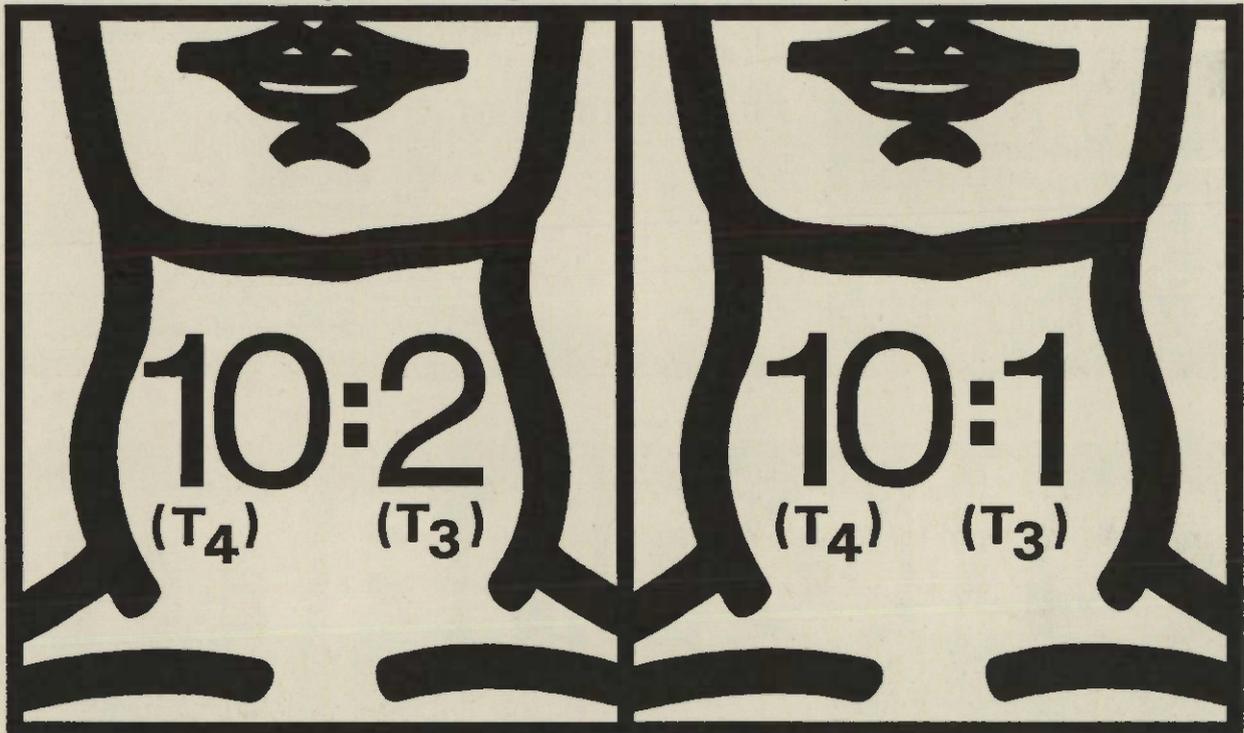


Veränderte Verhältnisse

1968 Thyroxin-T₄ „Henning“

1978 Prothyrid®



1968: Fortschritt in der Schilddrüsenhormon-Therapie auf der Basis der Kenntnisse des Jahres 1968 über die Schilddrüsenfunktion des Menschen: Synthetische Kombinationspräparate, die 100 µg T₄ und 20 µg T₃ enthalten, ersetzen die Thyreoidea sicca-Zubereitungen.

1978: Fortschritt in der Schilddrüsenhormon-Therapie: Mit Hilfe der Radioimmunoassays war es gelungen, die periphere Konversion von T₄ → T₃ nachzuweisen und den Verlauf der Serumspiegel von T₄ und T₃ unter der Hormontherapie zu verfolgen; mit dem TRH-Test wurde die richtige Dosierung der Hormone zur Substitutions- und Suppressionstherapie ermittelt.

Die Formel für ein Kombinationspräparat aus beiden Schilddrüsenhormonen heißt:
100 µg T₄ + 10 µg T₃.

Zur Behandlung der blanden Struma mit beiden Schilddrüsenhormonen im richtigen Verhältnis

Prothyrid® (10:1) T₄ T₃

Zusammensetzung: 1 Tablette Prothyrid® enthält 0,100 mg Levothyroxin-Natrium (L-3,5,3'-Trijodthyroninhydrochlorid, T₃).

Wirkung: Die beiden Schilddrüsen- und supprimieren die Thyreotropin-Sekretion. **Indikationen:** Blinde Struma, Rezidivprophylaxe nach Strumaresektion, Hypothyreose, Zusatztherapie bei thyreostatisch behandelte Hyperthyreose. Thyreoiditis, Schilddrüsenmalignom. **Kontraindikationen:** Frischer Myokardinfarkt; Angine pectoris oder Zustand nach Myokardinfarkt bei älteren Strumapatienten. **Nebenwirkungen:** Bei Überschreitung der erforderlichen Dosis Tachykardie, Schwitzen, vermehrte Unruhe, Durchfall. Symptome verschwinden nach Herabsetzen der Tagesdosis oder Aussetzen der Behandlung (eventuell Gebe von Propranolol). Bei eventueller allgemeiner Unverträglichkeit empfiehlt sich ein Wechsel auf L-Thyroxin „Henning“ (Tabletten mit 50, 100 und 150 µg). **Hinweise:** Behandlung sehr vorsichtig beginnen bei Patienten mit schwerer Hypothyreose, Angine pectoris, Myokarditis und bei tachykarder Herzinsuffizienz (vorher Frequenzreduktion und Rekompensation). Bei gleichzeitiger Behandlung mit Antidiabetika bzw. Antikoagulantien Blutzucker und Quickwert anfangs häufiger kontrollieren. Bei Schwangerschaft Behandlung nicht unterbrechen. **Anwendung:** 1/2-2 Tabletten täglich. Eventuell einschleichende Behandlung mit anfangs 1/2 Tablette täglich; in 1-2wöchigen Intervallen auf die erforderliche Volldosis steigern. **Handelsformen:** 50 Tabletten DM 9,43 m. MWSt. (Schüttpackung), 70 Tabletten DM 13,20 m. MWSt. (Wochenplanpackung), 200 Tabletten DM 29,95 m. MWSt. (Schüttpackung). HENNING BERLIN GMBH, Chemie- und Pharmawerk, 1 Berlin 42

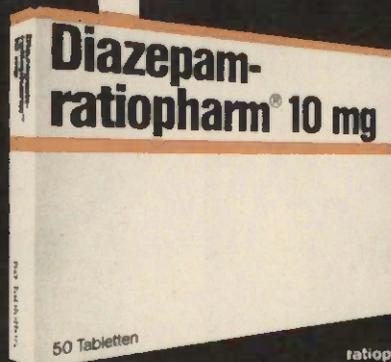
(L-Thyroxin-Natrium, T₄) und 0,010 mg Liothyroninhydrochlorid (L-3,5,3'-Trijodthyroninhydrochlorid, T₃) im Prothyrid® substituieren einen Hormonmangel



ratiopharm

Psycho- pharmakon

OP 20 Tabl. à 2 mg	DM 1,60
OP 50 Tabl. à 2 mg	DM 3,15
OP 20 Tabl. à 5 mg	DM 2,15
OP 50 Tabl. à 5 mg	DM 5,15
OP 20 Tabl. à 10 mg	DM 3,35
OP 50 Tabl. à 10 mg	DM 8,20



Dosierung

im allgemeinen
1-3 x tägl. 1 Tablette
zu 2 mg, 5 mg oder 10 mg

Zusammensetzung: 1 Tabl. enthält: Diazepam 2 mg, 5 mg bzw. 10 mg. **Dosierung:** im Normalfall 1-3 x tägl. 1 Tabl. zu 2 mg, 5 mg oder 10 mg. **Indikation:** Erregung, Spannung, Angst, vegetative Dystonie, Schlafstörungen, Muskelspasmen. **Kontraindikation:** Myasthenia gravis.

ratiopharm GmbH Arzneimittel, Postfach 1161, 7902 Blaubeuren

ratiopharm

Zerebrale Durchblutungs- Störungen

OP 20 Tabl.	DM 24,99
OP 50 Tabl.	DM 48,99
OP 100 Tabl.	DM 89,—

	morgens	abends
Normaldosis	⊖	⊖
Langzeitbeh.	⊖	—



Zusammensetzung: 1 Retard-Tabl. enthält: Vincamin 30 mg mit verzögerter Wirkstoff-Freisetzung. **Dosierung:** 2 x tägl. 1 Retard-Tabl. **Indikation:** Mangel durchblutung des Gehirns. Zerebrale Durchblutungsstörungen im Gefolge psychischer und neurologischer Symptome. Chronische zerebrale Durchblutungsstörungen unterschiedlicher Genese. **Kontraindikation:** Hirntumoren und Erkrankungen mit intrakranieller Drucksteigerung, Schwangerschaft.

ratiopharm GmbH Arzneimittel, Postfach 1161, 7902 Blaubeuren

ratiopharm

Venen

OP 100 g DM 13,50

Zusammensetzung: 100 g Salbe enthalten: Heparin-Na 30.000 I.E., D-Panthenol 500 mg. **Dosierung:** 1-3 x tägl. auftragen. **Indikation:** Thrombophlebitis, Phlebitis, Phlebothrombose, postthrombotisches Syndrom, Sport- und Unfallverletzungen, Gelenk- und Sehnenkrankungen. **Kontraindikation:** keine. **Hinweis:** bei Phlebothrombosen: nicht einmassieren.



ratiopharm GmbH Arzneimittel, Postfach 1161, 7902 Blaubeuren



Fortbildung in Stichwörtern nach Leitsymptomen

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

Leitsymptom: Verletzungen

Der Notfall: Posttraumatischer Schmerzzustand

bearbeitet von Dr. F. Eitel und Professor Dr. L. Schweiberer

Symptomatik:

1. *Der lokale Schmerz:* Bei stumpfen Traumen (Kontusion, Distorsion, stabile Frakturen) begibt sich der Patient häufig erst längere Zeit nach dem Unfall in ärztliche Behandlung, weil aufgrund subakuter Entwicklungen der Traumafolgen oder weiterer Inanspruchnahme der scheinbar nur gering verletzten Körperregion die Schmerzintensität langsam zunimmt. Die Symptomatik ist in diesen Fällen meist klar: Das Schmerzmaximum wird am Ort der Gewalteinwirkung angegeben, die enatomischen Konturen sind durch Schwellung (Hämatom, posttraumatisches Ödem) verplumpt oder es besteht eine Functio laesa.

2. *Der fortgeleitete Schmerz:* Schwieriger zu beurteilen sind die subakut zunehmenden Schmerzzustände, bei denen keine oder nur gering ausgeprägte, äußere Verletzungszeichen am Ort der Gewalteinwirkung festzustellen sind und bei denen das Schmerzmaximum vom Verletzungsort in eine unverletzte Körperregion projiziert wird (beispielsweise Kopfschmerz bei HWS-Schleudertrauma, Schmerz im Knie bei Verletzungen im Hüftbereich).

3. *Der wiederkehrende Schmerz:* Wenn zwischen Verletzungen und ihrer etwaigen ärztlichen Versorgung und dem neuerlich eingetretenen Schmerzzustand ein freies Intervall liegt, sind verletzungstypische Symptome häufig nicht zu finden, sondern es werden menigfache, uncharakteristische Beschwerden geklagt, deren Tragweite leicht verkannt werden kann (beispielsweise ziehender Schmerz bei Markhöhlenabszeß nach Osteosynthese, erneut auftretender Schmerz nach distaler Radiusfraktur als Ausdruck einer beginnenden Sudeckschen Dystrophie; Beinvenenthrombose nach konservativer oder operativer Knochenbruchbehandlung, auch nach Kontusionen und Distorsionen). In diesen Fällen lassen aber Änderung des Schmerzcharakters gegenüber dem unmittelbar posttraumatischen Schmerzbild, Zunahme der Intensität und der jeweilige Lokalbefund meist die entsprechende Komplikation erkennen.

4. *Der enthaltende Schmerz:* Wenn trotz Versorgung (Reposition und Ruhigstellung einer Fraktur) der Schmerz unvermindert anhält, ist mit Komplikationen im Sinne einer tieferliegenden, nicht behandelten Funktionsstörung zu rechnen (z. B. nicht beseitigte Luxation, röntgenologisch nicht sichtbare Knorpelverletzung, traumatische Intimedissektion, als Distorsion verkannte Navikulerefraktur der Hand usw.).

5. *Der chronische Schmerz:* Ein Symptomenbild, mit dem der Notfallarzt seltener konfrontiert wird. Wenn sich auf einen chronischen Schmerzzustand ein akutes Symptomenbild aufpropft (akuter Reizzustand bei dem chronischen Krankheitsbild einer Arthrose), sind meist keine diagnostischen Schwierigkeiten zu erwarten.

Anamnese:

Zu erfragen sind: Schmerzbeginn, Schmerzcharakter, Schmerzlokalisierung, Schmerzintensität, Schmerzausstrahlung, Qualitäts- und Quantitätsveränderung in Abhängigkeit von der Zeit. Man sollte den Patienten mit einem Finger die schmerzhefte Region demonstrieren sowie selbst palpieren lassen zur Aufdeckung des Punctum maximum. Welches Ereignis schuldigt der Patient ursächlich für den Schmerzzustand an? Wer das Ereignis ausgelöst, die feststellbaren Funktionsstörungen zu bewirken (Dauer und Intensität der Energieeinwirkung, Art der Energie, Ort der Einwirkung)?

Vorerkrankungen? Nicht selten wird ein Unfallereignis für einen anderen ätiopathogenetischen Zusammenhang vom Gelenk zur Befriedigung seines Keusaltätsbedürfnisses herangezogen (beispielsweise Knochentumor, pathologische Fraktur, Problematik des eingeklemmten Meniskus).

Sofortdiagnostik:

1. Inspektion der schmerzhaften Körperregion (Konturenverplumpung, Achsenabweichungen, Hautverfärbungen), Inspektion von Wunden. Körperregionen unter Verbänden, insbesondere Gipsverbänden, müssen unter Wahrung entsprechender Vorsichtsmaßnahmen (z. B. Schalung des Gipses) immer eingesehen werden, um eventuelle Druckstellen zu erkennen.

2. Palpation (Hauttemperatur, Schwellung)

3. Funktionsprüfung (aktive Beweglichkeit von Fingern und Zehen, periphere und zentrale Pulse, Sensibilitätsprüfung auf Berührungs-, Druck- und Schmerzreize)

Therapeutische Sofortmaßnahmen:

1. Bei Akutsymptomatik: Immobilisation und Hochlagerung der verletzten Extremität. Entschwellende Maßnahmen

2. Bei anhaltendem oder nach schmerzfreiem Intervall wiederkehrendem Schmerz sind erneute diagnostische Maßnahmen unerlässlich, um eine gezielte Keusalthherapie (s. Sudecksche Erkrankung, Druckstellen des Gipsverbandes, Venenthrombose, Instabilität bei versorgten Frakturen) einleiten zu können.

Indikation für die sofortige Überweisung zum entsprechenden Facharzt bzw. in die Klinik:

Akute, subakute progrediente oder im Intervall auftretende, unklare Schmerzzustände bedürfen der diagnostischen Klärung, die bei traumatologischen Erkrankungen im allgemeinen an eine röntgenologisch-diagnostische bzw. entsprechende operationstechnische Einrichtung gebunden ist. Deshalb Überweisung zum nächsten Facharzt oder in die nächste Klinik. Generell sollte die Indikation zur Überweisung eher zu weit als zu eng gestellt werden. Alle Schmerzzustände mit sich ändernder Schmerzqualität oder steigender Schmerzquantität sollten dem Facharzt vorgestellt werden. Therapieresistente Schmerzzustände bedürfen der unverzüglichen fachärztlichen Untersuchung, eventuell im fachübergreifenden Konsilium.

Zusätzliche Maßnahmen bzw. Anordnungen:

Notfälle sind meist weniger ein medizinisches als ein organisatorisches Problem. Telefonische Kontaktaufnahme mit dem nächsterreichbaren Spezialisten in Praxis oder Klinik (eventuell Notdienst im nächstgelegenen Krankenhaus bzw. Schwerpunktkrankenhaus) ist in unklaren Fällen immer möglich. Informationen der entsprechenden Institution vor Organisation des Transportes des Patienten verbessert häufig bilateral das Management der Notsituation.

Differentialdiagnostische und andere Erörterungen:

1. Posttraumatisches Ödem
2. Druckschädigung (Raumforderung durch Hämatome, Bruchfragmente, schnürende Verbände, schlecht sitzende Gipse)
3. Instabilität und Fehlstellung (abgerutschte Fraktur, nicht reponierte Luxation, Pseudoarthrose)
4. Zirkulationsstörungen (Thrombose, Ischämie)
5. Infektion (Markraumabszess, Wundinfektion)
6. Dystrophie (neuroveskuläre Störungen)



Bayerisches Ärzteblatt

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

Herausgegeben von der Bayerischen Landesärztekammer

Nummer 6

Zur Kenntnis genommen:

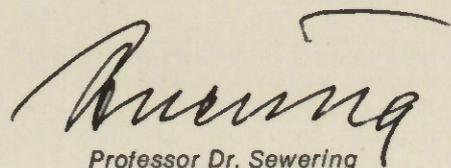
Vor einem Monat habe ich vorausgesagt, daß auf dem Deutschen Ärztetag in Nürnberg die Funken stieben werden, wenn es um das Thema ärztliche Ausbildung geht. Meine Erwartungen wurden eher übertroffen. Die Zahl der Diskussionsredner war — nach einem ausgezeichneten Referat des Kollegen Hoppe — Legion. Insgesamt wurden 140 Namen auf der Rednerliste notiert, nicht wenige davon mehrmals, nachdem die Redezeit verkürzt worden war. Mehrere Anträge auf Schluß der Aussprache wurden abgelehnt, bis am Nachmittag des zweiten Tages die Geduld der Delegierten endlich zu Ende war.

Wenn man die Debatte zu werten versucht, so tut man es mit gemischten Gefühlen. Man will ja nicht ungerecht sein — und im übrigen unterscheiden sich hier Plenarversammlungen bis hoch hinauf zum Deutschen Bundestag nur in Nuancen. Es gab gute Argumente und echte Geistesblitze, aber auch taube Nüsse. Alles in allem eine gute Mischung. Auf einige Hinterhältigkeiten hätte man gerne verzichtet. Unser bayerischer Kollege Winkelmann leistete einen humorvollen Beitrag in Gedichtform zur menschlichen Seite des Problems.

Bei der Abstimmung hatten es die Delegierten nicht leicht, denn es lagen ihnen nicht weniger als runde fünf- und zwanzig Anträge vor, die recht verschiedene, bis gegensätzliche Ziele verfolgten.

Das Problem, um welches es geht, wurde im „Bayerischen Ärzteblatt“ oft genug dargestellt: Jahrgänge mit zwölf-tausend Medizinstudenten können von unseren medizinischen Fakultäten nicht mehr ordentlich ausgebildet werden. Das hat beachtliche Unruhe ausgelöst. Das einzig wirksame Rezept, nämlich die drastische Reduzierung der Zahl der Studienanfänger, will niemand ausstellen. Man hat uns lediglich von ministerieller Seite zugesagt, von einer weiteren Steigerung der Anfängerzahlen abzusehen. Also ging die Debatte darum, wie man die Ausbildung verbessern könnte, um doch noch zu einem brauchbaren Ergebnis zu kommen. Vorgeschlagen wurde, vor dem Studium ein Jahr Krankenpflege zu verlangen, dann fünf Jahre Universitätsstudium und anschließend eine Pflichtassistentenzeit von zwei bis drei Jahren. Dem wurde, vor allem von den eingeladenen Medizinstudenten, nachdrücklich widersprochen, weil eine solche Ausbildungszeit zu lange sei. Zustimmung fand schließlich die Empfehlung einer Studiendauer von fünf Jahren an der Universität und einer Pflichtassistentenzeit von zwei Jahren. Dann gab es nochmals eine Schlecht um das Krankenpflegejahr. Der Vorschlag, vor dem Universitätsstudium ein einjähriges Pflichtpraktikum in der Krankenpflege zu fordern, wurde nach heftigen Diskussionen abgelehnt. Die freiwillige Ableistung eines einjährigen Krankenpflegepraktikums oder sozialen Jahres solle, so wurde beantragt und beschlossen, eine klare Chancenverbesserung des Bewerbers im Zulassungsverfahren bedeuten. Die Realisierung dürfte ebenso problematisch sein wie das gesamte derzeitige Auswahlverfahren. Die Kultusminister haben dazu gerade einen fragwürdigen Beitrag geleistet, indem sie entgegen allen guten Ratschlägen auch noch ein Testverfahren einführten.

Alles in allem? Das Ergebnis der Beratungen des Deutschen Ärztetages zur Verbesserung der Ausbildung zum Arzt ist konstruktiv und realisierbar. Es bleibt dennoch eine Notlösung. Wenn man die Krankheit heilen will, müßte man, darauf habe ich auch auf dem Ärztetag hingewiesen, die Zahl der Studienanfänger drastisch reduzieren. Dann hätten wir weder Probleme mit der Ausbildung der Medizinstudenten, noch mit der Weiterbildung der jungen Ärzte.


Professor Dr. Sewering

Das Gesundheitswesen in der sozialen Marktwirtschaft*

von Hans S c h m a t z

Kritik an der sozialen Marktwirtschaft

Die Diskussion über die Gestaltung unserer Gesellschaftsordnung wird mehr und mehr durch wirtschaftliche und in engem Zusammenhang damit durch sozial- und gesundheitspolitische Fragen bestimmt. Dabei werden die ordnungspolitischen Erfolge, aber auch die Anpassungsfähigkeit der sozialen Marktwirtschaft von einem Teil der politischen Öffentlichkeit zunehmend bestritten, wird der Ruf nach kollektiven Lösungen der Probleme immer lauter. Die Folge davon wäre freilich ein immer größerer Anteil an zentraler staatlicher dirigistischer Planung. Schon heute zeigt sich, daß Privatinitiative, persönliche Risikobereitschaft und Selbstverantwortung immer mehr hinter unrealistischen Reformprogrammen zurücktreten müssen, hinter Reformprogrammen, durch die die vergleichsweise großen Ressourcen unserer Volkswirtschaft überfordert werden.

Kritik am gegenwärtigen Gesundheitssystem

Dies gilt – und zwar schon seit geraumer Zeit – in ganz besonderem Maße für das Gesundheitswesen. Wenn Sie heute und morgen über Möglichkeiten der Planung und Steuerung im Gesundheitswesen sprechen, so muß es das zentrale Anliegen dieser Veranstaltung sein, Lösungswege aufzuzeigen, wie das Gesundheitswesen in seiner Gesamtheit dadurch verbessert werden kann, daß die Qualität und die allgemeine Verfügbarkeit, also das Angebot an ärztlicher und medizinischer Versorgung, auf möglichst hohem Stande bleibt, wie zugleich aber auch die im Augenblick etwas gedämpfter verlaufende Kostenexplosion wieder in den Griff zu bekommen ist. Sie werden sich auch

damit beschäftigen müssen, wie negativen Auswüchsen unseres Gesundheitssystems besser begegnet werden kann.

Gesundheitswesen in der sozialen Marktwirtschaft: Zwei Thesen

Gleich welche Planungselemente zu diesem Zweck auch eingeführt werden sollen, sie müssen sich – und das ist meine These, die ich in der nächsten Stunde beweisen möchte – an den Grundsätzen und Elementen der sozialen Marktwirtschaft orientieren: Weder mit übermäßigen finanzwirtschaftlichen Eingriffen des Staates einerseits, noch mit einer vollkommen sich selbst überlassenen freien Marktwirtschaft andererseits werden wir eine weitere Verbesserung unseres Gesundheitswesens erreichen. Im Gegenteil – und damit komme ich zu meiner zweiten These: Es gibt kein Gesundheitssystem, das seinen Bürgern ein auch nur annähernd so optimales Leistungsangebot und einen so hohen Leistungsstandard anbieten kann, wie ein an Grundsätzen der sozialen Marktwirtschaft orientiertes System; auch dazu wird der Beweis anzutreten sein.

Voraussetzung, um diese Nachweise führen zu können, ist, daß wir uns Elemente und Merkmale der sozialen Marktwirtschaft ins Gedächtnis rufen und sie daraufhin untersuchen, wie sie als Steuerungsmechanismen in unserem Gesundheitswesen funktionieren. Ich fühle mich nicht dazu berufen, ein Kolleg über die Konzeption der sozialen Marktwirtschaft abzuhalten; ich will vielmehr nur die Ordnungs-idee, die Ziele und die Hauptelemente der sozialen Marktwirtschaft in wenigen Sätzen skizzieren.

Prinzipien und Elemente der sozialen Marktwirtschaft

Die soziale Marktwirtschaft versteht sich als ein wirtschaftlicher Ordnungstypus, der einen Mittelweg

zwischen einer völlig freien Marktwirtschaft und einer durch staatliche Lenkungsmaßnahmen zentral verwalteten Wirtschaftsordnung geht. Die soziale Marktwirtschaft ist somit eine ordnungspolitische Idee, die das Prinzip der wirtschaftlichen Freiheit, das heißt der Freiheit auf dem Markt, mit dem Prinzip des sozialen Ausgleichs, der sozialen Gerechtigkeit zu verbinden trachtet. Ich betone ausdrücklich, daß es sich dabei um eine Idee handelt, weil ich es einmal grundsätzlich dahingestellt sein lassen will, ob und inwieweit die Konzeption der sozialen Marktwirtschaft, wie sie von Müller Armack und Ludwig Erhard entwickelt wurde, tatsächlich realisiert worden ist.

Ludwig Erhard: Drei Ziele

Wenn ich Ludwig Erhard zitieren darf, so versucht die soziale Marktwirtschaft „auf dem Boden einer freien Wettbewerbswirtschaft

- persönliche Freiheit,
- wachsenden Wohlstand und
- soziale Sicherheit

in Einklang zu bringen“.

Persönliche Freiheit

Das erste Ziel, persönliche Freiheit, soll

- durch die Freiheit der Eigentumsnutzung, also durch die Freiheit, die eigene Arbeitskraft, das Kapital und somit auch wieder den Gewinn nach eigener Wahl einzusetzen,
- durch die freie Berufs- und Arbeitsplatzwahl und
- durch die Konsumfreiheit

realisiert werden. Diese Freiheiten sollen allerdings dort ihre Grenzen finden, wo wirtschaftliche Macht entsteht, die zum Nachteil des einzelnen oder der ganzen Gesellschaft mißbräuchlich ausgenutzt werden kann. Nur in diesem Fall ist der Staat zur Überwachung und Beschrän-

*) Vortrag im Rahmen eines Expertengesprächs der Hanns-Seidel-Stiftung e. V. in Wildbad Kreuth

kung, also gewissermaßen zu einer zentralen Lenkung (Kartellrecht), verpflichtet. Im übrigen wird der Produktionsprozeß dezentral, und zwar in der Hauptsache durch den Preismechanismus, gelenkt.

Wachsender Wohlstand

Der wachsende Wohlstand als zweites Ziel der sozialen Marktwirtschaft soll durch ein stabiles Preisniveau und durch einen hohen Beschäftigungsstand – hier sehen Sie schon, daß Idee und Wirklichkeit nicht immer identisch sind – in gleicher Weise jedoch durch angemessenes, aber stetiges Wachstum, durch außenwirtschaftliches Gleichgewicht und nicht zuletzt durch eine gerechte Einkommensverteilung sowie die Möglichkeit der Eigentumbildung erreicht und gesichert werden.

Soziale Sicherheit, aber kein Wohlfahrtsstaat mit totalem Versicherungszwang

Für das dritte Ziel der sozialen Marktwirtschaft, nämlich für die soziale Sicherheit und Gerechtigkeit, ist einschränkend zu sagen, daß die anderen konstituierenden Elemente dadurch nicht entscheidend beeinträchtigt werden dürfen. Die soziale Marktwirtschaft strebt keinen Wohlfahrtsstaat mit totalem Versicherungszwang und ohne Selbstverantwortung an, sondern eine ausreichende Sicherung gegen Notlagen und gegen die Wechselfälle des Lebens, soweit diese nicht – wenn ich noch einmal Ludwig Erhard zitieren darf – „durch eine eigenverantwortliche Daseinssicherung“ erreicht werden kann. Wichtige Voraussetzungen für die Realisierung der sozialen Sicherheit sind

– zum einen die Maximierung des Sozialprodukts als wirtschaftliche Grundlage der sozialen Sicherung,
– zum anderen eine Wettbewerbsordnung, die soziale Ungerechtigkeiten auf ein Minimum reduziert und

– nicht zuletzt eine gewisse staatliche Korrektur der ursprünglichen Einkommens- und Vermögensverteilung durch staatliche Transferleistungen, z. B. in Gestalt von Sozialhilfeleistungen, Wohnungsbauzuschüssen, vermögenswirksamen Leistungen und anderen Ausgleichszahlungen.

Gelten die Ziele auch für das Gesundheitswesen?

Es stellt sich nun die Frage:

– Welche dieser Ziele und Merkmale der sozialen Marktwirtschaft treffen auch oder gerade für unser Gesundheitswesen zu, und

– ist ein modernes Gesundheitswesen in einer Marktwirtschaft heute überhaupt realisierbar – oder

– inwieweit trägt die Realisierung dieser Ziele und Merkmale zu einer qualitativen Verbesserung des Gesundheitswesens vor allem im Vergleich zum staatlich gelenkten Gesundheitswesen bei?

Persönliche Freiheit durch Privateigentum

Als erstes Ziel der sozialen Marktwirtschaft hatte ich die persönliche Freiheit genannt, die in der Freiheit der Eigentumsnutzung, also der Nutzung der Arbeitskraft im Privateigentum, in der freien Berufs- und Arbeitsplatzwahl und in der Konsumfreiheit zum Ausdruck kommt.

Das Privateigentum ist als Element der Wirtschaft der beste Garant gegen die totale Konzentration wirtschaftlicher Macht beim Staat und bietet für schöpferische Leistungen einen ungleich größeren Spielraum als Gemeineigentum. Dieser durch das Privateigentum ermöglichte Spielraum für eigeninitiatives Handeln wird durch den Leistungsanreiz, der von den Gewinnchancen ausgeht, noch verstärkt, von den Gewinnchancen, die sich vor allem durch Qualitätssteigerung der angebotenen Güter und Dienstleistungen eröffnen. Natürlich darf man nicht übersehen, daß damit auch eine nicht immer erwünschte Quantitätssteigerung verbunden sein kann. Qualität kann nicht durch Quantität ersetzt werden. Das ist aber ein Problem, das in allen Wirtschaftssystemen auftaucht – denken Sie nur an den Schwindel, der mit der Erfüllung von Planzahlen in Planwirtschaftssystemen getrieben wird. Ich werde auf dieses Problem später noch eingehen.

Der hohe Stellenwert des Privateigentums – das Wort als Oberbegriff gebraucht – als Ordnungsprinzip der persönlichen Freiheit kommt insbesondere in der ambu-

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

S SANORANIA Dr. G. Strohscheer
1 Berlin 28

lanten ärztlichen und medizinischen Versorgung und in der Versorgung mit Arzneimitteln durch Apotheken zum Ausdruck. Ohne den freipraktizierenden Arzt, den Apotheker oder den selbständigen medizinischen Heilberuf ist unser Gesundheitswesen, aber auch unsere Marktwirtschaft kaum denkbar. Zu ihren Eigenschaften gehören Einsatzfreude, Leistungsvermögen und Kreativität, aber auch der Einsatz von Sachkapital und Beschäftigung von Mitarbeitern. Sie sind ganz entscheidend an der Sicherstellung und an der Güte der ärztlichen und medizinischen Versorgung beteiligt. Einige wenige Zahlen mögen Ihnen den Umfang der freiberuflichen Tätigkeit in Erinnerung rufen: In der Bundesrepublik Deutschland sind derzeit rund 58 200 niedergelassene Ärzte, 26 000 Apotheker, 4600 Masseure, 5500 Bademeister und 5000 Krankengymnasten in freier Praxis tätig.

Der Mechanismus des Marktes sorgt dafür – und in dieser Behauptung werden Sie mir sicher zustimmen –, daß das Prinzip des Privateigentums die Menschen besser mit Gütern und Dienstleistungen versorgen kann als jede andere Wirtschaftsordnung. Wer je in einem Land gereist ist, das das Privateigentum verneint und dessen Wirtschaft staatlich geplant wird, hat am eigenen Leibe erlebt, daß nicht einmal Güter des täglichen Bedarfs immer zu haben sind, von höherwertigen zu schweigen. Ich glaube, wir alle haben solche Erfahrungen gemacht und für mich war als Leistung der Planwirtschaft besonders ein Erlebnis aus Rußland überzeugend. In einem Gebiet so groß wie Bayern fanden sich nur rote Bleistifte. Das war kein Ausdruck politischer Überzeugung, sondern die Erfüllung der Forderung, daß die Bevölkerung mit einer bestimmten Anzahl von Bleistiften zu versorgen sei. Aus all'dem drängt sich der Schluß auf: Soll ein Gemeinwesen möglichst gut mit Dienstleistungen oder Gütern versorgt werden, so kommt es entscheidend auf die Leistungsmotivation und auf den Leistungsanreiz der die Güter oder Dienstleistungen Produzierenden an. Dieser Anreiz wird meist im Einkommen, vielleicht auch im Sozialprestige seinen Niederschlag finden. Derartige Leistungsanreize können letztlich nur in einer freiheitlich geordneten Wirtschaft, in der Privateigentum, freie Berufswahl, Konsumfreiheit und freier Wettbe-

werb garantiert sind, begründet werden. Nur durch sie können Energie und Initiative vieler Menschen wieder zum Wohle anderer Menschen freigesetzt werden. In der Zwangswirtschaft kann ein Leistungsanreiz allenfalls durch Prämien oder Strafen für die Über- oder Untererfüllung des Solls erreicht werden. Das ist von der Motivation her nicht ausreichend.

Was für die Wirtschaft gilt, muß auch für das Gesundheitswesen gelten. Es gibt jedenfalls keinen Grund anzunehmen, daß bestimmte Regeln nur in bestimmten Zweigen der Wirtschaft gelten, in anderen aber nicht. Auch das Gesundheitswesen unterliegt den allgemeinen Gesetzen des Marktes. Eine andere Frage ist, ob wir alle diese Gesetze immer zur Geltung kommen lassen wollen oder können. Darüber wird im weiteren zu sprechen sein. Um meine These zu untermauern, lassen Sie mich aber ein Beispiel anführen, das auch bei uns in Deutschland allgemein bekannt ist: In Großbritannien wird die Tätigkeit der Ärzte überwiegend durch die staatliche Gesundheitsverwaltung geprägt. Die zentrale Planung geht soweit, daß selbst die Arbeitsbedingungen und die Honorare der Ärzte durch regional zuständige staatliche Gremien reglementiert werden. So erhält ein Allgemeinarzt als Honorar im wesentlichen eine Kopfpauschale für jeden in seiner Einschreibeliste eingetragenen Patienten, deren Höchstzahl jedoch gleichfalls auf etwa 3500 beschränkt ist. Mitte der siebziger Jahre betrug die oberste Grenze des Einkommens nur 8500 Pfund, also etwa 34 000 DM im Jahr.

Für Fachärzte, die nicht – wie bei uns – in freier Praxis, sondern als Angestellte des Staatlichen Gesundheitsdienstes ausschließlich im Krankenhaus tätig sind und geregelte Dienstzeit haben, lag diese Verdienstgrenze zwischen 7500 und 10 700 Pfund, also bei 30 000 bis 43 000 DM im Jahr. Es liegt auf der Hand, daß diese weitgehende staatliche Reglementierung und die verhältnismäßig geringe Honorierung nicht geeignet sein können, nachhaltige Leistungsanreize zu bewirken und besondere Initiativen zu wecken. So ist es auch nicht verwunderlich, wenn aus Großbritannien über Warteschlangen in der ambulanten Versorgung und lange Wartezeiten in der stationären Versorgung berichtet wird.

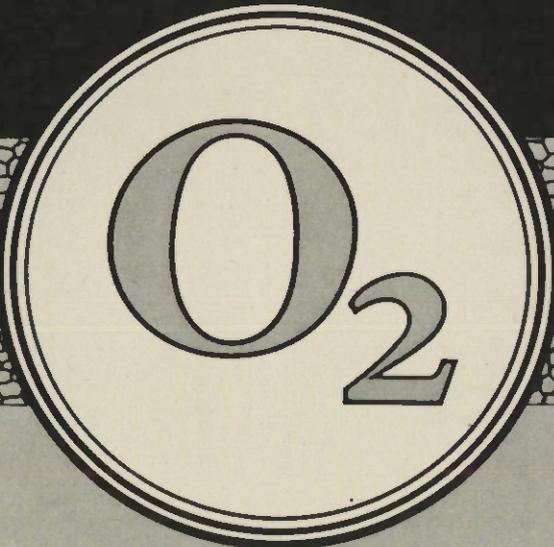
Persönliche Freiheit durch Berufsfreiheit und Konsumfreiheit

In engem und unmittelbarem Zusammenhang mit der Freiheit der Eigentumsnutzung stehen – wie ich schon erwähnt habe – als weitere Elemente der persönlichen Freiheit die freie Berufs- und Arbeitsplatzwahl und die Konsumfreiheit. Die Pendanten dazu im Gesundheitswesen sind freie ärztliche Berufsausübung und freie Arztwahl, ohne die unser Gesundheitswesen eigentlich unvorstellbar ist.

Der Wunsch und das Recht des Bürgers, den Arzt seines Vertrauens zu wählen, können nur dann und nur solange in die Tat umgesetzt werden, als der Arzt in der Ausübung seines Berufes unabhängig und sein Berufsbild durch das Merkmal freier Berufstätigkeit bestimmt ist. Natürlich gibt es für diese Grundsätze in der Praxis gewisse Beschränkungen. So kann heute nicht jeder den Beruf des Arztes, Zahnarztes oder Apothekers wählen. Nach einem System scheinbarer Gerechtigkeit kann jeder, der einen gewissen Notendurchschnitt erreicht, Medizin studieren, die Neigung und Befähigung zum medizinischen Beruf werden aber nicht geprüft. Immerhin ist interessant, daß von den Ordinarien der Münchener Universitäten die wenigsten auf Anrieb Medizin hätten studieren können. Ebenso gibt es Beschränkungen in der freien Arztwahl dann, wenn am Ort und im weiteren Umkreis nur ein Arzt vorhanden ist. Aber bei unserer Arztdichte kann man diese Fälle wohl vernachlässigen, zumal sie am Grundsatz nichts ändern.

Natürlich gilt das Element der Freiberuflichkeit nicht für den Krankenhausarzt. Die Tatsache, nicht an die Weisungen ihrer Arbeitgeber gebunden zu sein, genügt allein nicht, um auch die Krankenhausärzte zu den freien Berufen zu zählen. Das Phänomen Krankenhaus ist aber unter anderen Aspekten zu betrachten. Werfen wir zunächst einen Blick auf die Statistik: Von rund 125 200 berufstätigen Ärzten sind in der Bundesrepublik Deutschland 10 700 als beamtete Ärzte, 56 300 als Krankenhausärzte und nur noch 58 200 als niedergelassene Ärzte tätig. Fünf freipraktizierende Ärzte entfielen um die Jahrhundertwende auf einen Krankenhausarzt; heute ist das Verhältnis mit 1:1 nahezu ausgeglichen.

Optimaler Sauerstoff – Blutspiegel Aktivierung des Immunsystems Zunahme der Vitalkapazität



O₂

Gelum[®] oral-rd physiologisches Kausaltherapeutikum

Gelum[®] oral-rd hilft das lymphatische System »ankurbeln«, fördert die Sauerstoffversorgung der Zellen über das Blut, senkt die Blutviskosität, bessert Durchblutungsstörungen.

Indikationen:

Aktivierung des lymphatischen Systems und der Zellatmung, Sauerstoffmangel-, Gewebe- und Geschwulsterkrankungen, Sanierung der Darmflora, Sklerosen, Hyperlipämie, Hypercholesterinämie, Leberinsuffizienz, Leberzirrhose, Cholecystitis, subakute Hepatitis, Hepatitis sine ictero, Arthrosen.

Kontraindikationen: nicht bekannt (siehe Literatur)

Zusammensetzung:

100 g enthalten:
Kalium-Oleisen (III) triphosphat-Oikalium-Eisen (III) citrat-Komplex 30 g,
L (+)-Milchsäure 2,4 g, O (-)-Milchsäure 0,6 g, Vitamin B Komplex 0,16 g,
Lactoflavin 100 mg, Pyridoxinhydrochl. 10 mg,
Calc. pantothen. 15 mg, Aneurinhydrochl. 25 mg, Nikotinsäureamid 100 mg,
Aqua dest. ad 100 g.

Handelsformen:

Gelum[®] oral-rd
30 ml DM 10,38
100 ml DM 25,19
Klinikpackungen

weitere Darreichungsformen:

Gelum[®]-S
Antiphlogistikum
50 g Gel DM 7,15
100 g Gel DM 13,05

Gelum[®]-L
Dermatologikum
50 g Salbe DM 7,15
100 g Salbe DM 13,05

Gelum[®] Supp
Antivarikosum
10 Supp. DM 6,73
40 Supp. DM 22,68



Trend zum Krankenhaus wird immer stärker

Der Trend zum Krankenhaus ist unverkennbar, allein schon wegen der ständig wachsenden Differenzierung der Medizin. Dazu kommt die Entwicklung der medizinischen Wissenschaft und vor allem der Medizintechnik. Sie sind nicht mehr vom einzelnen zu bewältigen. Der Wirtschaftsfachmann würde sagen: „Der Gemeinschaftsbedarf hat im Zuge der medizinischen Entwicklung zunehmendes Gewicht erhalten; er muß nolens volens durch den öffentlichen Sektor befriedigt werden und wird weiter steigende Ansprüche an die öffentlichen Haushalte stellen.“

Ausweitung des öffentlichen Sektors im Gesundheitswesen

Doch selbst für diesen Bereich bietet die soziale Marktwirtschaft die optimalen Voraussetzungen; sie ermöglicht nämlich erst, einen so kostenintensiven Bereich durch Wachstum und durch die Maximierung des Sozialprodukts überhaupt zu finanzieren. Ich werde darauf noch bei der Erörterung des öffentlichen Sektors im Gesundheitswesen zu sprechen kommen.

Das Krankenhausfinanzierungsgesetz hat in die marktwirtschaftliche Struktur, die bis dahin, wenn auch mit Einschränkungen, noch erkennbar war, entscheidend eingegriffen. Zwar gibt es noch private und freigemeinnützige Krankenanstalten neben kommunalen und einigen staatlichen, aber wesentliche marktwirtschaftliche Züge sind verlorengegangen: So die Konkurrenz, das Risiko des freien Wettbewerbs. Durch die den Ländern übertragene Planungsaufgabe haben diese dafür zu sorgen, daß nicht mehr Betten als „Bedarf notwendig“ vorgehalten werden. Das Investitionsrisiko trägt — auch finanziell — der Staat. Kostendeckende Pflegesätze im Rahmen der Wirtschaftlichkeit und der Sparsamkeit, die erforderlichenfalls vom Staat festgesetzt werden, garantieren dem Träger die Freiheit vom Risiko, erlauben allerdings auch keine Gewinne. So sehr man die Sonderstellung des Krankenhauses auch in einer sozialen Marktwirtschaft erkennen muß, so sehr muß man bedauern, daß hier keinerlei Teilchen marktwirtschaftlicher Grundsätze zurückgeblieben sind.

Eine geringe Risikobeteiligung der Träger, die Wirtschaftlichkeit und Sparsamkeit nicht nur über eine kaum vollziehbare Gesetzesvorschrift vorschreibt, sondern durch marktwirtschaftliche Steuerungselemente erzwingt, wäre zu überlegen.

Im Gesundheitswesen fehlt der Preismechanismus als Steuerungselement

Die Konsumfreiheit als Element unserer Marktwirtschaft findet jedoch im Gesundheitswesen nicht nur in der freien Arztwahl, sondern auch in einer — ich möchte das vorsichtig formulieren — übergroßen und in ihrem Umfang vielleicht nicht immer gerechtfertigten Nachfrage nach Gesundheitsdienstleistungen ihren Ausdruck. Dies mag gerade darin begründet sein, daß im Gesundheitswesen der Preismechanismus als unverzichtbares Element marktwirtschaftlicher Steuerung fehlt.

Der Preismechanismus bringt ja in der Wirtschaft Angebot und Nachfrage in Übereinstimmung, ohne daß es dazu einer zentralen Produktionsplanung oder einer anderen mengenmäßigen Regulierung bedarf. Die zentrale Lenkung des Produktionsprozesses bringt, wie wir alle wissen, keinen Vorteil für den Verbraucher; sie führt vielmehr entweder zu Überproduktionen oder zu Engpässen und damit zu Versorgungsschwierigkeiten für die Bevölkerung. Dies gilt meines Erachtens auch und in ganz besonderem Maße für ein zentral gelenktes Gesundheitswesen, wie wir es in Großbritannien oder in abgemilderter Form in Schweden vorfinden.

Folge fehlender Preismechanismen in unserem Gesundheitswesen: Kostenexplosion

In der sozialen Marktwirtschaft werden — wie schon gesagt — die Produktion und das Angebot an Dienstleistungen im wesentlichen durch die Nachfrage gelenkt, wobei der Preismechanismus eventuelle Diskrepanzen zwischen Angebot und Nachfrage korrigiert. Diese Gesetzmäßigkeiten funktionieren — ich möchte fast sagen leider — im Gesundheitswesen nicht, weil es sie dort in dieser Form nicht gibt. Dies

hat nicht zuletzt auch zu der uns allen bekannten Kostenexplosion geführt. Welches Ausmaß diese Kostensteigerungen haben, möchte ich Ihnen an einigen Zahlenvergleichen ins Gedächtnis rufen: Von 1965 bis 1975 sind die Gesamtausgaben der gesetzlichen Krankenversicherung von 16,1 Mrd DM auf 61,0 Mrd DM, also um rund 280 Prozent gestiegen. Dabei hatte die stationäre Versorgung mit einer Steigerungsrate von rund 490 Prozent den größten, die ambulante Versorgung mit rund 250 Prozent den geringsten Anteil. Dies gibt zwar ein etwas verzerrtes Bild, weil im gleichen Zeitraum die Zahl der Versicherten von 28,9 Millionen auf 33,4 Millionen gestiegen ist; bezogen auf den einzelnen Versicherten stiegen die Ausgaben im genannten Zeitraum immerhin noch um rund 230 Prozent, jahresdurchschnittlich also um rund 20 Prozent. In den Jahren 1976 und 1977 ist zwar eine gewisse Beruhigung eingetreten; gleichwohl sind die Gesamtausgaben noch um ca. 14 Prozent angestiegen.

Überproportionale Wachstumsraten im Gesundheitswesen

Damit liegen die Wachstumsraten des Gesundheitswesens nicht nur über den Wachstumsraten des Sozialprodukts, sondern auch deutlich über den Wachstumsraten des Dienstleistungssektors, die an und für sich als Leitlinie für das Ansteigen der Kosten im Gesundheitswesen gelten müßten. Sicher haben wir — zumindest noch für eine gewisse Zeit — die Möglichkeit, den Kostensteigerungen im Gesundheitswesen dadurch zu begegnen, daß wir durch Erhöhung der Beitragssätze und Beitragsbemessungsgrenzen oder durch Subventionen aus dem Steuertopf immer größere Finanzierungsmittel beschaffen und damit das Angebot an die Nachfrage anpassen; irgendwann aber werden alle Versuche, immer neue Finanzierungsquellen zu erschließen, scheitern; irgendwann wird man es nicht mehr hinausschieben können, das System in sich so zu ordnen, daß Angebot und Nachfrage in ein vernünftiges Gleichgewicht gebracht und damit die Kostensteigerungen auf ein vertretbares und von der Versichertengemeinschaft tragbares Maß zurückgeschraubt werden. Vor der zentralen Frage, wie die unendlich großen Bedürfnisse mit einem beschränkten

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 orangenfarbige 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 Schwangerschaftsruhrus 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 migräner 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 BERLIN/BERGKAMEN

Angebot und einem beschränkten Vorrat zur Übereinstimmung gebracht werden können, stehen wir im übrigen auch in vielen anderen Bereichen, sei es im Bildungswesen, sei es in der Rohstoff- oder in der Energieversorgung.

Um Ansatzpunkte für eine Problemlösung aufzuzeigen, möchte ich versuchen, die Wirkungsweise von Angebot, Nachfrage und Preis im Gesundheitswesen kurz zu analysieren:

Ärzte als Anbieter, aber auch als Nachfrager nach Gesundheitsdienstleistungen

Bei den ärztlichen und medizinischen Leistungen, gleichgültig ob sie im Rahmen der ambulanten oder der stationären Versorgung erbracht werden, erscheint es nur auf den ersten Blick so, als ob die Ärzte nur als Anbieter und die Versicherten als Nachfrager auftreten. Beim genaueren Hinsehen wird nämlich deutlich, daß die Ärzte eigentlich Anbieter und in gewissem Umfange auch Nachfrager in einer Person sind. Bereits mit der Diagnose legt ja der Arzt gewissermaßen die nachfolgende Therapie und damit auch die Nachfrage nach ärztlicher oder medizinischer Dienstleistung und nach Arzneimitteln fest. Das heißt also, daß die Nachfrager den Umfang der Nachfrage eigentlich gar nicht selbst bestimmen und damit das von der Marktwirtschaft her bekannte Spannungsfeld zwischen Anbieter und Nachfrager fehlt.

Preisregulativ zwischen Angebot und Nachfrage fehlt

Doch selbst wenn man noch davon ausginge, daß sich Anbieter und Nachfrager in zwei verschiedenen Gruppen gegenüberstehen, fehlt doch immer noch der Preis als entscheidendes Regulativ zwischen Angebot und Nachfrage. Anbieter und Nachfrager sind – wenn wir von den wenigen Privatpatienten absehen – in Verbänden organisiert, die untereinander und nicht selten auch unter Mitwirkung von Politik und Staat die Preise aushandeln; und zwar Preise, die nicht auf dem direkten Weg unmittelbar vom Nachfrager an den

Anbieter entrichtet werden, sondern nur auf dem Umweg über die genannten Verbände in Form von einkommensabhängigen Versicherungsbeiträgen, die durch diese Verbände erst in Honorare umgesetzt und an die Anbieter abgeführt werden. Das heißt aber nichts anderes, als daß die vom Nachfrager geleisteten Zahlungen von den Leistungen des Anbieters zunächst vollkommen unabhängig sind, und das heißt weiter, daß der Nachfrager Leistungen des Anbieters in Anspruch nehmen kann, ohne daß er dafür einen direkten Preis zu entrichten hat, ja ohne daß er auch nur den Preis für die in Anspruch genommenen Leistungen kennt.

Nachfrager leistet keine unmittelbaren Zahlungen – Nachfrager kennt Preise für Gesundheitsdienstleistungen nicht

Aus der Sicht der Marktwirtschaft hat hier der Preis keinerlei Steuerungsfunktion mehr, sondern nur noch Einkommensfunktion für den Anbieter. Eine volkswirtschaftliche Steuerungsfunktion im Sinne eines freien Wettbewerbs kommt sicherlich dem Krankenschein nicht zu, solange er kostenlos und praktisch in beliebiger Menge ausgegeben wird. Nur eine – wenn auch geringe – direkte Beteiligung des Versicherten an den Kosten der ärztlichen Behandlung wäre ein Steuerungsmittel. Die Einwände dagegen sind bekannt. Hauptsächlich wird befürchtet, daß der Versicherte den Arzt nicht oder zu spät aufsuchen könnte und dadurch nicht nur höhere Krankheitsrisiken entstünden, sondern im Endeffekt auch höhere Kosten. Ich kann dazu nur sagen, daß das Vertrauen in die Selbstverantwortung des mündigen Bürgers, wenn es um ein paar Mark geht, offenbar nicht sehr groß ist. Jedenfalls kann die Honorarprüfung mit den dabei möglichen pauschalen Honorarabstrichen ein marktwirtschaftliches Steuerungsmittel nicht ersetzen.

Rezepte als Steuerungsmittel

Ähnlich, vielleicht noch schwieriger zu bewerten, ist der Bereich der Arzneimittel: Als Produzent und Anbieter treten hier die pharmazeutische

Viele Symptome -eine Ursache: Magnesium- Mangel



MAGNESIUM VERLA®

verhindert Mangel-Zustände bei Diätkuren, chronischem Alkoholabusus, bei Einnahme von Kontrazeptiva zur Therapie bei nächtlichen Wadenkrämpfen, latenter Tetanie, stenokardischen Beschwerden zur Prophylaxe bei Calciumoxalatstein-Diathese als Zusatztherapie bei Pankreatitis, Leberzirrhose, Arteriosklerose

Zusammensetzung: Dragées: 1 Dragée enthält: mono-Magnesium-L-diglutamat 100 mg, Magnesiumcitrat tert. $\cdot 3\text{H}_2\text{O}$ 230 mg, Magnesiumnikotinat 5 mg. Magnesium-Gehalt: 3,3 mval (40 mg).

Konzentrat: 1 Beutel (5 g) enthält: mono-Magnesium-L-diaspartat 1803 mg, Aneurinnitrat (Vit. B₁) 2 mg, Riboflavin (Vit. B₂) 3 mg, Pyridoxin-HCl (Vit. B₆) 3 mg, verdäuliche Kohlehydrate 2800 mg. Magnesium-Gehalt: 10 mval (121,56 mg).

Ampullen: 1 Ampulle (10 ml) enthält: mono-Magnesium-L-diglutamat 1 g, Magnesium-Gehalt: 6,3 mval (77 mg).

Indikationen: Magnesiummangel bei Ernährungsstörungen, Diät, chron. Alkoholabusus, während der Schwangerschaft und Stillzeit, bei Einnahme von Kontrazeptiva. Eklampsie, Präeklampsie, Spasmophilie, latente und normocalcämische Tetanie, Myalgie, nächtl. Wadenkrämpfe. Spasmen zerebraler und peripherer Gefäße, Migräne. Adjuvans bei Cephalgie, stenokardischen Beschwerden, essent. Hypertonie. Zur Prophylaxe bei Calciumoxalatstein-Diathese, Thrombosegefahr, Myokardnekrosen, bei Pankreatitis, Leberzirrhose, Hypercholesterinämie, Arteriosklerose.

Kontraindikationen: Niereninsuffizienz, Anurie, Exsikkose.

Mg-Ampullen: Myasthenia gravis, AV-Block. Niereninsuffizienz, Anurie, Exsikkose. Die Injektion von Magnesium Verla bei gleichzeitiger Herzglykosidtherapie ist nur in Fällen von Tachykardie bzw. Tachyarrhythmie angezeigt.

Nebenwirkungen: Bei zu rascher intravenöser Injektion kann es im Einzelfall zu Bradykardie, Überleitungsstörungen, peripheren Gefäßerweiterungen, Verschwinden des Patellarreflexes und – im Extremfall – zur Atemlähmung kommen. Diese Erscheinungen lassen sich durch intravenöse Calciuminjektion sofort beheben.

Handelsformen und Preise: 50 Dragées DM 6,12, 150 Dragées DM 15,36, Konzentrat 20 Beutel DM 8,90, 50 Beutel DM 19,96.

3 Ampullen DM 4,40, 10 Ampullen DM 13,55.

VERLA-PHARM TUTZING

Industrie und die Apotheken auf. Nachfrager sind nicht wie in der Marktwirtschaft nur die Konsumenten, sondern auch die Ärzte, die aufgrund von Diagnose und Therapie über Notwendigkeit und über den Umfang des Arzneimittelverbrauchs im einzelnen entscheiden. Im Gegensatz zur Marktwirtschaft haben wir also auch hier nicht ein unmittelbares Zusammenwirken zwischen Anbietern und Nachfragern, das über den Preis reguliert wird, sondern ein System, an dem vier Gruppen, nämlich Hersteller, Anbieter, Nachfrager und Konsument beteiligt sind. Als Besonderheit kommt hinzu, daß sich die Nachfrage der Ärzte in Rezepten niederschlägt, die selbst Steuerungsmittel sind, ihrerseits wiederum, nämlich durch die Krankenscheine gesteuert werden. Letzteres deshalb, weil Ärzte Rezepte nur dann verschreiben dürfen, wenn der spätere Konsument der Arzneimittel einen Krankenschein als Wertpapier hinterlegt hat.

Das bisherige System hat hier ein recht grobes und auf Dauer nicht besonders wirksames Steuerungsmittel: Den Arzneimittelregreß, der in einem Pauschalverfahren den Arzt, der „seinen“ Arzneimittel-durchschnitt überzieht, zur Ersatzleistung heranziehen kann. Das allein kann ebensowenig wie die Honorarkürzung ein wirksames Steuerungsmittel sein, weil es nicht marktkonform ist. Sicherlich wird man nicht darauf verzichten können. Viel wirkungsvoller aber hat sich die Erhöhung der Rezeptblattgebühr durch das Krankheitskostendämpfungsgesetz erwiesen.

Krankenhauskosten

Völlig fehlen marktwirtschaftliche Beziehungen zwischen Benutzer und Anstalt im Krankenhaus. Gerade hier ist es nicht recht verständlich, weil das Krankenhaus neben der ärztlichen Behandlung und pflegerischen Bedienung auch so banale Dinge, wie Unterkunft und Verpflegung bietet, die sich der einzelne zu Hause oder im Urlaub mit Selbstverständlichkeit selbst besorgt und sogar bezahlt.

Preismechanismus

Als Resümee ist also festzuhalten, daß der Preismechanismus, der in

der Marktwirtschaft Angebot und Nachfrage in Einklang bringt, im Gesundheitswesen keine uneingeschränkte Gültigkeit hat und auch weder haben kann noch haben soll. Deshalb nicht haben soll, weil unser Krankenversicherungssystem von Anbeginn an einen Risikoausgleich – mehr oder weniger eingeschränkt – innerhalb der Versicherungsgemeinschaft zum Inhalt hatte, einer Versichertengemeinschaft, die vornehmlich zum Schutze sozial schwächerer Bevölkerungsschichten gedacht war. Daran wird man im Prinzip festhalten müssen.

Prinzip des sozialen Ausgleichs in der gesetzlichen Krankenversicherung

Der soziale Versicherungscharakter der gesetzlichen Krankenversicherung kommt insbesondere dadurch zum Ausdruck, daß das Äquivalenzprinzip, das heißt das Prinzip der Gleichheit von Leistung und Gegenleistung, das in der privaten Krankenversicherung gilt, in der gesetzlichen Krankenversicherung zugunsten des Prinzips des sozialen Ausgleichs durchbrochen wurde. Obwohl als Versicherung konzipiert, standen bei der Reichsversicherungsordnung, also bei der gesetzlichen Grundlage der Krankenversicherung, weniger wirtschaftliche oder versicherungsmathematische Überlegungen, sondern soziale Ziele im Vordergrund.

Sachleistungsprinzip

Dies wird auch in dem für die gesetzliche Krankenversicherung geltenden Sachleistungsprinzip deutlich: Danach tritt der Empfänger der ärztlichen und medizinischen Leistungen für die entstehenden Kosten nicht in Vorlage; die Bezahlung der „konsumierten“ Leistung wird vielmehr von der Krankenkasse über die Kassenärztliche Vereinigung vorgenommen. Ein Versicherungssystem aber, das im wesentlichen auf dem Prinzip des sozialen Ausgleichs basiert, kann den marktwirtschaftlichen Gesetzmäßigkeiten von Angebot, Nachfrage und Preisregulativ nicht in vollem Umfang genügen. Solche Gesetzmäßigkeiten sind aber in Teilbereichen und im jeweils angemessenen Umfang denkbar und möglich.

Durch hohen Beschäftigungsstand im Gesundheitsbereich Förderung des Wohstandes

Gleichwohl trägt dieses Versicherungssystem, das trotz der Problematik der Kostensteigerungen wohl als einzigartig in der Welt zu bezeichnen ist, nicht unerheblich dazu bei, ein zweites von mir genanntes Ziel der sozialen Marktwirtschaft zu realisieren, nämlich durch hohen Beschäftigungsstand auch wachsenden Wohlstand zu erreichen. Einige wenige Zahlen mögen dies verdeutlichen: Unser Gesundheitswesen, das etwa zu 58 Prozent durch die gesetzliche Krankenversicherung, wenn auch nicht nach marktwirtschaftlichen Gesichtspunkten finanziert wird, beschäftigte im Jahre 1976 in Bayern rund 146 000 Personen; das sind rund drei Prozent aller Erwerbstätigen in Bayern. Überwiegend handelt es sich dabei um qualifizierte und auch um krisensichere Arbeitsplätze. Ohne Übertreibung kann man daher sagen, daß der Gesundheitsbereich ein nicht unerheblicher stabilisierender Faktor in unserer gegenwärtigen Arbeitsmarktsituation ist.

Gesundheitswesen und „soziale“ Sicherheit

Als drittes Ziel der sozialen Marktwirtschaft habe ich zu Beginn meiner Ausführungen die soziale Sicherheit und Gerechtigkeit herausgestellt. Ein marktwirtschaftlich orientiertes Gesellschafts- und Wirtschaftssystem wird man dann als „sozial“ bezeichnen und werten können, wenn es aufgrund seiner wirtschaftlichen Leistungsfähigkeit die Voraussetzungen für ein optimales System sozialer Sicherheit schafft und wenn es durch gerechte Einkommens- und Vermögensverteilung für soziale Gerechtigkeit sorgt. Diesen engen Zusammenhang zwischen Sozial- und Wirtschaftspolitik hat Müller Armack so präzisiert: „Die soziale Marktwirtschaft ist eine ordnungspolitische Idee, deren Ziel es ist, auf der Basis der Wettbewerbswirtschaft die freie Initiative mit einem gerade durch die Marktwirtschaftsleistung gesicherten sozialen Fortschritt zu verbinden.“ Das heißt nichts anderes – ich habe eingangs schon darauf hingewiesen –, daß die hohen Kosten im Sozialbereich, insbesondere auch im Gesundheitswesen, nur durch ein stetiges qualitatives und quantitatives

volkswirtschaftliches Wachstum und damit eigentlich nur durch die Maximierung des Sozialprodukts finanziert werden können.

Steigerungsraten im Gesundheitswesen höher als im Dienstleistungssektor

In der Praxis sieht es so aus, daß die jährlichen Wachstumsraten des Bruttosozialprodukts mit durchschnittlich zehn Prozent in den Jahren 1970 bis 1975*) weit unter dem Wachstum des Gesundheitswesens liegen, dessen durchschnittliche jährliche Wachstumsrate im gleichen Zeitraum bei sage und schreibe 20 Prozent lag. In Anbetracht dessen, daß der tertiäre, d. h. der Dienstleistungssektor, erheblich schneller wächst als das Gesamtbruttosozialprodukt, wäre das zunächst noch nicht beängstigend. Eine Analyse des gesamten Dienstleistungssektors ergibt aber, daß dieser von 1970 bis 1975 durchschnittlich um etwa 13 Prozent gestiegen ist, d. h., die Steigerungsraten im Gesundheitswesen liegen etwa um die Hälfte höher als die vergleichbaren Wachstumsraten im Dienstleistungssektor. Diese gravierende Differenz kann man nicht mehr allein damit erklären und begründen, daß der Anteil der alten Menschen, die naturgemäß die höchsten Kosten im Gesundheitsbereich verursachen, in den letzten zehn Jahren von 12 Prozent auf 14,3 Prozent angestiegen sei oder das Gesundheitsbewußtsein um so viel besser geworden wäre.

Diese überproportionalen Steigerungsraten im Gesundheitssektor kann aber auch eine florierende

*) d. h. von 679 Mia OM 1970 auf über 1030 Mia OM im Jahre 1975

Marktwirtschaft wie die unsere auf die Dauer nicht verkraften, das heißt, es müssen auch weiterhin wirksame Mittel und Wege zur Kostendämpfung im Gesundheitswesen gesucht werden. Der Idee und dem Vorschlag, mit einem festen Prozentsatz am Sozialprodukt die Kosten im Gesundheitswesen zu begrenzen, möchte ich dabei allerdings nicht folgen: Allzu negativ sind die Erfahrungen in einem staatlichen Gesundheitswesen, dessen Kosten durch eine zentrale Stelle unabhängig vom Bedarf festgelegt werden.

Privatinitiative kann nicht alle Bedürfnisse im Gesundheitswesen decken

Wenngleich diese Beispiele deutlich zeigen, wie wenig staatlicher Dirigismus zu einer qualitativen Verbesserung im Gesundheitswesen beitragen kann, so besteht doch kein Zweifel, daß nicht alle Bedürfnisse des Gesundheitswesens durch Privatinitiative gedeckt werden können.

Gemeinschaftsbedarf wird durch privatwirtschaftlichen Sektor erwirtschaftet

Eine Reihe von Diensten und Einrichtungen, die nicht gewinnbringend sind, und die — um in der Sprache des Wirtschaftlers zu sprechen — dem Gemeinschaftsbedarf zuzuordnen sind, können überwiegend wohl nur durch den öffentlichen Sektor befriedigt werden. Ich denke hier insbesondere an das Krankenhauswesen. Die für diesen Bereich erforderlichen Mittel müssen durch Überschüsse des produktiven Sektors, der in unserer Marktwirtschaft weitgehend mit dem privatwirtschaftlichen Sektor identisch

ist, erwirtschaftet werden. Ein hoher Grad an wirtschaftlicher Effizienz, wie ihn nur die freie soziale Marktwirtschaft erbringen kann, ist aber Voraussetzung für große Leistungen der öffentlichen Hand im Gesundheitswesen. Wenn Sie bedenken, daß allein in Bayern vom Land, von den Kommunen und vom Bund im Jahre 1977 733 Mio DM und im Jahre 1978 Haushaltsmittel in Höhe von 727 Mio DM für Investitionen im Krankenhauswesen bereitgestellt worden sind, und wenn Sie weiter in Rechnung stellen, daß wir in der Bundesrepublik Deutschland mit 80 Akutkrankenbetten bzw. mit 118 Betten insgesamt je 10 000 Einwohner mit an der Spitze in Europa liegen, so wird deutlich, welche entscheidende Bedeutung eine gut funktionierende soziale Marktwirtschaft für das Gesundheitswesen hat. In der Bettenmeßziffer liegt zwar Schweden mit 166 Betten je 10 000 Einwohner noch deutlich über unserer Bettenmeßziffer. Dies hängt mit dem schwedischen System zusammen und wird in der Bundesrepublik Deutschland durch eine wesentlich höhere Arztdichte mehr als ausgeglichen. So hat in Schweden ein Arzt, und zwar im allgemeinen ein öffentlich bediensteter Arzt, 619 Einwohner, in der Bundesrepublik Deutschland dagegen nur 488 Einwohner zu versorgen.

Ungeachtet dieses hohen Standards stehen wir jedoch noch vor der schwierigen Aufgabe, die Kostensteigerung im Gesundheitswesen auf ein vertretbares Maß zu reduzieren.

Anschrift des Verfassers:

Ministerialdirektor Dr. jur. Hans Schmatz,
Winzerstraße 9, 8000 München 40

Prostamed®

Periurethrale Adenome Stadium I und II • Chronische Prostatitis • Reizblase

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

Dosierung: 3 x täglich 2–4 Tabletten einnehmen.

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

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



Die Arthroskopie des Kniegelenkes

von H. Wiesinger

Aus der Abteilung für Unfallchirurgie (Leiter: Professor Dr. med. K. Walcher) der Chirurgischen Klinik der Städtischen Krankenanstalten Bayreuth

Das akut traumatisierte Kniegelenk stellt uns im allgemeinen vor keine schwierigen diagnostischen Probleme. Es kann mit den üblichen klinischen und röntgenologischen sowie laborchemischen Untersuchungsmethoden abgeklärt und einer entsprechenden Behandlung zugeführt werden.

Schwierig wird dagegen die Diagnostik des veralteten Kniebinnenschadens. Mehr und mehr werden wir in Klinik und Praxis mit derartigen „Problemfällen“ konfrontiert. Als ultima ratio konnte bislang nur die Probearthrotomie weiteren Aufschluß über den Charakter der vorliegenden pathologisch-anatomischen Läsion geben.

Besonders intensiv suchen Chirurgen und Orthopäden gemeinsam seit Anfang der siebziger Jahre mit Hilfe der Arthroskopie solche Fälle frühzeitiger diagnostisch abzuklären und einer kurativen Behandlung zuzuführen. So wurde sie in den letzten Jahren – auch im deutschsprachigen Raum – zunehmend an den Kliniken routinemäßig als willkommene ergänzende Untersuchungsmethode im Rahmen der Kniegelenksdiagnostik aufgenommen.

Geschichtlicher Rückblick

Erste Untersuchung, mit einem Laparoskop das Kniegelenkinnere zu betrachten, gehen auf den Schwei-

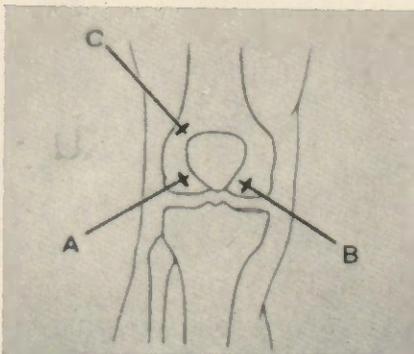


Abbildung 1

zer Chirurgen Eugen Bircher (1919) zurück. Von ihm stammt auch der erste klinische Bericht. Der entscheidende Durchbruch gelang der Arthroskopie erst in den letzten beiden Jahrzehnten mit der Verbesserung der optischen Systeme und der Lösung des Problems der Lichtquelle. Maßgeblich beteiligt daran sind die Japaner Watanabe, Takeda, Ikeuchi, in Amerika Jackson und O'Connor, in Europa Eikelaar, Gillquist, Glins, Henche, Kieser, Wruhs u. a.

Instrumentarium

Von den Firmen werden im Prinzip gleichwertige Arthroskopiesysteme angeboten. Von Bedeutung: Die unterschiedliche Dicke des Arthroskops, Linsenqualität und Anschlußmöglichkeiten am Instrumentarium (Henche).

Standardisiert empfiehlt sich folgende Zusammenstellung eines arthroskopischen Instrumentariums:

Trokarhülse, 5 mm dick, mit Anschlußmöglichkeit für Spülung und Füllung des Kniegelenkes. Optik (Stablinsoptik) als Gerade-aus-Optik, 30 Grad-Winkel-Optik und 70 Grad-Winkel-Optik. Routinemäßig werden die Gerade-aus-Optik und die 70 Grad-Optik eingesetzt. Der Lichtleiter mit Kaltlichtquelle und eingebautem Elektronenblitz vervollständigen die Grundausrüstung.

Als weiteres Zubehör: Endokamera zur Dokumentation von endoskopisch erhobenen Befunden, Doppelbetrachtungsgerät, Operationsarthroskop (6,5 mm dick). Darüber hinaus werden von der Industrie Biopsie-Zangen und anderes Instrumentarium für kleinere Eingriffe angeboten.

Technik

Die Arthroskopie ist vom Prinzip her einfach; zum Vorgehen wird ein standardisierter Ablauf empfohlen.

Der Patient wird nach vorheriger ambulanter Untersuchung und Indikationsstellung zur Arthroskopie stationär aufgenommen. Der Eingriff selbst wird unter aseptischen Bedingungen im Operationsaal in Allgemeinnarkose durchgeführt. Letztere bietet meines Erachtens die Vorteile einer vollkommenen Relaxierung und damit Ausschaltung unkontrollierter Bewegungen des Beines durch den Patienten, die Möglichkeit des Anlegens einer Blutsperrung sowie die Durchführung einer eventuell erforderlich werdenden Operation in gleicher Sitzung. Rückenlagerung des Patienten, 90 Grad abgewinkeltes Bein im Kniegelenk, Anlegen einer Oberschenkelblutsperrung, Hautdesinfektion und sterile Abdeckung. Das Einführen des Arthroskops erfolgt je nach vermuteter Lokalisation der Binneläsion (Abb. 1).

Im Regelfall erfolgt die Hautinzision lateral und distal der Patella. Weitere mögliche Zugänge sind medial/distal sowie lateral/proximal der Patella. Grundsätzlich ist derjenige Gelenkanteil am besten zu beurteilen, der von der Eingangsstelle des Arthroskops am weitesten entfernt liegt.

Vorgehen

Nach zirkumskriptor Folienentfernung Stichinzision. Mit spitzem Trokar wird die fibröse Kapsel des Gelenkes durchstoßen. Auswechseln gegen ein stumpfes Trokar, Durch-

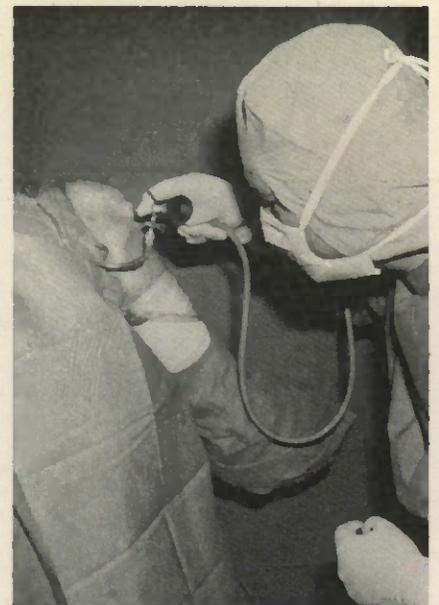


Abbildung 2

Von morgens bis morgens

sind auch die situativ überschießenden
Blutdruckspitzen des **Hypertonikers** unter Kontrolle.
Mit 1x1 Tablette täglich.



Ausgeprägt kardioselektiv

TENORMIN® 100

Der Hypertonieblocker mit Langzeitwirkung

Täglich
1x1
Tablette

Zusammensetzung: 1 Filmtablette Tenormin 100 enthält 100 mg 2-(p12-Hydroxy-3-isopropylamino-propoxy)-phenyl)-acetamid (Atenolol).

Indikation: Hypertonie.

Kontraindikationen: AV-Block 2. und 3. Grades, nicht kompensierte Herzinsuffizienz und Bradykardie (Ruhepuls vor Behandlung unter 55 Schläge/Min.) Bei Schwangerschaft wird die übliche Vorsicht empfohlen.

Nebenwirkungen: Vereinzelt Kribbeln und Kältegefühl in den Extremitäten, Muskelermüdung, Bradykardie, Schlafstörungen, Durchfall bzw. Verstopfung, Übelkeit sowie Verstärkung einer bestehenden Herzinsuffizienz.

Dosierung: 1 mal täglich 1 Tablette. Bei nicht ausreichendem blutdrucksenkendem Effekt empfiehlt sich die zusätzliche Gabe eines Saluretikums.

Wechselwirkungen: Bei Diabetikern kann unter Umständen eine Anpassung der Diabetestherapie notwendig sein. Vor einer Narkose sollte der

Anaesthetist über eine eventuelle Behandlung des Patienten mit Tenormin informiert werden.

Hinweise: Infolge der ausgeprägten Kardioselektivität ist der Einfluß auf Atemwegswiderstand und Blutzuckerspiegel gering. Trotzdem wird bei Patienten mit obstruktiven Atemwegserkrankungen Vorsicht empfohlen. Eventuelle Bronchospasmen können durch Bronchodilatoren rasch aufgehoben werden. Bei Patienten mit eingeschränkter Nierenfunktion wird Dosisanpassung empfohlen. Bei Bestehen einer koronaren Herzkrankheit soll Tenormin nicht plötzlich abgesetzt werden.

Antidote: Altopin, Orciprenalin.

Handelsformen und Preise:

Packung mit 20 Tabletten DM 35,84, Packung mit 50 Tabletten DM 74,91.

Packung mit 100 Tabletten DM 136,31, Anstallpackung.

Stand April 1979



ICI-Pharma Arzneimittelwerk Plankstadt

stoßen der Synovialis und Eingehen in das Gelenk. Spülen des Gelenkes mittels Ringerlösung unter Nebacetin-Zusatz. Anschließend Auffüllen des Gelenkes mit Flüssigkeit oder Gas (CO₂). Beginn mit der arthroskopischen Untersuchung (Abb. 2).

Zum Ablauf der Untersuchung hat sich folgendes Schema bewährt:

Betrachtung der Patellahinterfläche und Beurteilung deren Knorpelzustand. Inspektion des Recessus suprapatellaris. Anschließend Überprüfung der Femorkondylen, deren Knorpelüberzug sich gut beurteilen läßt. Das Arthroskop folgt dem Femorkondylus bei gleichzeitiger Flexion des Kniegelenkes; so gelingt es leicht, auch den Meniskus zu erkennen und zu über zwei Drittel voll einzusehen. Inspektion der Interkondylenregion mit Beurteilung des vorderen Kreuzbandes und des Hoffaschen Fettkörpers. Beim Zurückziehen des Arthroskops Betrachtung der gleichseitigen Gelenkkammer. Abschließend fotografische Dokumentation der relevanten Befunde, Ablassen des flüssigen oder gasförmigen Mediums, Entfernen des Arthroskops, Verschluss der Hautinzision.

Eigenes Krankengut, Erfahrungen

Seit September 1977 wurden an unserer Abteilung bislang über 70 Arthroskopien durchgeführt. Zur Auffüllung des Knieinnenraumes verwendeten wir Ringerlösung, die Umstellung auf Gasinsufflation (CO₂) steht unmittelbar bevor.

Ohne im einzelnen auf das Krankengut eingehen zu wollen, halten wir es für sinnvoll, in diesem Zusammenhang auf die Abhängigkeit der Treffsicherheit der Arthroskopie zur Erfahrung des „Arthroskopeurs“ hinzuweisen.

Wie von allen Autoren klarge stellt wird (zuletzt auf dem Kieler-Arthroskopie-Symposium, März 1978) wird die „Trefferquote“ mit zunehmender Zahl der Arthroskopien immer besser und steigt bei großer Erfahrung auf über 95 Prozent.

In Übereinstimmung mit der Literatur waren unsere Resultate bei den ersten 25 Arthroskopien niederschmetternd, die Trefferquote lag bei etwa 30 Prozent. Dies muß man auf anfängliche, erhebliche techni-

sche Schwierigkeiten und auf die Problematik der Einordnung von Arthroskopiebefunden hinsichtlich ihres Krankheitswertes zurückführen.

Bei den folgenden 20 Arthroskopien ließ sich die Trefferquote auf über 70 Prozent steigern. Die Trefferquote liegt an unserer Klinik inzwischen bei über 90 Prozent. Komplikationen haben wir nicht beobachtet. Dieser Hinweis ist unseres Erachtens deshalb so wesentlich, weil die Arthroskopie nur dann eine Bereicherung in der Kniegelenksdiagnostik sein kann, wenn sie entweder zur Vermeidung eines Eingriffes führt oder die Indikation zu einem chirurgischen Vorgehen stellt.

Indikation

Die Arthroskopie ist nach Henche dann indiziert, wenn es mit klinischen und röntgenologischen Kontrollen einschließlich der Arthrographie des Kniegelenkes nicht gelingt, allgemeine Symptome ausreichend zu klären.

Unter den Indikationen steht neben strittigen Meniskusküsläsionen der Verdacht auf eine Knorpelschädigung an erster Stelle. Hinzu kommt die Abklärung von Schädigungen des Kreuzbandapparates, osteochondralen Frakturen und chronischen Reizergüssen ohne vorangegangenes Trauma.

Vorteile der Arthroskopie, insbesondere gegenüber der Probearthrotomie

1. Die Morbidität ist unvergleichlich geringer. Der stationäre Aufenthalt bleibt auf maximal zwei bis drei

Tage beschränkt; die Arbeitsfähigkeit ist nur für wenige Tage beeinträchtigt, sofern der Patient von seiner Knieaffektion her arbeitsfähig ist.

2. Der Informationswert der Arthroskopie ist größer, man sieht mehr von den Strukturen des Gelenkes als bei einer Probearthrotomie. Die Knorpelflächen des gesamten Gelenkes können fast voll umfänglich beurteilt werden.

3. Die Diagnose kann im allgemeinen frühzeitiger gestellt, der Patient somit schneller einer adäquaten Therapie zugeführt werden; oder es kann über die Arthroskopie eine erforderliche Therapieänderung erfolgen. Bei negativem Befund ist eine Operation vermeidbar.

4. Ein positiver Arthroskopiebefund versetzt den Operateur in die Lage, den Eingriff genau zu planen hinsichtlich Zugang bzw. Schnittführung.

5. Die Arthroskopie ist wiederholbar; damit ist sie wertvoll für Verlaufskontrollen.

6. Kleinere Eingriffe, wie gezielte Biopsien usw., sind möglich.

7. Mit der fotografischen Erfassung des Befundes ist eine Dokumentation möglich, wichtig nicht zuletzt aus forensischen und versicherungsrechtlichen Gründen.

Zeitpunkt der Arthroskopie

Nach allgemeiner Übereinstimmung wird unmittelbar nach einem Trauma die Arthroskopie aus mehreren Gründen abgelehnt. Die Arthroskopie erfolgt dann, wenn ungeklärte Kniebeschwerden nach einem Trauma andauern. Selbstverständlich

Höchst- und Mindestbeitrag zur Bayerischen Ärzteversorgung für das Jahr 1979

Der Höchstbeitrag zur Bayerischen Ärzteversorgung für das Jahr 1979 beträgt

DM 21 600,

der Mindestbeitrag

DM 1080.

sollte bei klarer Symptomatik ohne vorausgehende Arthroskopie operiert werden.

Komplikationen

Nach einer kürzlich zusammengestellten Sammelstatistik in verschiedenen europäischen Kliniken wurde unter über 4000 Arthroskopien kein einziger klinisch relevanter Infekt bekannt. In Abhängigkeit zur Erfahrung des arthroskopierenden Arztes wurden sehr selten Knorpelläsionen durch das Instrument, Einklemmung und Verbiegung des Instrumentes bei gleichzeitigem Taktieren des Arthroskopes und des Beines, kleinere Blutungen sowie Verschleppen von Folienanteilen ins Gelenk und Hautemphysem bei Gasinsufflation beschrieben. Diese lassen sich sämtlich bei sorgfältigem Vorgehen und nach Erlangung genügender Erfahrung vermeiden.

Zusammenfassung

Die Arthroskopie stellt neben Klinik, Punktion, Laborchemie und Röntgen eine zusätzliche wertvolle Untersuchungsmethode zur Beurteilung unklarer (insbesondere posttraumatischer) Kniegelenksbeschwerden dar. Mit Nachdruck soll darauf verwiesen werden, daß die Arthroskopie eine aufwendige Untersuchungsmethode ist, die eine strenge Indikationsstellung verlangt. Sie kommt nur in einem relativ kleinen Prozentsatz des zugewiesenen Patientengutes zur Anwendung. Für den Wert der Untersuchung ist die Erfahrung des arthroskopierenden Arztes von ausschlaggebender Bedeutung.

Literatur

- EIKELAAR, H. R.: Arthroscopie of the knee. Royal United Printers Hiltseme B. V., 1975.
GILLOUJST, J., and HAGBERG, O.: A new modification of the technic of the Arthroscopie of the kneejoint. Acte chir. scend. 142, 123 (1976)
GLINZ, W.: Die Arthroskopie bei Meniskusverletzungen. Unfallmed. Berufskr. 3/4, 106 (1976)
HENCHE, H. R.: Indikation, Technik und Resultate der Arthroskopie nach Traumatisierung des Kniegelenkes. Orthopäde 3, 178 (1974)
SCHEUER, I., und REHN, J.: Die Technik der Arthroskopie mit Lechgasfüllung. Unfallheilkunde 81, 661 (1978)

Anschrift des Verfassers:

Dr. med. H. Wiesinger, Oberarzt, Kulmbacher Straße 23, 8580 Bayreuth

Klinische Onkologie in Zusammenarbeit mit der Praxis

61. Ärztliche Fortbildungstagung Regensburg

Praxiswürdige Therapiefortschritte in der Tumormedizin?

Professor Dr. H. J. Senn, St. Gallen:
... In der Erwachsenen-Onkologie

„Krebs“ im simplifizierenden Singular existiert nicht, dafür jedoch eine große Gruppe von über 80 bezüglich Entstehung, Diagnostik und Therapiemöglichkeiten ganz unterschiedlicher Tumorkrankheiten, deren Prognose sich aufgrund feinsten mikroskopischer Unterschiede im gleichen Organ wie Tag und Nacht unterscheiden. Das Reden „vom Krebs“ züchtet nichts als mystische, negative Vorurteile, und es ist an der Zeit, daß zumindest die Ärzteschaft diesem alten verbalen Zopf absagt. Jeder dritte bis vierte unter uns erkrankt ein- oder mehrmals an einem neoplastischen Leiden. Ungefähr 20 bis 22 Prozent der Bevölkerung in der Bundesrepublik Deutschland sterben einmal an den Folgen einer der vielen unterschiedlichen Tumorkrankheiten. Auf der anderen Seite können etwa ein Drittel der Patienten mit einer neoplastischen Erkrankung heute langfristig geheilt werden.

Heute bieten sich dem Patienten – je nach Art und Ausbreitungsstadium seines Tumorleidens – drei grundsätzliche Behandlungsmodalitäten dar, deren zeitliche Staffelung und Indikation viel differenzierter und komplexer geworden sind. Alle drei Möglichkeiten (Tumorchirurgie, Tumorbestrahlung und Tumorchemotherapie) haben bei richtiger Indikation in unterschiedlichem Ausmaß potentiell kurativen und oft lediglich sinnreich palliativen Charakter.

Es ist eine leidige und ernüchternde Tatsache, daß sich die Langzeitüberlebenschance und damit die Mortalität fast aller lokal operablen Organ-tumoren im Laufe der letzten zwei bis drei Jahrzehnte nicht nennenswert verbessert haben trotz aller Radikalisierungsversuche der Chirurgie und technischen Optimierung

lokaler Strahlenverfahren. Wir stoßen hier vielmehr mit dem Einsatz optimal entwickelter, lokal bzw. regional wirksamer Behandlungsverfahren an eine konzeptmäßige Grenze, indem uns leider die bei vielen Tumoren notorisch sehr früh einsetzende lympho- und hämatogene Mikrometastasierung einen unerwünschten dicken Strich durch die Rechnung macht.

Wohl die eindrucklichsten Veränderungen in der Onkologie der letzten zehn Jahre wurden möglich durch Neuentwicklungen und einen optimaleren Einsatz vorhandener Zytostatikakombinationen. Heute dürften wir glücklicherweise, wenn auch mit aller Vorsicht, sagen, daß die Liste der potentiellen chemotherapeutisch „heilbaren“ Tumoren immerhin bereits ca. acht bis zehn Prozent aller neoplastischen Erkrankungen des Menschen umfassen. Therapie-durchbrüche erzielte die zytostatische Kombinationschemotherapie beim disseminierten Morbus Hodgkin der fortgeschrittenen Stadien 3 bis 4 sowie auch bei disseminierten Nicht-Hodgkin-Lymphomen mit 50 bis 60 Prozent vollständigen klinischen Remissionen und immerhin 30 bis 40 Prozent tumorfrei Überlebenden nach fünf und mehr Jahren. Potentiell chemotherapeutisch heilbar ist auch das äußerst bösartig verlaufende, jedoch sehr seltene Chorionkarzinom der Frau. Auch beim embryonalen und Teratokarzinom des Hodens lassen sich heute bei 50 bis 60 Prozent dieser jungen Männer klinische Vollremissionen und in wahrscheinlich 30 und mehr Prozent tumorfreies Langzeitüberleben erzielen. Auch bei der früher weitgehend hoffnungslosen Langzeitprognose der akuten myeloidischen Erwachsenenleukämie sind die Vollremissionsziffern im Laufe der letzten Jahre auf 50 und mehr Prozent angestiegen und im Laufe der letzten fünf bis acht Jahre wurde eine steigende, wenn auch derzeit prozentual noch kleine Gruppe erfreulicher Langzeitüberlebender beobachtet.

Mittelfristig palliative Resultate, d.h. häufige wertvolle Remissionen mit einem deutlichen Gewinn an Überlebenszeit und -qualität, lassen sich heute auf zytostatischen Wegen bei einer ansehnlichen Zahl primär disseminierter bzw. sekundär metastasierter Tumorkrankheiten erzielen, so insbesondere bei den chronischen myeloischen und lymphatischen Leukämien, beim generalisierten Plasmozytom und beim metastasierenden Prostatakarzinom. Auch das Mammakarzinom gehört zu dieser Gruppe, wo es immerhin bei zwei Drittel der Patientinnen heute gelingt, durch gut gewählte Kombinationschemotherapie oder Chemotherapie klinisch wertvolle Tumorrückbildungen von einer mittleren Dauer von 1,5 bis 2 Jahren zu erzielen. Eindrückliche Tumoremisionen lassen sich auch beim peritoneal disseminierten Ovarialkarzinom sowie beim kleinzelligen Bronchuskarzinom erzielen.

Schwieriger zu werten sind die derzeit lediglich kurzfristig palliativen Resultate der Chemotherapie bei Plattenepithelkarzinomen des HNO-Bereiches sowie inoperablen bzw. metastasierten differenzierten Adenokarzinomen des distalen Verdauungstraktes, der Lunge und des Corpus uteri.

Leider bleibt auch heute noch eine Gruppe von etwa 25 Prozent der Tumorkrankheiten des Erwachsenenalters zytostatisch kaum beeinflussbar. Diese Gruppe umfaßt die meisten ZNS-Tumoren, die differenzierten Adenokarzinome des proximalen Verdauungstraktes, die leider häufigen Plattenepithelkarzinome der Lunge und des Urogenitalsystems, das metastasierende Melanom und das metastasierende bzw. inoperable Hypernephrom.

Da bei vielen Tumoren durch die früh einsetzende okkulte hämatogene Mikrometastasierung keine weiteren Fortschritte von seiten lokalthérapeutischer Behandlungsverfahren (Chirurgie, Radiotherapie) zu erwarten sind, muß gerade bei diesen Formen grundsätzlich umgedacht werden: insbesondere müssen sich die bisher oft allein entscheidenden fast allgewaltigen Chirurgen und Radiotherapeuten daran gewöhnen, daß bei scheinbar „lokal operabler bzw. kurabler“ Situation bei Therapiebeginn ein umfassendes gemeinsames Therapiekonzept unter Ein-

fluß der sogenannten postoperativen adjuvanten Chemotherapie abgesprochen werden muß, weil nur damit die heute bestmöglichen Resultate zu erzielen sind.

Professor Dr. R. Sauer, Erlangen-Nürnberg:

... in der radiologischen Onkologie

Die Radiotherapie ist eine örtlich begrenzte Therapieform. In kurativer Absicht können deshalb nur lokal begrenzte Malignome angegangen werden. Bei disseminiertem Tumor kommt eine palliative Radiotherapie in Betracht als Schmerzbestrahlung, als Stabilisierungsbestrahlung oder zur Beseitigung einer Tumorobstruktion.

Fortschritte auf dem Gebiet der onkologischen Radiologie sollten sich unmittelbar an dem behandelten Patienten auswirken: durch neue therapeutische Indikationen, größere Heilungschancen und bessere Verträglichkeit, und zwar sowohl der palliativ als auch kurativ ausgerichteten Behandlung. Folgende Faktoren waren dabei bestimmend:

– Durch breitere Kenntnisse der Tumorpathologie, da die einzuschlagende Therapie sich nach der Ausdehnung eines Tumors – Größe, Lage und Nachbarschaftsbeziehung – seiner Histologie und seinem spezifischen Ausbreitungsmuster richtet. Dabei genügt es im allgemeinen nicht mehr, nur den Primärtumor zu bestrahlen. Es müssen auch die potentiellen Metastasierungswege mit in das Bestrahlungsdispositiv einbezogen werden. Bestrahlungsdosis und Fraktionierung richten sich nach der Histologie.

– Durch Weiterentwicklung der strahlentherapeutischen Technik, wobei heute die individuelle Bestrahlungsplanung ein absolutes Erfordernis ist.

Dabei bestimmt man bei dem Patienten die Tumorage, das zu bestrahlende Volumen (Zielvolumen) und sorgt für eine möglichst gleichmäßige Dosisverteilung innerhalb des Zielvolumens. Dabei sollten gesunde, vor allem die besonders strahlensensiblen Gewebe („kritische Organe“) geschont werden. Hochvolt-Therapie-Geräte gestatten bei größtmöglicher Schonung des

gesunden Gewebes, optimale tumorwirksame Dosen zu applizieren. Dies ist mit konventionellen Röntgenstrahlen – von ganz wenigen Ausnahmen abgesehen – nicht möglich. Die Vorteile der Hochvolt-Therapie sind: Die günstige Tiefendosisverteilung der energiereichen Strahlung erlauben es, an jeder beliebigen Stelle des Körpers die erforderliche Tumordosis einzustrahlen. Mit Hilfe des sogenannten Aufbaueffektes (Verlagerung des Dosismaximums in die Tiefe) werden Haut und Unterhautfettgewebe geschont, und schließlich ist die Streustrahlung aufgrund der scharfen Bündelung des Nutzstrahlenbündels gering und die Gewebedurchstrahlung homogen, was sich wiederum auf die Schonung des zu schützenden Gewebes günstig auswirkt.

Nach unserem heutigen Wissen sind weitere Fortschritte in der Krebsbehandlung weniger von neuen Großgeräten und anderen Chemotherapeutika zu erwarten als vielmehr durch eine Optimierung der einzelnen Möglichkeiten einer interdisziplinären Zusammenarbeit.

Alleinige Radiotherapie

Bei der Behandlung der malignen Lymphome sind die radiotherapeutischen Fortschritte der letzten 10 bis 15 Jahre so deutlich wie wohl bei keiner anderen Tumorgruppe. So ist der auf die Lymphknotengruppen beschränkte Morbus Hodgkin eine strahlentherapeutische Domäne. Gegenüber der konventionellen Röntgentherapie-Ära überleben heute doppelt so viele Patienten, nämlich über 73 Prozent nach fünf Jahren.

Moderne Hochvolt-Geräte ermöglichen erstmals auch eine sinnvolle Radiotherapie des Prostatakarzinoms. Je nach Ausdehnung bzw. Metastasierungsgrad wird dabei die Prostataloge inklusive oder ausschließlich der regionären Lymphknoten mit 6500 bis 7500 rd belastet.

Adjuvante Radiotherapie

Als Ergänzung zum operativen Eingriff wird entweder präoperativ oder postoperativ radiotherapiert. Einige strahlenbiologische Überlegungen lassen den Schluß zu, daß dabei die präoperative Bestrahlung der postoperativen vorzuziehen ist, wenn auch hierfür bei den meisten Tumoren der statistisch stichfeste Beweis

Tannacomp®

beherrscht
die Diarrhoe

rasch und zuverlässig
bei guter Verträglichkeit

- antibakteriell
- adstringierend
- spasmolytisch

Zusammensetzung: 1 Filmtablette enthält 500 mg Tannalbuminat und 50 mg Äthacridinlactat. **Indikationen:** Unspezifische Durchfallerkrankungen, wie z. B. Sommer- und Reisediarrhoen, Gastroenteritis, Enterokolitis, Diarrhoen bei Anus praeternaturalis. 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

noch aussteht. Mit präoperativer Bestrahlung werden im wesentlichen die drei Ziele angestrebt:

- eine Tumorverkleinerung, welche ermöglicht, nachfolgend radikal zu operieren,
- eine Verminderung intraoperativer Tumorzellverschleppung, also der Metastasierungsrate,
- eine Devitalisierung der Tumorzellen verhindert, wenn schon eine Verschleppung von Geschwulststellen stattgefunden hat, ihr Angehen als Metastasen.

Erwiesen ist inzwischen der Wert einer präoperativen Bestrahlung beim Rektumkarzinom. Hierdurch wird die Rezidivrate signifikant gesenkt. Während ohne präoperative Bestrahlung über 50 Prozent der Rezidive sich innerhalb des ersten postoperativen Jahres und 90 Prozent innerhalb von 18 Monaten manifestieren, beobachtet man sie bei den vorbestrahlten Patienten später und in geringerer Frequenz.

Am Ösophaguskarzinom wiesen Marks und Mitarbeiter 1976 erstmals an einem großen Patientengut die Überlegenheit der Kombination aus präoperativer Bestrahlung und chirurgischer Resektion nach, und zwar gegenüber allen anderen Behandlungsmethoden.

Eine neue radiotherapeutische Indikation ist die Ganzlungenbestrahlung nach Resektion eines osteogenen Sarkoms.

An palliativen Bestrahlungsindikationen sei hier die Behandlung von Hirnmetastasen erwähnt. Hirnmetastasen beeinträchtigen den Patienten durch Druckzeichen und neurologische Ausfallerscheinungen besonders dann, wenn er sich bislang noch in gutem Allgemeinzustand befand. Die Bestrahlung von Hirnmetastasen wird nur dann befürwortet, wenn keine weiteren Metastasen manifest und das Tumorgeschehen unter Kontrolle ist. Auch sollte der Patient nach abgeschlossener Behandlung noch Aussicht auf mehrere Monate beschwerdefreien Lebens haben.

Weitere Fortschritte auf dem Gebiet der Tumorbehandlung sind für die nächsten Jahre weniger von der Entwicklung neuer und gewaltiger Groß-

geräte oder von der Produktion immer anderer Chemotherapeutika zu erwarten als von dem interdisziplinären Zusammenwirken aller onkologisch tätigen Ärzte. Auf dem Gebiet der Radiotherapie müssen Voraussetzungen geschaffen werden, mit denen eine methodisch aufwendige Technik personell, räumlich und gerätemäßig verwirklicht werden kann. Der Bedarf an qualifizierten Radiotherapeuten, die das notwendige onkologische, technische und menschliche Rüstzeug mitbringen, ist groß. So lange in den meisten strahlentherapeutischen Abteilungen und Kliniken am Rande der Dekompensation unter vor allem unzulänglichen personellen Bedingungen gearbeitet werden muß, können die bislang erarbeiteten und für die Praxis verfügbaren Möglichkeiten nicht genutzt werden.

Dr. A. Feldges, St. Gallen:

... In der pädiatrischen Onkologie

Es ist eine erwähnenswerte Tatsache, daß der kindliche Krebs nach den Unfällen an zweiter Stelle der Kindersterblichkeit steht und die Infektionskrankheit in der Mortalitätsstatistik verdrängt hat.

Während sich beim Erwachsenen die Tumoren zu 80 Prozent im Verdauungs-, Genital- oder Atemsystem entwickeln, entstehen die Tumoren beim Kind zum großen Prozentsatz im Nerven-, blutbildenden und lymphatischen Gewebe. Karzinome im Kindesalter sind selten, Sarkome häufig. Bei weitem die häufigste Krebserkrankung in der Kindheit ist die akute Leukämie. An zweiter Stelle stehen die Hirn- und Rückenmarkstumoren und an dritter die soliden Bauchtumoren.

Neoplastische Erkrankungen bei Kindern wurden früher als hoffnungslos, immer tödlich endende Krankheiten angesehen. Dagegen zeigt eine Statistik der neuen Literatur, daß 30 bis 50 Prozent aller Kinder mit akuter lymphatischer Leukämie zu einer Fünfjahres- und sogar völligen Heilung gelangen. Beim Wilms-Tumor ist der Anstieg der Überlebensrate noch deutlicher, da hier die Fünfjahresüberlebensrate 70 Prozent beträgt. Aber auch bei den Weichteilsarkomen, den malignen Knochentumoren und malignen Lymphomen konnte die Pro-

gnose in den letzten Jahren deutlich verbessert werden.

Voraussetzung für jede Tumorbehandlung ist eine optimale Diagnostik. Neben der pathologisch-anatomischen Gewebsuntersuchung gehören zytochemische, immunologische, enzymatische und ultramikroskopische Methoden dazu. Unter Umständen muß das Gewebe frisch verarbeitet werden, um – wie z. B. beim Rhabdomyosarkom – mit Hilfe der Elektronenmikroskopie und Histochemie überhaupt zu einer Diagnose zu gelangen. Bevor ein Therapieplan aufgestellt wird, muß die Tumorausdehnung unter Umständen mit axialer Computertomographie, Angiographie, Szintigraphie und Ultraschall ermittelt werden.

Als Koordinator jeglicher Therapie funktioniert der pädiatrische Onkologe im Tumorteam. Ihm fällt die Aufgabe zu, im Rahmen von Behandlungsrichtlinien die verschiedenen Therapiemodalitäten zu koordinieren, zudem die adjuvante Chemotherapie zu steuern.

Bei der Untersuchung eines Kindes wird der Hausarzt bei differentialdiagnostischen Erwägungen nicht immer zuerst an ein Malignom denken. Trotzdem sollten atypische Verläufe von scheinbar gewöhnlichen Zustandsbildern (z. B. Lymphknotenschwellungen), prolongierte und unerklärliche Schmerzen und das Vorhandensein einer unerklärten, sich vergrößernden Schwellung den Arzt veranlassen, das Kind in das onkologische Zentrum zur raschen und adäquaten Abklärung einzuweisen. Da 43 Prozent aller Krebsfälle vor dem Schulalter auftreten, besteht auch eine gewisse Chance, ein bösartiges Tumorleiden anlässlich einer Routinevorsorgeuntersuchung im Säuglings- oder Kleinkindalter frühzeitig in einem asymptomatischen Stadium zu erfassen.

Nach dem initialen Spitalaufenthalt zur Feststellung der Diagnose und zur Einleitung der Therapie kommen die Patienten wieder zurück in die Nachsorge des Hausarztes. Weit aus der größte Teil der Krebsbetreuung spielt sich nämlich auf ambulanter Basis ab. Für die Überwachungsaufgabe benötigt der Hausarzt den ständigen Dialog mit dem Klinikspezialisten. Er sollte über durchzuführende Laborkontrollen, Zeitpunkt der Medikamenten-

verabreichung, Dosisanpassung bei Auftreten von hämatologischer Toxizität, bedingt durch Zytostatika u. a. mehr, genau informiert sein. Er sollte dabei das Behandlungsprotokoll kennen. Für gewisse eingreifende therapeutische Maßnahmen, wie intravenöse Injektionen von Zytostatika, Lumbalpunktionen und Knochenmarksaspirationen, wird der Patient weiterhin in die pädiatrisch-onkologische Ambulanz, wo ihn ebenfalls immer derselbe Arzt betreuen sollte, kommen müssen. Für eine gute psychische Rehabilitation des krebserkrankten Kindes ist eine vertrauensvolle Zusammenarbeit zwischen Kliniker und Hausarzt unabdingbar. Oberstes Ziel jeder Therapie ist dabei die Gewährung eines möglichst normalen Lebens zu Hause, im Kindergarten und in der Schule. Der menschlich richtige Umgang mit den kleinen Patienten und ihren Angehörigen, die viele Ängste in sich tragen und großen emotionalen Belastungen ausgesetzt sind, muß auf allen Ebenen gewährleistet sein, und auch dafür ist eine optimale Kooperation zwischen Hausarzt und Klinikarzt erforderlich.

Beitrag des niedergelassenen Arztes in der Behandlung und Betreuung onkologischer Patienten

Dr. F. van der Linde, St. Gallen:

... sinnreiche Möglichkeiten aus der Sicht der Präventivmedizin

Die bösartigen Neubildungen stehen mit etwas über 20 Prozent aller Todesfälle in der Bundesrepublik Deutschland an zweiter Stelle. Während die Krebssterblichkeit bei den Frauen seit etwa zehn Jahren leicht rückläufig ist, zeigt sie bei den Männern seit dem zweiten Weltkrieg kontinuierlich einen Anstieg von knapp einem halben Prozent pro Jahr, in erster Linie zu Lasten des Bronchuskarzinoms, das in 85 Prozent der Fälle direkt auf das Rauchen zurückzuführen ist.

Früherfassung im präventivmedizinischen Sinne bedeutet das Entdecken eines pathologischen Zustandes, bevor dieser in ein Stadium tritt, in dem spontan medizinische Hilfe gesucht wird. Sie wendet sich also in erster Linie an gesunde Personen. Wenn über Sinn und Unsinn von Krebsfrüherfassungsmaßnahmen gestritten wird, liegt ein Teil der

Kontroverse darin begründet, daß oft nicht unterschieden wird zwischen dem, was technisch möglich und dem, was sinnvoll ist. Ob durch geeignete Techniken ein Tumor früh erfaßt werden kann, ist eine Frage, eine andere, ob diese frühere Erfassung auch eine echte Lebensverlängerung zur Folge hat.

An drei Beispielen, für die einigermaßen zuverlässiges Datenmaterial existiert, soll diskutiert werden, ob die Krebsfrüherfassung epidemiologisch fundiert ist.

1. Mammakarzinom

Die Ursachen des Mammakarzinoms sind nicht genügend bekannt, so daß bis heute keine primärprophylaktischen Maßnahmen empfohlen werden können. Wir sind daher ganz auf die sekundäre Prophylaxe angewiesen. Als Methoden für Filteruntersuchungen kommen neben der Anamnese praktisch die Palpation und die Mammographie in Frage. Thermographie ist in Einzelfällen ein nützliches Hilfsmittel, hat sich aber nicht durchsetzen können. In einer streng randomisierten Studie (HIP Studie) wurden in den USA zwei Kollektive von je 31 000 Frauen im Alter von 40 bis 64 Jahren seit 1963 verfolgt. Die Versuchsgruppe wurde zu jährlichen Untersuchungen mit Palpation und Mammographie aufgeboten, der Kontrollgruppe standen diese medizinischen Dienstleistungen zwar offen, sie wurde aber nicht speziell zu deren Benützung motiviert.

Die Resultate nach neun Jahren zeigen, daß bei den über 50jährigen eine Reduktion der Mortalität um ein Drittel beobachtet werden kann, während sich in der Altersgruppe unter 50 Jahren kein Effekt der Vorsorgeuntersuchung nachweisen läßt. Aus diesen und anderen Untersuchungen ergibt sich, daß eine routinemäßige Mammographie für Screening-Zwecke bei Frauen unter 50 Jahren heute nicht zu rechtfertigen ist, und daß für Mammographien bei über 50jährigen die Strahlendosis 1 rd pro Untersuchung nicht überschreiten soll.

Nun hat der praktische Arzt nicht die Entscheidung zu fällen, ob er eine ganze Bevölkerung untersuchen will, sondern er hat das einzelne Individuum vor sich. Seine Entscheidung, ob er z. B. einer symptom-

losen Frau zu einer jährlichen Mammographie raten soll, wird leichter sein, wenn er etwas über ihr individuelles Risiko aussagen kann. Ganz besonderer Betreuung bedürfen Patientinnen, die bereits ein Mammakarzinom gehabt haben oder die in der nächsten Verwandtschaft (Mutter oder Schwester) ein prämenopausales oder ein bilaterales Mammakarzinom haben. Vor allem im letzteren Fall ist das Risiko fast zehnfach erhöht. Bei der Mastopathie stellt in erster Linie die Mastopathie III ein deutlich erhöhtes Risiko dar.

2. Kolon- und Rektumkarzinom

Hier ist eine primäre Prophylaxe noch nicht möglich. Als sekundärprophylaktische Maßnahmen im Sinne von Filteruntersuchungen kommen die Rektaluntersuchung und die Untersuchung auf okkultes Blut in Frege, eventuell noch die Proktosigmoidoskople. Über den Erfolg von systematischen Filteruntersuchungen im Bereich des Dickdarms liegen erstaunlich wenige zuverlässige Daten vor. Wir wissen zwar, daß mit dem Hämooccult-Test zwei- bis fünfmal mehr Dickdarmkarzinome — als normal erwartet — entdeckt werden können, viele davon in einem lokalisierten Stadium. Ob die Mortalität durch systematische Anwendung dieses an sich bestechend einfachen Tests aber wirklich gesenkt wird, ist noch unbekannt. Für die tägliche Praxis wird es wiederum nützlich sein, die besonders gefährdeten Bevölkerungsgruppen zu identifizieren. Sowohl das Rektum- wie auch das Kolonkarzinom sind vor dem 40. Lebensjahr ausgesprochen selten, so daß beim Fehlen von Risikofaktoren die jüngeren Altersgruppen für systematische Vorsorgeuntersuchungen weitgehend außer Betracht fallen. Zu den Risikofaktoren gehört Dickdarmkrebs in der Familie, bei Frauen früherer Brust- oder Genitalkrebs, ein früheres Kolon- oder Rektumkarzinom und vor allem die chronische Colitis ulcerosa, mit zehnfach erhöhtem und die familiäre Polyposis mit 10- bis 25fach erhöhtem Risiko. Vor allem die letzten beiden Gruppen erfordern eine enge Überwachung.

3. Zervixkarzinom

Obwohl der streng epidemiologische Beweis für die Effektivität

des Zervix-Screening fehlt, lassen indirekte Beweise aber doch den Schluß zu, daß breit angelegte Filteruntersuchungen zur Früherfassung des Zervixkarzinoms mit großer Wahrscheinlichkeit sinnvoll sind. Bedeutsam dabei ist die von anderen Krebsarten abweichende Altersstruktur, die sich vor allem beim Carcinoma in situ mit einem Häufigkeitsgipfel um das 35. Lebensjahr feststellen läßt. Weiterhin fällt auf, daß vor allem der frühe Beginn der sexuellen Aktivität eine wesentliche Rolle spielen kann.

Abschließend sei noch auf die besondere Stellung des Bronchuskarzinoms hingewiesen, da hier eine primäre Prophylaxe betrieben werden kann. Wir wissen, daß ca. 85 Prozent der Fälle direkt auf das Rauchen zurückzuführen ist. Das heißt, daß von den Lungenkrebsfällen in der Bundesrepublik Deutschland nach dem heutigen Stand der medizinischen Erkenntnisse jährlich etwa 20 000 Todesfälle vermeidbar wären. Es gibt sogar glaubhafte Schätzungen, nach denen bei vollständiger Elimination des Rauchens die Krebsmortalität gesamt um etwa 20 Prozent gesenkt werden könnte. Es ist wohl eine besondere Ironie unserer Zeit, daß wir einerseits Millionen in die Krebsforschung stecken, andererseits aber dieses Problem trotz genügender medizinischer Fachkenntnisse nicht in den Griff bekommen.

*Professor Dr. W. M. Gallmeier,
Nürnberg:*

... Voraussetzung aus der Sicht des medizinischen Onkologen

Geht man davon aus, daß der Patient für sich das Bestmögliche an Diagnostik und Behandlung, kurze Krankenhausaufenthalte und wenig Arztwechsel möchte, daß der Hausarzt seinen Patienten so lange wie möglich sinnvoll betreuen will, daß das regionale Krankenhaus — auch in hämatologischen und onkologischen Fällen — eine stationäre Grundversorgung bieten kann, und daß es schließlich der Wunsch des onkologisch-hämatologischen Zentrums ist, eine Therapie nach dem jeweilig neuesten internationalen Stand anzubieten, so ergeben sich für die Behandlung Krebskranker eine Reihe zwingender Forderungen:

— Patientenferne Großtumorzentren allein sind nicht ausreichend.

— Patientenferne „Krebskliniken“ stellen heute keine Lösung mehr dar.

— Die regional organisierte Krebsversorgung unter Mithilfe einer onkologisch-hämatologischen Fachabteilung bietet die notwendige patientenfreundliche optimale Behandlung.

— Die Organisation einer solchen regionalen Krebsversorgung kann nicht schematisch festgelegt werden, sie ist regional unterschiedlich und nur unter dem Gesichtspunkt der Funktionalität zu betrachten.

— Das Hauptproblem in einer regionalen Krebsversorgung ist der Informationsfluß zwischen allen Beteiligten.

Wir kennen heute eine Reihe von bösartigen Erkrankungen mit ganz verschiedenen therapeutischen Möglichkeiten. Neben den grundsätzlich heilbaren, gibt es die Krankheitsgruppe derjenigen, bei denen eine Linderung bestehender Beschwerden und eine Verlängerung lebenswerten Lebens erreicht werden kann. Und schließlich ergibt sich die Gruppe derjenigen Krebserkrankungen, bei denen nur noch pflegerische symptomatische Maßnahmen möglich sind.

Nur sieben Prozent aller bösartigen Erkrankungen gehören zur Gruppe der grundsätzlich heilbaren Krebserkrankungen. Dazu gehören die malignen Lymphome, der Morbus Hodgkin, die bösartigen Nichtsemim-Hodentumoren, das Chorionkarzinom der Frau und andere. Gerade weil hier eine optimale Chance zu nutzen ist, muß der Hausarzt rechtzeitig die Weichen stellen, d. h., die Überweisung in die hämatologisch-onkologische Fachabteilung vornehmen, da nur hier die neuesten Therapiefortschritte angewandt werden können. Ein Patient mit Morbus Hodgkin wird also in der Fachabteilung behandelt werden müssen, Zwischenkontrollen werden beim Hausarzt durchgeführt.

Die Gruppe der Krebserkrankungen, die mit palliativem Ziel behandelt wird, macht etwa 25 Prozent aller Krebserkrankungen aus. Die Verlängerung eines lebenswerten Lebens ist hier das Ziel der Therapie. Beispiel sind das Mammakarzinom,

das Ovarialkarzinom, das Plasmozytom und die akute Leukämie des Erwachsenenalters. Hier wird der niedergelassene Arzt bei Diagnosestellung wiederum die Überweisung in die Fachabteilung vornehmen. Dort wird nach interdisziplinärem Konsil ein konkreter Behandlungsplan erarbeitet, der dann in sehr enger Zusammenarbeit mit dem niedergelassenen Arzt durchgeführt wird.

Die letzte Gruppe von Patienten mit bösartigen Erkrankungen ist diejenige, bei der von vorneherein feststeht, daß medikamentöse Maßnahmen ohne günstige Wirkung sind. Bei dieser Gruppe von Kranken geht es besonders darum, sie möglichst lange zu Hause und in ihrem Lebenskreise zu belassen. Symptomatische Maßnahmen können zwischen Klinik und Praxis abgesprochen werden.

Niedergelassene Ärzte, die sich um die Führung von Patienten mit bösartigen Erkrankungen annehmen, müssen eine Reihe von Voraussetzungen erfüllen. Es müssen zunächst die technischen Gegebenheiten vorhanden sein, ohne die eine solche Zusammenarbeit nicht möglich ist. Der niedergelassene Arzt muß in der Lage sein, z. B. die notwendigen Laborparameter, d. h. ein komplettes Blutbild einschließlich von Thrombozyten und die blutchemischen Untersuchungen, darunter Fermente oder Serum-Kalzium, Harnstoff und Kreatinin, zu untersuchen. Der niedergelassene Arzt sollte ferner über Räumlichkeiten verfügen, in denen er die notwendige ambulante Infusionstherapie applizieren kann. Neben diesen technischen Gegebenheiten bedarf es der fachlichen Bereitschaft, sich mit dem Problem der Krebserkrankungen intensiv zu beschäftigen. Hierzu gehört das Wissen um die bösartigen Erkrankungen und insbesondere um deren Pharmakotherapie. Grundkenntnisse der Pharmakologie zytostatischer Substanzen, darunter die Dosierung, die Applikationsart und die Nebenwirkungen, müssen dem niedergelassenen Arzt geläufig sein. Er sollte insbesondere Erfahrungen über onkologische Notfälle besitzen. Eine Infektion bei einem Patienten in der leukopenischen Phase z. B. ist ein onkologischer Notfall und bedarf der Klinikeinweisung, eine Hyperkalzämie, die sich an ganz uncharakteristischen Verschlechterungen im Gesamtzustand, beispiels-

Syntaris®

Bei Heuschnupfen und anderen allergischen Rhinitiden

Syntaris®

wirkt direkt und überzeugend
antiallergisch und
antiphlogistisch

Syntaris®

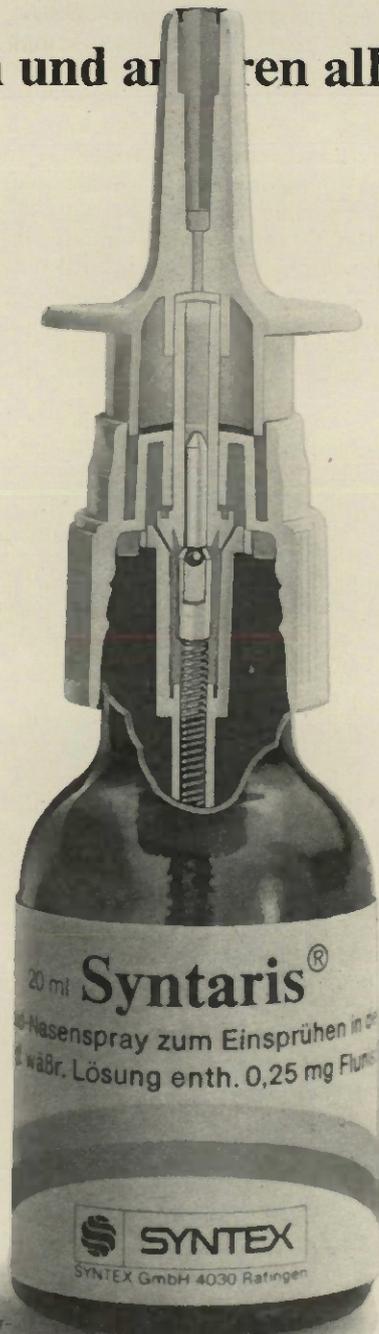
exakte Dosierung durch
Mikrozerstäuber ohne Treibgas



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®

ein mikrofeiner Nebel wirkt
direkt und lokal auf der
gesamten Nasenschleimhaut

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. Seiten 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.

weise bei hormonbehandelten Mammarkarzinom-Patienten, äußert, ist lebensbedrohlich, jedoch durch eine entschlossene Therapie in der Klinik voll reversibel. Ein beginnendes Querschnittssyndrom bei einem malignen Lymphom ist ein Notfall, der irreversible Schäden nach sich zieht, wenn er nicht sofort erkennt und durch Bestrahlung oder Entlastungsoperation behandelt wird. Es ergeben sich aber auch Anforderungen an das menschliche Engagement des niedergelassenen Arztes. Die Betreuung von Krebspatienten gehört zu dem Schwierigsten und Zeitraubensten in der täglichen Praxis.

Dr. J. H. Hartlapp, Bonn:

... häufige Fehler im Umgang mit Zytostatika in Klinik und Praxis

Die medikamentöse Behandlung lokal nicht mehr angehbarer oder disseminierter, maligner Tumoren ist heute eines der differenziertesten Gebiete der Pharmakotherapie geworden. Die medizinische Onkologie mit ihrer Beziehung zur klinischen Pharmakologie, Biochemie, Endokrinologie und Immunologie hat sich in den letzten zehn Jahren sprunghaft entwickelt. So gehören ca. 30 Pharmaka mit unterschiedlichen Angriffspunkten und verschiedenartigsten Nebenwirkungen zum therapeutischen Rüstzeug eines internistischen Onkologen. Die Kombination mehrerer Zytostatika mit unterschiedlichem Wirkmechanismus hat sich gegenüber einer Monotherapie weitgehend durchgesetzt. Da es sich fast immer um eine Langzeittherapie handelt, ist die Durchführung nur in Zusammenarbeit mit dem zuweisenden Hausarzt praktikabel. Aufgrund der rasanten Entwicklung dieses Teilgebietes der Inneren Medizin, der geringen therapeutischen Breite der angewendeten Pharmaka und der Gefahr der Potenzierung der Wirkungen wie Nebenwirkungen ergeben sich viele Fehlerquellen und Risiken für den Patienten.

Dem Hausarzt wird nach einer chirurgischen Intervention oder einer Bestrahlung die Nachsorge leider meist allein überlassen. Er sollte jedoch das Angebot internistisch ausgebildeter Onkologen zur Kooperation bei der medizinischen Tumorthherapie wahrnehmen. Dabei ist entscheidend, daß das behandelnde Zentrum eine klare Dosierungsvor-

schrift mit einem eindeutigen graphischen Dosierungsschema sowohl an den Patienten als auch an den weiterbehandelnden Kollegen gibt. Auch sollte die Zuverlässigkeit und Kooperationsfähigkeit des Patienten beachtet werden, wobei dann in Zweifelsfällen eine intravenöse Therapie vorzuziehen ist. Von den Nebenwirkungen der Zytostatika sind die hämatologischen weitgehend bekannt. Übersehen werden jedoch oft nephrologische, gastrointestinale, kardiologische, pulmonologische, neurologische und endokrinologische Nebenwirkungen. Nicht bekannt sind häufig auch pharmakologische Mechanismen und Interaktionen mit anderen Pharmaka. Anhand häufig gebrauchter Zytostatika soll dabei stichwortartig auf die wichtigsten Nebenwirkungen hingewiesen werden, relevante Interventionen angedeutet und die Behandlung therapieinduzierter Komplikationen erwähnt werden.

Da *Methotrexat* zu 80 Prozent innerhalb von 24 Stunden renal eliminiert wird, ist eine ausreichende Nierenfunktion vor der Behandlung festzustellen. Bei einem Serum-Kreatinin zwischen 1,5 und 2 mg % ist die vorgesehene Dosis bereits auf 25 Prozent zu reduzieren, bei Werten darüber verbietet sich die Behandlung mit diesem sonst sehr wertvollen Folsäureantagonisten. *Pleomix B[®]*, Sulfonamide und Tetracycline behindern die Resorption von *Methotrexat* aus dem Intestinum. *Penicillin* und *Cephalotin* reduzieren die Aufnahme von *Methotrexat* in die Zelle, so daß die antineoplastische Wirkung reduziert ist. Eine sogenannte Pseudoresistenz gegenüber *Methotrexat* wird durch Triamteren hervorgerufen. Besondere Bedeutung besitzt die verminderte Elimination von *Methotrexat* durch Hemmung der aktiven tubulären Sekretion durch *Salicylate*.

Adriblastin ist ein häufig gebrauchtes Zytostatikum mit weitem Indikationsspektrum. Neben der Knochenmarks- und Schleimhauttoxizität besitzt dieses Pharmakon eine ausgesprochene Kardiotoxizität. Dabei unterscheidet man einen Soforttyp, der gekennzeichnet ist durch passagere, nicht bedrohlich verlaufende Herzrhythmusstörungen und einen sogenannten Spättyp, der durch eine rasch einsetzende, therapieresistente Herzinsuffizienz gekennzeichnet ist. Der Zeitraum zwischen Einset-

zen der Kardiomyopathie und letzter *Adriblastin*-Dosis schwankt zwischen einem und sechs Monaten. Unterhalb einer Gesamtdosis von 500 mg/m² wird die klinische Manifestation einer Herzinsuffizienz jedoch nur in ein bis zwei Prozent beobachtet. Kinder wie jüngere Menschen tolerieren deutlich höhere Dosen. Eine vorausgehende oder gar gleichzeitige Bestrahlung des Myokards erhöht das Risiko der Manifestation einer Kardiomyopathie erheblich. Da mit klinischen Mitteln allein eine *Adriblastin*-bedingte Myokardschädigung äußerst schwierig zu erkennen ist, muß *Adriblastin* bei den ersten Anzeichen einer myokardialen Schädigung abgesetzt werden.

Auch bei *Bleomycin* hat sich eine kumulative Gesamtdosis herauskristallisiert (ca. 300 mg), die nicht überschritten werden soll. Knochenmark und Immunsystem werden nur minimal geschädigt, nahezu regelmäßig tritt jedoch Fieber auf. Die Toxizität richtet sich gegen die Haut mit z. B. Hyperpigmentation, Hyperkeratose, juckende Ekzeme, Alopezie, Stomatitis, Bläschenbildung oder gar Ulzerationen und gegen die Lunge mit zum Teil schwerwiegenden Schädigungen, die mit Abnahme der Lungenfunktion, feinblasigen Rasselgeräuschen, Thoraxschmerzen und diffusen basalen Infiltrationen beginnen und in einer Fibrose enden.

Unter *Vincristin* entwickeln sich häufig schon nach drei bis vier Injektionen äußerst lästige Parästhesien, Sensibilitätsausfälle und motorische Störungen bis zur kompletten Immobilisation. Da die Neurotoxizität von *Vincristin* kumulativ ist, trifft sie den Patienten häufig ausgerechnet in der Remissionsphase.

Bei Einleitung einer Chemo- aber auch Strahlentherapie sind Patienten mit schnell proliferierenden Tumoren (z. B. akute lymphatische Leukämie, maligne Lymphome, kleinzelliges Bronchuskarzinom, fortgeschrittene Hodentumoren und Chorionkarzinom der Frau) der Gefahr einer Hyperurikämie durch erhöhten Tumorzerfall ausgesetzt, die ohne Prophylaxe Innerhalb weniger Tage zu einer Niereninsuffizienz führen kann durch eine uratbedingte Tubulusnekrose mit unter Umständen letaler Urämie.

Die Diagnose und Therapie eines akuten Hyperkalzämiesyndroms,

eine bei Tumorpatienten häufig erstaunlich rasch auftretende, lebensbedrohliche Stoffwechselstörung, ist eine der klassischen Notfallsituationen in der internistischen Onkologie. Gefährdet sind besonders Patientinnen mit metastasierendem Mammakarzinom nach Einleitung einer additiven Hormontherapie und bei ausgedehnter Skelettmetastasierung, Bronchuskarzinome, das Plasmozytom, Hypernephrom, Prostatakarzinom, maligne Lymphome, besonders wenn Skelettbefall vorliegt. Trotz der klassischen Symptomatik des Hyperkalzämiesyndroms wird in Klinik und Praxis immer wieder eine schnelle Tumorprogression mit Metastasierung ins ZNS angenommen, so daß die zur Vertüfung stehenden Therapiemöglichkeiten erst gar nicht zum Einsatz kommen. Das klinische Bild, oft wechselnd und bunt; ist charakterisiert durch psychisch-neurologische Symptome wie rasch auftretende Wesensänderung mit Antriebslosigkeit, depressiver Verstimmung, Reizbarkeit, Müdigkeit, Adynamie bis zum Koma und darüber hinausgehend wechselnd gastrointestinale, nephrologische und kardiologische Störungen. Als elegante nebenwirkungsarme Behandlung hat sich in den letzten Jahren die wiederholte, niedrig dosierte Applikation von Mithramycin mit rasch einsetzender Wirkung erwiesen. Eine Prophylaxe eines hormoninduzierten Hyperkalzämiesyndroms bei Mamma- und Prostatakarzinom ist nicht bekannt. Daher sollte das Serum-Kalzium vor und ca. ein bis zwei Wochen nach Einleitung einer Hormontherapie engmaschig kontrolliert werden. Als besondere Risikofälle gelten Patienten mit ausgedehnten Skelettmetastasen, vorwiegender Bettlägerigkeit und Niereninsuffizienz, sowie solche mit bereits vorher spontan erhöhtem Serum-Kalzium.

Dr. P. Gonzenbach,
Herisau / Appenzell:

... Schwierigkeiten aus der Sicht des Hausarztes

Die Schwierigkeiten in der hausärztlichen Behandlung und Beratung von Tumorpatienten liegen auf verschiedenen Ebenen.

1. *Technische Schwierigkeiten* können in der Praxis auftreten, wenn Medikamente parenteral appliziert und z. B. Infusionen durchgeführt

werden müssen, wozu dann ein geeigneter Raum und eine entsprechende Überwachung notwendig ist. Auch labortechnisch müssen gewisse Voraussetzungen erfüllt sein, wie z. B. die Bestimmung eines kompletten Blutbildes und Überprüfung der Nierenleistung. Bei entsprechendem Engagement des Hausarztes sind diese Probleme aber grundsätzlich zu lösen, am einfachsten durch einen Besuch im onkologischen Zentrum, weil man dann für den Patienten vergleichbare Bedingungen schaffen kann, wobei schon allein dadurch das Vertrauen des Patienten in diese Behandlungsmethode gestärkt wird.

2. *Kommunikations- und administrative Probleme* spielen sicher eine sehr wesentliche Rolle, da die moderne Krebstherapie nur möglich ist, wenn die Zusammenarbeit des Hausarztes mit mehreren Spezialisten optimal gelöst ist. Der Hausarzt muß aus erster Hand über den Stand der Diagnostik bei seinem Patienten im Zentrum und der beim Spezialisten aufgetretenen neuen Probleme medizinischer, sozialer und emotionaler Art rechtzeitig ins Bild gesetzt werden, um adäquat weiter handeln zu können, wenn der Patient wieder bei ihm in der Sprechstunde sitzt. Als Kommunikationsmittel zwischen den Kollegen eignet sich eine kurze briefliche Mitteilung vorzüglich auf einem Kontrollblatt, für welches der Patient selber als Überträger dient: so ist die Information rechtzeitig (nämlich mit dem Patienten) beim Empfänger, welcher selber nicht viel durch den Fernsprecher bei seiner Arbeit gestört wird oder im Falle der Postsendung ohne Information bleibt, weil diese den Adressaten noch nicht erreicht hat. Auf der anderen Seite sollte sich auch der Hausarzt verpflichtet fühlen, den Spezialisten über seinen Patienten und den bisherigen Verlauf ausführlich zu informieren.

3. Die *lachlich medizinische Kompetenz* ist bei dem onkologischen Zentrum gewährleistet, da sich dieses notwendigerweise am internationalen Standard orientieren muß, aber auch der Hausarzt, der einen Patienten mit einer neoplastischen Erkrankung weiterbetreuen will, muß über die Grundzüge, also vor allem über Wirkungsmechanismen, Kontraindikationen und Nebenwirkungen der Zytostatika informiert sein. Um dieses zu gewährleisten, muß er sich fortbilden, aber auch die onkologischen Zentren haben die Verpflichtung, bei dem sich rasch ändernden Therapieangebot Fortbildungsveranstaltungen zu organisieren und Merkblätter für Handhabung der Zytostatika und deren Nebenwirkungen zur Verfügung zu stellen.

4. Um der menschlich-ärztlichen Herausforderung gewachsen zu sein, sind die oben angeführten Punkte sicher eine notwendige Voraussetzung. „Besonders“ geartet ist die Herausforderung des Arztes gegenüber den bösartigen Erkrankungen daher, weil „Krebs“ landläufig immer noch – oder immer wieder durch unsachliche Aufbauschung in den Massenmedien – in einem einzigen schrecklichen Tiegel von Aussichtslosigkeit, Qual und Entbehnung schmort. Neben der Handhabung spezifisch krankheitsgerichteter Maßnahmen wird der Arzt, der Krebspatienten betreut, daher auch immer gegen Verunsicherung, Angst und Verzweiflung ankämpfen müssen. Um diese Auseinandersetzung erfolgreich zu bestehen, benötigt er außer dem erwähnten gegenseitigen Vertrauensverhältnis zum Patienten noch eine verlässliche Weltanschauung, welche es ihm ermöglicht, sich selber und dem Patienten die Treue zu halten.

Referent:

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

Ergänzung: Katastrophenschutz und Rettungsdienst

Depots für besondere pharmazeutische Präparate

Weiteres Depot für besondere pharmazeutische Präparate (s. „Bayerisches Ärzteblatt“, April 1979, Seite 342):

8400 Regensburg – Krankenhaus der Barmherzigen Brüder
Prüfeningr Straße 86

Telefon: (09 41) 208-281 von Montag bis Samstag-Mittag, 208-1 (Vermittlung) von Samstag-Mittag bis Sonntag

Klinische und klinisch-chemische Methoden zur Früherkennung maligner Tumoren

Deutscher Krebskongreß 1978 in Wiesbaden

Der von Professor Dr. C. G. Schmidt, Essen, geleitete Krebskongreß begann in Wiesbaden als gemeinschaftliche Veranstaltung mit der Deutschen Gesellschaft für Innere Medizin und wurde (aus räumlichen Gründen) am Nachmittag im Mainzer Hilton-Hotel fortgesetzt.

Seinen Vortrag über **klinische und klinisch-chemische Methoden in der Frühdiagnostik** begann Professor Dr. W. Hunstein, Heidelberg, mit dem Hinweis, daß die immer wieder in den Vordergrund gestellte Früherkennung maligner Tumoren nur in beschränktem Umfang realisiert werden kann und daß Früherkennung und Heilung in vielen Fällen nicht gleichgesetzt werden dürfen. Nach Untersuchungen des Heidelberger Pathologischen Institutes werden in 50 Prozent der Fälle trotz vorliegender Symptomatik Pankreas- oder Leberkarzinome nicht diagnostiziert, Rektumkarzinome stellen sich in 10 bis 20 Prozent als Zufallsbefunde dar. Wenn verbesserte Heilungsraten eine Funktion der Behandlung vor der Krebsausbreitung sind, dann müsse eine erfolgreiche Diagnostik vor dem Auftreten klinischer Symptome angestrebt werden. Unglücklicherweise seien aber nur wenige diagnostische Tests positiv, solange der Tumor kleiner ist als zwei Zentimeter im Durchmesser. Zu diesem Zeitpunkt liegen aber bereits in 20 Prozent aller Fälle Metastasen vor, beim Mammakarzinom sogar in 27 Prozent, wenn der Tumordurchmesser erst einen Zentimeter beträgt. Als extremes Gegenbeispiel, welches die ganze Spannweite und die Fragwürdigkeit des Begriffes „Früherkennung“ deutlich macht, erwähnte Professor Hunstein jene seltenen Tumoren, welche humanes Chorion-Gonadotropin (= HCG) produzieren. Hier kann man mittels Radioimmunoassay das Hormon bereits nachweisen, wenn etwa eine Million Tumorzellen vorhanden sind, was der Größe eines Steck-

nadelkopfes entspricht. Nachweisbar sind zum gegenwärtigen Zeitpunkt aber erst 100 Millionen Tumorzellen. In solchen, gegenwärtig noch mehr theoretischen Situationen müßte man also trotz der biochemischen Frühdiagnose warten, bis die Geschwulst klinisch manifest wird.

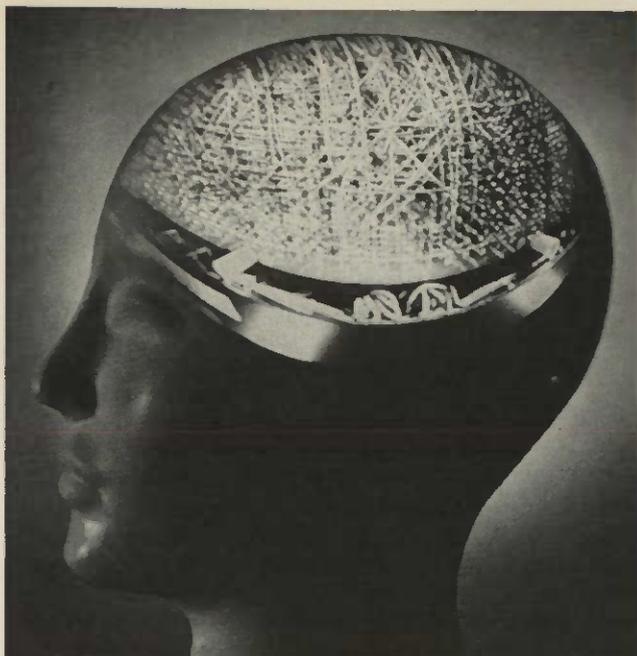
Am Beispiel der HCG-produzierenden Tumoren konnte Professor Hunstein die Wichtigkeit von Tumormarkern deutlich machen, also von charakteristischen Parametern, die für ganz bestimmte Geschwülste typisch sind. Ein idealer Tumormarker sollte durch eine möglichst empfindliche, spezifische, billige und auch möglichst automatisierbare Technik nachweisbar sein, weil nur so die erforderliche große Zahl von Proben bearbeitet werden kann. Außerdem sollte die Meßtechnik eine geringe Tumorzellmenge nachweisen können, und es sollte der Tumormarker absolut einmalig und typisch für das Geschwulstgewebe sein, also nicht bei Gesunden oder bei anderen, nicht bösartigen Erkrankungen vorkommen.

Gestützt auf seine in 24 Jahren gesammelten Erfahrungen bei vielen tausend Bronchoskopien, Bronchographien und Biopsien gab Professor Dr. A. Huzly, Stuttgart, einen **Überblick über die Bronchusdiagnostik im allgemeinen und das Bronchialkarzinom im besonderen**. Er hob hervor, daß durch die Verbesserungen der optischen Systeme heute charakteristische Mikroveränderungen entdeckt werden können, nämlich Gefäße, Falten und feine Knötchen. Eine Schleimhautfältelung gilt als ein untrügliches Tumorzeichen, doch sind diese drei Mikroveränderungen nicht als Frühzeichen zu werten, weil die Gefäßneubildung bei einem Bronchialkarzinom schon eine späte Streuungsphase darstellt und die feinen grieskornartigen Knötchen bereits als lokale Karzinose gewertet werden müssen.

Professor Huzly plädierte dafür, bei der Gewinnung von Material, insbesondere für die Zytologie, nicht nur eine Methode anzuwenden und die mit Bürste, Katheter, Kürette und Spülung abgenommenen Materialien gesondert aufzufangen. Die Färbung sollte einfach mit Hematoxylin-Eosin erfolgen und nicht etwa nach Papanicolaou. In ungeklärten Fällen müssen Bronchoskopie und Materialgewinnung in kurzen Abständen wiederholt werden, doch wenn bei maximal drei Sondierungen kein Material gewonnen wurde, sollte man weitere Versuche unterlassen.

Ausdrücklich wies der Vortragende darauf hin, daß es kein bronchologisches Zeichen gibt, welches typisch für ein frühes Tumorstadium wäre. Ein sogenanntes carcinoma in situ auf einer Carina ist eine ausgesprochene Rarität. Wenn im Zusammenhang mit dem Bronchialkarzinom von Frühdiagnose gesprochen wird, so sollte man „früh“ und „klein“ nicht verwechseln. Denn auch ein kleiner peripherer Tumor kann in Arteriolen, Venolen und Lymphgefäßen eingebrochen sein und ist dann bereits fortgeschritten. Bisher fehlt bei dieser Geschwulstform die Möglichkeit eines präoperativen staging, was bedeutet, daß die Diagnose eine rein anatomische ist. Bei der gegebenen Situation bleibt nichts anderes übrig, als durch breitere Anwendung der Bronchoskopie und durch Vergrößerung der Zahl der Untersuchten gleichzeitig auch eine größere Zahl an echten Frühfällen zu erfassen. Wenn in einer amerikanischen Veröffentlichung eine komplette segmentäre und subsegmentäre Sondierung und Spülung des ganzen Bronchialbaumes gefordert wird, um ein noch unsichtbares Karzinom zu entdecken, so wird sich eine solch extreme Forderung nicht zuletzt aus zeitlichen Gründen nicht realisieren lassen.

In seinem Vortrag über **epidemiologische und klinische Beobachtungen beim kolo-rektalen Karzinom** erwähnte Dozent Dr. R. Winkler, Hamburg, daß sich die Hamburger Hansestadt in der besonderen Lage befindet, nicht nur seit 1928 über das älteste Krebsregister in Deutschland zu verfügen, sondern auch über eine weit länger zurückreichende, durch Publikationen bis 1872 erschlossene Medizinalstatistik. Wenn seit einigen Jahren angesichts der



Wyeth Tavor®

sorgt für Distanz zum psychischen Konflikt.

Angustzustände und Angustbereitschaften 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 Zwangneurosen und Phobien; Angustzustände bei Depressionen und Schizophrenien; Beruhigung vor operativen und diagnostischen Eingriffen.

Gegenanzeige:

Myasthenia gravis.

Vorsichtsmaßnahmen:

In höherem Alter, bei Zerebralklerotikern 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 einnehmen. 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 Bewegungskoordination 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:

Präoperativ 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 leichteren dysphorischen Verstimmungszuständen beginnend mit 1-3 x 1 mg/Tag. Phobien, Angustsymptome, Tokikomanien, Alkoholentziehungskur 5 bis 7,5 mg (2 bis 3 Tabletten Tavor 2,5 pro die), Erhaltungsdosis nach initialer Dosierungseinstellung.

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 ausschleichend beendet werden.

Preise:

Tavor 1,0 OP 20, 50, AP 500 Tabletten

DM 7,19, 16,87, 109,86 H. AT.

Tavor 2,5 OP 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

unterschiedlichen kolo-rektalen Karzinominzidenzen in Populationen mit differenten Lebensgewohnheiten die Bedeutung von Ernährungsfaktoren besondere Beachtung gefunden hat, so ist in diesem Zusammenhang die statistische Feststellung erwähnenswert, daß die Prosperität vor dem ersten Weltkrieg von einer Zunahme der kolo-rektalen Karzinominzidenz von 14,5 auf 25,3 pro 100 000 Einwohner begleitet war. Zwischen den Weltkriegen und bis 1955 stagnierte die Entwicklung; Schwankungen nach unten folgten in schwersten Notzeiten zeitversetzt um annähernd zehn Jahre, also mit einem Intervall, welches den Induktionszeiten nahekommt. Nach 1955 hat eine rapide und anhaltende Zunahme der kolo-rektalen Karzinome eingesetzt, und zwar stieg die Quote der Dickdarntumoren von 17,0 auf 23,0, diejenige des Rektumkarzinoms von 14,0 auf 17,5/100 000 an. Bei einer Aufschlüsselung nach Altersklassen ergibt sich, daß diese Zunahme ausschließlich zulasten der über 60jährigen geht, hingegen ist bei den jüngeren Jahrgängen zumindest innerhalb der letzten 50 Jahre keine Änderung der Erkrankungsziffern festzustellen. Damit ist aber die reale Zunahme in den betroffenen Altersklassen weit höher, als sich dies in globalen Zahlen niederschlägt: Sie erreicht allein im Zeitraum von 1956 bis 1974 Steigerungsraten von plus 45 Prozent.

Diese epidemiologischen Daten, d. h. die Beschränkung des Anstieges der Karzinominzidenz auf ältere Jahrgänge, unterstützen nach Ansicht von Dr. Winkler die These von der Umweltbedingtheit der malignen Kolonerkrankungen, insbesondere im Hinblick auf Ernährungseinflüsse. Da sich Kolon- und Rektumkarzinom epidemiologisch unterschiedlich verhalten, müssen hier zumindest teilweise abweichende ätiologische Faktoren diskutiert werden.

Auf die Frage eingehend, inwiefern sich die Ernährung in den letzten Jahrzehnten gewandelt hat, erwähnte Dr. Winkler die Steigerung des gesamten Fleischverbrauches und mit diesem der okkulten Fette seit 1951 um 115 Prozent bei gleichzeitigem Rückgang der wichtigsten Kohlehydratträger Brot und Kartoffeln um 32 Prozent. Wesentlichen Anteil am gestiegenen Fleischverbrauch hat der Rindfleischkonsum, bei dem eine positive Korrelation mit der Kolonkarzinomhäufigkeit epidemiologisch mehrfach nachgewiesen wurde. Im Mittelpunkt der von den Arbeitsgruppen um Hill und Wynder entwickelten lipo-bilio-bakteriellen Theorie stehen die fettkorrelierten Stoffwechselfvorgänge von möglicherweise karzinogener Relevanz, wobei den Darmbakterien und speziell den Anaerobiern eine besondere Bedeutung zugemessen wird. Dabei werden auch die Zusammenhänge zwischen der fettprovozierten Gallensäureausscheidung und deren Metabolisierung durch Darmkeime diskutiert. Außerdem wird den Darmkeimen eine Bedeutung wegen ihrer Befähigung zur Bildung von Nitrosaminen, karzinogenen Metaboliten aus Aminosäuren und Fettbestandteilen zugeschrieben.

Nach den Ausführungen von Dr. R. Gnauck, Wiesbaden, hat das 1971 als **Suchtest nach Darmkrebs eingeführte Haemocult-Verfahren** seine Bewährungsprobe inzwischen bestanden, was auch daraus zu erkennen ist, daß diese Methode seit Anfang 1977 in der gesetzlichen Vorsorgeuntersuchung für alle Versicherten vom 45. Lebensjahr an verankert ist. Hierbei gelte es aber zu bedenken, daß man mit dem Haemocult-Test Blut im Stuhl, jedoch keinen Darmkrebs nachweisen kann, weshalb die Bezeichnung „falsch-positiver“ Test irreführend ist. Haemocult-positive Patienten sollten in solche mit Karzinom oder präkanzeröse Polypen, solche mit

einer anderen Blutungsquelle und solche ohne erkennbare Blutungsquelle eingeteilt werden. Dem stehen bei vorhandenem Karzinom falsch-negative Ergebnisse in etwa zehn Prozent der Fälle gegenüber.

Auf die Frage eingehend, welche Fehlermöglichkeiten bei der Suche nach okkultem Blut im Stuhl bestehen und was an der Methode noch zu verbessern ist, wies der Vortragende darauf hin, daß die wichtigsten Fehlermöglichkeiten die Zahl und Größe der Stuhlproben ist. Die Patienten müßten immer wieder darauf hingewiesen werden, daß genügend große Proben von drei aufeinander folgenden Stuhlportionen notwendig sind, um zu einer ausreichenden Treffsicherheit und Aussagefähigkeit des Testergebnisses zu kommen. Obwohl dies noch nicht exakt bewiesen werden konnte, könne man damit rechnen, daß Karzinome durch eine ballaststoffreiche Kost bzw. durch voluminösen Darminhalt auf mechanischem Weg zum Bluten gebracht werden können. Im Gegensatz zu den wiederholt ausgesprochenen Vermutungen führt der Verzehr von Blutwurst nur selten zu einem positiven Ergebnis, während der Genuß normaler Mengen von Fleisch keinen Einfluß auf diese Testmethode hat. Wie Dr. Gnauck zu berichten wußte, wurden inzwischen Tausende von Polypen und Karzinomen mit dieser Methode aufgespürt, jeder vierte bis fünfte Patient war völlig symptomfrei. Daraus könne man ersehen, daß der Nachweis von okkultem Blut im Stuhl ein aussichtsreiches Früherkennungsverfahren ist — lange bevor Serum-Eisen- und Hämoglobin-Spiegel absinken. Hinzu kommt noch, daß bei symptomfreien Patienten die sogenannte diagnostische Verzögerungsperiode verkürzt wird.

Referent:

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



RECORSAN-HERZSALBE

Das älteste, percutans Kardikum, 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. **O.P. 30g DM 6,08**

Recorsan-Gesellschaften Gräfelfing und Lüneburg

Arztrecht auf dem Prüfstand

von W. Weißauer

Der 52. Deutsche Juristentag (September 1978 in Wiesbaden) stellte sich in der Abteilung „Arztrecht“ das Thema:

„Empfiehl es sich im Interesse der Patienten und Ärzte, ergänzende Regelungen für das ärztliche Vertrags- (Standes-) und Haftungsrecht einzuführen?“

Über die Beschlüsse des Juristentags, mit denen er Änderungen des geltenden Rechts vorschlägt, ist in den Massenmedien und – zum Teil eingehend – in den medizinischen Zeitschriften berichtet worden. Das rechts- und gesellschaftspolitisch Bedeutsame und in Anbetracht der heftigen Angriffe der Massenpublizistik gegen die Ärzteschaft nahezu Sensationelle der Meinungsbildung des Juristentags zum Arztrecht liegt freilich nicht so sehr in den Änderungen und Ergänzungen des geltenden Rechts, die er empfohlen, als in denen, die er abgelehnt hat.

Der Beratungsgegenstand

Die kühle, fast distanzierte Formulierung des Themas darf nicht darüber hinwegtäuschen, daß seine Wahl als Reaktion auf eine sich krisenhaft zuspitzende gesellschaftspolitische Auseinandersetzung um Stellung und Aufgaben des Arztes verstanden werden muß.

Unmittelbarer Gegenstand der Beratungen des Juristentags waren die Rechtsbeziehungen zwischen Arzt und Patient, vor allem der Behandlungsvertrag, die Haftung für Behandlungs- und Aufklärungsfehler, weiter aber auch die in den Berufs- und Weiterbildungsordnungen niedergelegten ärztlichen Berufspflichten, soweit sie für diese Materie von Bedeutung sind. Angesprochen waren damit Kernbereiche des Arzt-Rechts, deren vertiefte Diskussion zur Analyse des Wesens der Heilbehandlung und zur Frage nach der Rechtfertigung des Heileingriffs in einer dem Grundrechtsschutz

ihrer Bürger verpflichteten Rechtsordnung zwingt.

Das Verfahren des Juristentags

Das primäre Ziel des Juristentags ist es, dem Gesetzgeber Anregungen zu geben. Vorbereitet wurden die Diskussion, die Antragstellung und die Abstimmung über das weitgespannte arztrechtliche Thema durch ein umfangreiches schriftliches Gutachten von Professor Leo Weyers, Frankfurt, das sich im wesentlichen auf den Bereich der Arzthaftung beschränkte, durch ein Referat des Bundesrichters Steffen, der dem für Arzthaftung zuständigen Senat des Bundesgerichtshofs angehört, und durch ein Korreferat des Verfassers. Nach einer lebhaften Diskussion, an der sich vor allem Rechtsanwälte und Richter, u. a. Mitglieder des für Arzthaftungsprozesse zuständigen Senats des Bundesgerichtshofs, aber auch hervorragende ärztliche Sachkenner und Vertreter der Patienten mit vorbereiteten und spontanen Beiträgen beteiligten, wurde über mehr als 30 Einzelanträge abgestimmt, von denen 19 angenommen wurden.

An der Meinungsbildung und den Abstimmungsmodalitäten des Juristentags, die es verhältnismäßig kleinen Gruppen ermöglichen, auf die Beschlußfassungen entscheidenden Einfluß zu gewinnen, wurde gerade im Anschluß an diese Tagung Kritik geübt. Sie bezog sich jedoch auf die Ergebnisse der arbeitsrechtlichen und nicht der arztrechtlichen Abteilung. Daß es solche Einflüsse geben kann, liegt auf der Hand: Der Juristentag ist ein eingetragener Verein, dem jeder Jurist als Mitglied beitreten kann; jedes Mitglied ist antrags- und abstimmungsberechtig. Objektivität und eine spezifische Sachkunde der an der Entscheidungsfindung Beteiligten ist von der Organisationsform her nicht gewährleistet und die Zahl der an der Abstimmung Mitwirkenden ist verhältnismäßig klein (in der Abteilung Arztrecht waren es etwa 130 bis 150).

Gleichwohl haben die Empfehlungen des Juristentags einen nicht zu unterschätzenden Einfluß auf die Gesetzgebung. Den Beratungen in der Abteilung Arztrecht wird man auch bei kritischer Würdigung attestieren müssen, daß sie mit viel Engagement, einem großen Maß an Sachkunde und trotz oder vielleicht gerade wegen des breiten Meinungsspektrums mit erfreulicher Objektivität geführt wurden.

Im folgenden soll nicht auf die einzelnen Empfehlungen, sondern nur auf die Grundsatzfragen eingegangen werden, die in der Abteilung Arztrecht zur Diskussion standen.

Die These von der Legitimierungsbedürftigkeit ärztlicher Tätigkeit

Bundesrichter Steffen meldete in seinem Referat rechtsstaatliche Bedenken dagegen an, daß die Rechtsbeziehungen zwischen Arzt und Patient und der ärztliche Heileingriff bisher vom Gesetzgeber nicht in Spezialbestimmungen geregelt wurden. Er meinte, der Gesetzgeber müsse im Hinblick auf die Bedeutung der mit der Heilbehandlung verbundenen Eingriffe in die Körperintegrität die Grundentscheidungen in dieser Materie selbst treffen. Um die Reichweite seiner Postulate aufzuzeigen, dürfen folgende Ausschnitte aus den Thesen, die er seinem Referat vorausstellte, zitiert werden:

„1. Die Spannung zwischen Medizin und Recht entsteht aus der Notwendigkeit, einen Berufsstand mit ausgeprägtem Autonomiebewußtsein und starkem Einfluß auf das Verhältnis zur Krankheit in die Rechtsgemeinschaft einzubinden; andererseits aus den Schranken, die System- und Sachzwänge ärztlicher Versorgung und der personale Bezug des Behandlungsverhältnisses dem Recht setzen. Wie stark das Recht Arzt und Patient schützen kann, hängt ab von der Bereitschaft zur Verständigung dar-

über, daß und wozu es die Medizin zu legitimieren hat.

2. Die Verfassung gibt dem Gesetzgeber auf, für die Lebensführung grundlegende, ebstimmungsfähige Entscheidungen der Medizin demokratisch mitverantworten und rechtsstaatlicher Kontrolle zuzuführen. Insbesondere muß er Richtung und Grenzen von ärztlicher Entscheidungsbefugnis und Patienten-Selbstbestimmung auf mehrseitigen Konfliktfeldern (künstliche Lebensverlängerung und Sterbehilfe; künstliche Insemination und freiwillige Sterilisation; Organtransplantation; wissenschaftlicher Versuch) mitbestimmen. Die Reichweite der Fremdbestimmung über abhängige Patienten durch sie schützende Dritte sollte durch gesetzliche Richtlinien deutlicher gemacht werden."

Der Korreferent hielt dem entgegen, angesichts des Hanges zum gesetzestechnischen Perfektionismus überrasche es zwar, daß der Gesetzgeber es bisher den Gerichten überlassen habe, auf der Grundlage der im BGB geregelten Vertragstypen und der Bestimmungen über die unerlaubte Handlung in Verbindung mit den strafrechtlichen Tatbeständen der Körperverletzungsdelikte ein System von Rechtsprechungsgrundsätzen zum Schutz des Patienten gegen berufliche Fahrlässigkeit und gegen eigenmächtige ärztliche Eingriffe zu entwickeln. Bei näherer Prüfung erwiesen sich die Bestimmungen des BGB in der Auslegung, die sie durch die Rechtsprechung erfahren haben, eber als ausreichend; ein Bedürfnis nach einer weiteren „Verrechtlichung“ der Arzt-Patienten-Beziehung in Spezialnormen sei nicht erkennbar.

Die höchst diffizilen Probleme in den Grenzbereichen zwischen ärztlicher Behandlungspflicht und Sterbehilfe bei infauster Prognose, die der Referent angesprochen habe, könne der Gesetzgeber beim heutigen Stand der wissenschaftlichen Diskussion nicht befriedigend lösen. Eine generalisierende Norm führe nicht über die bisherigen Ergebnisse der Rechtsprechung hinaus; eine strukturierte Regelung habe den Nachteil, daß ihre Fixierungen es den Gerichten erschwerten, in der Einzelfallentscheidung der Vielfalt der Lebenssachverhalte Rechnung zu

tragen und sich durch eine fortschreitende Differenzierung der Rechtsprechungsgrundsätze an eine abgewogene Lösung heranzutasten. Wie schwer es der Gesetzgeber in diesem grundrechtsempfindlichen Bereich habe, erweise sich am Entwurf des Transplantationsgesetzes. Ein Bedürfnis nach gesetzlichen Spezialregelungen sei allenfalls für ärztliche Eingriffe außerhalb der Heilbehandlung (z. B. die heterologe Insemination, das Humanexperiment und die operative Behandlung Transsexueller) anzuerkennen.

Bei den – hier nur skizzierten – Argumenten für und gegen eine Verrechtlichung der Arzt-Patienten-Beziehung ging es freilich nur vordergründig um die Frage, ob es sich empfiehlt, „Richterrecht“, das sich aus der Auslegung des bürgerlich-rechtlichen Vertrags- und Deliktsrechts entwickelte, durch Spezialnormen zu ersetzen, die im wesentlichen doch nur die Rechtsprechungsgrundsätze kodifizieren könnten. Es ging auch keineswegs um die Frage, ob es spezialgesetzlicher Regelungen zur Sicherung der Qualität der ärztlichen Leistungen bedarf. Bei kritischer Würdigung der Vielzahl präventiver und repressiver Maßnahmen, die diesem Zweck dienen, muß insoweit sehr viel eher von einer Normen-Hypertrophie als von einem Normen-Defizit gesprochen werden. Die substantielle Meinungsdivergenz liegt tiefer, nämlich im Verständnis der Grundrechte und ihrer Schutzfunktionen.

Die These des Referenten, der ärztliche Heileingriff harre noch der „Legitimierung“ durch den Gesetzgeber, stützt sich auf die Verpflichtung aller staatlicher Gewalt, die in Art. 2 des Grundgesetzes verbürgten Grundrechte der körperlichen Unversehrtheit und des Selbstbestimmungsrechtes zu schützen. Der Verfasser meinte demgegenüber, allein der Patient sei kraft seines Selbstbestimmungsrechts dazu berufen, über Art und Umfang des Eingriffs zu entscheiden und ihn durch seine Einwilligung zu legitimieren. Der Respekt vor der Freiheit des Individuums gebietet es, daß der Gesetzgeber sich im Rahmen seiner Schutzfunktionen auf die Abwehr von Mißbräuchen und Gefahren beschränke und nicht weiter reglementierend in die Arzt-Patienten-Beziehung eindringe, als dies von der Schutzfunktion her unerläßlich ist.

In der Schlußabstimmung fand sich eine deutliche Mehrheit für einen einleitenden Beschluß, der das – an sich selbstverständliche – „Prinzip der Regelungszuständigkeit der Rechtsgemeinschaft (des Gesetzgebers) über Inhalt und Grenzen der ärztlichen Entscheidungsbefugnisse“ betont.

Der Antrag „Rechte und Pflichten im ärztlichen Behandlungsvertrag sollen gesetzlich geregelt werden“ wurde dagegen mit etwa Zweidrittelmehrheit abgelehnt und in einem weiteren Beschluß entschied sich eine große Mehrheit dafür, daß ergänzende Regelungen zum Einwilligungserfordernis nicht angezeigt sind.

Dieses Abstimmungsergebnis bedeutet eine klare Absage des Juristentags an die These, die ärztliche Heilbehandlung bedürfe der Legitimierung durch den Gesetzgeber.

Änderung des Haftungssystems

Die Schwerpunkte des Gutachtens und der Diskussion lagen freilich nicht so sehr in dem dogmatischen Grundlagenstreit um Aufgaben und Grenzen der Gesetzgebung als in der konkreten Frage, ob das geltende Recht mit seinem System der Verschuldenshaftung und die in diesem System geltenden Beweisregeln dem durch einen Behandlungsfehler geschädigten Patienten einen angemessenen Ersatz seiner materiellen und immateriellen Schäden gewährleisten. Lebhaft kritisiert wird seit langem, daß der Geschädigte den Behandlungsfehler, das Verschulden des Arztes und den Ursachenzusammenhang zwischen Fehler und Schaden zu beweisen hat. Damit sei er überfordert.

Gutachter und Referenten waren sich aber im Prinzip einig, daß eine generelle Umkehr der Beweislast zum Nachteil des Arztes, eine Garantie- oder eine Gefährdungshaftung die Problematik nicht zu lösen vermag. Eine Änderung des Haftungssystems, die das Behandlungsrisiko weitgehend auf den Arzt verlagern wollte, müßte zu einer sprunghaften Erhöhung der Versicherungsprämien um das Mehrfache führen; diese Kosten müßten letztlich wieder auf die Honorare und Pflegesätze umgelegt werden. Es war der besondere Verdienst des Gutachtens, diese wirtschaft-

Bei Hyperurikämie und Gicht

1x täglich

Allomaron®

Allopurinol + Benzbromaron

Senkung erhöhter Blut-Harnsäurespiegel

Ein modernes Therapieprinzip

Gleichzeitige Normalisierung von Harnsäuresynthese und Harnsäureausscheidung.

Geringeres Arzneimittelrisiko

durch drastische Wirkstoffreduzierung.

Nur 1 Tablette täglich

Kostengünstige Dauertherapie



Allomaron®

Wirksame Bestandteile: 1 Filmtablette enthält: Allopurinol 100 mg, Benzbromaron 20 mg.

Anwendungsgebiete: Hyperurikämie jeder Genese, Gicht.

Gegenanzeigen: Schwere Nierenfunktionsstörungen, Schwangerschaft, Stillzeit.

Nebenwirkungen: Gastrointestinale Störungen, Diarrhoe.

Durch die Auflösung von Harnsäureablagerungen im Körper können in den ersten Monaten der Behandlung gelegentlich Gelenksbeschwerden auftreten.

Wechselwirkungen mit anderen Mitteln: Die Wirkung von Azathioprin und Mercaptopurin wird verstärkt; daher muß deren Tagesdosis vor der Behandlung mit Allomaron entsprechend reduziert werden. Bei gleichzeitiger Behandlung mit Cumarin-Derivaten wird die Antikoagulantienwirkung verstärkt.

Dosierungsanleitung: Soweit nicht anders verordnet, sollen Erwachsene 1mal täglich 1 Filmtablette nach dem Frühstück oder dem Mittagessen mit Flüssigkeit einnehmen. Falls erforderlich, können bei stark erhöhten Serum-Harnsäurewerten 2 oder 3 Filmtabletten täglich verabreicht werden.

Zu Behandlungsbeginn soll grundsätzlich niedrig dosiert werden.

Warnhinweise: Bei Serum-Kreatinin-Spiegeln über 132,6 µmol/l (1,5 mg/dl) bzw. einer glomerulären Filtrationsrate unter 40 ml/min (0,67 ml/s) sollte Allopurinol allein verabreicht werden. Bei Nephrolithiasis bzw. Stein-Anamnese sollten zu Beginn (10-14 Tage) die bei urikosurischer Therapie üblichen Kautelen beachtet werden: ausreichende Diurese und Alkalisierung des Harns.

Packungsgrößen und Preise: 20 Filmtabletten DM 15,40*, 50 Filmtabletten DM 32,70*, 500 Filmtabletten (10 x 50 Filmtabletten = Klinikpackung).

*(Apoth.-Verk.-Preise mit MwSt.)



NATTERMANN

A. NATTERMANN & CIE. GMBH 5000 Köln 30

Abb.: Uratkristalle im Gewebe

lichen Zusammenhänge überzeugend nachgewiesen zu haben.

Die Analyse der Rechtsprechung zeigt, daß sie zunehmend dem Arzt im Schadensersatzprozeß die Verpflichtung auferlegt, den Behandlungsverlauf anhand seiner Aufzeichnungen und Unterlagen aufzuzeigen, und daß sie dem Geschädigten weitgehende Beweiserleichterungen einräumt.

Neben dem Beweis des ersten Anscheins gewinnt die fortschreitende Auffächerung der Fälle Bedeutung, in denen die Rechtsprechung die Beweislast zum Nachteil des Arztes umkehrt, weil er dem Beklagten die Beweisführung erschwerte. Insgesamt wird damit ein sachgerechter Interessenausgleich schon heute erreicht.

Es bleibt ein Rest von Fällen, in denen sich die Schadensursache auch bei Ausschöpfung aller Beweismöglichkeiten nicht mit hinreichender Sicherheit ermitteln läßt. Würde man den Arzt in diesen Fällen zum Schadensersatz verpflichten, so bedeutete dies eine partielle Verlagerung des Behandlungsrisikos zu seinen Lasten, obwohl er auch bei Wahrung aller gebotenen Sorgfalt den Behandlungserfolg nicht garantieren kann.

Im Verlaufe der Diskussion gewann die Auffassung an Boden, daß das geltende Haftungsrecht besser ist als sein Ruf. Ein Antrag, der Juristentag wolle beschließen, daß er eine Änderung des geltenden Systems der Verschuldenshaftung für Behandlungsfehlerschäden durch den Gesetzgeber für erforderlich halte, wurde mit großer Mehrheit abgelehnt und ebenso ein Antrag, der die Umkehr der Beweislast für das Vorliegen von Verschulden forderte. Ein Antrag auf Einführung einer Garantie- oder Gefährdungshaftung wurde gar nicht erst gestellt.

Lebhaft diskutiert wurde die Frage, ob und in welcher Weise eine obligatorische Versicherung der Patienten gegen Risiken ärztlicher Behandlung eingeführt werden sollte. Der Juristentag richtete schließlich an das Bundesministerium der Justiz die Bitte, eine gemischte Kommission zu bilden, die diese Frage untersuchen soll. Die eingehende Stellungnahme des Gutachters wird der Kommission sicher wertvolle Anhaltspunkte für ihre Arbeit geben.

Einwilligung und ärztliche Aufklärungspflicht

Ein anderer Schwerpunkt der Diskussion lag beim Problemkreis der Einwilligung des Patienten und der ärztlichen Aufklärungspflicht, die heute im Prinzip auch von der Ärzteschaft nicht mehr bestritten wird.

Um so mehr Zweifel und Unsicherheit bestehen, wie die von der Rechtsprechung geforderte Risikoaufklärung, die sich bei den typischen Risiken auch auf die extrem seltenen erstrecken soll, in der Praxis realisiert werden kann. Da die ordnungsgemäße Aufklärung des Patienten Voraussetzung für die Wirksamkeit seiner Einwilligung ist, ohne die der Heileingriff als rechtswidrig zu gelten hat, muß zudem der Arzt die Aufklärung beweisen.

Da es bisher kaum praktikable Systeme für die Sicherung dieses Beweises gibt, kommt der Arzt hier sehr schnell in Beweisnot. Die Kläger stützen deshalb nahezu routinemäßig ihre Schadensersatzansprüche auch auf behauptete Aufklärungsmängel.

Der Verfasser vertrat als Korreferent die Auffassung, es sei Aufgabe der Rechtsprechung, die Anforderungen an die Risikoaufklärung zu überdenken; mit der Flucht der Ärzte in eine Totalaufklärung sei niemanden gedient.

Andererseits sollten die Ärzte sich um die Erarbeitung eines Systems der Stufenaufklärung bemühen, das dem Patienten auf einer ersten Stufe in Form einer kurz gefaßten und leicht verständlichen Aufklärungsschrift so viel an Informationen anbiete, daß er dann auf der zweiten Stufe, im Aufklärungsgespräch, die ihn interessierenden Fragen stellen und sich im Rahmen seines Selbstbestimmungsrechts entscheiden könne, wie weit die Aufklärung gehen solle.

Der Juristentag empfahl, der Gesetzgeber möge die Frage der gesetzlichen Vertretungsbefugnisse bei der Erteilung der Einwilligung in medizinisch nicht indizierte Eingriffe an Vertretenen gesetzlich regeln. Im übrigen hielt er eine gesetzliche Regelung der Aufklärungspflicht, der Aufklärungsmethoden und des Aufklärungsnachweises nicht für erforderlich; er lehnte jedoch eine Beschränkung der ärztlichen Aufklä-

rungspflicht auf eine Basisaufklärung ab und warnte vor der Verwendung unübersichtlicher Formulare.

Da der Juristentag sich im wesentlichen auf Vorschläge an den Gesetzgeber beschränkt, stand von vorneherein eine Empfehlung, wie die Ärzte in der Praxis den Anforderungen der Rechtsprechung genügen sollen, nicht zur Diskussion.

Ärztliche Gutachten, Dokumentation und Gutachterstellen

Der Juristentag hat eine Reihe von Änderungen der ärztlichen Berufsordnung empfohlen, die sicherstellen sollen, daß die Objektivität der ärztlichen Gutachten und der nachbehandelnden Ärzte bei der Feststellung von Behandlungsfehlern vor Kollegialität geht. Er hat weiter vorgeschlagen, die Fragen der ärztlichen Dokumentation und der Aufbewahrung ärztlicher Aufzeichnungen sowie die Verpflichtung des Arztes, dem Patienten oder einer von ihm benannten Vertrauensperson, dem Prozeßgericht sowie den ärztlichen Gutachter- und Schiedsstellen die Dokumentation vollständig zugänglich zu machen, solle gesetzlich geregelt werden. Die Einrichtung von Gutachter- und Schiedsstellen hat er begrüßt und eine nähere Ausgestaltung ihres Verfahrens vorgeschlagen.

Im einzelnen darf wegen dieser Beschlüsse auf die vorzügliche Darstellung bei Till, „Bayerisches Ärzteblatt“, 12/1978, S. 1419, verwiesen werden. Sie sind das sichtbare und greifbare Ergebnis des Juristentags, mit dem sich der Gesetzgeber und die Ärztekammern auseinandersetzen müssen.

Ohne die berufspolitische Bedeutung dieser Beschlüsse verkennen oder verkleinern zu wollen:

Mit dem Thema des 52. Deutschen Juristentags waren tiefgreifende Änderungen des geltenden Rechts zur Diskussion gestellt. Sie wurden abgelehnt. Die Empfehlungen, die beschlossen wurden, betreffen demgegenüber Detailfragen in der Ausgestaltung des geltenden Rechts.

Anschrift des Verfassers:

Ministerialdirigent Dr. med. h. c. W. Weißbauer, Eckerstraße 34, 8050 Freising

Der C-K-Suchtest bei der „Muskeldystrophie Typ Duchenne“

Durch den neu entwickelten C-K-Suchtest ist es möglich, die Diagnose noch vor Ausbruch der klinischen Symptome zu stellen, die sich im allgemeinen erst um das fünfte Lebensjahr manifestieren. Die Krankheit selbst ist bisher nicht heilbar. Auch bei optimaler Therapie sterben die betroffenen Knaben durchschnittlich zwischen dem 12. und 20. Lebensjahr. Die Früherkennung dieser Erkrankung – optimal bereits beim Neugeborenen – ist eine sehr segensreiche Maßnahme der Präventivmedizin. Mit der Frühdiagnose gelingt es, Eltern, denen ein Knabe mit dieser Erbanlage geboren wurde, genetisch zu beraten und somit die Geburt weiterer Kinder mit der gleichen Erbanlage zu verhindern.

Aufgrund der neuerdings gegebenen Möglichkeiten einer gezielten genetischen Beratung durch die Einführung des C-K-Suchtestes wird die Zahl der an dieser mit Sicherheit zum Tode führenden Krankheit lei-

denden Knaben um etwa 40 Prozent gesenkt werden können.

Der Bayerische Landtag hat mit Beschluß vom 31. Januar 1979 die Bayerische Staatsregierung ersucht, an den Universitätskliniken und über die Bayerische Landesärztekammer an den Krankenhäusern mit geburtshilflichen Abteilungen und über die Kinderärzte die Beratung der Eltern über die Duchenne-Muskeldystrophie zu verstärken, mit dem Ziele, den C-K-Screening-Test durchführen zu lassen, um dadurch die Zahl der Krankheitsfälle zu verringern.

Wir möchten alle Kolleginnen und Kollegen dringend bitten, beim geringsten Verdacht auf diese Erkrankung, der sich z. B. durch auch eine gezielte familiäre Anamnese erheben läßt, die Eltern und das Kind sofort der genetischen Beratung zuzuführen. Die Aufnahme des C-K-Suchtestes in das Vorsorgeprogramm ist derzeit noch nicht gegeben.

Mit Laser gegen Blasenkrebs

Flexibler Lichtleiter und spezielles „Sichtgerät“ ermöglichen exakten Einsatz der Strahlen

Im Rahmen eines breit angelegten Forschungsprojekts „Laser in Medizin und Biologie“, das mit Unterstützung des Bundesministeriums für Forschung und Technologie seit einigen Jahren über die Gesellschaft für Strahlen- und Umweltforschung in Neuherberg bei München läuft, arbeiten auch Ärzte der Urologischen Universitätsklinik München (Direktor: Professor Dr. Egbert Schmiedt) an Fragen der praktischen Anwendung mit. Unter der Projektleitung von Privatdozent Dr. Alfons Hofstetter wurde Laser hier etwa Mitte 1976 in die Klinik-Praxis eingeführt und seither an Dutzenden von Patienten mit Tumoren von Erbsbis Haselnußgröße mit Erfolg angewandt. Es liegt also bereits ein einigermaßen verlässliches Erfahrungsmaterial vor.

Vorausgegangen waren diesem neuartigen, vielversprechenden Therapieverfahren jahrelange Versuche im Tierexperiment, deren Ergebnisse in einer Reihe von Veröffentlichungen niedergelegt sind:

Die Wirkung von Laser auf die Harnblase wurde morphologisch und

Candida Lokalicid[®] Creme

preisgünstig

30 g Tube

12,50

Hefe-spezifisches Antibiotikum

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

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

Kontraindikationen:
Allergie gegenüber einem der Wirkstoffe.
Zusammensetzung:
100 g Creme enthalten: 10 Mill. I.E. Nystatin, 1,0 g Chlorhexidin-hydrochlorid, 0,5 g Dexpantenol.
Handelsformen:
O.P. 30 g Tube DM 12,50



DORSCH & CO. KG.
8000 MÜNCHEN 70

histologisch untersucht. Ziel der Experimente war die Zerstörung und Verdampfung von Blasen Tumoren bei verschiedenen Leistungsdichten, unter Vermeidung einer Schädigung von Nachbarorganen. Dabei zeigte sich, daß bei endoskopischer Bestrahlung der Harnblasenschleimhaut beim Kaninchen mit Laser sowohl bei der punktförmigen als auch bei der flächenhaften Bestrahlungstechnik eine gesteuerte Gewebsabtragung möglich ist. Die Nekroseausdehnung konnte nicht nur in der Tiefe, sondern auch in der Breite eindeutig definiert werden. Punktförmige oder flächenhafte Laser-Bestrahlungen (Fläche 1 cm²) führten im postoperativen Verlauf nicht zu Perforationen, obwohl die verbliebene dünne Blasenwand vollständig nekrotisch war. Trotz der ausgedehnten Nekrose bleibt das ortständige Gerüst aus elastischen und kollagenen Fasern erhalten, wodurch eine ausreichende Festigung bis zum Einsetzen des reparativen Granulationsgewebes gesichert ist. Dieser Effekt wird durch Entlastung und Ruhigstellung der Blasenwand durch einen eingelegten Dauerkatheter noch begünstigt.

Zunächst einmal ging es bei diesen Forschungen darum, den für die Zerstörung von Blasen Tumoren bestgeeigneten Laser-Typ herauszufinden. Denn: Laser und Laser ist nicht dasselbe — die verschiedenen Instrumentarien auf diesem Gebiet zeichnen sich durch höchst unterschiedliche physikalische Eigenschaften mit jeweils bestimmten Vor- und Nachteilen aus.

Grundvoraussetzung für den Einsatz von Laser in der Urologie war, die Strahlen über ein flexibles Transportsystem, einen Lichtleiter, und über ein eigens hierfür konstruiertes Zytoskop (Instrument zur Besichtigung der Blaseninnenwand) gezielt an die Blase heranzubringen — ein Instrumentarium, das in Zusammenarbeit mit dem Physiker Nath und einer Industriefirma entwickelt wurde.

Heute findet der Neodym-YAG-Laser, der zur Tumorzerstörung neuerdings auch in der Neurochirurgie des Klinikums Großhadern und zur Stillung von Magenblutungen an der Medizinischen Klinik Innenstadt eingesetzt wird, in der Urologischen Klinik sowohl endoskopisch gegen Blasenkrebs als auch zur Zerstörung von Oberflächentumoren an Penis und Harnröhre Anwendung.

— um-interna —

Personalia

Professor Maurer 70 Jahre

Georg Maurers Mühen und Meriten



Foto: E. Hausinger

Am 29. Mai konnte Professor Dr. Maurer seinen 70. Geburtstag feiern.

Mit dem Namen des Jubilars verbindet sich der Name der Fakultät für Medizin der Technischen Universität München, aber zugleich müssen diejenigen genannt werden, ohne deren Einsatz die Neugründung des Jahres 1967 nicht möglich gewesen wäre: Kultusminister Ludwig Huber, die Staatssekretärin Mathilde Berghofer-Weichner, Ministerialdirektor Karl Böck, Professor Dr. Hans Joachim Sewering, Stadtrat Erwin Hamm und Professor Rudolf Nissen.

Trotz allen Widersachern und allen Widersachern von einst zum Trotz kann Georg Maurer heute stolz auf sein Lebensziel blicken: eine zweite medizinische Fakultät in seinem München. Aber um alles zu verstehen, muß man hier wie sonst im Leben zum Geschehen des Gegenwärtigen die Geschichte kennenlernen. Überlegungen und Ansätze zu tatkräftiger Änderung der besorgniserregenden Lage an der überfüllten Medizinischen Fakultät der Ludwig-Maximilians-Universität München gehen auf das Jahr 1964 zurück. Am 5. April 1965 schrieb diesbezüglich Professor Maurer an den Kultusminister Ludwig Huber, der von allem Anfang an großes Verständnis für den enormen Mangel

an Ausbildungsplätzen für die Medizinstudenten zeigte. Entscheidend waren schließlich die Verhandlungen zwischen der Stadt München und dem Freistaat Bayern in den Jahren 1966 und 1967 bezüglich der staatlichen Übernahme des Städtischen Krankenhauses rechts der Isar, des Komplexes Biederstein und der Kinderabteilung im Krankenhaus Schwabing zur Errichtung einer medizinischen Fakultät der Technischen Hochschule München; im Juni 1967 war der Vertrag, unterzeichnet von Kultusminister Dr. Dr. Huber und Oberbürgermeister Dr. Hans-Jochen Vogel, unter Dach und Fach.

Auf Beschluß der Bayerischen Staatsregierung und dann des Bayerischen Landtages vom 12. Juli 1966 wurde mit Wirkung vom 1. September 1967 die Fakultät für Medizin der Technischen Hochschule München errichtet; die entsprechende von Minister Huber unterfertigte Urkunde datiert vom 14. September 1967, sie gründet auf einem Beschluß des Gesamtkollegiums der TH. Am 17. Oktober setzte der Lehrbetrieb ein. Maurers Schubkraft hatte es demnach geschafft, daß aus seinem unermüdlichen Bittschön am Ende doch ein Budget für seine Fakultät wurde. Dadurch ergab sich die Besonderheit einer zweiten Fakultät in einer Stadt. So viele Menschen auch hilfsbereit und hilfreich waren, in manchem Betrachte ist diese Fakultät das „opus unius viri“, des Professors Georg Maurer. In nimmermüder Kleinarbeit und in mühsamem Einsatz hatte er eindringliche Aktivitäten bei Politikern und fachnahen bzw. fachkundigen Persönlichkeiten entfaltet. Wer daran Interesse hat, der lese in der Festschrift, welche anlässlich des zehnjährigen Bestehens der Fakultät 1977 publiziert wurde: „Die Fakultät für Medizin der Technischen Universität München: Vorgeschichte und Geschichte. Eine Dokumentation zusammengestellt von Gerhard Pfohl und Magnus Schmid †“ (308 Seiten).

Erfolgreiche Forschung
führt zu wirksamen Präparaten.

Wirksame Präparate
machen die Therapie kostengünstig.



Gastrozepin[®]

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. Weitere Darreichungsformen: Trockenampullen mit Lösungsmittel: Originalpackung mit 5 Ampullen DM 28,25, Originalpackung mit 10 Ampullen DM 50,70. Klinikpackungen. Weitere Informationen sind dem Wiss. Prospekt zu entnehmen. - Preisänderung vorbehalten.

Dar große Erich Lexer, dar 1928 im 61. Lebensjahr als Sauerbruch-Nachfolger nach München berufen worden war, war Georg Maurers Lehrer. Der Lehrer kann mit seinem Schüler zufrieden sein. Dieser wurde nicht nur Direktor eines Großstadtklinikums und Gründer einer Fakultät, sondern auch der verdiente Chef seiner „höchststigen“ Chirurgischen Münchener Klinik. Allen diesen Bemühungen war allein deshalb Erfolg beschieden, weil er es als Direktor des Städtischen Krankenhauses verstanden hatte, sowohl die Chirurgische Abteilung zu einer der angesehensten modernen Kliniken Süddeutschlands zu entwickeln wie die Einrichtungen und den Ausbau der verschiedenen anderen Fachabteilungen zu fördern. Die besondere Leistungsfähigkeit der von ihm geleiteten Klinik bewies Maurer mehrfach, zuletzt bei dem Sprengstoffanschlag palästinensischer Terroristen auf die Passagiere einer EL-AL-Maschine am Faschingsdienstag 1970. Durch seinen und seiner Mitarbeiter hervorragenden Einsatz konnte nach einem Flugzeugabsturz 1958 einer großen Anzahl schwerverletzter englischer Staatsbürger das Leben gerettet werden. Für diese Leistung wurde er von der Königin von England mit dem Orden Commander of the British Empire ausgezeichnet.

Zwanzig Jahre lang, von 1952 bis 1972, gehörte Maurer der CSU-Fraktion im Münchener Stadtrat an, wo er sich vor allem um Probleme des Gesundheitswesens in der bayerischen Landeshauptstadt kümmerte. Seit 1955 ist er Kongresssekretär der Deutschen Gesellschaft für Chirurgie und damit der örtliche Organisator des in München stattfindenden Kongresses, zu welchem sich jähr-

lich etwa 4000 Chirurgen versammelten. „In Anerkennung seiner Verdienste als Arzt, Forscher und Lehrer und in Würdigung seiner Persönlichkeit“ wählte ihn diese Gesellschaft 1974 zum Ehrenmitglied und dankte ihm also „für seine besonderen Leistungen auf vielen Gebieten der Chirurgie und für seine verantwortungsbewußte Förderung des chirurgischen Nachwuchses“. Georg Maurers Schule entstammen 83 Fachärzte, 44 Chefärzte und 25 Habilitierte (von diesen ein ordentlicher und elf apl. Professoren) sowie ein junger Münchener CSU-Stadtrat.

Professor Maurer verlangte etwas von seinen Lauten oder sollten wir besser sagen: er traute ihnen etwas zu? Der Marschallstab des Führens und Herrschens wird manchem zur drückenden Last einer „moles aurea“; unter derlei Last stöhnte der Direktor Maurer beileibe, bei seinem Leibe, nie. In allem war er zwar ein strenger, aber gütig mitfühlender Herr, bei dem jeder eigenverantwortlich arbeiten konnte, wenn er nur parierte. Die Treuesten aus den Getreuen der Maurer-Garde wissen jedenfalls, mit welcher Leidenschaft und Treue er sich für viele einsetzte. Schwäche war nie Maurers Stärke. Wenn ihn einer zum Gagner hatte, dann hatte er in ihm einen Gegner, der nie verbissen war, gleichwohl er entschieden war. Der Maurer Georg verfügte – metaphorisch geredet – über Fettpolster und barocken Mantelwurf. Er war kein Wurschtel, nie kleinzülig. Er hat Oberfläche wie alle, aber wenn man daran kratzt, ist der Lack nicht gleich ab, lange nicht. Eine Memme war er nie. Gewiß: Georg Maurer repräsentiert nicht einen Typus; er ist sein eigener Typ. Wer ihn erlebt hat, weiß, daß die „liberalitas Bavarica“

schillernd und vielfältig seine Tugend ist. Und noch eine zweite bayerische Tugend kannzeichnen den Chirurgen Maurer: die „stabilitas loci“: er wollte nie München verlassen und er hatte es auch nicht nötig. Es liegt mir fern, Professor Maurer hier zu einem engelsgleichen Wasen zu erhöhen (es würde mir sowieso nicht gelingen); aber er darf für sich beanspruchen, was der Arzt Karl Jaspers, aus dem ein Philosoph geworden war, sagte, als er der Freiheit des Professors, die keiner Kontrolle unterliegen darf, das Wort redete: „Hier ist die Quelle alles Wesentlichen. Wer das Versagen einzelner nicht in Kauf nehmen will, müßte mit der Freiheit zugleich die Produktivität und damit den Geist der Universität zerstören.“

Was Georg Maurer seiner Fakultät und seinem Klinikum ist, mag ein vergleichender Hinweis deuten: Ich nenne den von Josef Bauer geschriebenen Roman „Kranich mit dem Stein“, der – unausgesprochen – unseren Kardinal Faulhaber meint. Das Wappen dieses literarischen Kardinals zeigt einen Kranich, dessen eines Bein mit den Krallen einen Stein umklammernd festhält; dieser „grus vigilans“ ruht auf einer Stelle in der Naturgeschichte (X 30) des Plinius, der dort sagt: „Zur Nachtzeit stellen die Kraniche Wachen aus, die mit einem Fuß einen kleinen Stein hochhalten. Lassen sie ihn schlafmüde fallen, so wird ihre Unachtsamkeit offenbar.“ Als Devise waren folglich jenem Wappen die Worte eingeschrieben: „Me vigilante nil timendum“ = „Wenn ich wache, habt ihr nichts zu fürchten“. Sapienti sat!

Professor Dr. Gerhard Plohl, Institut für Geschichte der Medizin und Medizinische Soziologie der TUM

ZUSAMMENSETZUNG Tabletten: 1 Tablette enthält: Cocculus D4 210mg; Conium D3, Ambre D6, Petroleum D8 ana 30mg. Tropfen: 100ml enthalten: Cocculus D4 70ml; Conium D3, Ambre D6, Petroleum D8 ana 10ml.
Injektionslösung: 100ml enthalten: Cocculus D3 0,7 ml; Conium D2, Ambre D6, Petroleum D7 ana D, 1ml; Meerwasser 32g. Aque pro inject. ad 100ml.
DOSIERUNGSANLEITUNG Tabletten, Tropfen: 3-4 mal täglich 1 Tablette lutschen bzw. 8-10 Tropfen, bei entfallendem Schwindel und bei Usbekit initiale Stöchertherapie alle 15 Minuten 1 Tablette bzw. 5-10 Tropfen.
Injektionslösung: Bei anfängelsweisem Schwindel und Usbekit täglich, sonst 3-1 mal wöchentlich 1 Ampulle Iv. 1ml, e.c., i.c.
DARREICHUNGSFORMEN UND PACKUNGSGRÖßEN (incl. Iw-St.)
 Packungen mit 50 Tabletten DM 4,14, mit 250 Tabletten DM 13,75. Tropfflaschen mit 30ml DM 6,50, mit 100ml DM 18,14.
 Packungen mit 5 Ampullen zu 1,3ml DM 7,89, mit 10 Ampullen zu 1,1ml DM 13,83. 1/79

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

Vertigoheel®

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

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

-Heel

Paracelsus-Medaille für Dr. Hein

Bei der Eröffnung der Plener-Sitzung des Deutschen Ärztetages überreichte am 16. Mai 1979 der Präsident der Bundesärztekammer, Dr. Karsten Vilmer, die Paracelsus-Medaille der deutschen Ärzteschaft unter anderem an Herrn Dr. Erich Hein, Ministerialdirigent i. R., Bomhardstraße 6 a, 8022 Grünwald.

Dr. Hein erhielt im Jahre 1939 die Bestallung als Arzt und wurde unmittelbar danach zum Militärdienst einberufen. Als Führer einer Sanitätskompanie an der Ostfront geriet er 1943 bei Stalingrad in russische Kriegsgefangenschaft, aus der er erst nach sechs Jahren 1949 entlassen wurde. In diesen Jahren der Kriegsgefangenschaft hat sich Dr. Hein in mehreren Kriegsgefangenenlagern in ganz besonderer Weise um die ärztliche Betreuung der mit ihm gefangenen deutschen Soldaten verdient gemacht. Es ist bekannt, daß eine große Zahl der von ihm betreuten Stalingrad-Kämpfer seinem Einsatz Leben und Heimkehr verdanken.

Von 1951 bis Oktober 1978 war er in der Gesundheitsabteilung des Bayerischen Staatsministeriums des Innern tätig, seit 1966 deren Leiter. Als Seuchenreferent und Referent für medizinische Berufsfragen hat sich Dr. Hein große Verdienste um das Gesundheitswesen in Bayern erworben. So ist ihm zu verdanken,

daß 1962 im Freistaat Bayern als erstem Lande der Bundesrepublik Deutschland die Polio-Schluckimpfung eingeführt, breit propagiert und erfolgreich durchgeführt werden konnte.

1960 war er verantwortlich für die gesundheitliche Betreuung des Eucheristischen Weltkongresses mit 100 000 Teilnehmern aus allen Teilen der Welt.

In seiner Eigenschaft als Leiter der Gesundheitsabteilung des Bayerischen Staatsministeriums des Innern legte er besonderen Wert auf die Pflege der Beziehungen zu den Heilberufskammern und entwickelte einen Stil der Rechtsaufsicht, den man als vorbildlich bezeichnen kann. Er hat sich vor allem stets darum bemüht, daß der Aufgabenbereich der Kammern der Heilberufe voll erhalten und von staatlichen Eingriffen verschont blieb.

Bei der großen kommunalen Gebietsreform 1972 ist es ihm gelungen, die Organisation der Gesundheitsämter nach modernen Gesichtspunkten zu reformieren und trotz aller Großraumlösungen bürgernah zu gestalten.

Dr. Hein hat in seinem 40jährigen ärztlichen Wirken somit Vorbildliches geleistet und sich sowohl in den langen Jahren seiner russischen Kriegsgefangenschaft wie in seinem späteren Wirken als Leiter der Medizinalbeamter ganz besondere Verdienste um die von ihm betreuten Menschen und die Ärzte unseres Landes erworben.

Mit ihm wird zugleich das verdienstvolle Wirken der Ärzte im Öffentlichen Gesundheitsdienst gewürdigt.

Verdienstkreuz am Bande

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

Dr. med. Adolf Beer, Bahnhofstraße 20, 8503 Altdorf;

Dr. med. Karl-Heinz Christahl, Mühlbühl 81, 8591 Nagel;

Dr. med. Hans Deutscher, 8831 Nennslingen;

Dr. med. Heinrich Petry, Siebenbürgener Straße 35, 8501 Schwarzenbruck.

Sonderpostwertzeichen mit
Zuschlägen

FÜR DIE JUGEND '79



vom 5. April bis 28. September
an den Postschaltern

Ihre Hilfe

für behinderte und
benachteiligte Kinder
und Jugendliche —

**verwenden Sie
Jugendmarken**

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 acetylsalicylic 250 mg, Phenacetin 250 mg, Codein phosphoric 9,6 mg; 1 Supp. für Erwachsene enthält Acid acetylsalicylic 400 mg, Phenacetin 400 mg, Codein phosphoric 19,2 mg; 1 Supp. für Kinder enthält Acid acetylsalicylic 100 mg, Phenacetin 100 mg, Codein phosphoric 4,8 mg; 1 Supp. für Säuglinge enthält Acid acetylsalicylic 50 mg, Phenacetin 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 Fiebersenkung und Linderung der Beschwerden bei Grippe, Erkältungskrankheiten und leberhaften Erkrankungen. **Nebenwirkungen:** Okkulte gastrointestinale Blutungen (Anämie), Asthmaanfälle, Obstipation, Nierenschäden (Langzeitverbreichung), hämolytische Anämie, Methämoglobinämie bei Neugeborenen. **Gegenanzeigen:** Anwendung beim Säugling bis zum dritten Monat, genetisch bedingter Mangel an Glukose-6-Phosphat-Dehydrogenase (Symptom: Hämolytische Anämie), hämorrhagische Diathese, Schäden des hämatopoetischen Systems, Magen- und Darmulcera, schwere Nierenfunktionsstörungen, Krankheitszustände, bei denen eine Dämpfung des Atemzentrums vermieden werden muß, Langzeitverbreichung bei chronischer Obstipation, Salicylatallergie. **Hinweis:** Anwendung im ersten Trimenon und in den letzten vier Wochen der Gravidität vermeiden. **Wernhinweis:** Dieses Arzneimittel kann auch bei bestimmungsgemäßem Gebrauch das Reaktionsvermögen sowie verändern, daß die Fähigkeit zur aktiven Teilnahme am Straßenverkehr oder zum Bedienen von Maschinen beeinträchtigt wird. Dies gilt in verstärktem Maße im Zusammenwirken mit Alkohol. **Dosierungsanleitung und Art der Anwendung:** Erwachsene bis zu 4mal täglich 1 Tablette oder bis zu 3mal täglich 1 Suppositorium für Erwachsene. Kinder bis etwa zum 6. Lebensjahr bis zu 2mal täglich 1 Suppositorium für Kinder. Schulkinder bis etwa zum 10. Lebensjahr bis zu 3mal täglich 1 Suppositorium für Kinder oder bis zu 3mal täglich 1/2 Tablette. Schulkinder bis etwa zum 14. Lebensjahr bis zu 3mal täglich 1/2 bis 1 Tablette. Säuglinge nach dem 3. Lebensmonat bis zu 2mal täglich 1 Suppositorium für Säuglinge. Die Tabletten sind möglichst nach den Mahlzeiten mit etwas Flüssigkeit einzunehmen. Bei magenempfindlichen oder zu Brechreiz neigenden Patienten empfiehlt sich die rektale Anwendung von Suppositorien. **Hendelstformen 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

Volltreffer gegen Entzündungen

Dolo-Prolixan®, Siegfried GmbH, Fabrik für chemisch-pharmazeutische Produkte, 7880 Bad Säckingen

Zusammensetzung: 1 gelbe Filmtablette (für den Tag) enthält 300 mg Azapropazon-Dihydrat (Prolixan® 300) und 60 mg Dextropropoxyphen. 1 blaue Filmtablette (für die Nacht) enthält 200 mg Azapropazon-Dihydrat und 200 mg Phenprobamat (Gamaquil®). **Indikationen:** Zur symptomatischen Behandlung bei entzündlichen Erkrankungen des rheumatischen Formenkreises, besonders in extraartikulären Bereichen mit Muskelverspannungen, z. B. HWS-Syndrom, Schulter-Arm-Syndrom, Periarthritis humeroscapularis, Lumbalgie und Ischialgie sowie bei Gonarthrosen, Coxarthrosen, Spondylosen und Spondylarthrosen; entzündliche Schwellungen nach chirurgischen Eingriffen in folgenden Bereichen: Kiefer, HNO, Orthopädie und Gynäkologie. **Kontraindikationen:** Akute Ulcera ventriculi et duodeni. Myasthenie. Während der Schwangerschaft sollte DOLO-PROLIXAN® nur unter strenger Indikationsstellung verabreicht werden. **Nebenwirkungen:** Gelegentlich können in geringem Maße Nausea, leichte Magenschmerzen, Magendruck zur Beobachtung kommen. Ein Absetzen des Präparats ist aber in den meisten Fällen nicht erforderlich.

Dosierung: Morgens und mittags je eine gelbe, abends zwei blaue Filmtabletten **nach dem Essen** einnehmen. DOLO-PROLIXAN® ist zur Behandlung von akuten Schmerzzuständen auf den genannten Indikationsgebieten bestimmt. Für die Dauertherapie wird empfohlen, auf PROLIXAN® 300 überzugehen. **Besondere Hinweise:** DOLO-PROLIXAN® kann auch bei bestimmungsgemäßem Gebrauch das Reaktionsvermögen, z. B. im Straßenverkehr oder bei der Bedienung von Maschinen, beeinträchtigen. Dies gilt in verstärktem Maße im Zusammenwirken mit Alkohol, barbiturathaltigen Präparaten sowie Psychopharmaka (z. B. Phenothiazina, MAO-Hemmer). Bei Patienten unter Antikoagulantien-Therapie ist eine häufigere Bestimmung des Quickwertes bei Anbehandlung mit DOLO-PROLIXAN® zu empfehlen. Bei Leukopenie sowie renalen und hepatischen (auch kardial bedingten) Insuffizienzerscheinungen sollte der Patient sorgfältig beobachtet werden. **Packungen und Preise:** 24 Filmtabletten DM 13,75 m. MwSt., 48 Filmtabletten DM 25,85 m. MwSt., 120 Filmtabletten DM 55,99 m. MwSt., Anstaltspackungen. Verschreibungspflichtig.



Amtliches

Satzung des Ärztlichen Bezirksverbandes Oberpfalz

Die Mitgliederversammlung des Ärztlichen Bezirksverbandes Oberpfalz hat am 7. März 1979 nachstehende Satzung beschlossen:

§ 1

Der Ärztliche Bezirksverband Oberpfalz (im folgenden Bezirksverband genannt) ist gebildet aus den Ärztlichen Kreisverbänden des Regierungsbezirkes Oberpfalz. Er ist Körperschaft des öffentlichen Rechts und führt ein Dienstsiegel.

§ 2

(1) Der Bezirksverband hat die Aufgabe, die Zusammenarbeit der Ärztlichen Kreisverbände des Regierungsbezirkes Oberpfalz zu gewährleisten. Er hat ferner die Aufgabe, die Zusammenarbeit der Ärztlichen Kreisverbände mit der Regierung und der Bayerischen Landesärztekammer zu erleichtern.

Der Bezirksverband wirkt bei der Abgabe gutachterlicher Stellungnahmen der Bayerischen Landesärztekammer gegenüber Behörden in Fällen des Ruhens, der Rücknahme, des Widerrufs und der Wiedererteilung der Approbation mit.

Ferner hat er die Delegierten zum Deutschen Ärztetag zu wählen.

(2) Der Bezirksverband ist berechtigt, Anfragen, Vorstellungen und Anträge an die zuständigen Behörden zu richten.

§ 3

Mitglieder des Bezirksverbandes sind die Ärztlichen Kreisverbände des Regierungsbezirkes Oberpfalz.

§ 4

Die Organe des Bezirksverbandes sind:

Die Mitgliederversammlung und der Vorstand. In der Mitgliederversammlung werden die Ärztlichen Kreisverbände durch ihre ersten und zweiten Vorsitzenden sowie durch die in ihrem Bereich gewählten Delegierten zur Bayerischen Landesärztekammer vertreten.

§ 5

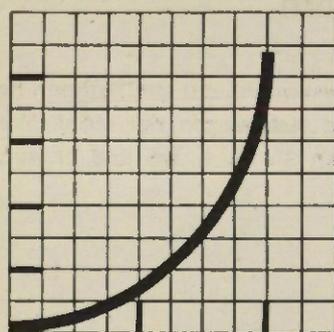
(1) Der Vorstand besteht aus je einem dar in § 4 bezeichneten Vertreter der Ärztlichen Kreisverbände sowie mindestens drei weiteren Beisitzern.

(2) Der Vorstand und die notwendigen Ausschüsse sind von der Mitgliederversammlung des Bezirksverbandes auf die Dauer von vier Jahren zu wählen. Der erste und zweite Vorsitzende des Bezirksverbandes werden geheim und schriftlich gewählt.

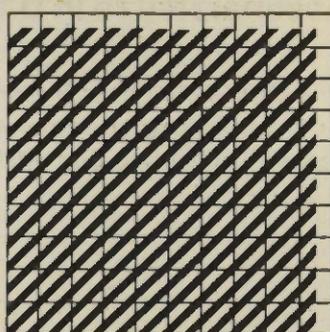
gen schmerz

Dolo-Prolixan® rasche, nachhaltige
Hilfe für Ihren Rheumapatienten.

Prompte Wirkung:
44% Besserung
bereits 2 Std.
nach der 1. Gabe.



44%



**Ausgeprägte
Wirkung:**
96% Besserung
bei Patienten mit
starken Schmerzen.

96%

Dolo-Prolixan®

Weil der Rheumatiker prompte Hilfe braucht.

(3) Die Amtsdeuer der Mitglieder des Vorstandes und der Ausschüsse entspricht der Amtsdauer der Organe der Ärztlichen Kreisverbände. Die Zugehörigkeit zum Vorstand oder zu Ausschüssen ruht oder endet vor Ablauf der Amtsdauer bei Vorliegen der Voraussetzungen des Art. 12 des Kammergesetzes. Das gleiche gilt, wenn die Mitgliedschaft bei einem Ärztlichen Kreisverband ruht oder bei keinem der dem Bezirksverband zugehörigen Ärztlichen Kreisverbände mehr besteht.

§ 6

(1) Der erste Vorsitzende, bei dessen Verhinderung der zweite Vorsitzende, vertritt den Bezirksverband nach außen. Er leitet die Geschäftsstelle des Bezirksverbandes.

(2) Die Genehmigung des Haushaltsplanes und die Entlastung des Vorstandes obliegt der Mitgliederversammlung.

§ 7

(1) Vorstandssitzungen und Mitgliederversammlungen sind mit Tagesordnung vom ersten Vorsitzenden, bei dessen Verhinderung vom zweiten Vorsitzenden, einzuberufen. Vorstandssitzungen finden nach Bedarf statt; eine Mitgliederversammlung ist mindestens einmal im Jahr einzuberufen.

Auf Verlangen von mindestens einem Drittel der jeweiligen Organmitglieder ist eine Vorstandssitzung oder Mitgliederversammlung innerhalb einer Frist von 14 Tagen abzuhalten.

(2) Die Versammlungen des Vorstandes und der Mitglieder sind beschlußfähig bei Anwesenheit von mindestens der Hälfte der Organmitglieder. Die Beschlußfähigkeit bleibt bestehen, solange sie nicht angezweifelt wird.

§ 8

Der Bezirksverband untersteht der Aufsicht der Bayerischen Landesärztekammer und der Regierung der Oberpfalz. Der Regierung und der Bayerischen Landesärztekammer ist auf Anfragen zeitgerecht Auskunft zu erteilen. Die Beschlüsse der Vollversammlung und des Vorstandes der Bayerischen Landesärztekammer sind für den Bezirksverband bindend.

§ 9

Die Tätigkeit des Vorstandes und der Ausschüsse des Bezirksverbandes erfolgt ehrenamtlich. Aufwands- und Reisekostenentschädigungen sowie Ersatz für Zeitverlust werden nach den Beschlüssen der Mitgliederversammlung gewährt.

§ 10

Die zur Erfüllung der Aufgaben des Bezirksverbandes erforderlichen Mittel sind von den Ärztlichen Kreisverbänden im Umlageverfahren aufzubringen.

§ 11

Öffentliche Bekenntmachungen des Bezirksverbandes erfolgen im „Bayerischen Ärzteblatt“.

§ 12

Diese Satzung tritt am 7. März 1979 in Kraft.

Regensburg, den 7. März 1979

gez. Dr. Hermenn Braun
1. Vorsitzender

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

Mainleus, Lkr. Kulmbach:

1 Allgemein-/Praktischer Arzt

Wiederbesetzung der wegen Ablebens des Stelleninhabers vakanten dritten Kassenarztstelle für ein Einzugsgebiet von ca. 6600 Einwohnern.

Bischofsgrün, Lkr. Bayreuth:

1 Allgemein-/Praktischer Arzt

Großheirath, Lkr. Coburg:

1 Allgemein-/Praktischer Arzt

Hof/Saale:

1 Allgemein-/Praktischer Arzt

Hohenberg a. d. Eger, Lkr. Wunsiedel:

1 Allgemein-/Praktischer Arzt

Kronach:

1 Allgemein-/Praktischer Arzt

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

Naila, Lkr. Hof:

1 Augenarzt

Marktredwitz, Lkr. Wunsiedel:

1 HNO-Arzt

Münchberg, Lkr. Hof/Saale:

1 Kinderarzt

Bewerbungen bitte an die Bezirksstelle Oberfranken der KVB, Bürgerreuther Straße 7a – 9, 8560 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. 39000 Einwohnern, wo derzeit kein Chirurg in freier Praxis niedergelassen ist.

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

1 Allgemein-/Praktischer Arzt

Vorra, Lkr. Nürnberger Land:

1 Allgemein-/Praktischer Arzt

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

Unterfranken

Gieselbach, Lkr. Aschaffenburg:

1 Allgemein-/Praktischer Arzt

Heigenbrücken, Lkr. Aschaffenburg:

1 Allgemein-/Praktischer Arzt

Mömbris, Lkr. Aschaffenburg:

1 Allgemein-/Praktischer Arzt

Knetzgau, Lkr. Haßberge:

1 Allgemein-/Praktischer Arzt

Höchheim, Lkr. Rhön-Grabfeld:

1 Allgemein-/Praktischer Arzt

Sulzfeld, Lkr. Rhön-Grabfeld:

1 Allgemein-/Praktischer Arzt

**Stadt Schweinfurt,
Stadtteile Deutschhof/Hochfeld-
Steinberg:**

1 Allgemein-/Praktischer Arzt

Alzenau, Lkr. Aschaffenburg:

1 Augenarzt

Stadt Aschaffenburg:

1 Augenarzt

Erlenbach, Lkr. Miltenberg:

1 Augenarzt

Stadt Schweinfurt:

2 Augenärzte

Karlstadt, Lkr. Main-Spessart:

1 Frauenarzt

Gerolzhofen, Lkr. Schweinfurt:

1 Frauenarzt

Bad Kissingen, Lkr. Bad Kissingen:

1 HNO-Arzt

Obernburg, Lkr. Miltenberg:

1 HNO-Arzt

Stadt Schweinfurt:

1 HNO-Arzt

Haßfurt, Lkr. Haßberge:

1 Hautarzt

Bad Brückenau, Lkr. Bad Kissingen:

1 Kinderarzt

Erlenbach, Lkr. Miltenberg:

1 Kinderarzt

Miltenberg, Lkr. Miltenberg:

1 Kinderarzt

Stadt Schweinfurt:

1 Kinderarzt

Miltenberg, Lkr. Miltenberg:

1 Nervenarzt

Haßfurt, Lkr. Haßberge:

1 Urologe

Bewerbungen bitte an die Bezirks-
stelle Unterfranken der KVB, Hof-
straße 5, 8700 Würzburg, Telefon
(09 31) 307 - 1.

Oberpfalz

Neukirchen, Lkr. Amberg-Sulzbach:

1 Allgemein-/Praktischer Arzt

Nachfolgebesetzung für ein Einzugs-
gebiet von ca. 3000 Einwohnern.

Waldthurn, Lkr. Neustadt/WN:

1 Allgemein-/Praktischer Arzt

Nachfolgebesetzung für ein Einzugs-
gebiet von ca. 2500 Einwohnern.

Amberg:

1 Arzt mit der Zusatzbezeichnung
Psychotherapie

Bärnau, Lkr. Tirschenreuth:

1 Allgemein-/Praktischer Arzt

**Neukirchen-Balbini,
Lkr. Schwandorf:**

1 Allgemein-/Praktischer Arzt

Wackersdorf, Lkr. Schwandorf:

1 Allgemein-/Praktischer Arzt

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

1 Augenarzt

Amberg:

1 Hautarzt

Stadt Schwandorf, Lkr. Schwandorf:

1 Hautarzt

Weiden:

1 Hautarzt

Bewerbungen bitte an die Bezirks-
stelle Oberpfalz der KVB, Lands-
huter Straße 49, 8400 Regensburg,
Telefon (09 41) 7 50 71.

Niederbayern

Gotteszell, Lkr. Regen:

1 Allgemein-/Praktischer Arzt

Haarbach, Lkr. Passau:

1 Allgemein-/Praktischer Arzt

Haibach, Lkr. Straubing-Bogen:

1 Allgemein-/Praktischer Arzt

Lindberg, Lkr. Regen:

1 Allgemein-/Praktischer Arzt

Ohu, Lkr. Landshut:

1 Allgemein-/Praktischer Arzt

Rain, Lkr. Straubing-Bogen:

1 Allgemein-/Praktischer Arzt

Roßbach, Lkr. Rottal-Inn:

1 Allgemein-/Praktischer Arzt

Stallwang, Lkr. Straubing-Bogen:

1 Allgemein-/Praktischer Arzt

Regen-Stadt:

1 Augenarzt

Viechtach, Lkr. Regen:

1 Augenarzt

Deggendorf-Stadt:

1 Hautarzt

Dingolfing-Stadt:

1 Hautarzt

Regen-Stadt:

1 Hautarzt

Bewerbungen bitte an die Bezirks-
stelle Niederbayern der KVB, Lilien-
straße 5-7, 8440 Straubing, Telefon
(0 94 21) 70 53.

Zugriff zum genetischen Material

Für die Erforschung genetischer Strukturen und ihre Funktionsweise wird es auch in Zukunft keine Hemmnisse geben dürfen. Nach gegenwärtigem Erkenntnisstand ist diese genetische Forschung der erfolgversprechendste Weg zur Lösung zahlreicher Probleme.

So lüftet diese Forschung etwa das Geheimnis, auf welche Art und Weise Mikroorganismen eine Resistenz gegen Antibiotika in ihrem genetischen Material verankern oder wie etwa Mikroorganismen, die in der Regel mit ihrem Wirt in Frieden leben, plötzlich in die Lage versetzt sind, beim Wirt eine Krebserkrankung auszulösen. Was als „Gen-Chirurgie“ in den polemischen Handel gekommen ist, sind Verfahren, die von der Natur selbst verwendet werden und ihr als Geheimnis entrisen wurden.

Die Kenntnis der natürlichen Techniken und die Möglichkeit, in Experimenten Teile der genetischen Substanz gezielt „herauszuschneiden“ und wieder in ein anderes genetisches Material hineinzusetzen und dabei sogar die Grenzen einer Art zu überspringen, hat selbst die Wissenschaftler überrascht. Zunächst schienen alle Möglichkeiten für eine grenzenlose genetische Manipulierbarkeit offen. Inzwischen haben sich sichere Anhaltspunkte dafür ergeben, daß die Produkte solcher Expe-

perimente weit weniger lebensstüchtig sind, als befürchtet worden war, und das Risiko einer Gefährdung gering geachtet werden kann, wenn sie unbeabsichtigt oder mißbräuchlich aus den Laboratorien „entkommen“. Dies bedeutet aus wissenschaftlicher Sicht, daß derzeit keine Notwendigkeit besteht, die Sicherheitsbestimmungen, wie sie für diese Experimente in bestehenden Regelungen und im Bundesseuchengesetz vorgesehen sind, durch weitere gesetzliche Regelungen zu verschärfen.

An die genetische Forschung knüpfen sich aber über die gegenwärtigen experimentellen Möglichkeiten hinaus die Hoffnungen, z. B. der pharmazeutischen Industrie auf aussichtsreiche Produktionsverfahren, oder der Pflanzen- und Tierzüchter, durch Gen-Technik zu Züchtungsergebnissen zu gelangen, die über besondere, erwünschte Eigenschaften verfügen und die Humangenetiker, die auf Hilfe in all jenen Fällen hoffen, wenn genetische Schäden vorliegen oder angenommen werden müssen. Solche Hilfe ist jedoch, zumindest was ein therapeutisches Eingreifen in menschliches genetisches Material anbelangt, wegen der Komplexität der Vorgänge in absehbarer Zeit nicht zu erwarten.

Nach gegenwärtigem Erkenntnisstand können wissenschaftliche und

pseudowissenschaftliche Berichte als unzutreffend bezeichnet werden, die in der Öffentlichkeit den Eindruck erweckten, genetische Manipulation des menschlichen Erbgutes würde bereits experimentell erprobt. Es ist Aufgabe der verantwortlichen Gen-Wissenschaftler, derartiger öffentlicher Meinungsbildung entgegenzuwirken, die dazu führt, daß sich „archaische“ Ängste gegenüber der Forschung und den Wissenschaftlern einnisten und politische Entscheidungen provozieren. Mit Gesetzen lassen sich derartige Konfliktsituationen zwischen Öffentlichkeit und Forschung weder beheben noch verhindern.

Wenn es denkbar ist, daß Gen-Technologie einmal soweit in das jedem Individuum eigene und einmalige Erbmaterial eingreifen könnte, daß das erzeugte Lebewesen seiner Natur nach nicht mehr den individuellen Zeugungsgesetzen folgt, muß aber von der Gesellschaft rechtzeitig und wirksam einer derartigen Entwicklung die gesetzliche Schranke geboten werden. Es kann und darf nicht alles erlaubt und machbar bleiben, was die Wissenschaft für möglich, interessant und erprobenswert erachtet.

Es ist verständlich, wenn die Gen-Wissenschaftler die Freiheit ihrer Forschung verteidigen und gesetzliche Reglementierung ablehnen. Dies ist aber nur möglich, wenn die Verantwortlichkeit für die Folgen ihres Tuns an ethische Normen gebunden bleibt und Mißbrauch und Gefährdung für die öffentliche Sicherheit und die Gesellschaft der nächsten Generationen wirksamen Kontrollen unterliegen. Dazu ist es vor allem nötig, daß die Probleme im geistigen Raum zwischen Gen-Wissenschaftlern, Rechtswissenschaftlern, Ärzten und Theologen bearbeitet werden und freigehalten werden von politisch ideologischer oder kommerzieller Beeinflussung, Steuerung und Ausbeutung.

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

Ein TÜV für medizinische Apparate

Der plötzliche Tod zweier Dialyse-Patienten vor rund einem Jahr im Augsburger Westkrankenhaus sorgte für Schlagzeilen: Die Spülflüssigkeit einer künstlichen Niere, an die die beiden Kranken angeschlossen waren, hatten nämlich eine zu hohe Kalziumkonzentration enthalten. Eine Stunde nach der Dialyse starben die Patienten an Kalziumvergiftung. Menschliches Verschulden konnte nicht festgestellt werden, ergaben die Ermittlungen der Staatsanwaltschaft. Die Technik hatte versagt. Technischer Defekt war auch die Ursache für den Tod eines Patienten in der Intensivstation eines großen Krankenhauses, weil eine Pumpe statt der vorgeschriebenen Nährlösung nur Luft abgab, ohne daß Alarm ausgelöst worden wäre. Insgesamt 19 Sicherheitsmängel wies eine elektrische Infusionspumpe auf mit der Folge, daß ein Kind aufgrund einer zu schnellen Tropfrate eine Luftembolie erlitt.

Die drei Fälle wurden im sozialpolitischen Landtagsausschuß angeführt, um die Dringlichkeit einer regelmäßigen Überprüfung medizinisch-technischer Geräte zu unterstreichen. Anlaß war ein Antrag der CSU-Abgeordneten Alois Glück, Franz von Prümmer, Richard Wengenmeier, Otto Wiesheu und Johann Böhm, die mit einer Initiative eine regelmäßige Untersuchung der medizinisch-technischen Geräte auf ihre Betriebs- und Funktionssicherheit anstreben. Wie der Berichterstatter Böhm ausführte, gibt es in der Bundesrepublik Deutschland etwa 6000 verschiedene Typen medizinisch-technischer Geräte. Angesichts mehrerer Fälle, in denen solche Apparate sicherheitstechnische Mängel aufwiesen, sei eine sicherheitstechnische Überprüfung dringend notwendig.

Antragsteller Alois Glück führte zum Beweis eine Untersuchung des Technischen Überwachungsvereins Rheinland an, der 282 medizinisch-technische Geräte untersucht hatte, von denen nur 89 keine Fehler aufwiesen. Insgesamt wurden 918 Feh-

ler festgestellt, von denen 685 für Patienten und Bedienungspersonal lebensbedrohend waren. Ausländische Geräte erwiesen sich als Spitzenreiter. Dies veranlaßte den CSU-Abgeordneten zu der Feststellung, daß die Bundesrepublik Deutschland von den ausländischen Herstellern als Test- und Experimentierfeld angesehen werde. Von den 134 untersuchten ausländischen Apparaten hätten nämlich nur zehn einwandfrei gearbeitet. Erst wenn die Funktionstüchtigkeit und Gefährlosigkeit erwiesen sei, würden diese Apparate dann beispielsweise in amerikanischen Kliniken und Praxen eingesetzt.

Um möglichen Gefahren, die von diesen Apparaten ausgehen können, die ja zum Vorteil des Patienten eingesetzt werden, vorzubeugen, sprachen sich die Abgeordneten für eine Verbesserung der rechtlichen Situation aus. Eine regelmäßige Kontrolle – bei Autos, Haushaltsgeräten oder Werkzeugmaschinen längst Gewohnheit – ist für diese lebenserhaltenden Apparate noch nicht Pflicht. Nach dem Maschinenschutzgesetz, dem „Gesetz über technische Arbeitsmittel“, zu denen auch diese Geräte zählen, dürfen die Hersteller diese Apparate zwar nur in den Verkehr bringen, wenn sie den allgemein anerkannten Regeln der Technik entsprechen. Eine Verpflichtung, die Geräte vorher durch eine Prüfstelle untersuchen zu lassen, fehlt jedoch. Die Hersteller haben nur die Möglichkeit, ihr Gerät freiwillig prüfen zu lassen, was in Bayern beim Technischen Überwachungsverein oder der Landesgewerbeanstalt in Nürnberg geschehen kann. Hat ein Gerät das offizielle Prüfzeichen, kann es nicht mehr beanstandet werden. Wie im sozialpolitischen Landtagsausschuß bekannt wurde, hatten jedoch – nach den Feststellungen des TÜV Rheinlands – von den 6000 verschiedenen Typen nur 70 eine solche Prüfplakette.

Für die Betreiber dieser Geräte gibt es darüber hinaus keine zwingende

Vorschrift, Wiederholungsprüfungen und Untersuchungen für das sichere Funktionieren durchführen zu lassen. Neben einer Baumusterprüfung vor der Einführung geht es nach den Worten von Alois Glück deshalb darum, daß solche Funktionstests vorgeschrieben werden, die freilich oft an Ort und Stelle erfolgen müssen, weil viele Geräte nicht transportabel seien. Wie vom Vertreter des Arbeitsministeriums ergänzt wurde, gibt es die Prüfpflicht nur bei Röntengeräten und für Geräte, in denen radioaktive Stoffe verwendet werden. Darüber hinaus besteht eine Eichpflicht bei den Anzeigen von Meßgeräten für therapeutische und diagnostische Maßnahmen.

Im Bundestag wird gegenwärtig ein Gesetz vorbereitet, das – so wurde im Ausschuß bekannt – die Betreiber medizinisch-technischer Geräte verpflichten soll, diese Apparate wiederholt untersuchen zu lassen. Dies gilt insbesondere für die Anlagen in elektrischer Hinsicht. Die Kosten dieser Tests müsse der Verursacher zahlen. Angesichts der Bonner Vorbereitungen wollten die Antragsteller ihre Initiative deshalb auch so verstanden wissen, daß ein geeigneter Träger für diese Untersuchungen gefunden wird. In der Debatte wurde der Technische Überwachungsverein Bayern mit seinem Instrumentarium und eben die Landesgewerbeanstalt Nürnberg genannt. Erwogen wurde aber auch eine Mitwirkung der Gesundheitsämter und der Hersteller. Die Initiatoren des Antrags versprechen sich davon einen „Rückkoppelungseffekt“ aufgrund eines Erfahrungsaustausches aller Beteiligten, um ein mögliches Sicherheitsrisiko weitgehendst herabzusetzen. Sie forderten deshalb in Punkt zwei ihres Antrags, „daß sicherzustellen ist, daß durch die Mitwirkung der unmittelbar betroffenen Gruppen (Ärzteschaft, Krankenkassen, Krankenhausgesellschaft, Hersteller, Berufsgenossenschaften u. a.) der ständige Erfahrungsaustausch gewährleistet ist und die Weiterentwicklung der einschlägigen Geräte gefördert wird“. Hauptziel ist jedoch, die Staatsregierung zu ersuchen, „daß durch geeignete Einrichtung die medizinisch-technischen Geräte regelmäßig auf ihre Betriebssicherheit und Funktionssicherheit hin überprüft und daß die Hersteller und Betreiber entsprechend beraten werden“.

Michael Gscheidle

Familienfreundliche Entscheidungen

Auch die letzten Landtagswahlen dieses Jahres (Schleswig-Holstein) haben die politische Szenerie der Bundesrepublik nicht wesentlich verändert. Die Regierung Stoltenberg hat sich, wenn auch nur knapp, behauptet; der Wahlsieg hing an rund 600 Stimmen. Mit der CDU ging es, wenn auch gebremst, abwärts. Die SPD konnte Stimmengewinne verbuchen, während die FDP einen Schwächeanfall erlitt, der signalisiert, daß diese Partei nie ganz sicher sein kann, die Fünf-Prozent-Hürde des Wahlgesetzes zu überspringen. Für die FDP hat also wieder eine Zitterpartei begonnen, zumal es das erklärte Ziel der Fredersdorf-Partei ist, die FDP als Zünglein an der Waage abzulösen.

Wie schwer es jedoch neue Parteien haben, zeigte sich an dem Wehlschicksal der „Grünen“ in Schleswig-Holstein; sie erreichten nicht einmal 2,5 Prozent. Bemerkenswert ist freilich, wie intensiv Fredersdorf mit Strauß flirtet – und umgekehrt. Sicher ist, daß beide ihr eigenes politisches Interesse dabei im Auge haben; eine Liebesverbindung ist das nicht. Fredersdorf und seine Bürgerpartei haben die bundesweite CSU zu fürchten; gegen sie wäre die Fünf-Prozent-Hürde mit Gewißheit nicht zu überspringen. Für Strauß könnte andererseits die Bürgerpartei zur vierten Partei werden, dann nämlich, wenn sie der Koalition drei bis vier Prozent der Stimmen abnehme. Dann, so könnte Strauß kalkulieren, haben CDU und CSU wieder eine Chance, die SPD/FDP-Koalition in Bonn abzulösen. Aber auch diese Rechnung ist mit vielen Unbekannten belastet. Das Wahlergebnis in Schleswig-Holstein hat innerhalb der Union Kohls Stellung weiter geschwächt.

Die Sozialpolitik läuft auf vollen Touren. Der Bundestag hat die Einführung des Mutterschaftsurlaubs beschlossen. SPD und FDP haben sich mit ihrer Konzeption durchgesetzt; am Ende hat auch eine größere Zahl von Abgeordneten der Union der Regierungsvorlage zugestimmt. Vom 1. Juli an wird also die bisherige Schutzfrist für Frauen nach der Geburt eines Kindes durch einen viermonatigen Mutterschaftsurlaub ergänzt. Die Kosten trägt „Vater“ Staat. Die begünstigten Arbeitnehmerinnen erhalten während des Mutterschaftsurlaubs ihr bisheriges Netto-Arbeitsentgelt bis zum

monatlichen Höchstbetrag von 750 Mark. Die Sozialversicherung läuft auch während des Mutterschaftsurlaubs weiter; der Bund erstattet der Rentenversicherung und den Krankenkassen einen Teil der Beitragsausfälle. Diese Regelung ist bis Ende 1981 befristet. Die Koalition behält sich also vor, damit nach 1981 die Sozialversicherung oder die Betriebe zu belasten.

Die schwangere Frau wird also wie bisher sechs Wochen vor der Geburt von der Arbeit freigestellt. Nach der Geburt des Kindes bleibt es zunächst bei der Schutzfrist von acht Wochen, in die sich nunmehr der viermonatige Mutterschaftsurlaub anschließen wird. Insgesamt wird die junge Mutter also wenigstens sieben-einhalb Monate von der Arbeit freigestellt. Der Kündigungsschutz reicht bis acht Monate nach der Geburt des Kindes. Wie die kleineren Betriebe, nicht zuletzt auch die Freiberufler, mit einer solchen Regelung fertigwerden sollen, sagt niemand! Meint Ehrenberg: „Gewisse Unbequemlichkeiten sind auch den Arbeitgebern zumutbar im Interesse des Kindes, Chancengleichheit für Frauen zu verwirklichen.“

Die CDU hat ihre Konzeption vom Familiengeld nicht durchsetzen können. 18 Monate lang sollte jede Familie nach der Geburt eines Kindes 400 Mark im Monat erhalten, sofern ein Elternteil auf Erwerbstätigkeit verzichtet. Auch der Antrag, den nichterwerbstätigen Frauen wenigstens sechs Monate lang 500 Mark nach der Geburt eines Kindes zu zahlen, wurde von SPD und FDP abgelehnt. Damit dies nicht nach einer Aktion gegen die nichterwerbstätigen Mütter ausgelegt werden kann, hat die Koalition eine Entschließung verabschiedet. Darin wird es als notwendig bezeichnet, politisch und finanziell realisierbare Lösungen zu entwickeln, die die Betreuung und Erziehung von Kleinkindern weiter verbessern. Dafür sind folgende Grundsätze aufgestellt worden: Eltern sollen sich ohne Zwang zur Erwerbstätigkeit der Kindererziehung widmen können; Eltern sollen frei entscheiden, ob Mutter oder Vater zur Kindererziehung die Erwerbstätigkeit unterbrechen oder ob die Eltern die Erwerbstätigkeit gemeinsam zeitweise einschränken. Bei der CDU/CSU hat man wohl nicht ganz unbegründet den Verdacht, daß

rechtzeitig zur nächsten Bundestagswahl auch noch Zahlungen für nichterwerbstätige Mütter nachgeschoben werden sollen.

Einstimmig hat der Bundestag ein Gesetz verabschiedet, mit dem die Unterhaltszahlungen an Kinder alleinstehender Mütter oder Väter gesichert werden sollen. Wenn der zum Unterhalt Verpflichtete sich seiner Zahlspflicht entzieht, sie ganz oder teilweise nicht erfüllen kann, oder wenn er verstorben ist, so übernimmt der Staat die Leistungen bis zur Höhe der Regelsätze für nichteheliche Kinder. Die Unterhaltsansprüche gehen dann jedoch an den Staat über. Diese Leistungen sollen Kindern zugute kommen, die nicht älter als sechs Jahre alt sind; die Zahlungen werden auf drei Jahre begrenzt. Dennoch wird in den ersten drei Jahren mit Kosten von etwa 150 Millionen Mark gerechnet; danach halbiert sich der Betrag.

Nach langen Vorberatungen mit den Krankenkassen hat die Bundesregierung einen Gesetzentwurf für die Neuordnung der Rücklagebestimmungen in der gesetzlichen Krankenversicherung vorgelegt. Es besteht kein Zweifel, daß die geltenden Regeln für die Rücklagebildung bei den Krankenkassen überholt sind. Dennoch ist nicht zu verkennen, daß Ehrenberg mit dem Gesetzentwurf auch Vorkehrungen dafür treffen will, daß die Krankenkassen nicht ausgerechnet im Wahljahr 1980 ihre Beitragssätze heraufsetzen. Die Mindestrücklagen werden gesenkt, und sie müssen künftig zur Vermeidung ein sich notwendiger Beitragsatzkorrekturen während eines Haushaltsjahres eingesetzt werden. Wenn das Gesetz rasch verabschiedet wird, so hätte dies bereits für 1980 zu gelten. Die Kassen könnten ihre Beiträge dann allenthalben zum Jahreswechsel heraufsetzen. Bis zum Wahltag wäre dann alles vergessen. Der CSU-Abgeordnete Albert Schedl kommentierte den Entwurf mit der Bemerkung, daß, wie bei der Rentenversicherung, die Rücklagen „verheizt“ werden sollten, um der Öffentlichkeit ein „geschöntes“ Bild vorzuführen. So ganz falsch ist das wohl nicht.

Auf weitere Sicht muß sich die Krankenversicherung wohl auf zusätzliche Belastungen einstellen. CDU/CSU und FDP befürworten, daß die Krankenkassen in die Finanzierung von Pflegefällen einbezogen werden. Gedacht wird an eine Erweiterung des Paragraphen 185 RVO. In einer Bundestagsdebatte über die Lage der alten Menschen wurde dies deutlich. Zwei Drittel der Bewohner von Alten- und Pflegeheimen können die Kosten nicht aus der Rente oder Pension bezahlen. Hier gibt es tatsächlich ein schwerwiegendes soziales Problem, das der Lösung bedarf. Aber eine Aufgabe für die Krankenversicherung scheint dies nicht zu sein.

bonn-mot

Zwei medizinische Fälle aus dem oberbayerischen Volksleben der Barockzeit

von Michael Renner

Im alten Kurfürstentum Bayern, das ungefähr den heutigen Regierungsbezirken Ober- und Niederbayern sowie der Oberpfalz entsprach, gab es noch keine Trennung von Justiz und Verwaltung. Draußen auf dem Land lagen alle unter diesen Begriffen einzuordnenden Aufgaben, darunter die Gesundheitspolizei in der Hand des kurfürstlichen Landrichters, soweit sie nicht von den Richtern der das Staatsgebiet durchlöchernden zahlreichen Niedergerichtsbezirke, der adeligen oder klösterlichen Hofmarken wahrgenommen wurden.

Im Rahmen der zivilen Gerichtsbarkeit beurkundete der Landrichter sämtliche Grundstücksveränderungen, sei es durch Kauf und Verkauf, Hofübergabe oder Tausch. Die im Laufe der Jahrhunderte in dicken Folianten und umständlicher Schreibweise beurkundeten Rechtsgeschäfte gehen in die Zehntausende und sind trotz barocker Weitschweifigkeit im Ausdruck und Schnörkelschrift von trockener Stereotypie.

Da muß es besonders auffallen, wenn mitten zwischen Austrags-, Heirats- und Schuldbriefen in einem Briefprotokoll des Jahres 1679 aus Aibling plötzlich eine ganz seltene Beurkundung erfolgt, die uns einen Blick in Leben und Leiden des Volkes vor 300 Jahren tun läßt.

In der Zeit nach dem verheerenden 30jährigen Krieg waren auch in Kurbayern die fest residierenden Ärzte dünn gesät. Ein großer Teil der Heilkunde wurde von mangelhaft ausgebildeten Badern ausgeübt, die oft genug über Eingriffe herumreisender Kurfuscher zu klagen hatten. Da war eine glückliche Heilung gleich mehrerer Patienten auf einmal schon eine kleine Sensation, die ihre Werbewirkung auf die Untertanen in dem weiten Landgerichtssprengel Aibling nicht verfehlt haben dürfte. Der Sinn der vorliegenden Beurkun-

dung liegt in erster Linie darin, dem Stein- und Bruchschneider neue Patienten zuzuführen und seinen ärztlichen Ruf durch das amtliche Zeugnis zu festigen.

„Arztenbrief

Ich Ernestus Zöpff, der Churfürstlichen Durchlaucht in Bayern Rath und Pflegcommissarius allhie zu Aybling urkunde öffentlich gegen meniglich mit und in kraft dies Brieffs, daß mir anheint Dato meine mir gnädigst anvertraute Gerichtsunterthanen, als Georg Käffl von Blindenried, dann Veit Stadler von Pichel, wiederumb Mattheus Kürchböck von Fährnbach und Adam Hell daselbst zu vernehmen gegeben haben, daß nemblich besagten Käffls noch lediger Bruder namens Caspar, bey 20jährigem Alter, in die 1¹/₂ Jahr lang mit einem starken Waidt- oder Därmbbruch behafft gewest seye, an deme er in solcher Zeit erbärmlich große Schmerzen gelitten hat.

Item weiland Wolfen Widtmanns, gewesten Schneiders zu Fährnbach selig hinterlassene 2 Kinder, namens Simon, 16jährigen Alters, einen starken Wasser- und Georg, 12jährigen Alters, einen ziemlich großen Waidt- oder Därmbbruch von Jugend auf gehabt, welche Ihnen ebenfalls sehr große Schmerzen verursacht haben.

Wie nit weniger weiland Baltasarn Springers von Gottschalling, alhie-sigen Gerichts, selig hinterlassene Tochter, so Eva heißet und 21 Jahr alt ist, von Mutterleib ein erschrocklich grausam große Hasenscharten uf die Welt gebracht.

Verrers (weiter) Hans Träxler, Zimmermann zu mehrgedachten Fährnbach, bey 50 Jahr alt, in die 8 Jahr lang uf dem rechten Wang den abscheulich umb sich fressenden Krep-sen,

lestlichen (zuletzt) aber Caspar Leiners, Inwohners allda zu Fährnbach Kind namens Joseph bey 8 Wochen alt, einen üblen Leibsschaden, einer welschen Nuß groß, dene sie von Mutterleib gebracht, gehabt hat.

Seitemalen nun der Ehrvest und kunstreiche Herr Franciscus Aicher, Oculist, Stein- und Bruchschneider, dermalen Burger zu Tölz Oberlands Beyern, ansonsten von Kitzbühel aus der Kayserlichen Grafschaft Tyrol gebürtig dieser Orten ankommen, als hat derselbe obgemelte mit großen und schweren Zuständen oder Schäden beladen geweste 6 Personen uf beschehenes Anmelden in sein Cur an- und ufgenommen, sodann dieselbe — außer des Lainers Kind — mit Verleihung der Göttlichen Gnaden nit allein in Beyseine (der) vorgemelt deponierender (aus-sagender) 4 Unterthanen, sondern auch mehr umstehend vorhanden gewest unterschiedlicher Personen, öffentlich, ohne geringste Klagung eines Schmerzes, gar schleinig geschnitten und gleich nach Vollendung dessen wiederumb uf freyen Fuß gestellt, auch den Caspar Käffl hernach in 10, item die 2 Widmännische Gebrüder in 12, verrers (weiter) die Eva Springerin in 14 und den Träxler Zimmermann in 10, des Lainers Kind aber in 8 Tagen ohne Schnitt, einzig und allein mit gebrauchten Arzneimitteln völlig curirt und zur Gesundheit gebracht, da doch der Simon Widtmann und die Eva Springerin von andern allbereit viele und unterschiedliche Arznei- und Kurmittel anwenden lassen haben, ungeacht dessen aber durch niemands als von ernanntem Herrn Aicher restituiert und geheilt werden künnten, umb welches vorderist (zuerst) Gott dem Allmächtigen wegen seiner hierzu so gnädiglich verliehenen väterlichen Hilf und Segens, dann mehrgedachtem Herrn Aicher, seiner gebrauchten rühmlichen Kunst und äußerst angewendeten Fleißes willen billiches Lob und schuldiger Dank zu sagen seye.

Und weilen mich lestgemelter (zuletztgenannter) Herr Aicher dieser völlig curierten und geheilten Personen halber umb Erteilung einer glaubwürdig gerichtlichen Attestation gebührend ersucht, dahero habe ich ihme selbige wegen solch seiner guten Qualitäten und wohlerfahrenen rühmlichen Kunst der Billichkeit gemäß nit abschlagen, sondern der

geliebten Wahrheit zur Steuer diese öffentliche Gezeignus (Zeugnis) unter meinen hierenhangenden gewöhnlichen Insiegel, doch in all andereweg ohne Nachteil, von Obrigkeit wegen hiemit abfolgen lassen.

So geschehen zu eingangs bemeltem Aybiling, den 19. April 1679."

Staatsarchiv München, Briefprotokoll des Landgerichts Aibling von 1679, fol 101-103'

Der zweite Fall aus dem Benediktinerkloster Ettal wirkt im doppelten Sinne makaber, wenn man weiß, daß der wallfahrende Messerstecher Dominicus Funck selber ein gestrenge Exekutivorgan der ländesherrlichen Obrigkeit war. Zu seinen Aufgaben gehörte unter anderem die Vorführung von Streiftätern und die Zustellung von Entscheidungen der Obergerichte. Er war eine Art wandernder Polizist, der in seinem Amtsprengel auf Ordnung in den Dörfern zu sehen hatte und in unmittelbarem Kontakt mit den Untertanen die Macht des fernen, erhabenen Landesherrn repräsentierte. Da war es doppelt schlimm, wenn er selbst, noch dazu bei Verrichtung eines gottwohlgefälligen Werkes einen groben Exzeß verübte. Da aber der Verletzte äußerlich keine weiteren Blutspuren zeigte und sich zumindest anfangs scheinbar wohl befand, war der Klosterrichter froh, Täter und Opfer laufen lassen zu können, anstatt sich die Scherereien mit einer Leiche auferladen zu müssen. Freilich gab er dem Täter schriftlich mit auf den Weg, daß ein möglicher Tod des Gestochenen ausschließlich in seine Verantwortung fallen würde.

Ob der Amtmann Funck seine Stellung beim kurfürstlichen Landgericht Friedberg verloren hat, ist nicht auszumachen. Wahrscheinlich ließ man dort Gnade vor Recht ergehen, weil Funck ja bereits in Ettal bestraft wurde. Die Haltung seines Vorgesetzten wird davon abhängig gewesen sein, ob nun der gestochene Nachbar überlebt hat oder nicht. Doch über den Fortgang der Geschichte schweigen die Quellen.

„Einkommen den 21. Mey Anno 1716

Demnach Dominicus Funck, Mesner und zugleich Büttel von Baidikirchen negst Mering, Landgerichts Friedberg, als er sich neben ande-

ren Wallfahrtern allhier uf der Wallfahrt (Ettal) in der Hofftafern befunden, zu nachts einen großen Aufleuf und Tumult verursacht und noch anbey seinen Nachbern Stephan Stoffler von ermeltem (erwähntem) Beindikirchen mit einem Stachel etliche Stich, worunter einer im hohlen Leib durchgangen, zugefügt, welcher sehr gefährlich gewesen und eus sonderbarem Schutz und Vorbitt der alldaig (des hier vorhandenen) wundertötigen Bildnus Unser Lieben Frauen und angewendten guten Curmitteln doch der würlkliche Mord vermittelt geblieben, auch er, (der) Laedierte vorgibt, daß er innerlich im geringsten nichts mehr empfinde und im guten Stand seye, mithin sowohl um seine als auch des Täters Entlassung inständig gehalten, auch der gebrauchte Bader allda erinnert, daß er keine Gefehr mehr besorge, doch sich er, (der) Gestochne uf der Reis geschmeidig mit Essen, Trinken und andern halten, nit zu gar stark sich erhitzen solle, daß er ihme keinen weiteren Schaden zufüge.

Als habe bey solchen Umständen diesen Patienten, doch mit diesem Reservat neben dem Delinquenten entlassen wollen, daß er hingegen niemand, dann ihme selbst, da er sich uf der Reis, so Gott verhüten wolle, sollte selbst verwahrlösen, auch im Fall darauf folgenden Tods sein Täter, der gemelte (erwähnte)

Funck, frey und sicher stehen und ihme deshalb nichts zugemutet werden sollte oder könnte, sondern ihme selbst alle Schuld beymessen müßte.

Wegen solchem Verbrechen aber solle er, Funck 4 Pfund Pfennig Straf neben anderen ergangenen Gerichts- und Curunkosten per 7 Gulden 29 Kreuzer 5 Heller, zusammen also 12 Gulden 4 Kreuzer seinen Anteil abzutragen schuldig sein, außer er, Stoffler will ihme solches gutwillig nachsehen;

welchem Delinquenten dann auch hiemit solch seine vermessene Tat ernstlich verwiesen und auferladen worden, dem Verletzten wegen an ihme verübter übler und vorsätzlicher, auch todsgefährlicher Tat umb Verzeihung zu bitten, so auch in Beysein zweyer Gezeugen, Martin Windterholter von Hausen bey Hof, Gerichts Hof Hegnenberg, Michael von Stainach der Grefschafft Mering (geschehen ist). Actum ut supra (geschehen wie oben = am gleichen Datum).“

StA München, Br. Pr. Weilheim Nr. 365, Verhörprotokoll des Klostergerichts Ettal-Murnau um 1700-1730

Anschrift des Verfassers:

Dr. phil. Michael Renner, Archivoberrat, Rankestraße 3, 8000 München 40

Strahlenschutzmedizinische Beratung in Bayern

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

Regionale Strahlenschutzzentrum bei der Gesellschaft für Strahlen- und Umweltforschung

8042 Neuherberg
Telefon (0 89) 38 74-333

rund um die Uhr zur Verfügung.

Glurenorm macht einen Bogen um die Niere.

darum Glurenorm®

das nicht hampflichtige Antidiabetikum

Zusammensetzung: 1 Tablette enthält: Gläquidon = 1-Cyclohexyl-3-[p-12-(3,4-dihydro-7-methoxy-4,4-dimethyl-1,3-dioxo-2(1H)-isochinolyl-äthyl)phenyl]sulfonyl]harnstoff 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 Anwendungswiese: Glurenorm besitzt den besonderen Vorteil eines relativ großen Dosisspielraumes, der von 1/8 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 ausgekommen 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.

Neuseiterteilungen: Im allgemeinen beginnt die Glurenorm-Behandlung mit 1/8 Tablette (15 mg) zum Frühstück. Wenn diese Dosierung für eine befriedigende Einstellung nicht ausreicht, so wird eine stufenweise Erhöhung um jeweils 1/8 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 Sulfonylharnstoff-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 (1/8 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 selten des Magen-Darm-Traktes.

Unverträglichkeiten und Risiken: Das Präparat darf nicht angewandt werden bei: Insulinmangeldiabetes; Coma und Praecomata 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 Präparatwechsel sowie durch unregelmäßige Anwendung dieses Arzneimittels kann die Fähigkeit zur aktiven Teilnahme am Straßenverkehr oder zum Bedienen von Maschinen beeinträchtigt werden.

Sollte es zu einem hypoglykämischen Zustand kommen, so kann dieser meistens vom Patienten selbst durch Würfelzucker, Süßwaren oder zuckerhaltige Getränke behoben werden. Körperliche Anstrengung, Alkoholgenuss oder Einnahme bestimmter Medikamente, wie Salizylate, Sulfonamide, Phenybutazon-Präparate, Tuberkulostatika, Chloramphenicol, Tetracyclinverbindungen, Cumarin-Derivate, Cyclophosphamid, MAO-Hemmer und β -Rezeptorenblocker, können die blutzuckersenkende Wirkung oraler Antidiabetika vom Sulfonylharnstoff-Typ verstärken. Andererseits ist eine Abschwächung der blutzuckersenkenden Wirkung von Sulfonylharnstoffen u. ä. möglich bei gleichzeitiger Gabe von oralen Kontrazeptiva, Chlorpromazin, Sympathomimetika, Kortikoiden, Schilddrüsenhormonen und nikotinsäurehaltigen Präparaten. Hier kann eine Erhöhung der Glurenorm-Dosis erforderlich werden.

Darreichungsformen und Packungsgrößen: OP mit 30 Tabletten DM 17,80, OP mit 60 Tabletten DM 31,70, OP mit 120 Tabletten DM 52,90. Klinckpackung. - Preisänderung vorbehalten.

Dr. Karl Thomae GmbH
Biberach an der Riss

Thomae

Unser Confrère Dr. med. Andreas Schuhmann, Grünwalder Straße 106, 8000 München 90, wurde kürzlich einem größeren Kreis unserer Mitglieder bekannt durch seine Teilnahme an der von der Bayerischen Landesärztekammer in Zusammenarbeit mit der Landesgruppe Bayern des BDSÄ veranstalteten vorweihnachtlichen Lesung (s. „Äskulap und Pegasus“, 2/1979, Bayer. Ärzteblatt, S. 148 ff.). Dies soll Veranlassung sein, den vielseitigen und fruchtbaren Schriftstellerarzt allen unseren bayerischen Kollegen mit seiner Persönlichkeit und seinem Schaffen vorzustellen.

Andreas Schuhmann wurde am 14. Januar 1920 in München geboren. In dieser Stadt verbrachte er Kinder- und Jugendjahre und machte dort am Neuen Realgymnasium das Abitur. Er studierte in Münster/Westf., Würzburg und München, wo er 1947 das Staatsexamen machte. In München hörte Schuhmann auch Vorlesungen in Psychologie und Philosophie bei Philipp Lersch. Die weitere medizinische Ausbildung erfolgte an den Universitätskliniken in Würzburg, wo er jahrelang als Assistent in der Inneren Medizin, in der Röntgenologie, der Neurologie und Psychiatrie sowie in der Frauenheilkunde tätig war. Er ist seit 1953 Arzt für Innere Medizin und seit 1963 Arzt für Radiologie. Mehrere Jahre war er in einer röntgenologischen Kassenpraxis tätig. Jetzt ist er Medizinadirektor und Leiter einer Röntgenabteilung bei der LVA Oberbayern. Schuhmann hatte von früher Jugend an musische Neigungen. Schreiben und Malen ist von jeher seine Freizeitbeschäftigung. Besonders angezogen fühlte er sich von dem Dichterarzt Hans Carossa, seinem bayerischen Landsmann, dessen feinfühlig, gehobene Sprache und gütige Lebensauffassung ihn schon als Studenten begeisterte. Max Dingers „Bairisch Herz“ entdeckte der Marinesanitätsoberfähnrich Schuhmann in der Bibliothek des Marinelazarettes Wangeroohe und gewann so die Liebe zur Dialektlyrik, der er sich nun auch widmete. Seit mehreren Jahren werden von Schuhmann Gedichte, Essays und Aufsätze in Zeitung, Zeit-

schrift und Rundfunk veröffentlicht. Vor kurzem erschien der Lyrikband „Grenzsteine . . . wohin gehst du?“, der in der Weihnachtsausgabe unter „Bücher von Ärzten für Ärzte“ ausführlich besprochen werden wird.

Dr. med. Robert Paschke, Emskirchen

Aus dem dichterischen Schaffen Schuhmanns

Schuhmann ist par excellence Lyriker, schreibt aber auch Essays und Kurzgeschichten.

Wie anders als mit eigenen Worten und aus dem eigenen Schaffen heraus feßt sich Absicht und Ziel dieses Autors in programmatischen Äußerungen darstellen. In allen seinen bisherigen Veröffentlichungen und auch in den nicht veröffentlichten Niederschriften spiegelt sich die tiefe, verdüsternde Trauer um den Verlust der Vergangenheit in der Gegenwart und damit um die verlorene Lebensmitte und die Sorge um eine deshalb zu verlierende Zukunft wider. Daß Schuhmann trotzdem den Türspalt zum makabren Welttheater für einen Lichtstrahl der Hoffnung und des Glaubens an eine bessere Zukunft offen läßt, wurzelt in der festen Zuversicht, daß das Einfache, Bescheidene, Beschauliche und des Unscheinbare, Kleine letztlich doch den Sieg über das Große, Gewalttätige davonträgt. „Geh, öffne dein Herz! Den kleinen Dingen öffne es, so du sie für klein hältst. Öffne es, damit die großen Dinge dich nicht erschlagen“, sind Leitverse des ersten Kapitels in seinem Lyrikband.

Wolfgang Johannes Bekh schrieb denn auch in seinem Vorwort zu Schuhmanns Gedichten: Und dennoch, schüchtern und zögerhaft beinahe, mit dem Unterton zweifelnden Glaubens – wen wundert es – klingt leise die Hoffnung auf eine inwendige Einkehr, auf einen Wandel, auf eine bessere Welt an; wird auch die Liebe zum Leben, zum Sosein, zum Jetztsein bezeugt: Gedichte wie „Lache mein Herz“, „Schöne Welt – Wunschdenken – Hoffnungen“ weisen es aus.

In seinem „Hans Carossa – Essey . . . Licht über Schatten“ reflektiert Schuhmann: „Wenn irgend etwas für unsere Zeit charakteristisch ist, so ist es die Abkehr vom Beschaulichen, vom in sich

Ruhenwollen, vom Bewahren- und Erhaltenwollen. Der ruhelos Fortschrittbesessene, der immer nach Neuem, nach Veränderlichem, nach Veränderbarem strebt, weil er es verlernt hat, irgendwo daheim zu sein, begibt sich auf eine Dauerreise von sich weg, ohne daß er irgendwann einmal irgendwo ankommt. Er schämt sich einer kontemplativen Anschaulichkeit und einer naivgläubigen Haltung, da er dies für Schwäche, Rückschritt und Ausfluß einer eintätigen Seele hält. Seele, ein Wort, das er am liebsten aus seinem Sprechschatz verbannt wissen möchte. Jene Einfalt der Seele aber, die, wie es Heimito von Doderer intuitiv zu sagen verstand, in jedem Augenblick durch den Ein-Fell einer gewaltigen Apperzeption ins Genie umzuschlagen vermag und eine der seltensten und kaum mehr gesehenen Gnadenstände des Menschen ist, wird heute schmerzlicher vermißt denn je. Vermißt um so mehr, als jene gnadvolle Einfalt uns vielleicht doch noch rettende Einsicht geben könnte, einer blindwütigen, selbstzerstörerischen Veränderungssucht abzuschwören. In kaum einer anderen vorausgegangenen Zeit wurden Begriffe wie Menschlichkeit und Menschenwürde so oft und so beschwörend in den Mund genommen wie heutzutage. Sind wir Heutigen aber nicht weiter von der ersehnten und erwünschten humanitas entfernt, als je Generationen vor uns es waren? Im Sog dieser Zeit scheint trotz vielfacher Beschwörungsformeln der tiefere Sinn für das Menschliche, für das ‚Ertraget euch‘, immer mehr verlorenzugehen. Der Mensch verwirft und vergißt die Erfahrungen seiner geschichtlichen Vergangenheit, trinkt nicht mehr aus der Quelle, aus der er kommt.

Er verspielt und verliert seine Zukunft und wandelt in einem tinkersten Teil.“

Aus dem im Almenach 1978 deutscher Schriftstellerärzte veröffentlichten Essay „Der schöne Schein . . . Lüge, nichts als Lüge?“ sei jene programmatische Aussage zitiert, die Aufgabe, Verpflichtung und mutiges Engagement des Lyrikers von heute umreißt, wie Schuhmann es verstanden haben will: „Sich hinein Sinnen in das Wesen der Erscheinungen kraft unserer Phantasie, sie verwandeln vermöge dieser Phantasie und sie geläutert kraft unseres Geistes aus dieser Verwandlung wieder zurückholen, ist Aufgabe des Lyrikers von heute. Kontemplative, erkennende Hinwendung ist ebenso nötig wie bitteres Engagement eines zweifelnden Suchers. Dazu gehört auch jene seltene Traumferne, aus der man gelassen auf den Kern der Freude, auf die Lust des Entdeckens und auf das Erlebnis des Erstaunens stößt.“

Es ist eine gedankenbefrachtete Poesie,
die Schuhmann schreibt. Vom Baum der
Erkenntnis ist sie gerüttelt und zeigt uns
schmerzlich unsere Grenzen auf.

Traumgold der Wiaga,
entschlummernde Walt,
schlafe und fliege
ins Traumgezelt.

Trinke Vergassen,
aus Lethes Strom,
schaua vermessen
den stürzenden Dom.

Baua die Welt dir
neu und schön.
Doch auch die hier
wird wieder vargehnt.

Es ist grausam zu wissen
kaine Zukunft zu haben.

Mag sein, das Heuta
hat sie uns gastohlen.

Aus dem Heute zu laben
ohne das Gastern zu spüren
ist kein Weg in das Morgen.

Wie ein Alpdruck schwer
liegt das Morgen auf uns.

Ein Stein ohne Varganganhait,
ain Stain ohne Zukunft.

Wovon sollan wir träumen?

Sphinxgesicht
wie es sich hebt,
wie es sich senkt
in glitzerndem Naß,
gleichst Seele
wogendar Wallan
Auf und Ab.
Höhen und Tiefan
zugleich
wirken dein Sein.
Spiegel das Ich!
Schwankend
dar Bilder Gestalt,
schwimmend
in dunkler Flut
all dies zerbrachliche Sain.

Geh den Spuran
deiner Zeit
nicht nach.
Enttäuschung
fändest du
in ihren Augen.

Doch höre:
Varlern nicht
zu lieben
das Jetzt.

Um der Zukunft willen.

Unbetretbar
die Gestada deiner Gedanken.

Ausgebleicht
die Farben deiner Utopien.

Bleibt nichts
als der Wirklichkeit
in den Rachen zu scheuan.

Unvarloren
findest du dich dort
noch ainmal.

Im wachsenden Strom
geschenkter Stunden,
am rauschenden Meer,
in singenden Wäldern,
an stillen Seen,
auf einsamen Höhen
trinkt die Seale
halter und galassen
den Atam der Schöpfung.
Zeit bleibt dir Zeit.
Es ist ein großes Atemholan,
aus den Wurzeln des Seins.
Saala und Gotthait,
varloren, verleugnet, verten,
im Umtrieb der Weit,
wachsen dir nau und wahr
aus der Liebe Einfach,
Treua verheißend
ainam Laben,
das zählt.

Finde dich ab.
Manschen wie du und ich
sitzen
auf dem durchsichtigen Grund das Saas
nichtsutziger Träume.

Laß dich durchschauan!
Gib dir die Blöße
das Erfolglosen und versage
vor den Hyänen der Zukunft!

Finda dich ab.
Menschen wie du und ich
batöran sich
an von Ragen frisch gawaschanan Starnen
staubfraier Himmel.

Laß dich variachen!
und gerada jetzt.
Und werde ein Geschlagenar!
Finda dich ab!

Es gibt dich und mich.

Von Schuhmann wurden auch Mundart-
gedichte in Zeitung, literarischer Zeit-
schrift, in Anthologian und im Rundfunk
veröffentlicht. „Verserl“ im hargebrachten
Sinn sind freilich damit nicht gemeint.
Der Autor selbst soll hier wieder zu Wort
kommen, wie er in seinen Gedanken zur
Mundartdichtung Position bezieht. Aus
„Dialektlyrik ... modern?“, erschienen
in der bayerischen Zeitschrift „Waiß-
blaua Rundschau“, entnehmen wir: „Un-

bastritten hatta sich der Schwerpunkt
der Dialektdichtung einst allein (mit Aus-
nahme einliger weniger wie Stelzhamer
und Johann Peter Hebel) auf die Aus-
sagebareicha des Humors, der Ironia
und der Satira – maist abgefaßt in dar
ländlichen Strophä – verlagert: hetta,
sagte ich. Dann nun kommen wir dem
schon näher, was wir heutzutaga unter
Mundartliteratur resp. -dichtung var-
stehen möchten. Hand aufs Herz!
Warum waran uns denn tatsächlich
sintemalen gewissa Mundartgedichta so
unerträglich geworden? Der Grund war
wohl doch darin zu sehen, daß dar
Dialekt meist in dilettantischer Vorstal-
lung dassan, was Dichtung zu sein hat,
hineingepraßt und also vergewaltigt
wurde. Gadicht ist, was sich reimt. Man
verwechselta Mundartdichtung mit billi-
ger Pointenraimerai und Gstanzlgaudi.
Lyrik ist aber allzumal Sprache aus sich
selbst, ist Kunst. Vor dem gasuchten
Reim rangiert die Musik der Sprache
und ihre innere Aussage. Das ist in der
hochsprachlichen Dichtung nicht anders
als in der Mundartlyrik. Die Hinwendung
zu freier Form aber und damit zur Höher-
wertung des Rhythmus und der Sprach-
melodia als lyrisches Ausdrucksmittel
eröffnet auch dar Mundartlyrik ein brai-
teres thematisches Spektrum.“

A so e Labn

Nix toa
in d Sonna bilnzln
d Woiknschafan
ziang seng
Nix denga
net amoi
nochgenga –
nur schaugung
aa das nur
hoibat
wias ma taugt –
waar des e Labn!

A Wunsch

Grad oans macht i dalebn,
grad oans no
auf dara glumpatn Wöid:
Daß da Mensch nia vagessat,
woher a kimmt,
wohi a geht.
Und daß a dazwischandrin
nat as Mensch sai vagißt.
Wie grob daß mas and taat,
wann e sell net begräifat.

Blitte

Stellts ma mai Söi
net vo da Wand,
an de l mi stütz!
I hob sonst koa Gwand.
I frierat so leicht,
nackat und laar,

wenn I so faliet,
wann d Meue net weer.

Leßts mes nue gspürn,
en Schutz und en Hoit!
De Maue – weerts ihr,
demit koana folt.

Abschließend sei aus den „Alt-Giesinger Skizzen“ ein kleiner Ausschnitt der Erzählung „Die Ugelin“ wiedergegeben. In dieser Geschichte wird das hohe Lied einer einfachen mütterlichen Frau „von niederem Stände“, einer Zugehfrau segte man früher, gesungen, die vermöge ihrer einzigartigen Persönlichkeit Respekt erheischend und als Vorbild lebend die Herzen der Giesinger Buben erobert hatte und ihnen, längst selbst schon alt geworden, unvergessen blieb. „Eigentlich stammte sie aus dem Schwäbischen, aus der Ulmer Gegend. Wenn dennoch aus der „Ugele“ eine „Ugelin“ wurde, so deshalb, weil sie seit Jahrzehnten im tiefsten Giesing, einem Münchner Vorortviertel, daheim war. Sie befließte sich des reinsten Giesinger Vorstedtdialektes seit eh und je. So ist es. Nicht immer die Herkunft allein entscheidet. Das Land, die Region, ja bei Städten sogar das besondere Viertel, in dem man aufwächst und lebt, prägt unser ganzes Gehebe, gibt uns den eigenartigen Flair in unserer Sprache und jene untrüglichen Kennzeichen, an denen man sofort den heimischen Standort ablesen kann. Nicht daß man die Einflüsse des Angeborenen leugnen möchte. Die Beharrlichkeit, die Hartnäckigkeit, der Bienenfleiß, die Zielstrebigkeit, mit der die gute Frau alles anpeckte, verriet doch auch jene schwäbischen Züge, die sich glücklich mit der bayerischen Art des ‚leben und leben lassen‘ bei ihr vereinten. Wir Giesinger Buben mochten sie besonders gern. Schön scheint sie nicht gewesen zu sein, die Ugelin. Aber was bedeutet schon das Aussehen im Hinblick auf ‚schön oder nicht schön‘ für Buben unseres Alters, für acht- bis zwölfjährige Aufreißer? Im blassen, ungewöhnlich langem Gesicht mit leicht gelblichem, nicht gerade von strotzender Gesundheit kündendem Teint lagen tief große, grau-grüne Augen, immer von dunklen Ringen umschattet. Das brünette, dünne Haar fiel glatt und lockenlos fest bis auf die schmalen, eb-fellenden Schultern und demals schon schlen es uns, als wären grauweiße Strähnen mittelgeflochten. Sie war mittelgroß und heger, beinahe schon ein bisserl eusgemergelt. Bitte, so mag es heute noch schier fünfzig Jahren noch in der Erinnerung geblieben sein. Für uns Buben aber gab es seinerzeit gewiß andere Kriterien, die bestimmend waren für unsere Zuneigung zu dieser außer-

gewöhnlichen Frau. Sie strahlte eine seltsame, wohlthuende Ruhe aus. In ihrer Nähe fühlten wir uns geborgen. Es kam nie ein Schimpfwort über ihre Lippen und trieben wir es manchmal bei den gemeinsamen Weldaustügen, noch so toll. Waidausflüge zu Fuß in den nahe gelegenen Perlacher Forst mit einer Reß Giesinger Buben wer erholsamer Wochenend- und Ferienzeitsvertreib für die Ugelin, der unsere Eltern uns gerne und beruhigt anvertrauten. Leute unwürdige Worte bekamen wir nie zu hören. Mit ihrer wohlklingenden, ruhigen Stimme beschwichtigte sie Streit-

hähne, wies Ungezogenheiten zurück und redete manchem kleinen Sünder fruchtbar ins Gewissen. Grobe Schelte, geschweige denn Schläge gab es nie. Die Ugelin brauchte das nicht. Sie besaß unangefochten volle Autorität. Und die hatte sie vermöge ihrer Person allein. Nur einmal, erinnere ich mich, haben wir sie echt außer Fassung gesehen, so daß wir uns zusammenduckten, uns nicht mehr zu reden wagten und um sie herumschlichen, nicht wissend, wie wir uns ihre Gunst wieder zurückgewinnen könnten. Was wer passiert, das die Ugelin so in Harnisch gebreht hätte?“

Kongresse

4. Oberstaufener Symposion für praktische Onkologie

am 23. Juni 1979 in Oberstaufen

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

Leitung: Professor Dr. H. Ehrhart, München

Ort: Kurhaus, Oberstaufen

Themen: Nachsorge onkologischer Patienten in Klinik und Praxis – Onkologisches Seminar mit praktischen Übungen

9.15 – 13 Uhr:

Nachsorge onkologischer Patienten – eine Aufgabe für den niedergelassenen Arzt

Professor Dr. H. Ehrhart, München

Adjuvante medikamentöse Behandlung nach Primärtherapie bei Karzinomkranken

Dr. H. Sauer, München

Zur Immuntherapie bösartiger Geschwülste

Professor Dr. D. Gericke, Frankfurt

Stellung der Hormonbehandlung in der Onkologie

Dr. K. Rieche, Oberstaufen

Kooperation zwischen Klinik und Praxis bei der programmierten Chemotherapie maligner Erkrankungen

Dr. R. Hartenstein, München

Nuklearmedizinische Diagnostik in der Onkologie

Professor Dr. P. Georgii, Heidelberg

14.30 – 16 Uhr:

Des Blutbild bei malignen Erkrankungen
Dr. W. Klaubert, München

Das Blutweißbild bei malignen Erkrankungen

Professor Dr. A. Feteh, München

Alternativ (14.30 bis 18 Uhr):

Klinische Visite in der Schloßbergklinik unter Führung von Dr. Locher – Dr. Bryxi – Dr. Rieche – Dr. Overkamp – Dr. Reichelt – Dr. Dadak

Auskunft:

Arbeitsgemeinschaft zur Förderung der Krebserkennung und Krebsbekämpfung in Bayern e. V., Mühlbeurstraße 16, 8000 München 80, Telefon (0 89) 41 47 - 268

2. Symposion für Juristen und Ärzte vom 25. bis 27. Juni 1979 in Berlin

Veranstalter: Kaiserin-Friedrich-Stiftung für das ärztliche Fortbildungswesen

Leitung: Professor Dr. W. Heim, Berlin, Dr. jur. H. H. Franzki, Celle, Dr. O. E. Kresney, Kessel

Themen: Probleme der Haftpflicht des Arztes – Zumutbarkeit diagnostischer und therapeutischer Maßnahmen – Ärztliche Gutachterkommissionen und Schlichtungsstellen

Ort: Firma Schering, AG, Hoesaa S 100, Müllerstraße 170–178, Berlin 65

Teilnehmergebühr: DM 30,-; DM 10,- Tageskarte

Auskunft:

Kaiserin-Friedrich-Stiftung für das ärztliche Fortbildungswesen, Augustenburger Platz 1, 1000 Berlin 65, Telefon (0 30) 45 05 - 640/561



Woelm Pharma GmbH & Co. Eschwege

Zusammensetzung: Es enthält 1 Dragee 200 mg Nitfuratel (INN), 1 Süßchen 250 mg Nitfuratel (INN), 1 g Salbe 100 mg Nitfuratel (INN). **Anwendungsgebiete:** Bei vaginalen Infektionen durch Trichomonaden, Pilze und Bakterien einschließl. aller Mischformen, Entzündungen des äußeren weiblichen Genitals, Gleichzeitigkeit von Trichomonadeninfektion und Candida-Infektion. **Kontraindikationen:** Schwangerschaft, Stillzeit, Allergie gegen Nitfuratel. **Handelsformen und Preise:** 21 Dragees AVP m. MwSt. DM 20,20; 10 Vaginalstäbchen AVP m. MwSt. DM 23,65; 50 ml Salbe AVP m. MwSt. DM 79,-. Stand Jan. 79.



Zurück zur Döderlein- Flora

inimur[®]

● trichomonazid ● antimykotisch ● antibakteriell

Überzeugende Therapieerfolge durch breites Wirkspektrum

Trichomonaden-Infektion	bis 96% ¹⁾
Candida-Infektion	bis 87% ²⁾
Mischinfektion	über 90% ³⁾
Vulvitis	97% ⁴⁾
Partnerbehandlung	über 90% ⁵⁾

+	Trichomonaden
+	Hefepilze (insbesondere Candida)
+	Grampositive Bakterien
+	Gramnegative Bakterien (insb. Proteus und Koli)

(Nitfuratel in vitro)

¹⁾ Heiss, H. Wien. med. Wschr. 121, 46, 832 (1971). ²⁾ Brandl, E. et. al.: Urologe B. 15, 2, 60 (1975). ³⁾ Niendorf, F. Therapiewoche 23, 4, 288, (1973). ⁴⁾ Brandl, E. Therapiewoche 26, 7251 (1976). ⁵⁾ Motta, M. et. al.: Boll. Soc. med. chir. Catania 35, 345, (1967).

Klinische Fortbildung in Bayern

In Zusammenarbeit mit der Bayerischen Landesärztekammer

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

Bayerische Landesärztekammer, Frau Wangar, Mühlaburstraße 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

20. Juni 1979

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

4. Juli 1979

Der psychiatrische Notfall
u. e. Zwangseinweisung

25. Juli 1979

Der orthopädische Notfall
Die akute Bandscheibe usw.

12. September 1979

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

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
Cheferzt: Dr. H. Hofmann

Ergometrie-Workshop 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. Hals-Nasen-Ohrenheilkunde

Klinik und Poliklinik für Hals-Nasen-Ohrenkrankheiten der Universität Erlangen-Nürnberg

Direktor: Professor Dr. M. E. Wigand

HNO Fortbildungsseminar am 30. Juni 1979

Beginn: 9.30 Uhr s. t. – Ende: 16.00 Uhr

Kurs A: Audiometrie (Überschwellige Audiometrie, Impedanzmessung)

Kurs B: Neurotologie (Praktische Vestibularisdiagnostik, Fazialtests, Geruchs- und Geschmacksprüfung)

Kurs C: Endoskopie (der Nase, der Nebenhöhlen, des Rachens und Kehlkopfs)

Kurs D: Phoniatrie und Pädaudiologie (Diagnostik von Stimm- und Sprechstörungen, Audiometrie des hörgestörten Kleinkindes)

Kurs E: Plastisch-chirurgische Operationen (Planung, Resultate, OP-Demonstrationen)

Kurs F: Klinisches Kolloquium (Falldemonstrationen zu den Themen: Sinusitis und Schwindel, „schwierige Fälle“ der Praxis können besprochen werden)

Auskunft und Anmeldung:

Sekretariat Frau Heinke, Telefon (0 91 31) 85 31 41 bis spätestens 18. Juni 1979

Juni bis Oktober 1979

23./24. Juni
Ergometrie, Höhenried

30. Juni
HNO, Erlangen

14./15. September
Sonographie, München

26./27. Oktober
Phonokardiographie (Teil I)
München

27./28. Oktober
Ergometrie, Höhenried

Notfallmedizin – München

20. Juni 1979

4. Juli 1979

25. Juli 1979

12. September 1979

3. Oktober 1979

24. Oktober 1979

21. November 1979

Klinische Fortbildung an der HNO-Universitäts-Klinik Erlangen-Nürnberg im Herbst 1979

Teilnahme niedergelassener Kollegen nach telefonischer Vereinbarung möglich. Anmeldung und Auskunft wie oben.

Teilnahme am Operationsprogramm, neue Operationstechniken, die Diagnostik in der HNO-Ambulenz

4. 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

5. Sonographie

Stiftsklinik Augustinum

Direktor: Professor Dr. D. Michel

Einführungs- und Fortbildungskurs für Sonographie am 14./15. September 1979

Leitung: Oberarzt Dr. W. Zimmermann

Stiftsbogen 74, 8000 München 70

Kursgebühr: DM 40,-

Letzter Anmeldetermin: 4. September 1979

Fortbildungstagungen der Bundesärztekammer

23. Juli bis 4. August 1979 in Davos:

Thema: Prävention, Diagnostik, Therapie, Rehabilitation

19. August bis 1. September 1979 in Grado:

Thema: Rationelle Diagnostik und Therapie in der ärztlichen Praxis

27. August bis 8. September 1979 in Meran:

Thema: Pharmakotherapeutische Aspekte der Sexualhormone, ihrer Stimulatoren und Inhibitoren

21. bis 23. September 1979 in Augsburg:

VIII. Zentralkongreß für Medizinische Assistenzberufe

Auskunft und Anmeldung:

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

56. Tagung der Vereinigung der Bayerischen Chirurgen

vom 19. bis 21. Juli 1979 in Garmisch-Partenkirchen

Jahresvorsitzender: Privatdozent Dr. F. Lechner, Garmisch-Partenkirchen

Themen: Mißerfolge bei Osteosynthesen (Indikationsteher – Technische Fehler – Nachbehandlungsmängel – Korrekturgriffe) – Vermeidbare Fehler in der Gefäßtraumatologie – Erweiterte Indikation zur Vagotomie – Die chirurgische Behandlung des Mammakarzinoms – Aktuelle Probleme der Proktologie – Freie Mitteilungen

Ort: Kongreßzentrum, Garmisch-Partenkirchen

Auskunft und Anmeldung:

Privatdozent Dr. F. Lechner, Ärztlicher Direktor des Kreiskrankenhauses, Auenstraße 6, 8100 Garmisch-Partenkirchen, Teleton (0 88 21) 75 42 20

Landesversammlung des Bayerischen Medizinalbeamtenvereins

am 29./30. Juni 1979 in Coburg

Freitag, 29. Juni 1979

Eröffnung durch den Landesvorsitzenden Ltd. Med. Dir. Dr. P. Schuch, Erlangen

Über die Entwicklung psychosozialer Arbeitsgemeinschaften an den Staatlichen Gesundheitsämtern in Oberfranken

Ltd. Med. Dir. Dr. H. Riemenschneider, Bayreuth

Erste Erfahrungen einer psychosozialen Arbeitsgemeinschaft an einem Gesundheitsamt

Ltd. Med. Dir. Dr. M. Albers, Bayreuth

Möglichkeiten zur Suizidprophylaxe und nachgehende Fürsorge

Professor Dr. F. Böcker, Bayreuth

Vorzug der Trinkwasserversorgung aus der Sicht der Landesuntersuchungsämter
ChD Dr. A. Buckel, München

Probleme der Tuberkulose heute

Privatdozent Dr. G. Siemon, Donaustauf

Mißhandlungen im Kindesalter
Professor Dr. H. Truckenbrodt, Garmisch-Partenkirchen

Aktuelles aus der Überwachung von Bier
ChOR R. H. Uhlig, Augsburg

Samstag, 30. Juni 1979

Mitgliederversammlung
(geschlossene Veranstaltung)

Auskunft:

Ltd. Med. Dir. Dr. P. Schuch, Schubertstraße 14, 8520 Erlangen, Teleton (0 91 31) 3 10 63/64

Veranstaltungskalender der Bayerischen Akademie für Arbeits- und Sozialmedizin in München

1979

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

B-Kurs für Arbeitsmedizin

11. Juni bis 6. Juli 1979

C-Kurs für Arbeitsmedizin

1. bis 26. Oktober 1979

1980

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

A-Kurs für Arbeitsmedizin

25. Februar bis 21. März 1980

B-Kurs für Arbeitsmedizin

9. Juni bis 4. Juli 1980

C-Kurs für Arbeitsmedizin

29. September bis 24. Oktober 1980

Für die Teilnahme wird rechtzeitige schriftliche Anmeldung empfohlen.

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

Auskunft und Programmversand:

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

Einführungslehrgänge für die kassenärztliche Tätigkeit

Die Kassenärztliche Vereinigung Bayerns veranstaltet am

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

Die Teilnahmegebühr ist am Tage des Einführungslehrganges zu bezahlen.

Im „Bayerischen Ärzteblatt“ veröffentlicht die Kassenärztliche Vereinigung Bayerns jeweils die freien Kassenarztsitze (in diesem Heft Seite 546 f.).

Mitgliederversammlung des Verbandes der leitenden Krankenhausärzte Deutschlands, Landesgruppe Bayern am 7. Juli 1979 in München

Die Vormittagssitzung steht unter dem Thema „Rechtliche Problematik des Noterzetztes“; Die Nachmittagssitzung ist der Erörterung aktueller gesundheits- und berufspolitischer Fragen gewidmet. Gäste sind willkommen.

Zeit und Ort: 10.00 Uhr – Sheraton-Hotel, München

Auskunft:

Privatdozent Dr. H. W. Opperbecke, Institut für Anästhesiologie des Klinikums Nürnberg, Flurstraße 17, 8500 Nürnberg, Telefon (09 11) 33 32 41

Weiterbildungskurs des Deutschen Sportärztebundes vom 9. bis 13. Juli 1979 in München-Grünwald

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

Theme: Sportmedizin in Theorie und Praxis

Auskunft:

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

Kolloquium des Instituts und der Poliklinik für Arbeitsmedizin der Universität München

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

am 19. Juli 1979 in München

Theme: Humenphysiologische und textilphysikalische Kenngrößen als Grundlagen einer optimierbaren Auslegung der Bekleidung für Arbeit und Freizeit (Privatdozent Dr. Ing. W. Diebschlag, Lehrstuhl und Institut für Arbeitsphysiologie der Technischen Universität München) – Diskussion

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

19. Bayerische Internistentagung vom 16. bis 18. November 1979 in München

Themen: Aktuelle Geriatrie – Problematik alter und neuer Therapieformen – Stoffwechselkrankheiten: 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

Feuilleton

Die wilden Geysire von Rotorua

von H.-P. Legel

Es ist an einem Samstagmorgen im April 1978. In Neuseeland ist bereits der Herbst angebrochen, aber es ist in diesem Gebiet der Nordinsel noch recht warm – fast subtropisch, möchte ich sagen. Ich bin mit einer kleinen Maschine der „Mount Cook“ Airline von der Neuseeländischen Metropole Auckland hier im Reich der Maori – in Rotorua eingetroffen. Die Flugzeit für die knapp 400 km betrug gut eine dreiviertel Stunde.

Wir flogen über kahle und bewaldete Berge und Hügel, über viele Seen, über weite graugrüne Weiden, welche noch auf das Wasser zur Auffrischung warten. Es war heiß und trocken in diesem Sommer, und es hat nicht geregnet. Ich lande auf dem kleinen Flughafen am Rande der Stadt, nahe dem See gelegen. Die Gegend macht schon von der Höhe her einen sehr gepflegten Eindruck – man fühlt sich in deutsche Mittelgebirgslandschaft versetzt. In die nächste Stadt sind es nur ca. acht Meilen. Beim geöffneten Fenster im Taxi merke ich, wie die Luft nach Schwefel riecht. – Es ist zuerst recht unangenehm, aber man gewöhnt sich recht schnell daran. – Unser erstes Fahrziel gilt den reichhaltigen Quellen von Rotorua. Sie sind sehr zahlreich am Rande der Stadt gelegen. Überall Rauchfahnen, dampfendes, schwefelhaltiges gelblich-grünes Wasser quillt aus der Erde. Ab und zu sieht man mehr oder weniger große Fontänen in den Himmel schießen. Manche haben die Höhe von einigen Metern. Die Erde arbeitet hier noch. Aber man hat kein ängstliches Gefühli, daß es zu einem Beben kommen könnte. Alles wirkt so freundlich um einen herum. Sei es, die netten schmucken Häuser der Neuseeländer bzw. der Maoris oder das Lächeln der netten Menschen auf der Insel. Diese

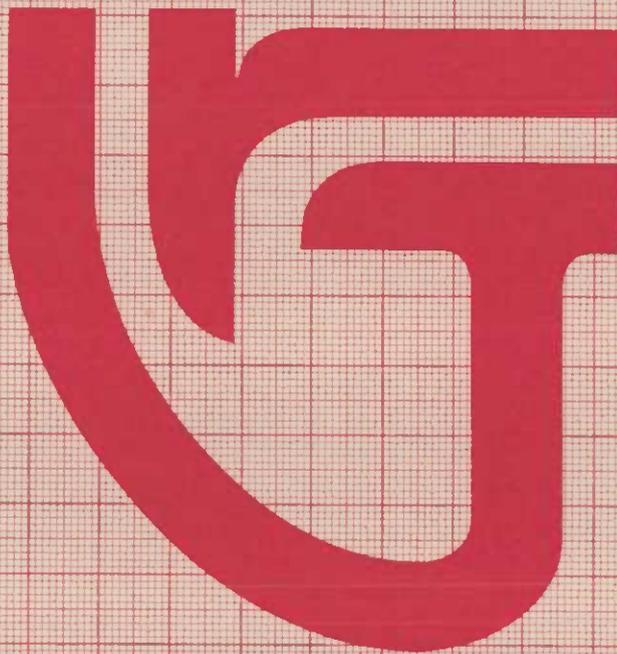
Maoris, die etwa vor ca. 600 Jahren nach Neuseeland von den benachbarten Inseln des Polynesischen Reiches (z. B. Samoa, Cook Island, Neukaledonien usw.) mit ihren Booten eingewandert waren, sind sozusagen die nicht ganz richtigen Ureinwohner. Die ersten Beschreibungen über diesen Volksstamm datieren um 1350. Die Europäer siedelten sich viel später in Rotorua an. Dies war um 1830. Tourismus im kleinen haben wir seit 1860 zu verzeichnen.

Als der Priester Pater Mahoney von Touronga von seinem Rheumatismus durch die heißen Quellen geheilt wurde, kam es zur Geburtsstunde der Priester-Quellen (Priest Springs). 1890 eröffnete damals das Government ein erstes Sanatorium. Von nun an ging es aufwärts in diesem Kurort. Aber der richtige Durchbruch kam erst nach dem zweiten Weltkrieg. Das Bad wurde international bekannt. Die Besuchszahlen stiegen 1952 bis 20 000, 1962 bis 90 000, 1973 bis 500 000 und 1977 wurden über zwei Millionen Besucher und Patienten gezählt. Auch erlebte Rotorua als Stadt eine enorme Größenzunahme. 1933 bis 5200, 1950 schon 9600, so sind es heute über 50 000 Einwohner, die in diesem Ort leben. Dies ist eine gewaltige Steigerung. Nicht nur Neuseeländer und die nahen Australier besuchen das „Mekka“ der heißen Quellen, auch immer mehr Japaner, Asiaten, Amerikaner und Europäer genießen die vorzügliche Heilkraft dieses Mediums. Ich erfuhr, daß bereits im letzten Jahr über 100 000 Deutsche hier in Rotorua gewesen sein sollen, und dies nicht nur, weil man hier Verwandte und Bekannte besucht. Immer mehr Hotels und ärztlich geführte Kuranstalten nutzen diese Wunder der Natur aus. In der Nähe der Geysirfelder, die über die ganze

Zur Digitalistherapie
in der täglichen Praxis

Lani Longoral®

seine entscheidenden
Vorteile sind:



Erhöhte Digitalistoleranz verminderte Nebenwirkungen bessere Allgemeinverträglichkeit

Zusammensetzung

1 Dragée enthält: β -Acetyldigoxin
0,125 mg, Mono-Kalium-D, L-aspartat
200 mg, Mono-Magnesium-D, L-
aspartat 200 mg, Vitamin A 4000 I.E.
Vitamin B₁ 6 mg, Vitamin B₂ 4 mg,
Vitamin B₆ 6 mg, Vitamin E 10 mg.

Indikationen:

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

Kontraindikationen:

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

Nebenwirkungen:

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

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

Dosierung:

3 - 5 Tage lang 3mal täglich
2 Dragées, Anschließend als Erhal-
tungsdosis 2 - 3mal täglich 1 Dragée.

Darreichungsformen und Packungsgrößen:

30 Dragées	DM 8,56
50 Dragées	DM 10,86
100 Dragées	DM 18,48

Blindpackung



Schaper & Brümmer
Salzgitter · Ringelheim

Naturstoff-Forschung und -Therapie

Stadt verstreut liegen, eröffnen diese Häuser. Meist wird das mineralhaltige heiße Wasser, welches eine Temperatur um 150° C hat, in große Bottiche, über Leitungen eingefüllt. Dort wird es auf körperfreundliche Temperatur (zwischen 32° und 36° C) abgekühlt. Die Kranken werden, je nach Schwere des Falles, stationär oder ambulant behandelt. Darüber entscheiden die einweisenden Ärzte in Verbindung mit ihren Kollegen in Rotorua. Das größte Krankenhaus mit vollständig eingerichteter physikalischer und therapeutischer Abteilung ist das Queen Elizabeth Hospital, welches direkt am See gelegen ist. Hier werden die stationären Patienten vorher vollständig untersucht, und dann, je nach Leiden, der Therapie zugeführt. Dies sind vor allem schwere rheumatische Erkrankungen, verbunden mit Deformation der Gelenke, Wirbelsäulenleiden, Durchblutungsstörungen, Arthrosen und Rehabilitation nach Unfällen bzw. nach Berufserkrankungen. Die Kuren dauern meist mehrere Wochen. Neben dem bestgeführten, von der Königin eingeweihten Krankenhaus ist ein riesiger Park, der Government Garden. Er ist übersät mit Blumen, alten schönen Bäumen und herrlichen Wanderwegen. Inmitten dieses Parkes befindet sich ein schloßartiges Gebäude — ein Museum der Maori Kultur. Daneben ist das Blue Bath, eine 1933 gegründete Badeanstalt für jedermann. Auch in diesem Garten befinden sich natürliche Quellen, und die Luft ist vermischt mit Blüten- und Schwefelgeruch. Die größte und bestgeführte hydrotherapeutische Badeeinrichtung ist der „Polynesien Pool“. Dort trifft man alles, was Rang und Namen hat, aber auch die einfachen, hilfeschuchenden Patienten finden hier beste Aufnahme. Man macht an sich keinen Unterschied, außer dem, daß man sich für einen Aufpreis von 1,50 Dollar einen kleinen Privatpool von 2 m Durchmesser mietet. Dort kann man sich ungestört kurieren. Ansonsten begibt man sich in die vielen allgemeinen Radium- und Schwefelpoole, die in diesem Hause zu unterschiedlichen Temperaturen anzufinden sind. Sie kosten 60 Cent pro Tag. Je nach Dauer und Ausmaß der Erkrankung wird vom Arzt die Anzahl der Bäder und ihre Dauer bestimmt.

Ich werde vom Manager des Hauses, Mr. Lobb, überall herumgeführt. Alles ist piksauber. Das blau-grüne

heiße Mineralwasserbad wird von Kecheln in polynesischem Design eingerahmt. Tropische Pflanzen runden den Komplex ab. Er erzählt mir, daß in der Hauptsaison, d. h. um die Weihnachtszeit, täglich zwischen 1000 und 2000 Besucher bzw. Patienten kommen. Diese gehen nicht nur in die riesigen Schwimmbecken, sondern besuchen auch die auf unterschiedliche Temperaturen abgestimmten Radiumbäder. Das Radiumschwefelwasser ist von weißlich gelblicher Farbe, hat vier verschiedene Temperaturen (42°, 40°, 38°, 36° C). Man wandert von einem Becken zum anderen. Dies in 15-minütigem Wechsel. Man sollte an einem Tag nicht länger als 60 bis 90 Minuten in den heißen Bädern bleiben. Danach ist eine Ruhepause von zwei Stunden notwendig. Viele Patienten besuchen auch die Sauna und Massageräume. Die sogenannte Aix-Massage, benannt nach dem französischen Ort Aix, ist unter Quellmineralwasser durchzuführen. Dabei wird der Körper kräftig durchgeknetet, während von der Decke die Flüssigkeit herabrieselt. Anschließend wird man für eine Stunde in heiße Tücher eingewickelt. Die Erfolge sind verblüffend. Schon nach einigen Tagen Behandlung sind viele der Patienten schmerzfrei, andere, die schlecht laufen oder sich kaum bewegen konnten, können dies bald unbehindert. Ich hatte Gelegenheit, mich mit einigen Patienten zu unterhalten. Da war ein 73jähriger ehemaliger Zimmermann, welcher vor 38 Jahren aus Österreich (Graz) nach Neuseeland ausgewandert war. Er litt seit Jahren unter schwerer Arthrose beider Knie (Berufskrankheit), konnte schlecht laufen und hatte starke Schmerzen. Er ist jetzt beim zwölften Bad angelangt. Ganz begeistert spricht er über die Heilerfolge. Wenn er das erzählt, natürlich in deutsch, strahlt er über das ganze Gesicht. Er macht mir zuliebe längere Gehübungen. Und was man für einen Appetit danach bekommt, erzählt er mir noch. Sein Hausarzt hat ihm dazu geraten, und wie man sieht, mit Erfolg. Als zweiten treffe ich einen 56jährigen aus Polen (Litzmanstadt), der 1949 ausgewandert ist und jetzt in Sidney wohnt. Er und seine ebenfalls anwesende Frau leiden seit mehreren Jahren an schwerem Rheuma (Auswirkungen des KZ) und kamen wegen der bekannten Rotorua-Quellentherapie hierher. Schon nach vier Tagen merkte er eine Besserung, nach elf Tagen war

er bereits schmerzfrei. Man muß bedenken, was dies für Menschen bedeutet, die jahrelang unter Qualen gelitten haben. Natürlich sollte man sich im klaren sein, daß hier keine Wunder geschehen können. Aber die Tatsache, daß ein Fortschritt zu verzeichnen ist, sollte so manchem den Lebensmut wiedergeben.

Es waren nur zwei Patienten, die ich hier erwähnen wollte. Gespräche führte ich recht zahlreich, das Lob war allgemein zu hören. Statistisches Material war hier in der ambulanten Behandlung verständlicherweise nicht aufzutreiben. Ich hebe mir auch die Mühe gemacht, mich selbst in die heißen Quellen zu begeben. Schließlich wollte ich wissen, wie es auf den eigenen Körper wirkt. Man hat dann einen ganz anderen Kontakt zu dem Medium, welches man beschreiben soll. Ich ging in den ersten Pool, die Temperatur betrug 36° C; wie ich so im Freien saß, schwebten Möwen kreischend um den See, wo das langsam sich abkühlende Wasser der Bäder abgelassen wird. Es ist eine milchig wäbriige, dunstaufsteigende Brühe, die etwas prickelnd auf einen einwirkt. Der Geruch ist überall nach Schwefel und Mineralien unverkennbar. Am Horizont sehe ich die nahen Berge, bewaldet wie in Deutschland mit Fichten, Kiefern und dem Unterholz. Die Sonne ist trotz des späten Sommernachmittages noch warm und heilstrahlend. Nebenan weiden Schafe und Kühe auf den relativ trockenen, dürren Wiesen. Wenn man nicht wüßte, daß man am Ende der „anderen Welt“ ist, in Neuseeland, könnte man auch denken, man sei daheim. Die Gegend strahlt eine Ruhe, Weite und Wärme aus. Man fühlt sich wohl. Langsam naht der Abend, ein Tag in Rotorua geht zu Ende. Die Sonne versinkt hinter den Bergen. Schön ist es, solche Plätze zu finden, und um so wertvoller, da sie dem Menschen ihr höchstes Gut, die Gesundheit erhalten und vielleicht zurückgeben.

So wird Rotorua, so weit es auch sein mag, eine Stätte der Gesundheit und des Wohlergehens werden. Die Zahlen beweisen es deutlich.

Anschrift des Verfassers:

Dr. med. H.-P. Legal, Frauenarzt, Im Tal 12, 8000 München 2

Zinserhöhung abwarten — ein Trugschluß

Seit Monaten haben die Kurse für die festverzinslichen Wertpapiere den Krebsgang eingelegt. Falls Sie anlagefähiges Geld auf längere Fristen unterbringen mußten, haben Sie vermutlich abgewartet. Hoffentlich haben Sie dafür wenigstens eine Fest- oder Termingeldvereinbarung getroffen. Davon hatten Sie wesentlich mehr als, wie allgemein üblich, das Geld auf das Sparkonto mit der gesetzlichen Kündigungsfrist von drei Monaten zu drei Prozent Zinsen zu legen.

Ich sehe jetzt von hohen Einmalanlagen ab. Sie sind nur jenen möglich, für die ein höherer Betrag auf einmal fällig wird. Die Regel ist doch vielmehr, daß Sie allmonatlich oder quartalsweise das Ausmaß Ihres anlagefähigen Geldes feststellen und es anlegen wollen, existentiell bedingte Bestrebungen zu Ihren wie den Gunsten Ihrer Hinterbliebenen im Falle Ihres frühzeitigen Todes.

Und was Sie da monatlich wegdrücken müssen, um ein Kapital für Ihre zusätzliche Altersversorgung anzusammeln, bleibt demnach in aller Regel unter fünf-, mit absoluter Gewißheit wohl unter den sechs- bis siebenstelligen Beträgen, die institutionelle Anleger, wie u. a. Investment- und Versicherungsgesellschaften, unterzubringen haben.

Ein Unterschied, der zu falschen Schlüssen führen kann, besteht in der Information. Die Berichterstattung wie Kommentierung der täglichen Veränderungen wie der vermutlichen Tendenzen auf dem Kapitalmarkt richtet sich an jene Großanleger, denn sie basiert auf der Voraussetzung größerer Kapitalmengen.

Nur selten bietet sie einen Anhaltspunkt für Ihre regelmäßige Anlage. In der Konstanz wie der sofortigen Wiederanlage Ihrer Erträge zu möglichst vorteilhaften Konditionen liegt Ihr Erfolg. Ich habe darüber nicht einmal mit Investmentgesellschaften gesprochen, weil die ja jene Me-

thode als Programme anbieten und dafür auch günstige Ergebnisse nachzuweisen vermögen. Sie könnten also als einseitig gelten.

Anlage-Experten, auch kleinerer und in diesem Bereich sehr reüssierender Banken wie Sparkassen, bestätigten mir aus ihrer Erfahrung mit ihren Kunden die Richtigkeit jener, wie die Amerikaner sagen, Anlage-Philosophie. Und Vorstandsmitglieder größerer Versicherungsgesellschaften mit dem Referat Vermögensanlage bekannten, letztlich dasselbe System zu verfolgen. So haben sie wohl kein besseres kennengelernt.

Einen sicheren Erfolg erzielen Sie mit festverzinslichen Wertpapieren, wenn Sie sie liegen lassen können, bis die Rückzahlung durch Ablauf fällig wird. Dabei können Sie ja unter den unterschiedlichsten Laufzeiten wählen. Zudem sollten Sie sich für niedrige Zinsen entscheiden, um die entsprechend niedrigen Kurse wahrnehmen zu können. Die Differenz zwischen dem Einstandskurs und den 100 Prozent bei der Auszahlung bleibt nämlich steuerfrei, und durch den niedrigeren Zins hatten Sie bis dahin nur entsprechend niedrigere Erträge zu versteuern.

Es bringt Ihnen einen Vor- bzw. Nachteil von 1,3 bis 1,8 Prozent innerhalb von fünf Jahren, wenn Sie Ihr Geld beispielsweise nicht in einen gerade vorherrschenden Siebenprozenter stecken, sondern dafür auf ein halbes Jahr mit drei Prozent zufrieden sind, dann aber einen Achtprozenter bekommen, oder wenn Sie sich keinen höheren Zins erwartet hatten und demnach erst später in den Siebenprozenter einsteigen.

So ist es also ein Trugschluß, niedrige Zinsen so lange in Kauf zu nehmen, bis ein höherer Zinssatz eingestellt wird. Für die Anlage laufend anlagefähigen Geldes ist der hier gekennzeichnete Weg vorteilhafter.

Horst Beloch

Optische Täuschung

Lob für die Gewerkschaften wegen der, so heißt es, zurückhaltenden Lohnabschlüsse. Genugtuung für den Bundesarbeits- und Sozialminister. Immerhin ist die Veränderung der Arzt- und Zahnarzthonorare an die der Grundlohnsumme gekoppelt.

Zum Beispiel Metall: Der Grundlohn wurde um 4,3 Prozent erhöht. Das sieht gut aus, gemessen an früheren Erfahrungen.

Aber: Zugleich wurde die Leistungszulage neu geregelt. Dadurch sind den 4,3 weitere 0,7 Prozent zuzuschlagen.

Aber: Das Urlaubsgeld wurde angehoben. Das entspricht einem geldwerten Vorteil von 1,2 Prozent.

Resultat: Die Lohnerhöhung um 4,3 Prozentpunkte ist tatsächlich 44,19 Prozent mehr, nämlich 6,2 Prozentpunkte wert.

Man muß es feststellen: Durch eine optische Täuschung wurden die Ärzte und Zahnärzte de facto von der allgemeinen Einkommensentwicklung abgekoppelt — auch wenn man es in Bonn anders zu lesen beliebt.

Prosper

Kurz über Geld

OHNE GELD IM AUSLAND — Hilfe durch die Konsulate. Über deren Möglichkeiten und Grenzen wie andere Auslandstips informiert eine Fibel, kostenlos vom Auswärtigen Amt, Postfach 1148, 5300 Bonn 1.

SOWJET-OLYMPIAMÜNZEN weisen teils erhebliche Wertsteigerungen auf. Nach bisheriger Erfahrung fielen Olympia-Münzen nach den Spielen sogar unter ihren Einkaufspreis zurück.

GÜNSTIGERE HYPOTHEKENZINSEN bietet die Bayerische Ärzteversorgung auch nach der Anhebung des Zinsniveaus.

UHREN-PREISE unterscheiden sich je nach Geschäft bis um 300 Prozent. Vergleiche bescheren hohe Ersparnisse.

Die Sterbefälle nach Todesursachen in Bayern im Monat Dezember 1978

Nr. der ICD 1968 ¹⁾	Todesursachen	Sterbefälle		
		1977		1978
		Monats- durchschnitt	Dezember	Dezember
000-136	Infektiöse und parasitäre Krankheiten	82	60	94
	derunter			
010-019	Tuberkulose insgesamt	51	34	48
140-199	Bösartige Neubildungen	2 122	2 292	2 249
	derunter			
151	des Magens	382	374	366
160-163	der Atmungsorgane	317	348	330
174	der Brustdrüse	157	173	179
180-182	der Gebärmutter	86	91	89
185	der Prostata	106	119	96
200-209	Neubildungen der lymphatischen und blutbildenden Organe	127	143	148
210-239	Gutartige Neubildungen und Neubildungen unbekanntes Charakters	140	118	154
240-279	Störungen der Drüsen mit innerer Sekretion, Ernährungs- und Stoffwechselkrankheiten	407	411	439
	derunter			
250	Diabetes mellitus	340	334	371
280-289	Krankheiten des Blutes und der blutbildenden Organe	19	28	18
290-389	Seelische Störungen, Krankheiten des Nervensystems und der Sinnesorgane	184	213	253
	derunter			
290	senile und präsenile Demenz	5	3	9
390-458	Krankheiten des Kreislaufsystems	4 351	5 148	5 066
	darunter			
410	akuter Herzmuskelinfarkt	911	1 056	1 017
411-414	sonstige ischämische Herzkrankheiten	803	926	927
425, 428	chronische nichtrheumatische Herzmuskelkrankheiten	549	659	647
429	mangelhaft bezeichnete Herzkrankheiten	22	13	29
430-438, 400, 2	Hirngefäßkrankheiten	1 368	1 658	1 634
460-519	Krankheiten der Atmungsorgane	648	717	737
	derunter			
470-474	Grippe	17	22	10
480-486	Pneumonie	231	258	301
466, 490, 491	Bronchitis	194	224	210
520-577	Krankheiten der Verdauungsorgane	569	615	565
	derunter			
531, 532	Magen- und Zwölffingerdarmgeschwür	48	48	48
560	Darmverschluss ohne Angabe eines Eingeweidebruchs	32	44	25
571	Leberzirrhose	225	242	223
570, 572-576	sonstige Krankheiten der Leber, Gallenblase und der Gallengänge	110	111	94
577	Krankheiten der Bauchspeicheldrüse	30	41	23
580-629	Krankheiten der Harn- und Geschlechtsorgane	203	197	225
	derunter			
580-584	Nephritis und Nephrose	31	26	27
600	Prostatahypertrophie	31	30	22
630-678	Komplikationen in der Schwangerschaft, bei Entbindung und im Wochenbett	3	3	3
680-738	Krankheiten der Haut und des Unterhautzellgewebes, des Skeletts, der Muskeln und des Bindegewebes	47	40	41
740-759	Angeborene Mißbildungen	44	51	37
760-779	Bestimmte Ursachen der perinatalen Sterblichkeit	76	98	76
780-796	Symptome und mangelhaft bezeichnete Todesursachen	262	358	395
	derunter			
794	Altersschwäche ohne Angabe von Psychose	61	82	75
800-949	Unfälle und Vergiftungen	536	599	543
	darunter			
810-823	Kraftfahrzeug-Unfälle innerhalb und außerhalb des Verkehrs	264	292	263
850-877	Vergiftungen	5	3	7
880-887	Unfälle durch Sturz	184	221	172
950-959	Selbstmord und Selbstbeschädigung	201	219	187
960-999	Mord, Totschlag und sonstige Gewalteinwirkungen	21	32	28
	Sterbefälle insgesamt	10 041	11 342	11 258

¹⁾ ICD: Internationale Klassifikation der Krankheiten, Verletzungen und Todesursachen

Mittlung des Bayerischen Statistischen Landesamtes aus den Ergebnissen der Todesursachenstatistik. Diese stützt sich auf die Angaben über die Todesursache, die der Leichenscheuärzt in der Todesbescheinigung macht. Aus ihnen wird noch von der Weltgesundheitsorganisation empfohlenen Regeln des sogenannten Grundleidens, das am Beginn einer zum Tode führenden „Kausalkette“ steht, berücksichtigt.

Die meldepflichtigen übertragbaren Krankheiten in Bayern im März 1979*)

(Zusammengestellt aufgrund der Wochenmeldungen)

Die Erkrankungshäufigkeit an Salmonellose ging im März gegenüber dem Vormonat leicht zurück, nämlich von 24 auf 22 Fälle, jeweils auf 100 000 Einwohner bezogen und auf ein Jahr umgerechnet. Auch Erkrankungen an Hepatitis infectiosa (übertragbare Leberentzündung) wurden etwas seltener als im Februar

gemeldet; die Erkrankungsziffer sank von 30 auf 26 Fälle je 100 000 der Bevölkerung.

Trotz eines leichten Rückgangs noch relativ hoch war im März die Meldeziffer von Scharlacherkrankungen; sie nahm von 58 im Februar auf 55 im Berichts-

monat ab. Die Erkrankungsziffer an übertragbarer Hirnhautentzündung, durch Meningokokken verursacht, ging von 2 auf 1 je 100 000 Einwohner zurück, die an übrigen Formen der infektiösen Meningitis blieb unverändert 5 je 100 000 Einwohner.

Neuerkrankungen und Sterbefälle in der Zeit vom 26. Februar bis 1. April 1979 (vorläufiges Ergebnis)

Gebiet	1		2		3		4		5		6		7		8		9		10		11		12	
	Diphtherie	Scharlach	Übertragbare																				Botulismus	
			Kinderlähmung	Hirnhautentzündung				Gehirnentzündung	Typhus abdominalis	Paratyphus A und B	Bakterielle Ruhr (ohne Amöbenruhr)	Enteritis infectiosa												
				Meningokokken-Meningitis	übrige Formen		Selmonellose					übrige Formen												
E ¹⁾	ST ²⁾	E	ST	E	ST	E	ST	E	ST	E	ST	E	ST	E	ST	E	ST	E	ST	E	ST	E	ST	
Oberbayern	-	-	245	-	-	-	5	-	11	1	-	-	2	-	1	-	8	-	91	-	-	-	-	-
Niederbayern	-	-	26	-	-	-	2	-	1	-	-	-	-	-	-	-	-	-	16	-	2	-	-	-
Oberpfalz	-	-	30	-	-	-	2	1	22	-	1	1	-	-	-	-	-	-	14	-	-	-	-	-
Oberfranken	-	-	40	-	-	-	-	-	9	1	1	-	-	-	-	-	-	-	19	-	-	-	-	-
Mittelfranken	-	-	90	-	-	-	3	-	2	1	2	-	-	-	1	-	7	-	27	-	-	-	-	-
Unterfranken	-	-	50	-	-	-	-	-	4	-	-	-	-	-	-	-	-	-	26	-	-	-	-	-
Schwaben	-	-	86	-	-	-	2	-	4	-	-	-	-	-	-	-	2	-	36	-	3	-	-	-
B a y e r n	-	-	567	-	-	-	14	1	53	3	4	1	2	-	2	-	17	-	229	-	5	-	-	-
München	-	-	129	-	-	-	1	-	2	-	-	-	1	-	1	-	5	-	33	-	-	-	-	-
Nürnberg	-	-	37	-	-	-	1	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	6	-	-	-	-	-
Augsburg	-	-	7	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	1	-	3	-	-	-	-	-
Regensburg	-	-	1	-	-	-	1	1	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	2	-	-	-	-	-
Würzburg	-	-	2	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	5	-	-	-	-	-
Fürth	-	-	4	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	1	-	2	-	-	-	-	-
Erlangen	-	-	2	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	6	-	3	-	-	-	-	-

Gebiet	13		14		15		16		17		18		19		20		21		22		23		24	
	Hepatitis infectiosa		Ornithose				Mikrosporidien	Amöbenruhr	Brucellose				Malaria-Erkrankung	Toxoplasmose									Verdachtsfälle von Tollwut ³⁾	
			Psittacose		übrige Formen				Bengalische Krankheit		übrige Formen													
			E	ST	E	ST			E	ST	E	ST												E
Oberbayern	100	-	1	-	-	-	1	-	1	-	-	-	1	-	4	-	1	-	-	-	-	-	-	1
Niederbayern	23	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	1	-	-	-	-	-	-	-
Oberpfalz	20	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	18
Oberfranken	15	-	-	-	1	-	-	-	-	-	1	-	-	-	-	-	1	-	-	-	-	-	-	5
Mittelfranken	36	-	-	-	-	-	1	-	-	-	-	-	-	-	-	-	1	-	-	-	-	-	-	-
Unterfranken	27	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	1	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Schwaben	46	-	-	-	1	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	2
B a y e r n	267	-	1	-	2	-	2	-	1	-	1	-	1	-	5	-	4	-	-	-	-	-	-	26
München	44	-	-	-	-	-	-	-	1	-	-	-	-	-	4	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Nürnberg	13	-	-	-	-	-	1	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Augsburg	11	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Regensburg	3	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Würzburg	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Fürth	4	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Erlangen	2	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-

*) Bericht des Bayerischen Statistischen Landesamtes.

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

2) „ST“ = Sterbefälle.

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

Schnell informiert

Bestellung von Landesärzten nach dem Bundessozialhilfegesetz

Mit Bekanntmachung des Bayerischen Staatsministeriums für Arbeit und Sozialordnung vom 4. April 1979 — Nr. VII 5355 — 5/16/79 — wurden zu neuen Landesärzten für geistig und seelisch Behinderte nach dem Bundessozialhilfegesetz bestellt:

Medizinaldirektor Dr. Hens Nagel
Landesversorgungsamt Bayern
Pilgersheimer Straße 20
8000 München 90

(bisher Bezirksmedizinaldirektorin Dr. Ruth Boos-Lengner, Bezirkskrankenhaus Haar)

Leitender Medizinaldirektor Dr. Karl-Otto Kroiß
Direktor des Nervenkrankenhauses Lohr am Main
8770 Lohr am Main

(bisher Obermedizinaldirektor Dr. Dr. Burkhard Kohlhepp, Direktor des Nervenkrankenhauses Werneck)

Mitteilung des Bayerischen Staatsministeriums des Innern vom 12. März 1979 — I E 9 — 5370/6 — 6/7B —

Einführung von Ausbildungsplatz-Annahmekarten

In Bayern werden 1979 erstmals Annahmekarten eingeführt. Damit sollen den Jugendlichen Ausbildungsplätze gesichert und den Betrieben eine rechtzeitige Disposition über die Ausbildungsplätze ermöglicht werden.

1. Jeder, der sich für das Ausbildungsjahr 1979/80 um einen Ausbildungsplatz bewirbt, sollte im Besitz einer Annahmekarte sein. Schüler — vom Hauptschüler bis zum Abiturienten —, die 1979 ihre Schule verlassen, erhalten im Februar mit dem Halbjahreszeugnis von ihrer Schule eine Annahmekarte ausgehändigt. Die übrigen Bewerber erhalten die Annahmekarte auf Antrag von der zuletzt besuchten Schule.

Die „Annahmekarte 1979“ hat die Farbe gelb; sie enthält Name, Vorname, Geburtstag und Anschrift des Schülers sowie die Bezeichnung der zuletzt besuchten Schule.

Bewerber aus den Ländern Baden-Württemberg, Rheinland-Pfalz und Saarland, die ebenfalls die Annahmekarte eingeführt haben, benutzen die Annahmekarte dieser Länder. Auch Hessen beabsichtigt die Einführung der Annahmekarte.

Bewerber, die eine Schule außerhalb der oben genannten Bundesländer besuchen oder zuletzt besucht haben, erhalten eine Annahmekarte auf Antrag bei der Regierung von Mittelfranken, Promenade 27 (Schloß), 8800 Ansbach, Telefon (09 81) 5 31.

2. Die Betriebe werden gebeten, ihre freien Ausbildungsplätze frühzeitig — möglichst über die Arbeitsämter — anzubieten. Die Auswahl der Bewerber sollte ebenfalls möglichst frühzeitig erfolgen.

3. Die Betriebe werden gebeten, den Bewerbern, mit denen sie einen Ausbildungsvertrag abschließen wollen, eine Frist (mindestens 14 Tage) zu setzen, innerhalb der die Bewerber den zugesetzten Ausbildungsplatz annehmen. Beim Abschluß des Ausbildungsvertrages ist die Annahmekarte vom Bewerber abzugeben.

Um den Jugendlichen in seiner Ausbildungsplatzwahl nicht einzuschränken, darf die Annahmekarte nicht bereits mit den Bewerbungsunterlagen angefordert werden.

4. Legt der Bewerber dem Betrieb bis zum Ablauf der festgesetzten Frist die unterschriebene Annahmekarte nicht vor, so kann der Betrieb grundsätzlich davon ausgehen, daß der Bewerber den angebotenen Ausbildungsplatz nicht annimmt. Der Ausbildungsplatz kann dann anderweitig vergeben werden.

5. Hat ein Betrieb bereits vor Ausgabe der Annahmekarten einen Ausbildungsvertrag abgeschlossen, fordert er die Annahmekarte nachträglich ein.

6. Hat ein Auszubildender bei einem Betrieb seine Annahmekarte bereits abgegeben, so muß er, wenn er sich nachträglich für einen Ausbildungsplatz bei einem anderen Betrieb oder für einen Schulplatz entscheidet, die Annahmekarte zurückfordern. Die Betriebe werden deshalb gebeten, die Annahmekarten sorgfältig aufzubewahren.

Sollte dennoch eine Annahmekarte verlorengegangen sein, so bestätigt der Betrieb den Verlust. Der Jugendliche erhält dann von seiner Schule eine Zweitaustertigung.

Für weitere Fragen zur Einführung von Annahmekarten steht die zuständige Stelle (z. B. Kemmer) zur Verfügung.

Broschüre des Zentralinstituts für die kassenärztliche Versorgung in der Bundesrepublik Deutschland

Band 1 — Diagnose-Therapie

„Vorsorgeuntersuchungen bei Kindern“ — Hinweise für die Praxis der gesetzlichen Früherkennungsmaßnahmen

Bei der Neufassung der Richtlinien für die Krankheitsfrüherkennung bei Kindern zum 1. 1. 1977 wurde für den Ärztekreis, der die Ausarbeitung der Vorschläge für die Überarbeitung übernommen hatte, deutlich, daß viele an sich notwendige Informationen und Erläuterungen zur Zielsetzung und Methode der einzelnen „Untersuchungs-Items“ in dem gelben Dokumentationsheft nicht gegeben werden konnten. Es war daher von vorneherein die Absicht dieses Beirätekreises, eine Broschüre herauszugeben, die diese Erläuterungen, möglichst auch unter Benutzung von instruktivem Abbildungsmaterial darstellen sollte. Sie ist insbesondere als Hilfe für den in den Vorsorgeuntersuchungen weniger geübten Arzt gedacht. Aber sie wird sicherlich auch dem „Routinier“ wertvolle Hinweise bieten.

Ihr besonderer Wert liegt vor allem darin, daß sie authentisch die ärztlichen Ziele darlegt, die den einzelnen Untersuchungsschritten zugrunde liegen.

Das Zentralinstitut versteht diese Publikation zugleich als einen Beitrag zu einer weiteren qualitativen Verbesserung und Standardisierung dieser so wichtigen mehrstufigen Filteruntersuchungen im Kindesalter.

Internationale Dokumentationkonferenz im DKI

Am 1. und 2. März 1979 tagte im Deutschen Krankenhausinstitut — Institut in Zusammenarbeit mit der Universität Düsseldorf (DKI) das „Informationsforum“ der Internationalen Krankenhausgesellschaft (IHF). An dieser Konferenz beteiligten sich Dokumentationsexperten aus sechs Ländern sowie von der WHO in Gent und Kopenhagen. Sie befaßten sich vor allem mit einem Informations- und Erfahrungsaustausch zwischen den verschiedenen Dokumentationsstellen für das Gesundheits- und Krankenhauswesen.

Musksommer zwischen inn und Saizach

Durchführung der Konzerte: Bayerischer Volksbildungsverband a. V., München

Musikalische Beratung: Bibliotheksdirektor Dr. Robert Münster und Kirchenmusikdirektor Alois Kirchberger
Sekretariat: Dr. med. Franz Zach, Rosangasse 10, 8217 Grassau

Sonntag, 10. Juni 1979, 19.30 Uhr, Höglwörth, Klostarkirche:

Werke von A. Hirschberger, A. Caldara, P. Torri, J. J. B. Münster, W. A. Mozart und J. F. Habermann
Erika Rüggeberg (Sopran) – Vokaliensembles und Kemmerorchester Musica Bavarica
Leitung: Alois Kirchberger

Sonntag, 17. Juni 1979, 19.30 Uhr, Tacharting, Pfarrkirche:

Werke von A. Caldara, J. B. Vanhal, W. A. Mozart und J. Haydn
Solisten – Chor der Herz-Jesu-Kirche, München, Karl Maureen (Orgel) – Convivium Musicum München (Konzertmeister Erich Keller)
Leitung: Josef Schmidhuber

Freitag, 22. Juni 1979, 19.45 Uhr, Schloß Amerang:

„Das Muttersöhnchen“ von C. Goldoni
Lora Bronnar-Bühna, München

Samstag, 23. Juni 1979, 19.45 Uhr, Schloß Amerang:

Italianische Sonaten aus dem 17. und 18. Jahrhundert
Musice per Salterio

Sonntag, 24. Juni 1979, 19.30 Uhr, Baumburg, Stittskirche:

Werke von J. K. Aiblinger und A. Bruckner
Solisten – Karl Maureen (Orgel) – Chor der Herz-Jesu-Kirche, München – Mitglieder der Münchner Philharmoniker
Leitung: Josef Schmidhuber

Samstag, 30. Juni 1979, 19.30 Uhr, Schloß Amerang:

Europäische Musik aus der Renaissance
Landshuter Hofmusik
Leitung: Hans Waich

Samstag, 30. Juni, und Sonntag, 1. Juli 1979, jeweils 19.30 Uhr, Sachrang, Pfarrkirche:

Werke v. W. A. Mozart und aus dem Notenschatz des Müllner Pater von Sachrang
Tölzer Knabenchor und seine Solisten – Convivium Musicum München (Konzertmeister Erich Keller)
Leitung: Gerhard Schmidt-Gaden

Samstag, 7. Juli 1979, 19.45 Uhr, Schloß Amerang:

Kostbarkeiten der Kammermusik
Mitglieder des Münchner Nonnet

Samstag, 7. Juli 1979, 19.30 Uhr, Seon, Klosterkirche:

Werke von W. A. Mozart, M. Haydn, F. Gleissner, J. Michl, F. X. Brixi und J. F. Habermann
Erika Rüggeberg (Sopran) – Vokalensemble und Kammerorchester Musica Bavarica
Leitung: Alois Kirchberger

Sonntag, 8. Juli 1979, 19.30 Uhr, Grassau, Pfarrkirche:

Musik des 18. Jahrhunderts
Collegium pro Musica, Innsbruck
Leitung: Max Engel

Sonntag, 8. Juli 1979, 20.00 Uhr, Rosenheim, Luitpoldhalle:

Werke von G. Ph. Telemann, J. S. Bach und J. Haydn
Bachorchester Gewandhaus Leipzig
Leitung: Gerhard Bossa
– Veranstaltung im Rahmen der Rosenheimar Maistarkonzerte –

Freitag, 13. Juli 1979, 19.45 Uhr, Schloß Amerang:

Alte Musik auf alten Instrumenten (Lieder, Tänze und instrumentalmusik des 15. bis 17. Jahrhunderts)
Attaingant Consort, München
Leitung: Hermann Eisnar

Freitag, 13. Juli 1979, 19.30 Uhr, Wassarburg, Rathausaal:

Tänze und Märsche im königlichen Bayern
Musikkorps des Grenzschutzkommandos Süd, München
Leitung: PHK Josef Pollinger – Sprecher: Paul Ernst Rattel-müller
– Konzert zugunsten der Renovierung der Fassade des Hl.-Geist-Spitals –

Samstag, 14. Juli 1979, 19.45 Uhr, Schloß Amerang:

Sonaten und Triosonaten von Telemann, Bach und Vivaldi
Barockensemble mit Berliner Gästen
Irena Grafenauer (Flöte) – J. Baumann (Celio) – K. Stoll (Kontrabaß) – Peter Clemente (Cembalo)

Samstag, 14. Juli 1979, 19.30 Uhr, Traunstein, Stadtpfarrkirche St. Oswald:

Werke von P. v. Winter und J. M. Haydn
Solisten – Berndt Jäger (Orgel) – Chorgemeinschaft Passionskirche, München – Mitglieder des Bayerischen Staatsorchesters
Leitung: Wilhelm Waiter

Sonntag, 15. Juli 1979, 19.30 Uhr, Baumburg, Stiftskirche:

Werke von J. S. Bach und G. F. Händel
Münchner Kammerorchester mit Solisten
Leitung: Hans Stadlmeir
– Veranstaltung des Kulturkrais 72 a. V., Traunreut –

Freitag, 20. Juli 1979, 19.45 Uhr, Schloß Amerang:

Auf's Tanz'n bin i ganga (Tanzlieder und -weisen aus Baiern)
Toni Goth-Sextett, München – Traunsteiner Dreigesang

Samstag, 21. Juli 1979, 19.45 Uhr, Schloß Amerang:

Alte und neue Volksmusik
Toni Goth-Sextett, München

Samstag, 21. Juli 1979, 20.00 Uhr, Rott am Inn, Klostarkirche:

W. A. Mozart: Missa c-Moll, KV 427 u. a.
Solisten, Chor und Orchester des Musikvereins Rosenheim
Leitung: Peter Paul Poschner

Sonntag, 22. Juli 1979, 19.30 Uhr, Ruhpolding, Pfarrkirche:

Werke von C. L. Drobisch und J. Haydn
Solisten, Chor und Collagium Musicum von St. Michael, München
Leitung: Elmar Schloter

Mittwoch, 25. Juli 1979, 19.30 Uhr, Tittmoning, Burghof:

Tänze und Märsche im königlichen Bayern
Musikkorps des Grenzschutzkommandos Süd, München
Leitung: PHK Josef Pollinger – Sprecher: Paul Ernst Rattel-müller
– Konzert zugunsten der Erhaltung des Heimatmuseums auf der Burg –

Freitag, 27. Juli 1979, 19.45 Uhr, Schloß Amerang:

Banchatto musicale (Musik an europäischen Fürstenhöfen zur Zeit der Renaissance)
Consort für Alte Musik, München
Leitung: Hans Koch

Samstag, 28. Juli 1979, 19.45 Uhr, Schloß Amerang:

Oper „EGISTO – Favola drammatica musicale“ von F. Cavalli in einem Prolog und drei Akten (szenische Erstaufführung)
Camerata musicaia, München
Leitung: Richard Mader

Sonntag, 29. Juli 1979, 19.30 Uhr, Prien, Pfarrkirche:

Werke von L. Thuillie, F. Liszt (bearb. M. Regar), A. Bruckner und J. Rheinberger
Gerhard Wainberger (Orgel) – Chor von St. Ludwig, München
Leitung: Rudolf Thomas

Freitag, 3. August 1979, 19.45 Uhr, Schloß Amerang:

Wenig bekannte Musik aus Klassik und Romantik (150. Konzert)
Münchener Flötenquartett

Samstag, 4. August 1979, 19.45 Uhr, Schloß Amerang:

Alpenländische und andere Volksmusik (Lieder und Tänze aus alter und neuer Zeit)
Münchener Kammerchor und Solisten
Leitung: Franz Arnold

Sonntag, 5. August 1979, 19.30 Uhr, Au am Inn, Klosterkirche:

Werke von J. Haydn, D. Scarlatti, W. A. Mozart, H. Siemsmair, T. Albinoni
Margaret Nessei (Sopran) — Salzburger Mozartspieler

Freitag, 10. August 1979, 19.45 Uhr, Schloß Amerang:

Konzertante Bläsermusik der Klassik
Salzburger Mozartspieler

Samstag, 11. August 1979, 19.45 Uhr, Schloß Amerang:

Eine kleine Nechtmusik (Mozart-Programm)
Salzburger Mozartsolisten

Freitag, 17. August 1979, 19.45 Uhr, Schloß Amerang:

Stimmungsvolle Bläser- und Gitarrenmusik aus 3 Jahrhunderten
Camerata Instrumentalis, Saizburg

Samstag, 18. August 1979, 19.45 Uhr, Schloß Amerang:

Serenaden mit dem Mozartflügel (Werke von J. Haydn, W. A. Mozart und L. Boccherini)
Münchener Solisten
W. Grobholz (Violine) — H. Stiehler (Cello) — Peter Ciemente (Hammerflügel)

Die Bewertung der Sachbezüge im Jahre 1979

Durch § 17 Satz 1 Nr. 3 des Sozialgesetzbuches (SGB) — Gemeinsame Vorschriften für die Sozialversicherung — vom 23. Dezember 1976 ist die Bundesregierung ermächtigt worden, durch Rechtsverordnung mit Zustimmung des Bundesrats den Wert der Sachbezüge nach dem tatsächlichen Verkehrswert im voraus für jedes Kalenderjahr zu bestimmen.

Aufgrund dieser Ermächtigung erließ die Bundesregierung nach Anhörung der Bundesanstalt für Arbeit und mit Zustimmung des Bundesrats die „Verordnung über den Wert der Sachbezüge in der Sozialversicherung für das Kalenderjahr 1978“ vom 28. Dezember 1977 und hierzu eine am 1. Januar 1979 in Kraft getretene Änderungsverordnung vom 18. Januar 1979 (BGBl. I S. 104).

Der Wert der freien Kost und Wohnung einschließlich Heizung und Beleuchtung wurde damit für die Zeit ab 1. Januar 1979 für das Land Bayern auf monatlich 325,— DM festgesetzt.

Für Jugendliche bis zur Vollendung des 18. Lebensjahres und für Auszubildende vermindert sich dieser Wert um 15 Prozent. Wenn freie Kost und Wohnung nur teilweise zur Verfügung gestellt wird, sind vom obengenannten Wert anzusetzen für

die Wohnung	34 Prozent
Heizung und Beleuchtung	10 Prozent
Frühstück	12 Prozent
Mittagessen	22 Prozent
Abendessen	22 Prozent

Diese Werte vermindern sich, wenn mehreren Beschäftigten ein Wohnraum zur Verfügung gestellt wird für Wohnung, Heizung und Beleuchtung, bei Belegung mit zwei Beschäftigten um 20 Prozent, bei Belegung mit drei Beschäftigten um 30 Prozent und bei Belegung mit mehr als drei Beschäftigten um 50 Prozent. Wird freie Kost und Wohnung nicht nur dem

Beschäftigten, sondern auch seinen nicht bei demselben Arbeitgeber beschäftigten Familienangehörigen zur Verfügung gestellt, erhöhen sich die einzusetzenden Werte um 80 Prozent für den Ehegatten, um 30 Prozent für jedes Kind bis zum sechsten Lebensjahr und um 40 Prozent für jedes Kind über sechs Jahre.

Soweit ein Sachbezug ausschließlich freie Wohnung zur Verfügung gestellt wird, ist für die Bewertung der Wohnung der ortsübliche Mietpreis unter Berücksichtigung der sich aus der Lage der Wohnung zum Betrieb ergebenden Beeinträchtigungen anzusetzen. Wird Kost und Wohnung verbilligt ein Sachbezug zur Verfügung gestellt, ist der Unterschied zwischen dem vereinbarten Preis und der sich aus dieser Verordnung ergebenden Bewertung dem Arbeitsentgelt zuzurechnen. Für sonstige Sachbezüge, die nicht durch diese Verordnung erfaßt und unentgeltlich zur Verfügung gestellt werden, ist ein Wert der üblichen Mittelpreise des Verbrauchsortes anzusetzen.

Die Änderungsverordnung über die Bewertung der Sachbezüge im Jahre 1979 trat am 1. Januar 1979 in Kraft. Die in der Verordnung festgesetzten Werte gelten bei laufendem Arbeitslohn für den Arbeitslohn, der für die im Jahre 1979 endenden Lohnzahlungszeiträume gewährt wird und bei sonstigen Bezügen für Bezüge, die im Jahre 1979 zufließen. Diese Sachbezugswerte sind gemäß § 8 Abs. 2 Satz 2 des Einkommensteuergesetzes auch für den Lohnsteuerabzug maßgebend.

— elpe —

Broschüren der Deutschen ILCO

Die Deutsche Ileostomie-Colostomie-Urostomie Vereinigung e. V. (Deutsche ILCO) hat zwei neue Broschüren herausgegeben: „Colostomie/Ileostomie — ein Leitfaden“ — „Urostomie — ein Leitfaden“

Sie enthalten hilfreiche Informationen für Stoma-Träger und sollten bereits im Krankenhaus an die Betroffenen verteilt werden. — Die Broschüren können in der gewünschten Zahl kostenlos bei der Geschäftsstelle der Deutschen ILCO, Kemmergasse 9, 8050 Freising, angefordert werden.

Warnung vor falschem Arzt

Der unter dem Namen Boniface M a s s a m b a , geb. 25. (29.?) Februar 1949 in Brazzaville/Kongo, bzw. dem Namen Dr. Etienne B o u k a k a , geb. 25. Februar 1949 in Brazzaville/Kongo, auftretenden Person wurde die erteilte Approbation von der Regierung von Oberbayern wegen gefälschter Unterlagen mit sofortiger Wirkung zum Ruhen gebracht. Die Approbationsurkunde konnte bisher noch nicht eingezogen werden. Die Regierung von Oberbayern hat zugleich Strafanzeige erstattet.

Sollte sich der Obengenannte bei Ärzten oder in Krankenhäusern um eine ärztliche Tätigkeit bewerben, wird gebeten, das zuständige Gesundheitsamt unverzüglich zu verständigen.

Preise

Verleihung

Hufelend-Preis 1978 – Der nunmehr seit zwanzig Jahren bestehende, mit DM 20 000 dotierte, von der Colonia Lebensversicherung AG/Deutsche Ärzteversicherung gestiftete „Hufelend-Preis“ für vorbeugende Gesundheitspflege wurde wieder zwei Ärzten zu gleichen Teilen zuerkannt, und zwar Dr. Ulrich Leaser, Köln, und Professor Dr. Frank Majewski, Düsseldorf.

Pharmaindustrie

Gymnastische Übungen zur Rheumetherapie

Die Besotherm GmbH, Biberach, hat eine neue Wendtafel herausgebracht, auf der echt gymnastische Übungen zur Rheumatherapie in Wort und Bild dargestellt sind. Sie richten sich gegen die bekannten Funktionsbeeinträchtigungen, die sich aus der vom Rheumepatienten so häufig eingenommenen „Schonhaltung“ ergeben. Die gleichen Darstellungen liegen auch als Merkblätter zur Weitergabe an die Patienten vor.

Neuertige Insulinspritze für Diabetiker

Speziell für die Bedürfnisse der auf insulin angewiesenen Diabetiker entwickelte Becton Dickinson GmbH, Heidelberg, eine neuartige verschreibungsfähige Insulinspritze. Bei der Pistipek® Combi 1 ml ist die Kanüle bereits eingeschweißt. Der lange, schlanke Spritzenzylinder ermöglicht eine übersichtliche Maßeinteilung, die problemlos abgelesen werden kann (1 ml = 40 Einheiten, 1 Teilstrich = 1 Einheit). Der Einstich ist kaum spürbar, da die kurze, dünne Kanüle einen Spezial-Dreifachschiff erhielt. An beiden Enden der Spritze sind versiegelte Schutzkappen aus Plastik angebracht, die bei Einzelgebrauch innere Sterilität garantieren.

Das Heidelberger Unternehmen hat ferner eine Broschüre „Injektionstechnik – Eine Fibel für Diabetiker“ herausgebracht, die kostenlos in Apotheken erhältlich ist.

Umkehr-Osmose-Gerät für Dialysetationen

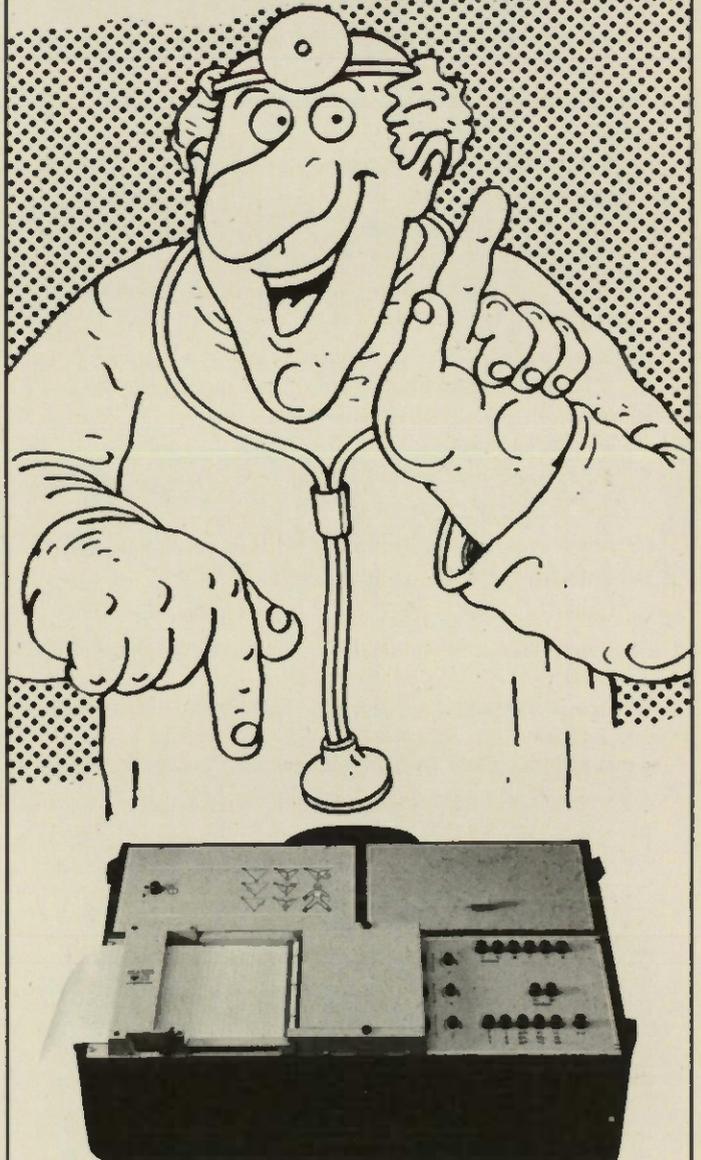
Die Robert Reichling GmbH, Grevenbroich, hat für Dialysetationen ein Umkehr-Osmose-Schrankgerät entwickelt, das 0,8 m³/h Reinwasser liefert. Durch Erweitern mit anderen Komponenten läßt sich diese Kapazität auf 1,2 m³/h erhöhen. Die Normaleisführung versorgt bis zu 30 künstliche Nieren gleichzeitig.

Das eingespeiste Wasser wird von einem Druckminderer auf konstanten Vordruck eingestellt und über ein 25 µ-Feinfilter geleitet, um das Wasser von mechanischen Verunreinigungen zu befreien. Durch dosierte Zugabe von verdünnter Schwefelsäure wird der pH-Wert auf etwa 5 eingestellt, um die Osmose-Membranen zu schonen. Eine gleichzeitige Zugabe von Spezialphosphat verhindert das Ausflocken von Härtebildnern und das Verstopfen der feinen Membranporen. Zwei hintereinandergeschaltete Pumpen erhöhen den zum Entsetzen im Rohwasser erforderlichen Druck auf 28 bar und drücken es damit durch die Module. Hierbei teilt sich das Rohwasser in Reinwasser (Permeat) und Konzentrat, das die gesamten Salze enthält.

Zum Thema: tragbarer 3-Kanal-Elektrokardiograph

Wen wir zuerst registrieren,

... der registriert zuerst. Verlangen Sie mehr als Information, verlangen Sie unverbindlich eine Gerätedemonstration unseres neuen tragbaren 3-Kanal-Elektrokardiographen eta 125.



Das abgebildete Gerät gibt es bei REMCO schon für DM 8 000,- inkl. Zubehör + MwSt.

CARDIOLINE® – ein REMCO Produkt

COUPON

B/T-3-2-79

Geräte-Demonstration
eta 125 gewünscht.

Meine Tel.-Nr. _____

Name _____

Straße _____

Ort _____



TREUMEDIZIN
GmbH
Rushaimerstr. 62
8000 München 21

Buchbesprechungen

Bücher zur Rezension

Die folgenden Bücher wurden uns zur Besprechung zur Verfügung gestellt. Kolleginnen und Kollegen, die besonders sachkundig und interessiert sind, können diese Bücher zur Besprechung im „Bayerischen Ärzteblatt“ von uns erhalten. Wir bitten um Benachrichtigung unter der Telefonnummer (0 89) 41 47-274.

1. Ackermann / Rehse-Küpper: Die Zentraleuropäische Enzephalitis in der Bundesrepublik Deutschland
2. Bartelheimer / Classen / Ossenberg: Der kranke Dünnarm (III. Hamburger Symposium)
3. Becker / Niggemeyer: Chancen für behinderte Kinder und Jugendliche
4. Bleifeld / Kramer / Meyer-Hartwig: Klinische Physiologie 3 – Kontraktion des Herzens
5. Brusis: Die Lärm-Schwerhörigkeit und ihre Begutachtung
6. Burkhardt: Hämetologie
7. Buschmann / Wilken: Vordrucke für die kassenärztliche und vertragsärztliche Versorgung mit Erläuterungen
8. Busse / Hollwich: Erkrankungen der ableitenden Tränenwege und ihre Behandlung
9. Dauderer / Weger: Vergiftungen (Erste-Hilfe-Maßnahmen des behandelnden Arztes)
10. Deegener: Neuropsychologie und Hemisphären Dominanz
11. Dittmar / Legal: Die Mutterschaft
12. Dittmar / Legal: Die Frau in den Wechseljahren
13. Dogs: Autogenes Training (Erlebnisstufe für Fortgeschrittene)
14. Domagk / Eisenburg / Heldt: Physiologie des Menschen 9 – Leber
15. Europäische Gesellschaft für Kardiologie: Prophylaxe der koronaren Herzkrankheit
16. Ewen / Fiebeck / Weber: Zur Durchführung der Belehrung nach Paragraph 41 Röntgenverordnung (Anregungen zur Dosisreduktion in der Radiologie)
17. Fichtner / Siefert: Medizinhistorische Reisen 2 – Padua
18. Frick / Leonhardt / Starck: Spezielle Anatomie II – Kopf – Hals – Eingeweide – Nervensystem (Taschenlehrbuch der gesamten Anatomie – Band 2 mit Schlüssel zum Gegenstandskatalog)
19. Fülgraff / Kewitz: Arzneimittelprüfung durch den niedergelassenen Arzt
20. Gali: Selbstmord auf Reten
21. Grimm / Ucke / Friedburg: Strichskioskopie
22. Gross / Schölmerich: 1000 Merksätze Innere Medizin
23. Hach: Chronische periphere Ödeme (Ergebnisse der Angiologie – Band 17)
24. Hardegger / Bianchini: Nachbehandlungsfibel (Verbände, Lagerungen und Procedere nach traumatologisch-orthopädischen Operationen)
25. Hassani: real time ophthalmic ultrasonography (in englischer Sprache)
26. Hausbrendt / Gstirner †: Handbuch der Störwirkungen durch Pharmaka (Prophylaxe und Therapie in der Praxis)
27. Helmchen / Renfordt: Fernsehen in der Psychiatrie
28. Hermanek / Gall: Grundlagen der klinischen Onkologie
29. Keden: Sehbehindert – Blind (Medizinische, soziale und pädagogische Informationen für Betreuer und Betroffene)
30. Keltenbrunner: Die Pillen-Pest (Selbstvergiftung aus Angst vor dem Schmerz?)
31. Kewitz: Medizinisch und wirtschaftlich rationale Arzneimitteltherapie
32. Kiehre: Mitte, Anfang und Ende (Was sollen wir tun?)
33. Klein / Reinwein: Klinische Endokrinologie
34. Kleinsorge: Selbstentspannung (Trainingsheft für das Autogene Training)
35. Korporel / Zink: Epidemiologie der Säuglingssterblichkeit (Herausgegeben im Rahmen des Sonderforschungsbereiches 29 der Deutschen Forschungsgemeinschaft)
36. Kramer: Lehrbuch der Elektroakupunktur – Band II
37. Krauß: Leitfaden der physikalisch-diätetischen Therapie
38. Kuschinsky / Lüllmann / Peters: Kurzes Lehrbuch der Pharmakologie und Toxikologie
39. Leydhecker / Kollmannsberger: Augenheilkunde – Neurologie
40. Löhe: Repetitorium für die Arzthelferin
41. Merté: Jahreskurse für die praktische Augenheilkunde (Band 5 – Teil 2 und Teil 3)
42. Meyer-Schwickerath / Ullrich: Moderne Probleme der Erkrankungen der Lider und des Tränenapparates
43. Mössinger: So kann es nicht weitergehen (Zur Krise in der gesetzlichen Krankenversicherung)
44. Murray: Die normale Lunge – Grundlage für Diagnose und Therapie von Lungenkrankheiten
45. Neundörfer: Die Parkinsonsche Krankheit
46. Netter: Farbatlanten der Medizin – Band 3: Genitalorgane
47. v. Normann: Medikamente in unserer Hand (Vom richtigen Gebrauch rezeptfreier Arzneien)
48. Plewig / Kilgman: Akne
49. Poeck: Neurologie (Ein Lehrbuch für Studierende und Ärzte)
50. Porkert: Klinische Chinesische Pharmakologie
51. Rilling: Nicht toxische Additivtherapie und diagnostische Verfahren beim Keuzinom
52. Ringel: Das Leben wegwerfen? (Reflexionen über Selbstmord)
53. Seha: Rezidivierende Schulterluxation (Pathophysiologie und operative Korrektur)
54. Siegrist / Hendei-Kramer: Wege zum Arzt (Ergebnisse medizinsoziologischer Untersuchungen zur Arzt-Patient-Beziehung)
55. Siegrist: Arbeit und Interaktion im Krankenhaus
56. Simon / Loewenich: Neugeborenen-Infektionen
57. Squire: Übungen in radiologischer Diagnostik – Band IX: Ultraschall Diagnostik
58. Schicke: Soziale Sicherung und Gesundheitswesen
59. Schipperges / Seidler / Unschuld: Krankheit – Heilkunst – Heilung (Historische Anthropologie)
60. Schipperges: Wege zu neuer Heilkunst (Traditionen – Perspektiven – Programme)
61. Schmidt: Die Kontraktilität des Herzmuskels bei elektrischer Stimulation
62. Schmidt-Methiesen: Prä-, intra- und postoperative Maßnahmen in Gynäkologie und Geburtshilfe (Ein Ratgeber für die klinische Praxis)

ZFA

Zeitschrift für Allgemeinmedizin

behandelt

► **Schock und
Ersthilfe**

- Pathophysiologie
des Schocks
- Diagnostik
bei Schock
- Schocktherapie
in der Praxis
- Wiederbelebung
in der Praxis

in Heft 18 am 30. Juni

Hippokrates Verlag Stuttgart

- Schneider: Hirnfunktionsstörungen im Kindesalter
- Schönfeld: Antibiotics and Chemotherapie – New Developments in Immunoassays (in englischer Sprache)
- StaaK / Weiser: Klinische Prüfung von Arzneimitteln (Methodik und Rechtsgrundlagen)
- v. Staehr: Wie verhalte ich mich bei Schwangerschaft, Geburt und Rückbildung (Vorsorge ist die beste Fürsorge)
- Stössel: Staatseigentum Gesundheit – Medizinische Versorgung in der DDR
- Triepel: Die Fachwörter der Anatomie, Histologie und Embryologie
- Valtin: Funktion der Niere (Mechanismen zur Regulation des Wasser- und Elektrolythaushalts im gesunden Organismus)
- v. Voß: Präzisierung und Anwendung von Thrombozytenfunktionstests in der Kinderheilkunde
- Wagenführ: Das Buch über die Freude
- Widmer: Der junge Mensch und seine Eltern, Lehrer und Vorgesetzten
- Wille: Nachuntersuchungen an sterilisierten Frauen
- Willital: Definitive chirurgische Erstversorgung
- Wirzbach: Betäubungsmittelgesetz, Betäubungsmittel-Verschreibungsordnung
- Wörz / Gross: Kreuzschmerz
- Wolff: Neurophysiologische Aspekte der Manuellen Medizin (Chirotherapie)

Die Diagnose in der Psychiatrie

Verf.: Prof. Dr. R. E. Kendell, 174 S., 2 Abb., kart., DM 29,80.
Ferdinand Enke Verlag, Stuttgart.

Im ersten Kapitel stellt der Autor fest, daß psychiatrische Diagnosen unverkennbare Grenzen haben, daß sie manchmal eher noch mehr Nachteile bringen und auf die verschleuderte Weise mißbraucht werden. Im weiteren Verleuf, besonders im Abschnitt „Das Wesen von Krankheit und Diagnose“ legt der Verfasser in einer sauberen, stark von der philosophischen Terminologie geprägten Begrifflichkeit dar, wie Krankheit und Diagnose aufzufassen seien.

Insgesamt gibt das Buch für den anspruchsvollen Leser einen nach allen Richtungen ausgeleuchteten Überblick über die verschiedenen Möglichkeiten, zu einer psychiatrischen Diagnose zu kommen. Dabei kamen sowohl die klassischen Schulen als auch die modernen Strömungen zu Wort. Ein Buch, das dem Leser viel eigenständiges Denken abverlangt, ihm aber dann bewußt macht, wie wichtig eine zuverlässige Einteilung innerhalb der Psychiatrie ist.

Dr. med. B. Deininger, Garching

Weil Du nicht geflohen bist vor meiner Angst

Ein Ehepaar durchlebt die Depression des einen Partners

Verf.: Dr. theol. I. Weber-Gast / S. Gast, 112 S., kart., DM 13,50. Matthias-Grünwald-Verlag, Mainz.

Dieses Buch ist unmittelbar und eindringlich wie ein Brief. Darin kommen alle Einsamkeiten und Ängste zu Wort, die in der Depression den Menschen überschwemmen und verstummen lassen – auch den, der glauben möchte. Ebenso eufriichtig wird die Rückkehr ins Leben erzählt, wie die Starre sich langsam löst, welche tastenden Schritte und helfenden Gesten aus dem tödlichen Dunkel herausführen.

Ferbetlanten der Medizin

Bend 3: Genitellorgane

Konzept und Illustration v. F. H. Netter, redigiert v. E. Oppenheimer, übersetzt von K. Schmidt. Weibliche Genitale: Hereusgegeben v. Prof. Dr. E. Gitsch/Univ.-Doz. Dr. E. Reinhold. Männliche Genitale: Hereusgegeben v. Univ.-Doz. Dr. W. Ludvik, 280 S., 250 farb. Taleln., geb., DM 130,—. Georg Thieme Verlag, Stuttgart.

Auch der dritte „Netter“-Band folgt dem bewährten didaktischen Konzept des visuell betonten Lernens. Durch das übertragende Bildmaterial ist es gelungen, auch komplizierte embryologische Zusammenhänge plausibel und übersichtlich darzustellen. Die klinische Symptomatologie der verschiedenen Genitalkrankheiten und -mißbildungen wird ebenso eindrucksvoll demonstriert wie die Vielfalt des diagnostischen Vorgehens. Text und Illustrationen ergeben ein Gesamtbild, das Studenten und Ärzte unmittelbar entspricht.

Prä-, intr- und postoperative Maßnahmen in Gynäkologie und Geburtshilfe

Verf.: Prof. Dr. H. Schmidt-Matthiesen, 2., überarb. und erw. Aufl., 202 S., 17 Abb., 16 Tab., kert., DM 39,—. Ferdinand Enke Verlag, Stuttgart.

In die 2. Auflage wurden die Kapitel über Schwangerschaftsabbruch, Risikokalkulation vor gynäkologischen Operationen, Rechtsfragen und Haftung, Pflegemaßnahmen bei Anus praeter und beim Dekubitus neu aufgenommen. Ausgiebig umgearbeitet und auf den neuen Stand gebracht wurden die Kapitel Verbrauchskoagulopathie (u. ä.) und Thromboembolieprophylaxe. Im Zusammenhang mit der Änderung mancher Auffassungen hinsichtlich der Inlusionstherapie p. op. wurden die entsprechenden Kapitel neu dargestellt und die derzeit angebotenen Inlusionslösungen aufgelistet und erläutert. Für gewisse Standardfälle wurden postoperative Inlusionspläne zusammengestellt, die den praktischen Bedürfnissen des klinischen Alltags Rechnung tragen. Den kolloidalen Plasmasersatzmitteln und ihren Komplikationen wurde ein spezielles Kapitel gewidmet.

Differentialdiagnose der medizinisch-klinischen Symptome

Herausgeber: H. Vogl, Band I: A—J, 504 S., Band II: K—Z, 561 S., je Band DM 26,80. Ernst Reinhardt Verlag, München-Basel.

Das vorliegende UTB Taschenbuch verdankt sein Entstehen der alltäglichen Situation differentialdiagnostischer Erwägungen in der Praxis. Was es von anderen Büchern zur Differentialdiagnose unterscheidet, ist, daß es tatsächlich vom klinischen Symptom ausgeht (und nicht von irgendwelchen röntgenologischen oder laborchemischen Daten) und daß es lächerübergreifend angelegt ist. Findet der Untersucher z. B. als lährendes Symptom Gelenkschmerzen oder -schwellungen o. ä., dann findet er unter den entsprechenden Stichpunkten alle (oder zumindest doch die wichtigsten) in Frage kommenden Grunderkrankungen, bei denen Arthralgien oder Arthritiden auftreten können. Zugleich werden ihm kurz die bei den einzelnen Krankheiten sonst noch vorkommenden klinischen Symptome mitgeteilt und in Erinnerung gerufen. Auf dieser Basis kann er dann gezielt diagnostisch weiter-schreiten: ein Buch, richtiger ein Nachschlagewerk, für Medizinstudenten und junge Ärzte, — sicherlich aber auch für den Allgemeinarzt zu empfehlen sowie für jeden, der über seine Fachgrenzen hinaus Verantwortung empfindet.

Dr. med. H. Piechowiak, München

Sprechstunde: Emplängnisregelung

Vert.: Dr. R. Schrage, 96 S. mit Zeichn., Paperback, DM 16,80. Gräfe und Unzer Verlag, München.

Der Autor will mit diesem Ratgeber die Frauen bei der Wahl der Pille beraten und zeigt auch deren Nebenwirkungen auf. Ferner stellt er alle anderen Methoden der Emplängnisverhütung vor, erklärt, wie sie wirken, wie sie angewendet werden und wie sicher sie sind.

Welt des Auges

Vert.: Dr. Dr. H. Schipperges, 144 S., 27 Abb., Leinen, DM 24,—. Verlag Herder, Freiburg-Basel-Wien.

Der Untertitel „Zur Theorie des Sehens und Kunst des Schauens“ verrät bereits, daß der Autor sein Thema nicht medizinisch ebhendeln möchte. Im ersten Teil zeigt er die geistigen Grundlagen, ausgehend vom „Weg der Bilder durch das Gehirn“, und beschreibt die Sehtheorien der antiken Heilkunde. Im zweiten Teil werden die historischen Elemente des Kreislautes der Bilder durch das Gehirn noch einmal aufgegriffen und phänomenologisch interpretiert. Der dritte Teil ist eine kleine Kulturgeschichte des Sehens, zeigt die Verknüpfung von Auge und Welt-Bild und gliedert in einem Penorema der Welt-Bilder. Im vierten Teil zitiert der Autor den seiner Meinung nach schönsten Hymnus auf das Licht, Hölderlins „Augen der Wunderwelt“.

Die Texte werden nicht nur durch zahlreiche historische Abbildungen sinnvoll ergänzt, sondern auch durch Randspaltenmarginalien, die mithin als Leitfaden durch die Gedenkwelt des Autors für seinen Leser gedacht sind.

Grundlagen der Elektroakupunktur nach Voll

Ein Leitfaden zur Einführung in die Elektroakupunktur (EAV)

Verf.: Dr. H. Leonherdt †, 368 S., 162 Abb., geb., DM 120,—. Medizinisch Literarische Verlagsgesellschaft, Uelzen.

Die Elektroakupunktur nach Voll (EAV) ist eine Methode, die die chinesische Akupunktur mit modernen elektronischen Meßgeräten kombiniert. Sie ist in der Lage, durch Messungen an den entsprechenden Meßpunkten (meist Akupunkturpunkte) ein Herdgeschehen als solches festzustellen, die Ausgangsstelle (Zähne und ähnliches) zu lokalisieren und zu erkennen, ob es sich um einen akuten, subakuten oder chronischen Prozeß handelt und schließlich den Verlauf zu beurteilen.

Der ausführlichen Gerätebeschreibung folgt die Beschreibung der Meßpunkte im Bereich des Kopfes, Gesichts-, Hals-Nackenregion, Hand, Unter- und Oberarm, Fuß, Unter- und Oberschenkel, Körpervorderseite und Rückseite und schließlich die sogenannten „Alarmpunkte“.

Erörterungen über die chinesische Organuhr, die Maximalzeiten der Energie, die daraus abgeleiteten gezielten Medikamentengaben und eine Auswertung der Akupunkturregeln bilden den Schluß.

Der praktische Wert der EAV und die darauf basierende Elektroakupunkturregelung hat sich bei zahlreichen Operationen (z. B. Herzzentrum München, Chirurgische Universitäts-Klinik, Gießen, Westdeutsche Kielerklinik, Düsseldorf) bewährt.

Für den interessierten Arzt und Zahnarzt stellt diese Neuerscheinung, dank Inhalt und Ausstattung, ein Maximum an Preiswürdigkeit und Informationsmöglichkeit dar.

Dr. med. H. Kielschmitt, Bad Wiessee

Therapeutika

Ce-Ferro®

Zusammensetzung: 1 Kapsel enthält: 363 mg Eisen(II)-sulfat, 1,8 H₂O entspr. 110 mg Fe⁺⁺, 150 mg Vitamin C.

Indikationen: Eisenmangelanämien und sonstige Eisenmangelzustände, wie präletenter und latenter Eisenmangel, akute und chronische Blutungsanämien. Vorbeugend bei erhöhtem Eisenbedarf, z. B. während der Schwangerschaft und Stillzeit.

Kontraindikationen: Eisenverwertungsstörungen (sideroachrestische Anämie, Thalassämie, Bleianämie) und Eisenüberledungen (chronische Hämochromatose).

Nebenwirkungen und Eigenschaften: Siehe wissenschaftlichen Prospekt.

Dosierung: 1 x täglich eine Kapsel unzerkaut nach dem Essen mit Flüssigkeit einnehmen.

Packungsgröße und Preise: 30 Kapseln DM 11,85, 50 Kapseln DM 18,20 A.P. 500 Kapseln (10 x 50), 1000 Kapseln (20 x 50), 5000 Kapseln (5 x 20 x 50).

Hersteller: Nordmark-Werke, 2082 Uetersen 1

Eusprax®

Zusammensetzung: Cholintheophyllinat 200 mg pro Dragee Eusprax

Anwendungsgebiete: Krampfzustände der Bronchialwege (Atemnot) bei chronischer Bronchitis, Lungenemphysem (Lungenblähung) und verschiedenen anderen Ursachen (z. B. Grippe, Erkältung), Bronchial- und Herzasthma.

Nebenwirkungen und Begleiterscheinungen: Die gleichzeitige Einnahme anderer xanthinhaltiger Präparate kann zu Nebenwirkungen von seiten des Zentralnervensystems führen (Schwindel, Kopfschmerzen, Übelkeit, Unruhe, Erregungszustände, Krämpfe). Nur in seltenen Fällen kann es zu Magenunverträglichkeiten kommen.

Eigenschaften und besondere Hinweise sowie weitere Angaben sind in dem für den Arzt bestimmten wissenschaftlichen Prospekt enthalten.

Darreichungsformen und Packungsgrößen: Packungen mit 20 und 50 Dragees

Hersteller: Asche AG, 2000 Hamburg 50

Eusprax® comp.

Zusammensetzung: Cholintheophyllinat 200 mg, Guaifenesin 100 mg pro Dragee Eusprax comp.

Anwendungsgebiete: Eusprax comp. wird angewandt, wenn sowohl bronchienerweiternde als auch auswurfördernde Wirkung notwendig ist, wie bei: Bronchitis, asthmatischer Bronchitis, Bronchialasthma, Lungenemphysem.

Nebenwirkungen und Begleiterscheinungen: Die gleichzeitige Einnahme anderer xanthinhaltiger Präparate kann zu Nebenwirkungen von seiten des Zentralnervensystems führen (Schwindel, Kopfschmerzen, Übelkeit, Unruhe, Erregungszustände, Krämpfe). Nur in seltenen Fällen kann es zu Magenunverträglichkeiten kommen.

Eigenschaften und besondere Hinweise sowie weitere Angaben sind in dem für den Arzt bestimmten wissenschaftlichen Prospekt enthalten.

Darreichungsformen und Packungsgrößen: Packungen mit 20 und 50 Dragees

Hersteller: Asche AG, 2000 Hamburg 50

Presinol mite

Zusammensetzung: 1 lackierte Tablette Presinol mite enthält 125 mg Methyl dopa.

Indikationen: Primäre (essentielle) und sekundäre Hypertonien aller Schweregrade, insbesondere auch Hypertonien mit renaler Beteiligung und zerebralen Durchblutungsstörungen.

Kontraindikationen: Schwere Nierenfunktionsstörungen; akute und chronische Lebererkrankungen; Überempfindlichkeit gegen Methyl dopa. Bei einer Lebererkrankung in der Anamnese ist Vorsicht geboten. Zur Behandlung eines Phäochromozytoms wird Presinol mite nicht empfohlen.

Nebenwirkungen, Eigenschaften, Art der Anwendung, Hinweise und Wechselwirkungen: Siehe wissenschaftlichen Prospekt.

Dosierung: Die Behandlung soll möglichst individuell durchgeführt werden. Es empfiehlt sich, die Therapie mit 3 x 1 Tablette Presinol mite pro Tag (= 3 x 125 mg) einzuleiten und Dosiserhöhungen unter Einbeziehung von Presinol (Tabletten zu 250 mg Methyl dopa) von dem Behandlungserfolg und der Verträglichkeit abhängig zu machen.

Bei Hypertonien mit Nierenbeteiligung läßt sich die gewünschte Blutdrucksenkung vielfach schon mit Tagesdosen von 125 bis 375 mg (= 1 bis 3 Tabletten Presinol mite pro Tag) erreichen.

Handelsformen und Preise: Packung mit 30 Tabletten DM 9,80, Packung mit 100 Tabletten DM 28,90, Anstaltspackung.

Hersteller: Bayer AG, 5090 Leverkusen

Vor Ihrer Niederlassung sollten Sie rechtzeitig mit uns sprechen.

Wir beraten Sie in allen Versicherungs- und Finanzierungsfragen, wie z. B. Praxisabsicherung, Ärzthaftpflicht, Hausrat-Neuwert-Versicherung, Ärzte-Unfall.

Wir sind im gesamten bayerischen Raum präsent.

Wenden Sie sich an unseren Mitarbeiter Herrn Georg C. Klughardt.

Telefon (0 89) 714 32 00 oder (09 11) 83 42 89 oder senden Sie diesen Coupon an unser Büro München Süd, Stiftsbogen 41 8000 München 70.

Fachrichtung

Meine Anschrift

Ich erwarte Ihren Anruf unter Telefon

Ein Beratungsbesuch ist erwünscht



VERSICHERUNGSDIENST ÄRZTE

Außendienstbeauftragter



Bayerischer
Versicherungsverband
VERSICHERUNGSKAMMER

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.

Juli 1979

- 2.—4. **Neuherberg:** Spezialkurs im Strahlenschutz beim Umgang mit offenen radioaktiven Stoffen. — Auskunft: Kurssekretariat des Instituts für Strahlenschutz der GSF, Ingolstädter Landstraße 1, 8042 Neuherberg.
- 6.—8. **Erlangen:** EKG-Kurs für Sportärzte (Fortgeschrittenkurs). — Auskunft: Fräulein Bergmann, Medizinische Universitäts-Poliklinik, Östliche Stadtmauerstraße 29, 8520 Erlangen.
- 6.—8. **Gießen:** Kurs der klinischen Memmographie. — Auskunft: Akademie für ärztliche Fortbildung und Weiterbildung, Carl-Oelemann-Weg 5/7, 6350 Bad Nauheim.
- 7.—8. **Michelstadt:** Fortbildungsveranstaltung des Sportärzterverbandes Hessen. — Auskunft: Dr. F. Burwinkel, Siesmayerstraße 7, 6368 Bad Vilbel.
- 8.—12. **Hannover:** Internationale Konferenz der Gesellschaft für Chronobiologie. — Auskunft: Sekretariat des Instituts für Anatomie der Medizinischen Hochschule Hannover, Kerl-Wiechert-Allee 9, 3000 Hannover 61.
- 8.—14. **Toronto:** 11. Weltkongreß für Biochemie. — Auskunft: Deutsches Reisebüro GmbH, Postfach 26 71, 6000 Frankfurt 1.
- 9.—13. **Grünwald:** Weiterbildungskurs des Deutschen Sportärztebundes. — Auskunft: Dr. H. Pabst, Ebertstraße 1, 8022 Grünwald.
- 12.—15. **Hannover:** 24. Jahrestagung der Deutschen EEG-Gesellschaft. — Auskunft: Sekretariat der Abteilung für Neurophysiologie und Experimentelle Neurologie der Medizinischen Hochschule Hannover, Kerl-Wiechert-Allee 9, 3000 Hannover 61.
- 15.—20. **London:** VII. Internationaler Kongreß über Thrombose und Hämostase. — Auskunft: Deutsches Reisebüro GmbH, Postfach 26 71, 6000 Frankfurt 1.
- 16.—20. **Paris:** 6. Kongreß der Europäischen Gesellschaft für Neurochirurgie. — Auskunft: Deutsches Reisebüro GmbH, Postfach 26 71, 6000 Frankfurt 1.
- 19.—21. **Germisch-Pertenkirchen:** 56. Tagung der Vereinigung der Bayerischen Chirurgen. — Auskunft: Privatdozent Dr. F. Lechner, Auenstraße 6, 8100 Germisch-Pertenkirchen.
23. 7.—4. 8. **Devos:** IX. Internationaler Seminarkongreß für praktische Medizin, veranstaltet von der Bundesärztekammer. — Auskunft: Kongreßbüro der Bundesärztekammer, Postfach 41 02 20, 5000 Köln 41.
23. 7.—4. 8. **Montreux:** 6. Internationaler Seminar-Kongreß Diagnostica — Therapeutica — Technica. — Aus-

kunft: Deutsche Gesellschaft zur Förderung der Medizinischen Diagnostik e. V., Jehnstraße 32, 7000 Stuttgart 70.

29. 7.—19. 8. **Grönfend:** 41. Kongreßreise mit MS Europe. — Auskunft: Kongreßdienst Deutscher Kessenerztverband bei ADAC-Reise GmbH, Baumgartnerstraße 53, 8000 München 70.

August 1979

18. 8.—1. 9. **Ischia:** 12. Internationales Rheuma- und Vorsorge-Symposion. — Auskunft: Kongreßdienst Deutscher Kessenerztverband bei ADAC-Reise GmbH, Baumgartnerstraße 53, 8000 München 70.
19. 8.—1. 9. **Grado:** XIII. Internationaler Seminarkongreß für praktische Medizin, veranstaltet von der Bundesärztekammer. — Auskunft: Kongreßbüro der Bundesärztekammer, Postfach 41 02 20, 5000 Köln 41.
- 23.—30. **München:** 7. Internationaler und interdisziplinärer Herbst-Seminar-Kongreß „Hilfe für das behinderte Kind“. — Auskunft: Aktion Sonnenschein, Lindwurmstraße 131, 8000 München 2.
26. 8.—8. 9. **Pörschach:** Fortbildungskongreß des Berufsverbandes Deutscher Internisten. — Auskunft: Berufsverband Deutscher Internisten e. V., Kongreßbüro, Adolfsallee 25, 6200 Wiesbaden.
27. 8.—7. 9. **Bad Nauheim:** 1. Kurs zur Erlangung der Zusatzbezeichnung Betriebsmedizin und Gebietsbezeichnung Arbeitsmedizin. — Auskunft: Hessische Akademie für Betriebs- und Arbeitsmedizin, Carl-Oelemann-Weg 5/7, 6350 Bad Nauheim.
27. 8.—8. 9. **Meren:** XXVII. Internationaler Fortbildungskongreß der Bundesärztekammer. — Auskunft: Kongreßbüro der Bundesärztekammer, Postfach 41 02 20, 5000 Köln 41.
31. 8.—2. 9. **München:** „Refresher Course“ der „International Skeletal Society“. — Auskunft: Professor Dr. F. Heuck, Kriegsbergstraße 60, 7000 Stuttgart 1.

September 1979

- 1.—7. **Karlsruhe:** 31. Therapiekongreß und 31. Heilmittel-ausstellung. — Auskunft: Kongreßbüro, Dr. P. Hoffmann, Kaiserallee 30, 7500 Karlsruhe 1.
- 2.—8. **San Francisco:** 14. Kongreß der Internationalen Kardiovaskulären Gesellschaft. — Auskunft: Deutsches Reisebüro GmbH, Postfach 26 71, 6000 Frankfurt 1.
- 2.—8. **San Francisco:** 28. Kongreß der Internationalen Gesellschaft für Chirurgie. — Auskunft: Deutsches Reisebüro GmbH, Postfach 26 71, 6000 Frankfurt 1.
- 2.—8. **Wiesbaden:** IX. Europäischer Kongreß für Rheumatologie. — Auskunft: IX. Europäischer Kongreß für Rheumatologie, Professor Dr. K. Miehke, Postfach 23 72, 6200 Wiesbaden.
- 3.—6. **München:** Herbsttagung der Deutschen Pharmakologischen Gesellschaft. — Auskunft: Privatdozent Dr. K. Seibel, Biedersteiner Straße 29, 8000 München 40.

- 4.—7. **München:** Europäischer Gerontologie-Kongreß. — Auskunft: German Convention Service, Kongreßverbindungsstelle Hamburg, Dammtorstraße 12, 2000 Hamburg 36.
- 5.—8. **Brüssel:** Kongreß der Internationalen Gesellschaft für Erforschung von Zivilisationskrankheiten und Umwelt. — Auskunft: S.I.R.M.C.E., 5, rue du Sceptre, B-1040 Bruxelles.
- 6.—8. **Prag:** IV. Kongreß der Internationalen Gesellschaft für Kiefer- und Gesichtschirurgie. — Auskunft: Tschechoslowakische Medizinische Gesellschaft, Sokolská 31, 120 26 Praha 2, CSSR.
- 6.—8. **Strebürg:** 8. Kongreß der Europäischen Gesellschaft für Neuroradiologie. — Auskunft: Pr. A. Wakenheim, Service de Neuroradiologie, CHU Strasbourg 1, Place de l'Hospital, BP 426/R5, F-67005 Strasbourg.
- 8.—9. **Grünwald:** Sportärztliche Ausbildungstagung. — Auskunft: Dr. H. Pabst, Ebertstraße 1, 8022 Grünwald.
- 9.—12. **Prag:** V. Europäischer Anatomischer Kongreß. — Auskunft: Professor Dr. E. Klika, Albertov 4, 120 26 Praha, CSSR.
- 9.—14. **Wien:** 10. Weltkongreß der Internationalen Diabetes-Federation. — Auskunft: Kongreßsekretariat 10. IDF, Bösendorferstraße 4, A-1010 Wien.
- 9.—15. **Norderney:** Fortbildungskongreß der Ärztekammer Nordrhein. — Auskunft: Ärztekammer Nordrhein, Tersteegenstraße 31, 4000 Düsseldorf 30.
- 9.—23. **St. Moritz:** 3. Internationaler sportärztlicher Fortbildungskongreß. — Auskunft: Dr. K. Weber, Klosterstraße 23, 4970 Bad Oeynhausen.
- 12.—13. **Düsseldorf:** Fortbildungsveranstaltung „Siedlungsplanung und Gesundheit“ — Seminar für Ärzte, Gesundheitsingenieure und leitende Gesundheitsaufseher. — Auskunft: Akademie für öffentliches Gesundheitswesen, Auf'm Hennekamp 70, 4000 Düsseldorf.
- 12.—14. **Heidelberg:** Heidelberger Symposion: Grundlagenforschung in der Sportmedizin — Belastungstoleranz des Bewegungsapparates. — Auskunft: Professor Dr. H. Krehl, Postfach 14 03 29, 6900 Heidelberg 1.
- 12.—16. **Davos:** Seminar-Tagung: Dermatologie und Allergie. — Auskunft: Sekretariat Professor Dr. Dr. S. Borelli, Biedersteiner Straße 29, 8000 München 40.
- 13.—15. **Heidelberg:** 15. Fortbildungskurs für Endoskopische Magendiagnostik der Europäischen Gesellschaft für Gastroskopie. — Auskunft: Privatdozent Dr. M. Poll, Krankenhaus Speyererhof, 6900 Heidelberg 1.
- 14.—15. **München:** Einführungs- und Fortbildungskurs für Sonographie. — Auskunft: Bayerische Landesärztekammer, Mühlbauerstraße 16, 8000 München 80.
- 15.—16. **Limbürg:** Fortbildungsveranstaltung des Sportärzteverbandes Hessen. — Auskunft: Dr. F. Burwinkel, Siesmayerstraße 7, 6368 Bad Vilbel.
- 15.—29. **Sant' Angelo:** Fortbildungsveranstaltung: Die Gesamtbetreuung des Rheumakranken (medikamentöse und funktionelle Behandlung, psychische und soziale Betreuung). — Auskunft: Professor Dr. H. Mathies, I. Medizinische Klinik des Rheuma-Zentrums, 8403 Bad Abbach.
- 16.—19. **Essen:** XXX. Jahrestagung der Deutschen Gesellschaft für Neurochirurgie. — Auskunft: Sekretariat Professor Dr. W. Grute, Hufelandstraße 55, 4300 Essen.
- 16.—22. **Erlangen:** Weiterbildungskurs des Deutschen Sportärztebundes. — Auskunft: Dr. J. Heck, Gebbertstraße 123, 8520 Erlangen.
- 17.—19. **Karlsruhe:** 76. Tagung der Deutschen Gesellschaft für Kinderheilkunde. — Auskunft: Professor Dr. O. Vivell, Karl-Wilhelm-Straße 1, 7500 Karlsruhe.
- 17.—20. **Berlin:** Internationaler Kongreß für Datenverarbeitung in der Medizin. — Auskunft: AMK Berlin, Messe-damm 22, 1000 Berlin 19.
- 21.—23. **Augsburg:** 64. Augsburger Fortbildungskongreß für praktische Medizin, in zeitlichem und räumlichem Zusammenhang mit dem VIII. Zentralkongreß für Medizinische Assistenzberufe. — Auskunft: Sekretariat des Augsburger Fortbildungskongresses für praktische Medizin, Frohsinnstraße 2, 8900 Augsburg.
- 21.—23. **Augsburg:** VIII. Zentralkongreß für Medizinische Assistenzberufe (ZMA), in zeitlichem und räumlichem Zusammenhang mit dem 64. Augsburger Fortbildungskongreß für praktische Medizin. — Auskunft: Kongreßbüro der Bundesärztekammer, Postfach 41 02 20, 5000 Köln 41.

„Bayerisches Ärzteblatt“. Herausgeber und Verleger: Bayerische Landesärztekammer, Mühlbauerstraße 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 Verlegerbellege „Bayerische Akademie für ärztliche Fortbildung“.

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

Bezugspreis vierteljährlich DM 2,40 einschl. Postzeitungsgebühren und 5% = DM 0,14 Mehrwertsteuer. Postscheckkonto Nr. 52 52-802, Aml 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 Wisetke, München.

Druck: Druckerei und Verlag Hans Zauner 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 gegenläufige Wünsche nicht besonders zum Ausdruck gebracht werden.

ISSN 0005-7126

Der Landkreis Schwandorf sucht für das im Jahre 1976 in Betrieb genommene und mit modernsten Geräten ausgestattete

Kreiskrankenhaus Oberveichtach

mit insgesamt 150 Betten, davon Chirurgische Abteilung 84 Betten, Innere Abteilung 64 Betten, Geburtshilflich-gynäkologische Belegabteilung 18 Betten, Intensivabteilung 4 Betten

1 Belegarzt für Gynäkologie und Geburtshilfe

Die Belegarztstelle ist wegen Praxisaufgabe des bisherigen Belegarztes frei und ab dem 1. August 1979 zu besetzen. Die Kassennärztliche Vereinigung Bayerns, Bezirksstelle Oberpfalz, Landshuter Straße 49, 8400 Regensburg, Telefon (09 41) 7 50 71, wird die freie Facharztstelle ebenfalls ausschreiben.

Oberveichtach ist eine ehemalige Kreisstadt und hat 5200 Einwohner. Der landschaftlich herrlich gelegene Fremdenverkehrsort im Oberpfälzer Wald ist Garnisonsstadt. Gymnasium und Berufsfachschule für Hauswirtschaft und Kinderpflege sind am Ort. Breite Sportmöglichkeiten (Reiten, Judo, Kegeln, Schwimmen, Schleßen, Wandern usw.) sind gegeben. Der Einzugsbereich des Kreiskrankenhauses Oberveichtach umfaßt etwa 30 000 Einwohner.

Es bestehen gute Verkehrsverbindungen zur Autobahn, die in etwa 15 Minuten zu erreichen ist.

Praxisräume können mit modernster Ausstattung im Kreiskrankenhaus zur Verfügung gestellt werden. Der Landkreis ist auch bei der Wohnungsbeschaffung behilflich.

Bewerbungen bitten wir zu richten an:

Landratsamt Schwandorf, Verwaltung der Sozialstellen, Weckersdorfer Straße 80, 8460 Schwandorf, Postfach 1549, Telefon (0 94 31) 4 73 50.

Beim Kreiskrankenhaus München-Pasing ist mit sofortiger Wirkung die Planstelle für

1 HNO-Assistent(in)

in Teilzeitbeschäftigung (20 Stunden wöchentlich) zu besetzen.

Die HNO-Abteilung unseres Hauses (Leitung: Chefarzt Prof. Dr. L. Schreiner) hat 49 Betten und ist mit einem Oberarzt und 5 Assistenten besetzt. Der Chefarzt ist zur vollen Weiterbildung ermächtigt. Es werden alle fachbezogenen Operationen (4000 jährlich) durchgeführt, wie: Mikrochirurgie des Ohrs und des Larynx, Tumor- und Wiederherstellungschirurgie, plastische Operationen und Endoskopie. Angegliedert ist eine pädaudiologische und Sprach- und Stimmabteilung, sowie eine Sprechstunde auf Oberweisung.

Der (die) Bewerber(in) muß bereits die Anerkennung als HNO-Arzt haben, damit er (sie) zur Rufbereitschaft eingesetzt werden kann.

Wir bieten:

Anstellung im öffentlichen Dienst mit allen üblichen Sozialleistungen,

Vergütung nach dem BAT (Vergütungsgruppe I b BAT) Chefarztzulage,

Unterbringungsmöglichkeit in modernen Personalwohngebäuden.

Bewerbungen werden erbeten an den Chefarzt der Abteilung, Herrn Prof. Dr. L. Schreiner, Kreiskrankenhaus München-Pasing, Steinerweg 5, 8000 München 60. Anfragen bitte direkt im Sekretariat, Telefon 88 92 319 oder in der Personalstelle 88 92 515.

Das Bezirkskrankenhaus Mainkofen bei Deggendorf/Niederbayern mit neu eröffneter Neurologie und Med. Techn. Abl. mit Neuroradiologie und Computertomographie sucht zum alsbaldigen Eintritt

1 Nervenarzt

1 Assistenzarzt

Vergütung erfolgt nach Bundesangestelltentarifvertrag (BAT). Die Übernahme in das Beamtenverhältnis oder Fortsetzung des Dienstverhältnisses im Beamtenverhältnis sind möglich. Die Bezahlung erfolgt nach der Bayer. Beooldungsordnung.

Außerdem werden gezahlt: monatliche Pauschale für Bereitschaftsdienst, Umzugskosten, Beihilfe in Krankheitsfällen und zusätzliche Altersversorgung.

Nebeneinnahmen durch Gutachtertätigkeit, Unterrichtserteilung an der Krankenpflegeschule sind möglich.

Das Bezirkskrankenhaus Mainkofen befindet sich in einem Parkgelände zwischen Plattling (Isar) und Deggendorf (Donau), am Eingang zum Bayerischen Wald. Schöne Bungalowwohnungen stehen zur Verfügung.

Höhere Schulen mit Abschlußmöglichkeiten in:

Deggendorf, 7 km (Comenius-Gymnasium, Robert-Koch-Gymnasium)

Metten, 12 km (Humanistisches Gymnasium)

Niederaltich, 15 km (Deutsches Gymnasium)

Realschulen in Deggendorf und Plattling.

Viele Möglichkeiten zur Freizeitgestaltung in unmittelbarer Umgebung wie Jagd, Wandern, Eislaufen, Angeln. Nächster Skilift im Beyer-Wald mit dem Auto in 20 Minuten erreichbar. Hallenbad, Sauna und Tennisplätze im Krankenhausgebiet.

Der Autobahnausbau in Richtung Regensburg/Pessau/München wird in zwei Jahren abgeschlossen sein. Autobahnauffahrt 3 km vom Krankenhaus.

Bewerbungen mit den üblichen Unterlagen werden (unter Angabe des frühesten Eintrittstermins) erbeten an die Direktion des Bezirkskrankenhauses Mainkofen, 8351 Natternberg, Telefon (0 99 31) 8 71.

Kliniken Dr. Schreiber, München

Wir suchen zum nächstmöglichen Termin für unsere Chirurgische Abteilung einen Kollegen in fortgeschrittener Weiterbildung als

Stationsarzt

Wir bieten ein umfangreiches Operationsgut in Allgemein Chirurgie, Traumatologie, Endoprothetik und Handchirurgie.

Die Vergütung erfolgt nach BAT mit entsprechender Bezahlung des Bereitschaftsdienstes. Zusätzlich wird Beteiligung an D 13 und Gutachten gewährt.

Bewerbungen mit den üblichen Unterlagen erbeten an Oberarzt Dr. Michael Schreiber, Laplacestraße 15, 8000 München 80, Telefon (0 89) 98 25 51.

Die Kurklinik Bayerwald-Sanatorium – AHB – Klinik der BfA sucht ab sofort

einen Oberarzt

möglichst mit Erfahrung in der Behandlung von Leber-, Magen-, Darm- und Stoffwechselerkrankungen, ferner in der gastroenterologischen Endoskopie (Laparoskopie, Gastroskopie, Coloskopie) sowie Röntgendiagnostik. Der leitende Arzt ist für zwei Jahre zur Weiterbildung in der Inneren Medizin ermächtigt.

Die Kurklinik besitzt moderne mediz.-diagnostische Einrichtungen, umfaßt 280 Betten und ist mit Patienten des genannten Krankengutes belegt.

Es bestehen gute Fortbildungsmöglichkeiten, die regelmäßige Teilnahme an fachbezogenen Tagungen und Kongressen ist gewährleistet. Vergütung des Oberarztes nach Vereinbarung.

Ein vor wenigen Jahren errichtetes Personalwohngebäude steht zur Verfügung. Teilnahme an Personalverpflegung zu günstigen Sätzen ist möglich. Wohnungsbeschaffung – falls erwünscht – mit Unterstützung des Klinikträgers.

Cham ist mit einer Einwohnerzahl von 15 000 Mittelzentrum, im übrigen die Schulstadt und kultureller Mittelpunkt in Ostbayern. Ananstien: Hallenschwimmbad, Tennisclub, Segelfliegen, vor allem nicht weit von hier Skisport (Arber, Desser usw.).

Bewerbungen werden erbeten an: Bayerwald-Sanatorium z. Hd. Herrn Chefarzt Dr. Hilt, 8491 Cham-Windlechnerbergdorf.

Das Krankenhaus in 8783 Hammelburg/Unterfranken sucht zum baldigen Eintritt

1 Arzt für Innere Medizin

als Oberarzt und stellvertretenden Chefarzt

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

Das Krankenhaus ist in den Krankenhausbedarfsplan des Freistaates Bayern als bedarfsnotwendiges Krankenhaus aufgenommen und umfaßt 156 Planbetten für die Disziplinen Innere Medizin, Chirurgie und Gynäkologie mit Geburtshilfe. Es ist zum berufsgenossenschaftlichen Verletzungsartenverfahren zugelassen, wurde 1952–1954 erbaut, 1964–1966 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.

Der Landkreis Regen sucht zum 1. Juli 1979 oder später einen

Assistenzarzt

für die Chirurgische Abteilung des Kreiskrankenhauses Viechtach.

Vergütung erfolgt nach Vergütungsgruppe II/1 b BAT. Daneben werden Bereitschaftsdienstvergütung (Stufe D) und alle im öffentlichen Dienst üblichen Sozialleistungen, einschließlich zusätzlicher Alters- und Hinterbliebenenversorgung gewährt. Bei Vorliegen der tariflichen Voraussetzungen wird Umzugskostenvergütung zugesagt.

Viechtach, das in landschaftlich schöner Gegend des Bayer. Waldes liegt, ist staatlich anerkannter Luftkurort mit vielfältigen Sportmöglichkeiten und verfügt über ein modernes Schulzentrum mit Gymnasium (math.-naturw. und wirtschaftsw. Zweig) und Realschule für Knaben und Mädchen.

Bewerbungen mit den üblichen Unterlagen werden erbeten, an die Personalverwaltung des Landratsamtes, 8370 Regen, Schulgasse 2. Auskünfte erteilt Chefarzt Dr. med. Robert Trojan, Telefon (0 99 42) 13 01.



LANDESVERSICHERUNGSANSTALT
OBERFRANKEN UND MITTELFRANKEN

Für unsere
Klinik Frenkenwerte in Bad Steben/Frenkenweid
mit 175 Betten suchen wir eine(n)

Stationsärztin/-arzt

für sofort oder nach Vereinbarung.

Die Vergütung erfolgt nach den einschlägigen Bestimmungen des BAT.

Bei Erfüllung der leibehrentrechtlichen Voraussetzungen ist die Übernahme in das Beamtenverhältnis – Laufbahn des höheren Dienstes – möglich.

Die Klinik Frenkenwerte ist eine neuzeitliche Rehabilitationsklinik für innere Krankheiten mit Bevorzugung der ererbierten Verschlußkrankheiten, der Nachbehandlung von Intarkt-Kranken sowie aller Erkrenkungsarten des rheumatischen Formenkreises und aller Stoffwechselerkrankungen.

Modernste Einrichtungen, wie diagnostische Abteilung mit klinisch-chemischem und physikalischem Labor, Herzkreislauf-Labor und Röntgenabteilung einschließlich Fernsehen und Angiographien stehen zur Verfügung.

Wir bieten:

- Gute Aufstiegsmöglichkeiten,
- Ausübung von Nebentätigkeiten im Rahmen der Richtlinien,
- angenehme Appartements oder Familien-Wohnungen, Schwimmbad und Sauna im Haus,
- preiswerte Voll- oder Teilverpflegung,
- Umzugskosten, Beihilfen, zusätzliche Altersversorgung,
- Bereitschaftsdienstvergütung nach SR 2 c BAT,
- Fortbildungsmöglichkeiten, Kongreßbesuche,
- der Chefarzt ist zur Weiterbildung in Innerer Medizin für zwei Jahre ermächtigt.

Bad Steben ist ein modernes bayerisches Staatsbad, landschaftlich schön zwischen Hof und Kronach im Frankenwald gelegen. Höhere Schulen in der nahegelegenen Stadt Naila und in Hof.

Ihre Bewerbung mit den erforderlichen Unterlagen (Lebenslauf, Lichtbild, Zeugnisse) richten Sie bitte an die

Landesversicherungsanstalt Oberfranken und Mittelfranken
Personalreferat, Wittelsbecherring 11, 8580 Bayreuth
oder direkt an den

Chefamt Leitenden Medizinalkurator Dr. Presch, Klinik Frenkenwerte, 8675 Bad Steben, Telefon (0 92 88) 10 57

Der Bezirk Oberbayern sucht für das Bezirkskrankenhaus 8252 Taufkirchen (Vils), 635 Betten, zum nächstmöglichen Termin

1 Arzt für Neurologie und Psychiatrie

(Beaoldg. Gr. A 14 BBaD bzw. Verg.Gr. I b BAT)

1 Assistenzarzt (-ärztin)

(Verg.Gr. II BAT)

Dem Assistenzarzt werden 2 Jahre für die Weiterbildung in der Psychiatrie angerechnet.

Geboten werden alle Leistungen des öffentlichen Dienstes (Bereitschaftsdienstentschädigung, Beihilfe, Zuwendung, zusätzliche Altersversorgung, geregelte Arbeitszeit, usw.).

Das Krankenhaus ist bei der Beschaffung entsprechenden Wohnraumes behilflich, soweit erwünscht, wird Unterkunft und Verpflegung im Hause gewährt.

Das Bezirkskrankenhaus Taufkirchen (Vils) liegt in landschaftlich reizvoller Gegend, rund 20 km von Erding bzw. Landshut und eine knappe Autostunde von der Landeshauptstadt München entfernt.

Bewerbungen mit den üblichen Unterlagen sind an die Direktion des Bezirkskrankenhauses 8252 Taufkirchen (Vils), Telefon (0 80 84) 2 11 erbeten.

Psychotherapeutische Klinik (50 Betten) sucht sofort psychosomatisch Interessierten und qualifizierten

Arzt für innere Medizin

Anfragen unter Chiffre 2064/184.

Das Kreiskrankenhaus Altötting in Oberbayern (327 Betten)

sucht für die **Gynäkologisch-geburtshilfliche Abteilung** (70 Betten, 1 Oberarztstelle, 4 Assistenzarztstellen, ca. 600 bis 700 Geburten jährlich, ebdominale und vaginale Operationstechnik, Intubationsnarkose, Amnioskopie, CTG, MBU, Vidason, reichliche Operationsmöglichkeiten) eine(n)

Assistenzarzt (-ärztin)

Der leitende Arzt ist zur Weiterbildung für 4 Jahre ermächtigt. Das Arbeitsverhältnis richtet sich nach dem Bundes-Arbeitsverhältnisvertrag (BAT) vom 23. 2. 1961 in der derzeit geltenden Fassung. Die Vergütung erfolgt nach Vergütungsgruppe II/1 b der Anlage 1 e zum BAT. Der Bereitschaftsdienst wird gesondert vergütet.

Bewerbungen mit den üblichen Unterlagen sind zu richten an die **Verwaltung des Kreiskrankenhauses Mühldorfer Straße 16 a, 8262 Altötting**

Das Kreiskrankenhaus Wunsiedel

im Fichtelgebirge (Fachkrankenhaus für Innere Medizin – 80 Betten) sucht zum baldmöglichsten Eintritt

1 Assistenzarzt (-ärztin)

Wir verfügen über ein breitgefächertes, interessantes Krankengut. Diagnostik und Therapie erfolgen nach modernsten Gesichtspunkten.

Der leitende Arzt ist zur Internen Weiterbildung ermächtigt. Die Vergütung erfolgt nach Verg.-Gruppe II BAT, zuzüglich Bereitschaftsdienstvergütung, Chefarztzulage aus dem Mitarbeiterpool, Alterszusatzversicherung u. e. m. Wohn- und Verpflegungsmöglichkeit im Haus.

Wunsiedel ist Kreisstadt (10000 Einwohner) und Sitz sämtlicher weiterführender Schulen. Stadt und Umland bieten aufgrund der Mittelgebirgslage hohen Wohn- und Freizeitwert.

Bewerbungen bzw. informative Anfragen – schriftlich oder fernmündlich, Telefon (09232) 3577 – richten Sie bitte an:

Leitenden Arzt Dr. Herbert Hohenberger, Kreiskrankenhaus Wunsiedel im Fichtelgebirge, Postfach 146, 8592 Wunsiedel.

Die **Gemeinde Hagelstadt** – Landkreis Regensburg – an der B 15 Landshut–Regensburg liegend, bewirbt sich um die

Niederlassung eines Arztes

Die **Gemeinde Hagelstadt** wäre ihm bei der Praxisgründung behilflich.

Bewerbungen wollen an die **Gemeinde Hagelstadt – z. Hd. Bürgermeister Honai** – gerichtet werden.

Die **Stadt Bayreuth** sucht für die **Kinderklinik** (Leitender Abteilungsarzt Dr. Berthold) ihrer Krankenanstalten zum nächstmöglichen Zeitpunkt eine

Radiologieassistentin

Die Eingruppierung in die Vergütungsgruppen VII–V b BAT richtet sich nach den nachgewiesenen beruflichen Erfahrungen. Daneben werden die im öffentlichen Dienst üblichen sozialen Leistungen gewährt.

Die **Festspielstadt Bayreuth** (70000 Einwohner) liegt in landschaftlich schönster Lage zwischen Fichtelgebirge und Fränkischer Schweiz in Oberfranken. Sämtliche weiterführende Schulen und eine neue Universität sind am Ort. Ein regsames kulturelles Leben, sehr gute Sportanlagen und Wintersportmöglichkeiten sowie ein umfangreiches Bildungsangebot bestimmen den hohen Freizeitwert der Stadt.

Bewerbungen mit eigenhändig geschriebenem Lebenslauf, Zeugnissen und Unterlagen über die bisherige Tätigkeit werden erbeten an:

Stadt Bayreuth – Personalamt – Postfach 28 40, 8580 Bayreuth 2.

Die **Gemeinde Kemmern**, Landkreis Bamberg, möchte einen

Kassenarztsitz

für eine Allgemeinpraxis errichten.

Die **Gemeinde** hat 2100 Einwohner und liegt 8 km nördlich von Bamberg. Durch den vorhandenen Anschluß zur Frankenschnellstraße besteht günstige Anbindung zum überregionalen Straßennetz. Die **Gemeinde** besitzt mit Ausnahme eines Arztes die Grundversorgungseinrichtungen eines Kleinzentrum (Schule, Kindergarten, Sportanlage, Jugendheim, Postamt, Bankinstitute usw.). Zum **Oberzentrum Bamberg** mit Uni, weiterführenden Schulen, kulturellen Einrichtungen jeder Art, Hallenbad usw. besteht regelmäßiger, täglicher Bus-Linienverkehr. Ein modernes Warmwasserfreibad ist im 4 km entfernten **Unterzentrum Halstadt** vorhanden (Busverbindung).

Kemmern ist eine aufstrebende **Gemeinde** mit steigenden Einwohnerzahlen und hat mit seiner ruhigen Verkehrslage großen Freizeitwert; gehört zum Gebiet des Naturparkes **Haßberge** und besitzt reizvolle Wanderwege im Waldgebiet des **Kreuzberg/Semmering-Bereiches**. Das Sport- und Freizeitgelände einschl. **Baggersee**, der als Bade- und Angelsee genutzt werden kann, hat eine Größe von 12 ha. Der Bau einer Tennisanlage ist in Planung.

Die **Gemeinde** wird einen niederlassungswilligen Arzt unterstützen. Bauplatz für Wohnung und Praxis kann in ruhiger Wohnlage im **Neubeugebiet** zu günstigen Bedingungen gestellt werden. Gesucht wird ein junger, dynamischer Arzt, der gern eine **Landpraxis** übernehmen möchte.

Interessenten wenden sich bitte schriftlich oder telefonisch an: **Gemeinde Kemmern, Bürgermeister Förtsch, 8601 Kemmern, Telefon (09544) 243** oder **(09544) 220 privat.**

Mitarbeiter an privater Rehabilitationsklinik

für Herzinfarktpatienten am **Chiemsee** gesucht. Internistische Anrechnungszeit ein Jahr. Konditionen nach Vereinbarung.

Herzkl. 8221 Seebuck, Seestraße 17-19, Dr. Jender, Telefon (08664) 217.