchschnitt einer Zugelassenen zwei Jahre und neun Monate, also zweidreiviertel Jahre, ausmacht. Das ist immerhin eine Grundweiterbildung, die noch akzeptabel sein kann. Das Problem entsteht erst in der Zukunft, wenn die Zahl der jungen Ärzte die Zahl der vorhandenen Planstellen übersteigt und denn junge Ärzte mit ihrer Approbation in der Hand sich überlegen: „Gehe ich zum Arbeitseinstampeln oder lasse ich mich einfach auf Biegen und Brechen irgendwo ohne Weiterbildung nieder?“

Wir sind im übrigen dabei, die Aufgliederung noch zu verfeinern, weil wir wissen wollen, wie sich bei den neu niedergelassenen praktischen Ärzten die Weiterbildung verteilt. Wir haben beim ersten Durchsehen festgestellt, daß der Schwerpunkt in der Inneren Medizin und in der Chirurgie liegt und daß auch eine ganz beachtliche Zeit der Vertretung in freier Praxis darin enthalten ist.

## Honorarpolitik

1971 lag das Honorarvolumen der bayerischen Kassenärzte bei rund einer Milliarde DM, 1977 betrug es 1 909 000 000 DM. Das ist also eine Steigerung von 1971 bis 1977 um 91 Prozent. Von 1970 bis 1977 ist der Leistungsbedarf um rund 56 Prozent gestiegen, die Gesamtvergütung um rund 78 Prozent. Es ist auch interessant, daß wir derzeit pro Quartal elf Millionen Abrechnungsfälle über

unsere Datenverarbeitung zu bewältigen haben. Eine beachtliche Zahl!

Wenn man die Entwicklung des Honorarvolumens, des Leistungsbedarfes und der Gesamtvergütung ersieht, dann können wir sagen, daß unsere honorarpolitischen Bemühungen in diesen Jahren zwar einerseits auf die wirtschaftliche Entwicklung Rücksicht genommen haben, wir aber andererseits doch erreichen konnten, daß, jedenfalls bis 1976/77, das Wachstum der Gesamtvergütung in etwa dem allgemeinen wirtschaftlichen Wachstum entsprochen hat.

Diese Situation hat sich mit den Honorarbegrenzungen als Folge des „Kostendämpfungsgesetzes“ geändert. Immerhin, die Honorarverhandlungen mit den RVO-Kassen konnten – trotz der in die Öffentlichkeit getragenen Querelen – planmäßig abgeschlossen werden. Wir haben in allen Punkten die Bundesvereinbarung bzw. die Empfehlung der „Konzertierten Aktion im Gesundheitswesen“ realisieren können, obwohl ursprünglich die Kassen erklärt hatten, sie seien in Bayern nicht in der Lage, diese Steigerungen zu akzeptieren. Das heißt also, wir haben im ersten Halbjahr 1978 eine Steigerung um vier Prozent gegenüber dem Vorjahr, zuzüglich einer etwa 1,3-Prozentpunkte ausmachenden Saldierung zwischen Allgemeinversicherten und Rentnern, die in der vorausgegangenen Empfehlungsvereinbarung der Kassenärztlichen Bundesvereinigung nicht enthalten war, erreicht.

In den Verhandlungen um die Wegegebühren konnte für den Doppelkilometer bei Tag ein Betrag von 3 DM gegenüber bisher 2,25 DM und bei Nacht von 5 DM gegenüber bisher 3,75 DM vereinbart werden. Des Pauschale beträgt nunmehr bei Tag 1,80 DM gegenüber 1,50 DM, bei Nacht 3,60 DM gegenüber 3 DM. Diese Wegegebühr (ebenso wie sonstige Unkosten, etwa Versandkosten, oder die Unkosten für radioaktive Substanzen) ist im übrigen nicht mit dem ab 1. Juli 1978 geltenden Kopfpauschale abgegolten, sie wird zusätzlich gezahlt.

#### Vorübergehend „Kopfpauschale“

Wie wird die weitere honorarpolitische Entwicklung sein?

Seit 1. Juli 1978 ist der BMÄ 78 in Kraft, daneben die EGO, in der die

Punktwerte in DM enthalten sind. Die Grundlage für beides ist einheitlich. Nach dem KVKG waren wir verpflichtet, mit den Kassen einen Bewertungsmaßstab nach Punkten zu vereinbaren. Dieser Bewertungsmaßstab gilt für alle Kassen, also auch die Ersatzkassen. Im Wege der Vertragsverhandlungen konnte aber mit den Ersatzkassen dann der Punktwert sofort in DM umgesetzt werden, weil die alte E-Adgo im wesentlichen die Grundlage auch des Punktebewertungsmaßstabes ist, während wir im Bereich der RVO-Kassen das Honorarsystem zwischen uns und den Kassen ändern mußten und für vier Quartale ein Kopfpauschale eingeführt werden mußte. Wir haben also für diese Zeit die Ungewißheit über den Punktwert und müssen von Quartal zu Quartal sehen, wie das Verhältnis der angeforderten Punktwerte zum vorhandenen Honorarvolumen sein wird; daraus ergibt sich dann der auszuzahlende Punktwert.

Grundlage für die Ermittlung des Kopfpauschale ist grundsätzlich das jeweilige Honorarvolumen des analogen Quartals des Vorjahres, zuzüglich der von der Konzertierten Aktion empfohlenen Erhöhung um 5,5 Prozent. Nach Ablauf von vier Quartalen wird man einen durchschnittlichen Punktwert ermitteln und dieser dann ermittelte Punktwert ist Grundlage für die Verhandlungen über die Honorierung ab 1. Juli 1979.

• Eine Fortsetzung etwa der Kopfpauschalregelung kann dann – bei der Entwicklung, wie wir sie in der Medizin erleben und angesichts der personellen Besetzung der kassenärztlichen Versorgung – von uns nicht akzeptiert werden. Wir haben den Vorstand der Kassenärztlichen Bundesvereinigung nachdrücklich davor gewarnt, in dieser Frage auch nur die geringste Nachgiebigkeit zu zeigen. Hier muß unter Umständen die Ärzteschaft auch den Mut haben, aus der Konzertierten Aktion auszuweichen, wenn keine zumutbare Regelung getroffen werden sollte.

Natürlich wissen wir, daß das KVKG nun einmal ein Faktum ist. Nach dem Gesetz ist die Reihenfolge, wie das Honorar zu vereinbaren ist, festgelegt. Am Anfang steht die Konzertierte Aktion mit ihrer Empfehlung. Kommt keine Empfehlung zustande, ist die Kassenärztliche Bundesvereinigung verpflichtet, mit den Bun-

neu  
von  
Sanorania

Breitbandchemotherapeutikum

# Co-trim forte Tablinen<sup>®</sup>

Co-trimoxazol 960 mg

morgens abends



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

**Kontraindikationen:** Schwere Leber- und Nierenschäden sowie Blutbildveränderungen, Sulfonamidallergie, Schwangerschaft.

**Hinweis:** Keine Anwendung bei Früh- und Neugeborenen. Blutbildkontrolle bei Langzeittherapie. Keine gleichzeitige Gabe von Hexamethylentetramin.

**Mögliche Nebenwirkungen:** Gastrointestinale Störungen, Hautreaktionen, Arzneimittelruß, Cholestase, Leuko-, Thrombopenie, Agranulozytose.

10 Tabl.

20 Tabl.

9.20

16.60

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

desverbänden der Kassen zu verhandeln, um eine Empfehlungsvereinbarung zustande zu bringen. Kommt auch diese nicht zustande, gehen die Verhandlungen über auf die Landesebene. Dabei muß man, wie die Situation bei den Zahnärzten gezeigt hat, damit rechnen, daß auf der Landesebene fast ausnahmslos Schiedsamtregelungen Platz greifen, wobei dann das Schicksal der jeweiligen Entscheidung, die das Schiedsamt trifft, davon abhängt, welcher Name aus dem Hut gezogen wurde; denn im großen und ganzen werden die sogenannten Unparteiischen in den Schiedsämtern durch Los bestimmt. Das hat sich bei den Zahnärzten gezeigt; die unterschiedlichen Ergebnisse der Schiedsamtentscheidungen im Bundesgebiet sind kongruent mit der jeweiligen Besetzung des Schiedsamtes.

### Prüfung und Leistungsbedarf

In diesem Zusammenhang wird recht heftig die Frage diskutiert: Wie soll man denn nun prüfen? Soll man sehr streng prüfen, damit der Punktwert möglichst hoch wird, oder soll man sehr großzügig prüfen, damit der Punktwert niedrig wird? Wir sollten bemüht sein, daß die Prüfung den tatsächlichen Leistungsbedarf unter keinen Umständen denaturiert. Das heißt also: eine sachbezogene Prüfung, ohne daran zu denken, was am Ende als Punktwert herauskommt.

- Wir müssen in der Lage sein, nach einem Jahr den Kassen und der Öffentlichkeit zu zeigen, wie hoch der echte Leistungsbedarf unserer Versicherten in Bayern ist und in welcher Höhe die Leistungen der Kassenärzte honoriert werden.

Wenn wir jetzt, unter dem Druck schwieriger finanzieller Verhältnisse, die Qualität unserer kassenärztlichen Versorgung vernachlässigen, ist zu befürchten, daß wir uns selber unglaublich machen. Das gilt, um es nur beispielhaft zu sagen, auch für Maßnahmen wie die prästationäre Diagnostik, die präoperative Diagnostik oder die Tumornachsorge; also Leistungen, die die Qualität der kassenärztlichen Versorgung dokumentieren, die aber natürlich mit Aufwendungen verbunden sind. Würden wir das jetzt vernachlässi-

gen und auf den Punktwert schielen, dann verspielen wir eine Chance für die Zukunft.

### Manipulationen mit der Sozialversicherung

Im übrigen sollten wir keine Gelegenheit vorübergehen lassen, um der Öffentlichkeit immer wieder klarzumachen, daß im Grunde genommen die finanziellen Schwierigkeiten der gesetzlichen Krankenversicherung nicht von den Partnern der Krankenversicherung ausgehen, sondern in erster Linie dadurch verursacht werden, daß man der Krankenversicherung Lasten aufbürdet, die mit ihrer ureigensten Aufgabe überhaupt nichts zu tun haben. Das riesige Defizit in der Rentner-Krankenversicherung hat nun einmal nichts mit der eigentlichen Aufgabe der Krankenversicherung zu tun, sondern ist Manipulation zugunsten der kranken Rentenversicherung.

Noch ein weiteres Beispiel: das Mutterschaftsgeld. Für das Mutterschaftsgeld zahlt der Bund der Krankenversicherung als Ersatz für ihre Aufwendungen je Fall 400 DM. 1967 hat damit der Bund noch 30 Prozent der Aufwendungen der Krankenversicherung gedeckt, jetzt deckt er für das Mutterschaftsgeld noch neun Prozent der Aufwendungen. Alles andere muß aus den Beiträgen der aktiven Mitglieder aufgebracht werden. Das erschwert wiederum die finanzielle Situation der Krankenversicherung. Die Folge: man wendet sich wieder einmal an die Partner und erklärt, sie müßten die Mäßigung zeigen, die notwendig sei, damit die gesetzliche Krankenversicherung gesund bleiben könne. ...

### Überarbeitung der GOÄ

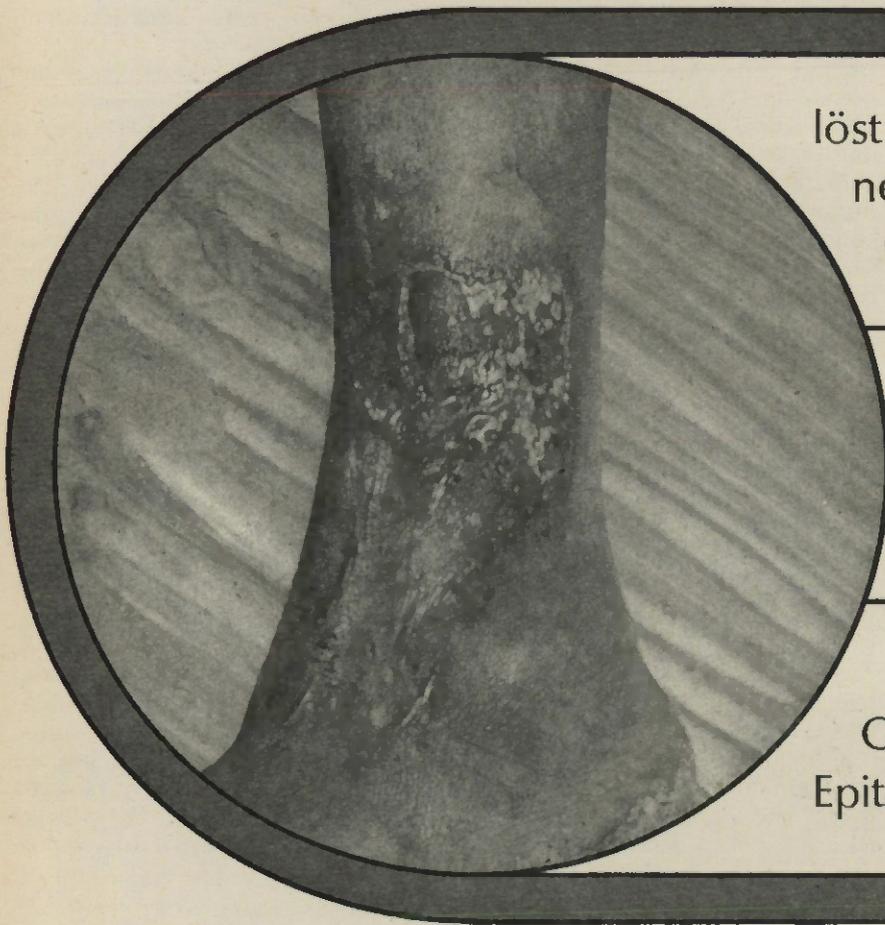
Wie sieht es nun mit der amtlichen Gebührenordnung aus? Wir haben hier eine merkwürdige Situation: Die amtliche Gebührenordnung wurde letztmals 1965 geändert; 1965 wurde die Preugo außer Kraft gesetzt und die GOÄ eingeführt, wobei damals die Bundesregierung auf dem Wege der Rechtsverordnung zusammen mit dem Bundesrat die Ersatzkassen-Gebührenordnung zur Grundlage der amtlichen Gebührenordnung, GOÄ 65, genommen hat. Das

war seinerzeit ein beachtlicher Fortschritt. Aber inzwischen ist leider nichts mehr geschehen. Alle Bemühungen, die Bundesregierung zu einer Novellierung und Fortentwicklung der amtlichen Gebührenordnung zu bewegen, scheiterten. Zwangsläufig mußten sich dadurch im Bereich der kassenärztlichen Versorgung Vertragsgebührenordnungen auch dort entwickeln, wo sie vorher nicht üblich waren, nämlich im gesamten Bereich der Reichsversicherungsordnung, also der RVO-Kassen. Wir arbeiten also im Grunde genommen seit langen Jahren mit unseren Partnern auf der Grundlage vertraglicher Gebührenordnungen; die amtliche Gebührenordnung gilt nur noch für einen sehr schmalen Bereich ärztlichen Wirkens; sie ist nach wie vor die Rechtsgrundlage für gerichtliche Entscheidungen bei Streit über die Höhe einer Privatrechnung.

Mit der letzten Neubildung der Bundesregierung wurde die Zuständigkeit für den Erlass einer amtlichen Gebührenordnung vom Bundesgesundheitsminister auf den Bundesarbeitsminister transferiert. Nunmehr ist der Bundesarbeitsminister daran gegangen, die vorbereiteten Überlegungen und Arbeiten für eine neue amtliche Gebührenordnung in Angriff zu nehmen. Wir konnten uns — offizielle Verhandlungen haben noch nicht stattgefunden — durch ein internes Papier des Bundesarbeitsministeriums darüber informieren, welche Überlegungen im Hause Ehrenberg angestellt werden. Darin zeigt sich leider wieder die ideologische Grundlinie, auf der die derzeitige Bundesregierung Ihre Gesundheits- und Sozialpolitik macht. Erinnerung sei an den Anspruch von Bundesarbeitsminister Ehrenberg nach Erlass des KVKG im „Vorwärts“: „Wesentliche Ziele des Mannheimer Parteitags konnten verwirklicht werden.“

Wenn man das Papier durchliest, zeigt sich auch hier wieder die gleiche Zielsetzung, nämlich die Nivellierung des gesamten Bereichs der gesundheitlichen Versorgung. Einige Beispiele dazu: Es wird zu den Bemessungskriterien ausgeführt, daß die Berücksichtigung der Vermögens- und Einkommenslage des Zahlungsverpflichteten mit dem in der Regierungserklärung propagierten Grundsatz leistungsgerechter Bezahlung nicht zu vereinbaren sei.

# Ein Fall für Kamillosan®



löst schonend  
nekrotisches  
Gewebe ab

fördert die  
Heilung  
der Entzündung

fördert die  
Granulation und  
Epithelisierung

Kamillosan hat einen standardisierten hohen Gehalt an natürlichem Chamazulen und Bisabolol, den Hauptwirkstoffen der Kamille.

**Zusammensetzung:** 100 g Kamillosan enthalten 150 mg ätherisches Öl aus Kamillenblüten, eingestellt auf einen Mindestgehalt von 3 mg Chamazulen und 50 mg (-)- $\alpha$ -Bisabolol. 100 g Kamillosan-Salbe enthalten 400 mg Kamillen-Trockenextrakt mit 20 mg ätherischem Öl, eingestellt auf einen Mindestgehalt von 0,4 mg Chamazulen und 7 mg (-)- $\alpha$ -Bisabolol.

**Indikation:** Entzündliche Erkrankungen der Haut und Schleimhäute.

**Unverträglichkeiten und Risiken:** Im Augenbereich sollte Kamillosan wegen der Gefahr von Reizerscheinungen nicht angewendet werden. Erfahrungsgemäß können Medikamente zu einer Schädigung der Leibesfrucht führen. Schwangeren oder solchen Frauen, bei denen der Eintritt der

Schwangerschaft während der Anwendung des Medikamentes nicht auszuschließen ist, wird empfohlen, ärztlichen Rat einzuholen.  
**Besonderer Hinweis:** Kamillosan enthält wie viele Pflanzenextrakte Alkohol. Es ist deshalb besonders bei Einläufen und bei Anwendungen als Tee bei Kindern auf die richtige Verdünnung zu achten.

**Handelsformen:**

|             |    |       |
|-------------|----|-------|
| 30 ml       | DM | 4,94  |
| 100 ml      | DM | 11,50 |
| 20 g Salbe  | DM | 3,60  |
| 40 g Salbe  | DM | 6,50  |
| 100 g Salbe | DM | 13,50 |

Anstaltspackungen



Chemiewerk Homburg

Zweigniederlassung der Degussa Postfach 2514 6000 Frankfurt am Main 1

Für die Honorierung ärztlicher Leistungen wird ausgeführt, daß eine Orientierung an der Vermögens- und Einkommenssituation des Patienten eigentlich nicht mehr vertretbar sei. Dann heißt es weiter: „im Hinblick auf die durch die Regierungserklärung vorgegebene Zielvorstellung im Fall des Anreizes zu übersteigerten technischen Leistungen sollte eine Einschränkung des Gebührenrahmens erwogen werden bei Labor, physikalischer Therapie, Röntgendiagnostik, radioaktiven Substanzen, Leistungen durch Hilfspersonen, Wegegebühren.“

Erinnern wir uns, daß der Bundeskanzler in seiner Regierungserklärung davon sprach, man soll den Anreiz zu übersteigerten technischen Leistungen der Medizin dadurch wegnehmen, daß man die Honorierung dieser Leistungen soweit wie möglich reduziert. Er hat in der gleichen Regierungserklärung dann festgestellt, daß die Wirtschaft Gewinne machen muß, weil sie ohne Gewinne keine Investitionen machen könne und weil es ohne Investitionen keinen Fortschritt gäbe. Für den Bereich der Arztpraxen ist offenbar dem Herrn Bundeskanzler nicht bewußt gemacht worden, daß auch dort genauso wie bei jedem anderen Betrieb Investitionen laufend notwendig sind, wenn wir dem Fortschritt der Medizin Rechnung tragen wollen.

Zurück zum GOÄ-Papier. Dort wird zur Bewertung der Punkte ausgeführt: „Es sollte davon ausgegangen werden, daß in der gesetzlichen Krankenversicherung die ärztlichen Leistungen in der Regel angemessen vergütet werden. Ein höherer Punktwert der GOÄ dürfte sich präjudizierend für die vertraglich zu vereinbarenden Punktwerte in der gesetzlichen Krankenversicherung auswirken.“

Schließlich hat man auch Überlegungen angestellt hinsichtlich der Nachprüfungen von Gebührenrechnungen, bisher unbestritten eine Aufgabe der Ärztekammern im Streitfall zwischen Patient und Arzt. Im Hause Ehrenberg denkt man an ein paritätisch besetztes Gremium unter Beteiligung der Ärzte, der Patienten, von Vertretern der öffentlichen Hand und der privaten Krankenversicherung. Das soll also offenbar auch Gegenstand der neuen amtlichen Gebührenordnung werden.

Die Frage des Gebührenrahmens (ein- bis sechsfach oder wie auch immer) ist im übrigen nicht nur bei der Regierungskoalition Gegenstand von Überlegungen. Auch im Gesundheitspolitischen Programm der CDU wird die Frage aufgeworfen, ob nicht ein ein- bis vierfacher Rahmen für die Bemessung der ärztlichen Gebühren ausreichend wäre.

### Krebs-Früherkennung

Bei der weiblichen Bevölkerung lag die Beteiligungsquote an den „Krebsvorsorgeuntersuchungen“ im Jahre 1973 bei nicht ganz 23 Prozent. Sie ist inzwischen angestiegen auf etwas über 29 Prozent. Das ist von Kasse zu Kasse außerordentlich unterschiedlich. Am höchsten liegt die Beteiligung bei den Ersatzkassen; da ist die 50-Prozent-Marke inzwischen überschritten worden.

Bei der „Krebsvorsorgeuntersuchung“ der Männer haben wir nach wie vor ein erschreckendes Ergebnis. Die Beteiligung betrug 1973 8,59 Prozent. Sie beträgt jetzt 12,32 Prozent.

Bei den Früherkennungsuntersuchungen der Kinder lag die Beteiligung 1972 bei 48 Prozent, war 1976, dem letzten ausgewerteten Jahr, bei 68 Prozent. Dazu ist zu sagen, daß die Beteiligung bei U 1 und U 2 außerordentlich hoch ist, aber dann leider und gefährlich steil abfällt. Bereits bei U 4 ist sie sehr niedrig und fällt dann weiter ab. Die Eltern haben offenbar im großen Umfang die Bedeutung dieser Untersuchungen noch nicht begriffen. Wir sollten daher publizistisch etwas tun, um auf die Notwendigkeit dieser Vorsorgeuntersuchung bei Kindern in verstärktem Umfang hinzuweisen.

In politischen Programmen ist heute wieder zu lesen, man solle den Gesundheitsämtern die Aufgabe der Kinderuntersuchungen zuweisen. Doch das ist kein Weg, der zu einer Verbesserung führt. Wenn das Interesse der Eltern geweckt werden kann, ist die Kapazität in der freien Praxis völlig ausreichend, um diese Untersuchungen durchzuführen. Wir gewinnen kein Kind mehr, wenn wir plötzlich diese Aufgabe wieder bei den Gesundheitsämtern anzusiedeln versuchen!

Zu welchem Arzt gehen eigentlich die Patienten bei der „Vorsorge“? Hier zeigen sich ganz unterschiedliche Verhaltensmuster. Die Männer gehen zu 63 Prozent zum praktischen Arzt, also zu ihrem Hausarzt, nur zu 19 Prozent zum Internisten, und sogar nur zehn Prozent zum Urologen. Bei den Frauen ist es ganz anders. 65 Prozent gehen zum Frauenarzt, aber immerhin 24 Prozent zu ihrem Hausarzt. Bei den Kindern ist es zu 59 Prozent der Kinderarzt, zu 34 Prozent sind es Allgemeinärzte und praktische Ärzte.

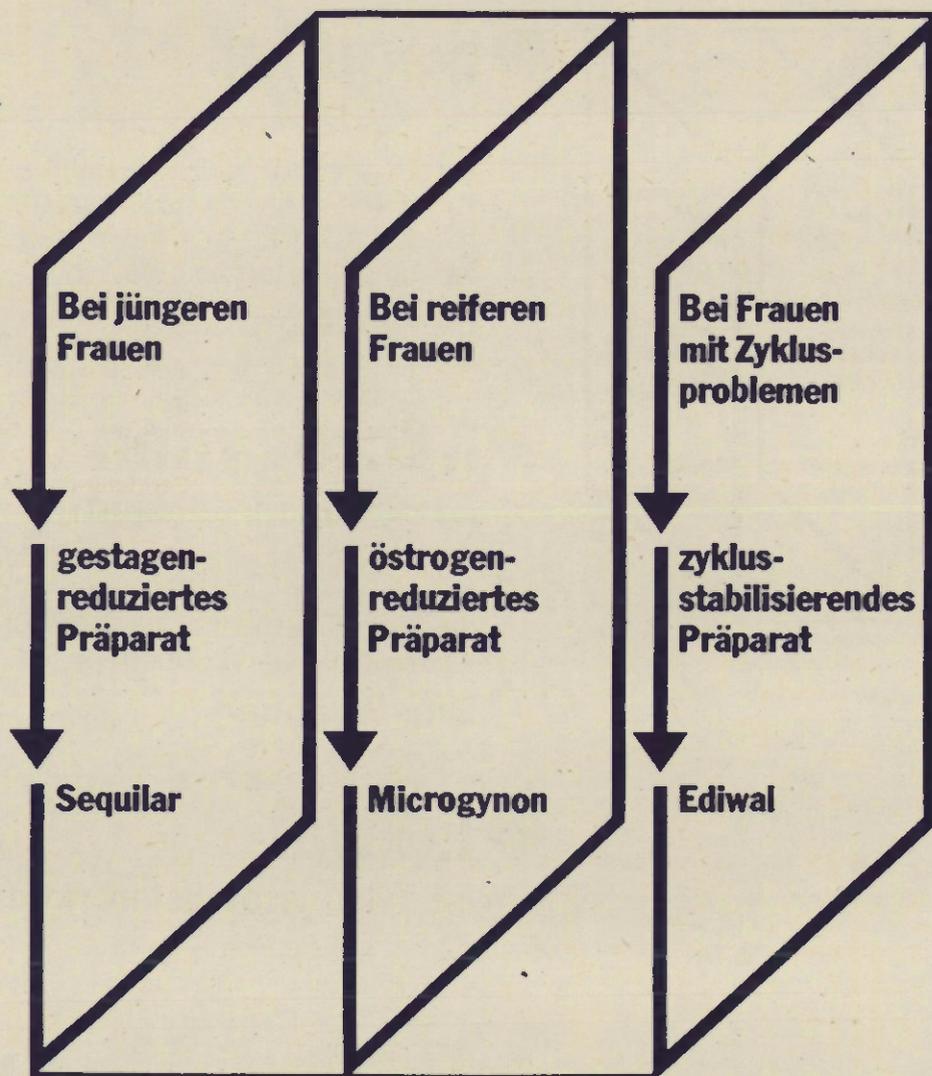
Schließlich zur Mutterschaftsvorsorge, also den Untersuchungen während der Schwangerschaft. Dazu nur die Gesamtzahl: Wir hatten eine Spitze im Jahre 1974 mit 108 300 Untersuchungen. Infolge des Geburtenrückgangs waren es 1977 noch 99 700 Untersuchungen. Auf Bayern bezogen bedeutet das, daß 90 Prozent der Frauen von dieser Schwangerschaftsvorsorgeuntersuchung Gebrauch machen. Im Großraum München konnten wir durch die Perinatal-Studie feststellen, daß die Beteiligung nahe bei 99 Prozent liegt. Hier gibt es also offenbar unterschiedliche Verhaltensweisen in städtischen und ländlichen Bereichen.

### Situation der Belegärzte

Die meisten Belegärzte gibt es bei den Frauenärzten, nämlich 416, es folgen die Hals-Nasen-Ohrenärzte (285), Chirurgen (144), Augenärzte (143), Internisten (86). Insgesamt haben wir nach dem letzten Stand 1595 Belegärzte in Bayern registriert.

Gefährdet durch § 371 RVO und Krankenhausbedarfsplanung waren zunächst 616 Belegärzte, die zwar zu einem guten Teil in Krankenhäusern arbeiten, welche im Bedarfsplan enthalten sind, deren Fachgebiet aber andererseits nicht eingetragen wurde. Inzwischen wurde durch Verhandlungen mit den Krankenkassen für 342 dieser gefährdeten Belegärzte über den Grundsatz des Vertrauensschutzes eine Sicherung erzielt. Es konnten einige auch in andere Häuser umgeleitet werden. Insgesamt mußten 156 Kollegen, durchweg an sehr kleinen Krankenhäusern, ihre belegärztliche Tätigkeit einstellen. Ein Gutteil davon hatte bereits in der vorhergehenden Zeit nur eine ganz geringe Anzahl

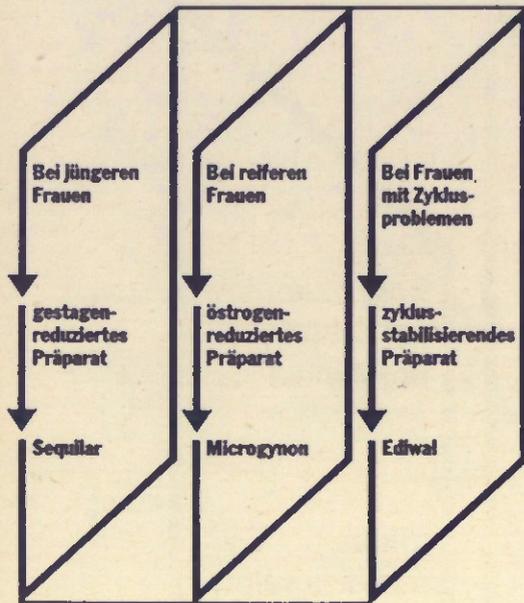
# Schering-Kontrazeptiva-System für die praxisgerechte Verordnung



**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® 21 enthält 21 Dragees zu je 0,15 mg D-Norgestrel und 0,03 mg Äthinylöstradiol. Microgynon 28 enthält in der Kalenderpackung zusätzlich 7 wirkstofffreie Dragees. 1 Packung Ediwal® 21 enthält 21 Dragees zu je 0,125 mg D-Norgestrel und 0,05 mg Äthinylöstradiol. 1 Packung Sequilar® 21 enthält 11 weiße Dragees zu je 0,05 mg D-Norgestrel und 0,05 mg Äthinylöstradiol sowie 10 orangefarbige Dragees zu je 0,125 mg D-Norgestrel und 0,05 mg Äthinylöstradiol. Sequilar 28 enthält in der Kalenderpackung zusätzlich 7 wirkstofffreie Dragees. Indikationen: Konzeptionsverhütung. Dosierung: Microgynon 21/Sequilar 21: Im ersten Zyklus täglich 1 Dragee vom 1. 21. Zyklustag (1. Tag der Menstruation = 1. Zyklustag). Nach einer Pause von 7 Tagen, in der es zur Entzugsblutung kommt, wird die Einnahme aus der nächsten Packung fortgesetzt. Microgynon 28/Sequilar 28: Ab 1. Zyklustag täglich 1 Dragee; keine Einnahmepause. Ediwal 21: Im ersten Zyklus täglich 1 Dragee vom 5. 25. Zyklustag (1. Tag der Menstruation = 1. Zyklustag). Nach einer Pause von 7 Tagen, in der es zur Entzugsblutung kommt, wird die Einnahme aus der nächsten Packung fortgesetzt. Nebenwirkungen: Vereinzelt Spannungsgefühl in den Brüsten, Magenbeschwerden, Übelkeit, Kopfschmerzen, Beeinflussung des Körpergewichts und der Libido, depressive Verstimmungen, Chloasma, Zwischenblutungen. Gründe für das sofortige Absetzen: erstmaliges Auftreten migräneartiger oder häufigeres Auftreten ungewohnt starker Kopfschmerzen, akute Sehstörungen jeder Art, erste Anzeichen von Thrombophlebitiden oder thromboembolischen Erscheinungen sowie geplante Operationen (6 Wochen vorher) und längere Immobilisation (z.B. nach Unfällen), Auftreten von Ikterus, stärkerer Blutdruckanstieg, Schwangerschaft. Kontraindikationen und Risiken: Wie bei allen hormonalen Kontrazeptiva vom Typ der Gestagen-Östrogen-Kombinationen: schwere Leberfunktionsstörungen; idiopathischer Schwangerschaftsleukerose 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 Gebe anderer Medikamente siehe Prospekt. Besondere Hinweise: Ausführlichere Informationen zum Präparat enthalten die wissenschaftlichen Prospekte (z.Z. sind folgende Auflagen gültig: Microgynon 3. Auflage vom Oktober 1976. Ediwal 21 2. Auflage vom Juli 1976. Sequilar 3. Auflage vom Januar 1977), u.a. zu folgenden Themen: Notwendigkeit gynäkologischer Kontrolluntersuchungen, Einfluß auf die Scheidenflora, Beeinflussung der Leberfunktion, Thromboserisiko unter der Anwendung, Möglichkeit einer geringen androgenen Restwirkung, Wirkung auf 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 8,56; 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 ©

von belegärztlichen Fällen abgerechnet. Rund 100 Belegarztstellen sind zur Zeit noch strittig. Die Kassenärztliche Vereinigung hat sich dieser Belegarztfrage außerordentlich intensiv angenommen und es wird unser nächstes Anliegen sein, nachdem wir über Vertrauensschutz Zeit gewonnen haben und die Kollegen weiterarbeiten können, nun auch möglichst viele dieser Kollegen in den Krankenhausbedarfsplan hineinzubekommen.

Besondere Schwierigkeiten machen uns im Belegarztwesen die Urologie und die Orthopädie, allerdings gar nicht so sehr, weil etwa die Krankenkassen ablehnend sind, sondern weil in diesen Fächern (vor allem gilt dies für die Urologie) aus dem eigenen Fachgebiet dem Sozialministerium wissenschaftliche Gutachten zur Verfügung gestellt wurden, in denen beispielsweise steht, daß man die Urologie eigentlich nur in Zentren richtig ausüben könne. Wenn uns solche Gutachten vorgehalten werden, kommen wir natürlich bei unseren Bemühungen in eine außerordentlich schwierige Situation.

#### **Notfall-Bereitschaftsdienst**

Im Ausbau des kassenärztlichen Notfall-Bereitschaftsdienstes sind wir in Bayern sehr weit vorangekommen. Wir haben im Grunde genommen heute eine lückenlose Notfallversorgung durch die niedergelassenen Ärzte. Der Übergang zu den Zentralen mit Telefon und Funk ist in vollem Gang. Wir sind im Rahmen der Kosteneinsparung dabei, die technischen Einrichtungen des Roten Kreuzes, also die Leitstellen, auch für uns zu nutzen; denn es ist für beide Bereiche nur ein Kostenträger, nämlich die gesetzliche Krankenversicherung, der diese Aufwendungen, auch die Vorhaltekosten, zahlen muß. Es wäre also nicht verantwortbar, neben dem Funknetz des Roten Kreuzes noch einmal ein eigenes Funknetz der Kassenärztlichen Vereinigung auf Dauer aufrechtzuerhalten. Der Übergang geht schrittweise. In manchen Regierungsbezirken steht man bereits vor dem Abschluß, in anderen sind die ersten Leitstellen eingerichtet worden. Die bisherigen Erfahrungen sind — von Anfangsschwierigkeiten abgesehen — nicht schlecht, aber selbstverständ-

lich wird es noch viel Mühe kosten, bis es überall klaglos funktioniert.

Wer soll nun die Rettungswagen besetzen, sei es, daß der Arzt im Rettungswagen neben dem Sanitäter mitfährt, oder daß im Rendezvous-System der Rettungswagen und der Arztwagen sich an der Unfallstelle treffen? Beide Systeme sind in Bayern in Gebrauch und wir haben sehr gute Erfahrungen damit gemacht. Wir sind der Auffassung, das wurde inzwischen auch mit der Spitze des Bayerischen Roten Kreuzes eingehend besprochen, daß es für den „Blaulichtdienst“, also für den Rettungsarzdienst, weder eine Dienstverpflichtung der angestellten Ärzte noch eine Dienstverpflichtung einzelner Kassenärzte geben kann. Wir sind aber ebenso der Überzeugung, daß wir als gemeinsame Aufgabe uns unter allen Umständen bemühen müssen, genügend Ärzte zu finden, die freiwillig diesen Dienst im Rettungswagen übernehmen; denn er gehört heute nun einmal zu einer ärztlichen Versorgung in einem Land, wo die Zahl der Verletzten und Toten gerade auf unseren Straßen so beängstigend hoch ist. Wir können uns also grundsätzlich der Aufgabe, auch Ärzte für den Rettungsdienst bereitzustellen, nicht entziehen. Wir sollten uns aber darüber klar sein: Es kann weder Gegenstand des Dienstvertrages eines angestellten Arztes sein, noch automatisch kassenärztliche Verpflichtung für den einzelnen Kassenarzt. Bei einigermaßen intensivem Bemühen müßte es uns jedoch gelingen, die Zahl der notwendigen Ärzte für diesen Dienst zu finden, junge Kassenärzte ebenso wie angestellte Ärzte, die freiwillig diesen Dienst übernehmen. Es gibt eine Reihe vorzüglicher Beispiele in Bayern, wo das funktioniert. Wir sollten also hier die Lücken schließen.

Wenn ich feststelle, daß es nicht über den Weg der Dienstverpflichtung gehen kann, daß es also auch nicht Dienstaufgabe des angestellten Arztes ist, dann ergibt sich daraus selbstverständlich, daß diese Leistung des Arztes im Rettungsdienst auch entsprechend zusätzlich honoriert werden muß, und zwar über die Kassenärztliche Vereinigung, weil es letzten Endes auch Teil der ärztlichen Versorgung unserer Bevölkerung ist. Über diese Beurteilung besteht nunmehr Übereinstimmung mit dem BRK. Wir ha-

ben mit dem Roten Kreuz vereinbart, gegenüber dem Bayerischen Staatsministerium des Innern einen gemeinsamen Standpunkt zu vertreten.

Die Zusammenarbeit mit dem Roten Kreuz, die gemeinsame Benutzung der Funkeinrichtungen, wird uns auch in die Lage versetzen, die Fehleinsätze der Rettungswagen zu reduzieren, die bereits bei etwa 30 Prozent lagen, und dafür zu sorgen, daß das Personal so geschult wird, daß bei internen Erkrankungen in erster Linie von der Zentrale eben der diensthabende Kassenarzt gerufen wird, und nicht — wie das heute vielfach der Fall ist — sofort mit Blaulicht an das Haus des Patienten herangefahren wird. Das ist nicht notwendig, die Kosten steigen dadurch ganz ungeheuer an.

#### **Qualitätssicherung im Rahmen der kassenärztlichen Versorgung**

Die größten Fortschritte haben wir inzwischen in der Qualitätssicherung der Laborleistungen gemacht. Wir haben sieben Ringversuche durchgeführt. Darunter sind vier Pflichtringversuche; die anderen, die angeboten wurden, waren Modellringversuche. An diesen Ringversuchen haben insgesamt 32 000 Kassenärzte teilgenommen, die Ergebnisse sind durchweg befriedigend bis ausgezeichnet. Das Modell, nach dem wir arbeiten, gilt als Muster und wird sogar international als ein hervorragendes System anerkannt. Natürlich müssen wir uns über eines klar sein: Irgendwann müssen aus den Ringversuchen auch Konsequenzen gezogen werden. Das heißt, wir können es auf die Dauer nicht hinnehmen, daß etwa ein Kollege vergessen hat, überhaupt teilzunehmen, oder daß er in wiederholten Ringversuchen nur Ergebnisse liefert, die nicht brauchbar sind.

Zur Qualitätssicherung in der Mammographie, die wir in Bayern, soweit mir bekannt ist, bisher als einzige KV durchführen, darf ich Ihnen berichten, daß in Bayern insgesamt 6072 Röntgenaufnahmen angesehen wurden. Es waren 321 Ärzte, die dieser Qualitätssicherung unterlagen. Die Ergebnisse waren insgesamt gesehen gut. Kollegen, die ungenügende Aufnahmen lieferten, wurden entsprechend belehrt und aufgefor-

dert, wiederum Aufnahmen einzu-reichen. Nach diesem Modell wäre durchaus auch eine Qualitätssicherung in der Röntgendiagnostik, jedenfalls hinsichtlich der Technik der Aufnahmen, möglich; und man sollte sich überlegen, ob man dies nicht auch einmal versuchsweise, etwa mit Thoraxaufnahmen oder in irgend einer anderen Weise, durchführt.

### Bedarfspläne

Die Aufstellung von Bedarfsplänen ist zur Zeit Gegenstand unserer gemeinsamen Arbeit mit den Krankenkassen. Solche Pläne schreibt das Krankenversicherungs-Weiterentwicklungsgesetz vor. Die Ausgangssituation damals, als das KVWG herauskam, war sicherlich eine grundlegend andere, als sie sich heute darstellt. Damals war der Grund für den einstimmigen Beschluß des Bayerischen Landtags, durch welchen die Staatsregierung aufgefordert wurde, etwas zu unternehmen, die Sorge der Unterbesetzung. Die Unterbesetzung haben wir schon sehr weit abgebaut. Sie ist noch nicht überall behoben, denn wir haben noch keineswegs eine völlig gleichmäßige ärztliche Versorgung. Aber sie hat sich wesentlich gebessert.

Heute geht es bei diesen Bedarfsplänen darum, ein Modell aufzuzeigen für eine vernünftige Verteilung der Kassenärzte in Bayern, sowohl in der allgemeinärztlichen wie in der fachärztlichen Versorgung. Ein solcher Bedarfsplan kann dann auch für neu hinzukommende junge Ärzte eine sehr gute Orientierungshilfe sein, wenn sie die Frage stellen: „Wo kann man sich denn noch sinnvollerweise niederlassen und eine Existenz aufbauen?“ Wir haben nun einmal in Bayern Bereiche mit einer erheblichen Überbesetzung, etwa in München, und wir haben Bereiche, wo sicherlich noch Kassenärzte eine gute Existenz finden können.

In der ersten Verhandlungsrunde, die schon weitgehend abgeschlossen ist, hat man noch nicht über Zahlen im einzelnen gesprochen, sondern zunächst einmal die Einteilung vereinbart. Dabei bestand Übereinstimmung darüber, daß man als Planungsgrundlage für die allgemeinärztliche Versorgung die Gemeinnden wählt, während für die fachärztliche Versorgung Planungsgrundlage der

Landkreis sein soll, wobei in größeren Landkreisen mit mehreren Zentren unter Umständen eine Unterteilung erfolgt, vor allem für die Gebiete Innere Medizin, Frauenheilkunde, Pädiatrie und Augenheilkunde.

Bis jetzt waren die Verhandlungen mit den Vertretern der Krankenkassen sehr positiv. Es gibt noch einige Regionen, die offen sind. Überraschenderweise hat man sich schon geeinigt über die Einteilung in München nach Stadtbezirken. Es geht also voran. Wenn diese Planungsgrundlage geschaffen ist, geht es natürlich um die weitere Frege, wieviel Ärzte im Vergleich zum Ist-Bestand in den einzelnen Planungsbezirken vorhanden sein müssen. Bei diesen Verhandlungen kann man natürlich nicht nur von Bevölkerungszahlen und Richtwerten ausgehen, sondern hier muß man die Situation vor Ort untersuchen. Man muß beispielsweise dann auch die Pendler berücksichtigen; man muß sehen, wie weit etwa Internisten in der primärärztlichen Versorgung sind, denn das wird wiederum die Zahl der notwendigen Allgemeinärzte beeinflussen. Man muß das Verhältnis Kinderarzt/Allgemeinarzt berücksichtigen, man muß die Verkehrsverbindungen, die Verkehrsströme einbeziehen. Hier wird es also noch sehr eingehender Verhandlungen bedürfen, die aber in den nächsten Monaten durchgezogen werden können.

### Prästationäre Diagnostik

Erfreulich hat sich die von uns initiierte prästationäre Diagnostik und die Operationsvorbereitungsuntersuchung entwickelt, die heute zunehmend von den operativen Fachern verlangt wird.

Die beiden Begriffe decken sich nicht. Die prästationäre Diagnostik ist die Ausschöpfung unserer diagnostischen Möglichkeiten bis zur endgültigen Diagnose mit der Folge, daß der Patient mit seinen Befunden ins Krankenhaus eingewiesen werden kann.

Die ambulante Untersuchung vor der Operation ist neueren Datums und geht davon aus, daß das Risiko der Narkose und der Operation so gering wie möglich gehalten werden soll, daß man deshalb nach be-

stimmten Mustern den Patienten, bevor er auf den Operationstisch kommt, einer internen Untersuchung unterzieht, die ein EKG, eine Röntgenaufnahme Thorax, eine Reihe von Laborparametern umfaßt, und die dann eine Aussage gestattet, ob mit einem Operationsrisiko, einem Narkoserisiko zu rechnen ist. Wir sollten trotz Kopfpauschale und Punkterisiko gerade diese Untersuchung in der freien Praxis sehr gründlich, intensiv und sorgfältig durchführen. Aber wir müssen allen Kollegen auch erneut und ganz eindringlich klarmachen, daß das nur Sinn hat, wenn die erhobenen Originalbefunde auch wirklich dem Patienten in die Klinik mitgegeben werden. Ich habe die Beobachtung gemacht und höre auch von Kollegen, die Krankenhausärzte würden zunehmend einsehen, daß diese Befunde genauso sicher und wertvoll sind, wie wenn sie sie selber erhoben hätten, so daß sie also auf der Basis dieser Befunde ihr therapeutisches Handeln beginnen können. Es müssen natürlich einwandfreie Befunde sein!

Zum nächsten Schritt, den wir in Richtung Qualitätsverbesserung getan haben, nämlich die programmierte Tumornachsorge, der Hinweis: wenn die ambulant tätigen Ärzte diese Aufgabe jetzt nicht übernehmen, wird sie in den Zentren landen und damit für die freipraktizierende Ärzteschaft verloren sein. Dann bleibt in der Praxis nur noch, daß wir den Patienten trösten und am Händchen führen und ihm die Vorladung zur nächsten Nachuntersuchung im Zentrum aushändigen dürfen. Deswegen muß diese Aufgabe von uns verkraftet werden!

### Entwicklung der Arzneimittel-eusegen

Von seiten der Krankenkassen wurde vor einigen Wochen gemeldet, daß angeblich der Arzneimittelverbrauch im ersten Halbjahr 1978 gegenüber der Vergleichszeit des Vorjahres um 10,24 Prozent gestiegen sei. Vom Bundesverband der Betriebskrankenkassen besitzen wir eine Mitteilung, die sehr interessant ist. Danach zeigt sich, daß bei den Allgemeinversicherten in den Vergleichshalbjahren sogar ein Anstieg von 13,7 Prozent eintrat, während bei den Rentnern der Arzneimittelverbrauch um vier Prozent rückläu-

fig war, im gesamten gesehen bei den Betriebskrankenkassen ein Anstieg um 5,5 Prozent.

Wir haben aber in Bayern die Mitteilung, daß in dieser Zeit ein Anstieg um neun Prozent eingetreten sei. Nun sei darauf hingewiesen, daß eine Vereinbarung nach dem KVKG über den Arzneimittelhöchstbetrag und über die Konsequenzen seiner Überschreitung bisher mit den Kassen noch nicht abgeschlossen wurde, und zwar nicht nur in Bayern, sondern auch von keiner anderen Kassenärztlichen Vereinigung. Wir haben lediglich eine Anhaltszahl, nämlich die Empfehlung der Konziertierten Aktion. Danach sollen die Arzneimittelausgaben im zweiten Halbjahr 1978 gegenüber dem Durchschnitt des Jahres 1977 um 3,5 Prozent steigen. Wie diese Dinge weitergehen und wie sich hier ein realisierbares und zumutbares Modell finden läßt, ist noch offen; darüber werden wir noch zu verhandeln haben.

Auch ein weiterer Punkt im Zusammenhang mit Arzneimitteln muß erwähnt werden, nämlich wie es mit der gesetzlichen Vorschrift steht, wonach Arzneimittel, die normalerweise bei leichten Gesundheitsstörungen verordnet werden, aus der kassenärztlichen Versorgung herausgenommen werden sollen. Darüber verhandelt der Bundesausschuß Ärzte und Krankenkassen. Eine Einigung darüber, welche Arz-

neimittel man — vom Fachlichen her gesehen — herausnehmen sollte, konnte bisher nicht erzielt werden. Es kam bei den Verhandlungen u. a. der Gedanke auf, man könne diejenigen Mittel herausnehmen, für die Publikumswerbung betrieben wird. Das klingt sehr schön, wird aber rechtlich nie durchsetzbar sein. Entweder man sagt: Die Krankenversicherung zahlt bestimmte Arzneimittel, oder man macht eine vernünftige Kostenbeteiligung. Das einfachste wäre, den Betrag von 1 DM an die Kosten des Rezeptes anders anzupassen, dann bräuchte man sich über diese Herausnahme keine Gedanken zu machen. Die Problematik ist allen bewußt. Hier wird man sehr schlecht weiterkommen.

#### Versicherten-Scheckkarte

Der Probelauf mit der Versicherten-Scheckkarte, welcher bekanntlich in Schleswig-Holstein durchgeführt wurde, ist inzwischen abgeschlossen. Man hat die Beteiligten dazu um ihre Meinung befragt. Der bisher vorliegende Bericht ist sehr kurz. Offensichtlich hat man die Grundsatfrage, was die Einführung der Scheckkarte mit der Durchnumerierung der Versicherten von Flensburg bis Berchtesgaden eigentlich bedeutet, bei den Beteiligten überhaupt nicht gestellt oder nicht gesehen, sondern sich nur um die Praktikabilität gekümmert. Dazu gehen die Meinungen auseinander.

#### Die nächste Zukunft

Zum Schluß die Frage: wie wird die Entwicklung weitergehen? Wieschon gesagt, haben wir der Kassenärztlichen Bundesvereinigung nachdrücklich klargemacht, daß die Entwicklung der kassenärztlichen Honorierung auf den Kaufkraftverlust, auf die Kostenentwicklung und auf die Lebenshaltungskosten in unserem Lande Rücksicht nehmen muß. Wir können es auf die Dauer nicht hinnehmen, daß sie hinter dieser Entwicklung zurückbleibt. Wer dieses Ziel verfolgt, verfolgt es aus politischen und ideologischen Gründen. Wir sind verpflichtet, dafür einzutreten, daß die kassenärztliche Praxis auch in Zukunft wirtschaftlich gesund bleibt, weil sie nur dann auch leistungsfähig sein kann.

Es liegt also letzten Endes im Interesse der Versicherten, der Patienten, daß der Arzt nicht wirtschaftlich krank wird.

Daneben steht nun einfach ein Problem, mit dem wir uns auch morgen beschäftigen müssen, nämlich der ärztliche Nachwuchs, die riesige Zahl der nachwachsenden Ärzte, 12 000 Studienanfänger, die inzwischen erreicht wurden, und die mit Sicherheit in den nächsten zehn Jahren nicht weniger werden. Was soll aus diesen jungen Ärzten werden, wie weit werden sie in die Kassenpraxis strömen? Aus Publikationen und Äußerungen von Kassen kann man heute schon Andeutungen entnehmen, die dahin gehen, ob denn dann wirklich noch das Karlsruher Urteil von 1960 unter total veränderten Verhältnissen der vor uns liegenden Zeit Anwendung finden kann. Wir werden also unter diesen Gegebenheiten alles tun müssen, um auch die gesundheitliche Versorgung der Bevölkerung gesund zu erhalten, das heißt, sowohl im Krankenhaus wie in der Kassenpraxis tragbare und wirtschaftlich verantwortbare Verhältnisse zu schaffen.

Es wird sich schon bald zeigen, wie weit diese begründeten Forderungen politischen Realitäten gegenüber- oder vielleicht sogar entgegenstehen. Die Reihenfolge der Verhandlungen ist uns vorgegeben: Konzertierte Aktion, Bundesvereinbarung usw. Wir müssen eines in den Mittelpunkt unserer Überlegungen stellen: Wir sind verpflichtet, die Belange der Kassenärzte und damit die Belange einer qualitativ hochwertigen kassenärztlichen Versor-

Des Bayerische Rote Kreuz gibt sich die Ehre, Sie zum

### Margueriten-Ball

am Donnerstag, 22. Februar 1979, 20 Uhr, im Hotel Bayerischer Hof, einzuladen.

Ein buntes Programm, die Big-Band, die Combo und das Bar-Trio der großartigen Regensburger Jäger mit der bekannten Sängerin Vera Burger und das Feschingsprinzenpaar mit seinem Gefolge erwarten Sie.

Die große Tombola hält schöne Gewinne bereit.

Abendanzug, Abendkleid

Eintrittspreise für nummerierte Plätze: DM 80,—, 75,—, 70,—, 65,—, 50,—, 45,—, 40,—, 35,—, 20,—

Kategoriekarten für Studierende: DM 10,—

Vorbestellung und Kartenverkauf: Bayerisches Rotes Kreuz, Seitzstraße 8, München 22, Telefon (0 89) 23 73 - 270, oder Hotel Bayerischer Hof, Promenadeplatz 26, München 2, Telefon (0 89) 22 88 71

Der Reinerlös des Belles wird für das neu zu errichtende soziale Dienstleistungszentrum im Lehel verwendet.

Ehrenprotektorat: Frau Gertrud Goppel

gung mit allem Nachdruck und allen zulässigen und sinnvollen Mitteln wahrzunehmen. Das ist die Hauptfeststellung. Wir müssen uns aber auch bei der Auswahl der Methoden überlegen: Was ist sinnvoll, was ist wirksam, was ist realisierbar und wie sind die Auswirkungen?

In diesem Zusammenhang muß man das Kassenarztrecht sehen. Wir haben nun einmal seit 1955 die verbindliche Schlichtung. Wir haben den vertragslosen Zustand abgeschlossen, weil wir der Meinung waren, daß wir es dem Versicherten schuldig sind, die Kontinuität der kassenärztlichen Versorgung zu gewährleisten. Wir müssen uns also zum Beispiel — was in der letzten Zeit in die Diskussion gekommen ist — ernsthaft die Frage stellen, ob es politisch verantwortbar und klug ist, etwa in der Öffentlichkeit mit dem Säbel zu rasseln: „Wir, alle 50 000, legen die Kassenzulassung nieder, dann müssen die Patienten ihre Rechnungen bezahlen, dann sollen sie schauen, wie sie zurecht kommen!“

Wenn wir uns klar sind, daß ein solcher Weg nicht gangbar ist, dann sollte man derartig in der Öffentlichkeit auch nicht drohen. Denn man gibt unseren Gegnern sonst nur Anhänger für gesetzliche Initiativen!

Es ist sicherlich einfach, damit in einer Ärzteversammlung Stimmung zu machen. Doch wir wurden nicht gewählt, um „den starken Mann“ zu markieren, sondern wir sind gewählt worden, um unserer schweren Verantwortung entsprechend die Belange der Kassenärzte zu vertreten, aber zugleich dafür zu sorgen, daß die kassenärztliche Versorgung kontinuierlich und ungestört weitergeführt wird. Das ist unsere Verantwortung, und diese Verantwortung geht vor (innerärztlichen) Beifallstürmen.

Wir sollten, durchdrungen von der Überzeugung, daß wir eine der wichtigsten Aufgaben in unserer Gesellschaft zu erfüllen haben, unsere Pflicht tun. Wir sollten die kassenärztliche Versorgung qualitativ und human gestalten, so wie es unserem Gewissen entspricht, und wir sollten mit den Widrigkeiten, die um uns herum aufgebaut wurden, fertig werden. Dann können wir unsere Aufgabe später guten Gewissens in die Hände der nächsten Generation legen.

## Derzeitiger Stand der Organtransplantation

von G. Heberer und W. Land

Aus dem Transplantationszentrum (Leiter: Privatdozent Dr. med. W. Land) der Chirurgischen Klinik und Poliklinik der Universität München, Klinikum Großhadern (Direktor: Professor Dr. med. G. Heberer)

Eine sachgerechte und effektive Diskussion über die Probleme der Organspende nach dem Tode ist nur möglich, wenn die derzeitigen Möglichkeiten und Ergebnisse auf dem Gebiet der Organtransplantation bekannt sind. Während die Nierenverpflanzung bei chronisch nierenkranken Patienten als die zahlmäßig häufigst durchgeführte Organtransplantation inzwischen einen gewissen Grad an Popularität erlangt hat, besteht in der Öffentlichkeit, aber auch in weiten Kreisen der Ärzteschaft, zum Teil noch Unkenntnis über die Fortschritte auf den anderen Gebieten der klinischen Organtransplantation.

Im folgenden soll daher ein kurzer Überblick über den derzeitigen Stand der Organtransplantation gegeben werden, wobei insbesondere auf die Verpflanzung von Niere, Herz, Leber und Bauchspeicheldrüse näher eingegangen wird.

### 1. Nierentransplantation

Die Nierentransplantation ist inzwischen ein weltweites Routineverfahren zur Behandlung von chronisch nierenkranken Patienten als echte Alternativtherapie zur künstlichen Niere geworden. Es dürften bisher über 30 000 Transplantationen in der Welt durchgeführt worden sein. Stellt man die Frage, was in den letzten Jahren an echten Fortschritten auf dem Gebiet der Nierentransplantation erzielt wurde, so ist festzustellen, daß insbesondere die Überlebenszeit der Patienten nach der Transplantation entscheidend verbessert werden konnte. Während man in früheren Zeiten noch mit einer Letalitätsrate von ca. 30 Prozent rechnen mußte, konnte inzwischen die Sterberate nach Nierentransplantation an einigen Zentren auf unter zehn Prozent gesenkt werden. Beispielsweise haben auch wir an unserem Zentrum in München in einer konsekutiven Serie von über 60 Nierentransplantationen keinen

unmittelbar transplantationsbedingten Todesfall beobachtet.

Die Verbesserungen der klinischen Ergebnisse im Hinblick auf die Patientenüberlebenszeit nach Transplantation sind einmal durch eine bessere Selektion der Patienten vor der Transplantation erzielt worden, des weiteren durch eine vorsichtiger angewandte immunsuppressive Therapie nach Transplantation (insbesondere Reduktion der hohen Cortison-Dosen), darüber hinaus durch eine engmaschige intensive klinische Beobachtung und Überwachung der Patienten ärztlicher- und pflegerischerseits nach durchgeführter Nierentransplantation.

Im Gegensatz zur Verbesserung der Patientenüberlebenszeit konnte in den letzten zehn Jahren die Transplantatüberlebenszeit nicht entscheidend verbessert werden. Dies rührt daher, daß in erster Linie keine neuen immunsuppressiven Substanzen in letzter Zeit entwickelt wurden. Einen neuen Hoffnungsschimmer bietet derzeit die Verabreichung von Bluttransfusionen vor Durchführung der eigentlichen Nierentransplantation. In einer Reihe von Studien an verschiedenen Zentren der Welt konnte inzwischen bewiesen werden, daß die Verabreichung von Bluttransfusionen vor der Transplantation einen protektiven Effekt auf die Transplantationsüberlebenszeit hat. Der Wirkungsmechanismus ist bisher noch nicht geklärt. Es ist noch nicht einmal sicher, ob es sich hier um einen spezifischen oder unspezifischen Effekt handelt. Die Konsequenz aus diesen Beobachtungen jedoch ist, daß im Augenblick kein Patient mehr transplantiert werden sollte, der nicht vorher eine Bluttransfusion erhalten hat.

Wenn man überhaupt momentan Hoffnung auf ein neues besseres immunsuppressives Medikament haben kann, so muß man an das Präparat Cyclosporin A denken, ein fungizidwirkendes Medikament, das

# Der Langzeit- Husten- Blocker



Rascher Wirkungseintritt.  
Lang anhaltende Wirkdauer.  
Gute Verträglichkeit.  
Saft und Kapseln.

# Paracodin<sup>®</sup>

stoppt Husten  
schnell und anhaltend

*neu!* **retard**

**Zusammensetzung:** 5 ml Saft (= ca. 1 Teelöffel) enthalten 11,1 mg Dihydrocodein, gebunden an 44,45 - 55,55 mg Kationenaustauscher Polystyrol-divinylbenzol-sulfonsäure, 1 Kapsel enthält 20 mg Dihydrocodein, gebunden an 90 - 120 mg Kationenaustauscher Polystyrol-divinylbenzol-sulfonsäure, und 5 mg Dihydrocodeinhydrogentartrat. **Indikationen:** Husten und Hustenreiz jeder Art, insbesondere auch bei entzündlichen Affektionen der Atemwege, wie z. B. Pharyngitis, Laryngitis, Tracheitis, Bronchitis, Pertussis sowie Husten bei Emphysem und Lungentuberkulose. **Kontraindikationen:** Krankheitszustände, bei denen eine Dämpfung des Atemzentrums vermieden werden muß; Langzeitverabreichung bei chronischer Obstipation. In den ersten 3 Monaten einer Schwangerschaft ist die Verordung von Paracodin retard - entsprechend den heutigen Auffassungen über den Arzneimittelgebrauch durch werdende Mütter - kritisch abzuwägen. **Nebenwirkungen:** Paracodin retard kann zu Obstipation führen. **Dosierung und Anwendungsweise:** Saft: Kleinkinder nehmen 1/2 - 1 Teelöffel, ältere Kinder 2 Teelöffel, Erwachsene 1 Eßlöffel voll, jeweils morgens und abends ein. Kapseln: Erwachsene und Kinder ab 12 Jahren nehmen 1 Kapsel morgens und abends ein. In Paracodin retard Saft liegt der Wirkstoff Dihydrocodein, gebunden an Kationenaustauscher, in suspensierter Form vor. Nach längerem Stehen bildet sich ein klarer Überstand. Durch kurzes Schütteln vor dem Gebrauch wird wieder eine gleichmäßige Wirkstoffverteilung erreicht. **Zur besonderen Beachtung!** Paracodin retard Saft ist für Säuglinge bis zu 1 Jahr und Paracodin retard Kapseln sind für Kinder unter 12 Jahren nicht geeignet. Paracodin retard kann auch bei bestimmungsgemäßem Gebrauch das Reaktionsvermögen so weit verändern, daß die Fähigkeit zur aktiven Teilnahme am Straßenverkehr oder zum Bedienen von Maschinen beeinträchtigt wird; dies gilt im verstärkten Maße im Zusammenhang mit Alkohol. Für Diabetiker sei erwähnt, daß 5 ml (= ca. 1 Teelöffel) Paracodin retard Saft 336 Milligramm Zucker enthalten; dies entspricht ca. 1,4 kcal bzw. 6 Joule. Paracodin retard steht aber auch zuckerfrei in Kapselform zur Verfügung. **Handelsformen:** Originalpackung 100 g Saft 7,96 DM. Originalpackung 10 Kapseln 7,96 DM. Originalpackung 20 Kapseln 14,58 DM. **KNOLL AG 6700 Ludwigshafen**



derzeit in der experimentellen und klinischen Testung ist. Wenn dieses Präparat nur 50 Prozent der immunsuppressiven Effektivität, die derzeit beschrieben wird, besitzt, hätten wir das bisher stärkste immunsuppressive Medikament zur Verfügung.

Auf dem Gebiet der Gewebetypisierung von Spender und Empfänger bei Nierentransplantation kann immer noch keine endgültige Aussage gemacht werden. Während die europäischen Zentren (Eurotransplant, France-Transplant usw.) weiterhin eine Korrelation zwischen einem guten HLA-Match – d. h. einer guten Gewebeverträglichkeit zwischen Spender und Empfänger – und der Transplantatüberlebenszeit sehen, beobachten nahezu ausnahmslos alle amerikanischen Gruppen bei Auswertung ihres Krankengutes keinen günstigen Effekt eines guten HLA-Matches im Hinblick auf die Transplantatüberlebenszeit. Nichtsdestoweniger sollten auch in Zukunft Spender und Empfänger regelmäßig typisiert werden, schon allein aufgrund der Tatsache, daß die überregionale und übernationale Organverteilung – wie sie z. B. in Europa von Eurotransplant durchgeführt wird – aufgrund von rationalen Überlegungen einwandfrei und transparent durchgeführt werden kann. Darüber hinaus ist zu erwähnen, daß die Ergebnisse und Probleme der Gewebetypisierung inzwischen immer komplexer werden: während wir es zunächst noch lediglich mit Transplantationsantigenen auf zwei Loci auf dem sechsten Chromosom des Menschen zu tun hatten, existieren inzwischen bereits vier Loci (A-, B-, C-, D-Locus), die insgesamt über 60 unterschiedliche Transplantationsantigene genetisch determinieren.

Auf dem Gebiet der Immunsuppression sind – wie bereits angedeutet – bisher keine entscheidenden Fortschritte in den letzten zehn Jahren erzielt worden. Die Standardtherapie besteht weiterhin in der Verabreichung von Steroiden, Zytostatika (z. B. Azathioprin) sowie – an einigen Zentren – Antilymphozytenglobulin. In Fällen von Abstoßungskrisen werden Steroide in extrem hohen Dosen (bis 10 g innerhalb von 14 Tagen) verabreicht. Unter Zuhilfenahme dieser immunsuppressiven Therapie überleben allogene Nierentransplantate immerhin in 60 bis 70 Prozent ein Jahr, nach fünf Jah-

ren funktionieren noch ca. 50 Prozent der transplantierten Organe. Die längste Überlebenszeit eines transplantierten Organes beträgt derzeit über 20 Jahre.

## 2. Herztransplantation

Obwohl es auf diesem Gebiet nach Presseberichten inzwischen ruhiger geworden ist, muß derzeit festgestellt werden, daß die Herztransplantation nach der Nierentransplantation die erfolgreichste allogene klinische Organtransplantation darstellt. Derzeit wurden über 400 Herztransplantationen an fünf verschiedenen Zentren der Welt durchgeführt. Die Zahl der Herztransplantationen steigt im Augenblick wieder enorm an. Erstaunlich ist die Überlebenszeit der transplantierten Herzen: sie beträgt derzeit 75 Prozent innerhalb des ersten Jahres nach erfolgter Transplantation, 40 bis 50 Prozent der transplantierten Herzen überleben fünf Jahre. Die längste Überlebenszeit beträgt derzeit zehn Jahre. Ein entscheidender Fortschritt auf dem Gebiet der Herztransplantation ist die frühzeitige Erkennung der Abstoßungsreaktion durch eine Methode, die von der Stanford-Gruppe (Professor Shumway) ausgearbeitet wurde; sie führen in regelmäßigen Abständen eine kardiale Biopsie mittels eines transvenös eingeführten Katheters durch. Interessant ist, daß auch auf dem Gebiet der Herztransplantation inzwischen der Transport durch die Vermittlung von Herztransplantaten sich analog der Vermittlung von Nierentransplantaten durchführen läßt. So werden derzeit in den USA in einem Spenderkrankenhaus Herzen entnommen, die über weite Distanzen transportiert und anschließend im zuständigen Herzzentrum transplantiert werden. Die Konservierung von Herztransplantaten mit anschließender erfolgreicher Verpflanzung kann inzwischen bis auf zehn Stunden ausgedehnt werden. Schwierigkeiten macht noch die Tatsache, daß Patienten mit Herzversagen, die dringend ein Transplantat benötigen, nicht – wie chronisch nierenkranke Patienten über längere Zeit, bis ein entsprechender Spender vorhanden ist – mit einem künstlichen Organ am Leben gehalten werden können. Deshalb wird im Augenblick gefordert, daß die Entwicklung des künstlichen Herzens vorangetrieben wird, wobei die

Indikation zur Verwendung von künstlichen Herzpumpen die Überbrückung der Wartezeit auf ein organisches Spenderherz sein sollte.

## 3. Lebertransplantation

Zur Zeit wird an zwei Zentren der Welt, nämlich in Denver (USA) und in Cambridge (Großbritannien), eine Lebertransplantation in großer Serie durchgeführt. Die klinischen Ergebnisse sind nicht zu vergleichen mit den Ergebnissen der Herz- und Nierentransplantation. In den letzten Jahren wurden jedoch auf diesem Gebiet der Organtransplantation entscheidende Fortschritte erzielt. Es dürften derzeit ca. 250 Lebertransplantationen durchgeführt worden sein. In den ersten Denver- und Cambridge-Serien in den Jahren 1963 bis 1974 betrug die Überlebenszeit der transplantierten Patienten ca. 30 Prozent nach Transplantation. Die längste Überlebenszeit beträgt derzeit  $8\frac{2}{3}$  Jahre bei einem Patienten in Denver. In den neueren Serien der Zentren in Denver und in Cambridge konnten bessere Ergebnisse erzielt werden. So sind im Zeitraum von 1976 bis 1977 in den USA 30 Lebertransplantationen durchgeführt worden, davon leben derzeit noch 13 Patienten. Im Zeitraum 1975 bis 1977 wurden in Cambridge rund 30 Lebertransplantationen durchgeführt, wovon neun Kranke länger als ein Jahr lebten. Aus dieser Serie leben derzeit noch fünf Prozent. Die Haupttodesursachen bei der Lebertransplantation sind immer noch die unmittelbar in der postoperativen Phase auftretenden akuten Komplikationen, wie Blutungen und Infektion. Die Spättodesfälle beruhen zu fast 50 Prozent auf Komplikationen im Bereich der rekonstruierten Gallenwege. Eine von Professor Calne aus Cambridge verbesserte Methode, bei der er die Gallenwegsrekonstruktion in Form eines Gallenblasen-Conduits zwischen Spender- und Empfängercholedochus durchführt, läßt in Zukunft auch hier bessere Ergebnisse erwarten. Alles in allem hat es den Anschein, daß die Leber gegenüber einer immunologischen Abstoßungsreaktion besser gewappnet ist; so beträgt der Verlust von Lebertransplantaten, bedingt durch eine immunologische Abstoßungsreaktion, im Gegensatz zur Niere, lediglich zehn Prozent. Hauptindikationen zur Lebertransplantation sind einmal

maligne Erkrankungen, in erster Linie das primäre Hepatom, aber auch noch nicht metastasierende primäre Gallenkarzinome; zum anderen nicht maligne Erkrankungen, hier vor allem die chronische Leberzirrhose, aber auch bestimmte Stoffwechselerkrankungen, z. B. die Wilsonsche Erkrankung. Die Standardimmunsuppression bei der Lebertransplantation entspricht der bei der Nierentransplantation.

#### 4. Pankreastransplantation

Die Verpflanzung von Bauchspeicheldrüsen in Fällen von Diabetes mellitus, insbesondere bei juvenilem Diabetes, ist bereits vor längerer Zeit versucht worden. Die ersten klinischen Versuche beim Menschen haben insgesamt zu Mißerfolgen geführt, bedingt durch Nichtbeherrschung von Komplikationen, ausgehend vom exokrinen System. So kam es in den meisten Fällen zu lokalen Reaktionen, bedingt durch Austreten von Pankreassaft (Infektionen, Autolyse, Fistelbildungen). Konsekutiverweise ist man dann in den letzten Jahren dazu übergegangen, nicht das gesamte Pankreas, sondern lediglich die Inselzellen zu transplantieren. Die Transplantation von Inselzellen gelingt derzeit bereits im Tierexperiment (Ratte, Hund), ist jedoch weiterhin problematisch beim Patienten. Zwei Serien von Inselzelltransplantationen am Zentrum in Minnesota (USA) (Arbeitsgruppe von Najarian) sind nicht

zufriedenstellend verlaufen. Zwar ist diese Art der Organtransplantation für den Patienten harmlos, der Diabetes selbst konnte jedoch nicht erfolgreich behandelt werden, insbesondere wurden frühzeitige Abstoßungsreaktionen bei den transplantierten Inselzellen beobachtet. Ein weiteres Problem ist die noch zu geringe Ausbeute von Inselzellen aus einem menschlichen Pankreas unter Verwendung der derzeit üblichen Methode, insbesondere der Collagenase-Behandlung eines menschlichen Pankreas.

In Zukunft muß versucht werden, einmal die fulminanten Abstoßungsreaktionen bei transplantierten Inselzellen zu verhüten, zum anderen Methoden zur Isolierung der Inselzellen mit besserer Ausbeute zu erarbeiten.

Erwähnt werden sollte, daß in jüngster Zeit wiederum neue klinische Versuche zur Transplantation des gesamten Pankreasorgans, diesmal mit Erfolg, versucht wurden. Von einer Arbeitsgruppe in Lyon wurde zur Verhütung von Komplikationen, bedingt durch das exokrine Gangsystem, das zu transplantierende Organ mit Neoprene vorbehandelt. Zu diesem Zwecke wurde das Gangsystem des Pankreas mit diesem Klebemittel ausgespritzt. So vorbehandelte Pankreastransplantate wurden von dieser Arbeitsgruppe bei zehn Patienten transplantiert. Alle diese Patienten leben, lokale Komplikationen traten nur in geringem Umfange auf. Eine Patientin

lebt bereits seit einem Jahr mit voll funktionierendem Pankreastransplantat und ist seit der Zeit nicht mehr insulinabhängig. Es bietet sich also hier eine neue Behandlungsmethode an, mit der die fortschreitende Makro- und Mikroanglopathie, die ja bekanntlich durch die Verabreichung von Insulin nicht aufgehalten wird, möglicherweise erfolgreich bekämpft werden.

#### 5. Knochenmarktransplantationen

Der Vollständigkeit halber soll am Rande erwähnt werden, daß auch auf dem Gebiet der Knochenmarktransplantation Fortschritte in den letzten Jahren erzielt wurden, insbesondere von der Münchener Arbeitsgruppe um Professor Thierfelder (Institut für Hämatologie der Gesellschaft für Strahlenforschung). Die Knochenmarktransplantation kommt in Frage u. a. in Fällen von aplastischer Anämie sowie bei akuter lymphatischer Leukämie. Als Spender des Knochenmarks kommen durchwegs Verwandte, also Lebendspender, in Frage, die zuvor mit immunologischen Tests ausgewählt wurden. Als gefürchtetste Komplikation tritt in den Fällen nach Knochenmarktransplantation die graft-versus-host-disease ein, also eine Abstoßung des Empfängerorganismus durch das immunkompetente Knochenmark. Inzwischen ist es gelungen, durch bestimmte Vorbehandlung des Knochenmarks mit Antilymphozytenglobulin vor

## Infekte u. Kosten beherrschen

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

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

**Indikationen:**  
Infektionen mit Penicillin-empfindlichen Erregern; z. B. bei Angina, Tonsillitis, Sinusitis, Bronchitis, Bronchopneumonie, Otitis media, Abszesse, Furunkel, Phlegmone, Erysipel.  
**Zusammensetzung:**  
1 Kapsel enthält 1 Million I.E. Phenoxymethyl-Penicillin-Kalium (entspr. 653,6 mg, entspr. 589,5 mg Gesamtpenicillin nach Ph. Eur. II).  
**Dosierung:**  
Für Erwachsene und Schulkinder in der Norm 3 x 1 Kapsel täglich.  
**Kontraindikationen:**  
Penicillinüberempfindlichkeit. Vorsicht bei Patienten mit allergischer Diathese!

 DORSCH & CO. KG  
8 MÜNCHEN 70

20 Kaps. **17,25**

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

**Zusammensetzung:**  
1 Tablette enthält: 80 mg Trimethoprim, 400 mg Sulfamethoxazol.  
**Indikationen:**  
Infekte der oberen Luftwege, der Nieren- und Hamorgane, des Magen-Darm-Traktes und der Haut, bei postoperativen Infekten.  
**Kontraindikationen:**  
Sulfonamidallergie, schwere Leber- und Nierenschäden, Blutbildveränderungen, Schwangerschaft und Stillzeit, erster Lebensmonat, Folsäuremangelzustände.  
**Hinweis:**  
Selten sind allergische Reaktionen, Hauterscheinungen und Magenbeschwerden. Bei Langzeittherapie Blutbildkontrollen! Nicht gleichzeitig Procain, Hexamethylentetramin-Präparate, para-Amino-benzoesäure-haltige Medikamente geben.  
Bei eingeschränkter Nierenfunktion ist eine Dosisreduktion notwendig!  
**Standarddosis:**  
für Kinder über 12 Jahre und Erwachsene: Morgens und abends je 2 Tabletten.

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

der endgültigen Verpflanzung der hämatopoetischen Zellen diese gefährdete Reaktion zu lindern.

## 6. Verpflanzung von Gehörknöchelchen und Hornhaut

Abschließend soll in diesem Zusammenhang auch die Verpflanzung von Hornhaut in der Augenheilkunde und von Gehörknöchelchen im Hals-Nasen-Ohrenbereich erwähnt werden. Im Unterschied zur Transplantation von vitalen parenchymatösen Organen bestehen hier jedoch geringere Probleme im Hinblick auf die Organentnahme bzw. im Hinblick auf die Organkonservierung. Es reicht normalerweise aus, wenn Hornhaut oder Gehörknöchelchen – auch drei Stunden nach erfolgtem Herzstillstand – von einem Spender entnommen werden. Somit entfällt bei dieser Art der Organverpflanzung das große organisatorische Problem des raschen Handelns beim Vorgang der Explantation. Des Weiteren spielen immunologische Probleme bei der Transplantation von diesen bradytropen Geweben keine allzu große Rolle.

### Ausblick

Die weiteren Fortschritte auf dem Gebiet der Organtransplantation hängen in erster Linie in Zukunft – vor allem was die Frequenz der Transplantation angeht – davon ab, ob genügend Spender zur Verfügung stehen. Wie allgemein bekannt – und dies ist ja der eigentliche Zweck des von der Bayerischen Landesärztekammer veranstalteten Transplantationskolloquiums – ist die Bundesrepublik Deutschland auf dem Gebiet der Organbeschaffung noch als ein Entwicklungsland anzusehen. Es bleibt zu hoffen, daß die heutige Veranstaltung Stimulus und richtungsgebend ist für weitere gezielte Aktivitäten innerhalb der Ärzteschaft, aber auch innerhalb zständiger öffentlicher Institutionen, mit dem Ziel, mehr als bisher die Organspende nach dem Tode als eine effektive Behandlungsmethode für eine große Anzahl chronisch kranker Patienten in unserem Lande heranzuziehen.

Anschrift der Verfasser:

Professor Dr. med. G. Heberer und Privatdozent Dr. med. W. Land, Marchioninstraße 15, 8000 München 70

## Organtransplantationen bei Säuglingen und Kleinkindern

### Teil I: Indikationen zur kindlichen Organtransplantation

von W. Ch. Hecker und F. A. Zimmermann

Aus der Kinderchirurgischen Klinik (Direktor: Professor Dr. med. W. Ch. Hecker) der Kinderklinik der Universität München im Dr. von Haunerschen Kinderspital

Die Häufigkeit kindlicher Organtransplantationen liegt weit unter der Zahl, die ihr proportional im Vergleich mit dem Erwachsenenkrankengut zukäme.

Auch im Kindesalter ist die Nierentransplantation die derzeit wichtigste Transplantation eines parenchymatösen Organes und ist als klinische Behandlungsmethode allgemein anerkannt. Zusätzlich zur Nierentransplantation kommt für kinderchirurgisch bedeutsame Erkrankungen noch die Leber- und die Dünndarmtransplantation in Betracht.

Die Lebertransplantation im Kindesalter wurde erst an einem Zentrum – bei Professor T. Starzl in Denver/USA – zur klinischen Reife entwickelt.

Die Dünndarmtransplantation befindet sich noch weitgehend im experimentellen Stadium. Nur wenige Arbeitsgruppen haben sich neben der unserigen überhaupt diesem Problem angenommen. Die Möglichkeit klinischer Anwendung zeichnet sich aber jetzt ab.

### Indikationen zur Organtransplantation im Kindesalter

Zahlreiche angeborene Dysgenesen von Organen sind nicht mit einer längeren Lebenserwartung vereinbar. Daraus ergibt sich die Notwendigkeit, daß durch rasch eintretende terminale Organinsuffizienzen Organtransplantationen bereits im frühen Säuglingsalter notwendig werden.

Terminale *Niereninsuffizienzen* können durch angeborene und erworbene Erkrankungen bedingt sein. Im einzelnen kommen in früheren

Lebensabschnitten die *Nierenhypoplasie*, die kongenitale obstruktive *Uropathie* und die *Zystenniere* und in späteren Abschnitten die maligne *Nephrosklerose* und die glomerulonephritische und die pyelonephritische *Schrumpfniere* in Betracht.

Die therapeutische Alternative der Hämodialyse wirft im Kindesalter zusätzliche Probleme auf.

Die chronische Dialyse kann zu tiefgreifenden psychischen Entwicklungsbeeinträchtigungen führen. Nach den Erfahrungen von Kinderneurologen beginnt das geeignete Lebensalter für die chronische Dialyse erst mit fünf bis sechs Jahren. Im Kleinkindesalter wird die Transplantation der Dauerdialyse vorgezogen. Nierentransplantationen werden ab dem zweiten Lebensjahr für durchführbar gehalten. Die Erfolgchancen werden für die kindliche Nierentransplantation als vergleichbar mit denen von Erwachsenen angesehen.

*Lebertransplantationen* wurden an zahlreichen Transplantationszentren der Welt durchgeführt. Der orthotope Leberersatz wird dem heterotopen vorgezogen. Führend sind die Zentren in Denver/USA (Professor Starzl) und Cambridge (Professor Caine). Pädiatrische Patienten wurden allerdings in größerer Zahl (56) nur von Starzl transplantiert.

Als wichtigste Indikation gilt die *Gallengangsatresie*. Selbst Patienten, bei denen noch durch eine Portoenterostomie eine erfolgreiche Gallendrainage möglich war, werden häufig dennoch zu Kandidaten für eine Lebertransplantation, da meistens eine biliäre Zirrhose besteht.

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.

**Zusammensetzung:**

1 Tablette enthält: Pirenzepin-dihydrochlorid = 5,11-Dihydro-11-[(4-methylpiperazin-1-yl)acetyl]-6H-pyrido[2,3-b][1,4]benzodiazepin-B-on-dihydrochlorid 25 mg.

**Anwendungsgebiete:**

Akute und chronische Formen von Ulcus ventriculi und Ulcus duodeni, hyperazider Reizmagen, Gastritis, medikamentös bedingte Magenbeschwerden.

**Dosierung und Anwendungsweise:**

Zu Beginn der Therapie sind 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 Ausheilung noch 2 - 3 Wochen (je 1 Tablette morgens und abends) weiterbehandelt werden. Die Einnahme erfolgt am besten vor den Mahlzeiten mit einem Schluck Flüssigkeit.

**Unverträglichkeiten und Risiken:** Bisher keine bekannt.

**Besondere Hinweise:**

Gelegentlich kann die Therapie mit Gastrozepin eine Appetitanregung 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 teratogenen Eigenschaften besitzt. Trotzdem wird, wie bei allen neuen Arzneimitteln, von der Anwendung während der ersten 3 Schwangerschaftsmonate abgeraten.  
**Darreichungsformen und Packungsgrößen:**  
Originalpackung mit 20 Tabletten DM 13,50, Originalpackung mit 50 Tabletten DM 29,25.  
Klinikpackung. - Preisänderung vorbehalten.

Thomae

Lebertransplantationen wurden noch bei weiteren Erkrankungen durchgeführt: Stoffwechselerkrankungen wie Morbus Wilson, Alpha-1-Antitrypsinmangel oder der isolierten Glykogenose. Eine Transplantationsindikation kann bei jeder progredienten Zirrhose, insbesondere nach postnekrotischen Formen, gestellt werden. Obwohl Lebermalignome selten sind, muß auch eine Transplantationsindikation in Fällen nicht resezierbarer Lebertumoren gestellt werden, wenn noch keine Metastasierung vorliegt. Nach Angaben des Statistischen Bundesamtes verstarben 1976 251 Kinder im Bundesgebiet an den Folgen angeborener oder erworbener Erkrankungen der Leber.

Nach einer vor kurzem von Starzl veröffentlichten Statistik liegt die Ein-Jahresüberlebenszeit von Lebertransplantat-Empfängern in seinem Krankengut bei 39 Prozent. Für die weitere Prognose erwies sich bedeutsam, wie hoch die Prednisolontherapie nach zwölf Monaten liegt.

Von großer Bedeutung ist, daß die Ergebnisse bei Kindern besser waren als bei den Erwachsenen. Allerdings hatten die Patienten mit Gallengangsatresie eine geringere Überlebenszeit als solche, die wegen anderen Lebererkrankungen transplantiert wurden. Starzl hält Lebertransplantationen bei Atresie-Kindern vor dem dritten Lebensjahr für nicht empfehlenswert und wartet den Erfolg der Kasaischen Operation ab. Durch die zum Zeitpunkt der Kasaischen Operation meist bereits bestehende biliäre Zirrhose ergibt sich dann doch eine Indikation zur Transplantation. Die mittlere Lebenserwartung von Kindern mit Gallengangsatresie liegt bei drei Jahren. Die Prognose von Kindern, bei denen ein suffizienter Gallenabfluß geschaffen werden konnte, richtet sich nach dem Grad der bestehenden Zirrhose. In diesen Fällen kann mit Sicherheit bei der Erwägung einer Transplantation abgewartet werden.

Problematischer ist die Situation bei den Kindern, die zu spät zu einer Hepato-Jejunostomie kommen und hier die Zirrhose bereits zu weit fortgeschritten ist. Der Grad der Zirrhose kann durch eine Leberbiopsie festgestellt werden, und davon die Entscheidung abhängig gemacht werden, ob überhaupt noch

ein explorativer Eingriff durchgeführt werden soll, der zusätzlich durch die daraus resultierenden Verwachsungen im Hilusgebiet eine Transplantation erschweren würde.

Die Operationsindikation müßte — unabhängig vom Lebensalter — in jedem Falle vor einer dekompensierten Zirrhose gestellt werden.

Bei einigen, insbesondere bei Kindern auftretenden Erkrankungen kann es zu Situationen kommen, daß der gesamte Dünndarm entfernt werden muß, oder daß der verbleibende Darm für eine enterale Ernährung nicht ausreicht. Solche Verhältnisse können sich beim Volvulus mit totaler Dünndarmnekrose, vornehmlich bei der Malrotation, bei der nekrotisierenden Enterokolitis, bei multiplen Dünndarmatresien oder auch bei Unfällen mit totalem Mesenteriumabriß ergeben.

Es ist mit den modernen Möglichkeiten parenteraler Therapie zwar möglich, über verhältnismäßig lange Zeiträume, in einem unserer Fälle über 18 Monate, eine normale körperliche Entwicklung zu erreichen, dennoch kann eine Heilung nur durch eine Dünndarmtransplantation möglich sein.

In der Literatur wurden erst sieben Fälle, meist bei Erwachsenen, mitgeteilt, die aber alle erfolglos endeten.

Die vorliegenden experimentellen Daten erlauben nur zögernd Aussagen über die Aussichten bei menschlichen Dünndarmtransplantationen. Technisch sind große Schwierigkeiten, insbesondere für die Implantation der Vena mesenterica vorhanden, da das Pfortadersystem des Empfängers verändert ist. Im Tierexperiment (Stauffer,

eigene Erfahrungen) hat es sich als sinnvoll erwiesen, Dünndarmsegmenttransplantationen vorzunehmen, und den Darm vorläufig nicht in das noch bestehende Darmkonvolut zu implantieren, sondern beide Enden als Stomata nach außen zu pflanzen. Man hat damit die Möglichkeit, kontinuierliche Schleimhautbiopsien zu entnehmen, um Abstoßungsveränderungen frühzeitig zu erfassen.

Bei der derzeit abzuschätzenden Frequenz von Organtransplantationen im Kindesalter zeichnet sich die Notwendigkeit ab, regionale Zentren zu besitzen, die in engster Zusammenarbeit mit Pädiatrischen und Kinderchirurgischen Kliniken transplantieren. Diese engste Zusammenarbeit ist notwendig durch die Anforderungen, die vornehmlich im Neugeborenen- und Säuglingsalter hinsichtlich der Intensivtherapie, der Anästhesie, der Beatmung, der parenteralen und enteralen Ernährung, der antimikrobiellen Therapie, sowie der ungeheuer wichtigen speziellen schwesterlichen Pflege entstehen.

#### Literatur

- CALNE, R. Y.: Hepatic Transplantation. *Surg. Clin. North America*, **58**, 321 (1978)
- PICHLMAYR, R.: Leberersatz und Lebertransplantation. *Münch. Med. Wschr.* **120**, 207 (1978)
- STARZL, T. E. et al.: Liver Replacement in children. In: *Liver diseases in infancy and childhood*. M. Nijhoff, The Hague, Netherlands, 1978.
- STAUFFER, U. G.: The present state of small bowel transpl. in *Animal Research and in Man*. *Z. Kinderchir.* **22**, 241 (1977)
- ZIMMERMANN, F. A. et al.: Segmental small bowel grafting in the rat. *ESSR 14th Congress* (Abstract submitted)

Anschrift der Verfasser:

Professor Dr. med. W. Ch. Hecker und Dr. med. F. A. Zimmermann, Lindwurmstraße 4, 8000 München 2

## Mofafahren statt Latein

*Das Kultusministerium in Nordrhein-Westfalen hat eine Verordnung erlassen, in der es möglich ist, daß an bestimmten Schulen der Unterricht in Mofafahren anstelle von Latein gewählt werden kann. Nach Meldungen aus Nordrhein-Westfalen soll sich der Andrang der Schüler zum Mofa-Unterricht in einem großen Verhältnis verstärkt haben, nachdem diese Möglichkeit geschaffen wurde.*

## Zum Umgang mit Minor Tranquilizern

Bericht über eine Befragung von Allgemeinärzten, Ärzten für Innere Medizin und Gynäkologie

von G. Huppmann und G. Medinger

Aus dem Institut für Psychotherapie und Medizinische Psychologie der Universität Würzburg (Vorstand: Professor Dr. med. Dieter Wyss)

### Entwicklung der Benzodiazepine

Im Jahre 1955 gelang es (Sternbach u. Mitarb.) erstmals, in Form des Chlordiazepoxids einen Minor Tranquilizer von der Struktur der Benzodiazepinderivate synthetisch herzustellen. 1960 wurde dieses als Librium® (Hoffmann La-Roche) auf den Arzneimittelmarkt gebracht.

Ihm folgten nacheinander Diazepam (Valium®), Oxazepam (Adumbran®, Praxiten®), Dikalium-Chlorazepat (Tranxilium®), Lorazepam (Tavor®), Prazepam (Demetrin®), Medazepam (Nobrium®), Nitrazepam (Mogadan®), Flurazepam (Dalmadorm®) und Bromazepam (Lexotaniil®), Präparate der verschiedensten Hersteller also.

Seit ihrer Einführung nahm die Häufigkeit der Verschreibung dieser Pharmaka insgesamt stetig zu (1). Das gilt im einzelnen vor allem für

Diazepam (Valium®). 1969 wurde es häufiger verordnet als alle anderen Benzodiazepinderivate zusammen genommen. Von 1969 bis 1976 nahm die Medikationshäufigkeit dieses Präparates, gemessen am Umsatz, erneut um 19,4 Prozent zu. Im gleichen Zeitraum wies jedoch der Verkauf der anderen Benzodiazepinderivate noch höhere Zuwachsraten auf; 1977 war Adumbran® der meistverordnete Tranquilizer. Insgesamt stieg der Umsatz von Benzodiazepinderivaten von 1965 (45 Mill. DM) bis 1977 (184 Mill. DM) um über 400 Prozent (2, 3) (Abb. 1). Nach Haase (4) rangieren die genannten Substanzen an erster Stelle der Verschreibungshäufigkeit noch vor den Hypnotika und den rezeptfreien Analgetika. Bei den 80 Prozent der Schwangeren, welche im ersten Trimenon Pharmaka einnehmen, stehen die Tranquilizer neben den Hypnotika und Analgetika an der Spitze (5).

### Wirkungen der Benzodiazepinderivate

Alle die genannten Psychopharmaka wirken „anxiolytisch“, muskelrelaxierend, sedierend und in höheren Dosen hypnotisch (6). Sie sollen „Gleichmütigkeit bei der Erlebnisverarbeitung, Entspannung bei der Erlebnisverarbeitung und Ausgeglichenheit bei der Reaktion auf ein Erlebnis oder eine Vorstellung“ erzeugen (7). Sie werden u. a. bei Medikamenten- oder Alkoholvergiftungen eingesetzt, bei Tetanusintoxikationen, Status epilepticus und Epilepsie im Kindesalter (8). Als zentraler Ansatzpunkt der Benzodiazepine gelten gewisse thalamische Kerngebiete und besonders das limbische System, auf das sie einen dämpfenden Einfluß ausüben sollen (9).

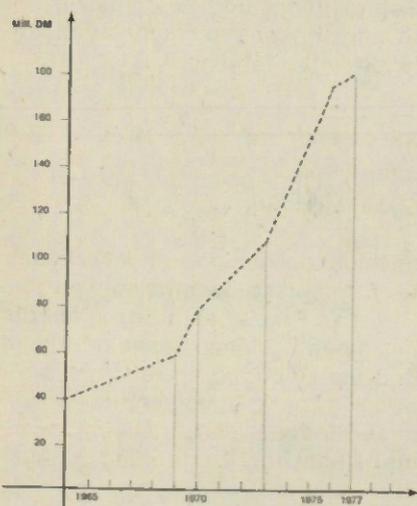


Abbildung 1

DM-Umsatz der Benzodiazepinderivate über öffentliche Apotheken auf der Basis der Fabrikabgabepreise 1965 bis 1977

## Der Codein-Typ

Jedes Analgetikum wirkt – aber nicht bei jedem Patienten gleich gut.



Der Codein-Typ ist aktiv, dynamisch, von leicht reizbarer Grundstimmung und neigt zum hyperkinetischen Syndrom. Erst der analgetische, schwach sedierende Codeineffekt führt bei ihm zur gewünschten Dämpfung der Schmerzrezeptoren.

Er braucht ein Analgetikum mit Codein.

## Contraneural

Analgetikum und Antipyretikum mit Codein

**Zusammensetzung:** 1 Tablette enthält Acid. acetylsalicylicum 250 mg, Phenacetin 250 mg, Codein phosphoricum 9,6 mg; 1 Supp. für Erwachsene enthält Acid. acetylsalicylicum 400 mg, Phenacetin 400 mg, Codein phosphoricum 19,2 mg; 1 Supp. für Kinder enthält Acid. acetylsalicylicum 100 mg, Phenacetin 100 mg, Codein phosphoricum 4,8 mg; 1 Supp. für Säuglinge enthält Acid. acetylsalicylicum 50 mg, Phenacetin 50 mg, Codein phosphoricum 2,4 mg. **Anwendungsgebiete:** Schmerzen verschiedener Ätiologie wie Kopf- und Zahnschmerzen, Schmerzen bei Menstruationsbeschwerden und klimakterischen Beschwerden, Schmerzen nach Operationen, Muskel- und Nervenschmerzen sowie rheumatische Beschwerden; zur Fiebersenkung und Linderung der Beschwerden bei Grippe, Erkältungskrankheiten und fieberhaften Erkrankungen. **Nebenwirkungen:** Okkulte gastrointestinale Blutungen (Anämie), Asthmaanfälle, Obstipation, Nierenschäden (Langzeitverabreichung), hämolytische Anämie, Methämoglobinämie bei Neugeborenen. **Gegenanzeigen:** Anwendung beim Säugling bis zum dritten Monat, genetisch bedingter Mangel an Glukose-6-Phosphat-Dehydrogenase (Symptom: hämolytische Anämie), hämorrhagische Diathese, Schäden des hämatopoetischen Systems, Magen- und Darmulcera, schwere Nierenfunktionsstörungen, Krankheitszustände, bei denen eine Dämpfung des Atemzentrums vermieden werden muß, Langzeitverabreichung bei chronischer Obstipation, Salicylatallergie. **Hinweis:** Anwendung im ersten Trimenon und in den letzten vier Wochen der Gravidität vermeiden. **Warnhinweis:** Dieses Arzneimittel kann auch bei bestimmungsgemäßem Gebrauch das Reaktionsvermögen soweit verändern, daß die Fähigkeit zur aktiven Teilnahme am Straßenverkehr oder zum Bedienen von Maschinen beeinträchtigt wird. Dies gilt in verstärktem Maße im Zusammenwirken mit Alkohol. **Dosierungsanleitung und Art der Anwendung:** Erwachsene bis zu 4mal täglich 1 Tablette oder bis zu 3mal täglich 1 Suppositorium für Erwachsene. Kinder bis etwa zum 6. Lebensjahr bis zu 2mal täglich 1 Suppositorium für Kinder. Schulkinder bis etwa zum 10. Lebensjahr bis zu 3mal täglich 1 Suppositorium für Kinder oder bis zu 3mal täglich 1/2 Tablette. Schulkinder bis etwa zum 14. Lebensjahr bis zu 3mal täglich 1/2 bis 1 Tablette. Säuglinge nach dem 3. Lebensmonat bis zu 2mal täglich 1 Suppositorium für Säuglinge. Die Tabletten sind möglichst nach den Mahlzeiten mit etwas Flüssigkeit einzunehmen. Bei magenempfindlichen oder zu Brechreiz neigenden Patienten empfiehlt sich die rektrale Anwendung von Suppositorien. **Handelsformen und Preise:** Packung mit 20 Tabletten DM 4,10 m. MWST., Packung mit 5 Suppositorien für Erwachsene DM 3,24 m. MWST., Packung mit 5 Suppositorien für Kinder DM 2,74 m. MWST., Packung mit 10 Suppositorien für Kinder DM 4,37 m. MWST., Packung mit 5 Suppositorien für Säuglinge DM 2,30 m. MWST. Anstaltspackungen.



Dr. R. Pfleger  
Chemische Fabrik GmbH, Bamberg

## Vergleich mit anderen Sedativa und Hypnotika

Benzodiazepinabkömmlinge sind, verglichen mit Meprobamat oder mit Barbituraten, relativ teure Medikamente (10). In den meisten Fällen werden diese Mehrkosten jedoch durch größere Ungefährlichkeit und Effektivität der Therapie ausgeglichen: „Die meisten Ärzte sehen in den Benzodiazepinderivaten die bestgeeignetsten Medikamente, wenn die Behandlung mit einem angstlösenden (beruhigenden) Präparat indiziert ist. Obwohl Barbiturate und Meprobamate preiswerter sind, sind sie jedoch auch weniger wirkungsvoll, verleiten eher zur Abhängigkeit und verursachen bei Überdosierung ernste Vergiftungserscheinungen“ (11). Bromhaltige Sedativa kumulieren leicht und lösen schon bei geringen Überdosierungen Vergiftungserscheinungen aus.

Insgesamt ist die „akute Toxizität“ der Benzodiazepin-Tranquilizer wesentlich niedriger als die von barbiturathaltigen und barbituratfreien Sedativa (12). Deshalb führt auch eine in suizidaler Absicht vorgenommene hohe Überdosierung kaum zum Tode (8).

Es kann angenommen werden, daß aus den genannten Gründen zur Sedierung, Tranquillisierung wie auch bei Schlafstörungen anstelle barbiturathaltiger oder anderer barbituratfreier Hypnotika und Sedativa zunehmend Tranquilizer vom Benzodiazepintyp verordnet werden (12).

## Anwendung von Benzodiazepin-Tranquilizern

Wie bereits oben erwähnt, verfügen die Minor Tranquilizer über einen ausgesprochen weitgefächerten Indikationsbereich. Sie werden in den unterschiedlichsten medizinischen Fachrichtungen (Innere Medizin, Gynäkologie, Anästhesie, Chirurgie, Pädiatrie) auch bei stationären Patienten eingesetzt; dabei beschränkt sich die Behandlung meist auf die Dauer des Klinikaufenthaltes bzw. wird nur kurzfristig durchgeführt (präoperative Medikation, Geburtserleichterung).

Der weitaus größte Teil der von den Apotheken abgegebenen Minor Tranquilizer wird von niedergelas-

senen Ärzten an ambulante Patienten verschrieben. Von den über 100 000 ärztlich tätigen Medizinern in der Bundesrepublik Deutschland sind zwar nur rund 40 Prozent in freier Praxis tätig, sie zeichnen jedoch für 90 Prozent des Verschreibungs-Wert-Volumens sämtlicher Präparate verantwortlich (13).

Weiterhin sind es in der Regel überwiegend Allgemeinärzte, Internisten und Gynäkologen, die mit den Krankheitssymptomen konfrontiert werden, welche, zumindest laut Werbungsanzeige und Packungsbeilage, den Einsatz eines Tranquilizerpräparats indiziert erscheinen lassen.

Ein sich abzeichnender Wandel des Krankheitspanoramas in Richtung psychogen ausgelöster oder psychisch wesentlich mitgeprägter Störungen der Gesundheit fördert darüber hinaus ausgesprochen die Zunahme von Tranquilizerverschreibungen.

Bochnik fand, daß 30 bis 40 Prozent aller Patienten eines Internisten oder Allgemeinarztes ein Rezept für einen Tranquilizer ausgestellt erhalten (14). Nach Schneider haben rund 40 Prozent der Patienten einer Allgemeinpraxis psychisch gestört zu gelten oder weisen zumindest zusätzlich seelisch bedingte Krankheitssymptome auf (15). Eine moderne Allgemeinpraxis ist ohne Psychopharmaka heute nicht mehr denkbar.

Die Situation des Arztes bei der Behandlung von Patienten mit sogenannten vegetativen Syndromen (vegetative Dystonie, allgemeine Nervosität usw.) oder psychogenen Erkrankungen ist recht schwierig: Bedingungszusammenhänge aufzufinden zwischen den vom Patienten vorgetragene Beschwerden einerseits und krankmachenden Faktoren in Umwelt, Beruf und Familie andererseits, erfordern ausführliche Gespräche und damit seitens des Arztes einen hohen Zeitaufwand. Bei seiner Arbeitsbelastung bleiben ihm in der Regel kaum mehr als fünf Minuten pro Patient (Balint und Norel) (25). Zudem wird ein Gespräch von der Krankenkasse schlechter honoriert als z. B. manche apparative Leistung. Unter anderem deswegen sieht sich der niedergelassene Kollege veranlaßt, Minor Tranquilizer zu verordnen.

## Anlaß der vorliegenden Untersuchung

Nach unserer Kenntnis liegen bisher keine Angaben zu den Tranquilizer-Verschreibungsgewohnheiten niedergelassener Ärzte vor und deren Erfahrungen mit dem Einsatz derartiger Präparate. Wir führten deshalb eine Befragung von in Unterfranken niedergelassenen Allgemeinärzten, Internisten und Gynäkologen durch. Es ging uns im wesentlichen um die Abklärung folgender Fragenkomplexe:

1. Welche der angebotenen Benzodiazepine werden verordnet und wie häufig?
2. Wieviele und welche Patienten (Alter, Geschlecht) werden überwiegend mit Tranquilizern behandelt?
3. Welche Begleiterscheinungen können bei der Therapie auftreten oder sind bereits aufgetreten?

Bei der Beantwortung der gestellten Fragen baten wir die angeschriebenen Kolleginnen und Kollegen\*) um Schätzurteile.

## Ergebnisse der Untersuchung

Anfang Juli 1977 versandten wir den im Anhang abgedruckten Fragebogen an 704 niedergelassene Allgemeinärzte, Internisten und Gynäkologen. 372 von ihnen ausgefüllte Bögen konnten (per Computer) ausgewertet werden; die Rücklaufquote war mit 52,8 Prozent außergewöhnlich hoch. Die Aufschlüsselung nach Fachrichtung und Geschlecht der teilnehmenden Kolleginnen und Kollegen ergab folgendes Bild:

|                | ♀  | ♂   |
|----------------|----|-----|
| Allgemeinärzte | 40 | 249 |
| Internisten    | 8  | 45  |
| Gynäkologen    | 6  | 24  |

Im folgenden sollen nun die ermittelten Ergebnisse besprochen werden. Die erste Frage nahm Bezug auf die einzelnen Benzodiazepinderivate und die Häufigkeit ihrer Verschreibung. Präparat 6 (Norsen) ist ein von unserfundenes „Phentasipräparat“ und diente der Überprüfung der Aus-

\*) Wir denken an dieser Stelle den Kolleginnen und Kollegen für ihre Mithilfe; besonderer Dank gilt dem Vorsitzenden des Ärztlichen Bezirksverbandes Unterfranken, Herrn Dr. Brückl, für die freundliche Unterstützung der Fragebogenaktion.

soviel wie nötig — sowenig wie möglich



# BLEMINOL® 200

nur 1 Tablette täglich = nur 200 mg Wirkstoff  
*(d.h. 1/3 weniger Wirkstoff als üblich)*

**bei Hyperurikämie · Gicht  
Harnsteinleiden · Gichtniere**

## zuverlässig wirksam

Bleminol® 200 hemmt das Enzym Xanthinoxidase und verringert dadurch die Bildung von Harnsäure. Wegen seiner zuverlässigen Wirkung, guten Verträglichkeit und seines breiten Indikationsspektrums wird Allopurinol — z. B. Bleminol® 200 — heute zunehmend in der Literatur als Mittel der ersten Wahl genannt.

Durch das Enzym Xanthinoxidase wird Bleminol® 200 rasch zu Alloxanthin metabolisiert. Alloxanthin hat eine etwa gleich starke Hemmwirkung auf die Harnsäurebildung, seine Halbwertszeit beträgt 18 - 30 Std.! Diese substanz eigene Doppel- und Retardwirkung ermöglicht daher anstelle höherer Dosierungen für die Dauertherapie nur 1 Tablette Bleminol® 200 täglich = d. h. nur 200 mg Wirkstoff pro die.

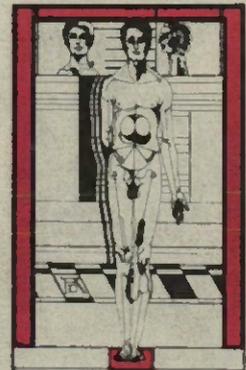
## ausgewogen niedrig dosiert

Kontrollierte Studien mit Bleminol® 200 haben bewiesen, daß bereits mit 1 Tablette Bleminol® täglich = nur 200 mg Wirkstoff pro die pathologisch erhöhte Harnsäurewerte innerhalb weniger Tage auf die angestrebte Normgrenze von weniger als 6 mg% (= 357 µMol/l) zuverlässig gesenkt werden.

D. KLINGER, Therapiewoche 15, 36, 1935 (1975)  
F. MATZKIES, G. BERG, H.KÖNIG, Fortschr. Med. 93, 959 (1975)

## gut verträglich

Grundsatz einer jeden Dauertherapie muß es sein, die kleinstmögliche wirksame Dosis zu verordnen; deshalb: Bleminol® 200 — entwickelt für die Dauertherapie.



Desitin-Werk Carl Klinke GmbH · 2000 Hamburg 63

**Zusammensetzung:** 1 Tablette Bleminol® 200 enthält 200 mg Allopurinol.

**Anwendungsgebiete:** Hyperurikämie. Alle Formen der primären und der sekundären Gicht. Bei Nephrolithiasis: zur Verhütung und Auflösung von Harnsäuresteinen, zur unterstützenden Therapie bei Calciumoxalatsteinen.

**Dosierung und Anwendungsweise:** Bleminol® 200 ist als Tagestablette für die Dauerbehandlung gedacht, d. h. sofern nicht anders vom Arzt verordnet, wird 1 Tablette Bleminol® 200 pro Tag nach einer Mahlzeit mit genügend Flüssigkeit eingenommen. Die Anfangsdosis kann je nach Krankheitsbild auch auf 2 - 3 Tabletten (400 - 600 mg) erhöht werden. Zur abgestuften Dosierung stehen zusätzlich Bleminol® Tabletten (100 mg) zur Verfügung. Kinder erhalten ca. 8 mg/kg/Tag.

**Nebenwirkungen und Begleiterscheinungen:** In den empfohlenen therapeutischen Dosen wird Bleminol® 200 im allgemeinen gut vertragen. Bei Einnahme der Tabletten nach den Mahlzeiten mit ausreichender Flüssigkeit treten im allgemeinen keine Magen- und Darmstörungen auf. Selten und gelegentlich zu Beginn der Behandlung kann es zu Überempfindlichkeitsreaktionen mit Juckreiz, Exanthembildung und leichtem Temperaturanstieg kommen. Die Nebenwirkungen klingen nach Absetzen des Präparates rasch ab. In diesen Fällen soll vor weiterer Einnahme der Arzt verständigt werden.

**Unverträglichkeiten und Risiken:** Das Präparat darf bei Schwangeren und stillenden Müttern nicht angewendet werden.

**Besondere Hinweise:** Die tägliche Hammenge soll bei der Behandlung der Gichtniere und der Harnsäuresteine mindestens 2 Liter betragen, wobei man den Harn gleichzeitig auf einen pH-Wert von 6,4 - 6,8 einstellt. Wird neben Bleminol® 200 gleichzeitig mit dem Zytostatikum Purinethol® (6-Mercaptopurin) oder dem Immunsuppressivum Imurek® (Azathioprin) behandelt, muß deren Dosierung auf 25% gesenkt werden.

**Handelsformen und Preise (AVP incl. 12% MwSt.):**  
Bleminol® 200: 50 Tabl. DM 29,25, 100 Tabl. DM 54,35  
Klinikpackungen mit 500 und 1000 Tabl.  
Bleminol® (100 mg): 50 Tabl. DM 16,-, 100 Tabl. DM 29,80  
Klinikpackungen mit 500, 1000 und 3000 Tabl.  
Verschreibungspflichtig

| Präparate<br>(Angaben in %) | häufig | selten | ger nicht |
|-----------------------------|--------|--------|-----------|
| Praxiten                    | 34,8   | 50,7   | 14,5      |
| Trenxillium                 | 55,7   | 40,7   | 3,6       |
| Tevor                       | 29,8   | 54,9   | 15,3      |
| Mogedan                     | 7,4    | 51,6   | 41,0      |
| Valium                      | 62,5   | 34,2   | 3,3       |
| Norsen                      | —      | —      | 100,0     |
| Lexotanil                   | 11,8   | 32,6   | 55,6      |
| Delmadorm                   | 14,7   | 49,0   | 36,3      |
| Nobrium                     | 7,9    | 60,4   | 31,7      |
| Demetrin                    | 47,0   | 41,4   | 11,6      |
| Librium                     | 42,4   | 49,7   | 7,9       |
| Adumbren                    | 71,7   | 25,0   | 3,3       |

Tabelle 1

sagekraft der Antworten (wir stellten mit Befriedigung fest, daß es von keinem Arzt „verordnet“ wurde). Die übrigen Präparate wurden, wie ersichtlich, in verschiedener Häufigkeit verschrieben (Praxiten z. B. wurde von 34,8 Prozent der Befragten häufig, von 50,7 Prozent selten und von 14,5 Prozent gar nicht verordnet) (Tab. 1).

Bei der Beantwortung der zweiten Frage zeigte sich, wie unterschiedlich der „Beliebtheitsgrad“ der einzelnen Benzodiazepinderivate ist.

Als am häufigsten rezeptierte Präparate wurden genannt:

1. Adumbran von 32,5 Prozent der Ärzte
2. Valium von 25,5 Prozent der Ärzte
3. Tranxillium von 12,9 Prozent der Ärzte
4. Demetrin von 9,2 Prozent der Ärzte
5. Praxiten von 8,1 Prozent der Ärzte
6. Librium von 4,2 Prozent der Ärzte
7. Lexotanil von 3,4 Prozent der Ärzte
8. Tavor von 3,1 Prozent der Ärzte
9. Dalmadorm von 0,8 Prozent der Ärzte
10. Nobrium von 0,3 Prozent der Ärzte

Alle auf dem Markt befindlichen Benzodiazepin-Tranquillizer werden also verschrieben, wenngleich unterschiedlich häufig.

Die dritte Frage sollte Aufschluß geben über den prozentualen Anteil der Patienten einer Praxis, die mit Tranquillizern behandelt werden:

Über 50 Prozent der befragten Kollegen behandeln demnach fünf bis zehn Prozent ihrer Klientel mit Tranquillizern (Abb. 2). Dieses Ergebnis steht im Widerspruch zu anderen Untersuchungen, die wir eingangs zitierten. Dies ist zum Teil wohl damit zu erklären, daß unsere Untersuchung in einem weniger dicht besiedelten Gebiet ohne eigentliche Großstädte stattfand. Eine höhere „Lebensqualität“ dieses Areals verglichen mit der eines hochindustrialisierten und dichtbesiedelten Ballungsraumes mag sich hier niederschlagen. Eine ähnliche Untersuchung, durchgeführt in einem Raum wie Frankfurt und Umgebung, würde

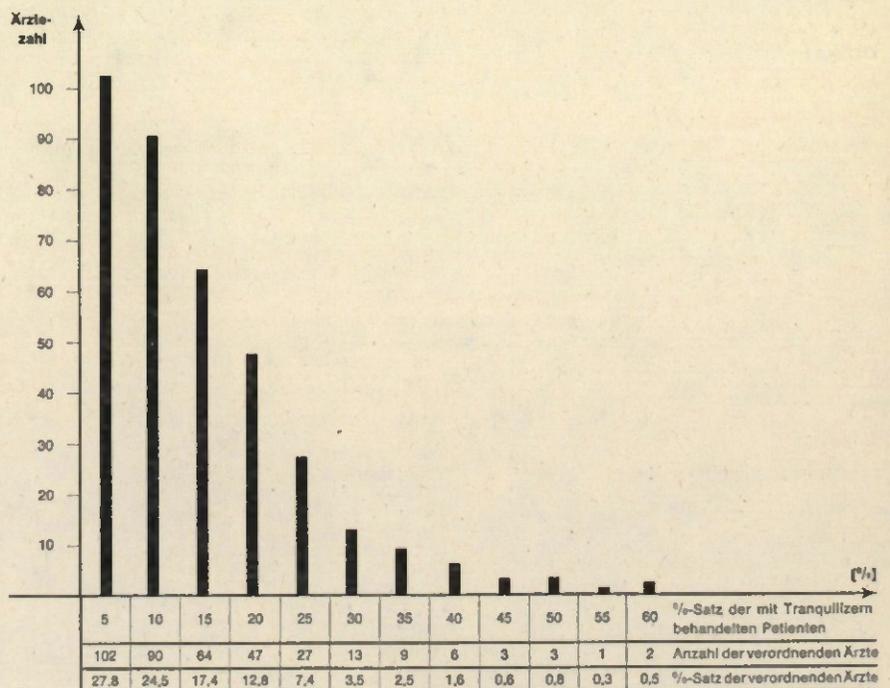


Abbildung 2

Prozentsatz der mit Tranquillizern behandelten Patienten bei den befragten Ärzten

vermutlich andere Ergebnisse (höhere Verschreibungsraten, 30 bis 40 Prozent der Patienten) liefern.

Zudem nahmen wir die Untersuchung zu einem Zeitpunkt vor, als in der Öffentlichkeit zunehmend Kritik an der medikamentösen Therapie der Ärzte überhaupt bzw. dem Ausmaß der Verschreibung von Psychopharmaka im besonderen laut geworden war.

Angemerkt sei jedoch, daß die Ermittlung der Verschreibungshäufigkeit von Minor Tranquillizern durch Zählung in einer ländlichen Praxis folgende Ergebnisse brachte: Ein in Anwesenheit des Arztes protokollierender Famulant ermittelte bei zehn Prozent von dessen Patienten die Medikation eines Tranquillizers; der über das Vorgehen unterrichtete Kollege hatte in einer vorhergehenden Schätzung einen Wert von 15 Prozent angegeben.

Diese Pilotstudie kann zwar die Daten der Befragung nicht validieren, sie gibt aber immerhin orientierende Hinweise. Für die Relevanz der Schätzzahlen spricht auch deren relativ hohe Konsistenz.

Zur Auswertung der vierten Frage wurden ausschließlich die Bögen der Allgemeinärzte und Internisten herangezogen. Danach werden Minor-Tranquillizer vornehmlich weiblichen Patienten verschrieben:

| Behandlungsdauer<br>(Angaben in %) | häufig | selten | nie  |
|------------------------------------|--------|--------|------|
| 1 bis 2 Wochen                     | 31,4   | 45,4   | 23,2 |
| 2 bis 4 Wochen                     | 43,5   | 50,4   | 6,1  |
| 4 bis 6 Wochen                     | 50,7   | 44,2   | 5,1  |
| 1 halbes Jahr                      | 38,9   | 51,6   | 9,5  |
| 1 Jahr                             | 22,0   | 55,9   | 22,1 |
| länger als 1 Jahr                  | 25,0   | 45,9   | 29,1 |

Tabelle 2

66,8 Prozent der Befragten verordnen sie überwiegend Frauen, nur 1,2 Prozent vergleichsweise häufiger Männern und 32 Prozent in jeweils gleichem Maße Frauen und Männern.

Die Antworten auf die Frage 5 zeigen das Profil der Altersverteilung der mit oben genannten Präparaten behandelten Patienten. Hier zeichnet sich ein deutlicher Gipfel bei Patienten im Alter zwischen 40 und 50 Jahren ab (rund ein Fünftel der Ärzte konnte keinen Altersschwerpunkt ermitteln).

Die Tranquiliziertherapie fand am häufigsten Anwendung für Patienten im Alter zwischen

- 10 bis 20 Jahren bei 0,4 Prozent der Ärzte,
- 20 bis 30 Jahren bei 4,5 Prozent der Ärzte,
- 30 bis 40 Jahren bei 17,8 Prozent der Ärzte,
- 40 bis 50 Jahren bei 36,0 Prozent der Ärzte,
- 50 bis 60 Jahren bei 17,8 Prozent der Ärzte,
- älter als 60 Jahre bei 6,7 Prozent der Ärzte.

Item 6 galt einer der möglichen Determinanten für die stetig steigende Verordnungshäufigkeit der Minor Tranquilizer:

30,5 Prozent der befragten Ärzte war weder ein Psychotherapeut noch eine psychotherapeutische Beratungsstelle bekannt, während 69,5 Prozent von einer solchen Institution wußten.

Die Frage nach der Dauer der jeweiligen Behandlung mit Tranquilizern führte zu den in Tabelle 2 genannten Informationen (eine über ein Jahr dauernde Behandlung z. B. wird von 22 Prozent der Ärzte häufig, von 55,9 Prozent selten und von 22,1 Prozent nie durchgeführt).

Hierbei muß betont werden, daß eine lange Behandlung mit Minor Tranquilizern zur Entwicklung einer Drogenabhängigkeit führen kann. Haskell berichtet über Patienten, die nach vier- bis sechsmonatiger Valium®-Therapie mit Tagesdosen von 15 mg beim Absetzen der Behandlung Entzugserscheinungen vom Barbituratyp zeigten (20).

Da der absolute Verbrauch der Minor Tranquilizer in den letzten Jahren stetig zugenommen hat,

fragten wir die in der Praxis tätigen Kollegen, ob auch sie während dieser Zeit ein Ansteigen des Tranquilizerkonsums unter ihren Patienten feststellen konnten (Frage 8): Mit „nein“ antworteten 42,9 Prozent der Befragten, mit „ja“ 57,1 Prozent.

Einen Anstieg des Verbrauches seit zwei Jahren beobachteten 48,2 Prozent der letzteren,

seit vier Jahren 39,4 Prozent, seit sechs Jahren 6,7 Prozent und seit acht Jahren 5,7 Prozent.

Die Gefahr der Abhängigkeit ist bei zentral wirkenden und die Stimmung beeinflussenden Medikamenten immer gegeben. Auf die entsprechende Frage (9) hin gaben 36,7 Prozent der Ärzte an, daß Fälle psychischer Abhängigkeit unter ihren Patienten vorgekommen seien; 63,3 Prozent hatten diese Erfahrung nicht gemacht.

Der Anteil derjenigen, welche eine physische Abhängigkeit beobachtet hatten, war geringer, er lag aber immerhin bei 19,9 Prozent. 80,1 Prozent der Kolleginnen und Kollegen hatten unter ihren Patienten eine solche nicht registriert (21) (Frage 10).

Der Frage 11 lag folgende Überlegung zugrunde: Wenn es Abhängigkeit von Tranquilizern gibt, dann werden auch Situationen auftreten, in denen Patienten den Wunsch nach einem bestimmten Präparat äußern. Tatsächlich bestätigten 23,6 Prozent der Ärzte, daß die meisten Patienten von sich aus um die Verschreibung eines bestimmten Präparates bitten. Weitere 9,8 Prozent der Befragten konstatierten, daß die Verordnung eines Tranquilizers gleichhäufig von ihnen selbst ausgeht wie von den Patienten. 66,6

**Depressionen,  
psychische  
und nervöse  
Störungen,  
Migräne.**

# HYPERFORAT®

vegetativ stabilisierend, frei von Nebenwirkungen.

**Zusammensetzung:** Tropfen: 100 g enthalten: Extr. fl. Herb. Hyperici perf. 100 g stand. auf 2 mg Hypericin pro ml.

**Kontraindikationen:** Photosensibilisierung.

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

**Handelsformen und Preise (incl. MWST.):**  
Tropfen: 30 ml OM 7,95, 50 ml DM 12,45, 100 ml DM 20,95  
Oragees: 30 Orag. DM 8,50, 100 Orag. OM 16,60  
Ampullen á 1 ml: 5 Amp. OM 9,95, 10 Amp. DM 17,90.

**Dr. Gustav Klein, Arzneipflanzenforschung,  
7615 Zell-Harmersbech/Schwerzwald**

Prozent der Ärzte meinten, die Medikation sei meist auf ihre eigene Initiative zurückzuführen.

Die einzelnen Benzodiazepinderivate unterscheiden sich in ihrer chemischen Struktur nur geringfügig. Sie besitzen gemeinsame aktive Metaboliten: Beispielsweise werden Chlordiazepoxid (Librium®), Dikalium-chlorazepat (Tranxilium®) und Diazepam (Valium®) unterschiedlich schnell und auf verschiedenen Wegen zum Oxazepam (Adumbran®, Praxiten®) abgebaut; Valium® stellt einen Metaboliten des Medazepam (Nobrium®) dar (16–18). Dieser Tatbestand sowie entsprechende therapeutische Erfahrungen lassen verschiedene Autoren vermuten, daß zwischen den einzelnen Benzodiazepinen nur dosisabhängige Wirkungsunterschiede bestehen (8, 17, 19). Die Frage 13 in unserer Untersuchung lautete dementsprechend:

„Haben Sie die Erfahrung gemacht, daß durch ‚Umsteigen‘ von einem Präparat auf ein anderes der in Frage (1) aufgeführten Medikamente beim Patienten

langfristig eine Verbesserung seines Zustandes erreicht werden konnte?“

64,9 Prozent der Ärzte antworteten darauf mit „nein“, ein weiterer Beleg für die oben angeführte These. Lediglich 35,1 Prozent der Ärzte hatten durch den Wechsel des Präparates eine Verbesserung im Zustand des Patienten erzielt (möglicherweise handelt es sich dabei wiederum nur um einen Placebo-Effekt).

An Item 12 schieden sich die „Geister“. Wir fragten:

„Würden Sie Mitgliedern Ihrer Familie oder guten Bekannten Tranquillizerpräparate länger als einen Monat verordnen?“

50,3 Prozent der befragten Ärzte bejahten dies, 49,7 Prozent antworteten mit „nein“. – Die Hälfte der verordnenden Ärzte sieht eine längere Tranquillizertherapie also wohl nicht als ultima ratio an. Sie würden Familienangehörige und gute Bekannte offenbar gern auf andere Weise be-

treuen. Die Verneinung der gestellten Frage läßt zumindest ein Unbehagen an der alleinigen Tranquillizertherapie spürbar werden.

Die Zahl der Beschreibungen von Nebenwirkungen der Tranquillizertherapie nimmt in den letzten Jahren zu. Wir waren in diesem Zusammenhang zum einen daran interessiert, etwas über den *Kenntnisstand* der Ärzte bezüglich möglicher Nebenwirkungen der Tranquillizerinnahme zu erfahren, zum anderen wollten wir ergründen, ob bei ihnen eigene *Praxiserfahrungen* über derartige „side effects“ vorliegen.

Es wurde deshalb in Frage 14 und 15 eine Anzahl möglicher, unerwünschter Begleiterscheinungen der Therapie zur Diskussion gestellt, zuerst nach der Literaturkenntnis solcher Nebenwirkungen und dann nach eigener Praxiserfahrung hinsichtlich dieser Effekte gefragt. Es ergaben sich die in Tabelle 3 aufgeführten Resultate. – Die blutdrucksenkende Wirkung der Benzodiazepinderivate war z. B. 62,7 Prozent der befragten Ärzte aus der Literatur bekannt, 52,3 Prozent kannten sie aus eigener Praxiserfahrung.

Sehr beeindruckend ist hier die Häufigkeit, mit der die Befragten einzelne Nebenwirkungen registriert haben, die zwar in der Praxis vorkommen, in den Packungshinweisen der Hersteller aber nicht verzeichnet sind (z. B. Abhängigkeit, Libidoverlust, Appetitzunahme usw.).

Die Zahlenangaben zu Frage 15 bezüglich Punkt 3 und 4 liegen, wie dem Leser aufgefallen sein dürfte, eindeutig höher als die bezüglich der Fragen 9 und 10 (Abhängigkeit). Dies mag darauf hindeuten, daß die Kolleginnen und Kollegen in den Fragen 9 und 10 mehr den Status praesens abschätzten, d. h., prüften, ob ihnen zum Zeitpunkt der Befragung Fälle von Abhängigkeit bekannt waren. Die Frage 15 (Punkt 3, 4) dagegen gilt eher dem Aufschluß über das generelle (nicht unbedingt aktuell registrierte) Vorkommen von Abhängigkeit unter den Patienten.

#### Zur Problematik der festgestellten Nebenwirkungen

Die leicht anticholinerge Wirkung (Cave: Glaukomgefährdete Patienten) mag einer gleichzeitigen Laxantientherapie zuwiderlaufen. Bei Pa-

| Mögliche Nebenwirkungen<br>(Angaben in %)   | Frage 14<br>aus Literatur<br>bekannt |      | Frage 15<br>eigene Praxis-<br>erfahrung |      |
|---|--------------------------------------|------|---|------|
|   | ja                                   | nein | ja                                      | nein |
| Blutdrucksenkung  | 62,7                                 | 37,3 | 52,3                                    | 47,7 |
| Appetitzunahme  | 30,6                                 | 69,4 | 27,2                                    | 72,8 |
| Psychische Abhängigkeit   | 69,1                                 | 30,9 | 51,1                                    | 48,9 |
| Physische Abhängigkeit  | 37,1                                 | 62,9 | 24,2                                    | 75,8 |
| Erhöhung des Augeninnendruckes, Mundtrockenheit und Obstipation aufgrund leicht anticholinergischer Wirkung             | 60,8                                 | 39,2 | 44,3                                    | 55,7 |
| Verschlechterung der Reaktionsfähigkeit   | 80,8                                 | 19,2 | 70,9                                    | 29,1 |
| Atemdepressive Wirkung, speziell bei Patienten mit vorgeschädigtem Atmungssystem (chronische Bronchitis, Emphysem usw.) | 37,0                                 | 63,0 | 14,7                                    | 85,3 |
| Möglichkeit einer Agrenuiozytose  | 18,2                                 | 81,8 | 2,4                                     | 97,6 |
| Nachlassen der Libido   | 42,8                                 | 57,2 | 30,7                                    | 69,3 |
| Anstoß zu aggressivem Verhalten (sogenannte paradoxe Reaktion)  | 28,2                                 | 71,8 | 12,8                                    | 87,2 |
| Genschädigung   | 10,8                                 | 89,2 | 0,5                                     | 99,5 |
| Organische Hirnschäden bei chronischem Mißbrauch  | 16,3                                 | 83,7 | 2,7                                     | 97,3 |
| Negative Einwirkungen auf den Schlaf  | 24,1                                 | 75,9 | 15,5                                    | 84,5 |
| Teratogene Wirkung bei Einnahme während der Schwangerschaft   | 39,7                                 | 60,3 | 6,6                                     | 93,4 |

Tabelle 3

# Consoliplast®

**Zusammensetzung:** 100 g Consoliplast® enthalten: Rad. Symph. pulv. 170 g, Mucilago Rad. Symph. 50,0 g, Extr. Symph. e fol. aquos. 5,0 g, Cholinum chlor. 0,11 g, Camphora 0,10 g, Ol. Junip. 0,02 g, Ol. Thymi 0,01 g, Ol. Rosmar. 0,02 g, Ol. Lavand. 0,015 g, Ol. Eucalyp. 0,05 g, Ol. Terebinth. 0,05 g, Ol. Pini pum. 0,11 g, Salbengrundlage ad 100 g. **Indikationen:** Stumpfe (unblutige) Sport-, Arbeits- und sonstige Unfallverletzungen, Verstauchungen, Verrenkungen, Zerrungen, Prellungen, Quetschungen, Schwellungen, Hämatome, Blut- und Reizergüsse, Epicondylitis, Sehnen-, Sehnencheiden- und Schleimbeutelentzündungen, Phlegmonen, Panaritien, Furunkel, Phlebitiden, Thrombophlebitis. **Dosierung und Anwendungsweise:** Consoliplast® bleistift dick auf Verbandkompressen bzw. Mull, Leinen, Tuch o. dgl. auftragen und – mit der Paste gegen die Haut – auf die schmerzende Stelle auflegen. Anschließend den Umschlag entweder mit einer Binde fixieren oder mit Zellstoff, Tuch bzw. einer sonstigen dichten Auflage rutschfest abdecken. Umschlagdauer bis zu 18 Stunden. **Darreichungsform, Packungsgrößen und Preise:** Consoliplast® Tube zu 250 g 6,55 DM. Consoliplast® complet. Diese Packung enthält: Tube zu 100 g, Verbandkompressen, Elastikbinde, Befestigungsklammer, Spatel zum Auftragen der Paste, 6,85 DM.

**fink**

Arzneimittel 7033 Herrenberg



# Consoliplast®

stillt stumpfe Traumen  
über Nacht

tienten mit Prostatavergrößerung und Miktionsbeschwerden kann sich der Zustand nach Tranquillizergabe verschlechtern. Appetitzunahme (Gewichtszunahme), Nachlassen der Libido, negative Einwirkungen auf den Schlaf und Anstoß zu aggressivem Verhalten sind Begleiterscheinungen, die gerade psychisch beeinträchtigten Patienten zusätzliche Probleme bringen. Sie werden solche wohl nur in seltenen Fällen zu der Präparateinnahme in Beziehung setzen, werden die angeführten Pharmaka ihnen doch auf der Präparatinformation als harmlos und gut verträglich geschildert. Um so wichtiger sind, so gesehen, entsprechende ärztliche Kenntnisse, ferner ein gezieltes Nachfragen bei Verdacht auf die genannten Nebenwirkungen sowie ein eventuelles Absetzen der Medikamente.

Die wohl schwerwiegendste gesicherte Begleit- bzw. Folgeerscheinung der Tranquillizereinnahme sind psychische und physische Abhängigkeit. Vor allem deshalb sollte der Arzt die Notwendigkeit einer Tranquillizertherapie gut prüfen. Dabei ist eine Kurztherapie einer Daueranwendung vorzuziehen. Nach Matke (12) sind Stimulantien, Tranquillizer, Schlafmittel oder Analgetika mögliche Einstiegsdrogen in eine Drogenkarriere.

Nach unseren bisherigen Ausführungen ist folgendes Vorgehen wünschenswert und notwendig: Tranquillizer sollten nicht länger als vier Wochen verordnet werden. Ist nach dieser Zeit keine Besserung im Befinden des Patienten zu verzeichnen, so sind andere (alternative) Therapiemethoden (s. u.), begleitend oder als Ersatz der Tranquillizermedikation angezeigt (vgl. die Ergebnisse der Fragen 6, 7 und 13, die das bisher gängige Vorgehen beleuchten).

Zur Erfüllung dieser Forderung müßte eine größere Zahl psychotherapeutischer Beratungs- und Behandlungsstellen etabliert und neben den bisherigen den Ärzten bekanntgemacht werden. Der einzelne Kollege sollte ferner in die Lage versetzt werden, selbst Therapien (kleine Psychotherapie) durchzuführen, die ihm von der Kasse zu honorieren sind. Es gilt, das Problembewußtsein bezüglich der alleinigen Tranquillizertherapie, das bei vielen Ärzten bereits zu verzeichnen ist (s. Frage 12), weiter zu steigern:

Tranquillizer lösen keine Konflikte, sie ändern höchstensfalls die Einstellung dazu.

Die Krankenkassen sind gehalten, für die Erfüllung einer der wichtigsten Aufgaben des niedergelassenen Arztes (22), das ausführliche patientenzentrierte (beratende und therapeutische) Gespräch, ein höheres Entgelt zu bieten.

Dadurch wird u. a. die Bereitschaft des Arztes steigen, nicht organisch sich manifestierenden Beschwerden seiner Patienten Aufmerksamkeit zu schenken.

### Alternativen zur Tranquillizermedikation

Kein Arzt wird auf die Verordnung von Minor Tranquillizern verzichten wollen, wenn es um die Beherrschung des Status epilepticus, die Behandlung bestimmter epileptischer Anfälle, eine Prämedikation zu bestimmten operativen Eingriffen geht oder um die Notwendigkeit medikamentöser Krisenintervention usw. Die Liste der Indikationen für diese Medikamentengruppe weist aber, wie bereits dargelegt, auch Symptome bzw. Syndrome auf, bei denen, bedenkt man die möglichen Nebenwirkungen der Benzodiazepinderivate, nach wirklichen Alternativen zu fragen ist. Solche Indikationen sind vegetative Symptome und Beschwerden („Nervosität“ o. ä.), Schlafstörungen, Angstzustände, Spannungskopfschmerz usw. Das therapeutische Arsenal der Heilkunde, zugeschnitten auf die Möglichkeiten des niedergelassenen Allgemeinarztes, bietet z. B. mit dem Autogenen Training (Unterstufe) eine Methode an, welche mit der pharmakologischen Behandlung anteilig konkurrieren kann. Es wird in den Grundzügen auf vielen Kongressen vermittelt und kann an psychotherapeutischen Instituten (z. B. Würzburg) intensiv erlernt werden. Es zählt bekanntlich zu den Verfahren der kleinen Psychotherapie, gilt zu Recht als weithin ungefährlich und ziemlich erfolgversprechend (bei bis zu 70 Prozent der „Fälle“); nur wenige Kontraindikationen sind zu beachten (ein der Störung zugrundeliegender aktueller Konflikt, Zwangskrankheit, mangelnde Selbstverfügbarkeit usw.) (23). Gerade der Symptomenkomplex der „vegetativen Dystonie“ (psychovegetative Störungen) und (nicht aktuell konfliktbe-

dingte) Schlafstörungen zählen zum Indikationsbereich dieser eher „zu-deckenden“ psychophysiologischen Methode. Zur Stress-Prophylaxe und allgemeiner (leistungssteigernder) Entspannung wird es mit gutem Erfolg angewandt. Auch manche Formen von Angst (vor Prüfungen, Auftritten, Sprechen in der Öffentlichkeit; Erythrophobie) kann damit begegnet werden (24). Die entsprechende konzentrierte Selbstentspannung ist dem Patienten relativ leicht zu vermitteln; diese kann im Einzelverfahren oder (zeit- und kostengünstiger) in Gruppen gelehrt werden. Ungünstige Effekte, wie eine Zunahme sozialer Isolierung und körperliche Störungen sind bei gezielter Anwendung (nach einer körperlichen Untersuchung), kontinuierlicher Unterweisung und gutem Kontakt mit dem Kranken nicht zu erwarten. Besteht der Verdacht auf dem Leiden zugrundeliegende, aktuelle (unbewußte) intrapsychische und soziale Konflikte, so ist die Überweisung zu einem Psychotherapeuten angezeigt. Er wird gegebenenfalls die Indikation für eine analytische bzw. analytisch fundierte Einzel- oder Gruppentherapie stellen. In jedem Falle wäre mit diesem Vorgehen ein guter Teil potentieller Tranquillizerkonsumenten gemäß der seelischen Natur ihrer Beeinträchtigungen behandelt, nicht bloß pharmakologisch „beruhigt“.

### Literaturverzeichnis

1. Die nachstehend genannten Zahlenangaben beziehen sich auf den DM-Umsatz der o. g. Präparate über öffentliche Apotheken auf der Basis des Febrilkegelpreises.  
(IMS Daten): Das Institut für medizinische Statistik (IMS) ermittelt regelmäßig eine Reihenfolge der meistverkauften Präparate anhand der DM-Umsätze über öffentliche Apotheken in der Bundesrepublik Deutschland. Aus: *Arznei-Telegramm*, 2, 1975, 16.
2. STOSSEL, J.: *Psychopharmaka — die verordnete Anpassung*. R. Piper & Co. Verlag, München, 2. Aufl., 1973.
3. *Arznei-Telegramm*, 2, 1975, 16.
4. HAASE, H.-J.: *Therapie mit Psychopharmaka und anderen psychotropen Medikamenten*. Schattauer, Stuttgart-New York, 1977.
5. Vgl. SELECTA 15, 1973, 33–36, den Bericht der Kommission für teratologische Fragen!
6. *Arznei-Telegramm*: Benzodiazepine, 3, 1974, 15–16.
7. WELLMHÖNER, H. H.: *Allgemeine und systematische Pharmakologie und Toxikologie*. Springer Verlag, Berlin-Heidelberg-New York, 2. Aufl., 1976.
8. GREENBLATT, O. J. and SHAOER, R. I.: Benzodiazepines (Second of two parts). *The New England Journal of Medicine*, 1974, 1239–1243.
9. POLDINGER, W.: *Kompodium der Psychotherapie*. Editiones Roche, Basel, 1975.

10. BORELLI, S.: Die Liste. Pharmaindex II/1977. Drotax Verlagsgesellschaft, Neu Isenburg, 1977. Danach kosten 20 Drg. mit dem Wirkstoff Meprobamat (Miltanetten®) 3,30 DM, 20 Tbl. Phenobarbital (Luminai®) gar nur 2,60 DM, 20 Tbl. Diazepam (Vaiium®) kosten 5,50 DM, 20 Tbl. Oxazepam (Adumbran®) 5,20 DM.

11. GREENBLATT, D. J.: Benzodiazepines (First of two parts). The New England Journal of Medicine, 1974, 1011-1015.

12. MATTKE, D. J.: Mißbrauch von Arzneimitteln unter besonderer Berücksichtigung der Stimulantien, Tranquillizer, Schlaf- und Schmerzmittel. Der Internist, 13, 1972, 201-208.

13. NORD, D.: Arzneimittelkonsum in der Bundesrepublik Deutschland. Ferdinand Enke Verlag, Stuttgart, 1976.

14. BOCHNIK, H. G.: Referat auf der 74. Tagung der Nordwestdeutschen Gesellschaft für innere Medizin. Hamburg, 1970. Vgl. auch LAUX, G.: Das Problem des Tranquillizermißbrauches. Psycho 4, 1978, 272-276.

15. SCHNEIDER, H.: Einsatz der Psychopharmaka aus der Sicht des Allgemeinarztes. Medizinische Welt, 26, 1975, 617-618.

16. Arznei-Telegramm: Benzodiazepine, 3, 1974, 15.

17. TYRER, P.: The Benzodiazepine Bonanza. The Lancet, 1974, 709-710.

18. SKUPIN, G. und FRANZKE, H. G.: Die Stellung von Dikalium-Chlorazepat (Tranxilium®) in der Therapie vegetativer Syndrome. Medizinische Klinik, 70, 1975, 1279-1283.

19. Drug and Therapeutics Bulletin: Benzodiazepines - too many similar compounds?, 12, 1974, 5-6.

20. HASKELL, D.: Withdrawal of Diazepam. JAMA, 233, 1975, 135.

21. Nach LAUX (s. Anm. 14) ordnen die meisten Autoren die Abhängigkeit von Minor-Tranquillizern dem Alkohol-Barbiturat-Typ zu: Die hier gemachten Angaben bzgl. psychischer Dependenz korrelieren mit denen aus wissenschaft-

lichen Publikationen über Entzugsercheinungen bei Absetzung z. B. von Diazepam, Lorazepam und Oxazepam.

22. SCHIFFNER, K.: Möglichkeiten psychosozialen Handelns in der ärztlichen Praxis. Deutsches Ärzteblatt, 10, 1978, 579-582.

23. HUPPMANN, G.: Zur Problematik der Anwendung des Autogenen Trainings (Unterstufe). Prax. Psychother., 22, 1977, 129-137.

24. HOFFMANN, B.: Handbuch des autogenen Trainings. Grundlagen. Technik. Anwendung. Deutscher Taschenbuch Verlag, München, 1977.

25. BALINT, E. und NOREL, J. S.: Fünf Minuten pro Patient. Eine Studie über die Interaktionen in der ärztlichen Allgemeinpraxis. Suhrkamp Verlag, Frankfurt, 1975.

Anschrift der Verfasser:

Dr. med. G. Huppmann und cand. med. G. Medinger, Klinikstraße 3, 8700 Würzburg

Anhang:

Fragebogen

1. Welche der folgenden Präparate verordnen Sie und wie häufig? \*)

|                                   | häufig | selten | gar nicht |
|-----------------------------------|--------|--------|-----------|
| <input type="radio"/> Praxiten    |        |        |           |
| <input type="radio"/> Trenxillium |        |        |           |
| <input type="radio"/> Tevor       |        |        |           |
| <input type="radio"/> Mogeden     |        |        |           |
| <input type="radio"/> Valium      |        |        |           |
| <input type="radio"/> Norsen      |        |        |           |
| <input type="radio"/> Lexotenil   |        |        |           |
| <input type="radio"/> Dalmadorm   |        |        |           |
| <input type="radio"/> Nobrium     |        |        |           |
| <input type="radio"/> Demetrin    |        |        |           |
| <input type="radio"/> Librium     |        |        |           |
| <input type="radio"/> Adumbran    |        |        |           |

\*) Zutreffendes bitte ankreuzen

2. Welches der genannten Präparate verordnen Sie am häufigsten? .....

3. Wieviel Prozent aller Ihrer Patienten behandeln Sie schätzungsweise mit den oben genannten Präparaten?

- 5%                       35%   
 10%                       40%   
 15%                       45%   
 20%                       50%   
 25%                       55%   
 30%                       60%

4. Verordnen Sie Tranquillizer

- überwiegend an Männer?   
 überwiegend an Frauen?   
 an Frauen und Männer gleich verteilt?

5. Findet in Ihrer Praxis die Tranquillizertherapie am häufigsten Anwendung bei Patienten im Alter zwischen

- 10 bis 20 Jahren?   
 20 bis 30 Jahren?   
 30 bis 40 Jahren?

- 40 bis 50 Jahren?   
 50 bis 60 Jahren?   
 Älter als 60 Jahre?   
 Ist kein Schwerpunkt zu ermitteln?

6. Ist Ihnen ein Psychotherapeut oder eine psychotherapeutische Beratungsstelle in Unterfranken bekannt?

- ja   
 nein   
 wenn ja, wo? (Ortsangabe) .....

7. In welcher Häufigkeit erstreckt sich Ihre Behandlung mit Tranquillizern über einen Zeitraum von

|                    | häufig | selten | nie |
|--------------------|--------|--------|-----|
| 1 bis 2 Wochen?    |        |        |     |
| 2 bis 4 Wochen?    |        |        |     |
| 4 bis 6 Wochen?    |        |        |     |
| 1/2 Jahr?          |        |        |     |
| 1 Jahr?            |        |        |     |
| länger als 1 Jahr? |        |        |     |

8. Konnten Sie während der letzten Jahre ein Ansteigen des Tranquillizerverbrauches unter Ihren Patienten feststellen?

- ja   
 nein   
 wenn ja, seit wann?  
 seit 2 Jahren   
 seit 4 Jahren   
 seit 6 Jahren   
 seit 8 Jahren

9. Sind Ihnen Fälle psychischer Abhängigkeit (ein sehr starkes Verlangen, die Einnahme eines Stoffes fortzusetzen und sich diesen um jeden Preis zu beschaffen) von einem der in Frage (1) genannten Mitteln unter Ihren Patienten bekannt?

- ja                       nein

10. Sind Ihnen Fälle physischer Abhängigkeit von einem der in Frage (1) genannten Mittel unter Ihren Patienten bekannt?

- Zu ihrer Erinnerung: Unter physischer Abhängigkeit versteht man  
 a) Auftreten von körperlichen Entzugssymptomen bei Unterbrechung oder auch nur Reduzierung des Drogengebrauchs.

- b) Entwicklung von Gewöhnung: Die Menge des zugeführten Stoffes muß gesteigert werden, um gleiche Effekte zu erzielen.  
 je  nein
11. Geht die Verordnung eines Tranquillizerpräparates meist von Ihnen aus (1), oder äußern die meisten Patienten bereits den Wunsch nach einem bestimmten Präparat (2)?  
 (1) trifft zu   
 (2) trifft zu
12. Würden Sie Mitgliedern Ihrer Familie oder guten Bekannten Tranquillizerpräparate länger als einen Monat verordnen?  
 je  nein
13. Haben Sie die Erfahrung gemacht, daß durch „Umsteigen“ von einem Präparat auf ein anderes der in Frage (1) aufgeführten Medikamente beim Patienten langfristig eine Verbesserung seines Zustandes erreicht werden konnte?  
 ja  nein
14. Welche Nebenwirkungen können nach Ihrer *Literaturkenntnis* bei der Verordnung von Tranquillizern (gemeint sind die in Frage (1) aufgeführten Präparate) auftreten?
- Blutdrucksenkung
  - Appetitzunahme
  - Psychische Abhängigkeit
  - Physische Abhängigkeit
  - Erhöhung des Augeninnendruckes, Mundtrockenheit, Miktionsstörungen und Obstipation aufgrund leicht enticholinerger Wirkung
  - Verschlechterung der Reaktionsfähigkeit
  - Atemdepressive Wirkung, speziell bei Patienten mit vorgeschädigtem Atmungssystem (chronische Bronchitis, Emphysem usw.)
  - Möglichkeit einer Agranulozytose
  - Nachlassen der Libido
- Anstoß zu aggressivem Verhalten (sogenannte paradoxe Reaktion)
- Genschädigung
- Organische Hirnschäden bei chronischem Mißbrauch
- Negative Einwirkungen auf den Schlaf
- Teratogene Wirkung bei Einnahme während der Schwangerschaft
15. Welche Nebenwirkungen können nach Ihrer eigenen *Praxiserfahrung* bei der Verordnung von Tranquillizern (gemeint sind die in Frage (1) aufgeführten Präparate) auftreten?
- Blutdrucksenkung
  - Appetitzunahme
  - Psychische Abhängigkeit
  - Physische Abhängigkeit
  - Erhöhung des Augeninnendruckes, Mundtrockenheit, Miktionsstörungen und Obstipation aufgrund leicht enticholinerger Wirkung
  - Verschlechterung der Reaktionsfähigkeit
  - Atemdepressive Wirkung, speziell bei Patienten mit vorgeschädigtem Atmungssystem (chronische Bronchitis, Emphysem usw.)
  - Möglichkeit einer Agranulozytose
  - Nachlassen der Libido
  - Anstoß zu aggressivem Verhalten (sogenannte paradoxe Reaktion)
  - Genschädigung
  - Organische Hirnschäden bei chronischem Mißbrauch
  - Negative Einwirkungen auf den Schlaf
  - Teratogene Wirkung bei Einnahme während der Schwangerschaft
16. Gestatten Sie bitte noch eine Frage zu Ihrer Fachrichtung! Sind Sie
- |                  |                       |                |                       |
|------------------|-----------------------|----------------|-----------------------|
| Allgemeinärztin? | <input type="radio"/> | Allgemeinerzt? | <input type="radio"/> |
| Gynäkologin?     | <input type="radio"/> | Gynäkologe?    | <input type="radio"/> |
| Internistin?     | <input type="radio"/> | Internist?     | <input type="radio"/> |

## Informationsstellen für Vergiftungen in Bayern (Giftnotruf)

Bei Unglücksfällen mit größeren Vergiftungsereignissen und Massenvergiftungen kann eine sachgerechte Hilfeleistung häufig nur dadurch gewährleistet werden, daß die mit der Alarmauslösung, der Einsatzleitung und dem Einsatz von Hilfsdiensten befaßten Stellen durch die Behandlungszentren für diagnostische und therapeutische Maßnahmen bei Vergiftungsfällen beraten und unterstützt werden. Unter Umständen kann die Anforderung von Fachärzten aus diesen Behandlungszentren die bestmögliche Hilfe sein.

In Bayern sind folgende Informationsstellen für Vergiftungen eingerichtet:

### 1. Giftnotruf München

Toxikologische Abteilung der II. Medizinischen Klinik und Poliklinik der Technischen Universität München im Klinikum rechts der Isar, Ismaninger Straße 22, 8000 München 80

Telefon: Durchwahl (0 89) 41 40-22 11  
 Zentrale (0 89) 41 40-1

### 2. Giftnotruf Nürnberg

Toxikologische Abteilung der II. Medizinischen Klinik der Städtischen Krankenanstalten Nürnberg, Flurstraße 17, 8500 Nürnberg 5

Telefon: Durchwahl (09 11) 3 98-24 51

NEU  
VON WELLCOME:

# RÖTELN- IMPfstoff WELLCOME

**Indikationen:**  
zur aktiven Immunisierung  
gegen Röteln, zur Ver-  
hinderung der Röteln-  
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-  
festen 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.



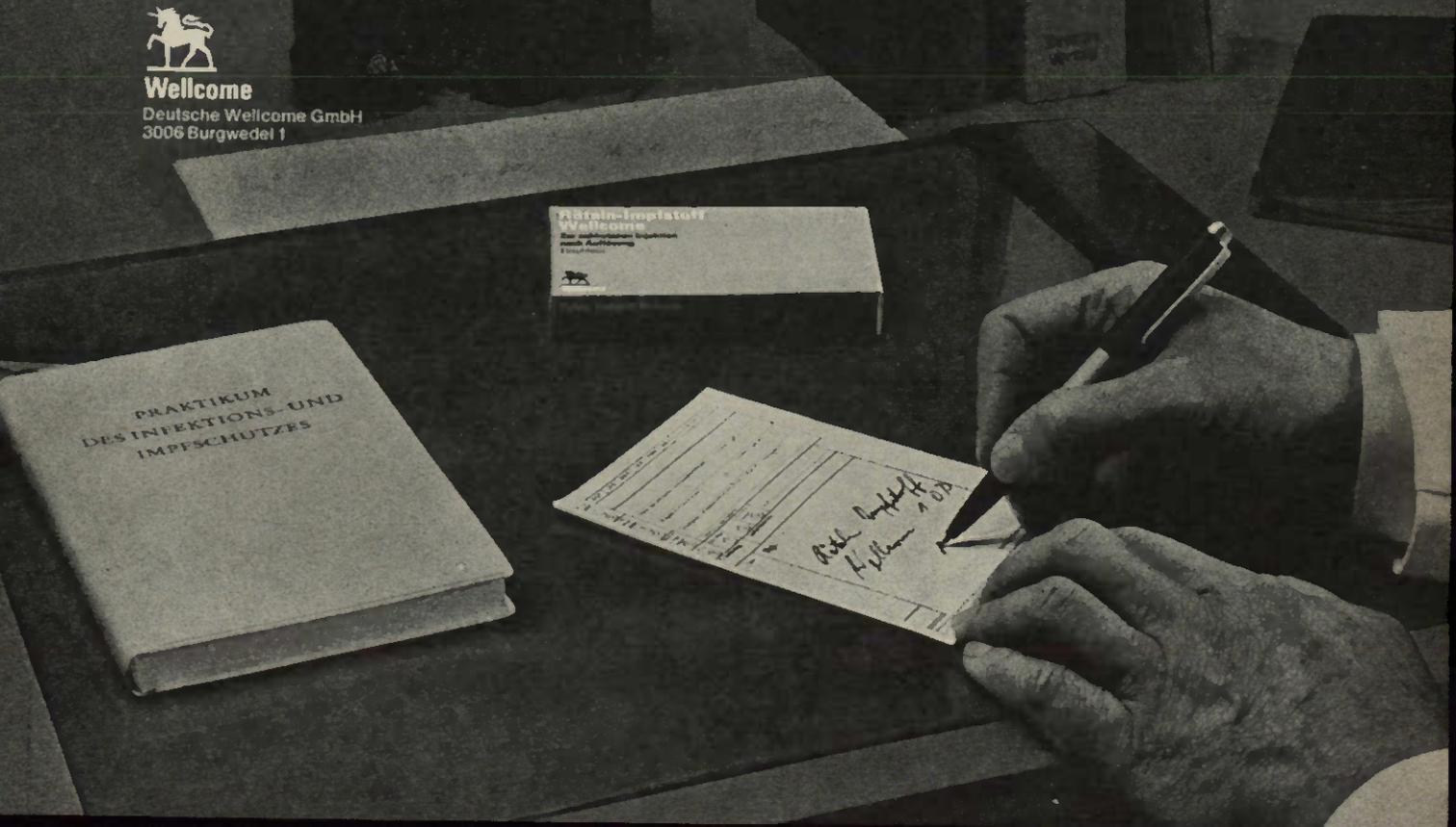
**Wellcome**

Deutsche Wellcome GmbH  
3006 Burgwedel 1

STAMM WISTAR RA 27/3

- HOHE TITER
- GERINGE ALLERGIERATE

HILFT  
EMBRYOPATHIEN VERHINDERN



# Kolorektale Erkrankungen in Klinik und Praxis

60. Fortbildungstagung in Regensburg

(Schluß)

Professor Dr. H. Otto, Großburgwedel-Hannover:

## Proktoologie für die Praxis

Als fakultative Quelle von Enddarmbeschwerden können bei über 70 Prozent aller Erwachsenen Hämorrhoiden nachgewiesen werden. Hiermit verbunden sind insbesondere drei Krankheitsbilder, die zu akut schmerzhaften Sensationen im Analbereich führen:

1. Die akuten Analfissuren
2. Die Perianalthrombosen
3. Die inkarzierten Hämorrhoidalknoten

Voraussetzung für eine optimale Beurteilung der perianalen Region und ein vernünftiges therapeutisches Vorgehen ist eine richtige Lagerung des Patienten und eine gute Beleuchtung der Analregion.

Die Untersuchung kann auf dreierlei Arten erfolgen:

1. Im Knien (Knie-Ellenbogen- bzw. Knie-Brustlage)
2. In Rücken- bzw. Steinschnittlage und
3. In Seitenlage (Links-Seitenlage nach Sims)

Der Inspektion zugänglich ist die perianale Region, der Anus und bei ausreichender Spreizung der Nates Anteile des Analkanals.

Akut schmerzhaft Zustände im Anorektalbereich sind:

### 1. Die akuten Fissuren

Kennzeichnend ist ein plötzlicher Beginn nach schwerem Stuhl, nach Diarrhöen mit brennendem und stechendem Schmerz. Wichtig ist der enamnestic Hinweis auf mit der Defäkation einsetzende Sensationen, die Stunden andauern können und oft mit einem erheblichen Sphinkterkrampf begleitet sind. Die Fissur liegt in mehr als 90 Prozent

der Fälle an der hinteren Kommissur, zumeist weist eine Vorpostenfalte auf ihren Sitz hin. Nach Spreizung der Nates kommt ein kleines, längsovales Ulkus mit gelblich-rötlich-schmierigem Grund zur Darstellung. Die Größe schwankt zwischen der eines Reiskornes und eines Pflaumenkernes. Wegen des begleitenden, schmerzhaften Sphinkterkrampfes sollte die rektale Untersuchung jeweils erst nach Lokalanästhesie durchgeführt werden. Die Therapie der akuten Fissur besteht nach Lokalanästhesie im Einspritzen von 1 Tropfen 20%iger Chininlösung in den Fissurgrund mittels einer 18er Kanüle. Zur Nachbehandlung sollten Kamillensitzbäder verordnet werden.

### 2. Die Perianalthrombosen

Dieses sehr schmerzhaft Krankheitsbild läßt sich aus anamnestic Hinweisen diagnostizieren. Nach starkem Pressen beim Stuhl, nach Diarrhöen, starkem Heben oder ohne erkennbare Ursache kommt es zur Ausbildung einer schmerzhaften, derben Knotenbildung am Analrand, meist von Erbsen- bis Bohnengröße, von bläulich-livider Farbe. Die Knoten exulzieren mitunter spontan, führen dann zu starken Blutungen und ebrupter Schmerzfreiheit. Zur Behandlung ist in den ersten vier Tagen eine Stichinzision angezeigt, die bei geschickter Ausführung auch ohne Lokalanästhesie durchgeführt werden kann. Nach der Inzision springt der Thrombus oft spontan heraus oder läßt sich zumindest exprimieren. Zur Nachbehandlung werden heparinoidhaltige Salben, bei Rezidivneigungen und starken entzündlichen Begleitreaktionen Salbenverbände, Kamillensitzbäder und Phenylbutazon verabfolgt. Als Restzustände imponieren bei besonders großen Thrombosen Analläppchen (Marisquen).

### 3. Inkarzierte Hämorrhoidalknoten (Sekundärer Analprolaps)

Dieses Krankheitsbild ist als Endstadium des Hämorrhoidalleidens

aufzufassen. Die stark schmerzenden, erbsen- bis pflaumengroßen Knoten sind, im Gegensatz zu den Perianalthrombosen von Schleimhaut überzogen und aus dem Analkanal herausprolabiert. Es sollte der Versuch einer digitalen Reposition möglichst ohne Lokalanästhesie unternommen werden. Anschließend kann ein Tampositorium B oder ein Facilus-Zäpfchen eingelegt werden, um ein erneutes Prolabieren zu vermeiden. Als unterstützende Maßnahmen kommen wieder Antiphlogistika und Kamillensitzbäder in Betracht. Nach Abklingen der Akutphase muß eine Therapie des Hämorrhoidalleidens erfolgen.

Unter den Hämorrhoiden werden häufig rektale Verizen verstanden, obwohl die hellroten und spritzenden Hämorrhoidalblutungen eindeutig auf ihren arteriellen Charakter hinweisen. Die Hämorrhoidalknoten finden sich entsprechend der Anordnung des arteriovenösen Schwellkörpers (Corpus cavernosum recti) stets fünf cm oberhalb des Analringes.

Die inneren Hämorrhoiden werden entsprechend ihrer Lage zur Linia ano rectalis in drei Entwicklungsgrade eingeteilt:

Die Hämorrhoiden 1. Grades finden sich stets fünf cm oberhalb des Analringes, imponieren im Proktoskop als wulstige, weiche Vorwölbungen der Schleimhaut mit zartrosa Farbe. Diese verstärkt sich bei praller Füllung bis zu dunkelrot und livide. Sie bluten, ohne zu schmerzen.

Die Hämorrhoiden 2. Grades prolabieren und treten beim Pressen häufig aus dem Analkanal aus. Sie retrahieren sich aber spontan. Wegen zunehmender Fibrosierung sind sie manchmal zu tasten und bluten selten.

Die Hämorrhoiden 3. Grades sind stark elongierte Knoten, die wegen zunehmender Fibrosierung der Schleimhaut im allgemeinen nicht mehr bluten und bei zunehmender Sphinktererschaffung schon bei aufrechter Körperhaltung prolabieren. Man hat dann das Vollbild eines „sekundären“ Analprolapses vor sich, der als gestautes, blau-rotes, aus dem Analkanal austretendes Gebilde imponiert (s. hierzu inkarzierte Hämorrhoidalknoten).

Als Therapie der Wahl des Hämorrhoidalleidens hat sich das Sklerosierungsverfahren eingebürgert. Nur noch weniger als fünf Prozent aller Patienten mit Hämorrhoidalbeschwerden müssen chirurgisch versorgt werden.

Drei Sklerosierungsverfahren kommen zur Anwendung:

#### 1. Verfahren nach Blond:

Tropfenweise Injektion von chininhaltigen 20%igen Lösungen streng submukös in die Basis des Knotens. In der Regel reichen fünf bis acht Wiederholungen in wöchentlichen Abständen für die Sklerosierung aus.

#### 2. Methode nach Bensaude:

Mit Natrium-tetra-dexylsulfat-Lösung wird oberhalb des Knotens injiziert. Drei bis vier Injektionen in wöchentlichem Abstand reichen in der Regel aus.

#### 3. Methode nach Blanchard:

Hierbei werden insgesamt bis zu 10 ml einer 5%igen Phenollösung in Mandel- oder Erdnußöl submukös unter die Knoten injiziert, bis die Schleimhaut abbläht und die kleinen Kapillaren hervortreten. In der Regel reichen zwei bis drei Injektionsserien, um den Patienten beschwerdefrei zu machen.

Kontraindikationen für die Sklerosierungsbehandlung:

Bei akut entzündlichen Prozessen, hämorrhagischer Diathese und Schwangerschaft sollte nicht injiziert werden. Die Behandlung ist ferner wenig erfolgversprechend bei Hämorrhoiden 3. Grades, nicht sicher bei Hämorrhoiden 2. Grades. Bei etwa ein Prozent der behandelten Fälle tritt eine Chininallergie auf. Ferner können sogenannte Spritzenulzera auftreten, die häufig zu massiven Blutungen und Nekrosebildungen im Bereich der Injektionsstellen bei zu flach gesetzten Depots führen. Die Veränderungen heilen allerdings bald komplikationslos aus. Für Hämorrhoiden 3. Grades setzt sich in letzter Zeit die Gummibandligatur durch. Dabei wird ein Gummiband über die Hämorrhoiden gestülpt; durch Abdrosselung der zuführenden Blutgefäße wird der Hämorrhoidalknoten nekrotisch und fällt innerhalb weniger Tage ab. Da-

bei kann es vereinzelt zu Nachblutungen kommen. Insgesamt handelt es sich jedoch um ein schmerzfreies und elegantes Verfahren, das insbesondere im Rahmen der Kostensenkung im Gesundheitswesen zunehmende Bedeutung gewinnen sollte.

Professor Dr. M. Wienbeck, Düsseldorf:

#### Neue Gesichtspunkte bei malignen Dickdarmerkrankungen

Maligne Dickdarmerkrankungen nehmen an Häufigkeit zu und stehen in vielen Ländern inzwischen an erster Stelle aller bösartigen Neoplasmen. Zu über 95 Prozent handelt es sich um Karzinome. Bei uns ist der Dickdarmkrebs, bezogen auf beide Geschlechter, inzwischen die häufigste maligne Erkrankung geworden. Mit der Häufigkeitszunahme scheint eine Lokalisationsverschiebung zu höhergelegenen Darmabschnitten stattzufinden, außerdem eine histologische Verschlebung zu geringeren Differenzierungsgraden und eine altersmäßige Verschiebung zu jüngeren Altersklassen hin. Nach wie vor beträgt die Fünf-Jahresüberlebensrate bei uns etwa 40 Prozent. Bei einer Therapie im Frühstadium des Dickdarmkrebses hingegen unterscheidet sich die Fünf-Jahresüberlebensrate nicht wesentlich von dickdarmgesunden Gleichaltrigen. Alle Anstrengungen müssen daher auf eine Erkennung und Therapie zum frühestmöglichen Zeitpunkt ausgerichtet sein.

Die Ätiopathogenese des Kolonkarzinoms ist noch unklar, wenn auch vor allem epidemiologische Untersuchungen auf Umweltfaktoren und hier besonders auf die Ernährung hinweisen. Diesbezüglich erscheint bedeutsam die Zunahme an tierischen Fetten in unserer Ernährung und die gleichzeitige Abnahme pflanzlicher Fasern. Daß diese Faktoren nicht allein maßgebend sind, wird durch die Tatsache belegt, daß Finnen wesentlich seltener an Dickdarmkarzinomen erkranken als benachbarte europäische Völker mit ähnlichen Nahrungsgewohnheiten. In der Entwicklung des Kolonkarzinoms scheint den Kolonadenomen (Polypen) eine bedeutsame Rolle zuzukommen. Die Gefahr einer Karzinomentstehung ist jedoch nicht bei allen Adenomen gleich groß. Besonders große Adenome bedeuten

## Viele Symptome -eine Ursache:

### Magnesium- Mangel



## MAGNESIUM VERLA®

verhindert Mangel-Zustände bei einseitiger Ernährung, Diäten, chronischem Alkoholabusus, während Schwangerschaft, Stillzeit, bei Einnahme von Kontrazeptiva.

zur Therapie bei Präeklampsie, Eklampsie, vegetativer Dystonie mit spasmoiphilem Symptomenkomplex, latenter Tetanie, Myalgie, nächtlichen Wadenkrämpfen, Spasmen zerebraler und peripherer Gefäße, Migräne, als Adjuvans bei Cephalalgie, stenokardischen Beschwerden, essentieller Hypertonie.

zur Prophylaxe bei Calciumoxalatstein-Diathese, Thrombosegefährdung, metabolisch bedingten Myokardnekrosen.

als Zusatztherapie bei Pankreatitis, Leberzirrhose, Hypercholesterinämie, Arteriosklerose.

**Kontraindikationen:** Ausscheidungshemmung bei schwerer Niereninsuffizienz, Anurie.

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

**Zusammensetzung:** Dragées: mono-Magnesium-L-diglutamat 100,0 mg, Magnesiumcitrat tert. · 3 H<sub>2</sub>O 230,0 mg, Magnesiumnikotinat 5,0 mg. Magnesiumgehalt: 3,3 mval (40 mg). Konzentrat (ein Beutel): mono-Magnesium-L-diaspartat 1.803,0 mg, Anaurinnitrat (Vit. B 1) 2,0 mg, Riboflavin (Vit. B 2) 3,0 mg, Pyridoxinhydrochlorid (Vit. B 6) 3,0 mg. Magnesiumgehalt: 10 mval (121,56 mg). Ampullen zu 10 ml: mono-Magnesium-L-diglutamat 1,0 g. Magnesiumgehalt: 6,3 mval (77 mg).

**Handelsformen und Preise:**

50 Dragées DM 6,12, 150 Dragées DM 15,36,  
3 Ampullen DM 4,40, 10 Ampullen DM 13,55  
Konzentrat 20 Beutel DM 8,90, 50 Beutel DM 19,96

## VERLA-PHARM TUTZING

ein gesteigertes Karzinomrisiko, während dieses bei Polypen von weniger als einem cm Durchmesser sehr gering ist.

Nach einer neuen Hypothese werden in der Entstehung des Dickdarmkarzinoms mehrere entscheidende Schritte durchlaufen. Zum einen könnte ein bisher nicht bekanntes Umweltagens im Laufe der Jahre zur Entwicklung kleiner Kolonadenome führen, jedoch nur dann, wenn homozygot eine entsprechende rezessive Erbanlage vorhanden ist. Bei Fehlen dieser Eigenschaft bleiben die Dickdarmepithelien auch unter der Einwirkung des Umweltagens normal. Meist muß bei der Krebsentwicklung der Weg über ein großes Adenom begangen werden. In diesem Entwicklungsschritt vom kleinen zum großen Polypen scheinen die bisher diskutierten Nahrungsfaktoren eine entscheidende Rolle zu spielen, wobei strittig ist, ob Nahrungsbestandteile (z. B. Fettabbauprodukte) direkt verantwortlich sind. Wahrscheinlicher ist es, daß sich unter einer fettreichen und schlackenarmen Kost die bakterielle Zusammensetzung im Dickdarm so ändert, daß degradierte Gallensäuren in hoher Konzentration über längere Zeit auf die Dickdarmmukosa einwirken und dabei die Umwandlung kleiner in große Adenome begünstigen. Der Schritt vom großen Adenom zum Karzinom scheint dann nur noch eine Frage der Zeit zu sein. Viele Menschen erleben allerdings diese Karzinomentwicklung nicht.

Zur Früherkennung und Behandlung des Dickdarmkrebses gibt es drei Möglichkeiten:

1. Prophylaxe
2. Früherkennung in der asymptomatischen Phase
3. Frühdiagnostik in der symptomatischen Phase

Die sinnvollste Prophylaxe scheint nach dem heutigen Wissensstand in einer Änderung unserer Ernährungsgewohnheiten zu bestehen. Damit ließe sich wahrscheinlich die Inzidenz der Kolonadenome und damit auch der Karzinome erheblich reduzieren. Jedoch wird der Grundstock für die Sequenz vom Adenom zum Karzinom wahrscheinlich schon sehr früh im Leben gelegt. Wenn also eine wirksame Karzinomprophylaxe

betrieben werden sollte, dann müßte die Änderung der Ernährungsgewohnheiten während der Kindheit beginnen! Das ist in naher Zukunft sicherlich nicht erreichbar. Eine wesentlich praktikablere Prophylaxe scheint durch frühzeitige Entfernung aller zufällig oder aufgrund bestimmter Symptome gefundenen Kolonadenome möglich zu sein.

Eine Früherkennung des Dickdarmkarzinoms in der asymptomatischen Phase ist heute durchaus möglich. Zunächst sind alle Risikopatienten für Dickdarmkarzinome zu überwachen. Zu diesen gehören Patienten mit familiärer Adenomatosis coli, mit solitären villösen oder tubulären Adenomen, mit länger dauernder Colitis ulcerosa, bereits operiertem Dickdarmkarzinom mit Mamma- und Ovarialkarzinomen. Mit regelmäßigen jährlichen Stuhluntersuchungen auf okkultes Blut steht uns ferner ein brauchbares, kostensenkendes und sinnvolles Verfahren zur frühen Erkennung von Kolonkarzinomen und Adenomen zur Verfügung. Bei Feststellung eines Kolonadenoms sind zwei Regeln zu beachten:

1. Der gesamte Dickdarm muß koloskopisch inspiziert werden; alle Adenome sind zu entfernen.
2. Die entfernten Kolonadenome sind histologisch in Stufenschnitten aufzuarbeiten, wobei besonders auf das Vorhandensein einer eventuellen Infiltration der abgetragenen Adenombasis zu achten ist.

Bei den im Rahmen der „Vorsorgeuntersuchungen“ durchgeführten Stuhlüberprüfungen auf okkultes Blut mit Hilfe vorgefertigter Testblättchen ist folgendes zu beachten:

1. Es müssen alle drei Tests zweimal durchgeführt werden. Einzelstuhlproben sind sinnlos.
2. Die Stuhlproben müssen ausreichend groß sein und sollten die Testfelder mit einer kräftigen braunen Schicht bedecken.
3. Beginnend vier Tage vor Durchführung des Testes sollten die Patienten eine ballaststoffreiche Nahrung zu sich nehmen, da diese offensichtlich auf mechanischem Wege zu einer Vergrößerung der Blutmenge im Stuhl beiträgt (bei den Untersuchungen sind noch überwiegend positive

Testreaktionen zu erwarten, wenn der tägliche Blutverlust nicht weniger als insgesamt 15 ml beträgt).

4. Die Stuhlproben sollten möglichst innerhalb von drei Tagen untersucht werden; bei längerem Stehen sollte man sie zunächst für einige Minuten mit einem Tropfen Wasser durchfeuchten.
5. Vitamin C-haltige Substanzen könnten den Test falsch negativ ausfallen lassen.

Bei Beachtung dieser Regeln wird der Test bei etwa drei Prozent aller über 40jährigen positiv ausfallen. Von dieser Gruppe haben etwa 10 Prozent ein Kolonkarzinom, weitere 20 bis 30 Prozent einen oder mehrere Kolonadenome (also potentielle Vorstufen des Karzinoms). Deshalb muß ein positiver Test auf okkultes Blut Anlaß sein, die erforderlichen weiteren diagnostischen Schritte zu begeben.

Mit der hohen Rektosigmoidoskopie ließ sich bisher die Mehrzahl der malignen Dickdarmerkrankungen erfassen. Allerdings scheint jetzt die Häufigkeit des Krebses im proximalen Dickdarmanteil überproportional zunimmt und damit der Prozentsatz der im Enddarm gelegenen Veränderungen geringer wird. Bei begründetem Verdacht auf das Vorliegen eines Dickdarmkarzinoms (Nachweis von okkultem Blut im Stuhl) müssen also unbedingt alle Dickdarmabschnitte untersucht werden. Da im allgemeinen die Endoskopiemöglichkeiten beschränkt sind, wird im Regelfall zunächst die Röntgenuntersuchung auf die Rektosigmoidoskopie folgen. Diese Röntgenuntersuchung sollte auf jeden Fall im Doppelkontrastverfahren durchgeführt werden, da die Ausbeute hierbei doppelt so hoch ist wie beim einfachen Kolonkontrasteinlauf. Voraussetzung für eine gute Diagnostik ist ein einwandfrei sauberer Darm!

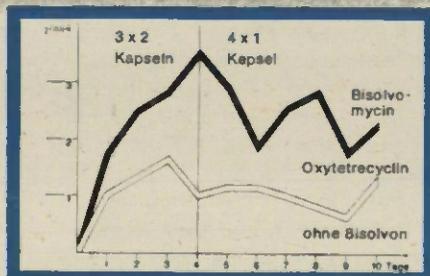
Die Frühdiagnostik in der symptomatischen Phase ist gewöhnlich einfach. Sie bringt aber dem Patienten leider weniger Nutzen, da eine kurative Behandlung vielfach bereits unmöglich geworden ist. Wichtigste Frühzeichen eines Kolonkarzinoms sind Änderungen jeglicher Art in den Stuhlgewohnheiten, besonders beim Menschen jenseits des 40. Lebensjahres. Aber auch bei jungen Er-

# Bisolvomycin®

## bekämpft Bronchialinfekte

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

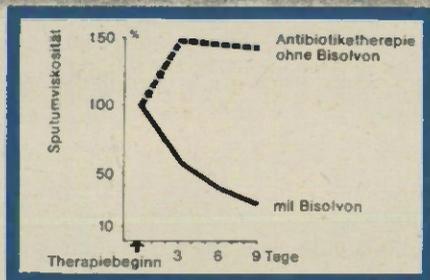
nach Kleber, A. G., Inaug. Diss., Bern 1970



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

**Bisolvomycin verhindert den Sekretstau durch umfassende Sekretolyse**

nach Bürgi, H., Schweiz. med. Wschr. 95, Nr. B, 274-27B (1965)

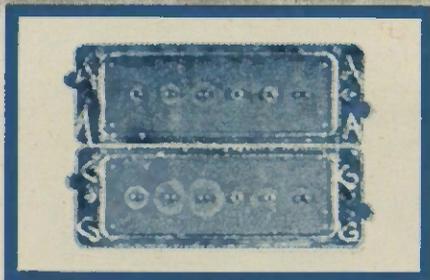


Die Bisolvon-Komponente in Bisolvomycin bricht die dichten Fasergerüste von sauren Mukopolysacchariden auf und rarefiziert sie. Das bewirkt eine drastische Viskositätsenkung des Schleimhautsekrets. Die Bildung eines Sekretstaus wird verhindert und damit der Gefahr von pulmonalen Komplikationen wirksam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

**Bisolvomycin stärkt die immunologischen Abwehrkräfte im Atemwegsbereich**

nach Bürgi, H., e. a., Ther. Umsch. 24, 116-11B (1967)

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



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

## Bisolvomycin® - Therapie senkt das Risiko

### Zusammensetzung

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

4 mg  
250 mg

### Anwendungsgebiete

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

### Dosierung und Anwendungsweise

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

Schulkinder erhalten die halbe Erwachsenen-dosis.

### Zur langfristigen Anwendung:

3 x 1 Kapsel täglich.

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

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

### Nebenwirkungen, Begleiterscheinungen

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

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

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

### Besondere Hinweise

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

### Darreichungsformen und Packungsgrößen

Originalpackung mit 20 Kapseln  
Originalpackung mit 40 Kapseln  
Klinikpackung

OM 21,65  
OM 38,30

Preisänderung vorbehalten

## Auf Bisolvomycin® ist Verlaß.

Thomae

wachsenen darf bei neu aufgetretener Verstopfung oder Diarrhöe, bei Blut- oder Schleimabgang die Möglichkeit eines Karzinoms nicht allein aufgrund des Lebensalters von der Hand gewlesen werden!

Die einzige zuverlässige Behandlungsmethode des Kolonkarzinoms besteht in der Operation, wobei die Resektion weit im Gesunden erfolgen muß. Chemotherapeutische und strahlentherapeutische Verfahren finden sich noch im experimentellen Stadium, so daß sie sicherlich nicht als Routinebehandlungsmethode bei inoperablen Patienten in Frage kommen. Die Prognose hängt zum einen von der Ausdehnung des Tumors während der Operation ab, daneben aber auch von der histologischen Differenzierung. Undifferenzierte Karzinome und schleimbildende Karzinome haben eine sehr viel raschere Ausbreitungs- und Metastasierungstendenz. Aus diesem Grunde wird eine operative Nachresektion auch dann empfohlen, wenn bei einer „Polypektomie“ die Polypenbasis tumorfrei zu sein schien.

Besonders wichtig ist eine regelmäßige Nachuntersuchung aller Patienten nach Operation des Kolonkarzinoms. Diese Nachuntersuchungen dienen zum einen der frühzeitigen Erkennung eines Tumorrezidivs (bei dem allerdings die Behandlungsaussichten sehr ungünstig sind), zum anderen der rechtzeitigen Feststellung eines zweiten Karzinoms. Bei etwa zehn Prozent der Dickdarmkrebs-Kranken ist mit der Entwicklung eines zweiten Kolonkarzinoms zu rechnen, das entweder schon zur Zeit der Entdeckung des ersten Krebses bestand oder in den folgenden Jahren auftritt. Aus

diesem Grunde sollte bereits vor oder während der ersten Operation der gesamte Dickdarm am besten koloskopisch inspiziert werden, um einen zweiten Tumor auszuschließen; andernfalls ist eine entsprechende Untersuchung spätestens drei bis sechs Monate postoperativ nachzuholen. Weitere Untersuchungen sollten in mindestens dreijährigen Abständen erfolgen, wenn nicht die Suche nach lokalen Tumorrezidiven ein anderes Vorgehen angezeigt erscheinen läßt. Umstritten ist der Wert des karzinoembryogenen Antigens (CEA) in der Erkennung von Tumorrezidiven. Keinesfalls kann aufgrund der bisher vorliegenden Untersuchungen eine Notwendigkeit für die regelmäßige Untersuchung des Tests abgeleitet werden.

Professor Dr. W. Dölle, Tübingen, und Professor Dr. Chr. Herfarth, Ulm:

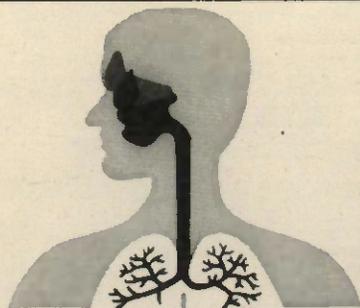
#### Diagnose und Therapie chronisch-entzündlicher Darmerkrankungen

Unter dem Oberbegriff der chronisch-entzündlichen Darmerkrankungen werden der Morbus Crohn und die Colitis ulcerosa zusammengefaßt. Bei der Colitis ulcerosa handelt es sich um eine chronische Entzündung, die kontinuierlich einen Teil oder den gesamten Dickdarm befällt. Fast immer ist das Rektum beteiligt. Die Krankheit bevorzugt das zweite bis vierte Lebensjahrzehnt bei beiden Geschlechtern. Der Verlauf ist schubweise oder kontinuierlich – progredient. Bei totalem Kolonbefall und vieljährigem Verlauf besteht ein hohes Karzinomrisiko. Die unspezifische, entzündliche Gewebsreaktion betrifft nur die Mukosa und Submukosa. Neben den Darm-

symptomen kommt es zu allgemeinen Krankheitserscheinungen und systemischen Komplikationen.

Die regionale Enteritis (Morbus Crohn) ist eine chronische Entzündung, die bevorzugt den Dünndarm und/oder den Dickdarm diskontinuierlich mit Neigung zur Stenosierung, Abszeß- und Fistelbildung befällt. Grundsätzlich kann jeder Teil des Magen-Darm-Kanals erkranken. Bevorzugt werden bei beiden Geschlechtern die 20- bis 30jährigen. Die unspezifische, entzündliche Gewebsreaktion betrifft alle Anteile der Darmwand und ist unter anderem durch Granulombildung ausgezeichnet. Die Erkrankung geht mit allgemeinen Krankheitserscheinungen und systemischen Komplikationen einher. Ätiologie und Pathogenese sind unbekannt. Rückfälle nach operativer Entfernung befallener Darmanteile sind häufig.

Die Diagnostik der chronisch-entzündlichen Darmerkrankungen setzt sich zusammen aus der Anamnese, der körperlichen Untersuchung einschließlich der Stuhlinnspektion, aus der Endoskopie mit histologischer Untersuchung entnommener Biopsiepartikel, aus Röntgenuntersuchungen und schließlich auch noch aus Laborbefunden. Bei der Colitis ulcerosa sind wegen der fast obligaten Beteiligung des Rektums der Abgang aus dem Darm mit und ohne Tenesmen, das Auftreten von Durchfällen, ferner abdominelle Spasmen mit Fieber, Gewichtsverlust und systemischen Komplikationen typisch. Deshalb wird im Gegensatz zum Morbus Crohn relativ früh an das Vorliegen einer Darmerkrankung gedacht.



### SEKRETOLYTIKUM bei SINUSITIDEN und SINOBRONCHITIDEN

# Sinupret®

**Indikationen:** Akute, subakute und chronische Sinusitiden, Rhinosinusitis, Sinobronchitis, sinogane Kopfschmerzen, hartnäckige Rhinitiden, Tuberkatarrh, zur Infektprophylaxe beim bronchitischen Syndrom. • **Kontraindikationen und Nebenwirkungen** sind bisher nicht bekannt. • **Zusammensetzung:** 100 g enthalten 29 g Mazerat aus: Rad. Gantian, 0,2 g, Flor. Primul, 0,8 g, Herb. Rumic, 0,8 g, Flor. Sembuc, 0,8 g, Herb. Varban, 0,8 g – 1 Dragée

enthält: Rad. Gantian, 0,006 g, Flor. Primul, 0,018 g, Herb. Rumic, 0,018 g, Flor. Sembuc, 0,018 g, Herb. Varban, 0,018 g, Vitamin C 0,010 g. • **Dosierung:** 3mal täglich 1/2 bis 1 Teelöffel oder 1 bis 2 Oragées. • **Handeleformen:** Sinupret OP mit 100 ml DM 8,55, OP mit 60 Oragées OM 8,55, OP mit 240 Oragées OM 25,95; Großpackungen mit 500 ml, 1000 ml und 1000 Oragées.



BIONORICA KG · APOTHEKER POPP · NÜRNBERG

Röntgenologisch sind vom Rektum aufsteigend Ulzerationen mit Wandunregelmäßigkeiten verbunden mit Wandstarre, Wanddilataion und schließlich Aufhebung der Haustrierung des Dickdarmes am Ende mit vollständigem Verlust des Schleimhautreliefs („ausgebranntes Kolon“) zu finden.

Beim Morbus Crohn ist eine *röntgenologische Untersuchung* des Dün- und Dickdarmes erforderlich. In drei bis fünf Prozent der Fälle ist auch eine Beteiligung des Ösophagus, Magens und Duodenums möglich. Am Dünndarm ist ein diskontinuierlicher Befall mit fadenförmigen Stenosen, prästenotischen Erweiterungen und interenteritischen Fisteln typisch. Am häufigsten ist das terminale Ileum befallen, höhere Dünndarmanteile werden häufig übersehen. Auch am Dickdarm ist der segmentale Befall neben analen und rektalen Fisteln typisch; ein Rektum- und Sigmabefall wird jedoch nur bei einem kleinen Teil der Fälle registriert. Die segmental befallenen Darmanteile imponieren röntgenologisch als Wandstarre mit Lumen-einengung und proximaler Dilatation. An den erkrankten Schleimhautanteilen können sich polypoide Gebilde im Sinne eines Pflastersteinreliefs ausbilden.

Die Colitis ulcerosa kann *endoskopisch* meist schon mit dem Rektoskop diagnostiziert werden: Man findet eine kontinuierliche Hyperämie der Schleimhaut, eine vermehrte Vulnerabilität und in fortgeschrittenen Stadien polyzyklisch begrenzte Ulzera mit Eiterauflagerungen. Der kontinuierliche Befall ist kennzeichnend neben polyzyklischen, zum Teil

konfluierenden Ulzera mit roten, ödematösen Schleimhautinseln sowie sogenannte Pseudopolypenbildungen. Auch beim Morbus Crohn kommt es zu Schleimhaurötungen, Pseudopolypenbildungen und längsgestellten Ulzerationen, Stenosierungen und Aphthenbildungen sowie zu einem Pflastersteinrelief und Landkartenulzera. An eine Crohn'sche Erkrankung muß besonders bei Fistelbildung im Analbereich gedacht werden. Nahezu 70 bis 80 Prozent aller Fälle zeigen primär eine anale Manifestation. Aber auch persistierende Fisteln, z. B. nach Appendektomie oder anderen Abdominaloperationen sind suspekt.

Bei der Colitis ulcerosa steigt das *Karzinomrisiko* mit der Dauer der Erkrankung. Bei zehnjähriger Anamnese besteht eine Chance von zehn Prozent, bei 20jähriger Anamnese 25 Prozent eines Karzinombefalles. Auch beim Morbus Crohn liegt das Karzinomrisiko höher als beim Gesunden.

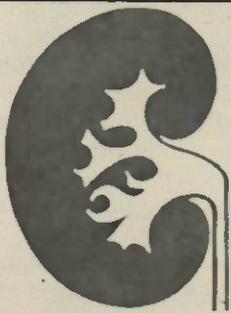
*Konservative Therapie:* Ca. 10 bis 20 Prozent der Kolitis-Patienten sprechen auf milchfreie Ernährung an. Bei Stenosen gibt man eine schlackenarme Kost, bei ausgeprägterem Befund und bei Fisteln und schweren Analläsionen vollresorbierbare Diäten. Bei Obstipation im Intervall und fehlenden Stenosezeichen ernährt man schlackenreich (Kleie, Leinsamen).

Bei der Colitis ulcerosa wird im akuten Schub und bei systemischen Komplikationen eine Stoßbehandlung mit Glucocorticoiden (initial 60 mg Prednisolon täglich, ausschleichende Dosierung) in Kom-

ination mit Salazosulfapyridin (Azulfidine oder Colo-Pleon) bis zu 3 g täglich gegeben.

Auch beim Morbus Crohn ist beim akuten Schub eine Wirkung von Glucocorticoiden und Salazosulfapyridin gesichert. Auch hier wird zunächst mit etwa 50 mg Prednisolon begonnen und binnen sechs Wochen auf 8 mg täglich reduziert. Diese Dosis kann auch als Dauergabe beibehalten werden. Die Salazosulfapyridin-Dosis liegt wiederum bei 2 bis 3 g täglich. Zusätzlich ist ein Elektrolyt-, Volumen-, Blut- und Eiweißersatz zu beachten (notfalls parenterale Ernährung oder vollresorbierbare Diät). Ein eindeutiger Wirkungsnachweis für das Azathioprin konnte bisher nicht erbracht werden. Es kann auch noch nicht eindeutig beurteilt werden, ob eine Langzeitmedikation mit Salazosulfapyridin und Corticoiden zu einer Ausheilung bzw. zu einer Verhinderung von Rezidiven beim Morbus Crohn beitragen kann. Auch Patienten ohne akute Krankheitszeichen müssen jedoch überwacht und Rückfälle rechtzeitig erkannt werden, um eine wirksame Medikation rechtzeitig zum Einsatz zu bringen.

Eine *chirurgische Therapie* führt beim Morbus Crohn nicht zur Ausheilung. Deshalb sollte nach Möglichkeit die konservative Therapie voll ausgeschöpft werden. Trotzdem müssen 60 bis 90 Prozent der Patienten im Laufe ihrer Erkrankung operiert werden, da Komplikationen zum Eingriff zwingen. Von den Operierten erleiden aber mindestens die Hälfte wieder ein Rezidiv. Unklar ist, inwieweit die Radikalität des Eingriffes die Rezidivrate beeinflusst. Es



NEPHROLOGIKUM  
zur spezifischen  
Langzeittherapie  
von NEPHROPATHIEN

Canephron®

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

**Zusammensetzung:** 100 g enthalten 29 g Mazerat aus: Herb. Centaur. 0,8 g. Fruct. Cynosbat. sin. Semin. 1,0 g. Rad. Levistic. 0,6 g. Fol. Rosmerin. 0,8 g. - 1 Dragée enthält: Herb. Centaur. 18 mg, Fruct. Cynosbat. sin. Semin. 30 mg, Rad. Levistic. 18 mg, Fol. Rosmerin. 18 mg. • **Dosierung:** 3mal täglich 1/2 bis 1 Teelöffel oder 1 bis 2 Dragées. • **Handelsformen:** Canephron 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



gilt jetzt allgemein die Regel, möglichst darmsparend vorzugehen. Eine absolute Operationsindikation besteht bei Perforationen, Peritonitis, toxischem Megakolon, therapieresistenten Blutungen und komplettem Ileus, sowie bei Abszessen mit septischen Komplikationen, Harnblasen fisteln und Ureterkompressionen. Relative Indikationen (bei Versagen der konservativen Therapie) sind der chronische Ileus (Kolonstenose mit paradoxen Diarrhöen), ausgedehnte Fistelbildungen, Konglomerattumoren sowie ausgedehnte Analfistel (oft mit Sphinkterinsuffizienz), ausgeprägte Mitbeteiligung von Haut, Augen und Gelenken und Abszeßbildungen. Bei den weniger dringlichen Fällen läßt sich durch eine intensive präoperative Vorbereitung das Operationsrisiko meist deutlich senken. Bei Darmresektionen sollte stets End-zu-End-anastomosiert werden, um Blindsackbildungen zu vermeiden. Die Frage nach einer postoperativen Rezidivprophylaxe ist noch offen.

Bei der Colitis ulcerosa ist im Gegensatz zum Morbus Crohn der chirurgischen Therapie häufig der Vorzug gegenüber den konservativen Maßnahmen zu geben. Besteht die Erkrankung erst fünf bis zehn Jahre, handelt es sich um ein retardiertes Wachstum oder besteht eine Medikamentenüberempfindlichkeit, so ist eine Indikation zur operativen Colitis ulcerosa-Behandlung unter selektiven Bedingungen gegeben. Der Therapieerfolg wird mitbeeinflusst von psychologischen Problemen von seiten des Patienten, aber auch des behandelnden Arztes. In diesem Zusammenhang ist eine eingehende Aufklärung über das Ileostoma erforderlich. Man kann dem Patienten ohne weiteres klarmachen, daß es leichter ist, ein Ileostoma zu pflegen, als zu 10 bis 20 Stuhlgängen am Tag gezwungen zu sein. Eine absolute Operationsindikation bei der Colitis ulcerosa besteht dann, wenn eine Perforation oder Peritonitis, ein toxisches Megakolon oder schwere, akute oder rezidivierende Blutungen sowie ein Karzinom vorliegen. Eine Karzinomfrühdiaagnose ist bei der Colitis ulcerosa nicht möglich, da es sich intramural entwickelt und sich endoskopischen und röntgenologischen Untersuchungen lange entzieht. Unter selektiven Bedingungen ist die totale Proktokolektomie mit Anlage eines Ileostomas die Methode der

Wahl. Während die totale Proktokolektomie die sicherste Operationsmethode zur Beseitigung der Gesamterkrankung darstellt (es darf nie ein Rektumstumpf gelassen werden), ist bei Vorliegen eines toxischen Megakolons oder einer Kolonperforation jeder große Eingriff mit einer hohen Letalität belastet.

Die Colitis ulcerosa in ihrer ausge dehnten Form kann zwar durch einen sehr radikalen Eingriff absolut geheilt werden, der Patient muß jedoch immer ein Ileostoma in Kauf nehmen. Andererseits läßt sie sich internistisch entscheidend beeinflussen, so daß man den Zeitpunkt der operativen Therapie hinausschieben kann — nur nicht zu lange, damit keine Sekundärkomplikationen auftreten. Beim Morbus Crohn ist die Situation viel düsterer. Eine wirksame gesicherte internistische oder operative Therapie steht nur in der Behandlung des akuten Schubes und von Komplikationen zur Verfügung. Über die Langzeittherapie sind bisher nur negative Resultate bekannt. Aus dieser Situation resultiert die Zurückhaltung bei der Indikation zur operativen Therapie.

*Privatdozent Dr. H. Malchow, Tübingen, und*

*Privatdozent Dr. P. Merkle, Ulm:*

#### **Divertikulose und Divertikulitis**

Während im letzten Jahrhundert die Divertikel wegen ihres seltenen Vorkommens noch als pathologische Kuriositäten bezeichnet wurden, hat ihr Vorkommen in den zivilisierten Ländern inzwischen so zugenommen, daß die Kolondivertikulose zu den Zivilisationskrankheiten gezählt wird. Mit steigendem Lebensalter nimmt die Ausbildung von Divertikeln rapide zu. Oberhalb eines Lebensalters von 60 Jahren findet sich in 40 bis 50 Prozent aller Menschen in der westlichen Welt eine Kolondivertikulose.

Es handelt sich hierbei um Schleimhautausstülpungen durch Lücken der Ringmuskulatur. Sie enthalten nicht alle Schichten der Kolonwand und sind daher keine echten, sondern falsche Divertikel oder Pulsiondivertikel. Ganz selten sind Trektions- und angebotene Divertikel. Bei den Intremurelen oder inkompletten Divertikeln, die in der Darmwand stecken bleiben, ist mit häufigeren Komplikationen zu rech-

nen, da sich Entzündungen dieser Divertikel gut intramural ausbreiten können. Bevorzugter Durchtrittsort durch die Darmwand sind die Stellen, wo Blutgefäße die zirkuläre Muskelwand penetrieren. Hauptlokalisation der Divertikulose ist das Sigma. Proximal davon findet man in der Regel Divertikel (in absteigender Quantität) nur, wenn gleichzeitig ein Sigmabefall vorliegt. Das Rektum wird praktisch nie befallen.

Der Divertikelbildung voraus gehen Veränderungen der Darmmuskulatur mit starken Verdickungen der Ring- und Längsmuskelfaser. Ob eine Muskelhyperplasie, Hypertrophie oder gar ein einfaches Zusammenschieben des Kolons mit Bündelung der Ringmuskulatur vorliegt, ist unklar (letzteres ist am wahrscheinlichsten). Während früher primär eine Wandschwäche, später eine Kolondistension durch den Darminhalt für die Divertikelbildung verantwortlich gemacht wurde, konnten neuere Untersuchungen zeigen, daß eine vermehrte Aktivität des Kolonmuskels selber zu einem erhöhten Binnendruck und zur Divertikeleusstülpung führt. Hierfür ist keine chronische intramurale Druck-erhöhung im Kolon, sondern der Einfluß auf den Darm einwirkender Stimula (z. B. gastrointestinale Hormone, psychischer Stress) verantwortlich. So gesehen, sind die Divertikel selbst nur das äußere Zeichen einer tieferliegenden funktionellen Störung.

Das Auftreten der Kolondivertikulose wird ätiologisch in Zusammenhang mit unseren *Nahrungsgewohnheiten* gebracht. Anhand von historischen und epidemiologischen Studien konnte nachgewiesen werden, daß ein Mangel an ballastreichen (faserreichen) Nahrungsbestandteilen die Entstehung der so weit verbreiteten Divertikulose wesentlich begünstigt. Etwa seit 1880 wird mit Einführung neuer Mahlmethode (Rollmühlen) das Getreide so total verstampft, daß die Faserstoffe (Kleie) total extrahiert wird. Gleichzeitig mit der verminderten Aufnahme von faserreicher Kost nahm sprunghaft der pro-Kopf-Verbrauch von raffiniertem Zucker, einem völlig ballastfreien Nahrungsmittel, zu (von 1815 bis 1955 um das 100fache). Während bei uns mit Umstellung dieser Ernährungsgewohnheiten die Kolondivertikulose sprunghaft zunahm, finden sich auch heute noch bei Völkern,

die sich faserreich ernähren, fast keine solchen Veränderungen. Faserarme Kost führt zur Verlangsamung der Passagezeit des Stuhls und zu kleinvolumigen, harten Stühlen. Das Kolonlumen (insbesondere das Sigma) wird bei solchen Stühlen mangelhaft ausgeweitet; eine Segmentierung führt in einem solchen Kolon schneller zur Obstruktion der Segmente. Auch wird durch die verlängerte Passagezeit bei faserarmer Kost die Bildung und Resorption von Substanzen (z. B. bakteriellen Abbauprodukten) gefördert, die eine übermäßige Erregung der Tánienmuskulatur bedingen könnte. Den Gallensäuren kommt in diesem Zusammenhang vielleicht eine besondere Bedeutung zu, da ihre Konzentration im Stuhl von Divertikel-Patienten erhöht ist und sich nach Behandlung mit Kleie erniedrigt.

Aufbauend auf die Kenntnis über die Pathogenese der Divertikelentstehung wird heute allgemein zur *Prophylaxe der Divertikelerkrankung* faserreiche Kost empfohlen. Diese kann am besten in Form von Früchten, Gemüse und Vollkornbrot aufgenommen werden. Sehr gut bewährt hat sich in der Therapie die Weizenkleie, die auch billig ist. Sie hat eine Quellfähigkeit von 400 Prozent. Grobe Kleie ist dabei günstiger als feine. Von den Früchten haben Äpfel und Orangen, beim Gemüse Rüben, Gurken, Rosenkohl und Lattich eine relativ hohe Quellfähigkeit. Ziel ist es, ein- bis zweimal täglich eine Stuhlentleerung ohne Anstrengung zu erreichen. Man muß den Patienten darauf aufmerksam machen, daß in den ersten 14 Tagen der Kleiezufuhr Nebenwirkungen in Form von Blähungen und Völlegefühl auftreten können!

Bei der Divertikulose ist das Auftreten von subjektiven Beschwerden (dumpfen Schmerzen, Druck, Blähungen, Stuhlnunregelmäßigkeiten und Koliken) nicht an das Vorliegen begleitender Entzündungserscheinungen gebunden. Meist kommt es zu den Beschwerden durch übertriebene Segmentationen der Ringmuskulatur mit starker Dehnung der Darmwand. Durch Kostumstellungen können die Beschwerden in 80 Prozent der Fälle zum Verschwinden gebracht werden. Die diätetischen Maßnahmen müssen eventuell medikamentös ergänzt werden durch Spasmo-Analgetika und Psychopharmaka. Morphine sind wegen der drucksteigernden Wirkung kontraindiziert.

Bisher konnte nicht geklärt werden, ob die Bildung neuer Divertikel (bei bestehender Divertikulose) durch das „Faserkonzept“ tatsächlich verhindert wird, ob die Häufigkeit akuter Divertikulitiden herabgesetzt wird oder ob sogar bestehende Divertikel rückbildungsfähig sind. Trotzdem sollte auch die symptomlose, unkomplizierte Divertikulose mit faserreicher Kost behandelt werden.

Die schweren *Komplikationen* der Divertikelerkrankung (Fisteln, Abszesse, Perforation, Obstruktion) werden durch den Chirurgen behandelt. Die Therapie der akuten, erstmalig auftretenden Divertikulitisattacke ohne diese Komplikationen sollte konservativ sein, da sie sehr lange die einzige bleiben kann, und meist erst rezidivierende Divertikulitiden zu den gefürchteten Komplikationen führen. Diese konservative Therapie besteht in der Bettruhe, der Gabe von Spasmo-Analgetika, Antibio-

tika und eventuell Nulldiät oder Astronautenkost, später dann in ballastreicher Kost.

Professor Dr. H. Kivelitz, Düsseldorf:

### Anus praeter – Komplikationen und Versorgung

Der Anus praeter (Stoma) ist der Preis, den der Patient für die Erhaltung seines Lebens zu zahlen hat. Die Unbequemlichkeiten, die sich ergeben, variieren stark. Die Versorgung des Stomas ist so wichtig wie die psychologische Einstellung des Patienten zum neuen Leben. Trotz passagerer Anfangsschwierigkeiten finden Patienten mit einer gesunden psychologischen Individualstruktur schließlich wieder zu einem erfüllten aktiven Leben zurück. Postoperativ auftretende Komplikationen stellen an den Patienten wie an den Arzt Anforderungen, die über die allgemeine Nachsorge weit hinausreichen.

Bei den Stomata handelt es sich um endständige Dickdarm-Anus-praeter, doppelläufige Anus praeter im Sigma, Querkolon oder Zökalbereich oder um Ileostomien. Sie werden entweder als endgültige oder passagere Ausgänge, z. B. zum Anastomosenschutz, angelegt.

Nach der Stomaanlage wird zwischen Früh- und Spät komplikationen unterschieden.

Als *Frühkomplikation* sind der Eingeweidevorfall mit Einklemmung, der freie Vorfall, die Nekrose des vorgelagerten Abschnittes, die Retraktion des Stomas oder eine zu enge, eingenähte, abgeknickte oder verdrehte Schlinge anzusehen.

**ZUSAMMENSETZUNG** Salbe: 100g enthalten: Arnica 0,15g; Calendula 0, Hamamelis 0 ana 0,45g; Echinaceae angustifolia 0 Echinacea purpurea 0, Chamomilla 0 ana 0,15g; Symphytum 0, Ballia perennis 0 ana 0,1g; Hypericum 0, Millefolium 0 ana 0,10g; Aconitum 01, Belladonna 01 ana 0,05g; Anisochloa clematilla 0, Mercurius solubilis Heilmann 01 ana 0,04g; Hepar sulfuris 01 0,025g.  
**DOSEANLEITUNG** Salbe mehrmals täglich einreiben oder auftragen.  
**DARREICHUNGSFORM UND PACKUNGSGRÖSSEN** (incl. MwSt.)  
Salbe (Reg.-Nr. 49 962): Tuben mit 20g DM 3,73, mit 80g DM 11,98.  
**WEITERE DARREICHUNGSFORMEN** Injektionslösung, Tropfen und Tabletten zum Einnehmen.

1/79

**Risikofreies Antiphlogistikum  
bei Verletzungen,  
Entzündungen, Arthrosen**

# Traumeeel®

**Offene und stumpfe Traumen  
Hämatome, Prellungen, Distorsionen**

**Biologische Heilmittel Heel GmbH  
D-7570 Baden-Baden**

**-Heel**

*Spätkomplikationen* treten vor allem als Stenose, Prolaps und Hernie in Erscheinung. Hierbei übernimmt die Stenose häufig die Rolle des Wegbereiters für den Prolaps. Prolaps und Hernie geben Anlaß zu ernsthaften Zwischenfällen, wie der Inkarzeration mit Darmnekrose, Dünndarmeinklemmung im Prolaps oder in der Hernie, Dehnungs- und Dekubitalgeschwüre am prolabierten Darm mit Perforation in die freie Bauchhöhle, starke Schleimhautsekretion oder Schleimhautblutungen. Sowohl im Früh- als auch im Spätstadium kann es bei offener Parakolostomie zur Einklemmung von Dünndarm zwischen herausgeleitetem Dickdarm und seitlicher Bauchwand kommen. Karzinometastasen am Stoma sind häufig Ausdruck einer allgemeinen Metastasierung im Bauchraum und dann einer radikalen operativen Therapie nicht mehr zugänglich. Für die Behandlung der anatomisch chirurgischen Komplikationen konnten bisher keine allgemeinen Regeln ausgearbeitet werden. Auch wenn für *Stenosen* tägliche Bougieurungen mit dem Finger und im anglo-amerikanischen Schrifttum beim Irrigatorverfahren eine konusförmige Kanüle empfohlen werden, kommt man in der Regel nicht um eine chirurgische Intervention herum. Ausgedehnte *Hernienbildungen* mit Vorfall eines langen Darmstückes sind nicht selten. Die schweren Formen treten jedoch meist in solchen Fällen auf, bei denen die Hautinzision im Abdominalbereich gleichzeitig als Austrittspforte für das Stoma verwendet wurde. Das Stoma bei einer operativen Revision an der Ursprungsstelle zu belassen und die Lücke einzuengen, hat sich nicht bewährt. Ein *Prolaps* wird insbesondere bei Pelottenträgern beobachtet: Eine engsitzende Pelotte wird gelegentlich zur Protrusio durch die Stomaöffnung führen. *Fistelbildungen* entstehen meist aus Fadengranulomen und werden bei der jetzt üblichen Mukokutanneht kaum noch beobachtet. Es empfiehlt sich ferner, auf Fixationsnähte im Feszienniveau, auch aus unresorbierbarem Material, zu verzichten. Die Nekrose und die Retraktion des Stomes sind Folge einer inadäquaten Blutzufuhr. Eventuell wird das Terminalende in der muskulären Vorderwand des Bauches komprimiert. Üblicherweise können die Komplikationen durch genaue Beachtung der Operationstechnik

verhindert werden. Tritt eine *Nekrose* primär nach der Operation auf, so ist sie auf das Hautniveau oder zumindest extraperitoneal begrenzt. Dies ist durch die Inspektion der Mukosa zu beurteilen. Gegebenenfalls wird eine endoskopische Betrachtung der Schleimhaut notwendig. Meist kann man bis zur Demarkierung zuwarten. Geht die Nekrose jedoch in den Intraperitonealraum hinein, sollten die Nahtränder eröffnet und der Darmabschnitt so weit hervorgezogen werden, bis vitales Gewebe sichtbar wird. Bei der Fixation der Darmwand, an dem lateralen Peritoneum, sind die zuführenden Gefäße zu schonen. Diese dürfen nicht unter Spannung stehen oder abgeknickt werden.

Die wesentliche Voraussetzung für die weitere Gestaltung der folgenden Lebensabschnitte ist eine gute Funktion der *Stomahilfsmittel*. An sie ergehen folgende fünf Kardinalforderungen:

1. Eine gute Hauthaftung
2. Ein sicherer Schutz vor Verschmutzungen
3. Ein wirksamer Geruchsabschluß
4. Die völlige Bewegungsfreiheit des Patienten
5. Die Unauffälligkeit des Hilfsmittels

Ziel der *Stomahilfsmittel* ist der Ersatz der Kontinenz, die durch die Operation verlorengegangen ist. Die unangenehmste Belästigung für den Patienten ist die peristomale Verunreinigung. Die Versorgung durch Orthopädietechniker und Industrie hat großartige Fortschritte gemacht. Noch vor 30 Jahren war sie mehr als unbefriedigend. Auffangbehälter unterschiedlicher Form und Größen aus Gummi und Zelluloid stellten neben ihrer Undichtigkeit wegen der Geruchsbelästigung ein ernsthaftes Problem dar. Die Entwicklung der Einzelanfertigung bis zum Einmalklebebeutel mit hautschonender Zwischenschicht ist einer der wesentlichen neuen Errungenschaften in der Stomanachsorge. Schwierigkeiten bestehen lediglich bei abgemagerten Patienten oder falsch gelagertem Stoma. Weitere Probleme stellen flüssiger Stuhl bei Ileostomien dar sowie gelegentliche Erweichung des Karayas bei Hauttemperaturen. Müssen Klebebeutel

von der ungeschützten Haut abgezogen werden, können Teile der Epidermis haften. Dies kann zu Exulzerationen führen. Die hautschonende Zwischenschicht in Form des Adhäsiv-Verbandes (*Stomahäsiv*®) ist hier die weitere Entwicklungsstufe.

Weitere Hautprobleme bestehen in *Allergien oder Überempfindlichkeiten* gegenüber dem Klebematerial, gegenüber den Lösungsmitteln und Reinigungsmitteln. Hier wird sich ein Wechsel der Kontaktlinge oder der Herstellerfirma bewähren. Empfindlichkeiten gegen Klebematerial oder Plastikschichten können durch eine *Stomahäsiv-Zwischenschicht* verhindert werden. Pilzkrankungen im Stomabereich zeigen sich als kleine rote Hautzonen, die zunächst verschwimmen, dann zusammenlaufen. Bewährt hat sich hierbei Mycostatin-Puder. Nach Applikation müssen allerdings Puderreste wieder entfernt werden. Mykostatische Salben sind auf jeden Fall zu vermeiden, da sowohl bei Puderresten als auch bei Salbengrundlagen eine Haftung der Klebebeutel nicht zu erreichen und Hautschädigungen durch Verunreinigung zu erwarten sind. Gegebenenfalls muß vorübergehend von einem Einmalklebebeutel auf die Pelotte übergegangen werden.

Die häufigste Ursache von Hautschädigungen sind *Pflegefehler*. Die tägliche Reinigung mit Benzin und Alkohol ist nicht zu empfehlen. Hierdurch wird die Haut entfettet und ihre Schutzschicht entfernt. Milde, fetthaltige Seifen und lauwarmes Wasser sind geeignete Reinigungsmittel. Benzoetinktur kann zur Festigung und Gerbung der Haut verwendet werden. Ein Beitrag zur Hautschonung kann durch die Festigung des Darminhaltes erreicht werden. Diese ist möglich durch Kaolin-Präparate, Isogel oder Karaya-Bismut. Codein-Präparate sollten nur temporär eingesetzt werden. Eine Entleerung im Tagesrhythmus kann unter anderem durch das *Irrigatorverfahren* erzielt werden. Während in den USA etwa 75 Prozent aller Stomaträger täglich Darmspülungen durchführen, hat sich diese Methode in Europa sehr wenig verbreitet. Die Abneigung bei uns hat verschiedene Gründe:

Einmal besteht mit der Einführung des Irrigatorrohres unter Umständen

den die Gefahr einer Verletzung, dann nimmt die Darmspülung meist eine Stunde täglich in Anspruch und schließlich wird für diese Zeit ein Badezimmer blockiert, was oft einen separaten Raum voraussetzt. Nach entsprechender Anleitung können jedoch in geschickter Hand Komplikationen fast immer vermieden werden. Viele dieser Patienten erweisen sich als sehr zufrieden, da in den meisten Fällen der Verschuß des Stomas nach erfolgreicher Spülung mit einem Pflaster oder einem Mullläppchen für den ganzen Tag ausreicht.

In den letzten Jahren wurde in Erlangen der *Magnetverschluß* des Stomas entwickelt. Die Ergebnisse an den verschiedenen Kliniken sind hier jedoch so unterschiedlich, daß man den Einbau noch nicht als Routineverfahren ansehen sollte. Das entwickelte Verschlußsystem besteht aus einem magnetischen Ring und einem dazugehörigen Deckel. Der magnetische Ring ist porendicht in Pallakos, einem gewebsverträglichen Knochenzement, eingebettet. Dieser Ring wird um das Stoma in die Bauchwand implantiert. Als magnetisches Material verwendet man Samarium-Kobalt. Dieses Material wird deshalb gewählt, weil es sich unter den bisher bekannten Dauermagneten durch größte magnetische Kraft auszeichnet. Durch das Einbringen von Magneten in den Magnetstöpsel des Deckels läßt sich die gegenseitige Anziehungskraft der beiden Systeme optimieren. Voraussetzung für eine Implantation sind nicht zu kräftige Bauchdecken. Andernfalls würde durch unzureichende Magnetkraft ein Verschluß nicht gewährleistet sein. Für zu schwache und abgemagerte Bauchdecken dagegen gestaltet sich der Magnetring häufig als zu schwer, so daß er in aufrechter Körperhaltung nach vorne kippt und somit die Kontinenz ebenfalls nicht gewahrt wird.

Beste Hilfsmittel sind unzureichend, wenn eine konsequente Unterrichtung, Anleitung und Betreuung der Patienten fehlt. Diese hat sich die *Deutsche ILCO* zum Ziel gesetzt. Es handelt sich bei dieser Gesellschaft um die private Vereinigung der Ileo-, Colo- und Urostomieträger und nicht um einen Berufsverband. Da in weiten Teilen der Bundesrepublik Deutschland keine fachkundigen Berater zur Verfügung stehen, haben sich die Patienten selbst zusam-

mengeschlossen, um ihre Erfahrungen auszutauschen. Deshalb sollte jeder Patient, der ein Stoma erhält, unbedingt von dieser Vereinigung erfahren. Optimal wäre, wenn jeder Stomaträger nach Ablauf von drei bis vier Monaten aktives Mitglied würde.

Von Amerika ausgehend entwickelte sich in den letzten Jahren ein neuer medizinischer Beruf, der sogenannte Enterostoma-Therapeut, der die prä- und postoperative Betreuung bzw. Aufklärung der Patienten und Familien übernimmt und im Gebrauch der Hilfsmittel und bei deren genauen Anpassung hilfreich ist. Als eine der wenigen in der Bundesrepublik Deutschland bereits tätigen Stoma-Therapeutinnen stellt sich nach diesem Referat die Mitarbeiterin der Chirurgischen Universitätsklinik Düsseldorf persönlich vor.

*Schwester Nortrud Schindzierlorz,  
Düsseldorf :*

#### **Stomaversorgung durch Enterostomie-Therapeutin**

Die meist aus dem Schwesternberuf hervorgegangenen Enterostoma-Therapeutinnen (E. T.) vereinigen

mit ihrer seelisch-psychischen Betreuung der Patienten die klinische Versorgung. Diese beiden Faktoren können nicht auseinandergelassen werden, wenn eine zufriedenstellende Rehabilitation stattfinden soll. Die Grundlagen für die Stomatherapie wurden schon vor 15 Jahren durch Professor Dr. R. Turnbull und Norma Gill in Cleveland, Ohio/USA, gelegt. Dort wurde auch vor zehn Jahren die erste Schule für Stomatherapeuten gegründet. Heute gibt es bereits zehn Ausbildungszentren in den Vereinigten Staaten. In der Bundesrepublik Deutschland sind bisher drei Enterostoma-Therapeutinnen (in Hamburg, Erlangen und Düsseldorf) tätig. Alle wurden in der Cleveland-Schule in Ohio ausgebildet.

Aufgabe der Stomatherapeutin ist:

1. Präoperative Aufklärung der Patienten und Markierung der Stomaposition mit dem Chirurgen
2. Postoperative Betreuung
3. Poliklinik-Beratung

*Referent:*

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

#### **Neue LA-MED Befragung:**

#### **Auf Ihr Urteil kommt es an!**

*Die in der Arbeitsgemeinschaft Leseranalyse medizinischer Zeitschriften zusammengeschlossenen überregionalen und regionalen ärztlichen Fach- und Standesblätter stellen sich erneut dem Urteil der Ärzteschaft. Mitarbeiter des Instituts IVE in Hamburg befragen künftig jeden Monat 200 repräsentativ ausgewählte Ärzte nach der Nutzung und Beurteilung von medizinischen Zeitschriften. Falls Sie zu dem für ein Interview ausgewählten Kreis gehören sollten, möchten wir Sie recht herzlich bitten, den Mitarbeiter des Instituts IVE zu empfangen.*

*Herausgeber, Verlag und Redaktion sind sehr daran interessiert zu erfahren, wie Sie das Informationsangebot des „Bayerischen Ärzteblattes“ einschätzen und nutzen. Nur wenn wir wissen, wie unsere Arbeit bei Ihnen „ankommt“, können wir daraus für die Zukunft Konsequenzen ziehen und unsere Zeitschrift noch besser machen. Zu Ihrem Nutzen!*

*Vielen Dank für Ihre Mitarbeit*

*Ihr*

**BAYERISCHES ÄRZTEBLATT**

### In memoriam Walter G. Picard

Am 18. November 1978 jährte es sich, daß uns der Schriftstellerarzt Dr. med. Walter G. Picard für immer verlassen hat. Er gehörte unserer bayerischen Landesgruppe an, da erst zwei Tage vor seinem Tode sich unter seinem Vorsitz die hessischen Schriftstellerärzte zusammengeschlossen hatten. Trotz seiner zeitraubenden Ämter als Schatzmeister und Archivar des Bundesverbandes war er zusammen mit seiner liebenswürdigen Gattin ein regelmäßiger Besucher unserer bayerischen Veranstaltungen. Er hat durch sein freundliches Wesen und seine stete Hilfsbereitschaft viele Freunde unter uns besessen und durch sein Organisationstalent und seinen unermüdlichen Einsatz sich große Verdienste um den BDSÄ erworben. Wir haben ihn seinerzeit im „Äskulap und Pegasus“ des „Bayerischen Ärzteblattes“ 9/1973, Seite 855, vorgestellt. In der Zwischenzeit hat er zwei größere Werke veröffentlicht: ein dramatisches Gedicht „Der Kampf des Arztes Semmelweis“ und einen Gedichtband „Durch meine Brille“. Beide Werke zeugen von der hohen ethischen Auffassung Picards von unserem ärztlichen Beruf und von seinem Bemühen, durch Aufzeigen von politischen und sozialen Mißständen deren Beseitigung zu erreichen. Beide Werke, ebenso wie die psychologisch feinen indonesischen Geschichten „Gadjah der Elefant“, sollten einen breiten Leserkreis finden. Sein groß angelegter Roman „Und die Tropensonne brennt“ bleibt nun unvollendet. Dazu, wie zu vielen anderen Plänen, „langte ihm die Zeit nicht“, wie er es vorausgeahnt hatte.

Wenn auch Picards Gesundheitszustand im letzten Jahr nicht mehr der beste war, so hat uns sein plötzlicher Tod schwer erschüttert. Wir verlieren in ihm nicht nur einen fähigen Schriftstellerarzt und stets einsatzbereiten Mitarbeiter an unserer Sache, sondern auch einen liebenswerten Menschen, treuen Freund und Kollegen.

Dr. med. Robert Paschke, Emskirchen

#### Aus den Werken Picards\*

##### Und die Erde wird öder

Sie schlegeln die Wälder  
zu Fetzen und Stücken  
und pflanzen Febriken.  
Es fallen  
die Buchen, die Tennen, die Eichen.  
Sie weichen  
Schloten und Hallen.  
Und die Erde wird öder.



(aus „Ärzteblatt Baden-Württemberg“)

Es fressen die Bulldozer  
Felder und Wiesen.  
Betonklötze sprießen  
in endloser Zahl  
in Grau und in Kahl.  
Und die Erde wird öder.

Die Vögel verstummen.  
Lieder ersticken.  
Nur Beat will verzücken,  
zerreißt unsre Ohren.  
Und Toren  
stöhnen im Rhythmus tierischer Qual.  
Und die Erde wird öder.

Mit Feuchen und Rattern  
mit brüllendem Knattern  
schieben sich Schlengen  
von Gestank dicht umhengen  
aus Ferbe und Stahl  
durch Wohnblockkulissen  
und was nicht verschlissen  
an Berg und en Tel.  
Und die Erde wird öder.

Die Seen und Flüße  
stinken zum Himmel  
von dem Gewimmel  
verendender Fische,  
die durch die Ergüsse  
der Städte, Febriken  
ersticken.  
Dahin ist die Frische.  
Und die Erde wird öder.

Poeten,  
sie töten,  
verstümmeln, verstemeln,  
euch noch vergammeln  
die Schönheit der Sprechen.  
Verständlich zu mechen  
Gefühl und Erleben  
ist nicht ihr Bestreben.  
Davon sind sie fern.  
Sie heißen's modern.  
Sie sind nur bereit,  
Zum Ausdruck der Zeit.  
Wenn von Bergen zu Küsten  
wir schaffen nur Wüsten,  
Werum nicht verwüsten,  
was noch licht in uns brennt?  
Wer ändert den Trend?  
Denn die Erde wird öder!

#### Des Wort

Am Anfang war das Wort –  
auch bei Asklepios.  
Asklepios sprach das Wort.  
Und das Wort helf,  
und helte.  
Es beschwor,  
es beschirmte, beschützte.  
Es beriet und beruhigte.  
Es ermutigte und stärkte.  
Asklepios war ein Arzt.

Später nahm er noch  
Kräuter und Wurzeln,  
Blätter und Beeren hinzu,  
das Wort zu stützen.  
Denn Asklepios  
war ein guter Arzt.

Viele seiner Jünger wollten  
es besser können als er.  
Sie erfanden  
Pillen und Tabletten,  
Suppositorien und Extrakte,  
Spritzen und Klystiere,  
und ihre Erfolge waren groß.  
So groß waren ihre Erfolge,  
daß sie darüber  
das Wort vergaßen.

\*) Oia Bücher Picards:

1. Gadjah der Elefant und andere indonesische Geschichten. Erich Röth-Verlag, Kassel. OM 13,80.
2. Der Kampf des Arztes Semmelweis. Ein dramatisches Gedicht. Europäischer Verlag, Pratergasse 1, A-1090 Wien. OM 15,-.
3. Durch meine Brille. Gesahen ohne Schau und Klappen. Gedichte. J. G. Bläschke Verlag, Oarmstadt. OM 12,-.

Die Kranken sehnten sich  
nach dem Wort  
aus dem Munde Asklepios:  
Angst und Beklemmung  
folterten ihre Gedanken,  
und die Furcht  
ließ sie nachts  
nicht mehr schlafen.

Vom Wunsche zu helfen getrieben,  
suchten die Jünger Asklepios  
neue Substanzen und Drogen,  
die Angst und die Furcht  
und Beklemmung zu bannen.  
Einiges fenden sie,  
und sie suchen noch immer.  
Das Wort eber  
suchten  
und fenden  
sie nicht.  
Oder?

(aus: Durch meine Brille, Seite 40/41  
und 58/59)

#### Semmelweis spricht zu zwei Studenten

„Es war der Wunsch zu helfen,  
wahrhaft Arzt zu sein,

Bayerisches Ärzteblatt 1/79

Allzeit im Dienst von Mensch  
und Menschlichkeit,  
Aus inn'rem Antrieb,  
Mitleid, Nächstenliebe  
Und nicht aus Gier  
nach Ansehn oder Geld.  
Wer diesen Geist  
In sich lebendig fühlt,  
Soll unserem Beruf getrost sich weihen,  
Wer nicht, wird niemals Arzt  
In seinem Leben,  
Studierte er auch wirklich  
noch so fleißig.  
Er würde bestenfalls ein Mediziner. —“

(aus: Der Kampf des Arztes Semmelweis, IV. Aufzug, 2. Auftritt, Seite 53)

#### Der Sieg des Büffels

Es ist schon sehr lange her, wohl mehr  
als sechshundert Jahre, als auf Java ein  
mächtiger König herrschte, der sich Sjri  
Radjasanagare nannte. Die meisten der  
großen und kleinen Sundaeilande wa-  
ren von seinem tapferen Heere schon  
seinem Zepter unterworfen worden. Auf  
der Insel Sumatre gab es nur noch ein

Volk und ein Reich im Süden, dort, wo  
heute die Städte Padang und Bukit-  
tinggsl liegen, das seine Macht noch  
nicht erkannte.

Als Radjasanagare die Zeit für gekom-  
men hielt, auch dieses Gebiet seinem  
Reiche einzugliedern, schickte er einen  
Boten zu jenem Volk, es aufzufordern,  
sich ihm freiwillig zu ergeben. Sollte  
man jedoch so verwegen sein, seine  
Aufforderung zu verwerfen, dann würde  
er mit Feuer und Schwert das Land  
überziehen, alle Widerspenstigen töten  
und Weiber und Kinder zu Sklaven  
machen. Als das Volk im Süden Mittel-  
sumatras diese Botschaft vernahm, ging  
ein großes Entsetzen durch seine Rei-  
hen. Schleunigst trat der Rat der Män-  
ner zusammen, um eine Lösung zu fin-  
den, das drohende Unheil abzuwenden.

Man redete hin und her. Und man redete  
her und hin. Und ein jeder wiederholte  
das, was alle enderen auch schon längst  
wußten und gesagt hatten, nur die Wahl  
der Worte war ein wenig verschieden:  
„Unterwerfen wir uns, verlieren wir

(Fortsetzung Seite 65)

59

## 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 Schluck-  
kapsel zur Dauertherapie von Linksmyo-  
cardschäden 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 Zerbei-Kapsel Strodival® perlingual sowie eine Schluck-Kapsel Strodival® mr enthalten je 3,0 mg g-Strophanthin in oraler Phase.  
**Indikationen:** Bei allen Formen von Linkskammer-schäden. **Kontraindikationen:** Hyperkalzämie, Kalkiummangelzustände, Atrio-ventriculäre Resorptionsstörungen; Vorsicht bei gleichzeitiger Ly Kalziumtherapie. **Besondere Hinweise:** Rechtsherzauffälligkeiten (bei vorliegenden Ödemen, Tachykardien und Tachyarrhythmien) brauchen gezielte Zusatzmaßnahmen. Bei Strodival® perlingual treten gelegentlich Mundschleimhautreizungen auf. In diesen Fällen sollte die magensaftresistente Form Strodival® mr angewandt werden. **Dosierung und An-**

**wendungsweise:** Individuell, bis zum bestmöglichen Erfolg, denn Strodival® kumuliert nicht. **Strodival® perlingual** in der Dauerbehandlung: Durchschnittliche Tagesdosis 2-4mal täglich 1-2 Kapseln. **Strodival® perlingual** in der Sofortbehandlung: Beim Angina-pectoris-Anfall sofort 2-3 Kapseln zerbeißen; wenn notwendig kann diese Anwendung nach 10 Minuten mit gleicher oder geringerer Dosis wiederholt werden. **Strodival® perlingual**-Kapseln zerbeißen oder unter die Zunge legen bis die Kapselinhalt freigesetzt ist. Den Kapselinhalt einige Minuten auf die Mundschleimhaut einwirken lassen. Die Kapselhülle schlucken oder ausspucken. **Strodival® mr** sollte ebenfalls stets nach Bedarf und Erfolg bis zum Verschwinden der Herzsymptome dosiert werden. Im allgemeinen beträgt die Dosis 2 bis 4mal täglich

1-2 Kapseln. Strodival® mr sollte möglichst auf leeren Magen unzerbeissen geschluckt werden. Morgens nüchtern und tagsüber 1/2 bis 1 Stunde vor den Mahlzeiten. **Handelsformen und Preise:** Strodival® perlingual: OP mit 30 Kapseln DM 550 inkl. MwSt.; OP mit 100 Kapseln DM 1495 inkl. MwSt.; OP mit 500 Kapseln DM 6230 inkl. MwSt. Strodival® mr: OP mit 30 Kapseln DM 550 inkl. MwSt.; OP mit 100 Kapseln DM 1495 inkl. MwSt.; OP mit 500 Kapseln DM 6590 inkl. MwSt. Verschreibungsspflichtig.

A. HERBERT KG  
Wiesbaden

## 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

#### Titting, Lkr. Eichstätt:

1 Allgemein-/Praktischer Arzt

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

#### Altmanstein, Lkr. Eichstätt:

1 Allgemein-/Praktischer Arzt

Bewerbungen bitte an die Bezirksstelle Oberbayern der KVB, Mühlbauerstraße 16, 8000 München 80, Telefon (0 89) 41 47 - 266.

### Oberfranken

#### Thierstein, Lkr. Wunsiedel:

1 Allgemein-/Praktischer Arzt

Wiederbesetzung des wegen Ablebens des Stelleninhabers verwaisten Einzelarztsitzes für ein Einzugsgebiet von ca. 2800 Einwohnern.

#### Bischofsgrün, Lkr. Bayreuth:

1 Allgemein-/Praktischer Arzt

#### Hof/Saale:

1 Allgemein-/Praktischer Arzt

#### Hohenberg a. d. Eger, Lkr. Wunsiedel:

1 Allgemein-/Praktischer Arzt

#### Kronach:

1 Allgemein-/Praktischer Arzt

#### Seib-Erkersreuth, Lkr. Wunsiedel:

1 Allgemein-/Praktischer Arzt

#### Töpen, Lkr. Hof:

1 Allgemein-/Praktischer Arzt

#### Walschenfeld, Lkr. Bayreuth:

1 Allgemein-/Praktischer Arzt

#### Weidhausen, Lkr. Coburg:

1 Allgemein-/Praktischer Arzt

#### Marktredwitz, 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

#### Ansbach:

1 Chirurg mit Unfallbehandlung (D-Arzt-Tätigkeit)

Wiederbesetzung der Chirurgenstelle in der Regierungshauptstadt Ansbach mit ca. 39 000 Einwohnern, wo derzeit kein Chirurg in freier Praxis niedergelassen ist.

Ehingen oder eine der umliegenden Gemeinden im Bereich der Verwaltungsgemeinschaft Hesselberg, Lkr. Ansbach:

1 Allgemein-/Praktischer Arzt

#### Vorra, Lkr. Nürnberger Land:

1 Allgemein-/Praktischer Arzt

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

### Unterfranken

#### Bischofsheim, Lkr. Rhön-Grabfeld:

1 Allgemein-/Praktischer Arzt

Besetzung der dritten Kassenarztstelle bei einem Einzugsgebiet von 6000 Einwohnern und erheblichem Fremdenverkehr.

#### Gieselbach, Lkr. Aschaffenburg:

1 Allgemein-/Praktischer Arzt

Bei einem Einzugsgebiet von 2500 Einwohnern ist die frei gewordene Kassenarztstelle erneut zu besetzen.

#### Höchheim, Lkr. Rhön-Grabfeld:

1 Allgemein-/Praktischer Arzt

Erstbesetzung bei einem Einzugsbereich von 2500 Einwohnern.

**Bergheinfeld, Lkr. Schweinfurt:**

1 Allgemein-/Praktischer Arzt

**Gräfendorf, Lkr. Main-Spessart:**

1 Allgemein-/Praktischer Arzt

**Grettstadt, Lkr. Schweinfurt:**

1 Allgemein-/Praktischer Arzt

**Großlangheim, Lkr. Kitzingen:**

1 Allgemein-/Praktischer Arzt

**Haibach, Lkr. Aschaffenburg:**

1 Allgemein-/Praktischer Arzt

**Knetzgau, Lkr. Haßberge:**

1 Allgemein-/Praktischer Arzt

**Kolitzheim, Lkr. Schweinfurt:**

1 Allgemein-/Praktischer Arzt

**Mainaschaff, Lkr. Aschaffenburg:**

1 Allgemein-/Praktischer Arzt

**Mömbriß, Lkr. Aschaffenburg:**

1 Allgemein-/Praktischer Arzt

**Sulzfeld, Lkr. Rhön-Grabfeld:**

1 Allgemein-/Praktischer Arzt

**Üchtelhausen, Lkr. Schweinfurt:**

1 Allgemein-/Praktischer Arzt

**Wiesthal, Lkr. Main-Spessart:**

1 Allgemein-/Praktischer Arzt

**Alzenau, Lkr. Aschaffenburg:**

1 Augenarzt

**Erlenbach, Lkr. Miltenberg:**

1 Augenarzt

**Schweinfurt:**

1 Augenarzt

**Obernburg, Lkr. Miltenberg:**

1 Frauenarzt

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

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

1 Allgemein-/Praktischer Arzt

Nachfolgebesetzung für ein Einzugsgebiet von ca. 3000 Einwohnern.

**Plößberg, Lkr. Tirschenreuth:**

1 Allgemein-/Praktischer Arzt

Nachfolgebesetzung für ein Einzugsgebiet von ca. 3000 Einwohnern.

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

1 Allgemein-/Praktischer Arzt

Nachfolgebesetzung für ein Einzugsgebiet von ca. 2500 Einwohnern.

**Bärnau, Lkr. Tirschenreuth:**

1 Allgemein-/Praktischer Arzt

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

1 Allgemein-/Praktischer Arzt

**Wackersdorf, Lkr. Schwandorf:**

1 Allgemein-/Praktischer Arzt

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

1 Augenarzt

**Amberg:**

1 Hautarzt

**Stadt Schwandorf, Lkr. Schwandorf:**

1 Hautarzt

**Welden:**

1 Hautarzt

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

**Niederbayern****Bad Abbach, Lkr. Kelheim:**

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

**Ohu, Lkr. Landshut:**

1 Allgemein-/Praktischer Arzt

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

1 Allgemein-/Praktischer Arzt

**Roßbach, Lkr. Rottal-Inn:**

1 Allgemein-/Praktischer Arzt

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

1 Allgemein-/Praktischer Arzt

**Telsnach, Lkr. Regen:**

1 Allgemein-/Praktischer Arzt

**Regen-Stadt:**

1 Augenarzt

**Viechtach, Lkr. Regen:**

1 Augenarzt

**Deggendorf-Stadt:**

1 Hautarzt

**Dingolfing-Stadt:**

1 Hautarzt

**Regen-Stadt:**

1 Hautarzt

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

### Frau Minister Antje Huber zugehört

Die Arbeitsgemeinschaft Sozialdemokratischer Frauen in München hatte den Bayerischen Ärztinnenbund eingeladen, als Frau Minister Antje Huber über folgende gesundheitspolitische Vorstellungen berichtete.

Es war die Rede von der vorbereiteten Novellierung der **Ausbildungsregelungen für Krankenschwestern und Pfleger**. Beabsichtigt ist es, die theoretische und praktische Ausbildung zeitlich zu trennen. Geworben wird für diese Lösung mit dem Argument der patientennahen Ausbildung. Gerade die wird aber in Frage gestellt, wenn die bisherige Integration der Auszubildenden während der ganzen Ausbildungszeit in das Gefüge des Behandlungsteams von Ärzten und Pflegepersonen aufgehoben wird. Unübersehbar stehen dahinter tarifrechtliche Überlegungen. Bereits während der Ausbildung sollen Schüler zu Arbeitnehmern werden.

Von einer Psychologenschwemme wird zwar nicht gesprochen, sie wurde aber seit Jahren produziert. Nun liegt ein „**Psychotherapeutengesetz**“ vor. Vordergründig wird für dieses Gesetz ins Feld geführt, daß die Versorgung psychisch Kranker durch die Ärzte nicht sichergestellt sei. Tatsächlich drängt ein Personenkreis mit höchst unterschiedlicher Qualifikation zu selbständiger Betätigung am Kranken und zu Teilnahme an der Sozialversicherung. Erkannt wird offenbar jedoch, daß es notwendig ist, diese Personengruppe einzuengen, daß eine ausreichende Ausbildung am Patienten und für die Behandlung psychisch Kranker gefordert werden muß. Diese Lösung dürfte aber den größ-

ten Teil der Psychologen in Wartestellung nicht befriedigen. — Oder aber das Gesetz riskiert eine fachlich nicht hinreichend fundierte Krankenbehandlung. — Wenn das Gesetz als Arbeitsbeschaffungsprogramm verstanden würde, liegt es auf der Hand, daß zunächst einmal Arbeit = psychisch Kranke vermehrt geschaffen werden müßten. Wer jedem 3. Bundesbürger und nahezu jedem Schulkind und jedem Studenten eine hilfsbedürftige Psyche zuschreibt, geht bereits diesen Weg. Klare und eindeutige Aussagen müssen gefordert werden, wer als psychisch erkrankt und behandlungsbedürftig anzusehen ist, welche Qualifikation notwendig ist und welche psychotherapeutischen Methoden diesen Kranken Hilfe bringen können, wenn nicht die gesamte Bevölkerung zum psychotherapeutischen Experimentierfeld werden soll.

Zahllose Dialyse-Patienten belasten mit hohen Kosten die Krankenversicherung, **Nierentransplantationen** könnten zahlreichen Patienten helfen und sind angeblich auch billiger. Nur fehlen die Organe für Nierentransplantationen. An Spenderorgane müssen jedoch besondere Anforderungen gestellt werden: Der Spender soll jung sein, zumindest nicht über 50, und völlig gesund. Und weder durch Schock oder postmortal darf eine Gewebsschädigung eingetreten sein. Nur ein ganz geringer Teil der Verstorbenen kommt somit überhaupt für eine Nierenentnahme in Frage. Der Arzt, dem die Beeinträchtigung seines Patienten nur dann gestattet ist, wenn es dem Wohl eben dieses Patienten dient, und der die Unversehrtheit auch nach dem Tod nur unter gewissen

engen Voraussetzungen verletzen darf, soll nunmehr aus diesen Bindungen gelöst werden und dann, wenn ihm technische Geräte den Hirntod anzeigen, im Empfängerinteresse handeln müssen und das Organ möglichst rasch explantieren. Das „Widerspruchsverfahren“ würde den Arzt praktisch seiner bisherigen moralischen Verpflichtungen berauben und zu nichts anderem machen, als einem Reparaturtechniker. Aus ärztlicher Sicht eine unbefriedigende gesetzliche Regelung.

In den Themenkreis mit einbezogen wurden die Interessen von **Patienten-Initiativen**, die in letzter Zeit von sich reden machen. Patientenbeschwerden wurden „ausgewertet“, und zwar wurde die Häufigkeit der Beschwerden den verschiedenen sozialen Schichten zugeordnet. Und so ergab sich, was nicht anders zu erwarten war; die Beschwerden kommen vermehrt aus „niederen sozialen Schichten“. Daraus eine besondere „Kunstfehlergefährdung“ gewisser sozialer Schichten herauszulesen, ist üble Meinungsmaße durch unrichtige Interpretation statistischen Materials und unterstellt den Ärzten, daß sie ihre Patienten je nach sozialer Schicht unterschiedlich sorgfältig bis fahrlässig betreuen. Man wird aufmerksam sein müssen, ob solche Initiativen dazu dienen, daß möglicherweise der Gesetzgeber daran seine ordnende Hand anlegt.

Die **Ärztenschwemme** — ein Problem, das die Ärzteschaft wirklich nicht verursacht hat — wird zwar genannt und mit Sorge betrachtet. Aber — wie beim Zaubrerlehrling — wird kein Gedanke investiert, wie dieser zweifelhafte Segen gestoppt werden könnte.

Publikumswirksam ist dieser gesundheitspolitische Maßnahmenkatalog ganz offensichtlich. Aber die sachlichen Grundlagen werden nur oberflächlich angegangen und kommen zu kurz, ethische Normen unterhöhlt. Kein Wunder, wenn Kritik laut werden muß. Am wenigsten gut bedient wird auf lange Sicht der Patient sein.

*Dr. med. Gertraud Bäcker, Vorsitzende des Bayerischen Ärztinnenbundes, Bad Brunthal 3, 8000 München 80*

unsera Freiheit und das Recht, nach alienar Art zu leben. Unterwerfen wir uns nicht, wird Sjri Radjesanagara mit vielen seiner Soldaten kommen; unser Land wird verwüstet, die Männer getötet und die Frauen und Kinder in Sklaverei verschleppt werden, denn unser Reich ist nicht stark genug, einem so mächtigen Radja zu widerstehen.“ Aber mit solchen Reden war nichts gewonnen, bis schließlich ein weißhaeriger Greis, der bisher geschwiegen hatte, sich von seinem Platz erhob: „Wir haben es nun wiederholt gehört, und wir wissen es zur Genüge, daß wir mit unseren Waffen Radjasanagara nicht von unserem Lande fernhalten können. Genauso gut eber wissen wir, daß wir nicht unsere Freiheit verlieren wollen. Uns kann darum nur das eine helfen: es zu tun wie Kentjil, der Zwerghirsch, der in unseren Wäldern wohnt, und den König mit unserer Schläue zu überlisten!“

Alle weisen Männer des Rates nickten alfrig Ihre Zustimmung bei diesen Worten, obwohl sie alsbald feststellen mußten, daß damit auch noch nicht viel geholfen sei, denn wo war denn schon die schlaua List, mit der sie Sjri Radjasanagara übertölpeln sollten.

Wieder ließ sich die Stimme des Alten vernehmen: „Überlaßt das, bitte, mir!“ Und da niemand von ihnen etwas Gasscheiteres wußte, ließen sie den Greis gewähren. Am nächsten Tag bagab sich dieser mit einigen Begleitern an den Hof des Königs. „O Herr“, sprach er nach einer tiefen Verbaugung zu dem Herrscher, „wir kommen als Varratrar unseras Volkas. Wir kennen deine Macht und die Stärke deiner Heere – möge deine Weisheit ihnen gleichen! Kein Volk dieser Erde verliert gern seine Freiheit, auch nicht des unsrige. Ein Krieg aber würde viel Elend über unsere Völker bringen, und viele Soldaten müßten starben – auf beiden Seiten. Ist es nicht schade um jedes Menschenleben, das auf diese Art verlorengeht? Sollte es darum nicht besser sein, wir lassen zwei Stiere statt der Soldaten auf dem Schlachtfeld kämpfen? Verliert unser Stier, dann werden wir uns ohne weiteren Widerstand deiner Macht unterwerfen. Gewinnt unser Stier, so bitten wir dich, erhabener König, mit deinen Armeen abzuziehen und unser Land und Volk zu verschonen und wie bisher in Frieden und Freiheit leben zu lassen.“ Der Radja schwieg lange zu dem Vorschlag des weißhaerigen Unterhändlers. Schließlich lächelte er verschmitzt: „Sag es, wie du sagtest, alter Mann, ein Stierkampf soll des Los deines Volkes entscheiden!“ Daraufhin wurde der Zeit-

punkt des Kampfes bestimmt, und die Gesandtschaft kehrte zufrieden zurück.

Auch Radjesanagara war mit dem Stand der Dinga zufrieden. Er schickte Boten nach allen Teilen seines ausgedehnten Reiches, um den stärksten Kampfstier seines Landes ausfindig zu machen. Die Auswahl an starken Stieren innerhalb seiner Landesgrenzen war so groß, daß es schon nicht mit rechten Dingen zugehen mußte, sollte er nicht den stärksten Stier zum Wettstreit führen können.

Seine Boten fanden einen Büffel in Bali, der war so stark, daß alle meinten, einen kräftigeren Büffel als diesen dürfte es wohl zu jener Zeit auf der ganzen Welt nirgendwo gegeben haben. Auf diesen Stier also fiel des Herrschers Wahl, und er ließ ihn mit einer raschen Segelprahu nach Sumatra kommen. Wohlgefällig ruhten seine Augen auf dem massigen Körper, und wohlgenut sah er dem Tag des Waukampfes entgegen.

Als die Männer des Volkes in Mittelsumatra von dem balinesischen Büffleriesen erfuhren, von dessen unvergleichlicher Größe und Stärke, wurden sie recht kleinlaut und verzagt und traten erneut zu einem Rat zusammen. „Sjri Radjasanagara ließ den stärksten Büffel der Welt von Bali nach Sumatra bringen, um ihn mit dem unsren zu messen. Wo aber könnten wir einen Stier in unserem Lande finden, der jenen zu bezwingen vermöchte? Ist der Waukampf nicht für uns schon verloren, noch ehe er begann?“ So oder ähnlich lautete diesmal die banga Rede der meisten, bis sich wieder jener Greis erhob und seine Lendsleute belehrte. „Segte Ich euch nicht, daß wir Radjasanagara nicht mit Gewalt bezwingen können, sondern nur mit der List, mit der Kentjil seine Feinde überwindet? Warum laßt ihr also den Mut sinken beim Anblick eines kräftigen Büffels? Ich will euch verraten, wie selbst ein solcher Koloß zu fällen ist.“

Alle lauschten gespannt seinen weiteren Worten. Und es herrschte eine fest fröhliche Stimmung unter ihnen, als sie einige Tage später, es war drei Tage vor dem Waukampf, ein junges Bullenkalb seiner Mutter nahmen und von den Feldern ihrem Dorf zuführten. Nach dem Ratschlag des Alten gaben sie dem Kälbchen nichts mehr zu trinken, so daß es bald kläglich von Durst geplagt nach seiner Mutter schrie. Kurz vor Beginn des Gefechtes befestigte ein Waffenschmied scharfe stählerne Spitzen an seinen kurzen Hörnern, dann trieb man das magere Kälbchen seinem wohlgenuteten Feind entgegen.

Die Krieger des Radjas umstanden längst ungeduldig das abgesteckte Kampffeld. Schallend kleng ihr höhnisches Gelächter über die Ebene, als sie den Aufzug der Gegenpartei mit dem jämmerlichen Stierkalb erblickten. „Der Sieg ist unser!“ meinten sie frohlockend.

Und selbst Radjasanagaras Züge umspielte ein belustigtes Lächeln. Nun wohl, wenn die Sumatranen so leicht verlieren wollten . . . er gab das Zeichen zum Beginn des Kampfes.

Wütend und schneubend stürzte der Baliriese in die Mitte der Arene. Seine Hufe scharften den Boden und warfen den Sand über seinen stämmigen Nacken. Spähend glotzte er mit blutunterlaufenen Augen nach allen Seiten, seinen Widerpart zu entdecken. Des Bullenkalb betrachtete er nicht als den Gegner, mit dem er gewillt war, auf Leben und Tod zu kämpfen. Auch das Bullenkalb sah in ihm keineswegs einen Feind, sondern glaubte vielmehr freudig seine Mutter wiedergefunden zu haben. Blökend und durstig rannte es, so schnell seine schwachen Beinchen es zu tragen vermochten, auf den großen Büffel zu und schlüpfte ihm geschwind mit dem Kopf unter den Leib, um dort die lang entbehrte Milch zu finden. Scherf und schneidend schlitzten die seinen kurzen Hörnchen aufgesetzten stählernen Spitzen den Bauch des Rivalen auf. Mit dumpfen Dröhnen stürzte die mächtige Muskelmasse zu Boden. Tot! Der Kampf war beendet.

Heller Jubel erklang auf der Seite des Siegers. Betroffene Stille herrschte im Lager des Radjas.

Der stolze Eroberer merkte sehr wohl, daß er einer bäuerlichen List zum Opfer gefallen war, aber er stand zu seinem Versprechen. „Euer Stier hat gaslegt!“ sagte er zu dem elten Weisen, „lebt weiter in Frieden!“ Und er kehrte mit seinem Heer nach Java zurück. Die Sumatranen aber bekränzten ihr Büffelkälbchen mit bunten Blumen und führten es im Triumphzug zu seiner Mutter. Zur awigan Erinnerung, wie ihnen die Freiheit erhalten wurde, nannten sie fortan ihr Volk und Land „des Büffels Sieg“ oder wie es in ihrer eigenen Sprache heißt „Minang-Kabau“. Frauen und Mädchen tragen noch heute ihre Kopftücher in Form zweier Hörner, und die Firste ihrer Häuser schwingen in langen Spitzen nach oben.

(aus: Gadjah, der Elfant. Seite 46 f.)

### Schlagabtausch über das Regierungsprogramm

In den nächsten vier Jahren wird Ministerpräsident Frenz-Josef Strauß die Politik der Staatsregierung, wie er sie von seinem Vorgänger Alfons Goppel übernommen hat, fortsetzen und weiterentwickeln. Zu Beginn seiner Regierungserklärung vor dem Landtag stellte Strauß diese bayerische Politik vor ihren geschichtlichen Hintergrund: Politisches Denken und Handeln im Freistaat sei niemals auf das Land der Bayern allein abgestellt, sei niemals eine Politik der Eigenbrötelei und Enge gewesen, sondern eine Politik der Offenheit und Liberalität. Bayerische Geschichte habe sich dabei zwischen zwei Polen bewegt, der zu erhaltenden Eigenständigkeit des Landes und der verpflichtenden Zugehörigkeit zu größeren Gemeinschaften. „So war Bayern immer ein Land des Ausgleichs, der Integration.“ Breiten Raum räumte Strauß dem Verhältnis Bürger-Staat ein: Er kritisierte die wachsende Flut von Gesetzen, Verordnungen und Verwaltungsvorschriften, die dem Bürger das Gefühl geben, in einem Labyrinth unverständlicher staatlicher Reglementierungen zu stehen. Er forderte deshalb einen starken und handlungsfähigen Staat als letzter Garant für die Freiheit des Bürgers, gleichzeitig aber auch eine Abkehr vom Perfektionismus in der Gesetzgebung und den staatlichen Vorschriften.

In diesem Zusammenhang nannte er die kommunale Selbstverwaltung als bürger nächste Verwaltung und bejahte die Reformen der letzten Jahre, wenngleich es auch in Einzelfällen bei der Gebietsreform zu einer Neubereinerung kommen müsse. Breiten Raum räumte Franz-Josef Strauß der Wirtschaftspolitik ein und sagte: „Wir können unser Gesamtziel nur erreichen, wenn sich auch Bund und Europäische Gemeinschaft in Zukunft an den Grundsätzen der sozialen Marktwirtschaft orientieren“, entschiedene Wachstumspolitik betrieben und damit bestehende Arbeitsplätze sichern und neue schaffen.

Zur Sozialpolitik stellte Strauß ausdrücklich fest: „Des Gesundheitswesens muß im Interesse einer bestmöglichen Vorsorge der Bürger in seiner Freiheit-

lichen Struktur erhalten bleiben. Dazu gehören die freie Arztwahl für den Patienten, die Niederlassungsfreiheit für den Arzt, das Nebeneinander von öffentlichen, frei gemeinnützigen und privaten Krankenhäusern und dazu gehören auch eine gegliederte soziale Krankenversicherung mit Selbstverwaltung der Beteiligten und privaten Versicherungen.“ Einen vernünftigen Mittelweg zwischen den Erfordernissen der modernen Medizin und dem Anspruch auf bürgernahe Versorgung versprach Strauß bei der Fortschreibung des Krankenhausbedarfsplanes.

Zum Thema innere Sicherheit kündigte Strauß an, man werde bis 1982 3000 neue Stellen für Sicherheitskräfte verwirklichen und den Kontakt zwischen Bürger und Polizei weiter zu verbessern suchen. Nach wie vor lehnte Strauß es entschieden ab, Verfassungsfeinden den Zugang zum öffentlichen Dienst zu öffnen. Zum Verhältnis Bayern-Bund stellte Strauß fest, das föderalistische Prinzip sei über den Verdacht erhaben, lediglich ein Teil eines Herrschaftsmechanismus zu sein, der der Opposition im Bundestag die Möglichkeit geben soll, über die Hintertür des Bundesrates „mitzuregieren“. Man werde aber die Eigenstaatlichkeit Bayerns unneugierig verteidigen, denn die Staatsregierung sei kein Administrativorgan einer Selbstverwaltungseinheit oder Vollzugsorgan Bonns. Zu Lasten der Länder werde man auch keiner Grundgesetzänderung mehr zustimmen. Er verlangte weiter, daß die Eigenstaatlichkeit des Landes auch in einem vereinten Europa institutionell abgesichert sein müsse.

Mit scharfer Kritik bewertete Dr. Helmut Rothmund als Oppositionsführer im Landtag die Regierungserklärung von Frenz-Josef-Strauß. Sie habe „hehre Ziele enthalten, die niemand bestreiten kann, Allgemeinplätze und Selbstverständlichkeiten, über die es sich nicht zu diskutieren lohnt und Grundsätze, die niemand bestreiten wird“. Der SPD-Politiker meinte, der Schritt vom Bundespolitiker zum Landespolitiker sei Strauß nicht geglückt, denn er behalte auch als Ministerpräsident seine Rolle als Bonner

Oppositioneller bei, der nach der Konfliktstrategie entsprechend der Sontheimer Rede verfare.

Strauß habe mit seinen einseitigen Schuldzuweisungen an die Bundesregierung sein Standardrepertoire wieder gegeben. Für Dr. Rothmund stellt Strauß die Dinge auf den Kopf, indem er die Schuld an der Bürokratisierung auf Bonn ewälze. Der Reglementierung der Staatsregierung könne niemand anders als das Parlament mit einem eigenen Ausschuß, der den „Weg in Vorschriften ebholt“, Einhalt gebieten. Für seine Partei kündigte der Sprecher an, man werde sich weiter entschieden der bayerischen Praxis des Extremistenbeschlusses widersetzen, von der zunehmend auch sozialdemokratische Bewerber für den öffentlichen Dienst betroffen seien. Bei den angekündigten Korrekturen an der Gebietsreform befürchtete Rothmund „neue Willkürlichkeiten“. Zum Verhältnis Bayern-Bund meinte er, wer den Föderalismus ernst nehme, solle „endlich Schluß machen mit dem Mißbrauch des Bundesrats“ aus parteitaktischen Gründen.

Für die F.D.P.-Fraktion bot deren Vorsitzender Hans-Jürgen Jaeger einen sachlichen Dialog bei Verzicht auf persönliche Angriffe und Verunglimpfungen an. Die F.D.P. werde „keinen Schmutzkübel“ ausgießen, dem Streit um Sachfragen wolle man jedoch nicht ausweichen. Auch Jaeger bekannte sich wie Strauß zur sozialen Marktwirtschaft, meinte jedoch, der Angst des Bürgers vor der Zukunft begegne man besser durch eine solide Form der Auseinandersetzung als durch dogmatische Verunsicherung. Auch die F.D.P. werde keine Grundgesetzänderungen zu Lasten der Länder mehr hinnehmen, sondern vielmehr versuchen, Kompetenzen für die Länderparlamente zurückzuerlangen.

In einem einstündigen Schlußwort wies der Ministerpräsident die Kritik der Opposition wegen seiner Angriffe auf die Bundesregierung zurück. Er habe sachliche Gegensätze aufgezeigt, was nichts mit parteipolitischer Polemik zu tun hätte. Völlig verfehlt sei der Vorwurf, Bayern mißbrauche den Bundesrat zur Obstruktion. Freilich sei dieses Gremium keine Akklamationsmaschine. Dem Vorwurf, er wolle bei nächstbestener Gelegenheit wieder zurück in die Bundespolitik, begegnete Strauß mit den Worten: „Sie brauchen keine Angst zu haben, daß ich mich zu schnell nach Bonn absetze.“

Michael Gscheidle

### Ersatzkassen-Honorierung unter Beschuß

Die Bonner Politik rotiert. Der Kanzler schmiedet sein neues europäisches Währungssystem, dessen stabilitätspolitische Gefahren hoch einzuschätzen sind. Bundestag und Bundesrat einigen sich nach zwei Vermittlungsverfahren auf das Steuerpaket. Der sozialpolitische Ausschuß des Bundestages beginnt mit den Beratungen des Krankenhausfinanzierungsgesetzes – ohne größere Hoffnung, den Widerstand des Bundesrates überwinden zu können. Die F.D.P. präsentiert ein neues Konzept für die Alterssicherung. Ehrenberg verteidigt das Mitbestimmungsgesetz vor den Karlsruher Verfassungsrichtern, entläßt seinen Ministerdirektor Baden, degradiert den Staatssekretär Strehlke, wertet Staatssekretärin Anke Fuchs auf und legt eine Novelle zum Arbeitförderungs-gesetz vor, die klerstellen soll, was Arbeitslosen zugemutet werden darf.

Für großes Aufsehen und für große Aufregung in Bonn sorgten der Ersatzkassenverband und die Kassenärztliche Bundesvereinigung mit dem Abschluß eines Vertrages, der vom 1. Januar an die Gebührensätze um vier Prozent verbessert. Das Ministerium zeigt sich „überrascht“, die Kassenverbände „bestürzt“. Dabei hatten beide die Nachricht nicht erst aus der Zeitung erfahren. So gesehen, sah die erste Reaktion des Arbeitsministeriums recht dürtig und auch ein wenig hilflos aus. Auf Anfrage ließ Staatssekretärin Anke Fuchs wissen, daß sie in dem Vertrag einen „Angriff auf Sinn und Wortlaut des Kostendämpfungsgesetzes“ sehe. Man werde den Vertrag einer besonders strengen juristischen Prüfung unterziehen.

In diesem letzten Satz liegt die Drohung, den Honorarvertrag mit den Mitteln der Rechtsaufsicht außer Kraft zu setzen, was wiederum den Vertragsparteien die Möglichkeit eröffnete, den Klageweg zu beschreiten. Wenn Frau Fuchs ihrer Rechtsposition sicher gewesen wäre, so hätte sie schärfer reagiert und den Minister selbst in die Schlacht geführt. Ehrenberg läßt nur selten eine Gelegenheit aus, sich selbst und seine Meinung zu präsentieren. Daß er diesmal darauf verzichtete, wird Gründe haben. Zuerst hette der Minister, als die Nachricht von dem Vertragsabschluß bekannt wurde, den Karlsruher Verfassungsrichtern Rede und Antwort zu stehen. Aber so etwas hält ihn im allgemeinen nicht davon ab, sich dezidiert zu äußern. Man bleibt also zunächst aufs Spekulieren angewiesen.

Ist sich Ehrenberg seiner Rechtsposition nicht sicher, so wird er sich hüten, die Rechtsaufsicht zu strapazieren, denn ein verlorener Prozeß müßte seine Stellung in der Konzertierte Aktion schwächen. Nun könnte es aber durchaus sein, daß der Minister bei wachsenden Schwierigkeiten die Lust an der Konzertierte Aktion verliere. Die Aussichten, die Kren-

kenhäuser in Empfehlungsvereinbarungen einzubeziehen, sind schlecht. Der Widerstand der Länder dürfte nicht zu überwinden sein. Wenn nun auch noch die Ersatzkassen und die Kassenärztliche Bundesvereinigung ihre Vertragsautonomie behaupten sollten, so wäre die Versuchung für den Minister groß, des ganze Unternehmen pletzen zu lassen und Länder, Ersatzkassen und Kassenärzte auf die Anklagebank zu setzen.

Diese Gefahr ist aber nicht sehr hoch einzuschätzen. Ehrenberg kennt den „Schwerzen Peter“ erst dann den Ländern zuschieben, wenn das Gesetzgebungsverfahren gescheitert ist, womit nicht vor Mitte 1979 zu rechnen wäre. Auch Kassenärzte und Ersatzkassen könnte Ehrenberg nicht mit dem Scheitern der Konzertierte Aktion belasten, denn: nutzt er den Rechtsweg und verliert, so wären die Kontrahenten gerechtfertigt; würde der Minister auf den Rechtsweg verzichten, so könnte er kaum noch vom „Unterlaufen“ der Konzertierte Aktion sprechen; und würde er einen von ihm angestregten Prozeß gewinnen, so hätte er überhaupt keinen Grund, die Konzertierte Aktion scheitern zu lassen. Im übrigen ist ja auch Ehrenberg an das Gesetz gebunden, das es nicht in das Belieben des Ministers stellt, das Konzert zu veranstalten oder abzublasen, wie ja wohl auch die ärztlichen Körperschaften nicht beliebig teilnehmen oder fernbleiben können. Viel spricht also dafür, daß sich die Aufregung über den Honorarvertrag wieder legen wird. Bis diese Zeilen erscheinen, wird man mehr wissen. Ein vernünftiges Abwägen aller Argumente und Risiken müßte Ehrenberg jedenfalls zu der Einsicht bewegen, daß sich weder ein Rechtsstreit noch ein politischer Kraftakt lohnen wird.

Hinzu kommt je noch, daß ein Vertragsabschluß von vier Prozent nicht als Verstoß gegen das Ziel der Kostendämp-

fung bezeichnet werden kann. Frau Fuchs hat dies in ihrer Stellungnahme auch nicht behauptet. Und auch die gemeinsame Presseerklärung der Spitzenverbände der RVO-Kassen setzt mit der Kritik nicht an der Höhe des Abschlusses an. Die Argumente lassen sich wie folgt zusammenfassen: Die Konzertierte Aktion werde in Frage gestellt; das gemeinsame Bemühen um Kostendämpfung werde gefährdet; der Vertrag sei abgeschlossen worden, ehe das Arbeitsministerium die Orientierungsdaten vorgelegt habe; die Honorarentwicklung 1979 werde präjudiziert. Die Ersatzkassen vertreten demgegenüber die Auffassung, daß mit dem Kostendämpfungsgesetz die Vertragsautonomie nicht aufgehoben sei; die Ersatzkassen hätten die Ärzte immer nach Einzelleistungen bezahlt, daran wolle man festhalten; im übrigen sei es sehr wohl möglich, die Empfehlungen der Konzertierte Aktion im Rahmen des Vertrages zu berücksichtigen.

Damit wird auf die „Dernbacher Erklärung“ verwiesen, die die Möglichkeit zuliebt, einer stärkeren Ausweitung des ärztlichen Leistungsumfanges mit zusätzlichen Maßnahmen entgegenzuwirken. Im Rahmen des neuen Honorarvertrages wird also der Mengenkompente nicht nur finanzielles Gewicht, sondern auch politische Bedeutung beizumessen sein. Ehrenberg und die RVO-Kassen werden darauf bestehen, daß der Leistungsausweitung eine enge Grenze gesteckt wird, daß auf dem Honorartopf der Deckel bleibt. Dies scheint der zentrale Punkt der Auseinandersetzung zu sein.

Staatssekretärin Anke Fuchs wird im Arbeitsministerium künftig noch mehr Einfluß haben. Ihr ist zusätzlich die Zuständigkeit der Abteilung Arbeitsmarktpolitik übertragen worden. Unter ihrer Leitung arbeiten künftig also die zentralen Abteilungen: Rentenversicherung, Gesundheitswesen, Arbeitsmarktpolitik und Arbeitsrecht. Staatssekretär Strehlke hat nach den Querelen um den umstrittenen „Zumutbarkeits-Erlaß“ der Nürnberger Bundesanstalt an Einfluß eingebüßt; bislang war er für die Arbeitsmarktpolitik zuständig. Er bleibt Verwaltungschef des Ministeriums. Dem parlamentarischen Staatssekretär Buschfort, der wie Anke Fuchs von der IG-Metall kommt, ist die Abteilung für die Kriegsofferversorgung und die Rehabilitation unterstellt worden. Den Leiter der Abteilung Arbeitsmarktpolitik, Manfred Beden, einen tüchtigen Beamten aus der Globke-Schule, hat Ehrenberg entlassen, einen Unterabteilungsleiter „strefversetzt“. Sachliche Gründe gibt es nicht. Der Minister, so muß es erscheinen, hat die Beamten geopfert, um sich selbst aus der linken Schußlinie zu bringen. Er kann dabei kaum gewinnen.

bonn-mot

## Personalia

### Verdienstkreuz am Bande

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

Leitender Medizinaldirektor Dr. med. Erich Ammon, Hardenbergstraße 33, 8500 Nürnberg;

Dr. med. Fritz Cremer, MdL, Friedrich-Kirchhoff-Straße 19, 8771 Lengfurt;

Medizinaldirektor Dr. med. Johann Hertel, Marthabräustraße 10, 8080 Fürstenfeldbruck;

Leitender Medizinaldirektor a. D. Dr. med. Friedrich Kesy, Lazarettstraße 8, 8000 München 2;

Dr. med. Ludwig Schmück, 8399 Fürstzell Nr. 180.

### Verdienstmedaille

Dr. med. Elisabeth Staudt, Sonnenwiechserstraße 28, 8206 Bruckmühl, wurde mit der Verdienstmedaille des Verdienstordens der Bundesrepublik Deutschland ausgezeichnet.

### Dr. Platz 70 Jahre

Dr. med. Josef Platz, Medizinaldirektor und Chefarzt a. D., Am alten Dorf 26, 8480 Weiden, konnte am 7. Januar seinen 70. Geburtstag feiern.

Dr. Platz war von 1955 bis 1970 Delegierter zur Bayerischen Landesärztekammer und von 1956 bis 1968 Vorsitzender des Ärztlichen Kreisverbandes Weiden. Er hat sich besonders verdient gemacht um die Ausbildung der Arzthelferinnen, die Intensivierung der ärztlichen Fortbildung und für den Schutz des ungeborenen Lebens. 1973 erhielt er die Verdienstmedaille des Hartmannbundes.

Wir wünschen Herrn Kollegen Dr. Platz noch viele gesunde Jahre.

### Dr. med. h. c. für Professor Dr. Josef Ströder

Am 18. Oktober 1978 wurde Professor Dr. med. Josef Ströder, Direktor der Kinderklinik und Poliklinik der Universität Würzburg, Klinikstraße 6-8, 8700 Würzburg, die Ehrendoktorwürde der Medizinischen Akademie M. Kopernikus Krakau für seine wissenschaftlichen und menschlichen Verdienste verliehen.

Professor Dr. med. Wolfgang Mauer-mayer, Direktor der Urologischen Klinik und Poliklinik der Technischen Universität München im Klinikum rechts der Isar, Ismaninger Straße 22, 8000 München 80, wurde zum neuen Präsidenten der Deutschen Gesellschaft für Urologie gewählt.

### Dr. med. h. c. für Professor Dr. Norbert Brock

Am 15. November 1978 wurde im Rahmen einer akademischen Felerstunde Professor Dr. Norbert Brock, Leiter der Pharmakologischen Abteilung der Asta-Werke AG, Chemische Fabrik in Bielefeld, die Ehrendoktorwürde der Technischen Universität München verliehen.

Professor Dr. med. Hanns-Jürgen Merté, Direktor der Augenklinik und Poliklinik der Technischen Universität München im Klinikum rechts der Isar, Ismaninger Straße 22, 8000 München 80, wurde in den Vorstandsrat des Deutschen Medizinischen Informationsdienstes berufen.

## Einführungslehrgänge für die kassenärztliche Tätigkeit

Die Kassenärztliche Vereinigung Bayerns veranstaltet am

- 17. Februar 1979
- 28. April 1979
- 23. Juni 1979
- 22. September 1979
- 24. November 1979

im Ärztehaus Bayern, Mühlbauerstraße 16, 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 9. Februar 1979, 20. April 1979, 15. Juni 1979, 14. September 1979 und 16. November 1979.

Die Teilnehmergebühr ist am Tage des Einführungslehrganges zu bezahlen.

---

Im „Bayerischen Ärzteblatt“ veröffentlicht die Kassenärztliche Vereinigung Bayerns jeweils die freien Kassenarztsitze (in diesem Heft Seite 60 f.)

## Kongresse

### Klinische Fortbildung in Bayern

in Zusammenarbeit mit der Bayerischen Landesärztekammer

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

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

#### 1. Notfall- und Katastrophenmedizin 1979

##### Zwölfteiliges Fortbildungsseminar 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

##### 24. Januar 1979

Katastrophenmedizin I  
Der nukleare Krieg

##### 14. Februar 1979

Katastrophenmedizin II  
Der Reaktorunfall: Gefährdungsmöglichkeiten der Bevölkerung – Gefährdungsrisiko des Arztes und des Einsatzpersonals – Ärztliche Versorgung überexponierter Personen – Organisationsmaßnahmen

##### 14. März 1979

Katastrophenmedizin III  
Allgemeine Katastrophenmedizin

##### 18. April 1979

Der Verkehrsunfall

##### 6. Juni 1979

Der Schock  
Anästhesiologie – Chirurgie – Innere Medizin

##### 20. Juni 1979

Innere Medizin und Psychiatrie  
Vergiftungen: Medikamente – Pilze – Rauschgifte – Alkoholsuchtkranke

##### 4. Juli 1979

Der psychiatrische Notfall  
u. e. Einweisungen

##### 25. Juli 1979

Der orthopädische Notfall  
Die akute Bandscheibe usw.

##### 12. September 1979

Chirurgie I  
Der akute Bauch – Schuß-, Stich- und Schlagverletzungen usw.

##### 3. Oktober 1979

Chirurgie II  
Notfälle – Der akute Verschluss – Gefäßchirurgie usw.

##### 24. Oktober 1979

Neurologische Notfälle  
Zerebrale Zirkulationsstörungen – Akute Querschnittssyndrome – Zerebrale Krampflähle – Spätschäden nach gedecktem Schädel-Hirntrauma

##### 21. November 1979

Rundtischgespräch  
Notfall- und Katastrophenmedizin  
Letzter Anmeldetermin: jeweils 10 Tage vorher  
Begrenzte Teilnehmerzahl

#### 2. Echokardiographie

Stiftsklinik Augustinum München  
Direktor: Professor Dr. D. Michel

**Einführungs- und Fortbildungskurs in die Klinische Echokardiographie (UKG) am 6./7. April 1979**

Leitung: Oberarzt Dr. Alber

Zeit: Freitag, 6. April, 9.00 Uhr – Ende 17.00 Uhr – Samstag, 7. April, 9.00 Uhr – Ende 12.00 Uhr

Stiftsbogen 74, 8000 München 70

Kursgebühr: DM 40,-

Letzter Anmeldetermin: 28. März 1979

#### März – Oktober 1979

30./31. März  
Phonokardiographie, Teil I,  
München

6./7. April  
Echokardiographie, München

28. April  
Innere Medizin, Oberammergau

23./24. Juni  
Ergometrie, Höhenried

14./15. September  
Sonographie, München

26./27. Oktober  
Phonokardiographie, Teil I,  
München

27./28. Oktober  
Ergometrie, Höhenried

#### Notfallmedizin – München

24. Januar 1979

14. Februar 1979

14. März 1979

18. April 1979

6. Juni 1979

20. Juni 1979

4. Juli 1979

25. Juli 1979

12. September 1979

3. Oktober 1979

24. Oktober 1979

21. November 1979

#### 3. Ergometrie

Klinische Abteilung III der Klinik Höhenried für Herz- und Kreislaufkrankheiten der LVA Oberbayern  
Chelert: Dr. H. Hofmann

**Ergometrie-wochenende am 23./24. Juni und am 27./28. Oktober 1979**

Das Programm umfaßt praktische Übungen sowie Referate über die theoretischen Grundlagen der ergometrischen Belastungsprüfungen und ihre heutige Bedeutung in Klinik und Praxis

Begrenzte Teilnehmerzahl

Teilnehmergebühr: DM 60,-

Auskunft und Anmeldung:

Sekretariat Chelert Dr. H. Hofmann,  
Klinik Höhenried, 8131 Bernried, Telefon (0 81 58) 24-369 oder 24-370

#### 4. Innere Medizin

Rheumaklinik Oberammergau  
Leitung: Dr. H. J. Albrecht

**Fortbildungstagung am 28. April 1979**

Theme: Aktuelle Arthrosenprobleme in der Praxis, Pathophysiologie, Diagnostik, konservative und rheuma-orthopädische Therapie

Beginn: 9.00 Uhr – Ende: 17.00 Uhr

Teilnehmerkarte: DM 20,- vor Beginn der Tagung im Tagungsbüro erhältlich

Letzter Anmeldetermin: 18. April 1979

(Fortsetzung Seite 75)

### '79: Geld ist alle Sorgfalt wert

Sie dürfen sich nicht damit abfinden, haben es aber zur Zeit hinzunehmen: Höchstbezahlte Funktionäre ohne Qualifikationsnachweis wie Beweis für ihre Aufgaben kritisieren den Umfang Ihrer ärztlichen Anstrengungen am Patienten als zu hoch. Obwohl der Wert Ihres Einkommens nach nachweisbar fachlich gerechtem Ausbildungsgang und staatlichen Prüfungen weit unter dem Ihrer bestenfalls angelernten Kritiker liegt, wird er von jenen bestritten, die mehr zufällig aufgrund des richtigen Parteilbuches in höchste Staatsämter katalpultiert wurden, ohne nach ihren Fähigkeiten in der Sache dafür zuständig zu sein.

Ihr Vorteil als Arzt: Auf Ihre Leistung ist nicht zu verzichten. Sie unterliegen nicht, wie Ihre Kontrahenten aus dem politischen Bereich, einem spektakulären Erfolgszwang. Ihr Handikap: Ein perfektionierter Versorgungsapparat wie allen Angehörigen des öffentlichen Dienstes steht Ihnen nicht zur Verfügung. Sie haben vielmehr danach zu trachten, optimale Anlage-Ergebnisse mit Ihren Rücklagen zu erzielen und damit zusätzliche Vorsorge-Vorkehrungen zu treiben.

Zum Jahreswechsel werden wieder Zinsgutschriften und auch Auszahlungen einzelner Papiere fällig. Nach dem Überblick über die restlichen finanziellen Verpflichtungen des Jahres steht vielleicht auch aus dem laufenden Einkommen ein Anlagebetrag zur Verfügung. Alle Mittel sollten umgehend ertragbringend untergebracht werden.

Nicht wenige Kapitalmarkt-Experten erwarten in diesem Jahr einen Zinsanstieg. Man spricht zur Zeit von siebeneinhalb Prozent. Engagieren Sie sich also zunächst in festverzinslichen Wertpapieren nur mit kürzeren Laufzeiten und wählen Sie Niedrigverzinsliche mit hohem Disagio, denn die Differenz zwischen niedrigem Kurs und Nennwert wird Ihnen bei Fälligkeit steuerfrei zugestanden.

Der Aktienmarkt bietet immer wieder Papiere mit hoher Rendite und

zusätzlich die Aussicht auf Kurssteigerungen. Kursgewinne dürfen Sie von sechs Monaten nach dem Aktienkauf an steuerfrei kassieren. Wählen Sie aber stets so viele Aktien, daß die Spesenbelastung über der Mindesthöhe liegt, sonst werden Ihre Gebühren relativ zu hoch.

Entscheidend kommt es bei allen Anlagen darauf an, die Erträge wiederum ertragbringend anzulegen, sobald sie anfallen. Achten Sie also darauf: wenn Ihnen in Ihrem Bankauszug Zinsen und Dividenden gutgeschrieben werden, sollten Sie deren Anlage sofort anordnen.

Investmentgesellschaften nehmen Ihnen die Auswahl unter den Aktien, Umschichtungen je nach Marktentwicklung und auch die Wiederanlage der Erträge automatisch ab, wenn Sie einen sogenannten Aufbauplan abschließen. Darauf können Sie Beträge regelmäßig wie unregelmäßig überweisen oder da auch eine Zeitlang gar keine Neuanlagen machen.

Bei der Auswahl unter den offenen Immobilienfonds sollten Sie darauf achten, daß die Fonds Ihrer Wahl immer wieder neue Objekte zur Anlage des ihnen laufend zufließenden Geldes finden. Das ist zur Zeit gar nicht so einfach, aber wenn Sie Anteile an Immobilienbesitz erwerben wollen, dann sollte auch dieser Gegenwart geschaffen werden.

Immobilienwerb für den Eigenbedarf bleibt ratsam, weil die Baupreise und die Forderungen für Grundstücke weiter steigen werden. Für die Finanzierung müssen Sie sich Zeit zur Maßarbeit nach Ihren individuellen Prämissen lassen.

Gold sollte man zur Zeit nicht für mehr als 170 bis 180 US-Dollar für die Troy-Unze kaufen, heißt es. Mit sinkendem Dollar dürfte der Goldpreis erneut ansteigen, und nach meiner persönlichen Meinung hat die US-Währung ihre Krise noch nicht ausgestanden. Hochspekulativ mit starken Schwankungen auf wie abwärts bietet sich schließlich noch ein in den USA amtlich registrierter Rohstoff-Fonds an.

Horst Beloch

### Ungelernt am Hobel

*Bundesfinanzbuchhalter Matthöfer versäumt die Gelegenheit seiner erneuten Umschulung auf dem zweiten Bildungsweg der Kabinettszugehörigkeit auf Wähler-Kosten. Er hat die Gelegenheit eines Nachhilfeunterrichts während der Debatten über die Steueränderungen '79 versäumt.*

*So steht er mit den Grundlagen der Einkommenbesteuerung noch immer fest auf dem linken Kriegsfuß. Anders ist seine Absicht nicht zu erklären, die acht Jahre lang erhöhten Abschreibungen durch Bauherren und Käufer von Häusern und Eigentumswohnungen prozentual vom Einkommen nicht mehr zuzulassen. Sie sollen durch staatliche Zuschüsse an diesen Personenkreis ersetzt werden.*

*Matthöfers Vorbild: Die Ablösung der Kinderfreibeträge durch das Kindergeld. Wer als Höherverdiener relativ höher zur Staatskasse gezwungen wird, soll durch solche begünstigende Tatbestände nicht — wie es nach der Steuerprogression nur logisch wäre — am Steuersatz orientierte, sondern lediglich einheitliche absolute Steuerminderungen geltend machen können. Matthöfer will gegen die verhältnismäßig stärkere Steuerbelastung Höherverdienender die relativ geringere Entlastung durch den Einheitsbetrag setzen.*

*Minister sollen Sach- durch politischen Verstand ersetzen. Anders wäre die Besetzung höchster fachlich bestimmter Staatsämter durch Laien nicht glaubhaft zu machen.*

*Matthöfer will — kundig oder unkundig — gegen die Grundlagen der Einkommenbesteuerung verstoßen. So bietet er nicht allein an seiner sachlichen, sondern auch an seiner politischen Kompetenz Grund zu stärkstem Zweifel.*

Prosper

### Kurz über Geld

ANLEIHEN IN DÄNENKRONEN bringen jetzt rund 17 Prozent. So dürfte selbst die Gefahr erneuter Abwertung Dänenkrone gegen DMark überkompensiert sein.

100 PROZENT-BAUFINANZIERUNG muß über gesamten Zahlungszeitraum hin einer herkömmlichen Finanzierung gegenübergestellt werden, bevor sie abgeschlossen wird. UNBEGRENZTE DECKUNG bietet jetzt eine Kraftfahrzeug-Haftpflichtversicherung.

## 5. Sonographie

Stiftsklinik Augustinum  
Direktor: Professor Dr. D. Michel  
**Einführungs- und Fortbildungskurs für Sonographie am 14./15. September 1979**  
Leitung: Oberarzt Dr. W. Zimmermann  
Stiftsbogen 74, 8000 München 70  
Kursgebühr: DM 40,—  
Letzter Anmeldetermin: 4. September 1979

## 6. Phonokardlographie

Stiftsklinik Augustinum, München  
Direktor: Professor Dr. D. Michel  
**Fortbildungskurs für Phonokardlographie Teil I am 30./31. März 1979 und nochmals am 26./27. Oktober 1979**  
Beginn: Freitag, 9.15 Uhr — Ende: Samstag, 12.00 Uhr  
Stiftsbogen 74, 8000 München 70  
Kursgebühr: DM 40,—  
Letzter Anmeldetermin: jeweils 10 Tage vor Kursbeginn

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

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

**am 18. Januar 1979 in München**

Thema: Arbeitsanalytische Betrachtungen von Bildschirm-Arbeitsplätzen mit Diskussions-Beitrag aus der betriebsärztlichen Praxis

Dr. R. Seifert, München

Zeit und Ort: 8.15 Uhr — Kleiner Hörsaal der Medizinischen Klinik Innenstadt, Ziemssenstraße 1/II (Zimmer 251), München 2

## Weiterbildungskurs

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

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

**Donnerstag, 11. Januar 1979**

16.00 — 18.00 Uhr:  
Spezielle gutachterliche Formularanfragen — Klinische Demonstrationen

**Donnerstag, 18. Januar 1979**

16.00 — 18.00 Uhr:  
Klinische Aspekte bei der subjektiven Refraktionsbestimmung — Klinische Demonstrationen

**Donnerstag, 1. Februar 1979**

16.00 — 18.00 Uhr:  
Die feingewebliche Untersuchung: Technik und Indikation — Fotodokumentation — Klinische Demonstrationen

**Donnerstag, 22. Februar 1979**

16.00 — 18.00 Uhr:  
Orthoptik: Binokularuntersuchungen, konservative Therapie — Klinische Demonstrationen

## Fortbildungsprogramm des Ärztlichen Kreisverbandes Fürth 1979

**17. Januar 1979**

Therapie häufiger interner Notfälle in der Praxis  
Privatdozent Dr. O. Bartels, Erlangen

**21. Februar 1979**

Moderne Aspekte der medikamentösen Ulkustherapie  
Privatdozent Dr. W. Domschke, Erlangen

**21. März 1979**

Die Behandlung klimakterischer Beschwerden in der Praxis  
Professor Dr. G. Döring, München

**25. April 1979**

Therapeutische Möglichkeiten und Grenzen der Behandlung mit Beta-Blockern  
Privatdozent Dr. Dietz, Würzburg

**16. Mai 1979**

Elektrolyte und Herzmedikation  
Professor Dr. L. Lossnitzer, Sulzbach

**20. Juni 1979**

Das bronchitische Syndrom  
Privatdozent Dr. G. Siemon, Donaustauf

**19. September 1979**

Besonderheiten des Altersherzens  
Professor Dr. R. Heinecker, Kassel

**14. November 1979**

Rehabilitation in der Geriatrie  
Dr. E. Volles, Seesen-Schildautal

**12. Dezember 1979**

Degenerative Formen der rheumatischen Erkrankungen  
Professor Dr. Mathies, Bad Abbach

## Fortbildungstagungen der Bundesärztekammer

24. bis 27. Januar 1979 in Köln:

III. Interdisziplinäres Forum „Fortschritt und Fortbildung in der Medizin“

11. bis 24. März 1979 in Badgastein:

Thema: Der Mensch ist so alt wie seine Blutgefäße

12. bis 24. März 1979 in Davos:

Thema: Der Mensch ist so alt wie seine Blutgefäße

9. bis 21. April 1979 in Meran:

Thema: Stoffwechselfragen in der Praxis

14. bis 19. Mai 1979 in Nürnberg:

82. Deutscher Ärztetag mit Filmfortbildungsprogramm

2. bis 16. Juni 1979 in Grado:

Thema: Die Sinnesorgane und ihre Erkrankungen in der Allgemein- und Fachpraxis

23. Juli bis 4. August 1979 in Davos:

Thema: Prävention, Diagnostik, Therapie, Rehabilitation

19. August bis 1. September 1979 in Greda:

Thema: Rationelle Diagnostik und Therapie in der ärztlichen Praxis

27. August bis 8. September 1979 in Meran:

Thema: Pharmakotherapeutische Aspekte der Sexualhormone, ihrer Stimulatoren und Inhibitoren

21. bis 23. September 1979 in Augsburg:

VIII. Zentralkongress für Medizinische Assistenzberufe

Auskunft und Anmeldung:

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

Die Sterbefälle nach Todesursachen in Bayern im Monat Juli 1978

| Nr. der ICD 1968 <sup>1)</sup> | Todesursachen   | Sterbefälle        |       |       |
|--------------------------------|---|--------------------|-------|-------|
|                                |   | 1977               |       | 1978  |
|                                |   | Monatsdurchschnitt | Juli  | Juli  |
| 000-136                        | Infektiöse und parasitäre Krankheiten . . . . .   | 82                 | 83    | 63    |
|                                | derunter  |                    |       |       |
| 010-019                        | Tuberkulose insgesamt . . . . .   | 51                 | 51    | 33    |
| 140-199                        | Bösartige Neubildungen . . . . .  | 2 122              | 2 085 | 2 131 |
|                                | derunter  |                    |       |       |
| 151                            | des Magens . . . . .  | 382                | 354   | 378   |
| 160-163                        | der Atmungsorgane . . . . .   | 317                | 291   | 325   |
| 174                            | der Brustdrüse . . . . .  | 157                | 148   | 161   |
| 180-182                        | der Gebärmutter . . . . .   | 86                 | 82    | 79    |
| 185                            | der Prostata . . . . .  | 106                | 103   | 108   |
| 200-209                        | Neubildungen der lymphatischen und blutbildenden Organe . . . . .   | 127                | 123   | 130   |
| 210-239                        | Gutartige Neubildungen und Neubildungen unbekanntes Charakters  | 140                | 140   | 158   |
| 240-279                        | Störungen der Drüsen mit innerer Sekretion, Ernährungs- und Stoffwechselkrankheiten . . . . .               | 407                | 407   | 363   |
|                                | darunter  |                    |       |       |
| 250                            | Diabetes mellitus . . . . .   | 340                | 342   | 313   |
| 280-289                        | Krankheiten des Blutes und der blutbildenden Organe . . . . .   | 19                 | 26    | 10    |
| 290-389                        | Seelische Störungen, Krankheiten des Nervensystems und der Sinnesorgane . . . . .                           | 184                | 175   | 174   |
|                                | derunter  |                    |       |       |
| 290                            | senile und präsenile Demenz . . . . .   | 5                  | 3     | 1     |
| 390-458                        | Krankheiten des Kreislaufsystems . . . . .  | 4 351              | 3 784 | 4 297 |
|                                | darunter  |                    |       |       |
| 410                            | ekuter Herzmuskelinfarkt . . . . .  | 911                | 817   | 922   |
| 411-414                        | sonstige ischämische Herzkrenkheiten . . . . .  | 803                | 704   | 743   |
| 425, 428                       | chronische nichtrheumatische Herzmuskelkrenkheiten . . . . .  | 549                | 396   | 590   |
| 429                            | mangelhaft bezeichnete Herzkrenkheiten . . . . .  | 22                 | 20    | 19    |
| 430-438, 400.2                 | Hirngefäßkrenkheiten . . . . .  | 1 368              | 1 205 | 1 318 |
| 460-519                        | Krankheiten der Atmungsorgane . . . . .   | 648                | 544   | 602   |
|                                | derunter  |                    |       |       |
| 470-474                        | Grippe . . . . .  | 17                 | 3     | 5     |
| 480-486                        | Pneumonie . . . . .   | 231                | 205   | 256   |
| 466, 490, 491                  | Bronchitis . . . . .  | 194                | 151   | 170   |
| 520-577                        | Krenkheiten der Verdauungsorgane . . . . .  | 569                | 573   | 508   |
|                                | derunter  |                    |       |       |
| 531, 532                       | Magen- und Zwölffingerdarmgeschwür . . . . .  | 48                 | 49    | 38    |
| 560                            | Darmverschluß ohne Angabe eines Eingeweldebruchs . . . . .  | 32                 | 25    | 27    |
| 571                            | Leberzirrhose . . . . .   | 225                | 212   | 222   |
| 570, 572-576                   | sonstige Krenkheiten der Leber, Gallenblase und der Gallengänge   | 110                | 116   | 100   |
| 577                            | Krenkheiten der Bauchspeicheldrüse . . . . .  | 30                 | 34    | 33    |
| 580-629                        | Krenkheiten der Harn- und Geschlechtsorgane . . . . .   | 203                | 194   | 214   |
|                                | derunter  |                    |       |       |
| 580-584                        | Nephritis und Nephrose . . . . .  | 31                 | 29    | 32    |
| 600                            | Prostatehypertrophie . . . . .  | 31                 | 31    | 29    |
| 630-678                        | Komplikationen in der Schwangerschaft, bei Entbindung und im Wochenbett . . . . .                           | 3                  | 3     | 1     |
| 680-738                        | Krankheiten der Haut und des Unterhautzellgewebes, des Skeletts, der Muskeln und des Bindegewebes . . . . . | 47                 | 49    | 31    |
| 740-759                        | Angeborene Mißbildungen . . . . .   | 44                 | 48    | 34    |
| 760-779                        | Bestimmte Ursachen der perinatalen Sterblichkeit . . . . .  | 76                 | 91    | 62    |
| 780-796                        | Symptome und mangelhaft bezeichnete Todesursachen . . . . .   | 262                | 231   | 250   |
|                                | derunter  |                    |       |       |
| 794                            | Altersschwäche ohne Angabe von Psychose . . . . .   | 61                 | 47    | 41    |
| 800-949                        | Unfälle und Vergiftungen . . . . .  | 536                | 593   | 577   |
|                                | darunter  |                    |       |       |
| 810-823                        | Kraftfahrzeug-Unfälle innerhalb und außerhalb des Verkehrs . . . . .  | 264                | 300   | 336   |
| 850-877                        | Vergiftungen . . . . .  | 5                  | 7     | 6     |
| 880-887                        | Unfälle durch Sturz . . . . .   | 184                | 169   | 137   |
| 950-959                        | Selbstmord und Selbstbeschädigung . . . . .   | 201                | 185   | 222   |
| 960-999                        | Mord, Totschlag und sonstige Gewalteinwirkungen . . . . .   | 21                 | 27    | 24    |
|                                | Sterbefälle insgesamt   | 10 041             | 9 361 | 9 851 |

<sup>1)</sup> ICD: Internationale Klassifikation der Krankheiten, Verletzungen und Todesursachen  
 Mitteilung des Bayerischen Statistischen Landesamtes aus den Ergebnissen der Todesursachenstatistik. Diese stützt sich auf die Angaben über die Todesursache, die der Leichenschauarzt in der Todesbescheinigung macht. Aus ihnen wird nach von der Weltgesundheitsorganisation empfohlenen Regeln das sogenannte Grundleiden, das am Beginn einer zum Tode führenden „Kausalkette“ steht, berücksichtigt.

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

(Zusammengestellt aufgrund der Wochenmeldungen)

Die Zahl der Selmonellose-Erkrankungen ging im Oktober erstmals nach dem sommerlichen Morbiditätsgipfel wieder zurück, und zwar je 100 000 Einwohner von 92 im September auf 76, jeweils auf ein Jahr umgerechnet. Dagegen stieg die Meldeziffer von Erkrankungen an Hepatitis infectiosa (übertragbare Le-

berentzündung) von 27 im Vormonat auf 39 im Oktober, jeweils auf 100 000 Einwohner. Auch die Ziffer der Ruhrerkrankungen lag im Berichtsmonat etwas über dem langjährigen Durchschnitt.

Nach einem sommerlichen Tiefstand im August und September nahm im Be-

richtsmonat die Zahl der gemeldeten Scharlacherkrankungen wieder zu; die Erkrankungsziffer stieg von 13 auf 32 je 100 000 Einwohner. Die Häufigkeit von Erkrankungen an übertragbarer Hirnhautentzündung veränderte sich im Oktober gegenüber dem Vormonat nur geringfügig.

### Neuerkrankungen und Sterbefälle in der Zeit vom 2. Oktober bis 29. Oktober 1978 (vorläufiges Ergebnis)

| Gebiet        | 1          |     | 2         |    | 3               |    | 4                  |    | 5                     |    | 6                |    | 7                  |    | 8                  |    | 9                                  |    | 10                   |    | 11            |    | 12         |    |
|---------------|------------|-----|-----------|----|-----------------|----|--------------------|----|-----------------------|----|------------------|----|--------------------|----|--------------------|----|------------------------------------|----|----------------------|----|---------------|----|------------|----|
|               | Diphtheria |     | Scharlach |    | Kinderlähmung   |    | Übertragbare       |    |                       |    | Gehirnentzündung |    | Typhus abdominalis |    | Paratyphus A und B |    | Bakterielle Ruhr (ohne Amöbenruhr) |    | Enteritis infectiosa |    |               |    | Botulismus |    |
|               |            |     |           |    |                 |    | Hirnhautentzündung |    | Meningokokkmeningitis |    |                  |    |                    |    |                    |    |                                    |    | übrige Formen        |    | Salmoneillose |    |            |    |
|               | 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    | —          | —   | 123       | —  | —               | —  | 1                  | —  | 20                    | —  | —                | —  | 4                  | —  | 3                  | —  | 26                                 | —  | 217                  | 1  | —             | —  | —          | —  |
| Niederbayern  | —          | —   | 16        | —  | —               | —  | 1                  | —  | 5                     | —  | —                | —  | —                  | —  | —                  | —  | —                                  | —  | 40                   | —  | —             | —  | —          | —  |
| Oberpfalz     | —          | —   | 11        | —  | —               | —  | 2                  | —  | 9                     | —  | 1                | —  | —                  | —  | —                  | —  | 2                                  | —  | 79                   | —  | —             | —  | —          | —  |
| Oberfranken   | —          | —   | 25        | —  | 1 <sup>4)</sup> | —  | —                  | —  | 10                    | —  | 2                | —  | —                  | —  | —                  | —  | 3                                  | —  | 37                   | —  | 4             | —  | —          | —  |
| Mittelfranken | —          | —   | 25        | 1  | —               | —  | —                  | —  | 4                     | —  | —                | —  | 1                  | —  | 1                  | —  | 42                                 | —  | 132                  | —  | —             | —  | —          | —  |
| Unterfranken  | —          | —   | 20        | —  | —               | —  | 1                  | —  | 8                     | —  | —                | —  | 1                  | —  | —                  | —  | 1                                  | —  | 60                   | —  | 2             | —  | —          | —  |
| Schwaben      | —          | —   | 49        | —  | —               | —  | 3                  | 1  | 5                     | —  | —                | —  | 1                  | —  | —                  | —  | 7                                  | —  | 71                   | 1  | 21            | —  | —          | —  |
| Bayern        | —          | —   | 269       | 1  | 1 <sup>4)</sup> | —  | 8                  | 1  | 61                    | —  | 3                | —  | 7                  | —  | 4                  | —  | 81                                 | —  | 636                  | 2  | 27            | —  | —          | —  |
| München       | —          | —   | 61        | —  | —               | —  | 1                  | —  | 10                    | —  | —                | —  | 1                  | —  | 1                  | —  | 11                                 | —  | 71                   | —  | —             | —  | —          | —  |
| Nürnberg      | —          | —   | 5         | —  | —               | —  | —                  | —  | 2                     | —  | —                | —  | —                  | —  | —                  | —  | —                                  | —  | 10                   | —  | —             | —  | —          | —  |
| Augsburg      | —          | —   | 5         | —  | —               | —  | 2                  | 1  | —                     | —  | —                | —  | —                  | —  | —                  | —  | —                                  | —  | 7                    | —  | —             | —  | —          | —  |
| Regensburg    | —          | —   | —         | —  | —               | —  | —                  | —  | —                     | —  | —                | —  | —                  | —  | —                  | —  | 1                                  | —  | 4                    | —  | —             | —  | —          | —  |
| Würzburg      | —          | —   | 2         | —  | —               | —  | —                  | —  | —                     | —  | —                | —  | —                  | —  | —                  | —  | —                                  | —  | 20                   | —  | 1             | —  | —          | —  |
| Fürth         | —          | —   | 3         | 1  | —               | —  | —                  | —  | —                     | —  | —                | —  | 1                  | —  | —                  | —  | —                                  | —  | 5                    | —  | —             | —  | —          | —  |
| Erlangen      | —          | —   | 3         | —  | —               | —  | —                  | —  | —                     | —  | —                | —  | —                  | —  | —                  | —  | 36                                 | —  | 18                   | —  | —             | —  | —          | —  |

| Gebiet        | 13                   |    | 14         |    | 15            |    | 16            |    | 17                         |    | 18                           |    | 19                 |    | 20            |    | 21              |    | 22                                       |    | 23 |    | 24 |    |
|---------------|----------------------|----|------------|----|---------------|----|---------------|----|----------------------------|----|------------------------------|----|--------------------|----|---------------|----|-----------------|----|--|----|----|----|----|----|
|               | Hepatitis infectiosa |    | Ornithose  |    |               |    | Mikrosporidie |    | Brucellose (übrige Formen) |    | Leptospirose (übrige Formen) |    | Malaria Erkrankung |    | Toxoplasmosis |    | Wundstarrkrampf |    | Verdachtsfälle von Tollwut <sup>2)</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    | 113                  | 1  | —          | —  | —             | —  | 2             | —  | —                          | —  | —                            | —  | —                  | —  | 3             | —  | 1               | —  | —  | —  | —  | —  | —  | 7  |
| Niederbayern  | 22                   | —  | 1          | —  | —             | —  | —             | —  | —                          | —  | —                            | —  | —                  | —  | —             | —  | 1               | —  | —  | —  | —  | —  | —  | 2  |
| Oberpfalz     | 20                   | 1  | —          | —  | —             | —  | —             | —  | —                          | —  | —                            | —  | —                  | —  | —             | —  | —               | —  | —  | —  | —  | —  | —  | 4  |
| Oberfranken   | 31                   | —  | —          | —  | —             | —  | —             | —  | —                          | —  | —                            | —  | —                  | —  | 2             | —  | —               | —  | —  | —  | —  | —  | —  | 1  |
| Mittelfranken | 43                   | —  | —          | —  | —             | —  | —             | —  | —                          | —  | —                            | —  | 1                  | —  | —             | —  | —               | —  | —  | —  | —  | —  | —  | 2  |
| Unterfranken  | 40                   | —  | —          | —  | —             | —  | —             | —  | —                          | —  | —                            | —  | —                  | —  | 1             | —  | —               | —  | —  | —  | —  | —  | —  | —  |
| Schwaben      | 58                   | —  | —          | —  | —             | —  | 1             | —  | 1                          | —  | 1                            | —  | —                  | —  | —             | —  | —               | —  | —  | —  | —  | —  | —  | 5  |
| Bayern        | 327                  | 2  | 1          | —  | —             | —  | 3             | —  | 1                          | —  | 1                            | —  | 1                  | —  | 6             | —  | 2               | —  | —  | —  | —  | —  | —  | 21 |
| München       | 51                   | 1  | —          | —  | —             | —  | 2             | —  | —                          | —  | —                            | —  | —                  | —  | 2             | —  | —               | —  | —  | —  | —  | —  | —  | —  |
| Nürnberg      | 16                   | —  | —          | —  | —             | —  | —             | —  | —                          | —  | —                            | —  | —                  | —  | —             | —  | —               | —  | —  | —  | —  | —  | —  | 1  |
| Augsburg      | 17                   | —  | —          | —  | —             | —  | —             | —  | —                          | —  | —                            | 1  | —                  | —  | —             | —  | —               | —  | —  | —  | —  | —  | —  | 4  |
| Regensburg    | 4                    | —  | —          | —  | —             | —  | —             | —  | —                          | —  | —                            | —  | —                  | —  | —             | —  | —               | —  | —  | —  | —  | —  | —  | —  |
| Würzburg      | 5                    | —  | —          | —  | —             | —  | —             | —  | —                          | —  | —                            | —  | —                  | —  | —             | —  | —               | —  | —  | —  | —  | —  | —  | —  |
| Fürth         | 5                    | —  | —          | —  | —             | —  | —             | —  | —                          | —  | —                            | —  | —                  | —  | —             | —  | —               | —  | —  | —  | —  | —  | —  | —  |
| Erlangen      | 4                    | —  | —          | —  | —             | —  | —             | —  | —                          | —  | —                            | —  | —                  | —  | —             | —  | —               | —  | —  | —  | —  | —  | —  | —  |

\*) Bericht des Bayerischen Statistischen Landesamtes.

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

2) „ST“ = Sterbefälle.

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

4) Infiziert im Ausland.

## Schnell informiert

### Lahrkrenkenheus Sternberg

Das Kreiskrankenhaus Sternberg wird Lehrkrenkenheus das Fachbereiches Medizin der Universität München. Ein entsprechender Vertrag wurde am 24. Oktober 1978 in Sternberg unterzeichnet. In Sternberg werden zunächst 16, später voraussichtlich 24 Ausbildungsplätze für Studenten der Medizin im dritten, dem sogenannten praktischen Studienabschnitt zur Verfügung stehen, und zwar acht für Chirurgie und acht in den sogenannten freien Fächern. Später sollen noch acht Plätze in Innerer Medizin hinzukommen.

Das Lehrkrenkenhaus Sternberg ist das fünfte Lehrkrenkenhaus der Universität München. Bisher wurden Verträge für die Augsburger Krankenanstalten, das Städtische Krankenhaus München-Schwabing und für die Städtischen Krankenhäuser in Landshut und in Ingolstadt abgeschlossen.

In Kürze sind Vertragsabschlüsse mit dem Bezirkskrankenhaus Haar und den Münchener Städtischen Krankenhäusern Herlaching und Neuperlach zu erwarten, in denen der Lehrbetrieb bereits aufgenommen wurde.

### Broschüren des Zentralinstituts für die kassenärztliche Versorgung in der Bundesrepublik Deutschland

#### Band 4 – Niederlassungsservice:

##### „Empfehlungen zur rationalen Ausstattung der Arztpraxis“

Dieser Band ist die rationale Ausstattung der Arztpraxis gewidmet (ausgenommen Labor; vgl. hierzu Band 5). Das Zentralinstitut als Herausgeber weist nachdrücklich darauf hin, daß diese Broschüre eine Orientierungs- und Entscheidungshilfe sein soll, nicht jedoch eine starre Fixierung von Normen oder Standards. Sie ist als eine Checkliste gedacht – ohne Anspruch auf Vollständigkeit und ohne verpflichtenden Charakter –, anhand derer der Arzt die eigenen Wünsche und Vorstellungen und ebenso die ihm offerierten Angebote prüfen kann. Eine zweckmäßige und wirtschaftliche Ausstattung der Praxis ist heute mehr denn je notwendig. Insofern wird dieses Heft sicherlich auch für den bereits niedergelegenen Arzt nützlich sein.

#### Band 11 – Wissenschaftliche Reihe:

##### „Bedarf und Planung im Gesundheitswesen“

Die Herausgeber dieses Bandes, Ingar Brüggemann (WHO), Detlef Schwela (Zentralinstitut) und Harbert Zöllner (WHO), verfügen alle über langjährige theoretische und praktische Erfahrung auf dem Gebiet der Planung im Gesundheitswesen. Das Zentralinstitut wollte mit dieser internationalen Herausgeberschaft zugleich eine Brücke schlagen zwischen den nationalen Planungsbestrebungen und den Bemühungen und dem Erkenntnisstand der Weltgesundheitsorganisation.

Die Herausgeber haben in einem einleitenden Aufsatz die wesentlichsten in dieser Sammlung enthaltenen Argumente zusammengelaßt und darüber hinaus die Bedarfsplanung in den ihr gebührenden Zusammenhang gestellt zu Fragen über Indikatoren des Gesundheitszustands, der Effektivitäts- und Effizienzmessung und der Qualitätssicherung. Eine am Bedarf orientierte Planung im Gesundheitswesen kann sich nicht nur auf die regionale Verteilung der Ärzte beschrän-

kan. Bei der Ausweitung des Blickwinkels auf Probleme der Effizienz, Effektivität, Qualität und Chancengleichheit wird allerdings zugleich auch deutlich, daß Planung ihre Grenzen hat und bestenfalls nur Bedingungen schaffen kann, damit den hendeinenden Personen im Gesundheitswesen, Ärzten wie Patienten, angesichts der zunehmend begrenzten Mittel dennoch ein notwendiger Freiraum bleibt zu eigenverantwortlichem und auf den konkreten Einzelfall zugeschnittenem Handeln. Planung darf nicht mißverstanden werden als die bürokratische Vorherbestimmung jeder möglichen auftretenden Einzelregel.

#### Band 13 – Niederlassungsservice:

##### „Die ärztliche Gruppenpraxis“

Dieser Band beschäftigt sich mit der Frage der gemeinschaftlichen ärztlichen Berufsausübung in freier Niederlassung. Er liegt nunmehr in zweiter völlig überarbeiteter Auflage vor. Dabei haben die Autoren versucht, die Erfahrungen im Gebrauch des bisherigen Ratgebers einzuarbeiten. Insbesondere wurde auch das statistische Material zum Thema auf den neuesten Stand gebracht.

Der Begriff „Gruppenpraxis“ steht dabei für sehr verschiedene rechtliche und organisatorische Formen der kooperativen Praxisausübung, so für Gemeinschaftspraxis, Praxisgemeinschaften und Laborzusammenschlüsse. Letzteren ist ein eigener Band der Reihe „Niederlassungsservice“ gewidmet (Band 6), sie sind deshalb in dem vorliegenden Heft ausgeklammert.

### Zwanzig Jahre Plastische Chirurgie im Klinikum rechts der Isar der Technischen Universität München

Die Abteilung für Plastische Chirurgie im Klinikum rechts der Isar der Technischen Universität München konnte auf ihr 20jähriges Bestehen zurückblicken.

1958, aus bescheidensten Anfängen heraus gegründet, entwickelte sich die Plastische Chirurgie unter Leitung von Professor Dr. Ursula Schmidt-Tintemann zu einer hochmodernen Abteilung, die das gesamte Spektrum dieses Faches bewältigt. Die Aufgaben reichen von der chirurgischen Versorgung lebensbedrohlicher Verbrennungen über die Korrektur angeborener Mißbildungen bis zur Replantation total abgetrennter Gliedmaßen. Während vor 20 Jahren 200 Patienten stationär behandelt wurden, waren es 1978 bislang 1430 Patienten. Die Zahl der Operationen klammerte sich von 680 im Jahre 1967 auf 2145 im Jahre 1977. Die spezielle chirurgische Technik einer möglichst schonenden und spurlosen Verpflanzung oder Verlagerung von Gewebe wird längst auch dort verlangt, wo sie primär nichts mehr mit der Funktion der äußeren Erscheinung zu tun hat. Neben dieser praktischen Arbeit entwickelte sich unter allen Mitarbeitern der Abteilung auch eine intensive wissenschaftliche Tätigkeit, mit der sie sich international einen Namen machen konnte.

### Bayerische Ärzteversorgung

Der Bericht der Bayerischen Ärzteversorgung über das Geschäftsjahr 1977 wurde vom Landesausschuß des Versorgungswerkes in seiner Sitzung am 2. Dezember 1978 ausführlich diskutiert und angenommen.

Ein Exemplar des Geschäftsberichtes wird auf Wunsch jedem Mitglied gerne übersandt.

## **Internisten**

## **Nervenärzte**

## **Allgemeinärzte**

mit Interesse an Sozialmedizin und Psychotherapie

## **Ärzte**

in fachärztlicher Weiterbildung

die Interesse an einem verhaltenstherapeutischen Behandlungsprogramm für Abhängigkeitskranke (Alkohol und Medikamente) haben, finden in der **Fachklinik Furth im Wald** eine verantwortungsvolle Aufgabe mit guten Entwicklungschancen.

### **Die Ausstattung:**

Labor, Röntgen, EKG, Phonokardiographie, Ergometrie, Endoskopie. Balneologische Abteilung mit allen Anwendungsbereichen. Alle räumlichen und technischen Einrichtungen für Einzel-, Partner- und Gruppentherapie.

Schwimmbad, Seuna, Gymnastikhalle, Kegelbahn. Freizeiträume mit Werkstätten für Holz-, Metall- und Tonerbeiten.

### **Des Weiterbildungsangebot:**

Der Leitende Arzt hat eine einjährige Weiterbildungsermächtigung für Innere Medizin, die auch auf die Weiterbildung zum Nervenarzt anerkannt wird. Ausbildung in Verhaltenstherapie (Methoden, praktische Mitarbeit und Supervision). Mitarbeit an wissenschaftlichen Publikationen. Vergabe von Dissertationsmöglichkeiten.

### **Die Konditionen:**

Leistungsorientierte Bezahlung. Bereitschaftsdienstvergütung. Umfangreiche Sozialleistungen. 13. Monatsgehalt (Erstattung des Weihnachtsgeldes bei Verlust durch Stellenwechsel). Umzugsvergütung und Hilfe bei der Wohnraumbeschaffung.

### **Die Lage:**

Die hübsche Stadt Furth i. Wald ist umgeben von den Naturperks des Bayerischen Waldes und bietet im Winter und Sommer viele Sport- und Unterhaltungsmöglichkeiten. Regensburg liegt eine Autostunde entfernt.

In dem therapeutischen Team arbeiten Ärzte, Beschäftigungstherapeuten, Gruppentherapeuten, Psychologen, Sozialerbeiter und Pflegepersonal mit. Das Programm wird wissenschaftlich kontrolliert und weiterentwickelt. Wenden Sie sich bitte an den Leitenden Arzt, Dr. med. Volker Peikert,

## **Fachklinik Furth im Wald**

Elchertweg 37 - 8492 Furth i. Wald  
Telefon (0 99 73) 90 51 - 55

## **Patientenorientiert arbeiten**

in einem interdisziplinären Team –  
Zeit haben für Gespräche  
mit dem einzelnen Patienten –  
ein Behandlungsprogramm, das auf die  
somatischen, psychischen und sozialen  
Bedingungen und Beziehungen  
von Erkrankungen eingeht –  
einen fortschrittlichen und unbürokratischen Träger  
im Rücken, der wirksame und am ganzen  
Menschen orientierte Therapien fördert –  
in überschaubaren und modernen Fachkliniken  
mit einem guten therapeutischen Klima  
wirkungsvolle Arbeit leisten.  
Um dies durchzusetzen und fortzuschreiben,  
brauchen wir noch engagierte und  
verantwortungsbewußte ärztliche Mitarbeiter,  
die an neuen, anspruchsvollen Aufgaben  
interessiert sind.

## **ÄRZTE FÜR NEUROLOGIE UND PSYCHIATRIE ÄRZTE FÜR INNERE MEDIZIN ALLGEMEINÄRZTE STATIONS- UND ASSISTENZÄRZTE**

Die Aufgabenbereiche gliedern sich in die  
gesamtiinternistisch-psychosomatische  
Behandlung von organisch Schwerverkranken,  
die Behandlung von funktionellen psychosomatischen Störungen, Neurosen und  
psychischen Erkrankungen und die Behandlung  
von Abhängigkeitskrankheiten einschließlich  
der Begleit- und Folgeerscheinungen.

Von den überwiegend sozialversicherten  
Patienten wird eine aktive Teilnahme an dem  
intensiven Therapieprogramm erwartet, um so  
ein hohes Verantwortungsgefühl für die eigene  
Gesundheit zu erreichen und eine schnelle  
Genesung zu fördern.

Die Fachkliniken bestehen aus einem voll-  
stationären Beobachtungs- und Intensivbereich,  
einem semistationären Wohngruppenbereich  
für die Psycho- und Sozialtherapie und einem  
Bereich mit allen zentralen Dienstleistungen.  
Die Häuser liegen in landschaftlich sehr schönen  
Gegenden im Süden, Südwesten und Westen  
des Bundesgebietes. Größere Städte sind gut  
erreichbar, weiterführende Schulen befinden sich  
am Ort.

Die Konditionen entsprechen den hohen  
Anforderungen an Persönlichkeit und Einsatz-  
bereitschaft. Weitere Einzelheiten – auch über  
Weiterbildungsmöglichkeiten – bei Kontakt-  
aufnahme mit den üblichen  
Bewerbungsunterlagen an

**Professor Dr. Karl H. Börner**  
**GPT - Gesellschaft für Psychosomatische Therapie**  
**Gemeinnützige Gesellschaft**  
**4000 Düsseldorf 13, Postfach 1803 49**

## Buchbesprechungen

### E. K. Frey: Rückschau und Umschau – 1888 bis 1977

87 S., 39 Abb., DM 18,— Incl. MWSt., zuzügl. Versandkosten. Demeter Verlag, Gräfelfing.

Dieses Handbuch ist aus hinterlassenen selbst verfaßten Niederschriften des großen Chirurgen zusammengestellt. Es zeigt seine Berufung zur Medizin, aber auch sein privates Leben in der ihm eigenen frischen und vornehmen Art auf. — Ein Querschnitt von Krecke – Sauerbruch – v. Haberer – bis zu Freys Berufung auf das Chirurgische Ordinariat der Universität München.

### Innere Medizin in Praxis und Klinik

Band IV: Verdauungstrakt – Ernährungsstörungen – Stoffwechsel – Vergiftungen

Herausgeber: Prof. Dr. H. Hornbostel / Prof. Dr. W. Kaufmann / Prof. Dr. W. Siegenthaler unter Mitarbeit von Fachgelehrten, 2., überarb. und erweiterte Aufl., 760 S., 187 Abb., 85 Tab., geb., DM 238,—. Georg Thieme Verlag, Stuttgart.

Die zweite Auflage der komplexen Abhandlung der Inneren Medizin wird durch das Erscheinen des vierten Bandes abgeschlossen und kann derzeit als die aktuellste und zugleich praxis- und klinischste Gesamtübersicht über das große Gebiet gelten. Auch der letzte Band erfüllt die in dieses Werk gesetzten Erwartungen, da die übersichtlichen und straff gegliederten Beiträge von hohem Informationsgehalt fast durchweg von bekannten Wissenschaftlern stammen. Dem Buch ist eine weite Verbreitung unter praktisch und klinisch tätigen Internisten zu wünschen, auch wenn der Preis manchmal dabei hinderlich sein dürfte.

### Peptische Läsion im Lichte von Aggression und Protektion

Verf.: Prof. Dr. L. Demling/Privatdozent Dr. W. Rösch, 230 S., 88 Abb., 62 Tab., Broschürelnb., DM 32,—. Verlag Gerhard Witzstrock GmbH, Baden-Baden.

Das vorliegende Buch ist die Zusammenstellung der Referate eines internationalen wissenschaftlichen Symposiums über das peptische Ulkus im März 1978 in Wien unter der wissenschaftlichen Leitung von Professor Dr. Demling.

Die Artikel sind unter die drei Hauptthemen: Pathophysiologie, konservative Therapie und operative Therapie gegliedert.

Die Erkenntnisse über morphologische, biochemische und funktionelle Probleme des Ulkuseidens sind bei knapper Mittelbeziehung psychosomatischer Fragen eingehend dargestellt.

Übersichtsreferate befassen sich mit der chirurgischen Behandlung (resezierende Verfahren, Vagotomie).

Der konservativen Ulkustherapie kommt der größte Raum und die zentrale Bedeutung in dem Buch zu. In zusammenfassenden Vorträgen und kontrollierten klinischen Studien wird das neueste Wissen über die Behandlung des peptischen Ulkus abgehandelt.

Für jeden, der sich über die neuen Horizonte der Ulkusbehandlung ein Bild machen will, ist das Buch ein hervorragender, orientierender Maßstab.

Dr. med. T. Sauerbruch, München

### Pränatale Diagnostik

Verf.: Prof. Dr. J.-D. Murken/Dr. S. Stengei-Rutkowski, 228 S., 79 Abb., 47 Tab., kart., DM 44,—. Ferdinand Enke Verlag, Stuttgart.

Die Möglichkeiten einer vorgeburtlichen Erkennung von Entwicklungsstörungen und Erbkrankheiten sind in den letzten Jahren durch verschiedene Untersuchungsverfahren wesentlich erweitert worden: Ultraschalldarstellung, Amniozentese mit zytogenetischer und biochemischer Analyse des Fruchtwassers, Amniographie und Fetoskople. Die Monographie berücksichtigt den neuesten Stand des Wissens und zeigt die notwendige Zusammenarbeit verschiedener Fachrichtungen, wie sie im Rahmen des DFG-Schwerpunktprogrammes „Pränatale Diagnostik genetisch bedingter Defekte“ praktiziert wird. Vierzehn Einzelkapitel, von kompetenten Sachkennern geschrieben, enthalten eine Fülle von Einzeldaten, nicht zuletzt auch Angaben über rechtliche, statistische und ökonomische Aspekte. Wer genetisch beraten will, wird häufig auf diese wichtige Informationsquelle zurückgreifen müssen.

Professor Dr. med. G. Neuhäuser, Erlangen

### Atlas der Embryologie

Verf.: Dr. H. A. Razek †, Tabellen-Band: 184 S., Bildband: 195 S., beide Bände in einem Schuber, kart., zus. DM 39,80. Ferdinand Enke Verlag, Stuttgart.

Grundlegende Kenntnisse embryonaler Entwicklungsvorgänge sind für das lückenlose Verständnis eines regelhaften oder gestörten Körper- und Organaufbaues für den Mediziner und Biologen unentbehrlich. Das vorliegende Atlaswerk ist aus didaktischen Gründen zweibändig angelegt worden. Mit synoptischen Mitteln wird der Versuch unternommen, die menschliche Ontogenese in textlich-bildlicher Gegenüberstellung verständlich zu machen. Den Fachmann werden die Schwarzweißabbildungen sicher nicht voll befriedigen. Aber als rasche Nachschlaghilfe ist der Atlas, vor allem vom Text her, annehmbar. Langwieriges Einarbeiten in umfangreichere Lehr- und Handbücher der Entwicklungsgeschichte kann damit erspart bleiben.

Dr. med. H.-M. Schmidt, Würzburg

### Technik der manuellen Fußbehandlung

Verf.: W. Peper, 67 S., 28 Abb., kart., DM 15,—. Karl F. Haug Verlag GmbH, Heidelberg.

Nicht nur die Wirbelsäule, sondern auch die Füße kann man einer chiropraktischen Behandlung zuführen. In kurzen, klaren Sätzen beschreibt der Autor des vorliegenden Bändchens die gebräuchlichsten Handgriffe am Fuß, wie sie in den USA bereits seit mehr als 40 Jahren ausgeführt werden. Durch instruktive Fotos und Zeichnungen wird das Verständnis zusätzlich vertieft. Zum Schluß weist der Autor auf die überaus wohltuende Wirkung dieser Fußbehandlungen auf überbeanspruchte, müde, unter Kontraktoren leidende Füße hin und schließt noch einige Ratschläge zur Selbstbehandlung an.

Er leistet mit seiner Arbeit einen aktiven Beitrag zur Erhaltung der Leistungsfähigkeit unserer Füße, die wir – trotz Auto – so dringend brauchen.

In diesem Sinne sei das Bändchen einem interessierten Leserkreis empfohlen.

Dr. med. S. Fehrer, München

## Reuchen und Krebs

Vert.: P. R. J. Burch, 116 S., 33 grafische Darstellungen, DM 12,80. Walter Rau Verlag-GmbH & Co. KG, Düsseldorf.

Anhand umfangreicher Literaturstudien und eingehender Analysen einer Reihe bisher veröffentlichter Statistiken zum unvermindert heftig diskutierten Thema „Rauchen und Krebs“ nimmt der Autor des vorliegenden Taschenbüchleins kritisch Stellung zu den Methoden der wissenschaftlichen Beweisführung. Insbesondere rügt er die „mangelnde Bereitschaft, Erbfaktoren zu berücksichtigen“. Neben seiner durchaus plausiblen Kritik versäumt Burch aber nicht, praktische Alternativen zur wissenschaftlichen Erfassung und Vererblichkeit des Problemkreises aufzuzeigen.

Insgesamt ein recht informatives Büchlein, das auf engem Raum viel Information bietet und manchmal auch nachdenklich stimmt.

H. Müller, Arzt, Hof

## Kardiale Probleme bei der Tokolyse

Verf.: Prof. Dr. H.-G. Hillemanns, 90 S., 60 Abb., 11 Tab., kart., DM 29,80. Ferdinand Enke Verlag, Stuttgart.

Die Tokolyse mit Beta-Sympethikomimetika hat ihren festen Platz als therapeutische Maßnahme. Durch die effektive Wirkung der Beta-Mimetika und die scheinbar geringen Nebenwirkungen fand diese Substanzgruppe zu fest kritiklosem Einsatz in Klinik und Praxis.

Jeder tokolytisch tätige Arzt sollte sich über diese Substanzen informieren und seinen kritischen Blick schärfen. Dabei hilft ihm dieses Buch.

Dr. med. K.-U. Ebner, Kempten

## Sie brechen Liebe

*Religiöse Erfahrung mit geistig behinderten Kindern*

Verf.: U. Kobbe, 192 S., geb., DM 24,-. Verlag Herder, Freiburg – Basel – Wien.

Die Autorin gibt einen Erfahrungsbericht über zehn Jahre ihrer Tätigkeit in einer Tagesschule für geistig behinderte Kinder. Sie zeigt, wie die Kinder, die oft von ihrer Umwelt abqualifiziert werden, aufblühen, wenn sie menschliche Zuneigung spüren. Sie werden für das Erleben menschlicher und religiöser Erfahrung in einer Weise zugänglich, die man kaum erwartet.

## Anpassung und Verhalten

*Die ersteunliche Welt der Tiere*

Herausgeber: P. Scott, aus dem Englischen v. H. Körner, 176 S., 74 Fotos, 57 Zeichnungen, 3 Karten, geb., DM 39,80. Verlag Herder, Freiburg-Basel-Wien.

In einem Streifzug durch die gesamte Tierwelt werden Säugetiere, Vögel, Amphibien, Reptilien, Fische und Insekten vorgestellt, die sich durch besondere Eigenschaften und Verhaltensweisen, durch Eigentümlichkeiten in Körperbau oder Entwicklung auszeichnen. Den Autoren ist es gelungen, die für eine Tiergruppe ausgewählten Beispiele – Strukturen, Farben oder Verhaltensweisen – mit deren Rolle im Leben des Tieres in Beziehung zu setzen. Das präzise Ineindergreifen der Wechselbeziehungen zwischen Tier und Umwelt, die Kunst der Anpassung an extreme Lebensbedingungen wird in den genannten Beispielen besonders unterstrichen.

## Pharmaindustrie

### Ratschläge für Rheumepatienten

Die Aufklärung des Rheumepatienten ist für den Behandlungserfolg zwar wichtig, aber für den Arzt doch häufig sehr zeitaufwendig. Eine Erleichterung ist hier mit Patienten-Ratschlägen in Form von Merkblättern möglich, die von der Firma Basotherm GmbH neu herausgegeben wurden. Es handelt sich um „Anleitungen für gymnastische Übungen zur Rheumatherapie“ und „Ratschläge für Rheumapatienten“. In beiden Informationsblättern ist ausreichend Platz für etwaige Bemerkungen und Ergänzungen des Arztes.

Die in handlichen Blocks zusammengefaßten Patienten-Merkblätter, mit je 50 Blättern, sind auf Anforderung kostenlos von der Firma Basotherm GmbH, Postfach 130, 7950 Biberach an der Riß 1, zu erhalten.

### Beby- & Kinder-Notfallkoffer

Zur ärztlichen Hilfe am Unfallort, besonders zur Abwendung lebensbedrohender Zustände und Herstellung von Transportfähigkeit, hat die Fa. Söhnngen GmbH, Teunusstein-Wehen, aufgrund praktischer Erfahrungen den Beby- & Kinder-Notfallkoffer entwickelt. — Erfahrungsgemäß kann eine sachkundige und schnelle Hilfe nach Unfällen das weitere Schicksal des Kindes häufig entscheidend beeinflussen. Der Inhalt dieses neuen Notfallkoffers ist nach den neuesten Erkenntnissen der Notfallmedizin so zusammengestellt, daß jeder Arzt die entscheidende Erste Hilfe vom Neugeborenen bis etwa zum 7-Jahre-alten Schulkind schnell und sicher leisten kann.

### Pfefferminz-Tee Mentheflux®

#### Fenchel-Tee Bebyflux®

Die Nettermann Tee-Arznei GmbH hat zwei Teepräparate herausgebracht: Pfefferminz-Tee Mentheflux® und Fenchel-Tee Bebyflux®.

Mentheflux wird nach dem Phytostenderd Nettermann für die Nattermann Tee-Arznei wirkstoffschonend hergestellt und verbindet die Vorteile eines gesunden, wohlschmeckenden Pfefferminztee-Getränks mit der schonenden Wirkung einer Tee-Arznei.

Fenchel-Tee Babyflux® ist zuckerarm, da viele Säuglinge und Kleinkinder zu Übergewicht neigen.

### Wärme-Strehler Sollux 500

Tiefenwirksam und großflächig zugleich bestrahlt der neue Quers-Halogen-Infrarot-Strahler, den AEG-Telefunken jetzt in das Programm aufgenommen hat. Die Sollux 500 Original Hanau kann bei den verschiedensten Alltagserkrankungen eingesetzt werden. — Dieses Gerät hat ein platzsparendes, zusammenklappbares Bodenstativ mit einem schwenkbaren Leuchtenkörper. — Die Gesamtleistung beträgt 450 Watt.

## Kongreßkalender

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

### Februar 1979

- 1.-2. **Düsseldorf:** 9. Internationales Krankenhaussymposium. — Auskunft: Deutsches Krankenhausinstitut, 9. IKS-Kongreßsekretariat, Tersteegenstraße 9, 4000 Düsseldorf.
- 5.-8. **Neuherberg:** Spezialkurs im Strahlenschutz bei der Untersuchung mit Röntgenstrahlen. — Auskunft: Kurssekretariat des Instituts für Strahlenschutz der GSF, Ingolstädter Landstraße 1, 8042 Neuherberg.
- 18.-11. **Hamburg:** 12. Hamburger Seminar der Deutschen Gesellschaft für gastroenterologische Endoskopie und der Hamburger Arbeitsgemeinschaft für Gastroenterologie. — Auskunft: Sekretariat Professor Dr. M. Classen, Rübenkamp 148, 2000 Hamburg 68.
- 18.-24. **Kühtal:** 12. Winterkongreß über Fortschritt in Diagnostik und Therapie. — Auskunft: Deutsches Reisebüro GmbH, Internationaler ärztlicher Kongreß-Reisedienst, Postfach 26 71, 6000 Frankfurt 1.
- 12.-14. **Hamburg:** 9. Praktischer Kurs für gastroenterologische Endoskopie und Biopsie. — Auskunft: Sekretariat Professor Dr. M. Classen, Rübenkamp 148, 2000 Hamburg 68.
- 12.-14. **Neuherberg:** Spezialkurs im Strahlenschutz beim Umgang mit offenen radioaktiven Stoffen. — Auskunft: Kurssekretariat des Instituts für Strahlenschutz der GSF, Ingolstädter Landstraße 1, 8042 Neuherberg.
- 12.-16. **Essen:** XIV. Essener Fortbildung für Augenärzte des Berufsverbandes der Augenärzte Deutschlands e. V. — Auskunft: Berufsverband der Augenärzte Deutschlands e. V., Wildenbruchstraße 21, 4000 Düsseldorf.
12. 2.-9. 3. **Berlin:** Strahlenschutzkurs für Ärzte. — Auskunft: Sekretariat der Akademie für Arbeitsmedizin Berlin, Soorstraße 84, 1000 Berlin 19.
14. **Krefeld:** Fortbildungstagung: Tumorthherapie in der Praxis. — Auskunft: Ärztekammer Nordrhein, Kreisstelle Krefeld, Petersstraße 17/19, 4150 Krefeld.
17. **Wiesbaden:** 37. DKD-Fortbildungstagung: Die Bedeutung der Allergie in Praxis und Klinik. — Auskunft: DKD-Kongreßsekretariat, Frau H. Huppers, Aukemallee 33, 6200 Wiesbaden.
- 17.-18. **Rinteln:** 18. Ärzteseminar: Erfahrungsaustausch, Autogenes Training. — Auskunft: Knipp-Bund, Jaudesring 18, 8939 Bad Wörishofen.
- 18.-21. **Sao Paulo:** III. Internationales Symposium über künstliche Organe. — Auskunft: Deutsches Reisebüro GmbH, Postfach 26 71, 6000 Frankfurt 1.

- 19.-21. **Neuherberg:** Spezialkurs im Strahlenschutz bei der Behandlung mit Röntgenstrahlen, bei der Telecurietherapie und beim Umgang mit umschlossenen radioaktiven Stoffen. — Auskunft: Kurssekretariat des Instituts für Strahlenschutz der GSF, Ingolstädter Landstraße 1, 8042 Neuherberg.
- 22.-23. **Neuherberg:** Spezialkurs im Strahlenschutz an medizinisch genutzten Elektronenbeschleunigern. — Auskunft: Kurssekretariat des Instituts für Strahlenschutz der GSF, Ingolstädter Landstraße 1, 8042 Neuherberg.
22. 2.-8. 3. **Puerto de la Cruz:** 9. Deutsch-spanischer Fortbildungskongreß. — Auskunft: Kongreßdienst Deutscher Kassenarztverband bei ADAC-Reise GmbH, Baumgartenstraße 53, 8000 München 78.
- 23.-24. **Erfangen:** 12. Fortbildungstage in praktischer Medizin. — Auskunft: Kongreßbüro der Medizinischen Universitätsklinik, Frau Schatt, Krankenhausstraße 12, 8528 Erlangen.
- 23.-24. **München:** Veterinär-Humanmedizinische Gemeinschaftstagung. — Auskunft: Gesellschaft zum Studium der Fertilität und Sterilität, Universitäts-Frauenklinik, Hegewischstraße 4, 2300 Kiel 1.
24. 2.-18. 3. **Klosters:** Winterlehrgang des Sportärzte-Verbandes Hessen. — Auskunft: Dr. A. Hartmann, Schönbornstraße 41, 6058 Offenbach-Burgel.
24. 2.-18. 3. **San Martino di Castrozza:** Fortbildungslehrgang des Bayerischen Sportärzte-Verbandes. — Auskunft: Deutsches Reisebüro GmbH, Kongreß-Reisedienst, Postfach 26 71, 6000 Frankfurt 1.
25. 2.-18. 3. **Bad Kleinkirchheim:** Internationaler Seminarkongreß. — Auskunft: Berufsverband Deutscher Internisten e. V., Adolfsallee 25, 6200 Wiesbaden.

### März 1979

- 2.-4. **Freiburg:** Arbeitskurs zum Verständnis der Anpassung von Hörgeräten. — Auskunft: Universitäts-HNO-Klinik, Kilianstraße 5, 7800 Freiburg.
- 4.-7. **Tel Aviv:** Internationale Konferenz für Arbeitsmedizin. — Auskunft: Deutsches Reisebüro, Postfach 26 71, 6000 Frankfurt 1.
- 4.-18. **Bad Kleinkirchheim:** Fortbildungskongreß des Berufsverbandes Deutscher Internisten. — Auskunft: Berufsverband Deutscher Internisten e. V., Adolfsallee 25, 6200 Wiesbaden.
18. **Bad Nauendorf:** 10. Rheuma-Fortbildungstagung. — Auskunft: Sekretariat der Abteilung Rheumatologie und Balneologie der MHH, Hauptstraße 2, 3052 Bad Nauendorf.
- 11.-24. **Bad Godesberg:** XXIV. internationaler Fortbildungskongreß der Bundesärztekammer. — Auskunft: Kongreßbüro der Bundesärztekammer, Postfach 41 82 28, 5000 Köln 41.
- 12.-15. **Erfangen:** 21. Erlanger Einführungskurs für gastroenterologische Endoskopie und Ultraschalldiagnostik. — Auskunft: Kongreßbüro der Medizinischen Universitätsklinik, Frau Schatt, Krankenhausstraße 12, 8520 Erfangen.

- 12.-24. **Davos: XXVII. Internationaler Fortbildungskongreß der Bundesärztekammer.** — Auskunft: Kongreßbüro der Bundesärztekammer, Postfach 41 02 20, 5000 Köln 41.
- 13.-16. **Neuharberg:** Verkürzter Spezialkurs für ermächtigte Ärzte. — Auskunft: Kurssakretariat des Instituts für Strahlenschutz der GSF, Ingolstädter Landstraße 1, 8042 Neuharberg.
- 14.-18. **Baden-Baden:** Tagung der Internationalen Vereinigung für Angiographie und Angiologia. — Auskunft: Dr. A. Loose, Konrad-Hagius-Straße 13, 4000 Düsseldorf 13.
- 15.-17. **Bad Neuhau:** Tagung der Akademie für kriminologische Grundlagenforschung in Verbindung mit der Internationalen Akademie für Kriminalitätsprophylaxe. — Auskunft: Dr. G. Nasa, Klinikstraße 7, 3500 Kassel.
- 16.-18. **Bad Wiessee:** Ärzte-Kongreß: Gesundheit in der 2. Lebenshälfte — Präventive Geriatrie in der ärztlichen Praxis. — Auskunft: Kneipp-Bund, Jaudersing 16, 8939 Bad Wörishofen.
- 17.-18. **Fraudenstadt:** Kurs für Nuraltherapie nach Huneke. — Auskunft: Dr. J. Huneke, Am Müllerberg 24, 4934 Horn-Bad Meinberg 2.
- 17.-25. **Freudenstadt:** 56. Fortbildungskongreß des Zentralverbandes der Ärzte für Naturheilverfahren. — Auskunft: Geschäftsstelle des Zentralverbandes der Ärzte für Naturheilverfahren e. V., Alter Weg 29, 7290 Freudenstadt 1 — Kniabls.
- 19.-20. **Laubach:** Fortbildungsveranstaltung des Sportärzte-Verbandes Hessen. — Auskunft: Dr. F. Burwinkel, Siesmayarstraße 7, 6368 Bad Vilbel.
- 20.-24. **Köln:** 14. Fortbildungsseminar des Berufsverbandes der Deutschen Dermatologen. — Auskunft: Dr. H. Walthar, Westliche 32, 7530 Pforzheim.
- 23.-25. **Ascona:** 7. Balint-Treffen: Psychologische Ausbildung des Arztes. — Auskunft: Professor Dr. B. Luban-Piozza, Piazza Fontana Pedrazzini, CH-6600 Locarno.
- 23.-25. **Augsburg:** 63. Augsburger Fortbildungskongreß für praktische Medizin. — Auskunft: Sekretariat des Augsburger Fortbildungskongresses für praktische Medizin, Frohennstraße 2, 8900 Augsburg.
- 24.-25. **Bad Neuhau:** Fortbildungsveranstaltung des Sportärzte-Verbandes Hessen. — Auskunft: Dr. F. Burwinkel, Siesmayarstraße 7, 6368 Bad Vilbel.
- 24.-29. **St. Moritz:** internationale Tagung für ärztliche Fortbildung. — Auskunft: Deutsches Reisebüro GmbH, Internationaler ärztlicher Kongreß-Reisedienst, Postfach 26 71, 6000 Frankfurt 1.
- 24.-30. **Bad Hofgastein:** 20. Internationaler Fortbildungskurs für Geriatrie. — Auskunft: Österreichische Gesellschaft für Geriatrie, Hütteldorferstraße 188, A-1140 Wien.
- 25.-31. **Badgastein:** 25. Österreichische Sozialmedizinische Tagung: Epidemiologie in Theorie und Praxis. — Auskunft: Österreichische wissenschaftliche Gesellschaft für prophylaktische und Sozialmedizin, Berggasse 4, A-1090 Wien.
- 29.-31. **Arosa:** Arosener Kurs „Aus der Praxis — für die Praxis“. — Auskunft: Frau Gular, Sekretariat Dr. Röthlisberger, CH-7050 Arosa GR.
- 29.-31. **Salzburg:** Gemeinsame Jahrestagung der Österreichischen und Deutschen Gesellschaft für Klinische Chemie. — Auskunft: Prim. Dr. H. J. Gibitz, Landeskrankenanstalten, A-5020 Salzburg.
- 29.-31. **Tübingen:** Internationales Symposium der Deutschen Ophthalmologischen Gesellschaft. — Auskunft: Professor Dr. Naumann, Universitäts-Augenklinik, 7400 Tübingen.
30. **Erlangen:** Internationales Symposium: Gastrointestinale Motilitätsstörungen — Pathophysiologische und klinische Aspekte. — Auskunft: Kongreßbüro der Medizinischen Universitätsklinik, Frau Schatt, Krankenhausstraße 12, 8520 Erlangen.
30. 3.-1. 4. **Köln:** Jahrestagung der Deutschen Gesellschaft für Verkehrsmedizin a. V. — Auskunft: Bundesanstalt für Straßenwesen, Brühlar Straße, 5000 Köln 51.
31. **Bad Wiessee:** Fortbildungsveranstaltung des Bayerischen Sportärzte-Verbandes. — Auskunft: Dr. H. Gall, Fromundstraße 29, 8000 München 90.
31. 3.-1. 4. **Hamburg:** Fortbildungsveranstaltung der Deutschen Gesellschaft für Gesundheitsvorsorge. — Auskunft: Frau Dr. G. Eberlein, Drieschar Hacke 19, 5090 Leverkusen.

„Bayerisches Ärzteblatt“. Herausgeber und Verleger: Bayerische Landesärztekammer, Mühldorferstraße 16, 8000 München 80, Telefon (0 89) 41 47-1. Schriftleitung: Professor Dr. med. Hans Joachim Sewering, Dr. med. Hermann Braun, Dr. med. Friedrich Kolb, Dr. med. Kurt Stordeur — verantwortlich für den Inhalt: Rita Horn. Die Zeitschrift erscheint monatlich mit regelmäßiger Verlegerbeilage „Bayerische Akademie für ärztliche Fortbildung“.

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

Bezugspreis vierteljährlich DM 2,40 einschl. Postzeitungsgebühren und 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 (0 89) 51 77-1, Fernschreiber: 05/23 662, Telegrammadresse atlaspres. Für den Anzeigenteil verantwortlich: Alexander Wisetzke, München.

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

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

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

ISSN 0005-7126



Der Landkreis Bamberg sucht für die Innere Abteilung des Kreiskrankenhauses Scheßlitz (175 Betten) baldmöglichst einen Arzt, der die Funktion des

## Oberarztes

übernehmen kann.

Die Innere Abteilung umfaßt 70 Betten; davon fünf Betten Intensivpflege. Der Neubau eines Funktionstraktes wird 1979 begonnen.

Der Stellenplan der Inneren Abteilung beinhaltet einen Oberarzt und fünf Assistenzärzte.

Das diagnostische Repertoire umfaßt die üblichen endoskopischen Untersuchungen einschließlich Gastroskopie, hohe Koloskopie und Laparoskopie sowie Sonographie und kardiopulmologische Funktionsdiagnostik einschließlich Ergometrie und Legen temporärer Schrittmacher-Sonden. Der Inneren Abteilung ist die Röntgendiagnostik mit Fernsehkette angegliedert.

Der deutsche Bewerber sollte über ausreichende Erfahrungen auf dem Gebiet der Inneren Medizin verfügen bzw. kurz vor dem Ende seiner Weiterbildung stehen und in der Lage sein, den Chefarzt zu vertreten, einschließlich Röntgendiagnostik und internistischer Ambulenz. Gute fachliche Zusammenarbeit besteht mit den Universitätskliniken in Erlangen.

Gehaltung nach BAT 1b/1a mit zusätzlicher Vergütung für Bereitschaftsdienst. Nebeneinnahmen durch Gutachten, Unterricht in der Pflegerhelfer-Schule und Zulagen des Chefarztes sind gegeben.

Bei der Beschaffung einer Wohnung ist der Landkreis Bamberg behilflich, für ledige Bewerber stehen moderne Appartements im Krankenhausgelände zur Verfügung.

Scheßlitz liegt 15 km östlich von Bamberg an der Bundesstraße nach Bayreuth in landschaftlich schöner Lage mit günstiger Verbindung zum Fernstraßennetz.

Bei Interesse an dieser zweifelsohne recht abwechslungsreichen, interessanten Tätigkeit senden Sie Ihre üblichen Bewerbungsunterlagen bitte an die Personalstelle des Landratsamtes Bamberg, Promenadestraße 2 a, 8600 Bamberg, Telefon (09 51) 8 53 24. Telefonische Kontaktaufnahme mit dem Chefarzt der Inneren Abteilung, Dr. med. J. Stumpf, Telefon (0 91 94) 476.

Für die Chirurgische Abteilung des Kreiskrankenhauses Burgebrach (75 Betten), Landkreis Bamberg, wird zum nächstmöglichen Termin ein

## Oberarzt

gesucht.

Der Bewerber, Arzt für Chirurgie, muß in der Lage sein, den Chefarzt bei Abwesenheit zu vertreten. Die chirurgische Tätigkeit umfaßt die Allgemein- und Unfallchirurgie sowie Urologie. Das Haus ist zum DA-Verfahren und zur berufsgenossenschaftlichen Heilbehandlung zugelassen. Neben dem stationären Bereich besteht eine große Ambulenz. Die Einrichtung des Hauses ist modern, Intensivstation ist vorhanden.

Neben der Chirurgischen Abteilung besteht eine Innere Abteilung mit dem Schwerpunkt Gastroenterologie. Eine Schule für Krankenpflegehilfe ist angeschlossen.

Burgebrach liegt in landschaftlich schöner Gegend des Naturparkgebietes Steigerwald, 15 km westlich von Bamberg an der Bundesstraße 22 Bamberg-Würzburg. Weiterführende Schulen sind in Bamberg vorhanden.

Die Vergütung erfolgt nach BAT 1e zuzüglich großzügiger Bereitschaftsdienstpauschale und Nebeneinnahmen usw. Im übrigen werden alle sozialen Leistungen des öffentlichen Dienstes gewährt.

Bei der Wohnungssuche ist der Landkreis Bamberg behilflich.

Bewerbungen mit handgeschriebenem Lebenslauf, Lichtbild, beglaubigten Zeugnisabschriften, lückenlosem Nachweis der bisherigen Tätigkeiten und Angaben von Referenzen werden erbeten an Chefarzt Dr. Lotze, Kreis Krankenhaus, 8602 Burgebrach, Telefon (0 95 46) 2 12 oder Landratsamt, Promenadestraße 2 a, 8600 Bamberg, Telefon (09 51) 8 53 24.

Das Krankenhaus mit Rehabilitationsklinik für Rückenmarkverletzte Hohe Werte Beyreuth sucht

## 1 Oberarzt (-ärztin) und 2 Assistenzärzte (-ärztinnen)

für seine im Aufbau befindliche zentrale Anästhesie-Abteilung.

Die Weiterbildungsermächtigung des Chefarztes beträgt zur Zeit zwei Jahre.

An operativen Disziplinen sind Chirurgie mit Unfallchirurgie und Urologie im Hause. Für 1979 ist die Errichtung einer neuro-chirurgischen Abteilung vorgesehen. Interdisziplinäre Intensiv-Stationen von 4 Betten (noch Ausbau 12 Betten) untersteht der Anästhesie-Abteilung.

Umfassende Tätigkeit im Fachgebiet Anästhesiologie, einschließlich aller gängigen Regional-Anästhesie-Verfahren sowie intensiv-Medizin und Notfall-Medizin ist gegeben.

Erste Anfragen erbittet Chefarzt Dr. med. W. Hessek, Telefon (09 21) 28 01.

Bewerbungen mit Lebenslauf, Lichtbild und Zeugnisabschriften werden erbeten an den

Ärztlichen Direktor des Krankenhauses Hohe Werte Beyreuth, Hohe Werte 8, 8580 Beyreuth 2.



# Die Stadt Nürnberg sucht

für die **Strahlentherapeutisch-Onkologische Abteilung** (Leitender Arzt Priv.-Doz. Dr. Renner) am Radiologischen Zentrum des städtischen Klinikums

## Stationsarzt

(Vergütungsgruppe II/I a BAT)

Interesse besteht auch an Ärzten, die keine Weiterbildung auf dem Gebiet der Radiologie anstreben, z. B. angehende Internisten oder Allgemeinärzte. Angehende Internisten können sechs Monate anrechenbare Weiterbildung ableisten.

Bitte, senden Sie Ihre Bewerbung mit den üblichen Unterlagen an

**Stadt Nürnberg, Personalamt  
Postfach, 8500 Nürnberg 1**

Benötigen Sie vorab weitere Informationen, erreichen Sie uns unter Telefon (09 11) 16 28 06.

Der Landkreis Bamberg sucht für ein Krankenhaus in Burgebrach einen

## Oberarzt

an der Inneren Abteilung (Chefarzt Dr. med. Winter) zum nächstmöglichen Termin.

Das Krankenhaus ist ein Haus der Grundversorgung mit 125 Betten, Chirurgie 75 Betten, Innere Abteilung 50 Betten. Innere Abteilung: Vor 3 Jahren neu errichtet, daher entsprechend modern eingerichtet. Stellenplan 1/1/4. Die Assistentenstellen sind alle besetzt.

Interdisziplinäre Intensivstation: 8 Betten. Modernes Zentrallabor.

Röntgeneinrichtung: Bildverstärker-Fernsehkette in der Durchleuchtung, Tomographiergerät, zusätzlich 2 weitere Aufnahmeplätze. Endoskopie: Oesophago-Gastro-Duodenoskopie, hohe Koloskopie, Laparoskopie (Spezielltisch, OP-Laparoskop, Fotolaparoskop), operative Endoskopie.

Sonographie mit Videosgerät.

Kardiologie: Üblicher sechsfach-Schreiber, Phonokardiographie, Ergometrie, Rheographie, passagere Schrittmachertherapie.

Das Krankenhaus Burgebrach ist ein Haus der Grundversorgung. Schwerpunkt in der Chirurgie sind die intraabdominale Chirurgie, der Chirurg ist gleichzeitig Urologe, daher entsprechende Erweiterung der differentialdiagnostischen Möglichkeiten. Schwerpunkt in der Inneren Abteilung Gastroenterologie, Diabetologie.

Burgebrach liegt am Rande des Steigerwalds, 15 km westlich von Bamberg, in der Nähe der Autobahn Nürnberg-Würzburg, in landschaftlich reizvoller Gegend an der B 22.

Vergütung: BAT I b/1 a, sehr großzügige Pauschalvergütung des Rufbereitschaftsdienstes, zusätzliche Einnahmen durch Abgaben des Chefarztes.

Gesucht wird ein kooperativer Internist (Internistin) oder ein Arzt (Ärztin) im letzten Weiterbildungsjahr.

Der Oberarzt muß in der Lage sein, den Chefarzt zu vertreten.

Bewerbungen mit handgeschriebenem Lebenslauf, Lichtbild, beglaubigten Zeugnisbeschriften, lückenlosem Nachweis der bisherigen Tätigkeiten und Angaben von Referenzen werden erbeten an den leitenden Arzt der Inneren Abteilung Dr. med. F. Winter, Kreiskrankenhaus, 8602 Burgebrach, Telefon (09546) 212 oder Landratsamt, Promenadestraße 2 a, 8600 Bamberg, Telefon (0951) 85324.

## Leitende Anästhesistin

deutsch, 39 Jahre alt, möchte sich aus privaten Gründen verändern und sucht entsprechende Stelle in Oberbayern oder Allgäu. Gern auch Assoziation.

Zuschriften erbeten unter Nr. 2064/38 an die Anzeigenverwaltung BAYERISCHES ARZTEBLATT, Sonnenstraße 29, 8000 München 2.

Am Landesuntersuchungsamt für das Gesundheitswesen Nordbayern, Fachbereich Medizin, Außenstelle Regensburg, Landshuter Straße 22, 8400 Regensburg, ist eine

## Arztstelle

– Einstellung nach VergGr. II a BAT mit Aussicht auf Übernahme in das Beamtenverhältnis (BesGr. A 13 und weitere Aufstiegsmöglichkeit) – ab sofort oder später zu besetzen. Bakteriologische und serologische Vorbildung ist erwünscht, aber nicht Voraussetzung.

Beteiligung an der Nebentätigkeit ist möglich.

Regensburg (133 000 Einwohner) ist Universitätsstadt, verfügt über viele kulturelle Einrichtungen und Bildungsmöglichkeiten, und liegt in reizvoller Umgebung am Rande des Bayerischen Waldes.

Bewerbungen mit Lebenslauf, Lichtbild, Zeugnissen und Angabe der bisherigen Tätigkeit sowie des möglichen Dienstrittes an das Amt erbeten.

Wir suchen für ein neues Ärzte- und Geschäftshaus einen Arzt für

## Innere Medizin Kinderkrankheiten

In Pfaffenberg-Mallersdorf, Landkreis Straubing, mit einem Einzugsgebiet über 10 000 Einwohner, mit allen Freizeitanlagen und Schulen, Unterstützung der Marktgemeinde.

Zuschriften erbeten an Apotheker K. Nagelslut, 8317 Mengkofen, Telefon (0 87 33) 205.

## Des Kreiskrankenhauses 8392 Weidkirchen im südlichen Bayerischen Wald

sucht einen

## Arzt

Das Krankenhaus hat 84 geförderte Betten der Fachrichtung Chirurgie. Mitversorgt werden aber auch Patienten der Fächer Innere und Geburtshilfe. Durchgeführt werden alle Operationen der Allgemeinchirurgie und Traumatologie, daneben Herzschrittmacher und Gefäßchirurgie.

Für diese Aufgaben suchen wir einen Kollegen, genauso gern eine Kollegin mit Interesse für Chirurgie. Vorkenntnisse sind erwünscht, aber keinesfalls Bedingung.

Wir bieten ein gutes kollegiales Klima, Bezahlung nach BAT II bis Ia (je nach Ausbildungstend und Dienstzeit) und zusätzliche Vergütung der Bereitschaftsdienste. Außerdem zusätzliche Einnahmen aus modern gestaltetem Pool, der eine langjährige Tätigkeit im Hause ermöglichen soll.

Weidkirchen ist ein kleine Stadt in wunderbarer Landschaft. Badeseen, Hallenbad und Skilift sowie alle Schulen am Ort. Die Hochschulstadt Passau in 25 km Entfernung.

Bewerbungen erbiten wir an die

**Verwaltung des Kreiskrankenhauses  
8392 Weidkirchen, Telefon (0 85 81) 666**

Fernmündliche Auskünfte erteilt auch Herr Dr. Heribert Bauer.

## Im Kreis Krankenhaus Pfarrkirchen

ist ab sofort die Stelle

### 1 leitenden Arztes für Anästhesie (Chefarzt)

zu besetzen.

Das Kreis Krankenhaus Pfarrkirchen umfaßt 230 Planbetten und wurde im August 1973 in Betrieb genommen.

Für die Besetzung dieser Stelle kommt nur ein auf qualifizierter Anästhesist(in) mit mehrjährigen Tätigkeiten in verantwortlicher Stellung, umfassenden Kenntnissen und praktischen Erfahrungen in Frage.

Die Einstellung erfolgt mit Sondervertrag.

Pfarrkirchen ist Sitz der Landkreisverwaltung mit ca. 10 000 Einwohnern, landschaftlich schön gelegen – ein Gymnasium, eine Realschule, eine Fachoberschule, verschiedene Fachschulen.

Bewerbungen sind erbeten an die

**Landkreisverwaltung Rottel-Inn**

– Personalabteilung –

Ringstraße 4, Postfach 60

8340 Pfarrkirchen, Telefon (0 85 61) 60 71

## Internist

Nephrologe sucht verantwortliche Stellung in Klinik oder Praxis-Übernahme / Assoziation für 1979.

Zuschriften erbeten unter Nr. 2064/31.

Am Kreis Krankenhaus 8483 Vohenstrauß/Opf., Landkreis Neustadt a.d. Waldnaab sind auf der Chirurgischen Abteilung ab sofort oder später die Stelle eines

### Assistenzarztes (-ärztin)

und

### Medizinalassistenten (-assistentin)

zu besetzen.

Die Bezahlung erfolgt nach BAT II a, hinzu kommt die Vergütung des Bereitschaftsdienstes.

Zwei Jahre werden für die Weiterbildung in Chirurgie angerechnet. Der Chefarzt ist zum Durchgangsarztverfahren zugelassen.

Vohenstrauß liegt in reizvoller Lage im Oberpfälzer Wald, Hallenbad am Ort, beste Skimöglichkeiten in allernächster Umgebung. Hoher Freizeitwert der Umgebung im Sommer und Winter.

Bewerbungen bitte an den  
Chefarzt des Kreis Krankenhauses Vohenstrauß,  
8483 Vohenstrauß/Opf., Telefon (0 96 51) 241

## Angehender Allgemeinarzt

34 Jahre, echter Münchner, sucht für 3. oder 4. Quartal 1980 aufgehende Allgemeinpraxis (Landpraxis oder Stadtrand), Raum Oberbayern bevorzugt, jedoch nicht Bedingung. Röntgenerteubnis. Längere gemeinschaftliche Einarbeitungszeit oder auch Assoziation angenehm. Zuschriften erbeten unter Nr. 2064/49 an die Anzeigenverwaltung BAYERISCHES ARZTEBLATT, Sonnenstraße 29, 8000 München 2.

## 1 Oberarzt, Nervenarzt 1 Assistenzarzt

als Mitarbeiter in meiner psychiatrischen und neurologischen Privatklinik ab sofort gesucht.

Weiterbildungsermächtigung ein Jahr Psychiatrie, 1/2 Jahr Neurologie, Overtarifliche Bezahlung.

Privatklinik Dr. med. Heinz Rudechies, Preysingstraße 3,  
8070 Ingoistadt, Telefon (08 41) 25 00 und 29 00

Das Städtische Krankenhaus Bobingen (1969 neu erbaut, 172 Planbetten) sucht zum 1. Januar 1979 oder später

## 1 Assistenzarzt

für die Chirurgische Abteilung mit 78 Betten. Vergütung, Rufbereitschaft und Bereitschaftsdienst nach BAT. Die Stelle ist zur Weiterbildung in der Chirurgie für drei Jahre und zum Allgemeinarzt geeignet.

Bobingen mit 13 000 Einwohner liegt 10 km südlich von Augsburg und hat beste Verkehrsverbindungen nach München und ins Allgäu.

Bewerbungen werden erbeten an  
Chefarzt Dr. med. K. Meyer, Städtisches Krankenhaus,  
8903 Bobingen 1, Telefon (0 82 34) 20 44

Auf der Zentralen Anästhesieabteilung des  
Städtischen Marienkrankenhauses  
8450 Amberg/Oberpfalz

(Schwerpunkt Krankenhaus, 634 Betten, zehn Fachabteilungen) ist eine

## Assistenzarztstelle

zu besetzen.

Die Abteilung ist modernst ausgestattet und betreut ca. 320 operative Betten und eine Intensivstation mit acht Betten. Es werden alle operativen Abteilungen unseres Hauses (Chirurgie, inklusive Thorax-, Gefäß- und Kinderchirurgie, Gynäkologie, HND, Augen, Urologie, Röntgen und konsiliarisch auch die Interne und Kinderabteilung unseres Hauses) versorgt.

Neben den gängigen Allgemeinnarkosen werden sämtliche Verfahren der regionalen Anästhesie praktiziert inklusive schmerzlose Geburten.

Die Abteilung ist neben dem Chefarzt mit zwei Oberärzten und sieben Assistenzarztstellen besetzt.

Der Chefarzt der Anästhesieabteilung besitzt die volle Weiterbildungsermächtigung.

Die Vergütung erfolgt nach BAT II bzw. BAT I b. • Bereitschaftsdienst oder Rufbereitschaftsdienst werden besonders vergütet • Außerdem werden die im öffentlichen Dienst üblichen Sozialleistungen geboten (Beihilfen, zusätzliche Altersversorgung) • Ambulante Notfälle können mit der KV abgerechnet werden.

Bei Ausländern sind deutsche Sprachkenntnisse Voraussetzung.

Amberg ist eine in reizvoller Landschaft gelegene Stadt (ca. 50 000 Einwohner) mit hohem Freizeitwert und allen Schulen am Ort. Die Verwaltung ist bei der Wohnungssuche behilflich.

Bewerbungen erbeten an Chefarzt Dr. med. Bielek, Städtisches Marien Krankenhaus Amberg, 8450 Amberg, oder an die Stadtverwaltung Amberg, 8450 Amberg.

## Die Behandlung v. Hautleiden u. -schäden

Ekzem, Psoriasis, Lichen, Dermatitis, Neurodermitis, Pruritus, Prurigo, Crusta lectea, Favus, Pityriasis sowie von Intertrigo, Dekubitus, Treumen und Ulcers mit

**BEFELKA-ÖL** Zus.: Di. Hyperici 10 g, Di. Calend. 5 g,  
Di. Chamom. 3 g, Öl. Dilv. 3 g, Di.  
ist von überzeugender Eindringkraft. Viol. fric 3 g, med. Weißl 76 g, Arom.

Arztmuster durch: 50 ml DM 4,77, 100 ml DM 8,31, 200 ml DM 14,40  
BEFELKA-ARZNEIMITTEL, Postfach 13 51, 4500 Osnabrück