**Bayerische Akademie für ärztliche Fortbildung**
„Bayerisches Ärzteblatt" — April 1980

**Fortbildung in Stichwörtern nach Leitsymptomen**
Eine Hilfe zur Schnellorientierung — Herausgegeben von Dr. F. C. Loch

# Leitsymptom: Sehstörung

## Der Notfall: Akute, nicht traumatisch bedingte Sehverschlechterung

bearbeitet von Dr. A. Högel und Dr. K. Heckenhahn

**Symptomatik:**

Innerhalb von Sekunden bis Minuten teilweiser oder totaler Visusverlust und/oder Gesichtsfeldausfälle, einseitig und/oder doppelseitig, mit/ohne Schmerzen, mit oder ohne Rötung des Auges

**Anamnese:**

Sehverschlechterung nach schwerer körperlicher Anstrengung, wobei die Sehverschlechterung blitzartig oder auch langsam eintritt (öfter auch: „Als ich morgens aufwachte, sah ich nichts mehr")

Angaben über Ausfälle in bestimmten Gesichtsfeldbereichen. Starke Augenschmerzen bzw. Kopfschmerzen mit „rotem" Auge, Übelkeit und Erbrechen

**Sofortdiagnostik:**

Visus, Beurteilung des Augeninnendrucks, der Papille und eventuell des Fundus bei nicht erweiterter Pupille. Grobe Gesichtsfeldprüfung bei Fixation der Nasenspitze des Untersuchers langsames Heranführen eines Fingers von peripher nach zentral zu.

**Therapeutische Sofortmaßnahmen:**

Bei Schmerzen: Analgetika. Bei hohem Augeninnendruck: 500 mg Acetazolamid i. v. (z. B. Diamox)

a) Bei weiter Pupille: Verdacht auf Glaukomanfall — ¼stündliches Tropfen eines Miotikums (am besten Pilocarpin 2 %)

b) Bei enger Pupille: Verdacht auf Sekundärglaukom bei Iritis

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

Sofort bei allen unter Symptomatik angegebenen Befunden (Ausnahmen: Schmerzhafte Konjunktivitiden bzw. Hornhauterosionen — diese Krankheitsbilder sind jedoch nur an der Spaltlampe beurteilbar, bei akuten Gefäßverschlüssen kommt es jedoch auf jede Minute an — da nur bis etwa vier bis sechs Stunden ohne größerem Funktionsausfall reversibel — deshalb stets sofort Einweisung in eine Augenklinik.)

**Zusätzliche Maßnahmen bzw. Anordnungen:**

Augenverband (Klappe), falls nötig doppelseitig. Vorinformation beim weiterbehandelnden Arzt

**Differentialdiagnostische und andere Erörterungen:**

e) Schmerzhaft:

Akuter Glaukomanfall (Visus herabgesetzt, Druck erhöht, Auge rot, Pupille eng oder weit)

Orbitalphlegmone (Bulbusbewegung sterk eingeschränkt, Exophthalmus, Allgemeinbeschwerden)

Arteriitis temporalis (Arteria temporalis dick geschlängelt und druckschmerzhaft)

Hornhautprozeß (Hornhaut weißlich)

Iritis/Iridozyklitis (Auge rot, Pupille eng, Druck normal oder erhöht)

b) Nicht schmerzhaft:

Netzhautgefäßverschluß (Arteriell: Fundus blaß im Verschlußbereich, wobei die Makula noch rot sein kann. Venös: Papille gestaut, streifige Blutungen bis in die Peripherie im Verschlußbereich)

Neuritis nervi optici (Papille unscharf, Gesichtsfeldeinschränkungen bzw. -ausfälle)
Retrobulbärneuritis („Der Patient sieht nichts und der Arzt auch nichts" – Ausschlußdiagnose)

Netzhautblutung

Glaskörperblutung (Schwarze Schwaden bzw. nur Rotlicht)

Retinitis – Chorioiditis – Chorioretinitis (Weißliche Netzhautbezirke, Gesichtsfeldausfälle)

Netzhautforamen: mit/ohne Gesichtsfeldausfälle

Netzhautablösung (Netzhaut faltig, Gefäße geschlängelt)

Hemianopsie (Gesichtsfeld)

Akuter Keratokonus (Hornhaut kegelartig vorgewölbt)

Hysterische Erblindung (Ein- oder doppelseitig – Pupillenreaktion erhalten!)

Migräne (Zackige Flimmerskotome)

Vergiftungen (Tabak/Alkohol, Urämie)

Akuter Strabismus (Schielstellung)

Kreislaufstörungen, insbesondere Hypotonie oder Hypertonie, Simulation

# Bayerisches Ärzteblatt

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

**Herausgegeben von der Bayerischen Landesärztekammer**

**April 1980**


## Zur Kenntnis genommen:

Heute kam ein alter Patient zu mir in die Sprechstunde, den ich seit mehr als dreißig Jahren betreue. Er war seinerzeit aus der Kriegsgefangenschaft mit einer doppelseitigen Lungentuberkulose zurückgekommen. Mit den damaligen Möglichkeiten (wer kennt heute noch den so hilfreichen Pneumothorax?) wurde er ausgeheilt. Inzwischen ist er Mitte Fünfzig und eine gelegentliche Bronchitis stört – trotz Nichtraucher und sehr vernünftiger Lebensweise – sein Befinden. In diesem Fall meinte ich, daß eine Kur im Bronchitis-Kurort gerechtfertigt wäre, und er hat sie gerade hinter sich. Der Erfolg freute mich. Er sah blendend aus und war wieder „auf Draht". Er lobte das Kurheim, den Doktor und das Personal. Was er sonst erzählte, hat mir (wieder einmal) zu denken gegeben. Die über hundert Kurpatienten – natürlich alle auf Kosten der Solidargemeinschaft in der Kur – ließen sich kaum von ihren liebgewordenen Lebensgewohnheiten abbringen. Zwar gingen sie am Vormittag gerne zu Inhalationen und Spezialbädern, aber am Nachmittag und Abend inhalierten sie doch lieber ihre gewohnte Marke, und der viel zu kurze Spaziergang endete meist im Kaffeehaus oder der „gemütlichen" Gaststätte. Ein „Raucher-Balkon" war natürlich schon im Sanatorium vorhanden.

Ist das eine subjektive Schilderung oder eine Einzelerscheinung? Beileibe nein! Bekannte „Reha-Zentren" (oder wie immer man sie bezeichnen mag) für Herz- und Kreislauferkrankungen, die „Anbrüchige" oder schon vom Herzinfarkt Geschlagene behandeln, berichten Gleichartiges. Hand aufs Herz: Wieviel „Anbrüchige" mit Hochdruck- und Koronarbeschwerden ändern ihre Lebensweise nach einer solchen Kur? Ich biete zehn Prozent! Wer mehr n a c h w e i s e n kann, ist mir herzlich willkommen!

Damit offenbart sich aber ein zentrales Problem sowohl unserer Politik der gesundheitlichen Betreuung als auch des Einsatzes der verfügbaren Finanzmittel.

Ist es verantwortbar, daß die Ärzte „Kuren" oder „Heilverfahren" oder „Rehabilitationsmaßnahmen" weiter verordnen und die Kostenträger weiter finanzieren, ohne daß wir uns Gedanken darüber machen, ob diese Mittel sinnvoll eingesetzt werden, ohne daß wir ernsthaft prüfen, welche Ergebnisse erzielt werden?

Die Inanspruchnahme der Kuren (Heilverfahren) hängt eng mit der wirtschaftlichen Lage zusammen. Wer Bedenken hat, sein Arbeitsplatz könnte gefährdet sein, geht zumeist nicht in Kur. Nachdem diese Bedenken nun wieder nachgelassen haben, nahm das Interesse erneut zu. Ein solches „zyklisches" Verhalten der Versicherten ist natürlich aus ärztlicher Sicht keineswegs zu begrüßen. Die Bedürftigkeit und Inanspruchnahme von Reha-Maßnahmen sollte davon unabhängig sein und sich rein an medizinischen Bedürfnissen orientieren dürfen. Aber eines sollte endlich gemeinsame Überzeugung werden: Heilmaßnahmen bei Herzkrankheiten oder Krankheiten wie Hochdruck, Bronchitis, Diabetes oder der Leber sind nur sinnvoll und finanziell vertretbar, wenn der Patient bereit ist, auch seinen eigenen Beitrag zu leisten, ein – wie er sicher meint – Opfer zu bringen. Es kann heute keinen Zweifel mehr daran geben, daß das Mißverhältnis zwischen Aufwand und Erfolg in diesem Bereich geradezu beklemmend ist. Man fragt sich, wie alle Verantwortlichen überhaupt noch so weitermachen können, ohne in einen Gewissenskonflikt zu kommen.

Damit wir uns recht verstehen: Niemand wird einer Schnüffelei im persönlichen Bereich das Wort reden wollen. Ob jemand das Rauchen aufgibt, läßt sich nicht kontrollieren. Um so mehr stellt sich aber die Frage, ob es verantwortet werden kann, daß solche Kuren weiterhin kostenlos gewährt, gewissermaßen als Geschenk empfunden werden, das man gerne (wenn es geht, alle zwei Jahre) entgegennimmt. Wenn wir schon ernsthaft über Kostenentwicklung und Kostenbegrenzung bei der gesundheitlichen Betreuung unserer Mitmenschen nachdenken und reden wollen, dann kann dieser Bereich nicht ausgeklammert werden. Wir wissen alle, daß bei den angesprochenen Krankheiten (die Aufzählung erhebt keinen Anspruch auf Vollständigkeit) die persönliche Bereitschaft zur Mitwirkung weit wichtiger ist als medizinische Maßnahmen. Dann müssen unsere Verantwortlichen aber bereit sein, Konsequenzen zu ziehen! Wenn wir uns einig sind, daß Kontrollen nichts bringen und auch nicht in unsere freie Demokratie passen, dann bleibt nur die Möglichkeit der finanziellen Beteiligung des einzelnen an den Maßnahmen seiner Rehabilitation. Sicher: Das wird nicht die Probleme lösen, nicht alle süchtigen Raucher zu Nichtrauchern machen. Aber es ist vielleicht doch eine Hilfe, ein Anstoß, der dem Rehabilitationsbedürftigen gegeben wird. Schlimmstenfalls ist es ein „Schmerzensgeld" an die Solidargemeinschaft, also an die vielen Beitragszahler, die sich vernünftig verhalten. Selbst wenn man nur erreicht, daß diese Verantwortungsbewußten, diese Vernünftigen von der Sorge befreit werden, permanent ausgenützt zu werden, wäre schon ein Erfolg zu verzeichnen.

Zum Thema „Eigenverantwortung" ist das nur ein erster Beitrag. Es ist aber nicht länger hinzunehmen, daß über „Effektivität und Effizienz" der medizinischen Versorgung geredet und geschrieben wird, wenn man gleichzeitig verschweigt, in welchem erschreckenden Umfang unsere Mitbürger durch ihr eigenes Verhalten die möglichen Erfolge der Medizin (und damit der Ärzte) vereiteln.

Sewering

*Professor Dr. Sewering*

# Gegenwärtiger Stand der Krankenhausbedarfsplanung in Bayern

von Karl Miserok

### 1. Aufgaben und Ziele der Krankenhausplanung nach neuem Recht

Durch das Krankenhausfinanzierungsgesetz vom 29. Juni 1972 wurde insofern eine völlig neue Situation geschaffen, als erstmals die staatliche Pflicht zur Krankenhausbedarfsplanung, wenn auch in sehr groben Umrissen, normativ geregelt wurde. Die nähere Regelung über die Ausgestaltung der Pläne ist dabei jedoch den Ländern überlassen, denen insoweit die alleinige Planungshoheit zukommt.

Entsprechend dieser Grundkonzeption des Krankenhausfinanzierungsgesetzes wurden im Bayerischen Krankenhausgesetz vom 21. Juni 1974 Aufgaben, Ziele und Grundsätze der Krankenhausplanung festgelegt. Es wurde darin bestimmt, daß die staatliche Krankenhausplanung überörtlichen Charakter hat; diese soll das Selbstverwaltungsrecht der Kommunen, insbesondere bei der Standort- und Objektplanung nur insoweit beeinflussen, als sie die gesamtplanerischen überörtlichen Ordnungsprinzipien zu berücksichtigen hat. Der Hauptzweck der Festlegung der Ziele und Grundsätze der Krankenhausbedarfsplanung liegt – neben rechtsstaatlichen Erfordernissen im Hinblick auf die ausfüllungsbedürftigen Bestimmungen des Krankenhausfinanzierungsgesetzes – vor allem darin, ein funktional abgestuftes Netz möglichst gleichmäßig über das Staatsgebiet verteilter Krankenhäuser zu schaffen, die sich in ihrem Leistungsangebot gegenseitig ergänzen. Dem dient die Zuordnung der Krankenhäuser zu einzelnen Versorgungsstufen sowie in Fachkliniken. Im übrigen hat der bayerische Gesetzgeber den normativen Rahmen der Krankenhausplanung so weit gefaßt, daß hier der Verwaltungspraxis ein großer Entscheidungsspielraum eingeräumt ist. Vor allem auch die gesetzlich normierten Kapazitäten der Krankenhäuser der einzelnen Versorgungsstufen stellen keine starren Größen dar, sondern lediglich Richtwerte, die mit der gewachsenen Krankenhauslandschaft in einem längeren wechselseitigen Anpassungsprozeß stehen.

Dieser flexible gesetzliche Rahmen und die gewachsene bayerische Krankenhauslandschaft haben dazu geführt, daß von den im Plan befindlichen 402 Krankenhäusern einschließlich der großen Nervenkrankenhäuser der sieben bayerischen Bezirke

65 = 16 Prozent eine Größenordnung bis zu 50 Betten

98 = 24 Prozent eine Größenordnung von 51 bis 100 Betten

149 = 37 Prozent eine Größenordnung von 101 bis 250 Betten

28 = 7 Prozent eine Größenordnung von 251 bis 350 Betten

44 = 11 Prozent eine Größenordnung von 351 bis 650 Betten

18 = 5 Prozent eine Größenordnung von über 650 Betten

aufweisen. Diese in die öffentliche Förderung aufgenommenen 402 Krankenhäuser sind dabei auch außerordentlich breit gestreut, nämlich auf nicht weniger als 268 Städte und Gemeinden unseres Landes.

Diese Zahlen sind seit der Aufstellung des Krankenhausbedarfsplanes weitgehend unverändert geblieben, wenngleich man seinerzeit noch davon ausging, daß nahezu ein Drittel der in die öffentliche Förderung zunächst einbezogenen Krankenhäuser, insbesondere die sogenannten Kleinstkrankenhäuser auf längere Sicht Konzentrationsbestrebungen zum Opfer fallen würden. In letzter Zeit ist hier allerdings ein Umdenken eingetreten, das durch eine stärkere Gewichtung des Grundsatzes der bürgernahen Versorgung gekennzeichnet ist. Trotz der deutlichen Abkehr von einem zuviel an Planungseuphorie und Planungsperfektionismus ist es jedoch nicht Hauptziel der Krankenhausbedarfsplanung, einfach möglichst viele Krankenhäuser auf möglichst viele Orte im Gießkannenprinzip zu verteilen. Vielmehr soll dem Bürger auch weiterhin in der Krankenhausversorgung ein Höchstmaß an medizinischer Leistungsfähigkeit in wirtschaftlich vertretbarer Form angeboten werden. Denn so wichtig die Bürgernähe als eines der selbstverständlichen Ziele der Krankenhausplanung ist, so wenig darf sie ihrerseits zum Selbstzweck werden und damit zu Lasten der vom Bürger doch in erster Linie erwarteten medizinischen Leistungsfähigkeit gehen. Nicht alle kleinen Krankenhäuser, die derzeit in die öffentliche Förderung einbezogen sind, werden daher auf Dauer im Krankenhausbedarfsplan verbleiben können.

### 2. Krankenhausbedarfsplan des Freistaates Bayern

Der vom Krankenhausfinanzierungsgesetz und vom Bayerischen Krankenhausgesetz vorgeschriebene Krankenhausbedarfsplan des Freistaates Bayern wurde im Jahre 1974 nach Beratung im bayerischen Krankenhausplanungsausschuß veröffentlicht. Er trat damit an die Stelle der vorläufigen Förderliste 1973, in der diejenigen Krankenhäuser in Bayern erfaßt waren, die vorläufig in die Förderung nach dem Krankenhausfinanzierungsgesetz einbezogen wurden.

#### *2.1 Aufstellung und Fortschreibung*

Als Grundlagenmaterial standen bei der Aufstellung des Krankenhausbedarfsplanes die Ergebnisse der Krankenhausstatistik des Statistischen Landesamtes zur Verfügung sowie Feststellungen, die aufgrund einer eingehenden Sondererhebungsaktion des Sozialministeriums über jedes einzelne Krankenhaus unter Einschaltung der Regierungen und Gesundheitsämter anhand der Angaben der Krankenhausträger getroffen wurden. In der Folgezeit zeigte sich allerdings, daß die Träger bei der Sondererhebung in einer Vielzahl von Fällen – aus welchen Gründen auch immer – Angaben gemacht hatten, die mit den tatsächlichen Verhältnissen nicht übereinstimmten. Vor allem bei den vorgehaltenen Fachrichtungen waren die Mitteilungen teilweise sehr lückenhaft, was nachträgliche Korrekturen der Planung erforderlich machte. Unabhängig davon will und kann der Krankenhausbedarfsplan keine Endsituation beschreiben. Es ist daher notwendig, den Bedarfsplan ständig zu überprüfen und neuen

Entwicklungen, insbesondere auch gewandelten politischen Vorstellungen anzupassen.

So erfolgte die erste Fortschreibung zum 1. Oktober 1975, die zweite zum 1. Januar 1977, die dritte zum 1. Jenuar 1978, die vierte zum 1. Januar 1979. Die fünfte Fortschreibung gibt den Stand vom 1. Januar 1980 wieder.

Die nunmehrige fünfta Fassung des Krankenhausbedarfsplanes seit 1974 bringt keine großen Veränderungen mit sich, sondern weist lediglich die im Laufe des Jahres 1979 eingetretene Fortentwicklung aus, deren Schwerpunkt ähnlich wie bei der vierten Fortschreibung in der Aufnahme zusätzlicher Fachrichtungen liegt. Eine vergleichbare Vermerkstreichaktion (damals entfielen 56 Planungsvermerke) wie bei der dritten Fortschraibung gibt es nicht. Andererseits wurde auch keina landesweite Bettenreduzierungsaktion (1977 wurden bei allen Krankenhäusern, die über drei Jahra hinweg eine Auslastung von weniger als 80 Prozent bzw. eine Verweildauer von mehr als 20 Tagen auswiesen, die Zahl der förderungsfähigen Betten ganerell gekürzt) durchgeführt, die seinerzeit vor allem wegen ihres abstrakten Ansatzes Kritik bei den Trägern auslöste.

*2.2 Funktion und Inhalt*

Dem Krankenhausbedarfsplan kommt eina doppelte Funktion zu.

Nach dem KHG können nur diejanigen Krankenhäuser gefördert werden, die in den Krankenhausbedarfsplan aufgenommen sind. Er stellt damit zum einen einen wichtigen Orientierungsrahmen für die umfangreiche öffentlicha Investitionskostenförderung dar.

Zum anderen enthält der Krankanhausbedarfsplan eber auch Aussagen über den gagenwärtigen und zukünftigen Bedarf an stationären Versorgungsleistungen. Insoweit kommt dem Krankenhausbedarfsplan seine primär planerische Funktion zu, die zwangsläufig die nur allzu oft kritisierte Diskrepanz zwischen Plan und Wirklichkeit bedingt.

Der Krankenhausbedarfsplan enthält entsprechend seiner Funktion in seinem Teil I allgemeine Grundsätze über Planung und Ermittlung des Bettenbedarfes.

In Teil II sind dann getrennt nach den sieben Versorgungsgebieten – Regierungsbezirken – in Abschnitt A die bedarfsnotwendigen Krankenhäuser unter Angabe der zu fördernden Bettenzahl und der Fachrichtungen sowie der Versorgungsstufe und in Abschnitt B die förderungsfähigen Maßnahmen aufgenommen, die bereits fachlich abschließend gebilligt sind.

Der Krankenhausbedarfsplan sollte ursprünglich durch einen Teil III ergänzt werden, dessen Kernstück eine regionalisierte Zielplanung beinhaltet. Im Gegensatz zur Situation in den Jahren 1973/74 ergeben die heutigen Bettenbedarfsprognosen einen erheblichen Bettenberg, was umgesetzt in eine regionalisierte Zielplanung konsequenterweise das Festschreiben erheblicher Bettenüberhänge in den für die Krankenhausbedarfsplanung maßgebenden Gebietseinheiten im Sinne eines sogenannten Bettenabbauplanes bedeuten würde. Es erscheint daher heute, will man in den Krankenhausbereich nicht wieder neue Unruhe hineinbringen, sinnvoller zu seln, anstelle einer regionalisierten Zielplanung Sonderprogramme vorrangig insoweit zu erstellen, als dort bestimmte Fachbereiche und Konzeptionen genannt sind. Dazu gehören z. B. die Versorgung chronisch Nierenkranker (Dialysaversorgungsplan), die Versorgung Strahlengeschädigter (Reaktorunfälle), die Versorgung von Unfallopfern durch Verbesserung des Luftrettungsdienstes und die Versorgung von Schlaganfallpatienten.

*2.3 Planungsvermarke*

Die Bestrebungen, eine Fortschraibung des Krankenhausbedarfsplanes zu erreichen, beziehen sich, abgesehen von der zu fördernden Bettenzahl, in erster Linie auf die Planungsvermerke und die Fachrichtungen.

Nach dem Stand vom 1. Januar 1980 sind insgesamt 402 Krankenhäuser in den Krankenhausbedarfsplan aufgenommen, 110 davon mit Vermerk. (Bei Aufstellung des Krankenhausbedarfsplanes waren es noch 212.) Bei den Planungsvermerken handelt es sich keineswegs schlechthin um sogenannte Sperrvarmerke, wla dies wiederholt in der öffentlichen Diskussion angeklungen ist. Vielmehr kommt den Vermerken eina unterschiedliche Funktion zu:

Rheuma –
Jetzt auch preiswert behandeln!

Indometacin 50 mg

neu von Sanorania

Indo-Tablinen®

Antirheumatikum, Antiphlogistikum

| 20 Tabl. | 50 Tabl. |
|---|---|
| 8.– | 17.15 |

Tablinen®
Abkehr von Billig- und Luxustherapie

**Indikationen:** Entzündliche und degenerative (rheumatische) Erkrankungen des Bewegungsapparates, wie primär chronische Polyarthritis, Arthrosis deformans, Spondylarthrose, Koxarthrose, Spondylitis ankylopoetica (M. Bechterew), Weichteilaffektionen wie Bursitis, Synovitis, Tendinitis, Tendovaginitis, Lumbalgie. Entzündungshemmung und Schleimhautabschwellung nach zahnärztlichen Eingriffen.

**Kontraindikationen:** Ulcus ventriculi et duodeni, auch in der Anamnese. Allergie gegen Acetylsalicylsäure oder Indometacin, Anwendung bei Kindern unter 14 Jahren.

**Mögliche Nebenwirkungen:** Gastrointestinale Störungen und Blutungen, Kopfschmerzen, Schwindel, Somnolenz, psychische Störungen, allergische Hauterscheinungen, Störungen der Hämatopoese; Sehstörung: Retina- und Makulaveränderungen.

**Dosierung und Anwendungsweise:** Die Dosierung wird individuell vom Arzt bestimmt. Als Richtlinie kann gelten: Zur Einleitung der Therapie 2–3 × ½–1 Tablette täglich zu den Mahlzeiten mit etwas Flüssigkeit einnehmen. Die empfohlene Maximaldosis beträgt 4 Tabletten täglich.

SANORANIA Dr.G.Strohscheer
1 Berlin 28

Bei den sogenannten Vorbehaltsvermerken handelt es sich um Hinweise auf die künftige Neuordnung der Krankenhausversorgung in einem bestimmten Gebiet oder Bereich, ohne daß damit eine konkrete Entscheidung über die Standortfrage getroffen ist; sie wurden in den Krankenhausbedarfsplan vorsorglich aufgenommen, um den Träger auf die seinerzeit noch offene Planungssituation hinzuweisen.

Zwischenzeitlich konnte in vielen Fällen eine Klärung herbeigeführt werden, so daß gegenwärtig nur 16 Krankenhäuser einen Vorbehaltsvermerk haben. (Bei Aufstellung des Krankenhausbedarfsplanes waren es noch 75.) Nach den derzeitigen Überlegungen im Sozialministerium werden im Zuge der nächsten Fortschreibungen voraussichtlich weitere zehn Vorbehaltsvermerke entfallen können; d. h., bei lediglich sechs Krankenhäusern ist die Planungssituation derzeit noch offen.

Bei den sogenannten Befristungsvermerken handelt es sich dagegen um konkrete Planungsentscheidungen über die Standortfrage mit einem zeitlich bestimmten oder bestimmbaren Endtermin, wie etwa die Inbetriebnahme eines neuen Krankenhauses oder die anderweitige Sicherstellung der Krankenhausversorgung in einem bestimmten Gebiet.

Nach dem derzeitigen Erkenntnisstand werden im Zuge der nächsten Fortschreibungen von den gegenwärtig 94 Befristungsvermerken (bei Aufstellung des Krankenhausbedarfsplanes waren es noch 137) voraussichtlich weitere sieben ersatzlos entfallen können, so daß noch 87 Befristungsvermerke verbleiben werden.

Hier ist aber darauf hinzuweisen, daß auslösendes Moment für die Ausweisung eines Befristungsvermerkes in der weit überwiegenden Zahl der Fälle die Projektierung eines Ersatzbaues ist, der neben einer Konzentration des Bettenangebotes in der Regel gleichzeitig zu einer Reduzierung führt, soweit in dem betreffenden Bereich ein Bettenüberhang prognostiziert ist. Allein in 34 Fällen plant z. B. der g l e i c h e Träger einen entsprechenden Ersatzbau, der anstelle veralteter Krankenhäuser treten soll. Im übrigen sollte vor allem aber auch nicht vergesesn werden, daß die Frage, wann konkret die Herausnahme eines Krankenhauses aus dem Krankenhausbedarfsplan ansteht, in der Mehrzahl der Fälle derzeit noch offen ist. So ist etwa bis Ablauf des Jahres 1982 lediglich daran gedacht, acht Befristungsvermerke zu vollziehen; wobei allein in sieben (!) Fällen der Grund in der Inbetriebnahme eines neuen Ersatzhauses durch den gleichen Träger liegt.

Die Rechtsnatur und die Frage der Zulässigkeit der Vermerke schließlich ist in der Rechtsprechung noch völlig ungeklärt. Eine höchstrichterliche Entscheidung steht gegenwärtig noch aus. Die Verwaltungsgerichte und der Bayerische Verwaltungsgerichtshof vertreten die unterschiedlichsten Auffassungen, die vom bloßen Hinweis ohne besondere rechtlich relevante Belastung bis zur Unzulässigkeit einer befristeten Aufnahme in den Krankenhausbedarfsplan gehen.

*2.4 Fachrichtungen*

Ein weiterer Bereich, in dem der Krankenhausbedarfsplan einer ständigen Anpassung unterliegt, ist die Ausweisung der förderungsfähigen Fachrichtungen. Hier geht die Tendenz der Träger zu einer möglichst weiten Dezentralisierung und einer möglichst großen Zahl von Fachrichtungen bei den einzelnen Krankenhäusern. Daß hier die Praxis in Bayern besonders in den letzten Jahren bis an die Grenze des noch Verantwortbaren gegangen ist, zeigt sich insbesondere etwa daran, daß bei den Krankenhäusern der I. Versorgungsstufe im Durchschnitt etwa fünf Fachrichtungen im Krankenhausbedarfsplan ausgewiesen sind, während bei Krankenhäusern der II. Versorgungsstufe die Vergleichszahl lediglich acht beträgt. Im einzelnen sind beispielsweise bei Krankenhäusern der Versorgungsstufe I zusätzlich zu den Grundfachrichtungen Chirurgie, Innere Medizin sowie Frauenheilkunde und Geburtshilfe folgende weitere Fächer im Krankenhausbedarfsplan ausgewiesen:

Hals-Nasen-Ohren bei 93 Krankenhäusern

Augen bei 54 Krankenhäusern

Urologie bei 21 Krankenhäusern

Infektionen bei 19 Krankenhäusern

Orthopädie bei 14 Krankenhäusern

Kinder bei 5 Krankenhäusern

Radiologie bei 3 Krankenhäusern

Mund-Kiefer-Gesichtschirurgie bei 1 Krankenhaus

Von den im Krankenhausbedarfsplan aufgeführten 17 Fachrichtungen sind mithin lediglich fünf (Kinderchirurgie, Neurologie, Neurochirurgie, Dermatologie und Venerologie, Psychiatrie) in der Versorgungsstufe I überhaupt nicht vertreten.

Gerade die Frage der Vorhaltung mehrerer Fachrichtungen in Klein- und Kleinstkrankenhäusern verschärft nun aber den Zielkonflikt zwischen dem Prinzip der Bürgernähe, einem Höchstmaß an medizinischer Leistungsfähigkeit, sowie den Grundsätzen der Sparsamkeit und Wirtschaftlichkeit im Investivbereich und in der Betriebsführung. Während die Beantwortung der Frage nach der Gesamtgröße eines Krankenhauses eine noch verhältnismäßig weite Bandbreite offen läßt, ergeben sich für die Größenordnung einer Fachrichtung weitgehend Grenzwerte, deren Unterschreitung den Grundsätzen der Sparsamkeit und Wirtschaftlichkeit und was weitaus entscheidender ist, vor allem auch den Anforderungen moderner Medizin widerspricht. Hier bedarf es allerdings noch klarerer und vor allem eindeutigerer Aussagen seitens der Ärzteschaft zur medizinischen Leistungsfähigkeit, an denen sich die Planung orientieren kann, wenn im Vordergrund weiter das medizinische Strukturierungsprinzip stehen soll.

**3. Bettenbedarf**

Die Grundlage jeder Krankenhausplanung ist eine eingehende Bedarfsermittlung. Der Krankenhausbedarfsplan geht von einer analytischen Bedarfsrechnung aus, die sich als wesentlich exakter erwiesen hat als die sogenannte Bettenziffernrechnung, bei der lediglich eine auf die Einwohner bezogene Bettenzahl der Berechnung zugrunde gelegt wurde, ohne auf die örtlichen Besonderheiten einzugehen.

Die vier Bedarfsdeterminanten zur Ermittlung des Bedarfs sind:

Einwohnerzahl „E"

Krankenhaushäufigkeit „KH"

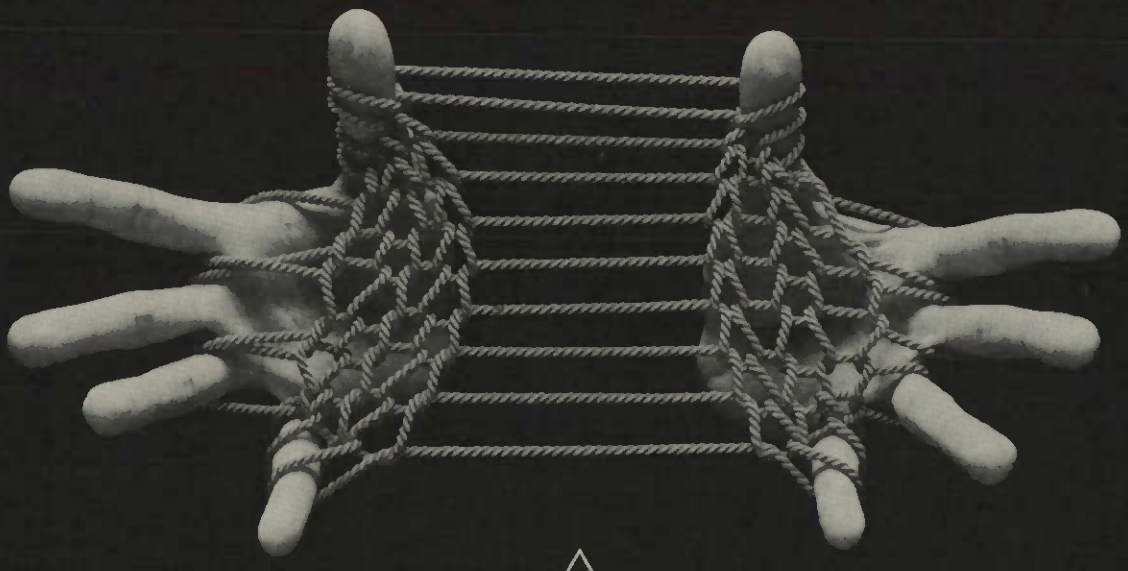
Durchschnittliche Verweildauer „VD" (Tage)

Durchschnittliche Bettennutzung „BN" (Prozent)

# Neue Monosubstanz

# Biarison®

## optimiert die Rheumatherapie



SANDOZ

Sandoz AG 8500 Nürnberg

**Biarison®**

**O Zusammensetzung**

1 Kapsel enthält 300 mg Proquazon
1 Zäpfchen enthält 300 mg Proquazon

**A Anwendungsgebiete**

Degenerative rheumatische Erkrankungen
- Osteoarthrose der Hüfte, des Knies oder anderer Gelenke

Chronisch-entzündliche Erkrankungen
- chronische Arthritis
- Spondylarthritis ankylopoetica

Akute entzündliche Erkrankungen
- akute Gicht
- akute rheumatische Schmerzzustände (Ischias, Zervikalsyndrom, Hexenschuß, Torticollis etc.)
- extraartikuläre rheumatische Erkrankungen (Tendinitis, Bursitis, Synovitis und Tendosynovitis)
- schmerzhaft-entzündliche Krisen im Verlauf degenerativer Gelenkerkrankungen
- Verrenkungen und Verstauchungen

**B Gegenanzeigen**

Magen- und Zwölffingerdarmgeschwür, bekannte Überempfindlichkeit gegen Salicylate.
Vorsicht ist geboten bei Neigung zu Verdauungsstörungen oder bei Leber- und Nierenfunktionsstörungen.
Da über die Wirkung von Biarison auf das ungeborene Kind und den Säugling bisher keine Erfahrungen vorliegen, sollte Biarison während der Schwangerschaft und Stillzeit nicht angewandt werden.
Desgleichen können über die Behandlung von Kindern vorläufig noch keine Angaben gemacht werden.

**N Nebenwirkungen**

Gelegentlich können während der Biarison-Behandlung Magen- und Darmbeschwerden (Magen- und Unterleibsschmerzen, Übelkeit, Durchfall) auftreten, die bei Reduzierung der Dosis, Einnahme der Kapseln zu einer Mahlzeit, Verabreichung von Zäpfchen statt Kapseln oder ggf. durch kurze Unterbrechung der Behandlung von selbst abklingen. Sehr selten werden Blutdruckabfall, Herzjagen, Kopfschmerzen oder Hautreaktionen beobachtet.
Besonderer Hinweis: Wie bei anderen entzündungshemmenden Arzneimitteln sollten auch während einer längeren Behandlung mit Biarison regelmäßige Blutbildkontrollen durchgeführt werden.

**D Dosierung**

Die Dosierung richtet sich nach dem Krankheitsbild und der individuellen Reaktion des Patienten. Die Normaldosis ist 2mal 1 Kapsel bzw. 2mal 1 Zäpfchen pro Tag. In schwereren Fällen kann ohne weiteres auf 3mal, kurzfristig auch auf 4mal täglich 1 Kapsel oder 1 Zäpfchen erhöht werden.
Die Gabe von Zäpfchen empfiehlt sich auch als abendliche Dosis, vor allem bei empfindlichen Patienten.
Die Kapseln werden zu oder nach den Mahlzeiten unzerkaut mit etwas Flüssigkeit geschluckt.

**W Wechselwirkungen mit anderen Mitteln**

sind nicht bekannt. Biarison kann mit anderen Antirheumatika wie Kortikosteroiden oder Acetylsalicylsäure kombiniert werden. Eine Wechselwirkung mit oralen Antikoagulantien wurde nicht festgestellt.

**H Handelsformen**

Kapseln: Originalpackungen zu 20/50/100 Stück DM 17,96/37,45/65,95 sowie Anstaltspackung.
Zäpfchen: Originalpackung zu 10 Zäpfchen DM 10,95 sowie Anstaltspackung.
Alle Angaben nach dem Stand bei Drucklegung, November 1979.

Der absolute Bedarf errechnet sich dabei nach der bundesweit angewandten Formel:

$$\text{Bettenbedarf} = \frac{E \times KH \times VD \times 100}{1000 \times 365 \times BN}$$

Außerdem werden die Patientenzu- und -abwanderungen berücksichtigt.

Die beschriebene Bedarfsermittlung sagt nichts darüber aus, wie sich der ermittelte Bedarf auf das funktionale Krankenhaussystem verteilt, d. h., wie die ermittelte Gesamtbettenzahl auf die einzelnen Versorgungsstufen aufzugliedern ist, und sagt vor allen Dingen nichts über die Aufgliederung in die einzelnen Fachrichtungen.

Gerade der Bedarf in den einzelnen Fachrichtungen wird im Rahmen des analytisch ermittelten Gesamtbettenbedarfs gegenwärtig immer noch nach der vorhin erwähnten sogenannten Bettenziffernrechnung und unter Berücksichtigung der anhand der Selbstkostenblätter über mehrere Jahre hin zu beobachtenden Auslastungsdaten ermittelt. Um auch bei der fachrichtungsbezogenen Krankenhausplanung eine analytische Bedarfsrechnung zu ermöglichen, wurden die Krankenhausträger gebeten, erstmals für das Jahr 1978 dem Statistischen Landesamt gegenüber eine fachrichtungsbezogene Einzugsstatistik mitzuteilen. Es bleibt zu hoffen, daß die festzustellenden erheblichen Anlaufschwierigkeiten künftig behoben werden, da gerade die Beseitigung von Mängeln bei der fachrichtungsbezogenen Bedarfsermittlung zu einer wesentlichen Verbesserung der Krankenhausplanung beiträgt.

Die vorhin erwähnte analytische Bedarfsformel zur Ermittlung des Gesamtbettenbedarfs ist an sich unbestritten. Die Schwierigkeiten und Meinungsverschiedenheiten ergeben sich jedoch bei der Ermittlung der einzelnen Bedarfsdeterminanten, die eine Mischung von Werten darstellen, die normativ gesetzt sind und Durchschnittswerten, die durch Extrapolationen gewonnen wurden. Hier muß man sich grundsätzlich darüber im klaren sein, daß es sich insoweit um keine starren Größen handelt, sondern um Werte, die einer Vielzahl von Einflüssen unterliegen, deren Entwicklung im Einzelfall auch irrational verlaufen kann, sich also quantifiziert nur schwer vorhersagen läßt.

Hinzu kommt als weiterer Unsicherheitsfaktor, daß das für die Bedarfsermittlung herangezogene Datenmaterial, das zwar auf Angaben der Krankenhausträger beruht, in vielen Fällen nicht den Realitäten entspricht.

*3.1 Bevölkerung*

Bei Aufstellung des Krankenhausbedarfsplanes wurde für 1985, ausgehend von den damaligen Richtwerten des StLMU, mit einem Bevölkerungszuwachs von fünf Prozent gerechnet. Da die Bevölkerungsentwicklung gerade in den letzten Jahren in Bayern durch einen Geburtenrückgang und ein Ansteigen der Sterbefälle gekennzeichnet war, wurde ab der zweiten Fortschreibung des Krankenhausbedarfsplanes davon ausgegangen, daß sich die Bevölkerung bis zum Jahre 1985 um drei Prozent verringern wird. In einer neueren Status-quo-Prognose des StMLU vom April 1978 wurden zur Bevölkerungsentwicklung drei Prognosevarianten erarbeitet. Nach eingehender Abstimmung im Krankenhausplanungsausschuß wird seit der vierten Fortschreibung grundsätzlich die sogenannte Variante 2 der Bedarfsermittlung zugrunde gelegt, die von einem Bevölkerungsrückgang von 0,82 Prozent gegenüber dem Stand vom 31. Dezember 1975 ausgeht.

*3.2 Krankenhaushäufigkeit*

Die Krankenhaushäufigkeit, d. h. die Zahl der Patienten je 1000 Einwohner, die sich im Laufe eines Jahres in Krankenhäusern eines bestimmten Gebietes zur ärztlichen Behandlung begeben, hat in den letzten Jahren wesentlich stärker zugenommen, als ursprünglich erwartet wurde; sie stieg bei den Akutkrankenhäusern von 120 im Jahre 1965 auf 153 im Jahre 1978.

Die Krankenhaushäufigkeit ist von einer Vielzahl von Faktoren, wie etwa die Zunahme bestimmter Krankheiten, der fortschreitenden Entwicklung und Erweiterung der diagnostischen und therapeutischen Möglichkeiten, der Änderung der gesellschaftlichen Struktur und der Alterstruktur der Bevölkerung, Einweisungsgewohnheiten der niedergelassenen Ärzte und nicht zuletzt auch vom Angebot an Betten und dem Gesundheitsbewußtsein der Bevölkerung abhängig. Die Einzelheiten sollen derzeit im Rahmen eines speziellen Forschungsauftrages geklärt werden. Bis dahin wird für die Krankenhausbedarfsplanung für 1985 von einem durchschnittlichen normativen Zielwert von 140 ausgegangen. Um jedoch der konkreten Bedarfssituation in den einzelnen Versorgungsgebieten gerecht zu werden, geht man in der Praxis derzeit von einer Bandbreite bei der Krankenhaushäufigkeit zwischen 135 bis 145 aus.

*3.3 Verweildauer*

Die Verweildauer, d. h. die Anzahl der Tage, die ein Patient im Durchschnitt in einem Krankenhaus verbringt, ist laufend zurückgegangen. Während sie im Jahre 1965 für Akutkrankenhäuser im somatischen Bereich noch 19,4 Tage betrug, fiel sie im Jahre 1978 bereits auf 15,2 Tage. Bei der Bedarfsplanung wird davon ausgegangen, daß sich infolge der fortschreitenden qualitativen Verbesserung der Krankenhausversorgung und des medizinischen Fortschrittes dieser Trend fortsetzen wird. Der für 1985 im Krankenhausbedarfsplan ursprünglich vorgesehene Zeitwert wurde daher bereits im Zuge der zweiten Fortschreibung von 16,5 auf 14,5 Tage gesenkt.

*3.4 Bettennutzung*

Der Krankenhausbedarfsplan legt, ähnlich wie dies in nahezu allen anderen Bundesländern geschieht, eine durchschnittliche Bettennutzung von 85 Prozent zugrunde. Die Bettennutzung weist seit Jahren eine rückläufige Tendenz aus; sie fiel vom Jahre 1965 von 92,9 Prozent bis zum Jahre 1977 auf 82,8 Prozent und stieg im Jahre 1978 wieder leicht auf 84,1 Prozent an. Der Wert von 85 Prozent, der sich wohlgemerkt über alle Fachrichtungen erstreckt, entspricht den Erfordernissen einer medizinisch leistungsfähigen Krankenhausversorgung, gewisse Kapazitätsreserven vorzuhalten, um auch Bedarfsspitzen auffangen zu können, und gewährleistet gleichzeitig einen wirtschaftlichen Krankenhausbetrieb.

Die deutliche Absenkung des Zielwertes für die Verweildauer von 16,5 auf 14,5 Tage sowie die rückläufige Bevölkerungsentwicklung haben erhebliche Auswirkungen für den künftig angenommenen Bettenbedarf. Wurde zunächst für 1985 ein zusätzlicher Bedarf von ca. 2000 Betten angenommen, so ergibt sich für 1985 nunmehr, bezogen auf die in

geförderten Krankenhäusern und Universitätskliniken vorgehaltenen Betten, ein Überhang von ca. 7000 Betten. Diesen Überhang gilt es jedoch nicht um jeden Preis, sozusagen allein schon um der Glaubwürdigkeit der Prognosen willen, abzubauen. Aufgrund von Prognosen ermittelte Überhänge sollten in der Praxis vielmehr in erster Linie als Orientierungsrahmen dienen, nach denen sich Entwicklungen aus gegebenem Anlaß richten können.

Bettenreduzierungen sollten daher bei bestehenden Krankenhäusern nur vorgenommen werden, wenn sie nachhaltig eine schlechte Bettenauslastung haben oder größere Sanierungsmaßnahmen anstehen. Ein weiterer Ansatzpunkt ergibt sich bei der Errichtung von Ersatzbauten. Ein weitergehender Stellenwert der Bedarfsprognosen würde die tatsächlichen Risiken der Bedarfsermittlung ignorieren und zu einer Überbewertung der staatlichen Planung führen, die ja nur den Rahmen für den Verantwortungsbereich und eigenen Freiheitsraum der Krankenhausträger abstecken soll.

#### 4. Bayerischer Krankenhausplanungsausschuß

Der bayerische Krankenhausplanungsausschuß wurde geschaffen, um die Mitwirkung der wesentlich Beteiligten an der Krankenhausplanung zu gewährleisten. Vom Gesetz her obliegt diesem Sachverständigengremium nicht nur die Beratung des Krankenhausbedarfsplanes und seiner wesentlichen Änderungen, sondern auch der jährlich aufzustellenden Jahreskrankenhausbauprogramme. Über diesen gesetzlich vorgeschriebenen Mitwirkungsrahmen hinaus geht die Praxis derzeit dahin, sämtliche Entscheidungen, die eine Änderung des Krankenhausbedarfsplanes nach sich ziehen, an den Krankenhausplanungsausschuß – sei es informativ oder zur Beratung – heranzutragen, was eine verhältnismäßig häufige Sitzungsfolge nach sich zieht. Seit seiner konstituierenden Sitzung im Jahre 1974 ist der Krankenhausplanungsausschuß bisher über 25mal zusammengetreten.

Anschrift des Verfassers:

Regierungsdirektor Karl *Miserok*, Bayerisches Staatsministerium für Arbeit und Sozialordnung, Winzererstraße 9, 8000 München 40

# Über Wert oder Unwert der sogenannten Geriatrika *

von D. Michel

Steinmann verlangte von einem Geriatrikum, daß es substituierend, roborierend und stimulierend im Sinne einer Hebung der seelischen und körperlichen Leistungsfähigkeit im Alter wirken müsse. Kuschinski definierte Geriatrika als Mittel gegen allgemeine Altersbeschwerden, Lüth als Mittel, die weniger an einer speziellen Indikation orientiert sind, sondern die von allgemeinen Altersbeschwerden ausgehen. Was unter Altersbeschwerden zu verstehen ist, wurde nie konkretisiert.

Die Rote Liste enthält unter der Rubrik „Geriatrika" rund 80 Präparate. Sie stellen lediglich die Spitze eines Eisberges dar. Von Kennern der Materie wird die Zahl der hier einzuordnenden registrierten Spezialitäten auf etwa 600 geschätzt, wobei es sich nur um eine Auswahl handele. Über die im Apothekenhandverkauf hinzukommenden Präparate lassen sich nicht einmal Vermutungen anstellen.

Unübersehbar wie die Zahl der Präparate ist die Zahl ihrer Indikationen. Die Tabellen 1 und 2 fassen einige der aus den Beipackzetteln ersichtlichen Indikationen zusammen.

Die meisten dieser Indikationen sind auf einem sehr hohen Abstraktationsniveau angesiedelt (Coper). Sie versprechen, unterstellt man nicht von vornherein bewußt falsche Angaben, ein Therapieziel, das nach heutigen wissenschaftlichen Ansichten nicht erreichbar ist: Veränderungen, Bremsung oder gar Rückbildung des irreversibel einseitig ablaufenden Alternsprozesses. Sie übersehen dabei, daß es nicht das Alter ist, sondern Krankheiten sind, die den Menschen sterben lassen und verhindern, daß er das für die Spezies Mensch programmierte Alter erreicht, das aufgrund des Alternsablaufes einiger Vitalfunktionen auf rund 120 Jahre geschätzt werden kann.

Theoretisch lassen sich die Geriatrika in zwei große Gruppen unterteilen (Tab. 3): Die Geroprophylaktika und Gerotherapeutika. Die Gerotherapeutika stellen Arzneimittel im üblichen Sinne dar, die ihre feste, nämlich krankheitsbezogene Indikation haben, deren Resultate überprüfbar sind und deren Dosierung auf den Ergebnissen der Pharmakodynamik und -kinetik aufbaut. Der Zusatz „Gero" soll bei ihnen lediglich zum Ausdruck bringen, daß sie für eine rationale Therapie im Alter geeignet oder bei Erkrankungen wirksam sind, die häufig oder vorwiegend im höheren Alter vorkommen. Streng genommen, besteht weder ein Anlaß noch läßt sich eine stichhaltige Begründung finden, eine solche Apostrophierung vorzunehmen. Die Sonderstellung des Alters basiert nicht auf relevanten Änderungen der Dynamik einzelner Pharmaka, sondern auf alternsphysiologischen Änderungen deren Kinetik. Ihnen wird aber nicht durch die Wahl eines Pharmakons, sondern durch seine Dosierung Rechnung getragen.

Geroprophylaktika stellen demgegenüber Geriatrika im eigentlichen Sinne dar. Ihr Therapieziel sind nicht krankheitsbedingte Zustände und Funktionsstörungen, sondern der Vorgang des physiologischen Alterns an sich. Als mindeste Voraussetzung für diesen Anspruch müßte gelten, daß ihre Effekte anhand einer derzeit diskutierten Alternstheorie mit Hilfe adäquater Modelle überprüfbar sind. Der Beweis einer solchen Kongruenz zwischen Theorie und behaupteter Wirkung ist für keines der im Handel befindlichen sogenannten Geriatrika erbracht.

Noch schwerer aber wiegt, daß auch kein einer kritischen Prüfung standhaltender Nachweis vorliegt, der zu erkennen gäbe, daß das erklärte Therapieziel, nämlich die physiologische Alterung aufzuhalten oder zu beeinflussen, erreicht wurde oder auch nur erreichbar erscheint. Be-

*) Vortrag anläßlich der 19. Bayerischen Internistentagung in München

Die Referate dieser Veranstaltung werden in Band 52 der von der Bayerischen Landesärztekammer herausgegebenen Schriftenreihe veröffentlicht. Die Kassenärzte in Bayern werden diesen Band über ihre Bezirksstelle der KVB erhalten (voraussichtlich im Herbst 1980)

richte, die das behaupten, entsprechen einem Wunschdenken und haben mit dem Bemühen nach objektiver und nachprüfbarer Erkenntnis nichts zu tun.

Ohne Zweifel bereitet die Prüfung pharmakologischer Effekte der Geriatrika große Schwierigkeiten. Das kann aber genauso wenig berechtigen, Wirkungen ohne objektiven Nachweis zu proponieren, wie aus der Tatsache, daß das Wirkungsgefüge körperlicher Gesundheit im Alter weitgehend unbekannt ist, damit ein guter Nährboden für Pharmaka geschaffen wird, die mit objektiver Wirkung nichts, mit psychologischer Wirksamkeit dagegen sehr viel zu tun haben (Bergler), Kapital zu schlagen.

Das erste Hindernis für eine wirksame Prüfung der hier in Betracht kommenden Präparate stellt die Tatsache dar, daß es sich überwiegend um Mischpräparate handelt, die bis zu 26 Bestandteile enthalten. Selbst wenn Wirkungen von Einzelkomponenten bekannt sind, können solche Kombinationen nur der Verdeckung, nicht aber der Aufdeckung von Effekten dienen.

Zudem ist von manchen Geriatrika (z. B. Ginseng) bekannt, daß verschiedene Bestandteile bezüglich einiger Teilwirkungen Antagonisten sind.

Die Beeinflussung der Lebenserwartung und des Altersablaufes läßt sich im Tierexperiment selbstverständlich nur an kurzlebigen Tieren prüfen (z. B. Ratte mit einer Lebenserwartung von etwa drei Jahren). Bereits dieser Umstand stellt die Übertragbarkeit tierexperimenteller Ergebnisse, soweit sie überhaupt vorliegen, auf Verhältnisse am Menschen in Frage. Mit vorschneller Übertragung tierexperimenteller Untersuchungsbefunde auf den Menschen kann dem Arzt ohne Zweifel ein Therapieziel induziert werden, das überhaupt nicht existiert (Kanowski). In der Forderung, Versuche am Menschen erst dann als sinnvoll anzusehen, wenn im Tierexperiment eindeutige Resultate erzielt worden sind, kommt eine hohe ethische Einstellung zum Ausdruck, die pharmazeutische Industrie wird sie sich aber schon deshalb nicht zu eigen machen, weil für das menschliche Alter wesentliche Parameter, die Intellekt und Psyche betreffen, im Tierexperiment gar nicht prüfbar sind.

**Geriatrika: Allgemeine Indikationen**

| |
|---|
| Lebensverlängerung, Revitalisierung, Rejuvination |
| Gerietrischer Symptomenkomplex |
| Verzögerte Rekonveleszenz, Erschöpfung |
| Dysfunktion des Zellgewebes |
| Allgemeine Altersinsuffizienz, physisch oder psychisch |
| Leistungsebnahme im Berut |
| Psychische Dysharmonie (Seelenkrisen, herabgesetzte Stimmungslage) |
| Gedächtnisschwäche |
| Zentrale Mangeldurchblutung, Präsklerose |
| Kreisteufschwäche |
| Verdauungsstörungen |
| Leberfunktionsstörungen |

Tebelle 1

**Geriatrika: Spezielle Indikationen**

| |
|---|
| Arteriosklerose |
| Altersbedingte Hypertonie, Blutdruckkrisen |
| Altersbedingte Depression |
| Senile Demenz |
| Presbyekusis |
| Grauhearigkeit |
| Senkung des Digitalisbederfes |
| Perkinsonismus |
| Arthropethien (Osteoporose, Arthritis, Arthrose, Spondylose, psoriatische Arthropathie) |
| Dermetopathien (senile Keratose, Skleroderma, Vitiligo, Psoriesis, Ichthyosis) |
| Verdeuungskrankheiten (Ulcus peptic um, senile Glossitis, Parodontopathien, Colitis ulcerosa) |
| Senile Polyneuropethie |
| Asthma |
| Steinleiden |

Tabelle 2

**Einteilung der Geriatrika**

| |
|---|
| I. Geroprophylektike |
| Prëvention (Altern wird verhindert oder hineusgeschoben) |
| Voraussetzung: Im Einklang mit einer Alterstheorie |
| II. Gerotherapeutika |
| Behandlung ektueller Krankheitszustände |
| Voreussetzung: Therepeutischer Effekt |

Tabelle 3

Untersuchungen am Menschen nehmen bei den Geriatrika deshalb einen breiten Raum ein. Ihre Ergebnisse sind ungewöhnlich kontrovers, lassen aber erkennen, daß selbst bei Substanzen, für deren pharmakodynamische Wirkung sich überhaupt keine Erklärung anbietet (Tab. 4 und 5), scheinbar eindeutige Wirkungsnachweise aufgrund von Doppelblindstudien vorliegen. Hierfür gibt es nur fünf mögliche Erklärungen (Coper):

– Die Patientenauswahl genügte nicht methodenkritischen Ansprüchen

– Völlig unzureichende Befunderhebung und -mitteilung

– Geringfügige statistische Signifikanz wurde überbewertet

– Falsche statistische Verfahren

– Schlichte Manipulation

So unabdingbar kontrollierte Verfahren und Doppelblindtechnik für die Prüfung von Geriatrika auch sind, so können sie doch niemals unzulängliche Befunderhebungen kompensieren. Eine kritische Auswertung der zu diesem Thema erschienenen Literatur hat zu dem übereinstimmenden Ergebnis geführt, daß überall dort, wo methodisch einwandfrei gearbeitet wurde, positive Wirkungen im Sinne des Therapieziels der Geriatrika nicht erhoben werden konnten.

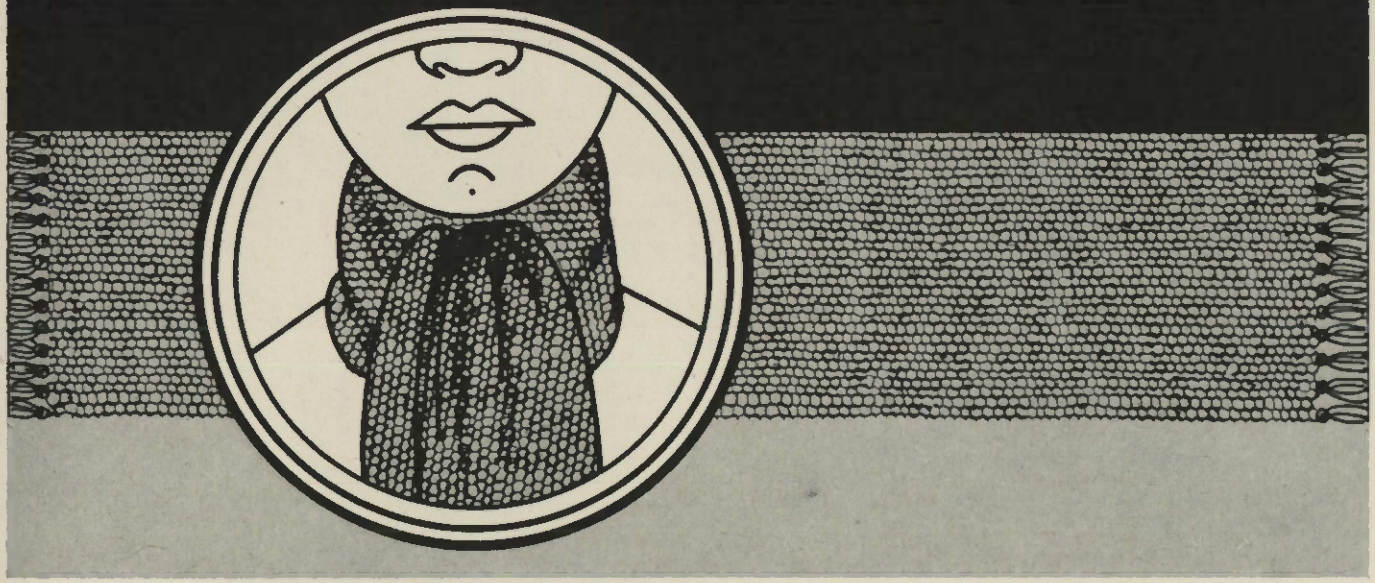
Folgende weitere Umstände erschweren zugegebenermaßen die Prüfung von Geriatrika am Menschen:

– Die erforderlichen Longitudinalstudien verlangen einen langen Beobachtungszeitraum, bis sie relevante Aussagen erwarten lassen oder ermöglichen (Kment u. Mitarb.). Die Drop-out-Quote ist dementsprechend hoch.

– Um Wirkungen zu beweisen, muß eine große Zahl von Normalfällen höheren Alters gefordert werden. Sie stehen selten zur Verfügung bzw. werden im Verlauf der Prüfung unabhängig von der Prüfsubstanz häufig vom Normalfall zum Krankheitsfall.

– Die spontane Streuung positiver und negativer, kontrollierter und unkontrollierter Prüfergebnisse für identische Substanzen und für Placeboreaktionen ist im Alter ungleich höher als in irgendeiner anderen Lebensperiode. Der Patienten-Compliance kommt hierbei nur eine zusätzliche

# Bei Husten – der unsichtbare Schal...



# Capval®

## Hustensaft – Tropfen – Dragées

**Depot-Antitussikum und Expektorans als Schnellstop mit Langzeit-Effekt**

**Bei allen akuten und chronischen Affektionen der Atemwege für den Tag und eine ruhige Nacht.**

**Indikationen:**
**Akute und chronische Krankheitsbilder der Atemwege, die hustenreizstillende Wirkung erfordern.**
**Reiz-, Krampf- und Keuchhusten, leichtes Asthma bronchiale.**
**Zur intermittierenden Begleittherapie bei Erkältungskrankheiten und grippalen Infekten.**

**Kontraindikationen:** nicht bekannt

**Zusammensetzung: Saft**
= 100 ml enthalten: Noscapin 500 mg, (2-Methyl-8-methoxy-6,7-methylendioxy-1-(6',7'-dimethoxy 3'-phthalidyl)-1,2,3,4,-tetrahydroisochinolin), gebunden an 286,0 mg Ionen-Austauscher der Polystyrolsulfonsäureharzgruppe; Corrigentia; Aqua demineralisata ad 100 ml.

**Dosierung:**
Erwachsene und Kinder ab 12 Jahren 3-4mal täglich 1 Tee- bis Eßlöffel. Kinder von 3 bis 12 Jahren 2-3mal täglich 1-2 Teelöffel. Kleinkinder über 3 Monate 2mal täglich ½ Teelöffel.

**Zusammensetzung: Tropfen**
= 100 ml enthalten: Noscapin hydrochloricum 2,8 g, Corrigentia ad 100 ml.

**Dosierung:**
Erwachsene und Kinder über 12 Jahre nehmen täglich mehrmals 20-30 Tropfen, Kinder von 3 bis 12 Jahren 3mal täglich 10-20 Tropfen, Kleinkinder über 3 Monate 2mal täglich 4-5 Tropfen.

**Zusammensetzung: Dragée**
= 1 Dragée enthält: Noscapin-Resin entspr. 25,0 mg Noscapin.

**Dosierung:**
Erwachsene und Kinder über 12 Jahre mehrmals täglich 1-2 Dragées. Kinder (3 bis 12 Jahre) 3mal täglich 1 Dragée.

**Handelsformen und Preise**

| | |
|---|---|
| **Saft:** | |
| OP mit 100 ml | DM 7,50 |
| **Tropfen:** | |
| OP mit 30 ml | DM 7,65 |
| OP mit 100 ml | DM 20,70 |
| **Dragées:** | |
| OP mit 25 Stück | DM 5,70 |
| OP mit 250 Stück | DM 39,75 |
| Klinikpackungen | |

**Wichtiger Hinweis:** Als Segment-Therapeutikum zur unterstützenden Behandlung ist **CAPVAL Salbe** im Handel. OP mit 30 g DM 5,90, OP mit 100 g DM 14,25

DRELUSO

**Dreluso Pharmazeutika, 3253 Hessisch Oldendorf 1**

**Procain-Blutspiegel**

| | Blutspiegel |
|---|---|
| *Sollwert* (Pharmakodynamische Wirkungen das Procains) | 0,25 mg/ml |
| *Istwert* (Procain-haltige Geriatrika; Infusion 2 g/45 bis 120 min; i. m. 10 ml, 2 %ig) | 0,00035 mg/dl |

Tabelle 4

nach Galindo; Livingstone et al.; Brodie et al.; Ostfeld et al.

**Anmerkung:**
Unter oraler $KH_3$-Behandlung 50 bis 100 mg/die (= 0,75 bis 1,5 mg/kg) müssen die Blutspiegel noch wesentlich niedriger bzw. unterhalb der Nachweisbarkeitsgrenze liegen, da Procain schon im Magen-Darm hydrolisiert, also inaktiviert wird, mithin gar nicht ins Blut gelangt und auch seine Hauptmetaboliten Paraaminobenzoesäure und Diäthylaminoäthanol pharmakodynamisch bedeutungslos sind. Die Behauptung, Procain werde bei oraler Zufuhr in pharmakologisch wirksamer Menge resorbiert, geht auf Rattenversuche von RONCOUCCI und Mitarbeitern zurück. Sie arbeiteten mit einer Dosierung von 150 mg/kg

Bedeutung zu. Die Aussagekraft jeglicher Testmodelle und jeglicher Untersuchungsergebnisse wird dadurch erheblich geschmälert.

– Die für das Alter charakteristische und in mehr oder weniger erkennbarer Form vorliegende Multimorbidität erlaubt eine Auswertung von Testergebnissen um so weniger, als zuverlässige und verbindliche Parameter für das biologische Alter des Menschen fehlen.

– Testpsychologische Methoden sind nur ungenügend entwickelt, das gilt insbesondere für die im Rahmen der Geriatrikaprüfung stets besonders in den Vordergrund gerückten Funktionen des Gedächtnisses, der Vigilanz, der Antriebsbeeinflussung, der Selbstkontrolle und der Kontaktfähigkeit (Kanowski), wobei z. B. noch nicht einmal bekannt ist, ob mit den zur Zeit verfügbaren Verfahren überhaupt diejenigen Gedächtnisstörungen erkannt werden können, die für das alltägliche Leben des alten Menschen von Bedeutung sind.

– Sozialpsychologische Faktoren gehen als unwägbare Komponente in jedes Untersuchungsergebnis beim alten Menschen ein.

Auch wenn bei dem einen oder anderen aufgrund dieser Aufzählung der Eindruck sich einstellen mag, daß die Vielzahl an Schwierigkeiten, die einer Prüfung der Wirkungen von Geriatrika entgegenstehen und die ich zum Teil für unüberwindlich halte, die pharmazeutische Industrie, soweit sie Geriatrika herstellt und vertreibt, zu exkulpieren scheint, so darf nicht übersehen werden, daß nur positiv-objektive Ergebnisse Therapieempfehlungen rechtfertigen können. Alle anderen Beweggründe lassen nicht einmal das Argument des bona fide zu. So lange aber kontrollierbare Konzepte für erfolgreiche Prüfverfahren fehlen, sind der Spekulation und der Suggestion, ja sogar der Scharlatanerie (Kewitz), Tür und Tor geöffnet.

Es kann in dieser Situation auch nicht als Ausweg anerkannt werden, wenn vom erklärten Therapieziel der Geriatrie abgewichen wird und statt dessen Symptome, die sich mehr oder weniger überzeugend zeitlich mit dem Senium in Verbindung bringen lassen (Tab. 2), zu Behandlungsindikationen erhoben werden. Entweder haben diese Symptome klinische Bedeutung, dann sind sie einer Therapie mit Standardmedikamenten zugängig, oder sie haben sie nicht, dann bedürfen sie auch keiner Scheintherapie. Altersbeschwerden schlechthin – wes man unter diesem vagen Begriff euch immer verstehen mag – sind keine Therapieindikation.

Und es ist auch kein Ausweg, wenn man unter stillschweigender Anerkennung fehlender objektiver Befunde unter dem Eindruck subjektiver Besserung den Geriatrikaeffekt als Placeboeffekt deklariert und als solchen gutheißt. Abgesehen von dem meines Erachtens zu hohen Preis (Tab. 6), den der alte finanziell keineswegs immer gut gestellte Mensch für diese zur übergroßen Zahl nicht auf Rezept erhältlichen Placebos entrichten muß, drohen hier echte Gefahren. Eine derartige ungezielte Behandlung hat nur zu häufig die Unterlassung erforderlicher diagnostischer

**Menge von Panaxadiol und Panaxatriol in 15 offizinellen Ginsengpräparaten**

| Panaxadiol (Ginsenosid $RB_1$) Panaxatriol (Ginsenosid RE) mg/100 g Einwaage Wurzelpulver | Zahl der Präparate |
|---|---|
| Methodisch unmaßbar | 6 |
| 0,5 – 10 | 6 |
| 11 – 100 | 2 |
| 200 – 350 | 1 |

Tabelle 5

nach Brieskorn und Mosandl

**Anmerkung:**
BRIESKORN und MOSANDL kommentieren ihre Ergebnisse: Zur Herstellung der Ginsengzubereitungen müssen ungleiche Mengen an Ginsengwurzeln unterschiedlicher Qualität verwendet werden

**Vitamingehalt und Preis von Geriatrika auf Vitaminbasis**

| Vitamina | Tagesbedarf | In Präparaten angebotene Tagesdosis: Vitaminpräparata | In Präparaten angebotene Tagesdosis: Geriatrika |
|---|---|---|---|
| A | 2500 IE | 2500 IE | 1500–10 000 IE |
| $B_1$ | 0,9 mg | 1–5 mg | 0,75–80 mg |
| $B_2$ | 2–3 mg | 1–2 mg | 0,5–48 mg |
| $B_6$ | 5 mg | 0,1–2 mg | 0,25–10 mg |
| $B_{12}$ | 1–2 µg | 1–4 µg | 0,5–400 µg |
| C | 50–125 mg | 15–50 mg | 25–2400 mg |
| E | 30 mg? | 1–2 mg | 3,5–50 mg |
| Preis pro Tagesdosis | | DM 0,41–0,47 | DM 0,24–2,07 (Mittel: DM 0,83) |

Tabelle 6

**Anmerkung:**
Die Werte wurden der Roten Liste entnommen und beziehen sich auf 21 als Geriatrika deklarierte Polyvitaminpräparate. Diese Geriatrika enthalten also nicht nur wesentlich, zum Teil exzessiv höhere Vitaminmengen als die handelsüblichen Monovitaminpräparate, sondern die angebotenen Mengen überschreiten den tatsächlichen Tagesbedarf in der Regel nicht unerheblich, maximal bis zum 200fachen (Michel)

**Ungewollte Nebenwirkungen bei langfristiger Ginsengeinnahme (N = 133)**

| Nebenwirkung | Häufigkeit Absolut | % |
|---|---|---|
| Morgendliche Diarrhoe | 47 | 35,3 |
| Hauteffloreszenzen | 33 | 24,8 |
| Schlaflosigkeit | 26 | 19,5 |
| Nervosität | 25 | 18,8 |
| Hypertonie | 22 | 16,6 |
| Ödeme | 14 | 10,5 |

Tabelle 7
nach Siegel (1979)

**Anmerkung:**
Die Hypertonien treten unter einer Dosis von durchschnittlich 3 g Ginsengwurzel (amerikanischer, kanadischer und Wüstenginseng) täglich auf. Die empfohlenen Ginsengtagesdosen schwanken zwischen 2 und 50 g! – In zehn Prozent der Fälle stellte SIEGEL ein Ginseng-Abusussyndrom fest, bestehend aus den ersten fünf Symptomen dieser Tabelle

Maßnahmen zur Folge, was wiederum ein therapeutisches Fehlverhalten implizieren kann, indem auch im Alter therapierbare Erkrankungen nicht oder verspätet behandelt werden. Ferner kann die Verabreichung eines Placebo beim multimorbiden alten Patienten ein falsches und sich schädlich auswirkendes Gesundheitsverhalten fixieren (Kanowski). Und schließlich läuft sogar, worauf Kaiser immer wieder hinwies, der therapierende Arzt Gefahr, ein Medikament, von dessen Placebocharakter er ursprünglich überzeugt war, unter dem Eindruck von Einzelbeobachtungen als wirksam einzustufen und unter diesem Vorzeichen dann an andere Patienten zu verordnen.

Selbst wenn nicht in Abrede zu stellen ist, daß eine Placebotherapie auch beim alten Menschen mitunter durchaus günstig wirken und eine gewollte Therapiemöglichkeit darstellen kann, so ist nicht zuletzt vor der Placebotherapie im Zusammenhang mit einer Geriatrikamedikation schon deshalb zu warnen, weil manche Substanzen (z. B. Vitamine, Ginseng) durchaus nicht nebenwirkungsfrei sind (Tab. 7).

*Zusammenfassend ergibt sich:*

Der Nachweis eines therapeutischen Wertes der derzeit angebotenen sogenannten Geriatrika wurde bisher nicht erbracht und ist auch in Zukunft nicht zu erwarten. Gegenteilige Mitteilungen basieren entweder auf einer unzulässigen Verknüpfung tierexperimenteller Ergebnisse, die fast stets nach wesentlich höheren Dosen gefunden wurden, als sie beim Menschen zur Anwendung kommen, mit klinisch erwünschten Wirkungen, auf Fehlinterpretationen von Beobachtungen am Menschen oder auf unzureichender Befunderhebung und statistischer Bearbeitung. Nüchterne Abwägung dessen, was bisher über Altern und Alter bekannt ist, läßt nicht erwarten, daß dieser physiologische Vorgang ohne schwerwiegende und wohl kaum gutzuheißende Eingriffe in die Struktur unseres Organismus (z. B. DNA-Synthese) beeinflußt werden kann. Hiervon sind wir – zumindest bis jetzt – weit entfernt. Schließlich sprechen thermodynamische und systemtheoretische Überlegungen dafür, daß ein artefiziell ausgelöster Stillstand des Alterns oder gar eine echte Verjüngung mit einer Entdifferenzierung zellulärer Strukturen, mit erneutem Wachstum und mit Teilungsprozessen einhergehen müssen, die nicht allein den Organismus desorganisieren würden, sondern in bedenklicher Nachbarschaft zur Malignität stünden (Kment u. Mitarb.). Auch wenn diese Gefahr bei den derzeitigen Geriatrika nicht besteht, ist für diese Substanzen wegen Wirkungslosigkeit im Hinblick auf das gesteckte Therapieziel eine Indikation nicht gegeben.

Literetur beim Verfesser

Anschrift des Verfassers:

Professor Dr. med. D. *Michel*, Chefarzt der Inneren Abteilung der Stiftsklinik Augustinum, Stiftsbogen 74, 8000 München 70

Jetzt
mit

**Doxyremed**

(100 mg Doxycyclin)
Breitspektrum-Antibiotikum

hochqualitativ
und
kostenbewußt
verordnen

10 Kps DM 17,30
20 Kps DM 31,85

Doxyremed

**Zusammensetzung:** 1 Kapsel Doxyremed enthält 115,4 mg Doxycyclin (INN) - hydrochlorid-hemiethanolat-hemihydrat entsprechend 100 mg Doxycyclin (INN).

**Anwendungsgebiete:** Infektionen mit allen Doxycyclin-empfindlichen Erregern, insbesondere Infektionen der Atemwege, im Urogenitalbereich, im HNO-Bereich, der Gallenwege sowie der Haut und Weichteile.

**Gegenanzeigen:** Tetracyclin - Überempfindlichkeit, Schwangerschaft, Stillzeit, noch nicht abgeschlossene Zahnbildung (Kinder unter 8 Jahre).

**Nebenwirkungen:** Gelegentliche Magen-Darm-Unverträglichkeiten. Allergische Reaktionen sind selten. Unter direkter UV-Lichtbestrahlung können in seltenen Fällen Hautreaktionen auftreten.

**Wirkungsweise:** Doxyremed ist ein halbsynthetisches Breitspektrum-Antibiotikum zur Behandlung bakterieller Infektionskrankheiten.

**Wechselwirkungen:** Die gleichzeitige Anwendung von Antacida und Eisen sollte wegen Doxycyclin-Resorptionsverlusten vermieden werden. Die gleichzeitige Verabreichung von bakterizid-wirksamen Chemotherapeutika führt zu Wirkungsverlusten.

**Dosierungen:** Bei einem Körpergewicht über 50 kg: am ersten Tag 2 Kapseln gleichzeitig, ab dem zweiten Tag je eine Kapsel täglich; bei einem Körpergewicht ab 80 kg und bei schweren Infektionen: 2 Kapseln alle 24 Stunden gleichzeitig.

**Handelsformen und Preise:** OP mit 10 Kapseln DM 17,30, OP mit 20 Kapseln DM 31,85.

**Remed Econerica**
Arzneimittel GmbH
Kirchheim bei München · Postfach 1242

# Präoperative Befunderhebung und Risikoeinstufung im Rahmen der Anästhesievorbereitung

**Kooperation mit der Klinik**

von K. Unertl und K. Peter

Aus dem Institut für Anästhesiologie der Universität München (Direktor: Professor Dr. med. K. *Peter)* im Klinikum Großhadern

## Risiko der Anästhesie

Über das Risiko der Anästhesie liegt seit vielen Jahren ein umfangreiches Zahlenmaterial vor. Für den Zeitraum von 1954 bis 1968 wird die Inzidenz anästhesiebedingter Todesfälle von verschiedenen Autoren mit 0,02 bis 0,2 Prozent der durchgeführten Anästhesien angegeben. In der letzten Dekade betrug sie nach Untersuchungen von Bodlander, Harrison und Lutz und Mitarbeitern 0,02 bis 0,08 Prozent und lag damit zahlenmäßig etwas unter den Werten des vorangegangenen Jahrzehnts.

Einen ganz erheblichen Rückgang der Anästhesiesterblichkeit in den letzten zehn Jahren verzeichneten im eigenen Krankengut Bodlander mit einer um 80 Prozent und Harrison mit einer um 33 Prozent verminderten Mortalität. Dies wird von den genannten Autoren auf verbesserte Anästhesietechniken, qualifiziertes Personal und umfangreiches perioperatives Monitoring zurückgeführt.

Überwiegend kommt in dem vorliegenden Zahlenmaterial das gut dokumentierbare, unmittelbare Anästhesierisiko zum Ausdruck. Es beschreibt die potentielle vitale Gefährdung durch zweifelsfrei auf die Anästhesie zurückzuführende Aktionen, so z. B. Komplikationen bei Intubation und Beatmung, die Aspiration bei Narkose, unerwünschte Wirkungen von Anästhetika und Relaxantien sowie technisch-apparatives und menschliches Versagen.

Unter dem Begriff des konkurrierenden Anästhesierisikos faßt man darüber hinaus noch Komplikationen zusammen, die ausschließlich „in Verbindung mit", aber nicht „durch" die Anästhesie zustande kommen. Die Ätiologie dieser Komplikationen ist multifaktoriell und in der wechselseitigen Interdependenz von Anästhesie, vorbestehenden Organstörungen und operativem Eingriff begründet.

Ein einfaches, aber typisches Beispiel ist das häufige Auftreten bronchopulmonaler Komplikationen nach Oberbauchlaparotomie bei bereits vorbestehender Lungenerkrankung (z. B. chronischer Bronchitis).

Leider läßt sich bislang der quantitative Beitrag, den die Anästhesie zur Genese dieser Komplikationen leistet, meist nicht oder allenfalls spekulativ von den übrigen Faktoren abgrenzen. Exakte Zahlen über das konkurrierende Anästhesierisiko liegen aus diesem Grund nicht vor.

Unmittelbares und konkurrierendes Anästhesierisiko sowie operative Risiken gehen im gesamtoperativen Risiko auf, das zahlenmäßig gut erfaßt ist. Unterzieht man diese Zahlen unter dem Gesichtspunkt gleichartiger operativer Eingriffe einer näheren Analyse, dann zeigt sich eine bis zum vierfachen höhere Mortalität, wenn die pränarkotische Vorbereitung unzureichend ist. Narkoseprotokolle, die von Lutz und Mitarbeitern ausgewertet wurden, wiesen bei Patienten mit Komplikationen in 73 Prozent, bei Patienten ohne Komplikationen nur in 38 Prozent fehlende Vorbefunde auf. Es darf heute als gesichert gelten, daß die ungenügende Vorbereitung von Patienten eine wesentliche Ursache für Narkosezwischenfälle ist (Lutz, Weißauer). Die sorgfältige präoperative Erfassung von Anästhesie-Risikofaktoren und eine darauf abgestimmte Vorbereitung des Patienten kann umgekehrt heute als wohl entscheidenste Maßnahme zur weiteren Steigerung der Anästhesiesicherheit angesehen werden.

## Erfassung und Bewertung von Risikofaktoren der Anästhesie

Der Zusammenhang zwischen dem präoperativen Allgemeinzustand eines Patienten und der Inzidenz intra- und postoperativer Komplikationen und Mortalität ist lange bekannt. Bereits 1941 wurde von der amerikanischen Gesellschaft für Anästhesiologie (ASA) eine Bewertungsskala entwickelt, die in der 1963 modifizierten Form eine Klassifizierung des präoperativen Allgemeinzustandes in fünf unterschiedliche Schweregrade von „Kranksein" vornimmt (Tab. 1).

Ursprünglich lag diesem Versuch der Eingruppierung von Patienten in ein Bewertungsschema die Idee zugrunde, objektive Vergleichsmöglichkeiten zwischen dem Patientenspektrum des Krankenhauses A und dem des Krankenhauses B zu schaffen. Bald entwickelte sich aus dieser Klassifikation jedoch eine einfache und relativ treffsichere Risikovorhersage. Die Abhängigkeit der postoperativen Mortalität vom präoperativen Allgemeinzustand kommt in Tabelle 2 gut zum Ausdruck. Ein großer Nachteil dieser Klassifikation ist jedoch, daß sie wegen der fehlenden exakten Definierung der unterschiedlichen Krankheitsschweregrade ungenau und subjektiv ist. Dies wird zum Teil in den stark voneinander abweichenden Mortalitätsziffern in identischen Risikoklassen deutlich (Tab. 2).

Genau betrachtet, sagt die ASA-Klassifikation nicht mehr aus als: Je kränker ein Patient vor der Operation ist, um so wahrscheinlicher ist es, daß er den Eingriff nicht übersteht. Diese Aussage ist nun allerdings in der Tat banal, da die Existenz eines solchen Zusammenhangs von vornherein als gesichert angesehen werden darf. Das Ziel muß jedoch eine möglichst genaue Vorhersage des individuellen Risikos durch detaillier-

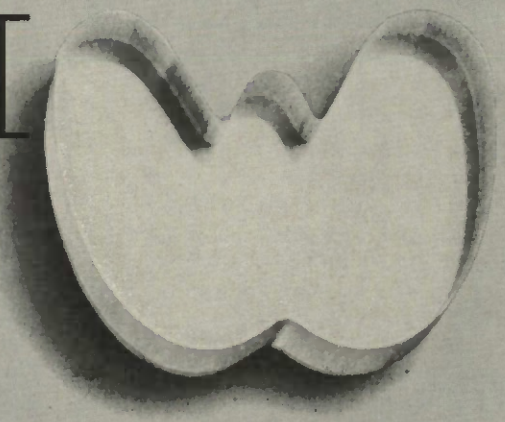
**ASA-Risikogruppen**

| | |
|---|---|
| I | Normaler, gesunder Petient |
| II | Patient mit einer leichten Allgemeinerkrankung |
| III | Patient mit einer schweren Allgemeinerkrankung und Leistungsminderung |
| IV | Patient mit einer inaktivierenden Allgemeinerkrenkung, die eine ständige Lebensbedrohung darstellt |
| V | Moribunder Petient, von dem nicht erwartet wird, daß er die nächsten 24 Stunden überlebt, sei es mit oder ohne Operation |

Tebelle 1

# Novothyral®

# bevorzugt bei blander Struma



**Reine Schilddrüsenhormone** **Novothyral® · Novothyral® mite**

**Zusammensetzung:** 1 Tablette enthält 100 µg L-Thyroxin (= Levothyroxin-Natrium, $T_4$) und 20 µg L-Trijodthyronin (= Liothyronin-Natrium, $T_3$). **Anwendungsgebiete:** Für alle Indikationen der Schilddrüsenhormontherapie, vorzugsweise bei blander Struma und zur Rezidivprophylaxe nach Strumaresektion; außerdem bei Hypothyreose, Thyreoiditis, Schilddrüsenmalignom (postoperativ) und zur Begleittherapie bei thyreostatischer Behandlung der Hyperthyreose. **Gegenanzeigen:** Myokardinfarkt, Angina pectoris, Myokarditis, tachykarde Herzinsuffizienz. Die angegebenen Gegenanzeigen sind im Kindesalter mit Ausnahme der Myokarditis nicht relevant. **Nebenwirkungen:** Als Folge der stoffwechselsteigernden Wirkung der beiden Schilddrüsenhormone können gelegentlich, vor allem zu Beginn der Behandlung, Tremor, Tachykardie, Hyperhidrosis oder Durchfall auftreten. Die Tagesdosis sollte in diesem Falle reduziert und gegebenenfalls in größeren Zeitabständen langsam bis zur Toleranzgrenze wieder erhöht werden. ■ **Vorsichtsmaßnahmen:** Bei koronarer Herzerkrankung sollte die Therapie mit niedriger Dosis eingeleitet und in größeren Zeitabständen langsam gesteigert werden. Die Wirkung von Antikoagulanzien kann durch Schilddrüsenhormone verstärkt werden, deshalb sind regelmäßig Kontrollen der Prothrombinzeit zu Beginn der Novothyral-Medikation erforderlich. Vor Beginn der Substitutionstherapie ist bei sekundärer Hypothyreose die häufig bestehende Nebennierenrindeninsuffizienz zu behandeln. Bei Diabetes mellitus ist der Blutzuckerspiegel in der Initialphase der Behandlung mit Novothyral in kürzeren Abständen zu kontrollieren. Bei gleichzeitiger Behandlung mit Colestyramin ist zu beachten, daß die Resorption von Schilddrüsenhormonen hierdurch vermieden wird. Novothyral sollte deshalb 4–5 Stunden vor der Colestyramin-Applikation eingenommen werden. Diphenylhydantoin verdrängt L-Thyroxin aus der Proteinbindung. Während der Novothyral-Therapie sollte Diphenylhydantoin nicht intravenös gegeben werden. **Anwendungshinweise:** Die mit Kreuzrille versehenen Tabletten sind leicht teilbar, so daß die Dosierung dem individuellen Bedarf gut angepaßt werden kann. Die Einnahme erfolgt zweckmäßigerweise bei einer Tagesdosis bis zu 1 Tablette morgens, bei höherer Dosierung als zweimalige Gabe morgens und mittags. **Anmerkung:** Bei einem Schilddrüsenhormonbedarf unter 1 Tablette Novothyral täglich kann Novothyral mite verordnet werden, wenn eine Teilung der Novothyral-Tablette vermieden werden soll. 1 Tablette Novothyral mite enthält 25 µg L-Thyroxin-Na und 5 µg L-Trijodthyronin-Na und entspricht damit im Hormongehalt ¼ Tablette Novothyral. **Handelsformen: Novothyral®:** 50 Tabletten mit Kreuzrille DM 13.05; 100 Tabletten mit Kreuzrille DM 23.90. Ferner Anstalts-Packung. **Novothyral® mite:** 50 Tabletten mit Kreuzrille DM 7.65. Ferner Anstalts-Packung. Apoth.-Abg.preise. Stand 1.11.1979. ■

HORMON FORSCHUNG MERCK

E. Merck, Postfach 4119, 6100 Darmstadt 1

## MERCK: Kompetent für die Schilddrüse

**Präoperative Klassifikation nach der ASA-Nomenklatur und postoperative Mortalität**

| ASA-Risikogruppen | Postoperativa Mortalität (%) | |
|---|---|---|
| | Autor: Vacanti et al. n = 68 388 | Autor: Marx et al. n = 34 145 |
| I | 0.08 | 0.06 |
| II | 0.27 | 0.47 |
| III | 1.8 | 4.4 |
| IV | 7.8 | 23.5 |
| V | 9.4 | 50.8 |

Tabelle 2

te Erfassung und objektive Bewertung von spezifischen Risikofaktoren sein. Wesentliche Determinanten intra- und postoperativer Mortalität sind vor allem kardiale, vaskuläre und bronchopulmonale Begleiterkrankungen, außerdem Stoffwechselerkrankungen, Lebensalter, Art der Operation, Operationsdauer, Notfalloperationen und nicht zuletzt die Sorgfalt und das Können der mit Anästhesie und Operation betrauten Ärzte.

In einer detaillierten Studie von Goldman et al. wurde versucht, speziell das kardiale Risiko bei nicht-kardiochirurgischen Eingriffen zu quantifizieren. Er ermittelte neun Risikofaktoren (Tab. 3), die nach einem Punktesystem bewertet wurden und ordnete deren Gesamtsumme vier signifikant unterschiedlichen Risikokategorien zu (Tab. 4).

Es würde den hier verfügbaren Rahmen sprengen, wenn alle genannten Anästhesie-Risikofaktoren nun im Detail erörtert würden. Deshalb sei die Beschränkung auf einige, in der Praxis aber häufige Risikofaktoren des kardiozirkulatorischen Systems erlaubt.

### Arterielle Hypertonie

Die arterielle Hypertonie ist mit einer Inzidenz von 10 bis 40 Prozent eine der häufigsten Begleiterkrankungen bei Patienten, die sich einer Anästhesie und Operation unterziehen müssen. Bei einem erheblichen Teil dieser Patienten wird die Hypertonie erstmals zum Zeitpunkt der Operationsvorbereitung festgestellt, angesichts der einfachen Diagnose und dem unbestrittenen Wert einer antihypertensiven Therapie eine erstaunliche Tatsache.

Die Gefährdung des hypertensiven Patienten in der perioperativen Periode läßt sich mit der Instabilität seines kardiovaskulären Systems gut begründen. Sie äußert sich in einer abnormen Neigung sowohl zu hyper- als auch hypotensiven Zuständen. Hypotensive Episoden beobachtet man insbesondere bei Einleitung der Anästhesie, hypertensive Phasen dagegen häufig bei In- und Extubation und in der hyperadrenergen frühen postoperativen Phase. Durch die Druckschwankungen können reversible und irreversible Funktionsstörungen, insbesondere an Herz, Niere und Gehirn, entstehen. Das Myokard ist bei Vorliegen einer eingeschränkten Koronarreserve ohne Zweifel am höchsten gefährdet. Bei schwerer Hypotension kann durch kritische Abnahme der Myokardperfusion, bei Hypertension durch kritische Zunahme des myokardialen Sauerstoffverbrauchs ein Mißverhältnis zwischen Sauerstoffangebot und -verbrauch entstehen. Eine deutlich über der Norm liegende Rate von intra- und postoperativen Myokardinfarkten dokumentiert die fatalen Folgen und das erhöhte Risiko in dieser Gruppe.

**Risiko-Indizes postoperativer kardialer Komplikationen bei nicht-kardiochirurgischen Eingriffen**

| Kriterien | Punkte |
|---|---|
| 1. *Anamnese* | |
| Alter > 70 Jahre | 5 |
| Myokardinfarkt innerhalb der letzten 6 Monate | 10 |
| 2. *Untersuchung* | |
| $S_3$-Galopprhythmus oder Jugularvenanstauung | 11 |
| Aortenklappenstenose | 3 |
| 3. *EKG* | |
| Kein Sinusrhythmus oder Vorhofextrasystolie | 7 |
| >5 ventrikuläre Extrasystolen/min zu einem beliebigen präoperativen Zeitpunkt | 7 |
| 4. *Allgemeinzustand* | |
| Respiratorisches, renales oder Leberversagen, Hypokaliämie oder metabolische Azidose | 3 |
| 5. *Operation* | |
| Intrathorakale, intraperitoneale oder Aorta-Operation | 3 |
| Notoperation | 4 |
| Mögliche Gesamtpunktzahl | 53 |

Tabelle 3

Eine Verringerung des operativen Gesamtrisikos bei hypertensiven Patienten muß durch Regulation des Blutdrucks angestrebt werden. Dieses Ziel ist mit dem früher häufig praktizierten Absetzen antihypertensiv wirkender Medikamente vor der Allgemeinanästhesie mit Sicherheit nicht zu erreichen. Das Risiko für kardiovaskuläre Komplikationen steigt im Gegenteil sogar an, wenn die antihypertensive Therapie präoperativ unterbrochen wird. Außerdem weisen unbehandelte Hypertoniker nach Untersuchungen von Prys Roberts et al. während der Anästhesie einen wesentlich höheren Grad von kardiovaskulärer Instabilität auf als behandelte Hypertoniker.

Aus dieser Sicht ist die korrekte medikamentöse Behandlung des Hochdruckkranken zu fordern. Eine bereits bestehende antihypertensive Dauertherapie muß über die perioperative Phase hinweg konsequent fortgeführt werden.

### Koronare Herzkrankheit und Herzinfarkt

Die stetige Zunahme kardiovaskulärer Erkrankungen in der Bevölkerung und eine wachsende Zahl älterer Menschen im operativen Krankengut hat in den vergangenen Jahren zum kontinuierlichen Anwachsen der Operationszahlen bei koronar gefährdeten Patienten geführt.

Nicht-kardiochirurgische Eingriffe bei Patienten mit einem koronaren Herzleiden sind im Vergleich zum Normalkollektiv mit einer zwei- bis drei-

**Kardialer Risiko-Index**

| Risikogruppe | Gasamtpunktzahl | Keine oder geringfügige Komplikationen (n = 943) | Lebensbedrohende und fatale kardiale Komplikationen (n = 58) |
|---|---|---|---|
| I | 0 – 5 | 99 | 0.9 |
| II | 6 – 12 | 93 | 7 |
| III | 13 – 25 | 87 | 13 |
| IV | ≥ 26 | 22 | 78 |

Tabelle 4
Postoperativa kardiale Komplikationen und Mortalität bei 1001 untersuchten Patienten, gegliedert nach Risikogruppen (Angabe in Prozent)

fach höheren Mortalität belastet. Überwiegend hierfür verantwortlich ist ein bis zum fünffachen höheres Infarktrisiko und die mit 50 bis 90 Prozent außerordentlich hohe Mortalität des postoperativen Myokardinfarktes.

Ein bereits früher abgelaufenes Infarktereignis prädisponiert zu einem postoperativen Reinfarkt vor allem dann, wenn die Zeitspanne zwischen erstem Infarkt und Operation kurz ist. Nach Tarhan et al. beträgt die Reinfarktquote bei Operationen innerhalb von drei Monaten nach dem Infarktereignis 37 Prozent, zwischen drei und sechs Monaten 16 Prozent und danach 4 bis 5 Prozent.

Elektive Eingriffe sind daher für den Zeitraum von sechs Monaten nach dem Infarktereignis generell kontraindiziert.

Therapeutisches Prinzip ist bei Koronarkranken die Ökonomisierung der Herzarbeit, d. h. eine Anpassung des myokardialen Sauerstoffbedarfs an das limitierte Sauerstoffangebot. Da vor allem Nachlast (afterload), Frequenz und Kontraktilität den Sauerstoffbedarf des Herzens bestimmen, muß sichergestellt werden, daß keiner dieser Faktoren eine kritische Größe annimmt. Dies bedeutet in der Praxis in erster Linie die Vermeidung übermäßiger Blutdruck- und Frequenzanstiege, was medikamentös durch den Einsatz von adrenergen Beta-Rezeptorenblockern realisierbar geworden ist.

Auf dem kardioprotektiven Effekt der Beta-Blocker beim Koronarpatienten kann in der perioperativen Phase nicht verzichtet werden. Besonders kritische Zeitabschnitte sind die Vorbereitungszeit zur Operation mit den häufig zu beobachtenden Angst- und Spannungszuständen, Narkoseeinleitung und Intubation, Extubation und die hyperadrenerge, postoperative Periode. Wegen der schweren und eventuell fatalen Komplikationen nach plötzlichem Absetzen von Beta-Blockern bei Koronarpatienten muß die präoperative Unterbrechung einer bestehenden Dauertherapie unbedingt vermieden werden.

**Herzinsuffizienz**

Das Risiko einer Allgemeinanästhesie und Operation ist bei manifester Herzinsuffizienz wegen des drohenden akuten Herzversagens außerordentlich hoch. Es muß daher präoperativ jede nur mögliche Anstrengung unternommen werden, die Insuffizienz des Herzens zu beseitigen. Als wichtigste therapeutische Maßnahmen gelten Bettruhe, Digitalisierung und Anwendung von Diuretika. Nur wenn Erkrankungen von unmittelbarer vitaler Bedrohung, z. B. Perforationen im Magen-Darm-Trakt, bestimmte Ileusformen usw., zu einer Notoperation zwingen, darf und muß von der Regel des präoperativen Zuwartens abgerückt werden.

Während die Digitalisierung des insuffizienten Herzens unumstritten ist, sind die Ansichten über den Wert einer prophylaktischen Digitalisierung nach wie vor kontrovers. Von den Befürwortern wird die routinemäßige Digitalisierung, vor allem älterer Patienten, mit der bei zunehmendem Alter steigenden Tendenz einer latenten Herzinsuffizienz begründet, die Gegner warnen wegen der Gefahr digitalisbedingter Nebeneffekte vor einer unkritischen Anwendung.

Glykosidbedingte unerwünschte Wirkungen betreffen vor allem das Reizbildungs- und Reizleitungssystem des Herzens. Alle Formen von Herzrhythmusstörungen können digitalisinduziert sein. Potentiell gefährlich könnte außerdem bei eingeschränkter Koronarreserve die glykosidbedingte Kontraktilitätssteigerung werden, wenn sie ein Mißverhältnis zwischen $O_2$-Angebot und $O_2$-Bedarf induziert.

Offensichtlich überwiegen die negativen Aspekte gegenüber einem zweifelhaften Nutzen. Eine prophylaktische Digitalisierung wird daher in der Regel abgelehnt.

**Organisation der Anästhesievorbereitung in der Klinik**

Am Institut für Anästhesiologie erfolgt die präoperative Befunderhebung und Vorbereitung nach einem Stufenprogramm, dessen Umfang von der Dringlichkeit des operativen Eingriffs abhängt. Bei Soforteingriffen im Rahmen der Notfallchirurgie

RECORSAN®
RECORSAN-LIQUID.
Rein phytologisches Kardiotonicum für die kleine Herztherapie
Crataegus-Adonistherapie des Altersherzens
Altersherz, coronare Durchblutungsstörungen, Apoplexieprophylaxe
Hochdruckherz, Gastrokard. Syndrom.
In 100 ml: Rutin solub. 0,6 g. Alkohol. Auszüge aus: Crataegus 37,5 g. Adonis, Visc. alb. āā 8,7 g. Apium grav. Auricul. āā 7,3 g. Val. 13 g. Cola 4,3 g. · 30 ml DM 6,14
Recorsan-Gesellschaft Gräfelfing

(z. B. wegen massiver Blutung) muß auf eine präoperative Befunderhebung praktisch völlig verzichtet werden. Bei dringlichen operativen Eingriffen (z. B. bestimmte Ileusformen) reicht die zur Verfügung stehende Zeit bereits für eine orientierende Abschätzung des Risikos und daraus abzuleitende therapeutische Sofortmaßnahmen aus. Schließlich ist bei nicht dringlichen Operationen das Untersuchungsprogramm so gestaltet, daß selbst leichte Risiken erkannt und unter Umständen einer Behandlung zugeführt werden können.

Nachfolgend wird der zeitliche Ablauf einer geplanten Vorbereitung zum besseren Verständnis kurz skizziert: Auf der Basis eines speziell auf die Bedürfnisse der Anästhesie zugeschnittenen, mehrsprachigen, Patientenfragebogens werden zunächst die Angaben des Patienten selbst und darüber hinaus alle weiteren Befunde und Erkrankungen erfaßt, die für die Beurteilung des Anästhesierisikos insgesamt notwendig sind. Des sind routinemäßig vor allem der klinische Untersuchungsbefund, EKG, Rö-Thorax und die Ergebnisse blutchemischer Analysen.

Die wesentlichen Befunde mit Risikocharekter werden anschließend in eine Risikocheckliste übertragen. Diese berücksichtigt sowohl Faktoren des unmittelbaren als auch des konkurrierenden Anästhesierisikos. Jeder Befund wird mit einer bestimmten Punktzahl bewertet; aus der Gesamtpunktzahl ergibt sich schließlich die Risikogruppe.

Der Anästhesist erhält auf diese Weise einerseits eine Aussage über das Gesamt-Anästhesierisiko, andererseits erkennt er, welche Einzelrisiken eine besondere Rolle spielen, bzw. ob ein höheres Gesamtrisiko kumulativ aus mehreren kleinen Risiken gebildet wird.

Vom Ergebnis der präoperativen Befunderhebung und Risikoeinstufung hängt nun das weitere Vorgehen ab. Unter der Voraussetzung, daß das Risiko nicht erkennbar erhöht ist, wird als nächster Schritt das Anästhesieverfahren mit den notwendigen begleitenden Maßnahmen festgelegt und mit dem Patienten besprochen. Im einzelnen sind dies die Auswahl geeigneter Anästhetika, die Kombinationsmöglichkeiten dieser Medikamente, die Beatmungsform während der Narkose, Art und Umfang des intraoperativen Monitorings (z.B. zentralvenöser Katheter, blutige erterielle Druckmessung, kontrollierte Blutdrucksenkung, Hämodilution, Druckmessung im kleinen Kreislauf), sowie die unmittelbare postoperative Überwachung und Therapie.

Dieses Vorgehen hat sich nech den mehrjährigen Erfahrungen außerordentlich bewährt. So konnte gezeigt werden, daß im Gegensatz zur unspezifischen ASA-Klassifizierung mit der vorliegenden Risikocheckliste eine wesentlich genauere Vorhersage über das zu erwartende Risiko möglich ist. Ein weiterer Vorteil ist, daß die Erfassung spezifischer Risikofaktoren gezielte therapeutische Maßnahmen erlaubt.

**Kooperation zwischen Arzt in freier Praxis und Klinik**

Möglichkeiten zur Kooperation eröffnen sich einerseits im Rahmen der gezielten präoperativen Befunderhebung, die in vielen Fällen ganz oder teilweise vom freipraktizierenden Arzt durchgeführt werden kann, als auch hinsichtlich der präoperativ zu behandelnden Erkrankungen, wenn sie els Risiko für Anästhesie und operativen Eingriff angesehen werden müssen. Eine Abkürzung der präoperativen stationären Liegezeit könnte so erreicht werden.

In dieses Programm sollten nicht einbezogen werden:

Patienten, die sich dringlichen operativen Eingriffen (akutes Abdomen usw.) unterziehen müssen. In diesen Fällen steht zu einer ausführlichen Befunderhebung in der freien Praxis keum genügend Zeit zur Verfügung. Die Entscheidung über Art und Umfang der Vorbefunde sollte hier den in der Klinik tätigen Kollegen überlassen werden. Andererseits sind euch hier Kurzmitteilungen über Vorerkrankungen, Medikamenteneinnahme, Allergien usw. im Einzelfall sehr wertvoll. Eine Aussage hierüber sollte dem freiprektizierenden Arzt möglich sein.

Bei Säuglingen und Kindern ist zu bedenken, daß deren Anästhesierisiko nicht allein mit den für Erwachsene geltenden Maßstäben beurteilt werden kenn. Die präoperativ notwendigen Mikro-Blutuntersuchungen dürften oft technische Probleme verursechen.

Die Domäne einer zukünftigen – oder bereits realisierten – Zusammenarbeit ist in der Anästhesievorbereitung bei geplanten Eingriffen (ambulant und stationär) zu sehen, denn die weitaus größte Zahl der operationsbedürftigen Patienten fällt in diese Gruppe. In Abhängigkeit davon, ob der Patient

1. zunächst zur Stellung der Operationsindikation und/oder zur Vereinbarung des Operationstermins in die operative Ambulanz, oder

2. unmittelbar zur Operation überwiesen wird,

ergeben sich unterschiedliche Kooperationsmöglichkeiten.

Im Falle 1. sollte der Anästhesist unmittelbar an die Indikationsstellung zur Operation mit eingeschaltet werden. Gestützt auf eine Voruntersuchung sollte dann das vom freipraktizierenden Arzt durchzuführende Untersuchungs- und Behandlungsprogramm zur Narkosevorbereitung geplant werden.

Über die Tätigkeit von Anästhesieambulanzen liegen positive Erfehrungsberichte vor.

In der Mehrzahl der Fälle jedoch wird der Patient vom freipraktizierenden Arzt unmittelbar zur Operation stationär oder ambulant überwiesen (Fall 2.). Ein zusätzlicher Gewinn an Sicherheit für den Patienten und eine Abkürzung der präoperativen Liege- bzw. Wartezeit sind nur dann erreichbar, wenn der freipraktizierende Arzt in Zusammenarbeit mit anderen Fachkollegen, die zur Beurteilung der Operationsfähigkeit erforderlichen Befunde ganz oder überwiegend erstellt und den anästhesiologischen Kollegen zuleitet.

Damit dieses Vorgehen erfolgreich ist, müssen zunächst klare und einheitliche Vorstellungen über den Umfang der generell zu einer Anästhesie erforderlichen Vorbefunde erzielt werden. Außerdem muß gewährleistet sein, daß die euf den freipraktizierenden Arzt zukommende Arbeitsmehrbelastung in einem vertretbaren Rahmen bleibt, d. h., es muß eine rationelle Dokumentation der präoperativ erhobenen Untersuchungsbefunde und Therapiemaßnahmen auf einem vorgefertigten Protokollblatt ermöglicht werden.

# Von morgens bis morgens

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

Täglich
**1x1**
Tablette

Ausgeprägt
kardioselektiv

# TENORMIN® 50
# TENORMIN® 100

Der Hypertonieblocker mit Langzeitwirkung

**Jetzt im Kalender-pack**

zur besseren Einnahmedisziplin

**Zusammensetzung**: 1 Filmtablette enthält 50 bzw. 100 mg Atenolol.

**Indikation**: Leichte bis mittelschwere Hypertonie (essentielle und renale Formen).

**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 Filmtablette Tenormin 50. Falls erforderlich, Steigerung auf 1 mal täglich 2 Tabletten Tenormin 50 oder 1 mal täglich 1 Tablette Tenormin 100. Tenormin läßt sich gegebenenfalls mit anderen blutdrucksenkenden Mitteln (Diuretika, Dihydralazin u. a.) kombinieren.

**Wechselwirkungen**: Bei Diabetikern kann unter Umständen eine Anpassung der Diabetesbehandlung notwendig sein. Vor einer Narkose sollte der Anaesthesist 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 Bronchodilatatoren rasch aufgehoben werden. Bei Patienten mit eingeschränkter Nierenfunktion wird Dosisanpassung empfohlen. Bei Bestehen einer koronaren Herzkrankheit soll Tenormin nicht plötzlich abgesetzt werden.

**Antidote**: Atropin (0,5 – 2 mg i.v.), Orciprenalin (0,5 mg i.v.).

**Handelsformen und Preise**: 50 mg Filmtabletten: Packung zu 28 Tabletten DM 27,29. Packung zu 56 Tabletten DM 51,18. Packung zu 98 Tabletten DM 83,22. Anstaltspackungen.

100 mg Filmtabletten: Packung zu 28 Tabletten DM 46,45. Packung zu 56 Tabletten DM 84,93. Packung zu 98 Tabletten DM 133,34. Anstaltspackungen.

Stand Januar 1980

ICI-Pharma Arzneimittelwerk Plankstadt

Hierzu wird nunmehr ein Fragebogen zur Verfügung stehen, der sich auf eine Zusammenarbeit zwischen der Kassenärztlichen Vereinigung Bayerns, Vertretern der Deutschen Gesellschaft für Anästhesiologie und Intensivmedizin sowie des Berufsverbandes Deutscher Anästhesisten gründet. Damit wird dann eine Organisationsform geschaffen, die den Arzt in freier Praxis in hohem Maße in die Anästhesievorbereitung und damit auch in die Operationsvorbereitung integriert. Erwartungsgemäß wird sich hierdurch die Sicherheit für den Patienten erhöhen. Gleichzeitig sollte auch ein Beitrag zur Kostensenkung im Krankenhauswesen möglich sein.

**Schlußbemerkungen**

Jede Narkose ist ein Eingriff in die Integrität des Organismus und führt zu einer Beeinträchtigung der Vitalfunktionen. Sie wird daher stets mit einem Risiko verbunden bleiben. Zur Bestimmung dieses Risikos ist eine Vielzahl von Faktoren zu berücksichtigen, wobei jedoch sowohl ihre Erfassung als auch Bewertung ein insgesamt noch ungelöstes Problem darstellt. Dennoch muß die Beurteilung des Anästhesierisikos heute nicht mehr dem Zufall bzw. der rein subjektiven Bewertung überlassen werden, sondern kann sich auf objektive Daten stützen. Auf dieser Basis sind gleichzeitig gezielte therapeutische Maßnahmen zur Verringerung des Anästhesierisikos insgesamt möglich. Bei enger Kooperation zwischen Arzt in freier Praxis, klinisch tätigen Anästhesisten und Operateur sollte es möglich sein, sowohl die notwendige Befunderhebung, als auch die eventuell erforderliche Therapie, breiter als bislang in den vorstationären Bereich zu verlagern.

Literatur bei den Verfassern.

Anschrift der Verfasser:
Dr. med. K. *Unertl* und Professor Dr. med. K. *Peter*, Klinikum Großhadern, Marchioninistraße 15, 8000 München 70

# Ärztliche Untersuchung vor Operation und Anästhesie

Zu den wichtigen Zielen des bayerischen Vertrages mit den RVO-Kassen gehört es, die Krankenhauseinweisungen auf das unbedingt notwendige Maß zu beschränken und im Falle der notwendigen Einweisung die diagnostischen Leistungen soweit wie möglich vorher ambulant zu erbringen. Die Entwicklung zeigt, daß dies von den bayerischen Kassenärzten positiv aufgenommen wurde, wenn wir auch noch ein Stück vom Ziel entfernt sind. Wir können ihnen jetzt eine weitere Maßnahme zur verbesserten Zusammenarbeit zwischen ambulant und stationär tätigen Ärzten vorstellen.

Es ist heute nicht mehr streitig, daß bei einem Patienten, bevor er auf den Operationstisch kommt und eine Anästhesie bei ihm eingeleitet wird, eine interne Untersuchung erforderlich ist, um sein Operationsrisiko zu verringern.

Der Umfang dieser Untersuchung war bisher unterschiedlich, denn es mußten ja erst Erfahrungen darüber gesammelt werden, was notwendig ist, um eine Aussage machen zu können.

Nach eingehenden Beratungen mit den Landesverbänden der Deutschen Gesellschaft für Anästhesiologie und Intensivmedizin und des Berufsverbandes Deutscher Anästhesisten hat der Vorstand der Kassenärztlichen Vereinigung Bayerns nunmehr ein Untersuchungsprogramm beschlossen, welches voll dem Grundsatz „notwendig und wirtschaftlich" entspricht. Zur Vereinfachung der Arbeit des Kassenarztes wurde für die Aufzeichnung der Untersuchungen ein Dokumentationsbogen ausgearbeitet, der von den für solche Untersuchungen fachlich zuständigen Ärzten (Praktische- bzw. Allgemeinärzte, Internisten, bei Kindern auch Kinderärzte) bei den Formularverteilungsstellen bezogen werden kann. Für Untersuchungen, die ein Kassenarzt nicht selbst machen kann, z. B. Röntgen-Thorax, wird in üblicher Weise eine Überweisung vorgenommen. Es dürfte sich aus Gründen der Leserlichkeit empfehlen, die Dokumentationsbögen mit der Schreibmaschine auszufüllen, was auch die Herstellung eines in jedem Falle notwendigen Durchschlages für die eigene Kartei erleichtert.

Das EKG und die Röntgenaufnahme Thorax müssen selbstverständlich im Dokumentationsbogen genau beschrieben und befundet werden. Bei „Weitere Bemerkungen" nimmt der untersuchende Arzt dazu Stellung, ob aufgrund seiner Untersuchungen ein erhöhtes Risiko einer Allgemeinanästhesie oder der geplanten Operation besteht.

Der Vorstand der Kassenärztlichen Vereinigung Bayerns geht von der Erwartung aus, daß – abgesehen von dringenden Fällen, die eine Voruntersuchung nicht zulassen – kein Patient mehr in das Krankenhaus zur Operation, gleich welcher Art, eingewiesen wird ohne vorherige Durchführung dieser Untersuchung.

Der Patient nimmt dann den Dokumentationsbogen, das Original-EKG und die Röntgenaufnahme Thorax mit in das Krankenhaus. Dazu hat die Kassenärztliche Vereinigung Bayerns ja schon seit längerer Zeit die Grüne Tüte eingeführt, die ebenfalls bei der Formularverteilung angefordert werden kann. Auch alle Befunde, die das Grundleiden betreffen, werden in der gleichen Tüte in das Krankenhaus mitgegeben. Der Patient muß in aller Regel so durchuntersucht sein, daß die Kollegen im Krankenhaus ohne zeitlichen Verzug den notwendigen Eingriff vornehmen können und dadurch sowohl Doppeluntersuchungen wie teure Krankenhaustage eingespart werden. Ein solches rationelles Vorgehen sind wir auch unseren Patienten schuldig. Die bayerischen Ärzte in Kassenpraxis und Krankenhaus leisten damit einen weiteren Beitrag zur Verbesserung der ärztlichen Versorgung ihrer Mitbürger und zugleich zum wirtschaftlichen Einsatz der Gelder unserer Krankenkassen.

# Protokollblatt zur Befunddokumentation im Rahmen der Anästhesievorbereitung

| AOK | LKK | BKK | IKK | VdAK | AEV | Knappschaft |
|---|---|---|---|---|---|---|
| | | | | | | |

Neme des Versicherten — Vorname — geb. am

Ehegatta/Sonst. Angeh. — Vorneme — geb. em

Arbeitgeber [Dienststelle]/Mitgl.-Nr./Freiw./Rentner

Wohnung des Patienten

Beruf

Körpergröße — Gewicht

Stempel des Arztes

**An die Anästhesieabteilung des Krenkenhauses**

.....

.....

Diagnose: .....

Geplanter Eingriff: .....

.....

**A)**

**Frühere Narkosen, einschl. evtl. Komplikationen**

(z. B. Intubetionserschwernis, Kreislaufstillstand, verlängerte Wirkung von Narkotika und Muskelrelaxantien, Transfusionskomplikationen, maligne Hyperthermie)

.....

.....

.....

**B)**

**Frühere oder zur Zeit bestehende sonstige Erkrankungen:**

ja / nein

Wenn nein, weiter bei C

Wenn ja, detaillierte Angaben erbeten unter Ziffer 1 bis 7 über Art, Dauer und Schweregrad der Erkrankung, sowie therapeutische Maßnahmen.

**1.) Erkrankungen des Herzens und der Gefäße**

z. B. Herzinsuffizienz, Koronare Herzkrankheit, Herzvitium, Herzrhythmusstörungen, arterielle Hypertonie, arterielles Verschlußleiden, Venenerkrankungen

.....

.....

.....

.....

.....

.....

**2.) Erkrenkungen der Atmungsorgane:**

z. B. Akute/chronische Entzündung der oberen/unteren Atemwege, Asthma bronchiale, Emphysem, Lungenfibrose und endere restriktive Lungenerkrenkungen, Cor pulmonale

.....

.....

**3.) Stoffwechselerkrankungen:**

z. B. Diabetes mellitus, Hyperlipidämie, Hyperurikämie

.....

.....

.....

.....

.....

.....

**4.) Lebererkrankungen:**

z. B. Hepatitis, Fettleber, Cholestase, Cirrhose

.....

.....

.....

**5.) Nierenerkrenkungen**

z. B. Entzündungen, Steinleiden

.....

.....

.....

.....

noch Abschnitt B

**6.) Allergien:**
z. B. Medikamente, Nahrungsmittel

**7.) Andere Erkrankungen:**
z. B. Infektionen (Tb etc.), endokrinologische Störungen, Myasthenia gravis, multiple Sklerose, Glaukom, Blutungsneigung

**C)**

**1.) Regelmäßige Medikamenteneinnahme**
(einschl. Schmerz-, Schlaf-, Beruhigungsmittel, Laxantien, Ovulationshemmer)

**2.) Nikotin- und Alkoholkonsum**

**3.) Besteht eine Gravidität?**

**D) Aktuelle Befunde**

**1.) Grundprogramm**
(grundsätzlich für jede Anästhesie erforderlich)

Blutdruck
Puls
Größe / Gewicht
Blutgruppe vorhanden? ja / nein

**Laboretoriumsuniersuchungen**

Hb oder Hk
Blutzucker
SGPT
Gamma-GT
Urinstatus (STIX)

Kalium
Natrium
Kreatinin
Gerinnungsstatus (Quick, PTT, Thrombozyten)

**EKG-Befund *) vom**

Röntgen-Thorax:

**Röntgenaufnahmen und EKG im Original beifügen**

**2.) Erweitertes Progremm**
(je nach Anforderung des Anästhesiologen oder des Operateurs)

**Laboratoriumsuntersuchungen**

Großes Blutbild
Gesamteiweiß

Blutgruppe
Blutgase

**3.) Bemerkungen** (Stellungnahme zur Operationsfähigkeit)

***) In jedem Falle sind 12 Ableitungen erforderlich.**
Standard, Goldberger- und Brustwandableitungen grundsätzlich mit Belastungs-EKG; Ruhe-EKG ohne Belastung, wenn dadurch allein ein pathologischer Befund ausreichend diagnostisch gesichert erscheint.

Datum / Unterschrift

# Wyeth Tavor®

## sorgt für Distanz zum psychischen Konflikt.

## Angstzustände und Angstbereitschaften werden abgebaut.

## Autonome, vegetative Regulationen werden harmonisiert.

## Organfunktionsstörungen und psychosomatische Erkrankungen verlieren ihre psychogene Basis.

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

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

**Gegenanzeige:**
Myasthenia gravis.

**Vorsichtsmaßnahmen:**
In höherem Alter, bei Zerebralsklerotikern und Kranken in reduziertem Allgemeinzustand sollen nur geringe Dosen angewendt 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 Bewegungsinkoordination und Doppelbilder, ferner seltene vegetative Symptome wie Mundtrockenheit und Übelkeit. In Einzelfällen wurden – wie auch bei anderen Benzodiazepinen – amnestische Erscheinungen beobachtet.
Bei einem Psychopharmakon dieses Typs ist es nicht völlig auszuschließen, daß längere und hochdosierte Anwendung bei entsprechend disponierten und zu Mißbrauch neigenden Patienten zu einer gewissen Abhängigkeit führen kann.

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

**– in der allg. und internistischen Praxis:**
2- bis 3mal 1 Tablette **Tavor 1,0** pro Tag. Bei emotional bedingten Schlafstörungen genügt in der Regel 1 Tablette **Tavor 1,0** vor dem Schlafengehen.

**– in der Chirurgie und Anaesthesiologie:**
Praeoperativ 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, Angstsymptome, Toxikomanien, Alkoholentziehungskur 5 bis 7,5 mg (2 bis 3 Tabletten **Tavor 2,5** pro die), Erhaltungsdosis nach initialer Dosenanpassung.

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 7,25, 17,02, 110,84 H. AT.
**Tavor 2,5** OP 20, 50, AP 500 Tabletten
DM 13,41, 31,78, 214,08 H. AT.
In Österreich als Tamesta 1,0 und Tamesta 2,5 im Handel.

WYETH-PHARMA
44 Münster (Westfalen)
Postfach 8808

Tav. 2/79 Ger

# Wiedereinführung des Leichenschauarztes?

von S. Naser

Am 24. September 1979 ist das Bayerische Bestattungsgesetz vom 24. September 1970 (GVBl. S. 417, ber. S. 521) neun Jahre in den die ärztliche Leichenschau betreffenden Teilen unverändert in Kraft. Das Bestattungsgesetz hat sich in der Praxis gut bewährt. Dies gilt auch für die Bestimmungen über die Leichenschau, obwohl die Kritik hieran nicht enden will.

Mit zunehmenden Berichten über die Ausstellung von Todesbescheinigungen für noch Lebende („Der Spiegel" vom 12. Dezember 1977, S. 110 ff., Scheintod) oder über eine fehlerhafte Feststellung der Todesursache („Münchner Merkur" vom 20. April 1978, Leben die meisten Mörder unentdeckt unter uns?; Mätzler, Über Schwachstellen im Leichenwesen, in: Kriminalistik, 1978, S. 205 ff; „Der Spiegel vom 8. Mai 1978), Landtags- und Bundestagsanfragen zu diesen Problemen, mehrt sich auch die ärztliche Kritik an der Regelung des Art. 2 des Bayerischen Bestattungsgesetzes (= BestG), wonach in Bayern grundsätzlich jeder Arzt zur Leichenschau verpflichtet ist. Neben schlichtweg falschen Stellungnahmen (z. B. Bendixen, im „Münchner Merkur" vom 16. November 1977, wonach in Bayern jetzt auch Zahnärzte zur Leichenscheu verpflichtet seien), wird der Ruf nach der Einführung von besonderen Leichenscheuärzten (z. B. in Form des vor Inkrafttreten des Bestattungsgesetzes bestehenden, amtlich bestellten Leichenschauers) immer lauter. Die Begründungen hierfür sind mannigfaltig. Von kriminalistischer Seite (Mätzler, in: Kriminalistik 1978, S. 205 ff.) wird vorgebracht, daß die meisten Ärzte gerichtsmedizinisch nicht vorgebildet sind, es ihnen an Erfahrungen in der Beurteilung der vielfältigen Leichenerscheinungen fehle und sie häufig eine wenig qualifizierte Leichenschau unter Verstoß gegen die gesetzlichen Bestimmungen vornehmen würden. Verschiedene Fälle, in denen Ärzte trotz eindeutiger Schuß- und Stichwunden einen „natürlichen Tod" bescheinigt haben, werden aufgezählt. Aus Baden-Württemberg wurden im Jahr 1977 vier Fälle der Ausstellung von Todesbescheinigungen für Scheintote gemeldet (Mallach, Barz und Mattern, Bemerkungen zum Bestattungsgesetz von Baden-Württemberg, „Medizinische Welt", 1977, S. 1905–1908). Am 30. November 1978 wurde der bereits 1969 für scheintot erklärte Josef Ramosch anläßlich des Erscheinens eines Buches von Boetzkes „Scheintot begraben", in München der Presse vorgeführt („Münchner Merkur" vom 1. Dezember 1978, „Scheintot begraben, – wird die Leichenschau zu lasch gehandhabt?").

### Der Augenarzt als Leichenschauer

Die Einwände verschiedener Ärzte gegen die gesetzlichen Bestimmungen lassen sich letztlich darauf zurückführen, daß es eine schlechte Lösung sei, u. a. auch Augenärzte oder Röntgenologen zur ärztlichen Leichenschau zu verpflichten. Es würden durch eine solche Regelung geradezu Fehler provoziert, denn man könne z. B. von solchen Ärzten nicht erwarten, daß sie bei der Vornahme einer Leichenschau an der Farbe der Totenflecken eine Kohlenmonoxydvergiftung erkennen würden. Aus der Sicht der Rechtsmedizin müsse daher am Sachverstand des Gesetzgebers gezweifelt werden (so Eisenmenger, Der Tod am Notfallort, in: Leben retten, Informationen für das Sanitäts- und Rettungswesen, Heft 2/79).

### Leichenschau durch den Notarzt

Von ärztlicher Seite (vgl. z. B. Eisenmenger, a. a. O.) wird weiterhin die Regelung des Art. 2 Abs. 2 Nr. 1 BestG mit der Behauptung angegriffen, sie verpflichte auch den Notarzt am Notfallort zur Vornahme der ärztlichen Leichenschau, obwohl er häufig dazu gar nicht in der Lege sei und die Vornahme einer Leichenschau doch nicht Aufgabe eines Unfallarztes sein könne, der häufig dringender an anderen Stellen benötigt werde. Wird dann noch auf Art. 18 Abs. 1 Nr. 6 BestG verwiesen, wonach ein Arzt mit Geldbuße belegt werden kann, wenn er seiner Pflicht, die Leichenschau vorzunehmen, nicht oder nicht rechtzeitig nachkommt, so wird damit unausgesprochen der Anschein erweckt, daß der Notarzt sich in die Gefahr einer bußgeldlichen Ahndung begibt, wenn er nicht am Unfallort die Leichenschau vornimmt. Daeschlein (Der Tod am Unfallort, in: „Leben retten", Heft 2/79) meint daher unter Bezugnahme auf die Ausführungen von Eisenmenger, im Hinblick auf die bestehende Rechtsunsicherheit bedürfe es einer grundsätzlichen Klärung, ob jeder Notarzt berechtigt oder auch verpflichtet ist, die Leichenschau vorzunehmen, denn der Einsatz von Rettungsmitteln nur zum Zwecke einer Leichenschau müsse nach den bestehenden rechtlichen Bestimmungen sicherlich abgelehnt werden.

### Ärztlicher Gewissenskonflikt bei der Leichenschau

Weiterhin wird aus kriminalistischer und ärztlicher Sicht beanstandet, daß die Regelung des Art. 2 BestG wonach jeder Arzt zur Ausstellung von Todesbescheinigungen berechtigt ist, dazu führen kann, daß Kunstfehler des zuletzt behandelnden Arztes vertuscht werden, indem dieser Arzt die Leichenschau selbst vornimmt. Der zuletzt behandelnde Arzt müsse daher von der Vornahme der Leichenschau ausgeschlossen werden.

Die Regelung der Leichenschau im bayerischen Bestattungsrecht wird aus rechtsmediiznischer Sicht auch deswegen für nicht unproblematisch gehalten, weil sie den die Leichenschau vornehmenden Arzt in einen Gewissenskonflikt bringe, wenn § 25 Nr. 5 der Verordnung zur Durchführung des Bayerischen Bestattungsgesetzes die Möglichkeit der Verhängung einer Geldbuße gegen den Arzt vorsieht, der Anhaltspunkte für einen nicht natürlichen Tod an einer Leiche feststellt, dies aber entgegen der Bestimmung des § 4 Abs. 1 Satz 2 BestV nicht der Polizei mitteilt und ihr die Todesbescheinigung mit der Durchschrift nicht zuleitet. Insbesondere in Fällen des Suizids möchten die Angehörigen verhindern, daß dies in den Todesbescheinigungen zum Ausdruck komme.

Letztlich würden sich Konflikte für den Notarzt aus dem gesetzlichen Verlangen nach *Untersuchung* (Art. 2 Abs. 1 BestG) eines Toten ergeben. „Welcher Notarzt würde regelmäßig bei Notfalleinsätzen, bei denen eine Leichenschau vorzunehmen ist, auf einer völligen Entkleidung bestehen, um die Leichenschau ordnungsgemäß durchführen zu können?" Spezielle Hemmungen würden dann noch hinzutreten, wenn der Verstorbene eine ältere Person ist oder einem höheren sozialen Niveau entstammt. Alles in allem sei daher die praktische Durchführung der Bestimmungen des bayerischen Bestattungsrechts fast nicht möglich und die Juristen müßten darauf hingewiesen werden, daß die praktische Durchführung des Gesetzestextes an der Wirklichkeit scheitere (so Eisenmenger a. a. O.).

**Leichenschauregelung hat sich bewährt**

Die massive Kritik an der Regelung der ärztlichen Leichenschau im bayerischen Bestattungsrecht muß überraschen, zumal sie von ärztlicher Seite zum Teil von kompetenten Sachkennern vorgebracht wird.

Bei näherem Hinsehen gehen viele Kritiker jedoch teilweise von einer Fehlinterpretation des Gesetzes aus, verallgemeinern höchst seltene Einzelfälle zum Regelfall oder — und das muß euch einmal klar zum Ausdruck gebracht werden — versuchen, höchst seltene ärztliche Fehlleistungen infolge einer nachlässigen Durchführung der Leichenschau dem Gesetzgeber enzulasten.

Zunächst einmal ist klarzustellen, daß in Hunderttausenden von Fällen (ca. 700 000 Todesfälle jährlich in der Bundesrepublik) die ärztliche Leichenschau gewissenhaft, korrekt und ohne euftretende Schwierigkeiten vorgenommen wird. Die Aufmachung einiger spektakulärer Fälle in der Boulevardpresse darf nicht dazu verleiten, anzunehmen, daß die fehlerhafte Ausfüllung der Todesbescheinigung ein häufig vorkommender Fall ist. In Bayern ist im Februar 1980 ein aufsehenerregender Fall der Ausstellung einer Todesbescheinigung für eine noch lebende Frau bekanntgeworden. In ganz wenigen Fällen wurde jedoch enstelle eines unnatürlichen Todes fälschlicherweise in der Todesbescheinigung ein natürlicher Tod bescheinigt.

**Jeder Arzt ist zur Leichenschau befähigt**

Es ist davon auszugehen, daß aufgrund seiner Ausbildung jeder Arzt zur Vornahme der Leichenschau befähig ist. Gerade die gravierensten Fälle einer fehlerhaften Ausstellung von Todesbescheinigungen sind ja nicht auf mangelnde ärztliche Fähigkeiten zurückzuführen, sondern gründen in einer oberflächlichen Vornahme der Leichenschau. Bei Beachtung der Grundsätze des Art. 2 BestG und der §§ 2 bis 4 BestV, wonach z. B. Art. 2 Abs. 1 BestG eine Untersuchung erfordert, die ordnungsgemäß nur unter genauer Betrachtung der unbekleideten Leiche von allen Seiten bei guter Beleuchtung vorgenommen werden kann (Bachmann, Zur Praxis der Leichenschau, in: „Bayerisches Ärzteblatt", 1971, S. 180 ff.), wären die gravierensten Fehlleistungen (z. B. Bescheinigung eines natürlichen Todes bei offensichtlichen Schuß- oder Stichwunden) nicht vorgekommen. Ebenso unvorstellbar wäre die Ausstellung von Todesbescheinigungen für noch Lebende, wenn die medizinischen Erkenntnisse über sichere Todeszeichen (hierzu: Bachmann, a. a. O.; Ploch, Gesetzliche Grundlagen der Leichenschau · Gedanken zur Sorgfaltspflicht des ärztlichen Leichenschauers, in: „Rheinisches Ärzteblatt", 1978, S. 320 ff.) beachtet worden wären. Sicherlich ist im Zuge der fortschreitenden Reanimations- und Transplantationstechniken die Feststellung des Todeseintritts schwieriger geworden, doch verpflichet das bayerische Bestattungsrecht keinen Arzt zur übereilten Todesfeststellung, wenn er sich nicht ganz sicher ist. Zwar schreibt § 3 der BestV vor, daß der zur Leichenschau zugezogene Arzt die Leichenschau unverzüglich vorzunehmen hat, doch besagt das nicht, daß etwa auch die Todesbescheinigung unverzüglich auszustellen wäre. Der Arzt darf eine Todesbescheinigung erst ausstellen, wenn er sich absolut sicher ist, daß der Tod eingetreten ist. In Zweifelsfällen muß der Arzt abwarten und eine gewisse Zeit später nochmals die Leichenschau vornehmen. Zu einer solchen Todesfeststellung sind auch noch die so oft zitierten Augenärzte oder Röntgenologen befähigt. Im übrigen wird mit der Verweisung auf diese Fachärzte auf einen höchst seltenen Einzelfall verwiesen. Der Fall, daß ein Augenarzt oder Röntgenologe zur Leichenschau verpflichtet wurde, kommt häufiger bei den Kritikern in der Literatur als in der Praxis vor.

Es könnte kein Arzt belangt werden, der nach Vornahme der Leichenschau feststellt, er sei sich nicht sicher, ob bereits der Tod eingetreten ist oder was die Todesursache ist. Sofern derartige Zweifel bestehen, ist jeder Arzt verpflichtet, die Ausstellung einer Todesbescheinigung zu verweigern bzw. die Todesursache offen zu lassen.

**Amtlicher Leichenschauer unnötig**

Es soll nicht bestritten werden, daß es in Einzelfällen besonders ausgebildeten Leichenschauärzten leichter möglich ist, die Todesursache zu erkennen, doch rechtfertigt dies nicht die mit der Einführung eines amtlich bestellten Leichenschauarztes verbundene Bürokratisierung und Kostensteigerung, von den sicher auftretenden Personalproblemen einmal ganz abgesehen. In Zweifelsfällen, ob Anhaltspunkte für einen nicht natürlichen Tod gegeben sind (§ 4 BestV), wird der zugezogene Leichenschauarzt immer die Polizei verständigen (§ 4 Abs. 1 Setz 2 BestV), die zur Aufklärung ihrerseits vom Gesundheitsamt oder einem Landgerichtsarzt die Wiederholung der Leichenschau verlangen kann (§ 5 BestV).

Bereits seit neun Jahren besteht die Pflicht zur Leichenschau für alle Ärzte, so daß es auch ihre Pflicht ist, sich in diesem Bereich weiterzubilden. Der sorgfältig ausgebildete Arzt, der sich, wie es seiner gesetzlichen Pflicht entspricht, auch um seine Weiterbildung bemüht hat, ist in jedem Fall fachlich zur Durchführung der Leichenschau geeignet. Fehler in Randbereichen werden euch durch amtlich bestellte Leichenschauärzte in Einzelfällen nicht vermieden werden können, da häufig erst eine Obduktion Endgültiges über die Todesursache auszusagen vermag.

Die Kritik am bayerischen Leichenschaurecht aus der Sicht des Notarztes geht ebenfalls fehl. Insbesondere besteht in diesem Bereich auch keine Rechtsunsicherheit. Daß jeder niedergelassene oder angestellte Arzt, also auch der Notarzt, zur Leichenschau berechtigt ist, kann nach dem Wortlaut des Art. 2 Abs. 1 BestG nicht zweifelhaft sein. Ein Notfallarzt

ist denn nicht zur Vornahme einer Leichenschau verpflichtet, wenn es sich um einen an einem Krankenhaus tätigen Arzt handelt. Denn der in Krankenhäusern und Entbindungsheimen tätige Arzt ist nur *in* Krenkenhäusern und Entbindungsheimen zur Vornahme der Leichenschau verpflichtet (Art. 2 Abs. 2 Nr. 2 BestG), d. h., dieser Notarzt würde nur zur Vornahme der Leichenschau verpflichtet sein, wenn die Leiche in das Krankenhaus verbracht wird, an dem er tätig ist. Ein niedergelassener Arzt, der als Notarzt tätig ist, ist grundsätzlich auch im Notarzteinsatz zur Vornahme der Leichenschau verpflichtet, wenn er in dem Gebiet der Kreisverwaltungsbehörde, in dem sich die Leiche befindet, oder in dem Gebiet einer angrenzenden kreisfreien Gemeinde niedergelassen ist. Dies bedeutet aber keineswegs für den Notarzt die generelle Verpflichtung zur Vornahme der Leichenschau. Die Pflicht zur Vornahme der Leichenschau für den Notarzt setzt voraus, daß an ihn von den in Art. 15 oder Art. 14 Abs. 2 BestG Genannten (z. B. Verwandte, Polizei usw.) ein Verlangen auf Vornahme der Leichenschau gerichtet wird. Ohne die Gefahr einer bußgeldlichen Verfolgung befürchten zu müssen, kann der Notarzt die Vornahme der Leichenschau ablehnen, wenn er im Notarzteinsatz dringend an anderer Stelle gebraucht wird, denn der zur Leichenschau herbeigezogene Arzt hat die Leichenschau unverzüglich (§ 3 BestV), d. h. ohne schuldhaftes Zögern (§ 121 BGB), vorzunehmen. Ein Notarzt, der dringend an anderer Stelle benötigt wird, zögert in keinem Fall im Sinne des § 3 BestV schuldhaft mit der Vornahme der Leichenschau, so daß die Verhängung einer Geldbuße nach Art. 18 Abs. 1 Nr. 6 BestG gegen ihn nicht in Frage kommt. Wenn der Notarzt Zeit hat und der Tod eindeutig und sogleich feststellbar ist, was gerade bei Unfällen nicht selten ist, so ist nicht einzusehen, wieso nicht auf Verlangen der Angehörigen der anwesende Notarzt die Leichenschau vornehmen muß, sondern erst die Herbeiholung eines weiteren Arztes erforderlich sein soll. Ein Einsatz von Rettungsmitteln zum Zwecke der Leichenschau findet somit nicht statt und die beklagte Rechtsunsicherheit in diesem Bereich ist nicht ersichtlich.

Die weiter vorgebrachten Gründe, Notärzte würden in solchen Fällen die Leichen nicht entkleiden (insbesondere bei älteren Personen oder bei soziel höhergestellten Verstorbenen), bedarf wohl keiner ernsthaften Entgegnung. Sollte vereinzelt einmal so gehandelt werden, so ist dies dem Notarzt und nicht dem Gesetzgeber anzulasten. Gleiche Einwände könnte man schließlich auch gegen den die Leichenschau vornehmenden Hausarzt einwenden.

Die bisherige Praxis hat gezeigt, daß ein gesetzlich normiertes Mißtrauen gegen den Arzt, der den Verstorbenen zuletzt behandelt hat, auf keinen Fall gerechtfertigt ist. Den zuletzt behandelnden Arzt von der Vornahme der Leichenschau auszuschließen, ist im Hinblick auf die gesetzliche Regelung der ärztlichen Leichenschau nicht erforderlich und würde im übrigen dazu führen, daß in vielen Fällen gerade der Arzt, der das Vertrauen der Angehörigen genießt und der aufgrund der vorausgehenden Behandlung über die Todesursache oft die meisten Anhaltspunkte besitzt, von der Feststellung der Todesursache ausgeschlossen ist. Die Angehörigen sind nicht verpflichtet, diesen Arzt zur Vornahme der Leichenschau auszuwählen, sondern können einen anderen Arzt mit der Vornahme der Leichenschau beauftragen oder auch nachträglich beim Gesundheitsamt eine Wiederholung der Leichenschau anregen, wenn sie glauben, es lägen Anhaltspunkte für die Vertuschung von Kunstfehlern vor. Wenn aber die Angehörigen dem häufig jahrelang behandelnden Arzt ihr Vertrauen schenken, so besteht kein Anlaß, ihn gesetzlicherseits bereits mit dem Makel des Verdachts eventueller Kunstfehler zu behaften und bereits generell von vornherein von der Vornahme der Leichenschau auszuschließen.

Zugegeben sei, daß der die Leichenschau vornehmende Arzt in einen Konflikt kommen kann, wenn er Tod infolge Suizid feststellt und die Angehörigen dies verbergen möchten. In diesem Fall verpflichtet § 4 Abs. 1 Satz 2 BestV den Arzt zur Mitteilung des Suizidverdachts auch gegen den Willen der Angehörigen an die Polizei. Bei Verstoß hiergegen kenn der Arzt mit Bußgeld belegt werden (§ 25 Nr. 5 BestV). Der Konflikt wurde vom Gesetzgeber durchaus gesehen, aber unter Abwägung aller Interessen dahingehend gelöst, daß der Arzt zur Mitteilung verpflichtet wird, denn häufig ist ohne nähere kriminalistische Untersuchungen oder ohne eine Obduktion nicht zu klären, ob tatsächlich ein Suizid vorliegt oder ein solcher nur vorgetäuscht wurde. Schamgefühle der Angehörigen müssen hinter diesen Interessen der Strafrechtspflege zurückstehen, zumal der Arzt sich den Angehörigen gegenüber darauf berufen kann, er sei kraft Gesetzes zur Mitteilung seines Verdachts verpflichtet. Diese Mitteilung bedeutet auch keineswegs, daß nun die Öffentlichkeit über den Suizid Kenntnis erlangt. Sicherlich wird es nun für die Angehörigen schwieriger werden, den Suizid zu verbergen, unmöglich ist es gleichwohl keinesfalls.

Festzuhalten ist, daß sich die im bayerischen Bestattungsrecht vorgeschriebene Art der ärztlichen Leichenschau in den vergangenen neun Jahren bewährt hat und kein Anlaß zur Wiedereinführung eines amtlich bestellten Leichenschauers besteht. Der richtige Weg ist vielmehr die Beibehaltung der bisherigen Regelung und eine sorgfältige Vornahme der Leichenschau durch die Ärzte, verbunden mit ihrer ständigen Weiterbildung. Den Weg zur Weiterbildung hat die Bayerische Akademie für ärztliche Fortbildung mit der Zusammenstellung von Professor Spann (Fortbildung in Stichwörtern nach Leitsymptomen. Die ärztliche Leichenschau. „Bayerisches Ärzteblatt", Januar, 1979) beschritten. Für den einzelnen Arzt gilt es, hier weiterzufahren.

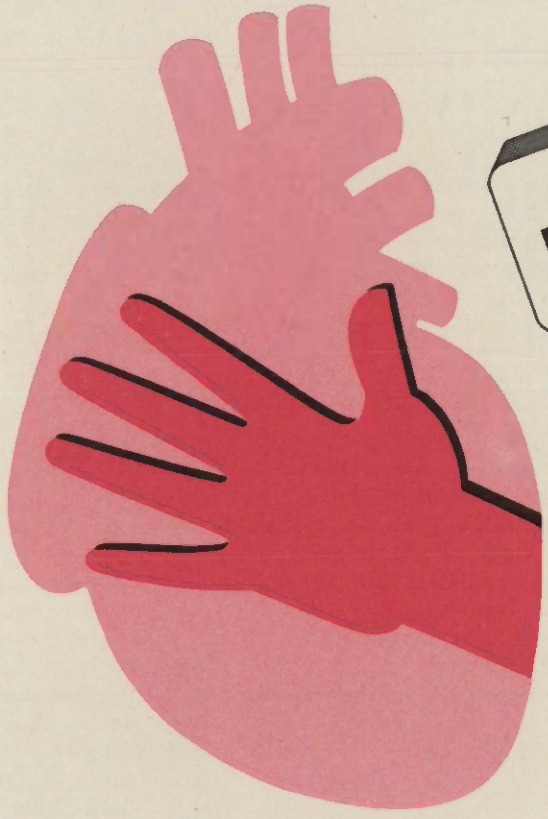
Es muß überraschen, daß in Zeiten zunehmender Sozialisierungsbestrebungen der ärztlichen Leistungen einer Beseitigung der Möglichkeit der freien Vornahme der Leichenschau zugunsten amtlich bestellter Leichenschauärzte – teilweise auch von Ärzten – das Wort geredet wird, zumal wenn diese Forderungen mit dem Hinweis auf ganz vereinzelte ärztliche Fehlleistungen begründet werden, vor denen – bei gleich unsorgfältiger Vornahme der Leichenschau – auch amtlich bestellte Leichenschauärzte nicht gefeit wären.

Anschrift des Verfassers:

Regierungsrat Dr. jur. S. *Naser*, Traubenstraße 12, 8711 Sommerach

Zur Dauertherapie der Angina pectoris

# Nitro Mack® Retard



jetzt neu:
Nitro Mack® Retard forte

# Seda Nitro Mack® Retard

Heinrich Mack Nachf., Chem.-pharm. Fabrik, 7918 Illertissen

**Nitro Mack® Retard · Nitro Mack® Retard forte · Seda Nitro Mack® Retard**

**Zusammensetzung:** Nitro Mack Retard: 1 Kapsel mit kontinuierlicher Langzeitwirkung enthält 2,5 mg Nitroglycerin. Nitro Mack Retard forte: 1 Kapsel mit kontinuierlicher Langzeitwirkung enthält 5,0 mg Nitroglycerin. Seda Nitro Mack Retard: 1 Kapsel mit kontinuierlicher Langzeitwirkung enthält 2,5 mg Nitroglycerin, 40 mg Phenobarbital. **Anwendungsgebiete:** Langzeittherapie und Prophylaxe koronarer Durchblutungsstörungen; Angina pectoris; Rehabilitationsbehandlung nach Herzinfarkt. **Gegenanzeigen:** Schock, hypotone Kollapszustände. Bei Seda Nitro Mack Retard zusätzlich akute hepatische Porphyrien. **Nebenwirkungen:** Die bisweilen nach Nitroglycerin beobachteten Nebenwirkungen (Kopfschmerz, Schwindel, Übelkeit, Tachykardie, Blutdruckabfall) treten nach Nitro Mack Retard, Nitro Mack Retard forte und Seda Nitro Mack Retard meist vorübergehend und vermindert auf. Bei hohen Dosen können Diarrhö, Verwirrtheit und – besonders bei hochgradiger Anämie – Methämoglobinbildung auftreten.

**Wechselwirkungen:** Durch Seda Nitro Mack Retard kann die Wirkung zentraldämpfender Pharmaka verstärkt werden. Cumarin-Derivate, Griseofulvin und orale Kontrazeptiva erleiden einen beschleunigten Wirkungsverlust. Während einer Antikoagulantien-Therapie erfordern Barbituratgaben daher eine genaue Kontrolle der Blutgerinnungswerte. **Hinweis:** Seda Nitro Mack Retard kann, auch bei bestimmungsgemäßem Gebrauch, das Reaktionsvermögen soweit verändern, daß die Fähigkeit zur aktiven Teilnahme am Straßenverkehr oder zum Bedienen von Maschinen beeinträchtigt wird. Dies gilt in verstärktem Maße im Zusammenwirken mit Alkohol. **Dosierung:** Im allgemeinen 2–3 Kapseln täglich. **Darreichungsform und Packungsgrößen:** Nitro Mack Retard: O.P. mit 50 Kapseln DM 18,15; O.P. mit 100 Kapseln DM 31,15; A.P. mit 5 x 100 Kapseln. Nitro Mack Retard forte: O.P. mit 50 Kapseln DM 27,30; O.P. mit 100 Kapseln DM 47,35; A.P. mit 5 x 100 Kapseln. Seda Nitro Mack Retard: O.P. mit 50 Kapseln DM 18,95; A.P. mit 5 x 50 Kapseln.

(Stand Febr. 1980)

# Der Reaktorunfall

**Eine Kurzinformation**

*Mit dieser Kurzinformation wollen wir als Bayerische Landesärztekammer einen Überblick geben, herausgenommen aus der oft emotional gefärbten politischen Diskussion. Grundlage für diese Information ist das Fortbildungsseminar „Katastrophenmedizin 1979", das wir als Kammer zusammen mit der Sanitätsakademie der Bundeswehr am 14. Februar 1979 abgehalten haben.*

## I. Begriffsbestimmungen

*1. Störfälle*

sind innerbetriebliche Ereignisse, wobei der Betrieb der Anlage aus Sicherheitsgründen eingestellt wird. Ein ärztliches Eingreifen ist bei Störfällen nicht notwendig.

*2. Beim Reaktorunfall*

können eine oder mehrere Personen eine die Grenzwerte übersteigende Strahlenexposition erhalten. In der Regel handelt es sich bei solchen Reaktorunfällen um „Betriebsunfälle". Hierfür stehen im allgemeinen in der Strahlenschutzmedizin erfahrene Betriebsärzte zur Verfügung.

*3. Unter GAU*

versteht man den größten anzunehmenden Unfall. Für diesen Fall sind zahlreiche und umfangreiche Sicherheitsvorkehrungen zum Einhalten der Dosisgrenzwerte für die Bevölkerung vorgesehen. Hierbei kann es beim Betriebspersonal zur erhöhten Einwirkung ionisierender Strahlen kommen und ärztliches Handeln erforderlich werden. Aber auch bei diesem großen Betriebsunfall stehen örtliche Fachkräfte zur Verfügung.

*4. Der „hypothetische Super-GAU"*

Obwohl die Wahrscheinlichkeit einer Gefährdung der Bevölkerung durch einen nicht mehr beherrschbaren Reaktorunfall (Super-GAU) der gleichen Wahrscheinlichkeit entspricht, daß ein einzelner von Meteoriten-Einschlägen getötet wird, haben wir uns damit zu beschäftigen. Angenommen, nicht nur das Hauptkühlsystem ist ausgefallen, auch die Notkühlung ist funktionsuntüchtig – jedes Kernkraftwerk verfügt jedoch über vier unabhängige Kühlleitungen – würde sich der Reaktorkern unaufhaltsam aufheizen und bei 2500° C schließlich schmelzen. Damit würde ein Dampfüberdruck im Reaktorgebäude aufgebaut werden und letztlich das Containment aufreissen. Dies würde nach 5 bis 20 Stunden eintreten. Nicht durch eine Explosion, sondern innerhalb von Minuten danach würde die Radioaktivität als Wolke entweichen. Der weitere Ablauf würde nunmehr vor allem von der Witterung abhängen, vom Wind und von Niederschlägen. Dieser oben angegebene Zeitraum steht zur Verfügung, um die dringlichsten Maßnahmen des Staatlichen Katastrophenschutzes, beispielsweise Verkehrssperrung, Evakuierung der Bevölkerung u. a., in der nächsten Umgebung zu realisieren.

## II. Reaktortypen

*1. Der Siedewasserreaktor*

Die in Kernbrennelementen erzeugte Energie dient zur Aufheizung von normalem, entsalzten Wasser, welches dabei verdampft wird (285° C). Der gering radioaktive Dampf treibt die Turbinen – die Turbinen liefern den Strom.

*2. Druckwasserreaktor*

Hier wird ebenfalls die in den Brennelementen durch Kernspaltung erzeugte Wärme an Wasser übergeführt. Durch sehr hohen Druck verhindert man jedoch, daß das Wasser zum Sieden kommt, es wird bis etwa 300° C aufgewärmt. Mit hohem Druck und dieser Temperatur strömt das Wasser dann in einen Wärmeaustauscher (Dampferzeuger). Dort gibt es seine mitgeführte Wärme an anderes Wasser ab und verdampft dieses. Dieser Dampf treibt die Turbinen. Das Reaktordruckgefäß und der Wärmeaustauscher befinden sich im eigentlichen Reaktorgebäude.

*3. „Schneller Brüter"*

Der sogenannte „Schnelle Brüter" ist zur Zeit in der Bundesrepublik Deutschland noch nicht in Betrieb (Bau in Kalkar/Nordrhein-Westfalen). Er arbeitet mit Plutonium als Spaltmaterial, welches aus Uran „erbrütet" wird.

Bei beiden Reaktortypen, die bisher in Betrieb sind, dient das Wasser sowohl als Moderator der Neutronen als auch als Transportmittel für die bei der Kernspaltung erzeugte Wärme. Bei jedem Reaktortyp muß damit gerechnet werden, daß auch bei einer Schnellabschaltung immer noch sogenannte Nachwärme produziert wird, die bei fehlender Kühlung zum Schmelzen des Reaktorkerns führen kann.

## III. Ärztliche Maßnahmen

*1. Allgemeines*

Die Behandlung von Patienten in diesem Zusammenhang wirft keine grundsätzlich neuen medizinischen Probleme auf. Strahlenunfälle, Verbrennungen, Verletzungen bzw. Kombinationen erfordern in erster Linie notfallmedizinische Maßnahmen. Weiterhin gehört ein gewisses Grundwissen über ionisierende Strahlen, Strahlenarten und deren biologische Wirkungsweisen ebenso dazu wie Information über organisatorische ärztliche Maßnahmen und über die Grundzüge staatlicher Katastrophenschutzplanung.

*2. Strahlen-Unfallarten*

*a) Patienten mit einer Ganz- oder Teilkörperbestrahlung* durch penetrierende Strahlen (z. B. Gamma-Strahlen) stellen keine Gefährdung ihrer Umgebung dar. Zum Vergleich: Der geröntgte Patient ist keine Strahlenquelle. Eine Ausnahme stellt in diesem Zusammenhang nur die Bestrahlung mit Neutronen dar, da diese die bestrahlten Partien radioaktiv machen können.

*b) Patienten, an denen radioaktive Substanzen haften,* die also ober-

flächenkontaminiert sind, können eine Gefährdung der Umgebung darstellen. Die Hauptquelle der Aktivität ist jedoch beseitigt, sobald die Kleidung abgelegt wird. Auf der Körperoberfläche selbst haftenda radioaktive Stoffe werden einfach durch wiederholtes, intensives Waschen unter fließend-lauwarmen Wasser mit weicher Kunststoffbürste und Seifa entfernt.

*c) Patienten, die Radionuklide inkorporiert* (inhaliert, geschluckt oder durch Wunden aufgenommen) haben, stellen nur eine geringe Gefährdung der Umgebung dar. Allerdings müssen alle Ausscheidungen dieser Patienten über längere Zeit wia radioaktive Substanzen behandelt werden.

*d)* In der Realität dürften allerdings diese Strahlenunfallarten beim Betriebspersonal vermischt vorkommen und möglicherweise durch zusätzliche thermische und/oder mechanische Verletzungen kompliziert sein.

*3.*

Für die *Behandlung von Strahlangaschädigten* stehen praktisch alle Ärzte, insbasondere Internisten, Chefärzte von onkologischen, hämatologischen und auch nuklearmedizinischen Kliniken und Abteilungen für die weitere Therapie zur Verfügung. Das Wissen um die gesundheitlichen Gefahren beim Umgang mit ionisierenden Strahlen ist groß. Es gibt kaum ain Krankheitsbild, dessen Grundlagen seit 80 Jahren durch experimentelle und klinische Forschungen sowie zahlreiche Veröffentlichungen so gut erarbeitet sind, wie die des Strahlensyndroms:

a) Therapeutische Ganz- oder Teilkörperbestrahlung beim Menschen

b) Unfallbeobachtungen in Forschungsinstituten, klinischen Einrichtungen und Industriebetrieben

c) Atombombenexplosion in Hiroshima und Nagasaki 1945

d) Atombombenunfall mit radioaktivem Niederschlag im Pazifik 1954

*4. Strahlanschädan und Tharapia*

a) Bei *Belastungen untar 100 rem* keina klinische Symptomatik

b) Bei *Belastung zwischan 100 und 200 rem* raversible Schäden der Blutzellbildung, keina stationäre Behandlung erforderlich, wenn ambulante Kontrolla gesichert.

c) Bei *Belastung zwischen 200 und 500 ram* treten Schäden an blutbildenden Organen mit vorübergahander Insuffizienz auf. Hier ist therapeutisch die Blutkomponententherapie und die Sterilbehandlung mit Infektionsprophylaxe und Flüssigkeitsersatz angezeigt.

d) Bei *Belastung zwischan 500 und 2000 rem* sehen wir Schäden in dem gastrointestinalen und hämopoetischen Zellerneuerungssystem. Hier ist dia Ausnutzung aller therapeutischen Möglichkeiten wia Sterilbehandlung, Zellersatztherapie einschließlich Stammzelltransplantation angezeigt. Strahleneinwirkungen bis 1000 rem sind durch symptomatische und sehr differenzierte Behandlungsmethoden therapeutisch angehbar.

Der erstversorgenda Arzt kann die Höhe einer vermutlichen Belastung etwa abschätzen. Die allgemeinen Symptome sind Übelkeit, Erbrechen (oft schon nach Minuten), Hautrötungen, Durchfälle, zentralnervöse Erscheinungen, Schock u. a.

Aufgrund der Untersuchungsbefunde und der Labordaten (vor allem Blutbild und Knochenmarkuntersuchung) ist es innerhalb von Stunden nach einem Unfall möglich, eine prognostische Aussage zu machen.

*5. Verbrennungen oder Verletzungan bzw. Kombinationan (batrifft nur Betriebspersonal)*

Die klinische Versorgung dieser Patienten, vorwiegend als chirurgische, ist gesichert und sie wirft keine besonderen Probleme auf, die nicht ständig in der Routine dar entsprechenden Abteilungen auftauchen.

*6. Zusammenfassung*

Ärztliche Resignation ist somit nicht gerechtfertigt. Wie bei allen Notfällen – auch katastrophalen Ausmaßes – sind hier ärztliche Notfallmaßnahmen und klinische Therapia im Stande, gesundheitlicha Schäden einzudämmen und Leben zu retten. Notfallmedizinische Grundsätze, wie Beseitigung lebensbedrohlicher Funktionsstörungen, Erhaltung vitaler Funktion und Verhütung von Folgeschäden, gelten auch hier.

Im Einzelfall kann der zugezogene Arzt Rückspracha mit dem regionalen Strahlenschutzzentrum der Gesellschaft für Strahlen- und Umweltforschung, 8042 Neuherberg, unter der Telefonnummer (0 89) 38 74-333 erreichbar, nehmen.

**IV. Strahlengefährdung in der Umgebung von Kernreaktoren**

Bei der Diskussion des Gefährdungsrisikos durch Kernkraftwerke muß man zunächst davon ausgehen, daß sich die Entwicklung des Lebens auf der Erde unter dem Einfluß der natürlichen Grundstrahlung seit Jahrmillionen vollzogen hat.

Die Strahlenbelastung des Menschen geht auf folgende Komponenten zurück:

1. Kosmische Strahlung

2. Terrestrische Strahlung

3. Strahlung aus im Körper enthaltenen natürlichen radioaktiven Stoffen

Diese *natürliche Grundstrahlung* beträgt für Bayern als „genetisch signifikante Dosis" etwa 0,1 rem pro Jahr. Hieraus resultiert im Laufe des Lebens eine Gesamtdosis von 7 bis 8 rem.

Durch *zahlraiche zivilisatorischa Strahlenquellan* (z. B. Kernwaffenversuche, Fernsehen, Leuchtfarben, Kernkraftwerke) wird diese natürliche Strahlenexposition um etwa 0,06 rem pro Jahr erhöht, woran die *medizinische Strahlananwandung* mit etwa 0,05 rem pro Jahr beteiligt ist. Diese relativ hohe Strahlenexposition ist fast ausschließlich durch dia Röntgendiagnostik bedingt, während die Strahlenbelastung durch Nuklearmedizin und Strahlentherapie weitgehend vernachlässigt werden kann.

Die Strahlenschutzverordnung fordert, daß beim Betrieb eines Kernkraftwerks im ungünstigsten Fall die Bevölkerung eine Maximaldosis von 0,03 rem pro Jahr erhalten darf (Normalbetrieb). Die regelmäßigen und sorgfältigen Kontrollen der abgegebenen Radioaktivität aus Kernkraftwerken der Bundesrepublik Deutschland haben seit Jahren gezeigt, daß die genetisch signifikante Strahlenexposition der Bevölkerung weit unter 0,001 rem pro Jehr liegt, d. h., sie beträgt weniger als ein Prozent der natürlichen Grundstrahlung. Dia Sicherheitsvorkehrungen bei Kernkraftwerken gewährleisten, daß selbst im Falle des größten anzunehmenden Unfalles der Dosisgrenzwert von 5 rem für die Bevölkerung im Nahbereich nicht überschritten wird.

**V. Der Katastrophenschutz im Bereich von Kernenergieanlagen**

*1. Vorsorgemaßnahmen*

*Strahlenmeßprogramm I*

Stationäre Meßeinrichtungen und mobile Meßtrupps des Betreibers. Dieses Meß-System wird durch eine beim Bayerischen Landesamt für Umweltschutz eingerichtete EDV-Anlage, die sogenannte Kern-Reaktor-Fern-Überwachung (KFÜ), ergänzt.

*Strahlenmeßprogramm II*

Nach Alarmauslösung Einsatz von Strahlenspürtrupps der Bayerischen Landespolizei zur Abnahme von Luft-, Wasser-, Boden- und Bewuchsproben. Meldung über Funk an die Einsatzleitung (13 S-Trupps bei Polizeidienststellen stationiert).

*Strahlenmeßprogramm III*

Mobile Meß- und Laborfahrzeuge werden in das Schadensgebiet gebracht, wobei sie neben Meßaufgaben auch die Auswertung der Proben an Ort und Stelle vornehmen können. Hier stehen neben Einsatzfahrzeugen der Polizei auch Hubschrauber der Polizei und des Bundesgrenzschutzes sowie der Bundeswehr zur Verfügung, ebenso wie die örtlichen Kräfte des Brand- und Katastrophenschutzes, des Rettungsdienstes und weitere Einsatzkräfte bei Nuklearkatastrophen (z. B. BRK-Hilfszug Bayern).

*2. Katastrophenschutzmaßnahmen*

Für die als äußerste Schutzmaßnahme vorgesehene Evakuierung bestimmen die Alarmpläne einen gefährdeten „Nahbereich". Er umfaßt die Zentralzone um die Reaktoranlage (2 km Radius) und einen in der Windrichtung gelegenen 90-Grad-Sektor bis zu einer Entfernung von 5 km um das Reaktorgebäude. Die Katastropheneinsatzleitung kann in etwa zwei bis drei Stunden diesen Nahbereich evakuieren. In Bayern gibt es derzeit keinen Standort, wo im Notfallsektor mehr als 5000 bis 6000 Bewohner leben.


**NIEDERBAYERISCHE FORTBILDUNGSVERANSTALTUNG**

# Der Reaktorunfall

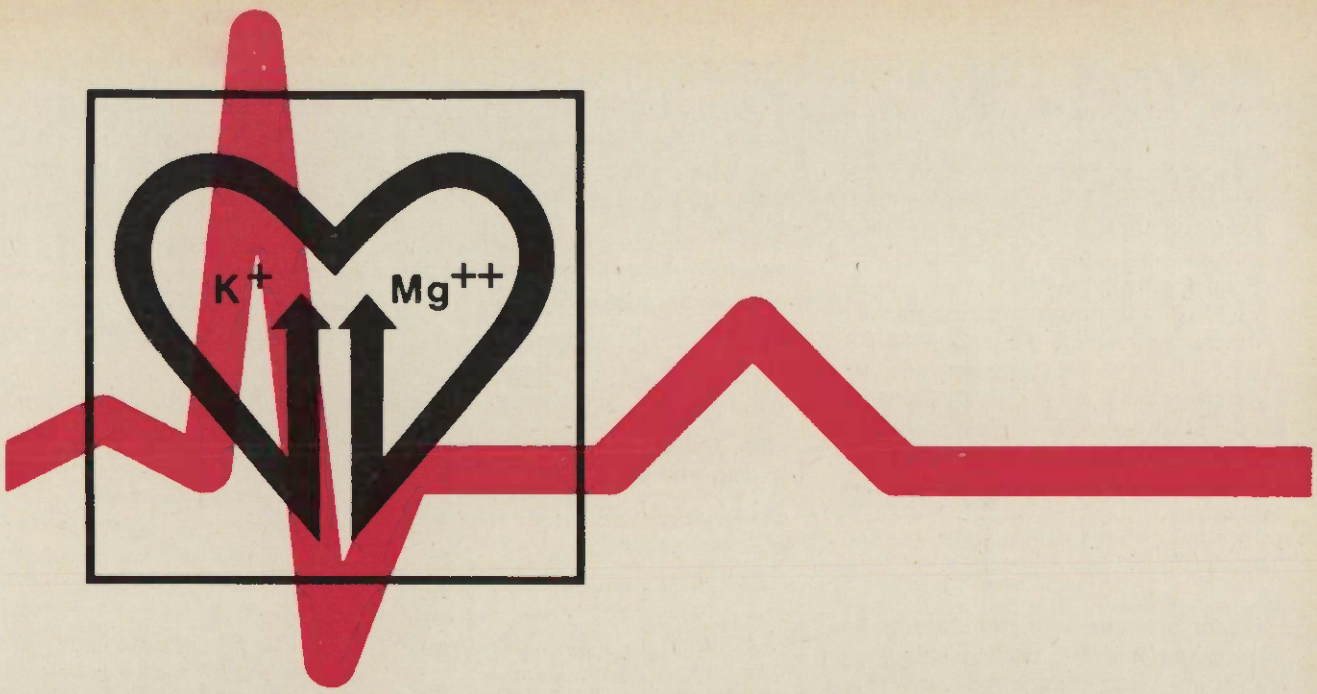
**Ort:** Landshut a. d. Isar, Gaststätte „Freyung" – Kolpingsaal

**Zeit:** Samstag, 10. Mai 1980

**Beginn:** 10 Uhr **s. t.** – Ende ca. 13 Uhr

1. Einführung in die Problematik – Dr. med. B. Betz
2. Kernreaktoren, Typen und Störfälle – Dr. Ing. W. Löster
3. Medizinische Aspekte beim Reaktorunfall – Dr. med. K. Niklas
4. Der Super-GAU, ein hypothetischer Unfall – Dr. Ing. W. Löster
5. Die Strahlenkatastrophe aus ärztlicher Sicht – Dr. med. B. Betz
6. Rundtischgespräch und Diskussion

**Veranstalter:** Ärztlicher Bezirksverband Niederbayern in Zusammenarbeit mit der Bayerischen Landesärztekammer




**„Unsere Untersuchung zeigt, daß K-Mg-Aspartat gegenüber ventrikulären und supraventrikulären Extrasystolen eine deutliche antiarrhythmische Wirksamkeit besitzt."**

Dr. Habeler
Primarius Dr. Ehrenböck
Ärztl. Praxis XXXI-Nr. 6, 157-160 (1979)

# Tromcardin® FORTE

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

**Kontraindikationen**
Hochgradige Ausscheidungsstörungen und av-Block.

**Zusammensetzung pro Tablette**
360,42 mg Kalium-D,L-hydrogenaspartat · ½ $H_2O$
360,57 mg Magnesium-bis-D,L-hydrogenaspartat · 4 $H_2O$

**Dosierung** (Richtwerte)
Initialdosis 3 x täglich 2 Tabl.
Erhaltungsdosis 3 x täglich 1 Tabl.

**Handelsformen und Preis**
Packung mit 50 Tabletten DM 14,88
Anstaltspackungen mit 500, 3000 u. 5000 Tabletten.

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

**H. Trommsdorff**
Arzneimittelfabrik · 5110 Alsdorf bei Aachen

# Meldung von Schwangerschaftsabbrüchen

Der Vorstand der Bayerischen Landesärztekammer hat sich in seiner Sitzung vom 1. März 1980 eingehend mit den heutigen Problemen des Schwangerschaftsabbruchs befaßt. Es besteht Veranlassung, die betroffenen Ärzte auf die gesetzliche M e l d e p f l i c h t hinzuweisen, die in Artikel 4 des 5. Gesetzes zur Reform des Strafrechts (5. StrRG) vom 18. Juni 1974 (BGBl. I, S. 1297), geändert durch Artikel 3 des 15. Strafrechtsänderungsgesetzes vom 18. Mai 1976 (BGBl. I. S. 1213) enthalten ist. Sie lautet:

„Über die unter den Voraussetzungen des § 218 e des Strafgesetzbuches vorgenommenen Schwangerschaftsabbrüche wird beim Statistischen Bundesamt eine Bundesstatistik geführt. Wer als Arzt einen solchen Schwangerschaftsabbruch ausgeführt hat, hat dies bis zum Ende des laufenden Kalendervierteljahres mit Angaben über

1. den Grund des Schwangerschaftsabbruches,

2. den Familienstand und das Alter der Schwangeren sowie die Zehl der von ihr versorgten Kinder,

3. die Zahl der vorangegangenen Schwangerschaften und deren Beendigung,

4. die Dauer der abgebrochenen Schwangerschaft,

5. die Art des Eingriffes und beobachtete Komplikationen,

6. den Ort der Vornahme des Eingriffes und im Fall eines Krankenhausaufenthalts dessen Dauer sowie

7. gegebenenfells den fremden Staat, in dem die Schwangere ihren Wohnsitz oder gewöhnlichen Aufenthalt hat,

dem **Statistischen Bundesamt** anzuzeigen; der Neme der Schwangeren darf dabei nicht angegeben werden."

**Tropenmedizinische Arbeitsgemeinschaft in München:**

# Empfehlungen zur Malaria-Prophylaxe

### Malaria – eine Gefahr für den Reisenden

Die Malaria hat sich in den letzten Jahren einen Teil ihrer früheren Epidemiegebiete, aus denen sie bereits vertrieben war, wieder zurückerobert. Die Zahl der an Malaria erkrankten Menschen nimmt weltweit zu, und sie wird auch bei Rückkehrern aus Endemiegebieten zunehmend häufiger beobachtet. In der Bundesrepublik Deutschlend stieg die Zahl der gemeldeten Erkrankungsfälle von 1965 bis 1977 von 48 auf 337 an.

### Chemoprophylaxe

Gegen die Malaria schützt nur die richtig durchgeführte Chemoprophylaxe. Da es verschiedene Malaria-Erreger (vier Plasmodienarten) gibt und da diese Erreger unterschiedlich empfindlich sind, mu8 auch die Chemoprophylaxe dementsprechend variiert werden.

*Chloroquin (= Resochin®, Nivaquine®, Aralen®) ist nach wie vor das Mittel der Wahl zur Prophylaxe der Malaria*

In den meisten Malaria-Gebieten der Erde gibt es keine Chloroquin-resistente Malaria. In einigen Ländern Südostasiens und im nördlichen Südamerika sind Stämme von Plasmodium falciparum gefunden worden, die Chloroquin-resistent sind[1]). Die Resistenz gegenüber Chloroquin ist nicht vollständig: Solange das Medikament eingenommen wird, bricht die Erkrenkung nicht eus; erst wenn es abgesetzt wird, können Fieberschübe auftreten. Gegen die übrigen Malaria-Erreger ist Chloroquin auch in diesen Gebieten wirksam.

*Pyrimethamin* (= Daraprim®):

Bei erhöhter Exposition empfiehlt es sich, Chloroquin mit Pyrimethamin zu kombinieren. Eine Monotherapie mit Pyrimethamin ist nicht zu empfehlen, da in vielen Malaria-Gebieten der Erde Stämme von Plasmodium vivax und Plasmodium falciparum gegenüber Pyrimethamin resistent sind (z. B. Ostafrike u. a.).

*Kombination von Pyrimethamin mit Langzeitsulfonamiden:*

In Gebieten, in denen Chloroquin-resistente Plasmodien bekannt sind, wird zur Zeit von der WHO die Kombination von Pyrimethamin (Daraprim®) mit einem Langzeitsulfonamid, wie z. B. Longum® (oder als Kombinationspräparat Fansidar® = Pyrimethamin + Sulfodoxin), empfohlen. Fansidar® sollte nur kurzzeitig verabreicht werden (maximal vier bis sechs Wochen). Bei diesen Kombinationen müssen alle Kontraindikationen gegen Sulfonamide beachtet werden (Nierenkrankheiten, Beeinträchtigung der Leberfunktion, Schwangerschaft, gleichzeitige Einnahme von Antikoagulantien, Sulfonamid-Allergie). Da Langzeitsulfonamide mit Nebenwirkungen belestet sind, und da die Gefahr besteht, daß sich eine bakterielle Resistenz entwickelt, sollten diese Medikamente nur eingenommen werden, wenn keine andere Malaria-Prophylaxe möglich ist.

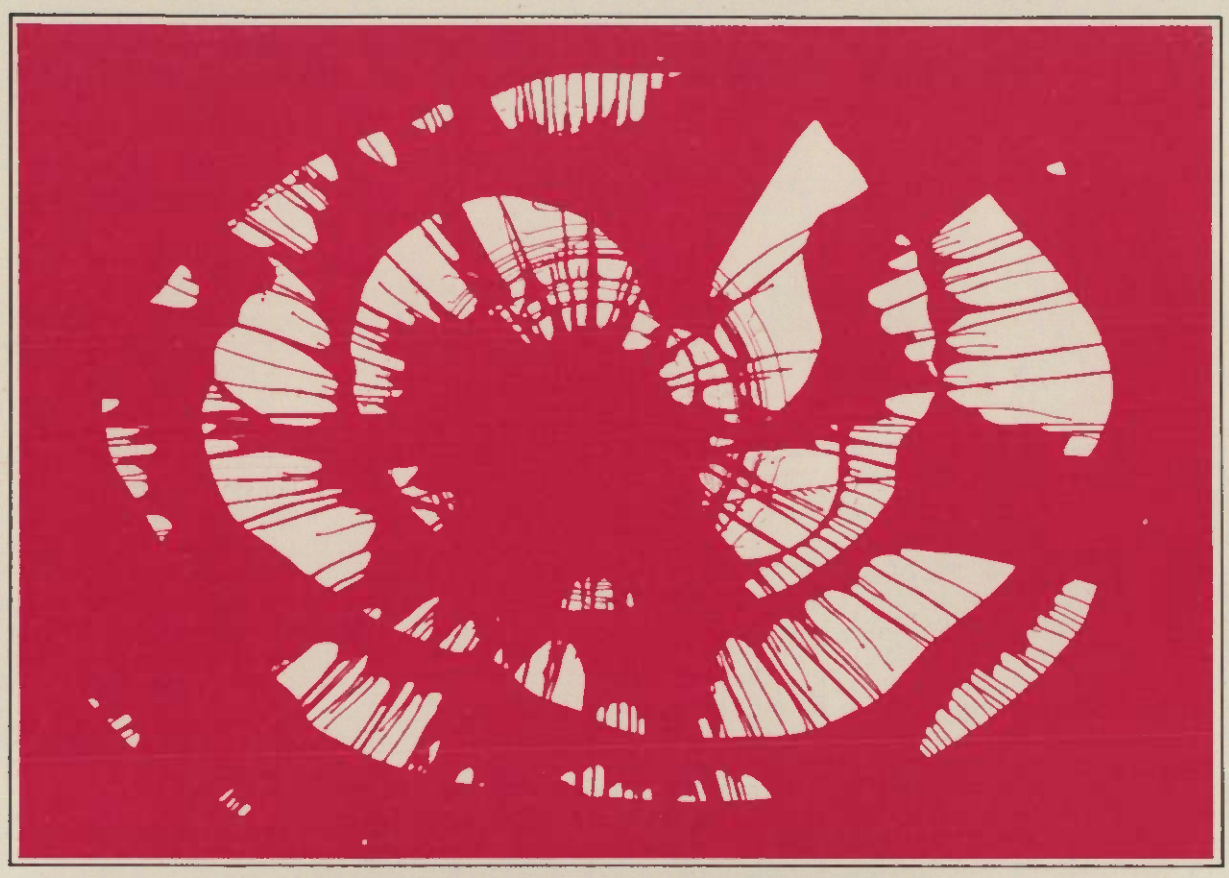
### Durchführung der Malaria-Prophylaxe

1. Chloroquin (= Resochin®) als Prophylaktikum für alle Gebiete ohne Chloroquin-resistente Plasmodienstämme. Dosierung für Erwachsene: 2 Tabletten pro Woche; Kinder erhalten entsprechend geringere Dosen[2]). Wird die Resochin-Dosis verdoppelt, erhöht sich die Gefahr der Unverträglichkeit ohne zusätzlichen Nutzen zu erbringen. Einnahmebeginn: vier bis sieben Tage vor Einreise in ein Malaria-Gebiet. Ende der Prophylaxe: sechs Wochen nach der Ausreise.

2. Chloroquin (= Resochin®) und Pyrimethamin (= Deraprim®): 2 Tabletten Resochin und 1 Tablette Daraprim pro Woche bei Reisen in Gebiete mit erhöhter Expositlon.

3. Kombination von Lengzeitsulfonamiden und Pyrimethamin bei Rei-

# wenn der Stress stärker ist als die Psyche



# PRAXITEN®

## EIN GANZ VERNÜNFTIGER TRANQUILIZER

wegen seiner besonders guten Verträglichkeit
wegen seiner relativ kurzen Halbwertszeit
wegen seiner unkomplizierten Inaktivierung

**Zusammensetzung:** 1 Tablette enthält 15 mg Oxazepam.

**Anwendungsgebiete:** Praxiten ist bei allen Zustandsbildern angezeigt, bei denen Erscheinungen wie Angst, Spannung, Unruhe, Erregbarkeit, erhöhte Reizbarkeit und Schlaflosigkeit im Vordergrund stehen oder die damit einhergehen.

**Gegenanzeigen:** Myasthenia gravis. Anwendung in der Schwangerschaft nur bei strenger Indikationsstellung.

**Nebenwirkungen:** Zu Beginn der Behandlung und bei höherer Dosierung kann Müdigkeit auftreten, die meist nach wenigen Tagen von selbst oder spätestens nach Herabsetzen der Dosis verschwindet.
Sonstige, jedoch seltene, meist dosisabhängige Nebenwirkungen sind Benommenheit, Schwindel, leichte Übelkeit, Mundtrockenheit, Appetitverminderung, Gewichtszunahme, Libidoabnahme. Bei hohen Dosen sind infolge des muskelrelaxierenden Effektes Gangunsicherheit, ataktische Erscheinungen, Doppelbilder und Artikulationsstörungen möglich.

**Wechselwirkungen:** Zwischen Praxiten und anderen zentraldämpfenden Pharmaka (z.B. Analgetika, Schlafmittel, Psychopharmaka) ist eine wechselseitige Wirkungsverstärkung möglich.

**Besondere Hinweise:** Dieses Arzneimittel kann auch bei bestimmungsgemäßem Gebrauch das Reaktionsvermögen soweit verändern, daß die Fähigkeit zur aktiven Teilnahme am Straßenverkehr oder zum Bedienen von Maschinen beeinträchtigt wird. Dies gilt in verstärktem Maße im Zusammenwirken mit Alkohol.

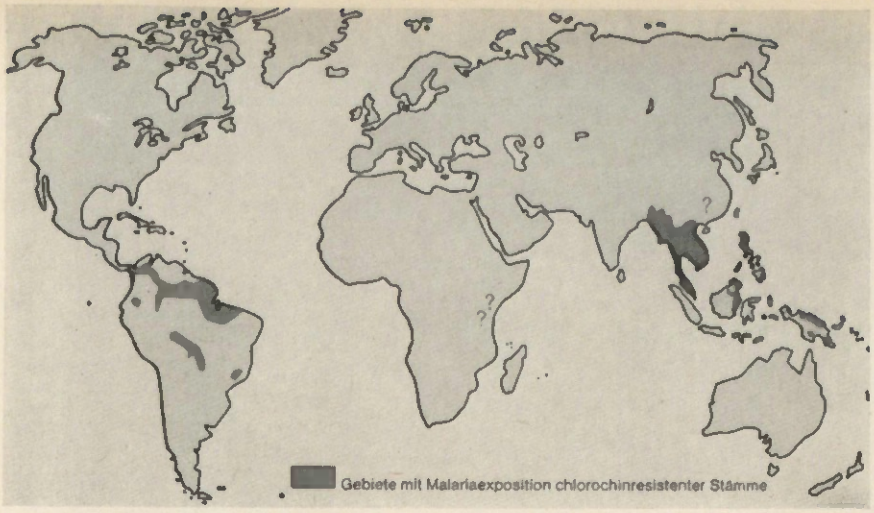
**Packungsgrößen und Preise:**

O.P. 20 Tabletten DM 6,19
O.P. 50 Tabletten DM 14,61
A.P. 500 Tabletten

Wyeth

Prax 1/79 A Ger

WYETH-PHARMA GMBH · POSTFACH 8808 · 4400 MÜNSTER




Verbreitung chlorochinresistenter Stämme von P. falcipanum nach Wernsdorfer: Gelbe Hefte XIX (1979)

sen in Länder der Abbildung (u. s. Fußnote [1]): z. B. 1 Tablette Daraprim® und 1 Tablette Longum® pro Woche oder 1 Tablette Fansidar® pro Woche. Beginn der Prophylaxe am Einreisetag; die Tabletten sollten noch mindestens vier Wochen nach Verlassen des Endemiegebietes eingenommen werden.

4. Die Ansteckungsgefahr kann zusätzlich durch Repellentien – Mittel, die die Mücken von der Haut fernhalten – sowie durch Moskitonetze verringert werden.

**Malaria-Durchbrüche trotz Chemoprophylaxe**

Alle Medikamente zur Chemoprophylaxe der Malaria hemmen den Entwicklungszyklus der Parasiten: Die Plasmodien werden nicht abgetötet. Bei Resorptionsstörungen (etwa nach Durchfallserkrankungen), nach unregelmäßiger oder ungenügender Chemoprophylaxe sowie bei Plasmodienresistenz, kann Malaria ausbrechen. Das ereignet sich manchmal, nachdem die Suppressionsbehandlung abgesetzt worden ist – also nach Reiserückkehr. Bei jeder fieberhaften Erkrankung eines Patienten, der in den letzten sechs Monaten in einem Malaria-Gebiet war, sollte der behandelnde Arzt an eine Malaria-Infektion denken.

Die Malaria tropica bedeutet Lebensgefahr. Die rechtzeitige Chemo*therapie* der Malaria wirkt sicher und schnell und ist hier wesentlich besser durchzuführen als in den meisten Ursprungsländern der Erkrankung.

**Gegenanzeigen**

Eine Chloroquin-Unverträglichkeit ist selten. Magenempfindliche Personen sollten das Medikament nach den Mahlzeiten nehmen; gleichzeitiger Alkoholgenuß ist zu vermeiden. Langzeitsulfonamide verbieten sich bei Sulfonamid-Allergie sowie bei akuten und chronischen Erkrankungen von Leber und Niere. Während der Schwangerschaft kann Chloroquin eingenommen werden; beim Menschen sind keine teratogenen Wirkungen des Chloroquins bekannt. Hirnorganische Anfallsleiden werden durch Chloroquin günstig beeinflußt; seine Verabreichung ist nicht kontraindiziert.

Dr. med. Biehl
Professor Dr. med. Florian
Dr. med. Franzmeier
Dr. med. Frühwein
Dr. med. Holzer
Dr. med. Huber
Dr. med. Kessler
Professor Dr. med. Lang
Dr. med. Mohr
Professor Dr. med. Stickl
Professor Dr. med. Vanek
Dr. med. Werner
Dr. med. Wigge

*Sonderdrucke über Professor Dr. med. H. Stickl, Am Neudeck 1, 8000 München 95*

[1]) In den folgenden Ländern sind die Malaria-Plasmodien gegen Chloroquin resistent (s. auch Abb.):

**In Asien:**

Assam
Bangladesh
Burma
Celebes
Kalimantan (Borneo)
Kambodscha
Laos
Malaysia
Papua Neu Guinea
Philippinen
Thailand
Vietnam

**In Südamerika:**

Brasilien
Ecuador
Französisch Guiana
Guayana
Kolumbien
Panama
Surinam
Venezuela

[2]) **Richtlinie für die Kinder-Dosierung**

Chloroquin (= Resochin®) und Pyrimethamin (= Daraprim®):
Kinder über 12 Jahren erhalten die gleiche Dosis wie Erwachsene,
von 8 bis 12 Jahren ¾ der Erwachsenen-Dosis,
von 4 bis 7 Jahren die Hälfte,
von 1 bis 3 Jahren ⅓ bis ¼ der Erwachsenen-Dosis – jeweils einmal/Woche. Säuglinge erhalten maximal ¼ der Erwachsenen-Dosis.

## Führen von Arztbezeichnungen

Der Vorstand der Bayerischen Landesärztekammer weist die Kolleginnen und Kollegen Bayerns vorsorglich auf folgende Rechtslage hin: § 19 Abs. 1 der Weiterbildungsordnung für die Ärzte Bayerns vom 1. Januar 1978 legt fest:

„Die bisher ausgesprochenen Anerkennungen von Bezeichnungen bleiben gültig mit der Maßgabe, daß die in der Weiterbildungsordnung bestimmten entsprechenden Bezeichnungen zu führen sind. Die Umstellung der Bezeichnung ist innerhalb einer Frist von drei Jahren vorzunehmen."

Diese Frist von drei Jahren läuft am 31. Dezember 1980 ab. Danach muß jeder Arzt in Bayern, der eine Gebiets-, Teilgebiets- oder Zusatzbezeichnung führt, diese in der Fassung der Weiterbildungsordnung vom 1. Januar 1978 auf Praxisschild, Briefkopf, Rezeptvordruck und Stempel führen.

*Die wesentliche Änderung besteht darin, daß ab 1. Januar 1981 somit das Führen der Bezeichnung „Facharzt für . . ." nicht mehr statthaft ist.*

Die klassische Hochdrucktherapie

# ®Adelphan-Esidrix

## verhindert die Spätfolgen des Hochdrucks

**Zusammensetzung:** Eine Tablette enthält: 0,1 mg Reserpin + 10 mg Dihydralazin-sulfat + 10 mg Hydrochlorothiazid. **Indikationen:** Arterielle Hypertonie. **Kontraindikationen:** Sulfonamidüberempfindlichkeit, Coma hepaticum, therapieresistente Hypokaliämie, Niereninsuffizienz schwereren Grades; hochgradige Koronarsklerose; Depressionen, Magen-Darm-Ulzera, Kolitis und Gastroenteritis – auch in der Anamnese –. **Nebenwirkungen:** Zu Behandlungsbeginn gelegentlich Nausea und Tachykardie. In seltenen Fällen Hypokaliämie, Hyperglykämie, Hyperurikämie, orthostatische Regulationsstörungen, Verstopfung der Nase, migräneartige Kopfschmerzen, Müdigkeit, Schwindel, Lymphdrüsenschwellungen, Störungen des leukopoetischen Systems, Magen-Darm-Ulzera, gesteigerte Magen-Darm-Motilität, Potenzstörungen oder depressive Verstimmungen. **Wechselwirkungen:** Der Reserpin-Anteil kann die bradykarde Wirkung der Digitalisglykoside sowie die Wirkung zentral dämpfender Pharmaka und den blutdrucksenkenden Effekt antihypertensiver Pharmaka verstärken. – Der Hydrochlorothiazid-Anteil kann die Wirkung von Antidiabetika verringern, die kardio- und neurotoxische Wirkung von Lithiumsalzen sowie den kaliumausschwemmenden Effekt von Glukokortikoiden erhöhen und die Wirkung von Herzglykosiden bei bestehendem Kaliummangel verstärken. **Dosierung:** Behandlungsbeginn im allgemeinen 1–2mal 1 Tablette pro Tag, evtl. vorübergehende Dosissteigerung. Zur Dauerbehandlung genügt vielfach 1 Tablette täglich. **Besondere Hinweise:** Durch individuell auftretende unterschiedliche Reaktionen kann die Fähigkeit zur aktiven Teilnahme am Straßenverkehr oder zum Bedienen von Maschinen beeinträchtigt werden. – Dies gilt in verstärktem Maße bei Behandlungsbeginn und Präparatewechsel sowie im Zusammenwirken mit Alkohol. – Bei höherer Dosierung und eingeschränkter Nierenfunktion sind die Plasma-Kreatininwerte sowie der Elektrolythaushalt zu kontrollieren. **Handelsformen und Preise:** 20 Tabletten DM 8,–, 50 Tabletten DM 17,55, 100 Tabletten DM 29,05; Anstaltspackung. Stand: Februar 1980

AUS DER HERZ-KREISLAUF-FORSCHUNG

CIBA

CIBA-GEIGY GmbH, 7867 Wehr

AdE 3

## Professor Wachsmuth 80 Jahre

In geistiger und körperlicher Frische feierte am 29. März 1980 Professor Dr. med. Dr. jur. h. c. Werner Wachsmuth, Nikolausstraße 20, 8700 Würzburg, seinen 80. Geburtstag. Der Rückblick zeigt ein reiches Chirurgenleben. Der Vater war als Experimentalphysiker der letzte Schüler von Helmholtz und zuletzt Ordinarius in Frankfurt. Geboren in Rostock und aufgewachsen in Berlin und Frankfurt, kehrte der 18jährige als Leutnant mit dem EK I dekoriert aus dem ersten Weltkrieg heim. Schon während des Medizinstudiums in Tübingen, Würzburg und Frankfurt begeisterte ihn für die Chirurgie die Famulatur an der Schmiedenschen Klinik. Zwei Assistentenjahre bei Friedrich v. Müller führten ihn in München auch mit vielen anderen Großen seines Faches zusammen, so mit Sauerbruch und Lexer, und nach eigenen Worten empfing er in dieser Zeit bleibende Eindrücke und Impulse.

Von 1925 bis 1928 war Professor Wachsmuth Assistent in Heidelberg. 1928 erfolgte die Übersiedlung nach Bonn. Hier konnte er sich schon mit 30 Jahren habilitieren. 1935 trat er unter dem Druck der politischen Ereignisse als Sanitätsoffizier in die Wehrmacht ein; er habilitierte sich nach München um und wurde hier 1936 zum apl. Professor ernannt. Im zweiten Weltkrieg leitete Wachsmuth neben seiner Tätigkeit in der Spitze der kriegschirurgischen Hierarchie ein Sonderlazarett für Schwerstverletzte in Brüssel, wo nicht nur chirurgisch, sondern auch wissenschaftlich Beispielhaftes geleistet wurde. Hier war 1944 für ihn die Weisung seines ärztlichen Gewissens stärker als die eines „Führerbefehls": 1400 Schwerstverletzte wurden mit ärztlicher Betreuung an die Alliierten übergeben, ein Entschluß, der Unzähligen das Leben gerettet hat. Weiten Kreisen ist unbekannt, daß er durch mutigsten persönlichen Einsatz 5000 belgische Geiseln vor Tod und Konzentrationslager bewahrt hat – hierüber hat er selbst im Freundeskreis kaum je ein Wort verloren.

Nach Kriegsende wurde Wachsmuth auf den traditionsreichen Würzburger Lehrstuhl für Chirurgie berufen, den er 23 Jahre innehatte. Die ersten Jahre mußten ganz dem Aufbau des zerstörten Luitpoldkrankenhauses gewidmet werden; Wachsmuth war Direktor des Klinikums von 1946 bis 1964. Doch bald trat auch wieder die wissenschaftliche Arbeit in ihr Recht. Auch als hervorragender Operateur, vor allem im Bereich der Abdominalchirurgie, hatte Wachsmuth bald einen Namen weit über Würzburg hinaus. Im Laufe der Jahre sind dem Jubilar viele verdiente Ehrungen zugefallen. Er war Präsident der Deutschen Gesellschaft für Chirurgie, aber auch der regionalen Chirurgenvereinigungen, vor allem der Bayerischen, deren Ehrenmitglied er noch ist. Der Bayerische Verdienstorden ist nur ein äußeres Zeichen dafür, daß er sich neben seiner klinischen Tätigkeit auch unablässig um Standesfragen bemüht hat. So gehörte er lange den Ausschüssen der Landesärztekammer für Fragen der Weiterbildung an. Daneben war er an der Entwicklung von Krebsnachsorgekliniken beteiligt und längere Zeit Vorsitzender des Wissenschaftlichen Beirats der Arbeitsgemeinschaft für Krebserkennung und Krebsbekämpfung in Bayern. Er ist auch noch immer Vorsitzender des Ärztekollegiums des ADAC, eine Tätigkeit, die wieder an seine ausgedehnten kriegschirurgischen Erfahrungen anknüpft und die der Bergung und Versorgung Schwerstverletzter gilt.

W. Wachsmuth ist einer der letzten Vertreter einer umfassenden „Allgemeinen Chirurgie", an deren Entwicklung in Deutschland er 45 Jahre lang maßgeblich beteiligt war.

Wir wünschen dem Jubilar noch viele gute und gesunde Jahre!

## Professor Wollheim 80 Jahre

Am 24. März 1980 wurde Professor Dr. med. Ernst Wollheim 80 Jahre alt. Noch immer steht er in bewundernswerter Aktivität im wissenschaftlichen Leben, das für ihn mit den Studienjahren in Heidelberg, Freiburg/Br. und Berlin 1919 bis 1922 beginnt. Er begegnet Männern wie Aschoff, Straub, Lexer, August Bier und nicht zuletzt Friedrich Kraus, an dessen II. Medizinischen Klinik der Charité Wollheim famuliert und der ihn für die Innere Medizin begeistert. An seiner Klinik, unter Pick am Pathologischen Institut des Krankenhauses Berlin-Friedrichshain und unter A. Loewy am Höhenphysiologischen Institut in Davos arbeitet Wollheim von 1922 bis 1925 als Fellow der Rockefeller Foundation. Danach ist er Assistent an der II. Medizinischen Klinik der Charité, die 1927 G. von Bergmann als Nachfolger von Kraus übernimmt. 1929 wird Wollheim Privatdozent für Innere Medizin an der Medizinischen Fakultät der Universität Berlin.

Galten die ersten, schon während der Studentenzeit begonnenen Untersuchungen dem Wasser- und Elektrolythaushalt, so werden ab 1926 Herz-Kreislauf-Probleme bearbeitet, die das zentrale Thema des wissenschaftlichen Wirkens E. Wollheims werden sollen. Er führt u. a. durch die Berücksichtigung der aktiven Blutmenge neue Betrachtungsweisen der Herzinsuffizienz ein (Plus- und Minusdekompensation). 1933 muß er seine Assistentenstelle aufgeben, 1937 wird er Lehrbeauftragter für Pharmakologie und Pathophysiologie, 1944 Professor für Pharmakologie an der Universität Lund (Schweden), wo er u. a. experimentell über Anämien und in der Krebsforschung arbeitet.

Die Berufung auf den Lehrstuhl für Innere Medizin und zum Direktor der Medizinischen Universitätsklinik Würzburg 1947 gibt Wollheim den Rahmen, in dem er mit zahlreichen Mitarbeitern seine Untersuchungen über Erkrankungen des Herzens und Kreislaufs wieder aufnimmt und vertieft; die Herzinsuffizienz, der Herzinfarkt, der Schock stehen im Mittelpunkt des Interesses neben der Hypertonie, mit der er sich seit 1932 bis heute beschäftigt. Ab 1950 widmet

sich Wollheim mit Nachdruck auch nephrologischen Fragestellungen.

Wollheim sah seine Aufgabe nicht nur als Wissenschaftler; gleich, wenn nicht vorrangig war er ein großer Kliniker und leidenschaftlicher Arzt. Doch die Faszination des Forschens läßt ihn auch nach seiner Emeritierung 1970 nicht los. Im Würzburger Klinikum richtet er ein Labor ein, dem er noch heute vorsteht und in welchem er vor allem der Pathogenese der essentiellen Hypertonie nachspürt.

Die Leistungen Wollheims, der 1963/64 das Amt des Rektors der Universität Würzburg bekleidete, fanden ihre Anerkennung durch zahlreiche nationale und internationale wissenschaftliche Gesellschaften: 1962 Präsident des Internationalen Kongresses für Innere Medizin, 1951/52 der Deutschen Gesellschaft für Kreislaufforschung, 1965/66 der Gesellschaft für Nephrologie; 1968 Ehrenpräsident der Europäischen Gesellschaft für Kardiologie und der Internationalen Gesellschaft für Innere Medizin; daneben Ehrenmitglied weiterer Fachgesellschaften im In- und Ausland. Wollheim erhielt die von-Müller-, Ratschow- und Volhard-Medaille. Von der Weltgesundheitsorganisation wurde er zum Mitglied des Sachverständigenkomitees für kardio-vaskuläre Erkrankungen berufen. Einige Jahre wer er Mitglied des Senats für ärztliche Fortbildung der Bundesärztekammer. Besonders enge Kontakte pflegt Wollheim zu Fachkollegen und -gesellschaften in den USA und in Japan. Der höchste japanische Orden wurde ihm verliehen.

Dem Jubilar wünschen wir noch viele Jehre in ungebrochener Frische.

## Neuer Ministerialdirektor im Sozialministerium

Der Ministerrat ernannte in seiner Sitzung vom 26. Februar Heinz Ströer zum Ministerialdirektor des Bayerischen Staatsministeriums für Arbeit und Sozialordnung. Ströer war seit 1975 Leiter der Abteilung Sozialversicherung im Sozialministerium. Der neue Ministerialdirektor war von Anfang an ein sehr verdientes Mitglied der Kommission zur Schaffung eines Sozialgesetzbuches. Er war außerdem einer der beiden Ländervertreter in der sogenannten „84iger Kommission", der Kommission zur Erarbeitung von Vorschlägen für die Realisierung der Gleichberechtigung von Mann und Frau in der Hinterbliebenenversorgung, entsprechend dem Urteil des Bundesverfassungsgerichtes.

## Bergmann-Plakette für Dr. Harth

Am 3. März 1980 überreichte Dr. Otto Schloßer, Rosenheim, Vorstandsmitglied der Bayerischen Landesärztekammer, anläßlich des Frühjahrskongresses für Ganzheitsmedizin in Garmisch die Ernst-von-Bergmann-Plakette an Dr. Viktor Herth, Hainstraße 9, 8600 Bamberg.

Dr. Harth hat sich um die ärztliche Fortbildung verdient gemacht. Seit über drei Jahrzehnten els Internist niedergelassen, weiß er aus täglicher eigener Erfahrung um die Belange der ärztlichen Praxis und die Bedürfnisse in der Fortbildung für die niedergelassenen Kollegen. Seit vielen Jahren hat er – zunächst gemeinsam mit Professor Dr. Dr. Saller und nach dessen Tod federführend – die internationalen Kongresse für Ganzheitsmedizin im Bundesverband Deutscher Ärzte für Naturheilverfahren gestaltet. Diese Fortbildungsveranstaltungen finden zweimal jährlich statt, geplent, organisiert und durchgeführt von Dr. Harth. Außerdem ist er Schriftleiter einer großen ärztlichen Zeitschrift, in der moderne Erkenntnisse der praktischen Medizin vermittelt werden. Dr. Harth hat selbst auch zahlreiche Referate bei ärztlichen Fortbildungsveranstaltungen gehalten.

Neben diesem Einsatz im Rahmen der ärztlichen Fortbildung hat sich Dr. Harth els Vertreter des Berufsverbandes der deutschen Internisten innerhalb der europäischen Vereinigung der fachärztlichen Berufsverbände große Verdienste erworben.

## in memoriam

## Dr. Dr. Hemmerich †

Am 28. Februar 1980 verstarb nach längerem schweren Leiden Dr. med. dent. Dr. med. Kurt Hemmerich, München, im Alter von 67 Jahren.

Der Verstorbene war seit 1970 Delegierter zur Bayerischen Lendesärztekammer. Außerdem war Kollege Hemmerich aktiv im Berufsverband deutscher Ärzte für Mund- und Kieferchirurgie tätig, einige Jahre als dessen Bundesvorsitzender. 1978 wählte ihn die UEMS (Europäische Fechärztevereinigung) zu ihrem Vizepräsidenten. Für seine Verdienste wurde Dr. Dr. Hemmerich 1976 mit dem Bundesverdienstkreuz am Bende ausgezeichnet.

ZUSAMMENSETZUNG Salbe: 100 g enthalten: Arnica Ø 1,5 g; Calendula Ø, Hamamelis Ø ana 0,45 g; Echinacea angustifolia Ø Echinacea purpurea Ø, Chamomilla Ø ana 0,15 g; Symphytum Ø, Bellis perennis Ø ana 0,1 g; Hypericum Ø, Millefolium Ø ana 0,09 g; Aconitum D1, Belladonna D1 ana 0,05 g; Aristolochia clematitis Ø, Mercurius solubilis Hahnemanni D1 ana 0,04 g; Hepar sulfuris D1 0,025 g.
DOSIERUNGSANLEITUNG Salbe mehrmals täglich einreiben oder auftragen.
DARREICHUNGSFORM UND PACKUNGSGRÖSSEN (incl. MwSt.)
Salbe (Reg.-Nr. 40 962): Tuben mit 20 g DM 3,97 mit 50 g DM 11,90
WEITERE DARREICHUNGSFORMEN Injektionslösung, Tropfen und Tabletten zum Einnehmen.
1/79

Risikofreies Antiphlogistikum bei Verletzungen, Entzündungen, Arthrosen

Traumeel®

Offene und stumpfe Traumen
Hämatome, Prellungen, Distorsionen

Biologische Heilmittel Heel GmbH
D-7570 Baden-Baden

-Heel

# 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

**Coburg-West:**
1 Allgemein-/Praktischer Arzt

**Himmelkron, Lkr. Kulmbach:**
1 Allgemein-/Praktischer Arzt

**Hof-Fabrikvorstadt:**
1 Allgemein-/Praktischer Arzt

**Hof-Moschendorf:**
1 Allgemein-/Praktischer Arzt

**Hof-Neuhof:**
1 Allgemein-/Praktischer Arzt

**Michelau, Lkr. Lichtenfels:**
1 Allgemein-/Praktischer Arzt

**Neustadt b. Coburg, Lkr. Coburg:**
1 Allgemein-/Praktischer Arzt

**Schwarzenbach/Saale, Lkr. Hof:**
1 Allgemein-/Praktischer Arzt

**Weidenberg, Lkr. Bayreuth:**
1 Allgemein-/Praktischer Arzt

**Naila, Lkr. Hof:**
1 Augenarzt

**Bayreuth:**
1 HNO-Arzt

**Coburg:**
1 Orthopäde

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

## Mittelfranken

**Ehingen, Lkr. Ansbach:**
1 Allgemein-/Praktischer Arzt

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

## Unterfranken

**Mömbris, Lkr. Aschaffenburg:**
1 Allgemein-/Praktischer Arzt

**Knetzgau, Lkr. Haßberge:**
1 Allgemein-/Praktischer Arzt

**Großlangheim, Lkr. Kitzingen:**
1 Allgemein-/Praktischer Arzt

**Zellingen, Lkr. Main-Spessart:**
1 Allgemein-/Praktischer Arzt

**Kleinheubach, Lkr. Miltenberg:**
1 Allgemein-/Praktischer Arzt

**Höchheim, Lkr. Rhön-Grabfeld:**
1 Allgemein-/Praktischer Arzt

**Stadt Schweinfurt,**
**Stadtteile Deutschhof/Hochfeld-Steinberg:**
1 Allgemein-/Praktischer Arzt

**Stadtteil Oberndorf:**
1 Allgemein-/Praktischer Arzt

**Üchtelhausen, Lkr. Schweinfurt:**
1 Allgemein-/Praktischer Arzt

**Kist, Lkr. Würzburg:**
1 Allgemein-/Praktischer Arzt

# Dolo-Prolixan®

Weil der Rheumatiker prompte Hilfe braucht.

## Volltreffer gegen Entzündungsschmerz

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

**96%**

**44%**

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

Nach
Fassl, Bach, Goethe
Therapiewoche 26
5654–5667 (1979)

**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®). **Indikationan:** 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. **Kontraindikationan:** 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. Phenothiazine, 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 bei kardial bedingten) Insuffizienzerscheinungen sollte der Patient sorgfältig beobachtet werden. **Packungen und Preise:** 24 Filmtabletten DM 13.90 m. MwSt., 48 Filmtabletten DM 26.10 m. MwSt., 120 Filmtabletten DM 56.55 m. MwSt., Anstaltspackungen. Verschreibungspflichtig.

**Alzenau, Lkr. Aschaffenburg:**
1 Augenerzt

**Bad Brückeneu, Lkr. Bed Kissingen:**
1 Augenarzt

**Haßfurt oder Ebern, Lkr. Heßberge:**
1 Augenerzt

**Kitzingen, Lkr. Kitzingen:**
1 Augenerzt

**Erlenbech, Lkr. Miltenberg:**
1 Augenarzt

**Stedt Schweinfurt:**
2 Augenärzte

**Bad Brückeneu oder Hammelburg, Lkr. Bed Kissingen:**
1 HNO-Arzt

**Heßfurt/oder Ebern, Lkr. Haßberge:**
1 HNO-Arzt

**Merktheidenfeld, Lkr. Main-Spessert:**
1 HNO-Arzt

**Obernburg, Lkr. Miltenberg:**
1 HNO-Arzt

**Stedt Aschaffenburg:**
2 Heutärzte

**Haßfurt, Lkr. Heßberge:**
1 Hautarzt

**Stedt Schweinfurt:**
1 Hautarzt

**Bed Brückenau, Lkr. Bad Kissingen:**
1 Kinderarzt

**Kitzingen, Lkr. Kitzingen:**
1 Kinderarzt

**Erlenbach, Lkr. Miltenberg:**
1 Kinderarzt

**Miltenberg, Lkr. Miltenberg:**
1 Kinderarzt

**Miltenberg, Lkr. Miltenberg:**
1 Nervenarzt

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

## Oberpfalz

**Bodenwöhr, Lkr. Schwendorf:**
1 Allgemein-/Praktischer Arzt

**Fuchsmühl, Lkr. Tirschenreuth:**
1 Allgemein-/Praktischer Arzt

**Leonberg, Lkr. Schwandorf:**
1 Allgemein-/Praktischer Arzt

**Neukirchen-Balbini, Lkr. Schwandorf:**
1 Allgemein-/Praktischer Arzt

**Pechbrunn, Lkr. Tirschenreuth:**
1 Allgemein-/Praktischer Arzt

**Stadt Schwandorf, Ortsteil Klerdorf, Lkr. Schwandorf:**
1 Allgemein-/Praktischer Arzt

**Ursensollen, Lkr. Amberg-Sulzbech:**
1 Allgemein-/Praktischer Arzt

**Vilseck, Lkr. Amberg-Sulzbech:**
1 Allgemein-/Praktischer Arzt

**Wackersdorf, Lkr. Schwandorf:**
1 Allgemein-/Praktischer Arzt

**Windischeschenbach, Lkr. Neustadt/WN:**
1 Allgemein-/Praktischer Arzt

**Amberg:**
1 Hautarzt

**Stadt Schwandorf, Lkr. Schwendorf:**
1 Hautarzt

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

## Niederbayern

**Roßbech, Lkr. Rottel-Inn:**
1 Allgemein-/Praktischer Arzt

**Viechtach, Lkr. Regen:**
1 Augenarzt

**Deggendorf-Stadt:**
1 Hautarzt

**Dingolfing-Stedt:**
1 Hautarzt

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

## Schwaben

**Augsburg-Stadt, Ortsteil Firnhaberau:**
1 Allgemein-/Praktischer Arzt

**Eurasburg, Lkr. Aichach-Friedberg:**
1 Allgemein-/Praktischer Arzt

**Höchstädt/Donau, Lkr. Dillingen:**
1 Allgemein-/Praktischer Arzt

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

## Versicherungstips von der ›Vereinigten‹

**Beiträge sparen durch Selbstbeteiligung**

Durch bedarfsgerechte Formen der Selbstbeteiligung können Ärzte im Gruppenvertrag der ›Vereinigten‹ erhebliche Beiträge sparen. Zahlreiche Varianten stehen auf dem Ambulantsektor zur Verfügung:

- Selbstbeteiligung (Sb) für Arzneimittel
- Sb für Arzthonorar
- Sb für Arzthonorar und Arzneimittel
- Sb von 250 DM pro Person und Kalenderjahr
- Sb für Arzthonorar und Arzneimittel in den ersten 4 Behandlungswochen
- 50%ige Erstattung aller Kosten

In manchen Fällen macht der Sb-Beitrag nur ein Drittel des Beitrages aus, der zu zahlen wäre, wenn kein Selbstbehalt vereinbart wurde. Beispiel: Ein 34-jähriger Arzt zahlt im Ambulanttarif ohne Selbstbeteiligung 37,82 DM monatlich. Bei einem Selbstbehalt von Arzthonorar und Arzneimittel in den ersten 4 Wochen reduziert sich der Monatsbeitrag auf 12,07 DM.

**Tagegeld noch aktuell?**

Viele Ärzte übersehen es, bei Einkommensverbesserungen ihre Verdienstausfallversicherung entsprechend zu aktualisieren. Die Folge: Bei krankheitsbedingter Arbeitsunfähigkeit reicht das Tagegeld nicht aus (Unterversicherung!). Dabei sieht der Gruppenvertrag der ›Vereinigten‹ besondere Vergünstigungen vor: Bei Einkommenssteigerung kann das Tagegeld innerhalb eines Kalenderjahres bis zu 25% aufgestockt werden, ohne daß Wartezeiten durchzumachen sind oder eine erneute Gesundheitsprüfung erforderlich wird.

Ärzte-Infodienst
Vereinigte Krankenversicherung AG
Pressestelle
Leopoldstraße 24
8000 München 40
Telefon 089/3 89 31

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

# »Die Tränen des Gehörnten«

**Unsere Quiz-Frage:**

Im Mittelalter verabreichte man viele, oft recht ausgefallene Mittel. So waren zum Beispiel Hirschtränen sehr beliebt. Welche Wirkung wurde ihnen zugeschrieben?
Kreuzen Sie bitte Ihre Antwort im Coupon an.

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

*Vereinigte Krankenversicherung AG*
*Salus Krankenhauskosten-Versicherungs-AG*

*Im Unternehmensverbund*
**Vereinigte**
*Versicherungsgruppe*

Generaldirektion
Leopoldstraße 24, 8000 München 40

**Ihr Quiz-Gewinn:**

Unter allen richtigen Einsendungen verlosen wir ein 33-teiliges Wildbesteck für 6 Personen mit Griffen aus echtem Hirschhorn.
Der Einsendeschluß ist der 31. 5. 1980.
Der Rechtsweg ist wie immer ausgeschlossen.

Meiner Meinung nach glaubte man im Mittelalter, daß Hirschtränen folgende Wirkung hatten:

☐ regen die Sexualität an
☐ fördern Speichelfluß
☐ lindern Augenschmerzen

Adresse

KX 7 B

# „Mischindikationen"

Die Menge der „sozialen Notlagenindikationen", die mit etwa zwei Drittel aller vorgenommenen Schwangerschaftsabbrüche angegeben wird, hat die Öffentlichkeit und die Politiker aufgeschreckt: Kann es hierzulande soviel soziale Not geben, der soviel Kinder weichen müssen?

Ein Blick auf die Frequenz der medizinischen und eugenischen Indikationen, die das restliche Drittel ausmachen, wirft die Frage auf: Gibt es soviel kranke Frauen, soviel sicher geschädigten Nachwuchs, daß die Schwangerschaft wegen konkreter Gefahr für Mutter oder Kind abgebrochen werden muß?

Wer Alltagserfahrung hat und zahlreiche Indikationsatteste zu sehen bekommt, weiß auch, daß es ein weiteres zunehmend gibt, von dam die Statistiken nicht sprechen: „Mischindikationen". Das Spektrum aller erdenklichen Kombinationen ist erstaunlich breit. So kann etwa die bekannt höhere Rate genetisch geschädigter Kinder bei älteren Müttern, die verminderte Bereitschaft, psychische und physische Belastungen zu tragen, die angedrohte Deprivation des Kindes, weil Ablehnung beibehalten und dem Kind Zuwendung versagt werden soll u.a.m. zum Faktor in einem Bündel werden, das einer solchen Mischung von sozialer, medizinischer bzw. eugenischer Indikation zugrunde gelegt wird.

Der Gesetzgeber sieht als Voraussetzung für die Indikation zum Schwangerschaftsabbruch entweder eine „soziale Notlage" an, die auf keine andere, der Schwangeren zumutbare Art und Weise zu beheben ist, oder eine „medizinische Notlage", die sich als konkrete Gefahr für Mutter oder Kind manifestieren muß. Im Prozeß der öffentlichen Meinungsbildung entwickelt sich das Bewußtsein in eine ganz andere Richtung: bereits alltäglicha Konflikte, Störung der Lebensplanung durch eine Schwangerschaft, der Mangel an positiver Einstellung der Partner zum Kind, die Verweigerung physischer Belastung, Flucht in psychosomatische Reaktionen, die vage Möglichkeit der Verschlechterung eines körperlichen Leidens, das wenn auch geringe Risiko einer kindlichen Schädigung, werden zunehmend als rechtfertigende Indikationsfaktoren genannt.

Mit derartigem Bewußtsein, das den Kern der „Abbruchsmentalität" und des „Anspruchsdenkens" bildet, sieht sich der Arzt, der die Indikation zum Abbruch in seiner alleinigen Verantwortung zu stellen hat, zunehmend konfrontiert. Immer weniger wird seine Rolle als die gesehen, die der Gesetzgeber ihm übertragen hat, nämlich in erster Linie den Schutz des ungeborenen Lebens zu gewährleisten. Immer weniger findet er Verständnis für die durchaus zulässige Weigerung, Indikationsstellungen und Schwangerschaftsabbrüche vorzunehmen. Es wird erwartet, daß der Arzt sich willfährig zeigt. Die Tatsache, daß die Indikationen nicht überprüft werden und selbst solche, die den gesetzlichen Bestimmungen kaum genügen können, bisher nicht ernstlich Beanstandungen unterzogen wurden, zwingt die Ärzte immer mehr in einen Handlungsablauf, der formellen Erfordernissen genügt, aber der eigenen sittlichen Wertung und dem sittlichen Respekt der Gesellschaft entzogen wird.

Nicht nur den Ärzten hat der Gesetzgeber Wind ins Gesicht geblasen. Es ist unübersehbar, daß auch der Wunsch schwangerer Frauen, das Kind auszutragen, immer weniger eine sittliche Unterstützung im unmittelbaren sozialen Umfeld und in der Gesellschaft findet. Der dia Indikation zum Abbruch stellende Arzt muß sich mehr als bisher bewußt werden, daß sein Verhalten ins Zentrum dar Beobachtung rückt. Es ist bakannt, daß die medizinische Forschung immer mehr Möglichkeiten aufzeigt, die eine Lebens- und Gesundheitsgefährdung von Mutter und Kind bewirken können, und auch immar mehr Wahrscheinlichkeiten für eina Gefährdung angenommen werden können. Derartige Wahrscheinlichkeiten rechtfertigen jedoch keinen Abbruch der Schwangerschaft. Nach wie vor gilt, daß eine konkrete Gefahr für Mutter oder Kind bestehen muß. Diese Konkretisierung kann sich zwar durchaus erst in der Zukunft vollziehen, z. B. nach der Geburt des Kindes.

Bei der Indikationsstellung müssen aber für den Eintritt dieser konkreten Gefahr bereits konkreta Anhaltspunkte und nicht nur bloße Wahrscheinlichkeiten vorliegen. Dazu steht der Abbruch zu sehr unter der Ausprägung des Ultima-ratio-Gedankens. Nicht die Aneinanderreihung medizinisch-wissenschaftlicher Daten genügt, die Entscheidung kann nur von einer an obigen Grundsätzen erfolgten Wertung aller medizinisch bedeutsamen Faktoren getragen werden. Auch hinsichtlich der ebenfalls durch den Arzt vorzunehmenden Beurteilung der „sozialen Notlage" haben für ihn die gleichen strengen Bewertungsmaßstäbe zu gelten.

Offen Klage geführt wird auch darüber, daß die schwangeren Frauen die Indikationsbescheinigung erhalten und zu der vom Gesetzgeber vorgeschriebenen sozialen Beratung nur noch mit dem Hinweis geschickt werden, sich dort ebenfalls eine Bescheinigung abzuholen. Unter diesen Umständen kann die soziala Beratung, die die Beseitigung von Konflikten zum Ziel hat und Hilfen aufzuzeigen, die das Austragen der Schwangerschaft ermöglichen, gar nicht mehr sinnvoll eingesetzt werden.

Es ist eine schwere Bürde, die der Gesetzgeber dem einzelnen Arzt mit dem Auftrag übergeben hat, die soziale Notlage und die medizinische Gefahrenlage wertend zu erfassen und über die Indikation zum Abbruch zu entscheiden. Daraus soll eine Schutzfunktion für das ungeborene Leben resultieren, die der Staat auf andere Art und Weise nicht zu gewährleisten vermag. Besonders sorgfältige Beachtung der Grenzen der Verantwortlichkeit ist unerläßlich. Es verträgt sich nicht mit dieser Aufgabe, dem Gesetzgeber voraus mit dem neuesten Zeitgeist zu gehen.

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

## Gesetz über den Bayerischen Maximiliansorden für Wissenschaft und Kunst

*Der Landtag hat über den Entwurf eines Gesetzes über den Bayerischen Maximiliansorden für Wissenschaft und Kunst in seiner öffentlichen Sitzung am 27. Februar 1980 beraten und beschlossen:*

Artikel 1

In Fortsetzung alter bayerischer Tradition wird der Bayerische Maximiliansorden für Wissenschaft und Kunst geschaffen. Mit ihm sollen herausragende Leistungen auf den Gebieten von Wissenschaft und Kunst ausgezeichnet werden.

Artikel 2

(1) Ausgezeichnet werden vorzugsweise deutsche Wissenschaftler und Künstler. Der Orden wird in einer Klasse an Männer und Frauen verliehen.

(2) Die Zahl der Ordensinhaber soll einhundert nicht überschreiten. Scheidet ein Beliehener durch Tod oder aus anderen Gründen aus der Zahl der Ordensinhaber aus, so kann diese entsprechend ergänzt werden.

Artikel 3

Der Orden besteht aus einer Abteilung für Wissenschaft und aus einer Abteilung für Kunst.

Artikel 4

(1) Das Ordenszeichen besteht aus einem blau emaillierten gotischen Kreuz mit weißem Rande und vier Strahlen in den Winkeln, umgeben von einem weißen goldbordierten Ring. Die Mitte des Kreuzes bildet ein rundes golden bordiertes Medaillon, das in der Mitte auf weißem Grund den aufrechtstehenden bayerischen Löwen in Gold aufweist, umgeben von einer goldenen Umschrift auf blauem Grund „Für Wissenschaft und Kunst". Die Rückseite des Medaillons zeigt das bayerische Rautenwappen.

(2) Das Ordenszeichen wird an einem weißen Band mit blauer Randeinfassung um den Hals getragen.

(3) An Stelle des Ordenszeichens kann eine blaue Rosette auf der linken oberen Brustseite getragen werden.

Artikel 5

Der Orden wird vom Ministerpräsidenten verliehen.

Artikel 6

(1) Vorschlagsberechtigt sind der Ministerpräsident, für ihre Ge-


TIEFENWIRKUNG

hyperämisierendes Antirheumatikum
zur percutanen Schmerz-Therapie

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

mit dem Vorzug der besonderen Wirtschaftlichkeit 100 ml DM 7,82

Marament® Balsam N

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

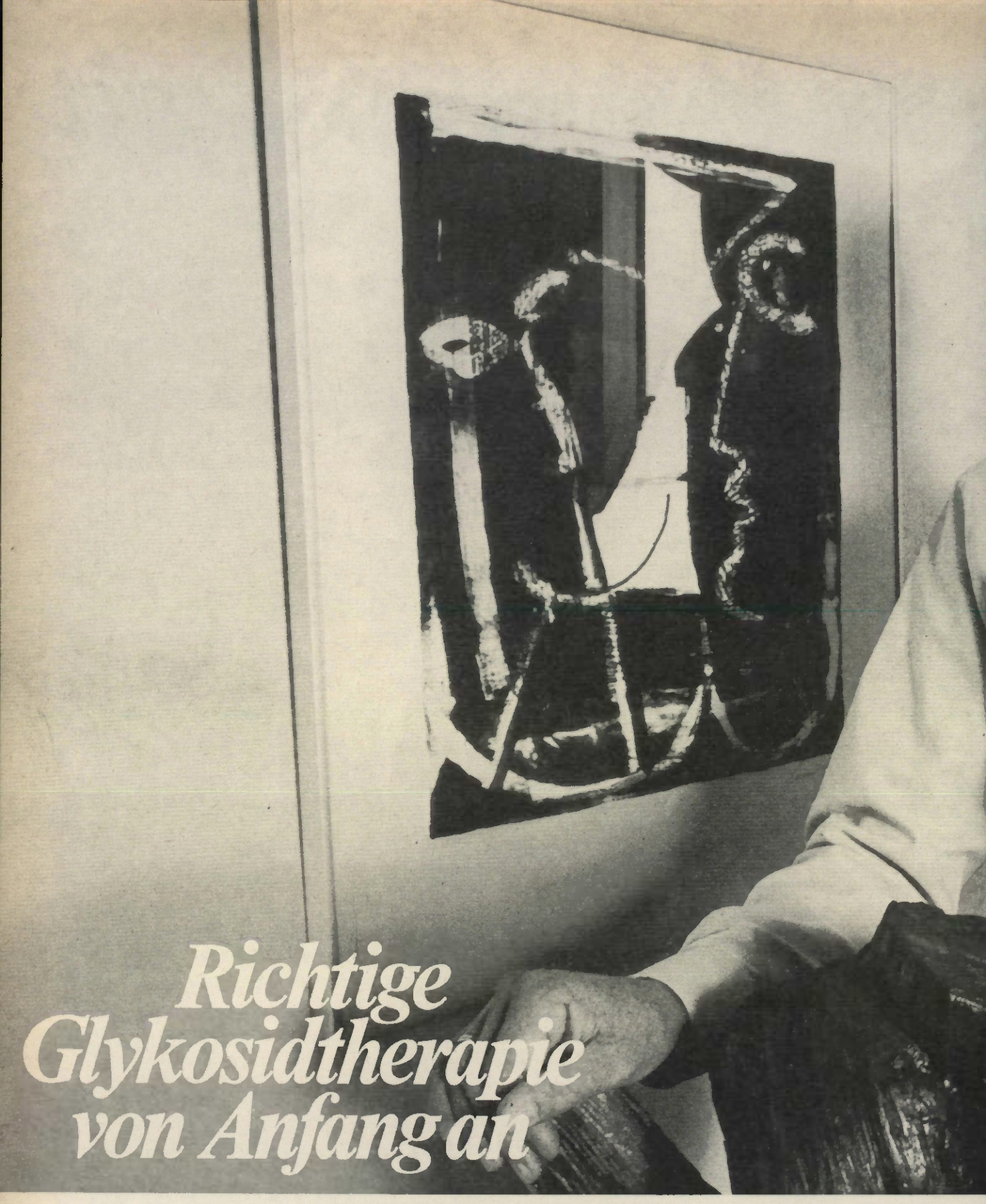
**Gegenanzeigen:**
Bei Schwangeren, Säuglingen und Kleinkindern Langzeitbehandlung auf großen Flächen vermeiden; ebenso bei vorgeschädigter Niere.

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

**Packungen/Preise lt. AT. m. MwSt.:**
O.P. Flasche mit 100 ml DM 7,82
O.P. Flasche mit 250 ml DM 16,96

WIDER

Dr. Wider GmbH & Co 7250 Leonberg

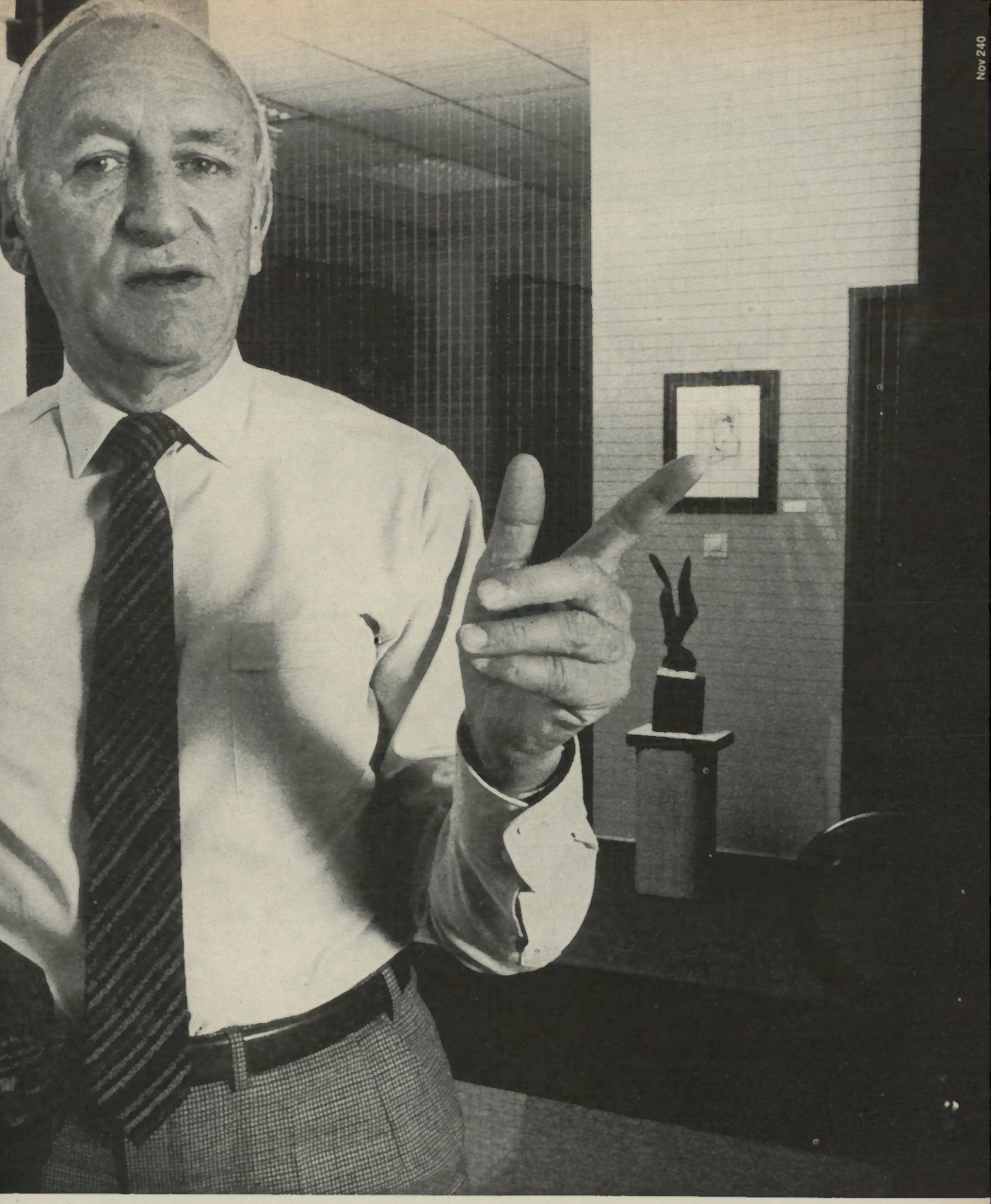


*Richtige Glykosidtherapie von Anfang an*

# Novodigal® mite Novodigal®

AUS DEM HERZ-KREISLAUF-PROGRAMM

BDF



Nov 240

Beiersdorf AG, Hamburg. Novodigal® mite, Novodigel®
Zusammensetzung: 1 Tablette Novodigal® enthält 0,2 mg β-Acetyldigoxin, 1 Tablette Novodigal® mite enthält 0,1 mg β-Acetyldigoxin. Novodigel® Tropfen enthalten 0,1 mg β-Acetyldigoxin in 10 Tropfen, Novodigal® Injektionslösung i.v. 0,2 mg enthält 0,2 mg Digoxin in 1 ml, Novodigel® Injektionslösung i.v. 0,4 mg enthält 0,4 mg Digoxin in 2 ml. Anwendungsgebiete: Herzmuskelinsuffizienz. Gegenanzeigen: Extreme Bradykardie, ventrikuläre Techykardie, AV-Blockierung. Vorsicht bei Hyperkalzämie und Hypokaliämie. Keine gleichzeitigen intravenösen Kalziumgaben. Strenge Indikationsstellung während der Schwangerschaft. Nebenwirkungen: Treten im Verlauf der Therapie Symptome wie Übelkeit, Erbrechen, Farbsehen oder Herzrhythmusstörungen euf, so ist eine Dosisreduzierung erforderlich.
Handelsformen und Preise: Novodigal: Packungen mit 50 Tabletten DM 6,35, 100 Tabletten DM 11,45, Anstaltspackungen. Novodigal mite: Packungen mit 50 Tabletten DM 4,93, 100 Tabletten DM 8,64, Anstaltspackungen. Novodigal Injektionslösung i.v. 0,2 mg: Packung mit 5 Ampullen DM 5,49, Ansteltspeckung. Novodigal Injektionslösung i.v. 0,4 mg: Peckung mit 10 Ampullen DM 12,37, Anstaltspackung. Novodigal Tropfen: Tropfflesche mit 30 ml DM 11,96, Anstaltspackung. (Stand 1. 4. 1980) Nov 240a

schäftsbereiche die Staatsminister sowie die beiden Abteilungen des Ordens.

(2) Die Vorschläge werden von einem Ordensbeirat geprüft und mit seiner Empfehlung dem Ministerpräsidenten zur Entscheidung vorgelegt.

(3) Der Ordensbeirat besteht aus dem Präsidenten des Landtags, dem Präsidenten des Senats, dem Stellvertreter des Ministerpräsidenten, dem Staatsminister für Unterricht und Kultus, dem Präsidenten der Akademie der Wissenschaften und dem Präsidenten der Akademie der Schönen Künste.

Ferner gehören dem Ordensbeirat je ein Präsident einer bayerischen wissenschaftlichen Hochschule und einer bayerischen Kunsthochschule sowie ein Vertreter der angewandten Forschung, der vom Ministerpräsidenten berufen wird, an; diese Mitglieder werden auf die Dauer von fünf Jahren in den Beirat entsandt.

(4) Der Ordensbeirat trifft seine Empfehlungen mit der Mehrheit der Stimmen der gesetzlichen Mitgliederzahl.

Artikel 7

Der Beliehene erhält eine Urkunde über die Verleihung. Die Verleihung wird im „Bayerischen Staatsanzeiger" bekanntgemacht.

Artikel 8

Die zur Ausführung dieses Gesetzes erforderlichen Vorschriften erläßt die Staatsregierung in einem Ordensstatut. Dieses enthält auch Vorschriften über den Entzug des Ordens bei Unwürdigkeit des Inhabers.

Artikel 9

(1) Dieses Gesetz tritt am 1. April 1980 in Kraft.

(2) Gleichzeitig tritt die Verordnung über die Satzungen des Bayerischen Maximiliansordens für Wissenschaft und Kunst vom 5. Juni 1925, in der Fassung der Verordnung vom 4. Januar 1927 (BayBS II S. 631) außer Kraft.

*– Der Bayerische Senat hat dem Gesetz inzwischen bereits zugestimmt. –*

# Amtliches

## Neue Richtlinie „Strahlenschutz in der Medizin"

**Medizinische Fachkunde im Strahlenschutz beim Umgang mit offenen und umschlossenen radioaktiven Stoffen sowie beim Betrieb von Beschleunigern und von Gamma-Bestrahlungseinrichtungen**

Der Bundesminister des Innern und die Bundesländer haben gemeinsam die „Richtlinien für den Strahlenschutz in der Medizin" überarbeitet und an die Regelungen der neuen Strahlenschutzverordnung angepaßt. Diese Richtlinien sind am 18. Oktober 1979 in Kraft getreten (Rundschreiben des Bundesministers des Innern vom 18. Oktober 1979 – Nr. RS II 5 – 515 032/2) und wurden durch Veröffentlichung im Gemeinsamen Ministerialamtsblatt (GMBl. 1979, Nr. 31, S. 638 ff.) bekanntgegeben.

Diese neuen Richtlinien sind für alle Kolleginnen und Kollegen von Bedeutung, die im medizinischen Bereich als Strahlenschutzverantwortliche oder Strahlenschutzbeauftragte tätig sind oder diese Tätigkeit, z. B. durch Übernahme einer leitenden Stellung oder auch einer Praxis, ausüben wollen. Sie befassen sich mit den Genehmigungsvoraussetzungen zum Umgang bzw. zum Betrieb. Sie erläutern die Vorschriften der Strahlenschutzverordnung zum Schutz beruflich strahlenexponierter Personen und enthalten spezielle Regelungen für die Verwendung offener und umschlossener radioaktiver Stoffe einschließlich der Regelungen für den Betrieb von Beschleunigern und Gamma-Bestrahlungseinrichtungen.

Von besonderer Bedeutung sind die Bestimmungen über den Erwerb der Sachkunde im Strahlenschutz, hier im folgenden als „Medizinische Fachkunde" bezeichnet, da hierzu einerseits der Nachweis des Erwerbs entsprechender fachlicher Kenntnisse während einer festgelegten Mindestzeit bei einem hierzu berechtigten Arzt erforderlich ist, andererseits aber auch die Teilnahme an den zu fordernden Kursen im Strahlenschutz verlangt werden muß.

Als Mindestzeiten ganztägiger Tätigkeit bei Ärzten, die zur Vermittlung der Fachkunde berechtigt sind, sind in dieser neuen Richtlinie festgelegt:

**I. Offene radioaktive Stoffe**

*a) Gesamtgebiet (Diagnostik und Therapie):*

Mindestens 36 Monate Tätigkeit auf dem Gebiet der Anwendung radioaktiver Stoffe und ionisierender Strahlen am Menschen, davon *mindestens 18 Monate Diagnostik und 6 Monate Therapie mit offenen radioaktiven Stoffen.*

*b) Diagnostik mit offenen radioaktiven Stoffen:*

Mindestens 24 Monate Tätigkeit auf dem Gebiet der Anwendung radioaktiver Stoffe und ionisierender Strahlen am Menschen, davon *mindestens 18 Monate Diagnostik mit offenen radioaktiven Stoffen.*

*c) Organgebundene Diagnostik (Diagnostik an einem Organsystem):*

Mindestens 12 Monate Anwendung offener radioaktiver Stoffe am Menschen, davon *mindestens 9 Monate auf dem betreffenden Organsystem.*

Wird der Umgang an mehreren Systemen beantragt, gelten die Bestimmungen für die Diagnostik allgemein.

**II. Therapie mit offenen radioaktiven Stoffen:**

Mindestens 12 Monate Strahlentherapie, davon *mindestens 6 Monate Therapie mit offenen radioaktiven Stoffen.*

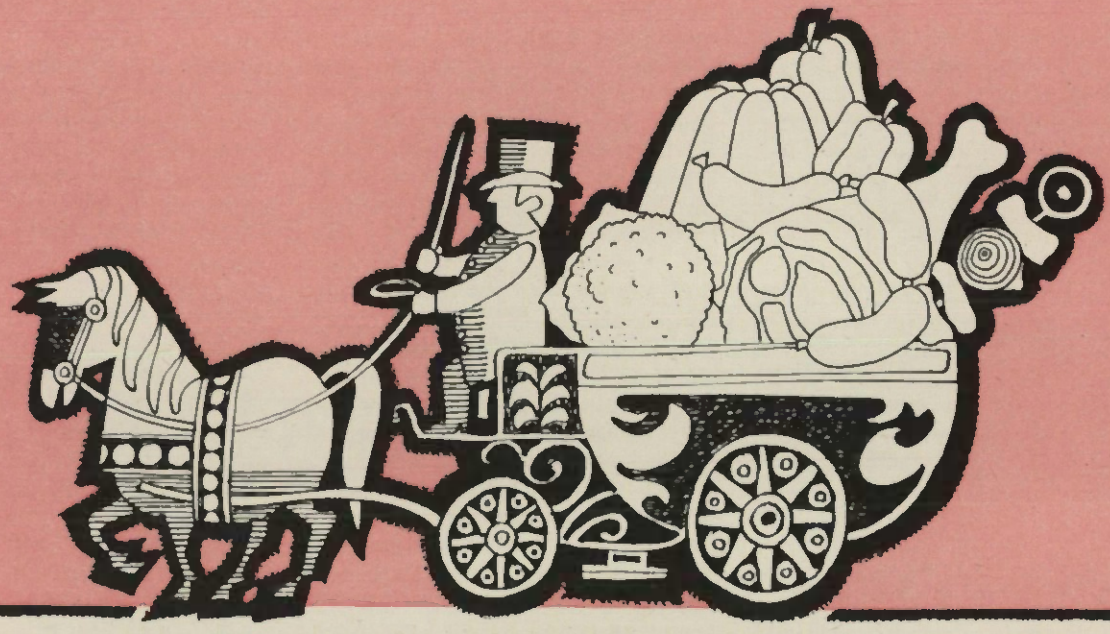
**III. Umschlossene radioaktive Stoffe zur interstitiellen und intrakavitären Therapie sowie zur Kontakttherapie und zur Implantation (Strahler):**

*a) Alle Anwendungsgebiete:*

Mindestens 18 Monate Tätigkeit in der Strahlentherapie einschließlich *mindestens 6 Monate Therapie mit Strahlern.*

ohne Sorgen
essen und verdauen

# Pankreaplex®



aktiviert die Verdauungssekretion ohne Enzym-Substitution

wirkt krampflösend

beruhigt die entzündete Magenschleimhaut

behebt Flatulenz und Meteorismus

**Indikationen:** Sekretionsschwäche von Magen, Leber und Pankreas, Inappetenz, Gärungs- und Fäulnisdyspepsie, Meteorismus, Flatulenz, Roemheld-Komplex, Dysbakterie, Intestinale Begleitsymptome bei Diabetes.
**Zusammensetzung:** Percolat. 1 = 10:
Fruct. Cardui Mariae 3 ml, Cort. Syzygii 4 ml, Cort. Condurango 5 ml, Rad. Sarsaparillae 5 ml, Cholesterin 0,0001 g, Folsäure 0,01 g, Pancreatin. hydrol. 0,5 g, Corrigentia ad 20 ml.
1 Dragée entspricht 10 Tropfen Liquidum.

**Preise:** Packungen: 60 Dragées 6,06 DM, 150 Dragées 12,16 DM, 20 ml Liquidum 6,06 DM, 50 ml Liquidum 12,16 DM
(Stand: 1. September 1979)

**Schaper & Brümmer**
Salzgitter-Ringelheim

*b) Teilgebiete (Beschränkung auf ein Organ bzw. ein Organsystem):*

Mindestens 12 Monate Tätigkeit in der Strahlentherapie einschließlich *mindestens 6 Monate Therapie mit Strahlern.*

*c) Anwendung umschlossener Beta-Strahler zur Hauttherapie:*

Mindestens 6 Monate Tätigkeit in der Strahlentherapie *einschließlich mindestens 3 Monate Anwendung umschlossener Beta-Strahler.*

**IV. Anlagen zur Erzeugung ionisierender Strahlen (Beschleuniger):**

Mindestens 24 Monate Tätigkeit in der Strahlentherapie einschließlich *mindestens 12 Monate Tätigkeit an Beschleunigern oder Gamma-Bestrahlungseinrichtungen, mindestens aber 6 Monate an Beschleunigern.*

**V. Gamma-Bestrahlungseinrichtungen** (Bestrahlungseinrichtungen mit radioaktiven Quellen):

Mindestens 24 Monate Tätigkeit in der Strahlentherapie einschließlich *mindestens 12 Monate Tätigkeit an Gamma-Bestrahlungseinrichtungen und Beschleunigern, mindestens aber 6 Monate an Gamma-Bestrahlungseinrichtungen.*

Die Bayerische Landesärztekammer als zuständige Stelle für die Ausstellung von Fachkundebescheinigungen im Strahlenschutz im medizinischen Bereich wird mit sofortiger Wirkung bei Ausstellung vorgenannter Bescheinigungen diese Richtlinien anwenden.

## Ausland

**In Frankreich:**

### Die Privatklinik ist billiger ...

Die Bedeutung der privaten Krankenanstalten, ob sie nun mit oder ohne lukrativem Ziel geführt werden und in Konkurrenz mit den öffentlichen Spitälern stehen, ist für das System des französischen Gesundheitsdienstes bezeichnend. Es gibt in Frankreich etwa 3000 private Spitäler und Kliniken. Sie beschäftigen mehr als 100 000 Personen und ihre Umsatzziffer erreichte 1978 etwa FF 22 Milliarden gegenüber FF 43,5 Milliarden für die öffentlichen Spitäler. Ein anderes Kennzeichen des französischen Gesundheitsdienstes: das Verhältnis zwischen privaten und öffentlichen Krankenanstalten. Es gab zwischen ihnen seit je schon eine Spannung. Die Ursachen des Konfliktes sind mehrfach. Ein Teil der öffentlichen Anstalten ist immer noch nicht modernisiert. Die öffentlichen Spitäler sind auch wesentlich teurer als die Privatkliniken. In einer Privatklinik bezahlt man pro Tag für das Zimmer in der allgemeinen Medizin (nur Hotelkosten) im Durchschnitt FF 410 und in der chirurgischen Abteilung FF 500. Im öffentlichen Spital betragen beide Preise FF 692 und FF 963.

Die Krankenversicherung weist vor allem wegen der hohen Spitalskosten ein bedeutendes Defizit aus, sie absorbieren fast die Hälfte der Gesamtausgaben der Kassen. 1970 wurde ein Gesetz über die Krankenhausreform beschlossen. Demnach sollten sich die privaten und die öffentlichen Sektoren des Gesundheitsdienstes einander ergänzen. Die Resultate neun Jahre nachher sind nicht sehr überzeugend. Die Zusammenarbeit steht zumeist auf dem Papier. Aber das Gesetz verstärkte die Möglichkeit der öffentlichen Kontrolle über die privaten Kliniken. Dies erhöhte die Hendicaps im privaten Sektor, brachte da und dort rote Zahlen und zwang im Vorjahr, 40 kleine Privatkliniken zu sperren.

Das Problem des Konfliktes liegt nicht zuletzt im Prinzip der Sozialversicherung, die es jedem Versicherten freistellt, jene Krankenanstalt aufzusuchen, die er bevorzugt. Und er bevorzugt zumeist die Privatkliniken, weil man da vielfach besser behandelt wird als in den öffentlichen Spitälern, wo oft ein Massenbetrieb herrscht. Deshalb sind ja auch die Privatkliniken zumeist voll belegt, was man von den öffentlichen Spitälern nicht behaupten kann.

Der private Sektor verfügte zu Beginn 1963 über insgesamt 93 130 Betten und zu Beginn 1976 über


Leichte und mittelschwere Herzinsuffizienzen

**CONVASTABIL®**

**zur risikolosen Dauertherapie in der ambulanten Praxis.**

**Zusammensetzung:** 100 g enthalten: Extr. fl. Fol. Convallariae 65 g (1 mg Gesamtglycoside pro ml, ber. als Convallatoxin), OXACANT® (Crataeg. oxyacanth.) 35 g.
**Dosierung:** 3 x täglich 20–30 Tropfen vor dem Essen in etwas Flüssigkeit einnehmen.
Bei Bedarf bis 3 x 40 Tropfen.
**Handelsformen und Preise incl. MWSt.:** Tropfen: Flasche

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

158 000 Betten. Die entsprechenden Zahlen im öffentlichen Sektor: 198 400 und 262 500 Betten. Die Zahl der Betten im öffentlichen Sektor ist also wesentlich höher, betrachtet man aber das Verhältnis der einzelnen Abteilungen, dann stellt man test, daß die Zahl der Betten in den chirurgischen Abteilungen der öffentlichen Etablissements 68 000 und in den Privatkliniken 66 200 beträgt. Die Differenz ist also nicht sehr bedeutend. Die Psychiatrie verfügt in den öffentlichen Anstalten über 17 000 Betten und in den privaten über 15 000. Hingegen gibt es in den Abteilungen tür allgemeine Medizin 129 000 Betten im öffentlichen Sektor und nur 29 200 im privaten.

Nach einer Untersuchung des „Centre d'études des revenus et des couts" hat sich die Aufnahme der Patienten in den belden Gruppen zwischen 1962 und 1974 von 4 950 000 aut 8 500 000 erhöht, wobei die Zahl der Patienten in den Abteilungen für allgemeine Medizin der öffentlichen Krankenhäuser siebenmal größer ist als in den privaten Kliniken, hingegen zählte der private Sektor in der Chirurgie etwas mehr Kranke als der öffentliche, das Verhältnis betrug 4 : 3 und die gleiche Entwicklung wiesen die Entbindungsanstalten aut. Die Dauer des Aufenthaltes ist, alle Abteilungen zusammen, in den privaten Etablissements um 16,1 Prozent kürzer.

Aber es bestand schon seit je in tührenden politischen Kreisen der Wunsch, die privaten Kliniken stärker an den öttentlichen Gesundheitsdienst zu binden. Vor den Nationalratswahlen 1978 verlangten die Linksparteien die völlige Ausschaltung der Notion Profit aus dem Gesundheitswesen und natürlich die Übernahme der privaten Kliniken durch die öttentliche Hand. Indessen steht fest: die privaten Krankenanstalten ohne lukratives Ziel arbeiten seit einigen Jahren schon weitgehend mit dem öffentlichen Gesundheitsdienst zusammen. Von den etwa 1000 Etablissements dieser Gruppe sind de facto 430 integriert. Aber manche unter ihnen haben bereits vor dem Gesetz über die Krankenhausreform mit dem öffentlichen Sektor zusammengearbeitet, wie etwa die Spitäler St. Joseph und Foch in Paris. Sie werden bei der Festsetzung der Tagpreise durch den Präfekten des betrettenden Departements besonders bevorzugt behandelt. Aber diese Zusammenarbeit warf die Frage nach dem Einkommen der Ärzte auf, die dort arbeiten und von denen einige nach Angaben der „Union hospitalière privée" bis zu FF 700 000 im Jahr verdienen. Eine Verordnung vom 12. Dezember 1977 besagt, daß das Einkommen der in diesen Anstalten tätigen, aber nicht im Angestelltenverhältnis stehenden praktischen Ärzte um höchstens 30 Prozent höher sein darf als jenes der in den öffentlichen Spitälern angestellten Praktiker. Dieser Text hat übrigens starken Protest der Ärzte hervorgerufen und im Elsaß sogar Anlaß zu einem Streik gegeben.

Die Zusammenarbeit der privaten Etablissements mit lukrativem Ziel mit dem öffentlichen Gesundheitsdienst begegnete von Anfang an Schwierigkeiten, vor allem aufgrund der negativen Haltung der Behörden gegenüber den Privaten. So werden heute Ansuchen um Erweiterung der bestehenden privaten Anstalten grundsätzlich abgelehnt ebenso wie die Neugründung von solchen Anstalten. Es war im Sinne des Gesetzgebers 1970, Doppelgleisigkeit zu verhindern und vor allem zu vermeiden, daß die privaten Kliniken den öffentlichen Spitälern noch mehr Konkurrenz machen, als das bisher schon der Fall war. Deshalb sollten Neugründungen nur dort erlaubt werden, wo es Mangel an Krankenbetten gibt. Indessen erfordert die Neugründung von privaten Kliniken bedeutende Investitionen und diese werden nur dort gemacht, wo Amortisierung und Rendite zu erwarten sind. Und das ist selten bei den „Lücken" der Fall, die der öffentliche Gesundheitsdienst hinter sich gelassen hat. Das geht heute schon so weit, daß sich die Banken weigern, Kredite für den Bau von Privatkliniken zu gewähren.

Die wesentlichste Antwort, die die Privatkliniken auf diese Haltung der Behörden gegeben haben, war ihre Ausstattung mit wichtigen Apparaten. Der Privatsektor verfügt über 819 Hämodialyseeinrichtungen (gegenüber 869 im öffentlichen Sektor) und über 139 Kobaltbomben (98). Heute werden etwa 55 Prozent aller chirurgischen Eingriffe und 60 Prozent aller Entbindungen in privaten Anstalten vorgenommen. Die Kosten sind hier wesentlich billiger. Sie erhöhten sich in der Zeit zwischen 1963 und 1978 im öffentlichen Sektor um 257 und im privaten um etwa 120 Prozent. Aber die Tarife sind nicht in allen privaten Etablissements gleich, es gibt Differenzen, die bis zu 50 Prozent gehen können.

In der einen Klinik müssen junge Chirurgen FF 200 000 auf den Tisch legen, um hier operieren zu dürfen, in anderen fordert man mehr. Die Methoden der Berechnungen des Pauschale für die Benützung des Operationssaales und für teure Medikamente und die mehr oder weniger bedeutende Rückzahlung der Honorare der Chirurgen an die Kliniken sowie andere zusätzliche Einnahmen bringen es mit sich, daß die Zimmertarife nur 50 bis 60 Prozent der Gesamteinnahmen stellen.

Es ist geplant, die Differenzen zwischen den einzelnen privaten Etablissements und den einzelnen Regionen auszugleichen und die privaten Anstalten in fünf Kategorien einzuteilen, die jeweils einheitliche Preise aufweisen sollen. In einem zweiten Abschnitt sollen die Tarife der Privatkliniken progressiv jenen der öffentlichen Spitäler angeglichen werden. Für die privaten wäre dies vom Vorteil, vor allem weil ihre Gestehungskosten infolge eines reduzierten Verwaltungsapparats geringer sind als jene der öffentlichen, bei denen die Personalausgaben bis zu 80 Prozent der Gesamtausgaben erreichen. Aber auf der anderen Seite sollen sich die größeren Privatkliniken bereit erklären, Intensivstationen einzurichten und den Studenten in einem bestimmten Ausmaß die Möglichkeit zu praktischer Arbeit zu geben.

*J. H., Paris*

# Entwicklung unter verändertem Rahmen

Traditionell mit Zündstoff behaftet ist zwischen Regierungspartei und Opposition das Theme Landesentwicklung. Zum neuerlichen Schlegabtausch kam es jetzt anläßlich des zehnjährigen Bestehens des Landesplanungsgesetzes sowie der Vorlage des fünften Raumordnungsberichtes durch Umweltminister Alfred Dick vor dem Landtag. Die bayerische SPD nahm das zehnjährige Bestehen des Landesplenungsgesetzes zum Anlaß, der Staatsregierung vorzuwerfen, sie habe wesentliche Teile des Gesetzes nicht vollzogen. Mit den Worten „Die Abstimmung mit den Füßen hält an" kritisierte sie die Wanderungsverluste der fünf strukturschwächsten Regionen in Bayern, aus denen innerhalb einer Dekade rund 60 000 Menschen weggezogen sind. Dagegen hätten die Ballungsräume München und Nürnberg sowie das Alpenland einen Zuzug um rund 200 000 Menschen verbuchen können.

Für die SPD liegen die Ursachen für diese Abwanderungen aus den schwachen Regionen im Mangel an qualifizierten Arbeitsplätzen und den niedrigen Einkommen, von denen vornehmlich die junge Generation vertrieben werde. Beispielsweise hebe im Jehre 1978 ein Münchener Industriebeschäftigter rund 50 Prozent mehr verdient els ein Arbeitnehmer in West-Mittelfrenken. „Gesunde Luft und preiswerte Mieten stellen da keinen Ausgleich dar." Hans Kolo, der landesentwicklungspolitische Sprecher der SPD-Fraktion, fand noch schärfere Worte: „Nach Gutsherrenart betrieben die einzelnen Ressorts die Landesentwickiung und nehmen Investitionen nur dort vor, wo es ihnen sinnvoll erscheint." Wie schon bei der Verabschiedung des Landesentwicklungsprogramms stand im Mittelpunkt der SPD-Kritik das Instrument der Richtzahlen für die Bevölkerungs- und Arbeitsplatzentwickiung. Das Abrücken der Staetsregierung von den verbindlichen Richtzahlen führe zu einer Verunsicherung der Wirtschaft in den strukturschwachen Räumen und begünstige Investitionstätigkeiten in den sogenannten sicheren Räumen, also den Ballungszentren.

Umweltminister Alfred Dick konterte die Kritik der Opposition mit den Worten: „Unsechkundig". Die vorgesehene Novellierung des Landesplanungsgesetzes stellt für ihn einen Fortschritt dar. „In Zukunft soll das Parlement em Zustandekommen des LEP beteiligt werden, das wegen seiner umfassenden Bedeutung und seines politischen Gewichts zu den sogenannten ‚staatsleitenden Akten' gehört, bei denen die konstitutive Mitwirkung des Parlaments mit dem Grundsatz der Geweltenteilung in Einklang steht." Die früher als klassisches Instrument der Landesplanung angesehenen verbindlichen Bevölkerungsrichtzahlen sollen, so Dick, durch Richtwerte ersetzt werden, die eine flexible Handhebung els Orientierungshilfen für Wirtschaft, Fechplanungsträger und Kommunen in Form von Bandbreiten starrer Zahlen ermöglichen.

Ein Kontrollinstrument für das Parlament und eine Leistungsbilenz der Staatsregierung stellten für den Minister die Raumordnungsberichte dar, anhand derer der Vollzug des Landesentwicklungsprogramms abgelesen werden könne. Diese Berichte werden alle zwei Jahre fortgeschrieben, den fünften legte der Minister jetzt dem Parlament vor. Erstmals wurden im neuen Raumordnungsbericht auch die Investitionszehlen über den Vollzug des Landesentwicklungsprogremms aufgenommen. In der Öffentlichkeit werde oft verkannt, daß die Aufgaben der Landesentwicklung nicht nur in der Aufstellung von Zielen, sondern insbesondere auch darin bestehen, auf die Verwirklichung der Ziele hinzuwirken und zu beobachten, in welchem Meß die Zielverwirklichung gelungen ist. Es sei daher das Bestreben der Staatsregierung gewesen, den Raumordnungsbericht so stark wie möglich an den Zielen auszurichten, die Maßnahmen zur Erhaltung und Gestaltung unseres Landes deutlich werden zu lassen und den Umgang mit dem nicht vermehrbaren Gut „Raum" einer eingehenden Analyse zu unterziehen, stellte Alfred Dick fest.

Vor dem Hintergrund eines nachhaltigen Rückgangs der Geburtenraten, einer Veränderung im Altersaufbau der Bevölkerung, eines geringeren Wirtschaftswachstums sowie knapper werdender öffentlicher Mittel, sah der Minister die Entwicklung Bayerns els überdurchschnittlich günstig an. So sei die Bevölkerung um ca. 50 000 Einwohner gewechsen, während das Bundesgebiet eine Einwohnerabnahme von ca. 120 000 zu verzeichnen hatte. Die Zahl der sozialversicherungspflichtig Beschäftigten sei um mehr els 110 000 gestiegen, womit Bayern mehr els dreiviertel der gesemten Beschäftigtenzunahme des Bundesgebiets auf sich vereinigen konnte. Von 16,6 Prozent auf 17 Prozent sei der Anteil em Bruttoinlandsprodukt gewachsen und habe damit einen neuen Höchststand erreicht. „Schließlich ist das durchschnittliche jährliche Volumen der öffentlich geförderten Investitionen von 11,3 Mrd DM (Durchschnitt 1973/76) auf ca. 13,7 Mrd DM (Durchschnitt 1977/78), d. h. um 21 Prozent, gestiegen, wobei gleichzeitig die durchschnittlich eingesetzten Landes- und Bundesmittel von rund 6,3 Mrd DM auf 7,7 Mrd DM (d. h. um 23 Prozent) gesteigert wurden."

Regional betrechtet, hätten die großen Verdichtungsräume zwar eine erhebliche Bevölkerungszunahme zu verzeichnen, andererseits sei die Zunahme der Zahl der Arbeitsplätze in dieser Regionsgruppe unterdurchschnittlich verlaufen. Demgegenüber wiesen das Grenzland und die überwiegend schwach strukturierten Regionen einen wesentlich reduzierteren Bevölkerungsrückgang auf, was den SPD-Abgeordneten Hans Kolo zu der Bemerkung veranlaßte: „Aus dem Faß läuft nicht mehr so viel raus, weil es halb leer ist."

Zur Bevölkerungsentwicklung berichtete Dick im einzelnen, bis Ende 1978 sei die Bevölkerung Bayerns auf mehr als 10,83 Millionen Einwohner angewachsen. Diese Zunehme beruhe im wesentlichen auf den hohen Wenderungsüberschüssen mit dem übrigen Bundesgebiet, die mit rund 47 000 im Berichtszeitraum einen neuen Höchststand erreichten. Auch die Auslandswenderung trug mit nahezu 35 000 Personen zum Bevölkerungszuwachs bei. Für dieses hohe Saldo machte Dick neben den verstärkten Femilienzusammenführungen von Gastarbeitern auch die Zuzüge von Aussiedlern und Asylsuchenden verantwortlich. Insgesamt seien einer landesplanerischen Beeinflussung der Zuzüge Grenzen gesetzt. „Eine Umlenkung der hauptsächlich auf die großen Verdichtungsräume gerichteten Zuwanderungen aus dem übrigen Bundesgebiet und aus dem Ausland auf die strukturschwachen Gebiete ist mit Mitteln der Landesplanung nicht möglich." Der Minister resümierte: „Eine Abstimmung mit den Füßen findet also nicht innerhalb Bayerns statt, sondern im Bundesgebiet und im Ausland zugunsten Beyerns, wenn auch – leider – im wesentlichen zugunsten der bayerischen Verdichtungsräume."

*Michael Gscheidle*

Progredienz verhindern
kausal behandeln

# Venalot®

bei venös-lymphatischen Erkrankungen

„Dickes Bein“ • Postthrombophlebitisches Syndrom • Ulcus cruris

- Baut lokale eiweißreiche Ödeme ab
- „Entsumpft“ das Interstitium
- Mobilisiert den Lymphfluß

**Schaper & Brümmer**
Salzgitter·Ringelheim
**Naturstoff-Forschung und -Therapie**

**Zusammensetzung: 1 Kapsel** enthält: Extr. Melilot. stand. sicc. 25 mg, (Cumaringehalt 5 mg), Rutin 25 mg. **1 Ampulle** zu 2 ml/5 ml enthält: Extr. Melilot. equos. stand. 10 mg/25 mg (Cumaringehalt 3 mg/7,5 mg), Rutinschwefelsäureester-Natriumsalze 50 mg/125 mg. **1 Depot-Dragée** enthält: Cumarin 15 mg, Troxerutin 90 mg. **100 ml Liniment** enthalten: Extr. Melilot. stand. 50 ml (Cumaringehalt 500 mg), Heparin 5000 I.E. **Kontraindikationen:** sind bisher nicht bekannt. **Nebenwirkungen:** wurden bisher nicht beobachtet. Schaper & Brümmer Salzgitter · Ringelheim
**Dosierung: Oral: Venalot®-Depot:** morgens und/oder abends 1 Dragée. **Venalot®-Kapseln:** 3 x täglich 1–2 Kapseln. **Parenteral:** 2–5 ml i.v. oder i.m. **Venalot®-Liniment:** mehrmals täglich über den erkrankten Stellen einreiben. **Darreichungsformen und Packungsgrößen:** Kapseln 30 St. DM 10,40, 75 St. DM 22,50, AP 500 St., Ampullen 5 x 2 ml DM 8,84, AP 100 x 2 ml, 10 x 5 ml DM 28,60, AP 100 x 5 ml, Liniment 40 ml DM 7,35, 70 ml DM 11,35, AP 400 ml. Depot-Dragées 20 St. DM 13,85, 50 St. DM 29,40, AP 500 St. Stand: 1. September 1979
Schaper & Brümmer Salzgitter · Ringelheim

## Brief aus Bonn

# Ehrenberg und „Negativliste“

Der Streit über die sowjetische Besetzung Afghanistans und die mühsamen Versuche der Bundesreglerung semt ihrer europäischen Verbündeten, darauf angemessen zu reagieren, verstellen den Blick euf die Innenpolitik. So finden Nachrichten, die sonst Schlagzeilen gemacht hätten, nur geringe Beachtung. Das gilt z. B. für die Tatsache, daß Bundesarbeitsminister Ehrenberg dem Bundeseusschuß Ärzte/Krenkenkessen die zur Genehmigung eingereichte „Negativliste" mit der Note „ungenügend" zur neuerlichen Bearbeitung zurückgegeben hat. Es zeigt sich nun, daß der Ausschuß gut bereten gewesen wäre, wenn er den Auftrag des Gesetzgebers als undurchführbar zurückzugeben gegeben und nicht einen umstrittenen Mehrheitsbeschluß gegen die beteiligten Ärzte getroffen hätte. Statt des Gesetzgebers und seiner ministeriellen Bereter steht jetzt der Ausschuß blamiert da. Die Kassenvertreter sollten daraus lernen.

Ehrenberg nutzte die Pressemitteilung über seine Entscheidung, um den Ausschuß zu belehren. Die Liste der Medikemente, die in der Regel nicht mehr in der Kassenprexis verschrieben werden sollten, sei bedenklich, meint der Minister. Der Ausschuß hebe das Kriterium „Publikumswerbung" herengezogen und dennoch Mittel aufgeführt, für die nicht oder nicht mehr geworben werde. Diese Kritik zielt euf Fehler, die leicht zu korrigieren gewesen wären. Von größerem Gewicht ist die ministerielle Feststellung, daß die vom Ausschuß vorgeschlagenen Abgrenzungsmerkmele „Publikumswerbung und Umfang der Selbstmedikation" nicht hinreichend bestimmt seien. Wegen der Auswirkungen für die Hersteller entsprechender Mittel sei eus Gründen eines Vertrauensschutzes zu prüfen, ob nicht eine Übergangsfrist für das Wirksamwerden der Richtlinie geboten sei, gibt Ehrenberg zu bedenken. Dieser Hinweis scheint begründet, doch überrascht, daß eusgerechnet Ehrenberg, euf dessen Initiative das Kostendämpfungsgesetz zustande kam und der en der Formullerung jener umstrittenen Vorschriften beteiligt wer, sich nun als Hüter der Interessen der Pharma-Unternehmen zeigt. Einleuchtender ist es angesichts der sich nähernden Wahltermine, wenn Ehrenberg das Fehlen der Vorschriften bemängelt, in denen festgelegt wird, welche Verschreibungspraxis für die Versicherten zumutber ist und in welchen Fällen die euf der Liste verzeichneten Medikemente dennoch verordnet werden dürfen.

Um den Beretungen eine „breitere Besis" zu geben, regt der Minister en, euch eine eingeschränkte Indikationen-Lösung in die Diskussion einzubeziehen. Ehrenberg geht damit euf die nicht praktikeble Gesetzesformulierung zurück, nach der jene Medikemente euf die Negativliste gesetzt werden sollen, die ihrer ellgemeinen Anwendung nach nur bei geringfügigen Gesundheitsstörungen engewendet werden. In einem „Diskussionspepier" des Ministeriums werden Schlefmittel, Schnupfenmittel, Abführmittel, Präparate gegen zu niedrigen Blutdruck, Mittel gegen Durchfall, Venenpflegemittel sowie Mund- und Rachendesinfizienzien aufgeführt.

Darüber könnte möglicherweise geredet werden, wenn das Ministerium nicht gleichzeitig eine Reihe von Ausnahmeregelungen empfehlen würde. So soll der Arzt diese Mittel doch verordnen dürfen, solenge die Symptome unklar sind und schwerwiegende Erkrankungen nicht eusgeschlossen werden können, wenn das Mittel für andere Indikationen sowie vor oder nach Operationen angewendet wird. Darüber hinaus wird en eine soziale Härteklausel gedecht. Kurz: Der Arzt hätte sich ständig mit den Patienten und der Frege herumzuschlagen, ob auf Kassenrezept verordnet werden darf oder nicht. Nur der Minister wäre fein heraus; er wäre den „Schwarzen Peter" los und könnte stets auf die Entscheidungen der Ärzte verweisen. Was wieder einmal zeigt, daß Politiker immer einen Ausweg finden, euch wenn sie sich in die Sackgasse begeben haben.

In Ehrenbergs Pressemitteilung fehlt der Hinweis euf einen Vorschlag, der von der Pharma-Industrie präsentiert worden ist. Danech sollten jene Medikamente nicht mehr in der Kessenpraxis verschrieben werden, für die öffentlich geworben wird. Der F.D.P.-Abgeordnete Schmidt (Kempten) hat diesen Vorschlag eufgegriffen. Dieses Abgrenzungskriterium hebe den Vorteil, daß es kaum Entscheidungsprobleme für den Arzt gebe. Auch würde dem Grundsatz Rechnung getregen, daß Werbung im Gesundheitswesen problematisch sei. Und schließlich würde dem Arzneimittelhersteller die unternehmerische Entscheidungsfreiheit voll belassen.

Schmidt empfiehlt dem Bundeseusschuß, rasch noch einmal an die Arbeit zu gehen, dann könnten die sich eus einer solchen Negativliste ergebenden Möglichkeiten zur Kostendämpfung noch in diesem Jahr wirksam werden. Ehrenberg scheint es damit nicht so eilig zu haben, denn zumindest in seiner Pressemittellung wird der Vorschleg der Pherma-Industrie nicht eufgegriffen. Dort wird das Kriterium der Publikumswerbung els rechtlich zu unbestimmt hingestellt und an die Indiketionen-Lösung erinnert. Das könnte bedeuten, daß sich der Minister vorsichtig von der Idee der Negativliste abzusetzen beginnt, ohne dies schon jetzt sagen zu wollen. Aber das ist vorerst nur eine Spekulation.

Die Spitzenverbände der Pharma-Industrie, der Apotheker, der Krankenkessen und der Kassenärzte hetten den Bonner Journalisten eine besondere Überraschung zugedacht. Im Bonner Presseclub wurde eine gemeinsame Pressekonferenz u. a. mit den Herren Scholl, Oldiges und Fiedler anberaumt, um die Tetsache zu verkünden, daß es künftig bei Tebletten und Dragees jeweils drei einheitliche Packungsgrößen gibt, die den Ärzten therapiegerechte Verordnungen erleichtern sollen. Vorgesehen sind kleine, mittlere und große Packungen. Diese Umstellung wird die Pharme-Industrie zunächst mit Kosten belesten. Längerfristig hofft man jedoch auf Einsparungen und einen Abbau des „Arzneimittel-Mülls" in den Haushalten.

Die Herren weren nech Bonn geeilt, um die Vorteile dieser Neuregelung zu feiern. Doch dann stellte sich beim Frege- und Antwortspiel heraus, daß diese doch recht fraglich sind. Die Zahl der Packungen, so ergab sich, kann leicht noch weiter wachsen, weil wieder kleinere Packungen angeboten werden müssen, die in den letzten Jehren vom Merkt verschwunden sind. Die Ärzte hätten keine kleinen Pakkungen mehr verschrieben, sagten die einen. Die enderen sahen sich zu dem Hinweis veranlaßt, daß man nicht verschreiben könne, was nicht angeboten werde. Es ging also um den berühmten Streit, ob das Ei oder das Huhn eher da war. Die Herren hetten sich wohl mehr von der Pressekonferenz versprochen, während die Journalisten überrascht kontroverse Meinungen registrierten. Für die Ärzte wird die Neuregelung wohl von Nutzen sein. Sie haben spätestens von 1982 en hinter dem Medikament nur noch N 1, N 2 oder N 3 zu vermerken. Wenn das kein Fortschritt ist?

*bonn-mot*

# Alte Wahlsprüche aus ärztlicher Sicht

von Robert Arnholdt

Kurzlebige Schlagworte und Mottos begegnen uns auf Schritt und Tritt. Aber alte Wahlsprüche sind weitgehend in Vergessenheit geraten. Sie gelten vielfach als antiquiert und nicht mehr in unsere hektische Zeit passend. Teilweise mag dies zutreffen. Es gibt aber auch faszinierende Wahlsprüche, die ihre Aussagekraft durch Jahrhunderte hindurch unverändert bewahrt haben.

Über Wahlsprüche von Ärzten erfährt man im allgemeinen wenig. Auch in der biographischen Literatur finden sich nur selten Hinweise. Eher schon kann man sie auf alten Gemälden oder Kupferstichen entdekken. So kennt man z. B. Arztporträts aus dem 16. bis 18. Jahrhundert mit reichem allegorischen Beiwerk und dem mehr oder weniger versteckt eingefügten Wahlspruch. Dieser kann im Hintergrund des Bildes oder in einem Manuskript zu erkennen sein. Manchmal schlingt sich auch um das Wappen des Arztes ein Band mit seiner Devise. Eigentliche Fundgruben für Devisen sind alte heraldische und numismatische Werke. Die von Ärzten bevorzugten Wahlsprüche lassen öfters eine nähere Beziehung zu ihrem Beruf erkennen.

Die Wahlsprüche sind nur selten eigene Erfindung. Meist stammen sie aus der alten griechischen oder römischen Literatur, oft auch aus der Bibel. Wenn sie mit besten Vorsätzen als Wegweisung und Hilfe für das ganze Leben ausgesucht worden sind, entsprechen sie fast immer hohen ethischen Anforderungen. Gute Devisen vereinen Scharfsinn und Schwung mit dem Ziel, das Sinnreichste in der kürzesten und glücklichsten Form zum Ausdruck zu bringen. In manchen Fällen sind die Wahlsprüche aber auch nur Spiegel der gesellschaftlichen und weltanschaulichen Strömungen ihrer Zeit. Mit Vorliebe benutzte man die klare und ausdrucksvolle lateinische Sprache. Dies war bei Ärzten nicht

anders als bei anderen Männern der Wissenschaft. Auch von weltlichen und geistlichen Herrschern ist dies bekannt. Durch Übersetzung gehen die klanglichen Qualitäten der Wahlsprüche leider oft verloren.

Es sind uns eine ganze Reihe von Wahlsprüchen bedeutender Ärzte aus verschiedenen Ländern überliefert. Einige Beispiele seien genannt:

1. *Paracelsus*, Theophrastus Bombastus von Hohenheim 1493 bis 1541

Bekanntester und volkstümlichster Arzt der Vergangenheit im deutschsprachigen Raum, Naturforscher und Philosoph.

„Alterius non sit, qui suus esse potest" (Wer sein eigen sein kann, der verkaufe sich nicht an einen andern)

2. *Wierus (Weyer)*, Johann 1515 bis 1588

Stadtarzt in Arnheim, mutiger Bekämpfer des Hexenwahns.

„Vince te ipsum" (Besiege Dich selbst)

3. *Fabricius Hildanus (Fabry)*, Wilhelm 1560 bis 1634

Größter deutscher Chirurg der Renaissance, häufig als deutscher Paré bezeichnet.

„Omnis medela a deo" (Alles Heilmittel von Gott)

4. *Forestus*, Petrus (Pieter van Foreest) 1522 bis 1597

Professor der Medizin in Leyden.

Wegen seiner großen Verdienste bei der Bekämpfung der Pest in Delft nannte man ihn den holländischen Hippokrates.

„Salus mea Christus" (Christus meine Rettung)

5. *Sylvius*, Frans (de la Boë, Dubois) 1614 bis 1672

Arzt, Anatom, Begründer der „Chemiatrie", beschrieb erstmals die Tuberkel.

„Bene agere ac laetari" (Gut handeln und sich freuen)

6. *Friderici*, Johann Arnold 1637 bis 1672

Arzt, Anatom, Chemiker und Botaniker, zuletzt in Jena.

„Aliis inserviendo ipse consumor" (Anderen dienend verzehre ich mich selbst)

Neben seiner Devise ist auf seinem Porträt auch eine brennende, sich selbst verzehrende Kerze dargestellt, welche sein Streben nach uneigennützigem Verhalten symbolisieren soll.

7. *Mauriceau*, Francois 1637 bis 1709
Pariser Gynäkologe, einer der berühmtesten Geburtshelfer des 17. Jahrhunderts, hat sich maßgeblich für die Einführung der Geburtszange in die Gynäkologie eingesetzt. Zeitgenosse des Sonnenkönigs Ludwig XIV.

„Me sol non umbra regit" (Mich regiert die Sonne, nicht der Schatten)

8. *Trew* (auch Treu genannt), Christoph Jakob 1695 bis 1769

Arzt, Anatom und Botaniker in Nürnberg, vermachte seine Bibliothek (35 000 Bände) der Universität Altdorf.

„Nunquam otiosus" (Niemals müßig)

9. *Superville*, Daniel de 1696 bis 1773

Arzt, Anatom, Chirurg, Naturforscher, Diplomat. Erster Direktor und Kanz-

ler der 1742 in Bayreuth gegründeten und 1743 nach Erlangen verlegten, jetzigen Friedrich-Alexander-Universität. Erster Rektor magnificentissimus war Markgraf Friedrich selbst. Auf dem Bild de Supervilles erkennt man außer seiner Devise auch die Statue des thronenden Äskulap mit Steb. Eine Bücherwand soll seine Gelehrsamkeit bezeugen.

„Quantum est quod nescimus!" (Wieviel wissen wir nicht!)

10. *Haller,* Albrecht von, 1708 bis 1777

Arzt, Physiologe, Anatom, Botaniker, Dichter und Bibliograph in Göttingen. War bahnbrechend in der medizinischen Forschung des 18. Jahrhunderts.

„Ad simplicitatem redire" (Zur Einfachheit zurückkehren)

11. *Brookes,* Joshua 1761 bis 1833

Arzt, Anatom, Physiologe, Biologe in London.

„Ferre gratias cupio" (Ich möchte Dank abstatten)

12. *Billroth,* Christian Theodor 1829 bis 1894

Bedeutender Wiener Chirurg.

„Durch Wahrheit zur Klarheit"

Wahlsprüche sind auch in psychologischer Hinsicht interessant. Denn sie geben Aufschluß darüber, was ein Mensch für so wichtig und so bedeutsem hielt, daß er es in den paar Worten seiner Devise zum Ausdruck bringen wollte. Herkunft, Lebensschicksale, Beruf und Charaktereigenschaften spielen da mit. Bisweilen fragt man sich, warum jemand, dessen Biographie man vielleicht kennt, gerade dieses und kein anderes Leitwort für sein Leben ausgesucht hat. Was mag wohl den Humanisten Erasmus von Rotterdam zu seiner Devise „Cedo nulli" (Ich weiche keinem) veranlaßt haben? Zu solchen und ähnlichen Gedanken regen Wahlsprüche manchmal an.

Aus ärztlicher Sicht interessieren aber vor allem Wahlsprüche, die auch noch in unserer Zeit für das tägliche Wirken des Arztes hilfreich und wegweisend sein können, gleichgültig, ob sie von Ärzten oder von anderen Persönlichkeiten ausgewählt worden sind. Man denke nur an die vor 2000 Jahren geprägten und später oft als Devise gebrauchten Worte des römischen Dichters Ovid:

„Principiis obsta, sero medicina paratur" (Widerstehe den Anfängen, sonst kommt die Arznei zu spät)

Erinnert sei ferner an den bekannten und häufig als Devise gewählten Satz eus den Satiren Juvenals:

„Mens sana in corpore sano" (Ein gesunder Geist in einem gesunden Körper)

Berühmt und beliebt waren auch folgende Worte des Hippokretes:

„Vita brevis, ers longa" (Kurz ist das Leben, leng die Kunst)

In alten ärztlichen Wahlsprüchen findet man oft das religiöse Motiv. Gott, von dem alle Heilung kommt, soll de ganz im Vordergrund stehen. Alles ärztliche Handeln gelingt nur: „Auxilio Dei" (Mit Gottes Hilfe). Immer schon war auch die Hoffnung ein beliebtes Motto. Ohne sie wäre der ärztliche Beruf trostlos.

„Spes aspera levat" (Hoffnung lindert die Beschwerden)

Ärzte hatten früher oft als Sinnbild der Wachsamkeit einen krähenden Hahn in ihrem Wappen. Denn sie waren sich bewußt:

„Aegros vigilantia servat" (Wachsamkeit rettet die Kranken)

Der Arzt muß sein:

„Amicis, inimicis promptus" (Für Freunde wie für Feinde bereit)

„Omnibus idem" (Für alle derselbe)

Es gibt alte Porträts, euf denen der Wahlspruch nicht mit Worten, sondern nur symbolhaft angedeutet ist. So soll z. B. ein Bund verschiedener, in einem Reif vereinigter Schlüssel auf folgende Devise hinweisen: „Non omnia possumus omnes" (Wir können nicht alle alles).

Alte Wahlsprüche enthalten grundsätzliches, ärztliches Gedankengut oft in brillanter Kürze:

„Ut prosim aliis" (Auf daß ich anderen nutze)

„Mora trahit periculum" (Verzögerung bringt Gefahr)

„Quieta non movere" (Was ruhig ist, nicht eufrühren)

„Rerum cognoscere causas" (Die Ursachen der Dinge erkennen)

„Execte et prudenter" (Richtig und vorsichtig)

„Nec momentum sine linea" (Auch nicht einen Augenblick ohne Richtung)

„Oportet misereri" (Man muß Mitleid haben)

Nicht nur Ärzten, auch manchen Kranken weren Wahlsprüche schon bedeutsam:

„Aequam servare mentem" (Gleichmut bewahren)

„Disce ferenda pati" (Lerne dulden, was zu tragen ist)

„Perfer et obdura" (Trage und helte eus)

„Levius fit patientia" (Es wird leichter durch Geduld)

„Attamen trenquillus" (Und doch ruhig)

„Haec omnia transeunt" (Dies alles geht vorüber)

„Dum spiro, spero" (Solange ich atme, hoffe ich)

Alle diese Beispiele zeigen, daß elte Wahlsprüche auch aus ärztlicher Sicht von Interesse sein können und daß sie auch unserer Generation noch viel zu sagen haben.

Anschrift des Verfassers:
Medizinaldirektor Dr. med. Robert *Arnholdt*, Lindleinstraße 43, 8700 Würzburg

## 64. Fortbildungstagung des Kollegiums für ärztliche Fortbildung Regensburg

**vom 15. bis 18. Mai in Regensburg**

# Uricovac® M

## Der einzige Harnsäuresenker mit mikronisierter Substanz: ausgezeichnet verträglich, ursachengezielt wirkend.

**Zusammensetzung:** 1 Tablette enthält 80 mg Benzbromaron mikronisiert. **Anwendungsgebiete:** Hyperurikämie jeder Genese. **Gegenanzeigen:** Das Arzneimittel soll nicht angewendet werden bei schweren Nierenfunktionsstörungen, es sei denn, daß der Arzt es ausdrücklich verordnet. Obwohl Uricovac M in ausgedehnten Tierversuchen keinerlei teratogene Wirkung gezeigt hat, sollte das Präparat aus Vorsichtsgründen bei bestehender Schwangerschaft nicht verabreicht werden. **Nebenwirkungen:** Unter einer Uricovac-Behandlung können Durchfälle auftreten. Treten diese Durchfälle häufig oder über längere Zeit auf, so sind die Natrium- und Kalium-Werte im Blut zu kontrollieren. Der Arzt entscheidet dann, ob die Therapie fortgesetzt werden kann. Zu Beginn jeder harnsäuresenkenden Therapie kann es zu Gichtanfällen kommen; hier wird die zusätzliche Gabe von Colchizin empfohlen.

**Wirkungsweise:** Uricovac M senkt den erhöhten Serum-Harnsäurespiegel durch – Hemmung der tubulären Rückresorption – Hemmung der Purinsynthese – Erhöhung der enteralen Harnsäureausscheidung. **Wechselwirkungen mit anderen Mitteln:** Wechselwirkungen mit anderen Mitteln sind bisher nicht bekannt geworden. **Dosierungsanleitung und Art der Anwendung:** Soweit nicht anders verordnet, grundsätzlich 1 Tablette Uricovac M täglich unzerkaut mit etwas Flüssigkeit während oder nach einer Mahlzeit einnehmen. Wie bei jeder harnsäuresenkenden Therapie sollte bis zur Normalisierung der Serum-Harnsäurewerte für eine ausreichende Diurese und für eine Harnalkalisierung Sorge getragen werden. **Darreichungsform und Packungsgrößen:** 30 Tabletten zu 80 mg, DM 31,70
90 Tabletten zu 80 mg, DM 81,50 · 300 Tabletten zu 80 mg, AP

Stand 2-1980

LABAZ

**LABAZ GmbH**
Pharmazeutische Präparate
Heinrich-Hertz-Str. 44
4006 Erkrath 1

# Mumifikation im alten Ägypten

**mit Auswertung der Röntgenuntersuchungen von Mumien der Staatlichen Sammlung Ägyptischer Kunst in München**

von K. S. Kolta und R. Rothe

In Erfüllung ihres Jenseitsglaubens vollzogen die alten Ägypter en ihren Toten die Mumifikation, die uns wertvolle Erkenntnisse über ihr Leben, insbesondere ihre Bräuche und Krankheiten vermittelt. Es wurden zwei Eingriffe em menschlichen Körper vollzogen: die Beschneidung und die Mumifizierung. Letztere ist nach dem heutigen Sprachgebrauch keine chirurgische Maßnahme gewesen. Sie erforderte jedoch Erfahrung in der Sektionstechnik und setzte Experimente mit Kräutern voraus, um eine gute und dauerhafte Konservierung der Leiche zu erreichen.

Das Wort „Mumie" ist nach Dozy aus dem Persischen herzuleiten *Mumija' i;* die Araber haben es els *Mumija'* oder *Mumij*a übernommen. Es bedeutet „Bitumen" d. i. das Asphalthaltige. Dieses Bitumen stellt eine Substanz dar, die als Bestandteil des Einbalsamierungsverfahrens gilt, und euch „Bitumen von Judea" heißt. Die zur Mumifizierung verwendeten Substanzen waren einmal Natron, ägyptisch *ntrj*, griechisch *nitron* und zum enderen Zedernöl, welche Herodot erwähnt hat. Dieses Zedernöl heißt auf koptisch *sife*, was seit dem Alten Reich auf ägyptisch als *sft* nachweisbar ist und auch heute in der arabischen Sprache mit „Zeft", was „Pech, Teer oder Asphalt" bedeutet, weiterlebt.

Mumifikationen aufgrund natürlicher Faktoren, wie Austrocknung im Sand oder in der Luft, kennen wir aus Ägypten, Peru oder von den Inkas, wie euch dem Kapuzinerkloster in Palermo oder dem Bleikeller des Bremer Doms. In vorgeschichtlichen Zeiten, etwa um 3400 v. Chr., begruben die Ägypter ihre Toten in flachen Sandgruben. Der Leichnam lag euf der linken Seite, der Kopf nach Süden, das Gesicht nach Westen gerichtet, die Beine waren häufig bis zum Kinn gekrümmt (Abb. 1). Der heiße Wüstensand trocknete nach und nach den Leichnam und schützte ihn vor Verwesung. Zum Schutze vor

Abbildung 1
Skelett aus vorgeschichtlicher Zeit in einer Sandgrube
nach G. Elliot Smith-Warren Dewson: Egyptian Mummies. Fig. 2

Grabräubern bauten sie für ihre Toten . Grabkammern aus Stein, die aber den Kontakt mit den Bakterien der Luft nicht verhindern konnten. Für das, was einst die Wüste vollzogen hatte, entwickelten sie eine Ersatztechnik; dies wer der Beginn der Mumifikationstechnik, die seit dem Alten Reich, geneuer gesagt, seit der 4. Dynastie belegt ist.

Geschichtsschreiber wie Herodot, der Ägypten im Jehre 450 v. Chr. bereist hat, und Diodorus Siculus, der in Rom und Alexandrien lebte und etwa 21 v. Chr. verstarb, haben über die verschiedenen Methoden des Einbelsamierens, die auch unterschiedlich honoriert wurden, geschrieben. Eine Gegenüberstellung beider läßt Folgerungen über die anatomischen Kenntnisse jener Zeit zu:

**Herodot**

Die erste Methode:

1. Mit Hilfe eines krummen Eisendrehts ziehen die Einbelsamierer das Gehirn eus den Nasenlöchern.

2. Dareuf machen sie einen Schnitt in die Bauchmuskeln mit einem äthiopischen Stein und nehmen den Beuch eus. Sie reinigen die Beuchhöhle mit Pelmwein und mit wohlriechenden Essenzen. Danach nähen sie diesen wieder zu.

3. Nach diesem Schritt legen sie den Leichnam in Natron für 70 Tege.

4. Nach dieser Zeit nehmen sie die Leiche hereus und weschen sie eb; sie bewickeln den ganzen Körper mit Streifen eus feinem Leinen und bestreichen ihn mit Gummi. Die Angehörigen holen die Leiche wieder eb.

**Diodor**

1. Der Sezierer öffnet die Bauchhöhle aut der linken Seite mit einem äthiopischen Stein.

2. Der Einbalsamierer nimmt alles aus der Beuchhöhle eußer den Nieren und dem Herzen. Ein anderer reinigt die Eingeweide mit Palmweln und wohlriechenden Kräutern.

3. Im allgemeinen bereiten sie die Leiche mehr als 30 Tage zu, zuerst mit Zedernöl und enderen Präpereten und dann mit Myrrhe, Zimt und wohlriechenden Kräutern.

**Herodot**

Die zweite Methode:

1. Man füllt Klistiere mit Zedernöl und spritzt sie durch den After in die Beuchhöhle. Man verschließt den After, damit das Öl nicht wieder hereuskommt.

2. Man schneidet den Beuch nicht euf und nimmt euch nichts hereus.

3. Men legt den Leichnem 70 Tage in Netron.

4. Am tetzten Tage läßt man des eingespritzte Zedernöl hereusleufen; dieses ist so scharf, daß es die Gedärme und Eingewelde völlig zersetzt und demit herausbringt.

Die dritte Methode ist die einfachste und billigste: Man legt den Körper für 70 Tage in Natron.

Nach Herodots Beschreibung wurde die Hirnmasse herausgeholt, was auch durch Röntgenaufnahmen einiger Mumien aus dem Britischen Museum nechgewiesen wurde. Herodot wie Diodor erwähnen den Einschnitt in die Bauchhöhle mit dem steinernen äthiopischen Messer, wobei Diodor dahingehend präzisiert, daß der Schnitt euf der linken Bauchseite ausgeführt wurde. Dies hat sich an vielen Mumien bestätigen lassen. Auch unterscheidet Diodor zwei an der

# ARUMALON®

**hemmt die Progredienz der Arthrose*
weil es die Chondrozyten reaktiviert**

* **IX. Europ. Kongress für Rheumatologie, Wiesbaden (1979):** Über den Nutzen der Langzeitbehandlung von Coxarthrose-Patienten mit Arumalon (Rejholec et al.)

**Indikationen:** Degenerative Gelenkerkrankungen wie Kniegelenkarthrose, Hüftgelenkarthrose, Fingergelenkarthrose, Wirbelgelenkarthrose. **Dosierung:** Intramuskuläre Injektionen. Zur Prüfung der Verträglichkeit gibt man Testdosen von 0,3 ml am ersten und 0,5 ml am zweiten Tag, dann 5–6 Wochen lang zweimal 2 ml oder drei- bis viermal 1 ml Arumalon wöchentlich (insgesamt 25 ml). **Kontraindikationen:** Neigung zu allergischen Reaktionen auf Medikamente. **Nebenwirkungen:** Bei entsprechend disponierten Patienten können Unverträglichkeitserscheinungen (starke Rötung und/oder Pruritus an der Injektionsstelle, Urticaria, Unwohlsein, Schwindel und Hitzegefühl, leichter Kopfschmerz) auftreten. In solchen Fällen muß die Behandlung abgebrochen werden. **Hinweis:** Klinische Langzeituntersuchungen (10 Jahre) haben bestätigt, daß bei zweimaliger Kurbehandlung im Jahr das Fortschreiten des arthrotischen Prozesses entscheidend gehemmt wird. **Zusammensetzung:** 1 ml Injektionslösung enthält 0,4986 ml Extr. aquos. ex 0,25 g Cartilago sternocostalis, 0,4986 ml Extr. aquos. ex 0,15 g Medulla ossis rubra, 0,0028 ml m-Kresol (Stabilisator). **Handelsformen und Preise** (Stand 16. 1. 80): 5 Ampullen zu 1 ml DM 14,85, 25 Ampullen zu 1 ml DM 63,45, 50 Ampullen zu 1 ml (Anstaltspackung).

ROBA PHARMA ROBA PHARMA

Deutsche ROBAPHARM GmbH
7847 Badenweiler 3

Weitere Informationen, Literatur und Muster werden auf Wunsch zugestellt

6086 0 80 118

Abbildung 2
Naht einer aviszeralan Öffnung
nach James H. Breasted: The Edwin Smith Surgical Papyrus. Bd. I. Chicago, Taf. IV

Mumifizierung beteiligte Personen, nämlich *ho paraschistes* „den Incisions-Macher" und *ho taricheutes* „den Einbalsamierer", wogegen Herodot hierfür die entsprechenden Verben *taricheuo* „einbalsamieren" und *paraschizo* „an etwas entlang einen Einschnitt machen" verwendet, ohne die handelnden Personen zu differenzieren. In den ägyptischen Quellen gilt als Hauptaufgabe des Anubis das „Verklären", die rituelle Vorbereitung der Leiche, die zu den Pflichten eines Einbalsamierungspriesters gehörte, dessen Bezeichnung „wt" im Beinamen des Anubis, nämlich „imj wt" enthalten ist. „wt" bedeutet „einwickeln – umwickeln mit Mumienbinden beim Balsamieren". Der Totengott als „Anubis-wt" sorgt für die Leichen in der gleichen Weise wie für die Leiche des Osiris. An seiner Stelle trat der wt-Priester, der „Einwickler" auf, der seit dem Alten Reich bekannt war. Im Mittleren Reich ist auch ein „wt" bei den Laienpriestern für den Tempeldienst angegeben worden. Seit dem Neuen Reich trägt der „wt" eine Maske mit dem Schakalkopf. Im Unterschied zu den Paraschisten (Diod. I 91) galten diese wt-Priester als rein, obwohl sie geringer geschätzt und nicht als volle Priester anerkannt waren. Auch nahmen sie seit dem Neuen Reich neben den Vorlesepriestern an den Verklärungen des Totenkultes teil. So sehen wir im wt-Priester ein ägyptisches Pendant zu Diodors *ho taricheutes*.

Über ein ägyptisches Äquivalent zu Diodors Paraschisten schweigen die ägyptischen Quellen. Jedoch erlaubt uns ein Schakalgott neben Anubis, bekannt mit dem Namen wpjw, der in Heliopolis behelmatet ist (Pyr. 727 c) eine vage Vermutung. Durch die Anspielung des Wortes wpw (Wb I 302) als Leichenöffner möchte man ihn mit Diodors *ho paraschistes* als Incisions-Macher zusammenbringen.

Beide – Herodot und Diodor – berichten vom Herausnehmen der Eingeweide.

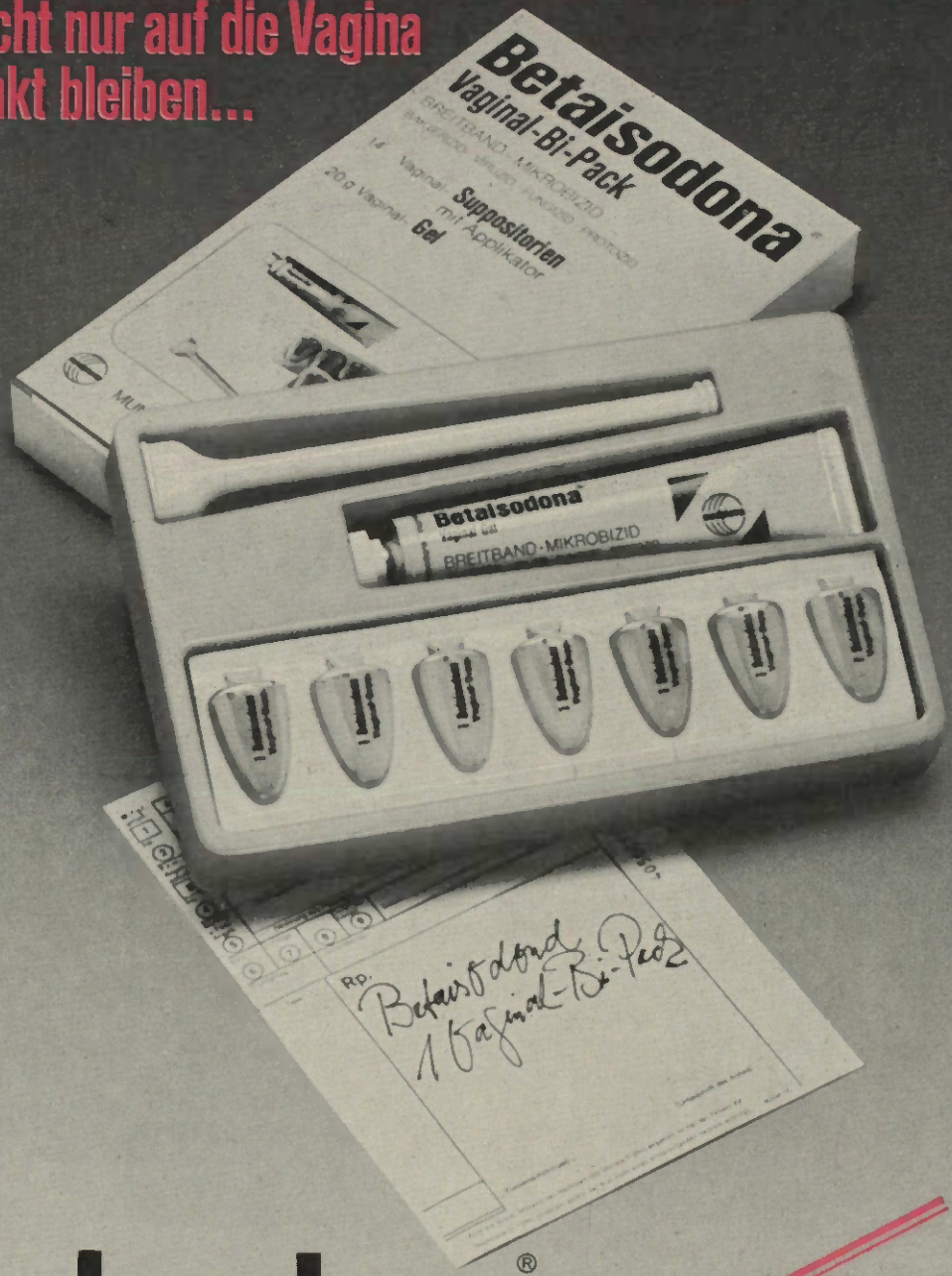
Diodor betont, daß Herz und Nieren im Körper belassen wurden. Bei Herodot finden wir trotz detaillierter Beschreibung keinen Hinweis auf diese Organe, was darauf schließen läßt, daß die Einbalsamierer zu Herodots Zeiten keine genaueren Kenntnisse der Körperorgane hatten. In Alexandrien hatte man jedoch seit der Ptolemäerzeit durch Sezieren von Leichen größere Erfahrungen in der Anatomie und wahrscheinlich konnte Diodor deshalb genauere Angaben machen. Die von Herodot erwähnte zweite Methode mit dem Klistier wurde wohl bis in die Ptolemäerzeit angewandt, was ein ägyptischer Text aus dem in dieser Zeit entstandenen Papyrus Rhind bestätigt: „Die Ausscheidungen einer Leiche wurden in den Nil geschüttet." Bonnet weist darauf hin, daß mit diesen Ausscheidungen die durch das Zedernöl zersetzten Eingeweide gemeint sein dürften.

Seit dem Alten Reich beherrschten ohne Zweifel die Ägypter die Mumifizierung, so daß einige ihrer Mumien von denen der späteren Zeit kaum zu unterscheiden sind. Smith und Dawson beschreiben in ihrem Buch die Arten der Mumifikation in allen Perioden der ägyptischen Geschichte, wobei uns die Ausführungen über das Alte und Mittlere Reich im folgenden besonders interessieren. Seit der Pyramidenzeit, d. h. der 4. Dynastie (das Alte Reich enthält die 3. bis 6. Dynastie), war die seitliche Öffnung der Bauchhöhle, das Herausnehmen und Konservieren der Eingeweide sowie das Verbringen in die vier Kanopengefäße bekannt. Über die Entfernung des Gehirns durch das Siebbein besitzen wir aus jener Zeit keine Berichte. Doch das Herz, so sagt Sethe, wurde bereits im Alten Reich herausgenommen, konserviert und durch einen Stein ersetzt. Die Arme waren langgestreckt. Die Mumie war mit Leinenbinden umwickelt, die äußeren Binden wurden mit Harz durchtränkt, das, solange es noch weich war, von den Einbalsamierern nach den Körperkonturen geformt werden konnte. Nach dieser Bandagierung bemalte man die Gesichtszüge und brachte, zur besseren Erhaltung des Körpers, eine Schicht Gips auf der Oberfläche der Mumie an. Auch die herodoteische Überlieferung beschreibt diese Technik. An der Mumie des Nenkheftek, Sohn des Nenkheftka aus der 5. Dynastie, war der Phallus an seinem Platz bandagiert. In einem guten Konservierungszustand befand sich auch die Mumie des Nefer aus der 5. Dynastie. Sie lag auf dem Rücken, das Kopfende nach Norden, das Gesicht nach Osten gerichtet. Der Körper war sehr genau mit Leinenbinden umwickelt und mit hellgrünen Stuckpflastern überzogen, die den Körperkonturen angepaßt waren. Über der Region der Augen und -brauen waren die Leinenbinden mit Stuck versehen und mit Tinte bemalt. Auch der Schnurrbart war in Stuck geformt und mit Tinte gezeichnet. Am Kinn erhob sich ein zeremonieller Bart aus Leinenbinden. Auch die Genitalia waren besonders betont.

Abbildung 3
Vier Kanopangefäße mit den varschiedenen Kopfdeckeln
nach Ange-Pierra Leca: La médecine Égyptienne. Fig. 37

Mumifizierungen dieser Art wurden bis ins Mittlere Reich getätigt. Vom Beginn der ersten bis zum Ende der zweiten Zwischenzeit (die Dynastien 7 bis 17) gab es größtenteils keine eviszerale Öffnung. Smith und Dawson denken an Herodots Zedernöl-

# Weil Misch-, Candida- und Trichomonadeninfektionen häufig nicht nur auf die Vagina beschränkt bleiben...




# Betaisodona®

## Vaginal-Bi-Pack

mit 14 Vaginal-Suppositorien und 20 g Gel

**bakterizid • viruzid • fungizid • protozid**

Die praktische Komplett-Packung für die Patientin – und für den Partner

Mundipharma GmbH, Limburg. **Betaisodona® Vaginal-Bi-Pack**
**Zusammensetzung:** 1 Vaginal-Suppositorium enthält 200 mg Polyvinylpyrrolidon-Jod-Komplex (Mundidon) mit einem Gehalt von 10% verfügbarem Jod. 20 g Vaginal-Gel enthalten 2 g Polyvinylpyrrolidon-Jod-Komplex (Mundidon) mit einem Gehalt von 10% verfügbarem Jod. **Anwendungsgebiete:** Infektiöse Vaginitis, hervorgerufen durch Mischinfektionen, „unspezifische" Infektionen (Haemophilus, sp. vaginalis), Trichomonas vaginalis, Candida albicans. **Gegenanzeigen:** sind bisher nicht bekannt. **Nebenwirkungen** oder Begleiterscheinungen treten selbst bei jodüberempfindlichen Patienten äußerst selten und meist nur vorübergehend auf.

**Dosierung und Anwendungsweise:** 1 Betaisodona Vaginal-Suppositorium wird täglich abends vor dem Schlafengehen tief in die Vagina eingeführt. Betaisodona Vaginal-Gel wird täglich am äußeren weiblichen bzw. männlichen Geschlechtsorgan und 1–2 cm darüber hinaus aufgetragen. **Handelsform und Preis:** 1 Vaginal-Bi-Pack enthält: 14 Vaginal-Suppositorien mit Applikator (Reg.-Nr. 47662); 20 g Vaginal-Gel (Reg.-Nr. 47663). Preis DM 34,85 AVP m. MwSt. (Stand 1.1.1980)

mundipharma

MUNDIPHARMA GMBH · 6250 Limburg (Lahn)

Werk Limburg

Abbildung 4
Oberkörper der Mumie IV aus der Münchener Sammlung mit den Segensformeln enthaltenden drei demotischen Zeilen auf den Brustbinden

klistier per anum, genauer gesagt, en die beschriebene zweite Methode zur Entfernung der Eingeweide. Man präparierte die Mumie mit einer Maske aus Kartonage, bekleidete sie mit einer grünen Perücke, bemalte das Gesicht gelb und den Bart grün. Diese Tendenz zeigte sich schon im Alten Reich, doch nicht so ausgeprägt. Man konnte an dieser Mumie das gut erhaltene Os ethmoidale feststellen, was besagt, daß das Gehirn auch bis zur 11. Dynastie noch nicht entfernt wurde – vielleicht gehörte dieser Brauch erst einer späteren Zeit an. Der Körperhohlraum war mit herzgetränkten Leinenbündeln gefüllt, Arme und Beine einzeln gewickelt, was im Alten Reich nicht bekannt war. Vereinzelt fand man die Arme vor der Brust gekreuzt, was in der späteren 18. Dynastie zur Gewohnheit wurde. Im Falle der Mumie der Prinzessin Henhenit jedoch waren die Arme zu den Oberschenkeln langgestreckt. Im Unterschied zur 11. Dynastie konnte man an einer Mumie der 12. Dynastie die seitliche Bauchöffnung feststellen, die mit harzgetränktem Leinen ausgestopft war. Im Gegensatz zum Alten Reich waren die Eingeweide einzeln gewickelt und in die vier Kanopen verbracht worden. Das Herz, eingewickelt in Leinen, wurde in der Mumie belassen – Sethe spricht von einer vorübergehenden Entfernung aus dem Körper zum Zwecke der Ausstopfung mit Leinenbündeln, in die ein Skarabäus gelegt wurde, dessen magische Beschwörungsformeln einer Aussage des Herzens gegen seinen Herrn vorbeugen sollten. In dieser Mumie fand man auch ein getrocknetes Gehirn, was Herodots Aussage über die Entfernung der Hirnmasse bis zum Ende der zweiten Zwischenzeit (17. Dynastie) widerlegt. Desgleichen waren bei dieser Mumie die Finger- und Zehennägel mit Fäden festgebunden, um ein Loslösen während des Laugenbades zu vermeiden, eine Technik, die eigentlich erst im Neuen Reich angewandt wurde. Zusätzlich zur bekannten Körperhohlraumfüllung wurde Sägemehl verwendet. Bis zum Ende der zweiten Zwischenzeit blieben diese Techniken erhalten, gelegentlich finden wir eine besondere Form der Bandagierung: Arme, Beine, Finger und Zehen waren einzeln querlaufend gewickelt.

Mit dem Beginn des Neuen Reiches (18. Dynastie) legte man bei der Einbalsamierung die alte Tradition ab. Neue Techniken wurden angewendet. Wir erfahren nun erstmalig von der Entnahme des Gehirns, und zwar durch die Nasenlöcher, nachdem man das Os ethmoidale mit einem Hackendraht durchbrach, wie auch Herodot angegeben hat. Aber man bediente sich auch anderer Wege, wie durch das Os sphenoidale, Os palatinum, Foramen lacerum oder magnum. Eine weitere Möglichkeit zur Entfernung des Gehirns wurde bei der Ahmose-I.-Mumie (CG, Nr. 61057) gefunden, indem der Atlas nicht mehr vorhanden und ein Schnitt an der linken Seite des Genicks ausgeführt war. Die Mumie Ramses IV. (CG, Nr. 61084) aus der 20. Dynastie, wie auch andere Mumien aus Deir-el-Bahari zeigen ein Loch am Hinterkopf, dessen Bedeutung ungeklärt ist. Der Pariser Gastroenterologe Maurice Bucaille berichtet in der Zeitschrift „Médecine et Hygiène", Nr. 1147 aus dem Jahre 1977, über erstmalige endoskopische Untersuchungen des Schädelinneren von Ramses V. (CG, Nr. 61085). Durch eine Öffnung im linken Scheitelbein, die wohl im Zuge der Einbalsamierung angelegt worden war, wurde das Endoskop eingeführt. Der ägyptische Arzt Dr. med. Mustafa el-Manialauy stellte im Inneren des Schädels ein Füllmaterial aus Stoff und Harz fest. Es wurde auch eine zweite Öffnung gefunden, die nach Meinung von Bucaille lediglich zum Einsetzen einer 9 m langen und 3 cm breiten harzgetränkten Stoffbinde diente. Vielleicht war das am Hinterkopf von Ramses IV. befindliche Loch auch zu einem der beiden Zwecke bestimmt. Jedenfalls war das Schädelinnere mit Harz ausgefüllt, was auch die Tschechen Vyhnánek und Strouhal nach ihrer Untersuchung ägyptischer Mumien des Neuen Reiches und der Spätzeit bestätigten.

Der Balsamierungsschnitt wurde weiterhin an der linken Bauchseite ausgeführt, doch neuerdings bedeckt mit einem Plättchen aus Gold oder Wachs oder auch vernäht (Abb. 2). Bei der Mumie Thutmosis' III. (CG, Nr. 61068), die sich im Mumiensaal des Kairoer Museums befindet, verläuft der Balsamierungsschnitt jedoch nicht wie bisher von der linken Seite aufwärts gegen die Rippen, sondern schräg abwärts gegen das Schambein zu. Diese Methode können wir bis in die 21. Dynastie verfolgen. Aus der eviszeralen Öffnung wurden die Eingeweide hereusgenommen, einzeln gewaschen und für 40 Tage in Behälter mit Natron gelegt. Danach wurden sie mit aromatischen Kräutern und heißem Harz getränkt, bandagiert und in die vier Kanopengefäße verbracht, von denen jedes die Darstellung eines Sohnes des Horus hat: Amset mit dem menschlichen Kopf ist Beschützer der Leber; Duamutef mit dem Schakalkopf beschützt den Magen; Hapi mit dem Affenkopf ist der Beschützer der Lunge und der vierte und letzte Sohn Quebechsenuf mit dem Falkenkopf beschützt die Eingeweide (Abb. 3).

Auch im Neuen Reich bleibt es Sitte, das Herz im Körper zu belassen. Die Rolle des Herzens als Zentralorgan und Sitz des Lebens war dem Altägypter bekannt, worauf der Pepyrus Ebers 854 a (99, 2–5) deutet: „Es (des Herz) spricht vorn in den Gefäßen jeder Körperstelle." Mit dem „Sprechen" ist hier das Leben gemeint. In der Götterlehre von Memphis galt das Herz als Sitz der physischen Kräfte und des Verstandes. So heißt es dort: „Das Handeln der Arme, das Gehen der Beine, das Bewegen aller Körperteile, es wird getan gemäß diesem Befehl, der vom Herzen erdacht ist." Indem man einen Herzskarabäus mit Sprüchen außen auf den einhüllenden Binden der Mumie anbrachte, sorgte man dafür, daß das Herz beim Totengericht nicht gegen seinen Herrn aussagen konnte. Dieser Brauch blieb bis in die griechische Zeit. Das Verbleiben des Herzens im Körper war für das Weiterleben im Jenseits sehr wichtig. Deshalb entfernte man das Herz nicht, was Diodor I 91 bezeugte und dasselbe ohne weitere Begrün-

dung auch von den Nieren berichtete. Auch Bonnet konnte keine Gründe für das Verbleiben der Nieren im Körper geben. Doch wirft vielleicht das Alte Testament ein Licht gerade auf diese zwei Körperorgane. So heißt es in den Psalmen: „Laß der gottlosen Bosheit ein Ende nehmen, aber die Gerechten laß bestehen; denn Du, gerechter Gott, prüfest Herz und Nieren." Auch in Jeremia ist die Rede vom gerechten Richter, der Nieren und Herzen prüft. So werden die Nieren als Sitz der Gemütsbewegungen bei Freude und Leid und das Herz als Sitz der Gewissensregungen bezeichnet. Bei diesen israelitischen Anschauungen könnte es sich um Vorstellungen handeln, die aus ägyptischen Bräuchen entwickelt wurden; wissen wir doch, daß Moses mit aller Weisheit der Ägypter gelehrt wurde. In bezug auf die Äußerung Herodots in seinem zweiten Buch über einen Zeitraum von 70 Tagen für die Mumifikation, welche die Zeit zwischen Tod und Bestattung sein könnte, bietet auch das Alte Testament einen Hinweis auf eine 70tägige Trauer der Ägypter. Dort heißt es: „Da warf sich Joseph über seines Vaters Angesicht und weinte über ihn und küßte ihn. Und Joseph befahl seinen Dienern, den Ärzten, daß sie seinen Vater zum Begräbnis salbten. Und die Ärzte salbten Israel, bis vierzig Tage um waren; denn so lange währen die Tage der Salbung. Und die Ägypter beweinten ihn siebzig Tage. Auch die heutigen Ägypter trauern 40 Tage um ihre Verstorbenen.

Zu Beginn der 18. Dynastie war die Haltung der Arme gestreckt, die Handflächen zu den Oberschenkeln nach innen gerichtet oder auch auf die Oberschenkel gelegt, wie wir das bei der Mumie von Rai (CG, Nr. 61054), der Pflegerin der Königin Nefretere (CG, Nr. 61055), der Gemahlin des Königs Ahmose I., finden. Danach, bis in die 21. Dynastie, waren die Arme vor der Brust gekreuzt, wie bei Thutmosis II. (CG, Nr. 61066), Thutmosis III. (CG, Nr. 61068), oder auch Amenophis II. (CG, Nr. 61069) und Sethos I. (CG, Nr. 61077). Die Handflächen waren geöffnet, mit gestreckten Fingern, die beinahe das Kinn berührten, wie bei der Mumie von Yuaa. Später waren die Arme vor die Pubes gelegt.

Als größte Neuerung der 21. Dynastie galt die Einbringung von Stopfmaterial unter die Leichenhaut, um das runzelige Aussehen zu beseitigen und natürliche Konturen zu erhalten. Durch kleine Einschnitte am Rumpf und an den Extremitäten wurde eine weiche Mischung von Sand und Sägemehl oder Schlamm eingeführt und durch Massage im ganzen Körper verteilt. Derartig behandelte Mumien sind besonders schwer. Um der Mumie ein lebendiges Äußeres zu geben, wurden gläserne bemalte Augen und künstliche Augenbrauen angebracht, die Haut der männlichen Leiche mit rotem, der weiblichen mit gelbem Ocker bestrichen. Diese Technik läßt sich bis zur 23. Dynastie verfolgen.

Von der Spätzeit bis zur Kaiserzeit wurden die Mumien in Leinentücher mit ausgemalten Bildern gelegt. Die Leinenbinden wurden in geometrischen Formen gewickelt und enthielten an den Brustbändern demotische Aufschriften mit dem Namen des Verstorbenen sowie Segensformeln für das Jenseits (Abb. 4).

Im unterägyptischen Raum malte man das Bild des Verstorbenen in enkaustischer Technik auf Holz und brachte es über der Bandagierung in Höhe des Gesichtes an. Die frühen Christen Ägyptens, später Kopten genannt, balsamierten ihre Leichen, bevorzugt die Märtyrer und Heiligen, aus Frömmigkeit und Respekt ein. Diese wurden nach Schmidt für einige Zeit im Haus auf *skimpodia* aufgebahrt. Um die Austrocknung des Fleisches zu beschleunigen, ohne daß eine Verwesung eintreten sollte,

| Zeit | Kanopen leer | Kanopen gefüllt | Inhaltsangabe der gefüllten Kanopen |
|---|---|---|---|
| Erste Zwischenzeit, Mittleres Reich und zweite Zwischenzeit (7. bis 17. Dynastie) | 84 | 36 | 34 mit mumifizierten menschlichen Organen, teils in Leinen gewickelt, teils mit Sand vermischt<br>2 mit Leinenbündeln gefüllte Kanopen |
| Neues Reich (18. bis 20. Dynastie) | 57 | 9 | 5 mit menschlichen Überresten in Leinen gewickelt<br>4 nur mit Leinenbündein gefüiit, die eber noch nicht näher untersucht wurden |
| Lybische Zeit (22. bis 24. Dynastie) | 29 | 4 | Inhalt nicht untersucht, man sagt, daß es Leinenbündei sind |
| Lybisch-Seitische Zeit (24. bis 26. Dynastie) | 22 | 14 | keine genaue inhaltsangabe |
| Seitische Zeit (26. Dynastie) | 87 | 11 | Füllung dieser Gefäße ungewiß, Beschreibung: mit Leinen eingewickeit, Aspheit oder Harzüberreste oder auch Leinenbinden mit Teer oder undefinierbarem Stoff |
| Spätzeit (30. Dynestie) | 3 | 1 | menschliche mumifizierte Eingeweide in Leinen gewickelt |
| Kaiserzeit | 10 | – | |
| Zusätzlich:<br>Spätes Neues Reich – Kaiserzeit | 20 | Schein-kenopen | |

Tebelle

wendete man das *nitron* an. Um auf eine Öffnung der Bauchhöhle zur Entfernung der Eingeweide verzichten zu können, überzog man den ganzen Körper mit Kochsalz. Die Leiche wurde dann im Sand oder in einer Gruft aus Lehmziegeln beigesetzt. Bevorzugt wurden die Toten in reich bestickten Gewändern oder Leichentüchern bestattet, die dank dem trockenen Wüstenklima Ägyptens bis heute noch gut erhalten und als wertvolle koptische Textilien in viele Museen der Welt verstreut sind. Gegen Ende des 4. Jh. n. Chr., also in der koptischen Zeit, verschwand die Sitte des Einbalsamierens in Ägypten.

Um die Rolle der Kanopengefäße zu erhellen, wurde eine Statistik über die ca. 400 Kanopen des Kairoer Museums vom Mittleren Reich bis zur Kaiserzeit erstellt (Tab.). Unsere Tabelle bestätigt, daß im Mittleren Reich beinahe 50 Prozent der untersuchten Gefäße zum ursprünglichen Zwecke verwendet wurden, denn ihr Inhalt bestand aus menschlichen Organen. Im Neuen Reichen wurden die Kanopen nur unregelmäßig benutzt. Die Tendenz war dahingehend, daß sie aus rituellen Gründen den Toten mitgegeben wurden. Die Ergebnisse aus der lybischen Zeit bekräftigen unsere Angaben, daß man die Eingeweide, in vier Päckchen gewickelt, wieder in die Bauchhöhle und nicht in die Kanopen legte. In lybisch-saitischer Zeit schenkte man den Eingeweiden keine Beachtung, doch wurde die rituelle Bedeutung der Kanopengefäße für das Jenseits weitergeführt. In saitischer Zeit verzichtete man häufig auf die Benutzung der Kanopen, was dafür spricht, daß man sich mit dem Eingeweidepäckchen zwischen den Oberschenkeln begnügte. Die vom Ende des Neues Reiches bis zur Kaiserzeit vorhandenen Scheinkanopen, die öfters eine massive Struktur aufwiesen, wie auch das Belassen der Eingeweide im Körper von der Spätzur Kaiserzeit, sprechen für eine rein traditionelle Fortsetzung des Kanopenrituals.

(Schluß folgt)

Anschrift der Verfasser:

Dr. phil. Kamel S. *Kolta*, Institut für Geschichte der Medizin der Ludwig-Maximiliens-Universität München, Lessingstraße 2, 8000 München 2

Dr. med. Rainer *Rothe*, Institut für Radiologie, Beyerstraße 45, 8000 München 2

## Äskulap und Pegasus

# Bücher von Ärzten für Ärzte

*Erfreulicherweise sind gegen Ende des vergangenen Jahres noch zahlreiche Bücher von Schriftstellerärzten erschienen, deren Besprechung aus Zeitgründen nicht mehr in unsere beiden Weihnachtsnummern aufgenommen werden konnte. Sie sollen den Lesern nun eine kleine Hilfe beim Aussuchen eines guten Buches für Ostern sein. Leider konnten auch diesmal nicht alle Buchbesprechungen aufgenommen werden, da die Schriftleitung bemüht ist, nicht nur Hinweise auf die Bücher zu geben, sondern dem Leser ein deutliches Bild vom Inhalt zu vermitteln. Die restlichen Besprechungen werden so bald wie möglich nachgeholt.*

**Erwartungen**

*Dreiundzwanzig Fragen. Wieviele Antworten?*

Verl.: René Keech, mit einem Nachwort v. Gerhard Vescovi, 42 S., 1979, Leinen. Die Originalauflage besteht aus 270 numerierten Exemplaren. Sie wurde von Bernhard Geue betreut. etrioc-Verlag, 7030 Böblingen 1.

René Keech ist Arzt in Basel und als Schweizer vielsprachig aufgewachsen, deutsch, französisch, italienisch, englisch, portugiesisch. Er ist ein international bekannter Schriftsteller. Dreiviertel seiner literarischen Arbeiten hat er in französischer Sprache geschrieben. Er wurde 1977 zum „Chevalier de l'Ordre des Arts et des Lettres" vom Kultusministerium der französischen Republik ernannt, eine hohe und seltene Auszeichnung. René Keech war sechs Jahre lang erfolgreicher Präsident der Union mondiale des écrivains médecins (UMEM), er kandidierte in diesem Jahre (1979) nicht wieder, um sich besser seinen dichterischen Plänen widmen zu können. Für seine großen Verdienste um die deutsche Gruppe in der UMEM bekam er die höchste Auszeichnung des BDSÄ, die Schauwecker-Medaille, verliehen; der Freie Deutsche Autorenverband ernannte ihn zum Ehrenmitglied. Keech legt nun in deutscher Sprache einen Gedichtband vor. Vier Gedichte davon haben wir schon im „Äskulap und Pegasus" vorweg gelegentlich der Besprechung einer Lesung beim Internationalen Sportärzte-Symposion in St. Moritz abgedruckt („Bayerisches Ärzteblatt" 1/1978, S. 71). In seiner Gesamtwürdigung des Gedichtbandes findet der Vizepräsident der UMEM, Confrère Vescovi, treffende Worte, mit denen der Referent schließen will: „Die tiefe Verehrung einer Frau, vergleichbar mit dem Beispiel eines Troubadours, und des Auf ab der Stimmungen eines Liebenden finden hier in eindringlichen Metaphern und in verständlicher sprachlicher Gestaltung eine Darstellung von großer poetischer Aufrichtigkeit, weshalb sie sich für den Leser auch in ihrem Pathos nachempfinden lassen ... Zeitlos bleibt das zeitliche menschliche Abenteuer einer Herzensneigung im Erlebnis und hier auch in der literarischen Darstellung. Liebe als geheimnisvolle Kraft, die uns gleichermaßen an die Schöpfung und ans Vergehen bindet, die ins endliche Abenteuer größter menschlicher Empfindungen von Lust und Leid entführt, Liebe als größtes Thema unseres Lebens, findet hier eine poetische Gestaltung durch eine Persönlichkeit von hohem Rang."

**Ölbilder, Aquarelle, Gedichte**

Verl.: Arthur Boskemp, großformatiger Bildband mit einem Geleitwort „Gedanken zu Bildern und Gedichten von Arthur Boskemp" von Prof. Dr. Hannes Schmidt, Bonn-Bad Godesberg, Leinen, DM 65,–. Zu beziehen beim Verfasser, 2214 Hohenlockstedt/Holstein.

Daß das Ehrenmitglied des BDSÄ eine Doppelbegabung ist, also nicht nur dichtet, sondern auch malt, wissen sicherlich viele Kollegen durch Boskemps Wandkalender, der alle Jahre im Heime vieler Kollegen hängt. Professor Schmidt hat in seinem Vorwort die Wechselbeziehungen zwischen beiden Begabungen folgendermaßen formuliert: „Menschen in Aktion haben bei Boskamp im allgemeinen eine Schlüsselfunktion. Mit ihnen transportiert, illustriert, illuminiert, glossiert oder kommentiert er seine verbalen kritischen Parabeln und lapidaren Spruchweisheiten. Oder ist es eher umgekehrt? Ob Bild oder Text primär entstanden, läßt sich im einzelnen nur vermuten." In dem vorliegenden, hervorragend ausgestatteten Bildband hat uns Boskamp eine reiche Auswahl aus seinem künstlerischen Schaffen gegeben, dazwischen begleitet von seinen tiefgründigen Versen, wie bei der Abbildung eines liegenden Fisches: „Der Mensch fährt in den Weltenraum/ zur Wahrheit wird ein alter Traum –/ gemessen an der Ewigkeit/ liegt so ein Fisch genau so weit." Aber auch Bilder der stillen Beschauung von klassischer Schönheit, wie das „Parrhasus Eutin" und die „Landschaft bei Melage" mit kräftigem Zusammenspiel der Farben, sind darunter. Der Bildband ist eine geschickte Zusammen-

# Grünes Licht
# für Ihre Rheuma-Patienten

# Tolectin®

## Tolectin verbessert entscheidend die Lebensqualität Ihrer Rheuma-Patienten

- Tolectin – neuartiges nicht-steroidales Antirheumatikum mit mehrjähriger internationaler klinischer Bewährung.
- Tolectin – das erste Pyrrolderivat als Antirheumatikum, das den Blutspiegel des entzündlich wirkenden Prostaglandin E beim Rheumatiker senkt.
- Tolectin – bietet die von Ihnen geforderte Balance zwischen ausgeprägter Wirksamkeit und höchstmöglicher Nebenwirkungsfreiheit.
- Tolectin – wirkt stark analgetisch, antiphlogistisch, antipyretisch.
- Tolectin – spürbar rascher Wirkungseintritt.
- Tolectin – ausgesprochen hohe Wirksamkeit gerade auch bei Langzeittherapie.

**Zusammensetzung: 1 Kapsel** enthält 245,10 mg Tolmetin-Natrium-Dihydrat, entsprechend **200 mg Tolmetin. Indikationen:** Entzündlicher, degenerativer, extraartikulärer Rheumatismus, Traumatologie. **Dosierungsanleitung:** 3 x 1 Kapsel täglich. Im Bedarfsfall kann die Dosis auf 3–4 x 2 Kapseln pro Tag erhöht oder auf 2 x 1 Kapsel pro Tag gesenkt werden. **Kontraindikationen:** Da trotz umfangreicher klinischer Prüfung zur Zeit noch keine ausreichenden Erfahrungen über die Sicherheit der therapeutischen Anwendung von TOLECTIN während der Schwangerschaft vorliegen, sollte in diesem Fall TOLECTIN nur mit großer Vorsicht eingesetzt werden. Allergische Erscheinungen können in seltenen Fällen ein Absetzen des Präparates erfordern. **Nebenwirkungen:** Gelegentlich können Sodbrennen, Oberbauchbeschwerden, Nausea, Emesis, leichte Kopfschmerzen, Hautreaktionen und Knöchelschwellungen auftreten. Patienten, die zur Bildung eines Magengeschwürs neigen, sollten das Präparat mit Vorsicht einnehmen. Bei deutlicher Niereninsuffizienz und Verdacht auf Granulocytopenie sind Kontrollen erforderlich. **Darreichungsform und Packungsgrößen (AV m. MwSt.):** Packung mit 30 Kapseln DM 19,55, Packung mit 100 Kapseln DM 55,95. Verschreibungspflichtig. Reg.-Nr. 10 623. Bitte fordern Sie wissenschaftliche Informationen an.

Cilag-Chemie
Postfach 32 · 6146 Alsbach an der Bergstraße

Tol 79 605

© C-C 1979

stellung aus dem vielfältigen Schatten Boskemps und wird nicht nur die ausübenden Künstler unter den Kollegen erfreuen.

**Per Sona**

*Wege und Begegnungen, Gedichte, Lyrik*

Verf.: Ernst Rossmüller, mit einem Vorwort von Andreas Schuhmann, 187 S., Leinen, 1979, DM 20,—. Verleg Th. Breit, Marquartstein.

Der Autor ist den Schriftstellerärzten bekannt durch Veröffentlichungen in verschiedenen Anthologien und Lesungen, den Humanisten unter uns besonders durch seine Übersetzung „Decem lineae vergilii", die Boskamp in 7/1975 seiner Zeitschrift „aeskulap dichtet, eeskulap melt" zweisprachig herausgebrecht het. Rossmüller gibt seinem Gedichtband den Titel Per sona, der mit dem Lateinischen personare = durchtönen eng zusammenhängt. Er will wohl demit sagen, daß dieser Gedichtband durch die Eindrücke und Erlebnisse entstenden ist, die ihn auf seinem Lebenswege und bei den Begegnungen mit den Menschen und der Netur durchtönt und demit seine Person und Persönlichkeit geformt haben. „Viele Wege lagen vor mir/ und viele sind geschehen/ Der Anfeng unbegreitlich/ nicht erkiärber des Ende// Doch der eine, erste Weg/ em Morgen und em Abend/ iangsam, mit kleinen Schritten/ gehört mir aliein." Rossmüllers Gedichte sind formvollendet und inhaltsreich, er beherrscht auch das heute so selten engewandte Sonett, des Wesen der Aussege seiner Gedichte dringt in die Tiefe. „Ich schneide ins Herz des Steines/ und sehe des Gesicht der Zeit/ es ist wie eine Blume/ ein Diegremm der Ewigkeit." Rossmüller hat uns mit seinem Gedichtband geistvolle Gedichte von klessischer Schönheit geschenkt. Die treffenden Schlußworte Schuhmanns eus dem Vorspenn seien euch hier ens Ende gesetzt: „Dort, wo Zeugnis abgelegt wird von einem giäubigen Herzen, ist Wehrheit und Wehrhaftigkeit. Lyrik ist eine enachoretische Kunst. Mögen viele in der Einsemkeit und Zurückgezogenheit hinebsteigen zum Quell der Verinnerlichung einer Welt, aus der zu fliehen men geneigt wäre, weil ihre Mitte nicht mehr hält. Und es ist gut, eus solcher Quelle noch trinken zu können. So wünsche ich diesem Buche viele Freunde!" — Diesem Wunsche schließt sich der Referent gerne an.

**Spötter in Weiß**

*Gedichte und Kurzgeschichten*

Verf.: Gerhard Jörgensen, mit Illustretionen von Wolf W. Wölky und einem Vorwort von Werner Freytag, 1979, DM 16,—. Ellenberg Verleg, Köln.

Die bei den Massenmedien oft bespöttelten „Halbgötter in Weiß" einmal andersherum els „Spötter in Weiß". Aber der „Au'Tor" spottet nicht nur über endere, er nimmt sich selbst nicht eus nach dem Motto Goethes: „Wer sich nicht selbst zum Besten heben kann, der ist gewiß nicht von den Besten!" Kollege Werner Freytag, der selbst zahlreiche Bücher hereusgegeben het, schreibt in seinem Vorwort: „So ist auch Jörgensen ein Meister, der aus dem Vergnügen einer freien Verwendung von Gedanken und Worten, aus geschicktem Spiel von Sinn und Unsinn, Scherz- und Lustquellen vermittelt. Wer ein wenig tiefgründiger den Ideen des Autors nachspürt, wird zu der beglückenden Erkenntnis kommen, daß nicht nur Komisches, eigenwillig Tendenziöses eus dem Geschriebenen uns anspricht, sondern auch Anregungen zum Nachdenken, zu Selbsterkenntnis, zur Zeit- und Gesellschaftskritik vermittelt werden." So schreibt er über die „chronisch-schleichende Progressivitis": „Die Z.ö.p.f.e. sind zwar ebgeschnitten, dafür die Bärte aber länger geworden. — Und? ... Und sie sind ganz schön dabei zu verfilzen: Filzokratie, Domokratie, Dummokratie, Demokratie, wer will das genau auseinanderhalten oder, wie man heute lieber sagt, ‚differenzieren'?". Im Gedicht „Mitmarxieren" stellt er Fragen en den lieben Gott: „Sind Dir Merx und Engels im Originaltext bekennt / und neben der Bibel / die halt / schon etwas alt / ist, euch die Mao-Fibel?" — Die Probleme der elten Menschen in unserer Zeit charakterisiert er trefflich: „Schon-in-der-Erde-ruhen eut Erden." Jörgensen hat eber dazwischen einige Kurzgeschichten eingestreut, wie des köstliche Erlebnis mit dem Chirurgen Rudolf Zenker, und reizende Geschichten eus seinem Leben, wie die „fröhliche Kindheitserinnerung" und die lustige Geschichte eus seiner ersten ärztlichen Tätigkeit. Mit einem seiner typischen Verse, die er mit der Überschrift „For myself" sich auch selbst mit ins Stammbuch geschrieben het, will ich die Rezension des Buches, das ellen Kolleginnen und Kollegen wärmstens zu empfehlen ist, schließen: „Manche Ärzte singen / schreiben, dichten / Warum auch nicht? / Wer wollte sie darob / richten? / Insgeheim aber lob' / ich mir doch / ja preise ich hoch / die ärztliche Schweigepflicht."

**Irgendwo**

*Lyrik*

Verf.: Marie Bednara, mit einem Geleitwort von Gotttried Pratschke, 78 S., Leinen, 1978, DM 16,50. Europäischer Verlag, Pramergasse 1, A-1090 Wien.

Die Autorin, bekannt durch vielerlei Lesungen, gibt ihrem Gedichtband den Titel: „Irgendwo — Lyrik". Sie will damit wohl zum Ausdruck bringen, daß die Gedanken und Erfahrungen, die sie in ihren oft kurzen aber treffenden Gedichten niedergelegt hat, überall in der Welt passieren können, denn irgendwo ist überall, auch beim Leser. Sie unterteilt den Band in vier Abteilungen: „Kinder, irgendwo — Alte, irgendwo — Arme, irgendwo — Liebe, irgendwo". — Es sind Verse von Schönheit und Lebensweisheit darunter: „Alte, irgendwo / Wenn die Herbste / schneller kommen / und die Sommer / wie Sekunden sind / denn steigt / die Dankberkeit ... / ein Blick genügt, / ein Gruß, ein Wort / und eine Hend / die sich entgegenstreckt / ein Kind, das lecht — / und alte Augen werden feucht." — Die „Irgendwo-Lyrik" Bednares wird manchem Leser einige nachdenkliche Minuten vom Streß des Tages geben.

**Gesammelte Werke**

*Medicinysches, Menschliches, Viechereien, Musikelisches. Äußerst unseriöse cerebrele Ejaculate.*

Verf.: Robert Teischinger, mit einem Geleitwort von Gottfried Pratschke, 83 S., Leinen mit Schutzumschlag, 1979, DM 12,50. J. G. Blöschke Verlag, A-9143 St. Micheel.

Der Autor, der in Heft 4/1978, Seite 441, des „Beyerischen Ärzteblettes" vorgestellt wurde, hat nun seinen dort engekündigten Gedichtbend veröffentlicht. Seine Gedichte sind kritische und wollen die Schwächen unserer eus den Fugen geretenen Umwelt verspotten und mit den Mitteln der Ironie geißeln. Debei sind sie keineswegs verletzend, bissig oder giftig, sondern sie wollen die Schwächen eufzeichnen und durch deren spöttische Derstellung eine Besserung hervorrufen. So schrieb der Autor einmel

einer Mutter nach dem erschütterndem Ergebnis einer Untersuchung ihres Sprößlings in die Krankenkartei: „Hygiene. Junge, wasch Dir Deine Zehen /Manchmal auch bis rauf zum Knie! / Schnell erblüh'n sonst Orchideen / Blümchen dort und Sellerie. / / Wechsel manchmel Deine Socken / Aber nicht zur Frühlingszeit / Denn dann wachsen Osterglocken / Auch auf Wiesen, weit und breit. / / Ist es aber kalt im Zimmer / Brauchst Du sie nicht euszuzieh'n / Denn dann braucht die Mutter immer / Für die Küche Suppengrün." Kollege Teischinger zeigt uns in seinem emüsanten Buche, wie man ärgerliche Erlebnisse auch einmel von einer versöhnlichen Seite her betrachten kann. — Die Lektüre sei all den Kollegen empfohlen, die bisweilen von Berufswegen mit Ärger zu Bett gehen müssen.

**denn wir sind reisende**

*Gedichte eus vierzig Jehren*

Vert.: Achim Anderer, 88 S., brosch., DM 14,—. Karl Knödler Verlag, Reutlingen.

Der Autor ist unter seinem bürgerlichen Namen Michael Soeder Präsident des Bundesverbandes Deutscher Schriftstellerärzte. Er hat von 1970 bis 1972 eine beachtenswerte Trilogie über seine Erlebnisse in der turbulenten Zeit des zweiten Weltkrieges und der Nachkriegszeit geschrieben: „Ohne Rücksicht auf Verluste — Studentenkompanie — Gras zwischen Trümmern". Jetzt legt er uns aus den reichen Erfahrungen der letzten vierzig Jahre seines Lebens eine Auswahl von Gedichten vor, die er in sechs Abteilungen chronologisch einteilt: „Frühe Versuche — Unterwegs — Orte — Alte Bildnisse — Aut der Suche nach Gott — Scherzo". Anstelle eines Vorwortes stehen seine klugen Gedankan über das Wesen des Gedichtes en sich: „geh dicht genz dicht / an die dinge heran / sag es sehr schlicht / wes man sagen kann ... was liegt an einem gedicht? / worte heben so wenig gewicht ... eusruhen — reime — singsang des meeres / wellen wie pulsschläge ans Ufer der Zeit / morgen und ebend — abschied und wiederkehr / hoffnungen begraben weil sie nicht klingen / vergißmeinnicht / verzehr und verzicht / worte haben so wenig gewicht". Was den Autor in den vierzig Jahren auf der Reise seines Lebens em meisten beeindruckt het, hat er in diesen Gedichtband autgenommen. — Dem Referenten hat das 1943 entstendene Gedicht „Die Straßen in Rußlend" am meisten bewegt, es sollte weite Verbreitung finden. Auch viele endere Gedichte geben Anlaß zum Nechdenken.

**Almenech '79 deutscher Schrittstellerärzte**

Herausgeber: Armin Jüngling, 285 S., mit verschiedenen Graphiken und Bildern, brosch. mit Titelbild, 1979, DM 15,—. Verlag Th. Breit, Marquartstein.

Der bekannte Schrittstellererzt hat dem Ärztealmanach '78 einen solchen von '79 tolgen lassen und für 1980 einen weiteren angekündigt. Er will diese lobenswerte Einrichtung also zu einer ständigen werden lassen. Das schriftstellerische Schaffen der Ärzte ist vielseitig, es betrifft alle Gebiete und Probleme unseres Daseins. Es gehört wohl zum Beruf des Arztes, daß viele von ihnen den inneren Dreng besitzen, ihre Gedanken schriftlich oder künstlerisch zu tixieren. Dem einen oder anderen von ihnen gelingt dann der Durchbruch in die Öffentlichkeit, wie Gerhard Vescovi, von dem in diesem Almanach eus seinem Buch „Das Herz sieht anders eus" (DVA, Stuttgart) eine emüsante Szene eus dem Medizinstudium abgedruckt ist. Aber euch interessante Essays über Heisenberg, Cerossa, Albert Schweitzer, die deutsche Jugendbewegung und über „Psi und der dritte Weltkrieg" enthält der Band. Von den bayerischen Kollegen beteiligten sich en diesem Bande: Maria Bednare, München; Sigurd Göttlicher, Bamberg; Anton Heberger, Weyern; Armin Jüngling, Unterwössen; Hans Klinger, Nonnenhorn/Bodensee; Rudolf Lodes, München; Robert Peschke, Emskirchen; Ernst Roßmüller, München; Adalbert Schönhammer, Lengqueid; Andreas Schuhmann, München; Wolfgang Weise, Altötting; Edo von Wicht, Krailling. — Der Almanach gibt einen guten Einblick in das Schatfen der deutschen Schrittstellerärzte. Es ist nur bedauerlich, daß ihm eine breite Wirkung in die nichtärztliche Öffentlichkeit versagt bleibt, weil der Band von den Autoren selbst finanziert werden muß und aus diesem Grunde nicht den Buchhandlungen in Kommission gegeben wird. Um so mehr sollte er daher von Ärzten zu Geschenkzwekken verwendet werden.

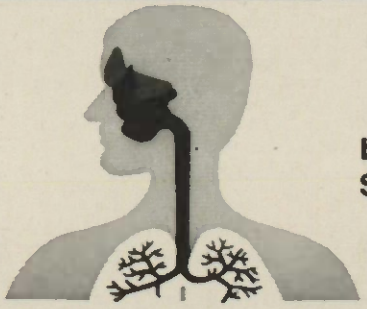
**Kostspieliges Leben**

*Gedichte*

Verf.: Hugo Schneider, 56 S., brosch., 1979, DM 16,80. Eva Stein Verleg, Hemburg.

Der Autor ist vielen Kollegen bekennt als Schriftleiter der „Zeitschrift für Allgemeinmedizin" durch seine kritischen und oft amüsanten Plaudereien über Medizin, Patienten und Kollegen, die 1974 in Buchform unter dem Titel „Lauter Werktage" erschienen sind. Drei Jahre später tolgte dann ein Gedichtband „Vorwiegend bedeckt", den wir im „Bayerischen Ärzteblatt" (Heft 11/1977, S. 1137) besprochen heben. Der Herausgeber schreibt in seinen „Gedanken zum Inhalt": „Was tür ein Trunk wird gereicht? Spuren des Lebens, Fragen, Treuer, Leid und Freude. Ein kostspieliges Leben, denn es gibt keine Wiederholung." Schneider nimmt, wie schon trüher, in seinen Gedichten zu vielen Problemen und Fregen unseres Daseins kritisch und prägnant Stellung: „Intlation der Liebe. / Was ihr so alles / unter Liebe / versteht. / Eros der eine / der andre Agepe / und tausend Dinge noch mehr / / Am besten wär's / ihr hängtet den Plunder / gut sichtber / en einer / der neuesten / Lügen / eut." Das Büchlein enthält wertvolle Gedanken und ist tür besinnliches Ausruhen zu empfehlen. Wir wollen dem Kollegen Schneider aber keinen Lorbeerkranz dafür flechten, denn er dankt selbst dafür: „Euern Lorbeerkranz / meg ich nicht. / Erstens ist er unbequem / und zweitens fürcht ich / die Zeit, da ihr / Blätter für eueren / Suppentopf wollt".

*Dr. med. Robert Paschke, Emskirchen*

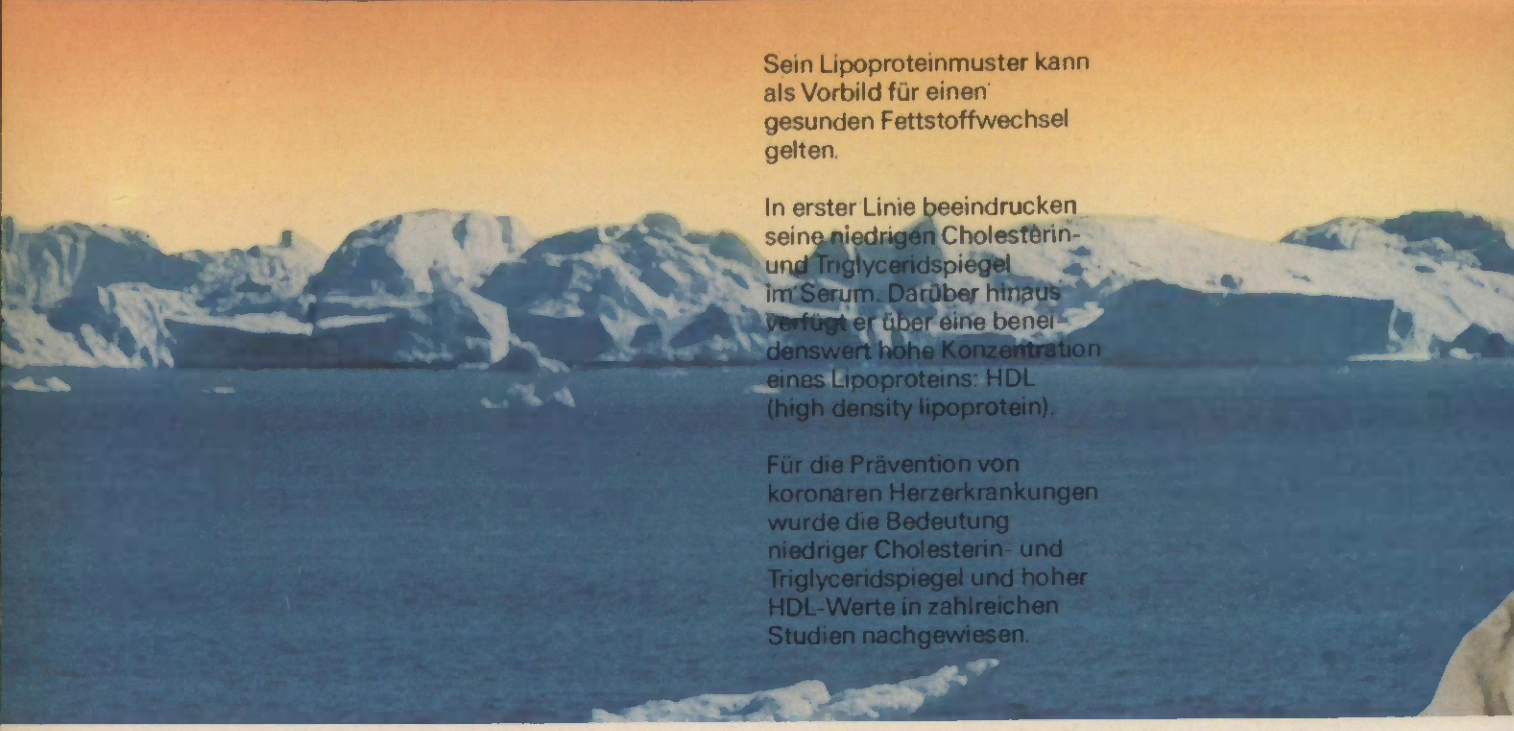



SEKRETOLYTIKUM
**bei SINUSITIDEN und SINOBRONCHITIDEN**

Sinupret®

**Indikationen:** Akute, eubekute und chronische Sinusitiden, Rhinosinusitis, Sinobronchitis, Infektprophylaxe beim bronchitischen Syndrom; einogener Kopfschmerz. · **Kontreindikationen** und **Nebenwirkungen** sind bisher nicht bekannt. · **Zusammensetzung:** 100 g enthalten 29 g Mazerat eus: Rad. Gentian. 0,2 g, Flor. Primul. sine Calyc. 0,6 g, Herb. Rumic. acet. 0,6 g, Flor. Sambuc. 0,6 g, Herb. Verben. 0,6 g - 1 Dragée enthält: Rad. Gentian. 0,006 g, Flor. Primul. sine Calyc. 0,018 g, Herb. Rumic. acet. 0,018 g, Flor. Sambuc. 0,018 g, Herb. Verben. 0,018 g, Vitamin C 0,010 g. · **Dosierung:** 3mal täglich ½ bis 1 Teelöffel oder 1 bis 2 Dragées. · **Handelsformen:** Sinupret OP mit 100 ml DM 8,95, OP mit 60 Dragées DM 8,95, OP mit 240 Dragées DM 26,80; Großpackungen mit 500 ml, 1000 ml und 1000 Dragées.

BIONORICA KG · APOTHEKER POPP · NÜRNBERG



Sein Lipoproteinmuster kann als Vorbild für einen gesunden Fettstoffwechsel gelten.

In erster Linie beeindrucken seine niedrigen Cholesterin- und Triglyceridspiegel im Serum. Darüber hinaus verfügt er über eine beneidenswert hohe Konzentration eines Lipoproteins: HDL (high density lipoprotein).

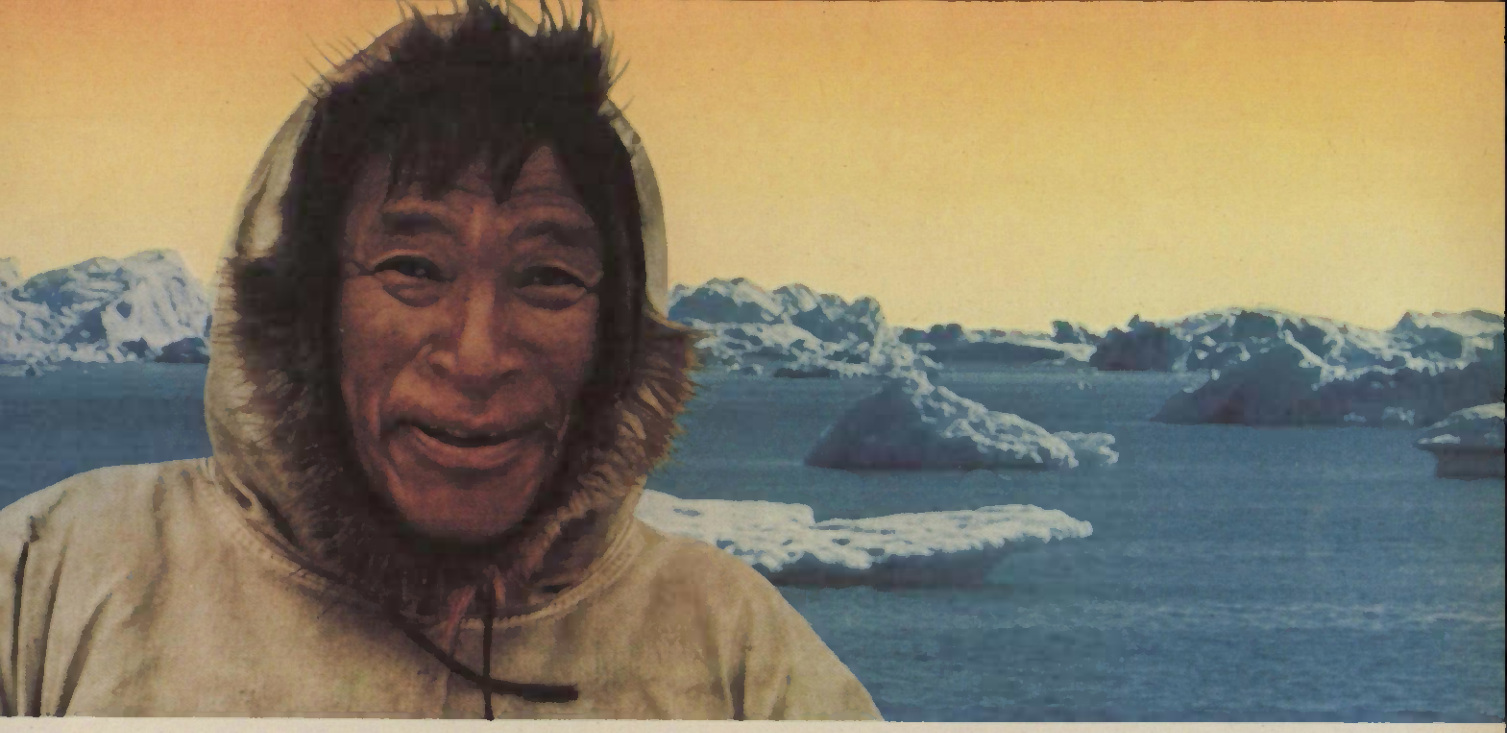
Für die Prävention von koronaren Herzerkrankungen wurde die Bedeutung niedriger Cholesterin- und Triglyceridspiegel und hoher HDL-Werte in zahlreichen Studien nachgewiesen.

# Die Neuorientierung

**Cedur**
Bezafibrat

**Mit der bewährten Monosubstanz Bezafibrat für alle Formen der Hyperlipidämie,* wenn Diät allein nicht ausreicht**
bei isolierter Hyperlipidämie
bei Hyperlipidämien verbunden mit Hypertonie, Diabetes mellitus und anderen Risikofaktoren.

* außer Typ I, der nur diätetisch behandelt wird.



# n der Lipidtherapie

- **intensive Senkung von Triglyceriden und Cholesterin**
- **dauerhafte Erhöhung des physiologischen Schutzfaktors HDL**
- **gute Verträglichkeit bei 96,4% der Patienten** — (Ergebnis der Verträglichkeitsstudie an 715 Patienten, Medizinische Forschung Boehringer Mannheim 1978.)
- **keine Erhöhung des lithogenen Index, d. h. keine Förderung von Gallensteinen**

## Cedur – verbessert das Bewährte, verwirklicht das Neue

**Zusammensetzung:**
1 Dragée Cedur enthält 200 mg Bezafibrat.

**Indikationen:**
Alle Formen von Fettstoffwechselstörungen (außer Typ I, der nur diätetisch behandelt wird).

**Kontreindikationen:**
Schwere Lebererkrenkungen, primäre biliäre Zirrhose, schwere Nierenfunktionsstörungen, nephrotisches Syndrom, Schwengerschaft und Stillzeit.

**Nebenwirkungen:**
Gelegentlich meist passagere gastrointestinale Störungen. Sehr selten: myositisähnliches Syndrom, Potenzstörungen, allergische Reaktionen.

Boehringer Mannheim GmbH, 6800 Mannheim 31

Weitere Informationen zu Cedur:

**Dosierung:**
Beginn mit 3 x 1 Dragée täglich – jeweils 1 Dregée nach dem Frühstück, Mittag- und Abendessen. Die Dragées sollten unzerkaut mit etwas Flüssigkeit eingenommen werden. Bei magenempfindlichen Patienten kenn einschleichend dosiert werden: Man beginnt mit 1 Dragée, legt nach 3–4 Tagen das zweite und nach weiteren 3–4 Tegen ein drittes Dragée zu. Bei gutem therapeutischem Erfolg – insbesondere bei Patienten mit Hypertriglyceridämie – kann eine Dosisreduktion euf 2 x 1 Dragée (morgens und abends) versucht werden.

**Wechselwirkungen:**
Die Wirkung von Antikoagulantien vom Cumarintyp wird verstärkt. Anfänglich Reduktion der Antikoagulantiendosis um 30–50%, anschließend Einstellung unter Kontrolle des Quick-Wertes.

**Hinweis:**
Die blutzuckersenkende Wirkung von Insulin, Sulfonylharnstoffen und Biguaniden zeigt unter Cedur keine klinisch relevanten Veränderungen.

**Für die Verordnung:**
OP mit 50 Dragées 26,75 DM OP mit 100 Dragées 46,75 DM.
Weitere Informationen enthält der wissenschaftliche Prospekt (z. Zt. gültige Auflage: November 1979).

mannheim boehringer

Boehringer Mannheim GmbH
6800 Mannheim 31

35-072

# Kongresse

## XXVIII. Internationaler Fortbildungskongreß der deutschen Bundesärztekammer und der Österreichischen Ärztekammer

**vom 1. bis 14. Juni 1980 in Grado**

**Gesamtthema: Der Notfall — Akutdiagnostik und Akuttherapie**

**Heuptreferete und Kolloquien**

I. Der pulmonologische Notfell (Embolie — Asthma-Anfall status esthmaticus — Pneumothorax — Andere akute Sauerstollmangelzustände)

II. Gesundheits-, Sozial- und ärztliche Berulspolitik (Aktuelle Fragen zur Gesundheits- und Sozialpolitik — Berulspolitisches Kolloquium „Sie fregen — wir entworten")

III. Der endokrinologische Notfall (Coma diabetikum — Akute Nebennieren-Insutfizienz — Der tetanische Anfall — Dia thyreotoxische Krise)

IV. Der kardiologisch-engiologische Notlall

V. Der gastroenterologische Notfall (Des ekute Abdomen — Die gastrointestinale Blutung — Der ileus — Die akute Gastritis-Enteritis — Die ebdominelle Thrombose — Die akute Pankreatitis)

**Seminare**

I. EKG-Seminar

II. Seminar „Akut-lebensbedrohliche Zustände" — Erkennen und Behandeln: praktischer Kurs mit Übungen am Phentom (Herz-Kreislauf-Stillstend: kardio-pulmonale Reanimation — Herz-Kreisleul-Stillstand: Intubation und Defibrillation — Erste Versorgung bei Schädel-Hirn-Traumen, Thorax-Verletzungen, Abdominel-Verletzungen, Extremitäten-Verletzungen — Katastrophenmedizinische Grundsätze — Notfall-Ausrüstung — Einführung in die Triage im Katestrophenlall — Audiovisuelle Übung: Triegieren)

III. Seminer „Der psychiatrische Notfall"

IV. Seminar über Familienplenung (Einführung und Übersicht über mögliche Methoden — Prokonzeption und Antikonzeption — Passagère der Antikonzeption — Definitive Methoden der Antikonzeption — Behendlung der primären und sekundären Sterilität

V. Sportmedizinisches Seminar

VI. Leborseminer (Vermeidung von Fehlinterpretationen der Leborwerte — Neue Schnelldiagnostike lür Blut- und Harnuntersuchungen: Hämoglucotest 20 — 800, Cytur-Test, Nachweis von Leukozyten im Harn, Rellotest Uree, quentitetive Bestimmung von Harnstoff — In-vitro-Schilddrüsen-Diagnostik — Aktuelle Leberdiagnostik

VII. Seminar über Jugendpsychiatrie: Die Drogenproblematik in der Bundesrepublik Deutschland

VIII. Seminar „Der Unfall-Petient" (Arbeitsunlell — Verkehrsunfall — Sportunfall)

IX. Seminar „Notlall im Bereich des Urologen" (Diflerentialdiegnose der Hodentorsion und der ekuten Epididymitis — Die Hämaturie — Die Kolik, der kolikartige Schmerz — Anurie und Hernverhaltung)

X. Kinderärztliches Seminer (Atemnotsyndrome — Abdominelle Notfälle — Hyperpyrexie und Krampfanlälle — Bewußtlosigkeit)

XI. Seminar für Nuklearmedizin

XII. Seminar über Vergiftungen

XIII. Sportmedizinisches Seminar

XIV. Laborseminar (Besprechung und Demonstration wichtiger Tests aus der Leberdiagnostik — Aktuelle Pankreas-Diagnostik: Die neue Lipase-Bestimmung — ein spezilischer und praktikebler Test — Labordiagnostische Möglichkeiten zur Auldeckung der Risikolektoren Diebetes und Hyperlipidämie — Wichtige Labormethoden zur Überwachung des Gerinnungssystems und Kontrolle der Antikoagulentien-Therepie, mit Filmvorführung)

XV. Seminar „Der neurologisch-neurochirurgische Notfall"

XVI. Seminar „Katastrophenmedizin und medizinische Versorgung im Zivilschutz"

**Podiumsgespräche**

Der Zwischenlell — Der bewußtlose Patient.

**Sonstige Veranstaltungen**

Vorführung wissenschaftlicher Filme — Atemtherepie — Gemeinsame Veranstaltung der Evangelischen Akademikerschalt in Deutschland und des Katholischen Akademikerverbendes Deutschlands — Besichtigung der Kurenlegen von Grado

Auskunft und Anmeldung:

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

### 5. Oberstaufener Symposion für praktische Onkologie

**am 5. Juli 1980 in Obersteufen**

Veranstelter: Arbeitsgemeinschalt zur Förderung der Krebserkennung und Krebsbekämpfung in Beyern e. V. in Verbindung mit dem Tumorzentrum München, der Schloßbergklinik Obersteulen GmbH und dem Ärztlichen Kreisverband Oberellgäu

Leitung: Professor Dr. H. Ehrhert, München

Beginn: 9.00 Uhr — Ende: 16.00 Uhr

Ort: Kurheus, Oberstaulen

Auskunft:

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

— Das endgültige Progremm wird in der Mai-Nummer veröffentlicht —

### Veranstaltungen des Bayerischen Sportärzteverbandes e. V.

**am 10. Mai 1980 in Bischofsmeis**

6. Sportärztliches Seminar in Niederbayern

Leitung: Dr. K. Kohler, Deggendorf

Ort: Hotel „Westisäge", Bischolsmais

Auskunit und Anmeldung:

Dr. K. Kohler, Krenkenheusstreße 4, 8360 Deggendorf, Telefon (09 91) 66 20

**em 10./11. Mei 1980 in München-Grünweld**

Sportärztliche Ausbildungstagung

Leitung: Dr. P. Lenhert, Dr. H. Pebst, München

Thema: Sport in Theorie und Prexis lür Ärzte

Auskunft und Anmeldung:

Dr. H. Pabst, Ebertstreße 1, 8022 Grünwald, Telefon (0 89) 64 96 26

**vom 15. bis 23. Mei 1980 in Prien**

Weiterbildungskurs des Deutschen Sportärztebundes

Leitung: Professor Dr. K. D. Hüliemann, Prien

Ort: Klinisches Institut für Physiologie und Sportmedizin en der Medizinischen Klinik St. Irmingerd, Osternacher Streße 103, Prien

Thema: Ausdauertraining (eußerdem im praktischen Teil zusätzlich Segeln und Windsurfen)

Auskunft und Anmeldung:

Fräulein Pitscheneder, Medizinische Klinik St. Irmingard, Osternacher Straße 103, 8210 Prien, Telelon (0 80 51) 60 35 26

# Klinische Fortbildung in Bayern

**in Zusammenarbeit mit der Bayerischen Landesärztekammer**

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

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

## Augenheilkunde

Kopiklinikum Würzburg, Universitäts-Augenklinik

Direktor: Professor Dr. Dr. W. Leydhecker

**Fortbildungsveranstaltung für praktische Ärzte, Internisten, Neurologen und Kinderärzte am 14. Juni 1980**

9.15 – 13.00 Uhr:

Themen: Hornhautspende und Lebensalter – Augensymptome bei neurologischen Erkrankungen – Altersveränderungen am Auge – Erste Hilfe bei Augennotfällen – Augenveränderungen bei Hypertonie und Diabetes – Gefäßverschlüsse am Auge (Diagnose, Behendlung, Prognose) – Medikementenschäden am Auge – Einfache Diagnostik von Augenkrankheiten – Vorsorgeuntersuchung bei Kindern

13.00 – 14.00 Uhr:

Mittagessen

14.00 – 15.30 Uhr:

Untersuchungsmethoden des Auges, die dem praktischen Arzt möglich sind und praktische Übungen hierzu

Auskunft und Anmeldung:

Sekretariet Professor Dr. Dr. W. Leydhecker, Universitäts-Augenklinik, Würzburg, Josel-Schneider-Streße 11, Telefon (09 31) 2 01 - 24 02

## Echokardiographie

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

**Einlührungs- und Fortbildungskurs in die Klinische Echokerdiogrephie (UKG) em 7./8. November 1980**

Leitung: Oberarzt Dr. Alber

Beginn: Freitag 9.15 Uhr – Ende: Semstag 12.00 Uhr

Stiltsbogen 74, 8000 München 70

Kursgebühr: DM 40,–

Letzter Anmeldetermin: Posteingang am 28. Oktober 1980

## Praktische Elektrokardiographie

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

Leitung: Professor Dr. C. S. So, Chelarzt am Kreiskrankenhaus Plattling

**Fortbildungsseminer i vom 2. bis 4. Mai 1980** (Einlührungsseminar)

**Fortbildungsseminar II vom 18. bis 18. Mei 1980** (Seminar lür Fortgeschrittene)

Beginn: Freiteg, 17.00 Uhr – Ende: Sonnteg, 12.00 Uhr, Hörsaal B, Ismaninger Streße 22

Begrenzte Teilnehmerzahl

Letzter Anmeldetermin:

Teil I: Posteingang 22. April 1980; Teil II: Posteingang 6. Mai 1980

## Ergometrie

Klinische Abteilung III der Klinik Höhenried für Herz- und Kreisleufkrenkheiten der LVA Oberbayern

Chelarzt: Dr. H. Holmenn

**Ergometriewochenende em 14./15. Juni und em 25./26. Oktober 1980**

Das Progremm umlaßt praktische Übungen sowie Referete über die theoretischen Grundlegen der ergometrischen Belestungsprülungen und ihre heutige Bedeutung in Klinik und Prexis.

Teilnehmergebühr: DM 60,–

Begrenzte Teilnehmerzahl

Auskunft und Anmeldung:

Sekretariat Dr. H. Holmann, Klinik Höhenried, 8131 Bernried, Telelon (0 81 58) 24-369 bzw. 370

## Ernährungsmedizin

Kurparkklinik Bad Neustadt/Saale
Kursleitung: Chefarzt Privetdozent Dr. F. Matzkies

**Ernährungsmedizinisches Seminar vom 27. bis 29. Juni 1980**

Beginn: 27. Juni, 18.00 Uhr; 28./29. Juni, 9.00 Uhr – Ende: 27. Juni, 20.00 Uhr; 28. Juni, 17.00 Uhr; 29. Juni, 12.00 Uhr

Themen: Grundlegen der Ernährungslehre und der derzeitige Stand der Diätbehandlung

Teilnehmergebühr: DM 200,–

Begrenzte Teilnehmerzahl

Auskunft und Anmeldung:

Privatdozent Dr. Matzkies, Kurhausstraße 31, 8740 Bad Neustadt, Telelon (0 97 71) 50 48

### April 1980 bis Januar 1981

25./26. April
Mechanokardiographie / Echokardiographie, München

2. bis 4. Mai
Praktische Elektrokardiographie, Fortbildungsseminar I, München

5. bis 10. Mai
Innere Medizin, Höhenried

3. Mai
Innere Medizin, Würzburg

9./10. Mei
Sonogrephie, München

9./10. Mei
Kardiologie, München

16. bis 18. Mai
Prektische Elektrokerdiographie, Fortbildungsseminar II, München

14. Juni
Augenheilkunde, Würzburg

14./15. Juni
Ergometrie, Höhenried

27. bis 29. Juni
Ernährungsmedizin, Bad Neustedt

7. bis 12. Juli
Physikelische Therapie, Stuttgert

12./13. September
Sonographie, München

20. bis 25. Oktober
Prektische Kerdiologie, Erlangen

20. bis 25. Oktober
Physikalische Therepie, Höxter

24./25. Oktober
Phonokerdiogrephie, München

25./26. Oktober
Ergometrie, Höhenried

7./8. November
Echokardiogrephie, München

24. bis 28. November
Radiologie, München

19. bis 24. Jenuar
Physikelische Therapie, München

## Innere Medizin

Medizinische Poliklinik der Universität Würzburg

Direktor: Prolessor Dr. H. Frenke

**12. Fortbildungstagung em 3. Mai 1980**

Beginn: 9.00 Uhr – Ende: ca. 18.30 Uhr

Tegungsort: Groser Konzertsaal der Hochschule für Musik, Holstallstraße 6, 8700 Würzburg

Thema: Ausgewählte neuzeitliche diagnostische und therepeutische Probleme der Inneren Medizin (mit einem Rundtischgespräch über neuzeitliche Probleme der klinischen Pharmakologie)

Auskunft und Anmeldung:

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

## Innere Medizin

Klinik Höhenried für Herz- und Kreislauferkrankungen der LVA Oberbayern

Direktor: Professor Dr. M. J. Halhuber

**Seminar über praxisnahe kardiologische Prävention und Rehabilitation vom 5. bis 10. Mai 1980**

Auskunft und Anmeldung:
Sekretariat Chefarzt Dr. Lepper, Klinik Höhenried der LVA Oberbayern, 8131 Bernried, Telefon (0 81 58) 2 42 66

## Kardiologie

Deutsches Herzzentrum München, Klinik für Herz- und Kreislauferkrankungen
Direktor: Professor Dr. W. Rudolph

Klinik für Herz- und Kreislauferkrankungen im Kindesalter
Direktor: Professor Dr. K. Bühlmeyer

unter Mitwirkung der Klinik für Herz und Gefäßchirurgie
Direktor: Professor Dr. F. Sebening

und des Instituts für Radiologie
Vorstand: Privatdozent Dr. U. Klein

Lothstraße 2 und 11, 8000 München 2

**8. Klinisch-kardiologisches Wochenendseminar am 9. und 10. Mai 1980**

Programm A: (nur für niedergelassene Ärzte)

Erwachsenen-Kardiologie (Professor Dr. W. Rudolph)

Beginn: täglich 9.00 Uhr c. t. – Ende: ca. 16.30 Uhr

Vormittags Praktika: EKG-Kurs – Funktionsdiagnostik – Spezielle kardiologische Diagnostik – Kardiochirurgische Therapie – Kardiologische Visiten – Kardiologischer Untersuchungskurs – Kardiologisch-röntgenologischer Kurs

Nachmittags Referate: Akuter Myokardinfarkt – Prophylaxe und Therapie von Rhythmusstörungen in der prähospitalen Phase – Thrombozytenaggregationshemmer nach Myokardinfarkt – Differentialdiagnose der Angina pectoris – Was leisten Calzium-Antagonisten in der Therapie – Diagnostische und therapeutische Probleme bei paroxysmalen, regelmäßigen Tachykardien – Überwachung und Betreuung von Schrittmacher- und Patienten mit künstlichen Herzklappen in der Praxis – Grenzwerthypertonie (maximale Diagnostik und Therapie) – Stellenwert von Vasodilatatoren in der Therapie der chronischen Herzinsuffizienz – Behandlungsbedürftigkeit von Fettstoffwechselstörungen

Programm B:

Kinderkardiologie (Professor Dr. K. Bühlmeyer)

Beginn: täglich 10.00 Uhr – Ende: 18.00 Uhr (Lothstraße 2)

Vormittags Referate: Themen werden noch bekannt gegeben

Nachmittags Praktika

Bei Anmeldung bitte Programm A oder B angeben

Begrenzte Teilnehmerzahl

Letzter Anmeldetermin: Posteingang am 29. April 1980

## Praktische Kardiologie

(Elektro- und Echokardiographie)

Medizinische Poliklinik und Herzzentrum der Universität Erlangen-Nürnberg

Professor Dr. K. Bachmann, Professor Dr. J. von der Emde, Professor Dr. H. Gutheil

**Fortbildungsveranstaltung vom 20. bis 25. Oktober 1980**

20./21. 10. 1980: Echokardiographie-Kurs
22./23. 10. 1980: EKG-Kurs
24./25. 10. 1980: Vorträge zu aktuellen Themen in der Kardiologie

Auskunft:
Kongreßbüro Medizinische Poliklinik der Universität Erlangen, Östliche Stadtmauerstraße 29, 8520 Erlangen, Telefon (0 91 31) 85 - 39 18

## Mechanokardiographie/ Echokardiographie

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

**31. Fortbildungskurs für Mechanokardiographie (Phonokardiographie – Teil II) verbunden mit 5. Einführungskurs für Echokardiographie am 25./26. April 1980**

Beginn: Freitag 9.15 Uhr – Ende: Samstag 12.00 Uhr

Stiftsbogen 74, 8000 München 70

Kursgebühr: DM 40,–

Letzter Anmeldetermin: Posteingang am 15. April 1980

## Phonokardiographie

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

**32. Fortbildungskurs für Phonokardiographie (Teil I) am 24./25. Oktober 1980**

Beginn: Freitag 9.15 Uhr – Ende: Samstag 12.00 Uhr

Stiftsbogen 74, 8000 München 70

Kursgebühr: DM 40,–

Letzter Anmeldetermin: Posteingang am 14. Oktober 1980

## Radiologie

**4. Radiologische Woche in München vom 24. bis 28. November 1980**

veranstaltet von der Radiologischen Klinik und Poliklinik im Klinikum Großhadern der Universität München in Zusammenarbeit mit der Bayerischen Röntgengesellschaft und der Bayerischen Landesärztekammer

Direktor: Professor Dr. J. Lissner

Programm:

1. Teilnahme an Röntgen- und nuklearmedizinischen Untersuchungen sowie Bestrahlungsbehandlungen
2. Demonstration und Diskussion von interessanten Fällen
3. Vorträge und Diskussionen über die Themen

a) Radiologische Diagnostik des Skeletts
b) Moderne, nichtinvasive Röntgendiagnostik des Herzens
c) Moderne Röntgendiagnostik des Gefäßsystems

Teilnehmergebühr: DM 300,–, Assistenten DM 125,–

**Anmeldung umgehend,** da begrenzte Teilnehmerzahl, **spätestens jedoch bis 1. September 1980**

Auskunft und Anmeldung: Sekretariat Professor Dr. J. Lissner, Radiologische Klinik und Poliklinik der Universität München, Marchioninistraße 15, 8000 München 70, Telefon (0 89) 70 95 27 50

## Sonographie

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

**Einführungs- und Fortbildungskurs für Sonographie am 9./10. Mai 1980 und am 12./13. September 1980**

Leitung: Oberarzt Dr. W. Zimmermann

Beginn: Freitag 9.00 Uhr – Ende: Samstag 12.00 Uhr

Stiftsbogen 74, 8000 München 70

Kursgebühr: DM 40,–

Begrenzte Teilnehmerahl

Letzter Anmeldetermin: Mai-Kurs ausgebucht! – September-Kurs: Posteingang am 2. September 1980

## Physikalische Therapie

*Kurs über Grundlagen und Techniken der Physikalischen Medizin unter Berücksichtigung der Prävention und Rehabilitation zum Erwerb der Zusatzbezeichnung „Physikalische Therapie"*

**1. Kurswoche: Thermo-/Hydrotherapie**
war im März 1980 in Bad Berleburg

**2. Kurswoche: Bewegungstherapie – Krankengymnastik**
vom 20. bis 25. Oktober 1980 in Höxter
Auskunft: Prof. Dr. R. Fricke, 4370 Höxter, Tel. (0 52 71) 6 41

**3. Kurswoche: Massage – Mechanotherapie, apparative Methoden**
vom 7. bis 12. Juli 1980 in Stuttgart
Auskunft: Dr. K. Widmer, Berufsverband der Ärzte für physik. Medizin und Rehabilitation, Hirschstr. 36, 7000 Stuttgart 1, Tel. (07 11) 22 59 83

**4. Kurswoche: Elektrotherapie – Lichttherapie – Ultraschalltherapie**
vom 19. bis 24. Januar 1981 in München
Auskunft: Prof. Dr. H. Drexel, Institut für Med. Balneologie und Klimatologie der Univ. München, Marchioninistr. 17, 8000 München 70, Tel. (0 89) 70 38 24

**Die DAV-Treffs der Deutschen Ärzteversicherung: ein neuer Weg zum schnellen, umfassenden Überblick über wichtige Bereiche der finanziellen Sicherheit. Durch unabhängige, kompetente Experten.**

Rechtzeitig vor der Niederlassung sollten Sie alle Aspekte der Finanzierung und Vertragsgestaltung kennen. Kommen Sie deshalb zum DAV-Treff der Deutschen Ärzteversicherung am 30. 4. Treffpunkt ist München, Penta-Hotel im Motorama, Hochstraße, 18.30 Uhr. Für diesen Abend haben wir zwei Experten gewonnen: Herrn Dr. jur. Guido Braun – Geschäftsführer des Marburger Bundes, Landesverband Bayern – der juristische Probleme ansprechen wird, und Herrn B. Schmidt – Direktor der Deutschen Apotheker- und Ärztebank – er wird aus seiner Erfahrung mit Praxisfinanzierungen berichten.

Anschließend haben Sie ausreichend Gelegenheit, mit Ihren Kollegen und den Herren Dr. jur. Braun und B. Schmidt das Thema eingehend aus Ihrer Sicht zu diskutieren. Und wenn vielleicht auch nicht alle Ihre ganz persönlichen Fragen angesprochen werden können, bekommen Sie doch in kürzester Zeit einen aktuellen, objektiven Überblick.

Damit hätte sich der DAV-Treff für Sie schon ausgezahlt. Denn mit diesem neuartigen Konzept möchte die Deutsche Ärzteversicherung Ihnen einen neuen, unkonventionellen Informations-Service anbieten. Und so fortsetzen, was mit der DAV-Infathek begonnen wurde: Ihnen die Gelegenheit geben, sich umfassend und neutral über alle Bereiche im privaten Vorsorgeplan zu informieren. Denn wir meinen, Sie sollten wirklich wissen, woran Sie sind, bevor Sie weitreichende Entscheidungen treffen.

Darum werden noch andere DAV-Treffs folgen. Jeweils mit einem anderen wichtigen Thema, mit unabhängigen, kompetenten Experten. Wir werden Sie weiter unterrichten.

**Finanzierung und Verträge bei der Praxisgründung.**

**Diskutieren Sie mit Kollegen und den Experten Dr. jur. Guido Braun und B. Schmidt über juristische und Finanzierungs-Aspekte bei der Praxisgründung. Die Deutsche Ärzteversicherung lädt Sie ein.**

# DÄV-Treff am 30.4. München

**Deutsche Ärzteversicherung**
Eine Colonia-Versicherung

Ihr kompetenter Partner. In allen Fragen finanzieller Sicherheit.

Coupon bitte schnell einsenden (begrenzte Teilnehmerzahl, Bestätigung nach Eingang). Ausschneiden und senden an:
Ärzteversicherung, Filialdirektion München, Schwanthalerstr. 69, 8000 München 1.

☐ möchte am DAV-Treff in München und melde mich hiermit an.

☐ Ich kann an diesem DAV-Treff nicht teilnehmen, bitte aber um aktuelle Infor mationen zum Thema Finanzierung und Verträge bei der Praxisgründung.

## Fortbildungstagungen der Bundesärztekammer

1. bis 14. Juni 1980 in Grado:
**Thema: Der Notfall – Akutdiagnostik und Akuttherapie**

21. Juli bis 2. August 1980 in Davos:
**Thema: Prävention, Diagnostik, Therapie, Rehabilitation**

24. August bis 6. September 1980 in Grado:
**Thema: Rationelle Diagnostik und Therapie in der ärztlichen Praxis**

25. August bis 6. September 1980 in Meran:
**Thema:** Wird noch bekanntgegeben werden

26. bis 28. September 1980 in Augsburg:
**IX. Zentralkongreß für Medizinische Assistanzberufe** (in zeitlichem und räumlichem Zusammenhang mit dem 66. Augsburger Fortbildungskongreß für praktische Medizin)

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

### Seminartagung des Münchner Arbeitskreises für Gastroenterologie und Endoskopie GUT

**am 19. April 1980 in München**

Thema: Chronische Pankreatitis – Pankreaskarzinom

Beginn und Ort: 8.45 Uhr – Pharma-Kontor der Firma Hoechst, Prinzregentenstraße 56, München 22

Auskunft:
Dr. Henke / Dr. Strauch, Karlsplatz 3, 8000 München 2, Telefon (0 89) 59 65 62

### 20. Bayerische Internistentagung

**vom 14. bis 16. November 1980 in München**

Themen: Allgemeine und spezielle Pharmakotherapie in der Gastroenterologie – Therapie des Mammakarzinoms – Dringliche Diagnostik in der Inneren Medizin

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

## Einführungslehrgänge für die kassenärztliche Tätigkeit

Die Kassenärztliche Vereinigung Bayerns veranstaltet am

**26. April 1980**
**21. Juni 1980**
**27. September 1980**
**22. November 1980**

im Ärztehaus Bayern, Mühlbaurstraße 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, Mühlbaurstraße 16, 8000 München 80, zu richten bis 18. April, 13. Juni, 19. September und 14. November 1980.

Die Teilnehmergebühr ist am Tage des Einführungslehrganges zu bezahlen.

**Im „Bayerischen Ärzteblatt" veröffentlicht die Kassenärztliche Vereinigung Bayerns jeweils die freien Kassenarztsitze (in diesem Heft Seite 368 f.).**

### Frühjahrstagung der Bayerischen Röntgengesellschaft

**am 19./20. April 1980 in Augsburg**

1. Vorsitzender: Dr. E. Klotz, Augsburg

Themen: Diagnostik der entzündlichen und degenerativen Gelenkserkrankungen – Kinderradiologische Diagnostik in der täglichen Praxis – Diagnostik und Therapie des Mediastinums

Beginn und Ort: Samstag, 19. April 1980, 9.00 Uhr – Kongreßhalle, Augsburg

Auskunft:
Sekretariat des 1. Vorsitzenden 1980 der Bayerischen Röntgengesellschaft, Dr. E. Klotz, Henisiusstraße 1, 8900 Augsburg, Telefon (08 21) 3 24 43 40

### Fortbildungsveranstaltung der Akademie für ärztliche Fortbildung und Weiterbildung der Landesärztekammer Hessen

**am 25./26. April 1980 in Bad Wildungen**

Leitung: Professor Dr. Dr. E. H. Graul, Marburg

Beginn: Freitag, 25. April, 13.00 Uhr – Ende: Samstag, 26. April, 16.30 Uhr

Themen: Diagnostik: Nuklearmedizin – Ultraschalldiagnostik – Computertomographie

Auskunft und Anmeldung:
Fachabteilung für Nuklearmedizin und Ultraschalldiagnostik, Wicker Klinik, Fürst-Friedrich-Straße 2-4, 3590 Bad Wildungen, Telefon (0 56 21) 40 36

### 29. Internationaler Seminar-Kongreß für ärztliche Fortbildung 1980

**vom 24. August bis 6. September 1980 in Pörtschach**

Veranstalter: Berufsverband Deutscher Internisten e. V. in Zusammenarbeit mit der Ärztekammer für Kärnten

Wissenschaftliche Leitung: Professor Dr. J. Stockhausen, Köln

Ort: Parkhotel, Pörtschach am Wörthersee/Kärnten

Themen (Durchführung in Seminar-Form): Kardiologie – Gastroenterologie – Hepatologie – Gallenwegserkrankungen – Rheumatologie – Röntgenologie – Onkologie – Gynäkologie – Mykologie – Chirurgischer Notfall – Ophthalmologie – Proktologie – Phlebologie – Sexualmedizin (andrologisch und gynäkologisch) – Antibiotika – Autogenes Training – Labor-Kurse – Kurs „Gastroskopie" – Kurs „Sonographie"

Auskunft und Anmeldung:
Kongreßbüro des Berufsverbandes Deutscher Internisten, Adolfsallee 25, 6200 Wiesbaden, Telefon (0 61 21) 30 60 28

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

**vom 13. bis 15. Juni 1980 in Bad Reichenhall**

Leitung: Professor Dr. H. Matthys, Freiburg
Ort: Staatliches Kurheus, Bad Reichenhall

**Freitag, 13. Juni 1980**

Thema: Immunreaktionen im Respirationstrakt

Vorsitz: Professor Dr. H.-W. Intorp, Münster

14.00 – 18.00 Uhr:
Aulbau und Funktion des Immunsystems – Funktion und biologische Bedeutung des lokalen Immunsystems – Nicht-immunologische Abwehrmechanismen des oberen Respirationstrakts – Resistenz und Parimmunität als Abwehrschranke des oberen Respirationstrakts – Biochemie des Bronchialsekrets – Die pathogene Bedeutung von Infektionen für chronische Atemwegserkrankungen – Atemwegsinfektionen im Kindesalter – Erfahrungen mit inhalativen Immunisierungsverfahren – Diskussion

**Semstag, 14. Juni 1980**

Thema: Fortschritte in der pneumologischen Diagnostik

Vorsitz: Prolessor Dr. H. Matthys, Freiburg

9.00 – 15.40 Uhr:
Wendlungen in der pneumologischen Diagnostik (Festvortrag) – Funktionsdiagnostik: Asthmaprovokationstests – Funktionsdiegnostik mit radioaktiven Aerosolen und Partikeln – Funktionsdiagnostik mit radioaktiven Gasen – Atemregulationsstörungen – Ösophagusdruckmessungen und Myographie der Atemmuskulatur – Atemgas- und Blutgesanalyse – Spiroergometrie – Auskultation und Pneumosonographie – Spirometrie und Flußvolumenkurven – Ganzkörperplethysmographie und Bronchialdruckmessungen – Oszillations- und Unterbrechermethode – Rechtsherzkatheterismus (nech jedem Vortrag Diskussion)

16.00 – 18.00 Uhr:
Morphologische Diagnostik: Angiographie und Bronchographie – Röntgencomputertomographie und Ultraschell – Bronchoskopisch-bioptische Diagnostik – Thorakoskopisch-bioptische Diagnostik – Trensthorakale Nadelbiopsien – Mediastinoskopie und offene Lungenbiopsie (nach jedem Vortrag Diskussion)

**Sonntag, 15. Juni 1980**

9.00 – 10.15 Uhr:
Ätiologische Labordiagnostik: Bakteriologische Sputumanalyse – Zytologie des Sputums und des Feinnadelaspirats – Immunologische Tests bei Lungenparenchymerkrankungen – Klinische Wertigkeit immunologischer Tests bei Atemwegserkrankungen (nach jedem Vortrag Diskussion)

10.40 – 12.00 Uhr:
Rundtischgespräch: Welche Möglichkeiten erölfnet die moderne pneumologische Diagnostik der Prophylaxe und Therapie von Atemwegs- und Lungenkrenkheiten?

Auskunft:

Prolessor Dr. D. Nolte, Städtisches Krankenhaus, Riedelstraße 5, 8230 Bad Reichenhall

## Bayerische Akademie für Arbeits- und Sozialmedizin

Arbeitsmedizinische Weiterbildung für die Erlengung der Gebietsbezeichnung „Arbeitsmedizin" bzw. der Zusatzbezeichnung „Betriebsmedizin"

**B-Kurs für Arbeitsmedizin:** 9. Juni bis 4. Juli 1980
**C-Kurs für Arbeitsmedizin:** 29. September bis 24. Oktober 1980

**A-Kurs für Arbeitsmedizin:** 2. Februer bis 27. Februer 1981
**B-Kurs für Arbeitsmedizin:** 22. Juni bis 17. Juli 1981
**C-Kurs für Arbeitsmedizin:** 28. September bis 23. Oktober 1981

Wegen der derzeit großen Nachfrege ist eine b*aldige schriftliche Anmeldung* erforderlich. Eine Teilnehme ist nur nech erfolgter Bestätigung durch die Akedemie mögfich. Diese Weiterbildungsfehrgänge sind vorerst noch gebührenfrel.

Tagungsort: Bayerische Akademie für Arbeits- und Sozialmedizin, Pfarrstraße 3, 8000 München 22

Auskunft und Programmversend:
Bayerische Akademie für Arbeits- und Sozialmedizin, Telelon (089) 21 84-259 und 21 84-260

### 64. Fortbildungstagung des Kollegiums für ärztliche Fortbildung Regensburg

**vom 15. bis 18. Mai 1980 in Regensburg**

Themen: Fortschritte bei Erkrankungen der Nieren und ableitenden Harnwege – Aktuelle Fragen der Arzneitherapie in der Praxis – Klinische Bedeutung der Organtransplantation, speziell der Nierentransplantation

Auskunft:

Ärztliche Fortbildung Regensburg, Altes Rathaus, Zimmer 5 a, 8400 Regensburg, Telelon (09 41) 507 - 21 83

### Gesundheitsvorsorgeseminar

**am 12. April 1980 in München**

Leitung: Freu Dr. G. Eberlein, Leverkusen
Zeit und Ort: 9.30 – 17.00 Uhr – Gesundheitshaus, Dachauer Streße 90, München
Thema: Autogenes Treining lür Kinder in der ärztlichen Praxis

Auskunft:

Deutsche Gesellscheft für Gesundheitsvorsorge e. V., Driescher Hecke 19, 5090 Leverkusen, Tefefon (02 14) 5 67 44 und 5 76 26

### Einführungskurse für Arzthelferinnen

**am 6./7. Juni 1980 in Bad Nauheim**

Der Einführungskurs kann nach Ablauf einer zweijährigen Berufspraxis belegt werden.

Kursgebühr: DM 30,–

Auskunft:

Leitung der Carl-Oelemenn-Schule, Carl-Oelemann-Weg 2, 6350 Bad Nauheim, Telelon (0 60 32) 60 84 - 85

### 7. Internationaler Seminarkongreß für ärztliche Fortbildung

**vom 28. Juli bis 9. August 1980 in Montreux**

Veranstalter: Deutsche Gesellschaft zur Förderung der Medizinischen Diagnostik e. V.

Seminergebühr: Zweiwöchige Teilnehme DM 200,–, einwöchige Teilnahme DM 110,–

Auskunft:

Deutsche Gesellschalt zur Förderung der Medizinischen Diegnostik e. V., Jahnstraße 32, 7000 Stuttgart 70, Telefon (07 11) 76 14 54

## Die meldepflichtigen übertragbaren Krankheiten in Bayern im Januar 1980 *)

(Zusammengastallt aufgrund der Wochenmeldungen)

Salmonellose-Erkrankungen wurden im Januar atwas weniger häufig als im Vormonat gemeldat, jedoch, mit einar Erkrankungsziffar von 32 ja 100 000 Einwohnar (umgarachnet auf ain Jahr), häufigar als im Januar des vorigen Jahres. Dia Erkrankungsziffar an Hepatitis infectiosa (übartragbare Labarantzündung) stieg im Varglaich zum Vormonat garingfügig an, nämiich von 29 auf 30 Fälla ja 100 000 Einwohner.

Etwas weniger Menschan als im Dezember vorigen Jahres erkrankten im Januar an übertragbarer Hirnhautantzündung, und zwar ging die Erkrankungsziffer an übrigen, nicht durch Meningokokken verursachten infektiösan Forman der Meningitis zurück, nämiich von 7 auf 5 je 100 000 Einwohner.

**Neuarkrankungan und Sterbefälla in der Zeit vom 31. Dezember 1979 bis 3. Februar 1980 (voriäufiges Ergebnis)**

| Gebiet | 1 | | 2 | | 3 | | 4 | | 5 | | 6 | | 7 | | 8 | | 9 | | 10 | | 11 | | 12 | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| | Diphtherie | | Scherlech | | Übertragbare Kinderlähmung | | Übertragbare Hirnhautentzündung Meningokokken-Meningitis | | Übertragbare Hirnhautentzündung übrige Formen | | Übertragbare Gehirnentzündung | | Typhus abdominalis | | Paratyphus A und B | | Bakterielle Ruhr (ohne Amöbenruhr) | | Enteritis infectiose Salmonellose | | Enteritis infectiose übrige Forman | | Botulismus | |
| | E[1] | ST[2] | E[4] | ST | E | ST | E | ST | E | ST | E | ST | E | ST | E | ST | E | ST | E | ST | E | ST | E | ST |
| Oberbeyern | – | – | – | – | – | – | 5 | – | 14 | 1 | – | – | 1 | – | 2 | – | 10 | – | 116 | – | 3 | – | 5 | – |
| Niederbeyern | – | – | – | – | – | – | 5 | – | 4 | – | – | – | – | – | – | – | 2 | – | 22 | – | – | – | – | – |
| Oberpfelz | 1 | – | – | – | – | – | 2 | – | 14 | – | – | – | – | – | – | – | – | – | 26 | – | – | – | – | – |
| Oberfrenken | – | – | – | – | – | – | 3 | – | 3 | 1 | 2 | 1 | – | – | – | – | 1 | – | 16 | – | 5 | – | – | – |
| Mittelfranken | – | – | – | – | – | – | – | – | 7 | – | 2 | 1 | – | – | – | – | 8 | – | 42 | – | – | – | – | – |
| Unterfrenken | – | – | – | – | – | – | 1 | – | 6 | – | – | – | – | – | 1 | – | – | – | 70 | 2 | 4 | – | – | – |
| Schwaben | – | – | – | – | – | – | 4 | 1 | 5 | – | – | – | 1 | – | – | – | 2 | – | 42 | 1 | – | – | – | – |
| Bayern | 1 | – | – | – | – | – | 20 | 1 | 53 | 2 | 4 | 2 | 2 | – | 3 | – | 23 | – | 334 | 3 | 12 | – | 5 | – |
| München | – | – | – | – | – | – | 3 | – | 6 | 1 | – | – | 1 | – | 1 | – | 8 | – | 61 | – | – | – | 2 | – |
| Nürnberg | – | – | – | – | – | – | – | – | 1 | – | 1 | – | – | – | – | – | – | – | 7 | – | – | – | – | – |
| Augsburg | – | – | – | – | – | – | – | – | – | – | – | – | – | – | – | – | – | – | 6 | 1 | – | – | – | – |
| Regensburg | – | – | – | – | – | – | – | – | – | – | – | – | – | – | – | – | – | – | 2 | – | – | – | – | – |
| Würzburg | – | – | – | – | – | – | – | – | – | – | – | – | – | – | 1 | – | – | – | 26 | 1 | 3 | – | – | – |
| Fürth | – | – | – | – | – | – | – | – | 1 | – | 1 | 1 | – | – | – | – | – | – | – | – | – | – | – | – |
| Erlangen | – | – | – | – | – | – | – | – | 1 | – | – | – | – | – | – | – | 2 | – | 10 | – | – | – | – | – |

| Gebiet | 13 | | 14 | | 15 | | 16 | | 17 | | 18 | | 19 | | 20 | | 21 | | 22 | | 23 | | 24 |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| | Hepatitis infectiose | | Ornithose Psittacose | | Ornithose übrige Formen | | Mikrosporie | | Brucellosa | | Malerie | | Q-Fieber | | Toxoplasmose | | Gasbrand | | | | | | Verdachtsfälle von Tollwut[3] |
| | E | ST | E | ST | E | ST | E | ST | E | ST | E | ST | E | ST | E | ST | E | ST | E | ST | E | ST | |
| Oberbeyern | 116 | 2 | – | – | 1 | – | 1 | – | 1 | – | 4 | – | – | – | 2 | – | – | – | | | | | 28 |
| Niederbeyern | 12 | 1 | – | – | – | – | – | – | – | – | – | – | – | – | 1 | – | – | – | | | | | – |
| Oberpfelz | 20 | – | – | – | – | – | – | – | – | – | – | – | – | – | – | – | 1 | 1 | | | | | 12 |
| Oberfrenken | 31 | – | – | – | – | – | – | – | 1 | – | – | – | – | – | – | – | 1 | 1 | | | | | 8 |
| Mittelfranken | 51 | – | – | – | – | – | – | – | 1 | – | – | – | 1 | – | 2 | – | – | – | | | | | 14 |
| Unterfrenken | 34 | – | – | – | – | – | 2 | – | – | – | – | – | – | – | 1 | – | – | – | | | | | 4 |
| Schweben | 49 | – | – | – | – | – | – | – | – | – | 2 | – | – | – | – | – | – | – | | | | | 7 |
| Beyern | 313 | 3 | – | – | 1 | – | 3 | – | 3 | – | 6 | – | 1 | – | 6 | – | 2 | 2 | | | | | 73 |
| München | 60 | 1 | – | – | 1 | – | – | – | – | – | 3 | – | – | – | – | – | – | – | | | | | 6 |
| Nürnberg | 19 | – | – | – | – | – | – | – | 1 | – | – | – | 1 | – | 1 | – | – | – | | | | | – |
| Augsburg | 18 | – | – | – | – | – | – | – | – | – | 2 | – | – | – | – | – | – | – | | | | | 2 |
| Regensburg | 4 | – | – | – | – | – | – | – | – | – | – | – | – | – | – | – | – | – | | | | | – |
| Würzburg | 5 | – | – | – | – | – | 2 | – | – | – | – | – | – | – | – | – | – | – | | | | | – |
| Fürth | 11 | – | – | – | – | – | – | – | – | – | – | – | – | – | – | – | – | – | | | | | 1 |
| Erlangen | 2 | – | – | – | – | – | – | – | – | – | – | – | – | – | – | – | – | – | | | | | – |

*) Bericht des Bayerischen Statistischen Landesamtes.

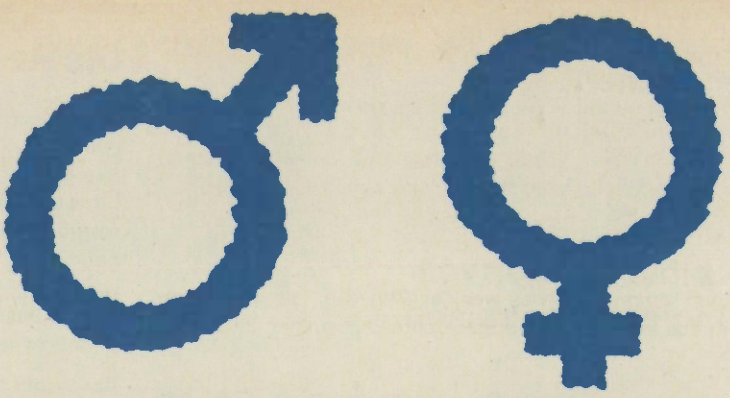
[1]) „E" = Erkrankungen (einschließlich der erst beim Tode bekanntgewordenen Krankheitsfälle) mit Ausschluß der Verdachtfälle.

[2]) „ST" = Sterbefälle.

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

[4]) Scharlacherkrankungen seit 1. Januar 1980 nicht mehr meldepflichtig.

1a/80



# Prostatitisches Syndrom Reizblase

# Nomon®

## beherrscht die vegetativ und organisch bedingten Beschwerden:

die Dysurie
den Miktionszwang
den Schmerz
die gestörte Sexualfunktion

**Zusammensetzung:** 1 Kapsel enthält: Extr. Bulbus Allii cepae spir. 23,015 mg, Extr. Rad. Echinaceae purpur. spir. 24,659 mg, Extr. Sem. Cucurbitae spir. 4,931 mg, Extr. Gemmae Populi spir. 3,451 mg, Extr. Fol. Damianae spir. 2,301 mg, Extr. Rad. Pareirae bravae spir. 1,643 mg.
100 ml enthalten: Tinct. Cepae 40 ml, Tinct. Echineceae purpur. 20 ml, Tinct. Cucurbitae 10 ml, Tinct. Populi 6 ml, Tinct. Damienae 2 ml, Tinct. Pereirae brevae 2 ml.

**Anwendungsgebiete:** Prostatitisches Syndrom; funktionelle und neuro-hormonale Reizblase.

**Gegenanzeigen:** Schwere Pankreatitis.

**Nebenwirkungen:** Bei Dauermedikation in seltenen Fällen Magenunverträglichkeitserscheinungen.

**Dosierung und Anwendungsweise:** Im allgemeinen 3mal täglich 1-2 Kapseln bzw. 30 Tropfen mit etwas Flüssigkeit nach den Mahlzeiten einnehmen über einen Zeitraum von mindestens 4 Wochen.
Bei prostatitischem Syndrom empfiehlt sich eine konsequente Medikation über 3 Monate, auch nach Besserung der subjektiven Beschwerden.

**Darreichungsformen, Packungsgrößen und Preise:** OP mit 90 Kapseln DM 15,44; OP mit 100 ml Liquidum DM 15,44. Stand: Jan. 1980

HOYER

HOYER GmbH & Co.
Pharmazeutische Präperate
4040 Neuss 21

## Alte Spiel-Lok — plötzlich wertvoll
## Münzankauf zu ungleichen Preisen

Was lange Zeit irgendwo herumlag — oder vielleicht euch noch herumliegt — ist plötzlich wertvoll geworden. Was Sie für Gerümpel halten, sind andere Leute bereit, mit viel Geld aufzuwiegen. Informieren Sie sich erst, bevor Sie etwes wegwerfen oder auch verschenken.

Da geb es vor etwa 15 bis 20 Jahren Corky- und Wiking-Autos, des Stück für 50 Pfennige bis ca. 1,50 DM, die ihren großen Vorbildern täuschend ähnlich sehen. Heute werden sie in Zeitungsanzeigen gesucht. Für bestimmte Modelle werden bis zu 200 DM geboten.

Sehr unterschiedlich ist der Markt für alte Spielzeug-Eisenbehnen, wobei Loks, Waggons und Zubehör eus den fünfziger Jahren auch schon als „alt" gelten. In diesem Bereich müssen Sie mit großen Unterschieden rechnen. Das Interesse en jenen Eisenbehnen ist so groß, daß die Frankfurter Werbeagentur Knoll eigens einen reich bebilderten Katalog ellein für alte Märklin-Eisenbahnen herausgegeben hat.

Gefragt sind auf diesem Gebiet nicht allein die Schienenfahrzeuge, sondern auch das reichhaltige Drumherum, wie Bahnhöfe, Tunnels, und besonders wertvoll wurden u. e. alte Bahnhofs-Toilettenhäuschen. Zudem werden neu bestimmte Loks nur in begrenzten Auflagen hergestellt. Es kenn sein, daß sie ein pear Monate später unter Liebhabern bereits höher gehandelt werden, als sie vorher neu gekostet hatten.

Ein schwunghafter Hendel wird euch mit alten Aktien und Obligationen eus eller Welt getrieben. Wieviel es von den einzelnen Stücken noch gibt, des ist netürlich nicht festzustellen. Also beziehen sie ihren Wert euch von der Schönheit graphischer Derstellungen, von der Sorgfalt der Ausführung und des Drucks, wie von der Papierqualität. Alte deutsche Banknoten haben dagegen kaum Seltenheitswert.

Ein Beispiel: Ich habe meiner Autowerkstett mit ihrem erstklassigen Service — eben deshalb — zu Weihnachten eine über 50 Jehre elte Citroen-Aktie geschenkt. Sie ist jetzt bereits das Doppelte wert. Glückssache natürlich. Über alte Aktien informiert Sie so mancher Sparkassen- und Bank-Wertpapierberater, der selbst Spaß deran hat. Außerdem gibt es eine eigene Zeitschrift darüber. Derin erfahren Sie euch alles über Bezugsquellen, Auktionen, Trends, Preise.

Werfen Sie auch elte Bücher nicht achtlos weg. Manche vergriffene Titel werden heute sehr gesucht. Ich habe kürzlich zwei zu einem höheren Preis abgegeben, els sie vor 25 Jahren gekosten hatten. Sie waren durch Anzeigen gesucht worden. Informieren Sie sich bei mehreren Buchhändlern mit Antiquariat, was sie zu zehlen bereit sind, denn wer gerade einen bestimmten Titel sucht, ist natürlich bereit, mehr dafür hinzulegen als ein enderer, der das Buch seinen Beständen einverleibt.

Zögern Sie euch, elten Hausrat wegzugeben. Es gibt Leute, die dafür viel Geld eufwenden. Antiquitätengeschäfte kaufen elte Bügeleisen, Keffeemühlen und endres Gerät an. Und wenn Sie gerede auf dem Boden oder im Keller wühlen und Ihnen dabei alte Pupen in die Hand fallen, können Sie demit hohe Werte in der Hend halten.

Der Aufwend, sich bei vielen Interessenten zu erkundigen, was sie dafür zu geben bereit sind, lohnt sich in jedem Fell, ganz gleich, was Sie enzubieten haben. Die Angebote differieren außerordentlich. Defür ein Beispiel aus einem Bereich, in dem ich solche Unterschiedlichkeiten selbst nicht geglaubt hätte. Sie bekommen heute für deutsche Olympia-Münzen eus der zweiten und den folgenden Serien selbst in Kreditinstituten hier 10, da 15 und woanders 20 DM.

Im übrigen sollten Sie els Sammler solcher Raritäten aufzeichnen, wes sie wert sind. So sind Ihre Hinterbliebenen eines Tages informiert, daß das nicht eltes, wertloses Zeug ist, das Sie de gesammelt haben. Es soll nämlich schon vorgekommen sein, daß jemand im Nachleß Fünfmarkmünzen vorfend, sie eusgab wie jede endere, und hinterher hörte, daß sie ein x-feches als Gedenkmünzen wert waren.

*Horst Beloch*

## Staats-Diszission

*Wenn den professionellen Ärzte-Kritikern einmal der Stoff eusgeht, ziehen sie den Evergreen „ärztliche Fortbildung" aus der Mottenkiste. Sie wissen zwar nicht, worüber sie reden, weil tür den Arzt natürlich schon jede Lektüre einer medizinischen Fechzeitschrift Fortbildung ist. Er muß auf dem leufenden bleiben, denn Stillstend bedeutet hier Rückgang.*

*Ärzte entziehen sich leider in vielen Bereichen der Statistik. Es dürfte sich keine genügend hohe Anzahl finden, die zu einer Aufzeichnung ihres Zeit- und Geldverbrauchs zugunsten der Fortbildung bereit ist.*

*Beides, Zeit wie Geld, werden Arbeitnehmern, die sich fortbilden, nicht selten erstettet, einmal durch Freistellung von der Arbeit, das endere durch Kostenübernahme.*

*Einerseits fordern Politiker vom Minister an eine kontinuierliche ärztliche Fortbildung — auch wenn sie demit offene Türen einrennen. Andererseits geriert sich der Apparat des Finanzministers wie ein Erbsenzähler, wenn es um die steuerliche Würdigung von Fortbildungskosten geht. Dabei wird übersehen, daß dem Arzt noch ein gehöriger Eigenanteil en diesen Kosten zu übernehmen bleibt, selbst wenn er sie vom steuerpflichtigen Einkommen abziehen darf.*

*Beide, die Fortbildungsbegehrer und die nicht selten Steuerabzugsverwehrer, sollten gemeinsam in Klausur über dieses Thema gehen, bevor sie des nächste Mal lauthals darüber tönen.*

*Prosper*

## Kurz über Geld

HYPOTHEKEN sollten in dieser Hochzinsphase auf eine Laufzeit von höchstens fünf Jahren eufgenommen werden.

AUSLANDSANLAGEN mit hoher Verzinsung bergen die Gefahr eines Währungsverlustes bei einer Wechselkursminderung der Auslendswährung.

ALTE TEPPICHE eus Persien und Afghanistan in Zollfreilagern der Flughäfen Genf und Zürich und der Häfen von Hamburg, Rotterdam und London bis um 40 und mehr Prozent unter dem Ladenpreis.

GOLDMINEN-AKTIEN neuerdings euch an Münchener Börse erhältlich. Sie werfen im Gegensetz zu physischem Gold Erträge eb.

GRUNDSTÜCKSPREISE STAGNIEREN in menchen Bereichen zur Zeit. Keine Dauererscheinung. Gelegenheit jetzt nutzen.

## Schnell informiert

**Freiwillige Versicherung für Ärzte bei der Berufsgenossenscheff für Gesundheitsdienst und Wohlfehrtspflege**

Nech Unfällen im Rahmen der ärztlichen Prexiseusübung wie auch bei Vorliegen einer Berufserkrenkung wird von Praxisinhabern immer wieder die Auffassung vertreten, deß sie dagegen mit dem Praxispersonal bei der Berufsgenossenschaft für Gesundheitsdienst und Wohlfahrtspflege mitversichert sind. Dies ist jedoch nicht der Fell, vielmehr umfaßt der vom Praxisinheber en die BGW gezahlte Beitrag lediglich den Versicherungsschutz der Mitarbeiter in der Praxis einschließlich eines etwaigen Assistenten sowie des Reinigungspersonals.

Der Praxisinhaber het jedoch die Möglichkeit, einen Versicherungsschutz im Wege der freiwilligen Versicherung bei der BGW zu erhalten. Auf diese Möglichkeit soll hier nochmals hingewiesen werden. Der Versicherungsschutz bezieht sich auf Unfälle, die sich im Zusemmenhang mit der versicherten Tätigkeit ereignen, euf Wegeunfälle auf dem Weg nech und von der Praxis sowie bei Krenkheiten, die der Versicherte im Zusammenhang mit der versicherten Tetigkeit erleidet und die in der Berufskrankheiten-Verordnung aufgeführt sind. Berufskrankheiten, die der Versicherte sich vor Beginn seiner freiwilligen Versicherung zugezogen het, fallen jedoch nicht unter diese Versicherung.

Der Beitritt ist schriftlich zu erklären und muß die Versicherungssumme enthalten, die der Versicherung als Jahresverdienstgrenze zugrunde zu legen ist. Die Versicherungssumme derf DM 72 000,– nicht überschreiten. Sie betrégt mindestens DM 18 000,–. Die Beiträge richten sich nach der Versicherungssumme.

Die Leistungen erstrecken sich euf Heilbehandlung ohne zeitliche Begrenzung (§ 557 RVO), Berufshilfen (§ 567 RVO), Übergangsgeld (§ 560 bis § 562 RVO), Verletztenrente, Witwenrente, Waisenrente, Elternrente (falls der Verstorbene die Eltern aus seinem Arbeitsverdienst wesentlich unterhalten hat). Die Höchstgrenze der Hinterbliebenenrente liegt bei einer Versicherungssumme von DM 36 000,– bei DM 28 800,–; bei der höchsten Versicherungssumme von DM 72 000,– beträgt sie DM 48 000,–. Hinzu kommen sonstige Leistungen entsprechend den einschlägigen Bestimmungen der RVO.

Merkblätter für die freiwillige Versicherung in der neuen Fessung können bei der Bayerischen Landesärztekammer angefordert werden.

BLÄK

**Richtlinie „Strehlenschutz in der Medizin"**

Diese Richtlinien für den Umgang mit offenen und umschlossenen radioaktiven Stoffen sowie für den Betrieb von Beschleunigern und Gamme-Bestrahlungseinrichtungen sind els Broschüre „Strahlenschutz in der Medizin" im Verlag Hildegard Hoffmenn, Berlin, DM 16,80, herausgekommen. Die Ausgabe enthält neben dem emtlichen Text einen Erläuterungsteil sowie eine ellgemeine Einführung, weiterhin eine Merkpostenliste zum Antrag euf Genehmigung des Umgangs mit offenen bzw. umschlossenen redioektiven Stoffen, wie Richtlinien über Prüffristen und ein eigenes Kepitel über DIN-Normen und Normentwürfe für die Radiologie. Ein abschließendes Stichwortverzeichnis macht die Broschüre gerade für den niedergelassenen Arzt, der als Strahlenschutzbeauftragter oder Strahlenschutzverantwortlicher tätig ist, zu einem wertvollen Hilfsmittel in seiner Prexis.


**Darmgesund. Kerngesund.**

Der Darm nimmt eine Schlüsselstellung im Organismus ein. Schon geringfügige Irritationen können das physiologische Gleichgewicht des Darm-Milieus stören. Das intestinale Redox-Potential und die pH-Werte sind entscheidend für das physiologische Gleichgewicht. Bereits kleine Abweichungen von der Norm provozieren ein dysbakterielles Milieu. Die Funktion des Derms wird eingeschränkt und der gesamte Organismus einer pathogenen Belastung ausgesetzt. Latente Erkrankungen können ausbrechen, bestehende sich verschlimmern – intensiviert durch eine Fehl-Therapie, sprich: symptomatische Behandlung.
SULFredox durchbricht diesen Teufelskreis.
SULFredox hindert sein Entstehen.
Denn SULFredox enthält amphotere Substanzen, die konsequent die intestinalen Redox-Systeme und pH-Werte normalisieren und stabilisieren. Damit sorgt SULFredox für ein eubakterielles Darm-Milieu: Das Fundament des Organismus bleibt im physiologischen Gleichgewicht. Im Kern gesund.

**SULFredox®**

**Der intestinale Imperativ für den gesunden Organismus.**

**Zusammensetzung:** 1 Dragée SULFredox enthält: Natrium-Aluminium-Silikat 320,00 mg, Schwefel (OAB 7) 115,00 mg, Calcium carbonicum 17,50 mg, Natriumescorbat 30,00 mg, Eisen(II)-gluconat dihydrat 2,00 mg, Kobalt (II)-chlorid hexahydrat 0,25 mg, Mangan (II)-chlorid tetrahydrat 0,25 mg.
**Anwendungsgebiete:** Dysbakterie; Verstopfung; Wiederherstellung des Säure-Basen-Gleichgewichtes im Verdauungstrakt. Normalisierung des pH-Wertes und des Redox-Potentiales im Darmmilieu, dadurch gesunde Lebensbedingungen für die physiologische Darmflora. Hepatopathien, Cholecystopathien, Völlegefühl, Blähungen, Sodbrennen, Darmstörungen.
**Unverträglichkeiten und Risiken:** Eisenkumulation (Hämatochromatosen, chron. Hämolysen), Eisenverwertungsstörungen (Sideroechrestische Anämien, Elaianämien, Thalassämien).
**Handelsform und Preis:** Originalpackung 60 Dragées AVK DM 10,69, Kurpackung 250 Dragées AVK 32,69.

TOSSA ARZNEI — Arzneimittel so natürlich wie möglich
KURT MERZ · 6497 STEINAU

Stand: Januar 1980

*Bekenntmechung des Beyerischen Steetsministeriums des Innern vom 6. Februer 1980 — Nr. I Z 4 - 5135/1 - 3/80 —*

**Stelleneusschreibung tür den öttentlichen Gesundheitsdienst**

im öttentlichen Gesundheitsdienst des Freisteetes Beyern sind *Beamtenstellen* für Ärzte(innen) zu besetzen, und zwer

im *emtsärztlichen* Dienst Stellen für ärztliche Miterbeiter bei den *Steetlichen Gesundheitsemtern*

Altötting, Ansbech, Aschaffenburg, Bayreuth, Cham, Coburg, Decheu, Dingolfing, Doneuwörth, Eichstätt, Freising, Freyung, Fürstenteldbruck, Günzburg, Hof, Miltenberg, Mindefheim, Mühldorf e. Inn, Neumarkt i. d. Opf., Neustedt a. d. Aisch, Neu-Ulm, Pesseu, Pferrkirchen, Regensburg, Roth, Schwendorf, Sonthofen, Streubing, Tirschenreuth, Wunsiedel;

für die vorgenennten Stellen wird eine mindestens zweijährige (möglichst klinische) ärztliche Tätigkeit nach der Approbation voreusgesetzt;

im *tuberkulosefürsorgeärztlichen Dienst*

(geeignet für Lungenärzte und Internisten mit der Teilgebietsbezeichnung Lungen- und Bronchielheilkunde, ferner für Internisten und Rediologen mit Erfahrungen euf dem Gebiet der Lungenkrenkheiten)

bei den Steet*lichen* Gesund*heitsemtern*

Bed Kissingen, Doneuwörth, Hot, Miltenberg, Pferrkirchen, Schweinfurt und eußerdem an einem noch festzulegenden Gesundheitsemt in Oberbeyern;

els *Röntgenschirmbilderzt*

(fachliche Voreussetzungen wie im tuberkulosetürsorgeärztlichen Dienst)

bei den *Regierungen* in
Ansbech, Beyreuth;

im *lendgerichtsärztlichen Dienst*

(mit selbständiger Tätigkeit in gerichtlicher Psychiatrie und gerichtlicher Medizin), und zwar

Chetstellen: Coburg, Memmingen, Traunstein, Weiden i. d. Opf.; sonstige Stellen: Augsburg, Nürnberg, Regensburg.

Der öffentliche Gesundheitsdienst bietet den Ärzten vieftältige und interessante Aufgeben mit der Möglichkeit, den jeweiligen besonderen Neigungen weitgehend Rechnung zu tregen. Die Weiterbildung zum „Arzt für öftentliches Gesundheitswesen" ist möglich.

Bewerber, die schon Beemte sind und die Amtserztprütung ebgelegt heben, werden els Beamte übernommen. Die übrigen Bewerber werden zunächst els Angesteilte (BAT) eingesteilt.

Die Teilnehme em Amtserztlehrgeng ist kostenlos. Während des Lehrgengs laufen die Dienstbezüge weiter; deneben wird Trennungsgeld bezehlt. Nech der Amtserztprüfung erfolgt die Übernahme in des Beamtenverhältnis. Die Leufbehn reicht vom Medizinelret (A 13) bis zum Leitenden Medizineldirektor (A 16).

Trennungsgeld und Umzugskostenvergütung werden gewährt. Steetsbedienstetenwohnungen werden nach Mögfichkeit vermittelt. Nebentätigkeiten können auf Antrag genehmigt werden.

Bewerbungen und jederzeit mögliche Antrége euf unverbindliche Vormerkungen für künftig freiwerdende Steflen werden erbeten an das Beyerische Steetsministerium des Innern, Odeonsplatz 3, 8000 München 22, Teleton (0 89) 21 92 Durchwehl 66 55 oder 67 95.

**Aussleffung „Ars Medica"**

*vom 30. Aprii bis 1. Juni 1980 in der Bibliothek des Deutschen Museums in München*

in „Ars Medice" werden 130 originelgrephische Blétter eus sechs Jahrhunderten (15. bis 20. Jh.) zusemmengetaßt, die sich eut Themenbereiche der Medizin beziehen. Diese Semmlung ist eine Leihgabe des Phifedelphia Museum of Art. Alle Blätter der „Ars Medice" zeigen Aspekte eus Geschichte und Prexis der Medizin. Die Themen reichen von enatomischen Derstellungen in frühen medizinischen Fechbüchern bis zu Portréts von berühmten Ärzten. Unter den Künstlern finden sich Namen wie Daumier, Goye, Hogarth, Raphael, Holbein, Blake, Toulouse-Leutrec, Klee sowie euch Dürer und Rembrend.

Die Aussteifung ist tägiich frei zugängfich von 9 bis 17 Uhr, euch samstegs und sonntegs, eusgenommen 1. Mai und Pfingstsonnteg.

**Broschüre: aeskulap dichtet — aeskulep melt**

Die Chemisch-pharmazeutische Febrik G. Pohl-Boskamp, Hohenlockstedt, het vor kurzem die Broschüre „eeskulap dichtet — eeskulep malt" hereusgegeben. Sie enthält Arbeiten eus dem dichterischen, schriftstellerischen und melerischen Schaffen der Ärzteschaft.

**Broschüre: Hypoperethyreoídismus**

In der Serie „Prexisreihe Sandoz" ist vor kurzem das Heft „Hypoperethyreoidismus — Diagnostik und Thereple" von Professor Dr. R. Ziegler, Heidelberg, erschienen. Sie wird kostenlos en Ärzte ebgegeben.

**Dle Bewertung der Sechbezüge im Jehre 1980**

Durch § 17 Setz 1 Nr. 3 des Sozielgesetzbuches (SGB) — Gemeinseme Vorschriften für die Sozielversicherung — vom 23. Dezember 1976 ist die Bundesregierung ermächtigt worden, durch Rechtsverordnung mit Zustimmung des Bundesrates den Wert der Sechbezüge nech dem tatsächlichen Verkehrswert im voreus für jedes Kelenderjahr zu bestimmen.

Aufgrund dieser Ermächtigung erließ die Bundesregierung nach Anhörung der Bundesanstalt für Arbeit und mit Zustimmung des Bundesretes die „Verordnung über den Wert der Sachbezüge in der Sozielversicherung für das Kalenderjahr 1978" vom 28. Dezember 1977 und hierzu eine em 1. Januer 1980 in Kraft getretene Änderungsverordnung vom 14. Dezember 1979 (BGBl. I S. 2173).

Der Wert der freien Kost und Wohnung einschfießlich Heizung und Beleuchtung wurde demit wie folgt neu festgesetzt:

| | |
|---|---|
| für die Länder Beden-Württemberg, Beyern, Hessen, Rheinland-Ptelz, Schleswig-Holstein, Niedersechsen | mtl. DM 350,— |
| für die Länder Berfin, Nordrhein-Westfalen und Saarlend | mtl. DM 380,— |
| tür elle übrigen Länder | mtl. DM 405,— |

Für Jugendliche bis zur Vollendung des 18. Lebensjehres und für Auszubildende vermindert sich dieser Wert um 15 Prozent. Wenn treie Kost und Wohnung nur teilweise zur Verfügung gestellt wird, sind von dem obengenennten Wert enzusetzen:

| | |
|---|---|
| für die Wohnung | 34 Prozent |
| für Heizung und Beleuchtung | 10 Prozent |
| für Frühstück | 12 Prozent |
| tür Mittegessen | 22 Prozent |
| tür 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 els drei Beschäftigten um 50 Prozent. Wird freie Kost und Wohnung nicht nur dem Beschäftigten, sondern euch seinen nicht bei demselben Arbeitgeber beschäftigten Femilienangehörigen zur Verfügung gestellt, erhöhen sich die enzusetzenden Werte um 80 Prozent für den Ehegatten, um 30 Prozent für jedes Kind bis zum sechsten Lebensjehr und um 40 Prozent für jedes Kind über sechs Jahre. Soweit als Sachbezug ausschließlich freie Wohnung zur Verfügung gestellt wird, ist für die Bewertung der Wohnung der ortsübliche Mietpreis unter Berücksichtigung der sich aus der Lege der Wohnung zum Betrieb ergebenden Beeinträchtigungen anzusetzen. Wird Kost und Wohnung verbilligt els Sachbezug zur Verfügung gestellt, ist der Unterschied zwischen dem vereinbarten Preis und der sich eus dieser Verordnung ergebenden Bewertung dem Arbeitsentgelt zuzurechnen. Für sonstige Sachbezüge, die nicht durch diese Verordnung erfeßt sind und unentgeltlich zur Verfügung gestellt werden, ist als Wert der übliche Mittelpreis des Verbrauchsortes enzusetzen.

Die Änderungsverordnung über die Bewertung der Sachbezüge im Jahre 1980 trat am 1. Januar 1980 in Kraft. Die in der Verordnung festgesetzten Werte gelten bei laufendem Arbeitslohn für den Arbeitslohn, der für die im Jahre 1980 endenden Lohnzahlungszeiträume gewährt wird und bei sonstigen Bezügen für Bezüge, die im Jehre 1980 zufließen. Diese Sachbezugswerte sind gemäß § 8 Abs. 2 Setz 2 des Einkommensteuergesetzes auch für den Lohnsteuerebzug meßgebend.

– aipe –

**Anrechnung einer Tätigkeit im Entwicklungsdienst auf die Weiterbildung in der Allgemeinmedizin**

Nachdem der „Arbeitskreis für medizinische Entwicklungshilfe", in dem z. B. so bekannte Institutionen wie Deutscher Entwickfungsdienst, Deutsche Gesellschaft für technische Zusammenarbeit, Brot für die Welt und Misereor mitarbeiten, den Antreg gestellt hat, einen Teil der ärztlichen Tätigkeit in Entwicklungsländern im klinischen oder poliklinischen Bereich zur Hälfte auf die Weiterbildung zum Arzt für Allgemeinmedizin enzurechnen, haben sich die Deutsche Akademie für Allgemeinmedizin und die Ständige Konferenz „Ärztliche Weiterbildung" mit diesem Themenkomplex befaßt. Aufgrund einer gemeinsamen Vorlege hat der Vorstand der Bundesärztekammer nun den Landesärztekemmern empfohlen, im Einzelfall bei Vorliegen entsprechender Nachweise eine Tätigkeit im Entwicklungsdienst bis zur Hälfte der ebgeleisteten Zeit, im Höchstfell bis zu 12 Monaten, auf die Weiterbildung in der Allgemeinmedizin enzurechnen.

– Med-Intern –

**Rauch- und Gaswarngerät**

Unfälle durch Rauch- oder Gasvergiftungen in Wohn-, Schlef- und Arbeitsräumen mit dichtschließenden Fenstern und Türen verhindert ein Warngerät (Vertrieb: G. Diepelt, Sicherheitstechnik, 4133 Neukirchen-Vluyn), das ohne Instaffation einfech in die Steckdose gesteckt wird. Es reegiert mit durchdringendem Dauerton euf die üblichen Gebrauchsgase und wernt auch vor Schwelbränden und dem geféhrlichen Kohlenmonoxid.

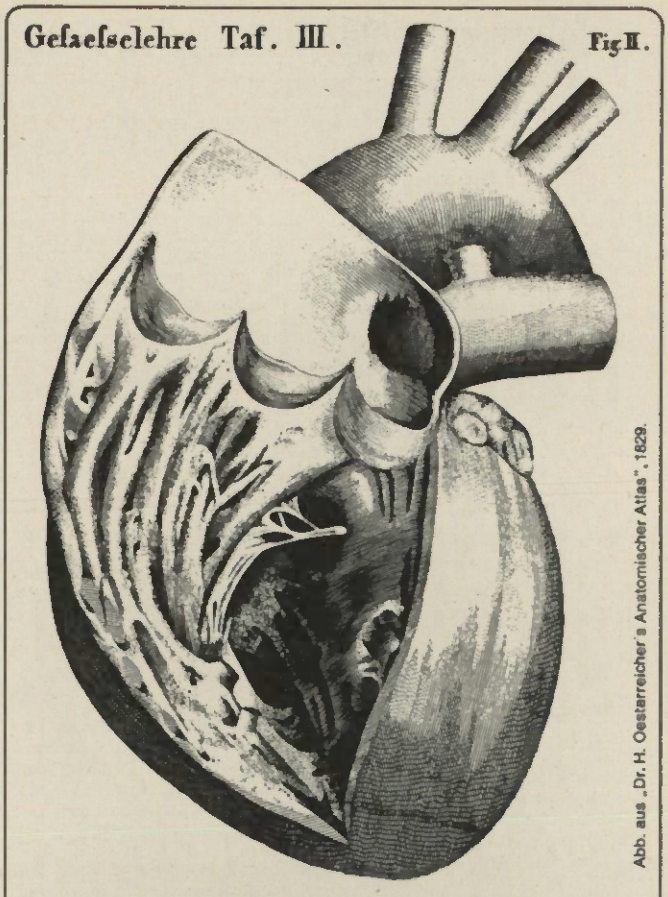



Abb. aus „Dr. H. Oesterreicher's Anatomischer Atlas", 1829.

KORODIN®
für Herz und Kreislauf

Altersherz, nervöse Extrasystolen, Cor nervosum; Schwindelgefühl, Kollapsneigung, Ohnmachtsanfälle bei Hypotonie

**Dosierung:** 3x tgl. 4–5 Tropten auf einem Stück Zucker. Diabetiker nehmen Korodin auf einem Stückchen Brot. Nicht mit Wesser einnehmen! Bei Schwächeanfällen und drohendem Kolleps werden elle 15 Minuten 5 Tropfen gegeben, bis der Patient sich wieder erholt. Bewußtlosen verreibt man 10 Tropfen unter der Nase.
**Zusammensetzung:** Extr. Cretaegi fluid. 55,0 g, Menthol. 0,2 g, Camphor. 2,5 g, Tinct. Convallar. 0,4 g, Tinct. Val. 2,0 g, Excip. ad 100 g.
**Kontraindikationen:** keine bekannt.

KORODIN

**Handelsformen und Preise:**
OP Tropfflasche mit 10 ml DM 3,85
OP Tropfflasche mit 30 ml DM 9,15
Großpackung mit 100 ml DM 24,50

RO EUGEN GMBH · PHARMAZEUTISCHE FABRIK · ESSLINGEN/NECKAR

# Buchbesprechungen

**Kardiologie, Hypertonie**

Herausgeber: F. Anschütz / U. Gaissmaier / W. Hahn / D. Kleus / H. Lydtin / J. Schmidt / E. Zeh – Bandhereusgeber: D. Klaus, 2., neubearb. Aufl., 297 S., 42 Abb., 11 Tab., geh., DM 29,50. Springar-Verlag, Berlin-Heidelberg-New York.

Der Band Kardiologie, Hypertonie in der Taschenbuchreihe „Allgemeinmedizin" enthält eine Darstellung der in der Praxis häufigsten und wichtigsten kardiovaskulären Krankheitsbilder. Die zweite Auflage berücksichtigt wichtige neue diagnostische Methoden wie auch insbesondere die seit dem Erscheinen der ersten Auflage eingetretenen Änderungen in der Therapie der Herzerkrankungen. Ziel des Buches bleibt weiterhin, den Arzt für Allgemeinmedizin mit häufigen für die Praxis wichtigen kardiologischen Problemen vertreut zu machen, um dadurch den Kontakt zwischen Praxis und Klinik enger zu gestalten.

**Hämatologie**

Verf.: R. Burkhardt, 140 S., ß Abb., geh., DM 24,–. Springer-Verlag, Berlin-Heidelberg-New York.

Der Autor bemüht sich mit dem vorliegenden Büchlein dem Allgemeinarzt, der den Elementarunterricht lange hinter sich hat, einen Überblick über die moderne Hämatologie zu vermitteln. Hierbei fällt es offenber bisweilen schwer, zu entscheiden, was für die Praxis von Wichtigkeit ist. Manche Fragen bleiben mit dem Hinweis euf die Zuständigkeit hämatologischer Spezialabteilungen offen. So fordern die offenbleibenden Probleme (Prognose der Polyzythämie in zwei verschiedenen Versionen; Cholelithiasis als Urseche einer chronischen okkulten Gastrointestinalblutung; Vitamin K-Behandlung bei Hämophilie; Strahlentherapie der chronischen Myelose) zu einer kritischen Auseinandersetzung mit dem Text hereus, wobei denn eber doch differenzierte Kenntnisse beim Leser erforderlich wären.

Insgesamt dürfte das Büchlein somit zur Auffrischung von „Tatsachenwissen" für in der Hämatologie nicht ganz Unerfahrene zu empfehlen sein.

Dr. med. A. Wunderer, Nürnberg

**Die Frau in den Wechseljahren**

Verf.: Prof. Dr. F. W. Dittmar / Dr. H.-P. Legel, 264 S., 32 Bildtafeln, Paperback, DM 22,80. Verlag R. S. Schulz, Perche.

Die für die Bewältigung dieses Lebensebschnittes nech Meinung der Autoren so wichtige psychische Ausgangssituation der Frau läßt sich mit diesen Informationen sicher verbessern, wozu euch die Darstellung der möglichen Hilfen beiträgt. Die Auswehl der Bildtefeln sollte von den Verfassern allerdings überprüft werden, da nech meiner Meinung hier einige für die Leserin eher abstoßende Abbildungen zu finden sind, die keine weitere Information zu den im Text gemechten Ausführungen bringen. Insgesamt ist aber euch dieses Buch aus der Reihe „Freuenheifkunde heute" sehr gut geeignet, der betroffenen Freu durch seine sechliche Aufklärung über die in dieser Zeit in ihrem Körper ebleufenden Veränderungen die Angst oder zumindest das Unbehagen vor den „Wechseljahren" zu nehmen.

Dr. med. F.-G. Haag, Kempten

**Prophylaxe der koroneren Herzkrenkheiten**

Hereusgeber: Europäische Gesellscheft für Kerdiologie, 72 S., 9 Abb., 3 Teb., Leinen, DM 12,–. Verleg Gerhard Witzstrock GmbH, Beden-Baden.

Dieser „Leitfaden für den praktizierenden Arzt" ist im Auftreg der Europäischen Gesellschaft für Kerdiologie von nemheften Kardiologen und Epidemiologen verfaßt worden. Der Zweck ist eine sechliche Information über die optimele Reelisierung prophylaktischer Maßnehmen in der täglichen ärztlichen Praxis. Wes in diesem schmelen Büchlein dergeboten wird, ist nichts Neues; eber gerade die komprimierte Derstellung und die klaren Empfehlungen werden dem Arzt in Zeitnot gerecht, der hier serviert bekommt, was er sich sonst erst mühsam eus vielen Publikationen hereuslesen müßte. Sicherlich gehören zur Prophylaxe mindestens zwei: der empfehlende Arzt und der ausführende Petient. Der gute Arzt soll heute aber nicht nur ein guter Diagnostiker und Therapeut, sondern auch in der Prophylaxe tirm sein. Es gehört schon etwas dazu, die Petienten zu einer wirksamen Prophylexe motivieren zu können. Hier findet nun der Arzt sechkundige Hinweise tür seine Tätigkeit els Prophylaktiker.

Dr. med. K. Pollak, München

**Übungen in rediologischer Diegnostik**

*Band IX: Ultreschalldiagnostik*

Verf.: B. B. Gosink / Prof. L. F. Squire, deutsche Übersetzung v. Dr. G. Gollmann, 180 S., 104 Abb., 263 Einzeldarst., kert., DM 39,80. Georg Thieme Verlag, Stuttgart.

In dem vorliegenden, 1978 erschienenen Band werden die Grundprinzipien des A-Bildes sowie des B-Bildes kurz dargestellt. Die gesamte, ebdominelle interne, sowie gynäkologische Diegnostik werden in über 100 Einzelbeispielen em Compound-Scen, verbunden mit grephischen Erläuterungen dargestellt. In der Schädel-Hirn-Diegnostik wird das A-Bild in ebenso vielen Beispielen dargestellt. Einen weiten Raum nimmt die Echokardiographie ein. Sämtliche Bilder sind von hervorragender Qualität, die kurzen Frage- und Antwort-Spiele einleuchtend mit Anamnese, Klinik und Diegnostik beschrieben.

Insgesamt werden elle, mit der Ultraschelldiagnostik erreichbaren Probleme aufgezeichnet und beschrieben, so daß dieses Buch els zusätzlicher Ratgeber und Nechschlagewerk empfohlen werden kenn.

Dr. med. V. Pürckhauer, Oberhaching

**Moderne Probleme der Erkrenkungen der Lider und des Tränenepparates**

Verf.: Prof. Dr. Dr. h. c. G. Meyer-Schwickereth / Prof. Dr. K. Ullerich, 266 S., 199 Abb., 29 Tab., kert., DM 55,–. Ferdinand Enke Verlag, Stuttgart.

Es ist erfreulich, daß die Vorträge der Essener Fortbildung 1975 in diesem Buch nachgelesen werden können. Besonders ausführlich werden die Liderkrankungen besprochen, eine der wichtigsten Erkrankungen, die dem Augenerzt oft große Schwierigkeiten bereiten. Von mehreren Autoren wird das Theme umfessend ebgehendelt. Besonders erwähnt sei, daß in zwei Arbeiten die chirurgische und die Strehlentherapie meligner Lidtumoren diskutiert wird und deß Empfehlungen für ein vernünftiges Vorgehen gemecht werden. Neben den Liderkrankungen wird euch eusführlich auf Erkrankungen im Bereich der tränenebleitenden Organe eingegangen. Dieses ektuelle Buch kann sehr empfohlen werden.

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

**Wege zu neuer Heilkunst**

Verf.: Prof. Dr. med. Dr. phil. H. Schipperges, 256 S., 38 Abb. u. Zeichn., Balacron, DM 54,—. Karl F. Haug Verlag GmbH., Heidelberg.

Wer ein Buch des Heidelberger Medizinhistorikers Heinrich Schipperges zur Hand nimmt, darf von vornherein gewiß sein, eine wertvolle, interessante und abwechslungsreiche Lektüre gewählt zu haben. Allerdings muß der Text oft derart komprimiert dargestellt werden, daß der Leser sich sterk konzentrieren muß, wenn er allen Ausführungen klar folgen will. Der Bogen dieses Buches von Schipperges ist wieder weit gespannt, wie schon der Untertitel „Traditionen – Perspektiven – Programme" verrät. Nach einem einführenden Beitrag „Zum Panoramawendel in der Heilkunde" gelten die drei Hauptteile folgenden Themen: „Die Ursituation: Not und Hilfe" – „Perspektiven einer Medizin von morgen" – „Alte Heilkunst – neue Heilkunde". Den Schluß des Bandes bildet der Ausblick „Perspektiven kommender Heilkultur".

Diese großangelegte Studie verdiente es, nicht nur von recht vielen Ärzten und Studierenden der Medizin gelesen, sondern auch von unseren Gesundheitspolitikern zu Rate gezogen zu werden.

Dr. K. Pollak, München

**Arbeitsmedizin**

*Band 1: Grundlagen für Prävention und Begutechtung*

Verf.: Prof. Dr. H. Valentin u. a., 410 S., 143 Abb., 19 Tab., Ilex. Taschenbuch, DM 22,80.

*Band 2: Berufskrankheiten*

Verf.: Prof. Dr. H. Valentin u. a., 370 S., 57 Abb., 19 Teb., 2 Ferbtafeln, Ilex. Taschenbuch, DM 22,80. Georg Thieme Verlag, Stuttgart.

Das Gebiet „Arbeitsmedizin" wird hier in zwei getrennten Bänden dargestellt, wobei im ersten Band die wichtigen Grundlagen (einschließlich Arbeitsphysiologie, Arbeitshygiene) und die Diagnostik und Begutachtungskunde Berücksichtigung finden, während sich der zweite Band speziell mit den Berufskrankheiten befeßt.

**Krankengymnastische Übungen für Patienten mit chronischer Polyarthritis**

Herausgeber: Dr. H. J. Albrecht, Kassette und Informationsbroschüre, DM 9,80. Verlag für Medizin, Dr. E. Fischer GmbH, Heidelberg.

Die vorliegende Broschüre der Rheumaklinik Oberammergau beinhaltet die Aufzeichnungen eines krankengymnastischen Programms auf Kassettentonband, wie es von den leitenden Krankengymnastinnen dieser Klinik für Patienten zum häuslichen Gebrauch für die Zeit zwischen den stetionären Behandlungen eingeführt wurde. Broschüre und Kassette bilden eine Einheit. Die auf der Kassette vorgesprochenen krankengymnastischen Übungen sind in dieser Broschüre grafisch dargestellt und textlich erklärt.

**Die Bauernhöfe auf der Glentleiten**

Herausgeber: O. Schuberth, 152 S. mit 60 S. Fotos, DM 24,—. Süddeutscher Verlag, München.

Auf einer Anhöhe westlich des Kochelsees entsteht seit 1973 das Freilichtmuseum des Regierungsbezirks Oberbayern. Dieser Band in der Reihe „Sammlung Bavarica" ist mehr als nur ein Museumsführer. Der Herausgeber, Leiter des Museums, berichtet sehr anschaulich, wie die einzelnen Höfe ausgewählt, erworben, bautechnisch aufgenommen, abgebrochen und auf der Glentleiten wieder aufgebaut wurden.

**Herders Gesundheitslexikon**

*Medizin von A–Z*

Ungekürzte Sonderauflage, 464 S. mit über 1000 Abb. auf 46 mehr- und 103 einfarb. Teilen, tab. Anhang, Polyleinen, DM 29,50. Verlag Herder, Freiburg-Basel-Wien.

Dieses Gesundheitslexikon informiert durch ebenso anschauliche wie leichtverständliche Beschreibungen über Aufbau und Funktion der Organe des menschlichen Körpers, über Methoden der ärztlichen Diagnosen, Behandlungen und Eingriffe. In lexikalischer Anordnung wird Auskunft gegeben über Anzeichen von Erkrankungen, Krankheitsverlauf und Heil- und Behandlungsmöglichkeiten. Ein tabellarischer Anhang bietet praktische Tabellen und Übersichten zur Gesundheitserziehung und Gesundheitskontrolle, oft gewünschte Zahlenwerte und Auskünfte. Über 1000, teils farbige Abbildungen machen dieses Hausbuch zu einem wichtigen Helfer für die ganze Familie in gesunden und kranken Tagen. Ein 28 Seiten umfassendes Register erschließt Text und Bild und verhilft zum schnellen Auffinden jeder gesuchten Information.

**Altbaumodernisierung – zeitgemäße Mögfichkeiten der Technik, aktuelle Steuervorteile und Finanzierungshilfen**

Verf.: J. Jacob/J. Renz, 184 S., DM 34,—. Weka-Verleg, Kissing.

Dieses Buch besteht aus zwei Bereichen: der technischen Seite und der Behendlung der finanziellen Fragen. Im technischen Teil bieten die Autoren Lösungsmöglichkeiten nech dem heutigen Stand der Technik. Im finanziellen Teil werden die verschiedenartigen Modernisierungsmaßnahmen unter dem Gesichtspunkt ihrer staatlichen Förderung und der steuerlichen Vergünstigung miteinander verglichen.


**Vor Ihrer Niederlassung sollten Sie rechtzeitig mit uns sprechen.**

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

Wir sind im gesamten bayerischen Raum präsent.

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

Telefon (089) 7143200 oder (0911) 834289 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

BAYERISCHE VERSICHERUNGSKAMMER Bayerischer Versicherungsverband

**Atem- und Krenkengymnestik für Bechterew-Petienten**

Herausgeber: Dr. H. J. Albrecht, Kassette und Informetionsbroschüre, DM 9,80. Verlag für Medizin Dr. E. Fischer GmbH, Heidelberg.

Die vorliegende Broschüre gibt dem Petienten über die mündliche Information hineus eine Orientierungshilfe in die Hand. Sie ist eus den Bechterew-Gruppengesprächen der Rheumaklinik Oberemmergau entstanden und versucht, überholte Klischeevorstellungen ebzubeuen und einer unengebrechten Resignetion entgegenzuwirken. Broschüre und Kessette bilden eine Einheit. Die auf der Kassette vorgesprochenen krenkengymnestischen Übungen sind in der Broschüre grafisch dargestellt und textlich erklärt.

**Andechser Chronik**

Herausgeber: W. Mathäser, 240 S., DM 19,80. Süddeutscher Verlag, München.

Dieser Band in der „Sammlung Bavarica" schildert die von vielen Legenden umwobene Entstehungsgeschichte des Klosters em Ammersee. Der Hereusgeber, der viele Jahre in Andechs verbracht het, gilt efs einer der besten Kenner des Klosters und dessen Geschichte. Eine Vielzahl elter Chroniken und Dokumente dient als Grundlege seiner Darstellung, die durch viele Jahrhunderte klösterlichen Lebens führt.

**Geschenk-Boutique**

*Viel Glück im neuen Heim — Hurra, die Prüfung ist bestanden — Jeder Tag ist Muttertag — Lieber neuer Erdenbürger*

Jeder Bend 96 S., durchgehend zweiferb. illustriert, Pp.-lem., DM 9,90. Verleg Herder, Freiburg-Basel-Wien.

„Was schenke ich nur?", mit dieser Frage wird so mencher Gest oder Gratulant konfrontiert, und auf eben diese Frage bietet die Reihe Geschenk-Boutique eine Antwort. fm handfichen quadretischen Format bietet jeder Band Geschichten, Anekdoten, Gedichte, Humorvolles und Dokumenterisches, illustriert mit Vignetten, Kariketuren und Graphiken.

**Kneurs Alpenführer in Ferbe**

Herausgeber: R. u. M. Greubner, 384 S., 250 Ferbf. u. Karten, geb., DM 29,80. Droemersche Verlegsanstalt Th. Kneur Nachf. GmbH & Co., München.

„Knaurs Alpenführer in Ferbe" informiert über touristische Zentren, Ausflugsziele, Berghütten, die markentesten Berge mit Gipfelblick, Minerelfundstätten und die wichtigsten Sehenswürdigkeiten des gesamten Qstalpenreumes. Ein Werk für alle, die mehr wissen, sehen und erleben wollen.

**Des prektische Buch vom Wein**

Verf.: H. Scharfenberg, 344 S., devon 24 Bildtafeln mit 35 Ferbf., lem., DM 29,80. BLV Verlagsgesellscheft mbH, München-Bern-Wien.

Weinkenner werden es bestätigen: Ehe men einen guten Wein genießen kann, muß men ihn zu finden wissen. Dabei ist die Wahl weniger eine Qual als vielmehr eine Frage der Weinkenntnis. Dazu will der in der Reihe „BLV-Ratgeber" erschienene Band verhelfen. Den Weinfreunden und allen, die es werden wollen, zeigt das Buch euf, wo unsere Weine wachsen und wie man sie behandelt, um zum vollendeten Genuß zu kommen. Es ist ein praktischer Führer zu den Weinfreuden Europas.

# Therapeutika

**Biarison®**

Zusemmensetzung: 1 Kepsel enthält 300 mg Proquezon, 1 Zäpfchen enthält 300 mg Proquezon

Anwendungsgebiete: Degeneretive rheumatische Erkrenkungen — Qsteoerthrose der Hüfte, des Knies oder enderer Gelenke

Chronisch-entzündliche Erkrankungen — chronische Arthritis — Spondylerthritis ankylopoetica

Akute entzündliche Erkrankungen — ekute Gicht — akute rheumetische Schmerzzustände (Ischias, Zervikalsyndrom, Hexenschuß, Torticolfis usw.) — extreartikuläre rheumatische Erkrankungen (Tendinitis, Bursitis, Synovitis und Tendosynovitis) — schmerzhaft-entzündliche Krisen im Verleuf degeneretiver Gelenkerkrenkungen — Verrenkungen/Verstauchungen

Gegenanzeigen: Magen- und Zwölffingerdarmgeschwür; bekennte Überempfindlichkeit gegen Sellcylate. Vorsicht ist geboten bei Neigung zu Verdeuungsstörungen oder bei Leber- und Nierenfunktionsstörungen. Da über die Wirkung von Biarison euf das ungeborene Kind und den Säugling bisher keine Erfahrungen vorliegen, sollte Biarison während der Schwangerschaft und Stillzeit nicht angewandt werden. Desgleichen können über die Behandlung von Kindern vorläufig noch keine Angaben gemacht werden.

Eigenscheften, Nebenwirkungen, Wechselwirkungen mit enderen Mitteln: siehe wissenschaftlichen Prospekt.

Dosierung: Die Dosierung richtet sich nach dem Krankheitsbild und der individuellen Reaktion des Patienten. Die Normeldosis ist 2 x 1 Kepsel bzw. 2 x 1 Zäpfchen pro Tag. In schwereren Fällen kenn ohne weiteres euf 3x, kurzfristig auch euf 4 x täglich 1 Kepsel oder 1 Zäpfchen erhöht werden. Die Gabe von Zäpfchen empfiehlt sich auch els ebendliche Dosis, vor allem bei empfindlichen Patienten. Die Kapseln werden zu oder nach den Mehlzeiten unzerkeut mit etwas Flüssigkeit geschfuckt.

Handelsformen: Kepseln: Originelpackungen zu 20, 50 und 100 Stück DM 17,96; 37,45; 65,95 und Anstaltspeckung zu 500 Stück

Zäpfchen: Originalpackung zu 10 Zäpfchen DM 10,95 und Anstaltspackung zu 100 Zäpfchen

Hersteller: Sandoz AG, 8500 Nürnberg 1

**Cleforen®**

Zusemmensetzung: Cfaforen 0,5 enthält 524 mg Cefotaxim-Natrium entsprechend 500 mg Cefotaxim; Claforan 1,0 enthält 1,048 g Cefotaxim-Natrium entsprechend 1,0 g Cefotaxim; Claforen 2,0 enthält 2,096 g Cefotaxim-Netrium entsprechend 2,0 g Cefotexim.

Indikationen: Infektionen mit Cefotaxim-empfindlichen Erregern, wie z. B. fnfektionen der Atemwege, der Harn- und Geschlechtsorgane, im Bereich des Kopfes, des Bauches, der Weichteile, der Haut, der Knochen und Gelenke, ferner bei septischen Erkrankungen und bei Gonorrhoe des Mannes.

Kontraindiketionen: Überempfindlichkeit gegen Cephelosporine. Bef Penicillin-Überempfindlichkeit ist eine Kreuzellergie möglich.

Anwendung in der Schwengerscheft
Nebenwirkungen, Wechselwirkungen mit enderen Mitteln und Wirkungsweise: siehe wissenscheftlichen Prospekt.

Dosierung: Dosis, Art der Verabreichung und Zeitebstände zwischen den Injektionen richten sich nach der Schwere der Infektion, der Empfindlichkeit des Erregers und dem Zustand des Patienten. Soweit nicht anders verordnet, erhalten Erwachsene und Kinder eb 12 Jahre 1 g Cefotaxim elle 12 Stunden. In schweren Fällen kann die Dosis euf 2 g elle 12 Stunden erhöht werden. Auch eine Verkürzung der Zeitebstände ist möglich. Die erforderliche Dosis kenn im Abstand von 8 bzw. 6 Stunden gegeben werden. In einigen Fällen wurden Dosen bis zu 12 g/Tag verebreicht und gut vertragen.

Säuglinge und Kinder erhalten je nach Schwere der Infektion 50–100 mg/kg Körpergewicht/Tag, eufgeteilt in gleichgroße Einzeldosen, dle in 12- (bis 6-)stündigen Abständen gegeben werden. In Einzelfällen wurden in lebensbedrohlichen Situationen 150–200 mg/kg Körpergewicht/Tag verabreicht und gut vertragen. Bei Frühgeborenen sollten unter Berücksichtigung der noch nicht voll ausgereiften Nierenclearance Dosen von 50 mg/kg Körpergewicht/Tag nicht überschritten werden.

Darreichungsformen und Packungsgrößen: Claforan 0,5 zur i. v. Injektion: A.P. 5, 25, 50, 100, 250, 500, 1000 Flaschen mit je 524 mg Trockensubstanz + Ampullen mit 2 ml Wasser für Injektionszwecke; Claforan 1,0 zur i. v. und i. m. Injektion: A.P. 5, 25, 50, 100, 250, 500, 1000 Flaschen mit je 1,048 g Trockensubstanz + Ampullen mit 4 ml Wasser für Injektionszwecke; A.P. 5, 25, 50, 100, 250, 500, 1000 Flaschen mit je 1,048 g Trockensubstanz o. L.; Claforen 2,0 zur i. v. Injektion: A.P. 5, 25, 50, 100, 250, 500, 1000 Flaschen mit je 2,096 g Trockensubstanz + Ampullen mit 10 ml Wasser für Injektionszwecke; Claforan 2,0 zur i. v. Infusion: A.P. 5, 25, 50, 100, 250, 500, 1000 Fleschen mit je 2,096 g Trockensubstanz + Flaschen mit 40 ml Wasser für Injektionszwecke; Cleforan 2,0 zur i. v. Infusion oder i. v. Injektion: A.P. 5, 25, 50, 100, 250, 500, 1000 Flaschen mit je 2,096 g Trockensubstanz o. L.

Hersteller: Hoechst AG, 6230 Frankfurt 80

**Sterinor®**

Zusammensetzung: 1 Oblong-Tablette enthält: 100 mg Tetroxoprim (TXP) und 250 mg Sulfadiazin (SDZ). 5 ml Suspension (1 Meßlöffel) entsprechen 1 Tablette.

Anwendungsgebiete: Infektionen der Atemwege, der Nieren und ebleitenden Harnwege.

Nebenwirkungen: In seltenen Fällen kann es zu Übelkeit, Erbrechen, Kopfschmerzen, Hautveränderungen sowie Gallestauungen kommen. Dann ist der Arzt sofort zu verständigen. Anzeichen einer Agrenulozytose, wie Halsentzündungen, Fieber oder grippeartige Beschwerden machen eine sofortige Blutbildkontrolle erforderlich.

Gegenenzeigen, Hinweise, Wechselwirkungen, Wirkungsweise und Eigenschaften: siehe wissenschaftlichen Prospekt.

Dosierung und Anwendungsweise: Soweit nicht enders verordnet, nehmen Erwachsene und Kinder über 12 Jahre als Initialdosis = 1 x 2 Tabletten bzw. 2 Meßlöffel Suspension (morgens oder abends nach dem Essen). Die Erhaltungsdosis betrëgt 2 x täglich je 1 Tablette bzw. 1 Meßlöffel Suspension (morgens und ebends) beginnend 12 Stunden nach der Initialdosis. Die Tabletten sind nech den Mahlzeiten einzunehmen. Bei akuten Infektionen mu8 Sterinor® so lange gegeben werden, bis mindestens 2 Tege Beschwerdefreiheit besteht.

Handelsformen und Preise: Packungen mit 10 Tabletten DM 16,50; mit 20 Tabletten DM 30,45 und mit 50 Tabletten DM 67,70; Anstaltspackungen. Packung mit 50 ml Suspension DM 18,65; Anstaltspackung.

Hersteller: Ludwig Heumann & Co. GmbH, 8500 Nürnberg


FAB

34. Fachausstellung für Anstaltsbedarf

FAB Nürnberg – Entscheidungen von morgen heute vorbereiten.

Die FA8 Nürnberg bietet Entscheidungshilfen und für jedes Problem den richtigen Gesprächspartner.

500 Aussteller zeigen auf 55.000 Quadratmetern Ausstellungsfläche ihr umfassendes Angebot und stellen Neu- und Weiterentwicklungen für alle 8ereiche des Praxis-, Krankenhaus- und Anstaltsbedorfs var:

- Verwaltung
  Datenerfassung, Einrichtung, Organisation
- Personal- und Heimeinrichtungen
- Medizintechnik
  Elektramedizin, Medizinmechanik, Labortechnik, Verbandmittel
- Versargungsbereich
  Küche, Krankenmäbel, sanstige Einrichtungsgegenstände und Geräte
- Verbrauchsgüter
  8ehandlung, Krankenhauswäsche und -bekleidung, Nahrungsmittel, W asch-, Reinigungs- und Desinfektionsmittel, sanstiger W irtschaftsbedarf
- Installatian
- Dienstleistungsbereich
  Krankenhausplanung, Krankenhausreinigung, Kronkenhausdesinfektion
- Fachliteratur

Informiert sein heißt, richtig entscheiden und handeln. Deshalb gehört die FA8 Nürnberg zum Pflichtprogramm für Verwaltungsleiter, Ärzte und Schwestern, Fachleute aus dem Pflegebereich, medizinisch-technische Angestellte und Mitarbeiter der technischen Dienste, Küchenleiter, Diätköchinnen, u. o. m., sowie für den gesamten Fachhandel.

Nürnberg 10.-13. Juni 1980
Täglich 9–18 Uhr · Freitag 9–15 Uhr
4/80

**Informotion:**
NMA Nürnberger Messe- und Ausstellungsgesellschaft mbH
Messezentrum · D-8500 Nürnberg 50,
Tel. 0911/86631 · Telex 0623613 nma d

# 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.**

**Mai 1980**

1.–3. **Füssen:** 3. Wehrmedizinisches Symposion der Deutschen Gesellschaft für Wehrmedizin und Wehrpharmazie a. V. – Auskunft: Dr. A. Wandel, Marienstraße 2, 8959 Schwangau-W.

2.–4. **Schaffhausen:** 24. Internationale ärztliche Fortbildungstagung Bodensee. – Auskunft: Dr. W. Gujer, Vordergasse 4, CH-8200 Schaffhausen.

3. **Dortmund:** Fortbildungsveranstaltung „Katastrophenmedizin und Zivilschutz". – Auskunft: Akademie für ärztliche Fortbildung der Ärztekammer Westfalen-Lippe, Kaiser-Wilhelm-Ring 4–6, 4400 Münster.

3. **Würzburg:** 12. Fortbildungstagung der Medizinischen Poliklinik der Universität Würzburg. – Auskunft: Professor Dr. P. Polzien, Klinikstraße 8, 8700 Würzburg.

4.–7. **Wien:** Medizinhistorische Exkursion. – Auskunft: Dr. A. Wandel, Marienstraße 2, 8959 Schwangau-W.

5.–9. **Berlin:** Lehrgang über die Problematik der Lärmbelastung. – Auskunft: Akademie für Arbeitsmedizin, Soorstraße 84, 1000 Berlin 19.

5.–10. **Höhenried:** Seminar über praxisnahe kardiologische Prävention und Rehabilitation. – Auskunft: Sekretariat Chefarzt Dr. Lepper, Klinik Höhenried der LVA Oberbayern, 8131 Bernried.

6.–9. **Amsterdam:** IX. Weltkongreß für die Verhütung von Arbeitsunfällen und Berufskrankheiten. – Auskunft: Benelux-Organisationsausschuß, Veiligheidsinstituut, Postfach 56 65, NL-1007 AR Amsterdam.

7.–10. **Salsomaggiore:** 3. Kongreß der Internationalen Gesellschaft über Aerosole in der Medizin. – Auskunft: Professor Dr. D. M. Pisanaschi, 3. Congr. for Aerosols in Medicine, Viale 24, Maggio, I-43039 Salsomaggiore/Therm.

10. **Bischofsmais:** 6. Sportärztliches Seminar. – Auskunft: Dr. K. Kohler, Krankenhausstraße 4, 8360 Deggendorf.

10. **Wiesbaden:** XIII. Rheumatagung. – Auskunft: Sekretariat Professor Dr. K. Miehlke, Langgasse 38, 6200 Wiesbaden.

10.–11. **Berlin:** 57. Hauptversammlung des Marburger Bundes. – Auskunft: Marburger Bund, Bundesverband, Riehler Straße 6, 5000 Köln 1.

12.–17. **Berlin: 83. Deutscher Ärztetag. – Auskunft: Kongreßbüro der Bundesärztekammer, Postfach 410220, 5000 Köln 41.**

10.–11. **Grünwald:** Sportärztliche Ausbildungstagung. – Auskunft: Dr. H. Pabst, Ebertstraße 1, 8022 Grünwald.

10.–11. **Kloster Grafschaft:** Fortbildungsveranstaltung „Lymphdrüsenerkrankungen". – Auskunft: Akademie für ärztliche Fortbildung der Ärztekammer Westfalen-Lippe, Kaiser-Wilhelm-Ring 4–6, 4400 Münster.

12.–23. **Bad Nauheim:** Grundkurs $A^2$ zur Erlangung der Gebietsbezeichnung Arbeitsmedizin und der Bereichsbezeichnung Betriebsmedizin. – Auskunft: Hessische Akademie für Betriebs- und Arbeitsmedizin e. V., Carl-Oelemann-Weg 5/7, 6350 Bad Nauheim.

12.–23. **Bad Nauheim:** Kursus $B^2$ zur Erlangung der Gebietsbezeichnung Arbeitsmedizin und Bereichsbezeichnung Betriebsmedizin (weiterführender Kurs). – Auskunft: Hessische Akademie für Betriebs- und Arbeitsmedizin e. V., Carl-Oelemann-Weg 5/7, 6350 Bad Nauheim.

14. **Bayreuth:** Fortbildungsveranstaltung „Ist die Freiheit ärztlichen Handelns bedroht?". – Auskunft: Medizinaldirektor Dr. W. Raisch, Hohe Warte 8, 8580 Bayreuth.

14. **Velden:** XV. Veldener Symposion. – Auskunft: Professor Dr. H. Lachner, Auenbruggerplatz 22, A-8036 Graz.

14.–15. **München:** 2. Jahrestagung des Arbeitskreises „Oralpathologie DGZMK". – Auskunft: Sekretariat Professor Dr. Dr. D. Schlegel, Goethestraße 70, 8000 München 2.

14.–17. **München:** 97. Kongreß der Deutschen Gesellschaft für Chirurgie. – Auskunft: Kongreßsekretariat Professor Dr. G. Maurer, Ismeninger Straße 22, 8000 München 80.

14.–18. **Freudenstadt:** 11. Diagnostisch-therapeutische Gespräche der Zeitschrift für Allgemeinmedizin 1980. – Auskunft: Hippokrates-Verlag, Postfach 593, 7000 Stuttgart 1.

15.–17. **Gießen:** 15. Tagung der Deutschen Diabetes-Gesellschaft. – Auskunft: Professor Dr. Konrad Federlin, Rodthohl 6, 6300 Gießen.

15.–17. **Köln:** 60. Deutscher Röntgenkongreß. – Auskunft: Professor Dr. W. Hoeffken, Machabäerstraße 19-27, 5000 Köln 1.

15.–17. **München:** Tagung der Vereinigung Bayerischer Augenärzte. – Auskunft: Privatdozent Dr. H.-J. Greite, Mathildenstraße 8, 8000 München 2.

15.–17. **Velden:** 32. Kärntner Ärztetreffen. – Auskunft: Ärztekammer für Kärnten, Bahnhofstraße 22, A-9020 Klagenfurt.

**Mai 1980 (Fortsetzung)**

15.–18. **Bad Abbach/Regensburg:** Symposion über Osteoporosa der polnischan und deutschen Gasellschaft für Rheumatologia. – Auskunft: Professor Dr. H. Mathias, 1. Medizinische Klinik, Rheuma-Zentrum, 8403 Bad Abbach.

15.–18. **Regensburg: 64. Fortbildungstagung das Kollegiums für ärztliche Fortbildung Regensburg. – Auskunft: Ärztlicha Fortbildung Regensburg, Altes Rathaus, Zimmer 5 a, 8400 Regensburg.**

15.–23. **Prien:** Weiterbildungskurs des Dautschen Sportärztebundes. – Auskunft: Frl. Pitscheneder, Medizinischa Klinik St. Irmingard, 8210 Prien.

16.–17. **Leverkusen:** Jahreshauptversammlung dar Deutschen Gasallschaft für Gesundheitsvorsorga. – Auskunft: Frau Dr. G. Eberlein, Driescher Hecka 19, 5090 Leverkusen.

17. 5.– 3. 6. **V. R. China:** Kanton-Shanghai-Nanking-Peking: Informationsreisa der Pressestelle für Heilberufa dar Ärztakammer Baden-Württemberg. – Auskunft: Deutschas Raisebüro GmbH, Postfach 27 61, 6000 Frankfurt 1.

18.–22. **München:** 7. Internationalar Zytologie-Kongreß. – Auskunft: Professor Dr. H.-J. Soost, Prinzregentenplatz 14, 8000 München 80.

18.–22. **Bad Reichenhall:** 51. Jahresversammlung der Deutschen Gesellschaft für Hals-Nasen-Ohren-Heilkunde, Kopf- und Hals-Chirurgie. – Auskunft: Sekretariat der Dautschan Gesellschaft für HNO-Heilkunde, Universitäts-Hals-Nasen-Ohrenklinik, 5300 Bonn-Venusberg.

19.–23. **Berlin:** Arbaitsmedizinischas Seminar. – Auskunft: Akadamia für Arbaitsmedizin, Soorstraße 84, 1000 Berlin 19.

20.–23. **Zürich:** Jahrastagung der Deutschen Gasallschaft für Mund-, Kiefar- und Gesichtschirurgia. – Auskunft: Dr. Dr. E. Machtens, In der Schornau 23, 4630 Bochum 7.

22.–27. **Stockholm:** 8. Internationalar Kongreß für physikalische Medizin und Rehabilitation. – Auskunft: Int. Fad. of Physical Medicina and Rehabilitation Zonhove, Nieuwstraat 70, Son, Niederlande.

23.–24. **Neuherberg:** 3. Intarnationala Konfarenz über Automatisiarung der Diagnostischen Zytologia und Zellbildanalysa. – Auskunft: Gasellschaft für Strahlen und Umweltforschung mbH München, Ingolstädter Landstraße 1, 8042 Neuharbarg.

27.–31. **Berlin:** 29. Deutschar Kongreß für ärztliche Fortbildung. – Auskunft: Kongreßgesellschaft für ärztlicha Fortbildung a. V., Klingsorstraße 21, 1000 Berlin 41.

27.–31. **Hamburg:** Internationalar Kongreß über Interdisziplinära Zusammenarbait bei Erkrankungen der weiblichen Brust. – Auskunft: Professor Dr. H.-J. Frischbier, Martinistraße 52, 2000 Hamburg 20.

27. 5.– 7. 6. **Isny-Neutrauchburg:** III. Kurs der Deutschan Gasallschaft für manuella Medizin. – Auskunft: Deutscha Gesellschaft für manuella Medizin, Dr. Karl-Sell-Ärztesaminar, Argentalklinik, 7972 Isny-Neutrauchburg.

28. **Fürth:** Fortbildungsprogramm „Sinn und Unsinn in der Diätatik". – Auskunft: Dr. J. Mertans, Brandenburger Straße 11, 8510 Fürth.

28.–31. **Athen:** 4. Europäischer Kongreß für Urologia. – Auskunft: Hallenic Promotion Organization, 36, Voukourestiou Str., Athen 136, Griechenland.

28.–31. **Bad Ischl:** Kongreß der Deutschen Gasallschaft für Bluttransfusion und Immunhämatologie. – Auskunft: Deutsche Gesellschaft für Bluttransfusion und Immunhämatologia, Postfach 12 27, 3257 Springa 1.

28.–31. **Brüssel:** 17. Kongreß dar medizinischen Gasellschaft für Endoskopia und Radiocinamatographia. – Auskunft: Professor P. Maingua, S.M.f.E.R., 20 Avenua Dalleur, B-1170 Brüssal.

29.–31. **Jülich:** Strahlenschutztagung „Industriella Störanfälla und Strahlenexposition". – Auskunft: Professor Dr. O. Messarschmidt, Ingolstädter Landstraße 2, 8042 Nauherberg.

31. **Saarbrücken:** Saarländischer Ärztatag mit Fortbildungsvaranstaltung „Arztrechtfragen in Klinik und Praxis". – Auskunft: Ärztekammer des Saarlandes, Postfach 23, 6600 Saarbrücken.

**„Bayerisches Ärzteblatt".** Inheber, Hereusgeber und Verleger: Beyerische Landesärztekammer (Körperscheft des öffentlichen Rechts); Präsident: Professor Dr. med. Hans Joachim Sewering. Schriftleitung: Professor Dr. med. Hans Joachim Sewering, Dr. med. Hermann Breun, Dr. med. Friedrich Kolb, Dr. med. Kurt Stordeur – verentwortlich für den Inhelt: Rite Horn. Gemeinseme Anschrift: Mühlbeurstraße 18, 8000 München 80, Telefon (089) 41 47 - 1.

Die Zeitschrift erscheint monetlich mit regelmäßiger Verlegerbeilage „Beyerische Akademie für ärztliche Fortbildung".

Leserbriefe stellen keine Meinungsäußerung des Hereusgebers oder der Schriftleitung dar. Des Recht euf Kürzung bleibt vorbehelten.

Bezugspreis monetlich DM 5,– einschließlich Postzeitungsgebühr und 6½ % = DM 0,33 Mehrwertsteuer. Postscheckkonto Nr. 52 52 - 802, Amt München, Beyerische Landesärztekammer (Abt. „Beyerisches Ärzteblett"). Für Mitglieder im Mitgliedsbeitreg enthelten.

Anzeigenverweltung: ATLAS Verleg und Werbung GmbH & Co. KG, Postfech, Sonnenetreße 29, 8000 München 2, Telefon (089) 51 77 - 1, Fernschreiber: 05/23 662, Telegremmedresse etlespress. Für den Anzeigenteil verentwortlich: Alexender Wisetzke.

Druck: Druckerei und Verleg Hens Zeuner jr., Augsburger Streße 9, 8060 Decheu.

Alle Rechte, Insbesondere dae Recht der Verbreitung, Vervielfältigung und Mikrofotografie sowie des Recht der Übersetzung in Fremdsprachen für elle veröffentlichten Beiträge vorbehelten.

Nechdruck, euch euszugsweise, nur mit Genehmigung des Verlags. Rücksendung nicht verlengter Menuskripte erfolgt nur, wenn vorbereiteter Umschleg mit Rückporto beiliegt. Bei Einsendungen en die Schriftleitung wird des Einverständnis zur vollen oder euszugsweisen Veröffentlichung vorausgesetzt, wenn gegenteilige Wünsche nicht besonders zum Ausdruck gebracht werden.

**ISSN 0005-7126**

# Die Stadt Nürnberg sucht

für die Tbc-Gerstungs- und Fürsorgestelle des Städt. Gesundheitsamtes einen

**Arzt** für Lungen- und Bronchialheilkunde

oder

**Internisten**

Die Einstellung erfolgt im Angestelltenverhältnis mit Bezahlung nach dem Bundesangestelltentarifvertrag. Die Übernahme in das Beamtenverhältnis als Medizinaloberrat der BGr. A 14 ist nach Vorliegen der Voraussetzungen möglich. Nebentätigkeit im üblichen Rahmen wird genehmigt.
Die städtischen Mitarbeiter erhalten neben den monatlichen Bezügen ein 13. Monatsgehalt, Urlaubsgeld, vermögenswirksame Beträge, Beihilfen im Krankheitsfall, eventuell Darlehen zur Wohnraumbeschaffung und eine zusätzliche Altersversorgung.
Bitte senden Sie Ihre Bewerbungsunterlagen innerhalb von vier Wochen an

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

Benötigen Sie vorab noch weitere Informationen, erreichen Sie uns unter Telefon (0911) 16-2806.

Für diese Tätigkeit sind Damen und Herren als Bewerber erwünscht.

---

Beim Bezirkskrankenhaus Ansbach – Fachkrankenhaus für Psychiatrie und Neurologie – mit 1150 Betten sind sofort oder später

## 2 Arztstellen davon 1 Stelle für einen Internisten

zu besetzen.

Fachkenntnise in der Psychiatrie sind erwünscht aber nicht Bedingung. Drei Jahre Psychiatrie und ein Jahr Neurologie sind auf die Weiterbildung anrechnungsfähig. Vergütung wird nach BAT II/I b gezahlt. Bei entsprechender Voraussetzung auch Übernahme in das Beamtenverhältnis möglich. Tarifliche Bereitschaftsdienstvergütung und Gutachtertätigkeit werden gewährt.

Für ledige Bewerber stehen Appartements zur Verfügung. Verheiratete Bewerber können preisgünstige Mietwohnungen auf dem Krankenhausgelände zugeteilt bekommen.

Ansbach liegt verkehrsgünstig in der Nähe von Nürnberg, alle höheren Schulen am Ort, reizvolle Umgebung (Rothenburg o. T., Dinkelsbühl), reiche kulturelle Angebote für die Freizeit.

Bewerbungen mit den üblichen Unterlagen (Lebenslauf, Zeugnisabschriften und Lichtbild) baldigst an die Direktion des Bezirkskrankenhauses Ansbach, Feuchtwanger Straße 38 erbeten. Telefon (0981) 6994.

---

**Der Berufsgenossenschaftliche Arbeitsmedizinische Dienst (BAD)**

ist auf dem Gebiet der betriebsärztlichen Versorgung tätig. In seinen nach fortschrittlichen Erkenntnissen der prophylaktischen Medizin geführten Einrichtungen arbeiten Ärzte verschiedener Fachrichtungen an den Problemen der Erkennung und Vermeidung arbeitsphysiologischer Gefährdungen mit Hilfe der Ergonomie.

Für unsere **Zentren München und Würzburg** suchen wir weitere

# Ärztinnen / Ärzte

Neben ausreichenden Erfahrungen beim Befunden von Thorax-Aufnahmen und EKGs ist die Absolvierung eines arbeitsmedizinischen Einführungslehrganges sowie eine klinisch-internistische Weiterbildung erforderlich.

Wir bieten sehr gute berufliche Entwicklungsmöglichkeiten und eine der ärztlichen Qualifikation voll entsprechende Dotierung. Unsere Altersversorgung ist vorbildlich.

Bitte, geben Sie uns die Möglichkeit, alle Fragen im Zusammenhang mit einer evtl. Einstellung in einem persönlichen Gespräch zu erörtern, für das ihnen qualifizierte Gesprächspartner zur Verfügung stehen. Sie erreichen uns schriftlich oder telefonisch unter folgender Anschrift:

**Berufsgenossenschaftlicher Arbeitsmedizinischer Dienst**

**Leitstelle Bayern · Röntgenring 2 · 8700 Würzburg · Telefon (0931) 13737**

Verlangen Sie bitte Herrn Mayer.

Das
## Kreiskrankenhaus Vohenstrauß
sucht für die
## Chirurgische Abteilung
ab 1. Juni 1980 einen Arzt für Chirurgie als

# Oberarzt

Der Bewerber sollte in der Lage sein, den Chefarzt selbständig zu vertreten. Der Chefarzt ist als Durchgangsarzt zugelassen.

Die Vergütung erfolgt nach BAT und den im öffentlichen Dienst üblichen Leistungen. Zusätzliche Vergütung für Rufbereitschaft, sowie Zulagen des Chefarztes.

**Die Stadt Vohenstreuß** liegt im Oberpfälzer Wald mit hohem Freizeitwert im Sommer und Winter. Eine Realschule ist am Ort. Gymnasium und alle weiterbildenden Schulen sind bequem in nächster Nähe zu erreichen.

Eine moderne Wohnung steht zur Verfügung.

Bitte senden Sie Ihre Bewerbung an das
**Kreiskrankenheus, 8483 Vohenstrauß,** oder rufen Sie doch bitte unseren **Cheferzt Dr. Lang, Telefon (0 96 51) 14 51** an.

---

In der **Krankenenstalt Rotes Kreuz in München**

ist wegen Ruhestandsversetzung des bisherigen Stelleninhabers infolge Altersgrenze die Stelle des

## Chefarztes der Röntgen-Abteilung

ab 1. 1. 1981 zu besetzen.

Das Krankenhaus hat 450 Planbetten mit folgenden Hauptfachabteilungen:

| | |
|---|---|
| Innere Abteilung | 110 Betten |
| Chirurgische und kinderchirurgische Abteilung | 126 Betten |
| Gynäkologische und geburtshilfliche Abteilung | 113 Betten |

Als Beleg-Abteilungen werden außerdem die Fachrichtungen Orthopädie, Urologie, Hals-Nasen-Ohren und Augen geführt.

Als Bewerber für diese Stelle kommt ein Arzt für Radiologie in Frage, der über eine langjährige Berufserfahrung verfügt und auch auf dem Gebiet der Isotopendiagnostik und Sonographie praktische Erfahrung besitzt.

Das Dienstverhältnis wird in einem besonderen Chefarztvertrag, in dem auch das Liquidationsrecht bei Wahlleistungspatienten beinhaltet ist, geregelt.

Bewerbungen mit Lichtbild, Lebenslauf, Ausbildungs- und Befähigungsnachweisen, Zeugnisabschriften, Abschriften der Approbations- und Promotionsurkunde sowie der Anerkennung als Radiologe sind bis spätestens 30. 4. 1980 zu richten an:

**Krankenanstalten der Schwesternschaft München vom Bayer. Roten Kreuz, Gemeinnützige Betriebs-GmbH, Rotkreuzplatz 8, 8000 München 19.**

---

**Kurklinik im Allgäu**

Bewegungs- und Übungsbehandlung, Kneipp-Therapie, 132 Betten, drei Ärzte, sucht für Anfang 1981 einen

## Gruppenarzt

der Interesse an sportmedizinischen Fragen hat, auch selbst gerne Sport treibt und weitgehend selbständig arbeiten möchte.

Kureinrichtungen: Medizinische und Kneipp'sche Badeabteilung, Ergometrie, Spielhalle, Gymnastikraum, Zirkeltrainingsraum, Schwimmbecken (warm und kalt), Sauna, Freispielplätze.

Zur Kur gehören außerdem geführte Bergwanderungen, Waldlauf, Radtouren, Skifahren, Ballspiele, autogenes Training.

Ihre Bewerbung richten Sie bitte an den leitenden Arzt **Dr. med. Rolf Kuhn, Kurklinik am Bannwald, 8942 Ottobeuren, Telefon (0 83 32) 88 11.**

---

Das **Kreiskrankenhaus Wunsiedel** im Fichtelgebirge (Fachkrankenhaus für Innere Medizin – 80 Betten) sucht zum baldmöglichsten Eintritt eine(n)

## Assistenzarzt oder -ärztin

Wunsiedel ist Kreisstadt (10 700 Einwohner) und Sitz sämtlicher weiterführender Schulen. Stadt und Umland bieten aufgrund der Mittelgebirgslage hohen Wohn- und Freizeitwert.

Das Krankenhaus ist sehr gut ausgestattet und verfügt über alle modernen Einrichtungen für Diagnostik und Patientenüberwachung. Der leitende Arzt ist zu fünf Jahren interner Weiterbildung ermächtigt.

Wir bieten Vergütung nach BAT zuzüglich Bereitschaftsdienstvergütung nach Stufe C und Chefarztzulage aus dem Mitarbeiterpool.

Anfragen und Bewerbungen richten Sie bitte an **Leitenden Arzt Dr. Herbert Hohenberger, Kreiskrankenhaus, Posttach 146, 8592 Wunsiedel 1, Telefon (0 92 32) 35 77** oder **Landratsamt, 8592 Wunsiedel 1.**

---

Privatklinik für Geburtshilfe und Gynäkologie, 38 Betten, in oberpfälzischer Großstadt sucht zum 1. 10. 1980

## 1 Assistenzarzt

der wenigstens zwei Jahre bleiben sollte.

Geboten wird ein gutes Betriebsklima, Bezahlung nach BAT und Zulage für Bereitschaftsdienst, reichlich Operationsmöglichkeit und Erfahrung in der Geburtshilfe (800 Entbindungen im Jahr).

Zuschriften mit **vollständigen Unterlagen** unter Chiffre 2064/117.

---

**BEFELKA-HERZ-KREISLAUF-DRAGEES**

**Ind.:** Herzmuskelschwäche, nervöse Herzstörungen, Herzklopfen, Herzangst, Neigung zu schmerzhaften Herzanfällen, Herzbeschwerden der Wechseljahre, Herzpflege im Alter, hoher Blutdruck mit Kopfschmerz, Schwindelgefühl, Schlafstörungen, Arterienverkalkung.
**Zus.:** 1 Dragee enthält: Extr. Leonur. card. epir. sicc. 20 mg; Extr. Scillae spir. sicc. 25 mg; Extr. Crataegi e fior. spir. sicc. 15 mg; Extr. Cretaegi e fruct. spir. sicc. 50 mg; Extr. Rauwolfiae serp. spir. sicc., 40% Gesamtalkaloide, 2,5 mg (entspr. 1 mg Gesamtalkaloide); Extr. Arnicae e flor. spir. sicc. 3 mg; Khellin 0,75 mg; Hesperidinphosphat-Natrium 7,5 mg.
Packung mit 30 Drag. DM 5,67, 50 Drag. DM 7,82, 100 Drag. DM 13,67
Ärztemuster durch:
**BEFELKA-ARZNEIMITTEL, Postfach 1351, 4500 Osnabrück**

Der Landkreis Schwandorf sucht für das Kreiskrankenhaus Neunburg vorm Wald (Einstellung zum nächstmöglichen Termin)

## 1 Assistenzärztin/Assistenzarzt

**für die interne Abteilung.**

Das Kreiskrankenhaus Neunburg vorm Wald verfügt über insgesamt 88 Betten, davon Chirurgische Abteilung 45 Betten, Interne Abteilung 40 Betten, Geburtshilflich-gynäkologische Stetion 3 Betten.

Der Leiter der Internen Abteilung besitzt die Weiterbildungsermächtigung für 2 Jehre.

Neben der tariflichen Vergütung wird eine hohe Bereitschaftsdienstvergütung bezahlt. Außerdem werdsn Assistenzärzte am Ärztepool beteiligt. Darüber hinaus bietet der Lendkreis Schwandorf neben den üblichen Sozialleistungen des öffentlichen Dienstes eine beitregsfreie zusätzliche Altersversorgung. Umzugskosten werden im Rahmen der gesetzlichen Bestimmungen erstattet. Bei der Wohnungssuche ist der Landkreis Schwendorf behilflich.

Die Stadt Neunburg vorm Wald (ca. 7500 Einwohner) ist Fremdenverkehrsort am Rande des Bayerischen Waldes. Am Ort befinden sich eine Staatliche Reelschule, eine Staatliche Berufsfachschule und eine Berufsschule für Forstwirtschaft. Die Universitätsstadt Regensburg ist ca. 50 km entfernt.

Bewerbungen mit den üblichen Unterlagen werden unter Angabe des frühestmöglichen Eintrittstermines erbeten entweder an die **Personalverwaltung des Landratsamtes Schwendorf, Weckersdorfer Straße 80, 8460 Schwendorf, Telefon (0 94 31) 4 73 60, oder an den Leitenden Arzt, Chefarzt Dr. Woschée, Kreiskrankenhaus, 8462 Neunburg vorm Weld, Telefon (0 98 72) 10 25.**

**Kreiskrankenheus Cham** sucht zum 1. September 1980 einen

## Assistenzarzt

**für die Chirurgie**

Das Kreiskrankenheus Cham ist ein modern eingerichtetes Haus mit 200 Betten und Fechabteilungen für Anästhesie, Chirurgie und Innere Medizin, sowie Belegabteilungen für Orthopädie, Pädiatrie, Urologie und Augenheilkunde. In der Chirurgischen Abteilung stehen 67 Betten zur Verfügung. Der Chefarzt ist zur Weiterbildung für 4 Jahre ermächtigt. Die Zulassung zum BG-Heilverfahren ist vorhanden.

Das chirurgische Programm umfaßt allgemeine und Bauchchirurgie, Unfallchirurgie und Endoprothesen. Die Abteilung verfügt über eine große D-Arzt-, Unfall- und Überweisungsambulanz.

Die Kreisstadt Chem (16 568 Einwohner) liegt in einer landschaftlich reizvollen Gegend am Randa des Bayer. Waldes (Naturparkgebiet). Das Angebot zur Freizeitgestaltung ist sehr gut. Sämtliche weiterführende Schulen befinden sich am Ort.

**Wir bieten:** ● Anstellung im öffentlichen Dienst nach BAT II/I b ● Chirurgiezulage ● Bereitschaftsdienstvergütung nach Stufe D ● die üblichen Sozialleistungen des öffentlichen Dienstes ● Unterkunft im Personalhaus bzw. Hilfestellung bei der Wohnreumbeschaffung ● Umzugskosten nach den gesetzlichen Bestimmungen ● Erstattung der Reisekosten bei persönlicher Vorstellung.

Bewerbungen erbitten wir an die **Verwaltung des Kreiskrankenhauses Chem, August-Holz-Straße 1, 8490 Chem, Telefon (0 99 71) 12 01.**

**Die Versorgungsärztliche Untersuchungsstelle München**

Martiusstraße 4, 8000 München 40, Telefon (0 89) 39 40 01, sucht

## je einen Radiologen

als Leitsr der Röntgenabteilung mit Organisstions- und Führungsfähigkeiten

## und einen Internisten

auch mit Teilgebiets-Bezeichnung.

Eingruppierung in Vergütungsgruppe I b BAT. Bei entsprechenden Voraussetzungen ist Übernahme in das Beamtenverhältnis nach Besoldungsgruppe A 14 (Medizinaloberrat) möglich. Nebentätigkeit kann genehmigt werden. Übliche Sozielleistungen des öffentlichen Dienstes. Ausgszeichnetes Betriebsklima in einem Team von Ärzten aller Gebiete. Interessante sozialmedizinische Tätigkeit in Lebensstellung.

Richten Sie bitte Ihre Bewerbung an:

**Dr. med. E. Lander, Leitender Medizinaldirektor, Martiusstraße 4, 8000 München 40, Telefon (0 89) 39 40 01.**

## Urologe

Fachkollege zur Mitarbeit gesucht.

Praxis sowie Belegabteilung vorhanden (Allgäu). Spätere Assoziation erwünscht.

Anfragen unter Chiffre 2064/107.

Als eine der beiden Fachgutachterstellen in Bayern suchen wir

## Chirurgen/Orthopäden

für unsere hochmodern ausgestattete Dienststelle mit entsprechenden Funktionsabteilungen und einer Bettenstation. Die reine Fachgutechtertätigkeit erstreckt sich vorwiegend auf die Kriegsopferbetreuung und das Schwerbehindertenverfahren. Unabhängiges Arbeiten ist selbstverständlich.

Geboten wird bei geregelter Dienstzeit (40 Stundenwoche ohne Nacht- oder Wochenenddienst) bei gegebener Voraussetzung die Möglichkeit der Verbeamtung (A 14 mit Aufstiegsmöglichkeit) oder Bezahlung nach Verg.-Gruppe I b/I a BAT mit allen im öffentlichen Dienst üblichen Sozialleistungen.

Interessenten werden gebeten, sich mit den üblichen Unterlagen zu wenden an: **Ltd. Med. Direktor Dr. Hease, Versorgungsärztliche Untersuchungsstelle Nürnberg, Roonstraße 20 (Postfech 18 04 80, 8500 Nürnberg 80), Telefon (09 11) 27 43 83.**

Die klassische Hochdrucktherapie

# ®Adelphan-Esidrix

## verhindert die Spätfolgen des Hochdrucks

**Zusammensetzung:** Eine Tablette enthält: 0,1 mg Reserpin + 10 mg Dihydralazin-sulfat + 10 mg Hydrochlorothiazid. **Indikationen:** Arterielle Hypertonie. **Kontraindikationen:** Sulfonamidüberempfindlichkeit, Coma hepaticum, therapieresistente Hypokaliämie, Niereninsuffizienz schwereren Grades; hochgradige Koronarsklerose; Depressionen, Magen-Darm-Ulzera, Kolitis und Gastroenteritis – auch in der Anamnese –. **Nebenwirkungen:** Zu Behandlungsbeginn gelegentlich Nausea und Tachykardie, in seltenen Fällen Hypokaliämie, Hyperglykämie, Hyperurikämie, orthostatische Regulationsstörungen, Verstopfung der Nase, migräneartige Kopfschmerzen, Müdigkeit, Schwindel, Lymphdrüsenschwellungen, Störungen des leukopoetischen Systems, Magen-Darm-Ulzera, gesteigerte Magen-Darm-Motilität, Potenzstörungen oder depressive Verstimmungen. **Wechselwirkungen:** Der Reserpin-Anteil kann die bradykarde Wirkung der Digitalisglykoside sowie die Wirkung zentral dämpfender Pharmaka und den blutdrucksenkenden Effekt antihypertensiver Pharmaka verstärken. – Der Hydrochlorothiazid-Anteil kann die Wirkung von Antidiabetika verringern, die kardio- und neurotoxische Wirkung von Lithiumsalzen sowie den kaliumausschwemmenden Effekt von Glukokortikoiden erhöhen und die Wirkung von Herzglykosiden bei bestehendem Kaliummangel verstärken. **Dosierung:** Behandlungsbeginn im allgemeinen 1–2mal 1 Tablette pro Tag, evtl. vorübergehende Dosissteigerung. Zur Dauerbehandlung genügt vielfach 1 Tablette täglich. **Besondere Hinweise:** Durch individuell auftretende unterschiedliche Reaktionen kann die Fähigkeit zur aktiven Teilnahme am Straßenverkehr oder zum Bedienen von Maschinen beeinträchtigt werden. – Dies gilt in verstärktem Maße bei Behandlungsbeginn und Präparatewechsel sowie im Zusammenwirken mit Alkohol. – Bei höherer Dosierung und eingeschränkter Nierenfunktion sind die Plasma-Kreatininwerte sowie der Elektrolythaushalt zu kontrollieren. **Handelsformen und Preise:** 20 Tabletten DM 8,–, 50 Tabletten DM 17,55, 100 Tabletten DM 29,05; Anstaltspackung. Stand: Februar 1980

AUS DER HERZ-KREISLAUF-FORSCHUNG

CIBA

CIBA-GEIGY GmbH, 7867 Wehr AdE 3

# ratiopharm

## Venen

OP 100 g Salbe DM 13,55

**Zusammensetzung:** 100 g Salbe enthalten Heparin-Na 30 000 I.E. D-Panthenol 500 mg. **Dosierung:** 1-3 x tägl. auftragen. **Indikation:** Thrombophlebitis, Periphlebitis, Phlebothrombose, postthrombotisches Syndrom, Sport- und Unfallverletzungen, Gelenk- und Sehnenerkrankungen. **Kontraindikation:** keine. **Hinweis:** bei Phlebothrombosen nicht einmassieren.

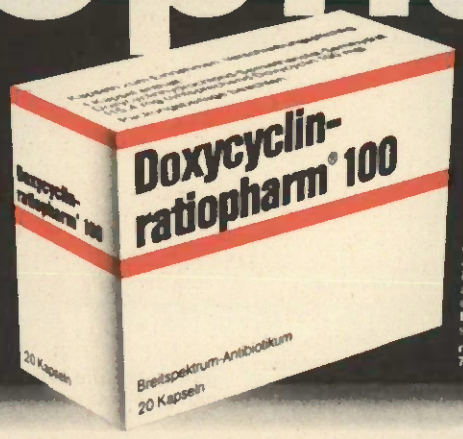
ratiopharm GmbH Arzneimittel, Postfach 1156, 7902 Blaubeuren 1/80

# ratiopharm

## Bakterielle Infektionen

OP 10 Kapseln DM 17,80
OP 20 Kapseln DM 32,50

| Dosierung |
| --- |
| täglich 1–2 Kapseln |




mit dokumentierter ratiopharm Arzneimittel Bioäquivalenz

**Zusammensetzung:** 1 Kaps. enthält 100 mg Doxycyclin. **Dosierung:** Normaldosis am ersten Tag 2 Kaps., an den folgenden Tagen je 1 Kaps. Bei schweren Erkrankungen und bei einem Körpergewicht von mehr als 80 kg tägl. 2 Kaps. **Indikation:** Infektionen mit doxycyclin-empfindlichen Erregern. **Kontraindikation:** bekannte Überempfindlichkeit. Schwangerschaft und Stillzeit.

ratiopharm GmbH Arzneimittel, Postfach 1156, 7902 Blaubeuren 1/80

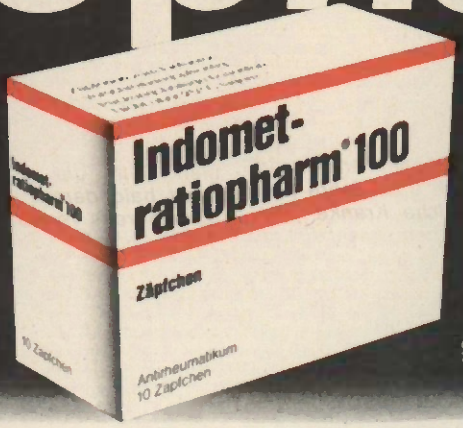
# ratiopharm

mit dokumentierter ratiopharm Arzneimittel Bioäquivalenz

## Rheumatismus

OP 20 Manteltabl. DM 6,50
OP 100 Manteltabl. DM 29,90
OP 10 Suppos. DM 13,90
OP 50 Suppos. DM 57,60

| | morgens | mittags | abends |
| --- | --- | --- | --- |
| Manteltabl. | ○ ○ | ○ ○ | ○ ○ |
| Zäpfchen | – | – | ◡ |




**Zusammensetzung:** 1 Manteltabl. enthält Indometacin 25 mg, Aluminium-Glycinat 200 mg. 1 Suppos. enthält: Indometacin 100 mg. **Dosierung:** Manteltabl.: Initialdosis 2 x tägl. 1–2 Manteltabl. Erhaltungsdosis: 3 x tägl. 1–2 Manteltabl. Maximaldosis (nur vorübergehend): 4 x tägl. 2 Manteltabl. Suppos.: 1 Zäpfchen abends vor dem Schlafengehen einführen. **Indikation:** entzündliche, rheumatische und degenerative Erkrankungen von Muskeln, Gelenken, Gelenkkapseln, Sehnen, Sehnenscheiden sowie der Wirbelsäule und bei Gicht. **Kontraindikation:** Magen- und Zwölffingerdarmgeschwüre, auch in der Anamnese. Bekannte Überempfindlichkeit gegen Indometacin oder Salicylsäure und deren Derivate. Schwangerschaft und Kindheit bis zum 14. Lebensjahr. Schwere psychiatrische Erkrankungen, schwere Leber- und Nierenerkrankungen.

ratiopharm GmbH, Arzneimittel, Postfach 1156, 7902 Blaubeuren 2/80