



Zum neuen Weiterbildungsgesetz

Die deutsche Ärzteschaft hat in freier Selbstverwaltung, beginnend in Anfängen Mitte des 19. Jahrhunderts von den ersten Richtlinien zum Führen von Facharztbezeichnungen, über die sogenannten Facharztordnungen bis zur derzeit gültigen Weiterbildungsordnung hin, die Weiterbildung der Ärzte der wissenschaftlichen Entwicklung der Medizin entsprechend fortentwickelt und damit prägend auf die ärztliche Berufsausübung eingewirkt. Diese Tatsache kann kein objektiver Betrachter ernsthaft bezweifeln; denn Gestaltung und Durchführung unserer Berufsordnung halten jedem internationalen Vergleich stand. Dabei oblag dem Staat seit je die Rechtsaufsicht, welche sich darauf beschränkte, zu prüfen, ob bei den entsprechenden Beschlüssen der Kammern Gesetz und Satzung beachtet wurden.

Aufgrund der Klagen zweier Kollegen gegen berufsaufsichtliche Urteile hat der 1. Senat des Bundesverfassungsgerichtes am 9. Mai 1972 das sogenannte „Facharzturteil von Karlsruhe“ gefällt. Diese Entscheidung zum Facharztwesen bzw. zur Weiterbildungsordnung bedeutet für die lange freiheitliche Entwicklung ärztlicher Selbstverwaltung einen tiefen Einschnitt. Der nunmehr vorliegende Musterentwurf eines Landesgesetzes zum Facharztwesen, wie er in der Sitzung der Gesundheitsminister Mitte November 1973 verabschiedet wurde, geht weit über die in diesem Facharzturteil des Bundesverfassungsgerichtes festgelegten Grundsätze hinaus. Wir haben Grund zur Befürchtung, daß dieser Musterentwurf – wird er Gesetz – die Durchführung und ständige Fortentwicklung der Weiterbildung in der Bundesrepublik erheblich erschwert, die Stellung des ärztlichen Nachwuchses an den Krankenhäusern verschlechtert und die ärztliche Versorgung unserer Patienten beeinträchtigt durch nicht mehr kontrollierbare Auflockerung der Grenzen, die dem einzelnen Facharzt gesetzt sind. Diese fachlichen Gesichtspunkte sind weit gravierender als die klare Feststellung, daß mit diesem Gesetz der Bewegungsraum der ärztlichen Selbstverwaltung empfindlich eingeengt wird.

Wesentliche Feststellungen im Beschluß des 1. Senats des Bundesverfassungsgerichtes vom 9. Mai 1972 waren:

1. Der Bund besitzt zur Regelung des Facharztwesens keine Gesetzgebungszuständigkeit nach Art. 74 Nr. 19 GG.
2. Der Facharzt ist kein besonderer Beruf. Die Einheit des ärztlichen Berufes wird somit höchstrichterlich bestätigt.
3. Das Facharztwesen darf nicht ausschließlich der Regelung durch Satzungen der Ärztekammern (Facharztordnungen) überlassen werden. Mindestens die statusbildenden Normen muß der Gesetzgeber in den Grundzügen selbst treffen. Die ergänzenden Regelungen – so das Gericht – können dann nach Ermessen des Gesetzgebers dem Satzungsrecht der Ärztekammern überlassen bleiben.
4. Weitere Feststellungen betrafen die Frage, ob der Facharzt seine ärztliche Tätigkeit auf sein Fachgebiet beschränken muß; so auch, ob er mehr als eine Facharztbezeichnung führen darf, wobei das Gericht davon ausging, daß es in den einzelnen Fachrichtungen nahe verwandte Gebiete gibt.

Kurz zusammengefaßt heißt dies: Das Facharztwesen ist Länderkompetenz. Die Facharztanerkennung ist keine Zulassung zu einem besonderen Beruf, sie ist eine Berufsausübungsregelung, und damit hat das Gericht die Einheit des Arztberufes anerkannt. „Statusbildende Bestimmungen“ sind nach Auffassung des Gerichtes die wesentlichen Rechtsgrundsätze für die Weiterbildung und die Anerkennung von weitergebildeten Ärzten in einem Fachgebiet. Sie beinhalten also z. B. die Voraussetzungen für eine Facharztanerkennung, für zuzulassende Facharztrichtungen, für die Mindestdauer der Weiterbildung und für das Verfahren der Anerkennung. Das Gericht stellt in bezug auf die Beschränkung auf das Fachgebiet fest, daß grundsätzlich das Verbot der Tätigkeit außerhalb des Fachgebietes gerechtfertigt sei, vorausgesetzt allerdings, es gilt als allgemeine Richtlinie und nicht als eine –

auch einzelne Ausnahmefälle generell ausschließende – Regelung. Weiterhin wird festgestellt, daß die Führung mehrerer Facharztbezeichnungen, welche ein Arzt erworben hat, zugelassen werden müsse unter der Bedingung, es sind nahe verwandte Gebiete.

Aufgrund dieser damit im Mai 1972 geschaffenen Rechtssituation hat die Konferenz der Gesundheitsminister der Länder einen Arbeitsausschuß zur Vorbereitung einheitlicher gesetzlicher Bestimmungen gebildet. Die Bundesärztekammer entwickelte unmittelbar nach Bekanntwerden des Karlsruher Urteils ihre Vorstellungen für eine gesetzliche Regelung und legte sie vor. Der Arbeitsausschuß der Gesundheitsminister, bestehend aus den leitenden Medizinalbeamten und Juristen der Länder, hat nach Anhörung der Bundesärztekammer und zahlreicher ärztlicher Organisationen im März 1973 einen entsprechenden Entwurf erarbeitet. Auf dem Deutschen Ärztetag haben wir unsere Stellungnahme dazu ausführlich und in voller Deutlichkeit klargelegt („Deutsches Ärzteblatt“, Heft 44, 1. November 1973, Seite 3049 ff). Leider wurde von den Vorschlägen der deutschen Ärzteschaft nur die sogenannte Übergangsvorschrift aufgenommen. Die Konferenz der Gesundheitsminister hat sich auf einer Sitzung im November 1973 in Berlin mit dem Entwurf ihrer Arbeitsgruppe befaßt und ihrerseits dann den jetzigen „Musterentwurf eines Ländergesetzes über das Facharztwesen“ verabschiedet und den Ländern zugeleitet. Bei dieser Konferenz ist bekanntgeworden, daß die Gesundheitsminister zeitweise ihre juristischen und ärztlichen Fachberater ausgeschlossen hatten und zu einem in ganz wesentlichen Punkten veränderten Ergebnis kamen.

Der Musterentwurf im einzelnen; wobei nur auf die einschneidendsten Bestimmungen eingegangen werden soll:

Wenn auch § 1 den Ärztekammern die Aufgabe zuweist, Gebiets-, Teilgebiets- und Zusatzbezeichnungen zu bestimmen bzw. neu festzulegen, falls dies im Hinblick auf die medizinische Entwicklung und für eine angemessene ärztliche Versorgung erforderlich ist, so wird in Absatz 2 daneben über den Landesregierungen das Recht eingeräumt, durch Rechtsverordnungen neue Gebiets- und Teilgebietsbezeichnungen zu bestimmen, soweit dies nach staatlicher Auffassung geboten erscheint und nicht innerhalb einer angemessenen Frist durch die Ärztekammer geschieht. Dieser Mißtrauensparagraf ist ein ganz gravierender staatlicher Eingriff und um so unverständlicher, wenn man die jahrzehntelang bewährte Rechtsübung betrachtet, in der die Ärztekammern in völliger Souveränität diese Entscheidungen trafen und die zuständige Landesbehörde jeweils nur aufsichtlich ihre Zustimmung gegeben hat. Eine solche Doppelzuständigkeit ist aber praktisch einer totalen Staatsaufsicht gleichzusetzen und sie muß zu Komplikationen führen. § 3 legt fest, daß zu den Gebietsbezeichnungen neben „Allgemeinmedizin“ auch „Öffentliches Gesundheits-

wesen“ zählt. Hier und in § 8 Abs. 4 ist bestimmt, daß der erfolgreiche Abschluß der Weiterbildung durch das Bestehen der staatsärztlichen Prüfung nachgewiesen und die Anerkennung durch die zuständige Landesbehörde ausgesprochen wird. Wir haben also im einheitlichen Bereich von Facharztanerkennungen zwei Durchführende: für alle sonstigen Gebiete die Landesärztekammer, für dieses Fachgebiet die zuständige Landesbehörde.

§ 5 befaßt sich mit der Weiterbildung. Hier ist festgehalten, daß höchstens $\frac{2}{3}$ der vorgeschriebenen Weiterbildungszeit bei derselben Weiterbildungsstätte und demselben Arzt abgeleistet werden dürfen. Solche Bestimmungen führen – generell erlassen – fachlich gesehen ins Absurde. Es hätte sinnvoll sein können, in einer Weiterbildungsordnung detailliert von Fall zu Fall bzw. von Fach zu Fach diese oder ähnliche Überlegungen aufzunehmen; denn es gibt Weiterbildungsgänge, bei denen eine zeitliche Aufteilung aus fachlichen Gründen zweckmäßig und notwendig ist. Eine solche einschneidende, globale Festlegung aber bringt in einer Reihe von Fächern keinerlei fachliche Vorteile, im Gegenteil, sie ist geeignet, sich nachteilig auf die Weiterbildung auszuwirken. Mit Sicherheit trifft diese Bestimmung den ärztlichen Nachwuchs ganz besonders hart; denn der junge Arzt wird meist nicht das Glück haben, am gleichen Ort bleiben zu können, um seine Weiterbildung zu beenden. Hier werden unnötige soziale und familiäre Belastungen für den ärztlichen Nachwuchs heraufbeschworen. Wir sind uns insoweit völlig einig, daß es in Einzelfällen erforderlich werden kann, solche Belastungen auf sich zu nehmen, und dann müssen sie eben im Interesse einer besseren Qualifikation getragen werden. Gegen eine generelle Vorschrift im Gesetz aber müssen wir uns ganz eindeutig wenden. Noch problematischer ist die weitere Festlegung, daß die Ärztekammer Ausnahmen zulassen kann, wenn es mit den Zielen der Weiterbildung vereinbar ist. Ausnahmen aber sind immer Einzelfälle, wo liegen hier die Grenzen? Bei der Gesamtanalyse aller Fachgebiete wird der fachliche Zwang zum Wechsel die Ausnahme sein.

Eine weitere, ganz gravierende Bestimmung enthält § 6, der sagt, daß Krankenhäuser als Weiterbildungsstätten in Zukunft vom Staat zugelassen, Leitende Ärzte aber als die Weiterbilder von der Ärztekammer ad personam ermächtigt werden. Eine jede Ermächtigung zur Weiterbildung setzt jedoch eine eingehende Fachbegutachtung voraus, die aufgrund unserer langjährigen Erfahrung nur in der gemeinsamen Analyse von Persönlichkeit und Qualifikation des Weiterbilders im Zusammenhang mit den dort am Krankenhaus gegebenen personellen, materiellen und sonstigen Gegebenheiten erfolgen kann. Ausschließlich dadurch sind Beurteilungsmaßstäbe gegeben und Ermächtigungsentscheidungen gewährleistet, wie sie in allen Kammerbereichen zu einer einheitlichen Verwaltungsübung geführt haben.

Mit der in § 8 vorgesehenen Facharztprüfung, wobei die zuständige Behörde durch Rechtsverordnung eine Prüfungsordnung erstellt, ist eine Kernfrage der gesamten Weiterbildung berührt. Im ersten Entwurf war hier das sogenannte Gutachterverfahren angeführt, das durchaus vertretbare Grundsätze beinhaltet. Im jetzt vorliegenden Musterentwurf ist ein formelles Prüfungsverfahren vorgeschrieben. Zunächst eine klare Feststellung: Die Weiterbildung der Ärzte in unserem Lande ist qualitativ hochwertig, sie braucht einen Vergleich zum internationalen Standard keinesfalls zu scheuen, so daß eine Überprüfung grundsätzlich in keiner Weise von uns abgelehnt wird. Von der Sache her vertretbar und angemessen als Lösung wäre dieses Gutachterverfahren, wobei sowohl die Zeugnisse geprüft würden und auch die persönliche Anhörung des Antragstellers gegebenenfalls in einem Kolloquium ihren Platz hätte. Eine formelle Prüfung aber ist in allen Berufen das Ende eines Ausbildungsganges. Die Prüfung ist geeignet, die Rechtsposition des jungen Arztes als ärztlicher Arbeitnehmer am Krankenhaus in Frage zu stellen; denn damit besteht die Gefahr, daß die Weiterbildung zum Facharzt rechtlich als „Ausbildungsverhältnis“ qualifiziert wird. Als Berufsvertretung aller Arztgruppen müssen wir diese Gefahr sehen und wir können uns nicht mit beschwichtigenden Worten zufriedengeben. Unsere Verantwortung für den ärztlichen Nachwuchs gebietet, hier ein energisches Nein zu setzen. Niemand wird bestreiten, daß die ärztliche Betreuung der Patienten im Krankenhaus überhaupt nur durch die volle ärztliche Berufstätigkeit der jungen Ärzte möglich ist. Die Umwandlung des bisherigen Weiterbildungsverhältnisses der jungen Ärzte am Krankenhaus in ein Ausbildungsverhältnis beschwört alle jene negativen Folgen für die soziale und wirtschaftliche Stellung der jungen Ärztegeneration hervor, wie wir sie in anderen Ländern innerhalb der EG sehen können. Hiermit ist eine ganz erhebliche Gefahr für eine Verschlechterung der wirtschaftlichen Situation der jungen Ärzte gegeben. Wir sind unterrichtet, daß in Entwürfen zu dieser Prüfungsordnung eine formelle Prüfung in mündlicher Form von 30 Minuten je Kandidat vorgesehen ist. Sich in einer halben Stunde davon zu überzeugen, daß z. B. ein Chirurg in seinem Gesamtwissen und -können die moderne Chirurgie beherrscht, überfordert jeden Prüfer. Eine solche Prüfung ist fachlich fragwürdig und hat nur Alibifunktion.

§ 10 legt fest, daß der Arzt, der eine Gebietsbezeichnung führt, im wesentlichen nur in dem Gebiet tätig werden darf, dessen Bezeichnung er führt. Dies ist ein erschreckender Rückschritt in der Entwicklung unseres Berufsstandes und geht eindeutig zu Lasten der Patienten. Wer nach derzeit geltendem Recht eine Facharztbezeichnung führt, ist grundsätzlich verpflichtet, sich auf sein Fachgebiet zu beschränken. Selbstverständlich gibt und gab es Ausnahmen, aber Ausnahme war der Einzelfall. Die bis-

herige zwar strenge, aber berufsrechtlich einwandfrei überprüfbare Regelung liegt voll im Interesse unserer Patienten. Sie konnten nämlich sicher sein, daß im Falle der Notwendigkeit fachärztlicher Behandlung vom behandelnden Arzt immer dann ein anderer Kollege zugezogen wurde, wenn die Grenzen des eigenen Gebietes erreicht oder überschritten waren. Diese Bestimmung war darüber hinaus die fundamentale Basis für eine gute kollegiale Zusammenarbeit der Ärzte untereinander. Sie hat sich nicht nur jahrzehntelang bewährt, sie wurde auch verfassungsrechtlich ganz klar anerkannt. Die nunmehr vorliegende Formulierung einer Beschränkung im „wesentlichen“ verstößt gegen die Feststellungen im Grundsatzurteil von Karlsruhe ist berufsaufsichtlich nicht mehr kontrollierbar und wirft uns in einer positiven Entwicklung um viele Jahrzehnte zurück. Im gleichen § 10 Abs. 3 ist weiterhin für alle Fachärzte, die in eigener Praxis hauptberuflich tätig sind, die grundsätzliche Verpflichtung zur Teilnahme am ärztlichen Notfalldienst enthalten. Wir haben als Ärztekammer immer die Auffassung vertreten, daß die Teilnahme am ärztlichen Notfalldienst für jeden niedergelassenen Arzt grundsätzlich selbstverständlich ist.

Zusammenfassend muß klar festgehalten werden, daß dieser vorliegende Musterentwurf eine sinnvolle Anpassung des Rechts der Weiterbildung an die Entwicklung der Medizin behindert, die Weiterbildung selbst in ihrer Durchführung gefährdet, einen gravierenden Rückschritt in der jahrzehntelang bewährten Durchführung der Berufsordnung darstellt, Gefahren für die ärztliche Versorgung der Patienten im Notfalldienst heraufbeschwört und nicht zuletzt geeignet ist, das Kollegialverhältnis der Ärzte untereinander auf Kosten unserer Patienten zu belasten. Darüber hinaus verstößt er eindeutig gegen einzelne Feststellungen des Karlsruher Facharzturteils und den hier niedergelegten Leitsätzen bzw. geht weit darüber hinaus. Abschließend seien dazu die Grundsätze zitiert, in denen der 1. Senat des Bundesverfassungsgerichtes seine Auffassung von ärztlicher Selbstverwaltung niederlegt:

„Es würden“ — wie das Bundesverfassungsgericht ausdrücklich hervorhebt — „die Prinzipien der Selbstverwaltung und der Autonomie, die ebenfalls im demokratischen Prinzip wurzeln und die dem freiheitlichen Charakter unserer sozialen Ordnung entsprechen, nicht ernst genug genommen, wenn der Selbstgesetzgebung autonomer Körperschaften so starke Fesseln angelegt würden, daß ihr Grundgedanke — die in der gesellschaftlichen Gruppe lebendigen Kräfte in eigener Verantwortung zur Ordnung der sie besonders berührenden Angelegenheiten heranzuziehen und ihren Sachverstand für die Findung „richtigen“ Rechts zu nutzen — nicht genügend Spielraum fände.“

Diesen Ausführungen haben wir nichts hinzuzufügen!

Dr. Stordeur

Das ärztliche Attest *

von H. N a r r

1. Der Begriff ärztliches Attest

Der Begriffsinhalt des Wortes Attest ist nicht eindeutig. Das Wort Attest ist kein Terminus. Attest kommt aus dem lateinischen „attestatum“ und heißt nach der Brockhaus-Enzyklopädie schriftliche Bescheinigung. Am nächsten kommt man dem Inhalt des Wortes, wenn man ihn mit Zeugnis übersetzt und darunter eine schriftliche Bescheinigung ärztlichen Inhaltes versteht. Ein ärztliches Attest liegt also vor, wenn das Ergebnis einer ärztlichen Feststellung oder Untersuchung niedergelegt wird, gleichgültig, ob es sich um die Untersuchung eines einzelnen Organes, die zusammenfassende ärztliche Beurteilung mehrerer Untersuchungsergebnisse oder um die Gesamtbeurteilung eines Krankheitsbildes handelt (BGH vom 29. Januar 1957 — ÄM 1958 S. 85 —). Der Unterschied zum Gutachten besteht darin, daß das ärztliche Zeugnis eine auf der ärztlichen Fachkunde beruhende Aussage über einen tatsächlichen Zustand ist, während das Gutachten darüber hinaus eine sachverständige und damit subjektive Wertung eines bestimmten Tatbestandes vornimmt. Im Gutachten werden auf der Grundlage objektiver Feststellungen subjektive Folgerungen gezogen.

2. Erscheinungsformen ärztlicher Atteste

Zahl und Erscheinungsformen dieser Atteste sind vielfältig. Es gibt, um nur die wichtigsten zu nennen,

- den Befundbericht,
- den Brief ärztlichen Inhaltes,
- die Arbeitsunfähigkeitsbescheinigung,
- die Bescheinigung über den mutmaßlichen Tag der Entbindung,
- die Diätbescheinigung für das Finanzamt,
- die Bescheinigung zur Befreiung vom Turnunterricht,
- die Bescheinigung über das Aufsuchen des Arztes während der Arbeitszeit,
- die Bescheinigung über das Fehlen einer ansteckenden Krankheit,
- die Bescheinigung zum Erwerb des Führerscheines,
- die Bescheinigung über eine vorgenommene Impfung und last not least
- den Krankenschein, auf welchem zu Abrechnungszwecken gegenüber der Kassenärztlichen Vereinigung eine Diagnose, also die Feststellung eines bestehenden Krankheitsbildes, attestiert wird.

3. Form und Inhalt ärztlicher Atteste

Über Form und Inhalt eines ärztlichen Zeugnisses schreiben die Berufsordnungen der einzelnen Landesärztekammern übereinstimmend vor, daß der Arzt bei der Ausstellung ärztlicher Zeugnisse mit der notwendigen Sorgfalt zu verfahren hat und nach bestem

Wissen seine ärztliche Überzeugung aussprechen muß. Außerdem muß auf dem Attest der Zweck des Schriftstückes und sein Empfänger angegeben werden. Damit soll eine mißbräuchliche Verwendung des Attestes vermieden werden. Der Empfänger könnte bei Fehlen der Zweckbestimmung und bei Fehlen der Namensangabe das Attest bei mehreren Behörden vorlegen oder könnte es an andere Personen weitergeben. Schließlich müssen ärztliche Atteste innerhalb einer angemessenen Frist abgegeben werden. Damit hapert es gelegentlich. Insbesondere beschwerten sich zunehmend Berufsgenossenschaften und gelegentlich auch Lebensversicherungsgesellschaften darüber, daß ärztliche Zeugnisse Monate, manchmal Jahre nach einem Unfall trotz häufiger Mahnungen immer noch nicht erstellt sind. Der unangemessen säumige Arzt riskiert bei einem solchen Verhalten nicht nur die berufsgerichtliche Bestrafung durch die Ärztekammer, da die rechtzeitige Erstellung eines Attestes zu den Berufspflichten gehört, sondern auch eine Ordnungsstrafe vom Versicherungsamt, da gemäß § 1502 Abs. 3 RVO die Personen, die zur Auskunft verpflichtet sind, mit Ordnungsstrafen in Geld belegt werden können, wenn sie die Auskunft an die Berufsgenossenschaft nicht in angemessener Frist erteilen. Für den Kassenarzt schließlich ist die rechtzeitige Auskunftserteilung Bestandteil seiner kassenärztlichen Pflichten. Hält er diese Pflichten nicht ein, kann er im Rahmen eines Disziplinarverfahrens mit einem Verweis, einer Verwarnung oder einer Geldstrafe bis zu DM 1000,— belegt werden.

4. Verpflichtung zur Ausstellung von Attesten gegenüber dem Patienten

Zur Ausstellung eines Attestes sind der Arzt und der Kassenarzt regelmäßig verpflichtet. Diese Verpflichtung kann sich ergeben:

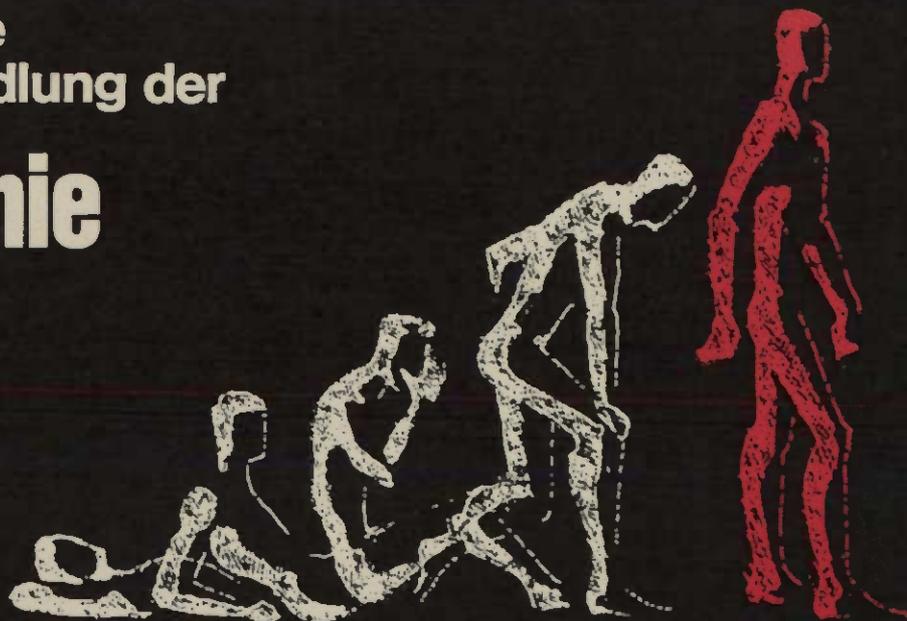
1. Aus einem Beamten- oder Angestelltenverhältnis (Amtsarzt, Vertrauensarzt)
2. Aus dem Gesetz (§ 4 des Bundesseuchengesetzes oder § 12 des Geschlechtskrankheitengesetzes)
3. Aus dem Behandlungsvertrag zwischen Arzt und Patient

Dabei ist es gleichgültig, ob dieser Behandlungsvertrag zur Erstellung eines Attestes eigens abgeschlossen wird oder aufgrund einer bereits begonnenen Behandlung noch besteht. Es ist auch unerheblich, ob es sich um einen Kassen- oder Privatpatienten handelt. Denn der Behandlungsvertrag mit dem Kassenpatienten richtet sich nach den Vorschriften des bürgerlichen Vertragsrechtes (§ 368 d Abs. 4 RVO). Der Kassenarzt hat lediglich die Besonderheit zu beachten (§ 3 BMV),

*) Referat anlässlich des II. Sozialmedizinischen Informationskurses der Bayerischen Akademie für Arbeitsmedizin und soziale Medizin in München am 5. April 1973.

Zuverlässige
orale Behandlung der

Hypotonie



Novadral retard®

- Kontinuierliche Wirkstoff-Freigabe
- Millionenfach in Klinik und Praxis bewährt
- Bei allen Formen orthostatischer Dysregulationen

Novadral® Liquidum

- Rascher Wirkungseintritt
- Zur Überwindung des morgendlichen Tiefs
- Bei plötzlichen Belastungen
- Für kreislaufabile Schulkinder und Jugendliche

**NOVADRAL® hält den Blutdruck stabil,
ist gut verträglich und stimuliert zentral nicht.**

Zusammensetzung

Novadral retard Dragées

1 Retard-Dragee enthält:
Norfenefrin-hydrochlorid 15mg

Novadral Liquidum

1 ml Liquidum enthält:
Norfenefrin-hydrochlorid 6mg

Indikationen

Dragées und Liquidum

Alle Formen der Hypotonie; essentiell, ortho-
statisch, postoperativ, postinfektios oder wetter-
bedingt.

Kreislaufregulationsstörungen; in der
Adoleszenz, während der Schwangerschaft,
im Klimakterium, nach längerer Bettlägerigkeit.

Kontraindikationen

Essentielle und symptomatische Hypertonien
jeder Genese, Thyreotoxikose

Zur Beachtung

Atropin hebt die reflektorische Bradykardie auf.
Ganglienblockierende Substanzen, Iminodibenzyl-
Derivate und MAO-Hemmer steigern den
pressorischen Effekt von Novadral,
Phenothiazine schwächen ihn ab.

Anwendung und Dosierung

Novadral retard Dragées

1 Dragée morgens, evtl. vor dem Aufstehen. Je
nach Kreislaufsituation 1 Dragée mittags, in
besonderen Fällen 1 weiteres Dragée abends. Die
Nachtruhe wird hierdurch nicht gestört, da
Novadral retard keine zentral erregende Wirkung
hat. Novadral retard kann auch Kindern und
Jugendlichen verabreicht werden.

Novadral Liquidum

Erwachsene täglich 2-3 mal 20-30 Tropfen.
Kinder 2 mal täglich 2 Tropfen pro Lebensjahr.

Novadral Liquidum sollte möglichst lange im Mund
behalten werden, damit eine ausreichende
Resorption bereits durch die Mundschleimhaut
gewährleistet wird

Handelsformen und Preise

Novadral retard Dragées

Packung mit 20 Dragées DM 6,20 m. MwSt.

Packung mit 50 Dragées DM 12,45 m. MwSt.

Packung mit 100 Dragées DM 21,65 m. MwSt.

Packung mit 500 Dragées DM 89,30 m. MwSt.

Anstaltspackung

Novadral Liquidum

Packung mit 20ml DM 6,90 m. MwSt.

Packung mit 50ml DM 15,90 m. MwSt.

Packung mit 250ml DM 57,35 m. MwSt.

Anstaltspackungen

GÖDECKE Stand April '74

172/0

daß er alle die Bescheinigungen, deren die Krankenkasse zur Durchführung ihrer gesetzlichen Aufgaben bedarf, nicht dem Patienten besonders in Rechnung stellen darf, sondern über Krankenschein mit der Kassenärztlichen Vereinigung abrechnen muß. Zu diesen Bescheinigungen gehören im Rahmen der kassenärztlichen Versorgung der Befundbericht,

der Brief ärztlichen Inhaltes,

die Arbeitsunfähigkeitsbescheinigung,

die Bescheinigung über den mutmaßlichen Tag der Entbindung.

Sofern aber der Kassenpatient eine Bescheinigung zu privaten Zwecken benötigt, z. B.

eine Diätbescheinigung für das Finanzamt,

eine Bescheinigung für die Verkehrsbehörde zur Erlangung des Führerscheines,

eine Bescheinigung für den Arbeitgeber über die Notwendigkeit, während der Arbeitszeit den Arzt aufzusuchen,

muß diese Bescheinigung auch vom Kassenpatienten privat bezahlt werden.

5. Besonderheiten für die Bescheinigung gemäß § 1542 RVO

Umstritten ist die Einordnung der Bescheinigung gemäß § 1542 RVO, die von den Krankenkassen dazu benötigt wird, einen Schadenersatzanspruch gegenüber einem dritten Schadensverursacher geltend zu machen. Dieser Fall tritt immer dann ein, wenn eine Krankenkasse ihrem Versicherten Leistungen gewähren muß, die dieser infolge eines von ihm nicht verschuldeten Verkehrsunfalles erlitten hat, für dessen Folgen aber die Krankenkasse zunächst eintritt und sich am Schuldigen dann schadlos hält. Nach nicht einhelliger Meinung kann der Arzt eine solche von den Krankenkassen verlangte Bescheinigung, in welcher er regelmäßig die von ihm aus Anlaß des Unfalles erbrachten Leistungen spezifizieren muß, privat verrechnen. Das Amtsgericht Hamburg vertritt in einer Entscheidung vom 19. Juni 1970 eine andere Meinung. Es stellt nämlich fest, daß die Ausstellung einer solchen Bescheinigung zu den kassenärztlichen Pflichten gehöre, weil die Krankenkasse zur Durchführung ihrer gesetzlichen Aufgaben diese Bescheinigung benötige. Die gesetzlichen Aufgaben der Krankenversicherung beschränken sich aber auf die Maßnahmen, die unmittelbar zur Gewährung der ärztlichen Versorgung, nicht zur Durchführung von Verwaltungsaufgaben der Krankenkassen notwendig sind. Diese Bescheinigung ist also privat zu bezahlen.

6. Die Verpflichtung zur Ausstellung einer richtigen Bescheinigung

Aus der Amts- und Dienststellung des Arztes, aus dem mit dem Patienten abgeschlossenen Behandlungsvertrag, aus der Zulassung als Kassenarzt und aus der Berufsordnung ergibt sich die weitere Verpflichtung des

Arztes zur Ausstellung einer richtigen Bescheinigung. Richtig ist eine Bescheinigung nur, wenn sie in ihren Einzelfeststellungen, in der Erhebung der Befunde und in der Gesamtbeurteilung eines Krankheitsbildes der Wahrheit entspricht. Solche Feststellungen erfordern regelmäßig eine ärztliche Untersuchung. Wird sie nicht vorgenommen und entsteht dem Patienten aus der daraus resultierenden unrichtigen Attestierung ein Schaden, muß der Arzt diesen Schaden ersetzen, soweit ihn wegen der unterlassenen Untersuchung ein Verschulden trifft. Dies wird regelmäßig unterstellt werden können. Ein solcher Schadenersatzanspruch ist durch die Berufshaftpflichtversicherung abgesichert. Seit Einführung des Lohnfortzahlungsgesetzes häufen sich die Fälle, in denen Arbeitgeber Ärzten gegenüber Schadenersatzansprüche wegen nachlässig ausgestellter Arbeitsunfähigkeitsbescheinigungen geltend machen. Die Arbeitgeber verlangen in diesen Fällen vom Arzt Ersatz des Krankengeldes, das sie und nicht mehr die Krankenkassen seit Einführung der arbeitsrechtlichen Lösung der Lohnfortzahlung aufbringen müssen. Schadenersatzansprüche gibt es im übrigen auch häufiger bei nachlässig unrichtiger Terminierung eines Niederkunftstermines.

7. Strafbarkeit des Arztes wegen Ausstellung eines unrichtigen Gesundheitszeugnisses

Ein Arzt, der ein unrichtiges Zeugnis ausstellt, macht sich außerdem strafbar. Gemäß § 278 StGB werden Ärzte mit Freiheitsstrafen von einem Monat bis zu zwei Jahren bestraft, wenn sie wider besseres Wissen ein unrichtiges Zeugnis über den Gesundheitszustand eines Menschen zum Gebrauch bei einer Behörde oder einer Versicherungsgesellschaft ausstellen. Zu den Gesundheitszeugnissen im Sinne dieser Strafbestimmung rechnen alle von mir bereits aufgezählten Atteste, wie Krankenscheine, Impfscheine, Blutalkoholberichte — auch die Vertauschung von Blutproben ist Fälschung eines Gesundheitszeugnisses —, Arbeitsunfähigkeitsbescheinigungen usw. Dabei ist das Zeugnis nach gefestigter Rechtsprechung schon dann unrichtig, wenn es ausgestellt wird, ohne daß eine ärztliche Untersuchung stattgefunden hat (RGSt. Bd. 74, S. 229; BGHSt. Bd. 6, S. 90, Bd. 10, S. 157; OLG München — NJW 1950, S. 796 —; OLG Düsseldorf — ÄM 1958, S. 86, und MDR 1957, S. 372 —; DAHMANN — DÄ 1969, S. 3110 —). Es kommt auch nicht darauf an, ob der Arzt auf dem Attest einen Hinweis über eine durchgeführte Untersuchung unterläßt und lediglich eine von ihm angenommene Diagnose bestätigt, um nachher darauf abstellen zu können, er habe gar nicht untersucht. Wenn diese Diagnose nicht aufgrund einer verantwortlichen Untersuchung gestellt wurde, ist das Gesundheitszeugnis im strafrechtlichen Sinne falsch, und zwar selbst dann, wenn der nicht erhobene Befund sich nachträglich als richtig herausstellt. Das Zeugnis ist auch dann falsch, wenn es ohne Untersuchung lediglich aufgrund einer telefonischen

oder mündlichen Unterrichtung durch Angehörige oder durch einen anderen Arzt ausgestellt wird. Im letzteren Fall muß auf dem Attest ausdrücklich vermerkt werden, daß eine Fremdanamnese oder ein Fremdbefund eines anderen Arztes der eigenen Beurteilung zugrunde gelegt wurde. Nach einer — umstrittenen — Entscheidung des OLG Düsseldorf aus dem Jahre 1957 (MDR 1957, S. 372; DÄ 1963, S. 2752) kann es aber Krankheitsfälle geben, in denen es sich entweder nach der Art der Erkrankung oder der seelischen Vertassung des Patienten für den gewissenhaften Arzt verbietet, eine körperliche Untersuchung oder eine persönliche Befragung des Patienten vorzunehmen. In solchen Fällen soll es nach dieser Entscheidung genügen, wenn der Arzt vor Ausstellung des Gesundheitszeugnisses sich auf andere Weise zuverlässig über den Gesundheitszustand des Patienten unterrichtet etwa durch Befragen von Angehörigen oder durch Rückfragen bei Ärzten, die diesen Patienten behandelt haben. Der Entscheidung des OLG Düsseldorf zufolge hatte der Arzt allein nach den Angaben der Mutter und ohne Untersuchung der vierzehnjährigen Tochter, die zwar früher auch in seiner Behandlung war, folgendes Attest ausgestellt: „Christel konnte krankheitshalber einige Tage nicht zur Schule kommen.“ Die Krankheit bestand darin, daß nach Schilderung der Mutter bei ihrer Tochter die erste Menstruation eingetreten war. Dieses Urteil ist auf Widerstand gestoßen. Es entspricht auch in der Tat nicht den Grundsätzen, die die höchstrichterliche Rechtsprechung an die Richtigkeit eines Gesundheitszeugnisses stellt. Der Bundesgerichtshof hat immer betont, § 278 StGB müsse die Beweiskraft ärztlicher Zeugnisse sichern. Dieser Gesetzeszweck verlangt eine eigenverantwortliche Untersuchung. Daran gemessen kann der Entscheidung des OLG Düsseldorf nicht zugestimmt werden, wenn das Gericht auch im Ergebnis zu Recht den Arzt nicht für strafwürdig erklärt hat.

Strafbarkeit tritt jedoch nur dann ein, wenn es sich um ein wider besseres Wissen ausgestelltes falsches Zeugnis handelt, das zum Gebrauch bei einer Behörde oder Versicherungsgesellschaft ausgestellt wurde. Dabei ist es unerheblich, ob von dem falschen Zeugnis tatsächlich durch Vorlage bei der Behörde oder Versicherungsgesellschaft Gebrauch gemacht wurde. Der Tatbestand ist mit der Ausstellung des falschen Zeugnisses wider besseres Wissen erfüllt. Wider besseres Wissen ist ein Gesundheitszeugnis immer dann ausgestellt, wenn sein Inhalt eine schriftliche Lüge darstellt, der Arzt also bewußt einen Zustand, einen Befund, einen Krankheitsverlauf oder andere medizinisch relevante Tatbestände attestiert, von denen er weiß, daß sie so, wie er sie attestiert, nicht zutreffen.

Unter einer Behörde versteht man ein von Personen unabhängiges Organ der Staatsgewalt, das unter öffentlicher Autorität für Zwecke des Staates tätig ist

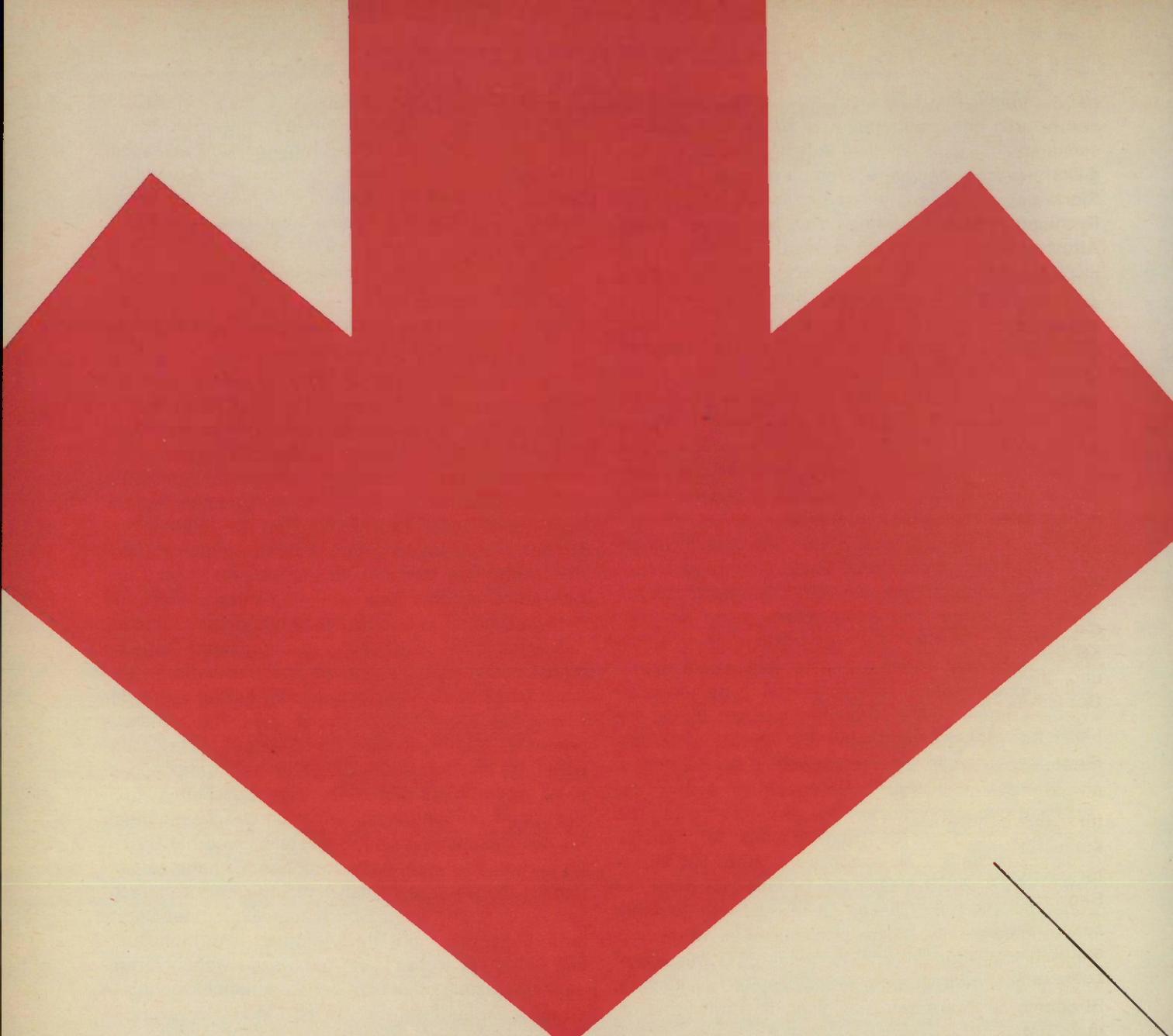
(SCHÖNKE-SCHRÖDER Anm. II, 2 zu § 114 StGB). Danach rechnen zu den Behörden Finanzämter, Schulbehörden, Orts-, Betriebs-, Innungskrankenkassen, Ersatzkrankenkassen sowie alle sonstigen Einrichtungen des Staates oder öffentlich-rechtlicher Selbstverwaltungen. Behörde in diesem Sinne ist auch die Kasernenärztliche Vereinigung und die Ärztekammer. Unter den Begriff Versicherungsgesellschaft fallen alle privaten Versicherungen.

Einige Beispiele aus der Rechtsprechung sollen die vorgetragene Theorie mit Leben erfüllen:

Nach einer Vorschrift der Stadt D. muß jede weibliche Person, die dort gewerbsmäßig Unzucht treibt, im Besitz eines von der Gesundheitsbehörde ausgestellten Ausweises, eines sogenannten „Kontrollbuches“ sein. Jeder Dirne wird überdies aufgegeben, sich jeden siebten Tag einer Untersuchung durch einen Arzt für Haut- und Geschlechtskrankheiten zu unterziehen. Mit den Ärzten, die derartige Untersuchungen vornehmen, hatte das Gesundheitsamt vereinbart, daß der Arzt jedesmal eine Bescheinigung auszustellen und dem Gesundheitsamt einzureichen hatte des Inhaltes, daß er die in der Bescheinigung angegebene Dirne an einem bestimmten Tag untersucht und welchen Befund die Untersuchung gehabt hat. Ferner hatte der Arzt in das Kontrollbuch, das an die Dirne zurückzugeben ist, gegebenenfalls den Stempel „kein krankhafter Befund“ einzudrücken. Ein Arzt hatte nun in einer größeren Zahl von Einzelfällen Bescheinigungen in Dirnenkontrollbüchern und auch Bescheinigungen für das Gesundheitsamt ausgestellt, ohne die Dirnen an diesem Tag untersucht zu haben. Er hatte es vielmehr genügen lassen, daß ihm oder seiner Sprechstundenhilfe das Kontrollbuch zugleich mit der Untersuchungsgebühr von DM 3,— durch eine Mittelsperson vorgelegt wurde. Der Arzt wurde wegen fortgesetzter Ausstellung unrichtiger Gesundheitszeugnisse zu einer Gefängnisstrafe von acht Monaten verurteilt.

Ein Arzt hatte eine n Patienten, ohne diesen zu untersuchen und nur aufgrund des ihm von der Ehefrau des Patienten angegebenen Krankheitsbildes, für behördliche Zwecke bescheinigt, daß der Patient an einer Verstauchung des rechten Fußes mit Anschwellung leide. Im Attest war der Hinweis, eine Untersuchung habe stattgefunden, unterlassen worden. Das OLG München (NJW 1950 S. 796) hat den Arzt mit der Begründung bestraft: Ohne Untersuchung gäbe es keinen Befund. Die Strafbarkeit werde dadurch nicht ausgeschlossen, daß angenommener und tatsächlicher Befund übereinstimmen. Auch wenn eine Untersuchung nicht attestiert werde, dürfe sie nicht unterbleiben.

Eine Ärztin hatte in 250 Fällen Krankenscheine entgegengenommen und auf diesen aufgrund der Angaben, die die Überbringer machten, Diagnosen vermerkt, ohne die auf den Krankenscheinen angegebenen Personen jemals gesehen, geschweige denn untersucht zu haben. Der Bundesgerichtshof (Bd. 6, S. 90)



® Efanex

senkt zuverlässig den erhöhten Blutdruck;
es enthält zusätzlich Kalium und eignet sich deshalb besonders
für den Hypertoniker mit kardialer Symptomatik

Zusammensetzung

0,1 mg Reserpin + 10 mg Dihydralazin +
10 mg Hydrochlorothiazid + 300 mg Kalium-
chlorid retard pro Dragée

Indikationen

Alle Formen und nahezu alle Stadien der
primären und sekundären Hypertonie,
besonders bei digitalisierten Kranken und bei
den Patienten, bei denen aufgrund von
Zweiterkrankungen oder Zweitmedikationen
die Entwicklung einer Hypokaliämie nicht
einzuschließen ist.

Kontraindikationen

Sulfonamid-Überempfindlichkeit, Coma hepa-

ticum, therapieresistente Hypokaliämie,
Niereninsuffizienz mit Anurie; hochgradige
Koronarsklerose.

Dosierung

Durchschnittlich 1–2mal täglich 1 Dragée. Falls
erforderlich, kann die Dosis vorübergehend
erhöht werden, bis der Blutdruck auf den
gewünschten Wert gesenkt ist. Erhaltungs-
dosis 1–2 Dragées täglich.

Zu beachten

Während der Behandlung mit ELFANEX kann,
besonders bei gleichzeitigem Alkoholgenuß,
das Reaktionsvermögen – z. B. im Straßen-
verkehr – beeinflußt werden.

Bei Patienten mit latentem oder manifestem
Diabetes mellitus ist der Kohlenhydratstoff-
wechsel zu überwachen.
Bei Gichtkranken sollte der Harnsäurespiegel
überwacht werden, gegebenenfalls ist die
Gabe von Urikosurika erforderlich.
Sollten trotz der Behandlung mit ELFANEX
stärkere Kaliummangelzustände auftreten, ist
eine zusätzliche medikamentöse Substitutions-
behandlung mit einem Kaliumpräparat er-
forderlich.

Handelsformen und Preise

20 Dragées	DM 5,15
50 Dragées	DM 11,95
Anstaltspackungen	

hat die Revision der Ärztin verworfen. Sie wurde also verurteilt mit folgenden Feststellungen: Krankenscheine sind Gesundheitszeugnisse im Sinne des § 278 StGB. — Ortskrankenkassen sind Behörden im Sinne des § 278 StGB. — Für den Arzt besteht eine Rechtspflicht zur Untersuchung vor Ausstellung eines Attestes (s. auch RGSt Bd. 10, S. 157).

Eine bei einem Arzt beschäftigte medizinisch-technische Assistentin bescheinigte einem Patienten, daß er wegen Gallenerkrankung die nächsten acht Wochen nicht reisefähig sei, obwohl eine Untersuchung weder durch den Arzt noch durch die medizinisch-technische Assistentin stattgefunden hatte. Hier wurde allerdings die medizinisch-technische Assistentin und nicht der Arzt bestraft.

8. Die Honorierung ärztlicher Atteste

Die Honorierung von Gesundheitszeugnissen ist verschieden, je nachdem, um welchen Patientenkreis es sich handelt. Für den Kassenpatienten gilt der Bewertungsmaßstab für Ärzte (BMÄ), eine speziell für die Behandlung von Kassenpatienten zwischen der KBV und den Bundesverbänden der Orts-, Betriebs- und Innungskrankenkassen vertraglich vereinbarte Gebührenordnung. Danach werden vergütet

für Befundberichte	DM 2,—
für die Ausstellung einer AU-Bescheinigung	DM 2,—
für einen Brief ärztlichen Inhaltes	DM 3,—
für eine kurze Bescheinigung oder ein kurzes Zeugnis	DM 3,—
für einen Krankheitsbericht ohne nähere Begründung	DM 6,—

zuzüglich der von den einzelnen Kassenärztlichen Vereinigungen mit den Krankenkassen vereinbarten Prozentschlägen.

Bei den Ersatzkassen betragen die Gebührensätze

für den Befundbericht	DM 2,75
für die AU-Bescheinigung	DM 2,75
für einen Brief ärztlichen Inhaltes	DM 4,15
für eine kurze Bescheinigung oder ein kurzes Zeugnis	DM 8,25

Für die Berufsgenossenschaften gilt das Abkommen Ärzte/Berufsgenossenschaften (hier entfällt der Befundbericht — Nr. 14 —).

Für die AU-Bescheinigung werden	DM 2,60
für eine kurze Krankheitsauskunft	DM 7,30
und für einen Krankheitsbericht	DM 9,70 bis DM 22,40

vergütet.

Beim Privatpatienten ist die gesetzliche Gebührenordnung vom 18. März 1965 (GOÄ) zugrunde zu legen. Die GOÄ ist eine Rahmengebührenordnung, die es dem Arzt erlaubt, unter Berücksichtigung der Umstände des einzelnen Falles, insbesondere der Schwierigkeit der Leistung, des Zeitaufwandes, der Vermögens- und Einkommensverhältnisse des Patienten

sowie der örtlichen Verhältnisse nach billigem Ermessen bis zum Sechsfachen des Mindestbetrages in Anrechnung zu bringen. Dabel entspricht der Mindestsatz den BMÄ-Sätzen ohne prozentualen Zuschlag. Angemessen kann deshalb im Einzelfall sowohl das Einfache wie in einzelnen Ausnahmefälle das Sechsfache sein. Nicht möglich ist die Festsetzung einer Mittelgebühr, die es dem Arzt generell ermöglicht, bei jedem Privatpatienten das Dreifache des Mindestsatzes zu berechnen. Die GOÄ schreibt ausdrücklich vor, daß die Honorierung im Einzelfall nach billigem Ermessen vom Arzt vorzunehmen ist. Da die gesetzliche Gebührenordnung subsidiär ist, also nur dann gilt, wenn zwischen Arzt und Patient vor Behandlungsbeginn keine andere Vereinbarung getroffen wurde, kann beim Privatpatienten jede andere Gebührenordnung, insbesondere auch die Privatadgo aus dem Jahre 1928 zugrunde gelegt werden. Ohne besondere Vereinbarung gilt aber in jedem Fall die GOÄ. Nach der Privatadgo wären berechnungsfähig

für einen Brief ärztlichen Inhaltes	DM 3,— bis DM 30,—
für eine kurze Bescheinigung oder ein kurzes Zeugnis	DM 2,— bis DM 20,—
für einen Krankheitsbericht ohne nähere Begründung	DM 5,— bis DM 50,—

Auch hier richtet sich die Höhe der im Einzelfall anzusetzenden Vergütung nach den besonderen Umständen dieses Einzelfalles, namentlich nach den örtlichen Verhältnissen, der Vermögenslage des Zahlungspflichtigen, der Mühewaltung des Arztes und nach dem Zeitaufwand.

Für Zeugnisse und Berichte von Lebensversicherungsunternehmen gab es bisher eine Gebührenvereinbarung zwischen dem Hartmannbund und den Versicherungsgesellschaften. Heute besteht eine solche Vereinbarung nicht mehr. Sie wurde aus kartellrechtlichen Gründen nicht mehr erneuert. Das Honorar für die Erstattung ärztlicher Zeugnisse und Berichte für Lebensversicherungsunternehmen wird jetzt zwischen Arzt und Patient direkt vereinbart. Als angemessene, unverbindliche Sätze können gelten

für ein kleines ärztliches Zeugnis	DM 50,— bis DM 60,—
für ein großes ärztliches Zeugnis	DM 70,— bis DM 90,—
beim ärztlichen Bericht sind je nach Umfang	DM 15,— bis DM 30,—

angemessen.

9. Ärztliches Attest und ärztliche Schweigepflicht

Im allgemeinen spielt das Problem der ärztlichen Schweigepflicht bei der Erstellung eines Attestes keine Rolle. Regelmäßig kommt der Patient mit dem Wunsch zum Arzt, ihm zur Erreichung eines bestimmten Zweckes ein Attest auszustellen. Damit verzichtet der

Patient auf die ärztliche Schweigepflicht und entbindet den Arzt gleichzeitig davon. Dies gilt auch im Bereich der Sozialversicherung einschließlich der Berufsgenossenschaften. Auf die Leistungen gesetzlicher Krankenkassen kann man verzichten, wenn man nicht mit dem Krenkenschein zum Arzt geht, sondern als Privatpatient. Wer aber durch Inanspruchnahme öffentlich-rechtlicher Sozialeinrichtungen Ansprüche stellt, erteilt damit auch sein Einverständnis zur Offenbarung jener Umstände, die zur Leistungspflicht dieser Einrichtungen führen. Niemand kann von einer Einrichtung der sozialen Sicherheit Zahlung für einen unbekanntem Anspruchsgrund erwarten.

Dies gilt nur für die gesetzliche Krankenkasse, nicht aber für den öffentlichen oder privaten Arbeitgeber. Kein Arbeitnehmer kann gezwungen werden, seinen Arzt deswegen von der Schweigepflicht zu entbinden, damit der Arbeitgeber die Diagnose seiner Erkrankung erfährt. Vielmehr beschränkt sich der Inhalt des ärztlichen Attestes an den Arbeitgeber darauf, daß und wie lange gegebenenfalls Arbeitsunfähigkeit besteht. Dies gilt uneingeschränkt auch für den Beamten und den Angestellten im öffentlichen Dienst. Dieser muß sich allerdings auf Weisung des Arbeitgebers einer vertrauensärztlichen Untersuchung unterziehen.

Ich möchte nicht mit erhobenem Zeigefinger winken, wenn ich zum Abschluß meines Referates die Stellungnahme eines Arztes, nämlich des Professors SPANN, zum ärztlichen Attest zitiere. SPANN schreibt in seinem 1962 erschienenen Buch „Ärztliche Rechts- und Standeskunde“ folgendes:

„Der Wert der ärztlichen Zeugnisse ist im Laufe der letzten Jahrzehnte erheblich gesunken. Wenn auch die Ursache dieser Wertminderung nicht einheitlich und zum Teil in der Bürokratisierung des Gesund-

heitswesens und in der allgemeinen Zeugnisflut zu suchen ist, so kann doch nicht verschwiegen werden, daß die Ärzte zum großen Teil selbst daran schuld sind, daß das Zeugnis des Arztes seine einstige Bedeutung verloren hat. Abgesehen von Gefälligkeitszeugnissen, die heute, wenn auch nicht von jedem Arzt, so doch ohne große Mühe zu beschaffen sind, kann sich jeder gutachtlich tätige Arzt immer wieder davon überzeugen, wie oft die zu Papier gebrachten ärztlichen Schlußfolgerungen nicht mit den objektiven Befunden in Einklang gebracht werden können und damit unbrauchbar sind. Diese Umstände, die selbstverständlich auch den Gerichten und Behörden bekannt sind, haben das „nichtamtsärztliche Zeugnis“ in seinem Wert auf ein Minimum herabgemindert. Der Patient stellt in dieser Richtung heute oft Forderungen an den Arzt, an die er früher nicht zu denken gewagt hätte. Er kann das nur deshalb tun, weil er weiß, daß er im Falle einer Ablehnung sicher einen anderen Arzt findet, der ihm seinen Wunsch erfüllt. Wenn der Ärztestand nicht zusehen will, daß die Bescheinigungen seiner Mitglieder zu völlig wertlosen Schriftstücken werden, dann muß auf diesem Gebiet eine grundlegende Änderung eintreten. Noch ist es Zeit dazu. Diese Änderung kann nur dadurch erreicht werden, daß jeder bei sich selbst beginnt und es ablehnt, dem Patienten etwas zu bescheinigen, was er mit seinem Gewissen nicht voll und ganz vereinbaren kann. Ferner ist es erforderlich, daß von seiten der Standesorganisation und der Berufsgerichte bei der Beurteilung derartiger Verfehlungen der strengste Maßstab angelegt wird.“

Anschr. d. Verf.: Dr. jur. H. Narr, Geschäftsführer der Kassenärztlichen Vereinigung Südwürttemberg, 7400 Tübingen, Wächterstraße 76

Kliniken zur Internen Weiter- und Nachbehandlung von Tumorkranken nach Operation und/oder Bestrahlung

In 8203 Oberaudorf/Bad Trißl und 8974 Oberlausen/Allgäu

für Kassen- und Privatpatienten

In der Klinik Bad Trißl werden nur Frauen mit Mamma- und Genitalkarzinomen aufgenommen, in der Schloßbergklinik Männer und Frauen mit allen Formen soliden Tumoren und Leukämien.

Mit den gesetzlichen Krankenkassen und Ersatzkassen in Bayern bestehen Pflegesatzvereinbarungen. Die Unternehmen der Privaten Krankenversicherung gewähren zu den stationären Kosten Zuschüsse.

Anmeldung und Aufnahme nach Vorlage eines ärztlichen Befundberichtes ausschließlich über die **Arbeitsgemeinschaft zur Förderung der Krebserkennung und Krebsbekämpfung in Bayern a.V.**, 8000 München 80, Mühlbauerstraße 16/IV (Ärztehaus Bayern), Telefon (0 89) 47 60 87.

Formulare für diesen Befundbericht können über die Arbeitsgemeinschaft zur Förderung der Krebserkennung und Krebsbekämpfung in Bayern a.V. angefordert werden.

Freizeitgestaltung und Freizeitangebot für die Kinder in Bayern*

von Erich Grassl

Heute ist der Ruf nach mehr Freizeit bei Erwachsenen und Kindern unüberhörbar und lautstark. Dabei wird nach neuesten Erhebungen die Freizeit bei den Erwachsenen immer mehr, bei den Kindern wird sie – verschiedenen Autoren zufolge – immer weniger. Stimmt dies generell, dann wäre es eine erschreckende Feststellung, die die Eltern, die Ärzte und Pädagogen gleichermaßen aufhorchen lassen müßte. Denn so ziemlich alle Autoren (Professor HELLBRÜGGE, Professor SPIEL, Professor ENGELBRECHT [1, 2]) weisen immer wieder auf die Überforderung der Schuljugend hin, auf die Zunahme von Stoff und spezialisiertem Fachwissen. Allerdings könnte es nach den ministeriellen Bestimmungen in Bayern zu keiner Überlastung der Schüler kommen. In der Bayerischen Schulordnung vom August 1972 ist eine Wochenstundenzahl für die Realschulen und Gymnasien von der Unterstufe zur Oberstufe von 28 bis 32 Stunden festgelegt. § 17 bestimmt, daß die Arbeitszeit für häusliche Aufgaben in den unteren Klassen zwei Stunden nicht überschreiten soll. Am Wochenende gibt es keine Hausaufgaben. Wenn sich die Lehrkräfte an diese Bestimmungen halten, dann könnte es zu keiner Überlastung kommen. Oder ist es die Unkonzentriertheit vieler Kinder, die sie zu lange für ihre Schulaufgaben brauchen läßt?

Diese Regelung würde eine altersgerechte Verteilung zwischen Beanspruchung und Erholung in den verschiedenen kindlichen Entwicklungsstufen bedeuten, wie sie schon im Jahre 1885 das Schulkomitee der Schwedischen Ärztesgesellschaft nach langjährigen gemeinsamen Beobachtungen mit Pädagogen ausgearbeitet hatte (3), und die sich mit neueren Forschungen von Frau Professor Hildegard HETZER (4) decken: Ein sechsjähriges Kind soll danach pro Tag mindestens sechs Stunden, ein neunjähriges Kind mindestens fünf Stunden und ein dreizehnjähriges Kind wenigstens drei Stunden frei verfügbare Zeit haben.

Nur durch eine dem Alter entsprechende Freizeit kommt das Kind zur angemessenen freien Betätigung auf dem musischen Sektor, bei Sport, beim Spiel und in den sozialen Bereichen. Fehlen der Freizeit und Fehlen der Spielmöglichkeit führt beim Kinde und Jugendlichen zu einer Fehlentwicklung. Der Schweizer Generalsekretär von „Pro Juventute“ LEDERMANN sagt mit Recht: „Die Folgen ungenügender Möglichkeiten zu aktivem und schöpferischem Spiel zeigen sich heute deutlich: Phantasiearmut, Nervosität und Gereiztheit der Kinder, Freizeitvergeudung und Vergnügungssucht, Aggressivität und Rowdytum vieler Halbwüchsiger“ (5).

*) Ausschnitte aus einem Vortrag vor der Bayerischen Akademie für Arbeits- und Sozialmedizin in München.

Wir müssen also dem Kind mehr Zeit zum Spielen, zur Freizeitgestaltung geben. Schule und Elternhaus, Ärzte und Pädagogen müssen noch viel mehr miteinander reden und zusammenarbeiten.

Zeit zur echten Freizeit kann nämlich nicht nur von der Schule eingeengt werden, sondern auch vom Kind selbst durch Zeitvergeudung, durch übermäßiges oft zwangsmäßiges Sitzen vor dem Fernsehschirm ohne jegliche Programmauswahl, aber auch durch Annahme von Arbeiten, um sich Geld zu verdienen.

Freilich gehört neben der Zeit zur Freizeit auch der Platz zur Freizeitgestaltung, zum Spielen. Zwar ist hier noch allerorts ein Fehlen, ein Bedarf – es wird aber auch schon viel geboten und es ist überall das Bemühen da, diese Möglichkeiten zu erhöhen und zu verbessern. Wir müssen zusammenhelfen, die Möglichkeiten zur Freizeitgestaltung für die Kinder auszubauen.

Ich will im folgenden aufzuzeigen versuchen, was für die Kinder in Bayern an Spielplatz- und Freizeitgestaltungsmöglichkeiten derzeit bestehen, wobei ich in keiner Weise den Anspruch auf Vollständigkeit erheben kann, da es ja meist örtlich noch viele Angebote von den Gemeinden und Vereinen gibt.

Zunächst einmal, mit wieviel Kindern haben wir in Bayern zu rechnen? Im medizinisch-pädagogischen Sprachgebrauch spricht man bis zum ersten Lebensjahr vom Säugling, bis zum sechsten Lebensjahr vom Kleinkind oder Spielkind, bis zum fünfzehnten Lebensjahr vom Schulkind. Die Statistik kennt nur die Einteilung bis fünf Jahre, bis zehn Jahre und bis fünfzehn Jahre.

Bis 5 Jahre lebten in Bayern 1971	765 873 Kinder,
bis 10 Jahre lebten in Bayern 1971	894 454 Kinder,
bis 15 Jahre lebten in Bayern 1971	824 633 Kinder.

Des waren bei 10 690 951 Einwohnern 2 484 960 Kinder bis fünfzehn Jahre, das sind etwa 23%. Daß von Jahr zu Jahr die Geburten abnehmen, weiß heute jeder. Wir hatten in Bayern im Jahre 1972 erstmals mit nur 134 310 Geburten ein Geburtensaldo von 2344 Menschen im Verhältnis zu den Sterbefällen. Daß dadurch von Jahr zu Jahr durch die sinkenden Geburtenzahlen und die Lebensverlängerung der älteren Menschen der Anteil der Kinder an der Gesamtbevölkerung immer geringer wird, und der Anteil der alten Menschen immer mehr – ist kein sehr tröstlicher Ausblick am Ausgang des „Jahrhunderts des Kindes“.

1910 betrug der Anteil der bis 15jährigen	noch 34%,
der Anteil der über 60jährigen	nur 8%.

1975 wird der Anteil der bis 15jährigen	ca. 21% be-
tragen, der Anteil der über 60jährigen	wird
über 25% sein.	

Heute konzentrieren sich die Bemühungen um Ausbau der Freizeitgestaltungsmöglichkeiten für Kinder hauptsächlich auf die Schaffung von Spielplätzen. Die rasante Zunahme des Verkehrs und der Zubau aller Baulücken zwingen zur Schaffung von Spielmöglichkeiten für die Kinder, und zwar baldigst, bevor es nicht mehr möglich ist. „Spielplatz“ ist heute nicht nur in Großstädten und Mittelstädten, auch in Kleinstädten und auf dem Lande ein „Politikum“ geworden. „Mehr Platz für Kinder“ oder mehr „Grün für unsere Kinder“ – beides sind Namen eingetragener Vereine aus der jüngsten Zeit.

Man hört heute – wo sich die Eltern mehr und intensiver um die Freizeitgestaltung ihrer Kinder kümmern – mehr Klagen über den Mangel an Spielplätzen als die Anerkennung für das, was im Laufe der Jahre schon geschaffen wurde. Und man muß feststellen: Es ist viel für das Kind aufgebaut worden! Nach 1945 war hier eine tabula rasa – nichts. Ein angeblich so kinderfreundliches NS-Regime hatte zwar am 17. Februar 1939 eine Reichsgaragenordnung gebracht mit der Verpflichtung zur Errichtung von Garagen bei Wohnstätten – das vom Auto am meisten betroffene Kind hatte es vergessen.

So waren es nach 1945 Privatinitiativen, Elterninitiativen, Gemeinden und Staat, die dem Kind seinen Spielraum freihielten und schafften! In Bayern ist an öffentlichen Spielplätzen in den Jahren 1961 bis 1967 allein ein erfreulicher Zuwachs von 1219 Spielplätzen zu verzeichnen mit einer Fläche von 1 641 000 qm. Der Restbedarf des 1. Goldenen Planes der Deutschen Olympischen Gesellschaft, der für Bayern noch 967 Spielplätze mit einer Fläche von 774 000 qm vorsieht, dürfte bald erreicht sein.

Durch den mehrjährigen intensiven Einsatz der „Kinderspielplatzaktion“ der Bayerischen Katholischen Arbeitsgemeinschaft für Volksgesundheit, deren Initiator und Leiter ich war (6), kamen 1960 die Kinderspielplatzparagrafen in die Deutsche Musterbauordnung und von da in die Länderbauordnungen. Als Erfolg davon entstanden in der Bundesrepublik allein ca. 350 000 Kinderspielplätze am Hause.

In Bayern entstanden aufgrund der Bestimmungen der Bayerischen Bauordnung vom 1. August 1962 in Art. 8 Abs. 2, der vorsieht, daß beim Bau von mehr als drei Wohnungen ein Kinderspielplatz gebaut werden muß, ca. 38 000 Kinderspielplätze am Hause.

Dazu besteht – und das ist viel zu wenig bekannt – im Haushalt des Bayerischen Kultusministeriums durch die Bemühungen der „Kinderspielplatzaktion“ seit dem Jahre 1962 ein Titel für Zuschüsse zur Errichtung und zum Ausbau von Kinderspielplätzen, der für die Unterstützung von Privatinitiativen gedacht ist. Seit dem Jahre 1962 standen dafür 1 Million DM zur Verfügung.

Das große Problem ist nach wie vor der Mangel an Spielplätzen bei Altbauten. Er kann auch nur

zum Teil durch Ausbau von öffentlichen Spielplätzen ausgeglichen werden. Das ist auch der Grund, warum – trotz allem, was erreicht und geschaffen wurde – noch immer ein großer Mangel an Spielplätzen und Spielflächen vorhanden ist. Wenn in Bayern ca. 38 000 Spielplätze am Hause seit 1962 neu geschaffen wurden, so fehlen sie doch noch bei 217 000 Altbauhäusern (7).

Es ist dies eine dringende Aufgabe – allein schon der Gesundheitsvorsorge. Denn weit mehr als durch alle Infektionskrankheiten erkranken und sterben Kinder durch Unfälle auf der Straße. Im Jahre 1972 starben 2114 Kinder im Straßenverkehr, 27 455 wurden schwer verletzt, 43 924 leicht verletzt. 1960 waren es noch 1320 tödlich verunglückte Kinder, 1965 bereits 1612 und 1968 schon 1920 Kinder (8) – ein ganzer Kindergarten, eine ganze Volksschule, eine Realschule und ein Gymnasium!

Nach Untersuchungen von MICHAELIS verunglücken etwa 38% allein deshalb, weil sie keine Spielmöglichkeit haben (9). Nach einer Erhebung, die ich im Rahmen der „Kinderspielplatzaktion“ anstellte (an der sich 4572 Kinder beteiligten), wurde auf die Frage „Wo spielst Du?“ 888mal die Straße als Spielplatz angegeben. Fast $\frac{1}{5}$ der Kinder spielen also auf oder an der mordenden Straße.

Allerdings müssen wir die Spielplätze noch attraktiver bauen, mehr Möglichkeiten schaffen zur Initiative und kreativem Spiel, zu Abenteuer und Selbsterleben!

Neben den Spielplätzen sind es auch die Freizeithelme und Jugendheime, die den Kindern zur Freizeit zur Verfügung stehen. Nach Auskunft des Bayerischen Landesjugendringes sind nach 1945 etwa 5000 Jugendheime in ganz Bayern geschaffen worden, vom einfachen Zimmer im Pfarrhof oder im Feuerwehrhaus bis zum bestausgestatteten Jugendheim in der Großstadt. Sie geben den Kindern die Möglichkeiten zum Treffen, zu Heimabenden, zu gemeinsamen Spielen, zum Hobby. Vor allem auf dem Lande und in den Kleinstädten sind sie Mittelpunkt der Freizeitgestaltung, vor allem, wenn dabei noch ein Platz ist zum Tollen und Spielen im Freien. Etwa $\frac{1}{3}$ aller bayerischen Kinder sind in Jugendgruppen organisiert und da gibt es nicht nur die großen konfessionellen Jugendverbände und Sportgruppen, da gibt es für jeden etwas: Wandergruppen, Bergsteigergruppen, Kajaklehrgänge (bei der Naturfreundejugend), soziale Hilfelustungen, musische Wochenende usw. (10). Vielleicht ist es oft viel zu wenig bekannt, und man müßte vor allem die Kinder und die Eltern noch mehr auf die Möglichkeiten, die geboten sind, hinweisen. Viele Eltern und Kinder würden oft gern mitmachen, wenn sie nur darüber Bescheid wüßten.

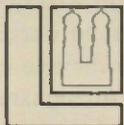
Es wäre der größeren Mitarbeit der Presse wert. Im Urlaub und zum Wochenende stehen über ganz Bayern verteilt Jugendherbergen zur Verfügung, derzeit in Bayern 124. Im Jahre 1971 wurden 1 487 668 Übernachtungen gezählt. Eine Reihe der

**Salbe
Gel**

Mobilat[®]

**zur perkutanen
Behandlung
von traumatischen
entzündlichen
und degenerativen
Erkrankungen
der Gelenke,
Sehnen, Bänder
und Muskeln**

LUITPOLD



Zusammensetzung:

Extract. suprarenal.	1,0 g
Mucopolysaccherid. polysulf.	0,2 g
Acid. salicylic.	2,0 g
Salben- bzw. Gel-Grundlage	ad 100,0 g

Indikationen:

Entzündliche, traumatische und degenerative Erkrankungen der Sehnen, Bänder und Gelenke, Verstauchungen, Prellungen, Zerrungen, Reizergüsse, Bewegungsschmerzen, Meniskusechäden.

Hinweis:

Des alkoholhaltige Gel soll nicht mit offenen Wunden oder mit der Schleimhaut in Berührung kommen.

Handelsformen und Preise:

50 g Salbe DM 6.95	50 g Gel DM 6.95
100 g Salbe DM 11.95	100 g Gel DM 11.95

Jugendherbergen wollen zu Heimhobby anregen. Bei verschiedenen Jugendherbergen gibt es Waldsportpfade, bei anderen Naturstudienplätze (in Benediktbeuren für Moor, in Garmisch und Oberstdorf für das Hochgebirge, in Waldhäuser für Urgestein und Hochwald, in Streitberg für Höhlen). Himmelsbeobachtungsstationen gibt es in Kempten, Ottobeuren und Passau. Sie werden immer mehr frequentiert und haben großes Interesse bei den Kindern gefunden. In den Jugendherbergen bekommt das Kind auch schon früh Kontakt zu anderen Kindern, lernt ein einfaches gesundes Leben und lernt auch Kinder aus anderen Nationen kennen und schätzen — ein Beitrag für den Frieden in der Welt. 1971 übernachteten in den Bayerischen Jugendherbergen 179 863 Ausländer von Ägypten bis Vietnam (11).

Denken wir auch an die Aktion der Sparkassen „Urlaub auf dem Bauernhof“ mit allein 4500 Adressen in Bayern.

Auch Sportheime und Schwimmhallen stehen in großem Maße den Kindern zur Verfügung. Wenn es noch nicht genug sind, so möge man doch immer bedenken, daß nicht alles auf einmal geschaffen werden kann. Aber es ist nach 1945 sehr viel geschehen. Nach Auskunft des Landessportverbandes gab es 1972 etwa 6500 Vereine in Bayern und fast ebenso viele Sportheime und Turnhallen. Der Mitgliederstand der Kinder unter vierzehn Jahren betrug im Jahre 1972: männlich 198 107, weiblich 137 983, das sind 336 090 Kinder, die aktiv Sport machen, aktiv sich betätigen. Auch hier ist zu sagen, daß es am flachen Lande und in den Kleinstädten oft besser ist als in den Großstädten, wo der Anmarschweg zum nächsten Sportplatz und Sportverein häufig fast untragbar weit ist. Mehr kleine Sportplätze und Sportvereine weit verstreut wären gerade in der Großstadt eine unbedingte Notwendigkeit. Fast alle Vereine haben Jugendleiter, die besonders für die Arbeit mit den Kindern geschult werden. Im Jahresbericht des Landessportverbandes vom Jahre 1972 heißt es, daß der Anteil der Mitglieder bis zu vierzehn Jahren immer größer wird, während er bei den eigentlichen Jugendjahren etwa gleich bleibt (12).

Wieviele Schulen haben heute ihre Lehrschwimmbecken, wie segensreich waren die vom Bayerischen Kultusministerium schon um 1950 eingeführten Skiwochen der Schulen!

Auch der kommerzielle Sport hat ein großes Angebot für Kinder in allen Städten.

Was man allenthalben noch ausbauen könnte, sind Radwege, Rollschuhwege, Schlittschuhplätze, Rodelhügel, Bademöglichkeiten. Vieles ist schon geschaffen worden, es ist aber noch zu wenig.

Auch auf dem musischen Sektor ist ein großes Angebot für den Jungen und das Mädchen. Es gibt in Bayern 100 Musik- und Singschulen. 1972 waren

darin 75 000 Schüler in Ausbildung. Ihre Zahl hat sich in den letzten fünf Jahren verdoppelt, auch die Wochenstundenzahl und damit der Umfang (Auskunft Ministerleirat Dr. STÜMMER).

Auch Malschulen und Melstudios sind im Zunehmen, es gibt auch Laienspiel-Jugendgruppen. Zahlenangaben liegen nicht vor. In allen Städten in Bayern mit Theatern gingen und gehen laufend Kinderstücke über die Bühne, im Münchener „Theater der Jugend“ seit 1953 allein 27 Kinderstücke.

Erwähnt sollen sein die Jugendbüchereien, die über das ganze Land verstreut sind, die Klassenbibliotheken in den einzelnen Schulen, die meist für die einzelnen Altersklassen gut ausgewählte Bücher führen. Anregung bringen die Lesewettbewerbe sowie viele Mal- und Zeichenwettbewerbe mit pädagogischem und propagandistischem Hintergrund. Fast alle Zeitungen führen Kinderseiten, es gibt eine Reihe guter Kinderzeitschriften und Kinderillustrierten — allerdings auch eine Reihe weniger wertvoller.

Auch die Fernsehprogramme und Rundfunkprogramme haben sich mit vielen Sendungen auf das Kind eingestellt und bieten vor allem auch im Studienprogramm oft hervorragende Sendungen für das Kind. Wichtig wäre, daß Schule und Eltern die Kinder beraten.

Dieser kurze nicht auf Vollständigkeit Anspruch erhebende Überblick über die Möglichkeiten der Freizeitgestaltung für das Kind, die von Staat, Gemeinden und Organisationen geboten werden, zeigen doch eine recht reiche Palette auf.

Mithelfen müssen vor allem die Eltern, aber auch die Bauherren und Siedlungsgenossenschaften, daß sie im Haus, in der Wohnung selbst und in den Wohnblöcken und Hochhäusern mehr für das Kind sorgen.

Der ursprünglichste Raum für die Freizeitgestaltung des Kindes bietet sich im Kinderzimmer oder in der Spielecke der Wohnung an. Leider lassen vielfach unsere heutigen Wohnungen nur Platz für ein genau festgelegtes Inventar, aber sie haben keinen Fleck für das eigentliche Leben des Kindes, sein Spieleck, sein Hobby. Eltern sollten noch viel mehr Wert legen auf den Ausbau der Kinderzimmer, sie helfen, an die Familie binden. Nach den neuesten Befragungen von 10- bis 15jährigen im Kreisjugendring München-Land (12), veröffentlicht in der Studie „Kinder in ihrer freien Zeit“, nimmt zwar das eigene Zuhause mit zunehmendem Alter an Anzugskraft ab, bleibt aber noch immer bevorzugter Freizeitort, bei Mädchen noch mehr als bei Jungen. Mit Recht sagt Professor ZBINDEN: „Die neuen Wohnungen, wie sie heute gebaut werden, sind hygienisch, praktisch, mit allen technisch verfügbaren Hilfsmitteln wohl ausgerüstet. — Die modernen Architekten und Baumeister denken an alles, nur eines vergessen sie leider mei-

stens, nämlich das, was der Hauptzweck einer Wohnung sein sollte: Heim für eine Familie zu sein, d. h. auch für Kinder und nicht nur für Erwachsene" (14).

In größeren Mietshäusern und Siedlungen sollte es zur Regel werden, daß in heizbaren Keller-räumen oder unter dem Dach Räume zur Verfügung stehen zum Werken und Basteln, mit Arbeitstischen und Werkzeugen, Tischtennisplatten, Billard und anderen sportlichen Spielen, aber auch geeignet für kleine Gruppen zu Darbietungen, zum Musizieren, zum Theater- und Kasperlespielen. Solche Spielmöglichkeiten im Hause für schlechtes Wetter und im Winter könnten ein großer Fortschritt sein für die Entwicklung der Kinder und Jugendlichen und für die Freizeitgestaltung der Erwachsenen. Sie würden eine Bindung bringen ans Haus, an die Gemeinschaft, an die Familie. Ausbau der Freizeitmöglichkeiten in der Wohnung und ihrer Umgebung sind auch deshalb notwendig, weil die Mehrzahl der Städter nach neuesten Untersuchungen des Städtebauinstituts Nürnberg übers Wochenende zu Haus bleiben (15).

Literaturverzeichnis

1. HELLBRODGE Theodor: „Kind und Freizeit“ hg. vom Bundesgesundheitsrat für gesundheitliche Volksbelehrung, 1960.
2. „Gesundheit und Schule“. Bericht über das Wochenendsymposium vom 23./24. 9. 1972 in „Arzt und Christ“, Jänner 1973.
3. zit. nach Th. HELLBRODGE: „Kind und Freizeit“.
4. HETZER Hildegard: Spiel und Spielzeug für jedes Alter. Don Bosco Verlag, München, 10. Aufl.
5. LEDERMANN A.: Spielplatz und Gemeinschaftszentrum.
6. GRASSL Erich: Der familiennehe Kinderspielplatz, 1965.
7. GRASSL Erich: Mehr und besseren Spielraum für unsere Kinder in „Das öffentliche Gesundheitswesen“, Februar 1972.
8. REHBEIN: Der Unfall im Kindesalter in „Zentralblatt für Allgemeinmedizin“, Heft 10/1972.
9. MICHAELIS P.: Kinder – und Verkehrsunfälle. Stoytschegg, Darmstadt.
10. DOLLINGER Hans: Kleine Freizeittkunde, Lambert Müller Verlag, München.
11. Deutsches Jugendherbergswerk Lv. Bayern. Jahresbericht 1971.
12. Bayerischer Jugendring, Arbeitsbericht 1972.
13. Kreisjugendring München 1973: Kinder in ihrer freien Zeit. Ergebnisse einer Befragung unter 10- bis 15jährigen Kindern. München-Land.
14. ZBINDEN Hans: Die Lage des Kindes in der technischen Welt von heute. S. 534.
15. GRASSL Erich: Freizeitgestaltung des Kindes in „Das öffentliche Gesundheitswesen“ 4/1974.

Anschr. d. Verf.: Dr. med. et phil. Erich Grassl, 8000 München 70, Hofmannstraße 26/1

Standesleben

Empfehlung der I. H. F. zur Kryptorchismusbehandlung

Auf Veranlassung der International Health Foundation (I. H. F.), Genf, fand im November 1973 unter dem Vorsitz von Dr. van KEEP eine Arbeitstagung zur Frage der Behandlung des Hodenhochstandes statt, an der als Pädiater Professor BIERICH, Tübingen, und Professor KNORR, München, als Kinderchirurgen Professor BAY, Hamburg-Harburg, und Professor HECKER, München, und als Morphologe Professor TONUTTI, Ulm, teilnahmen.

Folgende Empfehlung wurde erarbeitet.

1. Ziel der Behandlung des Hodenhochstandes ist die spätere Fertilität.
2. Die Ergebnisse der hormonalen und/oder operativen Behandlung im Schulalter, wahrscheinlich auch im späten Kleinkindalter sind im Hinblick auf die Fertilität unbefriedigend. Es wird deshalb empfohlen, jeden nicht regulär deszendierten Hoden schon im Alter zwischen drei Monaten und zwei Jahren zu behandeln.
3. Bei Kindern, welche erst nach diesem Zeitpunkt vorgestellt werden, ist die sofortige Behandlung indiziert. Auch eine solche Behandlung ist noch sinnvoll. Bei Therapie nach Pubertätsbeginn ist allerdings kaum noch mit Fertilität zu rechnen.
4. Die Behandlung soll sowohl bei einseitigem als auch bei zweiseitigem Hochstand primär mit humanem Choriogonadotropin (HCG) durchgeführt werden. Primär operativ sollen nur die Fälle mit Begleithernien, mit Hodenhochstand nach Herniotomie sowie alle Hodenektopien versorgt werden.
5. Für die Hormonbehandlung wird im Säuglingsalter HCG in einer Dosis von 2 x 250 E wöchentlich über fünf Wochen, im Kleinkindalter bis sechs Jahre 2 x 500 E wöchentlich und bei älteren Kindern in einer Dosis von 2 x 1000 E wöchentlich über fünf Wochen empfohlen. Nach Auftreten sekundärer Geschlechtsmerkmale ist eine HCG-Behandlung nicht mehr sinnvoll. Eine zweite Kur ist nur dann erfolgversprechend, wenn die erste Kur einen deutlichen, aber nicht ausreichenden Erfolg erbracht hat. Dosen von einmal wöchentlich 5000 E verursachen in den ersten Tagen post injectionem unnötig hohe und unter Umständen unzutragliche HCG-Spiegel.
6. Bei bilateralem echtem Kryptorchismus sollte vor und während der HCG-Kur durch eine entsprechende endokrinologische Abteilung Testosteron im Harn oder im Plasma bestimmt werden, da hiermit Fälle von Anarchie erkannt und vor unnötiger Operation bewahrt werden können.

7. Die operative Hodenverlagerung beim Säugling und beim Kleinkind soll nur der in der Kinder- und Säuglingschirurgie erfahrene Operateur übernehmen.
8. Kommt es während der ersten oder spätestens während einer zweiten HCG-Kur nicht zu einem ausreichenden Deszensus, muß die operative Verlagerung angeschlossen werden. Gelingt die operative Verlagerung trotz hoher Mobilisierung nicht ausreichend, soll nach einem Intervall von sechs Monaten durch eine zweite Operation die Verlagerung angestrebt werden.
9. Gelingt bei doppelseitigem Hodenhochstand die definitive Hodenverlagerung ins Skrotum nicht, so ist keine Orchidektomie angezeigt, da das Risiko maligner Entartung gering ist. Bei einseitigem Maleszensus ist bei Unmöglichkeit der Verlagerung ins Skrotum diese Maßnahme zu empfehlen.
10. Die richtige Hodenlage soll bei jedem Neugeborenen, wie es die Vorsorgeuntersuchung vorsieht, kontrolliert werden. In jedem Fall von Maleszensus muß die Mutter mit Angabe der notwendigen weiteren Kontrolle und der Wichtigkeit der Frühbehandlung darauf aufmerksam gemacht werden. Da selbst bei guter ärztlicher Überwachung der Kinder gelegentlich Fälle von Hodenhochstand der rechtzeitigen Erkennung entgehen, sollten alle Eltern von der Möglichkeit eines Hodenhochstandes wissen und die Notwendigkeit der frühen Behandlung kennen.

Begründung

zu 1.

Prospektive Untersuchungen von Patienten mit Hodenhochstand haben ergeben, daß nach einseitigem Hodenhochstand mehr als $\frac{1}{3}$ aller Fälle keine normale Fertilität erlangt; nach doppelseitigem Hodenhochstand beträgt der Anteil $\frac{2}{3}$. Nach doppelseitiger Retentio abdominalis bleiben nahezu alle Patienten infertil. Diese Angaben gelten für ein Behandlungsalter zwischen sieben Jahren und eben beginnender Pubertät. Die Fertilitätsergebnisse liegen nach erfolgreicher primärer HCG-Behandlung und nach erfolgreicher primärer Operation in der gleichen Größenordnung.

zu 2.

Mehrere Arbeitsgruppen haben in den letzten Jahren festgestellt, daß die Zahl der Spermatozoen im retinierten Hoden nach dem zweiten Lebensjahr fortlaufend abnimmt. Die Frühestbehandlung ist der einzige sinnvolle Versuch, die unbefriedigende Fertilitätsprognose zu bessern. Man muß jedoch mit fast 10% chromosomalen Störungen rechnen, bei denen die Spermio-genese anlagegemäß defekt ist und derzeit durch keine Therapie gebessert werden kann. Das gleiche gilt für einige genetisch bedingte Störungen. Eine Behandlung des jungen Säuglings im ersten

Trimenon sollte unterbleiben, da zu dieser Zeit noch 80% aller retinierten Hoden spontan deszendieren. Bei Frühgeborenen liegt die spontane Deszensusrate noch höher.

zu 3.

Bei Behandlungsbeginn im Schulalter wird in 30 bis 60% der Fälle eine Fertilität erzielt.

zu 4.

HCG ist wirkungslos, wo eine narbige Fixierung retinierter Hoden besteht.

zu 5.

Bei Anlegen strenger Maßstäbe führt die HCG-Behandlung bei rund 50% aller behandlungsbedürftiger Fälle zum Deszensus. Allerdings rezidivieren davon etwa 10%. Deshalb Kontrolle nach einem halben Jahr.

zu 6.

Unter der HCG-Behandlung kommt es zur vollen Stimulation des LEYDIG-Zellsystems. Es treten Plasma-testosteronspiegel in der Größenordnung des Mannes auf, sofern Hoden vorhanden sind. Die Anarchie macht fast die Hälfte der Fälle von echtem doppel-seitigem Kryptorchismus aus.

zu 7.

Die Erfahrung lehrt, daß nahezu alle Kinder mit post-operativer Hodenatrophie, welche uns aufsuchen, einen Operateur hatten, welcher mit den speziellen Gegebenheiten des Säuglings- und Kleinkindalters nicht vertraut war.

zu 8.

Wiederholungskuren mit HCG führen relativ selten zu ausreichendem Erfolg, aber zu verstärkter Virilisierung. Nach nur unvollständiger operativer Hodenverlagerung wegen zu kurzer Gefäße gelingt gelegentlich die ausreichende Verlagerung nach einem Intervall von einem halben Jahr.

zu 9.

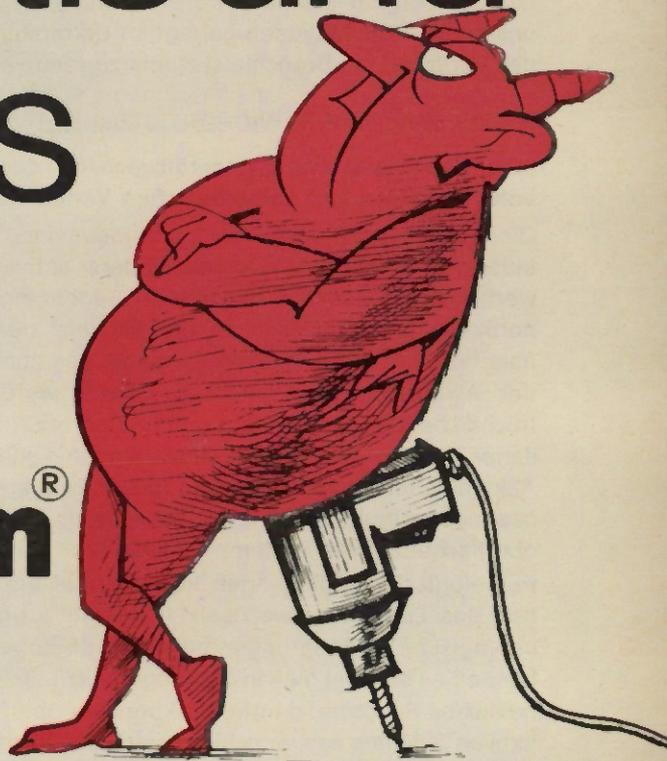
Trotz unterschiedlicher Angaben über die Frequenz maligner Entartung nicht deszendierter Hoden ist das Risiko so klein, daß es diesen Eingriff nicht rechtfertigt. Das gilt nicht für einige Formen von Mosaikismus der Geschlechtschromosomen, z. B. XO/XY-Mosaik mit Hodenhochstand, welche eine sehr hohe Gonadoblastomrate aufweisen.

zu 10.

Der Zeitdruck, unter dem Ärzte in Klinik und Praxis stehen, bringt sie zuweilen dazu, ihr Augenmerk nur auf die geklagte gegenwärtige Erkrankung zu richten. Manche Kinder wurden daher in der Vergangenheit, als die Notwendigkeit der Frühbehandlung noch wenig bekannt war, erst in einem Lebensalter behandelt, in dem die Erfolgchancen schon deutlich geringer waren. Bei Einschluß der Mütter in die Gesundheits-erziehung können auch derartige Fälle rechtzeitig der notwendigen Therapie zugeführt werden.

Hals Teufel haben keine Chance mehr bei Anginen Pharyngitis Laryngitis und Tonsillitis

**Wenn's
um den Hals
geht frubienzym®**



Das mucolytische Lysozym und das proteolytische Papain lösen Schleim, Eiter und Beläge auf. Dadurch gelangen die Wirkstoffe an die Krankheitsherde; die gereinigte Schleimhaut bietet den Keimen keinen Nährboden zur Infektion.

Frubienzym® wirkt bakterizid; sein Lysozym hat virus-

hemmende Eigenschaften²⁾ — die Infektionen im Hals sind meist virusbedingt¹⁾.

Außerdem ist Frubienzym® entzündungshemmend²⁾: Halsschmerzen, Rötung und Schwellung gehen zurück.

Dabei ist Frubienzym® gut verträglich; Nebenwirkungen und Resistenz sind kaum zu befürchten¹⁾.

Zusammensetzung:

Lysozym	5 mg
Papain	2 mg
Bacitracin	200 I.E.

Anwendung/Dosierung:

Täglich 2 – 8 Tabletten, je nach Schwere der Krankheit. Tabletten im Munde zergehen lassen:
nicht schlucken, nicht lutschen, nicht kauen.

Indikationen:

Alle infektiösen und entzündlichen Prozesse im Mund-, Rachen- und Kehlkopfbereich. Vor- und Nachbehandlung bei chirurgischen Ein-

Nebenwirkungen:

traten bisher weder im Tierexperiment noch in mehrjähriger praktischer Anwendung auf.

Packungsgrößen/Preise:

OP zu 24 Tabletten = DM 4,90
AP zu 240 Tabletten = DM 32,65

Literatur:

1. WALTER/HEILMEYER: Antibiotica Fibel, 1965
2. PELLEGRINI und VERTOVA: Arzneim. Forsch. (Drug Res.), 19, (1969), 149

DIECKMANN ARZNEIMITTEL GMBH
DIELEFELD

Regensburger Kollegium für ärztliche Fortbildung

51. Fortbildungstagung vom 18. bis 21. Oktober 1973

Thema: „Aktuelles aus der Pneumologie“

Professor Dr. J. HEIN, Sierksdorf:

Einleitung

Mehrere große, sogenannte „Volkskrankheiten“ sind auch heute noch im Lungen- und Bronchialsystem zu Hause. Grippe, Pneumonien, Bronchitis, Asthma und Emphysem wurden 1970 in der BRD bei über 40 000 Personen als Todesursache angegeben; die tatsächliche Mortalität dürfte noch viel höher liegen. Die bösartigen Neubildungen der Atmungsorgane wiesen im gleichen Jahr eine Sterbeziffer von 37,9 auf 100 000 Einwohner auf. Die Rauchersünden der Frauen wirken sich in einem stetigen Anstieg der Bronchialkarzinom-erkrankungen aus. 1971 wurden in der BRD an Tuberkuloseerkrankungen 45 000 Zugänge im Rahmen eines Gesamtbestandes am Jahresende von 172 000 gemeldet.

Die Lunge gehört zu den best zu untersuchenden, best zu beurteilenden und best zu behandelnden Organen überhaupt. Die bestehenden diagnostischen und therapeutischen Möglichkeiten müssen jedoch künftig noch mehr genutzt werden, um die derzeit bei uns noch in die Millionen gehenden Erkrankungsfälle des Lungen- und Bronchialsystems zu reduzieren.

Privatdozent Dr. P. v. WICHERT, Hamburg:

„Die Bedeutung des Eigenstoffwechsels der Lunge unter normalen und pathologischen Verhältnissen“

Die Lunge erfüllt nicht nur Funktionen im Gasaustausch, sondern stellt auch ein äußerst aktives Stoffwechselorgan dar. Von besonderer Bedeutung für die normale Lungenfunktion ist die Existenz des sogenannten oberflächenaktiven Systems, das zum Erhalt der Alveolarstabilität beiträgt. Hierfür werden beträchtliche Mengen von Phospholipiden sezerniert, zu denen insbesondere des Dipalmitoyllecithin gehört. Die Akkumulation dieser Substanz in der Lunge läßt auf besondere funktionelle Erfordernisse im Sinne des oberflächenaktiven Systems schließen.

Pathologische Bedingungen können über die Alteration des Lungenstoffwechsels funktionelle und morphologische Veränderungen bewirken. Pathogenetisch handelt es sich bei diesen Störungen nicht um ein einheitliches Syndrom, da die Funktion des oberflächenaktiven Systems von verschiedenen Mechanismen her gestört werden kann: Zu diesen gehören Ernährungsstörungen der Lunge, Veränderungen der Permeabilität in der terminalen Gefäßbahn oder toxische Einflüsse auf die Phospholipidsynthese. In jedem Fall ist das Resultat eine Verminderung des alveolären Luftgehaltes durch Verminderung der Compliance mit Auftreten diffuser Atelektasen. Unter diesen pathologischen Bedingungen sind die Phospholipide qualitativ

und quantitativ in der Lunge verändert und die Fettsäurezusammensetzung alteriert. Hieraus können auf physikochemischem Wege die Veränderung der physikalischen Wirksamkeit des oberflächenaktiven Systems erklärt werden. Wie Leber und Niere kann also auch die Lunge durch chemische Noxen in ihrem Parenchym so geschädigt werden, daß ein Funktionszusammenbruch resultiert.

Kommt es nach einer diffusen Alveolärerkrankung aufgrund einer Störung des Lungenstoffwechsels zu einer Ausheilung, so entwickelt sich in jedem Fall eine Lungenfibrose. Solche Zustandsbilder sind inzwischen als Reparationsstadien der Schocklunge, nach Behandlung mit Zytostatika und nach Röntgenbestrahlungen allgemein bekanntgeworden. Gerade im letzteren Fall ist durch biochemische Analysen der pathogenetische Weg über die Zerstörung der spezifischen Organellen der Lunge, die Typ-II-Pneumozyten, sehr gut geklärt worden.

Der Lungenstoffwechsel ist nicht nur für die Lunge selbst, sondern auch für den Gesamtorganismus von großer Bedeutung. Insbesondere im Stoffwechsel vasoaktiver Substanzen spielt die Lunge eine ganz entscheidende Rolle. So werden lokal wirksame Substanzen während der Lungenpassage aus dem Blutstrom herausgefiltert. Durch die Hydrolyse von Proteinbindungen werden z. B. Serotonin und Bradykinin weitestgehend aus dem Kreislauf entfernt und Angiotensin I in Angiotensin II übergeführt. Da chemisch wirksame Noxen (auch Medikamente) den Lungenstoffwechsel stören können, sind nicht nur Veränderungen der respiratorischen Funktion der Lunge, sondern auch Rückwirkungen auf den Gesamtorganismus möglich. Diese Überlegung sollte künftig bei therapeutischen Maßnahmen mehr Berücksichtigung finden als bisher.

Professor Dr. G. REICHEL, Bochum:

„Differentialdiagnostische Möglichkeiten bei der Lungenfunktionsprüfung“

Für die Beurteilung der Lungenfunktion sind drei Gesichtspunkte wesentlich:

1. Die Beurteilung der Ventilation,
2. die Höhe der alveolär und arteriell gemessenen Blutgase und
3. die hämodynamischen Verhältnisse im kleinen Kreislauf.

Für die wichtigsten Funktionsgrößen der Lunge wurde ein spezielles Untersuchungsprogramm entworfen, das die Mindestansprüche erfüllt und zum anderen Hinweise auf weitere Möglichkeiten der Funktionsdiagnostik enthält.

1. Die Untersuchung der Ventilation

Die spiographische Registrierung der I-Sekundenkapazität, der Vitalkapazität und eventuell des Pneumometerwertes gestattet eine Differenzierung in obstruktive und restriktive Formen der ventilatorischen Insuffizienz.

Obstruktive Ventilationsstörungen treten bei intra- oder extrabronchialen Prozessen mit Einengung des Bronchiallumens und damit steigendem Atemwegwiderstand auf. Es kann dann auch bei maximaler Anstrengung in der ersten Sekunde nur ein verminderter Anteil der Vitalkapazität ausgeatmet werden. Zur orientierenden Abschätzung des Strömungswiderstandes in den Atemwegen wurde ein Pneumometer entwickelt. Leider ist die Größe der I-Sekundenkapazität und des Pneumometerwertes nicht nur vom endobronchialen Widerstand abhängig, sondern wird auch von den hohen positiven Intrathorakaldrücken beeinflusst, die während des forcierten Expirationsstoßes entstehen. Im Rahmen des physiologischen Alterungsprozesses kommt es zu immer weitergehender Erschlaffung der Lungenstruktur durch Abnahme der Elastizität, die für die Offenhaltung des Bronchialsystems verantwortlich ist. Unter den Bedingungen des forcierten Expirationsstoßes sieht man bei älteren Menschen deshalb häufig einen mehr oder weniger ausgeprägten Bronchiolenkollaps mit Einschränkung der beiden vorbeschriebenen Parameter, obwohl unter normalen Ventilationsbedingungen in Ruhe und während körperlicher Arbeit keine Erhöhung des Atemwiderstandes vorliegt. Bei der Beurteilung der I-Sekundenkapazität und des Pneumometerwertes muß auf Sollwerte zurückgegriffen werden, die neben dem Lebensalter auch die Körpergröße berücksichtigen. Erst relativ große Abweichungen von der Norm erlauben eine Grenzziehung zwischen physiologischen und pathologischen Werten.

Während für die Allgemeinpraxis ein Trockenspirometer, wie der Vitalograph oder ein Pneumometer bereits gute Aussagen ermöglichen, gelingt eine quantitative exakte Erfassung von obstruktiven Ventilationsstörungen nur durch die direkte Messung des Atemwegwiderstandes mit Hilfe eines Bodyplethysmographen oder mit Hilfe atemmechanischer Aufzeichnungen des Druckvolumendiagrammes.

Restriktive Belüftungsstörungen sind durch eine gestörte oder verminderte Ausdehnungsfähigkeit des Alveolarraumes gekennzeichnet. Ihre Ursachen liegen entweder in krankhaften Veränderungen am Thorax, dem Zwerchfell und der Pleura oder in intrapulmonalen vor allem fibrotischen Veränderungen des Lungengerüsts. Eine eingeschränkte Vitalkapazität in Verbindung mit einer verminderten absoluten I-Sekundenkapazität sind häufig erste Hinweise für eine restriktive Behinderung der Atmung. Eine krankhafte Verminderung der Lungendehnbarkeit läßt sich auch direkt als Lungencompliance messen. Diese ist als

Quotient von Volumenänderung zu Druckänderung im Thorax-Lungensystem definiert und mit Hilfe eines Ösophaguskatheters und eines Spirographen leicht zu bestimmen. Die Compliance ist ein sehr empfindlicher Indikator für restriktive Ventilationsstörungen, die auf einer herabgesetzten Lungendehnbarkeit beruhen.

2. Untersuchungen des Gasaustausches

Den broncho-pulmonal bedingten Ventilationsstörungen gehen häufig Gasaustauschstörungen parallel, die unter zur Hilfenahme der Blutgasanalyse im Kapillarblut des hyperämisierten Ohrläppchens diagnostiziert werden können. Hierbei ist zwischen einer Global- und einer Partialinsuffizienz zu unterscheiden. Für erstere ist eine dem Stoffwechselbedürfnis nicht mehr entsprechende Belüftung des Alveolarraumes mit Erhöhung des arteriellen CO₂-Druckes über 45 mm Hg und einer Senkung des arteriellen O₂-Druckes verantwortlich. Bei akuter ventilatorischer Insuffizienz kommt es zur Entwicklung einer respiratorischen Azidose mit einem sauren pH-Wert, während bei chronisch-alveolärer Hyperventilation durch renale Ausgleichsmechanismen die Pufferkapazität des Blutes so verändert wird, daß praktisch ein normaler pH-Wert resultiert. Der schweren respiratorischen Insuffizienz liegt meistens letztlich eine obstruktive Bronchialerkrankung zugrunde.

Die häufigste, mit Hilfe der Blutgasanalyse zu diagnostizierende Lungenfunktionsanomalie, ist die Verteilungsstörung (Partialinsuffizienz), d. h. die nicht aufeinander abgestimmte Ventilation, Perfusion und Diffusion in der Lunge. Hierbei findet man einen erniedrigten arteriellen Sauerstoffdruck bei normalem, oder nicht entsprechend erhöhtem CO₂-Druck. Dieser Störung sind nicht ohne weiteres pulmonale oder bronchiale Erkrankungen zuzuordnen, zumal der Inhomogenitätsgrad von Ventilation, Perfusion und Diffusion mit zunehmendem Lebensalter zunimmt und außerdem vom Körpergewicht und Geschlecht abhängt. Nur erhebliche Abweichungen von den statistischen Mittelwerten (BROCA'scher Index) können als eindeutig pathologisch angesehen werden.

Dr. T. WEGMANN, St. Gallen:

„Mykosen der Lungen“

Die Klinik der Lungenmykosen ist uncharakteristisch; es finden sich Zeichen einer spastischen, zum Teil auch asthmoiden Bronchitis, selten ein pneumonischer Befund. Häufig wird reichlich weißlich-schleimiges Sputum mit fadem Geruch produziert. Röntgenologisch werden Infiltrationen verschiedenster Ausdehnung und Lokalisation vom miliaren Bild bis zur großfleckigen Infiltration, von der Kaverne bis zum Infiltrat mit Pleurabeteiligung und vom bipolaren Primärkomplex bis zu multiplen Verkalkungen gefunden.

Während die tropischen Mykosen durch primär-pathogene Pilze verursacht werden und der Erregernachweis gleichzeitig Krankheit bedeutet, bereiten die fakultativ-pathogenen Pilze unserer Breitengrade häufig diagnostische Schwierigkeiten. Seit 1950 ist eine Häufung der sekundären Mykosen (Soor, Geotrichose, Aktinomykose) zu beobachten. Unter den sekundären oder endogenen Mykosen werden Pilze verstanden, die durch bestimmte pathogenetische Mechanismen wie Antibiotikatherapie oder Gabe von Kortikosteroiden, Zytostatika oder Immunsuppressiva bei schwerem Grundleiden entstehen.

Für die Diagnose einer Lungenmykose müssen folgende Kriterien erfüllt sein: Entsprechender Pilznachweis im Sputum bzw. Bronchialsekret, im Nativpräparat, in Kulturen und unter Umständen bei histologischen Untersuchungen. Ferner kommt besonders bei tropischen Mykosen Seroreaktionen und Hauttesten neben anamnesticen Hinweisen eine große diagnostische Bedeutung zu.

Von den einheimischen, fakultativ pathogenen Mykosen ist der *S o o r* (die Candidiasis, *Candida albicans*) am bekanntesten. Dieser ubiquitäre Pilz hält sich besonders gern in Verneblungs- und Beatmungsgeräten, z. B. auf Intensivstationen, an Nahrungs sonden, Verweilkathetern und Schnullern und wird hierdurch immer auf das Neue verbreitet. Die meisten Patienten mit einem Lungensoor weisen auch einen Mundsoor mit grau-weißlichen Membranen auf, welche im weichen Gaumen beginnen. Lungenerkrankungen, die durch *Aspergillose* (bes. *A. fumigatus*) hervorgerufen werden, zeigen unterschiedliche Verlaufsformen: In der Mehrzahl erfolgt eine Pilzbesiedlung in präformierten Höhlen (Zysten, Abszessen) mit Aspergillombildungen, die sich im Röntgenbild als charakteristische Pilzkugeln mit Luftsicheln besonders in den Lungenoberfeldern darstellen. Bei pulmonalen Aspergillose wird die Bronchitis aspergillina mit subfebrilen Temperaturen, Husten und Beeinträchtigung des Allgemeinbefindens und allergische Lungeninfiltrate mit flüchtigem Verlauf unterschieden. Die Aspergilliose und Tuberkulose beeinflussen sich gegenseitig. Neuerdings häufen sich auch Beobachtungen einer Kombination von BOECKSchem Sarkoid und Aspergilliose. Wahrscheinlich handelt es sich hierbei jedoch um therapeutische Komplikationen nach Langzeitkortikoidbehandlung.

Unter den einheimischen Mykosen spielen ferner die *Mukomykosen*, die *Kryptokokkose*, die *Torulopsis*, *Geotrichose* und *Aktinomykose* eine Rolle. Bei letzterer handelt es sich um eine chronisch-entzündliche Erkrankung mit tumorartigem Verhalten aufgrund einer bakteriellen Mischinfektion von *Aktinomyces israelii* mit *Actinobacillus actinomycetem comitans* und anderen Begleitbakterien. *Aktinomyces israelii* steht den Pilzen zwar nahe, wird aber zu den Bakterien gerechnet. Er lebt saprophytär beim Menschen und wird erst pathogen,

wenn er unter besonderen Bedingungen Eingang in den Körper findet und durch Fermente und andere Mikroorganismen unterstützt wird. Dann kommt es zu einer raschen Verbreitung der Infektion durch invasives Wachstum ohne Respektierung anatomischer Grenzen. Klinisch werden zervikofaziale, thorakale, abdominale und urogenitale Formen unterschieden. Therapie der Wahl ist das Penicillin in hoher Dosierung unter entsprechender chirurgischer Sanierung.

Die **T h e r a p i e** der sekundären Mykosen muß in erster Linie die Grundkrankheit berücksichtigen. Substanzen, die einer Superinfektion mit Pilzen Vorschub leisten, sind abzusetzen, die Abwehr des Makroorganismus durch Transfusionen, γ -Globulingaben und Vitamin B und K-Zufuhr zu heben. Zur spezifischen Behandlung der Mykosen stehen heute eine Reihe wirksamer Substanzen zur Verfügung:

Das *Amphotericin B* hat das weiteste Wirkungsspektrum, aber leider auch viele Nebenwirkungen. Die Tagesdosis beträgt im Mittel 0,25 mg pro kg Körpergewicht und kann eventuell auf 1 mg gesteigert werden. Blutbild und Nierenfunktion sind dauernd zu überwachen.

Clotrimazol (*Canesten*[®]) ist in seiner Wirkung vorwiegend fungistatisch, entsprechend dem *Amphotericin B*. *Clotrimazol* wirkt vor allem gegen *Candida*, *Kryptokokken*, *Aspergillen* und andere Schimmelpilze. Die Substanz kann auch per os verabreicht werden in einer Dosis von 20 mg pro kg Körpergewicht mit achtstündlichen Intervallen.

5-Fluorocytosin (*Ancotil*[®], *Ancobon*[®] Roche) ist eine ausschließlich fungistatisch wirksame Substanz, welche enteral vollständig absorbiert wird. Bei fehlender Metabolisierung erfolgt eine fast rein renale Elimination. Da die Eliminationshalbwertszeit des Medikamentes mit der Kreatinin-Clearance gesetzmäßig korreliert, kann es auch bei Niereninsuffizienz (im Gegensatz zu *Amphotericin B*) angewendet werden. Es besteht eine unterschiedlich ausgeprägte Erregersresistenz, die gelegentlich Mißerfolge und Rezidive erklärt. Die Substanz ist indiziert gegen *Kryptokokken*, *Candidiasen* und *Chromomykosen*. Die Dosis beträgt 100 bis 200 mg/kg Körpergewicht und Tag, verteilt auf vier- bis sechsstündliche orale Dosen.

Nystatin (*Moronal*[®]) weist eine schlechte enterale Resorption auf und wird deshalb bevorzugt zur Inhalationsbehandlung bei Lungenmykosen verwendet.

Pimaricin (*Pimafuscin*[®], *Natamycin*[®]) wirkt fungizid, wird jedoch ebenfalls schlecht resorbiert und deshalb bevorzugt als Aerosol unter Überdruckbeatmung gegen *Candida* und *Aspergillen* eingesetzt.

Professor Dr. U. STEPHAN, Erlangen:

„Fortschritte bei Mukoviszidose“

Die Ätiologie der Mukoviszidose ist nach wie vor unbekannt. Es wird vermutet, daß ein einziger „Basisdefekt“ die verschiedenen Krankheitssymptome und

Arzt. Kammer. Vereinigte.

Gemeinsamer Nenner: Der Gruppenversicherungsvertrag.
Das bedeutet:
Schutz vor Einkommensausfall. Schutz vor Krankheitskosten.
Schutz für die ganze Familie.
Als führende Krankenversicherung des Ärztestandes bieten wir Ihnen im Rahmen des Gruppenversicherungsvertrages mit Ihrer Ärztekammer:

- Einkommenssicherung bis zu 500,- DM
Krankentagegeld ohne zeitliche Begrenzung.
- Krankenhaustagegeld bis zu 200,- DM.
- Krankheitskostenversicherung ohne oder mit Selbstbeteiligung.

Zahlreiche Variationen ermöglichen eine individuelle Gestaltung des Versicherungsschutzes – auch für Familienangehörige.

**Die Sicherheit des Arztes:
individuell - zuverlässig - preisgünstig**

Coupon Ich interessiere mich für Ihr Angebot.

Name _____

Anschrift _____

Ich bin versichert bei: Vereinigte Salus anderweitig

Vereinigte Krankenversicherung AG, Generaldirektion, 8 München 40, Leopoldstr. 24

 **Vereinigte**
Krankenversicherung AG

**Salus Krankenhauskosten-
Versicherungs-AG**

Vertragsgesellschaften Ihrer
Ärztekammer

Störungen der Drüsen äußerer Sekretion veranlaßt. Für die Diagnostik von besonderer Bedeutung war die Entdeckung (1953), daß bei Mukoviszidose-Patienten die Elektrolytkonzentration im Schweiß erhöht ist. Daraufhin wurde die Pilokarpin-Iontophorese als entscheidender Test eingeführt. Ohne diese Methode kann es keine gesicherte Mukoviszidosediagnose geben. Seit Mai 1973 ist ein Schnelltest im Handel, der als Screening auf Mukoviszidose benutzt werden kann. Er beruht auf der Erkenntnis, daß bei Neugeborenen mit einer Mukoviszidose im Mekonium eine erhöhte Albuminkonzentration besteht (in Handel BM-Test Mekonium). Bei allen Kindern mit einem positiven Ausfall des Tests wurde die Pilokarpin-Iontophorese in den ersten Lebenswochen zur Bestätigung der Diagnose herangezogen. Bei sechs von neun Kindern konnte die Diagnose auf diese Weise gesichert werden. Die medizinische Basis für die Entwicklung des Tests waren große statistische Untersuchungen in den USA und England, aus denen hervorging, daß die Überlebensquote von Patienten mit einer Mukoviszidose abhängig ist vom Zeitpunkt der Diagnosestellung und der Einleitung einer konsequenten, lebenslang durchgeführten Behandlung.

In der Therapie der Mukoviszidose hat sich in den letzten Jahren manches geändert. Die Erwartungen, die zunächst an die Nebelzelttherapie mit Ultraschallverneblern geknüpft wurde, hat sich leider nur zum Teil bestätigt. Es hat sich auch nachweisen lassen, daß die Verneblungsgeräte eine sichere Quelle für immer neue Infektionen mit pathogenen Keimen sind, die sich in den feuchten Kammern der Geräte ansammeln. Deshalb wird vermutet, daß die außerordentlich große Zahl von Pseudomonas aeruginosa-Infektionen bei Kindern mit Mukoviszidose Folge der intensiven Inhalationstherapie ist. Deshalb scheint eine tägliche Desinfektion der Geräte, z. B. mit 7,5%igem Wasserstoffsperoxyd unumgänglich.

Bei Neugeborenen mit der Diagnose einer Mukoviszidose ohne klinische Krankheitszeichen stellt sich die Frage nach einer prophylaktischen Behandlung. Bei

diesen Kindern wird derzeit eine Antibiotika-Dauerbehandlung mit Oxacillin oder Erythromycin durchgeführt. Bei klinisch manifester Mukoviszidose steht derzeit die Pankreas-Enzymsubstitution, die regelmäßigen Klopf- und Lagerungsdrainagen und die antibiotische Therapie neben N-acetyl-Cystin-Inhalationen im Vordergrund.

Dr. P. O. SCHMIDT, Bad Reichenhall:

„Neuere diagnostische und therapeutische Aspekte beim bronchitischen Syndrom“

Neben den asthmatischen und emphysematischen Syndromen sowie dem allergischen Asthma bronchiale zählen die Krankheiten des bronchitischen Formenkreises zu den häufigsten Untergruppen akuter und chronischer obstruktiver und nicht obstruktiver unspezifischer Atemwegserkrankungen.

Oft über Jahre ablaufend, kommt es durch Kumulation exogener und endogener Schäden und verschlimmert durch virale und bakterielle Infekte der Luftwege zu chronischen Atemwegserkrankungen mit meist expiratorisch-obstruktiver Ventilationsstörung und überempfindlichem Bronchialsystem. Durch Einengung der Bronchiallumina infolge hyperergisch-entzündlicher Schleimhautschwellung, Hyper- und Dyskrie mit Mukostase und Spasmen der glatten Bronchialmuskulatur entwickelt sich eine Ventilationsbehinderung, die besonders bei körperlicher Belastung für den Patienten Atemnot bedeutet. Die chronische Bronchiallumenengung bedingt Gasaustauschstörungen, die wiederum zur Veränderung der arteriellen Blutgase, d. h., Abnahme der arteriellen Sauerstoffspannung (Partialinsuffizienz) und in schweren Fällen auch Zunahme der arteriellen CO₂-Spannung (Globalinsuffizienz) führen können. Folge einer lang bestehenden obstruktiven Ventilationsstörung ist das substantielle obstruktive Lungenemphysem und das chronische Cor pulmonale.

Eine zuverlässige Aussage über das Vorliegen und Ausmaß einer Bronchialobstruktion läßt sich nur durch

Hyperforat®

Depressionen, psychische und nervöse Störungen

Zusammensetzung: Extr. fl. Herb. Hyperici (Johanniskraut), stand. auf 2 mg HYPERICIN pro ml

Dosierung: Tropfen: 2–3 mal tägl. 20–30 Tropfen; Dragées: 2–3 mal tägl. 1–2 Dragées

Handelsformen und Preise (incl. MwSt.): 30 ml DM 5,80; 50 ml DM 8,95; 100 ml DM 15,95; 30 Dragées DM 4,45; 100 Dragées DM 11,95; 5 Amp. DM 6,80; 10 Amp. DM 12,90

Dr. Gustav Klein Arzneipflanzenforschung 7615 Zell-Harmersbach/Schwarzwald



Funktionsprüfung der Atmung (mit Bestimmung der Vitalkapazität und des expiratorischen I-Sekundenwertes nach TIFFENEAU) z. B. mit Hilfe des Vitalographen erreichen. In 80 bis 90 % der pulmonalen Krankheiten bestimmt der Funktionszustand der Bronchien das klinische Krankheitsbild des broncho-pulmonalen Systems. Hiervon bilden nur diejenigen Lungenerkrankungen eine Ausnahme, bei denen die Schäden am Lungenparenchym und Gefäßsystem des Lungenkreislaufes im Vordergrund stehen.

Aus der Ätiologie und Pathogenese leiten sich verschiedene therapeutische Möglichkeiten ab.

1. β -adrenerge Sympathikomimetika wirken vasodilatatorisch auf verschiedenen Gefäßgebieten und entfalten eine positiv-inotrope chronotrope Wirkung auf das Herz. Hierdurch kommt es zu einem Anstieg der Pulsfrequenz, des Herzzeitvolumens und gelegentlich auch des systolischen Druckes. Ferner empfinden die Patienten Blutandrang am Kopf und ein Muskelzittern, zumal auch die β -1-Rezeptoren des Herzens und der Gefäße stimuliert werden. Auf diese Weise wird die Anwendung dieser Substanzen eingeschränkt. Selektiv wirkende β -2-Rezeptoren-Stimulantien weisen eine größere therapeutische Breite auf und regen die Tätigkeit des Flimmerepithels an. Zu diesen neuen Derivaten gehören das Salbutamol (Sultanol[®]), Terbutalin (Bricanyl[®]), Hexoprenalin (Vibradol[®]) und Fenoterol (Berotec[®]). Für den Eintritt unerwünschter Nebenwirkungen ist die Höhe der Dosierung des Wirkstoffes von ausschlaggebender Bedeutung. Da man meistens mit kleinen und dafür öfter gegebenen Dosen eine ausreichende Widerstandsabnahme im Bronchialsystem erzielen kann, liegt die bezüglich der bronchialerweiternden Wirkung optimale Katecholamin-Dosis dann meist im unteren Bereich der Herzwirksamkeit. Patienten mit chronischer Bronchialobstruktion bedürfen einer prophylaktischen, mehrmals täglich wiederholten Applikation von bronchialerweiternden Pharmaka. Das Warten auf sich verstärkende subjektive Symptome führt nur zu einer Verschlechterung der Wirksamkeit dieser Substanzen. Bewährt hat sich neuerdings auch die alternierende Anwendung von β -Sympathikomimetika mit einem parasympathikolytisch wirkenden Dosieraerosol, dem Atrovent[®]. Hierdurch läßt sich eine noch geringere Nebenwirkungsquote erreichen. Mischungen von β -Sympathikomimetika mit Xanthinderivaten, Theophyllin und Aminophyllin verlängern die Wirksamkeit auf vorläufig noch unbekannt Weise.

2. inhalierbare Kortikosteroide: Wegen der bekannten Nebenwirkungen bemühte man sich um eine Lokalthherapie durch Inhalation geringer resorbierbarer Kortikosteroidderivate (Auxi-

ESDESAN[®]

Neuro- und Kardiosedativum

Bei nervöser Unruhe und Erregungszuständen, vegetativ bedingten Herzbeschwerden, Angst- und Spannungszuständen, nervösen Schlafstörungen, vegetativen Dysregulationen, Hyperthyreosen.

Kontraindikationen: Keine

Zus.: 1 Oragée enthält: Extr. Valerianae 30 mg, Extr. Viscii albi 10 mg, Papaverin. hydrochl. 1 mg, Methaqualon 30 mg.

ESDESAN[®]

cum Nitro

Kardiosedativum

Bei nervösen Herz- und Kreislaufstörungen, pectanginösen Beschwerden, Angina pectoris nervosa, Altersherz.

Kontraindikationen: Glaukom; Schockzustand bei Myokardinfarkt.

Zus.: 1 Oragée enthält: Extr. Valerianae 30 mg, Extr. Viscii albi 10 mg, Papaverin. hydrochl. 1 mg, Methaqualon 30 mg, Erythroltrinitrat 1,5 mg.

Hinweis: Eadesan- und Eadesan cum Nitro-Dragees beeinträchtigen bei höherer Dosierung und insbesondere bei gleichzeitigem Genuß von Alkohol die Fahrtüchtigkeit.

30 Dragées DM 4,05
60 Dragées DM 5,55

Bestellschein an: AGM, 1 Berlin 21, Erasmustr. 20-24
Schrifttum und Muster erbeten von
 Eadesan Eadesan cum Nitro

BayA

(bitte persönliche Unterschrift und Stempel)



AKTIENGESELLSCHAFT
FÜR MEDIZINISCHE PRODUKTE
1 BERLIN

loson®). Die Wirkung ist beim allergischen Asthma bronchiale am besten; bei überwiegend chronisch destruktiver Lungenveränderung im Sinne eines Emphysems sind die Behandlungsaussichten gering; im akuten Status asthmaticus ist der Kortikoid-Aerosol-Einsatz wirkungslos.

3. **Antibiotika:** Im pathogenetischen Ablauf obstruktiver bronchitischer Syndrome kommt der Bronchialinfektion und deren antibiotischer Behandlung eine Schlüsselstellung zu. Probleme entstehen besonders durch die fast stereotyp kürzere oder längere Zeit nach Absetzen des erfolgreich gegebenen Antibiotikums auftretenden bakteriellen Rezidive. Eine generelle antibiotische Intervallprophylaxe erscheint nicht angezeigt, da in dieser Zeit nur suboptimale Mengen des systemisch gegebenen Antibiotikums im mukösen Tracheo-Bronchialsekret erscheinen. Die Langzeitbehandlung führt darüber hinaus unausweichlich zur Keimselektion und damit z. B. zur Gefahr einer Proteus-Pneumonie. Bei den ersten Zeichen eines Infektes soll mit der Einnahme eines Breitbandantibiotikums begonnen werden; denn je früher die antibiotische Therapie einsetzt, um so besser ist der Gesamtverlauf.

Neben den schon bewährten bakterizid wirkenden Antibiotika (Ampicilline, Penicillin, Cephalosporine) sind die klassischen, bakteriostatisch wirksamen Breitbandantibiotika der Tetracyclinreihe, das Chloramphenicol sowie die Kombination von Sulfamethoxazol-Trimethoprim (Eusaprim®, Bactrim®) nach wie vor ausgezeichnet wirksam. Da eine effektvolle antibiotische Therapie die Viskosität des Sputums erhöht, ist eine gleichzeitige Sekretolytikagabe sinnvoll.

4. **Dinatrium cromoglycicum** (Intal®, Lomylal®) blockiert die Ausschüttung sogenannter Spasmogene (Histamin, Bradykinin und Serotonin) aus den Mastzellen der Bronchialschleimhaut und verändert damit die bronchiale Antigen-Antikörper-Reaktion. Die Substanz ist nicht geeignet, einen bereits ausgebrochenen Atemnotfall zu kupieren, sondern muß vielmehr von allergischen Bronchitikern konsequent zur Prophylaxe (d. h. bei nächtlichen Atemnotfällen schon vor dem Schlafengehen) angewendet werden. Eine Pulverinhalation schützt etwa sechs Stunden lang vor einem Anfall, so daß ein durchgehender Schutz bei viermaliger Inhalation täglich zu erwarten ist. Wegen der Nebenwirkungsfreiheit und Atoxizität der Substanz sollte zumindest ein Therapieversuch über zwei bis drei Monate gemacht werden.

Neben den beschriebenen speziellen therapeutischen Möglichkeiten ist es die Aufgabe des Arztes, den Patienten immer wieder zu aktiver Mitarbeit anzuspornen, von der chronischen Tabakrauch-Inhalation abzuraten und zur Steigerung der körperlichen Resistenz beizutragen.

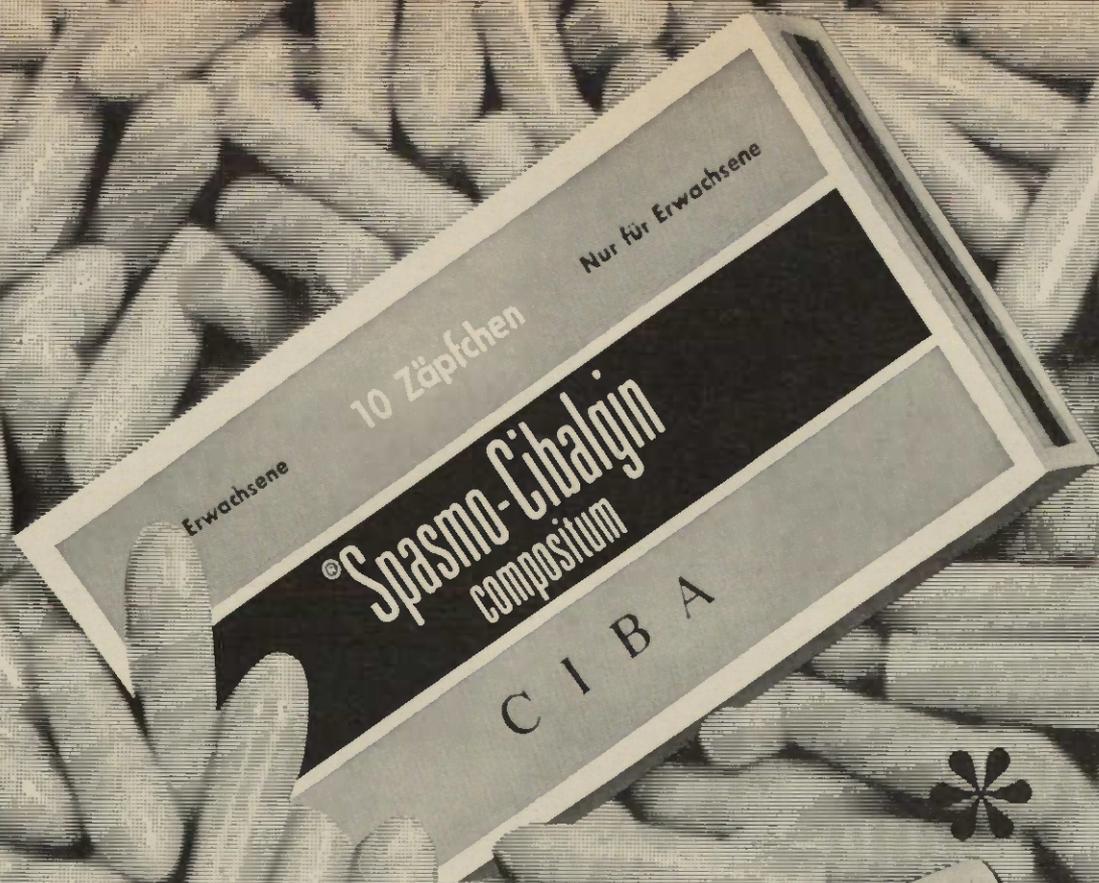
Dr. Ch. VIRCHOW, Davos-Wolfgang:

„Asthma bronchiale bei Kindern und Jugendlichen“

Für die Entstehung des Asthmas werden seit langem psychische Ursachen angeschuldigt. Daneben hat sich die Ansicht durchgesetzt, daß Allergene eine entscheidende Rolle spielen. Über die Sensibilisierung gegenüber Allergenen konnten in den letzten Jahren entscheidende pathophysiologische Grundlagen gewonnen werden. Durch Inhalationsallergene werden Gewebemastzellen sensibilisiert, an die sich Immunglobuline anlagern. Die auf diese Weise beeinflussten Zellen setzen unter anderem Histamin frei, das für die Entwicklung des Bronchospasmus verantwortlich ist und das pathogene Substrat beim Asthmatiker darstellt. Die an dieser Entwicklung beteiligten Immunglobuline E stellen hautsensibilisierende und übertragbare Antikörper dar. Sind diese im Blut vermehrt nachweisbar, so ergibt sich daraus der Verdacht auf das Vorliegen einer allergischen Erkrankung.

Man unterscheidet rein allergisch ausgelöste Atemwegsleiden von gemischt allergisch-infektiösen Formen und rein infektiös bedingtem (sogenannten Intrinsic-) Asthma. Als ubiquitäre Allergengruppen kommen neben der weit verbreiteten Hausstaubmilbe in erster Linie die Pollen in Frage, die neben dem Heuschnupfen auch andere allergische Erkrankungen im Atemtrakt verursachen können. Ferner weisen Schimmelpilzsporen, die wegen ihrer geringen Größe im Filter der Nase nicht aufgehalten werden können, Allergencharakter auf. Zur Sicherung der Diagnose einer allergischen Genese werden zunächst Kutanteste durchgeführt. Ein positiver Ausfall darf jedoch nur als Verdachtszeichen gewertet werden; er bedarf möglichst einer Bestätigung in Form von sogenannten Reibetesten oder möglichst klinisch durchzuführenden Provokationsproben an der Schleimhaut (Ophthalmotest, Nasenschleimhauttest, inhalativer Bronchialtest). Besonders wichtig ist beim Asthma bronchiale allergicum die Erhebung einer sorgfältigen Anamnese (Aufdeckung einer sogenannten atopischen Trias: atopische Dermatitis, allergische Rhinitis und Asthma bronchiale). Bei den postinfektiösen Asthmaformen ist über die Pathophysiologie noch wenig bekannt; sehr häufig sind Nebenhöhlenaffektionen beteiligt. Obwohl für die infektiösen Asthmaformen eine allergische Genese nicht beweisbar ist, kommt es auch hier zu einer erheblichen Blut- und Sputum eosinophilie.

Die Kenntnisse um die Entstehung des allergischen Asthmas haben auch zu therapeutischen Konsequenzen geführt: durch Katecholamine wird die Adenylzyklase stimuliert, die in der Gewebemastzelle eine Anreicherung des zyklischen AMP bewirkt. Hierdurch wird die Freisetzung der Mediatorsubstanzen Histamin und slow-reacting-substance A verhindert und damit der Entwicklung eines Bronchospasmus entgegengewirkt. Andere Angriffspunkte bieten die Me-



**Das ist das 370.942.375. Zäpfchen® Spasmo-Cibalgin compositum
der 370.942.375. Therapieeinsatz bei starken Schmerzen und Spasmen**

Indikationen Krampf- und Schmerzzustände im Bereich der Gallenwege, des Magen-Darm-Trakts sowie des Urogenitalsystems; Migräne, Dysmenorrhoe. Postoperative und posttraumatische Schmerzen; zur Schmerzlinderung in der Gynäkologie und in der Geburtshilfe, in der zahnärztlichen Praxis.

Zubeechten Aufgrund individuell unterschiedlicher Ansprechbarkeit des Patienten kann die Verkehrstüchtigkeit, besonders bei gleichzeitiger Einnahme von Alkohol, beeinträchtigt werden. Ein länger dauernder, pausenloser Gebrauch ist im allgemeinen zu vermeiden; ggf. sind periodische Blutbildkontrollen angezeigt. Spasmo-Cibalgin compositum darf bei Kindern nicht angewendet werden. Für die Pädiatrie wurden ®Cibalen und ®Cibalen S entwickelt. MAO-Hemmer sollen mindestens 14 Tage vor der Behandlung abgesetzt werden. Wie andere Medikamente, sollte auch Spasmo-Cibalgin compositum im 1. Trimenon der Schwangerschaft nur unter besonders strenger Indikationsstellung angewendet werden.

Zusammensetzung

	Amino-phenazon	Diallyl-barbitur-säure	Trasen-tin®-6H	Codein-phosphat
Dreg.	0,220 g	0,030 g	0,025 g	0,020 g
Zäpfch.	0,500 g	0,060 g	0,050 g	0,040 g

Kontraindikationen Akute intermittierende Porphyrie, Granulozytopenie; Glaukom, Prostatahypertrophie mit Neigung zur Restharnbildung, mechanische Stenosen im Bereich des Magen-Darm-Kanals, Tachyarrhythmie, Megakolon, Koronerinsuffizienz; Zustände, die mit Einschränkung der Atemfunktion einhergehen, Langzeitverabreichung bei chronischer Obstipation; akute Alkohol-, Schlafmittel-, Analgetika- und Psychopharmaka-intoxikationen, schwere Nieren- und Leberfunktionsstörungen, schwere Myokardschäden.

Handelsformen und Preise
 Dragées 20 Stück – DM 8,55
 Zäpfchen 5 Stück – DM 4,80; 10 Stück – DM 8,85
 Anstaltspackungen



thylxanthine und die β -2-Rezeptoren-Stimulantien (z.B. Berotec[®], Sultanol[®]). Wenn irgend möglich, sollte bei Kindern auf den Einsatz von Kortikoiden verzichtet werden. Am besten geeignet erscheinen derzeit noch die schwer resorbierbaren Inhalationspräparate vom Typ des Auxiloson[®].

Daß ein kleiner, kindlicher Asthmatiker unter einem besonderen Zwang zur Selbsterhaltung steht, daß er zur Egozentrik neigt und häufig ein psychisches Fehlverhalten aufweist, ist ein Sekundäreffekt. Es ist eine ärztliche Aufgabe, diese Patienten von ihrer Verängstigung zu befreien und sie auf ein normales Reaktionsverhalten zurückzuführen.

Professor Dr. J. HEIN, Sierksdorf:

„Diagnose und Therapie der Lungentuberkulose“

Die Tuberkulose stellt noch immer die häufigste Infektionskrankheit in der BRD dar, wenngleich die Zahl der Erkrankungsfälle weiter zurückgeht. Die kindliche Tuberkulose ist außerordentlich selten geworden. Die Durchseuchung im Schulalter beträgt nur noch 4%, in der Pubertät 10 bis 12%, bei Erwachsenen 20 bis 23%. Die Tbc ist speziell eine Erkrankung der älteren Männer geworden. Da nach fürsorglichen Beobachtungen die Zahl der Rückfallerkrankungen die der Neuerkrankungen um das vielfache überschreitet, bedürfen die sogenannten „gesunden Befundträger“ (frühere Tbc-Kranke oder auch solche mit alten Tbc-Herden) einer besonderen Beachtung.

Als prädestiniert für die Tuberkuloseinfektion gelten Personen, die unter schwierigen sozialen Verhältnissen leben (z. B. Gastarbeiter), Stoffwechselkranke, magenresizierte Patienten und solche, die kurz- oder langfristig ohne tuberkulostatischen Schutz mit Kortikosteroiden behandelt wurden sowie Staublungen- und Silikosekranke.

Als Krankheitssymptome sind Müdigkeit, Nachtschweiß, Gewichtsabnahme, subfebrile Temperaturen, aber auch Reizbarkeit und Unverträglichkeit mit Ar-

beitskameraden sowie der Raucherhusten bekannt. Der hohle, trockene Husten kann Symptom einer Hilusdrüenschwellung sein; Zeichen einer trockenen Pleuritis weisen auf eine Hilustuberkulose hin. Die Pleuritis exsudativa bleibt nach wie vor beim Fehlen anderer Ursachen Tbc-verdächtig. Ferner sollten ein Erythema nodosum und eine Pupillendifferenz unklarer Ätiologie an eine spezifische Genese denken lassen.

Bei der Diagnostik steht die wichtige (und oft mehrfache) Sputumuntersuchung gleichberechtigt neben der Röntgenuntersuchung. Für kulturelle Untersuchungen kommt dem ergiebigen morgentlichen Sputum eine besondere Bedeutung zu. Nicht vorhandenes Sputum kann provoziert oder durch Larynx-Abstrich und Magenspülwasser gewonnen werden. Auch jeder Verdacht auf Tbc ist meldepflichtig. Hierfür genügt die Konversion der Tuberkulinprobe oder die Entdeckung eines positiven Tests im Alter bis zu vier oder fünf Jahren. Die Allergie nach BCG-Impfung hält länger als früher angenommen vor: Nach zehn Jahren werden noch bis zu 60% der Geimpften positiv gefunden.

Für den Tuberkulintest beim Kind und Erwachsenen stehen das gereinigte Tuberkulin GT Hoechst und das amerikanische PPD-S zur Verfügung. Als differenzierte Intrakutantestung dient nach wie vor der intrakutane MENDEL-MANTOUX (1 : 10 000) als zuverlässigste Methode. Daneben haben die sogenannten Monoteste als Stempelteste zunehmend Eingang gefunden. Sie stehen zur Verfügung als Tine-Test Lederle, Tubergen-Stempeltest Behring und Heaf-Test oder Hypo-spray-Injektor. Während die Stempelteste an der Innenseite des mittleren Unterarmes angelegt werden, verabfolgt man die Pflasterteste (perkutane Tuberkulinsalbe-S-Fresenius oder Freka-Test Tb) an der Innenseite des Oberarmes oder infraklavikulär auf der Brust, manchmal auch zwischen den Schulterblättern. Überschießende Reaktionen klingen unter Kortikoidsalben schnell ab. Jede positive Tuberkulinprobe verlangt Klärung, ob sie früher schon positiv gewesen ist;

ferro - B₁₂ - EHRL



Zusammensetzung:

1 Dragee enthält:
150 mg
Ferro-glukonat
15 γ Vitamin B¹²
2 mg Folsäure

O.P. zu 20 Dragees
DM 3,90
O.P. zu 50 Dragees
DM 6,40

**Zur hochwirksamen
preisgünstigen oralen
Anämie-Therapie mit
dem gut verträglichem
und schnell resorbierbaren
Fe⁺⁺-glukonat**

**EHRL & CO., Arzneimittel KG,
8 München 66**

sonst sind weitere bakteriologische und röntgenologische Untersuchungen zu fordern.

Mit der Diagnosestellung ergibt sich die Frage der Umgebungsuntersuchungen. Sie sind Aufgabe der staatlichen Stellen, können aber auch durch den Praktischen Arzt inauguriert werden. Exponierte, tuberkulin-negative Personen sollten nach einer vorhergehenden sechswöchigen Chemoprophylaxe einer BCG-Impfung unterzogen werden, wenn nach dieser Zeit die Tuberkulinprobe immer noch negativ ausfällt. Zur Chemoprophylaxe eignet sich eine Monotherapie mit Isoniacid.

Als Therapiegrundlage hat zu gelten, daß jedes Medikament in der heute üblichen Dreierkombination in voll-wirksamer Dosis angewandt werden muß, da eine kumulative oder additive Wirkung sich nicht bewahrt hat. Kombinationspräparate weisen durchweg zu niedrige Dosierungen der einzelnen Komponenten auf.

Eine sogenannte „Aufstockungstherapie“ ist fehl indiziert. Von einer solchen wird gesprochen, wenn nach Monotherapie oder Zweierkombination und eingetretener Resistenz ein weiteres Medikament zugefügt wird, gegen das wiederum schnell Resistenzen entstehen. Fälschlicherweise wird dann häufig von einem Versagen der „Kombinationstherapie“ gesprochen.

Das Basistherapeutikum Isoniacid sollte in allen Phasen der Gesamtbehandlung Anwendung finden, sofern keine Resistenz besteht.

1. Die klinische Phase mit Initial- d. h. Intensivtherapie erstreckt sich meist über drei Monate. Sie ist beendet, wenn drei aufeinanderfolgende Kulturen im Abstand von zwei Wochen negativ ausfallen. Angewandt werden Dreierkombinationen mit INH, RMP, EMB, SM und eventuell PAS.
2. In der ambulanten, sogenannten Stabilisierungsphase wird auf die Dauer von sechs bis neun Monaten eine Zweierkombination von INH, RMP oder EMB verabfolgt.
3. In der sogenannten Sicherungsphase wird bis zu einer Gesamtbehandlungsdauer von 18 bis 24 Monaten eine Monotherapie (meist mit Isoniacid) abgeschlossen.

Gegenüber der bewährten klassischen Dreierkombination Isoniacid-Streptomycinsulfat-p-Aminosalicylsäure (INH, SM und PAS) hat sich heute die neue Konzeption mit Isoniacid-Rifampicin-Ethambutol = Myambutol (INH, RMP und EMB) weitgehend durchgesetzt. Hierdurch ließen sich die Behandlungszeiten verkürzen und die Nebenwirkungen verringern.

Ebenso wie das Streptomycin ist das Capreomycin, das Kanamycin und das Viomycin durch ototoxische, aber auch durch nephrotoxische Eigenschaften belastet.

Die PAS findet in der Klinik als Infusion immer noch Anwendung; wird ambulant jedoch wegen der hohen per os zu verabfolgenden Mengen schlecht vertragen

Sedierung löst keine Probleme in der Psychopharmako-Therapie



DOGMATIL ist in erster Linie ein nicht sedierendes, stimmungsauffhellendes, antriebssteigerndes Psychopharmakon. Als Brückensubstanz besitzt es sowohl bestimmte neuroleptische als auch antidepressive Eigenschaften und verbindet damit den Grenzbereich zwischen Neuroleptika und Thymoanaleptika.

DOGMATIL ist das erste Glied einer neuen Generation von Psychopharmaka, die in Pharmakodynamik und Therapie bisher keine Parallelen hat.

DOGMATIL sediert nicht, dämpft nicht, macht nicht müde. DOGMATIL ist von keiner der herkömmlichen Psychopharmakagruppen abgeleitet.

DOGMATIL vertritt die aufdeckende Psychopharmakotherapie.

DOGMATIL führt sicher zu bewußter Konfliktverarbeitung. DOGMATIL verursacht keine Veränderung der Persönlichkeitsstruktur.

DOGMATIL wirkt als Antidepressivum thymoanaleptisch, antriebssteigernd, stimmungsauffhellend, hemmungslösend.

DOGMATIL wirkt als Neuroleptikum antipsychotisch, halluzinolytisch, antilautistisch.

DOGMATIL® (Sulpirid)

ZUSAMMENSETZUNG: 1 Kapsel enthält 60 mg Sulpirid N-[[1-(4-äthyl-pyrrolidin-2-yl)-methyl]-3-methoxy-5-oxofamylbenzamid. **INDIKATIONEN:** Psychovegetative Syndrome mit depressiver Komponente, Stimmungslabilität mit Leistungs- und Initiationsverlust, Psychoseuren, Phobien, endogen-depressive Verstimmungszustände, leichte Depressionen, reaktive Depressionen, depressive Syndrome im Alter, abnorme Reaktionen bei Erwachsenen und Kindern, Antriebs- und Affektstörungen jeder Genese, psychosomatische Erkrankungen, Organneurosen, stressbedingte Erschöpfung, psychische Dekompensation, psychogene Anorexie. Zur Unterstützung psychotherapeutischer Verfahren. Weiterhin: Schwindelsyndrome jeder Genese. **DOSIERUNG:** Psychische oder psychovegetative Syndrome: 3x tgl. 1 bis 2 Kapseln. M. N. O. (Vierföhr): 3x tgl. 1 bis 2 Kapseln. **Pediatric:** 5 mg/kg Körpergewicht (= 1 ml DOGMATIL Saft) verteilt auf 3 Einzeldosen pro die.

Für die klinische Psychiatrie stehen DOGMATIL-FORTE Tabletten zu 200 mg zur Verfügung. **BEGLITZWIRKUNGEN:** Gelegentlich sexuelle Stimulation, Transpiration, Allergien, Mundtrockenheit, Nassek, Akkommodationsstörungen, Hypotonie, Erregungszustände, Dyskinesien, extrapyramidale Erscheinungen; Parkinsonismen, Zyklistörungen, Galaktorrhoe, Einachlafstörungen, Gewichtszunahme, übermäßige Speichelsekretion. **KONTRAINDIKATIONEN:** Absolut: Keine. Relativ: Epilepsie, manische Phasen. In der Schwangerschaft nur wenn es nach Ansicht des Arztes für den Zustand der Patienten notwendig ist. **HINWEIS:** Infolge der positiven Wirkung auf das Wöchnerinnenmilchsekretion es sich, DOGMATIL nicht nach 16.00 Uhr einzunehmen. Da die Reaktion auf Alkoholgehalt nicht voraussehbar ist, sollte die gleichzeitige Einnahme von Alkohol und DOGMATIL vermieden werden. Das Reaktionsvermögen im Straßenverkehr und bei der Arbeit kann vermindert werden, mit individuellen Unterschieden ist zu rechnen. Bei central vorgeschädigten Patienten ist die Dosierung der individuell verschiedenen Toleranzgrenze anzupassen. Sorgfältige ärztliche Überwachung wird empfohlen.

VERSCHEIDENHEITEN: DOGMATIL Kapseln, 30 zu 60 mg DM 16,95, 90 zu 60 mg DM 26,45. DOGMATIL Saft, Flasche mit 200 ml Saft (1 Teelöffel = 5 ml Saft = 25 mg Sulpirid) DM 17,50 - DOGMATIL Ampullen, 6 Ampullen zu 2 ml (1 Ampulle entspricht 100 mg Sulpirid) DM 13,50 - DOGMATIL-FORTE Tabletten, 12 Tabletten zu 200 mg DM 28,90 incl. MWST. Ferner: Analtapackungen, Arztemuster, Literatur und Bealinformation durch:

CHEMISCHE FABRIK SCHRÖDLER GMBH, 5 Köln 51, Gottesweg 64, Tel.: 3730 85/6/7.

und daher häufig nicht genommen. Das Na-Salz ist bei Hypertonie und Ödemneigung; das K-PAS bei Nebennierenrindeninsuffizienz und das Ca-PAS bei Hyperkalzämie kontraindiziert. Kreuzresistenzen bestehen bei den Thioamiden (Prothionamid, Thiosemicerbazone und Thiocarlid) sowie bei den basischen Streptomyces-Antibiotike (Capriomycin, Viomycin und Kenamycin). Die Kreuzresistenz kann innerhalb der beiden Gruppen total oder partiell sein.

Gegenüber der bei uns gebräuchlichen, kontinuierlichen Therapie mit Dreierkombinationen wird aus dem Ausland über gute Erfolge mit der sogenannten intermittierenden Therapie berichtet. Hierfür wird neuerdings die Zweierkombination INH und Rifampicin für anfangs drei Monate täglich, dann zweimal wöchentlich für acht bis zwölf Wochen als sogenannte Zweiphasentherapie für die Erstbehandlung der Tuberkulose eingesetzt.

Da unter einer geeigneten Chemotherapie heute bei frischer Tuberkulose eine Konversionsrate (= Negativierungsrate) von 97% zu erreichen ist, kommen für eine operative Behandlung nur noch 2 bis 3% der Erkrankungsfälle in Frage. Bei der chirurgischen Behandlung wurde die Kollapstherapie völlig verlassen; es dominiert heute die Resektionsbehandlung.

Referent: Dr. med. A. Paetzke, Nürnberg
(Fortsetzung folgt)

Bayerische Akademie für Arbeits- und Sozialmedizin

Neuberufung und Neuwahl im Präsidium und Kuratorium

Nach Ablauf der ersten Legislaturperiode wurden auf die Dauer von vier Jahren die Mitglieder des Präsidiums und des Kuratoriums der Bayerischen Akademie für Arbeits- und Sozialmedizin durch den Staatsminister für Arbeit und Sozialordnung, Dr. F. PIRKL, neu berufen.

Zum Präsidenten der Akademie wurde Professor Dr. med. H. VALENTIN, Direktor des Instituts für Arbeits- und Sozialmedizin der Universität Erlangen-Nürnberg, zu seinem Stellvertreter Dr. med. H. BRAUN, Vizepräsident der Bayerischen Landesärztekammer, gewählt. Professor Dr. H. VALENTIN tritt damit die Nachfolge von Professor Dr. H.-J. SEWERING an, der sein Amt niedergelegt hat.

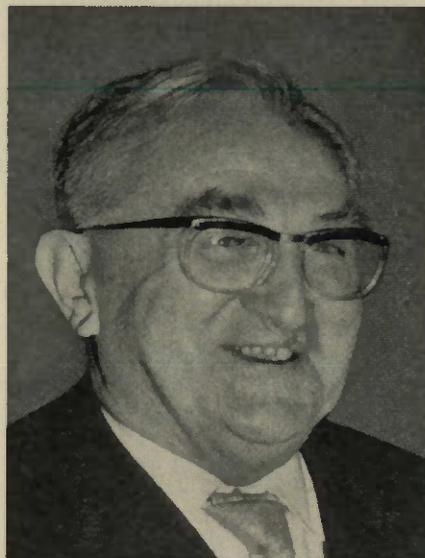
Ministerialdirigent Dr. Bernhard KLÄSS, Mitglied des Bayerischen Senats und Vizepräsident des Bayerischen Roten Kreuzes, wurde in des Präsidium berufen.

Zum Vorsitzenden des Kuratoriums der Akademie wurde Dr. med. G. FUCHS, Werksarzt der Firma Krauss-Maffei AG, München, gewählt. Seine beiden Stellvertreter sind Frau Professor Dr. med. Maria BLOHMKE, Institut für Sozial- und Arbeitsmedizin der Universität Heidelberg, und Professor Dr. Dr. H. EYER, Direktor des Max von Pettenkofer-Instituts der Universität München.

Einstellung von Auszubildenden Im Ausbildungsberuf der Arzthelferin

Als Auswirkung der Rezession in der gewerblichen Wirtschaft zeichnet sich bereits jetzt ein Überangebot an Auszubildenden gegenüber dem Angebot an Ausbildungsstellen ab. Dies führt dazu, daß sich die schulentlassene Jugend vermehrt der Ausbildung in den sozialen Berufen, darunter auch dem Ausbildungsberuf der Arzthelferin, zuwendet. Schon jetzt melden sich mehr Interessentinnen zu diesem Beruf, als Ausbildungsstellen bei niedergelassenen Ärzten zur Verfügung stehen. Angesichts dieser Entwicklung empfiehlt es sich, vorrangig Interessentinnen mit mittlerer Schulreife einzustellen, die bessere Voraussetzungen für die Ausbildung zur Arzthelferin sowohl in der Praxis als auch in der Berufsschule mitbringen.

Personalia



Professor Dr. Dr. Gustav Bodechtel zum 75. Geburtstag

Vor 75 Jahren wurde am 17. März Professor Dr. Dr. Gustav BODECHTEL in Nürnberg geboren. Er ist ein echter Franke geblieben, wenn ihn sein Lebensweg auch schon früh aus seiner Heimat weggeführt hat.

Bodechtel fühlte sich schon als junger Mensch zu den Naturwissenschaften hingezogen und studierte in Erlangen gleichzeitig Zoologie und Medizin. 1923 promovierte er zum Dr. phil. mit einer Arbeit über „Vergleichende entwicklungsgeschichtliche Untersuchungen am Labyrinthorgan für Wirbeltiere“ und 1924 schloß er das Medizinstudium ab.

Seine weitere Ausbildung beginnt er unter Polando an der gynäkologischen Poliklinik in München, wo er

FM 7 schützt

vor Zivilisationsschäden
nicht nur im Entwicklungs- und
Wachstumsalter, auch bei Stress
und altersbedingter Abnützung.

FM 7
frischt auf und macht
abwehrbereit

durch wertvolle Vitamine
und Mineralstoffe.

Für Kinder und Erwachsene.



Gebrauchsanweisung:
3mal täglich 1 Eßlöffel ½ Stunde vor
dem Essen einnehmen.

Zusammensetzung:
- für Kinder -

Vitamin A	6600 I. E.
Vitamin D ₃	3300 I. E.
Vitamin C	0,60 g
Vitamin B ₁	0,04 g
Calc. glucon.	1,00 g
Calc. lact.	3,30 g

Tot. Chinae cps.	2,50 g
Spigelia D 2	4,00 g
Phosphorus D 6	4,00 g
Lävulose	50,00 g
Dextrose	50,00 g
Mel dep.	66,00 g

Spurenelemente:
Kupfer, Mangan, Cobalt.
Emulsion ad 250,00 ml

- für Erwachsene -

zusätzlich	
Vitamin P	0,125 g
Coffein. pur.	0,120 g

Emulsion:	
250 ml	AVK DM 12,75
500 ml	AVK DM 23,00

Muster auf Anforderung

JOSSA
ARZNEI

Arzneimittel so natürlich wie möglich

KURT MERZ · 6497 STEINAU

seine schon in der zoologischen Arbeit entdeckte Liebe zur Histologie und Anatomie weiter vertieft. In diesen ersten beiden Münchener Jahren werden die beiden großen Neuropathologen Spatz und Spielmeyer auf ihn aufmerksam und letzterer überträgt ihm 1927 eine Assistentenstelle am Hirnpathologischen Institut der Deutschen Forschungsanstalt für Psychiatrie in Schwabing. Damit sind entscheidende Weichen für den künftigen Lebensweg gestellt. Bodechtel verbringt seine neuropathologische Lehrzeit an bester Stelle und seine damals entstandenen Arbeiten stecken bereits das wissenschaftliche Betätigungsfeld ab, dem er sein Leben lang treu geblieben ist: das Grenzgebiet zwischen Innerer Medizin und Neurologie.

Die von Spielmeyer und Spatz ausgehenden Impulse neuropathologischer Prozesse auch hinsichtlich ihrer Pathogenese, also funktionell, zu untersuchen, zwingen zu Forschungen auf dem Gebiet der Inneren Medizin und der sorgfältigen Beobachtung der Verläufe innerer Erkrankungen im Hinblick auf Folgen am Zentralnervensystem. Im Zuge dieser Ideen tritt Bodechtel 1930 in die Innere Abteilung des Krankenhauses München-Schwabing unter Neubauer ein und wechselt bald an die Medizinische Universitätsklinik Erlangen unter L. R. Müller über, der ihn zur Habilitation auffordert und sein eigentlicher klinisch internistischer und klinisch neurologischer Lehrer wird. Seine Habilitationsarbeit im Jahre 1932 beschäftigt sich ganz folgerichtig mit dem Thema: „Gehirnveränderungen bei Herzkrankheiten“.

Sein weiterer Weg führt ihn als Oberarzt an die Neurologische Universitätsklinik in Hamburg zu Pette, wo er auch mit Pettes Vorgänger, dem großen Neurologen Nonne in engen Kontakt kommt. 1938 wird er zum Chefarzt der Medizinischen Klinik an den Städtischen Krankenanstalten in Dortmund ernannt, 1940 als Ordinarius und Direktor der II. Medizinischen Klinik und Poliklinik an der Medizinischen Akademie in Düsseldorf berufen. Zusätzlich wird ihm dort während des Krieges als „Beratendem Neurologen“ die fachliche Oberaufsicht über mehrere neurologische Lazarettabteilungen übertragen, an denen er mit seinem großen Wissen und seiner immensen Arbeitskraft nicht nur sehr segensreich wirkt, sondern auch viele neue Erkenntnisse und vielfältige Erfahrungen aus diesem einmaligen Krankengut gewinnt.

Der wissenschaftliche Niederschlag dieser Tätigkeit ist zunächst ein Grundriß peripherer Nervenverletzungen. Dann wendet er sich, gestützt auf seine hervorragenden Kenntnisse der Hirnanatomie und Histologie, der Klinik und Pathogenese der vegetativ-nervösen Störungen zu, wie sie dem Internisten und Neurologen in so vielfältiger Gestalt begegnen. In seinem großen Referat auf dem ersten Nachkriegskongreß der Deutschen Gesellschaft für Innere Medizin in Karlsruhe räumte er dann aufgrund dieser Arbeiten gründlich mit einer auf dem schwankenden Boden unkritischer Hypothesen stehenden „Zwischenhirnmytho-

logie“ auf. Mit Schrader zusammen schreibt Bodechtel 1953 den Beitrag über die Erkrankungen des Rückenmarks im Handbuch der Inneren Medizin.

Höhepunkt seines literarischen Schaffens wurde dann die erst in seiner Münchener Zeit (1958) entstandene Differentialdiagnose neurologischer Krankheitsbilder, mit der er sich und seiner Schule ein Denkmal gesetzt hat. Dieses Werk wurde bereits mehrfach neu aufgelegt und in fremde Sprachen übersetzt.

Krönung seiner akademischen Karriere war die 1953 erfolgte Berufung auf den berühmten Lehrstuhl der II. Medizinischen Klinik der Universität München, den vor ihm so bedeutende Männer wie Ziemssen, Friedrich v. Müller, Schittenhelm und Gustav v. Bergmann eingenommen hatten. Bodechtel war ein würdiger Nachfolger. 1966 war er Präsident der Deutschen Gesellschaft für Innere Medizin und hat deren Tagung, die er auch auf sein Lebensthema – das Grenzgebiet zwischen Innerer Medizin und Neurologie – ausgerichtet hatte, mit seinem überlegenen Wissen und sprühenden Temperament erfüllt.

Von der Deutschen Gesellschaft für Innere Medizin und der Société française de Neurologie wurde Bodechtel zum Ehrenmitglied ernannt, von der Deutschen Gesellschaft für Neurologie mit der Verleihung der Erb Medaille ausgezeichnet.

Seiner Initiative verdankt die Friedrich Baur Stiftung in München ihr Entstehen. Ursprünglich war diese Stiftung als Forschungs- und Behandlungszentrum für die Poliomyelitis gedacht und dient nach dem Erlöschen dieser Seuche durch die Impfung anderen Kranken mit neurogenen und myogenen Lähmungen.

Das Lebensbild wäre unvollständig, würde man nicht als Schüler auch des „Chefs“ dankbar gedenken. Er hat viel verlangt, aber auch viel gegeben. Seine regelmäßigen Visiten waren für jeden, der sie mitmachen durfte, eine Bereicherung. Den Kranken widmete er sich mit Wärme und Anteilnahme. Freimütige, aber fundierte Diskussionen waren erwünscht. Wie oft hat er uns aber mit seinem stupenden Gedächtnis und seiner blitzschnellen Auffassungs- und Kombinationsgabe in Erstaunen versetzt und in Verlegenheit gebracht.

Wenn er bei der Vorstellung eines Kranken mit einem leichten Wackeln des Kopfes und einem zweifelnden „Hm“ Bedenken anmeldete, wußten wir Assistenten und Oberärzte, daß er uns in der Deutung der Befunde und der Differentialdiagnose fast immer einen wesentlichen Schritt weiterhalf. In Forschung und Lehre ließ er uns die größte Freiheit und förderte mit wohlwollender und vorsichtiger Kritik. Als begeisterter akademischer Lehrer war er uns Vorbild. So schuf er eine klinische Schule. Mehrere Ordinarien für Innere Medizin und für Neurologie und zahlreiche Chefärzte sind aus ihr hervorgegangen. Alle, die bei ihm lernen und arbeiten durften, danken es ihm.

Bodechtels Humor machte jede Arbeit bei ihm fröhlich. Nicht nur bei den schönen Festen, Faschingsbällen, „Wies'n“-Besuchen und Nachsitzungen nach Vorträgen, sondern auch in der Klinik wurde viel und gerne gelacht.

Mit seiner profunden Allgemeinbildung bereicherte er dienstliche und außerdienstliche Gespräche, mit seiner ungewöhnlichen Musikalität – er besitzt beneidenswerter Weise das absolute Gehör – und seiner Kenntnis der Welt der Oper erschloß er uns neue Welten.

Die bisher gelebten 75 Jahre waren erfolgreich im Beruf und glücklich in einer harmonischen Familie.

Nun wünschen seine dankbaren Schüler dem rüstigen Jubilar, der als Emeritus immer noch in der Baur-Stiftung mit Rat und Tat zur Verfügung steht, weiterhin Gesundheit und Freude am Leben.

Professor Dr. Hermann Zickgraf

Auszeichnungen

Mit dem Bundesverdienstkreuz am Bande wurden ausgezeichnet:

Dr. Josef HERMANN, Regensburg,
Dr. Franz SCHMIDL, Regensburg,
Dr. Heinrich SCHMIDT, Ansbach,
Dr. Dr. Helmut WENDELSTEIN, Ansbach.

Das Bundesverdienstkreuz Erster Klasse erhielt der Vizepräsident der Bayerischen Landesärztekammer und Vorsitzende des Landesverbandes Bayern des Hartmannbundes, Dr. Hermann BRAUN.

Bundespolitik

Modernisierung des Jugendarbeitsschutzgesetzes

Erweiterte ärztliche Untersuchungen

von Peter Mandt, Bonn

Bundesarbeitsminister Walter ARENDT hat den Gesetzentwurf zur Modernisierung des Jugendarbeitsschutzes dem Kabinett zur Beschlußfassung zugeleitet.

Ziel der Neuregelung ist es vor allem, die seit Inkrafttreten des geltenden Jugendarbeitsschutzgesetzes im Jahre 1960 aufgetretenen Schwierigkeiten zu beseitigen sowie die im Gesetz enthaltenen Schutzvorschriften generell zu verbessern.

Die Schwerpunkte der Neuregelung sind neben einem wesentlichen Ausbau der gesundheitlichen Betreuung: die Einführung der Fünf-Tage-Woche bei 40 Arbeitsstunden; die Ausdehnung der Nachtruhe von 20.00 Uhr

bis 7.00 Uhr; die Verlängerung des Urlaubs bis zu 30 Werktagen; die Erweiterung der Beschäftigungsverbote (das bisherige Verbot der Fließarbeit wird auf alle Arbeiten mit vorgeschriebenem Tempo oder Zeitangaben ausgedehnt) sowie die Heraufsetzung des Beschäftigtenalters auf 15 Jahre.

Für die gesundheitliche Betreuung werden erweiterte Untersuchungen vorgesehen. Die jetzt vorgeschriebene Erstuntersuchung der ins Berufsleben eintretenden Jugendlichen und die nach einem Jahr vorzunehmende Nachuntersuchung werden ergänzt durch weitere jährliche Nachuntersuchungen.

Als weitere Neuregelung sind in bestimmten Fällen außerordentliche Nachuntersuchungen vorgesehen.

Insgesamt ergibt sich nach der Novelle für die ärztlichen Untersuchungen folgender Plan:

Erstuntersuchung

Ein Jugendlicher, der in das Berufsleben eintritt, darf nur beschäftigt werden, wenn er innerhalb der letzten sechs Monate von einem Arzt untersucht worden ist und dem Arbeitgeber eine von diesem Arzt ausgestellte Bescheinigung vorliegt.

Dies gilt nicht für eine geringfügige oder eine nicht länger als zwei Monate dauernde Beschäftigung mit leichten Arbeiten, von denen keine gesundheitlichen Nachteile für den Jugendlichen zu befürchten sind.

Erste Nachuntersuchung

Ein Jahr nach Aufnahme der ersten Beschäftigung hat sich der Arbeitgeber die Bescheinigung eines Arztes darüber vorlegen zu lassen, daß der Jugendliche innerhalb der letzten drei Monate vor Ablauf dieser Frist nachuntersucht worden ist. Gleichzeitig hat er die Pflicht, den Jugendlichen unmittelbar vor Ablauf der Drei-Monatsfrist nachdrücklich hierzu aufzufordern.

Legt der Jugendliche die Bescheinigung nicht nach Ablauf eines Jahres vor, hat ihn der Arbeitgeber innerhalb eines Monats unter Hinweis auf ein Beschäftigungsverbot schriftlich aufzufordern, ihm die Bescheinigung vorzulegen. Je eine Durchschrift des Aufforderungsschreibens hat der Arbeitgeber dem Personensorgeberechtigten, dem Betriebs- oder Personalrat und der Aufsichtsbehörde zuzusenden. Das Beschäftigungsverbot tritt nach Ablauf von 14 Monaten nach Aufnahme der ersten Beschäftigung ein und gilt solange er die Bescheinigung nicht vorgelegt hat.

Weitere Nachuntersuchungen

Nach Ablauf jedes weiteren Jahres nach der ersten Nachuntersuchung kann sich der Jugendliche erneut nachuntersuchen lassen. Der Arbeitgeber ist verpflichtet, ihn auf diese Möglichkeit rechtzeitig hinzuweisen und „darauf hinzuwirken, daß der Jugendliche ihm die Bescheinigung über die weitere Nachuntersuchung vorlegt“.

Außerordentliche Nachuntersuchung

Der Arzt soll eine außerordentliche Nachuntersuchung anordnen, wenn eine Untersuchung ergibt, daß ein Jugendlicher in seinem Entwicklungsstand zurückgeblieben ist, gesundheitliche Schwächen oder Schäden vorhanden sind bzw. die Auswirkungen der Beschäftigung auf die Gesundheit oder Entwicklung des Jugendlichen noch nicht zu übersehen sind. Die für die erste Nachuntersuchung festgelegten Fristen werden durch die Anordnung einer außerordentlichen Nachuntersuchung nicht berührt.

Ärztliche Untersuchungen bei Wechsel des Arbeitgebers

Wechselt der Jugendliche den Arbeitgeber, so darf ihn der neue Arbeitgeber erst beschäftigen, wenn ihm die Bescheinigung über die Erstuntersuchung und, falls seit der Aufnahme der Beschäftigung ein Jahr vergangen ist, die Bescheinigung über die erste Nachuntersuchung vorliegen.

Die Bestimmungen über die Durchführung der Untersuchungen und sich daraus ergebende Konsequenzen lassen sich schwerpunktmäßig wie folgt zusammenfassen:

Durchführung der ärztlichen Untersuchungen

Die ärztlichen Untersuchungen haben sich auf den Gesundheits- und Entwicklungsstand und die körperliche Beschaffenheit, die Nachuntersuchungen außerdem auf die Auswirkungen der Beschäftigung auf Gesundheit und Entwicklung des Jugendlichen zu erstrecken. Der Arzt hat unter Berücksichtigung der Krankheitsvorgeschichte des Jugendlichen aufgrund der Untersuchungen zu beurteilen, ob die Gesundheit oder die Entwicklung des Jugendlichen durch die Ausführung bestimmter Arbeiten oder durch die Beschäftigung während bestimmter Zeiten gefährdet wird, ob besondere der Gesundheit dienende Maßnahmen erforderlich sind, ob eine außerordentliche Nachuntersuchung erforderlich ist.

Der Arzt hat schriftlich festzuhalten: Den Untersuchungsbefund, die Arbeiten, durch deren Ausführung er die Gesundheit oder die Entwicklung des Jugendlichen für gefährdet hält, die besonderen der Gesundheit dienenden Maßnahmen, die Anordnung einer außerordentlichen Nachuntersuchung.

Kann der Arzt den Gesundheits- und Entwicklungsstand des Jugendlichen nur beurteilen, wenn das Ergebnis einer Ergänzungsuntersuchung durch einen anderen Arzt oder einen Zahnarzt vorliegt, so hat er die Ergänzungsuntersuchung zu veranlassen und ihre Notwendigkeit schriftlich zu begründen.

Dem Personensorgeberechtigten muß der Arzt schriftlich das wesentliche Ergebnis der Untersuchung, die Arbeiten, durch deren Ausführung er die Gesundheit des Jugendlichen für gefährdet hält, die besonderen der Gesundheit dienenden Maßnahmen und die An-

ordnung einer außerordentlichen Nachuntersuchung mitteilen.

Der Arzt hat eine für den Arbeitgeber bestimmte Bescheinigung darüber auszustellen, daß die Untersuchung stattgefunden hat und darin die Arbeiten zu vermerken, durch deren Ausführung er die Gesundheit oder die Entwicklung des Jugendlichen für gefährdet hält.

Der Arbeitgeber hat die ärztlichen Bescheinigungen bis zur Beendigung der Beschäftigung, längstens jedoch fünf Jahre, aufzubewahren und der Aufsichtsbehörde sowie der Berufsgenossenschaft auf Verlangen zur Einsicht vorzulegen oder einzusenden. Die Aufsichtsbehörde hat, wenn die dem Jugendlichen übertragenen Arbeiten Gefahren für seine Gesundheit befürchten lassen, dies dem Personensorgeberechtigten und dem Arbeitgeber mitzuteilen und den Jugendlichen aufzufordern, sich durch einen von ihr ermächtigten Arzt untersuchen zu lassen.

Scheidet der Jugendliche aus dem Beschäftigungsverhältnis aus, hat ihm der Arbeitgeber die Bescheinigungen auszuhändigen.

Bescheinigung mit Gefährdungsvermerk

Enthält die Bescheinigung des Arztes einen Vermerk über Arbeiten, durch deren Ausführung er die Gesundheit oder die Entwicklung des Jugendlichen für gefährdet hält, so darf der Jugendliche mit solchen Arbeiten nicht beschäftigt werden.

Der Arbeitgeber hat die Aufsichtsbehörde über den Inhalt der Bescheinigung und die Art der Arbeit des Jugendlichen unverzüglich zu unterrichten. Dies gilt auch bei einem Wechsel des Arbeitgebers. Die Aufsichtsbehörde kann die Beschäftigung des Jugendlichen mit den in der Bescheinigung des Arztes vermerkten Arbeiten im Einvernehmen mit einem Arzt zulassen und die Zulassung mit Auflagen verbinden.

Gegenseitige Unterrichtung der Ärzte

Die Ärzte, die die Untersuchungen vorgenommen haben, müssen, wenn der Personensorgeberechtigte und der Jugendliche damit einverstanden sind, dem staatlichen Gewerbearzt, dem Arzt, der einen Jugendlichen nachuntersucht, auf Verlangen die Aufzeichnungen über die Untersuchungsbefunde zur Einsicht aushändigen.

In diesen Fällen kann der Amtsarzt des Gesundheitsamtes einem Arzt, der einen Jugendlichen untersucht, Einsicht in andere in seiner Dienststelle vorhandene Unterlagen über Gesundheit und Entwicklung des Jugendlichen gewähren.

Der Bundesminister für Arbeit und Sozialordnung kann zum Zwecke einer gleichmäßigen und wirksamen gesundheitlichen Betreuung durch Rechtsverordnung mit Zustimmung des Bundesrates Vorschriften über die Durchführung der ärztlichen Untersuchungen und über die für die Aufzeichnungen der Untersuchungs-

Harnsäure



Der Harnsäure-Hemmer

Senkt den Harnsäurespiegel

Löst Harnsäuresteine

Schutz und Dauerbehandlung

Hyperurikämie, Gicht, Harnsäuresteine

Allopurinol der Harnsäure-Hemmer

Zusammensetzung pro Dragee

4-Hydroxy-1H-pyrazolo (3, 4-d)-pyrimidin 100 mg

Indikationen

Hyperurikämie, Gicht, Arthritis urica, harnsaure Diathese, Harnsäuresteine

Kontraindikationen

Schwangerschaft und Stillzeit

Nebenwirkungen

Gelegentlich können Juckreiz, Übelkeit, Erbrechen oder Diarrhoe auftreten, die nach vorübergehender Reduzierung der Dosis meist verschwinden. Verstärkte Gelenkschmerzen zu Beginn der Behandlung können durch niedrig dosierte Colchicingaben beherrscht werden.

Dosierung

Individuell zwischen 100-800 mg täglich, im allgemeinen 3 x 1 bis 3 x 2 Dragees täglich.

Handelsformen Packung zu 50 Dragees **DM 29,80** Klinikpackung zu 250 Dragees

EFEKA · FRIEDRICH & KAUFMANN · ARZNEIMITTELFABRIK · HANNOVER

befunde, die Bescheinigungen und Mitteilungen zu verwendenden Vordrucke erlassen.

Die Landesregierung kann durch Rechtsverordnung zur Vermeidung von mehreren Untersuchungen innerhalb eines kurzen Zeitraumes aus verschiedenen Anlässen bestimmen, daß Erst- und Nachuntersuchungen zusammen mit Untersuchungen nach anderen Vorschriften durchzuführen sind und hierbei bei der Erst-

untersuchung von der Sechs-Monats-Frist bis zu drei Monaten abweichen. Zur Vereinfachung der Abrechnung kann die Landesregierung Pauschbeträge für die Kosten der ärztlichen Untersuchungen im Rahmen der geltenden Gebührenordnungen festsetzen ebenso wie Vorschriften über die Erfassung der Kosten beim Zusammentreffen mehrerer Untersuchungen erlassen. Die Kosten für die Untersuchungen trägt das Land.

Amtliches

Wichtiger Hinweis für Chefärzte

Bundespflugesatzverordnung und Chefarztverträge

Wir verweisen alle in Betracht kommenden Kollegen auf die objektive und sachlich fundierte Würdigung der Rechtslage hinsichtlich der vor dem 1. Juli 1972 abgeschlossenen Verträge leitender Krankenhausärzte in dem Aufsatz „Entkoppelung und Besitzstandswahrung“ von Ministerialdirigent WEISSAUER in Nr. 2/1974 des „Bayerischen Ärzteblattes“ und legen jenen Kollegen, die sich Forderungen von Krankenhausträgern auf Änderung ihrer Dienstverträge ausgesetzt sehen, nahe, sich die in diesem Artikel enthaltene Argumentation zu eigen zu machen. Insbesondere weisen wir nochmals auf die Frist von drei Wochen nach Zustellung von Kündigungsschreiben des Krankenhausträgers für die Einreichung einer Kündigungsschutzklage, für angestellte Chefärzte beim Arbeitsgericht und für beamtete Chefärzte zur Einlegung eines Widerspruchs mit gegebenenfalls nachfolgender Klage zum Verwaltungsgericht, hin.

Sonderdrucke des genannten Aufsatzes können bei der Bayerischen Landesärztekammer bezogen werden.

Bekanntmachung des Bayerischen Landesamtes für Umweltschutz vom 25. Februar 1974 — Nr. II — 302 — 5248 —

Durchführung der Röntgenverordnung

Die Frist zur Erbringung des Nachweises, daß die Voraussetzungen nach § 3 Abs. 2 Nr. 2 und 3 der Röntgenverordnung — RöV — vom 1. März 1974 (BGBl. S. 173) und nach § 4 Abs. 1 bis 4 RöV (genehmigungsfreier Betrieb von Röntgeneinrichtungen) vorliegen, wird gemäß § 49 Abs. 1 Satz 3 RöV bis zum **28. Februar 1975** verlängert. Dies gilt für alle Betreiber von Röntgenanlagen und Störstrahlern wie Hochschulinstitute, Universitätskliniken, staatliche und kommunale Krankenanstalten, Privatkliniken, private ärztliche, zahnärztliche und tierärztliche Praxen und Forschungsanstalten, soweit das Bayerische Landesamt für Um-

weltschutz nach § 1 der ZustVRöV vom 24. Januar 1974 (GVBl. S. 37) zuständig ist.

Die Veranstaltungen für die Vermittlung der Kenntnisse im Strahlenschutz werden nach der am 20. Februar 1974 abgehaltenen Informationsveranstaltung für Ausbilder dieser Kurse rechtzeitig im „Bayerischen Ärzteblatt“ bzw. in sonst geeigneter Form bekanntgegeben. Es wird deshalb gebeten, diese Veröffentlichungen zu verfolgen und von Anfragen bei der Bayerischen Landesärztekammer zunächst abzusehen.

Entschließung des Bayerischen Staatsministeriums des Innern vom 18. Februar 1974 — Nr. I E 3 5395/30-8/74 —

Röntgenuntersuchungen von Schwangeren im Vollzug der §§ 17, 18 und §§ 47, 48 BSeuchG und ausländer- rechtlicher Vorschriften

§ 27 der Röntgenverordnung — RöV — vom 1. März 1973 (BGBl. I S. 173)

1. § 27 Abs. 1 RöV verbietet grundsätzlich eine Röntgenuntersuchung bei bestehender Schwangerschaft.
2. Für Erst-(Einstellungs-)untersuchungen im Vollzug der §§ 17, 18 BSeuchG (IMBek vom 8. August 1969, MABl. S. 387) und §§ 47, 48 BSeuchG (GemBek vom 27. August 1969, MABl. S. 585, geändert durch GemBek vom 7. November 1973, MABl. S. 941) gilt deshalb:
Bei Schwangeren ist die Röntgenuntersuchung innerhalb von sechs Wochen nach beendeter Schwangerschaft durchzuführen. Bis zu diesem Zeitpunkt bestehen, soweit es den Ausschluß einer ansteckungsfähigen Tuberkulose der Atmungsorgane betrifft, gegen ihre Tätigkeit dann keine Bedenken, wenn eine intrakutane Tuberkulinprobe negativ ausfällt.
3. Für Wiederholungsuntersuchungen im Vollzug der §§ 17, 18, 47, 48 BSeuchG (s. Bek a. a. O.) und für Untersuchungen im Vollzug ausländerrechtlicher

Vorschriften (IMBek vom 8. Juli 1969, MABl. S. 395, zu Nrn. 26 und 31 Buchst. I der Allgemeinen Verwaltungsvorschriften zur Ausführung des Ausländergesetzes – AuslGVVw – in Verbindung mit der IMBek vom 17. Oktober 1962, MABl. S. 606, berichtigt 1963 S. 5) gilt:

Bei Schwangeren ist die Röntgenuntersuchung innerhalb von sechs Wochen nach beendeter Schwangerschaft durchzuführen. Bis zu diesem Zeitpunkt bestehen, soweit es den Ausschluß einer ansteckungsfähigen Tuberkulose der Atmungsorgane betrifft, gegen ihre Tätigkeit bzw. die Erteilung einer Aufenthaltserlaubnis keine Bedenken.

Bekanntmachung des Bayerischen Staatsministeriums des Innern vom 19. Februar 1974 – Nr. I Z 4 – 5135/1 – 3/74 –

Stellenausschreibung für den öffentlichen Gesundheitsdienst

Im öffentlichen Gesundheitsdienst sind Stellen für beamtete Ärzte zu besetzen, und zwar

im amtsärztlichen Dienst Stellen für ärztliche Mitarbeiter bei den Staatlichen Gesundheitsämtern

Altötting, Amberg, Ansbach, Aschaffenburg, Bad Neustadt a. d. Saale, Cham, Coburg, Dingolfing, Günzburg, Haßfurt, Hof, Karlstadt (Dienststelle Lohr am Main), Kelheim, Kulmbach, Landshut, Lauf d. d. Pegnitz, Miltenberg, Mindelheim, Neumarkt i. d. Opf., Neustadt a. d. Aisch, Neustadt a. d. Waldnaab, Neu-Ulm, Passau, Pfarrkirchen, Roth b. Nürnberg (Dienststelle Schwabach), Schwandorf (Dienststelle Burglengenfeld), Schweinfurt, Sonthofen, Straubing, Tirschenreuth, Weißenburg;

Im tuberkulosefürsorgeärztlichen Dienst (Lungenfachärzte, Internisten oder Röntgenologen mit Erfahrungen auf dem Gebiet der Lungenkrankheiten) bei den Staatlichen Gesundheitsämtern

Bad Reichenhall (oder anderer Ort im südlichen Oberbayern), Donauwörth, Landshut, Neu-Ulm, Pfarrkirchen, Würzburg;

als Röntgenschirmbildarzt (Lungenfachärzte und Internisten mit der Teilgebietsbezeichnung Lungen- und Bronchialheilkunde sowie Röntgenologen und Internisten mit Erfahrungen auf dem Gebiet der Lungenkrankheiten)

bei den Regierungen in Ansbach, Augsburg, Bayreuth;

im landgerichtsarztlichen Dienst (mit selbständiger Tätigkeit in gerichtlicher Psychiatrie und gerichtlicher Medizin)

Chefstellen (A 15): Amberg, Coburg, Deggendorf, Memmingen,

sonstige Stellen: Augsburg, Bamberg, Kempten, München, Nürnberg, Regensburg, Traunstein.

Es können sich auch Ärzte bewerben, die erst kurze Zeit approbiert sind.

Der öffentliche Gesundheitsdienst bietet den Ärzten vielfältige und interessante Aufgaben mit der Möglichkeit, den jeweiligen besonderen Neigungen weitgehend Rechnung zu tragen. Den Ärzten wird auf Kosten des Staates eine umfassende fachliche Weiterbildung auf den verschiedensten Gebieten vermittelt, z. B. Umwelthygiene, Verhütung und Bekämpfung übertragbarer Krankheiten, öffentliche Impfungen, Sozialhygiene (Jugendgesundheitspflege, Beratung Behinderter, soziale Psychiatrie), Gesundheitserziehung, ärztlicher Gutachtertätigkeit usw., Fortbildungskurse vertiefen das Fachwissen; auch klinische Fortbildung ist möglich.

Bewerber, die schon Beamte sind und die Amtsarztprüfung abgelegt haben, werden als Beamte übernommen. Die übrigen Bewerber werden zunächst als Angestellte (BAT) eingestellt.

Die Teilnahme am Amtsarztlehrgang ist kostenlos. Während des Lehrgangs laufen die Dienstbezüge weiter. Daneben wird Trennungsgeld gezahlt. Nach der Amtsarztprüfung erfolgt die Übernahme in das Beamtenverhältnis. Die Laufbahn reicht vom Medizinalrat (A 13) bis zum Obermedizinaldirektor (A 16).

Trennungsgeld und Umzugskostenvergütung werden gewährt. Staatsbedienstetenwohnungen werden nach Möglichkeit vermittelt. Privatpraxis (ohne gesetzliche Krankenkassen) und vertrauensärztliche Nebentätigkeiten werden genehmigt.

Bewerbungen und jederzeit mögliche Anträge auf unverbindliche Vormerkung für künftig freiwerdende Stellen werden erbeten an:

Bayerisches Staatsministerium des Innern, 8000 München 22, Odeonsplatz 3, Telefon (089) 2192, Durchwahl 655.

Bekanntmachung des Bayerischen Staatsministeriums für Arbeit und Sozialordnung vom 19. Februar 1974 – Nr. V A 4 – 5355/5-4/74 –

Bestellung von Landesärzten nach dem Bundessozialhilfegesetz

Gemäß § 126 a des Bundessozialhilfegesetzes wurde als Landesarzt für Hör- und Sprachbehinderte für die Regierungsbezirke Oberbayern und Schwaben neu bestellt:

Akademische Oberrätin Dr. Gabriele FULL-SCHARER, Leiterin der Abteilung für Stimm- und Sprachkrankheiten in der Poliklinik für Hals-, Nasen- und Ohrenkrankheiten der Universität München, 8000 München 2, Pettenkoferstraße 8 a.

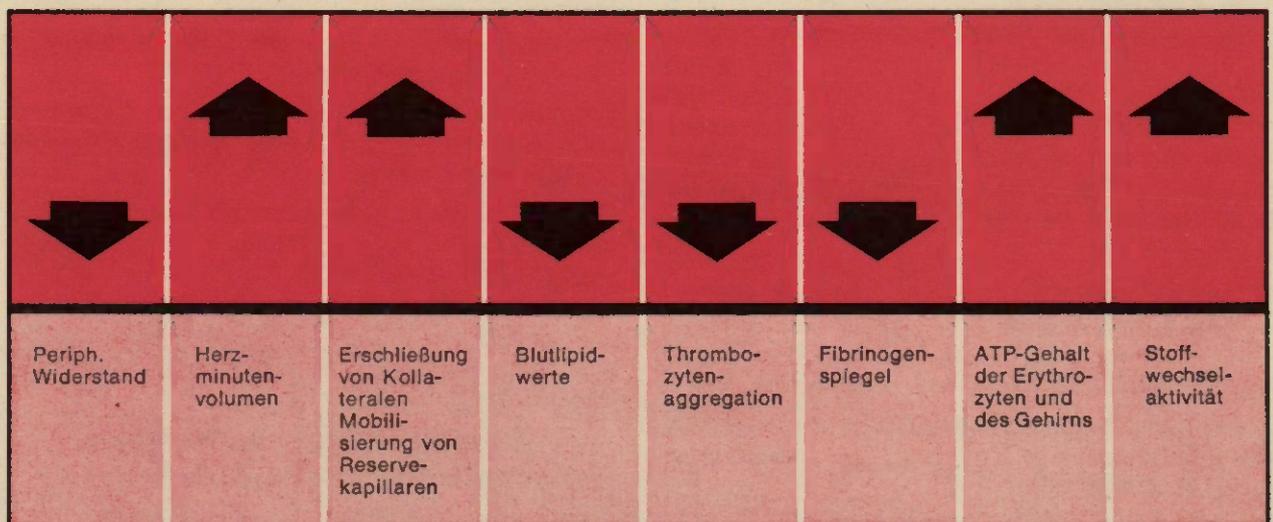
Der bisherige Landesarzt, Professor Dr. Ernst LOEBELL, ist ausgeschieden.

Die Bekanntmachung des Bayerischen Staatsministeriums des Innern vom 26. Februar 1970 – Nr. P 4 – 5355/5-13/69 – (StAnz. 1970/Nr. 11) wird aufgehoben.

COMPLAMIN[®]

Xantinol-nicotinat **RETARD**

**Das umfassende Wirkungsprinzip
zur Therapie peripherer
und zerebraler Durchblutungsstörungen**



Das bedeutet für die Behandlung:

- **Deutliche Therapieerfolge, belegt in über 500 Veröffentlichungen im In- und Ausland**
- **Dankbare Patienten durch spürbare Besserung der Krankheitssymptome**



COMPLAMIN in der Therapie z. B. zerebrale Insuffizienz

Schwindel	50	30	18	2
Kopfdruck	20	45	30	5
Besserung der Dysfunktion	15	40	38	7
Besserung der Merkfähigkeit	18	45	19	18
Schlafstörungen	22	38	26	14
Zunahme der Vigilanz	12	36	42	10
Besserung des Reaktionsverm.	15	28	48	9
Aktivität	10	32	36	22



sehr gut



gut



befriedigend



unbefriedigend

Beeinflussung zerebralsklerotischer Symptome (in %) durch Therapie mit COMPLAMIN bei 174 Patienten. (LEUBE u. SCHWAEPEPE: Med. Monatsschr. 24, 366, 1970)

Der spürbare und objektivierbare Therapieerfolg: Verbesserung der zerebralen Leistungsfähigkeit durch Aktivierung des Hirnstoffwechsels.

INDIKATIONEN

Zerebrale Funktionsstörungen:

Zerebrale Dekompensation infolge chronischer Mangel durchblutung; Operations-, Hirntrauma- und Apoplexietolgen; Sehstörungen infolge Retinopathie; Hörsturz; Meniere'sche Krankheit.

Periphere Durchblutungsstörungen:

Geläßverschlüsse mit Claudicatio intermittens oder Gangrän; Endangiitis obliterans; diabetische Angiopathie; Morbus Raynaud; akute Thrombosen und Embolien; Thromboseprophylaxe; Ulcus cruris; Decubitus; bei Sudeck-Syndrom.

KONTRAINDIKATIONEN

Dekompensierte Herzinsuffizienz, trischer Myokardinfarkt, akute Blutungen.

BESONDERE HINWEISE

Entsprechend den heute allgemein gegebenen Empfehlungen sollen Arzneimittel während der Schwangerschaft, besonders in den ersten 3 Monaten, nur unter strenger Indikationsstellung angewendet werden.

DOSIERUNG COMPLAMIN-RETARD

Im allgemeinen täglich 2 x 1 Tablette nach den Mahlzeiten.

ZUSAMMENSETZUNG

COMPLAMIN-RETARD-Tabletten: 1 Tablette enthält 500 mg Xantinol-nicotinat.

WEITERE DARREICHUNGSFORMEN

COMPLAMIN 300-Tabletten mit 300 mg Xantinol-nicotinat
COMPLAMIN-Ampullen zu 2 ml (300 mg Xantinol-nicotinat) und zu 10 ml (1500 mg Xantinol-nicotinat).

PACKUNGSGRÖSSEN

COMPLAMIN-RETARD: OP mit 20 Tabletten und 60 Tabletten DM 10,30 und DM 27,40; AP

COMPLAMIN 300: OP mit 60 Tabletten DM 19,-; AP

COMPLAMIN-Ampullen: OP mit 10 Ampullen zu 2 ml DM 10,65; AP Anstaltspackung mit 10 Ampullen zu 10 ml.



Ärztliche Untersuchung strahlenexponierter Personen nach der Röntgenverordnung

Aufgrund von § 6 der Verordnung über die Zuständigkeit zum Vollzug der Röntgenverordnung vom 24. Januar 1974 (GVBl. S. 37) wird folgendes bestimmt:

Für ärztliche Untersuchungen von Personen, die

- a) nach bisher geltendem Recht (Verordnung vom 7. Februar 1941; RGBl. I S. 88) untersuchungspflichtig waren,
- b) an Anlagen beschäftigt werden, die nach dem 1. September 1973 in Betrieb genommen wurden, und bereits der Untersuchungspflicht unterliegen,
- c) eine erhöhte Einzeldosis (§ 45 RÖV) erhalten haben,

werden bis zum Erlaß einer allgemeinen Regelung, längstens bis zum 31. August 1974, als ermächtigte Ärzte im Sinne des Vierten Abschnittes der Röntgenverordnung vom 1. März 1973 (BGBl. I S. 173) anerkannt:

1. Das Bayerische Landesinstitut für Arbeitsmedizin, 8000 München 22, Pfarrstraße 3, mit seinen Zweigstellen in
8500 Nürnberg, Laufertorgraben 6, und
8580 Bayreuth, Hohe Warte 8.
2. Die Ärzte, für die Ermächtigungen nach der Röntgenverordnung von 1941 ausgesprochen waren, in ihrem bisherigen Wirkungsbereich.

Besetzung des Berufsgerichts für die Heilberufe beim Oberlandesgericht München

Dr. Johann FUCHS, Richter am Landgericht München I, wurde mit Wirkung vom 17. März 1974 auf die Dauer von weiteren fünf Jahren zum Stellvertreter des Untersuchungsführers des Berufsgerichts für die Heilberufe beim Oberlandesgericht München ernannt.

Zuständigkeit für die Erteilung der Erlaubnis zur vorübergehenden Ausübung des ärztlichen Berufes

Vollzug der Bundesärzteordnung — BÄO — in der Fassung vom 4. Februar 1970 (BGBl. I S. 237)

Durch § 1 Abs. 3 AVBÄO i. d. F. der Änderungsverordnung vom 21. September 1973 (GVBl. S. 509) ist ab 1. Januar 1974 der Vollzug des § 10 BÄO auf die Regierungen übertragen worden. Örtlich zuständig ist jeweils die Regierung, in deren Bereich der Antragsteller den ärztlichen Beruf auszuüben beabsichtigt.

Im übrigen wurde an dem bisher üblichen Verfahren nichts geändert.

Rechtsfragen

Ärztlicher Notfalldienst

In einer neuen Entscheidung (Beschuß vom 14. November 1973 — Bundesverwaltungsgericht Az: I B 76.73 —) hat das Bundesverwaltungsgericht seine bisherige Rechtsprechung, daß die Verpflichtung zur Teilnahme am Notfalldienst für den Arzt eine zumutbare Berufsausübungsregelung darstelle, deutlich unterstrichen. Der klagende Arzt hatte hier im besonderen geltend gemacht, daß die ärztlichen Organisationen, die ihn zum allgemeinen ärztlichen Notfalldienst heranziehen, auch ein (zusätzliches) Entgelt bezahlen müßten. Die Klage blieb in drei Instanzen erfolglos.

Aus den Gründen

Die Ansicht der Beschwerde, die Auferlegung einer solchen „entschädigungslosen“ Dienstleistungspflicht verstoße gegen die Eigentumsgarantie des Artikel 14 GG, ist abwegig. Der Schutzbereich der Eigentumsgarantie wird durch die Notfalldienstregelung nicht berührt (vgl. BVerwGE 40, 153 [156]). Die Pflicht der niedergelassenen Ärzte zur Teilnahme am Notfalldienst stellt eine Berufsausübungsregelung dar. Sie hält sich, wie der Senat in seinem Urteil vom 12. Dezember 1972 — BVerwG I C 30.69 — (BVerwGE 41, 261 = Buchholz 418.00 Nr. 20 = DÖV 1973, 311 = NJW 1973, 576) entschieden hat, innerhalb der verfassungsrechtlichen Schranken des Artikel 12 Abs. 1 GG, weil sachgerechte und vernünftige Erwägungen des Gemeinwohls sie zweckmäßig erscheinen lassen und der Eingriff für den Betroffenen auch nicht übermäßig und unzumutbar ist. Der Senat hat hierzu in dem angefochtenen Urteil ausgeführt: „Der Notfalldienst dient der organisatorischen Bewältigung einer von der gesamten Ärzteschaft zu erfüllenden Gemeinschaftsaufgabe. . . . Die ärztliche Versorgung der Bevölkerung ist nur dann in dem erforderlichen Maße sichergestellt, wenn auch an sprechstundenfreien Tagen für Notfälle ärztliche Hilfe zur Verfügung steht. Übergeordnete gesundheitspolitische Gründe rechtfertigen es . . . , grundsätzlich allen niedergelassenen Ärzten . . . zur berufsrechtlichen Pflicht zu machen, an dem von ihrer Berufsorganisation eingerichteten Notfalldienst teilzunehmen. In Anbetracht dessen, daß die Hilfeleistung in Notfällen zum Wesen des Arztseins gehört, kann darin grundsätzlich keine übermäßige und unzumutbare Belastung gesehen werden.“

Wenn der Kläger darauf hinweist, daß angestellte Klinikärzte für die Teilnahme an einem klinischen Bereitschaftsdienst eine besondere Vergütung erhalten, so übersieht er, daß auch den freipraktizierenden Ärzten die im Rahmen des Notfalldienstes erbrachten ärztlichen Leistungen von den Patienten oder den Krankenkassen vergütet werden. Poellinger, München

Brief aus Bonn

Um die Steuerreform wird weiter gepokert. Der Ausgang ist ungewiß. Die Steuerpolitiker der Koalition, vor allem Schmidts parlamentarischer Staatssekretär Porzner drängen auf das Tempo. Zum erstenmal hat auch Schmidt selber sein Interesse an der raschen Verabschiedung der Steuerreform öffentlich bekundet. Daß dies ernst gemeint sein könnte, wird freilich selbst innerhalb der Koalition bezweifelt. Denn Schmidt ist als Finanzminister ja nicht nur für die Steuern, sondern auch für den Haushalt zuständig. Die geplante Steuerreform wird dem Staat einen Einnahmehausfall von rund zehn Milliarden Mark bescheren.

Als die Bundesregierung im Juni 1971 ihre ersten „Eckwerte“ setzte, da war noch unbestritten, daß zum Ausgleich der Minus-Bilanz bei der Steuerreform die Mehrwertsteuer um einen Prozentpunkt, also von 11 auf 12 %, angehoben werden muß. Als die Bundesregierung dann schließlich im Herbst 1973 den Regierungsentwurf des dritten Steuerreformgesetzes vorlegte, wollte sie diesen nicht mit einem so unpopulären Beschluß befrachten. Inzwischen geht der Finanzausschuß forsch an die Arbeit.

Auf Drängen der Opposition mußte Schmidt vor dem Ausschuß erscheinen, um darzulegen, wie er denn die Steuerreform zu finanzieren gedenke. Eine schlüssige Antwort gab Schmidt aber nicht. So sprach der Minister davon, daß die Bundesregierung keineswegs die feste Absicht habe, zum 1. Januar 1975 die Mehrwertsteuer zu erhöhen. Es gebe nur einen „Eventualvorsatz“. Ein Prozentpunkt mehr, das sei jedenfalls das Äußerste. Ein Punkt Mehrwertsteuer bringt etwa fünf Milliarden Mark ein; damit wäre das Loch also bestenfalls zur Hälfte zu stopfen. Auch sonst malte Schmidt ein düsteres Bild von den Bundesfinanzen. Bei einem weiteren Rückgang der Konjunktur sind 1974 Steuerausfälle bis zu sechs Milliarden Mark zu erwarten. Diese könnten aus der Konjunkturausgleichsrücklage abgedeckt werden. Aber auch die Ausgabenseite des von der Regierung vorgelegten Haushaltsentwurfs für 1974 stimmt längst nicht mehr. Den Ländern mußte ein höherer Anteil von den Einnahmen aus der Umsatzsteuer zugestanden werden, und die Besoldungsrunde im öffentlichen Dienst hat alle Etatansätze überholt. So wird der Kreditbedarf schon in diesem Jahr von gut zwei Milliarden Mark auf etwa sechs Milliarden Mark ansteigen.

Finanzielle Reserven stehen zur Finanzierung der Steuerreform also nicht bereit. Aber Schmidt wird sich notfalls schon mit einem politischen Taschenspieler-Trick zu helfen wissen. Das Defizit der Steuerreform von rund zehn Milliarden Mark trifft nämlich nicht so sehr seine Kasse, sondern vor allem die Kassen der Länder. Beim Bund fallen nicht einmal zwei Milliarden Mark aus, während die Steuerreform bei den Ländern

zu einem Minus von mehr als acht Milliarden Mark führen wird. Schmidt glaubt also, in aller Ruhe abwarten zu können, daß bei Verwirklichung der Steuerreform vor allem die Länder Steuererhöhungen verlangen werden. Schmidt, so scheint es, will sich die Steuerreform an den Hut stecken und den Ländern und damit auch der CDU/CSU den „Schwarzen Peter“ der fälligen Mehrwertsteuer-Anhebung in die Tasche schieben. Diese Rechnung ist aber wohl zu durchsichtig, um aufgehen zu können. Bei dem Tauziehen um die Vermögenssteuer und die Erbschaftssteuer hat die Bundesrats-Mehrheit jedenfalls gute Nerven bewiesen und Schmidt gezeigt, daß eine Steuerreform nicht gegen sie durchzusetzen ist. Steuergesetze sind nun einmal zustimmungspflichtige Gesetze. Da muß selbst ein so harter Polit-Profi wie Schmidt Kompromisse zugestehen.

Sicher ist gegenwärtig nur, daß es nicht die umfassende Steuerreform geben wird. Der Regierungsentwurf des dritten Steuerreformgesetzes ist längst in den Ausschuß-Schubladen verschwunden. Darüber sollte sich niemand freuen, denn alle wesentlichen und für die Bezieher mittleren und höheren Einkommen nachteiligen Bestimmungen werden nun in einem Steueränderungsgesetz zusammengefaßt. Dazu gehören unter anderem

1. Die Umstellung des Abzugsverfahrens bei den Sonderausgaben; diese sollen nur noch mit einem Anteil von 22 % von der Steuerschuld und nicht mehr vor Anwendung des Steuertarifs vom Einkommen abgezogen werden können. Die Progressionswirkung des Steuertarifs wird damit erheblich verschärft.
2. Bei außergewöhnlichen Belastungen wird die zumutbare Eigenbelastung erhöht, die Kosten der Diätverpflegung werden nicht mehr anerkannt (Ausnahme: Diabetes und multiple Sklerose).
3. Die proportionale Eingangsstufe des Tarifs wird auf Einkommen bis zu 16 000,-/32 000,- DM (Ledige/Verheiratete) ausgeweitet; das bedingt eine Anhebung des Steuersatzes von jetzt 19 auf 22 %. Am Ende der Proportionalzone schnellert der Steuersatz sogleich auf mehr als 30 %, wofür es nur eine fiskalische, aber keine steuersystematische Begründung gibt. Mit Reform hat dies nichts zu tun.
4. Der Spitzensteuersatz soll bei Fortfall der Ergänzungsabgabe auf 56 % angehoben werden.
5. Die Kinderfreibeträge werden gestrichen, dafür soll ein einheitliches Kindergeld eingeführt werden.

Bislang haben die Länder erklärt, daß dies schon technisch nicht bis 1975 zu verwirklichen ist. Die Steuerpolitiker der Koalition hat dies in ihrem Eifer bislang nicht gestört. Es ist anzunehmen, daß sie auch nicht zu bremsen sind. Der kleine Mann, der begünstigt werden soll, wird wohl erst nach dem Wahltag 1976 merken, daß bei einem Anhalten der Inflationierung die Verschärfung der Progression auch ihn treffen wird.

bonn-mot

UNRUHE



NERVO·OPT® DIE INSEL DER RUHE

ZUSAMMENSETZUNG pro Dragée:

Natr. diaethylbarbituric. 100 mg, Acid. phenylethylbarbituric. 10 mg, Aminophenazon. 6 mg, Kal. bromat. 10 mg, Calc. gluconic. 15 mg, Extr. Valerian., Humul. Lup., Visc. alb., Adonid. vernalis 20 mg.

INDIKATIONEN:

Neurasthenie — innere Unruhe, nervöse Reizbarkeit, Übererregbarkeit (auch sexuelle). Schwindelzustände, unruhiger Schlaf mit schweren Träumen, nervöse Erschöpfungszustände, Klimakterische Störungen — Angstzustände, nervöse Verstimmungen, depressive Stimmungslagen, Hitzewallungen, Schweißausbrüche, Nervöse Kopfschmerzen, Schlafstörungen.

KONTRAINDIKATIONEN:

Akute Alkohol-, Schlafmittel-, Analgetika- und Psychopharmaka-Intoxikationen, Porphyrie, schwere Nieren- und Myokardschäden.

DOSIERUNG:

Allgemein nehmen Erwachsene zur Beruhigung bis 3 mal täglich 1 Dragée. Als Schlafmittel 3/4 Stunden vor dem Schlafengehen bis zu 2 Dragées auf einmal. Kinder erhalten je nach Körpergewicht und Alter nur auf Anweisung und nach Dosierungsvorschrift des Arztes kleinere Mengen NERVO·OPT-Dragees.

HINWEISE:

Wie bei allen Beruhigungs- und Schlafmitteln kann bei gleichzeitiger Anwendung von Sedativa, Analgetika, Psychopharmaka und speziell von Alkohol eine Potenzierung der Wirkung auftreten. Zu beachten ist daher, daß die Reaktionsfähigkeit (z. B. beim Autofahren) verändert werden kann.

HANDELSFORM UND PREIS:
OP zu 50 Dragées DM 3,60 m. MWSt.

Verschreibungspflichtig



DR. BRAUN & HERBERG
2407 BAD SCHWARTAU

Kongresse

4. Münchener Praktikum für gastrologische Endoskopie

vom 2. bis 4. Mal in München

Leiter:

Privatdozent Dr. W i e n d l

Tagungsort:

Klinikum rechts der Isar der Technischen Universität München

Auskunft und Anmeldung: Privatdozent Dr. W i a n d l, Klinikum rechts der Isar — Chirurgische Klinik, 8000 München 80, Ismaninger Straße 22, Telefon (089) 41 40 — 21 20

91. Tagung der Deutschen Gesellschaft für Chirurgie

vom 8. bis 11. Mal 1974 in München

Präsident:

Professor Dr. med. Fritz K ü m m a r - l a , Mainz

Themen:

Indikationen zum chirurgischen Eingriff — Interdisziplinäre Zusammenarbeit — Biomedizinische Technik in ihrer Bedeutung für die moderne Chirurgia

Auskunft:

Deutsche Gesellschaft für Chirurgie, 8000 München 80, Ismaninger Straße 22, Telefon (0 89) 4 14 01

Fortbildungskurs für Phonokardiographie

Teil II

am 10./11. Mal 1974 in München

Leitung:

Professor Dr. D. M i c h a l

Tagungsort:

Stiftsklinik Augustinum, München 70, Stiftsbogen 74

Letzter Anmeldetermin:

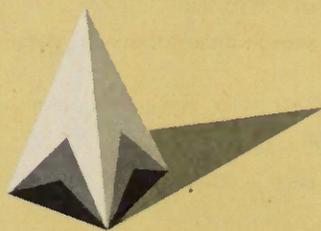
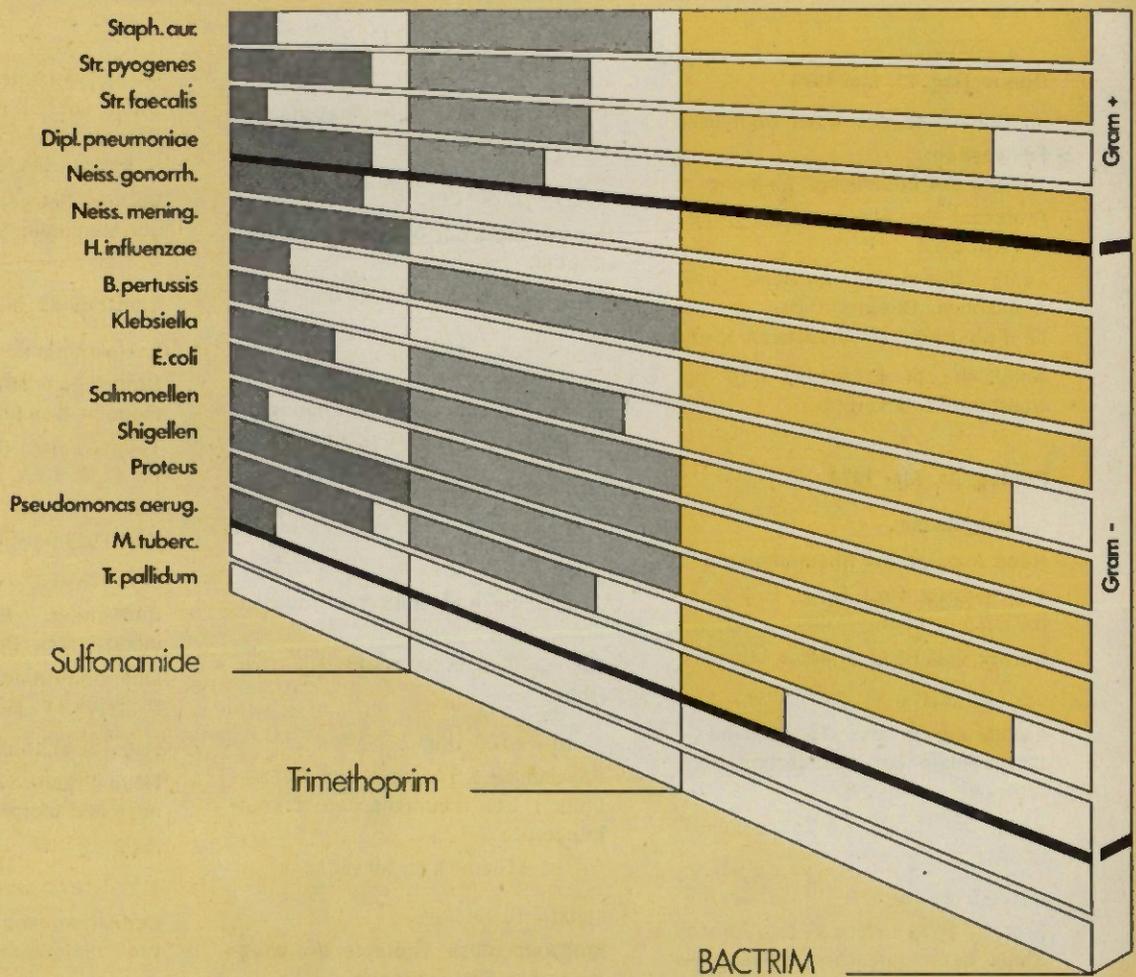
30. April 1974

Anmeldung und Auskunft:

Bayerische Landesärztekammer, 8000 München 80, Mühlbauerstraße 16, Telefon (089) 47 60 87 (Apparat 95)

Hohe Sicherheit

durch breites Spektrum



BACTRIM[®]

Angina, Sinusitis, Bronchitis,
Pneumonie, Cystitis, Pyelonephritis,
Darminfektionen

KONTRAINDIKATIONEN Schwere Leberschäden, Blutdyskrasien, Niereninsuffizienz, Sulfonamidüberempfindlichkeit. Bactrim ist vorläufig während der Schwangerschaft kontraindiziert. Falls eine solche nicht ausgeschlossen werden kann, sind mögliche Risiken gegen den erwarteten therapeutischen Effekt abzuwägen.

VERTRÄGLICHKEIT Bactrim ist in der angegebenen Dosierung gut verträglich. Übelkeit und Erbrechen sowie Arzneimitteltoxikose können auftreten. In vereinzelt Fällen, vorwiegend bei älteren Patienten, sind hämatologische Veränderungen beobachtet worden. Dabei handelt es sich fast stets um leichte, asymptomatische Erscheinungen, die sich nach Absetzen des Medikamentes als reversibel erwiesen.

VORSICHTSMASSNAHMEN In Fällen mit eingeschränkter Nierenfunktion ist die Dosis zu reduzieren bzw. das Dosierungsintervall zu verlängern, um eine Kumulation im Blut zu vermeiden. Bei solchen Patienten sollten Bestimmungen der Plasmakonzentration durchgeführt werden. Falls Bactrim über längere Zeit verabreicht wird, sind regelmäßige Blutbildkontrollen angezeigt. Außerdem selten können asymptomatische Veränderungen auftreten, die auf einen Folsäuremangel schließen lassen und durch eine Folsäure-Behandlung beseitigt werden können.

Wenn während der Behandlung Exantheme auftreten, ist das Medikament unverzüglich abzusetzen.

ZUSAMMENSETZUNG 1 Tablette enthält 80 mg Trimethoprim und 400 mg Sulfamethoxazol, 1 Kindertablette enthält 20 mg Trimethoprim und 100 mg Sulfamethoxazol, 5 ml (1 Meßlöffel bzw. Teelöffel) Sirup enthalten 40 mg Trimethoprim und 200 mg Sulfamethoxazol. Der Sirup enthält in 5 ml 2,5 g Zucker.

PACKUNGEN UND PREISE* 20 Kindertabletten DM 5,70 m. U. St.
20 Tabletten DM 18,15 m. U. St. 50 Kindertabletten DM 13,60 m. U. St.

ROCHE Hoffmann-La Roche AG, 7889 Grenzach

52. Fortbildungsveranstaltung des Kollegiums für Ärztliche Fortbildung Regensburg

vom 23. bis 26. Mai 1974 im Auftrag der Bayerischen Landesärztekammer

Jahresvorsitzender: Dr. med. F. Schmidl, Regensburg

Donnerstag, 23. Mai 1974

im Reichsseal des Alten Rathauses

Festvortrag:

Theorie der öffentlichen Meinung

Professor Dr. Elisabeth Noelle-Neumann

Leiterin des Instituts für Demoskopie Allensbach, Direktorin des Instituts für Publizistik der Universität Mainz

Anlässlich der Eröffnung wird der Homburg-Preis vergeben.

Freitag, 24. Mai 1974

1. Hauptthema:

Neue Aspekte der Rheumatologie

Tagesvorsitz: Prof. Dr. H. G. Fassbender, Mainz

Vortragsseal: Stadttheater

9.00 – 9.25 Uhr:

Einführung in das Tagesthema – Morphologie der chronischen Polyarthritiden

Prof. Dr. H. G. Fassbender, Mainz

9.25 – 9.55 Uhr:

Prof. Dr. H. Mathies, Bad Abbach
Klinik der chronischen Polyarthritiden

9.55 – 10.25 Uhr:

Klinik der juvenilen chronischen Polyarthritiden

Dr. G. Kölle, Garmisch-Partenkirchen

10.25 – 10.55 Uhr:

Pause – Besuch der Ausstellung

10.55 – 11.10 Uhr:

Morphologie der Arthrose

Prof. Dr. H. G. Fassbender, Mainz

11.10 – 11.40 Uhr:

Klinik der Arthrose

Prof. Dr. F. J. Wegenhöuser, Zürich

11.40 – 11.55 Uhr:

Morphologie des Weichteilrheumatismus

Prof. Dr. H. G. Fassbender, Mainz

11.55 – 12.25 Uhr:

Klinik des Weichteilrheumatismus

Prof. Dr. W. Müller, Besel

12.25 – 12.35 Uhr:

Morphologie der Spondylitis ankylopoetica

Prof. Dr. H. G. Fassbender, Mainz

12.35 – 13.05 Uhr:

Klinik der Spondylitis ankylopoetica
Dr. F. Schilling, Mainz

13.05 – 14.30 Uhr:

Mittagspause

14.30 – 15.00 Uhr:

„Tuberkulose aktuell“ (Wissenschaftlicher Film)

Chemie Grünenthal GmbH, Stolberg/Rhld.

15.10 – 16.00 Uhr:

Physikalische Therapie und Rehabilitation bei rheumatischen Erkrankungen

Dr. K. Miehke, Wiesbaden

16.00 – 16.30 Uhr:

Medikamentöse Therapie der rheumatischen Erkrankungen

Dr. K. Chiod, Wien

16.30 – 17.00 Uhr:

Chirurgische Therapie der rheumatischen Erkrankungen

Dr. K. Tillmann, Bad Bramstedt

17.00 – 17.30 Uhr:

Pause – Besuch der Ausstellung

17.30 – 18.30 Uhr:

Rundtischgespräch – „Rheuma-Therapie heute“

Gesprächsleitung: Prof. Dr. H. G. Fassbender, Mainz, unter Mitwirkung der Referenten des Tages

9.00 – 17.00 Uhr:

Leborseminar

„Rationalisierung und Qualitätssicherung im Praxislabor“

Ort: ehem. Theologische Fakultät der Universität Regensburg, Am Ölberg

Wissenschaftliche Leitung: Dipl.-Chem. Dr. F. Kanter (ausführliches Programm kann angefordert werden – Platzkarten erforderlich)

Veranstaltet von der Firma Boehringer Mannheim GmbH

Samstag, 25. Mai 1974

2. Hauptthema:

Bronchitis – Mittelpunkt bronchopulmonaler Krankheiten

Tagesvorsitz: Obermedizinaldirektor Dr. O. P. Schmidt, Bad Reichenhall

Vortragssaal: Stadttheater

9.00 – 9.10 Uhr:

Einführung – Morbidität und sozialmedizinische Bedeutung

Obermedizinaldirektor Dr. O. P. Schmidt, Bad Reichenhall

9.10 – 9.40 Uhr:

Neue Erkenntnisse in der Pathogenese und Morphologie

Prof. Dr. W. Hartung, Bochum

9.40 – 10.00 Uhr:

Bedeutung von Umweltfaktoren für Bronchialekrankungen

Prof. Dr. D. Nolte, Gießen

10.00 – 10.20 Uhr:

Diagnostik ohne technische Hilfsmittel

Prof. Dr. H.-W. Koeppe, München

10.20 – 10.50 Uhr:

Pause – Besuch der Ausstellung

10.50 – 11.20 Uhr:

Heutiger Stand der Differentialdiagnostik

Prof. Dr. E. Kuntz, Wetzlar

11.20 – 11.40 Uhr:

Spirometrie als Grundlage für eine optimale Therapie

Obermedizinaldirektor Dr. O. P. Schmidt, Bad Reichenhall

11.40 – 12.10 Uhr:

Richtlinien für eine moderne medikamentöse Therapie

Prof. Dr. W. T. Uimer, Bochum

12.10 – 12.30 Uhr:

Möglichkeiten der physikalischen Therapie in Klinik und Praxis

Prof. Dr. H. Drexel, München

12.30 – 14.00 Uhr:

Mittelpause

14.00 – 14.30 Uhr:

„Husten, Auswurf, Atemnot“ (Wissenschaftlicher Film)

Bayer AG – Leverkusen

14.30 – 15.00 Uhr:

„Heilverfahren“ in der Therapie bronchopulmonaler Krankheiten

Prof. Dr. K. Ph. Böpp, Bad Ems

15.00 – 15.20 Uhr:

Besonderheiten im Kindesalter

Dr. Kollmann, Stuttgart

15.20 – 15.50 Uhr:

Früherkennung und therapeutische Fortschritte bei kardialen Komplikationen

Prof. Dr. K. Pabst, Freiburg/BrsG.

15.50 – 16.20 Uhr:

Früherkennung und therapeutische Fortschritte bei der respiratorischen Insuffizienz

Prof. Dr. R. Ferlinz, Bonn

16.20 – 16.50 Uhr:

Pause – Besuch der Ausstellung

16.50 – 18.00 Uhr:

Rundfischgespräch – „Neue Gesichtspunkte zur Therapie in der Praxis“

zugleich Beantwortung der eingegangenen Fragen zum Thema

Gesprächsleitung: Dr. O. P. Schmidt, Bad Reichenhain, unter Mitwirkung der Referenten des Tages

9.00 – 17.00 Uhr:

Laborseminar

s. Freitag, 24. Mai 1974

9.00 – 17.00 Uhr:

2. Arzthelferinnen-Fortbildungskurs der Bayerischen Landesärztekammer

Ort: Regensburg, Rot-Kreuz-Zentrum, Greiflingerstraße 4

15.00 – 18.00 Uhr:

Pädiatrischer Nachmittag

Ort: Deutsch-Amerikanisches Institut, Haidplatz 8, Auditorium

(Programm kann angefordert werden – Interessenten willkommen)

„Akute zerebrale Erkrankungen im Kindesalter – Früherkennung, Differentialdiagnose und Therapie –“

Leitung: Prof. Dr. A. Windorfer, Erlangen, und Dr. W. Schmidt, Regensburg

Sonntag, 26. Mai 1974

3. Hauptthema:

Aktuelle Praxis

Tagesvorsitz: Prof. Dr. L. Koslowski, Tübingen

Vortragssaal: Stadttheater

9.00 – 9.30 Uhr:

Stellung der Diagnose und Operationsindikation bei der Appendizitis in der Praxis

Prof. Dr. L. Koslowski, Tübingen

9.30 – 10.00 Uhr:

Perianawandel bei varikösem Symptomenkomplex und Thrombophlebitis

N. N.

10.00 – 10.30 Uhr:

Die Bewertung von Laborbetunden in der Praxis

Prof. Dr. M. Eggstein, Tübingen

10.30 – 11.00 Uhr:

Pause – Besuch der Ausstellung

11.00 – 11.30 Uhr:

Krebsnachsorge

Priv.-Doz. Dr. D. Kummer, Tübingen

11.30 – 12.00 Uhr:

Kritische Aspekte zum Problembereich Akupunktur

Prof. Dr. R. Fray, Mainz

12.00 – 12.30 Uhr:

Neue Gesichtspunkte bei der Anwendung von Ovulationshemmern

Prof. Dr. Ch. Leuritzen, Ulm

12.30 – 13.30 Uhr:

Rundfischgespräch – „Fragen aus der Praxis“

Gesprächsleitung: Prof. Dr. L. Koslowski, Tübingen, unter Mitwirkung der Referenten des Tages

9.00 – 12.00 Uhr:

Laborseminar

s. Freitag, 24. Mai 1974

9.00 – 12.30 Uhr:

2. Arzthelferinnen-Fortbildungskurs

s. Samstag, 25. Mai 1974

Anmeldung und Auskunft:

Ärztliche Fortbildung, 8400 Regensburg, Alfes Rathaus, Zimmer 5a, Telefon (0941) 5072183/2182

Fortbildungsseminar für nichtärztliche Mitarbeiter

(Schwestern, Pfleger, medizinisch-technische Mitarbeiter)

am 10./11. Mai 1974 in München

Im Rahmen der 91. Tagung der Deutschen Gesellschaft für Chirurgie findet erstmals ein Fortbildungsseminar für nichtärztliche Mitarbeiter (Schwestern, Pfleger, medizinisch-technische Mitarbeiter) statt.

Es werden vor allem Probleme behandelt, die mit der biomedizinischen Technik in Diagnostik und Behandlung zusammenhängen.

In Verbindung mit dem Kongreß findet vom 8. bis 11. Mai 1974 eine Fachausstellung statt. Sie ist besonders auf dieses Seminar abgestimmt.

Ort:

München, Ausstellungsgelände, Theresienhöhe

Auskunft:

Professor Dr. Proß, Chirurgische Universitätsklinik, 6500 Mainz, Langenbeckstraße 1

Veranstaltungskalender der Bayerischen Akademie für Arbeits- und Sozialmedizin

6. 5. – 10. 5. 1974:

Epidemiologie und epidemiologische Methodik II (Fortgeschrittenen-Lehrgang)

17. 6. – 28. 6. 1974:

Arbeitsmedizinischer Fortbildungskurs

23. 9. – 18. 10. 1974:

A-Kurs für Arbeitsmedizin

(Weiterbildung für die Erlangung der Zusatzbezeichnung „Arbeitsmedizin“)

4. 11. – 8. 11. 1974:

Sozialmedizinischer Informationskurs

14./15. 11. 1974:

Arbeitsmedizinisches Seminar

28./29. 11. 1974:

Jahrestagung der Deutschen Gesellschaft für Sozialmedizin e. V.

17. 2. – 14. 3. 1975:

B-Kurs für Arbeitsmedizin

(Weiterbildung für die Erlangung der Zusatzbezeichnung „Arbeitsmedizin“)

**Ein Laxans
soll nur hier wirken**

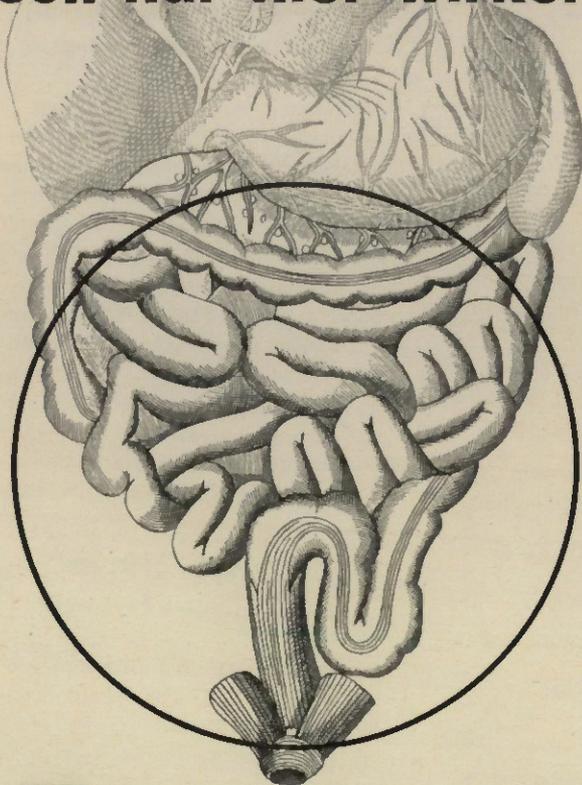


Abb. aus »Tabularum anatomicarum« B. S. Albini und B. Eustachii. 1761.

Rheogen®

**Rein pflanzliches Abführmittel
tut es!**

Rheogen hilft zuverlässig bei allen Erkrankungen, bei denen eine Stuhlregulierung bzw. eine gründliche Darmentleerung erwünscht ist; bei langer Bettlägerigkeit, nach Operationen.

Rheogen reguliert den Stuhlgang bei akuter und chronischer Obstipation.

Rheogen eignet sich durch den Zusatz von Belladonna besonders bei spastischer Obstipation.

Rheogen wirkt auf Dün- und Dickdarm.

Leberschädigungen durch Rheogen sind nicht bekannt.

Zusammensetzung: 1 Dragee enthält Rhiz. Rhei 20 mg, Extr. Aloe (harzfrei) 80 mg, Extr. Colocynth. 8 mg, Extr. Belladonna 4 mg.

Kontraindikationen: Ileus; Abortus imminens. Kontraind. der Tropa-Alkaloide.
Oosierung: Erwachsene abends 1-3 Dragees; Kinder ab 6 Jahren 1-2 Dragees.



Handelsformen und Preise:
OP mit 30 Dragees DM 2,40
OP mit 75 Dragees DM 3,95
AP mit 250, 1000, 5000 Dragees

FRAC 0

ROBUGEN GMBH · PHARMAZEUTISCHE FABRIK · ESSLINGEN/N

22. 9. – 17. 10. 1975:

C-Kurs für Arbeitsmedizin
(Weiterbildung für die Erlangung der
Zusatzbezeichnung „Arbeitsmedizin“)

Tegungsort und Auskunft:

Bayerische Akademie für Arbeits-
und Sozialmedizin, 8000 München 22,
Pferrstraße 3, Telefon (0 89) 21 84 259-
260

Zimmerbestellungen:

Fremdenverkehrsamt der Landes-
hauptstadt München, 8000 Mün-
chen 2, Rindermarkt 5, Telefon (0 89)
2 39 11

Fortbildungsseminar für Ärzte

vom 13. bis 18. Mai 1974
in Bad Wörishofen

Verensteller:

Kneipp-Bund e. V., Bad Wörishofen

Leitung:

Professor Dr. med. W. M o h n i n g,
Chefarzt der orthopädischen Klinik I
der Hofrat Friedrich H e s s i n g'schen
orthopädischen Heilanstalt, Augsburg

Theme:

Postoperative Rehabilitation bei chro-
nischen Erkrankungen des Haltungs-
und Bewegungsapparates

Ort:

Bad Wörishofen, Sebestien-Kneipp-
Schule

Auskunft:

Kneipp-Bund e. V., 8000 München 60,
Postfach 264, Telefon (0 89) 88 76 26

Ärztliche Sofortmaßnahmen am Unfallort

am 18./19. Mai, am 6./7. Juli, am
14./15. September und am
9./10. Dezember 1974
in Delsenhofen bei München

Leitung:

Dr. med. H e y n e n

Theme:

Ärztliche Sofortmaßnahmen am
Unfallort

Schwerpunkt:

Schockerkennung und erste ärztliche
Maßnahmen sowie Herz-Lungen-

Wiederbelebung. Neben der Theorie werden besonders die praktischen Anwendungen geübt.

Lehrgangsgebühr:

DM 30,- (einschließlich Unterrichtsmaterial, Mittagessen und Kaffee).

Das Ziel dieser Lehrgänge ist, Ärzten und Zahnärzten die Kenntnisse zu vermitteln, die bei akuten Notfällen, vor allem bei Verkehrsunfällen, erforderlich sind.

Zeit:

Die Lehrgänge beginnen samstags um 12.30 Uhr und enden sonntags um 12.30 Uhr.

Ort:

Landesschule des BRK, Deisenhofen bei München, Linienstraße 53 - 55

Auskunft und Anmeldung:

Bayerisches Rotes Kreuz, Medizinalabteilung, 8000 München 22, Wagnmüllerstraße 16, Telefon (089) 22 33 21 oder 22 21 95

Seminar über Präventiv-Kardiologie

vom 17. bis 22. Juni 1974
in Höhenried/Bernried

Leitung:

Professor Dr. Halhuber

Tegungsort:

Klinik Höhenried der LVA Oberbayern, Bernried

Letzter Anmeldetermin:

7. Juni 1974

Anmeldung und Auskunft:

Bayerische Landesärztekammer, 8000 München 80, Mühlbauerstraße 16, Telefon: (0 89) 47 60 87 (Apparat 95)

7. Fortbildungstagung „Klinische Immunologie“

am 22. Juni 1974 in Erlangen

Leitung:

Professor Dr. F. Scheiße

Themen:

Fortschritte auf dem Gebiet der Infektionsimmunität - Fortschritte auf dem Gebiet immunologisch bedingter Nierenerkrankungen

Auskunft:

Sekretariat der Abteilung für klinische Immunologie des Universitäts-Krankenhauses, 8520 Erlangen, Krankenhausstraße 12, Telefon (09131) 85/33 63



Tromcardin[®] FORTE

► sichert den Ausgleich intrazellulärer Elektrolytverluste, wie sie kennzeichnend sind für

- Herzinsuffizienz
- Glykosidtherapie
- Herzinfarkt

Tromcardin FORTE optimiert die Leistung der Myokardzelle, macht die Glykosidtherapie sicherer und schirmt das Herz gegen Streß und kardiokrotische Noxen ab. Der therapeutische Nutzen erweist sich eindrucksvoll in der Senkung der Nebenwirkungsrate der Glykosidbehandlung von 26,9% auf 5,72%. (Tilsner. V.: MMW 112 (1970), 291)

Indikationen

Herzinsuffizienz, Rhythmusstörungen, 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

Kalium-D,L-hydrogen-aspartat · ½ H₂O 360,42 mg
Magnesium-bis-D,L-hydrogen-aspartat · 4 H₂O 360,57 mg

Dosierung (Richtwerte)

Initialdosis 3 x tägl. 2 Tabl.
Erhaltungsdosis 3 x tägl. 1 Tabl.

Handelsformen und Preise

Packung mit 50 Tabletten DM 10,80
Anstaltspackung mit 500 Tabletten.



Trommsdorff

H. Trommsdorff
Arzneimittelfabrik · 51 Aachen

NESTLÉ

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

7. Bad Reichenhaller Kolloquium

vom 7. bis 9. Juni 1974 in Bad Reichenhall

Thema: Bronchitische Syndrome und respiratorische Insuffizienz

Freitag, 7. Juni 1974

Neues therapeutisches Prinzip bei obstruktiven Lungenkrankheiten

14.30 – 16.00 Uhr:

Einführung:

Prof. Dr. W. T. Ulmer, Bochum

Physiologische und therapeutische Aspekte der Reflexbronchokonstriktion

Prof. Dr. D. Nolte, Gießen

Pharmakologie und Pharmakokinetik von Atrovent®

Dr. R. Bauer, Ingelheim

Dosis- und Zeitwirkungsuntersuchungen mit Atrovent® und Placebo bei Asthma und Bronchitis

Prof. J. Meier, München

Lungenfunktionsanalytische Ergebnisse nach Anwendung von Atrovent®

Prof. Dr. R. Ferlinz, Bonn

Protektive Wirkung von Atrovent® bei Allergen-Provokation

Dr. W. Kersten, Moers

16.20 – 17.45 Uhr:

Untersuchungen zur mukoziliären Clearance nach Anwendung von Atrovent® bei Gesunden und Patienten mit Bronchitis

Prof. Dr. H. Matthys, Ulm

Klinisch-experimentelle und therapeutische Ergebnisse mit Atrovent®

Prof. Dr. J. Hamm, Remscheid

Atrovent® im klinisch-experimentellen und therapeutischen Vergleich mit adrenergen Bronchodilatoren

Dr. F. Witek, Wien

Ergebnisse einer kontinuierlichen Behandlung mit Atrovent® im tageszeitlichen und Langzeitverlauf

Prof. Dr. G. Reichel, Bochum

Samstag, 8. Juni 1974

Bronchitische Syndrome (Chronische Bronchitis – Asthma – Emphysem) – Früherkennung und Prophylaxe – Behandlungsindikationen und Rehabilitation

9.15 – 13.00 Uhr:

Definition und Prophylaxe

Dr. U. Schmidt, Moers

Früherkennung

Prof. Dr. F. Trendelenburg, Homburg

Koordination von Kostenträgern und behandelndem Arzt

Dr. Jordan, Saarbrücken

Indikationen zur stationären Krankenhausbehandlung

Dr. W. Mail, Homburg

Indikationen zur thoraxchirurgischen Behandlung

Dr. A. Huzly, Gerlingen

15.00 – 18.15 Uhr:

Indikationen zur stationären Kurbehandlung

Dr. R. De Haller, Davos

Indikationen zur ambulanten Kurbehandlung

Prof. Dr. Ph. Bopp, Bad Ems

Indikationen zur HNO-Behandlung

Prof. Dr. C. Pertsch, Homburg

Probleme und Praxis der Gesundheitsbildung

Prof. Dr. M. Halhuber, Höhenried

Berufliche Förderung

Dr. Heizmann, Regensburg

Sonntag, 9. Juni 1974

Rundtischgespräch: Respiratorische Insuffizienz durch chronisch obstruktive Funktionsstörungen

Gesprächsleiter: Prof. Dr. F. Trendelenburg, Homburg

9.00 – 12.00 Uhr:

Definition und Pathophysiologie
Univ.-Doz. Dr. K. Harnoncourt, Graz

Erkennung in Praxis und Klinik

Prof. Dr. Hertle, Wiesbaden

Begutachtung

Prof. Dr. H. J. Woitowitz, Erlangen

Spezielle Therapie in Praxis und Ambulanz

Prof. Dr. M. Reinert, Homburg

Spezielle Therapie in der Klinik

Prof. Dr. H. Herzog, Basel

Auskunft:

Obermedizinaldirektor Dr. med. O.-P. Schmidt, Chefarzt des Klinischen Sanatoriums Trausnitz, 8230 Bad Reichenhall, Salzburger Straße 9

Terminänderung

Einführungslehrgang für die kassenärztliche Versorgung

am 18. Mai 1974 in München

Im Hinblick auf den Deutschen Ärztetag in Berlin wird der Einführungslehrgang vom 22. Juni 1974 auf 18. Mai 1974 vorverlegt (Beginn: 9.15 Uhr – Ende: gegen 16.30 Uhr)

Anmeldung:

Bis 10. Mai 1974 an die KVB-Landesgeschäftsstelle, 8000 München 80, Mühlbauerstraße 16.

Einzahlung der Teilnahmegebühr:

DM 15,— – Konto der Landesgeschäftsstelle, Nr. 00650440, Deutsche Apotheker- und Ärztekasse, München, Mühlbauerstraße, Vermerk „Einführungslehrgang“.

Tagung der Bayerischen Gesellschaft für Geburtshilfe und Frauenheilkunde

vom 24. bis 26. Mai 1974 in Nürnberg

Themen:

Die heutigen Risiken und Komplikationen in der operativen Gynäkologie – Zum heutigen Stand der EPH-Gestose – Rundtischgespräch

Klinische Demonstrationen am 24. Mai 1974, nachmittags

Auskunft:

Professor Dr. G. Stark, Städtische Frauenklinik, 8500 Nürnberg, Flurstraße 7, Telefon (09 11) 3 98 22 22

Jahrestagung 1974 der Bayerischen Psychiater und Neurologen

am 28./29. Juni 1974 in Nürnberg

Ort:

Nürnberg, Meistersingerhalle, Kleiner Saal

Themen:

Transkulturelle Psychiatrie – Lithiumbehandlung – Multiple Sklerose – Elektroheilkampfbehandlung – Psychopharmakotherapie im höheren Lebensalter – Spezielle Probleme der peripheren Neurologie

Auskunft:

Professor Dr. F. W. Bronisch, 8500 Nürnberg, Flurstraße 17

Mitteilungen

Klinik Höhenried Tag der offenen Tür

Am Samstag, 22. Juni 1974, findet ab 15.00 Uhr in der Klinik Höhenried der Tag der offenen Tür statt. Neben der Besichtigung der Klinik soll vor allem Gelegenheit zur Diskussion über Probleme der Kooperation mit den einweisenden Ärzten aus dem Raum München gegeben werden.

Kunstaussstellungen zweier Ärzte

Selzburg, Künstlerhaus (Kunstverein Selzburg), Hellbrunner Straße 3

vom 9. bis 28. April 1974

Rudolf Lodes

Ölbilder und Graphik

Pesseu, Sankt-Anna-Kapelle (Kunstverein Passau), Hl.-Geist-Gasse 5
vom 4. bis 19. Mai 1974

Alois Beham und Rudolf Lodes
Gemälde und Graphik

Vorbeugen ist besser als Drogen

Die Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung, 5000 Köln-Merheim, Ostmerheimer Straße 200, hat im Auftrag des Bundesministeriums für Jugend, Familie und Gesundheit die Broschüre „Vorbeugen ist besser als Drogen“ herausgegeben. Sie kann von dort auf Anforderung kostenlos bezogen werden.

Merkblatt für Tuberkulosekranke

Das vom Deutschen Zentralkomitee bearbeitete und herausgegebene „Merkblatt für Tuberkulosekranke“ ist jetzt erschienen. Es kann angefordert werden beim Deutschen Zentralkomitee zur Bekämpfung der Tuberkulose, 2000 Hamburg 33, Poppenhusenstraße 14c. Herstellungspreis je Stück DM 0,40 zuzüglich Porto.

Vereinigung der Kehlkopflösen, Sitz München e.V.

Die Vereinigung wurde bereits Ende 1968 gegründet und in das Vereinsregister eingetragen. Sie ist als gemeinnützigen Zwecken dienend vom zuständigen Finanzamt anerkannt. 1. Vorsitzender des Vereins ist Dr. Pfretschner, HNO-Arzt, München. Der Verein hat die Aufgabe, die Betreuung von Laryngolektomierten durch einen Facharzt zu fördern und

zur Linderung ihrer seelischen Belastungen Kontakt mit Schicksalsgefährten einzunehmen.

Der Verein erbeitet mit den Universitätskliniken und großen Fachabteilungen eng zusammen.

Auf die Möglichkeit der Unterstützung allgemeiner und besonders fachärztlicher Maßnahmen bei solchen Patienten durch den Kontakt mit Kehlkopflösen, welche auf den gegebenen Wegen ihre Verständigungsmöglichkeit wiedererlangt haben, soll durch diese Mitteilung hingewiesen werden.

Die Geschäftsstelle befindet sich in 8021 Icking, Talberg 26, Telefon (08178) 5208.

Erstmals mehr als 700 000 Krankenhausbetten

Wie das Statistische Bundesamt mitteilt, standen Ende 1972 zur stationären Krankenversorgung der Bevölkerung in 3519 Krankenhäusern 701 263 planmäßige Betten zur Verfügung. Mit 114 Betten je 10 000 Einwohner wurde ein neuer Höchststand erreicht. 54 % der Betten befinden sich in öffentlich-rechtlichen, 36 % in freien gemeinnützigen und 9 % in privaten Krankenhäusern. In fachlicher Gliederung überwiegen deutlich Betten für Innere Krankheiten und für Chirurgie mit Anteilen von 20 % bzw. 19 %. Der Trend zum größeren Krankenhaus setzt sich fort.

Statistisches Bundesamt - 43/74

Marie-Baum-Preis 1974

Für das Jahr 1974 schreibt die Deutsche Zentrale für Volksgesundheitspflege e.V. wieder den von ihr gestifteten Marie-Baum-Preis in Höhe von DM 2000,- aus.

An der Ausschreibung können sich Studenten an Fachhochschulen für Sozialwesen (Fachbereiche Sozialarbeit und Sozialpädagogik) in der Bundesrepublik Deutschland und West-Berlin mit Arbeiten für das Staatsexamen oder aus Schwerpunktgebieten betätigen, sofern es sich um Arbeiten aus dem sozialmedizinischen Bereich von Sozialarbeit und Sozialpädagogik handelt.

Einsendeschluß: 1. Oktober 1974.

Die Teilnahmebedingungen können bei der Deutschen Zentrale für Volksgesundheitspflege e.V., 6000 Frankfurt, Feuerbachstraße 14, angefordert werden.

Ausschreibung des Ludwig-Heilmeyer-Preises

Bayer Leverkusen hat die Ludwig-Heilmeyer-Medaille in Silber, verbunden mit einem Geldpreis von DM 6000,- auch 1974 wieder für besondere wissenschaftliche Arbeiten auf dem Gebiet der Inneren Medizin ausgeschrieben.

Die Medaille ist vorwiegend als Förderpreis für jüngere Wissenschaftler gedacht. Noch nicht veröffentlichte wissenschaftliche Arbeiten auf dem Gebiet der Inneren Medizin (klinisch, klinisch-experimentell, therapeutisch) können bis zum 31. Juli 1974 zur Bewerbung um die Ludwig-Heilmeyer-Medaille eingereicht werden an den Generalsekretär der Deutschen Gesellschaft für Fortschritte auf dem Gebiet der Inneren Medizin: Professor Dr. med. H. J. Holtmeyer, Vorsteher der Abteilung für Medizin und Ernährungswissenschaften der Universität, 7000 Stuttgart-Hohenheim, Fruhwirtstraße 31.

Die Verleihung der Medaille erfolgt durch den Vorsitzenden der „Deutschen Gesellschaft für Fortschritte auf dem Gebiete der Inneren Medizin“ enläßlich der Jahrestagung dieser Gesellschaft im Herbst 1974.

Filme:

„ex libris, ex officinis, ex hospitalis“

Einen neuen wissenschaftlichen Film zur Geschichte der somatischen Therapie in der Psychiatrie hat Bayer herausgebracht. „ex libris, ex officinis, ex hospitalis“ von Dr. med. Heinz Lieser, München, zeigt den langen Weg psychiatrischer Forschung und Therapie durch die Jahrhunderte bis zur modernen Arzneimittellehre. Sie gibt die entscheidenden Impulse zum Wandel der praktischen Nervenheilkunde und bietet neue Möglichkeiten zur Rehabilitation psychisch Kranker. Die Psychopharmaka, so heißt es in dem Film, der unter Mitwirkung namhafter Wissenschaftler aus dem In- und Ausland entstand, öffneten der Psychotherapie und Psychagogik neue Wege. „Daß wir heilen können, daran besteht kein Zweifel“, stellt der Film fest, der jetzt in Bonn uraufgeführt wurde. In dem Film wirkt u. a. der zweifache Nobelpreisträger Professor Dr. Linus Pauling mit,erner die Professoren Dr. Raymond Colreult, Paris, Dr. Jean

Delay, Paris, Dr. Hans Hoff, Wien, Dr. Lothar B. Kallnowsky, New York, Dr. Lechat, Paris, Dr. Almeida Lima, Lissabon, Emil Schlittler, Heidelberg, und Dr. Mogens Schou, Risskov (Dänemark).

„Kardiale Arrhythmien“

Entstehungsmechanismen Erscheinungsformen, klinische Bedeutung und Differentialtherapie bradykarder und tachykarder Rhythmusstörungen schildert ein Film der Knoll AG, Ludwigshafen. Norman P. Schenker drehte unter Beratung und Mitarbeit von 18 in- und ausländischen Wissenschaftlern und Klinikern diesen Film. Er informiert nicht nur den jungen Arzt, sondern erfüllt auch eine wichtige Fortbildungsaufgabe, zumal einige wesentliche neue Aspekte auf dem weiten Feld der elektrophysiologischen Grundphänomene veranschaulicht werden. Der Film schildert ferner die Vielzahl differentialtherapeutischer Möglichkeiten der tachykarden Rhythmusstörungen.

Neurologische Untersuchung des Neugeborenen und Säuglings im Rahmen der Vorsorgeuntersuchung der Bundesärztekammer

Technische Leitung und Regie:
Dr. Victor Harth, Bamberg

Wissenschaftliche Beratung: Privatdozent Dr. Hans-M. Weimann, leitender Oberarzt der Universitäts-Kinderklinik München (TU) (unter Mitwirkung von Frau Dr. B. Mertin) Im Jahr 1968 legte die Bundesärztekammer ein Untersuchungsprogramm für Säuglinge und Kleinkinder vor. Ziel dieses Programms war es, eine möglichst große Zahl von Kindern zu erfassen und in den entscheidenden Entwicklungsphasen ärztlich zu überwachen.

Von besonderer Wichtigkeit für die Durchführung einer derartigen Untersuchung, die ja zum großen Teil in den Händen des Allgemeinpraktikers liegt, ist ein standardisiertes Vorgehen, um vergleichbare Resultate zu bekommen. Der Film versucht deshalb, anhand eines Untersuchungsplanes dem praktizierenden Kollegen eine Hilfe zu geben, die Untersuchung so durchzuführen, daß das Kind dabei möglichst wenig belästigt und beunruhigt wird und andererseits der Untersuchungsgang mit einem Minimum an Zeitaufwand durchgeführt werden kann.

Therapeutika

Canesten®

Breitspektrum-Antimykotikum
Lösung - Creme

Canesten wirkt zuverlässig auf Dermatophyten, Hefen, Schimmelpilze und andere Pilze. Es erfaßt auch grampositive Keime.

Zusammensetzung:

Jede Flasche Canesten-Lösung enthält: 1-(o-Chlor- α , α -diphenyl-benzyl)-imidazol (Clotrimazol) 0,2 g, indifferentes Lösungsmittel ad 20,0 ml

Jede Tube Canesten-Creme enthält: 1-(o-Chlor- α , α -diphenyl-benzyl)-imidazol (Clotrimazol) 0,2 g, indifferente Salbengrundlage (O/W) ad 20,0 g

Indikationen:

Zum erprobten Indikationsbereich des Canesten zählen: alle Dermatomykosen durch Dermatophyten (z. B. Trichophyton-Arten), Hefen (z. B. Candida-Arten), Schimmelpilze u. a. Pilze, Hauterkrankungen, die durch diese Pilze superinfiziert sind.

Anwendung und Dosierung:

Canesten-Lösung und -Creme werden 2- bis 3x täglich auf die erkrankten Stellen dünn aufgetragen und eingerieben.

Aufgrund der ausgezeichneten Wirksamkeit genügen meist wenige Tropfen oder eine kleine Menge Creme für eine etwa handtellergröße Fläche. Wichtig für einen vollen Erfolg der Behandlung ist die zuverlässige und ausreichend lange Anwendung von Canesten-Lösung und -Creme.

Die Behandlungsdauer ist unterschiedlich; sie hängt u. a. ab von Ausmaß und Lokalisation der Erkrankung.

Um eine komplette Ausheilung zu erreichen, sollte die Therapie mit Canesten-Lösung und -Creme nicht nach Abklingen der akuten entzündlichen Symptome oder subjektiven Beschwerden abgebrochen werden, sondern darüber hinaus bis zu einer Therapiedauer von mindestens vier Wochen fortgeführt werden.

Canesten-Lösung und -Creme sind geruchlos, abwaschbar und färben nicht.

Verträglichkeit:

Canesten wird von der Haut praktisch nicht resorbiert, so daß allgemeine Wirkungen nicht zu erwarten sind. Die örtliche Verträglichkeit von Canesten-Lösung und -Creme ist im allgemeinen einwandfrei; gelegentlich können „Hautreizungen“ vorkommen.

Handelsformen:

Canesten-Lösung Flasche mit 20,0 ml
Canesten wirkt zuverlässig auf Dermatophyten, Hefen, Schimmelpilze
Canesten-Creme Tube zu 20,0 g

Breitspektrum-Antimykotikum und
Trichomonazidum Vaginaltabletten

Canesten wirkt zuverlässig auf Dermatophyten, Hefen, Schimmelpilze und andere Pilze; außerdem wirkt es auch auf Trichomonas vaginalis und grampositive Keime.

Zusammensetzung:

Jede Vaginaltablette enthält 1-(o-Chlor- α , α -diphenyl-benzyl)-imidazol (Clotrimazol) 0,1 g, indifferente Zuschlagstoffe ad 1,7 g

Indikationen:

Infektiöser Fluor, Kolpitis durch Pilze – meist Hefen – bzw. Trichomonaden, Superinfektionen mit Canestenempfindlichen Bakterien. Die zuverlässige Sanierung von Trichomonas vaginalis-Infektionen erfordert die zusätzliche orale Gabe von Clont®.

Anwendung und Dosierung:

Eine Canesten-Vaginaltablette wird 1x täglich – und zwar abends – während 6 aufeinanderfolgenden Tagen möglichst tief in die Scheide eingeführt.

Falls in Einzelfällen erforderlich, können ohne Bedenken täglich 2 Vaginaltabletten – morgens und abends je 1 bis über 6 bis 12 Tage appliziert werden.

Die Behandlung sollte zweckmäßigerweise nicht während der Menstruation durchgeführt werden bzw. vor deren Beginn abgeschlossen sein.

Zur Vermeidung einer Wiederinfektion sollte der Partner gleichzeitig lokal mit Canesten-Creme behandelt werden.

Canesten-Vaginaltabletten sind farblos und verschmutzen die Wäsche nicht.

gelassen und ruhig am Tag

ADUMBRAN®

der unkomplizierte Tranquilizer
zur medikamentösen Psychotherapie

entspannt zu erholsamem Schlaf bei Nacht

zuverlässig · bewährt · gut verträglich

Zusammensetzung: 7-Chlor-1,3-dihydro-3-hydroxy-5-phenyl-2H-1,4-benzodiazepin-2-on
Indikationen: Im psycho-vegetativen Bereich: Störungen der Schleimrhythmik; kardiovaskuläre Störungen; gastro-intestinale Störungen; psychogene Atemstörungen; vegetative Syndrome der Frau; Dentitionsbeschwerden bei Kleinkindern; im effektiv-emotionalen Bereich: nervöse Reizbarkeit; Übererregtheit; nervöse Erschöpfungszustände; Sexualneurosen; Überforderungssyndrom; Angst- und Unruhezustände, auch vor zahn-

ärztlichen und ärztlichen Eingriffen; Erwartungsangst vor besonderen Befestungen; Verhaltensstörungen, Eingewöhnungsschwierigkeiten.
Kontraindikation: Myasthenia gravis
Dosierung: In der Regel empfiehlt sich folgendes Vorgehen: Morgens 1 Tabl., mittags 1 Tabl., abends 2 Tabl.
Suppositorien für Erwachsene: Morgens 1 Supp., abends 1 Supp.
Kindersuppositorien: Der Doppelkonus läßt sich leicht teilen, so daß eine individuelle Dosierung möglich ist. Als Richtlinie kann gelten bei Kindern im Alter von 1-3 Jahren 1-2 mal 7,5 mg

(1/2 Doppelkonus). 4-5 Jahren 2-3 mal 7,5 mg (1/2 Doppelkonus), ab 6 Jahren 1-3 mal 15,0 mg (1 Doppelkonus).
Zur Beachtung: Verkehrsteilnehmer sollten beachten, daß Adumbren die Verkehrssicherheit beeinflussen kann. Der gleichzeitige Genuß von Alkohol und die gleichzeitige Einnahme anderer beruhigender Arzneimittel sind zu vermeiden.
Handelsformen: Tabletten zu 10 mg OP mit 25 Tabletten DM 6,50 OP mit 75 Tabletten DM 17,75 Suppositorien für Erwachsene zu 30 mg OP mit 5 Suppositorien DM 5,20

Kindersuppositorien zu 15 mg OP mit 5 Suppositorien DM 4,45 OP mit 10 Suppositorien DM 8,20
Klinikpackungen zu allen Darreichungsformen Unverbindl. empf. Preise lt. AT

Thomae

Verträglichkeit:

Canesten wird von der Scheidenhaut praktisch nicht resorbiert, so daß allgemeine Wirkungen nicht zu erwarten sind.

Die örtliche Verträglichkeit von Canesten-Vaginaltabletten ist einwandfrei.

Bis zum Vorliegen breiterer Erfahrungen sollten entsprechend den allgemeinen Richtlinien für den Arzneimittelgebrauch auch Canesten-Vaginaltabletten bei Schwangeren – besonders in der Frühschwangerschaft – nur auf ausdrückliche Anweisung des Arztes angewandt werden.

Handelsformen:

Peckung mit 6 Stück zu 0,1 g

Hersteller:

Bayer AG, 5090 Leverkusen

Ceporex® 250, 500 rezeptpflichtig

Zusammensetzung:

D-7-(2-Amino-2-phenyl-acetamido)-3-methyl-8-oxo-5-thia-1-aza-bicyclo[4,2,0]oct-2-en-2-carbonsäuremonohydrat (Cephalexinmonohydrat)

1 Kapsel Ceporex 250 enthält: 263 mg Cephalexinmonohydrat entspr. 250 mg Cephalexin.

1 Kapsel Ceporex 500 enthält 526 mg Cephalexinmonohydrat entspr. 500 mg Cephalexin.

Indikationen:

Bakterielle Infektionen des Urogenitaltraktes, der Atemwege, der Weichteilgewebe und der Haut sowie im HNO-Bereich, die durch Cephalexin empfindliche Erreger verursacht werden.

Kontraindikation:

Überempfindlichkeit gegen Cephalosporine.

Dosierung:

Erwachsene erhalten im allgemeinen je nach Erregerempfindlichkeit täglich 1 bis 4 g in 3 bis 4 Einzeldosen.

Kinder erhalten im allgemeinen täglich 60 mg/kg Körpergewicht (KG) verteilt auf mehrere Einzeldosen (15 mg/kg KG alle sechs Stunden). Die Dosis kann bis zu 100 mg/kg KG/die gesteigert werden.

Eine Tagesgabe von 4 g sollte nicht überschritten werden.

Bei stark eingeschränkter Nierenfunktion ist wegen der möglichen Wirkstoffkumulation die Dosis zu re-

duzieren (Richtlinien: vgl. Prospekt).

Eigenschaften:

Ceporex wirkt bakterizid (nach gleichem Wirkungsmechanismus wie Penicilline) auf eine Vielzahl grampositiver und gramnegativer Erreger. Ceporex ist penicillinsest und somit auch bei Infektionen mit penicillinresistenten Staphylokokken wirksam. Seine geringe Toxizität erlaubt einen breiten Dosierungsspielraum. Ceporex kann in der Schwangerschaft, bei fehlender körpereigener Abwehr sowie bei eingeschränkter Nierenfunktion (besondere Dosierungsrichtlinien beachten! Vgl. Prospekt) eingesetzt werden. Das Präparat wird schnell und fest vollständig resorbiert und in antibakteriell wirksamen Konzentrationen mit dem Urin ausgeschieden.

Zur Beachtung:

Gelegentlich gastrointestinale Störungen (Übelkeit, Erbrechen, Diarrhoe, Appetitmangel oder allgemeine abdominale Beschwerden). Vereinzelt Fälle reversibler Neurophenen sowie Eosinophilien wurden beobachtet. Generalisierte urtikarielle oder makulopapulöse Exantheme treten nur sehr selten auf.

Wie bei allen Breitspektrum-Antibiotika kann es zu einer Superinfektion kommen.

Bei Anaphylaxie ist die Behandlung sofort abzubrechen (Gegenmaßnahmen vgl. Prospekt).

Cephalexin sollte wie alle Pharmaka während der Schwangerschaft, insbesondere im 1. Trimenon, nur bei strenger Indikationsstellung angewendet werden.

Ceporex soll vor Licht und Wärme geschützt aufbewahrt werden.

Ausführliche Angaben sind dem wissenschaftlichen Prospekt zu entnehmen.

Handelsformen und Preise:

Ceporex 250:
12 Kapseln DM 31,50; 24 Kapseln DM 60,20.

Anstaltspeckung mit 100 Kapseln.

Ceporex 500:
12 Kapseln DM 52,12; 24 Kapseln DM 97,25.

Anstaltspeckung mit 100 Kapseln.

Hersteller:

Farbwerke Hoechst AG, 6230 Frankfurt 80, Glaxo Pharmazeutike GmbH, 2060 Bad Oldesloe

Buchbesprechungen

C. v. BRANDIS/O. PRIBILLA: „Arzt und Kunstfehlerwurf“. – Wissenschaftliches Taschenbuch. – 136 S., DM 18,—. Wilhelm Goldmann Verlag, München.

Kernstück der Arbeit ist die Untersuchung von etwa 114 Fällen; etwa die Hälfte stammt aus einem rechtsmedizinischen Institut und bezieht sich auf strafrechtliche Ermittlungsverfahren, während die andere Hälfte Schadenersatzansprüche betrifft, die bei Versicherungsgesellschaften geltend gemacht wurden. Dargestellt wird knapp und präzise der medizinische Sachverhalt, der gegen den Arzt erhobene Vorwurf, das Ergebnis der ärztlichen Begutachtung, der Ausgang des Verfahrens und die dafür wesentlichen rechtlichen Erwägungen. Einzelne charakteristische Beispiele für häufig vorkommende Gruppen von Kunstfehlern (z. B. Diagnosefehler, Operationszwischenfälle) werden ausführlicher dargestellt. Die Einzelergebnisse werden in Zahlenübersichten und graphischen Darstellungen ausgewertet sowie am Schluß der Arbeit eingehend diskutiert.

Mit dem Überblick über eine relativ große Zahl von Einzelfällen und ihrer systematischen Auswertung ist die Arbeit für den Arzt von doppeltem Interesse: Sie will ihm helfen, gefehrentzündliche Situationen zu vermeiden, die erfahrungsgemäß zu forensischen Konsequenzen führen können; sie gibt ihm andererseits wertvolle Anhaltspunkte dafür, wie er unbegründeten Vorwürfen begegnen kann. Eine leicht faßliche Einführung in die Rechtsprobleme erleichtert dem Arzt das Verständnis. Besonders anzuerkennen ist die klare Unterscheidung zwischen der strafrechtlichen und der zivilrechtlichen Haftung. Die Arbeit ist gerade Insofern auch für den ärztlichen Gutachter von hohem informativen Wert.

Mit ihrer systematischen Auswertung der Einzelfälle und der Diskussion der Ergebnisse füllt die Arbeit eine Lücke, die in der Literatur zwischen den mehr juristisch-dogmatischen und den mehr kasuistisch ausgerichteten Veröffentlichungen besteht.

Ministerialdirigent Walther Weibauer,
Freising

(Fortsetzung Seite 346)

Die meldepflichtigen übertragbaren Krankheiten in Bayern im Monat Januar 1974 *)

(Zusammengestellt aufgrund der Wochenmeldungen)

Die Zahl der gemeldeten Scharlachkrankungen ging im Januar merklich zurück, wie es ähnlich auch jeweils zu Beginn der vergangenen Jahre zu beobachten war. Die auf 100 000 Einwohner berechnete Ziffer sank von 122 im vorhergegangenen Monat auf 68, jeweils umgerechnet auf ein Jahr. Geringfügig erhöht hat sich dagegen die Erkrankungshäufigkeit an übertragbarer Hirnhautentzündung.

Deutlich niedriger als im Dezember 1973, wenn auch für die Jahreszeit relativ hoch, war im Januar die Erkrankungsziffer an Salmonellose (durch Salmonella-Bakterien erregte Darmentzündung), nämlich 23 gegenüber 33 im Vormonat, jeweils auf 100 000 Einwohner. Erkrankungen an Hepatitis infectiosa (übertragbare Leberentzündung) wurden im Berichtsmonat kaum häufiger gemeldet; die Ziffer stieg von 34 im Dezember 1973 auf 35, je 100 000 Einwohner.

Neuerkrankungen und Sterbefälle in der Zeit vom 30. Dezember 1973 bis 2. Februar 1974 (vorläufiges Ergebnis)

Gebiet	1		2		3		4		5		6		7		8		9		10		11		12	
	Ophthalmie		Scharlach		Kinderlähmung		Übertragbare				Typhus abdominalis		Paratyphus A und B		Bakterielle Ruhr (ohne Amöbenruhr)		Enteritide infectiosa				Botulismus			
							Hirnhautentzündung		Gehirnentzündung								Salmonellose		Übrige Formen					
							Meningokokken-Meningitis		Übrige Formen										Salmonellose		Übrige Formen			
E*) ST*)		E ST		E ST		E ST		E ST		E ST		E ST		E ST		E ST		E ST		E ST		E ST		
Oberbayern	2	-	266	-	-	-	10	1	15	-	-	-	-	-	1	-	4	-	104	-	4	-	-	-
Niederbayern	-	-	24	-	-	-	3	1	2	-	1	1	-	-	-	-	-	-	17	-	-	-	-	-
Oberpfalz	-	-	32	-	-	-	3	-	17	-	-	-	-	-	-	-	-	-	44	-	-	-	1	-
Oberfranken	-	-	72	-	-	-	1	-	6	-	1	-	-	-	-	-	1	-	20	-	-	-	1	-
Mittelfranken	-	-	165	-	1 ⁴⁾	-	2	-	10	1	-	-	-	-	-	-	-	-	21	-	2	-	-	-
Unterfranken	-	-	81	-	-	-	2	-	7	-	-	-	-	-	1	-	-	-	10	-	-	-	-	-
Schwaben	-	-	71	-	-	-	3	1	7	-	-	-	-	-	2	-	-	-	20	1	3	-	-	-
Bayern	2	-	713	-	1 ⁴⁾	-	24	3	64	1	2	1	-	-	4	-	5	-	236	1	9	-	2	-
München	2	-	95	-	-	-	2	1	2	-	-	-	-	-	1	-	3	-	33	-	-	-	-	-
Nürnberg	-	-	62	-	1 ⁴⁾	-	-	-	6	1	-	-	-	-	-	-	-	-	9	-	-	-	-	-
Augsburg	-	-	4	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Regensburg	-	-	3	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	3	-	-	-	-	-
Würzburg	-	-	7	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	2	-	-	-	-	-
Fürth	-	-	10	-	-	-	1	-	1	-	-	-	-	-	-	-	-	-	3	-	2	-	-	-

Gebiet	13		14		15		16		17		18		19		20		21		22		23		24	
	Hepatitis infectiosa		Ornithose				Brucellose (Übrige Formen)		Melioidose				Q-Fieber		Toxoplasmose		Wundstarrkrampf						Verdachtsfälle von Tollwut ⁵⁾	
			Paltacocose		Übrige Formen				Erstkrankung		Rücktell													
E ST		E ST		E ST		E ST		E ST		E ST		E ST		E ST		E ST		E ST		E ST		E ST		
Oberbayern	127	2	-	-	2	-	1	-	-	-	1	-	-	-	1	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Niederbayern	47	-	-	-	1	-	-	-	-	-	-	-	1	-	3	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Oberpfalz	21	1	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	44	-
Oberfranken	44	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	8	-
Mittelfranken	41	2	-	-	2	-	-	-	-	-	-	-	2	-	2	-	-	-	-	-	-	-	1	-
Unterfranken	35	-	-	-	-	-	-	-	1	-	-	-	-	-	-	-	1	-	-	-	-	-	5	-
Schwaben	54	-	1	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	2	-	-	-	-	-	-	-	43	-
Bayern	369	5	1	-	5	-	1	-	1	-	1	-	3	-	8	-	1	-	-	-	-	-	101	-
München	66	1	-	-	-	-	1	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Nürnberg	18	1	-	-	1	-	-	-	-	-	-	-	2	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Augsburg	12	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Regensburg	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Würzburg	3	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	2	-
Fürth	2	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	1	-	-	-	-	-	-	-	-	-

*) Bericht des Bayerischen Statistischen Landesamtes.

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

2) „ST“ = Sterbefälle.

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

4) Inliziert im Ausland.

Bücher zur Rezension

Die folgenden Bücher wurden uns zur Besprechung zur Verfügung gestellt. Kolleginnen und Kollegen, die besonders sachkundig und interessiert sind, können diese Bücher zur Besprechung im „Bayerischen Ärzteblatt“ von uns erhalten. Wir bitten um Benechtigung unter der Telefonnummer (0 89) 47 60 87 (Apparat 76).

1. AHNEFELD / BURRI / DICK / HALMAGYI: Anästhesie im Kindesalter
2. ÄRZTEKAMMER KÄRNTEN/MEDIZINISCH-WISSENSCHAFTLICHE GESELLSCHAFT FÜR KÄRNTEN UND OSTTIROL: Die Entzündung
3. ASIMOV: Biographische Enzyklopädie der Naturwissenschaften und der Technik
4. AUMILLER: Ingenieure verändern die Medizin (Aufbruch ins 21. Jahrhundert)
5. BANKL/HOLZNER / KUCSKO/OBIDITSCH-MAYER/SCHALLER/ZISCHKA-KONORSA: Allgemeine Pathologie
6. BLOHMKE: Sozlepsychologische Beiträge zur Sozialmedizin (Band 55 der Schriftenreihe Arbeitsmedizin, Sozialmedizin, Präventivmedizin anlässlich der Wissenschaftlichen Jahrestagung der Deutschen Gesellschaft für Sozialmedizin e.V. am 16./17. November 1972 in München)
7. BÖGE: Kassenpraxis und Privatpraxis
8. BRANDECKER / WILHELMY / WILLNER: Die Innere Struktur des Krankenhauses (Die Kieler Studie)
9. BRANDENBURG: Medizinisches in Teusendundeiner Nacht
10. BRANOVIC-HALHUBER: Nichtraucher Training (Eine ärztliche Anleitung – Schallplatte und Textheft)
11. BRÜCK: Kassenabrechnung für die Praxis (Loseblattsammlung)
12. COLOMBI: Hämodiolyse-Kurs (für Ärzte und Pflegepersonal mit Fragen und Antworten)
13. CRAMER: Die Arznei Polizei (Kontrolle der pharmazeutischen Industrie und der Ärzte in den USA)
14. DULCE: Klinisch-chemische Diagnostik
15. FIEDLER/LIEDER: Taschenatlas der Histologie
16. FIORENTINO: Newer anticancer drugs and procedures
17. FIORENTINO / VANGELISTA / GRIGOLETTO: Thyroid Tumours Lymphomas Granulocytic Leukemia
18. FRANKE: Moderne Abhärtungsprobleme
19. FRIEDRICH: Deutschland 3 (Alt-Franken von Bonn bis Speyer)
20. FUCHS: Asthma bronchiale in der Gewerbemedizin (Band 54 der Schriftenreihe Arbeitsmedizin, Sozialmedizin, Präventivmedizin)
21. FUHRMEISTER / WIESENHÜTTER: Metamusik (Psychosomatik der Ausübung zeitgenössischer Musik)
22. GIERL: Pfeffenwinkler Trechtenbuch
23. GIERL: Miesbecher Trechtenbuch
24. HARTMANN: Alpiner Hochleistungstest (Eine Interdisziplinäre Studie)
25. HEIER / WINTERSTEIN: Rehabilitation von Schwerbeschädigten in Bayern
26. HERDER LEXIKON: Chemie
27. HERDER LEXIKON: Umwelt
28. HOFFMANN: Medizinische Informationsverarbeitung (Planung und Organisation)
29. HOLLAND / SKINNER: Analyse des Verhaltens
30. HORNPOSTEL/KAUFMANN/SIEGENTHALER: Aktuelle Diagnostik, Aktuelle Therapie
31. KÖHLER: Kardiologisches Seminar (Kardiologische Fehldiagnosen und ihre Vermeidung in Klinik und Praxis)
32. KÖMMERLE/GARRETT/SPITZKY: Klinische Pharmakologie und Pharmakotherapie
33. LEMMERZ / SCHMIDT / KRANEMANN: Die Deutung des EKG
34. LEMTIS / SEGER: Das Rückenlage-Schocksyndrom
35. LINDNER: Fortschritte der gastroenterologischen Endoskopie

Dr. G. BIENIAS: „Handbuch der Gebührenordnungen für HNO-Ärzte mit Fachkommentar“. - Loseblattsammlung -. 150 S., Plastik-Ringbuch, DM 32,- (Grundwerk), Ergänzungslieferung je Seite DM 0,30. Verlag A. Frühmorgen, München.

Infolge der schnellen technischen Entwicklung in Diagnostik und Therapie der Hals-Nasen-Ohrenkrankheiten mußten in den letzten Jahren neue Gebührensätze in die Gebührenordnung eingefügt werden, für nicht wenige Leistungen z. B. in der wesentlich verbesserten Nasenchirurgie fehlen entsprechende Ziffern, die bisher die Heranziehung von Gebührensätzen aus der allgemeinen Chirurgie notwendig machen.

Es ist daher begrüßenswert, daß Dr. BIENIAS ein Handbuch der Gebührenordnungen und einen Fachkommentar zur Ersatzkassen-Gebührenordnung verfaßt hat.

Der Verfasser ist frei praktizierender Facharzt, er kennt die Anforderungen, die an seine Fachkollegen gestellt werden. Er zeigt im Kommentar, daß in letzter Zeit in ihrem Wert herabgesetzte sogenannte technische- oder Routineleistungen (z. B. Audiometrie) in Wirklichkeit keine Routineleistungen sind, sondern vom Facharzt ein großes Maß an Geduld, Einfühlungsvermögen und Opfer an Zeit verlangen.

Der Kommentar ist übersichtlich, ausführlich und berücksichtigt besonders die Belange des in freier Praxis arbeitenden Facharztes.

Das Bemühen des Verfassers nach Objektivität ermöglicht es auch den Prüfärzten und Prüfungskommissionen, die zwischen den berechtigten Ansprüchen des Arztes und denen der Krankenkassen nach Wirtschaftlichkeit entscheiden müssen, den Kommentar bei der Honorarprüfung heranzuziehen.

Handbuch und Fachkommentar sind als Loseblatthefter herausgegeben, so daß Ergänzungslieferungen nachträglich eingeordnet werden können.

Das Handbuch ist durch ein Register in die Teilbereiche des Fachgebietes aufgegliedert und erleichtert das schnelle Auffinden der Gebührenordnungsnummern von KVB I und II, Privat-Adgo, Bundeswehr und Berufsgenossenschaften.

Dr. W. Keu, Weilheim

in keiner
reisetasche
sollte fehlen



STULLMATON

Klimawechsel, ungewohnte
Küche, schwer verdauliche
Speisen, Alkohol- und Niko-
tinabusus führen oft zu Ma-
gen- und Darmstörungen.

Hier hilft STULLMATON

Oft schon nach einmaliger Einnahme von STULLMATON ist Bes-
serung zu spüren, selbst bei hartnäckigen Durchfällen werden
nach 1-2 Tagen wieder normale Resorptions- und Verdauungs-
verhältnisse hergestellt.

STULLMATON ist auf rein pflanzlicher Basis aufgebaut und
deshalb sind auch bei Dauergebrauch und Überdosierung keine
Nebenwirkungen zu befürchten. Selbst bei Säuglingen und Klein-
kindern kann STULLMATON bedenkenlos gegeben werden.

Indikationen: Alle Arten von Schleimhautkrankungen des Magen- u. Darmkanals.

Zusammensetzung: 0,60 g Trockenextrakt aus 0,04 g Herbe Centaurii, 0,03 g Flores Arnicae,
0,40 g Folia Melissa, 0,48 g Flores Chamomillae, 0,04 g Herba Absinthii,
3,60 g Summitate Piceae excelsae;

Extraktionsmittel: Aque dest. - 0,14 g p-Hydroxybenzoesäuremethyl-
ester, 0,06 g p-Hydroxybenzoesäurepropylester, 0,36 mg Mengen-
chlorid, 0,20 mg Kobaltchlorid, 0,13 mg Kupferchlorid, ad 200 ml Aque dest.

Handelsform: Originalpackung 200 ml DM 4,-

VAW Flußspat-Chemie GmbH
8470 Stulln/Nabburg

ANTIMYCOTICUM STULLN

Dermeticum für allgemeine Be-
handlung und thalpiere resistente
Sonderfälle. Flüssigkeit zur Pin-
selung der Haut, reizlos und
juckreizstillend, farb- und geruch-
los. Empfohlen für Patienten mit
empfindlicher Haut.

Indikation:

Platzkrankungen der Haut, Epi-
darmophytien, Trychophytien,
Sporotrichosen, Blastomykosen,
sowie Heutinfektionen, etaphylo-
ganen und streptoganen Charak-
tera.

Zusammensetzung:

8-Hydroxychinolinellikofluorid 0,0045 g;
Chinolinelikofluorid 0,0045 g; p-Hydro-
xybenzoesäurepropylester 0,27 g; Iso-
propylalkohol 4,20 ml; Glycerin DAB 7
4,70 ml; Aqua dest. ad 10 ml.

Handelsform:

Originalpackung 10 ml DM 3,10.

AUGENTONICUM STULLN

die lokale Therapie am Auge,
wann bei Normalsichtigkeit oder
richtiger Brille die Augen beim
Lesen, Fernsehen, Mikroskopie-
ren u.a.w., d.h. bei allen Arbei-
ten, welche die Augen in Nah-
einstellung beanspruchen, vor-
zeitig ermüden. Auch angezeigt
bei Augenbrennen, Verschwim-
men, Lichtscheu und anderen
Störungen muskulärer, accomo-
dativer oder nervöser Art am
Auge.

Indikationen:

Asthenopie, senile Maculadega-
neration

Zusammensetzung:

0,49-0,54 mg chloroformlößlicher Trok-
kenrückstand einer wäßrigen Extraktion
aus 0,18 g Folia Digitalis entsprechend
0,2 mg Digitoxin-Baljetreaktion, 1,0 mg
Aesculin; 200,0 mg Acidum boricum; ad
10,0 ml Aque bidest.

Handelsform:

Originalpackung 10 ml mit Augen-Pi-
pette DM 3,45.



36. LOCHER: Der Pflegedienst im Krankenhaus
37. MASON / CURREY / ZINN: Einführung in die klinische Rheumatologie
38. MEVES: Die Bibel antwortet uns in Bildern (Tiefenpsychologische Textdeutungen im Hinblick auf Lebensfragen heute)
39. MEYER-BERTENRATH: Blutgerinnung und Fibrinolyse
40. MÜLLER: Flugmedizin für die ärztliche Praxis
41. MÜNSTERBERG: Abrechnung leicht gemacht
42. NARR: Ärztliches Berufsrecht (Ausbildung, Weiterbildung, Berufsausübung)
43. OHLER: Blutstillungs- und Blutgerinnungsstörungen
44. ORYWALL: Vorgeburtliche Diagnostik von Erbkrankheiten
45. OTTENJANN: Optimierte rationale Diagnostik in der Gastroenterologie
46. Reisen in Deutschland (Deutsches Handbuch für Fremdenverkehr) Band II (Bayern), Band III (Hessen Mitte-Süd, Saarland, Rheinland-Pfalz, Nordrhein-Westfalen)
47. RIEDEL: Urologische Zytologie
48. RIEGER: Verträge zwischen Ärzten in freier Praxis – Verträge zwischen Ärzten und Krankenhausträgern – Trägern karitativer Einrichtungen (Heidelberger Musterverträge Heft 41 und 42)
49. SCHÄR: Leitfaden der Sozial- und Präventivmedizin
50. SCHLENKER: Das „berufsunwürdige Handeln“ des Arztes
51. SCHMIDT-VOIGT: Herzauskultation audiovisuell (Schallplatte mit Textheft)
52. SCHRETZENMAYR: Almanach für die ärztliche Fortbildung 1972/73
53. SCHULLER / ROSEMEIER: Medizinstudium und Sozialwissenschaften
54. SEE: Die Gesellschaft und ihre Kranken oder brauchen wir das klassenlose Krankenhaus? (Ein Beitrag zur politischen Soziologie der Medizin)
55. SEIBERTH / WINTERSTEIN: Rehabilitation von Querschnittsgelähmten in Bayern
56. SILLO-SEIDL: Die Frau und Ihre Gesundheit (Ratschläge aus der Praxis)
57. SOYKA: Der Gesichtsschmerz
58. STEGNER / SACHS: Gynäkologische Zytologie (Grundlagen und Praxis)
59. STORCK: Allergie (Theorie und Praxis)
60. STRUCK: Untersuchungen über Reinigung, Bestimmung und Wirkung der Relaxin (Forschungsberichte des Landes Nordrhein-Westfalen)
61. TEUT / NEDELJKOV: Die Gruppenpraxis
62. THEOBALD / ERDLE: Das Recht der Heilhilfsberufe, Hebammen und Heilpraktiker (Loseblattsammlung)
63. WACHSMUTH: Ärztliche Problematik des Urlaubs
64. WAGNER: Kleiner medizinischer Ratgeber
65. WEISS: Moderne Pflanzen-Heilkunde
66. ZACHER: Das Vorhaben des Sozialgesetzbuches

Alf MAAS / Bernhard SCHMIDTOBREICK: „Suchterkrankung als individueller und gesellschaftlicher Konflikt“. 87 S., DM 7,80, Lambertus-Verlag, Freiburg/Brsg., 1972.

Im ersten Teil ihrer Abhandlung geben die Verfasser aus der Sicht der Sozialarbeit einen Überblick über Wesen und Entstehung der Sucht. Sie machen sich dabei weitgehend die psychoanalytische Konzeption zu eigen. Sicher ist jedenfalls – und das klingt auch an –, daß multifaktorielle Bedingungen im Einzelfall zur Sucht führen können, aber nicht müssen. Trotz ungünstiger Umweltbedingungen, pathologischer Mutter-Kind-Beziehungen usw. bleibt bemerkenswerterweise ein beträchtlicher Teil der potentiell Gefährdeten frei von süchtigen Verhaltensweisen. Den Verfassern ist unbedingt zuzustimmen, wenn sie diese als ein komplexes Geschehen ansehen, der mit den herkömmlichen Mitteln und Hilfen nicht wirksam begegnet werden kann. Sie lassen aber außer acht, daß eine der beteiligten Disziplinen, nämlich die Medizin, in Wissenschaft und Forschung zumindest auf Teilgebieten umwälzende Fortschritte erzielt hat und in steter Weiterentwicklung begriffen ist. Dagegen ringt die Sozialarbeit, wie aus dem zweiten Abschnitt zu entnehmen ist, noch um ihren Standort, den sie keineswegs allein in der Arbeit und Hilfe für die Klienten sieht. Sie sucht ihr Selbstverständnis aus Erkenntnissen ebenfalls noch verhältnismäßig jüngerer Fachbereiche wie der Psychologie und der Soziologie. Gerade in den Bemühungen um die gesellschaftlichen Randgruppen wie den Süchtigen



Dismenol®

1 Tablette enthält: Parasulfamidobenzoessäure 0,05 g
Dimethylamino-phenyldimethylpyrazolon 0,25 g

Prämenstruelle Beschwerden, Kopf- und Kreuzschmerzen bei Dysmenorrhoe, Blasen-Tenesmen, Spasmen der glatten Muskulatur.

**Kontra-Indikationen der Pyrazolonderivate
Nebenwirkungen wurden dem Hersteller bisher nicht bekannt.**

Dosierung: Packung mit 15 Tabletten DM 3,10
2-3 mal täglich Packung mit 150 Tabletten DM 24,-
eine Tablette Klinckpackung mit 500 Tabletten DM 58,-

AGPHARM LUZERN · Simons Chemische Fabrik, Gauting

gen, die die Verfasser nicht als Kranke im herkömmlichen Sinne behandelt wissen wollen, wird sich die Sozialarbeit zu bewähren haben. Die Kooperation und Koordination der Therapie- und Resozialisierungsmaßnahmen drängt sich aber im Hinblick auf das „Komplexe Geschehen der Sucht“, deren Ursachen sicher nicht allein im gesellschaftlichen Bereich zu ergründen sind, als gemeinsames Anliegen aller angesprochenen Fachbereiche geradezu auf.

Das mit vielen Zitaten und einer Literatursammlung ausgestattete Buch sollte vor allem von Ärzten, Psychologen, Psychotherapeuten, Juristen, Pädagogen und Theologen, also von Vertretern der Disziplinen, mit nachdenklichem Interesse gelesen werden, von denen sich die Sozialarbeiter neuer Prägung abzugrenzen versuchen. Dr. Schuster, München

Ernst R. HAUSCHKA: „Erwägungen eines männlichen Zugvogels“. — Gedichte —. 168 S., Oktav, Leinen, DM 6,80. Verlag Michael Laßleben, Kallmünz.

Der 2. Vorsitzende der Regensburger Schriftstellergruppe und der Interessengemeinschaft deutschsprachiger Autoren hat uns einen neuen Gedichtband vorgelegt. Sein Zugvogel „möchte das blau des himmels / trinken und das grün / der wälder und das helle weiß / hinter den Dingen.“ Dementsprechend konfrontierten uns seine philosophisch-klares Gedichte oft nur mit wenigen Worten mit all den vieltätigen Problemen des heutigen Menschen, seines Schicksals, seiner Stationen, seiner ungelösten Fragen und seinem Leben in der ihn umgebenden Welt. Diese Gedichte machen uns nachdenklich und befassen sich zudem auch oft mit unseren ärztlichen Gedanken, wie „der sezier-raum“: „wahrscheinlich haben die / ärzte schon bald mittels / skalpellen die todesursache / gefunden, aber nicht / die letzten gedanken / und

das letzte Gebet / eines armen verzweifelten / menschen.“ Manche Gedichte scheinen uns wie in Marmor gemeißelt zu sein, wenn wir lesen: „vier rätset / umgeben mich / die ursache / warum ich lebe / die stunde / in der ich sterbe / der grund / warum ich leide / das ziel / das ich erreiche / keines werde ich lösen / alle werden / gelöst sein.“ Man kann der Versuchung nicht widerstehen, diesen Gedichtband immer wieder zur Hand zu nehmen.

Dr. R. Paschke, Emskirchen

Kongreßkalender

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

Mal 1974

2. — 4. 5. in Bad Lippspringe:

11. Fortbildungskurs über allergische Erkrankungen. Auskunft: Dr. W. Rüdiger, 4792 Bad Lippspringe, HNO-Klinik.

2. — 4. 5. in Hrubá Skála:

11. Internationales Symposium über die Zellenespekte des Alterns. Auskunft: Tschechische medizinische Gesellschaft, Skolská 31, 120 26 Prag 2.

2. — 4. 5. in Konstanz:

Bundestagung des Berufsverbandes der Praktischen Ärzte und Ärzte für Allgemeinmedizin. Auskunft: BPA, 5000 Köln 1, Belfortstraße 9/XII.

4. 5. in Würzburg:

6. Fortbildungstagung der Medizinischen Universitäts-Poliklinik Würzburg für praktizierende Ärzte (Thema: „Klinische Pharmakotherapie aus internistischer Sicht“). Auskunft: Prof. Dr. H. Franke, Medizinische Poliklinik der Universität, 8700 Würzburg, Klinikstraße 8.

4. — 6. 5. in Freudenstadt:

Ärztliche Fortbildung in der Gesundheitsvorsorge — Autogenes Training und Bewegung. Auskunft: Dr. G. Eberlein, 5090 Leverkusen, Driescher Hecke 19.

8. 5. in Innsbruck:

Sitzung der Münchener Dermatologischen Gesellschaft e. V. Auskunft: Dermatologische Klinik und Poliklinik der Universität München, 8000 München 2, Frauenlobstraße 9.

10. — 11. 5. in Bad Kissingen:

III. Internationales Kolloquium über „Aktuelle Diabetes-Probleme in Klinik und Praxis“. Auskunft: Prof. Dr. D. Müting, Spezialklinik Prof. Kalk, 8730 Bad Kissingen.

13. — 16. 5. in Neuherberg:

Röntgenstrahlenschutzkurs. Auskunft: Institut für Strahlenschutz, Kursekretariat, 8042 Neuherberg, Ingolstädter Landstraße 1.

15. — 17. 5. in Hannover:

Jahrestagung der Deutschen Gesellschaft für Biomedizinische Technik. Auskunft: Biomedizinische Technik 1974, 3000 Hannover-Kleefeld, Postfach 320.

17. — 18. 5. in Hannover:

2. Jahrestagung der Deutschen Arbeitsgemeinschaft für Ultraschall-diagnostik. Auskunft: Priv.-Doz. Dr. P. Otto, 3000 Hannover, Podbielski-straße 380.

18. — 19. 5. in Hennef:

Fortbildungslehrgang des Deutschen Sportärztebundes. Auskunft: Dr. D. Schnell, 5207 Ruppichterath, Otto-Willach-Straße 2.

19. — 23. 5. in Graz:

Internationaler Betriebsärztekongreß. Auskunft: Ärztekammer für Steiermark, A-8010 Graz, Radetzkystraße 20/I.



RECORSAN-HERZSALBE

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

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

In 100g Salbe: Extr. Crataeg. 2,2g, Valerian. 17g, Tinct. Corv. 0,8g

-Castor. 0,6g, Camph. 10g, Menthol. 0,5g, Nicotin. 0,155g. · QR 30g DM 450

Recorsan-Gesellschaften Gräfelfing und Lüneburg

20. – 23. 5. in London:

1. Europäischer Kurs in Thorex-Regulologie. Auskunft: The London Secretariat of the Fleischner-Society, Dr. Ien H. Keller, 156 Lambeth Road, London S. E. 1.

20. – 25. 5. in Dublin:

7. Weltkongress über Verhütung von Berufsunfällen und -krankheiten. Auskunft: Int'l. Assoc. of Social Security, 154 rue de Leusenne, CH-1200 Genf.

20. – 25. 5. in Smolenice:

II. Internationales Symposion über Biopharmazie und Pharmakokinetik. Auskunft: Slowakische medizinische Gesellschaft, Mickiewiczova 18, CS-80000 Bratislava.

22. – 25. 5. in Velden:

28. Kärntner Ärzttreffen. Auskunft: Ärztekammer für Kärnten, Fortbildungsreferat, A-9020 Klagenfurt, Bahnhofstraße 22.

23. – 25. 5. in Trevermünde:

9. Kongress der Deutschen Diabetes-Gesellschaft. Auskunft: Prof. Dr. H. Seuer, 4970 Bad Oeynhausen, Wiedenstraße 23.

23. – 26. 5. in Freudenstadt:

5. Diagnostisch-therapeutische Gespräche der Zeitschrift für Allgemeinmedizin. Auskunft: Hippokrates Verlag GmbH, 7000 Stuttgart, Postfach 593.

23. – 26. 5. in Brüssel:

II. Internationaler Kongress über die Untersuchung des Arzt-Patient-Verhältnisses. Auskunft: Dr. R. van Leethem, Rue des Bollandistes 42, B-1040 Brüssel.

24. – 25. 5. in Köln:

Jahreshauptversammlung der Deutschen Gesellschaft für Gesundheitsvorsorge e. V. Auskunft: Deutsche Gesellschaft für Gesundheitsvorsorge e. V., 5090 Leverkusen, Driescher Hecke 19.

24. – 26. 5. in Nürnberg:

Frühjahrstagung der Bayerischen Gesellschaft für Geburtshilfe und Frauenheilkunde. Auskunft: Kongressbüro der Bayerischen Gesellschaft für Geburtshilfe und Frauenheilkunde, 8500 Nürnberg, Flurstraße 7.

26. – 30. 5. in Bad Reichenhall:

45. Kongress der Deutschen Gesellschaft für Hals-Nasen-Ohrenheilkunde, Kopf- und Hals-Chirurgie. Auskunft: Prof. Dr. M. Berendes, 6940 Weinheim, Mozartstraße 15.

27. – 30. 5. in Neuherberg:

Röntgen-Strehlenschutzkure. Auskunft: Institut für Strehlenschutz, Kurssekretariat, 8042 Neuherberg, Ingolstädter Landstraße 1.

27. – 31. 5. in Interleken:

58. Tagung der Deutschen Gesellschaft für Pathologie. Auskunft: Prof. Dr. G. Seifert, Pathologisches Institut der Universität, 2000 Hamburg 20, Martinstraße 52.

27. 5. – 7. 6. in Neutrauchburg:

Einführungslehrgang in die manuelle Wirbelsäulenthherapie. Auskunft: Dr. K. Sell, 7972 Isny.

27. 5. – 8. 6. in Montecatini Terme:

XII. Internationaler Fortbildungskongress (Seminerkongress) der Bundesärztekammer. Auskunft: Kongressbüro der Bundesärztekammer, 5000 Köln 41, Postfach 41 02 20.

28. – 31. 5. in Berlin:

XVI. Kongress der Deutschen Gesellschaft für Bluttransfusion. Auskunft: Prof. Dr. S. Seidl, 6000 Frankfurt 73, Postfach 73 03 67.

30. 5. – 1. 6. in Utrecht:

Kongress über Verkehrsmedizin. Auskunft: W. J. Steyling, Nederlandse Vereniging van Artsen-Automobilisten, Burg Rederstreet 89, Utrecht, Holland

Junf 1974

1. – 2. 6. in Venedig:

8. Venezianisches Symposion. Auskunft: Prof. Dr. J. Kugler, Neurologische Klinik der Universität, 8000 München 2, Nußbaumstraße 7.

1. – 15. 8. in Grado:

XXII. Internationaler Fortbildungskongress der Bundesärztekammer – Lehrgang für praktische Medizin – (Thema: Der Krebskranke in der ärztlichen Praxis). Auskunft: Kongressbüro der Bundesärztekammer, 5000 Köln 41, Postfach 41 02 20.

3. – 7. 6. in Kiel:

69. Versammlung der Anatomischen Gesellschaft. Auskunft: Prof. Dr. M. Wetke, Anatomisches Institut, 6500 Mainz, Saarstraße 19.

4. – 8. 6. in Berlin:

23. Deutscher Kongress für ärztliche Fortbildung. Auskunft: Kongressgesellschaft für ärztliche Fortbildung e.V., 1000 Berlin 41, Klingsorstraße 21.

4. – 15. 6. in Lengeoog:

XXII. Fortbildungskure für praktische Medizin der Ärztekammer Niedersachsen. Auskunft: Kurverwaltung, 2941 Lengeoog, Postfach 240.

5. – 8. 6. in Linz:

15. Jahrestagung der Österreichischen Gesellschaft für Chirurgie. Auskunft: Hofrat Univ.-Prof. Dr. H. Herti, Landeskinderkrankenhaus, A-4020 Linz, Krenkenhausstraße 26.

5. – 9. 6. in Göttingen:

Wissenschaftliche Jahrestagung der Deutschen Gesellschaft für Kieferorthopädie. Auskunft: Klinik und Poliklinik für Zahn-, Mund- und Kieferkrankheiten, 3400 Göttingen, Geiststraße 11.

5. – 9. 6. in Lindau:

10. Internationale Tagung für Handchirurgie. Auskunft: Dr. Dr. med. N. Heimovici, 2800 Bremen, Am Dobben 103.

Schlüsselfertige Praxiseinrichtungen
Labortechnik, Hämodialyse

Beratung
Projektlung
Finanzierung
Kundendienst

EEG
Echo-EEG
EKG
EMG

Röntgen- und elektromedizinische Apparate - Arzt- und Krankenhausbedarf

KURT PFEIFFER

85 NÜRNBERG 1

Gleißbühlstraße 7/Ecke Marlenstraße, Ruf (09 11) 20 39 03/04

URICOVAC[®]

Benzbromaronum

die „Nur-einmal-tägliche-Tablette“

Senkt
schonend den
Serumharnsäure-
Spiegel
in den
Normbereich

auch bei fortgeschrittener Niereninsuffizienz*

*nach KOTHE et al., Therapiewoche 23, 2927 (1973) u. Charbonnet et al., Schw. Rundschau Med. (Praxis) 62, 1337 (1973)

Indikationen: Hyperurikämie jeder Genese.
Zusammensetzung: Je Tablette 100 mg Benz-
bromaronum. Handelsformen: 30 Tabletten zu
je 100 mg = 1 Monatspackung DM 29,- ein-
schließlich MwSt. AP mit 300 Tabletten.
Kontraindikation: mittelschwere und schwere
Niereninsuffizienz
Hinweis: Nach oben zitierten Autoren und
deren neuesten Erkenntnissen ist die erfolg-
reiche Anwendung von URICOVAC auch bei
niereninsuffizienten Patienten möglich.

„Durch eine frühzeitige Behand-
lung der Hyperurikämie kann
das Auftreten einer Gicht mit
großer Wahrscheinlichkeit ver-
mieden werden. Die echte
Chance der Prophylaxe einer
schwerwiegenden, risikobela-
denen chronischen Krankheit
sollte genutzt werden.“

G. Josenhans
im Vorwort zum Kolloquium in Bad Bramstedt am 24.2.73

Zur Beachtung:
Grundsätzlich soll der Hyperurikämiker, insbe-
sondere zu Beginn der Behandlung, minde-
stens 1,5 bis 2 Liter Flüssigkeit pro Tag zu sich
nehmen. Bei Steindriese empfiehlt sich die
Einstellung des Urins auf den annähernd
neutralen Bereich von pH 6,4-6,8, speziell bis
zur Normalisierung der Serumharnsäurewerte.
Obwohl URICOVAC in ausgedehnten Tier-
versuchen keinerlei teratogene Wirkung
gezeigt hat, sollte das Präparat aus Vorsichts-
gründen bei bestehender Schwangerschaft
nicht verabreicht werden.

LABAZ GmbH, Pharmazeutische Präparate Düsseldorf



7. – 8. 6. in Nürnberg:

Kongreß der Deutschen Gesellschaft für Gerontologie. Auskunft: Chafarzt Dr. H. Kalsar, Westkrankenhaus, 8900 Augsburg.

7. – 9. 6. in Bad Reichenhall:

Kolloquium der Bad Reichenhaller Forschungsanstalt für Krankheiten der Atmungsorgane. Auskunft: Obermedizinaldirektor Dr. med. O.-P. Schmidt, Chafarzt des Klinischen Sanatoriums Trausnitz, 8230 Bad Reichenhall, Salzburger Straße 9.

7. – 10. 6. in Karlsbad:

16. Tagung der Europäischen Gesellschaft zum Studium der Toxizität von Arzneimitteln. Auskunft: Tschechische medizinische Gesellschaft, Sokolská 31, CS-120 26 Praha 2.

8. – 9. 6. in Berlin:

Informations- und Einführungskurs in die Chirotherapie von Wirbelsäule und Gelenken. Auskunft: Sekretariat der deutschen Gesellschaft für manuelle Medizin a. V., 4700 Hamm, Ostenallee 80.

8. – 9. 6. in Hennef:

Fortbildungslehrgang des Deutschen Sportärztebundes. Auskunft: Dr. med. D. Schnall, 5207 Ruppeltheroth, Otto-Willach-Straße 2.

8. – 9. 6. in Linz:

7. Jahrestagung der Österreichischen Gesellschaft für Gefäßchirurgie. Auskunft: Univ.-Doz. Dr. Brückner, I. Chirurgische Universitätsklinik, A-1095 Wien, Alserstraße 4.

9. – 23. 6. in Westerland:

15. Seminar für ärztliche Fortbildung. Auskunft: Nordwestdeutsche Gesellschaft für ärztliche Fortbildung, 2060 Bad Oldesloe, Huda 1.

11. – 14. 6. in Osnabrück:

24. Wissenschaftlicher Kongreß des Bundesverbandes der Ärzte des öffentlichen Gesundheitsdienstes. Auskunft: Obermedizinaldirektor Dr. med. A. Böhm, 8031 Neuesting, Edisonweg 4.

12. – 14. 6. in Prag:

Internationales Symposium über die Anpassungsfähigkeit des Herzmuskels. Auskunft: Tschechische medizinische Gesellschaft, Sokolská 31, CS-120 26 Praha 2.

12. – 16. 6. in Hamm:

Kurse für manuelle Behandlung der Extremitäten-Gelenke. Auskunft: Sekretariat der deutschen Gesellschaft für manuelle Medizin e. V., 4700 Hamm, Ostenallee 80.

14. – 15. 6. in Leopoldshafen bei Karlsruhe:

15. Jahrestagung der Vereinigung Deutscher Strahlenschutzärzte. Auskunft: Prof. Dr. O. Massar-

schmidt, 8000 München 45, Neuhbergstraße 54.

14. – 16. 6. in Hamburg:

7. Tagung der Arbeitsgemeinschaft für klinische Nephrologie a. V. Auskunft: Dr. med. P. Bünger, 2000 Hamburg 62, Tangstedter Landstraße 400.

16. – 22. 6. in Montreal:

7. Internationaler Kongreß der Internationalen Gesellschaft für Physikalische Therapie. Auskunft: Canadian Physiotherapia Assoc., 25 Imperial St., Toronto 7, Ont Canada.

17. – 19. 6. in Prag:

Internationales Symposium II über den Lungenkreislauf. Auskunft: Tschechische medizinische Gesellschaft, Sokolská 31, CS-120 26 Praha 2.

Bellagenhinweis:

Dieser Ausgabe liegen Prospekt der Firma **Deutsche Wellcome GmbH, 3006 Großburgwedel/Hann.** bei.

„Bayerisches Ärzteblatt“. Herausgeber und Verleger: Bayer. Landesärztekammer, 8000 München 80, Mühlbauerstraße 18, Telefon (0 89) 47 60 87, Schriftleitung: I. V. Dr. Sluka. Die Zeitschrift erscheint monatlich.

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

Bezugspreis vierteljährlich DM 2,40 einschl. Postzeitungsgebühren und 5,5% = DM 0,12 Mehrwertsteuer. Für Mitglieder im Mitgliedsbeitrag enthalten. Postscheckkonto Nr. 52 51-802, Amt München, Bayerische Landesärztekammer (Abt. „Bayerisches Ärzteblatt“). Anzeigenverwaltung: ATLAS Verlag und Werbung GmbH & Co. KG, früher Verlag und Anzeigenverwaltung Carl Gabler, 8000 München 2, Postfach, Sonnenstraße 29, Telefon 55 80 81, 55 82 / 41 - 48, Fernschreiber: 05 / 23 662, Telegrammadresse: atlas-press. Für den Anzeigenteil verantwortlich: Ernst W. Scharfing, München. Druck: Druckerel und Verlag Hans Zeuner jr., 8060 Dacheu.

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

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

Pssiorin Dragees

1 Dragea enthält:

Extr. Passiflor. incamat. spir. sicc.	60,0 mg
Extr. Salicis squos sicc.	133,0 mg
Extr. Crataeg. spir. sicc.	12,0 mg
Anaurin	0,3 mg

Pssiorin liq.

Extr. Passiflor. incamat. liq.	10 Vol. %
Extr. Salicis aquos sples.	5 Vol. %
Tinct. Crataeg. oxyacanth.	11 Vol. %

Bal Angst-, Spannungs- und Unruhezuständen, als Tagessedativum:

1–2 Teelöffel bzw. 2–3 Dragees 3 mal täglich

Bei Einschlafstörungen: 2–4 Teelöffel bzw. 3–6 Dragees vor dem Schlafengehen

Keine Kontra-Indikationen und Nebenwirkungen bekannt.

Pssiorin Dragees:

Packung mit	60 Dragees	DM 4,25
Kurpackung mit	250 Dragees	DM 16.–

Pssiorin liq.:

Flasche mit ca.	100 ml	DM 5,80
Kurpackung mit ca.	500 ml	DM 23,80

Bei Angst-, Spannungs- und Unruhezuständen, als Tagessedativum.

SIMONS CHEMISCHE FABRIK · Gauting bei München

Pssiorin®

Zwei logische Wege in der Therapie spastischer Atemwegserkrankungen



1. Zur umfassenden oralen Basis-Dauerbehandlung **Bricanyl® comp.**

Bricanyl comp integriert die günstigen Eigenschaften des β_2 -selektiven Bronchodilatators Bricanyl und des altbewährten Expectorans Guajacolglycerinaether in 1 Tablette.

Bricanyl löst den Spasmus langanhaltend über 8 Stunden ohne unangenehme kardiovaskuläre Nebenwirkungen.

Guajacolglycerinaether befreit zuverlässig die Atemwege von zähflüssigen Sekreten ohne nachteilige Wirkung auf Atemzentrum oder Atemmuskulatur.

2. Zur Behandlung des akuten Asthmaanfalls - **Bricanyl® Dosieraerosol.**

Bricanyl Dosieraerosol löst augenblicklich Bronchospasmen ohne unangenehme Nebenwirkungen auf Herz und Kreislauf.

Beide Wege ergänzen sich sinnvoll zu einem praxisbezogenen Therapiekonzept für eine sichere ambulante Behandlung von spastischen Atemwegserkrankungen.

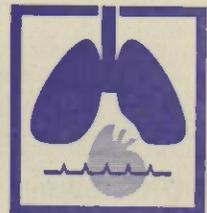
Zusammensetzung:
Bricanyl® comp 2,5 mg Terbutalinsulfat,
100 mg 3 - (o - Methoxy - phenoxy) - propan - 1,2 diol
Bricanyl® Dosieraerosol 10 ml Suspension enthalten:
100 mg Terbutalinsulfat - 1 Sprühstoß enth. 0,25 mg

Indikationen:
Bronchialasthma, spastische Bronchitis und Emphysem

Kontraindikationen:
Thyreotoxikose und schwere Angina pectoris

Dosierung:
Bricanyl® comp täglich 3 mal 1-2 Tabletten
Bricanyl® Dosieraerosol
1-2 Sprühstöße innerhalb von 2 Minuten

Handelsformen:
OP 30 Tabletten DM 8,95 m. MwSt.
100 Tabletten DM 23,30 m. MwSt.
1 Dosieraerosol zu 10 ml DM 22,90 m. MwSt.



STAATL. FACHINGEN

Rein natürlich

STAATL. Fachingen

■ Tilgt vor allem überschüssige Säure im Gesamtorganismus.
■ Es stumpft abnorme Säurebildung im Magen ab. ■ Behebt u. verhütet u. a. **Sodbrennen**, beugt Magenkrämpfen sowie der Bildung von Magen Geschwüren vor. ■ Vermehrt z.B. auch die Diurese und verhindert Gries- und Steinbildung in den ableitenden Harnwegen.
Bei Krankenkassen zugelassen. Ad us. proprium Varzugspreise.
Auskunft und wissenschaftl. Prospekte unverbindlich durch:
Staatl. Mineralbrunnen Siamens Erben · Zentralbüro:
62 Wiesbaden · Postfach 13047

Gegen **Enuresis nocturna**

Ist HICOTON als Spezifikum seit vielen Jahren bestens bewährt und in allen Apotheken erhältlich!

Zusammensetzung pro Tabl.: Ferr. oxyd. aaach. 50 mg, Sojalezithin 1,7 mg, Calc. glyc. phosph. 25 mg, Extr. Rhois arom. 5 mg, Extr. Humull lupuli 2,5 mg, Extr. chinae 2,5 mg, Cemph. monobr. 0,05 mg. 35 Tabl. 6,20 DM, 300 Tabl. 36,10 DM.
Arztmuster durch: „MEDIKA“ Pharm. Präparate, 8024 München-Deisenhofen, Am Alten Weg 20

Das Landratsamt Kitzingen schreibt folgende Stellen zur eilbaldigen Besetzung aus:

Oberarzt der Fachrichtung Chirurgie

beim Kreis Krankenhaus Volkach (70 Betten). Die Stelle ist nach Vergütungsgruppe I a BAT bewertet.

Interessenten werden gebeten, die üblichen Bewerbungsunterlagen mit Angabe des frühestmöglichen Eintrittstermins bei **Herrn Chefarzt Dr. Otte, Kreis Krankenhaus, 8712 Volkach**, einzureichen.

Oberarzt für die Innere Abteilung

beim Kreis Krankenhaus Kitzingen (140 Betten). Die Stelle ist nach Vergütungsgruppe I a BAT bewertet. Nebeneinnahmen nach Vereinbarung.

Assistenzarzt für die Innere Abteilung

beim Kreis Krankenhaus Kitzingen (140 Betten). Die Stelle ist nach Vergütungsgruppe II/b BAT bewertet.

Das Kreis Krankenhaus Kitzingen ist für 2 Jahre für die Facharztweiterbildung ermächtigt.

Interessenten werden gebeten, die üblichen Bewerbungsunterlagen mit Angabe des frühestmöglichen Eintrittstermins bei **Herrn Chefarzt Dr. Armbruet, Kreis Krankenhaus, 8710 Kitzingen**, einzureichen.

Die Gemeinde **Hösbach**, Landkreis Aschaffenburg (8500 Einwohner — zentraler Ort) sucht Infolge Ausscheidens des bisherigen Praxisinhabers (aus gesundheitlichen Gründen) dringend einen

Arzt für Allgemeinmedizin

Hösbach liegt im landschaftlich schönen westlichen Vorspaß mit Autobahnanschluß und Bahnstation der Strecken Frankfurt-Würzburg und ist fest in das Netz des Busbetriebs der Stadt Aschaffenburg (5 km entfernt) eingeschlossen. Ozon-Hallenbad und große Sporthalle, Realschule und Gymnasium werden 1974/75 neu gebaut.

Es stehen im Ortszentrum in gemeindeeigenem Neubau sechs Praxisräume sowie eine 3-Zimmerwohnung mit zusammen über 200 qm zur Verfügung, ebenso Garage und großer Parkplatz. Zu versorgen sind noch drei weitere Orte, die leicht erreichbar sind.

Die gesamte Praxisanlage — auf Wunsch — mit Röntgen kann preisgünstigst übernommen werden.

Zuschriften und Anfragen erbeten an:
Gemeindeverwaltung, 8752 Hösbach, Rathausstraße 3.

Die Stadt Schwabach

sucht für das Stadtkrankenhaus (250 Betten) zum frühestmöglichen Zeitpunkt

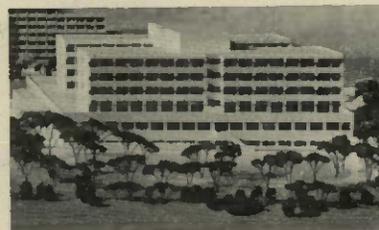
1 Assistenzarzt (-ärztin)

für die Innere Abteilung (94 Betten).

Vergütung nach BAT, Bereitschaftsdienstvergütung nach den höchsten Sätzen. Auf die Facharztweiterbildung werden bis zu 4 Jahre (mit Infektionskrankheiten) angerechnet. Intensivstation wird 1974 eingerichtet. Umfangreiche Endoskopie mit Laparoskopie, Gastroskopie, Koloskopie, Klinische Zytologie. Stationsgebundenes Röntgen mit Bildverstärker-Fernsehkette. Ärztlicher Schichtdienst. Besetzt sind: 1 Oberarztstelle, 6 Assistenzarztstellen. Enger Kontakt mit Kliniken in Nürnberg.

Bei der Wohnraumbeschaffung ist die Stadt behilflich. Die kreisfreie Stadt Schwabach (33.000 Einwohner) ist Teil der Städteachse Erlangen-Nürnberg-Fürth-Schwabach. Beste Verkehrsverbindungen, Sitz höherer Schulen, beheiztes Freischwimmbad, Hallenbad.

Bewerbungen mit den üblichen Unterlagen werden erbeten an **8540 Stadt Schwabach — Personalamt — Postfach 1680.**



Kreis Krankenhaus
8330 Eggenfelden

Krankenhausneubau mit 330 Betten. Neueröffnung im April dieses Jahres

Wir suchen:

Auf der Chirurgischen Abteilung (Chefarzt Dr. Eckert)

Assistenzärzte

Auf der Inneren Abteilung (Chefarzt Dr. Schmidt)

1 Assistenzarzt

Die Anstellungsbedingungen regeln sich nach den Vorschriften des öffentlichen Dienstes. Geregelter Dienstzeit. Zusätzliche Einnahmen durch Chefarztabgaben. Eggenfelden ist eine aufstrebende Stadt im ostbayerischen Raum, mit allen Schulen, eigenem Theater usw. Eine Stunde Autofahrt zum Chiemsee, in die Bayerischen Alpen, nach München und Salzburg.

Persönliche Vorstellung erwünscht zu a) bei Herrn Chefarzt Dr. Eckert im Kreis Krankenhaus Eggenfelden, Telefon (08721) 686 oder Privat (08721) 314 bzw. zu b) Herrn Chefarzt Dr. Wolfgang Schmidt, Telefon (08721) 686.

Bewerbungen sind erbeten an das Landratsamt Rottal-Inn — Personalabteilung — 8340 Pfarrkirchen, Ringstraße 4, Postfach 80, Telefon (08581) 6171.

Die Heilung v. Hautleiden u. -schäden

Ekzem, Psoriasis, Lichen, Dermatitis, Neurodermitis, Pruritus, Prurigo, Crusta lactea, Favus, Pityriasis sowie von Intertrigo, Dekubitus, Treumen und Ulcera durch

BEFELKA-OEL

Ist von überzeugender Eindruckskraft

Arztmuster durch:

BEFELKA-ARZNEIMITTEL

4500 Osnabrück, Postfach 1351

Zus.: Ol. Hyperici 10 g.
Ol. Calend. 5 g. Ol. Chamom. 3 g. Ol. Oliv. 3 g.
Ol. Viol. tric. 3 g. med.
Weißöl 70 g. Arom.
50 ml DM 3,90
mit MWST und größer

Privatnervenklinik Gauting

Vorortnähe München, in landschaftlich schöner Lage
Intime Atmosphäre, kalte geschlossene Abteilung

Leitender Arzt Dr. Philipp Schmidt
alle neuzzeitlichen Behandlungsmethoden

8035 Gauting, Bergstraße 50, Telefon (089) 8506051