



Fortbildung in Stichwörtern nach Leitsymptomen

Eine Hilfe zur Schnellorientierung

# Leitsymptom: Tachykarde Herzrhythmusstörungen

## Der Notfall: Akute Herzrhythmusstörungen

bearbeitet von Privatdozent Dr. K. Theisen und Professor Dr. H. Jahrmärker

### Symptom:

Bei *regelmäßiger Tachykardie* zunächst prüfen, ob die Tachykardie eine Rhythmusstörung ist, oder ob sie Symptom einer anderen zugrunde liegenden Erkrankung ist, wie Schock, Fieber, Flüssigkeitsmangel oder Blutung bzw. Anämie, Hyperthyreose usw., die zunächst behandelt werden muß. Eine Rhythmusstörung kann erst nach Ausschluß dieser Ursachen angenommen werden.

Sodann prüfen, ob der Patient als herzgesund mit paroxysmaler Tachykardie anzusehen ist, was bei Anamnese mit normaler Belastbarkeit, fehlender Vorerkrankung des Herzens, bekannten tachykarden Anfällen und einem sonst uneuffälligen Herzbefund möglich ist, oder ob der Patient als herzkrank anzusehen ist.

Bei *errhythmischem* Puls besteht Verdacht auf Herzerkrankung. Ausnahme ist eine harmlose Extrasystolie, die bei einer offenbar herzgesunden Person bereits bekannt ist.

### Therapeutisches Vorgehen:

#### Bei Herzgesunden:

Bei bekannten *paroxysmalen Tachykardien*, die gekennzeichnet sind durch anfallsweises, mehr oder weniger häufiges und langes Auftreten, die dem Patienten bekannt sind und von ihm gelegentlich selbst unterbrochen werden, weiß der Patient meist, was bei ihm am besten wirkt.

Zunächst Vagusmanöver: Vorsichtiger Kerotis- und Bulbusdruck, trinken kalter Getränke, Pressenlassen, eventuell Brechreiz durch Trinken von warmem Salzwasser. Bei Nichtansprechen 1 bis 2 Ampullen Isoptin zu 5 mg langsam i. v., bei Nichtansprechen erneut Vagusmanöver. Bei länger anhaltenden Tachykardien kann Klinikeinweisung notwendig werden, da diese auch bei Herzgesunden zu einer Schocksymptomatik führen können, und da ohne laufende EKG-Kontrolle keine weiteren Antiarrhythmika gespritzt werden sollen.

#### Bei herzkranken Patienten:

— Diagnose wie oben — möglichst keine akute antiarrhythmische Therapie ohne EKG-Kontrolle. *Klinische Situation einschätzen:* Frequenz der Tachykardie, Kreislaufsituation, even-

tuell Schockzeichen, gegebenenfalls baldige Klinikeinweisung vornehmen. Je nach Vorgeschichte und Herzleiden Gefahr einer kardiodepressiven Wirkung von Antiarrhythmika einschätzen. Kumulation mit einer Prämedikation berücksichtigen, z. B. verstärkte Kardiodepressivität unter Verapamil (= Isoptin) oder durch vorbestehende Beta-Blocker-Therapie oder die Kombination von Isoptin und Beta-Rezeptorenblockern.

Wechsel von Tachykardie mit Bradykardie in Anamnese weist auf sogenanntes *Tachy-Brady-Arrhythmiesyndrom* hin: Geteilt, daß nach Beseitigung der Tachyarrhythmie (z. B. mit Isoptin) eine Bradykardie mit Synkope in Erscheinung tritt. In der Regel Klinikeinweisung.

Tachykardie auch durch Überdigitalisierung möglich.

Bei Verdacht auf *ventrikuläre Tachykardie* mit schneller Entwicklung einer Schocksymptomatik: Zunächst Thoraxstoß, sodann Lidocain 50 bis 100 mg i. v., Notarzt verständigen.

*Bei gehäuften oder salvenförmigen Extrasystolen (Puls!)*: Vorgehen, wie bei Herzschmerz-Herzinfarkt unter Punkt 4 der präklinischen Therapie angegeben (Lidocain). Grundleiden beachten!

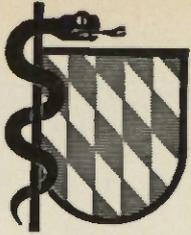
*Bei schneller absoluter Arrhythmie*: Möglichst durch EKG sichern, gegebenenfalls Digoxin oder Isoptin.

*Bradykerde Herzrhythmusstörungen*: Prüfen, ob herzgesund oder herzkrank, akut oder chronisch, Folge einer Übermedikation: Digitalis, Beta-Blocker, Calcium-Antagonisten, Antihypertensiva, Morphine?

*Chronische Bradykardien*: Werden auch von älteren Patienten häufig noch gut toleriert. Treten jedoch bei chronischen Bradykardien mit Frequenzen unter 50/min Symptome, wie Schwindel, zerebrale Durchblutungsstörungen, sowie palpatorisch auch längere Pausen in der Herzaktion mit Verdacht auf intermittierende höhergradige Blockierungen auf, ist eine Klinikeinweisung angezeigt. In der Klinik Schrittmachertherapie.

Therapie bis dahin: Atropin i. v., 0,5 bis 1 mg, bei Erfolglosigkeit im Notfall Alupent i. v. (0,5 bis 1 mg), sonst bis zur Klinikaufnahme 10 bis 20 mg Alupent oral, Dosierung und Wiederholung (alle 2 bis 6 Stunden) je nach Effekt.

*Akute Bradykardien*: z. B. plötzlicher Frequenzabfall mit regelmäßigem Puls um 40 /min, spricht für totalen AV-Block. Da Ursachen akuter Bradykardien meist unklar, Klinikeinweisung vornehmen. Zur Überbrückung die oben angegebene Therapie.



# Bayerisches Ärzteblatt

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

Herausgegeben von der Bayerischen Landesärztekammer

Nummer 4

## Zur Kenntnis genommen:

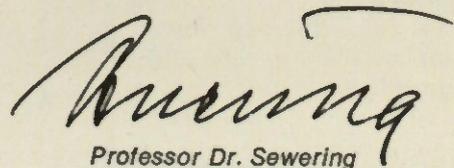
In einem Interview äußerte sich unser Bundesarbeitsminister zu den steigenden Arztzahlen, die auch das Bild der freien Praxis zunehmend bestimmen und verändern werden. Er meinte, es sei ein ganz natürlicher Vorgang in der freien Wirtschaft, daß mit zunehmender Zahl auch die Konkurrenz zunehme und die Einnahmen sinken. Des gelte auch für andere Berufe. Wenn die Zahl der Dachdecker steige, würden die Leute deswegen nicht mehr Dächer decken lassen. Also: niedrigere Preise, geringerer Umsatz. Man würde Ehrenberg Unrecht tun, wenn man ihm unterstellte, daß er diesen Vergleich selber glaubt und für zulässig hält. Das ist aber keine Rechtfertigung.

Was Ehrenberg zur Verhältniszahl Dachdecker zu Dächern sagte, trifft natürlich zu. Aber bereits hier wird etwas sehr Wesentliches unterschlagen: Die Dachdecker als Unternehmer bestimmen allein darüber, wie viele Lehrlinge sie jedes Jahr nehmen, und es läßt sich abschätzen, wie viele davon das Zeug zur Meisterprüfung haben und sich selbständig machen werden. Wir Ärzte haben keinerlei Einfluß auf die Nachwuchszahlen. Darüber entscheiden allein die politisch Verantwortlichen, zu denen mit Herr Ehrenberg gehört. Wie sich diese Entscheidung für die Humanmedizin auswirken wird, ist bekannt. Niemand kann bestreiten, daß die jährlichen Studienanfängerzahlen mehr als das Doppelte des Bedarfes ausmachen. In gut zehn Jahren werden wir bereits mehr als 30000 Kassenärzte zuviel haben.

Man komme uns nicht mit dem Bundesverfassungsgericht, das angeblich eine Begrenzung nicht zulasse. Es gibt keine Verpflichtung, mehr Studenten anzunehmen, als ausgebildet werden können, und es gibt auch keine Verpflichtung, Ausbildungsplätze zu schaffen, die vom Bedarf her unsinnig, weil überflüssig sind. Bei Einhaltung der Approbationsordnung — das wurde schon wiederholt dargelegt — reicht unsere Ausbildungskapazität aber höchstens für die Hälfte der Studenten, welche man zuläßt. Der Ehrenbergsche Vergleich mit den Dachdeckern und seine Hinweise auf die Konsequenzen für eine freie Wirtschaft erweisen sich somit als billige Tarnung einer vorausgeplanten Überflutung der akademischen Berufe insgesamt, die sich in der Humanmedizin besonders fatal auswirkt, weil der freiberufliche Bereich ungeschützt offen steht. Was hier geschieht, ist nichts anderes als die bewußte Praktizierung des Überlaufprinzips mit dem Ziel der totalen Nivellierung eines „elitären“ Berufes, der nicht in eine sozialistisch-syndikalistische Gesellschaftsordnung paßt.

Um dieses Ziel sicher zu erreichen, hat man eine andere Methode bereits durch Gesetz zum Handlungsprinzip gemacht, nämlich die langsame, aber sichere Zerstörung der wirtschaftlichen Grundlage der freipraktizierenden Ärzte. Der stellvertretende Vorsitzende des Deutschen Gewerkschaftsbundes erklärte schon 1975, es sei angesichts der nach Meinung der Gewerkschaften überhöhten Arzthonorare im Rahmen eines Sofortprogrammes für die nächsten Jahre der Zuwachs der durchschnittlichen Arzteinkommen auf das Ausmaß des Kaufkraftverlustes zu reduzieren. Damit wurde das Ende der leistungsgerechten Honorierung entsprechend dem Leistungsbedarf der Versicherten und der medizinischen Entwicklung eingeleitet. Mit dem Kostendämpfungsgesetz wurde das dann festgeschrieben.

So schließt sich die Zange: Man pumpt immer mehr Ärzte in die freie Praxis und begrenzt zugleich das Honorarvolumen auf minimale Wechsraten. Es bedarf keiner großen Phantasie, um das Ergebnis vorzusehen. Daß wir Ärzte allein nicht die Kraft haben, diese Entwicklung aufzuhalten, ist kein Geheimnis. Wir müssen die Öffentlichkeit immer wieder darauf hinweisen. Denn unter den Folgen der Zerstörung einer leistungsfähigen freiberuflichen Ärzteschaft werden letztlich die Ärzte am meisten zu leiden haben.

  
Professor Dr. Sewering

# Epidemiologie und Trend der Tuberkulose \*

von Wilhelm L o c k

Aus der großen Gruppe der Mykobakterien hat sich das *Mycobacterium tuberculosis* durch Anpassung an den Menschen spezialisiert. Die Koexistenz zwischen Mensch und Mykobakterium, die so alt ist wie die Menschheit selbst, muß als gegeben hingenommen werden.

Die epidemiologischen Besonderheiten der Tuberkulose gegenüber anderen, seuchenhaft auftretenden Infektionskrankheiten lassen sich letzten Endes auf bestimmte Eigenschaften des Mikroorganismus und Reaktionsformen des Makroorganismus zurückführen. Die Kenntnis von diesen Zusammenhängen, die weitgehend erforscht sind, ist Voraussetzung für das Verständnis der epidemiologischen Situation und für die Beurteilung von Bekämpfungsmaßnahmen. — Dazu im einzelnen:

## 1. Wie erfolgt eine Infektion?

Die Übertragung des Erregers kann in unserem Bereich praktisch nur noch von Mensch zu Mensch erfolgen. Das parasitäre Mykobakterium *tuberculosis* ist außerhalb des Wirtes nur kurze Zeit überlebensfähig. Unter Infektiosität versteht man die Fähigkeit von Mikroorganismen, in das Gewebe des Wirtes einzudringen und sich anzusiedeln, d. h., zu überleben und sich zu vermehren. Dazu stehen dem Tuberkulosebakterium — abgesehen von seltener parenteraler oder Kontaktinfektion bei Läsionen — nur drei natürliche Eintrittspforten in den menschlichen Organismus zur Verfügung: das Alveolarepithel, einige Partien des Nasen-Rachenraumes und bestimmte Darmabschnitte. Die Aufnahme erfolgt in der Regel über das Alveolarepithel, vorausgesetzt, daß die eingeatmeten Partikel in Form von Tröpfchenkernen alveolargängig sind. Größere Teilchen werden von der mukoziliaren Abwehr erfaßt und ausgeschieden.

\*) Vortrag anlässlich einer Fortbildungstagung für Ärzte der Gesundheitsämter und Regierungen in Freising

Die erste Auseinandersetzung zwischen Mikro- und Makroorganismus beginnt mit der intrazellulären Aufnahme des Keimes durch Phagozytose. Schon dabei entscheidet sich das weitere Schicksal des Makroorganismus. Gelingt es seinen speichernden Zellen, die aufgenommenen Erreger an der Vermehrung zu hindern oder sie sogar intrazellulär abzubauen, so kommt es nicht zur Herdbildung und nicht zur tuberkulösen Erkrankung.

Die Zellen nehmen die eingedrungenen Keime wie jeden anderen Fremdkörper auch — unabhängig vom Virulenzgrad — auf. Die daran anschließende Vermehrung zeigt Unterschiede insofern, als sich hochvirulente Keime ungehemmt vermehren und die wenig resistente Zelle in wenigen Tagen sprengen und vernichten können. Damit kommt es zu einer Kettenreaktion der benachbarten Zellen und zur Herdbildung.

Schwach virulente Keime, wie auch der BCG-Stamm, vermehren sich ebenfalls intrazellulär. Jedoch bildet sich bald ein Gleichgewicht heraus: Die Mikroben bleiben am Leben, destruieren aber nicht die Zelle.

Ein Tuberkulose-Kranker mit Bakteriennachweis im Direktabstrich scheidet mindestens 5000 Bakterien/ml Sputum aus. Bei ungehemmtem kulturellen Wachstum vervielfacht sich ein Mykobakterium nach 30 Teilungsperioden — also nach knapp einem Monat — zu rund einer Million Keimen.

Selbst unter ungünstigeren in-vivo-Bedingungen kann angenommen werden, daß eine Unzahl von Mykobakterien in die Luft entlassen werden. Trotzdem ist die Infektiosität der Tuberkulosa, gemessen an anderen Infektionskrankheiten, relativ gering. Ca. 70 Prozent der Erreger werden in einer halben Stunde durch indirekte UV-Bestrahlung vernichtet. Lüftung und Austrocknung tun ein übriges. Gefährlich bleiben vereinzelte Tröpfchenkern oder Staub-

partikel einer Mindestgröße, die bis in die Alveolen von Kontaktpersonen gelangen müssen. Hier gilt es zunächst noch die Abwehr des Makroorganismus zu überwinden, ehe die Kettenreaktion der zellulären Mikroinfektion einsetzen kann.

Für die Praxis ergeben sich folgende Konsequenzen: Schmierinfektionen oder Ansteckung durch extrapulmonale Tuberkuloseformen kommen kaum vor. Bedeutsam ist nur der aerogene Infektionsmodus. Seuchenhygienische Maßnahmen bei extrapulmonalen Tuberkuloseformen sollten die geringe Infektiosität dieser Erkrankungen berücksichtigen.

Echte Infektiosität besteht vorwiegend bei Patienten, die bereits im Sputum-Direktabstrich positiv sind. Sie sind am gefährlichsten bei engem und wiederholtem Kontakt.

Abschließend noch ein Beispiel:

In einem amerikanischen Krankenhaus wurde zwei Jahre lang die Luft aus einer Tuberkulosestation durch ein Ventilationssystem in einen Raum geleitet, in dem sich 446 Meer-schweinchen befanden. Von diesen wurden 71 infiziert. Durch Sensibilitätsprüfungen konnte in 21 Fällen die Infektionsquelle nachgewiesen werden. 19 davon gingen auf zwei Kranke mit schlechter Hustendisziplin zurück.

## 2. Wie kommt es zur klinisch manifesten Erkrankung?

Der Mensch ist eine Spezies mit sehr hoher natürlicher Resistenz gegen Mykobakterien. Diese beruht letzten Endes auf der im Genbestand des Individuums verankerten Fähigkeit der Speicherzellen zur Bakteriostase oder Baktariolyse.

Durch Vorinfekt oder Vakzination kann ein zusätzlicher Schutz erworben werden. Dieser entsteht durch eine Steigerung der natürlichen zel-

lulären Eigenschaften. Er kann durch ein extrem hohes Bakterienangebot durchbrochen werden.

Dieser erwerbbarer Schutz ist mit der Allergie gegen Eiweißbestandteile gekoppelt, die durch die Tuberkulin-Probe erfaßt wird. Beides sind Parallelscheinungen, die in der Regel gleichzeitig auftreten, sich aber nicht gegenseitig kausal beeinflussen. Die Allergie ist lediglich ein Indiz dafür, daß Bakterienbestandteile zu einer Antigen-Antikörperreaktion geführt haben und keinesfalls ein Maßstab für die spezifische Resistenz sind.

Andererseits ist aber gerade die Tuberkulin-Probe von zentraler epidemiologischer Bedeutung. Es gibt keine Infektionskrankheit, bei der dadurch in so einfacher Form das Vorhandensein von Erregern im Organismus und damit eine stattgehabte Infektion nachgewiesen werden könnte wie bei der Tuberkulose. Diese Tatsache ist um so wichtiger, je mehr sich der Schwerpunkt der Bekämpfung vom schon Erkrankten auf den erst Infizierten verlagert.

Auch hier ein Beispiel für die Wirksamkeit der natürlichen Resistenz:

Meerschweinchen haben eine sehr geringe Widerstandskraft gegen das Tuberkulosebakterium. Wird eine Anzahl von ihnen mit bakterienhaltigem Sputum besprüht, so beträgt die Letalität 100 Prozent.

Beim Lübecker Unglück 1929 erhielten 251 Säuglinge in dreimaliger Gabe mit virulenten Tuberkulosebakterien verunreinigte BCG-Vakzine per os. 30 Prozent der Säuglinge starben zwei bis fünf Monate nach der Infektion.

Die moderne Epidemiologie ist heute in der Lage, die geschilderten Grundbegriffe des Tuberkuloseproblems mit Hilfe statistisch-mathematischer Methoden zu erfassen. Die beschreibende und vergleichende Betrachtungsweise früherer Zeiten wird dadurch weitgehend objektiviert. Die Tuberkulose ist berechenbar geworden.

Die Durchseuchung einer Bevölkerung wird von zwei variablen Faktoren bestimmt: einmal von der Bevölkerung selbst, ihrer Generationenfolge und Zusammensetzung; zum anderen vom Infektionsrisiko, das

ebenfalls keine konstante Größe ist, sondern von Zahl und Art der Infektionsquellen abhängt. Sowohl Bevölkerung wie auch Keimangebot unterliegen einem ständigen Wechsel.

Maßgeblich für das Infektionsrisiko ist die jährliche Infektionsrate. Sie wird mit Hilfe mathematischer Methoden aus den Ergebnissen repräsentativer Tuberkulin-Testungen berechnet und bezeichnet den prozentualen Bevölkerungsanteil, der im Laufe eines Jahres mit Tuberkulosebakterien infiziert oder reinfiziert wurde. Wiederholte Bestimmungen des Infektionsrisikos unter gleichen Bedingungen lassen Rückschlüsse auf den Trend der Seuche zu.

Dabei ist verständlich, daß bei dem dynamischen Charakter zweier Systeme – die Seuche mit wechselndem Risiko schiebt sich über die Bevölkerung mit fortlaufender Altersumschichtung hinweg – statistische Angaben nur jeweils für einen bestimmten Zeitpunkt und unter bestimmten Voraussetzungen Gültigkeit haben können.

Dazu ein Beispiel:

Wenn bei den 15jährigen fünf Prozent und bei den 20jährigen 15 Prozent Tuberkulin-Reagenten festgestellt werden, so haben sich nicht zehn Prozent der 20jährigen in den letzten fünf Jahren zusätzlich infiziert.

Die heute 20jährigen wurden 1957 geboren. Sie waren seither einem durchschnittlichen jährlichen Infektionsrisiko von 15 Prozent geteilt durch 20, also 0,7 Prozent, ausgesetzt. Das Infektionsrisiko war tatsächlich vor 20 Jahren aber noch wesentlich größer als heute, so daß die Mehrzahl bereits in der Kindheit angesteckt worden ist. Bei den 15jährigen beträgt das durchschnittliche jährliche Infektionsrisiko fünf durch 15, also 0,3 Prozent.

In Deutschland betrug das Infektionsrisiko 1910 10 Prozent, 1939 3,3 Prozent, 1949 6 Prozent und ist seither auf weniger als 0,1 Prozent gesunken.

Es verringert sich seit Kriegsende jährlich um etwa zehn Prozent, halbiert sich also in fünf Jahren. Das bedeutet, daß Keimangebot und Kontaktmöglichkeiten laufend zurückgehen.

neu  
von  
Sanorania

Erregung, Spannung, Angst

# Tranquo- Tablinen® 10

Diazepam 10 mg

Tablinen®  
= Sparen ohne  
Therapieverzicht

2,5 mg    5 mg    10 mg



leicht teilbar; nur eine  
Darreichungsform,  
aber individuelle Dosierbarkeit!

**Indikationen:** Erregung, Spannung, Angst, Schlafstörungen, Muskelverspannung, Status epilepticus, „vegetative Dystonie“, psychosomatische und psychoneurotische Störungen.  
**Kontraindikationen:** Myasthenia gravis.  
**Mögliche Nebenwirkungen:** Appetitzunahme, Abnahme der Libido, Menstruationsstörungen, Muskelrelaxation, Schwindel.  
Hohe Dosen, Langzeitbehandlung: Artikulationsstörungen, Sedierung.  
Kein gleichzeitiger Alkoholgenuß!

20 Tabl.

4.40

50 Tabl.

9.80

SANORANIA Dr. G. Strohscheer  
1 Berlin 28

Das zweite wichtige epidemiologische Kriterium ist die Erkrankungsrate. Bei hohem Infektionsrisiko überwiegt die Zahl der Erkrankungen unmittelbar nach frischer Infektion. Verringert sich das Infektionsrisiko, so überwiegen – wie zur Zeit in Deutschland – Erkrankungen infolge Reaktivierung älterer Herde.

Das Erkrankungsrisiko in Ländern mit niedriger Tuberkuloseprävalenz beträgt gegenwärtig

bei Personen mit negativer Tuberkulin-Reaktion 6 auf 100 000,

bei Tuberkulin-Positiven ohne Röntgenbefund 20 auf 100 000,

bei Personen mit fibrösen Lungenveränderungen 250 auf 100 000.

Das Risiko eines frisch oder latent Infizierten, an einer klinisch manifesten Tuberkulose zu erkranken, wird weitgehend von physischen und auch psychischen Faktoren bestimmt. Stress-Situationen, auch solche seelischer Art, Unterernährung und weitere Einflüsse spielen dabei eine Rolle. Das höchste bisher beobachtete Erkrankungsrisiko wurde 1951 bei Eskimos festgestellt, von denen sieben Prozent an offener Lungentuberkulose litten.

Die Rezidivhäufigkeit der Tuberkulose galt vor Einführung der Chemotherapie als kennzeichnendes Kriterium. Etwa 25 Prozent der Erkrankten mußten mit einem oder mehreren Rückfällen im Laufe ihres Lebens rechnen. Unter dem Einfluß der kausalen Therapie hat sich ihre Zahl auf etwa ein Prozent reduziert.

Zum Verständnis der derzeitigen Tuberkulosesituation in der Bundesrepublik Deutschland ist eine kurze historische Betrachtung unerlässlich.

Jeder Kulturkreis hat seine eigene Tuberkuloseepidemie. Die abendländische Tuberkulose der Neuzeit ist mit der zivilisatorischen Entwicklung des heutigen Europas untrennbar verbunden. Die chronisch-endemische Seuche des spätrömischen Imperiums flackert mit beginnender Städtebildung – also im 11. Jahrhundert – wieder auf. Sie erreicht ihren Höhepunkt im 18. Jahrhundert. Von London aus nach Westen gehend, werden die europäischen Länder ergriffen. Seit Anfang des 19. Jahrhunderts zeichnet sich ein Rückgang ab, und zwar dort zuerst,

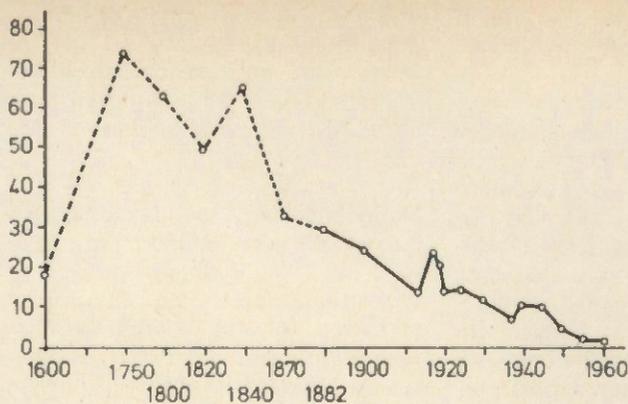


Abbildung 1

wo sie am stärksten gewütet hatte: in England seit 1820, in Hamburg seit 1840, im Rheinland seit 1870, im europäischen Osten seit 1920.

Abbildung 1 zeigt die Mortalitätskurve der Tuberkulose in Deutschland seit 1600. Für den Zeitraum von 1600 bis 1875, also die gestrichelte Linie, liegen lediglich Hinweise vor. Die Sterblichkeit erreichte auf dem Höhepunkt Werte um 75 auf 10 000 Einwohner. Sie ist heute abgesunken bis auf fünf auf 100 000 Einwohner.

Bemerkenswert ist folgendes: Die Bevölkerungszahl Deutschlands nach dem Dreißigjährigen Krieg wird auf zwei bis zehn Millionen geschätzt. Sie betrug um 1870 etwa 60 Millionen. Trotzdem geht die Seuche zur gleichen Zeit zurück. Wäre die Penetranz der Tuberkulose unverändert geblieben, hätte die Mortalität entsprechend ansteigen müssen. Das war aber nicht der Fall, da die Selbsteradikation begonnen hatte.

Darunter versteht man den eigengesetzlichen Rückgang einer Epidemie, wenn sie ihren Höhepunkt überschritten hat. Er tritt bei der Tuberkulose dann ein, wenn die Totaldurchseuchung einer Population er-

reicht ist und die Voraussetzungen zu Neuinfektionen dadurch geringer werden.

In Abbildung 2 dargestellt ist das Eindringen der Tuberkulose in eine Population und der weitere Ablauf der entstandenen Epidemie. In den Bevölkerungspyramiden ist der Anteil der Infizierten in dunkler Farbe gehalten.

Die Altersgruppe der 20- bis 40jährigen als aktivster Bevölkerungsanteil infiziert sich durch Kontakt mit anderen Populationen. Die Seuche breitet sich zunächst in Form von Klein epidemien aus, die zur Pandemie zusammenfließen. Tuberkuloseepidemien gehen also nicht vom Kindesalter aus, um sich dann in den älteren Jahrgängen quasi als Kohortenphänomen zu erhalten. Wenn der Kulminationspunkt erreicht ist, setzt die Selbsteradikation ein, die naturgemäß bei den Nichtinfizierten, also den Neugeborenen, beginnt. Die Seuche verlagert sich zunehmend in die älteren Jahrgänge. Durch die natürliche Absterberate entsteht schließlich wieder das Bild einer weitgehend tuberkulosefreien Bevölkerung, in der die Erkrankung nur noch in endemischer Form auftritt. Der gleiche Ablauf kann aber

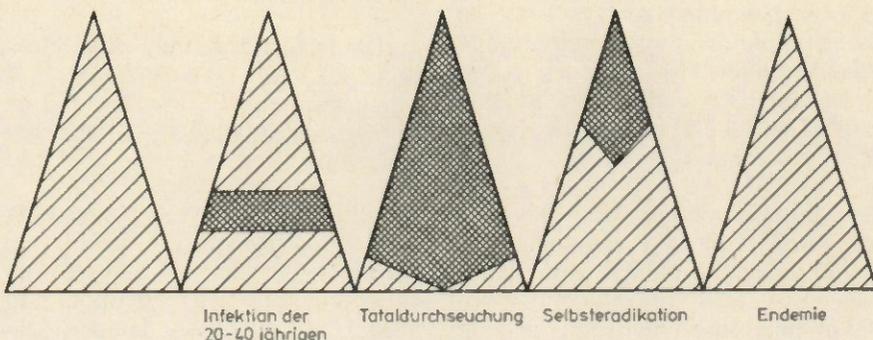


Abbildung 2

# Sie ist nun mal gegen Schmerzen.



**Zusammensetzung:** 1 Tablette Gelonida® enth.: 9,58 mg Codeinphosphat, 250 mg Phenacetin, 250 mg Acetylsalicylsäure. **Anwendungsgebiete:** Schmerzen wie Kopf- und Nervenschmerzen, Zahn-, Hals- und Ohrenscherzen; Grippe und Erkältungskrankheiten, Fieber; rheumatische und Menstruationsbeschwerden; vor und nach operativen Eingriffen. **Gegenanzeigen:** Hämorrhagische Diathese; Magen- und Darmulzera; Anwendung beim Säugling bis zum 3. Monat; schwere Nierenschäden; genetisch bedingter Mangel an Glukose-6-Phosphat-Dehydrogenase. **Nebenwirkungen:** Beim bestimmungsgemäßen Gebrauch nach Verordnung und unter Kontrolle des Arztes wurden bisher keine ernsthaften Nebenwirkungen gemeldet.

GÖDECKE AG · 1000 BERLIN 10

**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 3,05 mit MwSt., Packung mit 20 Tabletten DM 4,80 mit MwSt., Anstaltspackungen. Gelonida ist auch als Saft oder Zäpfchen erhältlich.

Stand März '79

**GÖDECKE**

510/

jederzeit wieder durch massive exogene Infektion in Gang gesetzt werden.

Dieser gesetzmäßige Verlauf der Epidemie ist auch heute noch gültig. Auch die Einführung der kausalen Therapie Anfang der fünfziger Jahre, die erstmals einen direkten Angriff auf den Erreger selbst ermöglichte, hat epidemiologisch keine prinzipielle Änderung gebracht. Sie hatte aber eine entscheidende Auswirkung: Die Verkürzung der Zeit. Die abendländische Tuberkulose benötigte zur Erreichung des Endstadiums mehrere hundert Jahre. Der gleiche Effekt unter modernen Bedingungen ist heute in etwa 15 Jahren zu erzielen.

Dazu ein Beispiel: Bei den Eskimos in Grönland, Alaska und Canada war es Anfang dieses Jahrhunderts durch Einschleppung der Tuberkulose in eine vorher nichtinfizierte Population, Zusammenballung in Wohnsiedlungen und fehlende Resistenz zu einer Epidemie gekommen, die die Bevölkerung auszurotten drohte. Das Infektionsrisiko betrug 1950 25 Prozent, die Sterblichkeit ein Prozent.

Aus der Antike ist ein ähnliches Geschehen bekannt. Um 500 v. Chr. wurde die Bevölkerung der Insel Thasos zur Gänze von der Tuberkulose ausgerottet.

Dieses Schicksal blieb den Eskimos erspart, da ab 1951 von den USA, Canada und Dänemark unter erheblichem finanziellen und organisatorischem Aufwand eine Bekämpfungsaktion anlief, die durch Einsatz moderner Mittel zu einem einzigartigen Erfolg führte.

Ich darf das Ergebnis kurz demonstrieren:

Die Sterblichkeit sank von 1950 bis 1970 von 80 auf 10 000 Einwohner bis auf 0,3 auf 10 000 und glich sich damit der der Gesamtbevölkerung an (Abb. 3).

Die Zahl der Neuerkrankungen ging im gleichen Zeitraum von 250 auf 10 000 zurück auf etwa 15 auf 10 000 (Abb. 4).

Die Durchseuchung der Kinder, die 1950 bei den vierjährigen bereits 100 Prozent erreichte, betrug im Jahre 1970 bei den 14jährigen erst 15 Prozent (Abb. 5).

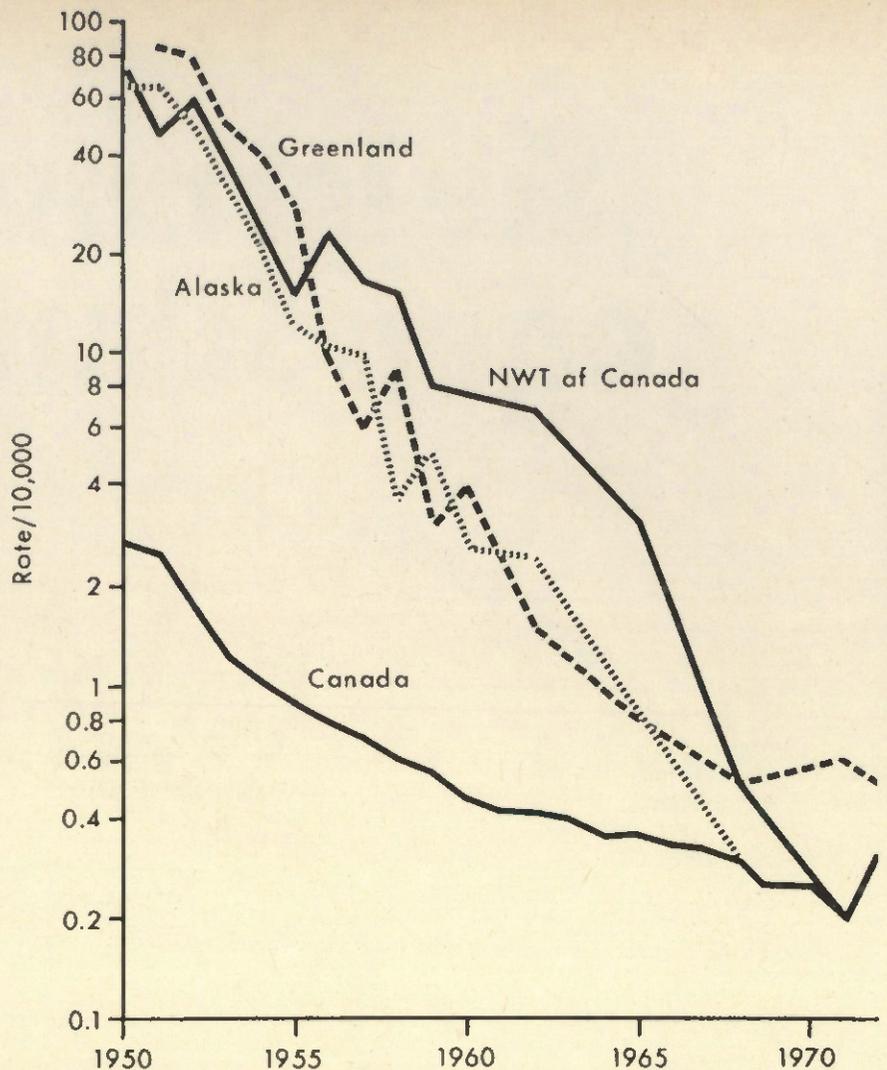


Abbildung 3

Da die von den drei Ländern getroffenen Bekämpfungsmaßnahmen methodisch differierten, sind Rückschlüsse auf ihre Effektivität möglich.

Gemeinsam war allen die intensive Suche nach Infektionsquellen und ihre baldmöglichste Ausschaltung durch Chemotherapie. Jeder Infektionskrankheit wird durch Beseitigung des Erregers der Boden entzogen.

Zur Fallfindung wurden in Grönland und Alaska Röntgenreihenuntersuchungen bevorzugt; in Canada erfolgten vermehrt bakteriologische Untersuchungen.

Mit dem Rückgang der Durchseuchung kam in allen drei Ländern dem Tuberkulin-Test zur Abgrenzung der Infizierten und als Hinweis auf eventuelle Infektionsquellen verstärkte Bedeutung zu.

In Grönland und Canada erfolgte BCG-Impfung. Alaska verzichtete darauf zugunsten der Chemoprophylaxe.

Das Ergebnis war trotz dieser methodischen Differenzen gleich, weil das Grundprinzip gleich war: Die Ausschaltung des Erregers, die heute mit über 90prozentiger Sicherheit möglich ist.

### 3. Wie stellt sich die Tuberkulosesituation zum gegenwärtigen Zeitpunkt in der Bundesrepublik Deutschland dar?

Es wird immer wieder mit Zahlen operiert, die sich auf die Gesamtbevölkerung, also auf 62 Millionen Einwohner beziehen, so z. B., daß 1975 34 000 Personen an Tuberkulose neu erkrankten, darunter 2600 von insgesamt 13 Millionen Kindern.

# Schering-Kontrazeptiva-System für die praxisgerechte Verordnung

**Sequilar**  
**Microgynon**  
**Ediwal**

**... immer gleich  
die richtige Pille**

**Bei jüngeren  
Frauen**

**gestagen-  
reduziertes  
Präparat**

**Sequilar**

**Bei reiferen  
Frauen**

**östrogen-  
reduziertes  
Präparat**

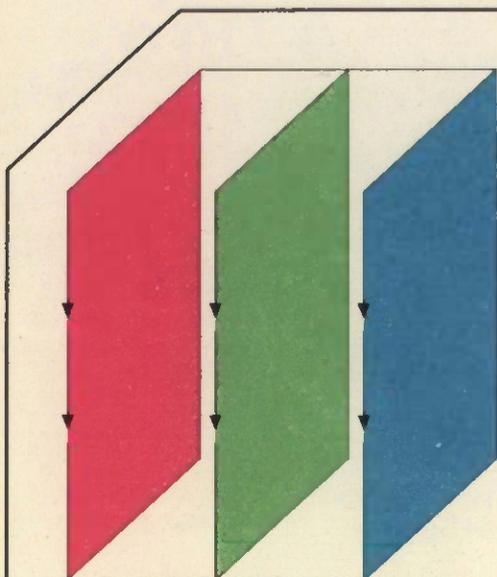
**Microgynon**

**Bei Frauen  
mit Zyklus-  
problemen**

**zyklus-  
stabilisierendes  
Präparat**

**Ediwal**

# 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 Levonorgestrel und 0,03 mg Ethinylestradiol. Microgynon 28 enthält in der Kalenderpackung zusätzlich 7 wirkstofffreie Dragees. 1 Packung Ediwal® 21 enthält 21 Dragees zu je 0,125 mg Levonorgestrel und 0,05 mg Ethinylestradiol. 1 Packung Sequilar® 21 enthält 11 weiße Dragees zu je 0,05 mg Levonorgestrel und 0,05 mg Ethinylestradiol sowie 10 orangefarbige Dragees zu je 0,125 mg Levonorgestrel und 0,05 mg Ethinylestradiol. Sequilar 28 enthält in der Kalenderpackung zusätzlich 7 wirkstofffreie Dragees.

**Anwendungsgebiete:** Konzeptionsverhütung. **Gegenanzeigen:** Wie bei allen hormonalen Kontrazeptiva vom Typ der Gestagen-Östrogen-Kombinationen: schwere Leberfunktionsstörungen; idiopathischer Schwangerschaftsikerus oder schwerer Schwangerschaftspruritus in der Anamnese, Dubin-Johnson- und Rotor-Syndrom, vorausgegangene oder bestehende thromboembolische Prozesse, Sichelzellenanämie, Mamma- oder Korpuskarzinom (auch nach Behandlung), Fettstoffwechselstörungen; Herpes gestationis in der Anamnese, Otosklerose mit Verschlechterung in vorangegangenen Schwangerschaften. **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. **Peckungen und Preise** lt. AT: Microgynon 21 · 1 x 21 Dragees DM 8,25 · 3 x 21 Dragees DM 22,61 · 6 x 21 Dragees DM 39,38 · Microgynon 28 · 1 x 28 Dragees DM 8,58 · 3 x 28 Dragees DM 23,54 · 6 x 28 Dragees DM 40,41 · Ediwal 21 · 1 x 21 Dragees DM 9,27 · 3 x 21 Dragees DM 25,24 · 6 x 21 Dragees DM 42,57 · Sequilar 21 · 1 x 21 Dragees DM 8,49 · 3 x 21 Dragees DM 23,25 · 6 x 21 Dragees DM 40,04 · Sequilar 28 · 1 x 28 Dragees DM 8,81 · 3 x 28 Dragees DM 24,19 · 6 x 28 Dragees DM 41,17

**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.

**Wechselwirkungen:** Wirkungsminde- rung durch Leberenzyminduktion 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 4. Auflage vom September 1978), u. a. zu folgenden Themen: Notwendigkeit gynäkologischer Kontrolluntersuchungen, Einfluß auf die Scheidenflora, Beeinflussung der Leberfunktion, Thromboserisiko unter der Anwendung, Möglichkeit einer geringen androgenen Restwirkung, zur Problematik möglicher teratogener Wirkungen, Wirkung auf Nebennierenrinden- und Schilddrüsenfunktion, Einfluß auf klinisch-chemische Normalwerte, Stoffwechselfunktion und Blutdruck, Krankheiten, die sich wie in der Schwangerschaft verschlimmern können (Otosklerose, multiple Sklerose, Epilepsie, Porphyrie, Tetanie).

Dezember 78 ©

SCHERING AG 8ERLIN/8ERGMKAMEN

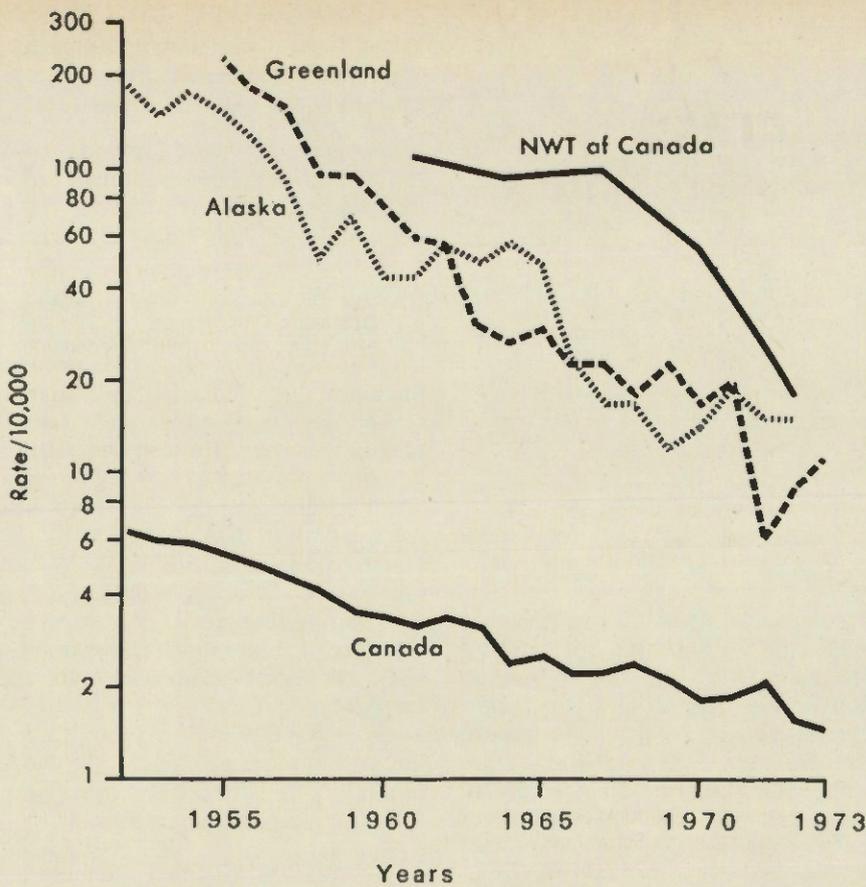


Abbildung 4

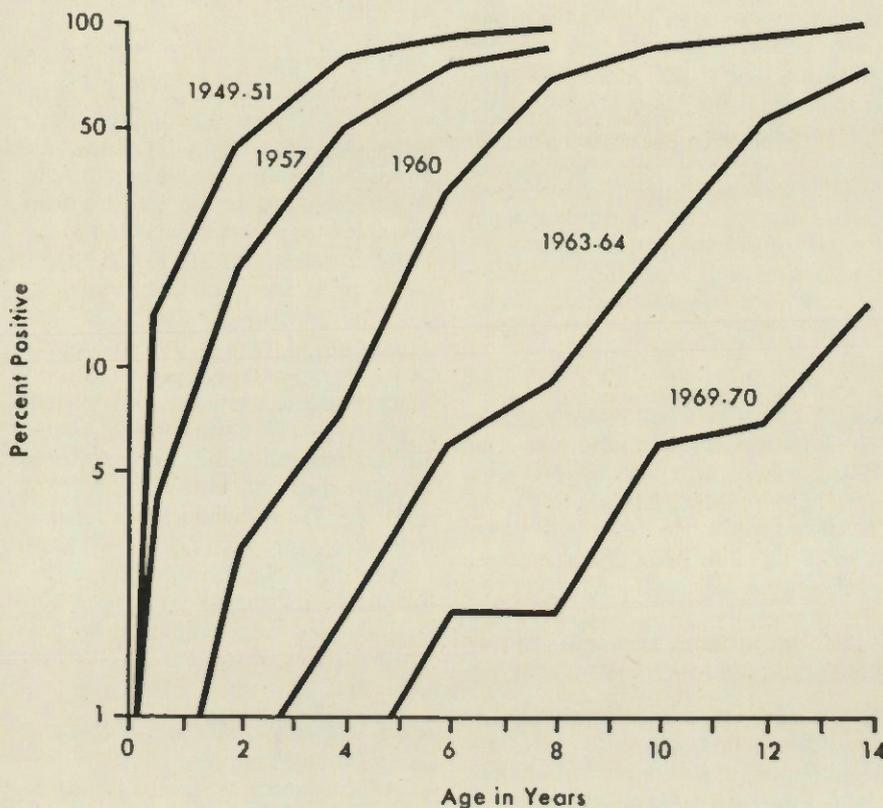


Abbildung 5

Diese Zahlen sind sicher beeindruckend. Ihre Bezugsgröße entzieht sich aber der Vorstellungskraft.

Um die Verhältnisse in einer vorstellbaren Größenordnung erfassbar zu machen, werden im folgenden die Durchschnittszahlen der Bundesrepublik Deutschland in eine fiktive Stadt mit 100 000 Einwohnern projiziert, vergleichbar Göttingen, Trier oder Heidelberg.

In dieser Stadt werden jährlich 1000 Kinder geboren, 1200 Einwohner sterben. Das durchschnittliche Sterbealter beträgt etwa 70 Jahre.

Von den 10jährigen reagieren etwa ein Prozent auf Tuberkulin, von den 15jährigen sind es ca. drei Prozent und von den 20jährigen um zehn Prozent. Die Durchseuchung steigert sich in den höheren Altersklassen und wird bei den 70jährigen auf etwa 60 Prozent geschätzt. Der Gesamtanteil der Tuberkulin-Positiven an der Bevölkerung kann auf etwa 40 Prozent – wahrscheinlich ist er geringer – beziffert werden.

Bei einem Infektionsrisiko von 0,1 Prozent werden von den 60 000 Nichtinfizierten dieser Stadt jährlich 60 infiziert. Von den 1200 Sterbefällen pro Jahr können ca. 60 Prozent, also etwa 700, als infiziert angesehen werden. Der jährliche Abgang an Bakterienträgern beträgt demnach 700 Einwohner bei einer Zugangsrate von 60. Das Reservoir der 40 000 Infizierten verkleinert sich also pro Jahr um 640 Personen. Demnach ist bei gleicher Entwicklung noch auf lange Sicht mit Bakterienträgern in der Bevölkerung zu rechnen, wenn auch zu berücksichtigen ist, daß der Nachschub durch die Verminderung des Infektionsrisikos geringer werden und die Reversionsrate bei den Älteren zunehmen wird.

Ich möchte betonen, daß diese Zahlen keinen Anspruch auf statistische Relevanz erheben. Sie sollen lediglich einen Eindruck vermitteln und vor allem der Vorstellung entgegen treten, daß die Tuberkulose schon in unmittelbarer Zukunft „ausgerottet“ sei.

Wie hoch ist die Zahl der manifest an Tuberkulose Erkrankten in dieser 100 000-Menschen-Stadt? Rund 30 000 Einwohner sind unter 20 Jahre alt, 70 000 sind älter als 20 Jahre. Von den unter 20jährigen erkranken

jährlich 8,5, von den älteren Einwohnern 50 an Tuberkulose aller Formen. Bei jedem Fünften der Erkrankten wird Bakterienausscheidung festgestellt. Der Anteil an Erst-erkrankungen beträgt bei den Jugendlichen bis 20 Jahren über 90 Prozent; er reduziert sich bei den Älteren auf 27 Prozent.

Der Bestand an Tuberkulose-Kranken in dieser Modellstadt beläuft sich auf 177; von den 1200 Sterbefällen werden rund fünf durch Tuberkulose verursacht.

Zur Größenordnung darf ich bemerken, daß in derselben Stadt jährlich 240 Einwohner an Krebs und 540 an Krankheiten des Kreislaufsystems sterben.

Als ich vor sechs Jahren meine Tätigkeit beim Deutschen Zentralkomitee zur Bekämpfung der Tuberkulose aufnahm, war ich von mahndend erhobenen Zeigefingern umgeben, die vor einem Abbau der Bekämpfungsmaßnahmen warnten. Die Tuberkulose käme mit Sicherheit zurück. Heute kann es vielen der damaligen Mahner mit dem Abbau nicht schnell genug gehen. Man spricht davon, daß mehr Personen von der Tuberkulose leben als an ihr sterben.

Ich sagte eingangs, daß die Tuberkulose zur berechenbaren Krankheit wurde, die einer sachlichen Betrachtungsweise, jenseits aller Emotionen, zugänglich ist.

#### 4. Wie kann es zu einem erneuten aufflammen der Seuche kommen?

Aus dem Bevölkerungsanteil der Noch-Infizierten, also den älteren Jahrgängen, können sich durch Erhöhung des Erkrankungsrisikos, z. B. infolge Verschlechterung der Lebensumstände, neue Infektionsquellen bilden, die das Infektionsrisiko im Nicht-Infizierten-Bereich erhöhen (Abb. 6).

Nichtinfizierte können in andere, durchseuchte Populationen auswandern und bei Rückkehr die eigene Bevölkerung gefährden. Und schließlich ist eine direkte Zuwanderung von Infizierten und damit potentiellen Ansteckungsquellen denkbar.

In allen Fällen wird das Infektionsrisiko steigen. Seine fortlaufende

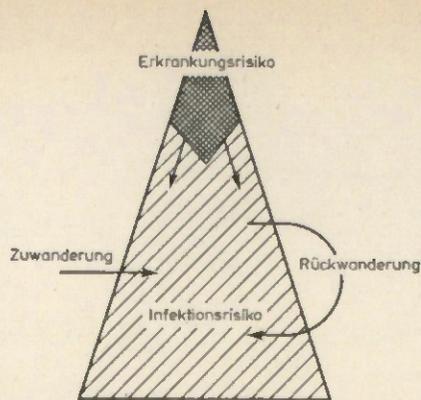


Abbildung 6

Überwachung ist damit der Hauptindikator zur Kontrolle der epidemiologischen Situation.

Die Entwicklung wird zweifellos so sein, daß die Therapie des tatsächlich Erkrankten die entscheidende Maßnahme sein wird. Eine Tuberkulose wird in Zukunft, wie andere Krankheiten auch, vom Arzt festgestellt und stationär oder ambulant behandelt werden. Es wird nicht mehr nötig sein, unter vielen Gesunden nach einem Kranken zu suchen.

Seuchenhygienische Aspekte sind bei jeder Infektionskrankheit zu berücksichtigen, so auch bei der Tuberkulose. Sie werden aber nicht, wie es heute noch der Fall ist, das Feld beherrschen. Zudem ist die Therapie selbst die wichtigste seuchenhygienische Maßnahme, denn sie beseitigt die Infektiosität.

Die Frage ist, ob die Tuberkulosesituation der Bundesrepublik Deutschland bereits eine solche radikale Umstellung erlaubt, oder ob wir uns noch in einer Übergangsphase befinden, die zu berücksichtigen ist.

Das Deutsche Zentralkomitee zur Bekämpfung der Tuberkulose hat 1972 „Vorschläge zur Neuordnung der Tuberkulosebekämpfung in der Bundesrepublik Deutschland“ veröffentlicht. Sie beinhalten im wesentlichen folgende Punkte:

Abbau ungezielter Maßnahmen der Fallfindung und Prävention;

Abgrenzung des infizierten Bevölkerungsanteiles durch die Tuberkulin-Probe und Konzentration der Fallfindung auf diesen Kreis;

konsequente Chemotherapie.

Die Reaktionen auf diese Vorschläge geben einen Querschnitt durch die Meinungen. Sie beleuchten letzten Endes unsere eigene Unsicherheit.

Lassen sich die Vorschläge des Jahres 1972 bereits heute modifizieren? Ich glaube ja, und zwar durch Hervorheben der Therapie bei Verringerung des seuchenhygienischen Aufwandes.

Die Tuberkulose ist bereits eine relativ seltene Krankheit geworden. Bestimmte, ehemals häufige Formen finden sich heute nur noch in Lehrbüchern. Sie wird darum bei differentialdiagnostischen Erwägungen leicht vergessen oder aus Unkenntnis zu häufig diagnostiziert. Hinzu kommt, daß Fachärzte immer seltener werden. Dadurch entsteht für die Zukunft ein echtes Problem, dem nur durch fortlaufende diagnostisch-klinische Hinweise an alle Ärzte zu begegnen ist. Das Deutsche Zentralkomitee zur Bekämpfung der Tuberkulose gibt aus diesem Grunde Empfehlungen dieser Art in seinen Informationsberichten heraus.

Eine erkannte Tuberkulose ist heute mit über 90prozentiger Sicherheit eine heilbare Tuberkulose. Die Chemotherapie ist keine Geheimwissenschaft und durchaus auch von Nicht-Fachärzten zu erlernen. Lediglich Problemfälle erfordern Spezialkenntnisse.

Die Brücke zur Epidemiologie stellt die Meldepflicht dar, auf die nicht verzichtet werden kann. Der öffentliche Gesundheitsdienst kann nur dann Klein epidemien abgrenzen, Infektionsquellen ermitteln und Neuerkrankungen verhüten, wenn er gezielte Hinweise erhält. Es ist bereits heute nicht mehr durchführbar und wird es in Zukunft noch weniger sein, daß er selbst auf die Suche geht, um einen Kranken aus der Vielzahl der Gesunden zu ermitteln. Die jetzigen Tuberkulose-Fürsorgestellen werden, zwar in verminderter Anzahl, auch im endemischen Stadium der Tuberkulose als epidemiologische Überwachungsstelle weiter notwendig sein. Langfristig ist ein Aufgehen in der allgemeinen Seuchenbekämpfungsabteilung der Gesundheitsämter die einzig sinnvolle Lösung.

Die Rolle des öffentlichen Gesundheitsdienstes bei der Tuberkulose wird sich immer mehr der bei anderen Infektionskrankheiten nähern. Auch beim Typhus wird z. B. durch

den öffentlichen Gesundheitsdienst eine Untersuchung veranlaßt, die allerdings bei der komplizierten Technik in Zentralinstituten durchgeführt werden muß. Berichte aus den USA der jüngsten Zeit weisen darauf hin, daß niedergelassene Ärzte die Aufgaben des öffentlichen Gesundheitsdienstes hinsichtlich Umgebungsuntersuchung und Quellenermittlung einfach von der Struktur her nicht übernehmen können. Man sollte solche Erfahrungen berücksichtigen.

Die Landesverbände und andere Institutionen zur Bekämpfung der Tuberkulose einschließlich des Deutschen Zentralkomitees haben in der Vergangenheit zum Teil durch Privatinitiative sehr wesentlich zum Rückgang der Tuberkulose beigetragen. Es wäre für die Zukunft sicherlich sinnvoller, die in diesen Organisationen vorhandenen Möglichkeiten auch für andere Zwecke zu nutzen, als sie planlos abzubauen.

Es ist zur Zeit aktuell, daß Vorsorgemaßnahmen auch bei der Tuberkulose gefordert werden. Dabei stellt sich die Frage, wem vorgebeugt werden soll: einer Rückkehr der Epidemie oder der Erkrankung des einzelnen.

- Die Zunahme der Erkrankungsziffern, also ein erneutes epidemisches Aufflackern, würde sich schnell bemerkbar machen und durch Therapie zu beheben sein. Zudem würde der Anstieg des Infektionsrisikos rechtzeitig Hinweise geben. Ungezielte Suchaktionen ließen sich kurzfristig wieder einführen.
- Die Erkrankung des einzelnen kann verhindert werden durch Ausschaltung der Infektionsquellen und die Verhinderung von Rezidiven durch wirksame Chemotherapie.

Die Vorsorge ist also seit langem ein wesentlicher Bestandteil der Tuberkulosebekämpfung und bedarf keiner Neuorientierung. Als wichtigste Vorsorgemaßnahme für die Zukunft erscheint mir, daß man die Tuberkulose nicht vergißt.

Anschrift des Verfassers:

Ltd. Medizinaldirektor Dr. Wilhelm Lock, Generalsekretär des Deutschen Zentralkomitees zur Bekämpfung der Tuberkulose, Poppenhusenstraße 14 c, 2000 Hamburg 60

## Zur Diagnostik seelischer Erkrankungen bei Kindern und Jugendlichen

von Gerhardt Nissen

*Im Herbst 1978 wurde in der Julius-Maximilians-Universität in Würzburg der erste Lehrstuhl für Kinder- und Jugendpsychiatrie in Bayern eingerichtet. Die im Aufbau befindliche Universitätsklinik und Poliklinik für Kinder- und Jugendpsychiatrie wird im Jahre 1979 gemeinsam mit der Psychiatrischen Klinik für Erwachsene (Direktor: Professor Dr. O. Schrappe) ihr endgültiges Domizil in der neuerbauten Modellklinik in der Fuchsleinstraße, Würzburg, beziehen. Dort werden modernste diagnostische Einrichtungen und therapeutische Angebote für die Behandlung von verhaltensauffälligen, neurotischen, psychotischen, aber auch von lerngestörten, psychosomatisch oder anfallskranken Kindern oder von Kindern mit minimalen zerebralen Hirnfunktionsstörungen zur Verfügung stehen. Professor Dr. G. Nissen, bisher Berlin-West, wurde zum Ordinarius und Vorstand der Klinik und Poliklinik für Kinder- und Jugendpsychiatrie ernannt.*

Die Kinder- und Jugendpsychiatrie ist zuständig für die Diagnostik, Prognose und Therapie seelischer und geistiger Störungen und Erkrankungen bei Säuglingen, Kindern und Jugendlichen. Für die Erkennung und Behandlung seelisch-geistiger Störungen stehen ihr sowohl biologische (neurologische, biochemische, neurophysiologische, reifungsbiologische, humangenetische) als auch psychologische (entwicklungs-, tiefen- und testpsychologische) Untersuchungsmethoden zur Verfügung. Sie unterhält *nahe wissenschaftliche Beziehungen* zu den Mutterdisziplinen Psychiatrie und Neurologie, zur Pädiatrie und zur Phoniatrie, zur Heil- und Sonderpädagogik, zur Psychologie, Soziologie und Kriminalistik und arbeitet eng mit Erziehungs- und schulpädagogischen Beratungsstellen, Jugend- und Sozialämtern, Kinderpsychotherapeuten, Kinder- und Nervenärzten zusammen.

Kinderpsychiater und Kinderneurologen haben in der Diagnostik minimaler zerebraler Dysfunktionen (MCD), von Teilleistungs- und Werkzeugstörungen, von Stoffwechselerkrankungen, zerebralen Anfallskrankheiten und Psychosen Fortschritte erzielt. Zu diesen Fortschritten hat wesentlich eine *altersadäquate* kinder- und jugendpsychiatrische Anamnesen- und Katamnesentechnik beigetragen, die zu neuen Einsichten über die Wertigkeit alters- und entwicklungsabhängiger psychischer Symptome im Hinblick auf die Prognose und The-

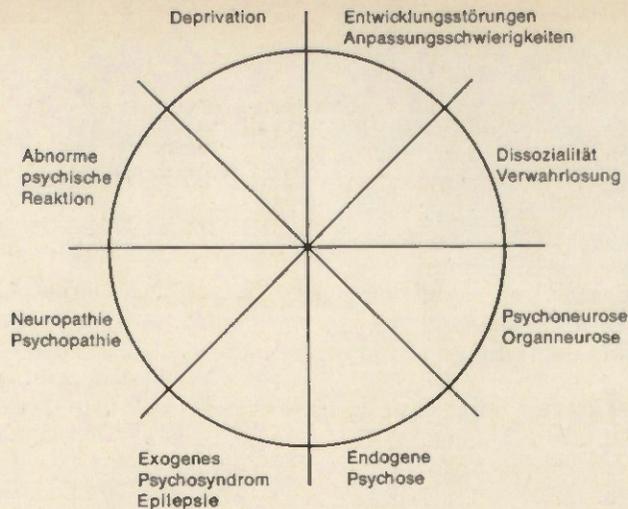
rapie führte. Die früher im Vordergrund stehende körperliche und neurologische Untersuchung wurde durch *psychomotorische Entwicklungstests, psychologische Leistungs- und Persönlichkeitsuntersuchungen* und durch zahlreiche biochemische und biophysikalische Untersuchungsverfahren bereichert. Die früher dominierende Untersuchung und Betreuung schwachsinniger und dementer Kinder und Jugendlicher steht in *Spezialinstitutionen* weiterhin im Brennpunkt der Forschung. In den meisten kinder- und jugendpsychiatrischen Polikliniken und Kliniken dominieren heute jedoch psychische und psychosomatische Störungen verschiedener Schweregrade und unterschiedlicher Herkunft. An den *therapeutischen Fortschritten* der Psychopharmakologie in der Behandlung psychiatrischer Krankheiten war die Kinderpsychiatrie bislang nur partiell beteiligt: vorwiegend an der Therapie antriebsgestörter, epileptischer und psychotischer Kinder und Jugendlicher. Große Aufgaben der Zukunft liegen auf dem Gebiete der *Psychohygiene*, der Psychoprophylaxe und der Rehabilitation von Neurosen, minimaler zerebraler Dysfunktionen und von exogenen und endogenen Psychosen.

Das *polyätiologische* Konzept der kinderpsychiatrischen Diagnostik wurde nicht programmatisch festgelegt, es hat sich pragmatisch entwickelt. Es entstand aus der Erfahrung, daß sich gleichartige Krankheitsmerkmale auf *verschiedene*, oft

auf mehrere, allerdings unterschiedlich akzentuierte (konstitutionelle, somatogene, psychogene) *Noxen* zurückführen lassen. Das gilt in noch stärkerem Maße für komplexe, sich einander ähnelnde psychopathologische Syndrome, die sich auf sehr unterschiedliche Ursachen zurückführen lassen. Die Schwangerschafts- und Geburtsverläufe psychisch gestörter Kinder zeigen einen hohen Anteil, etwa 30 bis 40 Prozent, eindeutig pathologischer Abweichungen auf. In den Familien vieler verhaltensauffälliger Kinder lassen sich neben abnormen und psychopathischen Persönlichkeiten gehäuft psychosomatische Erkrankungen nachweisen, die neben einem oft chronisch-disharmonischen Milieu auch an eine abnorme konstitutionelle Reaktionsbereitschaft denken lassen. Bei vielen im Kindes- und Jugendalter sich erstmalig manifestierenden Psychosen läßt sich eine massive erbbiologische Penetrans nicht übersehen.

Die *Psychopathologie des Kindesalters* umfaßt beschreibend alle psychischen Abweichungen dieses Lebensabschnittes: abnorme psychische Reaktionen und Entwicklungen, Neuropathien und Psychopathien, Sozialisationsstörungen und Verwahrlosungen, zerebrale und minimale zerebrale Dysfunktionen, Teilleistungsschwächen, neurotische und psychosomatische Erkrankungen, zerebrale Anfallskrankheiten mit psychopathologischer Begleitsymptomatik, chromosomale Aberrationen und genetisch bedingte Stoffwechselstörungen, exogene und endogene Psychosen (Abb.).

Die normale psychische oder die psychopathologische *Entwicklung* eines Kindes läßt sich mit phänomenologischen oder nosographischen Methoden erfassen oder ableiten. Die Kinder-Psychopathologie steht jedoch im Hinblick zu der des Erwachsenenalters vor zusätzlichen Schwierigkeiten. Sie ist im *Säuglings- und Kleinkindesalter* vorwiegend auf die Beobachtung der Psychomotorik, der Physiognomik und der Affekte und damit auf eine interpretierende Befunderhebung angewiesen. Für die Entwicklung einer „Säuglingspsychologie.“ fehlen vergleichende introspektive Parameter. Im *Vorschul- und jüngeren Schulalter* lassen sich zwar bereits verbale Explorationsmethoden anwen-



Psychopathologische Syndrome im Kindesalter

Die Abbildung zeigt ursächlich geordnet die wichtigsten psychischen Störungen und Erkrankungen bei Kindern und Jugendlichen. *Abnorme psychische Reaktionen* (neurotische Reaktionen) sind als überschießende aggressive Durchbrüche, depressive Reaktionen, Einnässen, Weglaufen usw. überaus häufig. Ein *Deprivationssyndrom* (psychischer Hospitalismus) wird als Folge chronisch-unzulänglicher emotionaler Beziehungen häufig angetroffen; ebenso *Entwicklungs- und Anpassungsstörungen* (Spiel- und Lernstörungen, Nägelknabbern, Haareusreißen usw.). Die Zahl der Kinder mit *dissozialen und delinquenten Verhaltensstörungen* ist im Zunehmen begriffen. Strukturierte *Psychoneurosen* (Depression, Angst, Zwang, Hysterie) treten erstmalig im Schulerter auf, während neurotische Symptome und *Organneurosen* (psychosomatische Syndrome) in jedem Lebensalter registriert werden. *Endogene Psychosen* (Schizophrenie, affektive Psychosen, Autismus) sind relativ selten, dagegen werden *exogene Psychosyn-drome* (als Begleiterscheinungen von Fieber, Hirntraumen, Vergiftungen usw.) häufiger beobachtet. Die *Epilepsie* manifestiert sich zu zwei Dritteln erstmalig im Kindesalter. *Neuropathie* und *Psychopathie* werden selten diagnostiziert, obgleich sie auch bei Kindern und Jugendlichen vorkommen.

den. Ihre diagnostische Bedeutung ist jedoch begrenzt, weil das Kind in diesem Entwicklungsabschnitt nur bedingt zu einer intrapsychischen Analyse und abwägenden Interpretation fähig ist. Bei wertenden Untersuchungsmethoden besteht außerdem die Gefahr, daß bei verbalen Äußerungen oder aus der Analyse des Ausdrucksverhaltens von Kindern symbolische Inhalte übersehen oder mißdeutet werden. Besonders dann, wenn die alters- und entwicklungspsychologische Relevanz und eine zusätzliche subjektive Färbung psychischer Phänomene nicht bekannt ist oder sich nicht klären läßt. Eine wesentliche Aufgabe der Psychopathologie des Kindesalters ist es, die *Metamorphose* psychopathologischer Merkmale nicht retrograd aus der Sicht psychiatrisch kranker Erwachsener zu rekonstruieren, sondern sie primär-beschreibend zu erfassen und darzustellen. Diese psychopathologische Grundlagenforschung geht dabei von kinderpsychiatrisch dokumentierten Störungen bei Kin-

den aus, die nach längeren Zeiträumen psychiatrisch nachuntersucht werden. Aus der Gegenüberstellung der primär und der katamnestic erhobenen Untersuchungsbefunde lassen sich statistisch ungünstige bzw. günstige Symptome ermitteln, die für die Diagnose und insbesondere für die Prognose bestimmter psychiatrischer Erkrankungen und damit auch für ihre Therapie von großer Bedeutung sind.

Die Entwicklung der Psychopathologie des Kindesalters ist *historisch* dadurch charakterisiert, daß sie zunächst die Terminologie, die Konsequenzen und die Methoden der Psychiatrie des *Erwachsenenalters* übernahm. Sowohl bei Kraepelin als auch bei Freud handelte es sich um *retrospektiv* orientierte Forscher, die statistisch und analytisch mit Erwachsenen arbeiteten, dabei jedoch die Symptomen-genese bis ins Kindesalter oder ins frühe Kindesalter zurückverfolgten. Während die Pädiater schon frühzeitig darauf hinwiesen, daß das Kind körperlich keine

# Syntaris®

Bei Heuschnupfen und anderen allergischen Rhinitiden

## Syntaris®

wirkt direkt und überzeugend  
antiallergisch und  
antiphlogistisch

## Syntaris®

ein mikrofeiner Nebel wirkt  
direkt und lokal auf der  
gesamten Nasenschleimhaut

## Syntaris®

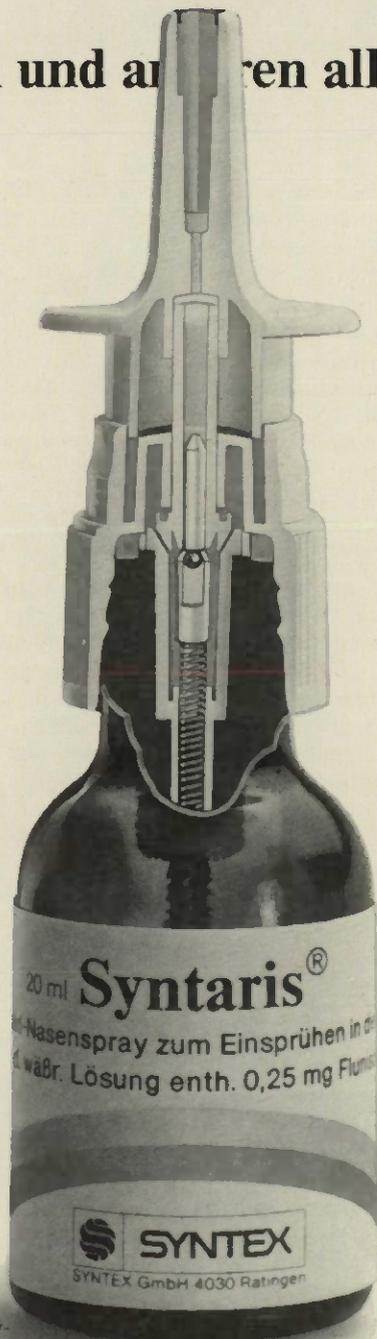
exakte Dosierung durch  
Mikrozerstäuber ohne Treibgas



## Syntaris®

keine Gefahr systemischer  
Wirkung  
Konstante Plasma-Kortisolspiegel  
auch bei Daueranwendung

Syntaris® Syntex GmbH · 4030 Ratingen  
**Zusammensetzung:** 1 ml der wässrigen Lösung enthält 0,25 mg Flunisolid. **Anwendungsgebiete:** Allergische Rhinitiden einschließlich Heuschnupfen.  
**Gegenanzeigen:** Syntaris soll nicht angewendet werden bei unbehandelten Virus-, Pilz- oder bakteriellen Infektionen der Nasenschleimhaut sowie bei Überempfindlichkeit gegenüber dem Präparat. In den ersten Monaten einer Schwangerschaft soll nicht mit Syntaris behandelt werden. Nach den ersten drei Schwangerschaftsmonaten sollte Syntaris, wie alle Arzneimittel, nur auf ärztliche Anweisung angewendet werden. Kinder unter 5 Jahren sollen nicht mit Syntaris behandelt werden, da noch nicht genügend Erfahrungen vorliegen. **Nebenwirkungen:** Syntaris wird im allgemeinen gut vertragen. Gelegentlich kann ein leichtes vorübergehendes Brennen der Nasenschleimhaut auftreten,



## Syntaris®

auch bei Langzeittherapie  
keine Beobachtung von  
Schleimhautatrophien

Neu von Syntex!

## Syntaris®

eine Entwicklung  
der Syntex Steroid-  
Forschung

das möglicherweise den Abbruch der Behandlung erfordert. Selten wurden Reizung der Nasenschleimhaut, Nasenbluten, verstopfte Nase, Schluckbeschwerden, Heiserkeit oder Reizung der Rachenschleimhaut beobachtet. **Wechselwirkungen mit anderen Arzneimitteln:** Bisher keine bekannt.

**Dosierung und Anwendungsweise:** Soweit nicht anders verordnet gilt folgendes Dosierungsschema: Erwachsene: 2 Einzeldosen (je 2 Sprühstöße) pro Nasenloch 2x täglich. Bei starken Beschwerden: 2 Einzeldosen pro Nasenloch 3x täglich. Kinder: (zwischen 5 und 14 Jahren) 1 Einzeldosis pro Nasenloch 3x täglich. Die maximale Tagesdosis sollte bei Erwachsenen nicht über 6 und bei Kindern nicht über 3 Einzeldosen pro Nasenloch liegen. **Handelsform und Preis:** 20 ml Nasenspray (200 Einzeldosen) DM 32,85.

„Miniaturausgabe des Erwachsenen“ sei, wurden analoge Einsichten, obgleich sehr naheliegend, für den psychischen Bereich erst sehr viel später wissenschaftlich anerkannt. Die Psychiater waren und sind vorwiegend an der Psychopathologie Erwachsener interessiert. Die Pädiater standen und stehen der Erforschung der Pathophysiologie des Kindes näher als seiner Psychologie und Psychopathologie. Die Entdeckung der pathogenetischen Bedeutung der Kindheit für die Entwicklung psychischer Krankheiten führte zwar zu einer Entwicklung der entwicklungschronologischen Forschung, aber erst sehr spät zu Ansätzen einer eigenständigen und systematischen Psychopathologie des Kindesalters.

Die *psychopathologische Untersuchung* von Kindern ist einerseits auf die Erhebung entwicklungs- und altersspezifischer Befunde durch Beobachtung, Spiel und Exploration ausgerichtet, sie umschließt andererseits aber regelmäßig das familiäre Feld und den sozialen Raum des Kindes. Die *Eltern* sind aus ärztlicher Sicht nicht nur Träger des genetischen Codes, sie sind als Milieugestalter schon bei Neugeborenen entscheidend daran beteiligt, daß aus angeborenen „*umweltlabilen*“ „*umweltstabile*“ Merkmale werden. Die neurobiochemischen und neurophysikalischen Funktionsabläufe sind, wie Jung nachwies, ebenso wie die morphologischen Strukturen des Gehirns genetisch festgelegt. Zahlreiche tierexperimentelle Untersuchungen weisen aber darauf hin, daß der Grad des Wachstums funktionstragender morphologischer Bestandteile des zentralen Nervensystems, etwa Dendritenverzweigungen, Vaskularisation und Hirnrindendicke entscheidend vom Grad und von der Qualität einfallender Inzidenzen abhängig sind. Aus analogen Beobachtungen an Kindern, die in unterschiedlichen sozialen Gemeinschaften aufwuchsen und an solchen Kindern, die unmittelbar nach der Geburt von ihren Eltern getrennt wurden und in Pflege- oder Adoptivfamilien kamen, entstand manchmal der Eindruck, daß allein das Milieu für die intellektuelle und emotionale Entwicklung verantwortlich sei; tatsächlich trifft diese Annahme aber nur im Rahmen ihrer *biologischen Limitierung* zu.

Die Familie, Mutter, Vater, Geschwister und Großeltern sind die ersten

konstanten *Beziehungspersonen* des Kindes. Es ist natürlich, daß diese neben dem Kind auch die entscheidenden diagnostischen und therapeutischen Bezugspersonen des Arztes sind. Für die eigene Entwicklung der Mutter oder des Vaters sind jeweils deren eigene Schwangerschafts- und Geburtsanamnesen, ihre frühe Kindheit, ihre Krankheiten, Tod und Ehe ihrer Eltern, ihre gesamte „*innere Biographie*“ von herausragender Bedeutung, nicht nur für sie selbst, sondern auch für das Schicksal ihres Kindes. Der Arzt, der ein psychisch auffälliges Kind diagnostizieren und behandeln will, muß sich zunächst intensiv mit den Eltern, deren Geschwistern und Großeltern auseinandersetzen. Er erfährt von der Mutter oder dem Vater, ob es sich um ein primär erwünschtes oder unerwünschtes, danach oder nie von ihr oder von ihm akzeptiertes Kind handelt, das ihr oder sein Leben, ihre Partner- und Berufswünsche negativ oder positiv beeinflusste. Sie sind die *einzigsten Informanten* über Hoffnungen und Erwartungen, die während der Schwangerschaft oder nach der Geburt auf das Kind gerichtet waren. Den Eltern stehen biologische Daten über die statomotorische und verbale Entwicklung und über das Temperament des neugeborenen Kindes, sein normales, passives oder aggressives Trinkverhalten ebenso zur Verfügung wie Angaben über Geburtskomplikationen, die vielleicht mit Sauerstoffmangelerscheinungen für das Kind einhergingen, die möglicherweise zu leichten oder schwereren Hirnfunktionsstörungen führten, die sich wiederum in sen-

soriellen, psychischen oder motorischen Abweichungen auswirken können. Diagnostisch wichtig sind Angaben über mögliche Noxen in der Gravidität, über Intoxikationen und Infektionen des Säuglings und Kleinkindes, ferner über Heim- und Krankenhausaufenthalte, über Unterbringungen in Kindertagesstätten und Kindergärten, bei Nachbarn und Verwandten, Pflege- und Großeltern. Diese Informationen sind von nicht zu unterschätzender Bedeutung für die biologische, psychische und soziale Entwicklung des Kindes; sie stehen für die Diagnostik psychiatrisch kranker Erwachsener meistens nicht mehr oder nur unvollständig zur Verfügung, weil Geburts- und Heimakten schwer zugänglich oder nicht mehr vorhanden sind. Gefährten aus der Kindheit, Schulfreunde oder Berufskollegen werden vom Psychiater oft nicht befragt oder vom Patienten als Informanten nicht zugelassen. Die Ehepartner können nur für einen bestimmten Zeitraum konkrete Angaben machen. Das Kindesalter ist für die Erhebung einer umfassenden biologischen und psychologischen Anamnese schon deswegen besonders geeignet, weil Eltern, Geschwister und Großeltern, aber auch Kindergärtnerinnen und Lehrer als Beobachter zur Verfügung stehen, die die Verhaltensauffälligkeit in „*statu nascendi*“ miterlebten.

Anschrift des Verfassers:

Professor Dr. med. Gerhardt Nissen,  
Direktor der Klinik und Poliklinik für  
Kinder- und Jugendpsychiatrie der Uni-  
versität Würzburg, Josef-Schneider-  
Straße 2, 8700 Würzburg

## Strahlenschutzmedizinische Beratung in Bayern

Den Ärzten Bayerns steht für alle Fragen im Zusammenhang mit der Einwirkung ionisierender Strahlen (Ganz- oder Teilkörperbestrahlung, Kontamination, Inkorporation) das

Regionale Strahlenschutzzentrum bei der  
Gesellschaft für Strahlen- und Umweltforschung

8042 Neuherberg  
Telefon (0 89) 38 74-333

rund um die Uhr zur Verfügung.

## Wandel der Medizin und aktuelle Fortschritte

60. Ärztliche Fortbildungstagung Regensburg

(Schluß)

Professor Dr. H. G. Fassbender,  
Mainz:

### Wandel der Medizin und aktuelle Fortschritte am Beispiel der Rheumatologie

Wie kommt es, daß die Gruppe der rheumatischen Erkrankungen bei ihrer unbestreitbaren qualitativen und quantitativen Bedeutung — die Morbidität wird weltweit zwischen vier und zehn Prozent geschätzt — im allgemeinen Bewußtsein eine so geringe Rolle spielt, daß Rheumatologie an den Universitäten bisher kaum und jetzt nur ungenügend gelehrt wird, daß es zumindest in der Bundesrepublik Deutschland noch keine Weiterbildung in Rheumatologie gibt? Von besonderer Bedeutung ist sicherlich, daß „Rheuma“ ein Schmerzsymptom und keine Krankheit ist. Obendrein ein Symptom geringer Dignität, das eine Reihe von Krankheiten mit unterschiedlicher Ätiologie, Pathogenese, Morphologie, Serologie und Klinik miteinander verknüpft. Außerdem sind die rheumatischen Krankheiten nicht an ein bestimmtes Organ gebunden und damit schwer einer bestimmten Disziplin zuzuordnen. So bot das heterogene Gebiet der rheumatischen Krankheiten für ehrgeizige Wissenschaftler kein attraktives Forschungsziel. Eine langsame Änderung trat erst ein, als die schnell aufblühende Immunologie bei einigen rheumatischen Krankheiten eine Reihe von Phänomenen entdeckte, von deren Nachweis eine Aufklärung der Pathogenese zu erhoffen war. Es hat sich im Laufe der Zeit jedoch erwiesen, daß es sich bei den immunologischen Befunden überwiegend um Epiphänomene ohne pathologische Bedeutung handelt, von denen keine Aufschlüsse über Ursache und Pathogenese der Krankheiten zu erwarten sind. Das zweite Ereignis war der Beginn der operativen Ära in der Rheumatologie. Abgesehen von der segensreichen Bedeutung der Synovektomien für die Rheuma-Patienten selbst ge-

langte damit erstmals pathologisch verändertes Gelenkkapselgewebe von lebenden Patienten in größerem Ausmaß in die Hände der Pathologen. Das war deshalb so wichtig, weil der Grad der strukturellen Aufklärung über die therapeutischen Möglichkeiten entscheidet. Sieht man die Pathogenese einer chronischen Erkrankung von der primären Ursache bis zum klinischen Symptom als eine Kette mehrerer Einzelglieder, so erkennt man, daß die Aussicht auf Heilung davon abhängt, ob es gelingt, den Krankheitsprozeß bereits am ersten Kettenglied zu fassen. Teilen wir die Therapieansätze in die drei Stufen: ätiologisch, pathogenetisch und symptomatisch, so müssen wir feststellen, daß die Grundlagenforschung nur beim rheumatischen Fieber und dem sogenannten Muskelrheumatismus so fortgeschritten ist, daß eine kausale Therapie, also eine wirksame Heilung, möglich ist.

Beim rheumatischen Fieber wissen wir heute, daß am Anfang eine Infektion mit Beta-hämolytischen Streptokokken steht. Die eigentliche Krankheit ist die Folge einer Sensibilisierung gegen Bestandteile des Erregers mit Ausbildung von Immunkomplexen. Diese zirkulierenden Immunkomplexe lösen das eigentliche Krankheitsbild mit Fieber und Gelenkschmerzen aus. Im Bindegewebe der Herzmuskulatur führen Kapillarschäden zum bekannten fibrinoiden Frühinfiltrat, das von einer charakteristischen Bindegewebszellwucherung, dem Aschoffschen Granulom, aufgesogen wird. Der sehr weitgehenden Aufklärung der strukturellen Vorgänge entsprechen auch die guten Therapiemöglichkeiten: Ausschaltung der Streptokokken durch Penicillin und Unterdrückung der Zellproliferation durch Cortison.

Bei der chronischen Polyarthrit sind die Kenntnisse über die pathogenetischen Vorgänge unzureichend trotz der hohen zahlenmäßigen Bedeutung dieser Erkrankung. Die Ätiologie der chronischen Polyarthri-

tis liegt völlig im dunkeln. Eine gewisse Wahrscheinlichkeit besitzt die Theorie, daß eine Virusinfektion körpereigene Strukturen soweit verändert, daß sie Autoantigencharakter erlangen. Da bei dieser Erkrankung nur das letzte Glied der Kette aufgeklärt ist, nämlich die exsudativ-proliferativen Vorgänge, ist es kein Wunder, daß die Therapie fast ausschließlich antiphlogistisch und symptomatisch ist. Alle anderen Therapieformen sind empirisch tastende Versuche ohne ausreichende theoretische Basis und mit wechselndem, vorübergehendem Erfolg.

Bei der Spondylitis ankylopoetica liegen die Dinge nicht günstiger. Der immunologische Nachweis des Transplantationsantigens HLA-B 27 bei 90 Prozent der Bechterew-Erkrankungen kann als solider Hinweis auf die genetische Komponente gelten, die dazu führt, daß die Verknöcherung am Stammskelett die normalen Grenzen überschreitet. Heute vermag man therapeutisch nicht mehr als die Entzündungsphänomene zu beeinflussen. Der Verknöcherungsprozeß entzieht sich der antiphlogistischen Therapie.

Bei der Arthrose liegen die Dinge dagegen wesentlich einfacher. Es ist verständlich, daß der Knorpel stark belasteter Extremitätengelenke einem Verschleiß unterliegt. Nach unseren heutigen Vorstellungen liegt die Ursache des Verschleißes darin, daß Knorpelzellen zugrunde gehen und daß in diesen Arealen keine schützenden Proteoglykane mehr nachgebildet werden. Die Folge ist eine Demaskierung der Kollagenknorpelmatrix und beginnende Rauigkeit der Gelenkoberfläche. Rauigkeit aber bedeutet Reibung, Einrisse, Abrieb und Substanzverlust. Aber selbst eine größere Zerstörung der Gelenkoberfläche kann unbemerkt bleiben. Klinisch manifest wird die Arthrose dann, wenn eine sekundäre Synovitis hinzutritt und dem Patienten Schwellung und Schmerz verursacht.

Diese sekundäre und schmerzauslösende Synovitis wird nach unserem jetzigen Wissen von Stoffen ausgelöst, die beim Knorpelabrieb entstehen. Die antiphlogistische Therapie beherrscht diesen Entzündungskomplex der Arthrose. Dem Verschleißprozeß selbst muß dann durch Schonung des Knorpels Einhalt geboten werden. Der Charakter

des sogenannten Muskelrheumatismus war jahrzehntelang völlig unklar. Muskelbiopsien, die lichtmikroskopisch untersucht wurden, ergaben keine nennenswerten Hinweise auf Entzündungsvorgänge. Die elektronen-optischen Befunde entsprechen denen, die im Tierexperiment nach Hypoxie entstehen. Man nimmt deshalb heute an, daß die Ursachen verschiedenster Art (vertebragen, psychisch, mechanisch usw.) zu einer nervalen Irritation führen, die ihrerseits eine lokale Dauerkontraktur der Muskulatur auslösen. Diese Dauerkontraktur wiederum führt zur relativen Hypoxie der überforderten Muskelpartien und verursacht Schmerzen. Die ultrastrukturelle Aufklärung zeigt somit, daß eine antiphlogistische Therapie des Muskelrheumatismus wirkungslos ist, zeigt aber gleichzeitig erfolgversprechende Wege zur physikalischen Therapie und Psychotherapie.

Zusammenfassend läßt sich sagen, daß der Status quo im Jahre 1978 im höchsten Maße unbefriedigend ist und daß hier nur eine intensive Grundlagenforschung weiterhelfen kann.

*Dr. A. v. Schlichtegroll, Frankfurt:*

#### **Wende der Medizin und aktuelle Fortschritte bei Arzneimittelentwicklungen**

Die großartigen Erfolge in den drei Jahrzehnten von 1910 bis 1940 bei der Bekämpfung von Seuchen und Infektionskrankheiten durch Impfprophylaxe und chemotherapeutische Maßnahmen haben in die medikamentöse Therapie und somit in die weiteren Forschungsergebnisse der pharmazeutischen Industrie hohe Erwartungen gesetzt. Wenn man die letalen Folgen vieler dieser nun beherrschbaren Seuchen vergessen konnte, dann wundert es nicht, daß sich jetzt die Erwartungen ähnlich bedeutender therapeutischer Erfolge auf andere noch nicht beherrschbare ernste Erkrankungen richten: Herz-Kreislauf- und Krebserkrankungen sind ja noch heute die Todesursache Nummer eins.

Dieser Erwartungswandel an die Arzneimittelforschung hat seine Entsprechung in einem Wandel des Begriffes Gesundheit, der von der WHO, als ein „Zustand des vollkommenen körperlichen, geistigen und

gesellschaftlichen Wohlbefindens“ definiert wird. Obwohl vielleicht die ganz großen spektakulären Erfolge in den letzten 30 Jahren gefehlt haben, hat es neben großen Fortschritten im Bereich der Biochemie und Diagnostik auch wesentliche medikamentöse Neuerungen gegeben. So waren die Nachkriegsjahre besonders geprägt durch die Erforschung und Entwicklung von wirksamen Antirheumatika, Antidiabetika, Antihypertensiva, Analgetika, von Fungiziden und nicht zuletzt von Psychopharmaka. Auf dem immer wichtiger werdenden Gebiet der Krebsbekämpfung wurde durch Einführung der alkylierenden Stoffe mit dem Cyclophosphamid ein wesentlicher Durchbruch erreicht, der durch nachfolgende Entwicklungen erweitert wurde, sowie durch die moderne Kombinationstherapie der Tumoren, die auch hochwirksame Antibiotika und andere spezielle Zytostatika einschließt. Schließlich seien noch die Entwicklungen auf dem Gebiet der Antikonzeption erwähnt. Man ist nur zu leicht geneigt, die spektakulären Ereignisse zu betrachten und die vielen notwendigen Teilerfolge verschiedener Disziplinen außer acht zu lassen.

*Professor Dr. Ch. Lauritzen, Ulm:*

#### **Wandel der Medizin und aktuelle Fortschritte in der Frauenheilkunde**

Bei der Früherkennung und Behandlung des Genitalkarzinoms sind beachtliche Fortschritte erzielt worden, die auch für andere Fächer als beispielhaft bezeichnet werden können. Durch die Zytologie ist die Früherkennungsmöglichkeit beträchtlich gesteigert worden. Bei Entnahme des Abstriches von der Portio und aus dem Zervikalkanal kann ein Kollumkarzinom oder auch ein Vorstadium des Karzinoms in einem sehr frühen Stadium, noch vor Beginn einer typischen Blutungssymptomatik, erkannt werden. Die Sicherheit ist bei sorgfältiger Entnahme fast 100prozentig, so daß man einer Patientin, die regelmäßig zur Vorsorgeuntersuchung geht, heute die Gewißheit geben kann, daß ein Karzinom im frühen Stadium erkannt und dann geheilt werden kann. Weniger sicher sind die Ergebnisse des Portio- und Zervixabstriches beim Vorliegen eines Korpuskarzinoms. Dieses wird nur mit 50 bis 60prozentiger Sicherheit erfaßt. Aber auch hier gibt es Fortschritte. Bei dem Ver-

fahren des sogenannten Jet-wash wird während ambulanter Untersuchung ein feiner Kunststoffschlauch in die Gebärmutterhöhle eingeführt, mit einer Spritze Kochsalzlösung eingespritzt und wieder zurückgezogen. Das so gewonnene Zellmaterial aus der Gebärmutterhöhle wird in einem Zwischenbehälter aufgefangen und kann danach zytologisch und histologisch aufgearbeitet werden. Die Methode zeigt eine hohe Sicherheit, die an die der Abrasio heranreicht. Sie kann bei fast jeder Patientin und größtenteils ohne wesentliche Schmerzen in der Sprechstunde durchgeführt werden. Die Frühdiagnostik des Mammakarzinoms ist durch die Mammographie, die Xeroradiographie und die Thermographie erheblich verbessert worden, so daß mit diesen Methoden eine Sicherheit zwischen 80 und 90 Prozent besteht. Neu hinzugekommen ist in den letzten Jahren die Mikropunktion von suspekten Befunden, die die Probeexzision zum Teil ersetzen kann.

Das Ovarialkarzinom ist noch immer ein diagnostisches Problem und wird meist zu spät erkannt. Hinzu kommt, daß die therapeutischen Verfahren zwar verbessert worden sind, aber ein entscheidender Durchbruch nicht erfolgte. Einen wichtigen Fortschritt in der gynäkologischen Diagnostik stellt die Einführung des Ultraschalls dar. Hiermit ist es möglich, abdominale Tumoren jeder Art in ihren Umrissen und in ihrem Verhältnis von soliden zystischen Anteilen recht klar darzustellen. Damit wurde die invasive Diagnostik (Probelaparotomien) und auch Röntgenaufnahmen teilweise verdrängt. Auch in der Geburtshilfe wird Ultraschall diagnostik bereits verwendet.

Die Laparoskopie wird in der Gynäkologie häufig verwendet. Sie dient zur Diagnostik von unklaren Unterbauchbefunden und hat damit die Probelaparotomie weitgehend ersetzt. Häufig wird das Verfahren zur Durchführung von Sterilisation durch Elektrokoagulation der Tuben verwendet.

Das Verfahren des Nachweises von Barr-Körperchen in Zellen, etwa der Wangenschleimhaut, des Scheidenepithels oder in Leukozyten, hat die Geschlechtsdiagnostik, beispielsweise in der Erkennung von Intersexen, wesentlich gefördert. Die Chromosomenbestimmung mit Zellkultur hat sich als großer Fortschritt

# Tannacomp®

beherrscht  
die Diarrhoe

rasch und zuverlässig  
bei guter Verträglichkeit

- antibakteriell
- adstringierend
- spasmolytisch

**Zusammensetzung:** 1 Filmtablette enthält 500 mg Tanninalbuminat und 50 mg Äthacridinlactat. **Indikationen:** Unspezifische Durchfallerkrankungen, wie z. B. Sommer- und Reisediarrhoen, Gastroenteritis, Enterokolitis, Diarrhoen bei Anus praetematuralis. Zur Prophylaxe bei Infektionsgefahr auf Reisen oder Milieu- und Kostumstellung. Bei bakterieller oder Amöbenruhr, Cholera und Salmonelleninfektionen ist eine spezifische Therapie erforderlich. **Kontraindikationen:** In den ersten 3 Monaten einer Schwangerschaft ist die Verordnung von Tannacomp – entsprechend den heutigen Auffassungen über den Arzneimittelgebrauch – kritisch abzuwägen. **Nebenwirkungen, Begleiterscheinungen:** Der Darminhalt kann nach Einnahme des Präparates ein gelbliches Aussehen annehmen.

**Dosierung und Anwendungsweise:** Die Dosis richtet sich nach dem Schweregrad der Diarrhoe. Erwachsene nehmen 1–2 Filmtabletten 4 mal täglich bis zum Sistieren der Durchfälle. Zur Prophylaxe ist 1 Filmtablette 2 mal täglich einzunehmen. Kinder ab 6 Jahren erhalten 1 Filmtablette 3–4 mal täglich. Die Wirkung von Tannacomp wird durch Diät unterstützt. Es empfiehlt sich eine kurzfristige Nahrungspause mit anschließendem langsamem Wiederaufbau der Kost. Wesentlich ist eine reichliche Flüssigkeitszufuhr, besonders in Form von Tee. Schlackenreiche und stark gewürzte Kost sollte vermieden werden. **Handelsformen:** OP mit 20 Filmtabletten DM 7,60; OP mit 50 Filmtabletten DM 17,-.



knoll

KNOLL AG, 6700 Ludwigshafen

im Verständnis dieser Erkrankung wie auch in der exakten Diagnostik erwiesen.

Mit der Entwicklung des Radiumimmunassay ist es heute möglich, kleinste Substanzmengen nachzuweisen. Dadurch waren erst grundlegende Untersuchungen über die Hormonproduktion und -verteilung möglich.

Mit einem neu entwickelten Medikament, dem Danazol (Vinobanin®), gelingt es bei oraler Medikation fast spezifisch, die Gonadotropine LH und FSH zu hemmen, ohne daß v.essentielle Nebenwirkungen eintreten. Indikation sind Endometriose und Mastopathie. Vielleicht kann sich auch der Einsatz bei Ovarialtumoren lohnen, denn es ist bekannt, daß manche dieser Tumoren Gonadotropin-abhängig sind. Mit den Antandrogenen haben wir sehr potente Substanzen in der Hand, mit denen Akne, Hirsutismus, Seborrhoe und androgenetischer Haarausfall mit Erfolg behandelt werden können. Hier sei vor allem das Cyproteron-acetat (Androcur®) und das schwächere Chlormadinon-acetat (Gestafortin®) genannt.

Lokale Empfängnisverhütung ist prinzipiell besser als eine, die den ganzen Organismus einbezieht. Es wurden jetzt Intrauterinpessare hergestellt, die eine direkte Hormonwirkung am Zielorgan, nämlich dem Endometrium, ermöglichen. Sie sondern täglich eine bestimmte Menge von Progesteron ab und wirken auf diese Weise zusätzlich zu der mechanischen Komponente auch hormonell am Endometrium und am Zervixschleim empfängnisverhütend. Vielleicht wird es in Zukunft möglich sein, mit solchen Intrauterinpessaren, die Wirkstoff abgeben, auch andere therapeutisch wichtige und wertvolle Substanzen intrauterin zu verabfolgen.

Die „Pille“ danach, d. h. die Möglichkeit, durch Einnahme hoher Östrogendosen kurz nach dem Verkehr die Implantation eines befruchteten Eies und damit eine unerwünschte Schwangerschaft zu verhüten, wurde seit Ende der sechziger Jahre entwickelt. Damit ist das System der Kontrazeption praktisch lückenlos geworden. Hat ein Verkehr innerhalb der fruchtbaren Tage stattgefunden, der somit wahrscheinlich zur Konzeption führen könnte, so ist es möglich, durch Ein-

nahme von 5 mg Äthinylöstradiol täglich über fünf Tage, innerhalb 36 bis 48 Stunden nach dem Verkehr beginnend, das Eintreten einer Schwangerschaft mit hoher Sicherheit zu verhindern. Der Pearlindex beträgt 0,5. Das Verfahren ist demnach genau so sicher wie die klassische Pille. Eigentlich braucht es daher unerwünschte Schwangerschaften praktisch kaum noch zu geben, wenn dieses Verfahren allgemein bekannt wäre und man es in entsprechenden Fällen anwenden würde.

*Professor Dr. H. H. Wieck, Erlangen:*

### **Wandel der Medizin und aktuelle Fortschritte in der Neurologie und Psychiatrie**

Die großen Nervenkrankenhäuser und Universitäts-Nervenkliniken wurden, vor allem in den letzten zwei Jahrzehnten, renoviert, erweitert oder völlig neu gebaut. Diese bisher nicht gekannte Anstrengung der verantwortlichen Politiker, den außerordentlich kostspieligen Rahmen für eine bessere Betreuung psychisch Kranker zu schaffen, hat eine Reihe von ideologisch bestimmten und nach einer gewissen politischen Richtung orientierten Schwarmgeister keineswegs davon abgehalten, einen antipsychiatrischen Sturm zu entfachen. Jede vernünftige Behandlung der oft schwerstkranken Patienten sollte verhindert werden. Unter Vorspiegelung edler Motive wurde und wird in derartigen „antipsychiatrischen“ Kampagnen behauptet, daß allein die gegenwärtige Gesellschaftsform seelische Störungen hervorruft. Es sei sinnlos, den einzelnen Patienten zu behandeln, sondern vielmehr erforderlich, die Gesellschaft als Ganzes zu verändern. So mag es auch verständlich erscheinen, daß die Ideologie-beherrschten Ärzte und Psychologen die Psychiatrie als Einstiegsfach in die Medizin überhaupt betrachten. Das vermehrte Wissen in diesem Fach hat nicht nur zu einer Spezialisierung geführt, sondern schlägt sich auch in der neuen Approbationsordnung für Ärzte nieder, wo die Nervenheilkunde ein Hauptgebiet im klinischen Studium geworden ist. Der Wandel in der nosologischen Zusammensetzung ist erheblich. Das gilt besonders für die Zunahme der Kranken innerhalb der neuropsychiatrischen Geriatrie und für den Anstieg in der Zahl zerebro-

vaskulärer Prozesse, von Hirntraumen und frühkindlichen Hirnschäden, ferner in der raschen Ausbreitung des Alkoholismus und der Drogenabhängigkeit.

Unbestritten nimmt die *Computer-Tomographie* den höchsten Rang im Fortschritt der Diagnostik ein. Durch keine andere Methode kann die Aufdeckung von Hirntumoren oder anderen raumfordernden Prozessen mit solcher Sicherheit erfolgen. Die Beziehung zu den benachbarten Strukturen läßt sich exakter beurteilen, so daß die Entscheidung über die Operabilität eines Tumors wesentlich erweitert wird. Das Hirnödem läßt sich nun erstmalig sichtbar machen. Die oft schwierige Unterscheidung zwischen Infarkt und Massenblutung ist mit dieser Methode rasch möglich. Hohe Aussagefähigkeit hat diese Methode auch beim kindlichen Hydrozephalus und subduralen Ergüssen sowie bei zahlreichen Hirnmißbildungen. Im diagnostischen Vorfeld fällt dem Allgemeinarzt weiterhin die sehr wichtige Aufgabe zu, eine sichere Auswahl für die apparative Diagnostik zu treffen. Bemerkenswerte Fortschritte sind auch auf dem Gebiete der Psychopathometrie (Messung des psychopathologischen Störungsgrades) zu verzeichnen. Dafür wurden zahlreiche Tests entwickelt, vor allem für die reversiblen organischen Funktionspsychosen.

Bei einem Bericht über die Fortschritte in der *Therapie* muß man wohl an erster Stelle den ungewöhnlichen Siegeszug der Psychopharmaka erwähnen. Dem Kliniker, aber vor allem auch dem niedergelassenen Arzt wurden damit Medikamente in die Hand gegeben, die es erlaubten, viele akute und chronische Zustände wirksam zu behandeln. Im Hinblick auf die Langzeittherapie schizophrener Psychosen kam es vor allem darauf an, die Einnahme der Neuroleptika zu gewährleisten, weshalb die Depot-Präparate entwickelt wurden. Die stationäre Infusionsbehandlung mit Antidepressiva hat neuartige Erfolge gebracht. Bedenkt man die Häufigkeit der endogenen Depression, so haben wir in der modernen Lithiumtherapie ein Mittel in der Hand, die prophylaktische Wirksamkeit der Gesamttherapie statistisch zu verbessern, die Intervalle zu verlängern und überhaupt neue Phasen zu verhindern. Ataraktika bewähren sich be-

sonders in der Therapie psychovegetativer Allgemeinstörungen, die einen großen Prozentsatz der täglich zu betreuenden Patienten in der Praxis ausmachen. Sehr eng mit der Wirkung der Ataraktika hängt die Therapie der chronischen Schmerzzustände und Schlafstörungen zusammen, die oft der niedergelassene Arzt durchzuführen hat. In enger Zusammenarbeit mit dem niedergelassenen Nervenarzt muß der Allgemeinarzt oft Patienten betreuen, die an einer Epilepsie leiden. Im Laufe der Jahre hat sich für die Langzeittherapie eine Standardisierung der Antiepileptika ergeben, wobei Mittel der ersten und zweiten Wahl zu unterscheiden sind. So wird etwa bei psychomotorischen Anfällen derzeit Carbamazepin (Tegretal®) bevorzugt, während Phenytoin das Mittel der zweiten Wahl darstellt. Diese Stoffklasse wird jedoch bevorzugt beim diffusen und Schlaf-Grand-mal sowie bei Herdanfällen eingesetzt. Als Fortschritt ist auch zu werten, daß der Serumspiegel für die meisten Antikonvulsiva bestimmt werden kann, so daß der therapeutische Dosisbereich gut einzuhalten ist. Zur Behandlung des chronisch progredienten Parkinson-Syndroms hat die Einführung des Levodopa eine entscheidende Wende in die Richtung auf eine Substitutionstherapie herbeigeführt; wenn sich auch die anfänglichen Hoffnungen nicht ganz erfüllt haben, so haben die schon bewährten Anticholinergika wie auch die Amantadin-Derivate heute noch ihren Indikationsbereich. In jüngster Zeit wurden bei der Behandlung des Tremors mit Beta-Rezeptorenblockern ebenfalls Erfolge erzielt. Wichtige Fortschritte in der Nervenheilkunde sind zunächst in anderen Disziplinen entwickelt worden. So hat die verbesserte Gefäßchirurgie dazu geführt, daß extrakranielle Gefäßstenosen prophylaktisch operiert werden können und die jüngsten Entwicklungen zielen darauf ab, auch bei intrakraniellen Gefäßstenosen operative Hilfe zu bringen. Die verbesserte Handchirurgie erbrachte therapeutische Fortschritte bei den peripheren Nervenläsionen. Bei hochgradigen Paresen der unteren Extremitäten haben sich die prophylaktisch angewandten antithrombotischen Maßnahmen außerordentlich bewährt.

*Referent:*

Dr. med. E. Weber, Bahnhofstraße 21, 8561 Creußen

## Gynäkologische Probleme der Praxis heute — Rationale Arzneimitteltherapie

62. Augsburger Fortbildungskongreß für praktische Medizin

Für die Herbsttagung in der Augsburger Kongreßhalle, die im zeitlichen und räumlichen Zusammenhang mit dem VII. Zentralkongreß für medizinische Assistenzberufe stattfand, hatte das für die Kongreßplanung zuständige Collegium Medicum Augustanum diese zwei Hauptthemen ausgewählt (s. Überschrift).

In seinem Bericht über den **heutigen Stand der hormonalen Kontrazeption** verneinte Professor Dr. C. Lauritzen, Ulm, die immer wieder auftauchende Frage, ob es eine „Pille nach Maß“ für jede Frau gibt oder ob es möglich ist, diese Hormone entsprechend dem Konstitutionstyp oder nach sogenannten Frauentypen zu verschreiben. Man könne davon ausgehen, daß für die Mehrzahl der Frauen die niedrigdosierte kombinierte Pille angezeigt ist und auch am besten vertragen wird. Eine individuell angepaßte Verordnung ist dann sinnvoll und notwendig, wenn eine aus Anamnese und Befund ermittelte spezielle Symptomatik besteht, die erfahrungsgemäß durch Präparate mit überwiegender Östrogen- oder Gestagenwirkung pharmakotherapeutisch günstig beeinflusst werden kann oder wenigstens durch sie nicht verschlimmert wird. Stärke und Dauer der Menstruation, so betonte der Vortragende, sind hierbei die wichtigsten Leitsymptome. Die Erfahrung zeigt, daß verstärkte und verlängerte Regelblutungen durch Ovulationshemmer mit deutlicher Gestagenwirkung (z. B. Neogynon, Microgynon, Stediril) normalisiert werden können. Unter östrogenbetonten Präparaten, die z. B. bei Akne oder Seborrhoe bevorzugt werden sollten, versteht man solche mit einer Östrogendosis zwischen 0,05 mg Äthinylöstradiol bis 0,1 mg Mestranol und einer entsprechend niedrigeren, schwächeren und kürzeren Gestagenmedikation, wie sie als Sequenz- oder Stufenpräparate (z. B. Ovanon, Sequilar, Sinovula) vorliegen. In diesem Zusammenhang wurde betont, daß die Errechnung sogenannter Gestagen- oder Östrogenpotenzen eine

Exaktheit vortäuscht, die nur bedingt vorhanden ist. Die Auswahl des oralen Kontrazeptivums sollte sich nicht zuletzt auch nach den relativen Kontraindikationen richten, was bedeutet, daß beispielsweise eine Patientin, die Myome hat oder bei der eine Endometriose besteht, ein Präparat mit niedrigem Östrogengehalt und einem kräftigen Gestagen einnehmen sollte.

Bei der Besprechung der verschiedenen Nebenwirkungen der Pille erwähnte Professor Lauritzen, daß eine Gewichtszunahme gewöhnlich nur bei solchen Patientinnen auftritt, die ohnehin schon Gewichtsprobleme haben. Offensichtlich ist die Gewichtszunahme bei Verwendung von kombinierten Präparaten mit höher dosierten Steroidhormonen, insbesondere bei Nortestosteron-Derivaten, am stärksten, sie kann aber auch bei der Minipille auftreten. Am günstigsten scheinen in dieser Hinsicht die Sequenzpräparate abzuschneiden. Da adipöse Frauen in bezug auf Thrombose und Hyperlipidämie mit einem höheren Risiko rechnen müssen, sollte in solchen Fällen die Indikation für die Einnahme von Ovulationshemmern strenger gestellt werden.

Bei etwa ein bis zwei Prozent aller Patientinnen, welche die Pille eingenommen haben, kommt es nach dem Absetzen zu einer sekundären Amenorrhoe, was auch als „post-pill-Amenorrhoe“ bezeichnet wird. Dies trifft vorwiegend für Frauen zu, die eine späte Menarche hatten, die bereits vor Einnahme der Pille anovulatorische Zyklusstörungen aufwiesen und bei denen überdies noch Gewichtsprobleme bestehen. Derartige anamnestische Angaben sollten als relative Kontraindikation gegen die Verabfolgung von oralen Kontrazeptiva betrachtet werden. Professor Lauritzen bemerkte hierzu, daß jedoch in der Mehrzahl der Fälle die Menstruation nach Absetzen der Pille im ersten Zyklus normal, wenn auch meist etwas verspätet, eintritt. Bei drei Viertel der

Frauen verläuft der Zyklus ovulatorisch, bis zum dritten Zyklus hat sich die Regel gewöhnlich völlig normalisiert. In 20 Prozent der Fälle ist die post-pill-Amenorrhoe mit einer Galaktorrhoe kombiniert, was dann Veranlassung zu einer Prolaktinbestimmung sein sollte.

Aus dem Vortrag von Professor Dr. H. Welsch, München, über **gynäkologische Krebsvorsorge** war zu entnehmen, daß dystrophe und/oder dysplastische Veränderungen an der Vulva als fakultative Präkanzerosen aufgefaßt werden müssen. Die wichtigste und häufigste Form der Dystrophie ist der Lichen sclerosus et atrophicus, was früher als Kraurosis vulvae bezeichnet wurde. Infolge ätiologisch unklarer chronisch-degenerativer Dermisveränderungen kommt es zu Elastizitätsverlust und Schrumpfung des äußeren Genitale, was zu Kohabitationsbeschwerden und teilweise quälendem Juckreiz führt, der sekundär infizierte Kratzeffekte zur Folge haben kann. Ein wichtiger diagnostischer Hinweis ist der eigenartige perlmutterähnliche Glanz der befallenen Bezirke. Da in etwa 17 Prozent der Fälle mit einer malignen Entartung gerechnet werden muß, bedürfen derartige dysplastische Epithelveränderungen an der Vulva einer regelmäßigen fachärztlichen Überwachung. Wenn zusätzliche leukoplakische Bezirke vorhanden sind, müssen diese histologisch untersucht werden.

Obwohl die Technik der gynäkologischen Vorsorgeuntersuchungen heute weitgehend standardisiert ist, gibt es doch einige Punkte, die nach den Erfahrungen von Professor Welsch nicht genügend beachtet werden. Hierzu gehört, daß bei der Spekulumuntersuchung nicht nur die Portio eingestellt wird, sondern die gesamten vaginalen Wände genau inspiziert werden, damit man Präkanzerosen und maligne Veränderungen nicht übersieht. Da bei Benutzung des üblichen Entenschnabelspekulums Veränderungen an der Vagina nicht immer erkannt werden, sollten für diese Untersuchung zwei Einzelspekula, z. B. nach Breisky, verwendet werden.

Während die Zytodiagnostik bei der Aufdeckung von Präkanzerosen und klinisch noch symptomfreien Formen des Portiokarzinoms eine Treffsicherheit von etwa 90 Prozent auf-

zuweisen hat, erreicht sie infolge der besonderen anatomischen Verhältnisse bei der Früherkennung eines symptomfreien Korpuskarzinoms nur eine Treffsicherheit von 50 bis 80 Prozent. Deshalb wurden in letzter Zeit verschiedene Methoden zur Gewinnung von Zellmaterial aus dem Cavum uteri entwickelt, beispielsweise die Brush-Technik, das Jet-wash-Verfahren und die sogenannte Pistolet-Aspirationsmethode. Bislang wurde noch keines dieser zusätzlichen diagnostischen Verfahren, die zwangsläufig auch mit zusätzlichen Kosten verbunden sind, in das offizielle Vorsorgeprogramm eingeführt.

Als irrig und folgeschwer bezeichnete Professor Welsch die Annahme, daß bei Blutungen im Klimakterium bzw. in der Postmenopause ein normaler gynäkologischer Tast- und Spiegelbefund bei gleichzeitig unauffälliger Zytologie das Vorhandensein eines Uteruskarzinoms mit Sicherheit ausschließt. Nach wie vor gelte der Grundsatz, daß bei unregelmäßigen Blutungen, spätestens jenseits des 40. Lebensjahres, ein Korpuskarzinom nur durch eine getrennte Kurettagung ausgeschlossen werden kann. Wenn dabei die histologische Untersuchung ein Carcinoma in situ der Endometrium-schleimhaut oder eine atypische adenomatöse Hyperplasie ergibt, so gelten derartige präkarzinomatöse Veränderungen als Indikation für eine prophylaktische Hysterektomie.

Die noch immer unbefriedigende Frühdiagnostik beim Ovarialmalignom hängt damit zusammen, daß dessen klinische Symptomatik uncharakteristisch ist und ein Tumor im Adnaxbereich erst eine gewisse Größe erreicht haben muß, bevor er bei der bimanuellen Untersuchung als pathologischer Tastbefund auffällt. Da etwa 20 bis 30 Prozent aller Geschwülste der Eierstöcke maligne sind, gilt nach wie vor die Forderung, auch einen symptomfreien Tumor durch Laparotomie abzuklären. Zwar ist auch durch eine Laparoskopie oder per vaginam durch eine hintere Kolpozöliotomie ein intra-abdominaler Zugang möglich und es läßt sich auch in vielen Fällen differentialdiagnostisch abklären, ob ein Uterus myomatosus oder ein Ovarialtumor vorliegt, doch erlauben diese Verfahren keinerlei Aussage über die Dignität des Ovarialprozesses. Diese wichtige Entschei-

dung vermag nur der Pathologe am Schnellschnitt eines Operationspräparates, manchmal erst nach sorgfältiger Aufarbeitung und zahlreichen Serienschnitten, zu treffen.

**Die Nachbehandlung von krebserkrankten Patientinnen** war das Thema von Dr. H. Merkl, Bad Trissl, der sich ausführlich mit dem Mammakarzinom befaßte, dessen Therapie in einem Umbruch begriffen ist, nachdem multizentrische Studien über den Erfolg der Strahlentherapie bei früherkannten Mammakarzinomen erwiesen haben, daß durch eine Radiatio zwar die Häufigkeit von lokalen Rezidiven, nicht aber von Fernmetastasen beeinflusst werden kann.

Wenn das Krankheitsbild es erlaubt, zielen die nicht-operativen Maßnahmen zunächst darauf ab, durch Hormonentzug, d. h. durch operative oder röntgenologische Kastration, oder durch eine hormonelle Überflutung des Körpers eine Rückbildung des Tumors oder zumindest einen Wachstumsstillstand zu erreichen. Stellt sich bei Frauen, die vorher noch eine Östrogenaktivität aufgewiesen haben, innerhalb von sechs Wochen nach Ausschaltung der Ovarien eine Remission ein, so werden sie unter laufender röntgenologischer und szintigraphischer Kontrolle sowie labormäßiger Überwachung gehalten, bis sich die Wirkung des Östrogenentzuges erschöpft hat und der Tumor erneut zu wachsen beginnt. Die Erfahrung zeigt, daß je länger dieses Intervall anhält, um so sicherer mit Androgenen (in der Prämenopause) oder mit Gestagenen (in der Postmenopause) ein erneuter Wachstumsstillstand der Metastasen zu erzielen ist, der selbst bei ausgedehnter Tumoraussaat Monate bis Jahre anhalten kann. Als bemerkenswert bezeichnete Dr. Merkl eine Mitteilung von Professor Pannuti aus Bologna, wonach dieser bei 12 von 13 Patientinnen mit fortgeschrittenem metastasierendem Mammakarzinom — und zwar in der Prämenopause — mit hohen Gestagendosen (1500 mg Clinovir i. m. täglich) eine komplette oder zumindest partielle Remission erzielen konnte. Bei 87 ebenfalls fortgeschrittenen Karzinomfällen in der Postmenopause war bei der gleichen Gestagendosierung nur bei knapp der Hälfte der Frauen eine Komplet- oder Teilremission zu erreichen, wobei Weichteil- und Kno-

# TENORMIN<sup>®</sup> 100

## DER HYPERTONIEBLOCKER

MIT LANGZEITWIRKUNG

1 X 1 TABLETTE TÄGLICH  
FÜR IHRE NEUEN HYPERTONIKER

### EINFACH:

Leicht zu merken  
Leicht zu tun  
Eine Tablette am Tag

### ÜBERZEUGEND:

Schonende Blutdrucksenkung bei 84%  
aller Hypertoniker um 31/22 mm Hg im Mittel  
Senkung des Infarkt-Risikos\*

### ALLTAGSTAUGLICH:

Blutdruckkontrolle rund um die Uhr  
Nebenwirkungsrate auf Placebo-Niveau  
Keine Sedierung

**Indikation:** Hypertonie.  
**Dosierung:** 1 x täglich 1 Tablette zu 100 mg. Bei nicht ausreichendem blutdrucksenkendem Effekt empfiehlt sich die zusätzliche Gabe eines Saluretikums wie z. B. Sinesalin<sup>®</sup>.

**Kontraindikationen:** AV-Block 2. und 3. Grades, nicht kompensierte Herzinsuffizienz und Bradykardie (Ruhepuls vor Behandlung unter 55 Schläge/Min.).

**Hinweise:** TENORMIN 100 ist ein ausgeprägt kardioselektiver Beta-Rezeptorenblocker. Der Einfluß auf Atemwegwiderstand und Blutzuckerspiegel ist gering. Trotzdem wird bei Patienten mit obstruktiven Atemwegserkrankungen Vorsicht empfohlen. Eventuelle Bronchospasmen können durch Bronchodilatoren rasch aufgehoben werden. Bei Diabetikern kann unter Umständen



eine Anpassung der Diabetesbehandlung notwendig sein. Bei Patienten mit eingeschränkter Nierenfunktion wird Dosisanpassung empfohlen. Die Behandlung mit TENORMIN 100 nicht abrupt abbrechen! Bei Schwangerschaft wird die übliche Vorsicht empfohlen.

**Nebenwirkungen:** Vereinzelt Kältegefühl in den Extremitäten, Muskelermüdung, Bradykardie, selten Schlafstörungen. Antidot: Atropin, Orciprenalin.

**Zusammensetzung:** 1 Filmtablette enthält 100 mg 2-(p-[2-Hydroxy-3-isopropylamino-propoxy]-phenyl)-acetamid (Atenolol).

**Handelsformen und Preise:** Tabletten zu 100 mg, Packung mit 20 Tabletten DM 35,84, Packung mit 50 Tabletten DM 74,91, Packung mit 100 Tabletten DM 138,31, Anstaltspackung.

ICI-Pharma Arzneimittelwerk Plankstadt

\*Der kardioprotektive Effekt konnte für Atenolol (Tenormin 100) tierexperimentell bereits nachgewiesen werden.

chenmetastasen günstig ansprechen, weniger jedoch Viszeralmetastasen.

Abgesehen von den nicht unerheblichen Nebenwirkungen einer zytostatischen Therapie besteht deren Problematik darin, daß nur die sich teilende, nicht aber die ruhende Zelle geschädigt wird und ihre Vitalität einbüßt. Je kleiner die Metastase ist, desto weniger ruhende Zellen sind vorhanden und desto wirksamer können Zytostatika eingesetzt werden. Der Einsatz dieser hochpotenten Pharmaka ist nicht zuletzt wegen der Möglichkeit von chemisch induzierten Hyper- und Dysplasien nur gerechtfertigt, wenn eine Metastasierung mit großer Wahrscheinlichkeit vermutet werden kann oder bereits nachgewiesen wurde.

Wie Dr. Merkl weiter ausführte, werden an der Krebsnachsorgeklinik in Bad Trissl als initiale Metastasen-therapie am ersten Tag 40 mg/m<sup>2</sup> Adriblastin + 200 mg/m<sup>2</sup> Endoxan + 40 mg Urbason verabreicht, am zweiten Tag wird nur Endoxan und am dritten Tag Endoxan + Urbason gegeben, wobei dieser Zyklus – eventuell mit Dosisreduktion – spätestens am 21. Tag wiederholt wird. Wenn sich nach insgesamt sechs Kuren dieser Art eine Tumorremission erkennen läßt, wird nach einer Pause von drei Wochen mit einer Dauertherapie begonnen, bei der täglich 150 mg Ixoten und alle sieben Tage 25 mg Methotrexat appliziert werden. Wenn die initiale Stoßtherapie mit der Dreierkombination nicht den gewünschten Effekt zeitigt oder Kontraindikationen von seiten des Herzens (speziell im Hinblick auf Adriblastin) bestehen, wird die zytostatische Behandlung nach einer Pause von drei Wochen mit 5-Fluorouracil (am ersten und zweiten Tag je 500 mg) und mit Methotrexat alle sieben Tage 30 mg i. v. fortgesetzt, wobei diese Medikation alle zwei

Wochen wiederholt wird, bis zehn Kuren erreicht sind.

Für die Beurteilung der Effektivität und auch der Aggressivität einer Chemotherapie ist der Leukozytenwert der wichtigste Parameter: Sinken die Leukos unter 3000, sollte die Dosierung halbiert werden, bei Werten unter 2000 muß die zytostatische Behandlung so lange unterbrochen werden, bis die Leukozyten wieder auf 3000 angestiegen sind. Zur Behandlung der als besonders schmerzhaft empfundenen Ulzerationen der Mundschleimhaut empfahl der Vortragende eine sorgfältige Mundpflege mit Pyralvex-Pinselungen, Volon-A-Haftsalbe und bei starken Schmerzen mit Xylocain viskös 2 %. Hat sich ein Soorbelag entwickelt, sollte ein Behandlungsversuch mit Ampho-Moronal-Lutschtabletten gemacht werden. Eine hämorrhagische Zystitis tritt seltener auf, wenn die Patientin reichlich Flüssigkeit zu sich nimmt und die Miktionsintervalle verkürzt, um so eine längere Verweildauer des Urins in der Harnblase zu vermeiden. Ulzerationen der Harnblase oder eine stärkere Hämaturie können z. B. mit Zysto-Myacine-Instillationen behandelt werden, erfordern zunächst aber eine Unterbrechung der zytostatischen Therapie.

Im Rahmen der Vortragsreihe über rationale Arzneimitteltherapie sprach Professor Dr. Rietbrock, Frankfurt, über die **Bedeutung der Pharmakokinetik für die praktische Therapie**, wobei er an einer eindrucksvollen Tabelle demonstrierte, welchen Einfluß eine bestehende Nieren- und Leberinsuffizienz auf die Pharmakokinetik haben: Er ging von drei Arzneimitteln aus, welche die gleiche Halbwertszeit von drei Stunden besitzen, wobei jedoch das Produkt A zu 90 Prozent, das Mittel B zu 50 Prozent und das Pharmakon

C lediglich zu 10 Prozent auf renalem Weg eliminiert wird. Vorausgesetzt, daß die hepatische Clearance durch eine Nierenerkrankung unbeeinflusst bleibt, ergibt sich hierbei, daß die totale Clearance der Summe der renalen und hepatischen Clearance entspricht. Da die renale Clearance in etwa durch die Kreatinin-Clearance beschrieben werden kann, folgt daraus, daß zwischen der totalen Clearance und der Kreatinin-Clearance eine lineare Beziehung besteht.

An diesem Beispiel wird deutlich, wie unterschiedlich sich eine bestehende Niereninsuffizienz auf die Elimination der drei Pharmaka auswirken muß: Bei einer Herabsetzung der Kreatinin-Clearance auf 20 ml/min/m<sup>2</sup> Körperoberfläche wird die totale Clearance des Pharmakons A um 75 Prozent vermindert, diejenige von B um 42 Prozent und diejenige von C um nur 8,5 Prozent. Dementsprechend wird die biologische Halbwertszeit des Mittels A von 3 auf 30 Stunden, des Produkts B von 3 auf 6 Stunden und des Pharmakons C von 3 auf 3,2 Stunden erhöht. Als Beispiele für den Typ A erwähnte Professor Rietbrock Gentamycin, Kanamycin, Ampicillin, Penicillin und die Tetracycline. Beispiele für Typ B mit renaler und hepatischer Clearance sind Digoxin, Procainamid, Sulfadiazin sowie INH. Eine vorwiegend hepatische Clearance, dem Typ C entsprechend, findet sich bei Digitoxin, Chloramphenicol, Theophyllin und Doxycyclin. Diese quantitative Betrachtung gilt in gleicher Weise auch für die hepatische Clearance – allerdings mit der Einschränkung, daß deren Änderungen nicht durch Leberfunktionsteste vorhergesagt werden können.

Referent:

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

**RECORSAN**<sup>®</sup>

## RECORSAN-HERZSALBE

Das älteste, percutane Kardiakum, seit 5 Jahrzehnten bewährt, dabei in Wirkung und Anwendung stets weiterentwickelt und verbessert.

Cor: nervos., coronare und periphere Durchblutungsstörungen, pectanginöse Beschwerden, Segmenttherapie.

In 100 g Salbe: Extr. Crataeg. 2,2g - Valerian. 1,7g - Tinct. Convall. 0,8g.

-Castor. 0,6g, Camph. 1,0g, Menthol. 0,5g, Nicotin. 0,155g.

Q.P. 30g DM 6.08

Recorsan-Gesellschaften Gräfelfing und Lüneburg

### Clofibrat — eine Katamnese

von Karl H. Kimbel

Die Akten über den Fall Clofibrat sind noch nicht geschlossen. Dennoch scheint es, nachdem die heftigsten Emotionen abgeklungen sind, an der Zeit, über den Fall Clofibrat nachzudenken. Er hat, wie kein anderer zuvor, Ärzte und Patienten, je nach Temperament, empört oder verbittert. Es gab schon ähnlich spektakuläre Fälle, z. B. den Verdacht erhöhten Brustkrebsrisikos bei Reserpin-Patientinnen, auch schon ähnliche „Schrecken in der Weihnachtszeit“, wie die Vertriebs-einstellung megestrolhaltiger Ovulationshemmer. In keinem Falle wurden jedoch Öffentlichkeit und Ärzte von den Ereignissen so überrannt, wie in diesem. Hier wurde der Ärzteschaft eindrücklich vor Augen geführt, wie viel in der Bundesrepublik Deutschland, aber auch in anderen Ländern zur vernünftigen Lösung akuter Arzneimittelsicherheitsprobleme noch zu tun ist.

Im Falle der familiären Hypercholesterinämie mit der in frühen Jahren auftretenden fulminanten Arteriosklerose und koronaren Herzkrankheit, bei der Myokardinfarkte sogar schon im Kindesalter vorkommen, besteht kein Zweifel, daß eine Senkung der erhöhten Serumcholesterinwerte eine vitale Indikation darstellt. Die Initiatoren der multizentrischen Studie, die zum Zulassungswiderruf clofibrathaltiger Arzneimittel in der Bundesrepublik Deutschland führte und die Weltgesundheitsorganisation, die diese Studie förderte, gingen jedoch von der Frage aus, ob auch eine Senkung nur mäßig erhöhter Serumcholesterinpiegel zur Senkung eines möglicherweise erhöhten Myokardinfarkttrisikos führen könne.

Es ist bedauerlich, daß die deutschen Ärzte erst nach Abschluß und nicht schon zu Beginn von diesem Vorhaben erfuhren. Sie hätten aus der Kenntnis der Durchführung dieser und anderer wohlgeplanter und umfangreicher Untersuchungen er-

sehen, daß erst nach Abschluß, wenn möglich, mehrerer solcher Studien die Frage beantwortet werden konnte, ob die medikamentöse Absenkung mäßig erhöhter Serumcholesterinwerte für den Patienten tatsächlich von Nutzen ist.\*) Viele Ärzte hätten auch zu Beginn der Clofibrat-Studie 1965 die Frage gestellt, warum Clofibrat, und nicht eines der damals schon verfügbaren Mittel der ersten Wahl zur Cholesterinspiegel-senkung, wie die Nikotinsäure und Derivate, Cholestyramin, Beta-Sitosterin oder D-Thyroxin, eingesetzt wurde.

Die Clofibrat-Studie konnte, da sie sorgfältig angelegt war, die Frage nach dem Nutzen eindeutig beantworten: Die Senkung mäßiger, aber noch mehr der stärker erhöhten Cholesterinspiegel ging mit einer Verminderung der überlebten Herzinfarkte einher. Das Risiko eines Koronarinfarktes mit tödlichem Ausgang wurde jedoch nicht verringert. Dem prophylaktischen Wert beim nicht tödlichen Herzinfarkt steht jedoch eine noch nicht ganz abgeklärte Mortalität in der behandelten Gruppe gegenüber. Die Autoren konnten daher nur zu dem Schluß kommen, daß Clofibrat *nicht* als lipidsenkendes Arzneimittel zur Prophylaxe der koronaren Herzkrankheit bei größeren Bevölkerungsgruppen empfohlen werden kann. Die Autoren enthielten sich des Urteils über den therapeutischen Nutzen von Clofibrat in anderen Indikationen, da sie hierüber aus ihrer Studie keine Schlüsse ziehen konnten.

Aus welchen Gründen auch immer Clofibrat in dieser Studie der Vorzug gegeben wurde, bleibt es be-

\*) Unsere amerikanischen Kollegen und ihre Patienten werden in der Packungsbeilage ausdrücklich darauf hingewiesen, daß nicht erwiesen ist, „ob die Senkung der Cholesterin- oder Lipidspiegel einen schädlichen, nützlichen oder überhaupt einen Einfluß auf die Morbidität oder Mortalität infolge von Atherosklerose oder koronarer Herzkrankheit hat“.

## 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. acetylosalicylic. 250 mg, Phenacelin. 250 mg, Codein. phosphoric. 9,6 mg, 1 Supp. für Erwachsene enthält Acid. acetylosalicylic. 400 mg, Phenacelin. 400 mg, Codein. phosphoric. 19,2 mg, 1 Supp. für Kinder enthält Acid. acetylosalicylic. 100 mg, Phenacelin. 100 mg, Codein. phosphoric. 4,8 mg, 1 Supp. für Säuglinge enthält Acid. acetylosalicylic. 50 mg, Phenacelin. 50 mg, Codein. phosphoric. 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 Fieber-senkung und Linderung der Beschwerden bei Grippe, Erkältungskrankheiten und fieberhaften Erkrankungen. **Nebenwirkungen:** Okkulte gastro-intestinale Blutungen (Anämie), Aethmaanfalle, Obstipation, Nierenachäden (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 hämopoetischen Systems, Magen- und Darmulcera, schwere Nierenfunktionsstörungen, Krankheitszustände, bei denen eine Dämpfung des Atemzentrums vermieden werden muß, Langzeitverabreichung bei chronischer Obstipation, Salicylatallergien. **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, Schul-kinder 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 rektale 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

dauerlich, daß kein weiteres Arzneimittel zur Senkung erhöhter Cholesterinspiegel, insbesondere die Wirkstoffe der ersten Wahl, in die Studien einbezogen worden sind. Auch wenn aufgrund theoretischer Überlegungen das Risiko unerwünschter Wirkungen für einige der Wirkstoffe, z. B. die Nikotinsäure und Austauschharze, als nicht sehr hoch veranschlagt werden könnte, bleibt für alle diese Stoffe die Nutzen-/Risikoabwägung für ihre prophylaktische Anwendung gegen die koronare Herzkrankheit offen. Während wir über die unerwünschten Wirkungen der genannten Wirkstoffe aufgrund ihrer jahrelangen Anwendung über einige Erfahrungen verfügen, fehlen diese bei den neu eingeführten Wirkstoffen zur medikamentösen Lipidsenkung noch weitgehend.

Das Verbot eines lange Jahre im Gebrauch befindlichen Wirkstoffes führt in der Regel dazu, daß dieser durch neuere Wirkstoffe, mit denen wir weniger Erfahrungen haben, ersetzt wird. Es scheint daher nur billig, daß alle noch im Handel befindlichen Wirkstoffe einer gleichen wohlgeplanten Prüfung unterworfen werden, wie das Clofibrat. Bis zum Vorliegen dieser Ergebnisse sollten diese Wirkstoffe nur bei solchen Indikationen verordnet werden, bei denen die vitale Notwendigkeit der Senkung erhöhter Lipidspiegel ein noch unbekanntes Risiko in Kauf zu nehmen vertretbar erscheinen läßt. Eine der wichtigsten Voraussetzungen auf dem Wege zu einer für Patient und Arzt zufriedenstellenden Lösung künftiger Arzneimittelsicherheitsprobleme ist daher die Planung, Initiierung und Förderung von prospektiven Studien über den Wert vorbeugender Langzeitbehandlung auf dem Gebiete der „Volkskrankheiten“, d. h. der koronaren Herzkrankheit, des Diabetes, der Hypertonie, der chronischen Lungen- und Nierenkrankheiten und des Rheumatismus. Hier müssen Ärzteschaft, Fachgesellschaften und Gesundheitsbehörden eng zusammenarbeiten.

Regierungen aller Zeiten haben sich bei Anlässen vitaler Bedrohung des Rates der führenden Sachkenner ihres Landes mit Nutzen bedient. In vielen Ländern verleiht eine solche Beraterfunktion hohes Prestige und setzt Unabhängigkeit und Neutralität voraus.

Warum sollte es nicht möglich sein, auch in der Bundesrepublik Deutschland eine solche Institution, nach dem Modell des früheren, aufgelösten „Beirates Arzneimittelsicherheit“ zu konstituieren und ihr alle technischen Möglichkeiten zum unverzüglichen Zusammentritt zu geben?

Aufgrund des Sachverständigen und der internationalen Kontakte seiner Mitglieder könnte in Abstimmung mit den übrigen Beteiligten, Ärzten, Apothekern, Herstellern und gegebenenfalls betroffenen Verbraucherverbänden in kürzester Frist eine ausgewogene Entscheidung herbeigeführt werden.

In denjenigen Fällen, in denen unverzüglich Maßnahmen zur Gefahrenabwendung für erforderlich gehalten werden, könnte der vorsitzende Arzt dieses Beirates die Gründe für die Maßnahme zugleich der Ärzteschaft und der Öffentlichkeit über Fernsehen und Funk darlegen. Er sollte dabei auch die Patienten beraten, wie sie sich bis zum nächsten Arztbesuch zu verhalten haben. Es ist dann dringliche Aufgabe der Arzneimittelkommission der deutschen Ärzteschaft, in Zusammenarbeit mit den Fachgesellschaften, die Ärzteschaft über alternative Therapieoptionen zu informieren. Sie hat dies im Falle des Clofibrat bereits am Vormittag des 20. Dezember über Fernschreiber an alle Untergliederungen der Landesorganisationen und an die Presse getan, nachdem am Nachmittag des vorausgegangenen Tages der Widerruf der Zulassung bekanntgegeben worden war.

Ist keine dringende Gefahr im Verzug, d. h., ist es nicht erforderlich,

die Abgabe in den Apotheken innerhalb weniger Stunden einzustellen bzw. eine weitere Einnahme durch die Patienten zu verhindern, müssen die Angehörigen der Heilberufe darauf bestehen, daß ihnen eine praktikable, angemessene Frist zur Information ihrer Mitglieder gegeben wird, so daß diese die betroffenen Patienten einbestellen, beraten und auf eine andere Medikation umsetzen bzw. im Falle der Apotheker ihre Kunden sachgemäß aufklären können. Die Gesundheitsbehörden müssen sich darüber klar sein, daß sie die volle Verantwortung für die Schäden, die für den Patienten aus einer unnötigen, vorzeitigen Information der Öffentlichkeit entstehen können, tragen. Im Falle eines Arzneimittels zur Behandlung von Patienten mit erhöhter Herzinfarktgefährdung liegt das Risiko einer solchen, nicht für den Laien erläuterten Information, insbesondere wenn sie durch die Presse sensationalisiert wird, auf der Hand.

Die Ärzteschaft hat den Minister für Jugend, Familie und Gesundheit gebeten, ihrem Präsidenten und zwei namhaften, für Arzneimittelfragen in der Bundesärztekammer zuständigen Wissenschaftlern Gelegenheit zu einer Besprechung dieser Probleme zu geben. Die Ärzteschaft erwartet, daß dort Übereinstimmung über das zukünftige Vorgehen erzielt wird, und der Fall Clofibrat der letzte einer Reihe von Arzneimittelsicherheitsproblemen sein wird, die nicht im Interesse von Patient und Arzt gelöst wurden.

Anschrift des Verfassers:

Dr. med. Karl H. Kimbel, Arzneimittelkommission der deutschen Ärzteschaft, Haedenkampstraße 5, 5000 Köln 41

## Ärztliche Fortbildung in Regensburg

vom 24. bis 27. Mai 1979

**Themen:** Notfallmedizin — Hormonstörung der Frau — Fortschritte in der Chirurgia im Blickfeld von Praxis und Klinik

## Versicherungs-Tips von der „Vereinigten“

### Krank im Urlaub?

Lanzarote, 24. 8. 78, 17.00 Uhr: Dr. K. aus München stürzt die Hotelterrasse herunter. Diagnose: Komplizierter Beckenbruch. Per Sanitäts-Jet wird er am nächsten Tag nach München zurückgefliegen. Kosten: 21 600 DM – 100%<sup>o</sup>ig erstattet von der „Vereinigten“. Die kurzfristige Reispolice mit 100%<sup>o</sup>-Leistungen ist wegen des Rückhol-Services auch für „gruppenversicherte“ Ärzte, deren Vollversicherung weltweit gilt, interessant. Der Reise-Tarif kann problemlos und schnell abgeschlossen werden – zu einem geringen Beitrag: nur 60 Pf. pro Tag und Person.

### Krankenhaustagegeld zuschußpflichtig

Auch Krankenhaustagegeldversicherungen haben im Rahmen des Paragraphen 405 RVO Anspruch auf den Arbeitgeberanteil. Dabei ist es unerheblich, ob der Versicherte mit den Krankenhaustagegeld-Leistungen z. B. eine Kur oder eine Haushaltshilfe finanziert oder ob er das Geld für zusätzliche Aufwendungen im Krankenhaus verwendet.

### Neugeborene sofort versichert

Für Neugeborene bietet der Gruppenvertrag der „Vereinigten“ sofortigen Versicherungsschutz. Das gilt auch für Geburtsschäden sowie angeborene Krankheiten oder Gebrechen. Voraussetzung: Die Anmeldung zur Mitversicherung muß spätestens 2 Monate nach dem Tag der Geburt zum Ersten des Geburtsmonats erfolgen. Ferner muß wenigstens ein Elternteil am Tage der Geburt gruppenversichert sein.

**Ärzte-Infodienst**  
**Vereinigte Kranken-**  
**versicherung AG**  
**Pressestelle**  
**Leopoldstraße 24**  
**8000 München 40**  
**Telefon (0 89) 3 89 31**

Die meisten Ärzte kennen uns bereits als führende Krankenversicherung des Ärztestandes. Deshalb möchten wir in dieser Anzeige einmal nicht über Versicherungen reden, sondern Sie zu einem Quiz-Spiel einladen.

# Die Gockel-Prognose



## Unsere Quiz-Frage:

Gegen den Biß eines tollwütigen Hundes wurde im 4. Jahrhundert Eisenkraut auf die offene Wunde gelegt. Ein Hahn sollte dann den guten oder schlechten Verlauf der Heilbehandlung verkünden. Aus welchem Verhalten des Hahnes leitete man einen guten Verlauf der Behandlung ab? Kreuzen Sie bitte Ihre Antwort im Coupon an.

Quellenhinweis:  
Bildband Kunst und Medizin,  
Verlag M. Du Mont Schauberg, Köln

Vereinigte Krankenversicherung AG  
Salus Krankenhauskosten-Versicherungs-AG

im Unternehmensverbund  
**Vereinigte**  
Versicherungsgruppe

Generaldirektion  
Leopoldstraße 24, 8000 München 40



**Ihr Quiz-Gewinn:**

Unter allen richtigen Einsendungen verlosen wir einen Hahn aus Meißener Porzellan. Das Modell geht zurück auf den Kändler-Modellieur Johann Joachim Kändler (1706-1775). Die Figur ist 19 cm hoch. Einsendeschluß ist der 31. 5. 1979 und der Rechtsweg ist wie immer ausgeschlossen.

Das Zeichen für guten Verlauf war  
wenn der Hahn  
 laut krächte.  
 die ausgestrauten Samenkörner  
aufpuckte  
 heftig mit den Flügeln schlug

Adresse

KX5Y

# Organtransplantationen

Die Entwicklung der Transplantationschirurgie erreichte in den letzten Jahren – vor allem auf den Gebieten der Nieren-, Hornhaut- und Gehörknöchelchentransplantation – einen so hohen Stand, daß die Verpflanzung eines dieser Organe heute eine Routineoperation ist. Im Gebiet der Herz-, Leber-, Pankreas- und Knochenmarkstransplantation zeichnet sich eine rasche Fortentwicklung sowohl im technisch-operativen als auch im immunsuppressiven Bereich ab.

Wer als Arzt erlebt hat, wie die Einpflanzung einer Niere dem chronisch Nierenkranken wieder ein lebenswertes Dasein und die soziale Eingliederung in die Gemeinschaft eröffnet, wer an seinen Patienten die segensreichen Auswirkungen der Übertragung von Hornhaut und Gehörknöchelchen gesehen hat, wird aus der ärztlich humanen Verpflichtung heraus alles tun, die Zahl der Transplantationsmöglichkeiten zu fördern! Nebenbei bemerkt, die Kosten einer Nierentransplantation betragen derzeit etwa 30 000 DM; für den Dauerdialyse-Patienten liegen die jährlichen Aufwendungen bei etwa 100 000 DM! Die Quote der Replantationen beträgt rund sieben Prozent.

Das Zentralproblem der Nierentransplantation ist aber derzeit der Mangel an Spendern!

Die Bayerische Landesärztekammer mißt dieser Frage eine hohe berufs- und gesundheitspolitische Bedeutung bei und sie hat sich deshalb in jüngster Zeit intensiv sowohl für eine gezielte Innerärztliche als auch für die Breitenaufklärung in der gesamten Öffentlichkeit eingesetzt, dies ebenfalls im Rahmen der Diskussion um den Entwurf eines Transplantationsgesetzes. Am 7. Oktober 1978 befaßte sich der 31. Bayerische Ärztetag in St. Englmar damit und richtete an die Öffentlichkeit eine Entschließung „Tote können Leben retten“, ein Aufruf zur Bereitschaft für Organspenden. Am 18. Oktober 1978 fand im Ärztehaus Bayern ein Transplantationskolloquium statt, dessen wesentliche Beiträge im „Bayerischen Ärzteblatt“ (Januar, Februar und März 1979) sowie in Form einer Kurzinformation im „Deutschen Ärzteblatt“ vom 9. November 1978 erschienen. Bundesärztekammer und Wissenschaftlicher Beirat appellierten im „Deutschen Ärzteblatt“ vom 25. Januar 1979 an alle Ärzte, zur Förderung der Organtransplantation beizutragen. Weiterhin veranstaltete die Landesärztekammer am 27. Oktober 1978 eine Pressekonferenz, auf der einer großen Zahl der Vertreter von Presse, Funk und Fernsehen sowohl Möglichkeiten als auch Grenzen der Transplantationschirurgie dargelegt wurden. Das breit gestreute Echo in Presse und Funk war sehr positiv. Ein wesentlicher Beitrag der Bundesärztekammer zur Aufklärung der Bevölkerung war ein informativer Artikel in der Wartezeitung „Thema Nr. 1 Gesundheit“ vom Februar 1979 mit der Überschrift: „Eilt: Niere gesucht“. Als vorläufiger Abschluß dieser intensiven Bemühungen wird nunmehr in der Schriftenreihe der Bayerischen Landesärztekammer ein Band „Organtransplantationen“ erscheinen, in erster Linie an die Krankenhausärzte gerichtet.

Im folgenden geben wir in Kurzform eine Zusammenfassung der derzeitigen Situation in der Transplantationschirurgie:

1. Die Organverpflanzung ist – insbesondere bei Nieren-, Hornhaut- und Gehörknöchelchentransplantationen – be-

reits weitgehend ein Routineverfahren der modernen Medizin. Auf weiteren Gebieten zeichnet sich eine positive Entwicklung ab.

2. Der erhebliche Mangel an verfügbaren Organen, vor allem bei der Nierentransplantation, ist jedoch noch das Hauptproblem. So warten in der Bundesrepublik Deutschland derzeit über 2000 Patienten auf eine Nierentransplantation; Jahr für Jahr müßten weiterhin rund 1000 Nierentransplantationen durchgeführt werden, aber nur 300 bis 400 sind jährlich möglich. Den Mangel an Spenderorganen zu bessern, ist Verpflichtung von uns allen!
3. Die Ärzteschaft in ihrer Gesamtheit muß durch unmittelbare Aufklärung von Patienten und Angehörigen das Verständnis für Notwendigkeit und Nutzen der Organtransplantation fördern! Wir müssen an die Bereitschaft jedes einzelnen appellieren, nach seinem Tode durch eine Organspende einem Kranken die Heilung zu ermöglichen, und ihm dabei ins Bewußtsein rufen, daß er selbst einmal in die Lage kommen kann, auf die Spende eines anderen angewiesen zu sein.
4. Vielfach steht der Bereitschaft zur Organspende bewußt oder unbewußt die Angst entgegen, daß die Feststellung des Todes auch heute noch nicht sicher ist. Wir können unseren Mitbürgern jedoch mit absoluter Sicherheit garantieren, daß eine Organentnahme erst dann in Frage kommt, wenn die Feststellung des dissoziierten Hirntodes bei künstlich aufrechterhaltenem Kreislauf definitiv gesichert ist (fehlende zerebrale Reflexe und Null-Linien-EEG, gegebenenfalls Hirngefäßangiographie). Wir müssen darüber aufklären, daß die Diagnose eines Hirntodes von mindestens zwei Ärzten gestellt werden muß, die völlig unabhängig vom Transplantationsteam arbeiten.
5. Die Mangelsituation kann nur dann gebessert werden, wenn der behandelnde Krankenhausarzt im Falle eines sich abzeichnenden dissoziierten Hirntodes (z. B. nach schwerem Schädel-Hirn-Trauma) bei einem potentiellen Spender frühzeitig Kontakt aufnimmt mit dem Transplantationszentrum der Chirurgischen Klinik und Poliklinik der Universität München, Klinikum Großhadern, Marchioninstraße 15, 8000 München 71 (Leiter: Professor Dr. Land), Telefon (0 89) 70 36 36. Medizinische Fragen können fallweise telefonisch vorab geklärt werden. Entsprechende Informationsschriften sind dort auch jederzeit abrufbereit.
6. Gegebenenfalls kann die Hirntodfeststellung durch ein Team (Neurologe und Radiologe) erfolgen, das beim Transplantationszentrum angefordert werden kann. Die Explantation und Konservierung der Nieren selbst erfolgt im allgemeinen in dem Krankenhaus, in dem der Organspender liegt, und werden vom transplantationschirurgischen Team durchgeführt. Notfalls können Organspender auch nach erfolgter Hirntoddiagnose ins Transplantationszentrum München verlegt werden.
7. Bis zum Inkrafttreten eines Transplantationsgesetzes erfolgt die klinische Organentnahme dann gesetzlich ohne Bedenken, wenn der betreffende Patient einen Spenderausweis ausgefüllt hat, oder eine Einwilligung der nächsten Angehörigen vorliegt.

## Datenschutz im medizinischen und sozialen Bereich

Tätigkeitsbericht des Bundesbeauftragten für den Datenschutz

von P. M a n d t

Der Bundestag wird sich demnächst mit dem Tätigkeitsbericht des Bundesbeauftragten für den Datenschutz, Professor Bull, befassen, der ihm zugeleitet worden ist.

Neben umfangreichen Ausführungen über den Aufgabenbereich des Bundesbeauftragten, den bisherigen Erfahrungen mit dem Bundesdatenschutzgesetz in der Bundesrepublik Deutschland sowie einer Übersicht über den Datenschutz im Ausland enthält der Bericht Vorschläge für erste Reformansätze.

Ausgehend davon, daß zwischen den einzelnen Sozialversicherungsträgern, der Bundesanstalt für Arbeit, den Kassenärztlichen Vereinigungen und anderen Stellen ein intensiver Datenaustausch stattfindet, wird zum Datenschutz im sozialen wie gesundheitlichen Bereich erklärt:

Erst allmählich werde allgemein bewußt, daß die Träger der sozialen Sicherung gleichsam über ein zweites Melderegister verfügen, das vielfach aktueller sei als das der Meldebehörden, zum Teil höchst sensible Daten über fast alle Bürger enthalte und mit der Versicherungsnummer über einen Identifizierungsschlüssel verfüge, welcher eine Vielzahl von Verknüpfungen ermöglicht.

Dabei wird auf neue Informationssysteme verwiesen, die die vorhandenen Datenverarbeitungssysteme in absehbarer Zeit ablösen sollen. Danach

— beabsichtigt die Bundesanstalt für Arbeit, das Arbeitsvermittlungsverfahren zu automatisieren;

— hat die Arbeitsgemeinschaft für Gemeinschaftsaufgaben der Krankenversicherung (Essen) ein Konzept für das System DVDIS:

„Datenerfassung, Verarbeitung, Dokumentation und Informationsverbund in den sozialärztlichen Diensten mit Hilfe der elektronischen Datenverarbeitung“ erarbeitet, vermutlich mit dem Ziel, eine personenbezogene Dokumentation aufzu-

bauen, in der die medizinischen Daten (Krankheitsverläufe, Rehabilitationsmaßnahmen) aus der Renten- und Krankenversicherung (später möglicherweise unter Einbeziehung der Bundesanstalt für Arbeit und der betriebsärztlichen Dienste) zusammengeführt werden und bei Bedarf anderen Stellen zur Verfügung stehen sollen;

— plant der Bundesverband der Betriebskrankenkassen ein Informationssystem der Betriebskrankenkassen (ISBKK), das die etwa 800 Betriebskrankenkassen in einem Datenfernverarbeitungsnetz zusammenschließen soll;

— ist ein Verbund von dezentralen Subsystemen auch für den Bereich der Ortskrankenkassen im Aufbau („Informations- und Datenverarbeitungssystem für die Ortskrankenkassen“, IDVS/OKK);

— will der Hauptverband der gewerblichen Berufsgenossenschaften ein zentrales Informationssystem einführen, an dem die gewerblichen Berufsgenossenschaften, die landwirtschaftlichen Berufsgenossenschaften und die Gemeindeunfallversicherungsträger beteiligt werden;

— entwickeln die Bau-Berufsgenossenschaften ein arbeitsmedizinisches Informationssystem.

Bei der Entwicklung dieser Informationssysteme will sich der Bundesbeauftragte für Datenschutz im Rahmen seiner Beratungsfunktion dafür einsetzen, daß der Datenschutz das „gebührende Gewicht“ erhält.

„Ich sehe es als meine besondere Aufgabe an — und hierin werde ich durch zahlreiche Gespräche mit Bürgern, mit Trägern der sozialen Sicherung und ihren Verbänden, mit Ärzten und ihren Zusammenschlüssen bestärkt —, mein Augenmerk vor allem darauf zu richten, daß das letzte Glied der Kette, nämlich der Versicherte, Patient und betroffene Bürger vor dem undurchdringlich scheinenden Geflecht von Institutionen und unterschiedlichen Interes-

## 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 spasmodischem 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 Überleitungszeit, AV-Block. Mg hemmt die Reizleitung, deshalb ist die Injektion von MAGNESIUM VERLA bei gleichzeitiger Herzglykosid-Therapie nur in Fällen von Tachykardie bzw. Tachyarrhythmie angezeigt.

**Zusammensetzung:** 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, Aneurinnitrat (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).

**Hendelsformen 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 6,90, 50 Beutel DM 19,96

**VERLA-PHARM TUTZING**

sen nicht auch zum schwächsten wird."

### **Informationelles Selbstbestimmungsrecht des Patienten; Sicherung psychischer Gutachten**

Die Zahl der Eingaben von Bürgern aus den Bereichen der sozialen Sicherung und des Gesundheitswesens ist zwar relativ gering. Nach Professor Bull wäre es jedoch vorzuziehen, hieraus den Schluß zu ziehen, daß es insoweit keine Probleme gebe.

Viel näher liege die Annahme, daß die zuständigen Verwaltungen „geräuschlos“ funktionieren und insoweit keine persönliche Betroffenheit offenbar wird.

Zu erfolgten Eingaben erklärt er:

– In einer Vielzahl von Fällen haben sich Bürger gegen die ihrer Ansicht nach unberechtigte Verweigerung von Auskünften hinsichtlich ihrer medizinischen Daten gewandt. Hier bestehe Anlaß zur Sorge, daß das informationelle Selbstbestimmungsrecht der Patienten nicht immer hinreichend ernst genommen werde.

– Einige Eingaben betrafen den Umfang des Auskunftsanspruchs gemäß § 13 BDSG der Mitglieder gegenüber ihren Krankenkassen. Viele Kassen – so der Bericht – geben „offenbar“ grundsätzlich keine Auskunft über Diagnosedaten und verweisen die Mitglieder pauschal an die behandelnden Ärzte.

Diese Praxis steht nach Bull mit dem Gesetz nicht in Einklang. Auch wenn eingeräumt werden müsse, daß die Mitarbeiter der Kassen hier in kaum lösbare Konflikte kommen können – z. B. wenn ein Mitglied unheilbar an Krebs erkrankt sei –, sollte von den Kassen und ihren Verbänden ein Auskunftsverfahren erörtert werden, das den berechtigten Belangen der betroffenen Bürger besser gerecht wird. Eine Lösung wird darin gesehen, daß die Kasse einen bestimmten Arzt mit der Erteilung der Auskünfte aus ihren Dateien beauftragt.

– Eine Reihe von Eingaben betrifft ärztliche Gutachten in der Arbeitsverwaltung. Für die Bürger sei es schwer einsehbar, daß ihnen hier, z. B. bei Arbeitslosigkeit, keine Auskunftsrechte nach § 13 BDSG zustehen.

Die Prüfungen, ob es sich bei diesen Gutachten um Bestandteile von Dateien handelt, laufen noch: Soweit das nicht der Fall ist, will Bull sich dafür einsetzen, daß ein Akteneinsichtsrecht, wie es das Verwaltungsverfahrensgesetz bereits vorsieht, auch im X. Buch des Sozialgesetzbuches, dessen Entwurf eine entsprechende Bestimmung enthält, verankert wird.

– Viele Bürger und Ärzte haben sich „besorgt“ über den Umgang speziell mit psychiatrischen Gutachten geäußert. Auch wenn bis jetzt keine Hinweise auf absichtlichen Mißbrauch erkennbar sind, ist nach Ansicht des Bundesbeauftragten die Praxis in vielen Bereichen verbesserungsfähig.

Beispielhaft verweist Bull auf folgenden Fall: „Ein Lehrer war 1968 hauptsächlich wegen einer psychischen Erkrankung aus dem Schuldienst ausgeschieden. Inzwischen hat er sich in verschiedenen Berufen bewährt und wünscht, erneut als Lehrer zu arbeiten. Bei verschiedenen Bewerbungen mußte er jedoch feststellen, daß seine Personalakte ein ärztliches Gutachten enthält, das einen Zustand von 1968 beschreibt und ihm damit die faire Chance einer Neueinstellung nimmt, weil sein jetziger Gesundheitszustand aus der Akte nicht ersichtlich ist. Der zuständige Landesdatenschutzbeauftragte ist im Sinne des Petenten mit Erfolg tätig geworden.“

Bull spricht sich dafür aus, daß vor allem psychiatrische Gutachten nicht wie andere Bestandteile von (Personal-) Akten behandelt, sondern in besonderer Weise gesichert und getrennt aufbewahrt werden, so daß der Zugang zur Akte nicht automatisch die Einsichtsmöglichkeit in diese ermöglicht.

– Ärzte hätten Bedenken gegen neuere gesetzliche Regelungen erhoben, die auf eine Durchbrechung des Arztgeheimnisses durch die Verwaltung hinausliefen.

### **Kein ausreichender Schutz medizinischer Leistungsdaten bei den Krankenkassen**

Hinsichtlich des Umgangs der Krankenkassen mit Leistungsdaten ergaben Überprüfungen bei zwei großen Ersatzkassen, daß

– die Leistungskarten mit ihren „höchst sensiblen diagnostischen Details“ in nicht besonders gesicherten Aktenschränken aufbewahrt werden.

Bull befürchtet, daß sie bei den meisten Kassen nicht ihrer Bedeutung entsprechend gesichert sind. Die Kassen werden aufgefordert, hier für Abhilfe zu sorgen;

– zum Teil die Ansicht vertreten werde, die Kartei der Leistungsdaten sei keine Datei im Sinne des BDSG unter Hinweis darauf, daß ein Umordnen nach anderen als den der vorhandenen Ordnung zugrunde liegenden Merkmalen zwar möglich, aber nicht sinnvoll sei.

Bull hierzu: Abgesehen davon, daß es durchaus Verwaltungszwecke geben könne, die eine Umordnung als sinnvoll erscheinen lassen, stelle § 2 Abs. 3 Nr. 3 BDSG nur auf die Möglichkeit des Umordnens ab.

Oben genannte Rechtsansicht sei daher nicht haltbar.

Zur Klarstellung ergänzte er: Solange personenbezogene Angaben in einer Datei gespeichert sind, sei ihre Übermittlung durch das BDSG beschränkt, ohne daß es im Einzelfall darauf ankommt, ob sie aus der Datei selbst, einer entsprechenden Liste, den Eingabebelegen oder einer inhaltlich mit ihnen übereinstimmenden Akte entnommen werden;

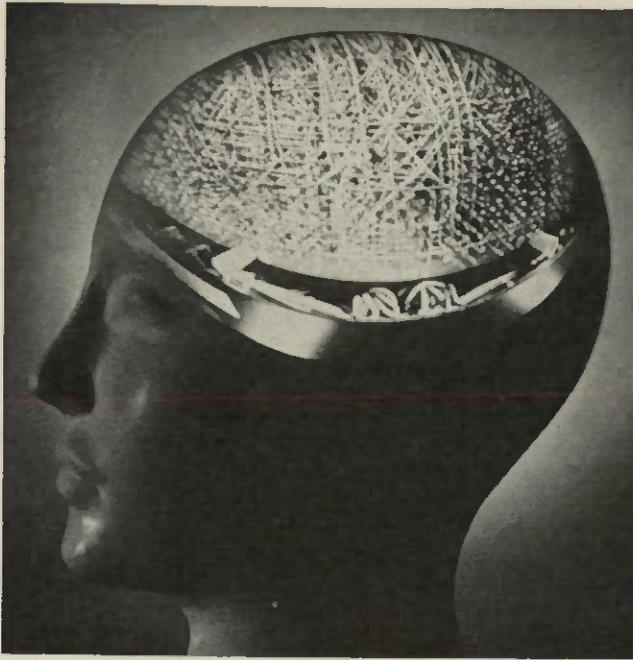
– Mitarbeiter zweier Ersatzkassen Listen mit Stammdaten (keine Leistungs- und Diagnosedaten) von jeweils etwa 100 000 Versicherten entwendet und zum Verkauf angeboten haben. Die Entstehung eines größeren Schadens habe rechtzeitig abgewendet werden können.

### **Unsicherheiten beim Umgang mit dem sogenannten Sozialgeheimnis**

Zum sogenannten Sozialgeheimnis (§ 35 Sozialgesetzbuch I) wird ausgeführt, dieses

– sei Grundlage der Vertrauensbeziehungen zwischen den betroffenen Bürgern und den Leistungssträgern der sozialen Sicherung;

– soll garantieren, daß jeder zum Arzt, ins Krankenhaus oder zu einer



# Wyeth Tavor®

sorgt für Distanz zum psychischen Konflikt.

Angstzustände und Angstbereitschaften werden abgebaut.

Autonome, vegetative Regulationen werden harmonisiert.

Organfunktionsstörungen und psychosomatische Erkrankungen verlieren ihre psychogene Basis.

#### Zusammensetzung:

Tavor 1,0 = 1 mg Lorazepam pro Tablette  
Tavor 2,5 = 2,5 mg Lorazepam pro Tablette  
Lorazepam ist 7-Chlor-5-(o-chlor-phenyl)-1,3-dihydro-3-hydroxy-2H-1,4-benzodiazepin-2-on.

#### Anwendungsgebiete:

Angstneurosen; Angst als komplizierender Faktor bei organischen Krankheiten; emotional bedingte Störungen, z. B. Schlafstörungen, Magen-Darmstörungen und weitere neuro-vegetative Funktionsstörungen; Psychoneurosen wie Zwangsneurosen und Phobien; Angstzustände bei Depressionen und Schizophrenien; Beruhigung vor operativen und diagnostischen Eingriffen.

#### Gegeanzeige:

Myasthenia gravis.

#### Vorichtsmaßnahmen:

In höherem Alter, bei Zerebralkarotikern und Kranken in reduziertem Allgemeinzustand sollen nur geringe Dosen angewandt werden. Erfahrungen mit Tavor während der Schwangerschaft liegen nicht vor. Frauen in der Gravidität sollen dieses Präparat daher nur bei strenger Indikationsstellung annehmen. Bei der Anwendung von Tavor muß, besonders zu Beginn der Behandlung oder bei hoher Dosierung, an eine Einschränkung der Fahrtüchtigkeit sowie an eine Gefährdung im Straßenverkehr oder bei der Bedienung komplizierter Maschinen gedacht werden, die besonders bei gleichzeitiger Gabe weiterer Psychopharmaka und von Schlafmitteln auftreten können. Wie für alle psychotropen Wirkstoffe gilt auch für Tavor, daß gleichzeitiger Alkoholgenuß vermieden werden sollte, da die individuelle Reaktion im Einzelfall nicht voraussehbar ist.

#### Nebenwirkungen:

Tavor ist sehr gut verträglich. Zu Beginn der Therapie oder bei nicht angepaßter, zu hoher Dosierung können Benommenheit, Schwindel und Müdigkeit auftreten, die im weiteren Verlauf der Behandlung oder, wenn notwendig, bei Herabsetzen der Dosis meist verschwinden. Dies betrifft auch störende myotonolytische Effekte wie Bewegungsinkoordination und Doppelbilder, ferner seltene vegetative Symptome wie Mundtrockenheit und Übelkeit. In Einzelfällen wurden – wie auch bei anderen Benzodiazepinen – amnestische Erscheinungen beobachtet.

Bei einem Psychopharmakon dieses Typs ist es nicht völlig auszuschließen, daß längere und hochdosierte Anwendung bei entsprechend disponierten und zu Mißbrauch neigenden Patienten zu einer gewissen Abhängigkeit führen kann.

#### Dosierung:

Zur Erreichung eines optimalen Effektes soll eine individuelle Dosierung erfolgen. Die angegebenen Dosen sollen daher nur als allgemeine Richtlinien angesehen werden.

#### – in der allg. und internistischen Praxis:

2- bis 3mal 1 Tablette Tavor 1,0 pro Tag. Bei emotional bedingten Schlafstörungen genügt in der Regel 1 Tablette Tavor 1,0 vor dem Schlafengehen.

#### – in der Chirurgie und Anaesthesiologie:

Preoperativ 2 Tabletten Tavor 1,0 etwa 1 Stunde vor dem Eingriff. Am Vorabend der Operation sowie postoperativ in geeigneten Zeitabständen 1 bis 2 Tabletten.

#### – in der Psychiatrie:

Die Dosierung, besonders in der Einleitungsbehandlung, muß dem Einzelfall entsprechend dem breiten Indikationsgebiet und dem individuellen Ansprechen des Patienten angepaßt werden, bei organischen Hirnprozessen und leichterem dysphorischen Verstimmungszuständen beginnend mit 1-3 x 1 mg/Tag. Phobien, Angstsymptome, Toxikomanien, Alkoholentziehungskur 5 bis 7,5 mg (2 bis 3 Tabletten Tavor 2,5 pro die), Erhaltungedosis nach initialer Dosisanpassung.

Bei ambulanter Behandlung, zu Beginn oder Ende der Therapie sowie zur Ermittlung der individuellen Dosierung können auch halbe Tabletten angewandt werden. Im Anschluß an eine länger dauernde Behandlung soll die Medikation ausgleichend beendet werden.

#### Preise:

Tavor 1,0 DP 20, 50, AP 500 Tabletten  
DM 7,19, 18,87, 109,86 H. AT.  
Tavor 2,5 DP 20, 50, AP 500 Tabletten  
DM 13,29, 31,49, 212,18 H. AT.

In Österreich als Temesta 1,0 und Temesta 2,5 im Handel.



**WYETH-PHARMA**  
44 Münster (Westfalen)  
Postfach 8808

Sozialbehörde gehen kann, ohne befürchten zu müssen, daß diese Tatsache Außenstehenden bekannt wird oder daß ihm daraus Nachteile entstehen.

In der Praxis bestehen laut Bericht erhebliche Unsicherheiten im Umgang mit dieser Vorschrift, die dazu führten, daß einige Träger der Sozialversicherung nur in eng begrenzten Ausnahmefällen Daten an Dritte übermitteln, während andere Träger deutlich großzügiger verfahren.

Um diese Unsicherheiten bei der praktischen Handhabung des § 35 SGB I so schnell wie möglich zu beseitigen, will Bull sich dafür einsetzen, daß § 35 SGB I um einen abschließenden Katalog der Fälle befugter Offenbarung ergänzt wird.

In diesem Fall, erklärte er, müßten die einzelnen Offenbarungsbefugnisse als Ausnahmetatbestände eng formuliert werden, um zu vermeiden, daß das Geheimhaltungsgebot durch generalklauselartige „Wendungen“ wieder „aufgeweicht“ wird.

Das bedinge Differenzierungen nach Datenarten und Regelungstatbeständen, z. B. Planung, Forschung, Strafverfolgung, Sicherung gesetzlicher Unterhaltspflichten.

#### **Ersatzkassen efs Wettbewerbsunternehmen?**

Ein eigenes Kapitel befaßt sich mit der Frage, ob Ersatzkassen Wettbewerbsunternehmen sind oder nicht. Davon hängt ab, ob statt gewisser Vorschriften des Zweiten Abschnitts des BDSG, die auf die Datenverarbeitung bei Behörden und anderen öffentlichen Stellen zugeschnitten sind, Vorschriften des Dritten (oder Vierten) Abschnitts anzuwenden sind, die für die Datenverarbeitung bei nichtöffentlichen Stellen gelten.

Der Bundesbeauftragte für Datenschutz vertritt die Ansicht, daß Ersatzkassen keine Wettbewerbsunternehmen sind.

Schwerpunkt seiner Begründung: Mit dem weitaus überwiegenden Teil ihrer Tätigkeit treten die Ersatzkassen als Träger öffentlicher Verwaltung auf, die gesetzliche Aufgaben zu erfüllen haben, nicht als Unternehmen, die am Wettbewerb teilnehmen. Soweit sie überhaupt Aktivitäten entfalten, die man als

Wettbewerb mit privaten Krankenversicherungen verstehen könnte, handelt es sich lediglich um Randerscheinungen.

Für private Krankenversicherungen gelten die Vorschriften des Dritten (oder Vierten) Abschnitts des BDSG.

#### **Kontrollkompetenz bei bundesunmittelbaren Körperschaften, Anstalten und Stiftungen des öffentlichen Rechts**

Die Kontrollkompetenz bei bundesunmittelbaren Körperschaften, Anstalten und Stiftungen des öffentlichen Rechts wird in einem weiteren Abschnitt behandelt.

Gemäß § 19 Abs. 1 BDSG kontrolliert der Bundesbeauftragte für den Datenschutz die Einhaltung der Vorschriften des BDSG sowie anderer Vorschriften über den Datenschutz bei den in § 7 Abs. 1 BDSG genannten Behörden und sonstigen Stellen des Bundes. ... § 7 Abs. 1 BDSG bestimmt, daß die Vorschriften des zweiten Abschnitts des BDSG (§§ 7 bis 21) für Behörden und sonstige öffentliche Stellen des Bundes, der bundesunmittelbaren Körperschaften, Anstalten und Stiftungen des öffentlichen Rechts sowie für Vereinigungen solcher Körperschaften, Anstalten und Stiftungen gelten.

Nach Bull ergaben sich in der Praxis insbesondere nachstehende Interpretationsschwierigkeiten:

— Aus dem unterschiedlichen Wortlaut der §§ 7 und 19 BDSG sei von einer bundesunmittelbaren Körperschaft des öffentlichen Rechts gefolgert worden, sie falle nicht unter die Kontrollbefugnisse des Bundesbeauftragten für den Datenschutz. Dieser Standpunkt sei nach erneuter Überprüfung jedoch nicht aufrechterhalten worden.

— Die Formulierung, wonach gemäß § 7 Abs. 1 BDSG die Vorschriften des zweiten Abschnitts für Vereinigungen bundesunmittelbarer Körperschaften, Anstalten und Stiftungen gelten, habe zu der Frage Anlaß gegeben, ob darunter nur Vereinigungen zu verstehen sind, die nur bundesunmittelbare Körperschaften, Anstalten oder Stiftungen zu Mitgliedern haben, oder auch solche, die neben bundesunmittelbaren Körperschaften, Anstalten und

Stiftungen auch landesunmittelbare Körperschaften, Anstalten und Stiftungen als Mitglieder haben.

Der Bundesbeauftragte für den Datenschutz ist der Auffassung, daß nur die zweite Alternative dem Sinne des BDSG gerecht werden und in der Praxis zu brauchbaren Ergebnissen führen kann.

Die Dachorganisationen der Sozialversicherungsträger, mit denen hierzu ein Meinungsaustausch erfolgt sei — der Verband Deutscher Rentenversicherungsträger e. V., der Hauptverband der gewerblichen Berufsgenossenschaften e. V., der Verband der Angestellten-Krankenkassen e. V. und der Verband der Arbeiter-Ersatzkassen e. V. —, hätten sich diesem Standpunkt angeschlossen.

Für die Arbeitsgemeinschaft für Gemeinschaftsaufgaben der Krankenversicherung in Essen, einer Vereinigung von bundesunmittelbaren Körperschaften des öffentlichen Rechts und von Dachorganisationen der Sozialversicherungsträger in privatrechtlicher Rechtsform sei ebenfalls von der Geltung des zweiten Abschnittes auszugehen.

Wie eingangs erwähnt, sind die Ausführungen zum gesundheitlichen und sozialen Bereich nur ein Teilgebiet des Datenschutzberichtes. Darüber hinaus werden auf ca. 70 Seiten nahezu alle Aspekte und Bereiche des Datenschutzes behandelt.

Anschrift des Verfassers:

P. Mandt, Winston-Churchill-Straße 1,  
5300 Bonn 1

#### **Dr. Drausnick Leiter der Gesundheitsabteilung im Innenministerium**

Dr. Heinz Drausnick wurde vom Bayerischen Ministerrat zum Ministerialdirigenten befördert und mit der Leitung der Gesundheitsabteilung im Bayerischen Staatsministerium des Innern beauftragt. Er tritt damit die Nachfolge von Ministerialdirigent Dr. Erich Hein an, der in den Ruhestand getreten ist.

## Kompetenzüberschreitungen als Fehlerquelle medizinischer Gutachten und juristischer Urteile \*

von Werner B i s c h o f f

Bei der Erörterung dieses Themas sei zunächst darauf hingewiesen, daß es in der Praxis der Sozialgerichtsbarkeit zur Sachaufklärung in weit höherem Maße als in anderen Rechtsdisziplinen der Mitwirkung des medizinischen Sachverständigen bedarf. Weiterhin sind in sozialrechtlichen Streitfällen sehr häufig Fragen medizinischer und nicht-medizinischer Art zu klären, die eng zusammenhängen und sich gegenseitig bedingen, und es müssen hierbei im engen Zusammenhang mit der Klärung medizinischer Tatfragen auch Rechtsbegriffe ausgelegt werden. Deshalb erfordert eine — letzten Endes der Rechtsfindung dienende — sachgerechte Behandlung und Beurteilung der sich im Einzelfall ergebenden Fragen eine sinnvolle Zuständigkeitsabgrenzung, damit sowohl der Jurist als auch der Mediziner bei der ihm obliegenden Funktion weitgehendst auf sein eigenes Fachgebiet be-

schränkt bleibt und nicht auch zu außerhalb seines Kompetenzbereiches liegenden Problemen Stellung nimmt. Es versteht sich, daß Kompetenzüberschreitungen dieser Art in letzter Konsequenz für die zu treffende gerichtliche Entscheidung immer eine Fehlerquelle bilden, sei es nun, daß der medizinische Sachverständige auf diese Weise zu einer unzutreffenden Beurteilung gelangt, die der Richter übernimmt und dann seinerseits eine Fehlentscheidung trifft, oder daß der Richter bei der Beurteilung medizinischer Fragen die ihm als Nichtmediziner gesetzten Grenzen überschreitet.

Entsprechend der Verschiedenheit ihrer Berufsausbildung und Stellung im Prozeß sind dem Richter und dem Sachverständigen auch unterschiedliche Aufgaben zugeteilt. So hat der Richter nach den einschlägigen gesetzlichen Vorschriften der §§ 103, 106, 118, 128 SGG im Rahmen seiner Aufgabe den Sachverhalt von Amts wegen aufzuklären, sämtliche im Einzelfall wesentlichen medizini-

schen Unterlagen und sonstigen wichtigen Urkunden beizuziehen, Auskünfte einzuholen, die erforderlichen Beweise zu erheben, wozu auch die Einholung ärztlicher Gutachten gehört, um abschließend nach seiner freien, aus dem Gesamtergebnis des Verfahrens gewonnenen Überzeugung die Entscheidung zu treffen. Der zum Sachverständigen ernannte Arzt wiederum, der auf seinem Fachgebiet ein besseres Wissen, eine größere Erfahrung und ein zuverlässigeres Urteil hat als der medizinische Laie, soll dem Richter die medizinischen Kenntnisse vermitteln, die dieser zu seiner Entscheidung benötigt. Ob man den Gutachter nun besser als „Gehilfen“ oder als „Helfer“ oder als „Berater“ des Richters bezeichnet, kann bei diesen Betrachtungen dahingestellt bleiben.

Da der zum medizinischen Sachverständigen ernannte Arzt laut gesetzlicher Vorschrift (§ 118 SGG, arg. § 410 ZPO) das von ihm geforderte Gutachten unparteiisch und nach bestem Wissen und Gewissen zu erstatten hat, muß er sich dessen bewußt sein, daß er in seiner Eigenschaft als behördlich bestellter Gutachter die dem Arztberuf typische Aufgabe des Helfens und Heilens nicht erfüllen kann; als Gutachter kommt für ihn nur eine objektive Beurteilung nach den Erkenntnissen der medizinischen Wissenschaft in Betracht. Deshalb haben, wie Reichardt in seiner Einführung in die

\*) Vortrag beim Symposium über Sozialmedizin für Juristen und Ärzte in Berlin

# Infekte u. Kosten beherrschen

## Antibiocin<sup>®</sup> 1 Mega

Kapseln

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

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

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

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

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



DORSCH & CO. KG  
8 MÜNCHEN 70

20  
Kaps.

17,25

## Duobiocin<sup>®</sup>

Co-trimoxazol-480 mg Tabletten  
Breitband-Bakterizidum

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

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

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

**Hinweis:**  
Sellen 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

Unfall- und Rentenbegutachtung (Ausz. 1958, S. 12, 106) zutreffend bemerkt, solche Gutachten für die zu treffende Entscheidung wenig Wert, die nicht voraussetzungslos der medizinisch-wissenschaftlichen Wahrheit dienen, sondern nach dem vom Gutachter für gerecht und wünschenswert gehaltenen Ausgang des Verfahrens ausgerichtet sind. Der Richter wird somit ein medizinisches Gutachten, bevor er sich ihm anschließt, stets auch unter dem Blickwinkel der Objektivität zu würdigen haben und sich bei gegebenem Anlaß die Frage vorlegen müssen, ob bei dem Vorschlag des Gutachters nicht etwa sachfremde Beweggründe ausschlaggebend gewesen sind.

Da das ärztliche Gutachten ein Beweismittel für bestimmte medizinische Tatsachen ist, muß es auch auf medizinische Feststellungen und Erwägungen beschränkt bleiben. Wenn der Sachverständige z. B. in einem Streitfall, wo es um die Feststellung der Todesursache geht, in seinem Gutachten ausführt, daß die Unterlassung einer Obduktion dem Beklagten anzulasten sei und somit die von der Gegenseite behauptete Todesursache als bewiesen gelten müsse, so begibt er sich damit auf juristisches Gebiet. Hier wird von ihm praktisch die Frage angeschnitten, ob der aus § 444 ZPO entwickelte allgemeine Rechtsgedanke, daß die schuldhaftere Vereitelung der Beweisführung der gelungenen Beweisführung gleichgestellt werden kann, auch in der Sozialgerichtsbarkeit Platz greift. Die Argumentation des Gutachters ist im übrigen problematisch; denn nach höchstgerichtlicher Entscheidung (BSG v. 28. 7. 1961 – RV 145/59 = „KOV“ 1962/185) wird durch den dem § 444 ZPO zugrundeliegenden allgemeinen Rechtsgedanken die Beweislast nicht umgekehrt; das Gericht kann hier nach zwar aus der Unterlassung einer Obduktion durch den Beklagten zugunsten des anderen Beteiligten Schlüsse ziehen, es muß jedoch ohne entsprechende Überzeugungsbildung nicht den Schluß ziehen, daß der Sachverhalt damit schon als festgestellt zu erachten ist; vermag das Gericht unter den gegebenen Umständen nicht die Überzeugung zu gewinnen, daß die Todesursache geklärt ist, so greifen die in der Sozialgerichtsbarkeit geltenden Regeln der objektiven Beweislast ein.

Dem Gericht ist beispielsweise auch nicht gedient mit einem Gutachten, in dem der Sachverständige die Frage nach der Ursache einer Verschlimmerung eines bereits als Wehrdienstbeschädigung (= WDB) anerkannten Leidens dahingehend beantwortet, daß auch diese Verschlimmerung als Folge des militärischen Dienstes gewertet werden müsse, weil ja das Grundleiden als WDB im Sinne der Entstehung anerkannt sei; nach der Rechtsprechung ist jede geltend gemachte Verschlimmerung eines auch im Sinne der Entstehung anerkannten Leidens selbständig auf ihren Zusammenhang mit der anerkannten WDB zu prüfen, und es muß daher auch in solchen Fällen stets eine medizinische Klärung herbeigeführt werden (BLVA in Bayer. Äbl. 1953, S. B. 144; U. BSG v. 27. 12. 1957 – 10 RV 925/55).

Kompetenzüberschreitungen bei der Erstattung medizinischer Gutachten haben ihre Ursache zum Teil aber auch in der Art der Gutachtensanforderung und der Fragestellung durch den Richter. Um Fehlerquellen möglichst von vorneherein auszuschließen, hat der Richter bei der Anforderung eines Gutachtens dem Sachverständigen stets klar und unmißverständlich mitzuteilen, von welchem Sachverhalt dieser bei seiner Begutachtung ausgehen muß. Deshalb müssen bereits vor Erteilung eines solchen Auftrages an den Sachverständigen sämtliche – etwa noch offenen – Tatfragen nichtmedizinischer Art restlos geklärt sein. Dies gilt beispielsweise auch, wenn im Einzelfall noch nicht zweifelsfrei feststeht, ob oder unter welchen Umständen ein behauptetes schädigendes Ereignis oder ein Unfall stattgefunden hat. Es ist Sache des Richters, vor Inanspruchnahme des Sachverständigen festzustellen, ob die Behauptung eines schädigenden Vorgangs nach dem gesamten Ergebnis des Verfahrens als wahr oder nicht wahr zu erachten ist. Deshalb ist es wenig sinnvoll, schon vor einwandfreier Klärung dieser Tatfrage ein Gutachten über den medizinischen Ursachenzusammenhang anzufordern und damit die Würdigung der diesbezüglichen Angaben des Klägers praktisch dem Sachverständigen zu überlassen.

Nach den in der Praxis gewonnenen Erfahrungen ändern Kläger häufig ihre im Laufe des bisherigen Ver-

fahrens gemachten Angaben, wenn sie vom gerichtsarztlichen Sachverständigen untersucht und begutachtet werden. Es ist sogar vorgekommen, daß dem Sachverständigen vom Kläger Personen zugeführt wurden, welche dieser vernehmen und deren Aussagen er dann seiner Beurteilung zugrundelegen soll. Kommt der Sachverständige solchen Wünschen nach, so nimmt er damit zunächst einmal eine Tätigkeit vor, die praktisch in den Zuständigkeitsbereich des Richters fällt; weiter geht er bei seiner Beurteilung von falschen Voraussetzungen aus, wenn die von ihm verwerteten nunmehrigen Angaben des Klägers und die Aussagen dieser „Zeugen“ mit dem bisherigen Verfahrensergebnis im Widerspruch stehen. Dazu sei am Rande bemerkt, daß die ursprünglichen Angaben eines Klägers, welche dieser zur Stützung seines Anspruchs machte, gewöhnlich die richtigen sind, da sie zu einem Zeitpunkt gemacht wurden, als er noch unvoreingenommen war und die Verwaltung noch nicht über seinen Antrag befunden hatte. Natürlich wird auf diese Weise für die zu treffende gerichtliche Entscheidung eine Fehlerquelle geschaffen, weil ja immer damit gerechnet werden muß, daß die von falschen Voraussetzungen ausgehende Beurteilung des Sachverständigen vom Gericht übernommen wird. Deshalb sollte der Richter bei der Würdigung eingeholter Gutachten sein Augenmerk stets auch darauf richten, ob der Sachverständige bei seiner Beurteilung auch genau von dem ihm mitgeteilten Sachverhalt ausgegangen ist.

Die dem Sachverständigen vorzulegenden Fragen müssen gezielt, präzise und spezifiziert sein, und die Fragestellung darf keinen Zweifel darüber aufkommen lassen, auf welche Punkte es für die Erstattung des verlangten Gutachtens im gegebenen Streitfall maßgeblich ankommt. Hierdurch kann Irrtümern vorgebeugt und sichergestellt werden, daß der Gutachter nur zu den im Einzelfall streitigen medizinischen Tatsachen Stellung nimmt und sich darüber hinaus nicht auch noch über Fragen ausläßt, die in dem betreffenden Verfahren gar nicht zur Debatte stehen. Durch eine zielgerechte Fragestellung kann beispielsweise vermieden werden, daß sich der Sachverständige über das ihm gestellte Beweisthema hinaus auch noch über die Kausalität eines Lei-

# 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 Verbandkomresse 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, Verbandkomresse, Elastikbinde, Befestigungskammer, Spatel zum Auftragen der Paste, 6,85 DM.

**fink**

Arzneimittel 7033 Herrenberg



dens gutachtlich äußert, das vom Kläger erstmals bei der gerichtsarztlichen Untersuchung ins Gespräch gebracht und geltend gemacht wird. In diesem Falle könnte es geschehen, daß das Gericht über eine Gesundheitsstörung mitentscheidet, die weder Gegenstand des vorausgegangenen Verwaltungsverfahrens noch des bisherigen Gerichtsverfahrens gewesen ist.

Eine Spezifizierung der an den Gutachter zu richtenden Fragen ist insbesondere dann geboten, wenn in Verbindung mit der Beurteilung medizinischer Tatsachen Rechtsbegriffe ausgelegt werden müssen. So hat sich bei Prüfung der „besonderen beruflichen Betroffenheit“ im Sinne des § 30 Abs. 2 BVG der Sachverständige auf Befragen darüber zu äußern, welcher Funktionsverlust durch eine Schädigung verursacht ist, ob der Beruf nur noch mit außergewöhnlichem Kräfteaufwand ausgeübt werden kann und ob die anerkannte Schädigung die Verrichtung bestimmter Tätigkeiten noch gestattet. Die sich außerdem ergebenden nichtmedizinischen Fragen des verhinderten beruflichen Aufstieges, des sozialen Abstieges, des Erfordernisses eines Berufswechsels u. a. fallen hingegen allein in den Beurteilungsbereich des Richters. Da ferner nicht alle Nachteile, die ein Versorgungsberechtigter in seiner beruflichen Tätigkeit erleidet, auch eine besondere berufliche Betroffenheit im Sinne des Gesetzes begründen, es sich vielmehr um eine gerade in diesem Beruf bestehende – über das normale Maß im allgemeinen Erwerbsleben hinausgehende – Beeinträchtigung handeln muß, wäre es verfehlt, dem Arzt einfach nur die Frage vorzulegen, ob er den Kläger für beruflich besonders betroffen hält. In diesem Fall kann es beispielsweise passieren, daß der Ohrenarzt als Gutachter einen Kläger mit einem als WDB anerkannten Gehörleiden als beruflich besonders betroffen bezeichnet, weil dieser in seinem Beruf als Schreinermeister einmal eine telefonische Bestellung eines Kunden falsch verstanden hat. Entsprechendes würde auch zu gelten haben, wenn es sich – um ein anderes Beispiel zu nennen – um die Prüfung der Berufsunfähigkeit im Sinne des § 1246 RVO bzw. § 23 AVG handelt. In solchen Fällen hat der Sachverständige lediglich die Aufgabe, sich – unter genauer diagnostischer Bezeichnung – über

Krankheiten, Gebrechen, Schwäche der geistigen und körperlichen Kräfte und Ausmaß der Einschränkung der Leistungsfähigkeit zu äußern, während es dem Richter vorbehalten bleibt, anhand des medizinischen Untersuchungsergebnisses die Verweisbarkeit des Klägers auf andere Tätigkeiten zu prüfen, wozu er erforderlichenfalls emtliche Auskünfte bei den dafür zuständigen Stellen einholen muß.

Im Rahmen der ihm obliegenden Sachaufklärung hat der Richter neben anderen Beweismitteln auch die ärztlichen Gutachten zu würdigen und auszuwerten, und er entscheidet nach geltendem Recht auch über medizinische Fragen selbständig und in eigener Verantwortung (BSG 2. Sen. v. 20. 5. 1957 – 2 RU 305/56). Wenn er sich zu diesem Zwecke nun auch mit der medizinischen Terminologie, den einschlägigen medizinischen Grundbegriffen und herrschenden Lehrmeinungen vertraut zu machen hat und auch in der Lage sein muß, medizinische Gutachten richtig zu lesen, auszuwerten und auf ihre Folgerichtigkeit hin zu prüfen, so ist er damit noch kein Sachverständiger. Deshalb darf er nach der Rechtsprechung einen medizinischen Sachverhalt nicht willkürlich beurteilen, hat die Erkenntnisse der medizinischen Wissenschaft zu berücksichtigen und darf sich ohne ausreichende medizinische Beweisgrundlage nicht über ärztliche Gutachten hinwegsetzen und seine eigene Meinung an deren Stelle setzen; gleubt das Gericht, von der Anhörung eines Gutachters absehen zu dürfen, so muß es selbst sachverständig sein, und es hat dann seine Sachkunde in den Urteilsgründen in einer für die Rechtsmittelinstanz nachprüfbarer Weise darzulegen (BSG 11. Sen. v. 4. 7. 1958 – 11 RV 200/58; BSG 2. Sen. v. 11. 12. 1957 – 2 RV 336/55). Als Nichtmediziner überschreitet der Richter seine Befugnisse auch dann, wenn er etwa ein medizinisches Gutachten mit der Begründung widerlegen möchte, daß in einem anderen Rechtsstreit ein Sachverständiger zu der gleichen Frage eine andere Meinung vertre-

ten habe. Da selbst bei starker Ähnlichkeit oder scheinbarer Gleichheit der medizinischen Tetumstände dennoch kein Fall dem anderen völlig gleicht, müssen medizinische Tatsachen auch in jedem Fall gesondert beurteilt werden; somit ist es auch nicht zulässig, von dem einen Fall Schlüsse darauf zu ziehen, wie die Beurteilung in einem äußerlich sehr ähnlich liegenden Fall richtigerweise zu erfolgen habe.

Nach der Judikatur setzt der Richter auch dann seine eigene Meinung unzulässigerweise an die Stelle der Beurteilung des Begutachters, wenn er dessen Ansicht durch Zitate aus medizinischen Lehrbüchern selbständig zu widerlegen sucht (BSG v. 26. 11. 1957 – 10 RV 610/55). Erachtet das Gericht ein Gutachten für ungenügend, so kann es nach § 412 ZPO eine neue Begutachtung durch denselben oder einen anderen Sachverständigen anordnen. Von dieser Möglichkeit wird es stets dann Gebrauch machen müssen, wenn das vorliegende Gutachten in sich widersprüchlich ist, von unzutreffenden Voraussetzungen ausgeht oder Zweifel an der Sachkunde oder der Sachlichkeit des Gutachters erweckt. Weiterhin sollte auch eine langjährige Erfahrung in der Auswertung medizinischer Gutachten den Richter nicht dazu verleiten, ärztliche Befunde und Diagnosen selbständig auf ihre Richtigkeit hin zu prüfen, zumal sich derartige Feststellungen im rein Medizinischen erschöpfen. Will er einer diagnostischen Beurteilung nicht folgen, so kann er sich dabei nur auf eine von einem anderen Arzt abgegebene oder etwa noch einzuholende medizinische Beurteilung stützen.

Die Fälle, in denen eine Spruchbehörde ein Sachverständigengutachten in völlig laienhafter Weise ohne jegliche medizinische Grundlage in ihrem Sinne abänderte oder einfach übergang und sich dabei einzig und allein auf ihr freies Ermessen stützte, dürften bei dem heutigen Stand der Gesetzgebung und Rechtsprechung wohl der Vergangenheit angehören.

## Klinische Fortbildung in Bayern

– Programm Seite 369 f. –

Wesentlich freier ist der Richter bei der Würdigung mehrerer sich einander widersprechender Gutachten. Aber auch hier sind seinen Befugnissen nach der Judikatur Grenzen gesetzt insofern, als er bei der von ihm zu treffenden Auswahl stets auf den Inhalt und den Grad der Begründetheit des ärztlichen Gutachtens abzustellen hat; er darf also beispielsweise die größere Überzeugungskraft einer ärztlichen Beurteilung nicht einfach nur von der fachlichen Qualität oder der Persönlichkeit des Verfassers des Gutachtens abhängig machen (BSG v. 31. 10. 1972 — 4 RJ 165/72). Gibt das Gericht — aus welchen Motiven auch immer — im Einzelfall einer unzureichenden ärztlichen Beurteilung den Vorzug gegenüber wissenschaftlich überzeugend begründeten Fachgutachten, so stellt sich die Frage, ob es die Grenzen seiner freien Beweiswürdigung überschritten hat. Dafür ist nach höchstrichterlicher Entscheidung maßgebend, ob sich das Gericht von der Richtigkeit des Gutachtens, dem es sich anschloß, überzeugt halten durfte; dabei kommt es weniger auf seine subjektive Meinung als vielmehr darauf an, ob sein Urteil in den Augen von Experten — bei Anlegung eines objektiven Maßstabes — sachgerecht erscheint (BSG v. 27. 2. 1963 — 9 RV 974/59 = „KOV“ 1964, 113).

Der Richter wird also bei seinen Erwägungen darüber, welchem von mehreren sich einander widersprechenden Gutachten er sich anschließen soll, stets zu beachten haben, daß für ihn bei der Auswahl des Gutachtens ebenfalls nur sachliche Gesichtspunkte ins Gewicht fallen dürfen.

Da Kompetenzüberschreitungen seitens des medizinischen Sachverständigen oder des Richters häufig als Ursache fehlerhafter Entscheidungen in Betracht kommen, sollte mit der Behandlung des gestellten Themas der Versuch gemacht werden, aufzuzeigen, wie sich hierdurch in der Praxis Fehlerquellen ergeben und auf welche Weise diese am besten ausgeschlossen werden können.

Anschrift des Verfassers:

Dr. jur. Werner Bischoff, Senatspräsident a. D., 8000 München 40

## Richtlinien für die publizistische Tätigkeit von Ärzten

Die Berufsordnung für die deutschen Ärzte legt fest, daß dem Arzt jegliche Werbung und Anpreisung untersagt und damit standesunwürdig ist. § 21 Abs. 4 der Berufsordnung für die Ärzte Bayerns nennt als weitere Berufspflicht des Arztes, daß er nicht dulden dürfe, wenn Berichte und Bildberichte mit werbendem Charakter über seine ärztliche Tätigkeit angefertigt und mit Verwendung seines Namens oder seiner Anschrift veröffentlicht werden.

Selbstverständlich ist damit nicht die wissenschaftliche Berichterstattung eines Arztes in Fachbüchern oder Fachzeitschriften über die Möglichkeiten spezieller diagnostischer und therapeutischer Maßnahmen berührt, die der Information anderer Ärzte dient und die in § 22 Abs. 1 der Berufsordnung für die Ärzte Bayerns ausdrücklich zugelassen wird.

Darstellungen medizinischer und ärztlicher Vorgänge in illustrierten Zeitungen, in Filmen und im Fernsehen begründen ein wachsendes Interesse der Öffentlichkeit an medizinischen und gesundheitspolitischen Fragestellungen. Sie bedingen zunehmend mehr eine sachbezogene Mitarbeit von Ärzten als Vertreter ihres Berufsstandes in den Medien mit dem Ziel,

- ▶ dem Leser oder Zuschauer fachlich einwandfrei medizinische Aufklärung zu vermitteln,
- ▶ die Gesundheitspflege in der Bevölkerung zu fördern und
- ▶ Verständnis und damit Unterstützung für Probleme und Anliegen der Ärzteschaft in der Öffentlichkeit zu gewinnen.

§ 22 Abs. 2 der Berufsordnung für die Ärzte Bayerns weist ausdrücklich auf die Mitwirkung des Arztes an aufklärenden Veröffentlichungen medizinischen Inhalts in Presse, Funk und Fernsehen hin, die dann zulässig ist, wenn und soweit die Mitwirkung des Arztes auf sachliche Information begrenzt und seine Person nicht werbend herausgestellt wird. Um hier dem Mediziner hinsichtlich seines Verhaltens in der Öffentlichkeit mehr Sicherheit bei der Einhaltung der

Grundsätze über Werbung und Anpreisung in der Öffentlichkeit zu geben, hatte der Vorstand der Bundesärztekammer bereits im Jahre 1973 „Richtlinien über die Mitwirkung bei Publikationen, Hörfunk-, Fernseh- und Filmdarstellungen sowie öffentlichen Vorträgen“ veröffentlicht. Fünf Jahre Erfahrung im Umgang mit den Richtlinien haben gezeigt, daß sie sich grundsätzlich bewährt haben, jedoch auch in verschiedener Hinsicht eine Korrektur bedingen. Der Vorstand der Bundesärztekammer hat deshalb nunmehr eine Überarbeitung der Richtlinien über die Mitwirkung bei Publikationen vorgelegt und sie den Landesärztekammern mit der Bitte um Anwendung in ihrem Bereich zugeleitet.

Es ergibt sich daraus die zwingende Forderung, daß der Arzt bei der Darstellung medizinischer oder gesundheitspolitischer Themen in den Massenmedien zu beachten hat, daß die Sache und nicht die Person im Vordergrund zu stehen hat. Dies bedeutet, daß die Mitwirkung des Arztes auf die sachliche Aufklärung und Information der Bevölkerung gerichtet sein muß, Person, Leistung oder Werdegang des Arztes aber nicht werbend hervorgehoben werden dürfen.

Für die publizistische Praxis sind deshalb nachfolgende Punkte neben den einschlägigen Bestimmungen der ärztlichen Berufsordnung zu beachten:

- ① Die Erwähnung des Namens des Arztes, seiner Wirkungsstätte und der nach der Berufsordnung zulässigen Bezeichnungen ist erlaubt, hingegen ist die wiederholte, betonte oder auffällige Nennung des Namens untersagt.
- ② Das Bild des ärztlichen Autors ist nur dann zu verwenden, wenn es zur Art des Mediums gehört oder wenn es aus anderen Gründen sachlich gerechtfertigt ist.
- ③ Ärztliche Leistungen dürfen nicht werbend herausgestellt werden.
- ④ Unbeschadet sachlicher Kritik sind Äußerungen in herabsetzender Form über Kollegen, ihre Tätigkeit und über medizinische Methoden zu unterlassen.

5. Bei Veröffentlichungen sind persönliche Auffassungen nicht als Normen für ärztliches Handeln herauszustellen.

6. Vor Veröffentlichungen soll sich der Arzt das Recht vorbehalten (auch bei Funk- und Fernsehsendungen), Einsicht zu nehmen und Korrekturen

en einzubringen. Die endgültige Form der Veröffentlichung ist nach Möglichkeit zu überprüfen.

7. Bei Live-Sendungen und Magnetaufzeichnungen ist im Hinblick darauf, daß nachträgliche Korrekturen nicht mehr möglich sind, besondere Sorgfalt geboten.

## Ergebnis der gesamtstatistischen Auswertung der nach dem Jugendarbeitsschutzgesetz vorgeschriebenen ärztlichen Untersuchungen in Bayern im Jahre 1976

Das Bayerische Staatsministerium für Arbeit und Sozialordnung hat den Bericht über das Ergebnis der gesamtstatistischen Auswertung der nach dem Jugendarbeitsschutzgesetz vom 9. August 1960 bzw. vom 12. April 1976 vorgeschriebenen ärztlichen Untersuchung in Bayern im Jahre 1976 nunmehr fertiggestellt. Der ausführliche, mit reichlichem Zahlenmaterial belegte Bericht schließt mit folgender nachstehend wörtlich wiedergegebener Zusammenfassung und den daraus sich ergebenden Schlußfolgerungen:

1.

Im Jahre 1976 gab es in Bayern 168 320 Schulabgänger; im einzelnen verließen 106 947 Jugendliche die Grundschulen, 43 934 die mittleren und 17 439 die höheren Lehranstalten. 151 552 Jugendliche waren unter 18 Jahren, davon traten 147 007 in das Berufsleben ein. Da von der Kassenärztlichen Vereinigung 117 914 Erstuntersuchungen abgerechnet wurden, ist die Relation zwischen der Zahl der Berufsanfänger und der Zahl der Erstuntersuchten ungünstiger als in den Jahren 1975 und 1974.

2.

1976 wurden 75 426 Jugendliche nachuntersucht; diese Zahl weicht von den im Jahre 1975 durchgeführten 101 740 Erstuntersuchungen ab. Dennoch lassen sich keine signifikanten Rückschlüsse auf die Beteiligung an den Nachuntersuchungen daraus ableiten, weil eine große Anzahl Jugendlicher vor dem Nachuntersuchungstermin bereits das 18. Lebensjahr vollendet hatte und deswegen nicht mehr zu den Untersuchungsobligierten zählte.

3.

Der prozentuale Anteil derjenigen Erstuntersuchten, die ärztlicher Be-

handlung bedurften, ist nach einem Maximum in den Jahren 1971 bis 1973 seit 1974 laufend zurückgegangen. Der jeweilige Anteil betrug 1974 13,4 Prozent (zahnärztliche Behandlung 7,2 Prozent), 1975 12,9 Prozent (6,5 Prozent), 1976 11,5 Prozent (6,2 Prozent). Bei den Nachuntersuchten ergaben sich diesbezüglich folgende Zahlen: 1974 12,3 Prozent (zahnärztliche Behandlung 7,3 Prozent), 1975 12,1 Prozent (6,8 Prozent), 1976 10,5 Prozent (6,1 Prozent).

Diejenigen Gefährdungsvermerke, die zu Arbeitsverboten führten, sind ebenfalls weiterhin rückläufig:

	Erstuntersuchte	Nachuntersuchte
1972	28,4 %	24,0 %
1973	23,9 %	22,0 %
1974	21,9 %	20,4 %
1975	20,3 %	11,9 %
1976	18,7 %	11,9 %

4.

Die vor Eintritt in das Erwerbsleben durchgemachten Krankheiten haben mit Einflüssen der Arbeitswelt nichts zu tun und dienen lediglich der Bestandsaufnahme. Die Unfälle der Nachuntersuchten sagen mehr aus, ist doch ein nicht unwesentlicher Anteil sicherlich den betrieblichen Verhältnissen zuzuschreiben bzw. der

mangelhaften Anpassung des Jugendlichen an die Gefahren am Arbeitsplatz. Nach wie vor liegt hier das Maximum mit 13,6 Prozent (1975 13,0 Prozent) bei den 16jährigen; es folgen die 17jährigen mit 12,3 Prozent (12,0 Prozent), die 15jährigen mit 8,8 Prozent (9,2 Prozent) und an letzter Stelle die 14jährigen mit 7,1 Prozent (2,9 Prozent), wobei angesichts des auffälligen Anstiegs der Prozentzahl bei den 14jährigen darauf hinzuweisen ist, daß diese Altersgruppe in den letzten Jahren starke Schwankungen der Unfallzahlen aufweist: 1972 7,5 Prozent, 1973 5,5 Prozent, 1974 11,1 Prozent. Ansonsten ist der Altersgang in der oben angegebenen Weise bereits seit Beginn der statistischen Erhebungen zu beobachten.

5.

Was die nachteiligen Auswirkungen der bisherigen Arbeit auf die Gesundheit anbelangt, so scheint sich die Lage nunmehr auf 0,5 Prozent eingependelt zu haben: 1972 0,7 Prozent, 1973 0,6 Prozent, 1974, 1975 und 1976 0,5 Prozent.

Folgende Arbeitsverbote stehen unverändert im Vordergrund: (Erstuntersuchte = EU, Nachuntersuchte = NU; % = vom Hundert der Gefährdungsvermerke; Zahlen 1975 in Klammern):

	EU	NU
– schwere (bei NU mittelschwere) körperliche Arbeit	52,2 (56,4)	46,8 % 48,4 %
– häufiges Heben, Treten und Bewegen von Lasten	29,5 (30,8)	28,4 % 27,5 %
– Arbeiten, die volle Sehkraft erfordern	31,9 (28,6)	32,0 % 30,2 %
– Arbeiten, die Schwindefreiheit erfordern	7,5 (7,5)	8,5 % 8,5 %
– Arbeiten im Stehen	6,6 (7,3)	6,5 % 7,8 %

Auffällig ist hier lediglich ein leichter Anstieg der Arbeitsverbote wegen Minderung der Sehkraft. Im übrigen sind die Verhältnisse hinsichtlich der Gefährdungsvermerke und Arbeitsverbote bei den Erst- und Nachuntersuchten gegenüber den Vorjahren unverändert.

(Fortsetzung Seite 345)

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-methyl-piperazin-1-yl]acetyl]-6H-pyrido[2,3-b][1,4]benzodiazepin-6-on-dihydrochlorid 25 mg.

**Anwendungsgebiete:**

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

**Dosierung und Anwendungsweise:**

Zu Beginn der Therapie sind einmalig 2 Tabletten, denn 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

# NUR FÜR DEN NOTFALL!

Die Bayerische Landesapothekerkammer hat für die Gesamtheit der bayerischen Apotheken in folgenden Krankenhäusern die angeführten Präparate der Behringwerke AG bereitgestellt. Die Präparate können in dringenden Fällen dort abgeholt werden.

## 8800 Ansbach

Stadt- und Kreiskrankenhaus  
Apotheke  
Strüther-Berg 7  
Telefon: (09 81) 87 01 Zentrale  
(09 81) 870-288 Durchwahl

## 8900 Augsburg

Krankenhauszweckverband Augsburg – Hauptkrankenhaus Henlsluststraße 1  
Apotheke  
Mo.–Do. 7.30–17.00 Uhr,  
Freitag, 7.30–14.00 Uhr  
Telefon: (08 21) 3 24 43 22  
übrige Zeiten und an Feiertagen:  
Ärztliche Aufnahme  
Telefon: (08 21) 3 24 43 30

## 8580 Bayreuth

Städtisches Krankenhaus  
Chirurgische Ambulanz Aufnahme  
Kulmbacher Straße 23  
Telefon: (09 21) 40 41 Zentrale  
(09 21) 404-261 Durchwahl

## 8360 Deggendorf

Kreiskrankenhaus  
Perlasberger Straße 41  
Telefon: (09 91) 3 42 72

## 8960 Kempten

Stadtkrankenhaus  
Robert-Weixler-Straße 50 (Pförtner)  
Telefon: (08 31) 2 55 84

## 8000 München

Chirurgische Universitätsklinik  
Blutbank  
Eingang: Nußbaumstraße 20  
Telefon: (0 89) 51 60 25 66

## Klinikum rechts der Isar der Technischen Universität

Ismaninger Straße 22  
Toxikologische Abteilung  
Giftnotrufzentrale  
Einfahrt: Trogerstraße / Nothilfe  
Telefon: (0 89) 4140/22 11 Durchwahl

## 8500 Nürnberg 15

Klinikum Nürnberg  
Medizinische Aufnahmestation  
Bau 5, Erdgeschoß  
Flurstraße 17  
Telefon: (09 11) 39 81 Zentrale  
(09 11) 398-2360 oder 2369 Durchwahl

## 8400 Regensburg

Krankenhaus der Barmherzigen Brüder  
Arzneimittel-Ausgabe  
Prüfeninger Straße 86  
Telefon: (09 41) 2 10 21

## 8720 Schweinfurt

Städtisches Krankenhaus  
Chirurgie-Operationssaal  
Robert-Koch-Straße 1  
Telefon: (0 97 21) 521 Zentrale  
(0 97 21) 52-285 oder 351 Durchwahl

## 8220 Traunstein

Stadtkrankenhaus  
Arzneimittel-Ausgabe  
Medizinische Abteilung  
Cuno-Niggli-Straße 3  
Telefon: (08 61) 44 24 – 44 29

5 Packg.	<b>Botulismus-Antitoxin</b> vom Pferd	50 ml
2 "	<b>C<sub>1</sub>-Inaktivator</b> *)	3 000 E
3 "	<b>Diphtherie-Serum</b> vom Pferd zur Therapie	20 000 IE
2 "	<b>Faktor VIII-Konzentrat</b>	500 E
3 "	<b>Gamma-Venin</b> ®	500 mg
2 "	<b>Gamma-Venin</b> ®	2,5 g
5 "	<b>Gasbrand-Antitoxin</b> vom Pferd	40 ml
2 "	<b>Haemacel</b> ®, kolloidale Infusionslösung zur Plasmasubstitution	500 ml
2 "	<b>Human-Albumin 20%</b> salzarm	50 ml
4 "	<b>Human-Fibrinogen</b>	1 g
4 "	<b>Prothrombin-Konzentrat (PPSB)</b>	10 ml
3 "	<b>Röteln-Immunglobulin</b>	5 ml
3 "	<b>Schlangengift-Serum</b> polyvalent Europa	10 ml
2 "	<b>Seretin</b> ®, Konserve aus Humanserum	50 ml
2 "	<b>Serum-Cholinesterase</b>	45 mg
6 "	<b>Streptase</b> ®	250 000 IE
2 "	<b>Streptase</b> ®	750 000 IE
6 "	<b>Tetagam</b> ®, Tetanus-Immunglobulin zur Therapie	1 000 IE
10 "	<b>Tollwut-HDC-Vaccine</b>	1 Ds.
1 "	<b>Tollwut-Immunglobulin</b>	5 ml
2 "	<b>Tollwut-Immunglobulin</b>	10 ml
2 "	<b>Vaccinia-Immunglobulin</b>	2 ml

\*) nur in München (Klinikum rechts der Isar) und Nürnberg vorrätig.

6.

Gegenüber den Vorjahren nahezu unverändert blieben auch die Angaben über eine aktive Teilnahme an Sport, Turnen oder anderen Formen körperlicher Ertüchtigung:

	EU	männlich	weiblich
1972	53,5	61,8	44,8 v. H.
1973	53,4	62,0	44,4 v. H.
1974	54,7	63,3	45,2 v. H.
1975	54,5	63,0	45,3 v. H.
1976	54,8	61,0	38,9 v. H.

	NU	männlich	weiblich
1972	40,1	51,1	27,7 v. H.
1973	40,0	51,1	27,3 v. H.
1974	39,2	50,1	26,6 v. H.
1975	39,2	49,3	27,0 v. H.
1976	39,0	48,4	27,7 v. H.

Der an Eltern, Meister, Betriebsärzte und andere Bezugspersonen der Jugendlichen an dieser Stelle schon mehrmals ergangene Appell, die Motivation zu sportlicher Betätigung zu aktivieren, muß also aufrecht erhalten bleiben.

## Besetzung des Berufsgerichts für die Heilberufe beim OLG München

1. Ernst Wolf, Richter am Oberlandesgericht München, wurde mit Wirkung vom 1. März 1979 auf die Dauer von fünf Jahren zum Vorsitzenden des Berufsgerichts für die Heilberufe beim Oberlandesgericht München ernannt.

2. Wolfram Heusterberg, Richter am Oberlandesgericht München, wurde mit Wirkung vom 1. März 1979 auf die Dauer von fünf Jahren zum Stellvertreter des Vorsitzenden des Berufsgerichts für die Heilberufe beim Oberlandesgericht München ernannt.

3. Dr. Johann Fuchs, Vorsitzender Richter am Landgericht München I, wurde mit Wirkung vom 17. März 1979 auf die Dauer von weiteren fünf Jahren zum Stellvertreter des Untersuchungsführers bei dem Berufsgericht für die Heilberufe beim Oberlandesgericht München ernannt.

## Amtliches

### Einsatz von Röntgenassistentinnen als „Verantwortliche im Strahlenschutz“

Nach der Röntgenverordnung (RöV vom 1. März 1973) darf eine Röntgenuntersuchung nur durch einen Arzt angeordnet werden. Der innerbetriebliche Entscheidungsbereich muß in jedem Fall von ihm schriftlich festgelegt werden.

Medizinisch-technische Assistentinnen mit staatlicher Anerkennung dürfen nach § 20 Abs. 1 Nr. 3 RöV Röntgenstrahlen anwenden. Die erforderlichen Kenntnisse werden nach dem MTA-Gesetz und den hierzu erlassenen Ausbildungsforderungen erworben. Sofern sie als Verantwortliche im Strahlenschutz eingesetzt werden sollen, benötigen sie eine Zusatzausbildung nach 2.1.1 der Richtlinien über den Erwerb der Fachkunde und Kenntnisse im Strahlenschutz der RöV, die inhaltlich der Anlage 1 Nr. 4 der Richtlinien entspricht.

Die Bayerische Landesärztekammer plant, im Benehmen mit dem Bayerischen Landesamt für Umweltschutz den hier zu fordernden 48stündigen Spezialkurs am Institut für Radiologie der Universität Erlangen (Vorstand: Professor Dr. Dr. Pauly) vom 3. bis 9. Dezember 1979 durchzuführen.

Eine Radiologieassistentin, die diesen sechstägigen Kurs (33 Stunden

Theorie und 15 Stunden Praktikum) mit Abschlußprüfung absolviert, kann folgende Aufgaben übertragen bekommen:

Beaufsichtigung des Betriebs der Röntgeneinrichtung, unverzügliche Anzeige von Unfällen und sonstigen Schadensfällen, die zu Strahlenschäden führen können, sowie Kontrolle darüber, daß im Entscheidungsbereich die Schutzvorschriften der Röntgenverordnung eingehalten werden (z. B. Betreten des Kontrollbereiches, Tragen von Schutzkleidung, Tätigkeitsverbote), Organisation der Messung der Personendosis einschließlich Aufzeichnung der Werte und Aufbewahrung der Unterlagen, Einhaltung der zugelassenen Dosiswerte, Durchführung der Behandlung sowie Sofortmaßnahmen bei Dosisüberschreitungen und Aufzeichnung der Daten, die zur Abschätzung der Strahlenexposition der Patienten erforderlich sind.

Wir bitten, interessierte Kolleginnen und Kollegen, ihre Mitarbeiter *umgehend* bei der Bayerischen Landesärztekammer, Mühlbaurestraße 16, 8000 München 80, Telefon (0 89) 41 47-288, Frau Wanger) *telefonisch* oder *schriftlich* anzumelden, da der Kurs nur bei ausreichender Teilnahme durchgeführt werden kann.

## Personalia

### Verdienstkreuz 1. Klasse

Mit dem Verdienstkreuz 1. Klasse des Verdienstordens der Bundesrepublik Deutschland wurden ausgezeichnet:

Dr. med. Hermann Brosig, Montfortweg 9, 8974 Oberstaufen;

Dr. med. Franz Schmidl, Silberne Kranzgasse 6, 8400 Regensburg.

### Verdienstkreuz am Bande

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

Dr. med. Erich Finger, Bayernplatz 49, 8393 Freyung v. W.;

Dr. med. Joseph Baptist Haushofer, Stadtplatz 10, 8330 Eggenfelden;

Dr. med. Maximilian Kling, Ulmer Straße 204, 8900 Augsburg;

Dr. med. Hansjoachim Linde, Friedrich-Ebert-Straße 4, 8012 Ottobrunn;

Dr. med. Maximilian Roßteuscher, Rotmaurergergasse 1, 8162 Schliersee.

Dr. med. Rudolf Schramm, Duracher Straße 68, 8960 Kempten-St. Mang.

## 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.

### Oberfranken

#### Berg, Lkr. Hof/Seele:

1 Allgemein-/Praktischer Arzt

Wiederbesetzung des Mitte dieses Jahres aus Altersgründen des Stelleninhabers vakant werdenden Einzelerztes für ein Einzugsgebiet von ca. 3500 Einwohnern.

#### Bischofsgrün, Lkr. Bayreuth:

1 Allgemein-/Praktischer Arzt

#### Hof/Seele:

1 Allgemein-/Praktischer Arzt

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

1 Allgemein-/Praktischer Arzt

#### Kronech:

1 Allgemein-/Praktischer Arzt

#### Röslau, Lkr. Wunsiedel:

1 Allgemein-/Praktischer Arzt

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

1 Allgemein-/Praktischer Arzt

#### Töpen, Lkr. Hof:

1 Allgemein-/Praktischer Arzt

#### Weidhausen, Lkr. Coburg:

1 Allgemein-/Praktischer Arzt

#### Marktredwitz, Lkr. Wunsiedel:

1 HNO-Arzt

#### Münchberg, Lkr. Hof/Seele:

1 Kinderarzt

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 niedergelesen 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, Vogelsgraben 6, 8500 Nürnberg, Telefon (09 11) 4 96 21 - 24.

### Unterfranken

#### Gieselbach, Lkr. Aschaffenburg:

1 Allgemein-/Praktischer Arzt

#### Mömbris, Lkr. Aschaffenburg:

1 Allgemein-/Praktischer Arzt

#### Ebelsbach, Lkr. Haßberge:

1 Allgemein-/Praktischer Arzt

Glurenorm macht einen Bogen um die Niere.

# darum Glurenorm®

das nicht harnpflichtige Antidiabetikum

**Zusammensetzung:** 1 Tablette enthält: Glicluidon – 1-Cyclohexyl-3-[(p-2-(3,4-dihydro-7-methoxy-4,4-dimethyl-1,3-dioxo-2(1H)-isochinoly)-äthyl)phenyl]sulfonylethylharnstoff 30 mg.

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

**Dosierung und Anwendungsgemeise:** Glurenorm besitzt den besonderen Vorteil eines relativ großen Dosispielraumes, der von 1/4 Tablette (15 mg) bis zu 4 Tabletten (120 mg) pro die reicht. Üblicherweise genügen im Mittel 45 mg Glurenorm am Tag. Wenn im allgemeinen auch mit 2 Glurenorm-Gaben pro Tag auskommen wird, so kann doch in besonders gelagerten Fällen eine 3malige Applikation pro die zum besseren Ausgleich und zur optimalen Stabilisierung des Blutzucker-Tagesprofils führen. Erfahrungsgemäß sollte bei täglich mehrmaliger Applikation die größte Glurenorm-Einzelgabe am Morgen verabreicht werden, wobei – wenn erforderlich – bis zu 2 Tabletten (60 mg) Glurenorm auf einmal zum Frühstück gegeben werden. Die Einnahme von Glurenorm sollte zu Beginn der Mahlzeiten erfolgen.

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

**Umstellung:** Bei der Umstellung von anderen, gleichartig wirkenden oralen Antidiabetika kann man im allgemeinen davon ausgehen, daß eine

Tablette Glurenorm einer Tablette anderer Sulfonylethylharnstoff-Präparate entspricht. Die Wirkungsstärke einer Tablette Glurenorm (30 mg) ist etwa 1000 mg Tolbutamid vergleichbar. Aus dieser Dosisrelation läßt sich die jeweilige Anfangsdosierung von Fall zu Fall herleiten. Eventuell erforderlich werdende Dosisänderungen sind auch hier in Stufen à 15 mg (1/4 Tablette Glurenorm) empfehlenswert.

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

**Unverträglichkeiten und Risiken:** Das Präparat darf nicht angewandt werden bei: Insulinmangeldiabetes; Coma und Praecoma diabeticum; erheblicher Stoffwechsellage mit Azidose; Schwangerschaft.

**Besondere Hinweise:** Glurenorm wird in Form seiner Metaboliten im Mittel nur zu 5 % durch die Nieren ausgeschieden und daher auch von nierengeschädigten Patienten im allgemeinen gut vertragen. Liegt jedoch ein schwerer Nierenschaden vor, so ist natürlich die übliche sorgfältige Überwachung des Patienten erforderlich.

Wie bei jeder medikamentösen Dauerbehandlung sollten in gewissen Abständen routinemäßig Laborkontrollen durchgeführt werden.

Um das bei Diabetikern gegebene Risiko von Herz- und Kreislaufstörungen zu vermindern, sollte der Patient auf die strikte Einhaltung der vorgeschriebenen Diät hingewiesen und darauf aufmerksam gemacht werden, daß diese diätetischen Maßnahmen keinesfalls durch eigenmächtige Veränderung der verordneten Glurenorm-Dosierung ersetzt oder ausgeglichen werden dürfen. Wie bei allen Arzneimitteln, die zur Tabletten-Behandlung des Diabetes mellitus benutzt werden, kann die

Auslassung einer der üblichen Mahlzeiten oder die Nichteinhaltung der ärztlichen Dosierungsvorschrift den Blutzucker verstärkt senken und damit zu einer Beeinträchtigung der Konzentrationsfähigkeit führen. Die Behandlung der Zuckerkrankheit mit diesem Arzneimittel bedarf der regelmäßigen Kontrolle. Bis zur optimalen Einstellung bzw. bei Präparatswechsel sowie durch unregelmäßige Anwendung dieses Arzneimittels kann die Fähigkeit zur aktiven Teilnahme am Straßenverkehr oder zum Bedienen von Maschinen beeinträchtigt werden.

Sollte es zu einem hypoglykämischen Zustand kommen, so kann dieser meistens vom Patienten selbst durch Würfelzucker, Süßwaren oder zuckerhaltige Getränke behoben werden. Körperliche Anstrengung, Alkoholgenuß oder Einnahme bestimmter Medikamente, wie Salicylate, Sulfonamide, Phenylbutazon-Präparate, Tuberkulostatika, Chloramphenicol, Tetracyclinverbindungen, Guanidin-Derivate, Cyclophosphamid, MAO-Hemmer und  $\beta$ -Rezeptorenblocker, können die blutzuckersenkende Wirkung oraler Antidiabetika vom Sulfonylethylharnstoff-Typ verstärken. Andererseits ist eine Abschwächung der blutzuckersenkenden Wirkung von Sulfonylethylharnstoffen u. a. möglich bei gleichzeitiger Gabe von oralen Kontrazeptiva, Chlorpromazin, Sympathikomimetika, Kortikoiden, Schilddrüsenhormonen und nikotinsäurehaltigen Präparaten. Hier kann eine Erhöhung der Glurenorm-Dosis erforderlich werden.

**Darreichungsformen und Packungsgrößen:** OP mit 30 Tabletten DM 17,90, OP mit 60 Tabletten DM 31,70, OP mit 120 Tabletten DM 52,90. Klinikpackung. – Preisänderung vorbehalten.

Dt. Karl Thomae GmbH  
Biberach an der Riss

Thomae

**Knetzgeu, Lkr. Heßberge:**

1 Allgemein-/Praktischer Arzt

**Höchheim, Lkr. Rhön-Grabfeld:**

1 Allgemein-/Praktischer Arzt

**Sulzfeld, Lkr. Rhön-Grabfeld:**

1 Allgemein-/Praktischer Arzt

**Bergheimfeld, Lkr. Schweinfurt:**

1 Allgemein-/Praktischer Arzt

**Grettsedt, Lkr. Schweinfurt:**

1 Allgemein-/Praktischer Arzt

**Kollitzheim, Lkr. Schweinfurt:**

1 Allgemein-/Praktischer Arzt

**Üchtelheusen, Lkr. Schweinfurt:**

1 Allgemein-/Praktischer Arzt

**Alzenau, Lkr. Aschaffenburg:**

1 Augenerzt

**Erlenbach, Lkr. Miltenberg:**

1 Augenarzt

**Schweinfurt:**

1 Augenarzt

**Gerolzhofen, Lkr. Schweinfurt:**

1 Frauenarzt

**Haßfurt, Lkr. Haßberge:**

1 HNO-Arzt

**Erlenbach, Lkr. Miltenberg:**

1 Kinderarzt

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.

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

1 Allgemein-/Praktischer Arzt

Nachfolgebesetzung für ein Einzugsgebiet von ca. 2500 Einwohnern.

**Amberg:**

1 Arzt mit der Zusatzbezeichnung Psychotherapie

**Bärneu, Lkr. Tirschenreuth:**

1 Allgemein-/Praktischer Arzt

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

1 Allgemein-/Praktischer Arzt

**Weckersdorf, Lkr. Schwendorf:**

1 Allgemein-/Praktischer Arzt

**Stadt Schwendorf, Lkr. Schwandorf:**

1 Anästhesist

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

1 Augenarzt

**Amberg:**

1 Hauterzt

**Stadt Schwendorf, Lkr. Schwandorf:**

1 Hauterzt

**Welden:**

1 Heuterzt

**Welden:**

1 Nervenarzt

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

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

1 Allgemein-/Praktischer Arzt

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

1 Allgemein-/Praktischer Arzt

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

1 Allgemein-/Praktischer Arzt

**Ohu, Lkr. Landshut:**

1 Allgemein-/Praktischer Arzt

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

1 Allgemein-/Praktischer Arzt

**Roßbech, Lkr. Rottal-Inn:**

1 Allgemein-/Praktischer Arzt

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

1 Allgemein-/Praktischer Arzt

**Regen-Stadt:**

1 Augenerzt

**Viechtech, Lkr. Regen:**

1 Augenerzt

**Deggendorf-Stadt:**

1 Heuterzt

**Dingolfing-Stedt:**

1 Hautarzt

**Regen-Stedt:**

1 Heuterzt

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

### Zur Werbung für eine „Klinik“

Das **Landesberufsgericht** für die Heilberufe bei dem Bayerischen Obersten Landesgericht hat in einem *Urteil vom 15. November 1978* (LBG - Ä - 1/1978) nähere Ausführungen dazu gemacht, in welchen Fällen von dem Betrieb einer „Klinik“ gesprochen werden kann, und welche werblichen Erleichterungen hier unter Umständen für den Arzt bestehen.

Im konkreten Fall hatte der Arzt zweimal eine Konzession des zuständigen Gewerbeamtes für den Betrieb einer Klinik beantragt und erhalten; diese Konzessionen waren jedoch erloschen, da die Klinik nicht eröffnet wurde. Trotzdem hat der Arzt auf seinem Praxisschild, auf Kopfbögen und in Anzeigen für seine „Spezialklinik“, „Klinik“, „Praxisklinik“ geworben und dabei auch vorschriftswidrig sachliche Zusätze angegeben.

Nach mehrfacher Abmahnung durch den Ärztlichen Kreisverband wurde gegen den Arzt eine formelle Belehrung nach Art. 19 Abs. 1 des Kammergesetzes a. F. ausgesprochen — der Arzt änderte sein Verhalten nicht. Das daraufhin eingeleitete Berufungsverfahren führte in erster Instanz zu einer Verurteilung des

Arztes zu einer Geldbuße von DM 2000,—.

Im Berufungsverfahren machte der Kläger geltend, er habe tatsächlich seine Patienten „semistationär“ behandelt. Seine Berufung wurde als unbegründet verworfen.

Aus dem Urteil des Landesberufsgerichts ist insbesondere auch der letzte Absatz hervorzuheben. Hier würdigt das Landesberufsgericht das Verhalten des beschuldigten Arztes, daß er nämlich auf verschiedene Mahnschreiben des Ärztlichen Kreisverbandes überhaupt nicht antwortete, ziemlich deutlich als „unqualifiziert“.

Die Entscheidung des Landesberufsgerichts ist endgültig.

*Aus den Gründen:*

... III/2. Der Beschuldigte meint, bei der von ihm betriebenen Praxis handle es sich um eine „Tagesklinik“. Während seiner Fortbildung in den USA habe er dort zahlreiche „One-day-Kliniken“ kennengelernt, die sich sehr bewährt hätten. Auch in der Bundesrepublik Deutschland setzten sich sogenannte Praxiskliniken immer mehr durch.

... IV/1. Nach der BO ist dem Arzt grundsätzlich jedoch Werbung untersagt (§ 19 Abs. 1 BO a. F.; § 21 Abs. 1 BO n. F.). Dieses Werbeverbot gilt auch für Ärzte als Klinikleiter (vgl. Urteil des Landesberufsgerichtes vom 29.3.1978, BayÄBl. 1978, S. 782). Für Krankenhäuser, Sanatorien, Institute und Kliniken gilt jedoch — im Interesse des heilungssuchenden Publikums — eine Erleichterung dieses Verbots; sie dürfen in Anzeigen und Ankündigungen neben dem ärztlichen Inhaber oder dem leitenden Arzt, jeweils mit Namen und Arztbezeichnung, auch das Hauptindikationsgebiet angeben. Eine Ausnahme vom Werbeverbot liegt allerdings dann nicht vor, wenn sich aus den Umständen des Einzelfalles ergibt, daß der Arzt die Bezeichnung als Krankenhaus, Sanatorium, Institut oder Klinik zum Zweck der Umgehung dieses Verbots für seine Tätigkeit benutzt; sein Verhalten bleibt dann verbotene Werbung (§ 19 Abs. 2 BO a. F.; § 21 Abs. 2 BO n. F.).

2. Im vorliegenden Fall hat der Beschuldigte eine „Klinik“ oder eine ähnliche, der stationären Behandlung oder Pflege Kranker dienende Einrichtung nicht betrieben und konnte deshalb die erwähnte Erleichterung des Werbeverbots nicht in Anspruch nehmen. Zwar wird zu § 30 GewO, der die Konzessionierung von Privatkrankenanstalten usw. betrifft, verschiedentlich die Auffassung vertreten, daß für das Vorliegen einer Krankenanstalt die Beherbergung der Patienten über Nacht nicht notwendig sei (RGSt 32, 255; vgl. auch BVerwG GewA 1967, 164/166; ebenso Fröhler/Kormann GewO RdNr. 1 und Landmann/Rohmer GewO 13. Aufl. RdNr. 10, jeweils

# Prostamed®

Perlurethrale Adenome Stadium I und II · Chronische Prostatitis · Reizblase

Zusammensetzung: Kürbisglobulin 0,1 g, Kürbismehl 0,2 g, Extr. fl. Solidago 0,04 g, Extr. fl. Pop. trem. 0,06, Kakao 0,05, Sacch. lact. ed 0,5 g

Dosierung: 3 x täglich 2–4 Tabletten einnehmen.

Handelsform und Preise (Incl. MwSt.): 60 Tabl. DM 7,85; 120 Tabl. DM 13,45; 360 Tabl. DM 31,95

Dr. Gustav Kieln · Arzneipflanzenforschung · 7615 Zell-Harmersbach/Schwarzwald



zu § 30; a. A. Fuhr, GewO RdNr. 1c zu § 30; vgl. auch BayVGH GewA 1976, 162/163 und VG Hannover GewA 1978, 56). Allgemein wird aber angenommen, daß entscheidend auf das Merkmal einer längeren Unterbringung der Kranken zur Heilung und Pflege abzustellen ist und darauf, daß die Patienten in der Anstalt Unterkunft und Verpflegung erhalten (BayVGH aaO; OVG Münster DÖV 1965, 495; weitere Nachweise bei Landmann/Rohmer GewO 12. Aufl. RdNr. 12 zu § 30). Dieser Auffassung folgt auch das Landesberufsgericht bei der Auslegung des Begriffs „Krankenhaus (Sanatorium, Institut, Klinik)“ in § 19 Abs. 2 BO a. F. und § 21 Abs. 3 BO n. F.

Demgegenüber war die „Klinik“ des Beschuldigten nur darauf ausgerichtet, daß sich darin Patienten zwar einer notfalls mehrstündigen ärztlichen Behandlung, eventuell auch zu wiederholten Malen, unterziehen konnten, nicht aber einer längeren Unterbringung. Hierfür fehlte es schon an dem notwendigen Pflege- und Betreuungspersonal, und eine Verpflegung der Patienten durch unabhängige Anstaltseinrichtungen war nicht gewährleistet. In Krankenanstalten, in denen sich Patienten über einen längeren Zeitraum befinden, wird sogenannte „Einmal-Wäsche“ schon aus Sparsamkeitsgründen nicht verwendet. Da der Beschuldigte sonach keine Klinik, sondern nur eine Facharztpraxis – wenn auch vielleicht mit gewissen Besonderheiten – betrieb, hat er folgerichtig dem Gesundheitsamt gegenüber jeweils erklärt, daß er von der ihm erteilten Konzession keinen Gebrauch gemacht habe, er hat die sonst obligatorischen Meldungen über die Zahl der Klinikpatienten und die Verpflegstage nicht erstattet und seine Liquidationen auf die erbrachten ärztlichen Leistungen beschränkt.

Den Voraussetzungen einer „Klinik“ in dem oben dargelegten Sinne muß auch die sogenannte „Praxisklinik“ gerecht werden. Die an sich wenig aussagekräftige und verschwommene Bezeichnung wird zwar nicht immer einheitlich verwendet. Überwiegend wird aber darunter eine stationäre Einrichtung verstanden, an der Belegärzte tätig sind, die ihre eigenen oder ihnen von anderen Ärzten überlassenen Patienten im Anschluß an eine ambulante Behandlung stationär weiterbehandeln,

soweit dies notwendig ist (Fromm/Jeute DÄBl. 1973 S. 1025; Narr, Ärztliches Berufsrecht 2. Aufl. RdNr. 1145).

Zu dem in neuer Zeit – soweit bekannt, bisher allerdings nur auf dem Gebiet der Psychiatrie – zunehmend verwendeten Begriff der „Tagesklinik“ Stellung zu nehmen, sieht das Landesberufsgericht keinen Anlaß; denn diese Bezeichnung hat der Beschuldigte für die von ihm betriebene Einrichtung nicht gebraucht.

3. Der Beschuldigte war sonach nicht befugt, die für Sanatorien, Institute, Kliniken usw. in der BO festgelegten werblichen Erleichterungen in Anspruch zu nehmen. Er hat, wie das Berufsgericht zutreffend ausgeführt hat, noch nach der Belehrung vom 28. Mai 1975 gegen folgende berufsrechtlichen Vorschriften verstoßen: ...

... V. Der Beschuldigte hat sich demnach einer Verletzung seiner Berufspflichten schuldig gemacht, die zu ahnden war. ...

... Hierzu kommt das unqualifizierte Verhalten des Beschuldigten gegenüber dem Ärztlichen Kreisverband Nürnberg: Der Beschuldigte hat es nicht für der Mühe wert gefunden, die Schreiben des Kreisverbandes vom 24. Januar, 7. April und 2. Mai 1975 zu beantworten. Die Nichtbeachtung von Anfragen sowie Aufforderungen der Berufsvertretung kann schon für sich allein ein Berufsvergehen darstellen (Landesberufsgericht für die Heilberufe des Landes Nordrhein-Westfalen, Münster/West., Urteil v. 4. 12. 1967, abgedruckt bei Kallfelz, Sammlung von Entscheidungen der Ärztlichen Berufsgerichte Bd. II Nr. 34; Bezirksgericht Nordbaden für Ärzte in Karlsruhe, Urteil v. 26. 4. 1968, abgedruckt bei Kallfelz aaO Bd. II Nr. 119). Wenn der Beschuldigte, wie er vorbringt, mit der Beantwortung der Schreiben des Ärztlichen Kreisverbandes einen ihm befreundeten Rechtsanwalt beauftragt hatte, hätte er sich trotzdem diesbezüglich vergewissern müssen. Durch die genannten Schreiben ist der Beschuldigte auf Unkorrektheiten in seiner Werbung hingewiesen worden. Die Nichtbeachtung solcher Hinweise läßt die Berufspflichtverletzung als schwer erscheinen. ...

Poellinger, München

---

## Personalia

---

### Dr. Kling 75 Jahre

Am 28. Februar konnte Dr. Maximilian Kling, Ulmer Straße 204, 8900 Augsburg, seinen 75. Geburtstag feiern.

Dr. Kling ist seit 1955 Delegierter zum Bayerischen Ärztetag. Er hat sich seit Jahrzehnten in unermüdlicher Weise für die Arbeit in der ärztlichen Berufsvertretung zur Verfügung gestellt und dabei einen hohen Einsatz bewiesen. In der Bayerischen Landesärztekammer hat er lange Zeit als Mitglied des Hilfsausschusses auf einem besonders wichtigen Gebiet mitgearbeitet.

Dr. Kling bekleidet seit 1952 das Amt des 2. Vorsitzenden des Ärztlichen Kreisverbandes Augsburg und war seit dieser Zeit bis vor einigen Jahren auch 2. Vorsitzender des Ärztlichen Bezirksverbandes Schwaben. Schließlich gehört er seit 1949 der Beschwerdekommision bei der Bezirksstelle Schwaben der KVB an.

Ad multos annos!

---

o. Professor Dr. med. Wolf Müller-Limmroth, Institut für Arbeitsphysiologie der Technischen Universität München, Barbarastraße 16, 8000 München 40, wurde für weitere vier Jahre zum Mitglied des Gemeinsamen Beirats für Verkehrsmedizin bei den Bundesministern für Verkehr und für Jugend, Familie und Gesundheit berufen.

---

o. Professor Dr. med. Gerhard Nissen, Mitvorstand der Nervenklinik und Poliklinik der Universität Würzburg, Josef-Schneider-Straße 2, 8700 Würzburg, wurde in die Aufbereitungskommission für den humanmedizinischen Bereich, psychiatrische und psychosomatische Krankheiten des Bundesministeriums für Jugend, Familie und Gesundheit berufen.

# TIEFENWIRKUNG

hyperämisiertendes  
Antirheumatikum  
zur percutanen Schmerz-  
Therapie

bei rheumatischen  
Beschwerden,  
Lumbago, Neuralgien,  
Prellungen und  
Verstauchungen,  
Schmerzen an Muskeln,  
Sehnen und Gelenken



mit dem  
Vorzug der  
besonderen  
Wirtschaftlichkeit  
100 ml  
DM 6,90

## Marament<sup>®</sup> Balsam N

**Indikationen:**

Bei rheumatischen Beschwerden,  
Lumbago, Neuralgien, Prellungen  
und Verstauchungen, Schmerzen  
an Muskeln, Sehnen und Gelenken.

**Kontraindikationen:**

Sind nicht bekannt.

**Zusammensetzung:**

100 g enthalten: 2,5 g Campher,  
1,0 g Methylsalicylat,  
0,15 g Nicotinsäurebenzylester,  
30,0 g Isopropanol,  
2,0 g Kiefernadelöl.

**Packungen/Preise lt. AT. m. MwSt.:**

O.P. Flasche mit 100 ml DM 6,90;  
O.P. Flasche mit 250 ml DM 15,-.

Dr. Wider & Co 7250 Leonberg

WIDER



## Qualitätssicherung ärztlicher Leistungen

Die Qualität ärztlicher Leistungen ist öffentlich zur Diskussion gestellt und wird abgehandelt unter Themen wie mangelnde Ausbildung des ärztlichen Nachwuchses, Patienteninitiative zu ärztlichen Kunstfehlern in Diagnostik und Therapie, mangelnder Nutzen von Krebsbekämpfungsmaßnahmen und den Kosten-Nutzen-Überlegungen zur Gesundheitsversorgung. Das Thema wird damit zum brisanten Politikum, aus welcher Perspektive auch immer es betrachtet wird und das Vertrauensverhältnis zwischen Patient und Arzt belastet.

Je nach Standort wird der Begriff der Qualität ärztlicher Leistung unter völlig verschiedenen Aspekten gesehen: der ärztliche Nachwuchs sieht im Mittelpunkt die Qualifikationsnorm, die sich aus theoretischen und praktischen Kenntnissen und Erfahrungen zusammensetzen muß. Beklagt wird vor allem das Übergewicht faktischen Wissens und der greivenden Mangel an praktischem Erkenntnismöglichkeiten. Das muß einer für Patient und Arzt befriedigenden Berufsausübung abträglich sein. — Die Gesundheitsökonomie und Systemforschung betrachtet die Qualität unter dem Gesichtspunkt des Nutzens in Relation zu den aufgewendeten Mitteln. Die Kritik, daß die rapid anwachsenden Kosten weder durch einen vermehrten Krankheitsbefall der Bevölkerung gerechtfertigt sind, noch von einer wesentlichen Verbesserung des Gesundheitszustandes der Bevölkerung gefolgt sind, ist lautstark und wird permanent wiederholt und mit Daten belegt. — Gleichzeitig liefert die Industrie auf dem Gebiet der diagnostischen Hilfsmittel und der therapeutischen Heilmittel laufende Innovationen, die der Qualität von Diagnostik und Therapie dienen sollen.

Stellt sich die medizinische Ausbildung als Voraussetzung für die Qualität ärztlicher Leistungen dar, der technisch-industrielle Bereich liefert die Hilfsmittel, der Ökonom liefert am Ende der Kette die Kosten-Nutzen-Analyse, dem unmittelbar am Patienten tätigen Arzt jedoch bleibt die schwierigste Aufgabe, nämlich durch geeignete Methoden die Qualität seiner Leistungen ständig zu kontrollieren und sein Verhalten an den Erkenntnissen zu orientieren — und dabei auch noch darauf zu achten, seine Gesamtleistung so billig als möglich zu gestalten.

Aus Amerika ist ein Programm bekannt geworden, das zum Ziel hat, die öffentlich aufgewendeten Mittel in ihrer Verwendung zu überprüfen. Dazu werden auf freiwilliger Basis anhand von Krankenblättern der Krankenanstalten zahlreiche Daten erhoben, statistisch ausge-

wertet und den teilnehmenden Ärzten und Krankenhäusern zur Verfügung gestellt mit dem Ziel, durch einen Vergleich mit anerkannten Ärzten und ihren Einrichtungen auf mangelnde eigene Qualität zu schließen. Es wird Fragen nachgegangen wie etwa der Notwendigkeit von Arzneimittelverordnungen, oder ob Berufsnormen — was auch immer darunter zu verstehen ist — eingehalten werden, ob stationäre Behandlung nicht auch durch ambulante Versorgung hätte geleistet werden können, oder die durchschnittliche Verweildauer der Norm entspricht. Diese Fragen sind im kassenärztlichen Bereich seit langem Gegenstand der Wirtschaftlichkeitsprüfung und der berufspolitischen Bemühungen, die ambulante Versorgungsstruktur auf ein anspruchsvolles Niveau zu heben. — Es ist unübersehbar, daß die Durchführung derartiger Studien nicht nur kostspielig und langwierig ist und Dauerkonflikte schafft, sondern daß die Ergebnisse solcher Studien nur allzusehr als Planungs- und Kontrollkriterien übernommen werden. Die notwendige ärztliche Initiative, das Qualitätsniveau am Stand der Wissenschaft zu orientieren, Handlungsspielraum zu erhalten und kontinuierlich die Qualität zu verbessern, droht in den Würgegriff ökonomischer Überlegungen und harter wirtschaftlicher Daten zu geraten.

Maßnahmen zur Sicherung der Qualität ärztlicher Leistungen sind hierzulande jedoch schon seit längerer Zeit methodisch fundiert erarbeitet und bereits weitgehend praktiziert. Grundlage dieser Maßnahmen ist nicht der finanzielle Mitteleinsatz im Vergleich zu einer irgendwie definierten Qualität, sondern das Prinzip, durch geeignete Methoden möglichst alle Fehler kenntlich zu machen, die sich der unmittelbaren Beobachtung entziehen, aber doch von besonderer Bedeutung für die ärztliche Diagnose und Therapie werden können. So wurde z. B. bei den quantitativen klinisch-chemischen Laboruntersuchungen, die von besonderer Bedeutung für die häufigsten Erkrankungen und ganz wesentlich von weitgehend technisierten Verfahren bestimmt sind, ein statistisches Verfahren eingeführt, das zuverlässig Fehler der Handhabung und der technischen Hilfsmittel anzeigt. Bekannt ist das Verfahren unter laborinternen und externen Qualitätssicherung von Laboruntersuchungen. Auch der äußerst komplizierte technische Bereich bei Röntgenuntersuchungen ist — wenn auch völlig anders geartet — Kontrollmöglichkeiten zugänglich. Diese Kontrollen werden ebenfalls auf freiwilliger Grundlage durchgeführt und tragen so zu einer laufenden Verbesserung jenes Anschauungsmaterials bei, aus dem der

radiologisch tätige Arzt seine diagnostischen Schlüsse zieht. Im Bereich des Krebsfrüherkennungsprogramms wird z. B. bei den obligatorischen zytologischen Untersuchungen nicht ein möglichst exakter Meßwert oder ein optimales Filmmaterial zur Grundlage der Diagnose, sondern ein in seiner Zusammensetzung nicht mehr beeinflussbares Zellmaterial. Hier besteht die zu erwerbende Qualitätssicherung darin, das Beurteilungsvermögen und den Vorausseggewert des Befundes so zu heben, daß er mit den nachfolgenden diagnostischen Maßnahmen korreliert. Die hierfür entwickelte Methode besteht darin, dem Arzt laufend das Endergebnis, zumeist in Form des histologischen Befundes, nachträglich zu seiner Selbstkontrolle zur Verfügung zu stellen und damit den Erfahrungsstand zu heben. Während sich diese Maßnahmen zur Qualitätssicherung bereits seit kürzerer oder längerer Zeit im Einsatz befinden und ihr Wert und ihr Erfolg von niemand mehr in Frage gestellt wird, erarbeitet die Forschung derzeit auf dem Gebiet der klinischen Chemie ein statistisches Modell, um auf einer nächsten Stufe zuverlässige Aussagen dafür zu schaffen, welchen Untersuchungsverfahren eine besonders hohe diagnostische Wertigkeit beigemessen werden kann. Nicht jedes Untersuchungsergebnis, auch vorausgesetzt, es ist unter absoluter Zuverlässigkeit erbracht worden, ist in gleicher Weise qualifiziert, daraus mit möglichst hoher Sicherheit diagnostische Rückschlüsse zu ziehen. So kann z. B. aus einer positiven War-Reaktion nur bedingt auf eine tuberkulöse Erkrankung geschlossen werden, während ein positiver TPHA-Test mit Sicherheit eine vorliegende oder vorausgegangene Erkrankung anzeigt. Erst wenn diese Untersuchungen weiter vorgehen sind und objektiv belegt ist, welchen Untersuchungen die höchste diagnostische Wertigkeit zuzuerkennen ist, wird es möglich sein, überholte Untersuchungen und jetzt noch dafür entstehende Kosten zu vermeiden. Es ist aber schon jetzt absehbar, daß diese Erkenntnisse aus den Qualitätssicherungsmaßnahmen in die Wirtschaftlichkeitsüberlegungen der praktizierenden Ärzte zum Nutzen für die Qualität der diagnostischen Leistungen eingehen werden und sowohl die Überprüfung der Wirtschaftlichkeit in der ambulanten Versorgung und im stationären Bereich davon beeinflusst werden wird. Es ist darin ein geeignetes Mittel zu sehen, wie die ständig zunehmenden Möglichkeiten besonders im Bereich der Medizintechnik auf ein Spektrum eingengt werden können, das der Qualitätssicherung ärztlicher Leistungen dient. Nur daran kann dann letztlich auch gemessen werden, welcher ökonomische Aufwand notwendig ist. Jede andere Planung der Qualitätssicherung primär vom ökonomischen Standpunkt müßte unter dem von Patient und Arzt geforderten Qualitätsniveau bleiben.

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

### Störversuche gegen Flughafenprojekt

Wenige Monate vor dem Abschluß des Planfeststellungsverfahrens für den Flughafen München II, der Mitte der achtziger Jahre im Erdinger Moos in Betrieb gehen soll und den Flughafen München-Riem ersetzen wird, haben sich im Landtag die Flughafengegner noch einmal formiert. Das Parlament hat zwar schon vor Jahren einhellig die Anlage des Ersatzflughafens und die Auflassung von München-Riem gefordert, die Abgeordneten aus der Region Freising/Erding versuchen jedoch — gewissermaßen in letzter Minute — das in der neuen Flughafenregion wenig geliebte Projekt zu Fall zu bringen.

Im Umweltausschuß des Landtags hatten die Abgeordneten Otto Wiesheu (CSU), Carmen König (SPD) und Wolf-Dietrich Großer (F.D.P.), alle geharnischte Gegner des neuen Airports, anläßlich eines Regierungsberichts das 2,8 Milliarden-Projekt in Frage gestellt. Kernpunkte ihrer Kritik waren die Größe des Projekts und die der Planung zugrunde liegenden Prognosen.

Bekanntlich soll der neue Flughafen auf einem 2300 Hektar großen Gelände mit vier Start- und Landebahnen angelegt werden. Der Flächenbedarf ergab sich aus der Anlage des Start- und Landebahnsystems, das so gewählt wurde, daß benachbarte Ortschaften nicht unmittelbar überfliegen werden müssen. Dieser praktizierte Umweltschutz erlaubte es den Planern, die Passagierabfertigungsgebäude und die Vorfelder des Flughafens in der Mitte zwischen den beiden Hauptstart- und -landebahnen anzulegen. Der Abstand zwischen den Hauptrunways beträgt 2300 Meter, 800 Meter mehr, als er nach internationalen zwingenden Vorschriften sein muß. Während die beiden Hauptstart- und -landebahnen dem Verkehr mit großen Passagierflugzeugen vorbehalten sind, bekommt die „Allgemeine Luftfahrt“, also die Geschäftsflugzeuge, die Taxi- und Sportflieger, eine eigene

2500 Meter lange Nebenbahn im nördlichen Flughafengelände. Als Kapazitätsreserve soll schließlich im Süden eine vierte Nebenbahn angelegt werden, die auch bei Störungen auf einer der Hauptbahnen genutzt werden kann.

Der Flughafen, der im Baukastensystem errichtet wird, hat zunächst eine Jahreskapazität von 10 bis 12 Millionen Passagiere. Bei wachsendem Bedarf können ohne Störung des Betriebsablaufs zusätzliche Abfertigungsgebäude, sogenannte Module, an das Terminal angebaut werden. Das Passagierabfertigungsgebäude wurde in der Form eines „H“ geplant, wobei die beiden parallelen Balken alle für die Passagierabfertigung notwendigen Einrichtungen enthalten. Für den Fluggast bedeutet dies, daß er praktisch mit seinem Auto in allernächster Nähe zu seinem Flugzeug vorgehen kann. Der Querbalken des „H“ dient der Abfertigung der Passagiere, die mit der S-Bahn im Tunnelbahnhof unter dem Terminal ankommen.

Die unter dem Gesichtspunkt des Lärmschutzes angelegten Start- und Landebahnen sowie die Errichtung der Passagierabfertigungsgebäude in der Mitte des Flughafens machten den von den Flughafengegnern immer wieder kritisierten Flächenbedarf notwendig. Insbesondere Otto Wiesheu warf im Umweltausschuß die Frage auf, ob man den Startbahnabstand von 2300 Metern nicht verringern könne. Die Vertreter der Staatsregierung entgegneten jedoch, damit würden einzelne Gemeinden zwar möglicherweise geringfügig entlastet, dafür aber andere um so stärker dem Fluglärm ausgesetzt. In der öffentlichen Diskussion mußte sich Otto Wiesheu denn auch den Vorwurf gefallen lassen, er argumentiere mit dem „St.-Florians-Prinzip“. Das Zusammenrücken der Start- und Landebahnen hätte unter Umständen auch eine Neuauflage der behördlichen Ver-

fahren, die seit 1969 mit dem Standortbeschluß der Staatsregierung eingeleitet wurden, zur Folge. Der dringend nötige Ersatzflughafen würde sich damit um Jahrzehnte verzögern.

Die Prognosen, die der Planung zugrunde liegen, waren ein weiterer Punkt der Kritik der Flughafengegner, die sich allerdings von der Staatsregierung sagen lassen mußten, daß alle nationalen und internationalen Vorausberechnungen von einer Passagierzunahme von jährlich sechs bis zehn Prozent ausgehen. München-Riem habe im vergangenen Jahr 5,63 Millionen Fluggäste gezählt, während die Kapazitätsgrenze des Flughafens bei rund 6,5 Millionen Passagieren pro Jahr liege. Dieses Aufkommen werde in Kürze erreicht. Das alsbaldige Erreichen der Kapazitätsgrenze sowie die nicht mehr länger vertretbare Belästigung von Hunderttausenden von Münchener Bürgern, deren Wohnungen in den An- und Abflugschneisen des Flughafens liegen, zwingen nach Ansicht der Experten dazu, das Flughafenprojekt nunmehr zügig in Angriff zu nehmen.

Die Aussprache im Umweltausschuß des Landtags veranlaßte jedoch die Oppositionsabgeordneten Carmen König und Wolf-Dietrich Großer, zu Vorstößen, mit denen das Projekt verzögert werden kann. Die SPD-Abgeordnete König verlangte zwar in einem Antrag, die Auflassung des Flughafens München-Riem zu beschleunigen und jede zeitliche Verzögerung zu verhindern, mit ihren weiteren Vorschlägen würde sie dies jedoch gerade erreichen. Wie Großer will sie nämlich eine Reduzierung des Start- und Landebahnsystems und insbesondere eine Verringerung des Bahnabstands. Die beiden als Fraktionsanträge im Landtag eingebrachten Initiativen sind denn auch von den Münchner Abgeordneten bereits scharf kritisiert worden. So erklärte beispielsweise der F.D.P.-Abgeordnete Dr. Gerhard Zech, er glaube nicht, daß die Anträge im Landtag eine Mehrheit finden. Auch die SPD-Politikerin Ria Burkei hat ihren Widerstand gegen die Anträge öffentlich angekündigt. So scheint es im Maximilianeum äußerst fraglich, daß der Landtag in den kommenden Wochen den Initiativen der Flughafengegner „grünes Licht“ erteilt.

Michael Gscheidle

### Martin Müller zum Gedächtnis

1878 bis 1960

von H. Röhrich

Aus dem Institut für Geschichte der Medizin der Universität München (Direktor: Professor Dr. med. H. Goerke)

Am 26. Februar 1978 jährte sich der 100. Geburtstag des Begründers des Lehrstuhles und Institutes für Geschichte der Medizin an der Ludwig-Maximilians-Universität München.

Martin Müller wurde am 26. Februar 1878 in Hohenwetttersbach/Baden geboren, studierte in Rom und danach in München Philosophie, Altphilologie, Naturwissenschaften, Anthropologie, Ethnologie und Medizin. Die Promotion zum Dr. med. erfolgte im Jahre 1919 und zum Dr. phil. 1923. Er arbeitete bei Johannes Ranke (1836 bis 1916) am Anthropologischen Institut in München und danach in der eigenen Praxis. Im Jahre 1929 erfolgte in München seine Habilitation für Geschichte der Medizin. Dieses Fach wurde daselbst von Professor Dr. med. Hermann Kerschensteiner gelehrt, welcher ab 1920 als Direktor am Krankenhaus München-Schwabing tätig war. Zu Beginn des Zweiten Weltkrieges im Jahre 1939 wurde Müller zum a. o. Professor für Geschichte an der Ludwig-Maximilians-Universität München ernannt und im gleichen Jahr wurde durch eine Stiftung die Errichtung des Institutes für Geschichte der Medizin ermöglicht. Initiator der Institutsgründung war der bedeutende Kliniker Friedrich von Müller (1858 bis 1941), Professor für Innere Medizin, unter dessen Vorsitz durch das Herausgeberkollegium der „Münchener Medizinischen Wochenschrift“ die Stiftung erfolgte.

Einer seiner zahlreichen Doktoranden war Dr. med. Hermann Ernst Helmrich, der im Jahre 1947 in München das Staatsexamen ablegte und im gleichen Jahre bei Müller promovierte, mit der Arbeit: „Das Herz im Kosmos und die Pharmakologie des Herzens bei Percelsus“. Helmrich



berichtet aus seiner Erinnerung über Müller und dessen Institut, welches damals in der obersten Etage der ehemaligen Bracklischen Kunstvilla, Lessingstraße 2, 8000 München 2, untergebracht war. Heute unter der Direktion von Professor Dr. med., Dr. med. h. c. Heinz Goerke, dessen Amtsvorgänger Professor Dr. med. Werner Leibbrand (1896 bis 1974) war, umfaßt es jetzt sämtliche Räume dieses Gebäudes.

Helmrich berichtet, daß in der unruhigen Zeit des Zweiten Weltkrieges, die Schulbildung „etwas zu kurz geraten war“. „... Hier hörten wir ebseits von den Aktualitäten des sich damals anbahnenden Weltunterganges einfach, wie ein reifer und dabei bescheidener Mann uns erzählte, wie es mit der Medizin von der Antike an bis in diese unsere Tage gegangen war, einschließlich der jeweiligen philosophischen Weltbilder, deren Wandel ja die Ge-

schichte der Medizin so maßgeblich geprägt und fortgeführt hat. Martin Müller hat es uns nie spüren lassen, daß er unser Halbverständnis für das, was er uns vortrug, bemerkt hat ... Er sagte uns immer nur freundlich, was er wußte und für richtig hielt, und beantwortete so auch geduldig unsere meist recht naivlichen Fragen ...“ Bei der Abfassung der Dissertation wurde Helmrich bereitwillig und lebenswürdig beraten und mit der Literatur vertraut gemacht. Er berichtet weiter: „... Das Institut wurde sehr bald durch die vermehrten Bombenangriffe auf die Stadt schwer beschädigt, die wissenschaftlichen Bestände wurden, um sie vor der Zerstörung zu bewahren, ausgelagert. Einmal in dieser Zeit wollte ich ihn – er wohnte im Institut – besuchen, aber er war nicht da. Das erklärte mir seine Frau oben auf dem Treppenabsatz. Das ganze Treppenhaus sah wüst aus: Kaputte Fenster, abgerissene Vorhänge, überall Ziegeltrümmer, Mörtel und Kalkstaub, auch auf den früher immer tadellos gewachsenen Treppenstufen. Schließlich zogen die Müllers nach Dießen am Ammersee, wo er eine Villa mit Garten bewohnte und auch noch Praxis machte, wie so ein richtiger alter Onkel Doktor aus früherer Zeit ...“

Im Lazarett tätig, als Kriegsgefangener, arbeitete Helmrich außerdienstlich an seiner Dissertation. Er berichtet von dem Besuch bei seinem Doktorvater, den er mit dem Fahrrad in Dießen am Ammersee aufsuchte: „... Im übrigen unterhielten wir uns dabei in einer Weise, die mich merken ließ, daß ich inzwischen nicht mehr so dumm war wie seinerzeit, als ich erst einmal die Vorlesung gehört und dann meinen ersten Besuch im Institut gemacht hatte. Ich glaube, das gehörte zu den Merkmalen dieses alten Herrn: Er ließ seine Zöglinge, weise zusehend, an der langen Leine und ermunterte sie zu ihren Leistungen, die er nicht forderte! So ergab sich von vorneherein ein Filter, daß er nur Mitarbeiter und Doktoranden hatte, die selbst etwas taten und ihn dann freigten, ob es so auch recht sei.“

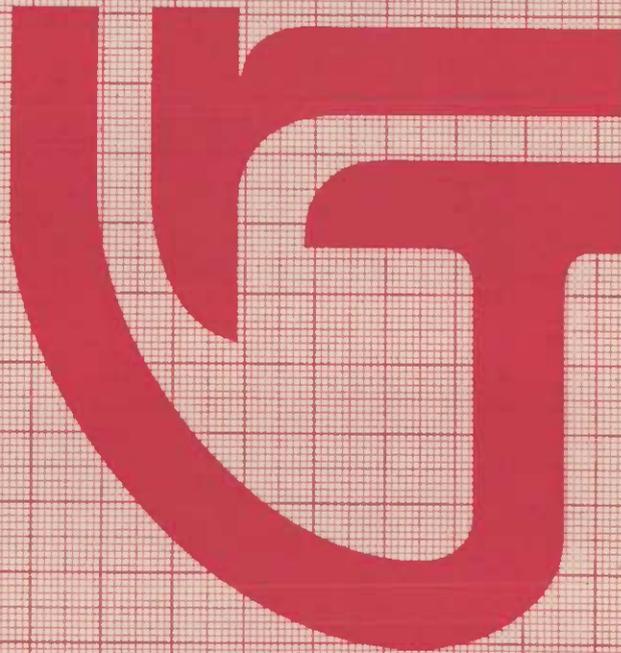
Mit einer Selbstverständlichkeit wurde er von seinem Doktorvater zum Mittagessen im kleinen Gartenpavillon eingeladen, es folgte ein gemeinsamer Spaziergang und danach

(Fortsetzung Seite 363)

Zur Digitalistherapie  
in der täglichen Praxis

# Lani Longoral®

seine entscheidenden  
Vorteile sind:



Erhöhte Digitalistoleranz      verminderte Nebenwirkungen      bessere Allgemeinverträglichkeit

#### Zusammensetzung

1 Dragee enthält:  $\beta$ -Acetylcholin  
0,125 mg, Mono-Kalium-D, L-aspartat  
200 mg, Mono-Magnesium-D, L-  
aspartat 200 mg, Vitamin A 4000 I.E.  
Vitamin B<sub>1</sub> 6 mg, Vitamin B<sub>6</sub> 4 mg,  
Vitamin B<sub>12</sub> 6 mg, Vitamin E 10 mg

#### Indikationen:

Alle Formen und Grade der Herz-  
insuffizienz, Hypokaliämische Zu-  
stände bei gleichzeitigem Vorliegen  
einer Herzinsuffizienz, tachykarde  
Rhythmusstörungen.

#### Kontraindikationen:

Hypertalzmie, atrio-ventrikuläre  
Reizleitungsstörungen, schwere  
Bradykardie, schwere Niereninsuffi-  
zienz mit gestörter Elektrolytaus-  
scheidung, gleichzeitige parenterale  
Verabreichung von Calcium

#### Nebenwirkungen:

Bei Patienten mit Glykolid-Über-  
empfindlichkeit bzw. Störungen des  
Elektrolythaushaltes können, ins-  
besondere infolge einer Über-  
dosierung, Appetitstörungen,

Übelkeit, Erbrechen, Herzrhythmus-  
störungen und optische Erchei-  
nungen auftreten.

#### Dosierung:

3 - 5 Tage lang 3mal täglich  
2 Dragees. Anschließend als Erhal-  
tungsdosis 2 - 3mal täglich 1 Dragee.

#### Darreichungsformen und Packungsgrößen:

30 Dragees    DM 16,56  
50 Dragees    DM 19,36  
100 Dragees    DM 18,43  
Klinikpackung



Schaper & Brümmer  
Salzgitter · Ringelheim

Naturstoff-Forschung und -Therapie

### Kostenentwicklung

Auch mit Zahlen macht man Politik. Das Bonner Arbeitsministerium verfügt darin über Erfahrungen – guten wie schlechten. Zwei Wochen vor der Sitzung der „Konzertierten Aktion im Gesundheitswesen“ präsentierte Staatssekretärin Anke Fuchs unter Assistenz von Abteilungsleiter Albert Holler den Bonner Journalisten die Zahlenunterlagen für das Konzert, noch ehe die professionellen Akteure der beteiligten Gruppen im vorbereitenden Ausschuß darin Einblick nehmen konnten. Bei anderen Gelegenheiten pflegt das Ministerium sorgfältig darauf zu achten, daß nur abgestimmte Zahlen das Licht der Öffentlichkeit erreichen.

Ehrenberg war offensichtlich darauf erpicht, in den Zeitungen schon vor der Konzertierten Aktion zu lesen, daß das Ziel der Kostendämpfung gefährdet sei. Das Manöver war natürlich leicht zu durchschauen: Der Minister möchte seine Position stärken und die der „Leistungserbringer“ schwächen, ehe es in die Schlußrunde der Verhandlungen über die Honorarverträge ging. Die Bilanz dieser durchsichtigen Aktion wird man erst nach dem konzertierten Gespräch ziehen können, also wenn diese Ausgabe den Leser erreicht.

Der Staatssekretärin lag daran, über die Entwicklung der Ausgaben der Krankenkassen zu reden. Auf Fragen nach der Einnahmenentwicklung der Kassen hatte man sich nicht eingestellt. Die Ausgabenentwicklung wurde in Tabellen präsentiert, in denen einmal „statistisch bereinigte“, dann wieder „unbereinigte“ Zahlen erschienen. In einer Tabelle übertraf der Text der Fußnoten bei weitem die angebotenen Zahlen. Ein wenig verwirrend war das schon.

Dennoch war deutlich zu merken, welche Positionen der Staatssekretärin besonders am Herzen lagen. Da wurde z. B. darauf verwiesen,

daß die Kassen 1978 7,1 Prozent mehr für die ambulante zahnärztliche Behandlung je Mitglied ausgegeben hätten. Das lasse sich nur mit einer Ausweitung des Leistungsumfanges um drei bis vier Prozent erklären, meinte Holler. Die Ausgaben für die ambulante ärztliche Behandlung haben sich nur um 4,4 Prozent erhöht, was mit dem Hinweis kommentiert wurde, daß hier eben die Mengensteuerung funktioniert habe. Dann wurde auch noch auf die Ausgaben der Ersatzkassen für ärztliche Behandlung aufmerksam gemacht. Um fünf Prozent seien diese gestiegen, obwohl es keine Honorarverbesserung gegeben habe. Auch hier ist also nach Ansicht des Ministeriums der Mengenfaktor durchgeschlagen. Fazit der Staatssekretärin Fuchs, deren Aufstieg in die SPD-Hierarchie programmiert erscheint: Der Deckel auf dem Honorartopf, die Begrenzung des Leistungsumfanges, muß bleiben. Man wird sehen, was daraus wird.

Ernüchternd muß auf alle Kostendämpfer wirken, daß sich der Ausgabenanstieg im zweiten Halbjahr, wenn man den Zahlen des Ministeriums trauen darf, fühlbar beschleunigt hat. Das gilt jedenfalls für die Ausgaben der Zahnärzte (plus 10 Prozent), für Zahnersatz (plus 10,9 Prozent), Arzneimittel (plus 9 Prozent), Heil- und Hilfsmittel (plus 15,2 Prozent). Recht gut stehen nach wie vor die niedergelassenen Ärzte mit plus fünf Prozent da, obwohl sich auch hier die Ausgaben spirale nach oben dreht, jedenfalls nach der Darstellung des Ministeriums.

Ein „heißes Eisen“ bleibt die Entwicklung der Arzneimittelausgaben: plus neun Prozent im zweiten Halbjahr 1978. Die Konzertierte Aktion hatte als Richtwert 3,5 Prozent vorgegeben. Die Fehlerquote ist unübersehbar groß; die Alarmglocke schrillt. Auf Preiserhöhungen geht ein Ausgabenanstieg von etwa drei

Prozent zurück, der Verbrauch hat um sechs Prozent zugenommen. Übersehen darf man aber nicht das Basisjahr für den Vergleich, nämlich 1977. Damals verringerte sich der Arzneimittelverbrauch sogar; jetzt kehrt man offensichtlich zur Normalität – auf zu hohem Niveau – zurück.

Im Krankenhaus hat sich der Kostenanstieg auf 5,5 Prozent verlangsamt, obwohl es bekanntlich noch keine Empfehlungen für die Kostendämpfung gibt. Daraus mag jeder seine Schlüsse ziehen. Frau Fuchs hat jedenfalls eine keineswegs originelle Erklärung parat: Weil die Regierung die Krankenhäuser in die konzertierte Aktion einbeziehen wolle, hätten sich die Krankenhäuser kostenbewußt verhalten. Was nur beweist, daß Politiker um Erklärungen nie verlegen sind.

Dennoch war der Staatssekretärin anzumerken, daß sie fürchtet, die Beitragssätze könnten ausgerechnet im Wahljahr 1980 wieder steigen. Schon im zweiten Halbjahr müßte sich eine Lücke zwischen den Beitragseinnahmen und den Ausgaben aufgetan haben. Aber auf absehbare Zeit wird das vor der Verabschiedung des Kostendämpfungsgesetzes angesammelte Polster wohl noch reichen. Wenn ich an 1980 denke ...

Aber Ehrenberg hat ja nicht nur Negativ-Erlebnisse. Das Karlsruher Mitbestimmungsurteil hätte für ihn nicht besser ausfallen können. Die klagenden Arbeitgeberverbände sind auf die Nase gefallen. Wohl niemand hatte ernsthaft damit gerechnet, daß das Gesetz für verfassungswidrig erklärt würde. Doch von der Begründung des Urteils haben sich viele mehr versprochen, so u. a. eine klare Absage an die volle Parität in der Mitbestimmung. Das hat Karlsruhe nicht geliefert. Wer das Urteil genau liest, der wird vielmehr die Befürchtung haben müssen, daß die Verfassung dem gesellschaftspolitischen Gestaltungswillen des Gesetzgebers nur wenige Grenzen setzt. Nur die individuellen Grundrechte bleiben tabu. Das marktwirtschaftliche System ist nur noch politisch zu sichern. So ist es kein Wunder, daß das SPD-Präsidium, wieder mit Brandt an der Spitze, in dem Urteil „eine Ermutigung für alle reformerischen Kräfte“ sieht.

*bonn-mot*

nahm er bei den Untersuchungen in der Praxis teil. Beeindruckt von seinem Doktorvater als Praktiker und Hausarzt, berichtet er weiter: „... Ich darf hier einflechten: Die Ärzte vor meiner Generation, die jetzt aussterben, kannten noch Begriffe, wie – ärztliche Kunst – und ihre Erfahrung basierte auf dem, was sie – gesehen haben –. Die heutige Diktion ist anders geworden und die sich immer frequenter wandelnde Wissenschaft überrollt immer mehr die Aufmerksamkeit gesammelter Erfahrungen, die ein Arzt in langer Tätigkeit gewinnt und verbucht. Wer wägt hier den Fortschritt gegen den damit verbundenen Verlust? ...“.

Im Jahre 1950 promovierte auch bei Martin Müller in München, damals sein Assistent und später Ordinarius für Geschichte der Medizin, zuerst in Erlangen, danach an dem vor elf Jahren von ihm neugegründeten Institut für Geschichte der Medizin und Medizinischen Soziologie der Technischen Universität München, Professor Dr. med. Magnus Schmid (1918 bis 1977) aus Bischofsheim/Rhön. Seine Habilitation erfolgte im Jahre 1953 bei Müller in München. Angeregt von seinem Lehrer, arbeitete er besonders auf dem Gebiet der mittelalterlichen Medizin, Arabistik, Geschichte der Pathologie und der Medizin in Bayern u. a.

Die zahlreichen unter Martin Müller abgefaßten Dissertationen umfassen sehr viele und verschiedene Themenkreise, antike Medizin, zahlreiche Arbeiten zu Galen, Soran, besonders Paracelsus, arabische Ärzte, Kloster-, Volksmedizin, Wundärzte, Geschichte der Ernährung, Infektionskrankheiten, Differentialdiagno-

stik, Rheumaforschung, Schulhygiene, Geschichte der Arzneimittel, Geburtshilfe, Zahnheilkunde, Prothetik u. a.

Als im Jahre 1953 Martin Müller in den Ruhestand trat, hatte er sein im Zweiten Weltkrieg zerstörtes Institut neu aufgebaut. Sein Nachfolger wurde Professor Dr. med. Werner Leibbrand aus Berlin, der vorher Direktor der Landes-Heil- und Pflegeanstalt in Erlangen war und dort Medizingeschichte lehrte. Nach dessen Emeritierung im Jahre 1966 folgte Professor Dr. med. Gernot Rath (1919 bis 1967), der vorher seit 1961 den Göttinger Lehrstuhl innegehabt hatte. Nach dessen frühem Tod bis zur Übernahme des Lehrstuhles im Dezember 1969 durch Professor Dr. med., Dr. med. h. c. Heinz Goerke leitete erneut Leibbrand interimistisch das Institut.

#### Literatur

Kürschners Deutscher Gelehrten-Kalender 1950, Reg. Friedrich Bertkeu und Gerherd Oestreich, 7. Ausg., Berlin, 1950, S. 1412.

Kürschners Deutscher Gelehrten-Kalender 1961, Hrg. von Werner Schuder, 9. Ausg., ebda, 1961, S. 1400.

SCHMID, Magnus: Beiträge zur Geschichte der Theorien von den Kreislaufkrankheiten nach Entdeckung des Blutkreislaufs. Habilit.-schr., München, 1953 (bei Martin Müller)

SCHMID, Magnus: Professor Martin Müller 80 Jahre. – Nachrichtenbl. Dt. Ges. Gesch. Med., Naturwiss. u. Technik (1958) N 10, S. 19–20.

SCHMID, Magnus: Personalbibliographie. Martin Müller. – Ebda (1958) N 11, S. 11–13.

SCHMID, Magnus: Martin Müller. – Ebda (1960) N 15, S. 21–22.

Anschrift des Verfassers:

Dr. med. H. Röhrich, Lessingstraße 2, 8000 München 2

## Kongresse

### International Symposium on Viral Hepatitis

am 5./6. April 1979 in München

Ort: Max von Pettenkofer-Institut, Pettenkoferstraße 9 a, München 2

Auskunft:

Professor Dr. F. Deinhardt, Max von Pettenkofer-Institut, Pettenkoferstraße 9 a, 8000 München 2, Telefon (0 89) 53 93 21

### Ärztliche Sofortmaßnahmen am Unfallort

am 7./8. April 1979 in Jettingen-Scheppach

Lehrgangsort: BRK-Tagungs- und Ausbildungsstätte „Haus Jettingen“, Hauptstraße 240, 8876 Jettingen-Scheppach

Auskunft:

Referat Sanitäts- und Gesundheitswesen im BRK-Präsidium, Holbeinstraße 11, 8000 München 86, Telefon (0 89) 92 41-1

### Ärztliche Fortbildung in Regensburg vom 24. bis 27. Mai 1979 in Regensburg

Veranstelter: Kollegium für ärztliche Fortbildung, Regensburg

Jahresvorsitzender: Professor Dr. H. H. Wieck, Erlangen

Leitung: Dr. F. Schmidl, Regensburg

Themen: Notfallmedizin – Hormonstörungen der Frau – Fortschritte in der Chirurgie im Blickfeld von Praxis und Klinik

Auskunft:

Ärztliche Fortbildung Regensburg, Altes Rathaus, 8400 Regensburg, Telefon (09 41) 507-21 83

**ZUSAMMENSETZUNG** Tabletten: 1 Tablette enthält: Cocculus D4 210mg, Conium D3, Ambra D6, Petroleum D8 ana 30mg.  
Tropfen: 100ml enthalten: Cocculus D4 70ml; Conium D3, Ambra D6, Petroleum D8 ana 10ml.  
**Injektionslösung:** 100ml enthalten: Cocculus D3 0,7 ml; Conium D2, Ambra D5, Petroleum D7 ana 0,1ml; Meerwasser 32g.  
Actus pro inject. ad 100ml.  
**DOSIERUNGSANLEITUNG** Tabletten, Tropfen: 3–4 mal täglich 1 Tablette kutscheln bzw. 6–10 Tropfen, bei anfallsweisem Schwindel und bei Überkeil initialer Stoßtherapie alle 15 Minuten 1 Tablette bzw. 6–10 Tropfen.  
**Injektionslösung:** Bei anfallsweisem Schwindel und Überkeil täglich, eozel 3–1mal wöchentlich 1 Ampulle i.v., l.m., s.c., l.c.  
**DARREICHUNGSFORMEN UND PACKUNGSGRÖßEN** (incl. MwSt.)  
Packungen mit 50 Tabletten DM 6,16, mit 250 Tabletten DM 12,75, Tropfflaschen mit 30ml DM 6,50, mit 100ml DM 18,14.  
Packungen mit 5 Ampullen zu 1,1ml DM 7,69, mit 10 Ampullen zu 1,1ml DM 13,83. 1/79

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

# Vertigoheel®

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

Biologische Hellmittel Heel GmbH  
D-7570 Baden-Baden

**-Heel**

### Bücher von Ärzten für Ärzte

*Für besinnliche Osterfeiertage bringen wir den Kollegen und Kolleginnen wieder eine Auswahl Besprechungen neuer Bücher, die seit Ende des letzten Jahres erschienen sind. Wir haben auch diesmal wieder einen Hinweis auf frühere Bücher von Schriftstellerärzten angefügt. Es sind Bücher, die es unseres Erachtens verdienen, nicht vergessen zu werden. Wir wünschen allen unseren Lesern frohe Ostern und soviel Muße, daß sie für längere oder kürzere Zeit in einem guten Buche lesen oder wenigstens blättern können.*

#### Windstille Sonnentage

##### Gedichte

Verf.: Dr. Alfred Rottler, mit graphischen Beigeben von Gerda Huber, 76 S., brosch. m. terb. Umschl., DM 18,—. Copyright by Relief Verlag Eilers, Martin-Greif-Straße 3, 8000 München 2.

Der allen Lesern von „Äskulap und Pegasus“ wohl bekannte Schriftstellerarzt hat einen neuen Gedichtband herausgebracht. An windstillen Sonnentagen, vielleicht auf einer Bank sitzend oder im Grase liegend, fern von allem Trubel und Stress, wurde der Autor inspiriert zu klugen Aphorismen, Gedankensplittern, ironischen Kurzzellern und besinnlichen Versen. Einige Proben: „Sich selbst zu sehen / braucht das Auge / einen Spiegel“ — „Ich weiß zu gut / daß ich nur Glut / der Gottheit bin“ — „Was muß man tun / damit einem die Sünden / vergeben werden? / Sünder!“ — „Stauend finde ich geschrieben / was ein Gott vor Jahrmillionen / eingefangen und getrieben, / niederlegte seit Ionen / ist im Stein als Spur geblieben.“ — „Die klare Schele — / vom Sonntag gereicht — / ist leer. / Beim Abendmahle / bin ich oder du vielleicht / nicht mehr. / Wenn dir das fahle / Dämmernde Ferben bleicht / komm her, / Leg mir die schmale / Hand aufs Haar. Die Zeit verstreicht. — / Ruft wer?“ Des Buch ist mit zahlreichen Graphiken der Nürnberger Malerin Gerda Huber geschmückt, die in Monte Carlo beim internationalen Wettbewerb „Arts Guild Palme d'Or des Beaux Arts“ für ihre Zeichnung „Lieder ohne Worte“ die Silberne Palme erhielt. Die modernen Graphiken regen zum Nachdenken an und werden wohl vom Autor, dessen Vater Bildhauer war, beeinflusst worden sein. Die „windstillen Sonnentage“ sind ein Büchlein, so recht geeignet, darin zu blättern, auch wenn die Sonne einmal nicht scheint.

#### Almanach 78 deutscher Schriftstellerärzte

Herausgeber: Armin Jüngling, Bilder von Arthur Boskamp, Günther Kressl und Gerhard Tergeu, 237 S., brosch. m. terb. Umschlags., Umschlagbild „Die Sanduhr“ von Dr. Walter Emrich, Wien, DM 15,—. Verlag Th. Breit, Merquartstein, Auslieferung durch die Buchhandlung Frenz Steiner, 8211 Unterwössen.

Die vorliegende Anthologie ist die echte, die der verdienstvolle Herausgeber Confrère Jüngling seit 1971 erscheinen ließ. Dieser Almanach der Schriftstellerärzte soll als „Demonstration schriftstellerischen Schaffens“ in Zukunft alljährlich erscheinen. Er ist unabhängig von Verbänden und zeigt jeweils eine Auswahl schriftstellerischer und malerischer Arbeiten (Graphiken und Zeichnungen) aus dem Leben der Ärzte. Dieser erste Band dient dem Gedächtnis des unvergeßlichen Arztes und Schriftstellers Dr. Heinz Scheuwecker, dem Gründer des Bundesverbandes Deutscher Schriftstellerärzte. Armin Jüngling widmet ihm Worte treuen Gedenkens. Es folgen denn Gedichte, Kurzgeschichten, Essays, Aphorismen, philosophische Studien, Medizinische Limericks, Szenen aus Spielen sowie Gedanken und Marginalien zu Hemingway, Kipphardt und Gottfried Benn. Die Palette des Dargebotenen ist schon von der Form her umfangreich, vom Inhalt und den dargestellten menschlichen und ärztlichen Problemen her gesehen hochinteressant. Der Leser erkennt hier wieder einmal, wie untrennbar unser ärztlicher Beruf alle Dinge des menschlichen Lebens umfaßt und uns Ärzte mehr oder weniger zwingt, sich mit deren Problemen zu beschäftigen. Sechzig Kolleginnen und Kollegen sind in dem Buch mit Arbeiten vertreten, darunter allein zwölf aus unserem bayerischen Lebensraum, nämlich: Marie Bednara, Fritz Butters, Sigurd Göttlicher, Anton Heberger, Armin Jüngling, Leopold Kem-

merer, Heinz Klünger, Bernhard Rauch, Ernst Rossmüller, Andreas Schuhmann, Werner Völk und Edo von Wicht. Dieser erste Almanach ist dem Herausgeber besonders gut gelungen und kann allen Kollegen, deren Angehörigen und Freunden wärmstens empfohlen werden. Für Leser, die sich für des Scheffers der Schriftstellerärzte näher interessieren, findet sich am Schluß ein Teillauszug der erschienenen Bücher seit 1975, sowie Kurzbiographien der Autoren des Almanaches.

#### PSI und der dritte Weltkrieg

Des große Buch der Voreussagen mit Zeittafeln

Verf.: Dr. Adalbert Schönhammer, 238 S., Pappband m. farb. Umschl., DM 29,—. Rohm Verlag, 7120 Bietigheim.

Des vorliegende Buch ist zweifellos interessant, denn ein kommender dritter Weltkrieg ist sehr wehrscheinlich, je manche Menschen sind der Meinung, daß er mit seinen Vorspielen schon begonnen habe. Kollege Schönhammer stellt die Prophezeiungen darüber übersichtlich zusammen und sagt dazu: „Um dem Leser die Möglichkeit zu geben, sich selbst ein unvoreingenommenes Bild der kommenden Entwicklung zu machen und ihm keine einseitige Deutung aufzuzwingen, werden im folgenden die Prophezeiungen möglichst im vollen Wortlaut gebrecht. Kurze Erläuterungen werden nur gelegentlich eingestreut, wenn der Text nicht für jedermann verständlich erscheint, oder ein kurzer Gedanke eingeflochten werden soll. Zusätzliche oder zusammenhängende Darstellungen, die die Meinung des Verfassers wiedergeben, werden nach Bedarf am Schluß des jeweiligen Kapitels als Kommentar gekennzeichnet.“ In der Einleitung geht der Autor auf gelegentlich und spontan gegebene Prophezeiungen ein, um zu „beweisen, daß es zumindest im Prinzip möglich ist, die Zukunft zu erforschen“. Dann folgen die Kapitel: „Die Vorkriegszeit, Der dritte Weltkrieg, Die Zeitenwende, Zeitplan, Wertung, Quellenverzeichnis, Register.“ In dem Kapitel „Wertung“ setzt sich der Autor kritisch mit den Prophezeiungen auseinander und kommt zu dem Schluß: „Das dreidimensionale Weltbild entstand unter dem Einfluß der Sinnesorgane, es hat auch lange Zeit die Bedürfnisse der Naturwissenschaften befriedigen können. Doch heute stoßen die Wissenschaften in neue Regionen vor, die außerhalb des alten Weltbildes liegen. Der Versuch, die heute zu beobachtenden PSI-Phänomene einer natürlichen Erklärung zuzuführen, macht deutlich,

daß das materialistische Weltbild den tatsächlichen Gegebenheiten in keiner Weise gerecht wird. So muß das dreidimensionale Weltbild um mindestens eine, wahrscheinlich aber um mehrere Dimensionen erweitert werden." Die ersten Anzeichen eines neuen Welt- und Menschenbildes werden klar gelegt. Man mag zu allen diesen Dingen stehen, wie man will, die Lektüre des Buches fordert uns zu besinnlichen Stunden auf, „über uns, Gott und die Welt nachzudenken“. Denn es gibt immer noch viele Dinge zwischen Himmel und Erde, von denen sich unsere Schulweisheit trotz aller moderner Wissenschaft nichts träumen läßt. Völlig falsch jedenfalls wäre es, über diese Dinge auf dem hohen Rosse unserer bisherigen naturwissenschaftlichen Erkenntnisse sitzend zu lächeln.

#### Auf dem Esel reiten . . .

*Heitere und kritische Gedichte mit Zeichnungen und Vertonungen*

Verf.: Arthur Boskamp, 148 S., Leinen, DM 12,-. Verlag Georg Christiansen, 2210 Itzehoe.

Der Autor, der auch die Strichzeichnungen und Vertonungen selbst vorgenommen hat, ist vielen Kollegen bekannt durch seine in unbestimmten Abständen erscheinende Zeitschrift „aeskulap dichtet – aeskulap malt“, von der erst kürzlich im Oktober 1978 Band 10 in unsere Hände kam. Ebenso hängt sein Jahreskalendar mit seinen Gemälden und Versen in vielen Arztpraxen. Seine alljährlichen Ausstellungen in Karlsruhe sowie die permanente in Hamburg „aeskulap malt“ – verbunden mit einer solchen der Bücher unserer Schriftstellerärzte – werden regelmäßig von vielen Kollegen besucht. In Anerkennung all' dieser und noch vieler anderer Verdienste wurde Arthur Boskamp 1975 zum Ehrenmitglied des BDSÄ ernannt. Der Autor nennt seinen neuesten Gedichtband „Auf dem Esel reiten . . .“; der Leser wird diesen hintergründigen Titel nur dann richtig

verstehen, wenn er die drei Punkte dahinter aus dem Gedicht „Ein Gleichnis“ als Gegenpol zu den auf den hohen Pferden Sitzenden mit der nachfolgenden Zeile ergänzt. Das lautet denn so: „Auf dem Esel reiten / häufig die Gescheiten.“ Daß der Autor unter diesen Gesichtspunkten sein Buch „dem heute noch nicht bekannten, zukünftigen Bundeskanzler von 1980 freundlich gewidmet“ hat, mag man wohl als einen äußerst geistreichen Scherz auffassen. Hoffentlich tiest's der Zukünftige!

Die zweifellos „gescheiten“ Gedichte schildern Erlebnisse in humorvoller, manchmal auch in ironischer Weise in den verschiedenen Arten der gebundenen Poesie. Des Buch ist in folgende Kapitel gegliedert: „In unserer kleinen Stadt, Unveröffentlichte Werke, Die Tute auf dem Dach, Oh tröste Dich Du junger Dichter, Medizin ist Dein Metier, Pimm Pumm, Krabben mancherlei, Frau Erde, haben Sie Menschen.“ Der Autor spricht in seinen flüssig geschriebenen Gedichten zahlreiche Probleme unserer Zeit und Gesellschaft an und scheut sich auch nicht, manche Mißstände in satirischer Weise zu geißeln. Er setzt an den Schluß seines Buches folgenden guten Rat: „Oh Mensch, begrebe die Gedanken / Im Lebenskampfe ohne Wanken – / Iß, trink und liebe – baua Kohi: / Das Grübeln tat noch keinem wohl.“

#### Frühere empfehlenswerte Ausgaben von Schriftstellerärzten

##### Romane – Erzählungen

**Hippokretes im Heckengäu** von Gerhard Vescovi. Die Aufzeichnungen eines schwäbischen Lendarztes sind in der Zwischenzeit ein Bestsaller geworden und haben mehrere Auflagen erlebt. Das Buch ist mit einem heute sehr seltenen, nie sich erschöpfenden Humor geschrieben, hinter dem jedoch die Weisheit eines klugen Arztes steckt. Es ist wohl eines der besten Bücher, das jemals

über den Arzt und seine Kranken geschrieben worden ist. – Leinen, 231 S., Deutsche Verlagsanstalt, 7000 Stuttgart 1, DM 26,-.

**Die Stroh puppe.** Kurzgeschichten von Armin Jüngling. Es sind fünfundsiebenzig Kurzgeschichten, teils nachdenklicher, teils humorvoller Art aus aller Welt von dem weitgereisten Autor. – Pappband, 157 S., Auslieferung: Buchhandlung Franz Steiner, 8211 Unterwössen, DM 9,80.

**Die Sternstunde der Barbere Blomberg.** Novelle um die Geburt des Don Juan d'Austria von Heinz Schauwecker †. Mit dichterischem Feingefühl wird die Liebesgeschichte Kaiser Karl V. mit der Regensburger Bürgerstochter vor dem Hintertargrunde der alten Reichsstadt gezeichnet. Die Novelle ist eugenblicklich besonders aktuell, da in nächster Zeit die Nachbildung eines italienischen Denkmals des Siegers in der Seeschlacht von Lepanto gegen die Türken in Regensburg aufgestellt werden soll. – Halbleinen, 44 S., 2. Aufl., Verlag Michael Laßleben, 8411 Kallmünz, DM 4,80.

**Ein Menschenleben** von Erwin Stetter. Eine interessante Bildfolge ohne Handlung, die zum Nachdenken und zum klaren Bewußtwerden des eigenen Standpunktes mit dem Buche anregt. Eine wertvolle philosophische Dichtung über den Sinn unseres Lebens. – Leinen, 162 S., Europäischer Verlag, Pramergasse 1, A-1090 Wien, DM 25,-.

**Breutzug nach Kärnten** von Alfred Rottler mit Illustrationen von Frau Professor Huber. Es ist eine im Stil des heute leider so selten anzutreffenden romantischen Realismus geschriebene Erzählung, die durch die Ursprünglichkeit der ausgesprochenen Gedanken an ein Märchen erinnert, aber kein solches ist, weil Menschen unserer Zeit aus Fleisch und Blut in ihr handeln. – Pappband, 60 S., Heimatlandverlag, Margarethenstraße 114, A-1050 Wien, DM 12,50.

## Winterthur-Erfahrung seit Jahrzehnten im Dienste des Arztes

Sehr viele Kollegen nutzen sie bereits. Die Winterthur-Versicherungen gehören zu den großen Versicherungsunternehmen in Europa. Sie bieten ihren Kunden einen internationalen Service mit folgendem Versicherungsprogramm:

- ① Unfall
- ② Lebens
- ③ Haftpflicht mit Berufstraftrechtsschutz
- ④ Krankenschein
- ⑤ Arzttasche
- ⑥ Betriebsunterbrechung
- ⑦ Hausrat und Praxis
- ⑧ Wohngabäude
- ⑨ Schwachstrom

- ⑩ Kraftverkehr
  - ⑪ Kraftverkehrs-Strefrechtsschutz mit Auslandszivilrechtsschutz
  - ⑫ Schmuck- und Pelzsachenversicherung
- Es lohnt sich, in allen Versicherungsfragen die «Winterthur» zu konsultieren.

Bitte ausschneiden und einsenden an:

**winterthur**  
versicherungen

Abteilung Ärzteversicherung  
Leopoldstraße 34/38, 8 München 40  
Telefon (089) 38 36-1  
Ich wünsche Auskunft über Ihre Versicherungssparten, insbesondere Nr.

Adresse: \_\_\_\_\_

**Ärzte Lyrik Heute.** Eine Anthologie, herausgegeben von Armin Jüngling. Vierundsiebzig teils bekannte, teils bisher nicht in Erscheinung getretene Ärzte arbeiteten an dem Band mit. Entsprechend dieser begrüßenswerten breiten Streuung sind viele ärztliche und allgemein menschliche Probleme angesprochen. Wohl jeder Leser findet in dem Buche ein oder mehrere Gedichte, die ihm Freude machen und zum Nachdenken anregen werden. — Paperback mit farbiger Umschlagseite. Verlag Th. Breit, Marquartstein. Zu beziehen durch die Buchhandlung Franz Steiner, 8211 Unterwössen, DM 15,—.

**Hinter Bremsspur und Blaulicht** von Hans Spiecker. Das Buch ist gut geeignet für Autofahrer, die noch wenig praktische Erfahrung besitzen, denn es regt an, vorsichtig und überlegt seinen Wagen zu lenken. Der Autor schildert in fünfzig Gedichten aus seiner Erfahrung als Unfallarzt die Schrecken der Untfälle, die gesundheitlichen Folgen für die Verletzten und deren Familien. Ein eindrucksvolles Buch, das man jedem Fahrschüler in die Hand geben sollte. — Leinen, 82 S., Verlag J. G. Bläschke, 6100 Darmstadt, DM 12,80.

**Dialekt-Lyrik deutscher Ärzte.** Herausgegeben von Armin Jüngling mit Unterstützung des BDSÄ. In dem vorliegenden Büchlein sind vierzehn Dialekte vertreten. Manche dieser Gedichte treten so recht die Denkweise und das Gemüt des Volksempfindens. Wer Freude an echter Dialektdichtung hat, dem sei diese Anthologie dringend empfohlen. — Broschiert, 127 S., Verlag Th. Breit, Marquartstein. Zu beziehen von der Buchhandlung Franz Steiner, 8211 Unterwössen, DM 12,—.

**Arznei aus Liebe.** Gedanken nach der Sprechstunde von Max Josef Zilch, mit Abbildungen des Regensburger Kunstmalers Erwin Schöppel. Es sind Gedichte, die sich mit der vergifteten Umwelt und den Auswüchsen unserer Gesellschaft befassen und von tiefer Religiosität zeugen. — Broschiert, 104 S., Ambo Verlag, 8400 Regensburg 9, DM 15,—.

**Untugen** von Gerhard Jörgensen. Verhaltens(un)logische Studien zur Bewußtseinsreinerheitung mit allerlei Versierungen, Apo- und Aphorismen, Fumulierungen, Verbalmutationen und Lageanomalien des Herzens. Ein Büchlein lustiger Verse und geistvoller Blödeleien. — Leinen, 63 S., Europäischer Verlag, Pramer-gasse 1, A-1090 Wien, DM 10,—.

Dr. med. Robert Paschke, Emskirchen

## Kongresse

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

am 4./5. Mai 1979 in München und Essen

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

Thema: Diagnostik, Früherkennung und Prophylaxe der Ablatio retinae mit Unterstützung des H. Wacker-Fonds

Anmeldung erbeten bis 15. April 1979

Auskunft und Anmeldung:

Professor Dr. Dr. G. Meyer-Schwickerath, Universitäts-Augenklinik, Hufelandstraße 55, 4300 Essen-Holsterhausen, und Professor Dr. O.-E. Lund, Augenklinik der Universität, Mathildenstraße 8, 8000 München 2, Teleton (0 89) 51 60-38 11

### 11. Fortbildungstagung der Medizinischen Universitäts-Poliklinik Würzburg

am 5. Mai 1979 in Würzburg

Thema: Fortschritte auf dem Gebiete der Diagnostik der Inneren Medizin

Auskunft:

Professor Dr. P. Polzien, Leitender Oberarzt der Medizinischen Poliklinik der Universität, Klinikstraße 8, 8700 Würzburg, Telefon (09 31) 3 11

### Klinisch-allergologischer Kurs „Grundlagen und Praxis der Desensibilisierung“

Veranstalter: Institut und Poliklinik für klinische Immunologie der Universität Erlangen-Nürnberg (Vorstand: Professor Dr. J. R. Kalden)

5. Mai 1979

Diagnostik in vivo I: Hauttestung

23. Juni 1979

Diagnostik in vivo II: Expositionstest  
Beginn jeweils 10.00 Uhr c. t. — Ende ca. 12.00 Uhr

Ort: Institut und Poliklinik für klinische Immunologie der Universität Erlangen-Nürnberg, Kleiner Hörsaal, Krankenhausstraße 12, Erlangen

Weitere Veranstaltungen — Termine noch nicht festgelegt

Labordiagnostik — Desensibilisierungsbehandlung I — Desensibilisierungsbehandlung II — Flankierende therapeutische Maßnahmen bei Desensibilisierung

Auskunft und Anmeldung:

Sekretariat Professor Dr. J. R. Kalden, Institut und Poliklinik für klinische Immunologie der Universität Erlangen-Nürnberg, Krankenhausstraße 12, 8520 Erlangen, Telefon (091 31) 85-33 63 und 85-34 18

## Einführungslehrgänge für die kassenärztliche Tätigkeit

Die Kassenärztliche Vereinigung Bayerns veranstaltet am

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 20. April 1979, 15. Juni 1979, 14. September 1979 und 16. November 1979.

Die Teilnehmergebühr ist dem Tege des Einführungslehrganges zu bezahlen.

Im „Bayerischen Ärztablatt“ veröffentlicht die Kassenärztliche Vereinigung Bayerns jeweils die aktuellen Kassenarztsitze (in diesem Heft Seite 346 f.).

# Klinische Fortbildung in Bayern

in Zusammenarbeit mit der Bayerischen Landesärztekammer

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

**Bayerische Landesärztekammer, Frau Wanger, Mühlbauerstraße 16, 8000 München 80, Telefon (0 89) 41 47-288**

## 1. Notfall- und Katastrophenmedizin 1979

### 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

**18. April 1979**

Katastrophenmedizin IV  
Der Massenunfall

**6. Juni 1979**

Der Schock  
Anästhesiologie – Chirurgie – Innere Medizin

**20. Juni 1979**

Toxikologie und Psychiatrie  
Vergiftungen: Medikamente – Pilze – Rauschgifte – Der Suchtkranke

**4. Juli 1979**

Der psychiatrische Notfall  
u. a. Zwangseinweisung

**25. Juli 1979**

Der orthopädische Notfall  
Die akute Bandscheibe usw.

**12. September 1979**

Chirurgie I  
Der Polytraumatisierte – Bauchverletzungen – Schuß-, Stich- und Schlegelverletzungen

**3. Oktober 1979**

Chirurgie II  
u. a. der akute Verschluss – Gefäßverletzungen usw.

**24. Oktober 1979**

Der neurologische Notfall  
u. a. Querschnittssyndrome – Krampfanfälle usw.

**21. November 1979**

Rundtischgespräch  
Notfall- und Katastrophenmedizin

Letzter Anmeldetermin: jeweils 10 Tage vorher

Begrenzte Teilnehmerzahl

## 2. Ergometrie

Klinische Abteilung III der Klinik Höhenried für Herz- und Kreislaufkrankheiten der LVA Oberbayern  
Chefarzt: 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 Chefarzt Dr. H. Hofmann, Klinik Höhenried, 8131 Bernried, Telefon (0 81 58) 24-369 oder 24-370

## 3. Gynäkologie

II. Frauenklinik der Universität München  
Direktor: Professor Dr. K. Richter

**6. Samstagseminar am 5. Mai 1979**

Thema: Kreuzschmerzen der Frau

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

Letzter Anmeldetermin: 25. April 1979

Auskunft und Anmeldung:

Privatdozent Dr. H. J. Kümper, II. Frauenklinik der Universität, Lindwurmstraße 2a, 8000 München 2, Telefon (0 89) 51 60-27 60  
und Bayerische Landesärztekammer

## April bis November 1979

20. bis 22. April  
Praktische Elektrokardiographie (Teil II), München

28. April

Innere Medizin, Oberammergau

5. Mai

Gynäkologie, München

5. Mai

Innere Medizin, Würzburg

11./12. Mai

Kardiologie, München

14. bis 19. Mai

Innere Medizin, Höhenried

25./26. Mai

Kardiologie, München

23./24. Juni

Ergometrie, Höhenried

14./15. September

Sonographie, München

26./27. Oktober

Phonokardiographie (Teil I)  
München

27./28. Oktober

Ergometrie, Höhenried

## Notfallmedizin – München

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

## 4. Innere Medizin

Rheumaklinik Oberammergau  
Leitung: Dr. H. J. Albrecht

**Fortbildungstagung am 28. April 1979**

Thema: Aktuelle Arthrosenprobleme in der Praxis – Pathogenese – Diagnostik und Differentialdiagnostik – Medikamentöse und operative Therapie – Physikalische Therapie

Beginn: 9.00 Uhr – Ende: 17.00 Uhr

Teilnehmerkarte: DM 20,- vor Beginn

der Tagung im Tagungsbüro erhältlich

Letzter Anmeldetermin: 18. April 1979

## 5. Innere Medizin

Medizinische Poliklinik der Universität Würzburg

Direktor: Professor Dr. H. Franke

**11. Fortbildungstagung am 5. Mai 1979**

Thema: Diagnostische Fortschritte in der Inneren Medizin

Beginn: 9.00 Uhr — Ende: ca. 19.00 Uhr  
Ort: Großer Saal der Hochschule für Musik, Holzstallstraße 6–8, Würzburg

Auskunft und Anmeldung:

Professor Dr. P. Polzien, Medizinische Poliklinik Würzburg, Klinikstraße 8, 8700 Würzburg, Telefon (09 31) 3 14 33

## 6. Innere Medizin

Klinik Höhenried für Herz- und Kreislaufkrankheiten der LVA Oberbayern  
Direktor: Professor Dr. M. J. Halhuber  
**Seminar über praxisnahe kardiologische Prävention und Rehabilitation vom 14. bis 19. Mai 1979**

Auskunft und Anmeldung:

Sekretariat Chefarzt Dr. Lepper, Klinik Höhenried, 8131 Bernried, Telefon (0 81 58) 24 - 266

## 7. Kardiologie

**6. Klinisch-Kardiologisches Wochenendseminar des Deutschen Herzzentrums am 11./12. Mai 1979**

Lothstraße 11, 8000 München 2

Programm A:

Klinik für Herz- und Kreislaufkrankheiten

Direktor: Professor Dr. W. Rudolph

Beginn: Täglich 8.30 Uhr — Ende: 17.00 Uhr

Vormittag:

Praktika: EKG-Kurs — Funktionsdiagnostik — Spezielle kardiologische Diagnostik — Kardiologische Therapie — Kardiologische Untersuchungstechnik — Kardiologische Visite — Kardiologischer Untersuchungskurs — Kardiologisch-röntgenologischer Kurs

Nachmittag:

Vorlesung: Entzündliche Herzerkrankungen — Kardiomyopathien

Begrenzte Teilnehmerzahl — Niedergelassene Ärzte

Letzter Anmeldetermin: 30. April 1979 (Poststempel)

## 8. Kardiologie

**6. Klinisch-Kardiologisches Wochenendseminar des Deutschen Herzzentrums am 25./26. Mai 1979**

Lothstraße 11, 8000 München 2

Programm B

Klinik für Herz- und Kreislaufkrankheiten im Kindesalter

Direktor: Professor Dr. K. Bühlmeier

Beginn: 10.00 Uhr — Ende: gegen 18.00 Uhr

Vormittags-Vorlesung:

Praktische EKG-Auswertung (normaler EKG-Befund, Hypertrophie und Herz-

rhythmusstörungen) — Genetische Beratung bei angeborenen Herzfehlern — Praktische Hinweise zur Diagnostik- und Endokarditisprophylaxe

Nachmittags-Praktika:

EKG- und Ultraschall-Kardiographiekurse in kleinen Gruppen — Klinische Visite auf der Kinder-Herzstation und Intensivstation

Begrenzte Teilnehmerzahl

Letzter Anmeldetermin: 15. Mai 1979

Auskunft und Anmeldung:

Klinik für Herz- und Kreislaufkrankheiten im Kindesalter am Deutschen Herzzentrum München, Sekretariat Professor Dr. K. Bühlmeier, Lothstraße 11, 8000 München 2, Telefon (0 89) 12 09 - 447 und Bayerische Landesärztekammer

## 9. Phonokardiographie

Stiftsklinik Augustinum, München  
Direktor: Professor Dr. D. Michel

**Fortbildungskurs für Phonokardiographie Teil I 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: 10 Tage vor Kursbeginn

## 10. Praktische Elektrokardiographie

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

Leitung: Professor Dr. C. S. So, Chefarzt der Inneren Abteilung am Kreiskrankenhaus Plattling

**Fortbildungsseminar II vom 20. bis 22. April 1979 (Seminar für Fortgeschrittene)**

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

Ort: Hörseel B, Ismaninger Straße 22

Letzter Anmeldetermin: 10. April 1979

## 11. 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

## Fortbildungstagungen der Bundesärztekammer

9. bis 21. April 1979 in Meren:

**Theme: Stoffwechselfragen in der Praxis**

14. bis 19. Mai 1979 in Nürnberg:

**82. Deutscher Ärztetag mit Filmfortbildungsprogramm**

2. bis 16. Juni 1979 in Greda:

**Theme: Die Sinnesorgane und ihre Erkrankungen in der Allgemein- und Fachpraxis**

23. Juli bis 4. August 1979 in Devos:

**Theme: Prävention, Diagnostik, Therapie, Rehabilitation**

19. August bis 1. September 1979 in Greda:

**Theme: Rationelle Diagnostik und Therapie in der ärztlichen Praxis**

27. August bis 8. September 1979 in Meren:

**Theme: 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

## 12. Kolloquium der Bad Reichenhaller Forschungsanstalt für Krankheiten der Atmungsorgane

vom 15. bis 17. Juni 1979 in Bad Reichenhall

Vorsitz: Professor Dr. R. Ferlinz, Mainz

Themen: Spironolacton bei kardiopulmonaler Insuffizienz – Pneumonien – Pathogenese, Diagnostik, Therapie

Freitag, 15. Juni 1979

14.00–18.00 Uhr:

### Spironolacton bei kardiopulmonaler Insuffizienz

Einführung

Professor Dr. D. Nolte, Bad Reichenhall  
Pharmakodynamik und Pharmakokinetik von Spironolacton

Privatdozent Dr. U. Abshagen, Mannheim  
Kardiopulmonale Insuffizienz und Renin-Angiotensin-Aldosteron-System  
Professor Dr. C. Werning, Köln

Wirkung von Spironolacton auf die arteriellen Blutgase

Professor Dr. R. Ferlinz, Mainz

Wirkung auf den pulmonalen Gaswechsel  
Professor Dr. W. Schmidt, Mainz

Wirkung an der isolierten Herzmuskelzellmembran

Privatdozent Dr. E. Erdmann, München

Wirkung auf Lungenkreislauf und rechtsventrikuläre Funktion

Professor Dr. K. P. Schüren, Berlin

Wirkung auf andere Organsysteme  
Privatdozent Dr. K. Koczorek, Dr. G. Rindfleisch, München

Stellenwert von Spironolacton in der Therapie der kardiopulmonalen Insuffizienz

Professor Dr. U. Hüttemann, Bovenden  
Rundtischgespräch und allgemeine Diskussion

Samstag, 16. Juni 1979

9.00–18.00 Uhr:

### Pneumonien – Pathogenese, Diagnostik, Therapie

Festvortrag „Die Lungenentzündung im Wandel der Zeit“

Professor Dr. O. Gsell, St. Gallen

Pathologie und Patho-Morphologie der Pneumonien

Professor Dr. W. Hartung, Bochum-Ouenruburg

Immunologische Phänomene bei Pneumonien

Professor Dr. H. Warnatz, Essen-Werden

Mikrobiologische und pharmakodynamische Grundlagen der Chemotherapie von Pneumonien

Professor Dr. K. Bartmann, Wüllrath

Radiologische Diagnostik der Pneumonien

Professor Dr. M. Georgi, Mannheim

Pneumonien des Erwachsenen (Erreger – Häufigkeit – Klinik)

Professor Dr. W. Stille, Frankfurt

Pneumonien bei reduzierter Abwehrkraft  
Dr. A. Perruchoud, Basel

Pneumonien im Kindesalter

Professor Dr. C. Simon, Kiel

Pneumonien bei Immundefizienzzuständen im Kindesalter

Professor Dr. K.-D. Tympner, München

Die tuberkulöse Entzündung der Lunge (Diagnose – Ablauf – Therapie)

Dr. G. Forschbach, Oppenweiler

Pilzpneumonien

Dr. P. Joder, St. Gallen

Pneumonien durch anaerobe Keime (Diagnose – Klinik – Bedeutung)

Professor Dr. H. Werner, Bonn

Interstitielle Pneumonien

Dr. R. Rubin, Mainz

Pneumonien durch physikalische und chemische Noxen

Professor Dr. G. Fruhmann, München

Sonntag, 17. Juni 1979

9.00–12.00 Uhr:

Chemotherapie der Pneumonien  
Professor Dr. W. Siegenthaler, Dr. P. Fuchs, Dr. R. Lüthy, Zürich

Therapeutische Maßnahmen bei Pneumonien mit lebensbedrohlicher respiratorischer Insuffizienz

Dr. C. Kopp, Basel

Chirurgische Maßnahmen bei Pneumonien und ihren Folgen

Professor Dr. P. Satter, Frankfurt

Rundtischgespräch „Rationelle Diagnostik und Therapie der Pneumonie“

Leitung: Professor Dr. R. Ferlinz

Auskunft und Anmeldung:

Professor Dr. D. Nolte, Chefarzt der II. Medizinischen Abteilung des Städtischen Krankenhauses, Riedelstraße 5, 8230 Bad Reichenhall, Telefon (0 86 51) 7 22 83

### Fortbildungsprogramm des Ärztlichen Kreisverbandes Fürth 1979

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, Sulzbech

20. Juni 1979

Des bronchitische Syndrom  
Privatdozent Dr. G. Siemon, Doneuseuf

19. September 1979

Besonderheiten des Altersherzens  
Professor Dr. R. Heinecker, Kessel

14. November 1979

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

12. Dezember 1979

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

(Fortsetzung Seite 375)

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

# Mastodynon®

ANTIMASTOPATHIKUM

**Indikationen:** Mastodynie, fibrozystische Mastopathie, prämenstruelles Syndrom, Corpus luteum-Insuffizienzbedingte Zyklusnomalien, zyklisch bedingte Migräne. • **Kontraindikationen** und **Nebenwirkungen** sind bisher nicht bekannt. • **Zusammensetzung:** 100 g enthalten: Agnus castus O 1 20 g, Caulophyllum thalictroides D 4 10 g, Cyclamen O 4 10 g, Ignatia D 6 10 g, Iris D 2 20 g, Lillium tigrinum O 3 10 g, Lupulinum D 8 10 g, Tincture Condurango 10 g. • **Dosierung:** 2mal täglich 30 Tropfen. • **Handelsformen:** Mastodynon OP mit 50 ml DM 10,45, OP mit 100 ml DM 15,95, Großpackungen mit 500 ml und 1000 ml.



BIONORICA KG · APOTHEKER POPP · NÜRNBERG

### Auslands-Lebensversicherungen: Cave!

Mit einem soliden Absender, aber unsoliden Argument, versuchen Versicherungsvertreter aus dem Ausland in diesen Monaten, Sie zu ihrem Vorteil zum Abschluß eines Lebensversicherungsvertrages zu überreden, der Ihnen nur Nachteile bringen würde.

Der solide Absender ist eine Lebensversicherung im Ausland, die keine Niederlassung in der Bundesrepublik Deutschland und somit das Versicherungsgeschäft nicht nach deutschen Normen betreibt. Das unsolide Argument:

In der EG-Kommission zur Harmonisierung der sozialen Konditionen Selbständiger und Freiberuflicher haben die Italiener eine Übertragung der Ansprüche an die gesetzliche Rentenversicherung wie berufsständische Versorgungswerke in ihren Ländern an einen EG-Einheitstopf gefordert.

Die Schlußfolgerung: „Die Erwartungen an die berufsständischen Versorgungswerke – so auch an die Bayerische Ärzteversorgung – können sich daher nicht erfüllen.“ Zum Ausgleich sei der Abschluß eines Lebensversicherungsvertrages im Ausland ratsam.

Die Irreführung: Tatsächlich hatten die Italiener in der zuständigen EG-Kommission dieses Thema vor einem Jahr aufgeworfen. Eine EG-Verordnung von Anfang dieses Jahres klammert expressis verbis Franzosen wie Deutsche von einer solchen Regelung aus.

Man könnte dieses Täuschungsmanöver noch hinnehmen, wenn nicht mit dem Abschluß eines Lebensversicherungsvertrages vor allem mit einer schweizerischen Gesellschaft direkt über Schweizer Franken nicht zur Zeit und auf unabsehbare Dauer erhebliche Nachteile verbunden wären. Davon sind ausdrücklich jene Versicherungsgesellschaften aus der Eidgenossenschaft zu unterscheiden, die mit eigenen Niederlassungen in der Bundesrepublik Deutschland nach den Vorschriften der deutschen Versicherungsgesetzgebung und unter der

Kontrolle des deutschen Bundesaufsichtsamtes für das Versicherungswesen arbeiten. Auf sie treffen die folgenden negativen Kriterien daher nicht zu, aber auf die Direktverträge über Schweizer Franken:

- Seit der Nacht zum 18. Oktober 1977 übersteigt der Wert des Schweizer Franken den einer DMark. Eine in DMark gezahlte Lebensversicherung über Franken erhöht sich um den entsprechenden Prozentsatz, ohne daß die Ansprüche deshalb steigen. Ein Verlustgeschäft.

- Die Kalkulation der Lebensversicherungen in der Schweiz beruht auf der Voraussetzung, daß sie für die sparfähigen Teile der Versicherungsprämie einen sogenannten Rechnungszinsfuß von 3,5 Prozent p. a. erzielen. Tatsächlich können die Gesellschaften jenes Geld zu höchstens gegenwärtig 2,75 Prozent anlegen – und in das zinsgünstigere Ausland dürfen sie nach den gesetzlichen Vorschriften in der Eidgenossenschaft nicht ausweichen. Ein Gewinnanteil darüber hinaus ist bei Neuversicherungen zur Zeit also nicht zu erwarten. Eine Fortsetzung dieses Kapitalmarktzinses müßte vielmehr Zuschüsse aus den Gewinnen der Gesellschaften oder eine Herabsetzung der Versicherungssumme auslösen.

- Falls bei Fälligkeit der Versicherungssumme nach einem oder mehreren Jahrzehnten der Wechselkurs des Schweizer Franken wie über Jahrzehnte üblich unter einer DMark liegt, ergibt sich für Deutsche ein Währungsverlust bei der Auszahlung, weil sie sich für den Franken weniger DMark einhandeln.

Die deutschen Lebensversicherungsgesellschaften wie die hier zugelassenen und nach deutschen Normen arbeitenden schweizerischen Lebensversicherungsunternehmen schütten über ihren Rechnungszinsfuß von drei Prozent bis zu rund fünf Prozent Überzins als steuerfreie Gewinnanteile an ihre Versicherungsnehmer aus. Steuerfrei ist auch die Kapitalauszahlung aus der Lebensversicherung.

Selbst sogenannte „vertrauliche“ Informationen haben diese Zusammenhänge nicht begriffen und preisen den Abschluß von Franken-Lebensversicherungen an. Bei Erfolg werden sie es solche Einrichtungen wissen lassen und Provisionen dafür kassieren wollen. Nicht immer sind Informationen uneigennützig.

Horst Beloch

### Kursminderung med.

*Der Duden hat vom Bundesarbeits- und Sozialminister Dr. Herbert Ehrenberg dazuzulernen. Dieser politische Leistungserbringer hat nämlich für die Ärzte unter seinen Leistungsempfängern den Begriff „Leistungserbringer im Gesundheitswesen“ geprägt.*

*Diese unspezifische Bezeichnung ist indes beispielsweise ebenso auf Krankenpflegerauszubildende wie auf Fahrer von Sanitätskraftwagen oder Mitarbeiter der pharmazeutischen Industrie anzuwenden.*

*Mit dieser Wortschöpfung soll offenbar die traditionelle Vorstellung vom Arzt wie Zahnarzt als der Heilung Kundiger auf das Niveau jeglicher wirtschaftlicher Tätigkeit gebracht werden. Die Position der Mediziner in der obersten Reihe der Wertschätzungen der Berufe scheint Ehrenberg ein Hindernis für seine Absichten künftiger Gestaltung des Gesundheitswesens.*

*Dieser Versuch einer Kursminderung der Reputation von Ärzten und Zahnärzten wird scheitern. Die Leistungserbringer med. sind dem einzelnen Menschen nicht nur näher als die Leistungserbringer pol. oder auch min. für Minister.*

*Bis dat, qui cito dat (Publilius Syrus). Das kann den Medizinern vergönnt sein. Den Politikern ist es verwehrt. Diesen fundamentalen Unterschied sollten Politiker rechtzeitig erkennen.*

*Auf seinen Zahnarzt oder Arzt läßt der einzelne Patient im allgemeinen nichts kommen. Er wird ihn niemals Leistungserbringer med. nennen. Gegen diese Konstante steht die Variante Leistungserbringer pol.*

*Veritable Politiker wissen das seit je. Aber sie sind eben auch keine Leistungserbringer pol.*

Prosper

**Sportärztliche Ausbildungstagung**  
am 5./6. Mai 1979 in München-Grünwald

Leitung: Dr. Peter Lenhart – Dr. Helmut Pabst, München

Thema: Trainer – Arzt – Athlet: Leichtathletik

Auskunft und Anmeldung:

Dr. Helmut Pabst, Ebertstraße 1, 8022 Grünwald, Telefon (0 89) 64 96 26

**Tagung „Virusdiagnostik für Klinik und Praxis“**

am 7./8. Mai 1979 in München

Veranstalter: Deutsche Vereinigung zur Bekämpfung der Viruskrankheiten e. V. In Verbindung mit dem Deutschen Grünen Kreuz

Leitung: Professor Dr. H. Spiess, München, Professor Dr. F. Deinhardt, München, Professor Dr. Dr. h. c. R. Haas, Kempten

Thema: Virusdiagnostik für Klinik und Praxis

Auskunft:

Dr. K. Krejci, Kinderpoliklinik der Universität, Pettenkofersstraße 8 a, 8000 München 2

**1. Oberpfälzer Tagung für Sportmedizin**

am 12. Mai 1979 in Regensburg

Thema: Belastung und Sport in Jugend und Alter

Auskunft und Anmeldung:

Dr. H. Peter, Kornmarkt 5, 8400 Regensburg, Telefon (09 41) 5 21 06

**5. Sportärztliches Seminar in Niederbayern**

am 19. Mai 1979 in Bischofsmels

Leitung: Dr. H. H. Wernicke, Lendshut

Thema: Jugend- und Schulsport

Auskunft und Anmeldung:

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

**12. Fortbildungsveranstaltung „Differentialdiagnose und Therapie rheumatischer Krankheitsbilder“**

am 9. Juni 1979 in Erlangen

Auskunft und Anmeldung:

Sekretariat Professor Dr. J. R. Kalden, Institut und Poliklinik für klinische Immunologie der Universität Erlangen-Nürnberg, Krankenhausstraße 12, 8520 Erlangen, Telefon (0 91 31) 85 - 33 63 und 85 - 34 18

**7. Arzthelferinnen-Fortbildungskurs der Bayerischen Landesärztekammer**

am 25./26. Mai 1979 in Regensburg

Thematik der Praktika: Proteindiagnostik in der ärztlichen Praxis – Gerinnungsteste in der Praxis – Screening-Teste (Rapignost®, Latex-Teste, Cellognost®) – Grundlagen der Labortechnik (inklusive Fehlerquellen)

Zeit: Freitag, 25. Mai, 9.00 bis 16.30 Uhr – Samstag, 26. Mai, 9.00 bis 16.00 Uhr

Ort: St. Antoniushaus, Mühlweg 13, 8400 Regensburg

Auskunft und Anmeldung:

Ärztlicher Kreisverband Regensburg, Frau Hiemer, Landshuter Straße 49, 8400 Regensburg, Telefon (09 41) 7 50 71

**Kurs für Ultraschall Diagnostik in der Inneren Medizin**

an der Medizinischen Poliklinik der Universität München

vom 26. bis 28. April 1979 in München

Kursgebühr: DM 120,-

Begrenzte Teilnehmerzahl

Auskunft und Anmeldung:

Dr. Kremer, Dr. Stocker, Medizinische Poliklinik der Universität München, Pettenkofersstraße 8 e, 8000 München 2, Telefon (0 89) 51 60 - 35 63

**19. Bayerische Internistentagung**

vom 16. bis 18. November 1979 in München

Themen: Aktuelle Geriatrie – Problematik alter und neuer Therapieformen – Stoffwechsellkrankheiten: Diätbehandlung und medikamentöse Therapie

Auskunft:

Professor Dr. E. Wetzels, 2. Vorsitzender der Vereinigung der Bayerischen Internisten e. V., Medizinische Abteilung I, Städtisches Krankenhaus, 8200 Rosenheim, Telefon (0 80 31) 39 52 96

**XI. Internationaler Kongreß für Gastroenterologie**

vom 8. bis 13. Juni 1980 in Hemburg

Präsident: Professor Dr. L. Demling, Erlangen

Generalsekretäre: Privatdozent Dr. W. Domschke, Erlangen, Professor Dr. W. Dölle, Tübingen, Professor Dr. R. Ottenjann, München

Auskunft:

Congress Project Management, Günther Sachs, Letzter Hasenpfad 61, 6000 Frankfurt 70

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

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

am 17. Mai 1979 in München

Themen:

Betriebsärztliche Erlehnungen bei der Verarbeitung von Isocyanaten – Diskussion

Dr. R.-E. Tiller, Ingolstadt

Allergisch und toxisch bedingtes Asthma bronchiale unter besonderer Berücksichtigung beruflicher Noxen – Diskussion Dr. X. Baur, München

Zeit und Ort: 18.15 Uhr – Kleiner Hörsaal der Medizinischen Klinik Innenstadt, Ziemssenstraße 1/II (Zimmer 251), München 2

**Veranstaltungskalender der Bayerischen Akademie für Arbeits- und Sozialmedizin in München**

**1979**

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

**B-Kurse für Arbeitsmedizin**

11. Juni bis 6. Juli 1979

**C-Kurs für Arbeitsmedizin**

1. bis 26. Oktober 1979

**1980**

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

**A-Kurs für Arbeitsmedizin**

25. Februar bis 21. März 1980

**B-Kurse für Arbeitsmedizin**

9. Juni bis 4. Juli 1980

**C-Kurse für Arbeitsmedizin**

29. September bis 24. Oktober 1980

Für die Teilnahme wird rechtzeitige schriftliche Anmeldung empfohlen.

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

Auskunft und Programmversand:

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

### Warnung vor B. Messamba

Boniface Messamba, geboren 25. (29.?) Februar 1949 in Brezaville/Kongo, wurde aufgrund gefälschter Schriftstücke die Approbation als Arzt erteilt.

Diese wurde inzwischen durch die zuständige Regierung zum Ruhen gebracht. Zugleich wurde Strafanzeige erstattet.

Sollte Messamba bei prektizierenden Ärzten oder in Krankenhäusern auftauchen und sich um eine Tätigkeit bewerben, wird gebeten, das zuständige Gesundheitsamt unverzüglich zu verständigen.

### Lehrkrankenhaus Heer

Das Bezirkskrankenhaus Haar bei München ist jetzt Lehrkrankenhaus der Ludwig-Maximilians-Universität. Es werden 16 Ausbildungsplätze für Medizinstudenten im dritten, dem sogenannten Praktischen Studienabschnitt für das Fachgebiet Psychiatrie, angeboten.

Das Lehrkrankenhaus Haar ist das sechste Lehrkrankenhaus der Universität München. Bisher wurden Verträge für die Augsburger Krankenanstalten, das Städtische Krankenhaus München-Schwabing und für die Städtischen Krankenhäuser in Lendshut und in Ingolstadt sowie dem Kreiskrankenhaus Starnberg abgeschlossen.

In Kürze sind Vertragsabschlüsse mit den Münchener Städtischen Krankenhäusern Harfaching und Neuperlach und dem Städtischen Krankenhaus Rosenheim zu erwarten, in denen der Lehrbetrieb bereits aufgenommen wurde.

### Broschüre des Zentrallnstituts für die kassenärztliche Versorgung in der Bundesrepublik Deutschland

*Band 10 – Wissenschaftliche Reihe:*

*„Struktur und Funktion der allgemeinenmedizinischen Praxis – Studie Niedersechsen 1977“*

Die vorliegende Studie ist das Ergebnis eines Auftrages, mit dem das Zentrallnstitut in Zusammenarbeit mit der Kassenärztlichen Vereinigung Niedersachsen die Absicht verfolgte, die praktische Anwendbarkeit der elektronischen Datenverarbeitung in der allgemeinenmedizinischen Praxis abzuklären.

Die Studie gibt Einblicke in die Organisation der Praxen, ihre betriebswirtschaftlichen Kenngrößen, die Tätigkeiten der Ärzte, ihr Alter und ihr Weiterbildungsverhalten. Diese Daten sind sowohl wichtig für die Beurteilung der Versorgungsfunktionen durch Allgemeinpraxen (kassenärztliche Bedarfsplanung), sie liefern jedoch auch Argumente für das wieder aktuell gewordene Problem einer adäquaten Gruppenbildung bei der Prüfung auf Wirtschaftlichkeit im Rahmen der kassenärztlichen Versorgung und ebenso Denkestöße für das Problem einer der allgemeinärztlichen Tätigkeit angemessenen Weiterbildung. Nicht zuletzt werden auch die Grundlagen für eine sehr differenzierte und zurückhaltende Indikationsstellung für die Einführung der EDV in der Allgemeinpraxis erarbeitet.

### Vorgeburtliche genetische Untersuchungen: Engpaß in den Chromosomenlabors

Besorgten Ehepaaren kann durch genetische Beratung in den weitaus meisten Fällen die Angst vor der Geburt eines kranken Kindes genommen werden. Wenn jedoch ein besonderes Risiko besteht, daß ein Kind eine bestimmte unheilbare Krankheit haben und schwer behindert sein könnte, dann wird der beratende Arzt eine vorgeburtliche Untersuchung des Kindes empfehlen. Zahlreiche unheilbare genetische Krankheiten können heute bereits beim Ungeborenen erkannt beziehungsweise ausgeschlossen werden.

Über den neuesten Stand des bereits „Machbaren“ und darüber, in welchen Fällen ein derartiges Risiko für das Kind vorliegt, wann eine umfassende genetische Beratung der Eltern und die gezielte Untersuchung des Ungeborenen angezeigt ist, sprachen die Humangenetiker Professor Dr. Gerhard Wendt, Universität Hamburg, und Professor Dr. Eberhard Pessarge, Universität Essen, sowie Privatdozent Dr. Klaus Harzer, Institut für Hirnforschung der Universität Tübingen, beim III. Interdisziplinären Forum „Fortschritt und Fortbildung in der Medizin“, das die Bundesärztekammer Ende Januar in Köln veranstaltete.

Nach der genetischen Beratung eines Paares, für dessen ungeborenes Kind ein Risiko besteht, kann in der 16. Schwangerschaftswoche durch die Bauchdecke der Mutter hindurch Fruchtwasser entnommen werden. In den darauffolgenden vier Wochen finden umfangreiche Untersuchungen und Analysen des Fruchtwassers und der darin gefundenen kindlichen Zellen statt, die in Zellkulturen angereichert, werden müssen. Wenn die Untersuchungen ein krankes Kind erwarten lassen, kann die Schwangerschaft abgebrochen werden.

Die Humangenetiker rechnen mit fünf bis sechs Prozent Risikoschwangerschaften, bei denen eine vorgeburtliche Untersuchung angezeigt ist. Bei derzeit etwa 500 000 jährlichen Geburten in der Bundesrepublik Deutschland wären dies etwa 25 000 Untersuchungen im Jahr. Tatsächlich können zur Zeit etwa 3000 bis 4000 sogenannte Aminozytosen (diagnostische Einstiche in die Eihäute) durchgeführt werden. Der Engpaß liegt in den Untersuchungslaboratorien. Die Teilnehmer an der Fortbildungsveranstaltung der Bundesärztekammer wiesen nachdrücklich auf diesen Mangel hin: In den Chromosomenlabors wird wesentlich mehr Kapazität gebraucht.

### Ökogenetik – Förderungsschwerpunkt der Stiftung Volkswagenwerk

Der vor einiger Zeit in das Förderungsprogramm der Stiftung Volkswagenwerk, Hannover, aufgenommene Schwerpunkt „Ökogenetik“ soll dazu beitragen, Forschungen über die Einflüsse der modernen Umwelt auf den Menschen unter Berücksichtigung seiner Erbanlagen zu unterstützen. Das Förderungsangebot richtet sich insbesondere an Wissenschaftler, die klinisch oder theoretisch auf den Gebieten der Humangenetik, Pharmakologie, Toxikologie, Inneren Medizin, Arbeitsmedizin, Allergologie oder Psychiatrie tätig sind. Das Themenspektrum des Förderungsprogramms umfaßt z. B. Fragen der individuellen Reaktion auf Arzneimittel, auf künstliche Stoffe am Arbeitsplatz oder in den Nahrungsmitteln des Menschen, deren Wirksamkeit je nach erblicher Veranlagung verschieden sein kann.

Gefördert werden vorzugsweise Forschungsprojekte, die im Verbund mehrerer Disziplinen geplant sind. Förderungs-

möglichkeiten bestehen auch für den wissenschaftlichen Erfahrungsaustausch in kleinen, in der Teilnehmerzahl begrenzten Fachtagungen.

Bisher wurden vier Vorhaben mit einem Betrag von knapp 900 000 DM unterstützt. Unter anderem werden die Fragen untersucht, ob die Alkoholkrankheit auf genetische Faktoren zurückzuführen ist, wieweit allergische Spätreaktionen der Lunge auf organische Stäube aus der Umwelt genetisch determiniert sind und welche individuellen Voraussetzungen zu unterschiedlichen Reaktionen auf Pflanzengifte führen.

Interessenten können Informationen für Antragsteller erfordern bei: Stiftung Volkswagenwerk, Postfach 81 05 09, 3000 Hannover 81

### Kollegenbehandlung – eine Partnerschaft, die sich lohnt

Das Thema „Kollegenbehandlung“ ist so alt wie der Arztberuf. Früher galt es unter Ärzten als selbstverständlich, sich gegenseitig kostenlos zu behandeln. Die persönliche ärztliche Verrichtung stand im Vordergrund. Es war geradezu verpönt, die Behandlung des kranken Kollegen mit einer finanziellen Forderung zu verbinden und ihn damit wirtschaftlich zu belasten.

Dieses Standesdenken ist zwar im Grundsatz erhalten geblieben. Heute entstehen jedoch in manchen Fällen schon bei diagnostischen Maßnahmen erhebliche Sachkosten. Außerdem nehmen als Folge des medizinischen Fortschrittes aufwendige und langwierige Behandlungen zu. In diesen Ausnahmefällen kann dem behandelnden Arzt nicht zugemutet werden, die Sachkosten selbst zu bestreiten bzw. auf das unter Kollegen übliche Mindesthonorar (einfacher Satz der GOÄ) zu verzichten.

Bedauerlicherweise nimmt aber die Zahl der Ärzte zu, die bei Kollegenbehandlung generell liquidiert. Das Honorar wird von diesen Ärzten also auch dann berechnet, wenn es sich nicht um einen begründeten Ausnahmefall handelt. Dabei werden Liquidationen bis zum fünffachen GOÄ-Satz erstellt. Die Rechnungstellung wird in diesen Fällen oft mit dem Hinweis auf die bestehende Krankenversicherung begründet. Bei dieser Denkweise übersieht der betreffende Arzt aber, daß sich die finanzielle Gesamtsituation in diesem Bereich gegenüber früher kaum geändert hat. Im Zeitalter der Versicherung wird sie dem einzelnen Arzt nur nicht mehr so bewußt.

Der Unterschied besteht lediglich in der Risikoverteilung: Während früher die wirtschaftlichen Folgen einer Krankheit den einzelnen voll treffen, verteilt sich heute die finanzielle Last nach dem Versicherungsprinzip auf viele Schultern. Dabei ist zu berücksichtigen, daß eine Versicherung nicht mehr ausgeben kann, als sie einnimmt. Gerade diese Wechselwirkung von Leistungen und Beiträgen spielt in der Ärzte-Gruppenversicherung mit der Vereinigten Kranken eine besondere Rolle. Der Arzt hat nämlich als Behandler und Patient in einer Person die Möglichkeit, die Beitragshöhe hier weitgehend selbst zu bestimmen. Partnerschaft wird so zur meßbaren Größe.

Nicht ganz wohl ist bei dieser „Partnerschaft“ demjenigen Arzt, der behandelt wird, ohne selbst Gelegenheit zur Kollegenbehandlung zu haben. Das „Therapiegeschenk“ löst bei ihm gelegentlich ein Schuldgefühl aus, das er mit einer entsprechenden Honorarzahlung loswerden will. Übersieht er aber dabei nicht, daß immer ein Kollege zuerst behandelt wird und schon morgen seine Hilfe benötigt werden kann?

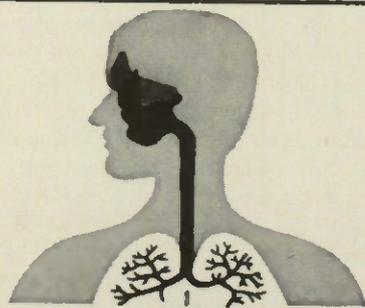
Es muß immer wieder betont werden: Die niedrigen Beiträge in der Ärzte-Gruppenversicherung beruhen auf Prämissen wie honorarfreie Kollegenbehandlung bzw. Berechnung eines Mindesthonorars, Selbstbehandlung, Selbstversorgung mit Medikamentenmustern und dergleichen. Eine Änderung dieser standespolitischen Gepflogenheiten muß zwangsläufig auf die Beiträge durchschlagen. Wäre allen Ärzten nicht mehr gedient, auf „Privatentnahmen“ aus der Gemeinschaftskasse weitgehend zu verzichten? Entspricht es nicht wirtschaftlichem Weitblick, das Geld langfristig anzulegen und über Monate und Jahre den „Minderbeitrag“ zu kassieren?

### Intensivsprachkurse für Ärzte

Im Jahr 1979 finden in Colchester/Großbritannien, Englisch-Intensivsprachkurse für deutsche Ärzte statt. Veranstalter ist das Colchester English Study Centre, das schon seit Jahren Sprachkurse für Mediziner im Auftrag von Institutionen, wie z. B. des Hartmannbundes, des British Councils und vielen ausländischen Regierungen, mit großem Erfolg durchführt.

Die Zwei-Wochen-Kurse werden während des ganzen Jahres in kleinen Gruppen mit durchschnittlich sechs Teilnehmern durchgeführt.

Auskunft: Dr. Frank Sprechen & Reisen GmbH, Schwarzdornweg 1, 6236 Eschborn 2, Telefon (0 61 73) 6 52 51



## SEKRETOLYTIKUM bei SINUSITIDEN und SINOBRONCHITIDEN

# Sinupret®

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

enthält: Rad. Gentian. 0,006 g, Flor. Primul. 0,018 g, Herb. Rumic. 0,018 g, Flor. Sambuc. 0,018 g, Herb. Verben. 0,018 g, Vitamin C 0,010 g. • **Dosierung:** 3mal täglich 1/2 bis 1 Teelöffel oder 1 bis 2 Dragées. • **Handelsformen:** Sinupret DP mit 100 ml DM 8,55, OP mit 60 Dragées DM 8,55, DP mit 240 Dragées DM 25,95; Großpackungen mit 500 ml, 1000 ml und 1000 Dragées.

BIONORICA KG · APOTHEKER POPP · NÜRNBERG



## Die Sterbefälle nach Todesursachen in Bayern im Monat Oktober 1978

Nr. der ICD 1968 <sup>1)</sup>	Todesursachen	Sterbefälle		
		1977		1978
		Monats- durchschnitt	Oktober	Oktober
000-138	Infektiöse und parasitäre Krankheiten . . . . .	82	82	76
	darunter			
010-019	Tuberkulose insgesamt . . . . .	51	50	46
140-199	Bösartige Neubildungen . . . . .	2 122	2 078	2 238
	darunter			
151	des Magens . . . . .	382	390	378
160-163	der Atmungsorgane . . . . .	317	291	344
174	der Brustdrüse . . . . .	157	172	168
180-182	der Gebärmutter . . . . .	86	82	95
185	der Prostata . . . . .	106	97	107
200-209	Neubildungen der lymphatischen und blutbildenden Organe . . . . .	127	128	142
210-239	Gutartige Neubildungen und Neubildungen unbekanntem Charakters	140	138	151
240-279	Störungen der Drüsen mit innerer Sekretion, Ernährungs- und Stoffwechselkrankheiten . . . . .	407	399	396
	darunter			
250	Diabetes mellitus . . . . .	340	339	329
280-289	Krankheiten des Blutes und der blutbildenden Organe . . . . .	19	18	21
290-389	Seelische Störungen, Krankheiten des Nervensystems und der Sinnesorgane . . . . .	184	181	201
	darunter			
290	senile und präsenile Demenz . . . . .	5	6	4
390-458	Krankheiten des Kreislaufsystems . . . . .	4 351	4 422	4 629
	darunter			
410	akuter Herzmuskelinfarkt . . . . .	911	971	1 035
411-414	sonstige ischämische Herzkrankheiten . . . . .	803	764	829
425, 428	chronische nicht-rheumatische Herzmuskelkrankheiten . . . . .	549	551	511
429	mangelhaft bezeichnete Herzkrankheiten . . . . .	22	25	17
430-438, 400.2	Hirngefäßkrankheiten . . . . .	1 368	1 429	1 466
460-519	Krankheiten der Atmungsorgane . . . . .	648	586	651
	darunter			
470-474	Grippe . . . . .	17	13	9
480-486	Pneumonie . . . . .	231	216	255
466, 490, 491	Bronchitis . . . . .	194	177	195
520-577	Krankheiten der Verdauungsorgane . . . . .	569	555	569
	darunter			
531, 532	Magen- und Zwölffingerdarmgeschwür . . . . .	48	42	62
560	Darmverschluß ohne Angabe eines Eingeweidebruchs . . . . .	32	25	26
571	Leberzirrhose . . . . .	225	251	234
570, 572-578	sonstige Krankheiten der Leber, Gallenblase und der Gallengänge	110	104	105
577	Krankheiten der Bauchspeicheldrüse . . . . .	30	30	21
580-629	Krankheiten der Harn- und Geschlechtsorgane . . . . .	203	212	178
	darunter			
580-584	Nephritis und Nephrose . . . . .	31	28	18
600	Prostatahypertrophie . . . . .	31	31	16
630-678	Komplikationen in der Schwangerschaft, bei Entbindung und im Wochenbett . . . . .	3	1	1
680-738	Krankheiten der Haut und des Unterhautzellgewebes, des Skeletts, der Muskeln und des Bindegewebes . . . . .	47	43	43
740-759	Angeborene Mißbildungen . . . . .	44	43	38
760-779	Bestimmte Ursachen der perinatalen Sterblichkeit . . . . .	76	52	67
780-796	Symptome und mangelhaft bezeichnete Todesursachen . . . . .	262	258	310
	darunter			
794	Altersschwäche ohne Angabe von Psychose . . . . .	61	51	67
800-949	Unfälle und Vergiftungen . . . . .	536	590	592
	darunter			
810-823	Kraftfahrzeug-Unfälle innerhalb und außerhalb des Verkehrs . . . . .	264	329	346
850-877	Vergiftungen . . . . .	5	6	5
880-887	Unfälle durch Sturz . . . . .	184	175	149
950-959	Selbstmord und Selbstbeschädigung . . . . .	201	204	220
960-999	Mord, Totschlag und sonstige Gewalteinwirkungen . . . . .	21	22	19
	Sterbefälle insgesamt	10 041	10 012	10 542

<sup>1)</sup> ICD: Internationale Klassifikation der Krankheiten, Verletzungen und Todesursachen

Mittteilung 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 Grundfeldchen, das am Beginn einer zum Tode führenden „Kausalkette“ steht, berücksichtigt.

## Buchbesprechungen

### Todesbegriff und Leichnam als Elemente des Totenrechts

Vert.: Dr. jur. K. Englert / Hrsg.: Prof. Dr. Simme, 158 S., DM 29,—. Reihe Rechtswissenschaften, Bd. 10, Tuduv-Verlag, München.

Der Verfasser widmet sich einem höchstaktuellen Thema: Dem für die Organtransplantation so bedeutsamen Todesbegriff sowie der Todes- und Todeszeitfeststellung. Er befaßt sich mit dem durch die medizinische Entwicklung nunmehr vorgegebenen Begriff des Gehirntodes und geht auf abweichende Auffassungen (z. B. die Kortikaltodthese) ein. Dabei gelingt es ihm, die für eine befriedigende Regelung der Organtransplantation und für die Absicherung des ärztlichen Handelns notwendige interdisziplinäre Übereinstimmung zwischen medizinischer, juristischer und theologischer Betrachtung über den Tod der menschlichen Persönlichkeit herzustellen. Ausgehend von der auch im Transplantationsgesetzentwurf der Bundesregierung enthaltenen Trennung von Normaltod und Tod bei künstlich aufrechterhaltenen Körperfunktionen erarbeitet der Autor einen eigenen Regelungsvorschlag. Besondere Aufmerksamkeit in den Erörterungen verdient die Stellungnahme zur Transplantatentnahme. Hier setzt sich der Verfasser mit der Leiche als Gegenstand medizinischen Handelns und juristischer Konstruktionalistik auseinander und gelangt zu dem Ergebnis, daß der tote menschliche Körper als anerkanntes Bezugsobjekt des Rechts hinreichend durch geltende Gesetze geschützt ist und daher grundsätzlich bei einer Transplantatentnahme lege artis keine irgendwie geartete Zustimmung erforderlich sei. Die Arbeit ist als ein für den Mediziner und Juristen gleichermaßen interessanter Beitrag zur Transplantationsproblematik zu werten.

Rechtsanwalt Dr. jur. G. TIII, München

### Zur Problematik des künstlichen Hüftgelenkes

Verf.: C. Dietschl, 138 S., kart., DM 38,—. A. W. Gentner Verlag, Stuttgart.

In dem 138 Seiten umfassenden Werk ist ein hervorragender Einblick in die Probleme des Gelenkersatzes an der Hüfte zu gewinnen. Wertvolle Erlehnungen aus einem Zeitraum von fast zwei Jahrzehnten dieser so effizienten Therapie sind anschaulich erläutert und dokumentiert. Unvermeidliche Rückschläge und bedenkliche Komplikationen lauern stets, insbesondere bei Anwendung der Endoprothetik, an weiteren Gelenken. Das Buch bietet hochinteressante Denkanstöße für alle jene, die Patienten mit derartigen Gelenken behandeln und betreuen. Durch didaktisch klare und vereinfachte Skizzen und Tabellen erlangt das Werk allgemeine Zugänglichkeit.

Dr. med. M. Schnitzler, München

### Die neuen Giftverordnungen der Bundesländer

Herausgeber: Dr. E. Ouellmalz, 208 S., DM 39,—. WEKA-Verlag GmbH & Co KG, Kissing.

Der Herausgeber informiert in diesem Fachbuch ausführlich über die neue bundeseinheitliche Liste der giftigen Stoffe, über die gefährlichen Stoffe und Eigenschaften (soweit diese bisher in der EG-Richtlinie aufgeführt sind), über richtige Etikettengestaltung und die zur vollständigen Kennzeichnung notwendigen Angaben u. v. m.

Bayerisches Ärzteblatt 4/79

### Augenchirurgie

Einführung in die operative Technik

Verf.: G. Eisner, 184 S., 343 Abb., geb., DM 120,—. Springer-Verlag, Berlin-Heidelberg-New York.

Eisner hat ein Manuskript, das für die Ausbildung der Klinikassistenten geschrieben wurde, zu einer Operationslehre vervollständigt. In sehr eindrucksvollen Zeichnungen und mit kurzen Worten werden die Grundlagen der Operationstechnik und der Operationsmechanik abgehandelt. Er erklärt die Anwendung der Operationsinstrumente an den einzelnen Abschnitten des Auges. Deutlichen Wert legt er auf mechanische Momente, also die Auswirkung von Zug und Druck bei Operationen am Auge. Für einen chirurgisch tätigen Augenarzt ist es ein Genuß, dieses Buch zu lesen, weshalb es allen Ophthalmochirurgen wärmstens empfohlen wird, sowohl dem Anfänger als auch dem Erfahrenen.

Privatdozent Dr. med. W. D. Schäfer, Würzburg

### Atlas radiologischer Normvarianten

Verf.: Prof. Th. E. Keats, aus dem Amerikanischen von Dr. M. und G. Kaiser, 351 S., 840 Abb., Alkorphan geb., DM 98,—. Ferdinand Enke Verlag, Stuttgart.

Der Atlas bringt eine Sammlung radiologischer Normvarianten, nach Körperregionen geordnet, die durch Ähnlichkeit oder projektionsbedingt zu Verwechslungen mit krankhaften Veränderungen Anlaß geben. Durch eine strenge Gliederung wird ein schnelles Auffinden zu deutender Befunde erleichtert. Der knappe, präzise Text erläutert das hervorragend ausgewählte Bildmaterial.

(Fortsetzung Seite 381)

**BAYERN  
VERSICHERUNG** Vor Praxiseröffnung, Bau oder  
Erwerb eines Hauses, sollten Sie  
rechtzeitig mit uns sprechen.

Wir beraten Sie in allen Versicherungs- und Finanzierungsfragen und haben u. a. spezielle kostensparende Modelle entwickelt, die eine Einsparung bis zu 25% der bestehenden oder geplanten Darlehen für Praxis oder Haus ermöglichen.

Das Risiko der Berufsunfähigkeit sollte dabei nicht übersehen werden. Fordern Sie per Coupon eine persönliche Beratung durch unseren Spezialisten an. Wir sind im gesamten bayerischen Raum präsent.

- Ich interessiere mich für:  
 kostensparendes Finanzierungsprogramm für Praxisdarlehen  
 kostensparendes Finanzierungsprogramm für Bau oder Erwerb eines Hauses  
 Berufsunfähigkeitsrente. Meine Anschrift: \_\_\_\_\_

Senden Sie diesen Coupon an unser Büro München Süd  
Stiftsbogen 4f, 8000 München 70, Telefon (089) 714 32 00

**VERSICHERUNGSDIENST ÄRZTE**

Außendienstbeauftragter



**BAYERISCHE** Bayerischer  
Versicherungsverband  
**VERSICHERUNGSKAMMER**

**Die meldepflichtigen übertragbaren Krankheiten in Bayern im Januar 1979 \*)**  
(Zusammangestellt aufgrund der Wochenmeldungen)

Wie bereits seit Oktober des Vorjahres nahm auch im Januar die Zahl der gemeldeten Salmonellose-Erkrankungen im Vergleich zum Vormonat ab. Die auf 100 000 Einwohner berechnete Erkrankungsziffer sank von 31 auf 21, jeweils umgerechnet auf ein Jahr. Hepatitis infectiosa (übertragbare Leberentzündung) trat mit einer Erkrankungsziffer

von 36 je 100 000 Einwohner im Januar 1979 annähernd gleich häufig wie im Dezember 1978 auf. Die Zahl der Ruhrerkrankungen ging im Januar weiter zurück; auf 100 000 Einwohner traf im Durchschnitt ein Fall.

Die Maldeziliar bei Scharlachkrankung ging im Januar gegenüber dem Vor-

monat von 60 auf 40 zurück. Ein ähnlicher Rückgang war auch bisher jeweils zu Jahresbeginn zu beobachten. An übertragbarer Hirnhautentzündung erkrankten im Januar etwa gleich viele Menschen wie im Vormonat, nämlich acht je 100 000 der Bevölkerung.

**Neuerkrankungen und Sterbefälle in der Zeit vom 1. bis 28. Januar 1979 (vorläufiges Ergebnis)**

Gebiet	1		2		3		4		5		6		7		8		9		10		11		12	
	Diphtherie		Scharlach		Kinderlähmung		Übertragbare				Gehirnentzündung		Typhus abdominalis		Paratyphus A und B		Bakterielle Ruhr (ohne Amöbenruhr)		Enteritis infectiosa				Botulismus	
							Hirnhautentzündung		Salmonellose										übrige Formen					
							Meningokokken-Meningitis		übrige Formen										Salmonellose		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	-	-	146	-	-	-	5	-	14	1	1	-	-	-	-	-	7	-	71	-	-	-	-	
Niederbayern	-	-	9	-	-	-	2	-	6	1	-	-	-	-	-	-	-	-	16	-	-	-	-	
Oberpfalz	-	-	17	-	-	-	1	-	13	-	-	-	-	-	-	-	-	-	25	-	-	-	-	
Oberfranken	-	-	30	-	-	-	1	-	11	1	1	-	-	-	-	-	-	-	15	-	2	-	-	
Mittelfranken	-	-	48	-	-	-	1	-	2	-	-	-	1	-	-	-	1	-	13	1	-	-	-	
Unterfranken	-	-	19	-	-	-	2	-	2	-	-	-	-	-	-	-	1	-	12	-	3	-	1	
Schwaben	-	-	62	1	-	-	1	-	5	-	-	-	-	-	-	-	3	-	24	-	10	-	-	
Bayern	-	-	331	1	-	-	13	-	53	3	2	-	1	-	-	-	12	-	176	1	15	-	1	
München	-	-	53	-	-	-	2	-	1	-	-	-	-	-	-	-	2	-	42	-	-	-	-	
Nürnberg	-	-	18	-	-	-	-	-	-	-	-	-	1	-	-	-	-	-	5	1	-	-	-	
Augsburg	-	-	2	-	-	-	-	-	1	-	-	-	-	-	-	-	-	-	3	-	-	-	-	
Regensburg	-	-	3	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	4	-	-	-	-	
Würzburg	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	6	-	3	-	-	
Fürth	-	-	5	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	1	-	-	-	-	
Erlangen	-	-	4	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	1	-	-	-	-	

Gebiet	13		14		15		16		17		18		19		20		21		22		23		24	
	Hepatitis infectiosa		Ornithose				Mikrosporidie		Malaria-Ersterkrankung		Toxoplasmose												Verdachtsfälle von Tollwut ?)	
			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	93	1	-	-	-	-	5	-	2	-	1	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	1	
Niederbayern	24	2	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	
Oberpfalz	8	-	-	-	1	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	14	
Oberfranken	29	1	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	7	
Mittelfranken	55	-	-	-	-	-	1	-	1	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	12	
Unterfranken	28	-	-	-	1	-	-	-	-	-	1	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	7	
Schwaben	64	-	-	-	-	-	-	-	2	1	1	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	4	
Bayern	301	4	-	-	2	-	6	-	5	1	3	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	45	
München	44	-	-	-	-	-	4	-	2	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	1	
Nürnberg	27	-	-	-	-	-	1	-	1	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	
Augsburg	15	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	1	
Regensburg	3	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	
Würzburg	1	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	
Fürth	2	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	1	
Erlangen	4	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	

\*) Bericht des Bayerischen Statistischen Landesamtes.  
 1) „E“ = Erkrankung (einschließlich der erst beim Tode bekanntgewordenen Krankheitsfälle) mit Ausschluß der Verdachtsfälle.  
 2) „ST“ = Sterbefälle.  
 3) Verletzungen durch ein tollwutkrankes oder tollwutverdächtiges Tier sowie Berührungen eines solchen Tieres oder Tierkörpers.

## Analyse der Röntgenbilder

Band I: Skelett, Wirbelsäule

Vert.: I. Meschan, aus dem Amerikanischen von M. Kolter und Priv.-Doz. Dr. H. Braband, 726 S., 425 Einzelabb., Ganzleinen, DM 110,-. Ferdinand Enke Verlag, Stuttgart.

Band I des insgesamt drei Bände umfassenden Werkes befaßt sich neben einer ausführlichen Einführung in das Gebiet des technischen und röntgenotografischen Zubehörs und Fragen des Strahlenschutzes mit der Analyse der Röntgenaufnahmen im Bereich des Muskelskelettsystems. Der Lehrbuchcharakter dieses Buches wird durch kurze, tabellarische Zusammenfassungen und einen Fragenkomplex am Ende jedes Kapitels unterstrichen. Neben der Anatomie und Pathologie des Skelettsystems und der entsprechenden radiologischen Zeichen wird auch auf die wichtigsten Lagerungen der betreffenden Skelettanteile eingegangen.

## Seuchen machen Geschichte

Verf.: W. H. McNeill, aus dem Englischen von J. Frhr. v. Richthofen, 336 S., 27 Abb., Leinen, DM 39,80. Udo Ptrieger Verlag, München.

In diesem Buch entwirft der amerikanische Historiker McNeill eine neue Interpretation der Weltgeschichte. Nicht nur bedeutende Männer, Ideen und Massenbewegungen bestimmen den Lauf der Geschichte, sondern hinter den historischen Veränderungen sind vielfach biologische und bakteriologische Ursachen zu suchen. Diese kühne These wird durch eine Vielzahl fesselnder Beispiele aus der Geschichte belegt. In einem Zeitalter, das dank der Fortschritte in der medizinischen Forschung die Erinnerung an die verheerenden Seuchen nahezu aus dem Gedächtnis verdrängt hat, ist das Buch von besonderem Interesse für Ärzte und Historiker.

## ARS ANTIQUA: Die Kunst des alten Amerika

Herausgeber: J. Alcina, aus dem Spanischen von M. Figueras und B. Spreng, 606 S. mit über 1100 Ill., dar. 177 vierfarb. Abb., Leinen, DM 290,-. Verlag Herder, Freiburg-Basel-Wien.

Dieses ganz in der Tradition der ARS ANTIQUA-Bände stehende farbenprächtige, große Werk geht weit über die berühmte Kunst der Maya, Azteken und Inka hinaus.

Der Autor versteht sein Thema immer im Zusammenhang mit den natürlichen Eigenarten, Sprachen, Religionen, Kulturen, Umweltbedingungen, wirtschaftlichen, gesellschaftlichen und politischen Strukturen, die die Völker Altamerikas weitgehend beeinflussten. In sehr eigenständiger Weise geht er auch wahrscheinlichen, bisher aber noch nicht konkret beweisbaren Beziehungen der ertamerikanischen Kulturen zu Entwicklungen in der Alten Welt nach.

Der Essey wird von 177 vier-, zum Teil sogar fünffarbigen, überwiegend erstmals gedruckten Abbildungen auf Kunstdrucktafeln begleitet. Unter ihnen finden sich Tempelpyramiden, Reliefs, Skulpturen, Keramik, Goldschmuck, Masken, Moseikerarbeiten, Textilstücke, Wandmalereien und Bilderhandschriften. Hierauf folgt ein umfangreicher Dokumentationsteil mit rund 600 Schwarzweißbildern, die vergleichende Tafeln zu Gegenständen aus der Alltagswelt zeigen. Illustriert durch rund 280 Fotos, Pläne und Grundrisse schließt sich eine Beschreibung von 63 repräsentativen Fundorten in Mittel- und Südamerika an.

Das Werk wird abgerundet durch Karten der Kulturareale und Rassengruppen, durch Erläuterungen zur Götterwelt der Maya, Azteken und Inka, durch Kurzbiographien von Herrschern und Fürsten, Rekonstruktionszeichnungen sowie eine Zeittafel, Bibliographie und ein Register.

## Höhere Arztentschädigungen für sozialrechtliche Befundberichte nach den neuen Entschädigungsgrundlagen

Vert.: Dr. A. Gebhardt, 164 S., DM 34,-. WEKA-Verlag GmbH & Co KG, Klissing.

Dieses Fachbuch ist auf die Bedürfnisse des Praktikers abgestellt. Es gibt zahlreiche Hilfen für die rechtlich zustehende Honorierung der ärztlichen Leistung. Beispiele, Muster und Tabellen erleichtern den Schriftverkehr mit den Gerichten. Auch Fragen über die ärztliche Schweigepflicht, die Vernehmung als sachverständiger Zeuge, die Verjährung oder das Erlöschen von ärztlichen Entschädigungsansprüchen werden praxisgerecht behandelt.

## Medicina magica

*Metaphysische Heilmethoden in spätantiken und mittelalterlichen Handschriften*

Herausgeber: Dr. H. Biedermann, 46 S. Einführung m. zahlr. Textfig. n. Holzschnitten und Kupferstichen. 30 Farbtafeln in Faksimile-Qualität aus dem byzantinischen „Wiener Dioskurides“, aus dem „Tecuinum Sanitatis in Medicina“ (14. Jh.) und aus der „Medicina Antiqua“ (13. Jh.). Goldgeprägter Ganzleinenband, ca. DM 60,- + MWSt. Akademische Druck- und Verlagsanstalt, Graz.

Der längere Zeit vergriffene Faksimile-Band ist nun in der zweiten Auflage erschienen. Das informativ ausgewählte Material dieses ausgezeichneten Bildbandes zur mittelalterlichen Medizin stammt aus drei bedeutenden, heute in Wien aufbewahrten Handschriften, die sowohl für die Medizin- als auch für die Kulturgeschichte von großem Wert sind. Alle Abbildungen sind außergewöhnlich gut reproduziert und mit einprägsamen Erläuterungstexten versehen, so daß auch dem interessierten Laien ein guter Einblick in einen Bereich der mittelalterlichen Medizin- und Kulturgeschichte gegeben wird. – Ein Literaturverzeichnis gibt darüber hinaus die Möglichkeit, sich noch detaillierter mit der Medizin dieser Zeit zu beschäftigen.

## Mellensteine des 20. Jahrhunderts

544 S., 850 meist farb. Abb. und Karten, Balacron, DM 54,40. Verlag DAS BESTE, Stuttgart – Vertrieb durch Umschau Verlag, Frankfurt.

Das Werk ist in sechs Zeitabschnitte gegliedert, von denen jeder mit einem Überblick eingeleitet und von einer Chronik abgeschlossen wird. Innerhalb jeder Periode unterbrechen Sonderartikel über Kunst, Wissenschaft und Technik den Fluß der Ereignisse, und in sechs Keleidoskopen ist die Atmosphäre jeder Zeitspanne eingefangen. Zahlreiche Bilder sorgen für Anschaulichkeit und ein ausführliches Register schließt dieses Buch ab.

## Die Retter

*Des menschliche und technische Abenteuer der Rettung aus der Luft*

Vert.: T. Hiebeler, 264 S., 32 S. Farbb., 32 S. Schwarzweiß-Bilder, DM 49,80. Schweizer Verlagshaus AG, Zürich.

Dies ist die Chronik eines humanitären Werkes: der international tätigen Schweizer Rettungsflugwacht. Sie berichtet über technische Hintergründe, menschliche Selbstlosigkeit und jene Abenteuer der Rettung, die nur die Wirklichkeit schreiben kann. – Jedes Buch trägt durch einen Spendenanteil zur Erfüllung der Aufgaben bei.

## Die schönsten Geschichten deutscher Erzähler aus den letzten 100 Jahren

111 Gesch. v. 102 Autoren m. biogr. Angaben, 2 Bände, zus. 1008 S., Leinen, DM 54,-. Verlag DAS BESTE, Stuttgart – Vertrieb durch Umschau Verlag, Frenklurt.

Eine anspruchsvolle Sammlung von 111 Kurzgeschichten, die ausschließlich von Autoren aus dem deutschen Sprechraum stammen, u. a. von Hermann Hesse, Bertold Brecht, Theodor Fontane, Thomas Mann, Heinrich Böll, Siegfried Lenz. Für Unterhaltung und nachdenkliche Stunden sorgen aber ebenso sehr Autoren, die weniger bekannt oder gar zu Unrecht vergessen sind.

### Leo N. Tolstol: Meine Beichte

144 S., Leinen, DM 16,80. Eugen Diederichs Verlag, Köln. Diese Lebens- und Seelenbeichte, niedergeschrieben 1879, erstmals 1882 veröffentlicht, besteht aus 16 Abschnitten. Sie ist überraschend zeitgemäß und glänzend geschrieben.

### Laotse – Tao te king

Herausgeber: R. Wilhelm, 232 S., 5 Abb., kart., DM 14,80. Eugen Diederichs Verlag, Köln.

Diese Originalübersetzung von R. Wilhelm enthält einen 60seitigen Kommentar zum „Werk des Laotse“. In ihm beschreibt er die Stellung des Teo te king im Denken der Chinesen, erklärt die Weisheitslehre Leotses und zeigt ihre Wirkungsgeschichte auf.

### Luca Lenducci: Florentinisches Tegebuch

Herausgegeben und übersetzt von M. Herzfeld, 656 S., 16 Bildtafeln, Leinen, DM 38,-. Eugen Diederichs Verlag, Köln.

Fest ein Jahrhundert glanzvoller Florentiner Geschichte – von 1450 bis 1542 – spiegelt sich in diesem Tegebuch. Es informiert über die täglichen Vorgänge in Stadt und Land, über Verschwörungen und Wunderglauben, Steuern und Marktpreise, Fürsten, Künstler und schlichte Bürger.

### Angelegter Ludwig Thome

#### Unveröffentlichte Akten

Verf.: Dr. O. Gritschneider, 164 S., 18 Abb., Leinen, DM 19,80. Rosenheimer Verlagshaus Alfred Fölg, Rosenheim.

Die hier zum ersten Mal veröffentlichten Strelakten geben Auskunft darüber, warum der bayerische Klassiker sechs Wochen in Stadelheim einsitzen mußte. Sie zeigen Thoma von einer ganz neuen Seite. Aber noch mehr: ein überraschendes Schlaglicht fällt auf die literarisch-politischen Verhältnisse Bayerns um die Jahrhundertwende.

### Des Buch vom Wein

Herausgeber: H.-G. Woschek, 260 S., 800 meist farb. Abb., Linsoneinband, DM 68,-. Gräfe und Unzer Verlag, München.

Dieses Buch, in internationaler Zusammenarbeit entstanden, ist ein Weinbuch, das keine Frage unbeantwortet läßt, die Freude am Wein vertieft und, ohne Fachkenntnisse vorauszusetzen, als kundiger Begleiter den Weinfreund zur perfektsten Wein-Kennerschaft führt.

## 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.

### Mal 1979

- 2.–5. **Münster:** Jahrestagung 1979 der Deutschen Gesellschaft für Arbeitsmedizin. – Auskunft: Professor Dr. K. Norpoth, Westring 10, 4400 Münster.
- 3.–5. **Baden-Baden:** Werkstattgespräch „Rehabilitationen ambulanten Koronargruppen“ der Klinik Höhenried. – Auskunft: Professor Dr. M. J. Helhuber, Klinik Höhenried der LVA Oberbayern, 8131 Bernried.
- 3.–5. **Brügge:** 28. Kongreß der Internationalen Gesellschaft für Bronchopneumologie. – Auskunft: Dr. R. Pennier, Hôpital Saint-Jean, Brugge/Belgien.
- 3.–5. **Nürnberg:** IV. Kongreß der Europäischen Gesellschaft für Kardiovaskuläre Radiologie. – Auskunft: Professor Dr. E. Zeitler, Flurstraße 17, 8500 Nürnberg.
- 4.–5. **Erlangen:** Internationales Symposium „Operative Endoskopie“. – Auskunft: Kongreßbüro der Medizinischen Universitätsklinik, Frau Schett, Krankenhausstraße 12, 8520 Erlangen.
- 4.–6. **Baden-Baden:** Tagung des Landesverbandes Baden-Württemberg des Hartmannbundes. – Auskunft: Verband der Ärzte Deutschlands (Hartmannbund), Landesverband Baden-Württemberg, Jahnstraße 12, 7000 Stuttgart 70.
- 4.–6. **Freiburg:** 8. Dreiländertagung für klinische Zytologie. – Auskunft: Professor Dr. D. Wagner, Merienstraße 8, 7800 Freiburg.
5. **München:** 6. Samstagseminar der II. Frauenklinik der Universität München. – Auskunft: Privatdozent Dr. H. J. Kümper, Lindwurmstraße 2 e, 8000 München 2, und Bayerische Landesärztekammer, Mühlbeurerstraße 16, 8000 München 80.
- 5.–6. **Grünwald:** Sportärztliche Ausbildungstagung. – Auskunft: Dr. H. Pabst, Sportschule, Ebertstraße 1, 8022 Grünwald.
- 6.–13. **Philadelphia:** Symposium der Medizinischen Fakultät der Thomas Jefferson Universität „Medizin und Arzt in Amerika“. – Auskunft: Professor Dr. W. H. Vogel, Department of Pharmacology, Thomas Jefferson University, Philadelphia, Pa. 19 107.
- 7.–8. **München:** Tagung über Virusdiagnostik für Klinik und Praxis. – Auskunft: Dr. K. Krejci, Pettenkolerstraße 8 a, 8000 München 2.
- 7.–9. **München:** Internationales Symposium „Perkutane Biopsie und therapeutische Vasookklusion“. – Auskunft: Sekretariat Professor Dr. Anecker, Ismaninger Straße 22, 8000 München 80.

- 7.-11. **Stuttgart:** Fortbildungskurs für Hygienebeauftragte (für Ärzte, die im Rahmen der Richtlinien des BGA mit der Aufgabe eines Hygienebeauftragten betraut sind oder werden sollen). — Auskunft: Frau Dr. U. Lutz-Dettinger, Wiederholdstraße 15, 7000 Stuttgart 70.
- 7.-12. **Bad Säckingen und Rheinfelden:** Angiologie- und Rheuma-Fortbildungskongreß des Deutschen Kassenarztverbandes. — Auskunft: Kongreßdienst Deutscher Kassenarztverband, ADAC-Reise GmbH, Baumgartnerstraße 53, 8000 München 70.
- 10.-11. **Düsseldorf:** Fortbildungsveranstaltung „Planung im öffentlichen Gesundheitswesen“. — Auskunft: Akademie für öffentliches Gesundheitswesen, Auf'm Hennekamp 70, 4000 Düsseldorf 1.
- 10.-12. **Dublin:** 5. Europäischer Kongreß für Innere Medizin. Auskunft: A. E. M. I. E. Congress Bureau, c/o IMAX, 10 Fitzwilliam Place, Dublin 1, Irland.
- 10.-13. **Opatlje:** 25. Internationaler Kongreß für Allgemeinmedizin. — Auskunft: Jugoslawischer Ärzteverband für Allgemeinmedizin, Naselje Februarskih Zrteva 14, YU-41 173 Zegreb.
- 11.-12. **Köln:** Jahreshauptversammlung der Deutschen Gesellschaft für Gesundheitsvorsorge. — Auskunft: Professor Dr. Dr. U. Stocksmeier, Höhenbergstraße 12, 8132 Tutzing.
- 11.-13. **Hinterzarten:** 2. Tagung der Vereinigung für operative Dermatologie. — Auskunft: Professor Dr. J. Petres, Hauptstraße 7, 7800 Freiburg.
- 11.-13. **Rotteck-Egern:** Wochenend-Seminar für Ärzte. — Auskunft: Kuratorium für Therapeutisches Reiten e. V., Rehgartenstraße 3 a, 6340 Dillenburg.
12. **Regensburg:** 1. Oberpfälzer Tagung für Sportmedizin. — Auskunft: Dr. H. Peter, Kornmarkt 5, 8400 Regensburg.
- 13.-17. **Paris:** 11. Europäischer Kongreß des internationalen Kollegiums der Chirurgen. — Auskunft: XI. Congrès Européen du Collège International de Chirurgiens, Professor J. Reynier, Hôpital Boucicaut 78, rue de la Convention, F-75 015 Paris.
- 13.-19. **Tokyo:** 6. Internationaler Kongreß für Strahlenforschung. — Auskunft: Deutsches Reisebüro, Postfach 26 71, 6000 Frankfurt 1.
- 14.-18. **Berlin:** Lehrgang über die Problematik der Lärmbelastung. — Auskunft: Akademie für Arbeitsmedizin Berlin, Soorstraße 84, 1000 Berlin 19.
- 14.-19. **Bernried:** Seminar über praxisnahe kardiologische Prävention und Rehabilitation. — Auskunft: Sekretariat Chefarzt Dr. Lepper, Klinik Höhenried der LVA Oberbayern, 8031 Bernried.
- 14.-19. **Nürnberg:** 82. Deutscher Ärztetag mit Filmfortbildungsprogramm. — Auskunft: Sekretariat des 82. Deutschen Ärztetages, Bundesärztekammer, Postfach 41 02 20, 5000 Köln 41.
- 16.-18. **Neuherberg:** Grundkurs im Strahlenschutz. — Auskunft: Kurssekretariat des Instituts für Strahlenschutz der GSF, Ingolstädter Landstraße 1, 8042 Neuherberg.
- 18.-19. **Würzburg:** Gemeinsame Tagung der Bayerischen Gesellschaft für Nuklearmedizin e. V. und des Berufsverbandes Deutscher Nuklearmediziner e. V. — Auskunft: Dr. D. W. Nitz, Weinstraße 3/III, 8000 München 2.
- 18.-20. **Kiel:** Tagung der Deutschen und der Dänischen Sektion der Internationalen Liga gegen Epilepsie. — Auskunft: Professor Dr. H. Doose, Schwenenweg 20, 2300 Kiel.
19. **Bischofsmals:** 5. Sportärztliches Seminar. — Auskunft: Dr. H. H. Wernicke, Ludmillastraße 33, 8300 Landshut.
19. **Wien:** 9. Schlüsseligespräch (Thema: Immunologische Probleme in der Neurologie). — Auskunft: Prim. Dr. H. Suchenek-Fröhlich, Hofzeile 18-20, A-1190 Wien.
- 19.-20. **Garmisch-Partenkirchen:** Unfallmedizinische Tagung des Landesverbandes Bayern der gewerblichen Berufsgenossenschaften. — Auskunft: Professor Dr. Probst, BG-Unfallklinik Murnau, Postfach 1380, 8110 Murnau.
- 19.-20. **Hennef:** Sportärzte-Fortbildungslehrgang. — Auskunft: Dr. D. Schnell, Otto-Willach-Straße 2, 5207 Ruppichterath.
- 19.-20. **München:** 28. Tagung der Süddeutschen Kinderärzte. — Auskunft: Dr. P. Schweier, Kölner Platz 1, 8000 München 40.
- 20.-25. **Rio de Janeiro:** 7. Internationaler Kongreß für Plastische Chirurgie. — Auskunft: Deutsches Reisebüro, Postfach 26 71, 6000 Frankfurt 1.
- 21.-23. **Neuherberg:** Spezialkurs im Strahlenschutz bei der Untersuchung mit Röntgenstrahlen. — Auskunft: Kurssekretariat des Instituts für Strahlenschutz der GSF, Ingolstädter Landstraße 1, 8042 Neuherberg.
- 22.-26. **Nürnberg:** Orthopädie Technik 79. — Auskunft: Bundesinnungsverband für Orthopädie-Technik, Kettwiger Straße 27, 4300 Essen 1.
23. **Velden:** XIV. Veldener Symposion. — Auskunft: Professor Dr. H. Lechner, Auenbruggerplatz 22, A-8036 Graz.
- 23.-24. **Freudenstedt:** 10. Diagnostisch-Therapeutische Gespräche der ZFA. — Auskunft: Hippokrates Verlag GmbH, Neckarstraße 121, 7000 Stuttgart 1.
- 24.-26. **Freiburg:** 14. Jahrestagung der Deutschen Diabetes-Gesellschaft. — Auskunft: Privatdozent Dr. K. G. Petersen, Hugstetter Straße 55, 7800 Freiburg.
- 24.-26. **Helsinki:** Jahresversammlung der Europäischen Akademie für Allergologie und Klinische Immunologie. — Auskunft: The Secretariat Annual Meeting of the European Academy of Allergy and Clinical Immunology, Hospital of Allergic Diseases, Meilahdentie 2, SF-00 250 Helsinki 25.
- 24.-26. **Kiel:** Gemeinschaftstagung der Deutschen und Österreichischen Gesellschaft zum Studium der Fertilität und Sterilität und der Nordisk Fertilitätsklubb. — Auskunft: Professor Dr. K. Semm, Hegewischstraße 4, 2300 Kiel 1.

- 24.–26. **Velden:** 31. Kärntner Ärztetreffen. — Auskunft: Ärztekammer für Kärnten, Bahnhofstraße 22, A-9020 Klagenfurt.
- 24.–27. **Kiel:** I. Seminar „Geburtshilflich-gynäkologische Klinklinik“. — Auskunft: Dr. F. C. Menken, Kerlspitz 8, 8000 München 2.
- 24.–27. **Regensburg:** 62. Fortbildungstagung für Ärzte. — Auskunft: Sekretariat der Ärztlichen Fortbildung, Altes Rathaus, 8400 Regensburg.
- 27.–31. **Berlin:** 50. Jahresversammlung der Deutschen Gesellschaft für Hals-Nasen-Ohrenheilkunde, Kopf- und Halschirurgie. — Auskunft: Sekretariat der Gesellschaft, Frau Kerwel, Universitäts-HNO-Klinik, 5300 Bonn-Venusberg.
27. 5.–2. 6. **Germisch-Partenkirchen:** Praxis-Seminar 79 des Arbeitskreises für interdisziplinäre ärztliche Fortbildung. — Auskunft: Dr. G. Blume, Mainzer Straße 3, 6530 Bingen.
- 28.–30. **Neuherberg:** Spezialkurs im Strahlenschutz beim Umgang mit offenen radioaktiven Stoffen. — Auskunft: Kurssekretariat des Instituts für Strahlenschutz der GSF, Ingolstädter Landstraße 1, 8042 Neuherberg.
- Junli 1979**
- 2.–8. **Prien:** Weiterbildungskurs des Deutschen Sportärztebundes. — Auskunft: Fräulein Pitscheneder, Medizinische Klinik St. Irmingard, 8210 Prien.
- 2.–16. **Gredo: XXVII. internationaler Fortbildungskongreß der Bundesärztekammer.** — Auskunft: Kongreßbüro der Bundesärztekammer, Postfach 41 02 20, 5000 Köln 41.
- 3.–10. **Germisch-Partenkirchen:** 25. Seminar-Kongreß des Arbeitskreises für interdisziplinäre ärztliche Fortbildung. — Auskunft: Dr. G. Blume, Mainzer Straße 3, 6530 Bingen.
- 8.–9. **Neuherberg:** Gemeinsame Österreichisch-Deutsche Strahlenschutztagung. — Auskunft: Professor Dr. O. Messerschmidt, Ingolstädter Landstraße 2, 8042 Neuherberg.
- 8.–10. **Bad Neuheim:** 24. Fortbildungskongreß der Landesärztekammer Hessen, Akademie für ärztliche Fortbildung. — Auskunft: Akademie für ärztliche Fortbildung der Landesärztekammer Hessen, Carl-Oelemann-Weg 5/7, 6350 Bad Neuheim.
- 9.–23. **Sant 'Angelo:** Fortbildungskongreß des Berufsverbandes Deutscher Internisten. — Auskunft: Berufsverband Deutscher Internisten e. V., Kongreßbüro, Adolfsallee 25, 6200 Wiesbaden.
- 11.–13. **Oslo:** 7. Konferenz der Europäischen Gesellschaft für Pädiatrische Hämatologie und Immunologie. — Auskunft: ESPHI 1979 — Oslo, Dept. of Pediatrics Rikshospitalet, Oslo 1.
- 11.–15. **Melente:** 29. Wissenschaftlicher Kongreß des Bundesverbandes der Ärzte des öffentlichen Gesundheitsdienstes e. V. — Auskunft: Kreismedizinaldirektor Dr. K. Tessin, Barlechplatz 4, 2418 Retzeburg.
11. 8.–8. 7. **München:** B-Kurs für Arbeitsmedizin. — Auskunft: Sekretariat der Bayerischen Akademie für Arbeits- und Sozialmedizin, Pferrstraße 3, 8000 München 22.
- 14.–16. **Graz:** Gemeinsame Tagung der Österreichischen Gesellschaft für Gynäkologie und Geburtshilfe und der Bayerischen Gesellschaft für Geburtshilfe und Frauenheilkunde. — Auskunft: Professor Dr. F. Zimmer, Steinerweg 5, 8000 München 60.
- 14.–17. **Berlin:** Internationaler Kongreß für Gruppenmedizin. — Auskunft: Verband der Niedergelesenen Ärzte Deutschlands e. V., Belfortstraße 9, 5000 Köln 1.
- 15.–17. **Baden-Baden:** 13. Deutscher Kongreß für Allgemeinmedizin. — Auskunft: R. Leitloff, Akademie für ärztliche Fortbildung und Weiterbildung der Landesärztekammer Hessen, Carl-Oelemann-Weg 5/7, 6350 Bad Nauheim.
- 15.–17. **Bad Reichenhall:** 12. Kolloquium der Bad Reichenhaller Forschungsanstalt für Krankheiten der Atmungsorgane. — Auskunft: Professor Dr. D. Nolte, Innere Abteilung II, Städtisches Krankenhaus, Riedelstraße 5, 8230 Bad Reichenhall.
- 20.–22. **Neuherberg:** Grundkurs im Strahlenschutz. — Auskunft: Kurssekretariat des Instituts für Strahlenschutz der GSF, Ingolstädter Landstraße 1, 8042 Neuherberg.
- 23.–24. **Bernried:** Ergometrie-Wochenende. — Auskunft: Sekretariat Dr. H. Hofmann, Klinik Höhenried, 8131 Bernried.
- 25.–28. **Neuherberg:** Spezialkurs im Strahlenschutz bei der Untersuchung mit Röntgenstrahlen. — Auskunft: Kurssekretariat des Instituts für Strahlenschutz der GSF, Ingolstädter Landstraße 1, 8042 Neuherberg.

„Bayerisches Ärzteblatt“. Herausgeber und Verleger: Bayerische Landesärztekammer, Mühlbeurststraße 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.

Zeugungspreis vierteljährlich DM 2,40 einschl. Postzeitungsgebühren und 6% = DM 0,14 Mehrwertsteuer. Postcheckkonto 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 atlaspress. Für den Anzeigenteil verantwortlich: Alexander Wisetzke, München.

Druck: Druckerei und Verlag Hans Zeuner Jr., 8060 Dechau.

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 Dingolfing-Landau sucht ab sofort oder später eine(n) deutsche(n)

## Arzt (Ärztin) für Anästhesiologie

(ggf. Assistenzärzte im letzten Weiterbildungsjahr)

Der (die) Bewerber(in) soll als Oberarzt in der Anästhesieabteilung des Kreiskrankenhauses Landau tätig sein.

Schwerpunkt der Tätigkeit wird das zum 10. Februar 1979 Inbetriebgenommene, nach modernsten Gesichtspunkten erbaute, Kreis Krankenhaus Landau a. d. Isar sein.

Die Planstelle für einen Chefarzt der Anästhesie wurde bereits besetzt.

Das Kreis Krankenhaus Landau umfaßt folgende operative Abteilungen: Chirurgie (69 Betten), Geburtshilfe/Gynäkologie (20 Betten), HND (10) und Augen (6); sowie eine interdisziplinäre Intensivstation mit 6 Betten.

Bezüglich der Vergütung ist ein zeitgemäßes dynamisiertes Garantieeinkommen gedacht.

Die Stadt Landau a. d. Isar ist ein aufstrebendes Mittelzentrum und liegt verkehrsgünstig an der B 20 bzw. nahe der B 11 Landehut-Degendorf in Niederbayern und verfügt über weiterführende Schulen und alle Einrichtungen für Freizeit und Daseinsvorsorge.

Bewerbungen mit den üblichen Unterlagen umgehend erbeten an: **Verwaltung des Kreiskrankenhauses Landau a. d. Isar, Bayerwaldring 17, 8380 Landau a. d. Isar.**

Das Krankenhaus in 8763 Hammelburg/Unterfranken sucht zum baldigen Eintritt

## 1 Arzt für Chirurgie

als Oberarzt und stellvertretenden Chefarzt

Vergütung erfolgt nach BAT mit allen im öffentlichen Dienst üblichen Sozialleistungen, Bereitschaftsdienstvergütung, zusätzliche Altersversorgung und Beihilfensicherung.

Das Krankenhaus ist in den Krankenhausbedarfsplan des Freistaates Bayern als bedarfsnotwendiges Krankenhaus aufgenommen und umfaßt 158 Planbetten für die Disziplinen Innere Medizin, Chirurgie und Gynäkologie mit Geburtshilfe. Es ist zum berufsgenossenschaftlichen Verletzungsartenverfahren zugelassen, wurde 1952 bis 1954 erbaut, 1964 bis 1966 erweitert und wird in nächster Zeit umfassend weiter modernisiert.

Hammelburg ist eine Garnisonstadt mit rund 12.000 Einwohnern, liegt in landschaftlich reizvoller Umgebung am Südrand der Rhön. Günstige Verkehrslage nahe der Universitätsstadt Würzburg und der Kreisstadt des Großlandkreises Bad Kissingen. Alle weiterführenden Schulen am Ort.

Bewerbungen mit den üblichen Unterlagen werden erbeten an das **Landratsamt - Zentralverwaltung der Krankenhäuser und Altenheime - 8730 Bad Kissingen.**

Wir suchen eine

## Lehrassistentin

für das Fach Klinische Chemie, mit 5-jähriger Berufserfahrung.

Wainer-Schulen, Berufsfachschulen für technische Assistentinnen in der Medizin und für Arzthelferinnen, Lindwurmstraße 73-75, 8000 München 15, Telefon (089) 53 58 58.



## LANDESVERSICHERUNGSANSTALT OBERFRANKEN UND MITTELFRANKEN

In unserer vertrauensärztlichen Dienststelle in **Bemberg** ist wegen vorzeitigen Eintritts des bisherigen Stelleninhabers in den Ruhestand die Stelle des

## Leitenden Arztes

ab nächstmöglichen Zeitpunkt neu zu besetzen.

Gesucht wird ein Arzt mit langjähriger Erfahrung in der Sozialmedizin. Die Fähigkeit, die Dienststelle dynamisch und verantwortungsbewußt zu leiten, wird vorausgesetzt. Eignung zur Personalführung und organisatorische Fähigkeiten sind außerdem wesentliche Voraussetzungen für diese Aufgaben.

Bei Erfüllung der laufbahnrechtlichen Voraussetzungen ist die Übernahme in das Beamtenverhältnis vorgesehen. Die Stelle ist mit Besoldungsgruppe A 15 - Medizinaldirektor - dotiert.

### Wir bieten:

Alle üblichen Leistungen des öffentlichen Dienstes wie Beihilfen, Umzugskosten, 5-Tege-Woche (ohne Wochenend- und Bereitschaftsdienst), Fortbildungsmöglichkeiten. Nebentätigkeit ist möglich.

Bewerbungen mit den erforderlichen Unterlagen (Lebenslauf, Zeugnisse, Lichtbild usw.) sind zu richten an die

**Landesversicherungsanstalt Oberfranken und Mittelfranken, Leopoldstraße 1 und 3, 8580 Beyreuth - Personalreferat -.** Für Informationsgespräche steht unser Landesvertrauensarzt, Herr **Abteilungsleiter Dr. Pöhlmann, Telefon (09 21) 60 76 40, gerne zur Verfügung.**

Auf der Inneren Abteilung des Kreiskrankenhauses Burghausen (Oberbayern) ist zum 1. 7. 1979 die Stelle des

## Oberarztes

zu besetzen.

Der Bewerber sollte Arzt für Innere Medizin sein bzw. kurz vor dem Ende der Weiterbildung stehen. Er sollte die gastroenterologische Endoskopie mit endoskopischer Polypektomie, Laparoskopie und die Intensiv-Medizin beherrschen.

Die Innere Abteilung umfaßt 135 Betten mit Infektionsstation, Dialyse und Röntgendiagnostik. Die Einrichtung einer Intensivstation mit Schrittmachertherapie ist im Gange. Neben der kardiologischen Funktionsdiagnostik mit Ergometrie und Schwemmkathetermeßplatz sind abdominelle und kardielle Sonographie vorgesehen bzw. vorhanden.

Der Chefarzt der Abteilung ist derzeit zur vollen Weiterbildung zum Internisten ermächtigt.

Das Kreis Krankenhaus hat jetzt 328 Betten mit folgenden weiteren Abteilungen: Chirurgie, Gynäkologie/Geburtshilfe, Anästhesie. Ferner sind Belegabteilungen der Fachrichtungen HND, Orthopädie, Kinder und Augen vorhanden.

Geboten werden Vergütung nach dem BAT, Rufbereitschaftsvergütung, Nebeneinnahmen durch Gutachter Tätigkeit, Anteil am Pool-system.

Burghausen (rund 20.000 Einwohner) ist eine reizvolle Stadt mit regem kulturellen Leben und hohem Freizeitwert am Rande des Voralpengebietes. Sämtliche weiterführende Schulen befinden sich am Ort.

Bewerbungen erbeten an die **Krankenhausverwaltung, Krankenhausstraße 1, 8263 Burghausen, Telefon (08677) 70 01.**

## Augenarzt

für Alzenau/Ufr. gesucht. Noch kein Augenarzt vorhanden. Praxisräume mit Aufzug im Zentrum gelegen. Ca. 15.000 Einwohner mit großem Einzugsgebiet.

Die besten Voraussetzungen sind hier privat und beruflich gegeben, da sehr gute Infrastruktur vorhanden.

Anfragen unter Chiffre 2064/118 an  
**BAYERISCHES ARZTEBLATT, Postfach 20 01 01, 8000 München 2.**

Das Krankenhaus in 8763 Hammelburg/Unterfranken sucht zum baldigen Eintritt

## Arzt für Anästhesiologie

Vergütung erfolgt nach VergGr. I a BAT, zusätzlich Altersversorgung und Beihilfenversicherung. Darüber hinaus wird Liquidationsrecht bei sogenannten Hinzu-käufen im Sinne des § 6 Bundespflegesatzverordnung eingeräumt bzw. nach Maßgabe der für die Chefarzte am Krankenhaus geltenden Abgabenregelung.

Das Krankenhaus ist in den Krankenhausbedarfsplan des Freistaates Bayern als bedarfsnotwendiges Krankenhaus aufgenommen und umfaßt 156 Planbetten für die Disziplinen Innere Medizin, Chirurgia und Gynäkologie mit Geburtshilfe. Es ist zum berufsgenossen-schaftlichen Verletzungsartenverfahren zugelassen, wurde 1952 bis 1954 erbaut, 1964 bis 1968 erweitert und wird in nächster Zeit umfassend weiter modernisiert.

Hammelburg ist eine Garnisonstadt mit rund 12 000 Einwohnern, liegt in landschaftlich reizvoller Umgebung am Südrand der Rhön. Günstige Verkehrslage nahe der Universitätsstadt Würzburg und der Kreisstadt des Großlandkreises Bad Kissingen. Alle weiterführenden Schulen am Ort.

Bewerbungen mit den üblichen Unterlagen werden er-beten an das Landratsamt – Zentralverwaltung der Krankenhäuser und Altenheime – 8730 Bad Kissingen.

► Beim Nervenkrankenhaus Lohr am Main sind einige Stellen für

## ► Ärzte und Ärztinnen

zu besetzen.

Die Vergütung erfolgt nach BAT bzw. bei Beamten nach dem Bayerischen Besoldungsgesetz.

Vergütung für Bereitschaftsdienst, Nebeneinnahmen durch Unterricht an der Krankenpflegeschule und durch Gutachten.

Das Nervenkrankenhaus Lohr am Main verfügt über 1050 Betten.

Moderne Arbeits- und Beschäftigungstherapie, Sozialarbeit, EEG, Echoenzephalographie, physikalische Therapie mit Bä-derabteilung.

Weiterbildung zum Psychiater durch den hierzu ermächtigten Arzt.

Lohr (17 000 Einwohner) liegt im Maintal am Rande des Spessarts, bietet viele Freizeitmöglichkeiten. Frankfurt, Würzburg und Aschaffenburg sind leicht erreichbar. Gymnasium am Ort. Bewerbungen und Anfragen erbeten an

**Direktor des Nervenkrankenhauses Dr. Krolß,  
8770 Lohr am Main, Telefon (0 93 52) 19-200.**

## Arzt/Ärztin

zur Mitarbeit in modern eingerichteter Ambulanz und Klinik für Diagnostik und Therapie (konservativ und operativ) von Venenerkrankungen in Nürnberg in Ganz- oder Halbtagsstellung gesucht. Voraussetzung gute medizinische Vorbildung, Interesse am Spezialgebiet, bereit zu Engagement und Initiative. Chirurgische Kenntnisse sind von Vorteil, jedoch nicht Bedingung. Spätere Assoziation möglich. Vollständige schriftliche

Bewerbung an

**Dr. med. G. Stumptner, Klinik für Beinleiden,  
Plöbnerhofstraße 1, 8500 Nürnberg.**

Im Dr. Otto Geßler-Krankenhaus, 8998 Lindenberg/Allgäu, ist zum 1. Januar 1980 die

## Chefarztstelle der Chirurgischen Abteilung

(Allgemein- und Unfallchirurgie)

neu zu besetzen.

Der bisherige Stelleninhaber tritt in den Ruhestand. Das Krankenhaus wird als Kreiskrankenhaus des Kreises Lindau (Bodensee) geführt. Es handelt sich um ein modernes Haus (insgesamt 235 Betten), das den heutigen klinischen Anforderungen entspricht.

Ein Erweiterungsbau mit neuen Operationssälen, Ambulanzen und Intensivstation wurde Anfang 1978 fertiggestellt.

Interessenten werden gebeten, ihre Bewerbung bis spätestens 30. Juni 1979 zu richten an:

**Krankenanstalten der Schwesternschaft München vom BRK, Gemeinnützige Betriebsgesellschaft mbH, Rot-krauzplatz 6, 8000 München 19.**

Die Gemeinde Pettstadt/Dfr. möchte einen

## Kassenarztsitz

für eine Allgemeinpraxis errichten. Praxisräume und Wohnung können gestellt werden.

Die Gemeinde besitzt alle Grundeinrichtungen (z. B. Schule, Kindergarten, öffentliche Verkehrsmittel usw.) und hat hohen Freizeitwert (Tennis, Angeln, Jagdmöglichkeit, Hallenbad in der Nähe, usw.). Sie ist nur 10 Autominuten vom Zentrum der Stadt Bamberg entfernt. Weiterführende Schulen und Universität befinden sich in Bamberg.

Mit den umliegenden Orten werden ca. 3000 Einwohner erreicht.

Gesucht wird ein junger, dynamischer Arzt, der gerne eine Landpraxis übernehmen würde.

Interessenten wenden sich bitte schriftlich oder mündlich an:

**Gemeinde Pettstadt, Bürgermeister Schleslein, 8602 Pettstadt,  
Telefon (0 95 02) 3 60.**

## Die Behandlung v. Hautleiden u. -schäden

Ekzem, Psoriasis, Lichen, Dermatitis, Neurodermitis, Pruritus, Prurigo, Cruste lactea, Favus, Pityriasis sowie von Intertrigo, Dekubitus, Traumen und Ulcera mit

### BEFELKA-ÖL

Ist von überzeugender Eindringkraft

Zus.: Dl. Hyperici 10 g, Öl. Calend. 5 g,  
Öl. Chamom. 3 g, Öl. Oliv. 3 g, Öl.  
Vioi. tric 3 g, med. Weißöl 76 g, Arom.

Arztmuster durch: 50 ml DM 4,77, 100 ml DM 6,31, 200 ml DM 14,40  
**BEFELKA-ARZNEIMITTEL, Postfach 1351, 4500 Densbrück**