

Das komplette Programm

SCHILDDRÜSEN DIAGNOSTIKA THERAPEUTIKA



Diagnostika:

TSH-RIA, T₃-RIA, T₄-RIA, TBG-RIA
TSH-RIA für neonatales Screening
Antepan® 200 u. 400 (TRH „Henning“)

Therapeutika:

L-Thyroxin 50, 100 u. 150 „Henning“
Prothyrid (T₄:T₃ = 10:1)
Thyroxin-T₃ „Henning“
Carbimazol 10 mg „Henning“

Reinstsubstanzen für die Forschung:

Alle Jodthyronine pro analyse,
darunter die Dijodthyronine
L-3,3'-T₂ und L-3',5'-T₂ sowie Reverse-T₃

Schilddrüsen-Literatur-Dienst:

Aktuelle Information über die
Ergebnisse der Schilddrüsen-
forschung in Labor und Klinik

HENNING BERLIN

Antepan® 200/400 TRH „Henning“

Zusammensetzung: 1 Ampulle Antepan® 200 resp. 400 enthält 200 resp. 400 µg Thyreotropin-Release-Hormon (Protirelin) als wässrige Lösung. **Wirkung:** Antepan® 200 und 400 (TRH „Henning“) bewirkt in der Hypophyse die Freisetzung von Thyreotropin. Voraussetzung hierfür ist ein intakter Regelkreis Hypophyse-Schilddrüse. **Indikation:** Durchführung des TRH-Tests zur Differentialdiagnose von Schilddrüsenfunktionsstörungen. **Kontraindikation:** Bisher keine bekannt. **Nebenwirkungen:** Relativ häufig leichte Mißempfindungen wie leichte Übelkeit, Harndrang und Schwindelgefühl, die 1-2 min p. inj. verschwinden. Wie allgemein nach i.v.-Injektionen können Blutdruckschwankungen und in Einzelfällen eine hypotone Kreislaufdysregulation auftreten. **Anwendung:** Intravenöse Injektion von 1 Ampulle Antepan® 200 oder Antepan® 400 (Weiteres s. wissenschaftlicher Prospekt). **Hinweise:** Der TRH-Test sollte besonders in den ersten Schwangerschaftswochen nur streng indiziert angewandt werden. **Handelsformen:** Antepan® 200: 1 Amp. DM 19,59; 5 Amp. DM 81,17; 25 Amp. DM 338,37; 50 Amp. DM 611,52. Antepan® 400: 1 Amp. DM 22,71; 5 Amp. DM 92,53; 25 Amp. DM 399,52; 50 Amp. DM 717,52.

L-Thyroxin „Henning“ - Prothyrid® - Thyroxin-T₃ „Henning“

Zusammensetzung: 1 Tablette L-Thyroxin 50, 100, 150 „Henning“: 50, 100 resp. 150 µg Levothyroxin-Na (T₄); 1 Tablette Prothyrid®: 100 µg Levothyroxin-Na + 10 µg Liothyronin-HCl (T₃); 1 Tablette Thyroxin-T₃ „Henning“: 100 µg Levothyroxin-Na + 20 µg Liothyronin-HCl. **Wirkung:** Die Schilddrüsenhormone L-Thyroxin (T₄) und L-Trijodthyronin (T₃) substituieren einen Hormonmangel und supprimieren die Thyreotropin-Sekretion. **Indikationen:** Blande Struma, Rezidivprophylaxe nach Strumaresektion, Hypothyreose, Zusatztherapie bei thyreostatisch behandelter Hyperthyreose, Thyreoiditis, Schilddrüsenmalignom. **Kontraindikationen:** Frischer Myokardinfarkt, Angina pectoris oder Zustand nach Myokardinfarkt bei älteren Strumapatienten. **Nebenwirkungen:** Bei Überschreitung der erforderlichen Dosis Tachykardie, Schwitzen, vermehrte Unruhe, Durchfall. Symptome verschwinden nach Herabsetzen der Tagesdosis oder Aussetzen der Behandlung (eventuell Gabe von Propranolol). **Anwendung:** 1/2 - 2 Tabletten täglich. Eventuell einschleichende Behandlung mit anfangs 1/2 Tablette täglich; in 1-2 wöchigen Intervallen auf die erforderliche Volldosis steigern. **Hinweise:** Behandlung sehr vorsichtig beginnen bei Patienten mit schwerer Hypothyreose, Angina pectoris, Myokarditis und bei tachykarder Herzinsuffizienz (vorher Frequenzreduktion und Rekompensation). Bei gleichzeitiger Behandlung mit Antidiabetika bzw. Antikoagulantien Blutzucker und Quickwert anfangs häufiger kontrollieren. Bei Schwangerschaft Behandlung nicht unterbrechen. **Handelsformen:** L-Thyroxin 50 „Henning“: 100 Tabl. DM 8,55; L-Thyroxin 100 „Henning“: 70 Tabl. DM 10,95 (Wochenplanpackung); 200 Tabl. DM 26,10; L-Thyroxin 150 „Henning“: 70 Tabl. DM 12,64 (Wochenplanpackung); 200 Tabl. DM 28,86; Prothyrid®: 50 Tabl. DM 9,43; 70 Tabl. DM 13,20 (Wochenplanpackung); 200 Tabl. DM 29,95; Thyroxin-T₃ „Henning“: 50 Tabl. DM 10,85; 70 Tabl. DM 14,95 (Wochenplanpackung); 200 Tabl. DM 35,97.

Carbimazol 10 mg „Henning“

Zusammensetzung: 1 Tablette Carbimazol 10mg „Henning“: 10mg Carbimazol. **Wirkung:** Carbimazol hemmt die Hormonsynthese in der Schilddrüse. **Indikationen:** Schilddrüsenüberfunktion; thyreostatische Langzeitbehandlung; Vorbereitung von Schilddrüsenoperationen; vor und nach einer Behandlung mit Radiojod. **Kontraindikation:** Stillperiode. **Nebenwirkungen:** Vereinzelt können leichtere allergisch-toxische Reaktionen auftreten, z. B. Exanthem, Übelkeit, Magenbeschwerden, Kopfschmerzen und Ikterus. Schwere Komplikationen sind sehr selten (Fieber, Agrenulozytose, Thrombozytopenie). **Anwendung:** Anfangsdosis 3 x 1/2 bis 4 - 5 x 1 Tabl. täglich. Langzeitbehandlung 1/2 bis 3 x 1/2 Tabl. täglich. **Hinweise:** Während der Schwangerschaft sollte unter strenger ärztlicher Kontrolle versucht werden, die geringste, gerade noch wirksame Dosierung zu wählen. **Handelsformen:** 50 Tabletten DM 12,15.

Preisangaben: Apotheken-Verkaufspreise mit MWST.

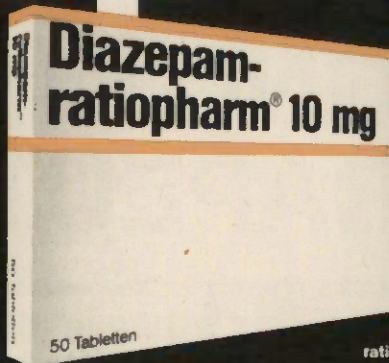
HENNING BERLIN GMBH, Chemie- und Pharmawerk, Berlin 42



ratiopharm

Psycho- pharmakon

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



Dosierung

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

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

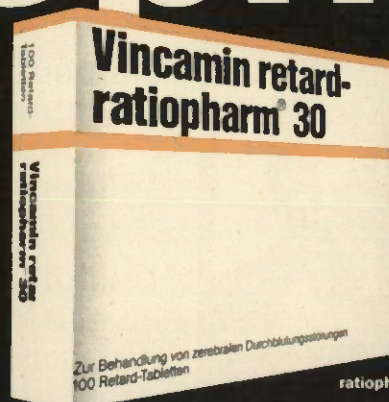
ratiopharm GmbH Arzneimittel, Postfach 58, 7902 Blaubeuren

ratiopharm

Zerebrale Durchblutungs- Störungen

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

	morgens	abends
Normaldosis	⓪	⓪
Langzeitbeh.	⓪	—



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

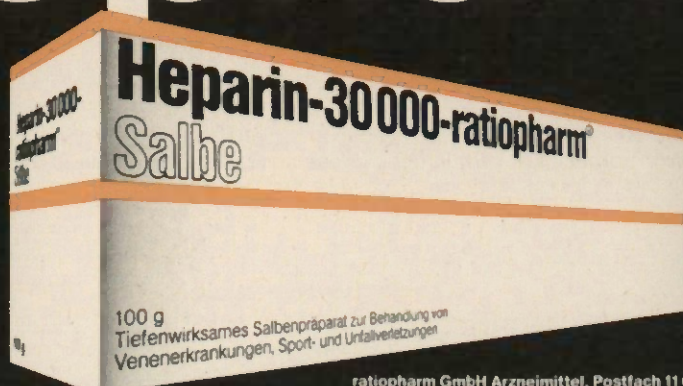
ratiopharm GmbH Arzneimittel, Postfach 1161, 7902 Blaubeuren

ratiopharm

Venen

OP 100 g DM 13,50

Zusammensetzung: 100 g Salbe enthalten: Heparin-Na 30 000 I.E. D-Panthenol 500 mg. **Dosierung:** 1-3 x tägl. auftragen. **Indikation:** Thrombophlebitis, Phlebitis, Phlebothrombose, postthrombotisches Syndrom, Sport- und Unfallverletzungen, Gelenk- und Sehnenkrankungen. **Kontraindikation:** keine. **Hinweis:** bei Phlebothrombosen nicht einmassieren.



ratiopharm GmbH Arzneimittel, Postfach 1161, 7902 Blaubeuren



Fortbildung in Stichwörtern nach Leitsymptomen

Eine Hilfe zur Schnellorientierung

Leitsymptom: Schmerz

Der Notfall: Bauchschmerz - Akutes Abdomen

bearbeitet von Professor Dr. G. Feifel

Symptomatik:

Im Vordergrund der Symptomatik des „akuten Abdomen“ stehen Abdominalschmerzen verschiedenster Intensität, sei es plötzlich einsetzend oder langsam zunehmend, diffus oder lokalisiert, dumpf, stechend oder kolikartig. Nach ihrer Häufigkeit folgen beim akuten Abdomen die Symptome Übelkeit, Erbrechen, Verschlechterung des Allgemeinzustandes, Schocksymptome, rasch auftretender Meteorismus, schließlich Stuhl- und Windverhalt. Für die Differentialdiagnose ist wichtig, Begleitsymptome wie Fieber, Tachykardie, Dyspnoe und allgemeine Verhaltensänderungen wie Unruhe, Angst, Somnolenz zu erfassen bzw. zu erfragen.

Anamnese:

Eine „leere“ Anamnese schließt Erkrankungen, die unter dem Bild „akutes Abdomen“ auftreten, keineswegs aus. Im Gegenteil, zahlreiche, innerhalb weniger Stunden lebensbedrohlicher Erkrankungen, wie Organperforationen oder Strangulationsileus, lassen häufig jede Vorgeschichte vermissen. Andererseits liefert die systematisch und sorgfältig erhobene Anamnese oft den einzig brauchbaren Hinweis auf den Erkrankungsherd. Im Mittelpunkt steht die Schmerzanalyse:

Beginn, Art, Intensität, Wechsel und Lokalisation der Schmerzen erbringen für die meisten intraabdominellen Erkrankungen die Grundlage der klinischen Diagnostik. Obligat ist die Frage nach Bauchtraumen, früheren chirurgischen Eingriffen, nach Erkrankungen von Herz, Lunge, Niere, der Gelenke und Gefäße, nach Nahrungsgewohnheiten und nach Nahrungsverträglichkeit, Regelanamnese, Arzneimittel-anamnese und Auslandsaufenthalt. Vergewisserung über regelrechte Miktion und normale Harnmenge.

Sofortdiagnostik:

Die klinische Diagnostik basiert auf der Korrelation der Schmerzanalyse zum Abdominalbefund und zu den Begleitumständen (Anamnese und Begleitsymptomatik). Sie umfaßt:

1. Inspektion, vor allem Gesamteindruck unter besonderer Berücksichtigung der Symptomatik von Schock und Koma, Exsikkose, Psoas-Phänomen, Konfiguration des Abdomen

2. Auskultation mit Beurteilung der Darmgeräusche (Stenose-Peristaltik, Atonie)
3. Palpation und Perkussion unter Berücksichtigung von starker Adipositas und schlaffen Bauchdecken, die per se zu keiner Abwehrspannung fähig sind. Perkussionsschmerz, défense, Loslaßschmerz, schmerzhaftes Infiltrat oder Konglomerat, abnorme Luftansammlung, pulsierender Tumor?
4. Überprüfung von Bruchpforten und Narben
5. Rektal-digitale Austastung mit Prüfung des Douglas'schen Raumes auf Konsistenz und Druckdolenz
6. Überprüfung des Kreislaufes einschließlich aller tastbaren arteriellen Pulse
7. Überprüfung von Körpertemperatur, Atemluft und Urinbeschaffenheit inklusive Schnelltest auf Zucker und Ketosäuren

Das wichtigste diagnostische Ziel ist die Feststellung oder der Ausschluß der Globaldiagnose „akutes Abdomen“, wobei zu berücksichtigen ist, daß die Appendizitis als häufigste Ursache in Frage kommt.

**Therapeutische
Sofortmaßnahmen:**

1. Bei Patienten im Schock unverzügliche Klinikeinweisung einleiten; inzwischen intravenösen Zugang anlegen
2. Nahrungs- und Flüssigkeitsverbot
3. Schmerzmittelgabe unter folgenden Voraussetzungen:
 - a) Die klinische Untersuchung des Abdomen ist bereits erfolgt und hat zur Entscheidung geführt, daß keine sofortige Klinikeinweisung erforderlich ist
 - b) Der Krankenbesuch wird in zwei bis vier Stunden wiederholt bzw. die Transportzeit in die Klinik dauert entsprechend lange
 - c) Die Indikation zur Operation bzw. die extraabdominelle Ursache des akuten Abdomen ist zweifelsfrei
 - d) Mitteilung der Medikation an den weiterbehandelnden Arzt

Am günstigsten hat sich die Gabe eines Spasmolytikums intravenös erwiesen (z. B. 5 ml Baralgin).

**Indikation für die
sofortige Überwel-
sung in die Klinik:**

1. Die Feststellung der Globaldiagnose „akutes Abdomen“ ist zu jeder Tages- oder Nachtzeit Indikation zur sofortigen Klinikeinweisung.
2. Die Klinikeinweisung ist um so dringender geboten, wenn Abdominalschmerzen mit rascher Beeinträchtigung des Allgemeinbefindens einhergehen, je kürzer die Anamnese ist und je eindeutiger eine Abwehrspannung vorliegt.

**Differential-
diagnostische
Erwägungen:**

Pulmonale und kardiovaskuläre Erkrankungen
Urologische Erkrankungen
Stoffwechselkrankheiten
Vergiftungen



Bayerisches Ärzteblatt

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

Herausgegeben von der Bayerischen Landesärztekammer

Nummer 5

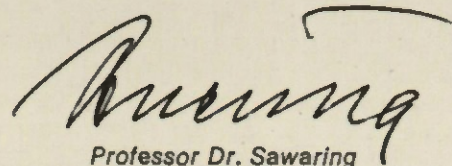
Zur Kenntnis genommen:

In diesem Monat findet der Deutsche Ärztetag in Nürnberg statt. Die Tagesordnung ist umfangreich. Besondere Beachtung dürfte das Thema „Ärztliche Ausbildung“ finden. Meine Auffassung dazu habe ich wiederholt, zuletzt im „Bayerischen Ärzteblatt“ vom Januar und Februar, dargelegt. Alle Sachkenner in der Bundesrepublik Deutschland und in der Europäischen Gemeinschaft stimmen mit mir darin überein, daß die Qualität der ärztlichen Ausbildung nicht nur von einem guten Ausbildungsprogramm abhängt, sondern ganz vorrangig eine Frage der Studentenzahlen ist. In einer gutachtlichen Stellungnahme des „Beratenden Ausschusses für ärztliche Ausbildung“ bei der Kommission der Europäischen Gemeinschaft in Brüssel wurde erklärt, es sei besser, Abiturienten vom Studium der Medizin abzuhalten, als später arbeitslose Ärzte zu produzieren.

In Nürnberg wird aber ein ganz anderes Thema dafür sorgen, daß die Funken fliegen: Es geht um die Forderung, in Zukunft nur noch Ärzte selbständig tätig werden zu lassen, welche eine geregelte Weiterbildung nach unserer Weiterbildungsordnung abgeschlossen haben. Das heißt im Klartext, daß kein approbierter Arzt mehr die Möglichkeit haben soll, nach einer beliebigen Assistentenzeit als praktischer Arzt tätig zu werden und die Kessenzulassung zu erhalten. Hier muß man zum Verständnis etwas erläutern: Man könnte die Forderung nach einer abgeschlossenen Weiterbildung auch für Allgemeinmedizin zur Voraussetzung allein für die Kassenzulassung machen. Dann bliebe für den nicht weitergebildeten Arzt die theoretische Möglichkeit, sich ohne Kassen als praktischer Arzt niederzulassen. Eine solche Bestimmung im Zulassungsrecht würde aber auch zur Folge haben, daß ein voll weitergebildeter Internist oder Chirurg von einer Kassenzulassung als praktischer Arzt ausgeschlossen wäre. Die Weiterbildung zum Arzt für Allgemeinmedizin wäre alleinige und zwingende Voraussetzung für allgemeinärztliche Tätigkeit als Kassensarzt. Das Recht der vollen ärztlichen Berufsausübung wäre damit aufgehoben. Dagegen werden schwere rechtliche Bedenken ins Feld geführt. Es wird aber auch argumentiert, daß man für versicherte und nichtversicherte Patienten nicht zweierlei Ärzte anbieten dürfe. Wenn davon auszugehen sei, daß ein Arzt für die Ausübung allgemeinärztlicher Tätigkeit in der Kassenpraxis erst geeignet sei, wenn er die volle Weiterbildung als Allgemeinarzt abgeleistet hat, dann müßte das auch für den Arzt außerhalb der Kassenpraxis gelten. Der nichtversicherte Patient dürfte also nicht schlechter gestellt werden. Damit entstünde aber eine völlig neue und rechtlich grundlegend andere Situation. Regelungen, welche nur die Kassenzulassung betreffen, erfolgen in der Zulassungsordnung. Wenn aber für jeden Arzt eine Weiterbildung zur Voraussetzung für die selbständige Ausübung des Arztberufes gemacht wird, dann wird aus der freiwilligen Weiterbildung eine verlängerte Pflichtausbildung mit der Folge, daß nach beendetem Studium und Staatsexamen nur eine Teilapprobation erteilt würde, die volle Approbation aber erst nach Absolvierung des zweiten Ausbildungsabschnittes, welcher (zeitlich verändert und einheitlich?) die bisherige Weiterbildung ablösen würde. An die Stelle der Weiterbildungsordnung, die ihre gesetzliche Grundlage im Landesrecht hat und eine Berufsausübungsregelung für approbierte Ärzte darstellt, träte die Bundesärzterordnung mit der Approbationsordnung. Diese regeln aber nach dem Grundgesetz nicht die Berufsausübung von Ärzten, sondern die Zulassung zum Beruf. Würde die bisherige Approbation als Zulassung zum Beruf des Arztes (ohne Einschränkung!) zur Teilapprobation (Approbation I), dann wäre die volle Approbation nach abgeschlossener Ausbildung in einem bestimmten Gebiet (z. B. Augen, Urologie, Allgemeinmedizin) als Approbation II keine Zulassung zum Beruf des Arztes mehr, sondern eine solche zum Beruf des Allgemeinarztes, des Urologen, des Augenarztes usw. Der Beruf „Arzt“ wäre Vergangenheit. Die gemeinsame Grundlage der verschiedenen „Arztberufe“ würde um so schmaler, je kürzer der erste Ausbildungsabschnitt an der Universität bemessen wäre. Dazu gibt es schon sehr konkrete Vorstellungen. Die Arbeitsgemeinschaft der Sozialdemokraten im Gesundheitswesen hat vor kurzem einen solchen Plan ausgearbeitet. Er sieht als ersten Abschnitt eine Universitätsausbildung von vier Jahren vor, an deren Ende die Approbation I erteilt würde. Dann ginge es bereits hinaus in die Krankenhäuser, wo jeder sich entscheiden müßte, in welchen Ausbildungskanal er sich begeben will (sofern noch Entscheidungsfreiheit bestünde). Dieser zweite Ausbildungsabschnitt soll drei Jahre dauern. An seinem Ende stünde die Facharztprüfung für Allgemeinmedizin oder ein Gebiet und die Approbation II. Sie würde zur Niederlassung und Berufsausübung in dem erlernten Gebiet berechtigen, aber nicht zu Leitungs- und Ausbildungsfunktionen. In einem chirurgischen Gebiet gehört es bereits zu den Leitungsfunktionen, eine Operation zu leiten, an der Assistenten teilnehmen. Das wäre also die Geburt des Berufes Basisfacharzt (für ein bestimmtes Gebiet). Die „höheren Weihen“ erhielte man nach weiteren vier Jahren Ausbildung mit der Approbation III. Die Ausbildungsplätze in diesem Abschnitt wären allerdings streng limitiert. Wer schon einmal die Gelegenheit hatte, ärztliche Ausbildung in einem Ostblockland zu studieren, wird sich erlernen, daß es dort genauso läuft.

Geteilte Approbation mit Pflichtausbildung nach dem Studium führt stets dazu, daß aus dem jungen berufsfähigen Arzt, welcher die Weiterbildung freiwillig und „nebenbei“ erwirbt, ein Auszubildender wird. Er erhält keinen Arbeitslohn, sondern eine Ausbildungsbeihilfe. Damit wäre zugleich die Voraussetzung geschaffen, um aus einer bisherigen Assistentenstelle drei oder auch vier Ausbildungsstellen zu machen. Die Folgen für die junge Ärzteschaft kann sich jeder selbst eusmalen.

Die Verfechter der Pflichtweiterbildung für Allgemeinmedizin wollen auf diesem Wege ein hohes Niveau der ärztlichen Versorgung erhalten. Die Realisierung ihrer Forderungen führt uns aber in eine gefährliche Richtung. Man kommt an der Ausgangsüberlegung nicht vorbei: Bei vernünftigen Studentenzahlen kann man in sechs Jahren einen guten jungen Arzt praxis- und patientennah ausbilden. Es besteht dann auch für jeden die Chance, eine Assistentenstelle zu bekommen und sich freiwillig weiterzubilden. Das Problem würde sich damit von selbst lösen; denn ohne Not geht kein junger Arzt nach Staatsexamen und Approbation sofort in die freie Praxis.


Professor Dr. Sawaring

Schwangerschaftsverhütung mit Intrauterinpessaren

von H. P. Krieglsteiner

Aus der Frauenklinik und Poliklinik der Technischen Universität München im Klinikum rechts der Isar
(Direktor: Professor Dr. med. E. Waidl)

1. Einleitung

Die Suche nach neuen Wegen in der Familienplanung ist eine der dringlichsten Aufgaben der Medizin angesichts der sprunghaft ansteigenden Weltbevölkerungszahlen. Parallel hierzu müssen alle Anstrengungen darauf gerichtet sein, die uns gegenwärtig zur Verfügung stehenden Methoden der Antikonzeption zu optimieren.

Abgesehen von der Sterilisation, die als irreversible Maßnahme eine Sonderstellung einnimmt, bieten lediglich hormonale Antikonzeptiva und das Intrauterinpessar akzeptable Sicherheit.

Gegenwärtig benutzen etwa 15 Millionen Frauen in der ganzen Welt Intrauterinpessare. In der Bundesrepublik Deutschland wurden bisher ungefähr 400 000 Pessare eingelegt. Dies entspricht einem Pille/IUP-Quotienten von 25 : 1. Wie aus einer 1976 durch Heister in Deutschland durchgeführten Facharztumfrage hervorgeht, nimmt der Trend zum IUP zu. Der Quotient beträgt in einzelnen Praxen bereits 5 : 1 bis 2 : 1.

Die Gründe hierfür sind mannigfaltig. Die Pillenmüdigkeit unter den Frauen nimmt ständig zu, häufig verursacht durch verunsichernde Presse- und Fernsehberichte über angebliche oder erwiesene Nebenwirkungen der Pille. Aspekte feministischer Lebensmaximen fließen hier ebenso ein wie Ängste und psychologische Konfliktsituationen den Ovarialhemmern gegenüber.

Der Mehrzahl der Frauen wird das Intrauterinpessar deshalb inseriert, weil sie hormonale Kontrazeptiva subjektiv nicht vertragen konnten (relative Indikation) oder weil diese kontraindiziert sind (absolute Indikation). Lediglich für die letztere Gruppe steht die Berechtigung außer Zweifel, in allen übrigen Fällen muß die Indikation überprüft werden.

Angesichts der Häufigkeit, mit der diese Entscheidung ansteht, scheint es geraten, sich mit der Problematik der Anwendung von Intrauterinpessaren intensiv zu beschäftigen. Material steht in überreichem Maße zur Verfügung – selten wurde ein medizinisches Verfahren in derartigen Fallzahlen mit Hilfe der Biostatistik geprüft.

2. Geschichtliches

1909 beschrieb Richter in Schlesien eine Intrauterinschlinge aus Seidenfäden als Kontrazeptivum, die aber offenbar keine weitere Verbreitung fand. Größeres Interesse erweckten erst die 1928 von Gräfenberg entwickelten Silber- und Messingspiralringe zur Schwangerschaftsverhütung. Unabhängig davon entwickelte Ota in Japan etwa zur selben Zeit ein ähnliches Pessar. Zahlreiche Komplikationen, wie Perforation und Pelveoperitonitis, brachten die Methode schnell in Verruf. Ausgehend von einem Bericht von Gesenius über 445 ernsthafte Komplikationen faßte die Deutsche Gesellschaft für Gynäkologie 1935 einen Beschluß, der die IUP-Anwendung verurteilte.

Hierin ist sicher eine der Wurzeln der weitverbreiteten Aversion gegenüber dem IUP zu suchen. Diese Entschliebung fand später ihren Niederschlag in einem gesetzlichen Verbot der Gräfenbergringe in Deutschland, wobei auch der historische Hintergrund zu beachten ist.

Erst 1959 berichteten Oppenheimer aus Israel und Ishihama aus Japan wieder über ihre Erfahrungen mit intrauterinen Ringen. Der Einsatz von Plastikmaterialien ließ die Entwicklung dann sprunghaft vorangehen. Die Plastikpessare vereinigten auf ideale Weise zwei bis dato unvereinbare Forderungen: Gewebsunempfindlichkeit und geringer Widerstand beim Einsetzen: die inerten Kunststoffe lassen sich leicht zusam-

menfalten und nehmen durch den ihnen eigenen "memory effect" nach Insertion die ursprüngliche Form wieder an. Etwa 40 verschiedene Typen kamen auf den Markt. Die Modelle der sogenannten ersten Generation sind Lippes-Loop, Margulies-Spirale usw. Als zweite Generation wurden Intrauterinpessare mit möglichst großer Berührungsfläche zum Uterus konstruiert, deren bekanntester Vertreter das inzwischen aus dem Handel gezogene Dalcon-Shield ist. Vertreter der dritten und gegenwärtig aktuellen Generation sind die kupferhaltigen IUP, wie Kupfer-T, Kupfer-7 und Multiload, sowie das Progesteronhaltige T-Pessar Biograviplan-Progestasert.

Neben den Möglichkeiten einer fortgeschrittenen Kunststofftechnologie begünstigte diesen Siegeszug im zweiten Anlauf die parallelgehende Entwicklung der Antibiotika, wodurch man das Entzündungsproblem in den Griff bekam, sowie der Zwang, der sich aus der Bevölkerungsexplosion ergab.

3. Wirkmechanismus

3.1 Plastikpessare

Die Wirkweise der Intrauterinpessare ist nur unvollständig geklärt. Die meisten Indizien deuten jedoch darauf hin, daß der Wirkmechanismus der herkömmlichen, also nicht armierten Pessare rein mechanischer Natur ist: das endometriale Deckepithel weist an den Kontaktflächen zum IUP Druckatrophien, Mikroerosionen und entzündliche Reaktion zellulärer Art auf. Durch diese Endometriumalteration wird die Nidation der Blastozyste verhindert. Die leukozytäre Ansammlung scheint eine chemotaktische Antwort zu sein. Wie tierexperimentelle Studien ergaben, tritt sie auch unter keimfreien Bedingungen auf, ist also mit Sicherheit keine Antwort auf eine

denkbare bakterielle Infektion. Hierdurch wird auch erklärbar, daß eine Konzeption erst einige Zeit nach Entfernen des Pessars erfolgt: der Milieueffekt hinkt nach.

3.2 Kupferpessare

Die Problematik der Plastikpessare besteht darin, daß die antikonzeptionelle Effektivität mit wachsender Berührungsfläche zum Endometrium steigt. Leider steigen dann im selben Maß die Nebenwirkungen. Zipper fand 1969, daß durch Zusatz von Metallen – besonders von Kupfer – der kontrazeptive Effekt wesentlich verbessert wird. Man kann dann ein schlankeres Design wählen, was die Insertion erleichtert und die Nebenwirkungen senkt.

Die Kupferwirkung besteht vorwiegend in einer Enzymhemmung, wodurch enzymatische Prozesse im Endometrium, aber auch Aszension und Kapazität des Spermas beeinträchtigt werden.

Weiterhin sollen Kupferpessare zu einer Erhöhung des Gehaltes an Prostaglandinen im Endometrium führen. Der Kupfereffekt beschränkt sich weitgehend auf das Endometrium: längere Zeit mit Kupfer inkubierte Rattenblastozysten zeigten keinerlei Veränderungen.

Untersucht man Kupferpessare nach längerer Liegezeit, so findet man an der Oberfläche Inkrustationen. Diese sind um so stärker, je länger das IUP in situ war. Gegensinnig wird die Kupfergabe ständig schwächer.

Chantler stellte 1977 folgende Hypothese auf: Kupferionen bilden zunächst mit vom Endometrium stammenden Aminosäuren einen Komplex, der dann in einen stabilen Kupfer-Albuminkomplex überführt wird. Die chemische Bindung geschieht vorzugsweise über Disulfidbrücken. Nach einiger Zeit ist die gesamte Oberfläche der Kupferspirale bedeckt, es kommt in vermehrtem Maße zu ungewollten Schwangerschaften. Durch eine Erhöhung des Kupfergehaltes tritt aber keine Wirkdauererweiterung ein, da ja die Oberfläche der limitierende Faktor ist.

3.3 Progesteron-haltige Pessare

Bei diesen jüngsten Vertretern pharmakologisch armerter Pessare wer-

den aus einem Gestagendepot für etwa die Dauer eines Jahres konstant geringe Mengen von Gestagenen abgegeben. Die hierdurch bewirkten Endometriumveränderungen werden einem Slogan von Dalenbach zu Folge als „starre Sekretion“ bezeichnet.

Lediglich die oberen Endometrium-schichten werden pseudodezidual verändert, in den unteren Schichten gehen zyklische Veränderungen relativ ungestört weiter.

3.4 Schlußfolgerungen

Der Endometriumeffekt steht also außer Zweifel, zusätzliche Effekte via Prostaglandinausschüttung aus Erosionsstellen mit verstärkter Bereitschaft zur Kontraktion von Uterus und Tuben, wie auch Aszensions- und Kapazitätsbeeinträchtigung von Spermatozoen sind untergeordneter Natur. Der moraltheologischen Abwertung der Intrauterin-pessare als Abortivum kann also mit naturwissenschaftlichen Argumenten nicht begegnet werden.

4. IUP-Typen

4.1 Anforderungen

Den Konstrukteuren von Intrauterin-pessaren stellen sich zum Teil widersprechende Anforderungen, die man durch geeignete Maßnahmen an Material, Design und Armierung zu lösen versucht.

4.1.1 Zuverlässige Verhinderung der Schwangerschaft:

Die Sicherheit steigt mit zunehmendem Endometriumkontakt. Pharmakologisch armierte Pessare können bei gleicher Effektivität kleiner gehalten werden. Ihre Anwendungsdauer ist allerdings begrenzt.

4.1.2 Niedrige Expulsionsrate:

Der Tendenz zur spontanen Ausstoßung kann durch geeignetes Design entgegengewirkt werden. Entscheidend ist die Größe: Große Intrauterin-pessare werden im allgemeinen weniger ausgestoßen als kleine.

4.1.3 Leichte Insertion:

Das Einlegen sollte ohne Narkose und ohne größere Belästigung der Patientin erfolgen können. Der limitierende Faktor ist hierbei die Weite des Zervikalkanals. Ideal sind Pes-

sare, die in eine lineare Form gebracht, mittels eines röhrenförmigen Inserters ins Kavum geschoben werden und dann nach Zurückziehen des Führungsstabes ihre ursprüngliche Form wieder annehmen.

4.1.4 Leichtes Entfernen:

Bei den Pessaren der ersten Generation galt die Faustregel: Große Dimension – gute Wirkung, gute Retention, aber erschwertes Einlegen und schmerzhaftes Entfernen. Dieses Problem ist heute durch die oben angeführten Maßnahmen weitgehend gelöst.

4.1.5 Geringe Nebenwirkungen:

Häufigkeit und Schwere der Nebenwirkungen beeinflussen in hohem Maße die Akzeptanz einer Methode bei Arzt und Patientin.

Moderne Pessartypen wurden so konstruiert, daß sie weitgehend der natürlichen Form des Uteruskavum entsprechen und so eine Verletzung der Mukosa oder unnötigen Druck auf das Myometrium vermeiden.

4.1.6 Geeignete Lokalisationshilfen:

Normalerweise werden Kontrollen auf den richtigen Sitz eines IUP in regelmäßigen Abständen nach der Insertion durchgeführt und orientieren sich dabei am Vorhandensein des aus dem Zervikalkanal hängenden Bändchens, an dem bei Entfernung dann auch gezogen wird. In seltenen Fällen reißt jedoch das Bändchen aus, es wurde unbemerkt perforiert oder das Pessar ging unbemerkt (während einer Menstruation) verloren. Die Ultraschallmethode ist bei Verdacht auf eine bestehende Schwangerschaft anwendbar, aber nur bedingt sicher. Die Pessare der Kupferfamilie sind bereits durch den Kupferanteil per se im Röntgenbild darstellbar. Plastikpessaren wurden häufig Metallmarkierungen eingegossen. Die Mehrzahl der Konstruktionen benutzt einen Bariumanteil von etwa 20 Prozent im Polyäthylenskelett, wodurch eine röntgenologische Auffindung problemlos ist. Bestehen Zweifel an der intrauterinen Lage, so ist eine Hysterosalpingographie indiziert.

4.2 Pearl Index, Life-Table-Methode

Der Vorstellung der einzelnen heute gebräuchlichen IUP-Typen müssen einige Definitionen vorausgehen.

Mittels der früher allein üblichen Methode, dem Pearl Index, wird nur der antikonzeptive Effekt beurteilt: die Maßzahl besagt, wieviel Schwangerschaften, also Methodenversager, bei 100 Frauen, die die Methode zwölf Monate anwandten, auftraten.

Mit der Life-table-Methode werden Effektivität und Nebenwirkungen bewertet. Die registrierten Ereignisse werden hierbei wie beim Pearl Index auf 100 Frauen zusammengefaßt, aber monatlich registriert. Über die Zeit werden die Zahlen der einzelnen Monatsabstände kumuliert. Die statistischen Werte werden entweder als Ereignis- (event-) oder Beendigungs- (closure-) Rate mitgeteilt.

Die mit dieser Methode am häufigsten beschriebenen Merkmale sind Schwangerschaftsrate, Expulsionsrate, Akzeptanzrate, Entfernungsrates, die Ergebnisrate oder deren Spiegelbild, die Nichtereignisrate.

4.3 Herkömmliche Plastikpessare

Die vorher gestellten Anforderungen an ein IUP wurden konstruktiv auf mannigfaltige Weise mehr oder minder perfekt gelöst.

Die Vertreter der ersten IUP-Typen nach der Pessar-Renaissance seit 1960 lassen sich in drei Konstruktionsklassen einteilen:

4.3.1 Spirale und Schleifen:

Die Lippes-Schleife existiert in vier Größen. Sie weist eine niedrige, allerdings nicht die niedrigste Schwangerschaftsrate auf, Nebenwirkungen und Komplikationen treten ziemlich selten auf, die Einlegeprozedur ist einfach, der Preis ist niedrig. Die Lippes-Schleife kann — wie alle pharmakologisch inaktiven Pessare — praktisch unbegrenzt in situ belassen werden.

Aus diesen Gründen erfuhr sie weltweit die größte Verbreitung und es existieren über sie die umfangreichsten und aussagekräftigsten Statistiken.

Einige Pessare dieser Gruppe nehmen nach Insertion die Form einer einfachen oder doppelten Spirale an. Das Einlegen ist problemlos, die Expulsionsrate allerdings hoch. Typische Vertreter sind Margulies-Spirale und das Saf-T-Coil.

4.3.2 Ringe und Pessare mit geschlossenem Design:

An dieser Stelle sei an den Gräfenberg-Ring erinnert. Obwohl sie ziemlich schwierig, meist nur nach Dilatation einzuführen sind, werden einige Typen mancherorts immer noch eingesetzt, allerdings nicht mehr in der Bundesrepublik Deutschland. Der in zwei Größen lieferbare, 1964 auf den Markt gekommene Birnberg-Bow wird heute kaum noch verwendet. Durch den ziemlich großen Kraftaufwand beim Einlegen kam es zu unverhältnismäßig häufigen Perforationen.

Der Ota-Ring — die Form stammt noch aus der Gräfenberg Ära — war in den frühen sechziger Jahren in seiner Plastikausführung in Japan weit verbreitet. Noch 1968 benutzten ihn in Taiwan 13,5 Prozent aller Kontrazeption betreibenden Frauen. Schwangerschaftsrate und Nebenwirkungen sind sehr niedrig.

Im Falle der Perforation droht von einem offenen Ring die Gefahr des mechanischen Ileus. Durch die Aufteilung des Ringes in Sektoren wurde dem entgegengewirkt.

Der Zipper-Nylon-Ring, der hauptsächlich in Chile verwendet wurde, ist deshalb von Interesse, weil er aus Materialien selbst hergestellt werden kann, die in jeder Sanitätsstation vorrätig sind — ein Argument, das in Entwicklungsländern auch heute noch stichhaltig ist. Die Expulsionsrate ist allerdings hoch.

4.3.3 Der Dalcon-Shield:

Der Dalcon-Shield, Ende der sechziger Jahre entwickelt, schien zunächst allen konstruktiven Anforderungen gerecht zu werden. Die Kontur entspricht der Kavumform, feine abgerundete seitliche Widerhaken aus weicherem Plastikmaterial wirken der Ausstoßung entgegen und passen sich Uteruskontraktionen an, die große Kontaktfläche zum Endometrium verbessert zum einen die Wirkung und verhindert zum anderen nach einer eventuellen Perforation den Obstruktionsileus. Die ersten Berichte waren vielversprechend. Da erregte 1974 eine Mitteilung weltweites Aufsehen: Innerhalb eines Jahres kam es in den USA bei 209 Frauen, die trotz Dalcon-Shield schwanger geworden waren und bei denen das Pessar in situ belassen wurde, nach zunächst unproblematischem Schwangerschaftsverlauf im zweiten Trimenon zum septischen Abort. Elf Frauen starben.

schem Schwangerschaftsverlauf im zweiten Trimenon zum septischen Abort. Elf Frauen starben.

Tatum fand die Erklärung für diese Unglücksserie: im Gegensatz zu allen anderen IUP-Typen wurde beim Dalcon-Shield als Markierungsbändchen ein geflochtener Plastikfaden verwendet. Dieser Faden entfaltete nach Bruch der Nylonumhüllung eine Dochtwirkung auf Bakterien.

Durch die Größenzunahme des Uterus und den unveränderten fundusnahen Sitz wurde das Bändchen erst relativ spät durch die Muskulaturbarriere in den Brutraum gezogen. Anaerobier konnten ihre verheerende Wirkung entfalten. Dieses Pessar wurde 1975 aus dem Handel gezogen. Wir haben allerdings selbst noch eines vor zwei Monaten entfernt.

4.4 Kupferpessare

Vertreter der dritten Generation, also mit Kupfer armierte oder Progesteron-haltige Pessare, konnten sich in Deutschland schnell durchsetzen und verdrängten inzwischen die älteren Typen fast komplett. Besonders weit verbreitet sind T- oder 7-förmige Kupferpessare.

4.4.1 Kupfer-T:

Das Copper-T wurde von Tatum, Zipper und dem Population Council in den USA entwickelt. In Deutschland ist es unter dem Namen Kupfer-T-200 und Gyne-T im Handel. Der T-förmige Körper besteht aus flexiblem Polyäthylen, dem als röntgenologische Lokalisationshilfe 20 Prozent Bariumsulfat beigemischt ist. Der 3,6 cm lange Vertikalschenkel ist mit einem 120 mg wiegenden Kupferdraht umwickelt, die Kupferoberfläche 200 mm² bzw. 208 mm².

Tatum experimentierte einige Zeit mit T-förmigen Modellen mit größerer Kupferoberfläche bis zu 380 mm², wobei auch an den Horizontalarmen Kupferhülsen angebracht waren. Obwohl seine Ergebnisse durchaus positiv waren, kamen diese Modelle nie auf den Markt.

4.4.2 ML Cu 250:

Das ML Cu 250, Handelsname in Deutschland „Multiload“, besteht aus einem Polyäthylenträger, um dessen Längsschenkel ein Kupferdraht von 250 mm² gewunden ist.

Die beiden bogenförmigen flexiblen Querarme des Pessars sind auf jeder Seite mit fünf kleinen Widerhaken versehen. Die Außenkontur ähnelt entfernt dem Dalcon-Shield. Dem Polyäthylen dieses Pessars ist kein Kontrastmittel hinzugefügt. Die ersten Berichte sprechen von überaus geringen Nebenwirkungen bei niedriger Schwangerschaftsrate. Allerdings ließen sich die wenigen Pessare, die wir bisher entfernen mußten, nur unter verhältnismäßig großem Kraftaufwand ziehen.

4.4.3 Kupfer-7:

Das von Zipper entwickelte Kupfer-7 ist in Deutschland unter dem Namen Gravigard im Handel. Die Kupferoberfläche beträgt 200 mm², auch diesem IUP ist als Lokalisationshilfe Bariumsulfat zugesetzt. Dieses Pessar wurde als einziges Kupfer-Intrauterinpeppar von der amerikanischen Gesundheitsbehörde (FDA) zum Verkauf in den USA zugelassen. Der Vollständigkeit halber sei das aus der Tschechoslowakei stammende Dana Cuprum angeführt. Hier ist das Kupfer im Plastikmaterial integriert und somit über die gesamte Pessarfläche verteilt.

4.5 Progesteron-haltige Pessare

Die lokale Anwendung von Sexualsteroiden erscheint als logische Ausweitung der hormonellen Kontrazeption unter Umgehung der systemischen Wirkungen von Pincus Pille, Zweiphasenpräparat oder auch Minipille.

Das auf dem Markt befindliche Biograviplan-Progestasert enthält ein Depot von 38 mg natürlichem Progesteron im vertikalen Skeletteil des T, von dem täglich 65 µg in das Uteruslumen abgegeben werden. Eine Interaktion auf die Hypothalamus-Hypophysen-Ovarachse wurde zwar nie nachgewiesen, geringe systemische Effekte wurden aber nach sechs Wochen Liegezeit von Bryant-Greenwood 1977 doch beobachtet.

Die Menstruationsblutung ist hier zwar geringer als bei anderen IUP-Typen, dauert aber länger, Metrorrhagien treten häufiger auf. Newton berichtet allerdings von einer Reduktion der Menstruationsblutungen bei heparinisierten Hämodialyse-Patientinnen. Dysmenorrhische Beschwerden sind korreliert mit einem

hohen Menstrualblutspiegel an PG F₂ α. Dieser konnte unter Einlage eines Progestasert gesenkt werden.

Der Hauptzielgruppe mit derlei Beschwerden, Nulligravidae, sollte jedoch ein IUP nur unter strenger Indikation eingesetzt werden, da diese Patientinnen für inflammatorische Prozesse bei liegendem IUP prädisponiert sind.

Insgesamt ergibt sich ein widersprüchliches Bild. Multizenterstudien werden uns Klarheit verschaffen.

5. Anwendung

5.1 Insertion

Eine orientierende Untersuchung, bei der die Frau ausführlich aufgeklärt wird, sollte dem eigentlichen Eingriff einige Tage vorangehen. Hierbei wird ein zytologischer, eventuell auch ein bakteriologischer Abstrich entnommen. Obwohl Kupfer eine bakterizide Wirkung nachgesagt wird, muß eine bestehende Zervizitis oder/und Vaginitis ausgeheilt werden.

An Instrumentarium werden gebraucht: Entenschnabelspekulum, eventuell zweiblättriges Spekulum, Uterussonde mit Zentimetrierung, Kugelzange, Tupferzange, sterile Tupfer, sterile Handschuhe, Desinfektionsmittel, gegebenenfalls Hegarstifte.

Vor dem Einlegen des Pessars wird bimanuell untersucht, um sich über Größe und Lage des Uterus sowie über eventuelle pathologische Veränderungen klar zu werden. Die Scheide wird mit dem Spekulum eingestellt, gründlich gereinigt und mit einem Desinfektionsmittel ausgetupft oder gesprayed. Die Insertionstechnik ist – je nach verwendetem Pessartyp – verschieden und in den Beipackzetteln ausführlich dargestellt.

5.2 Entfernen

Das Ziehen des Pessars erfolgt durch Extraktion am Bändchen. Diese Prozedur geht normalerweise problemlos von statten. Bei ruckhaftem Ziehen kann es einmal vorkommen, daß der Ansatz ausreißt. Eine Entfernung mit der Kürette in Narikose ist dann unumgänglich.

neu
von
Sanorania

Erregung, Spannung, Angst

Tranquo- Tablinen® 10

Diazepam 10 mg

Tablinen®
= Sparen ohne
Therapieverzicht

2,5 mg 5 mg 10 mg



leicht teilbar; nur eine
Darreichungsform,
aber individuelle Dosierbarkeit!

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

20 Tabl.

50 Tabl.

4.40

9.80

S SANORANIA Dr. G. Strohscheer
1 Berlin 28

5.3 Zeitpunkt der Insertion

Laut Empfehlung der Figo, des Weltgynäkologen-Verbandes, ist sowohl die Insertion im schwangerschaftsfreien Intervall, wie auch die postpartale und postabortale Insertion legitim. Bei uns kommt praktisch nur das Einsetzen in der präovulatorischen Phase in Frage, weil dann der Zervikalkanal weit ist und eine Befruchtung noch nicht stattgefunden hat. Wir legen das Pessar meist am zweiten oder dritten Tag der Menstruation, damit die Wirkung während der vollen Dauer der Proliferationsphase bereits zum Tragen kommt.

Die unmittelbar post-partum-Insertion ist sicher oft aus praktischen Überlegungen wünschenswert, aber mit erheblichen Risiken belastet: der puerperale Uterus kann sehr leicht perforiert werden, durch die relative Weite des Kavum kann sich das Pessar auch bei zunächst korrektem Sitz verschieben, das Bändchen kann sich um das Pessar schlingen, so daß eine Lagekontrolle unmöglich wird. Durch den Lochialfluß bei noch nicht wiederhergestellter Zervix und eröffnetem Muttermund ist eine bakterielle Aszension leicht möglich. Ähnliches gilt sinngemäß für die Situation post abortum. Es existieren mittlerweile Variationen klassischer Pessare, wodurch die Dislokation verhindert werden soll, wie z. B. Kollagenzusätze oder zusätzliche Fäden. Die postpartale oder postabortale Insertion hat jedoch unseres Erachtens nur in Ländern mit ungenügender ärztlicher Versorgung ihre Berechtigung.

5.4 Aufklärung der Patientin

Die Aufklärung der Patientin hat vor dem Eingriff zu erfolgen. Sie muß in vollem Umfang über Art, Wesen und eventuelle Folgen der Nebenwirkungen, sowie über das zwar begrenzte, aber doch gegenüber der Pille erheblich gesteigerte Konzeptionsrisiko informiert und auf Alternativen der Schwangerschaftsverhütung hingewiesen werden. Wir bestellen Frauen, denen ein IUP inseriert wurde, am dritten Tag nach dem Eingriff, nach 14 Tagen sowie nach der ersten Menstruation ein. Auf die Notwendigkeit weiterer Vorsorgeuntersuchungen, bei denen dann auch wieder zytologischer Abstrich und Mammakontrolle durchgeführt werden, wird hingewiesen. Weiterhin soll die Frau selbst darauf achten,

ob eine Expulsion stattfindet, besonders während der ersten Regelblutungen. Für die Patientin wichtig zu wissen ist, daß sie sich im Falle von Störungen jederzeit an den behandelnden Arzt wenden kann.

5.5 Narkose

Das Einlegen des Pessars ist nicht immer ganz schmerzfrei. Die Insertion bei der Nulligravida mit ihrem engen Zervikalkanal ist nach unserer Meinung nur ausnahmsweise indiziert. Selektiert man dann noch Frauen, bei denen bereits von der Anamnese her mit einer Zervixstenose zu rechnen ist, wie Patientinnen nach Konisation, therapeutischer Elektrokoagulation oder Interruptio, so wird man nur in seltenen Fällen dilatieren müssen. Eine eventuelle Dehnung hat bis etwa Hegar 4 zu erfolgen. Vorher kann man der Patientin ein Spasmolytikum geben. Auf diese Weise kann man eine Insertion in Narkose weitgehend vermeiden.

5.6 Liegedauer

Die Frage nach der Liegedauer des Pessars sollte individuell beantwortet werden. Plastikpessare, wie z. B. die Lippes-Schleife, können bei Beschwerdefreiheit und Wunsch der Trägerin grundsätzlich unbegrenzt, d. h. bis zur Menopause, in situ belassen werden. Allerdings kommt es in einem kleinen Teil der Fälle aufgrund von Inkrustationen und/oder Brüchen im IUP zu einer typischen Spätsymptomatik mit Blutungen usw. In diesen Fällen ist das Pessar zu entfernen und eine diagnostische Abrasio anzuschließen, um die Blutungsursache, die ja auch ein Karzinom sein kann, abzuklären. Ludwig empfiehlt eine routinemäßige Entfernung nach sechs Jahren.

Wir wechseln die von uns hauptsächlich verwendeten Kupferpessare wegen der Oberflächenveränderungen nach 18 bis 24 Monaten, die Gestagen-haltigen nach zwölf Monaten.

5.7 Wiedereinlage des IUP

Außer bei operativer Entfernung (okkultes IUP) oder nach diagnostischer Abrasio wechseln wir das IUP in selber Sitzung. Das Infektionsrisiko sowie die Belästigung der Patientin sind bei zweizeitigem Vorgehen sicher erhöht und werden

durch keinerlei erkennbaren Vorteil aufgehoben.

6. Behandlungsbedürftige Komplikationen

Da etwa 70 bis 80 Prozent aller IUP-Trägerinnen vollkommen beschwerdefrei sind oder sich die Beschwerden in einem tolerablen Rahmen halten, bleiben drei Viertel der ursprünglichen Patientinnen bei der einmal gewählten Methode.

6.1 Blutungen

Da es aus Druck- und Erosionsstellen des Endometrium leicht blutet, klagen 10 bis 50 Prozent der Frauen über verstärkte oder verlängerte Menstruationsblutungen, teilweise kombiniert mit Metrorrhagien. Eine große Zahl von Patientinnen ist aber bereit, diese Beschwerden in Kauf zu nehmen. Man kann versuchen, Hämostyptika (z. B. Anvitoff 4 x 1 Tablette täglich) zu verabreichen. Eine Therapie mit Östrogen-Gestagen-Gemischen verbreitet sich häufig deshalb, weil es sich hier um Patientinnen handelt, die keine Hormonpräparate nehmen wollen oder können. Bei therapieresistenten oder exzessiven Blutungen muß das IUP entfernt werden. Die Blutungsneigung nimmt mit zunehmender Liegedauer ab.

6.2 Schmerzen

In den auf die Insertion folgenden Zyklen sind ziehende menstruationsähnliche Schmerzen häufig. Meistens bessern sich diese Beschwerden mit zunehmender Liegedauer. Die Toleranzgrenze der Patientinnen schwankt sehr und so muß es im wesentlichen der Frau selbst überlassen werden, ob das Pessar entfernt werden soll oder nicht.

Völlig anders ist die Sachlage, wenn Unterbauchschmerzen bei liegendem IUP nach primärer Beschwerdefreiheit als neues Ereignis auftreten. Hierbei ist immer an eine infektiöse Komplikation zu denken. Das IUP wird in aller Regel entfernt werden müssen.

6.3 Okkultes IUP

Findet man bei Kontrolluntersuchungen den aus dem Zervikalkanal mit normalerweise 2,5 cm Überstand ragenden Markierungsfaden nicht

Schering-Kontrazeptiva-System für die praxisgerechte Verordnung

Sequilar
Microgynon
Ediwal

... immer gleich
die richtige Pille

Bei jüngeren
Frauen

gestagen-
reduziertes
Präparat

Sequilar

Bei reiferen
Frauen

östrogen-
reduziertes
Präparat

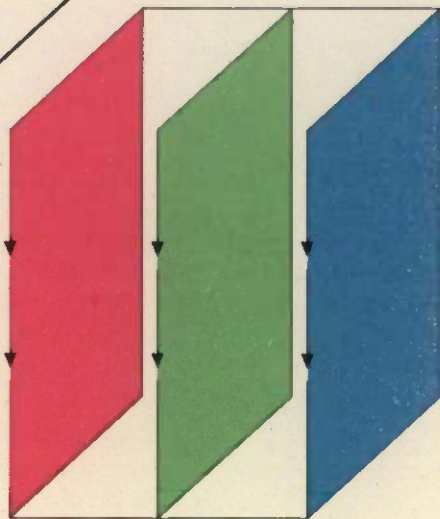
Microgynon

Bei Frauen
mit Zyklus-
problemen

zyklus-
stabilisierendes
Präparat

Ediwal

Schering-Kontrazeptiva-System für die praxisgerechte Verordnung



Sequilar

ist gestagenreduziert
darum auch für Frauen – unabhängig vom Alter –, die mit Beschwerden kommen, die durch Gestagene hervorgerufen bzw. verstärkt werden können – z. B. **Gewichtsprobleme**

Microgynon

ist östrogenreduziert
darum auch für Frauen – unabhängig vom Alter –, die mit Beschwerden kommen, die durch Östrogene hervorgerufen bzw. verstärkt werden können – z. B. **Brustspannen**

Ediwal

ist zyklusstabilisierend dosiert
darum für die Frauen – unabhängig vom Alter –, die mit Zyklusproblemen kommen, auch für Frauen post partum und post abortum.

Zusammensetzung: 1 Packung Microgynon® 21 enthält 21 Dragees zu je 0,15 mg Levonorgestrel und 0,03 mg Ethinylestradiol. Microgynon 2B enthält in der Kalenderpackung zusätzlich 7 wirkstofffreie Dragees. 1 Packung Ediwal® 21 enthält 21 Dragees zu je 0,125 mg Levonorgestrel und 0,05 mg Ethinylestradiol. 1 Packung Sequilar® 21 enthält 11 weiße Dragees zu je 0,05 mg Levonorgestrel und 0,05 mg Ethinylestradiol sowie 10 orangefarbige Dragees zu je 0,125 mg Levonorgestrel und 0,05 mg Ethinylestradiol. Sequilar 28 enthält in der Kalenderpackung zusätzlich 7 wirkstofffreie Dragees.

Anwendungsgebiete: Konzeptionsverhütung. **Gegenanzeigen:** Wie bei allen hormonalen Kontrazeptiva vom Typ der Gestagen-Östrogen-Kombinationen: schwere Leberfunktionsstörungen; idiopathischer Schwangerschaftsikerus oder schwerer Schwangerschaftspruritus in der Anamnese, Dublin-Johnson- und Rotor-Syndrom, vorausgegangene oder bestehende thromboembolische Prozesse, Sichelzellenanämie, Mamma- oder Korpuskarzinom (auch nach Behandlung), Fettstoffwechselstörungen; Herpes gestationis in der Anamnese, Otosklerose mit Verschlechterung in vorangegangenen Schwangerschaften. **Nebenwirkungen:** Vereinzelt Spannungsgefühl in den Brüsten, Magenbeschwerden, Übelkeit, Kopfschmerzen, Beeinflussung des Körpergewichts und der Libido, depressive Verstimmungen, Chloasma, Zwischenblutungen. Gründe für das sofortige Absetzen: erstmaliges Auftreten migräneartiger oder häufigeres Auftreten ungewohnt starker Kopfschmerzen, akute Sehstörungen jeder Art, erste Anzeichen von Thrombophlebitiden oder thromboembolischen Erscheinungen sowie geplante Operationen (6 Wochen vorher) und längere Immobilisation (z. B. nach Unfällen), Auftreten von Ikterus, stärkerer Blutdruckanstieg, Schwangerschaft. **Peckungen und Preise** lt. AT.: Microgynon 21 · 1 x 21 Dragees DM B,25 · 3 x 21 Dragees DM 22,61 · 6 x 21 Dragees DM 39,38 · Microgynon 2B · 1 x 2B Dragees DM 8,5B · 3 x 2B Dragees DM 23,54 · 6 x 2B Dragees DM 40,41 · Ediwal 21 · 1 x 21 Dragees DM 9,27 · 3 x 21 Dragees DM 25,24 · 6 x 21 Dragees DM 42,57 · Sequilar 21 · 1 x 21 Dragees DM 8,49 · 3 x 21 Dragees DM 23,25 · 6 x 21 Dragees DM 40,04 · Sequilar 28 · 1 x 2B Dragees DM B,81 · 3 x 28 Dragees DM 24,19 · 6 x 28 Dragees DM 41,17

Dosierung: Microgynon 21/Sequilar 21. Im ersten Zyklus täglich 1 Dragee vom 1.-21. Zyklustag (1. Tag der Menstruation = 1. Zyklustag). Nach einer Pause von 7 Tagen, in der es zur Entzugsblutung kommt, wird die Einnahme aus der nächsten Packung fortgesetzt. Microgynon 28/Sequilar 2B: Ab 1. Zyklustag täglich 1 Dragee; keine Einnahmepause. Ediwal 21: Im ersten Zyklus täglich 1 Dragee vom 5.-25. Zyklustag (1. Tag der Menstruation = 1. Zyklustag). Nach einer Pause von 7 Tagen, in der es zur Entzugsblutung kommt, wird die Einnahme aus der nächsten Packung fortgesetzt. **Wechselwirkungen:** Wirkungsminde- rung durch Leberenzyminduktion siehe Prospekt. **Besondere Hinweise:** Ausführlichere Informationen zum Präparat enthalten die wissenschaftlichen Prospekte (z. Z. sind folgende Auflagen gültig: Microgynon 3. Auflage vom Oktober 1976. Ediwal 21 2. Auflage vom Juli 1976. Sequilar 4. Auflage vom September 1976), u. a. zu folgenden Themen: Notwendigkeit gynäkologischer Kontrolluntersuchungen, Einfluß auf die Scheidenflora, Beeinflussung der Leberfunktion, Thromboserisiko unter der Anwendung, Möglichkeit einer geringen androgenen Restwirkung, zur Problematik möglicher teratogener Wirkungen, Wirkung auf Nebennierenrinden- und Schilddrüsenfunktion, Einfluß auf klinisch-chemische Normalwerte, Stoffwechselfunktion und Blutdruck, Krankheiten, die sich wie in der Schwangerschaft verschlimmern können (Otosklerose, multiple Sklerose, Epilepsie, Porphyrie, Tetanie).

Dezember 7B ©

SCHERING AG BERLIN/BERGKAMEN

mehr, so muß das IUP in jedem Fall gesucht werden. Es kann entweder ausgestoßen sein, eine atypische Lage im Cavum uteri eingenommen haben, oder aber perforiert sein (Häufigkeit 1 ‰ bis 1 ‰). In seltenen Fällen kommt es zur spontanen Perforation. Bei nachgewiesener intraabdominaler Lage muß das IUP unverzüglich entfernt werden, um Infektionen und Verwachsungen zu vermeiden. Kupferpessare verursachen in gesteigertem Umfang Verwachsungen, so daß die Ileusgefahr hier besonders hoch ist. Intraabdominal perforierte IUP können in einigen Fällen durch Laparoskopie entfernt werden. Falls dies nicht gelingt, ist die Laparotomie indiziert. Eine in der Literatur beschriebene Eigenart des Kupfer-T ist seine Neigung zur spießförmigen Perforation durch die Zervix in die Vagina. Die Entfernung ist auch hier angezeigt und wegen der Nähe größerer Gefäße nicht ungefährlich.

6.4 Entzündungen

Blutung und Entzündung prädisponieren einander im gynäkologischen Bereich wechselseitig. Beim IUP handelt es sich um eine bakterielle Aszension entlang dem Faden oder um eine Störung der Mukusbarriere durch den Faden. Die Häufigkeit hängt ab vom Hygieneverhalten, Sexualverhalten und vom sozioökonomischen Status der Patientin. In ungünstigen Fällen ist in bis zu einem Drittel mit dem Auftreten inflammatorischer Prozesse zu rechnen. Nulligravidae erscheinen besonders gefährdet. In diesem Zusammenhang sei auf die Bedeutung der Asepsis bei der Insertion hingewiesen. Die Entzündung kann klinisch alle Grade von der banalen Temperaturerhöhung bis zur foudroyanten Peritonitis aufweisen. Die Einschränkung der Fertilität durch Beeinträchtigung der Tubendurchgängigkeit ist nicht unbedingt mit dem Schweregrad der Entzündung korreliert.

6.5 Schwangerschaft

Der Pearl Index des Kupfer-T beträgt 0,8 bis 2,0, des ML Cu 250 etwa 0,4. Die Schwangerschaftsrate sinkt mit zunehmender Anwendungsdauer. Aus diesem Grund wird von manchen Autoren während der ersten drei Monate die zusätzliche Anwendung von Vaginaltabletten empfohlen.

6.5.1 Extraterine Schwangerschaften:

Die Zahl ektopischer Schwangerschaften steigt deutlich. Die Relation intra- : extraterine Schwangerschaften beträgt — je nach IUP-Typ — 31 : 1 bis 4 : 1 (Progesteron-haltige Pessare). Bei jeder Zwischenblutung und bei Unterleibsschmerzen bei liegendem Pessar ist aus diesem Grund dieses Krankheitsbild differentialdiagnostisch in Erwägung zu ziehen.

6.5.2 Schwangerschaftsverlauf bei liegendem IUP (Tab.):

Schwangerschaften bei liegendem IUP haben eine relativ hohe Komplikationsrate. Auf jeden Fall sollte bei weiter bestehender Schwangerschaft das IUP entfernt werden, da die Risiken für den Schwangerschaftsverlauf sowie das mütterliche Risiko beim Abort, der dann häufig im risikohöheren zweiten Trimenon stattfindet, erheblich ansteigen (rechte Rubrik der Tabelle).

6.5.3 Mißbildungsrisiko:

Hinweise auf eine Mißbildunggefährdung durch Intrauterin-pessare finden sich hingegen nicht. Geht man davon aus, daß etwa 15 Millionen Frauen Intrauterin-pessare benutzen, dann ist jährlich mit 150 000 bis 450 000 ungewollten Schwangerschaften zu rechnen. Nimmt man weiter an, daß davon 20 Prozent ausgetragen werden, so entspricht dies einer Zahl von 30 000 bis 90 000 Neugeborenen jährlich. Bei diesen Zahlen muß man eigentlich erwarten,

daß ein erhöhtes Mißbildungsrisiko inzwischen erkannt worden wäre. Die festgestellten Mißbildungen sind verschiedenster Art und sind als Zufallsbefunde zu werten.

6.5.4 Schwangerschaft trotz IUP — Indikation zur Interruptio?

Ist eine Schwangerschaft bei liegendem IUP eingetreten, so wird die Frau in den allermeisten Fällen den Abbruch wünschen. Eine medizinische Indikation zur Interruptio liegt jedoch nicht vor und eine andere einschlägige Indikation ist vom Gesetzgeber in der Bundesrepublik Deutschland derzeit nicht vorgesehen, auch wenn dies unseres Erachtens wünschenswert wäre. Die Patientin ist auf diese Situation innerhalb des beratenden Gesprächs vor der Insertion hinzuweisen.

6.6 Späteeffekte, Mortalität

Zu den Vorteilen der Intrauterin-pessare gehört, daß keine negativen Späteeffekte bekannt sind, insbesondere keine Kanzerogenität. Tritt keine schwere Infektion auf, so bleibt die Fertilität ebenfalls unbeeinflusst.

Betrachtet man die folgenden von Ludwig zitierten Zahlen, so stellen Intrauterin-pessare die wohl risikoärmste Gruppe von Verhütungsmitteln dar, sie sind quoad vitam günstiger als Pille und Schwangerschaft:

IUP

1 bis 10 Todesfälle/10⁶ Frauenjahre

Risiken der Schwangerschaft bei liegendem IUP

		IUP entfernt	IUP belassen	Risiko
Abort	7. bis 12. SSW	12,8 %	46,8 %	x 3,9
	13. SSW	23,1 %	53,1 %	x 2,3
Totgeburten		0,9 %	1,9 %	x 2,1
Frühgeburten		4,3 %	17,4 %	x 4,0
(Tatum, 1976)				
Mortalität	Bei Spontanabort	33 / 11 859 000		
	Abort bei IUP	17 / 115 000		
	Risikoerhöhung			x 52,8
(Cates, 1976)				
Extrateringravidität	Normalkollektiv	1 : 200		
	Bei IUP	1 : 20		
	Risikoerhöhung			x 10
(Kubll, 1976)				

Tabelle

Pille

22 bis 45 Todesfälle/10⁶ Frauenjahre
200 bis 400 Todesfälle/10⁶ Geburten

7. Entschluß zum IUP

7.1 In Entwicklungsändern

Betrachtet man die weltweite Problematik der Familienplanung, so bieten Intrauterinpressare folgende Vorteile:

Viele Frauen können oder wollen die Pille nicht regelmäßig einnehmen. Einflüsse durch Umgebung und Religion lassen einen einmaligen Entschluß vorteilhaft erscheinen. Frauen mit geringer Schulbildung zeigen meist wenig Motivation zur Familienplanung. Die Unabhängigkeit von präkoitalen Maßnahmen ist in beengten Lebensumständen von Vorteil. Weiterhin sprechen für die Pessare die relativ geringen Kosten sowie die einfache Prozedur des Einsetzens.

7.2 In der Bundesrepublik Deutschland

Die Verhältnisse in Deutschland liegen natürlich ganz anders. Angesichts einer Reproduktionsrate von unter 10:1000 Frauen und Jahr, der niedrigsten in der Geschichte der Menschheit, spielen bevölkerungspolitische Überlegungen keine Rolle. Von seiten des Arztes besteht die Indikation für die Verwendung der Intrauterinpressare vorwiegend in der Kontraindikation hormoneller antikonzeptioneller Maßnahmen. Die absoluten Kontraindikationen der Pille dürfen als bekannt vorausgesetzt werden. Die relativen können unter dem Globalbegriff Pillenunverträglichkeit zusammengefaßt werden. Man wird zunächst versuchen, eine außergynäkologische Ursache auszuschließen und die Beschwerden durch Wahl eines geeigneteren Präparates zu mildern. Wünscht die Frau die Einlage eines IUP – ob mit oder ohne Beschwerden –, so ist diesem Verlangen nach ausführlicher Beratung über Alternativen und Nebenwirkungen bei weiterhin geäußertem Wunsch Rechnung zu tragen.

8. Kontraindikationen

Zur Vermeidung schwerwiegender Komplikationen müssen eine Reihe von Kontraindikationen beachtet werden.

8.1 Bestehende Schwangerschaft

Es ist eigentlich eine Selbstverständlichkeit, daß eine bestehende Gravidität eine absolute Kontraindikation darstellt. Die Einlage intra menstruationem bietet einen hohen Grad an Sicherheit, in seltenen Fällen kann jedoch eine periodische Blutung in Graviditate mit der Periodenblutung verwechselt werden. Besonders gefährdet sind Frauen nach Absetzen von Ovulationshemmern bei noch instabilem Zyklus. In allen Zweifelsfällen ist ein Schwangerschaftstest durchzuführen.

8.2 Uterusfehlbildungen, Uterus myomatosus

Ist eine Mißbildung durch Spekulumuntersuchung oder bimanuelle Palpation zu erfassen, dann ist die IUP Insertion kontraindiziert.

Uterusfehlbildungen bleiben jedoch häufig unerkannt. Kommt es zu wiederholten Pessarspontanexpulsionen, so ist eine Hysterosalpingographie indiziert, da hierbei häufig eine Kavummißbildung vorliegt. Ist bei einem Uterus myomatosus ein subseröses Myom nicht mit letzter Sicherheit auszuschließen, was ja eigentlich nur per Hysterosalpingographie oder Hysteroskopie möglich ist, sollte von einer IUP Einlage ebenfalls abgesehen werden.

8.3 Entzündungen

Entzündungen des gesamten Genitales, also Vaginitis, Zervizitis, Endometritis und Adnexitis, müssen vor der Insertion abgeheilt sein. Besonders wichtig ist die Fahndung nach Gonorrhoe.

8.4 Blutungen

Bei Menometrorrhagien ist damit zu rechnen, daß sich diese Beschwerden nach Einlage des Pessars verstärken. Zudem bedürfen Blutungsstörungen in jedem Alter zunächst einer diagnostischen Klärung. Kontraindiziert sind Intrauterinpressare auch bei Allgemeinerkrankungen mit erhöhter Blutungsneigung sowie bei Gerinnungssenkung aus medizinischen Gründen.

8.5 Allgemeinerkrankungen

In den seltenen Fällen von Morbus Wilson und Kupferallergie ist von der Insertion kupferhaltiger Pessare abzusehen.

8.6 Vergrößerter Uterus

Eine spezielle Kontraindikation für T-Pessare ist das Vorhandensein eines Uterus auctus mit einer Sondenlänge von mehr als 9 cm. Diese Situation ist bei postabortalen oder multigraviden Uteri gegeben. Es wurde wiederholt beschrieben, daß es hier zur Zervixperforation mit dem vertikalen Schenkel kommen kann.

8.7 Nulliparität

Eine relative Kontraindikation, über die in letzter Zeit viel diskutiert wurde, stellt die Nulliparität dar. Über 70 Prozent der deutschen Gynäkologen legen Intrauterinpressare auch in dieser Gruppe. Die Problematik der hormonalen Kontrazeption bei Jugendlichen ist ja bekannt. Am wenigsten wird die dienzephale Steuerung durch die Minipille beeinträchtigt. Gestagenpräparate setzen allerdings ein exaktes Einnahmeregime voraus, das vor allem von Mädchen aus sozial geschädigten Schichten schwer einzuhalten ist. Pillenversager sind leicht möglich. Die dann folgende Interruptio setzt sicher schwerere Schäden an Endometrium und Zervix als das Pessar. Die kupferhaltigen Pessare werden auch von Nulligraviden gut vertragen; wegen des schlanken Applikators erscheint das Kupfer-7 besonders geeignet. Entzündungen treten hier leider gehäuft auf. Zudem ist die Einschränkung der Fertilität in dieser Altersgruppe besonders unerwünscht.

9. Zusammenfassung

In einer Industriegesellschaft wie der Bundesrepublik Deutschland stellen Intrauterinpressare das Antikonzipiens zweiter Wahl dar. Die Nebenwirkungen können durch korrekte Indikationsstellung und fürsorgliche Betreuung der Patientin gering gehalten werden. Es ist Aufgabe der Frauenärzte, sich darum zu bemühen, damit diese weltverbreitete Methode nicht ein zweites Mal in Mißkredit gerät.

Literatur kann vom Verfasser angefordert werden.

Anschrift des Verfassers:

Privatdozent Dr. med. H.-P. Krieglsteiner, Oberarzt, Ismaninger Straße 22, 8000 München 80

Kraftfahrzeugtauglichkeit neurologisch Kranker*

von G. Ritter

Aus der Neurologischen Klinik und Poliklinik der Universität Göttingen

Juristische Vorbemerkungen

Die Eignung zum Führen eines Kraftfahrzeuges soll nicht eine Klassifikation in gesund oder krank beinhalten. Eine Nichteignung – als nachgewiesene Verkehrsgefährdung beschrieben – wird solange angenommen, bis das Gegenteil bewiesen wurde. Für die Ermittlung der verkehrsmedizinischen Individualprognose kann von der Behörde eine Begutachtung angeordnet werden. Hiergegen ist in der Bundesrepublik Deutschland beim Regierungspräsidenten der Widerspruch möglich. Im verkehrsmedizinischen Eignungsgutachten soll zu der konkreten Gefährdung, die sich aus der angestrebten Fahrzeugbedienung ergibt, Stellung genommen werden. Für die Bundesrepublik Deutschland gibt es im Gegensatz zur Deutschen Demokratischen Republik keine Meldepflicht, aber ein Melderecht für ungeeignete Kraftfahrer: Im Rechtsgütervergleich muß ein persönliches Interesse dem öffentlichen Anspruch auf Verkehrssicherheit nachgeordnet werden. Beim Vorliegen von verkehrsmedizinisch relevanten Gesundheitsmängeln tritt die ärztliche Schweigepflicht hinter das Offenbarungsrecht zurück.

Während viele Länder für alle Fahrerlaubnisbewerber eine obligatorische Eignungsprüfung eingeführt haben, gibt es in der Bundesrepublik Deutschland nur ein Selbstprüfungsverfahren: Bei Antragstellung ist ein Gesundheitsfragebogen mit einzureichen. Höchstens nach wiederholter Verkehrsauffälligkeit kommt es durch die Behörde zur Anordnung eines Gutachtens. Dabei werden nach den Erfahrungen der medizinisch-psychologischen Institute zwei Drittel der Untersuchten als nicht voll verkehrstauglich befunden. Die Karriere eines verkehrsauffälligen Kraftfahrers zeigt nach

der Statistik des Kraftfahrtbundesamtes, daß der einmal auffällig gewordene in immer kürzeren Abständen immer auffälliger wird: Jeder zweite bis dritte Verkehrsdelinquent weist Vorstrafen auf, jeder sechste auch solche, die das allgemeine Strafrecht betreffen.

Die Unfallursachenforschung befindet sich in der Bundesrepublik Deutschland noch völlig in den Anfängen. Die ermittelnde Behörde ist diesbezüglich in der Regel überfordert: So werden z. B. Bewußtseinsstörungen üblicherweise auf Schockwirkung oder ein Schädelhirntrauma zurückgeführt, so gut wie nie dagegen auf ein eventuell bestehendes Grundleiden. Wenig beachtet wird, daß etwa ein Drittel der Kraftfahrer aus der Bundesrepublik Deutschland (nach einer ADAC-Statistik von 1974) erhebliche Fahrleistungen (ca. 1400 km/Jahr) unter den gesetzlichen Bestimmungen des Auslandes vornehmen (vorwiegend in Österreich, Italien und der Schweiz).

Zur Behebung des innerstaatlichen Begutachtungswirrwarrs ist 1973 vom Verkehrsministerium der Bundesrepublik Deutschland ein Gutachten „Krankheit und Kraftverkehr“ veröffentlicht worden. Seine Vorgeschichte ist folgende: Seit 1934 gibt es eine (Reichs) Straßenverkehrsordnung. Nach ihrer Fassung von 1969 ist die Behörde „gehalten“ (nach § 9 StVZO) Ermittlungen anzustellen über die Verkehrseignung von Führerscheinbewerbern. Der konkrete Anlaß für das Gutachten war eine 1965 von 17 Staaten verfaßte Resolution, die auf Bemühungen der WHO um eine Vereinheitlichung der länderweise ganz konträren Fahrtauglichkeitskriterien zurückgeht.

Diesem Auftrag gerecht zu werden, war Sache des Gutachtens zum Thema „Krankheit und Kraftverkehr“. Alle verkehrsmedizinisch relevanten Gesundheitsstörungen

Der Codein-Typ

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



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

Er braucht ein Analgetikum mit Codein.

Contraneural

Analgetikum und Antipyretikum mit Codein

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



Dr. R. Pflieger
Chemische Fabrik GmbH, Bamberg

*) Nach einem Vortrag entliehlich des 27. Neurologischen Kolloquiums im Klinikum Großhadern in München

I.: Nichteligung zur Teilnahme am Straßenverkehr besteht bei:	
Epilepsien	auch mit Aura, Tagesperiodik und Herdcharakter
Hirntreume — Hirnoperation Hirnatrophie	für drei Monate — „Heilung“ ist nachzuweisen senile und präsenile Prozesse (Mängelkombination häufig!)
Oligophrenie	unter 70 HAWIE
Vestibularisausfällen	jeder Genese
Optikuserkrankungen	jeder Genese
Herz-Rhythmus-Störungen	Adem-Stokes- und Karotis-Sinus-Syndrom, paroxysmale Tachykardie
Diabetes mellitus	wenn Insulin-pflichtig (hypoglykämische Anfälle)
Ausnahmeregelungen sind möglich	posttraumatische/postoperative Epilepsie, sogenannte Gelegenheitskrämpfe, Wiederholung ist „mit überwiegender Wehr-scheinlichkeit“ auszuschließen!
II.: Teileligung für den Straßenverkehr kann bestehen nach Individualbeurteilung (ohne Klasse II und Personentransport) bei:	
Psychoorganischen Syndromen bzw. Wesensänderung	
Extrapapyridal-motorischen-Erkrankungen (Parkinsonismus, Chorea, Athetose)	
Zerebellären Erkrankungen jeder Genese (motorische Desintegration entscheidend!)	
Oligophrenie leichten Grades — 70 HAWIE	
Rückenmarkerkrankungen und Verletzungen (Multiple Sklerose, Systematrophien)	
Neuro- und Myopathien jeder Genese	
Myesthenie — Myotonie — episodische Lähmung	
III.: Wiedereligung kann bestehen — außer Klasse II und Personenbeförderung	
Bei drei Jahren Anfallsfreiheit (unter Medikamenten)	
Bei drei EEG-Kurven ohne Krampfpotentiale unter Provokation (in Vier-Wochen-Abstand)	
Keinen Zeichen hirngenes Wesensänderung	
Keinen Medikamenten-Nebenwirkungen auf des ZNS	
Nach „erfolgreicher“ Therapie einer Hirnkreislaufstörung	
Nach Pacemaker-Implantation	
Auflagen: Ärztliche Überwachung alle ein — zwei — vier Jahre Regionale und/oder Geschwindigkeitsbegrenzung	

Tabelle 1

sollten erstmals umfassend abgehandelt werden, im Sinne einer „Bestandsaufnahme“. Ein Beitrag zur Hebung der Verkehrssicherheit ist das Gutachten — entgegen dem Urteil seiner Verfasser — nicht geworden, was darauf beruht, daß man sich nur zu Empfehlungen ohne Rechtsverbindlichkeit entschloß und nicht zu dem von der WHO ge-

wünschten Einbau in die nationale Gesetzgebung. Auch konnte man sich zu einer obligatorischen Tauglichkeitsprüfung aller Fahrerlaubnisbewerber und Führerscheininhaber aus organisatorisch-technischen Gründen nicht entschließen (ca. 1,6 Millionen Neu- und 4,6 Millionen Kontrolluntersuchungen pro Jahr). Die Ablehnung gesetzgeberischer Funk-

tionen leitete man aus dem Stand der Unfallursachenforschung im Jahre 1970/71 her. Somit bleibt dem Kraftfahrer nach wie vor die Pflicht bzw. das „Recht zur Selbstprüfung“ bezüglich seiner Fähigkeiten. Durch die Gutachtertätigkeit werden lediglich bereits verkehrsauffällig gewordene Personen erfaßt. Das verkehrsmedizinische Gutachten teilt damit unter präventiven Aspekten das Schicksal früherer Bemühungen (TÜV Bayern, 1957; Essen, 1969; Deutsche EEG-Gesellschaft, 1951; Ophthalmologische Gesellschaft, 1961; Epilepsie-Liga, 1965).

Die Fahrtauglichkeitsrichtlinien, soweit sie neurologisch Kranke betreffen, sind anhand des Gutachtens „Krankheit und Kraftverkehr“ (Bonn, 1973) in der Tabelle 1 zusammengefaßt. Anschließend werden die Verhältnisse bei drei Erkrankungen, die rein zahlenmäßig von besonderer Bedeutung sind, anhand eigener Befunde dargestellt.

Epilepsie und Führerschein

Am „fahrenden Arbeitsplatz“ definieren Bewußtseinsstörungen und psychoorganische Durchgangs- oder Defektsyndrome das Risiko. Die tatsächliche Verkehrsgefährdung ist zum einen ein individuelles, zum anderen ein statistisches Problem — und belastet die einzelnen Krankheitsbilder sehr unterschiedlich, abhängig von der Morbidität, Altersstruktur, Krankheitsprognose und Verkehrsbeteiligung. Die Epilepsie gilt wegen ihrer Unberechenbarkeit als besonders gefährlich. Nach einem BVG-Urteil (1958) besteht die Nichteignung solange, wie die „jederzeitige Möglichkeit eines Anfalles“ nicht mit Sicherheit ausgeschlossen werden kann. Ähnliche Leitsätze sind in dem zitierten Gutachten des Bonner Verkehrsministeriums 1973 formuliert worden. Eine Aura gilt nicht als Schutz vor Handlungsunfähigkeit. Nach der Literatur besteht zwischen Fahreignung und Anfallstypologie keine Abhängigkeit. Eine Wesensänderung, die ja bei vielen Kranken besteht, schränkt die Verkehrstauglichkeit zusätzlich ein. Epileptiker sollen auch nicht berufsmäßig Personen befördern. Eine schematische Beurteilung wird für unzumutbar gehalten, weil sie therapeutische Bemühungen gefährdet und ri-

Syntaris®

Bei Heuschnupfen und anderen allergischen Rhinitiden

Syntaris®

wirkt direkt und überzeugend
antiallergisch und
antiphlogistisch

Syntaris®

exakte Dosierung durch
Mikrozerstäuber ohne Treibgas



Syntaris®

keine Gefahr systemischer
Wirkung
Konstante Plasma-Kortisolspiegel
auch bei Daueranwendung

Syntaris® Syntex GmbH · 4030 Ratingen

Zusammensetzung: 1 ml der wässrigen Lösung enthält 0,25 mg Flunisolid. **Anwendungsgebiete:**

Allergische Rhinitiden einschließlich Heuschnupfen.

Gegenanzeigen: Syntaris soll nicht angewendet werden bei unbehandelten Virus-, Pilz- oder bakteriellen Infektionen der Nasenschleimhaut sowie bei Überempfindlichkeit gegenüber dem Präparat. In den ersten Monaten einer Schwangerschaft soll nicht mit Syntaris behandelt werden. Nach den ersten drei Schwangerschaftsmonaten sollte Syntaris, wie alle Arzneimittel, nur auf ärztliche Anweisung angewendet werden. Kinder unter 5 Jahren sollen nicht mit Syntaris behandelt werden, da noch nicht genügend Erfahrungen vorliegen. **Nebenwirkungen:** Syntaris wird im allgemeinen gut vertragen. Gelegentlich kann ein leichtes vorübergehendes Brennen der Nasenschleimhaut auftreten.

Bei unzureichender Wirkung kann ein leichtes vorübergehendes Brennen der Nasenschleimhaut auftreten.



Syntaris®

ein mikrofeiner Nebel wirkt
direkt und lokal auf der
gesamten Nasenschleimhaut

Syntaris®

auch bei Langzeittherapie
keine Beobachtung von
Schleimhautatrophien

Neu von Syntex!

Syntaris®

eine Entwicklung
der Syntex Steroid-
Forschung

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

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

Klinische Daten enffelskrenker Fehrerlaubnininheber	Kraftfahrer %	Verkehrs- auffällige %
Pathologisches EEG im Intervall (ohne peroxysmale Dysrhythmie)	72,0	80,0
Chronisches Psychosyndrom (ohne Testpsychologie)	40,0	47,0
Schlechtes Therapieverhalten (ohne Führerschein 34,7 %)	55,3	73,3
Alkoholabusus – rezidivierend	27,6	40,0
Mängelkombination – Wesensänderung Alkohol – schlechtes Therapieverhalten	7,4	13,3

Tabelle 2

Epilepsie und Führerschein	Personen	Prozent
Patienten über 18 Jahre (1974)	288	100,0
mit Fahrerlaubnis	130	45,2
nach Krankheitsbeginn erworben	83	63,8
Fahrerlaubnis Klasse 3	–	90,7
zusätzlich Klasse 2	–	13,0
nur Klasse 1-4-5	–	9,2
Berufskraftfahrer	11	8,4
Fahrerlaubnisinhaber ♂ / ♀		2:1
Verkehrsauffällige ♂ / ♀		8:1
Fahrerlaubnisbewerber (1974)	18	11,3

Tabelle 3

Verkehrszentralregister Flensburg (1973/74)	Fahrerlaubnisinhaber mit Epilepsie
Eintragungen insgesamt	26,4 %
Verurteilungen durch Gerichte	12,8 %
Ordnungswidrigkeiten – Bußgeld	13,6 %
Unfallvermerke (2 Todesfälle)	12,8 %

Tabelle 4

Risikogruppe Verkehrstretfäter	Personen
Synopsis der Befunde	19
Schlechtes Therapieverhalten	17
Pathologisches EEG (ohne Dysrhythmie)	14
Hirnorganische Wesensänderung (klinisch)	13
Alkoholabusus – rezidivierend	12
Wiederholungstäter	8
Verurteilungen pro Jahr (Inzidenz)	2
Unfalldelikte pro Jahr (Inzidenz)	2
Freiheitsentzug (13 x)	8
Geldstrafe (15 x)	11
Führerscheinsperre (22 x)	11

Tabelle 5

gorose Beschränkungen das illegale Fahren begünstigen. Für die postoperativ oder posttraumatisch manifest gewordene Epilepsie ist gegenüber den genuinen Anfallsformen die Prognose günstiger. In der Bundesrepublik Deutschland wird üblicherweise ein dreijähriges anfallsfreies Intervall unter regelmäßiger Medikamenteneinnahme und ärztlicher Überwachung verlangt. Drei EEG-Kurven, geschrieben in einem Vierwochen-Abstand, sollen frei von Krampfpotentialen sein. Eine hirnanorganische Wesensänderung oder Beeinträchtigung durch Medikamente darf nicht bestehen nach den für die Bundesrepublik Deutschland formulierten Leitsätzen des Verkehrsministeriums. Epileptiker sind danach auch vom Personentransport und vom Schwerlastverkehr ausgeschlossen. Daß die Realität deutlich von den Richtlinien abweicht, ergibt sich aus den Tabellen 2 bis 6. Danach besaßen rund die Hälfte von 288 untersuchten Anfallskranken eine Fahrerlaubnis – zum Teil für mehrere Klassen – die zu zwei Drittel „nach Krankheitsbeginn“ erworben wurde. Die Jahreskilometerleistung entsprach dem Durchschnitt.

Entgegen der allgemeinen Einschätzung von Anfallskranken hat sich die Mehrzahl der untersuchten Patienten jahrelang im Verkehr unauffällig bewegt und keine Einträge im Verkehrszentralregister in Flensburg aufgewiesen. Die Gruppe der riskanten Fahrer ist über Jahre konstant geblieben und bestand rund zur Hälfte aus Mehrfachtätern, die zum Teil auch mit dem allgemeinen Strafrecht kollidiert sind. Die Risikogruppe war charakterisiert durch hirnanorganische Wesensänderung, schlechtes Therapieverhalten und Alkoholabusus, neben sozialen Anpassungsmängeln. Die Eintragungsrates im Verkehrszentralregister Flensburg lag pro Person für diese Gruppe über dem Wert der Allgemeinbevölkerung. Bezogen auf die Gesamtzahl der Patienten war die Delinquenz aber nicht mehr überdurchschnittlich. Eine besondere Belastung bestimmter Anfallsformen ist nicht feststellbar gewesen. Auch fanden sich keine krankheitsspezifischen Delikte. Die Gesamtunfallrate entsprach dem Bevölkerungsdurchschnitt. Das Deliktprofil zeigte leider viele Trunkenheitsfahrten und Unfallflucht. Von den Untersuchten hat keiner die Tauglichkeitskriterien des

Epileptiker mit Fahrerlaubnis Delikte und Verurteilungen	Ø im VZR N=3	Nach Erkr. N=16	Ins- gesamt (%) N=19	Allg.- Bev. (%) (1970)
Trunkenheit im Verkehr	1	24	51,2	28
Verkehrsunfallflucht	1	7	16,3	9
Verkehrsgefährdung	—	5	10,2	8
Fahrlässige Körperverletzung	—	4	8,1	33
Fahren ohne Führerschein	4	3	14,2	17
Sonstiges	—	—	—	5
Insgesamt	6	43	100,0	100
Unfalldelikte	2	27	59,1	55,8

Tabelle 6

zitierten Gutachtens von 1973 nach den klinischen und anamnestischen Daten erfüllt. Mit dem EEG als Eignungstest hätte man drei Viertel der riskanten Führerscheinanwärter ermitteln können. Bedenklich ist aus medizinischer Sicht der hohe Anteil von Freiheitsstrafen, bei dem Strafvolzug heutiger Qualität, angesichts der Tatsache, daß die Krankheit vor Gericht verschwiegen wurde. Bedenklich ist auch, daß viele Führerscheine auf Zeit gesperrt wurden, ohne daß vor der Wiederaushändigung eine Fahrtauglichkeitsprüfung stattfand.

Nach der eigenen Erfahrung besteht „keine generelle Verkehrsgefährdung“ durch Anfallsranke. Wohl aber bestimmt eine kleine „Risikogruppe“ die Verhältnisse. Über den Verurteilungen darf nicht vergessen werden, daß die Mehrheit der Untersuchten nach den Akten der Behörde als unbescholtene Verkehrsteilnehmer zu gelten hat. Es ist also einerseits das generelle Untauglichkeitsurteil nicht zutreffend, wie es in dem Gutachten des Verkehrsministeriums enthalten ist, andererseits ist eine Verharmlosung des Sachverhaltes auch nicht ratsam; im Hinblick darauf, daß etwa 400 000 erwachsene Anfallsranke in der Bundesrepublik Deutschland leben und zur Hälfte im Besitze einer Fahrerlaubnis sind — ohne daß jemals eine Überprüfung ihrer Straßenverkehrstauglichkeit stattfand.

Multiple Sklerose (MS) und Führerschein

Die Fahrtauglichkeitsbeurteilung von MS-Kranken gilt als schwierig, weil der individuelle Krankheitsver-

lauf kaum eine Normierung zuläßt. Sofern die Lähmungen nur langsam fortschreiten, wird in der Literatur auf die Möglichkeit einer Anpassung hingewiesen, weshalb die Fahr-sicherheit im Einzelfalle nicht beeinträchtigt zu sein braucht. Man kann sie zudem durch technische Hilfsmittel und Umbauten am Fahrzeug verbessern. Bestehen keine psychischen Beeinträchtigungen, gilt der Kranke dann als fahrtauglich für den persönlichen Bedarf. Nach den derzeitigen Richtlinien (s. Gutachten Krankheit und Kraftverkehr — Bonn, 1973) können Rückenmark-Kranke nicht für Kraftfahrzeuge der Klasse II und auch nicht zur Fahrgastbeförderung zugelassen werden.

Anläßlich einer epidemiologisch-sozialmedizinischen Felduntersuchung sind 294 MS-Kranke nach ihrer Straßenverkehrsteilnahme befragt worden. Der klinische Befund wurde aus vorhandenen Dokumentationsbögen entnommen und mit der Auskunft des Kraftfahrtbundesamtes über den Kranken korreliert.

Wie bei den Anfallsranke besaßen etwa die Hälfte der MS-Patienten eine Fahrerlaubnis, hauptsächlich der Klasse III. Vier Kranke durften auch Fahrzeuge der Klasse II bedienen und zweimal bestand eine Berechtigung zur Personenbeförderung. Bis zum Befragungszeitpunkt hat ein Fünftel der Patienten freiwillig auf die Verkehrsteilnahme aus Gesundheitsgründen verzichtet. Zweimal entzog die Behörde die Fahrerlaubnis. Nur elf Personen (sieben Prozent) sind in den Jahren vor der Befragung verkehrsauffällig geworden (neun Männer, zwei Frauen). Viermal bestanden zwei bzw. drei Eintragungen. Ansonsten han-

delt es sich nur um einzelne Vorkommnisse. Es wurden sechs Delikte und elf Ordnungswidrigkeiten registriert bis zum Zeitpunkt der Anfrage (Mai 1976). Wegen eines Verkehrsdeliktes hat man viermal die Fahrerlaubnis auf Zeit entzogen. Ein MS-Kranke ist für drei Monate zu einem Freiheitsentzug verurteilt worden wegen wiederholter Trunkenheit am Steuer mit Verkehrsunfall. Die verhängten Geldstrafen lagen zwischen DM 50,— und DM 1500,—. Den Führerschein haben die Untersuchten zur Hälfte vor Krankheitsbeginn erworben. Es bestand kein signifikanter Unterschied bezüglich des klinischen Befundes zwischen MS-Kranken mit und ohne Verkehrsauffälligkeiten (Tab. 7 und Tab. 8).

Das Verkehrsverhalten von MS-Patienten war bis dahin noch nicht untersucht worden. Die Patienten aus einem epidemiologischen Areal schienen für die Untersuchung besonders geeignet, weil Selektionsfaktoren dabei weitgehend entfallen. Beim Vergleich der Kranken mit der Normalbevölkerung zeigte sich, daß MS-Patienten nur selten verkehrsauffällig werden: Nach Schätzungen des Kraftfahrtbundesamtes ist ca. jeder sechste Verkehrsteilnehmer (ca. 16 Prozent) registriert. Bei den MS-Patienten waren es deutlich weniger (7 Prozent). Die Ursache liegt im freiwilligen Verzicht auf den Führerscheingebrauch von einem gewissen Krankheitsstadium ab, neben besonders vorsichtigem Fahren und einer wahrscheinlich unterdurchschnittlichen Kilometerleistung pro Jahr. Wenn man die vorgekommenen Verstöße analysiert, dann fällt die hohe Zahl von Rotlichtmißachtungen auf. Sie ist eventuell krankheitsspezifisch (Optikusbefall?). Auch könnte die Reaktionszeit durch Spastik, Paresen oder Koordinationsstörungen und Wesensänderung im Einzelfall verlängert gewesen sein.

Nach den geschilderten Befunden ist es nicht gerechtfertigt, MS-Patienten prinzipiell die Verkehrsteilnahme abzusprechen oder ihnen drastische Beschränkungen aufzuerlegen. Wichtig ist die Ermittlung des individuellen Risikos — wie bei den Anfallsranke — und eine Aufklärung sowie Beratung über die Möglichkeiten eines Fahrzeugumbaus, der dem Kranken seine soziale Mobilität erhält, die für ihn ganz besonders wichtig ist und

Für die Teilnahme am Straßenverkehr relevante neurologische Symptome bei MS-Patienten mit und ohne Eintregung im Verkehrsregister (N=153)

Störung	Kontrollgruppe N=142		Verkehrsauffällige N=11		Signifikanz
	N	%	N	%	
Psyche					
Euphoria	25	18	1	9	p>0,1
Depression	10	7	1	9	p>0,1
Änderung	14	10	1	9	p>0,1
Gesamt	49	35	3	27	p>0,1
Visus					
1 Auge	25	18	3	27	p>0,1
2 Augen	13	9	1	9	p>0,1
Gesamt	38	27	4	36	p>0,1
Auganmotilität	12	8	1	9	p>0,1
Parese					
Arm leicht	26	18	1	9	p>0,1
Arm mittel	4	3	—	—	p>0,1
Arm schwer	1	1	—	—	p>0,1
Arm gesamt	31	22	1	9	p>0,1
Bein leicht	36	25	1	9	p>0,1
Bein mittel	17	12	—	—	p>0,1
Bein schwer	19	13	3	27	p>0,1
Bein gesamt	72	51	4	36	p>0,1
Spastik					
Arm leicht	24	17	3	27	p>0,1
Arm mittel	2	1	—	—	p>0,1
Arm schwer	1	1	—	—	p>0,1
Arm gesamt	27	19	3	27	p>0,1
Bein leicht	26	18	1	9	p>0,1
Bein mittel	15	11	2	18	p>0,1
Bein schwer	16	11	1	9	p>0,1
Bein gesamt	57	40	4	36	p>0,1
Klonus/Automatismen	51	36	4	36	p>0,1
Koordination					
Arm	59	42	2	18	p>0,1
Bein	51	36	7	64	p>0,1
Tiefensensibilität					
Bein	63	44	6	55	p>0,1

Tabella 7
(nach Poser und Ritter, 1976)

einen Beitrag zur Rehabilitation beinhaltet. Verkehrsmedizinisch ist die Multiple Sklerose deshalb von Interesse, weil sie, wie die Epilepsie, eine Erkrankung der ersten Lebenshälfte ist und auch zahlenmäßig Bedeutung hat. Ca. 50 000 „ärztlich bekannte“ MS-Kranke leben nach epidemiologischen Untersuchungen in der Bundesrepublik Deutschland. Ihr Sozialschicksal ist, je nach dem Behinderungsgrad, in erheblichem Maße davon abhängig, ob eine ak-

tive Straßenverkehrsteilnahme noch möglich ist oder nicht.

Parkinsonsche Krankheit und Führerschein

Zum Einfluß des Parkinsonismus auf die Verkehrstüchtigkeit gibt es bisher (wie bei der Multiplen Sklerose) keine Untersuchungen, obgleich es sich um die häufigste neurologische Erkrankung neben der

Ordnungswidrigkeiten und Verkehrsstreiftaten MS-Kranker

Verkehrsauffälligkeit	Anzahl
Mißachtung von Rotlicht	6
Unzulässige Beraufung	2
Falsches Wenden	1
Unbefugter Fahrzeuggebrauch	1
Ungenügende Absicherung eines liegendebliebenen Fahrzeuges	1
Trunkenheit am Steuer *	5

*) Zweimal im Wiederholungsfall, zweimal mit Unfall, einmal mit Fahrerflucht

Tabelle 8
(nach Poser und Ritter, 1976)

Epilepsie handelt. Im Gegensatz zu dieser ist sie eine Erkrankung des höheren Lebensalters, wo sich regelmäßig mehrere Krankheiten und Behinderungen nebeneinander finden und die Fahrtüchtigkeit im Einzelfalle unterschiedlich stark beeinträchtigen können: Nach epidemiologischen Untersuchungen an über 70jährigen bestehen durchschnittlich vier bis fünf Krankheiten nebeneinander. Jeder zwanzigste Mensch über 60 leidet an einem Parkinsonsyndrom. Die Fahrtauglichkeit wird vor allem durch die motorische Behinderung eingeschränkt, neben der Reaktionszeitverlängerung und psychischen, speziell auch intellektuellen Beeinträchtigung, die das rasche Erfassen und Verarbeiten von Problemsituationen im Straßenverkehr individuell beschränken. Nach dem Gutachten des verkehrsmedizinischen Beirates (s. o.) sind Kranke mit extrapyramidalen Syndromen bedingt fahrtauglich und bedürfen einer besonderen ärztlich-psychologischen Überwachung. Sie sollen nicht Kraftfahrzeuge der Klasse II bedienen und berufsmäßig Personen befördern (gemäß § 15 d StVZO). Diese Feststellung wurde ohne statistische Unterlagen über das Verkehrsverhalten dieser Personengruppe getroffen. Deshalb wurde dieser Frage nachgegangen.

Von 359 Parkinson-Kranken war ca. die Hälfte Führerscheinbesitzer (vorwiegend ältere Männer). Zweit- und Drittkrankheiten bestanden in vielen Fällen. Die mittlere Krankheitsdauer betrug zehn Jahre, der Führerscheinbesitz rund zwanzig Jahre. Von den Untersuchten und Befragten haben aus Krankheitsgründen ca. die Hälfte auf die Teilnahme am Straßenverkehr im Laufe

Tannacomp®

beherrscht
die Diarrhoe

rasch und zuverlässig
bei guter Verträglichkeit

- antibakteriell
- adstringierend
- spasmolytisch

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

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



knoll

KNOLL AG, 6700 Ludwigshafen

**Parkinson-Kranke und Straßenverkehr
(N = 156)**

Verkehrsauffälligkeiten	Anzahl
Vorfahrtsmißachtung	3
Rotlichtmißachtung	2
Überschreiten der Geschwindigkeitsbegrenzung	2
Gebrauch eines nicht versicherten Fahrzeuges	1
Fehlreßige Körperverletzung	1
Vollständiger Entzug der Fahrerlaubnis	2
Teilweiser Entzug der Fahrerlaubnis	1
Freiwilliger Verzicht auf die Fahrerlaubnis	83

Tabelle 9

der Jahre verzichtet. Nur etwa ein Fünftel ist über mögliche Gefährdungen ärztlich aufgeklärt worden.

Von sieben Berufskraftfahrern mußten fünf ihre Tätigkeit einstellen.

Nur zwölf Parkinson-Kranke (= 7,7 Prozent) waren im Dezember 1977 im Verkehrszentralregister eingetragen, davon drei Personen nur wegen behördlichen Entzuges der Fahrerlaubnis. Die übrigen neun Kranken hatten lediglich einen einzigen Eintrag, bei dem es sich sämtlich um Bagatellen gehandelt hat. Die vorgekommenen Ordnungswidrigkeiten und zwei Verkehrsstrafta-

ten sind mit geringen Geldbußen zwischen DM 100,- und DM 300,- belegt worden. Verglich man die verkehrsauffälligen Parkinson-Kranken mit den Kraftfahrern ohne Eintrag, ergab sich keine Differenz bezüglich der körperlichen und psychischen Verfassung (Tab. 9).

Zusammenfassend lieferte die Erhebung keinen Hinweis für ein erhöhtes Verkehrsrisiko durch Parkinson-Kranke trotz hohen Lebensalters, Multimorbidität und fehlender ärztlicher Aufklärung über den Einfluß der Krankheit auf die Verkehrstüchtigkeit und auch die Wirkung der eingesetzten Medikamente. Die Eintragungsraten im Verkehrszentralregister war deutlich unter dem Durchschnitt der Bevölkerung gelegen und zeigte keine gravierenden Vorkommnisse. Viele Kranke haben verantwortungsvoll freiwillig auf den Führerscheingebrauch verzichtet. Den übrigen Patienten muß man nach den geschilderten Verhältnissen umsichtiges und sorgfältiges Fahren bescheinigen. Wer noch fuhr, hat aus Sicherheitsgründen die jährliche Kilometerleistung eingeschränkt und damit ebenfalls freiwillig zur Risikominderung beigetragen. Wie bei den Multiple Sklerose-Kranken ist auch für den Parkinson-Patienten die Erhaltung ihrer sozialen Mobilität wichtig und braucht nach den Befunden nicht drastisch eingeschränkt zu werden unter Hinweis auf die Verkehrssicherheit.

Resümee:

Wünschenswert ist eine bessere medizinische Aufklärung des Kranken. Sie war für alle drei der untersuchten Krankheitsbilder bei den annähernd 1000 Personen aus nervenärztlicher Sicht so unzulänglich, daß man die persönliche Disziplin der Kranken und die ausgesprochen geringe Zahl von Verkehrsauffälligkeiten besonders hervorheben muß.

Bezüglich der Richtlinien des verkehrsmedizinischen Beirates (Bonn, 1973) kann man sagen, daß die Empfehlungen für die Praxis notwendig sind für eine bundeseinheitliche Stellungnahme, aber nicht zu einer pauschalen Disqualifizierung neurologisch Kranker benutzt werden dürfen. Neben den besprochenen Krankheitsbildern Epilepsie, Multipler Sklerose und Parkinsonismus sind ähnliche Beobachtungen über Hirnverletzte und psychisch kranke Kraftfahrer gemacht worden, deren Gefährlichkeit man ebenfalls deutlich überschätzt hat. Noch ungeklärt ist die Situation für Hirntumor-Kranke und Patienten mit zerebralen Gefäßprozessen, einschließlich deren Folgeerscheinungen.

Literatur beim Verfasser

Anschrift des Verfassers:

Professor Dr. med. G. Ritter, Robert-Koch-Straße 40, 3400 Göttingen

Candida Lokalicid[®] Creme

preisgünstig

30 g Tube

12,50

Hefe-spezifisches Antibiotikum

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

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

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



DORSCH & CO. KG.
8000 MÜNCHEN 70

Was ist Patienten- und kostengerechte Behandlung?

60. Ärztliche Fortbildungstagung Regensburg

Professor Dr. K.-H. Rahn, Maastricht:

Probleme der medikamentösen Langzeittherapie kardiovaskulärer Krankheiten

Bei der medikamentösen Langzeittherapie, worunter hier Behandlungen von mehr als drei Monaten verstanden werden sollen, spielen vor allem drei Probleme praktisch eine Rolle:

Die spät auftretenden Nebenwirkungen, die Arzneimittelinteraktionen und die Unzuverlässigkeit der Patienten bei der Medikamenteneinnahme. Die meisten Arzneimittelnebenwirkungen treten bei Dauertherapie früher als drei Monate nach Behandlungsbeginn auf. Die später auftretenden Nebenwirkungen sind deshalb besonders tückisch, weil Patient und Arzt geneigt sind, später nicht mehr mit unerwünschten Nebeneffekten zu rechnen. Ein Beispiel für eine derartige Nebenwirkung ist die Hypokaliämie bei Verwendung einer Kombination von klassischen Thiaziddiuretika mit Kalium-sparenden Diuretika, wie sie beispielweise im Moduretik® enthalten ist. Behandlungsbedürftige Hypokaliämien treten hier gelegentlich erst nach zwei bis drei Jahren Therapiedauer auf.

Arzneimittelinteraktionen können gewünscht sein und therapeutisch ausgenutzt werden, aber recht häufig kommt es auch zu unerwünschten Effekten. Diese spielen naturgemäß dann eine Rolle, wenn es sich um häufig verwendete Medikamente handelt, wenn die betreffenden Pharmaka häufig in Form einer Kombinationstherapie angewendet werden, wenn die Arzneimittelwechselwirkung zu einer erheblichen Änderung des Effektes führt und falls das in seiner Wirksamkeit veränderte Pharmakon eine geringe therapeutische Breite besitzt. Letzteres gilt vor allem für die Herzglykoside. Die Ausscheidung des Antiarrhythmikums Chinidin im Urin ist vom pH-Wert des Harns abhängig. Bei alkalischem Urin liegt Chinidin weniger dissoziiert vor als in saurem Harn.

Das nicht dissoziierte Chinidin kann während der Tubuluspassage zurückdiffundieren und im Organismus wieder wirksam werden. Einige Antazida, z. B. Aluminiumhydroxid, können zu einer leichten Alkalisierung des Harns führen und dadurch den Effekt von gleichzeitig gegebenem Chinidin verstärken. Phenytoin (Zentropil®) beschleunigt die Metabolisierung einiger Glucocorticoide und beschleunigt den Abbau von Östrogenen, wie sie in oralen Kontrazeptiva enthalten sind, so daß unter Umständen eine geringere kontrazeptive Sicherheit anzunehmen ist. Diuretika, die zu einer Hypokaliämie führen, verstärken den toxischen Effekt von gleichzeitig gegebenen Herzglykosiden. Die klassischen Thiaziddiuretika antagonisieren die Wirkung von Antidiabetika und von Mitteln gegen Gicht. Infolge der durch Diuretika verursachten Natriumverarmung kommt es zu einer Retention von gleichzeitig gegebenem Lithium, was zu Symptomen einer Lithiumintoxikation führen kann. Furosemid und Etacrynsäure verstärken den ototoxischen Effekt einiger Aminoglykosidantibiotika wie Gentamycin und Streptomycin. Diese Wechselwirkung ist besonders ausgeprägt bei Patienten mit Niereninsuffizienz. Spironolacton (Aldactone®) antagonisiert die Wirkung von Carbenoxolon (Biogastrone®) bei Ulkusleiden. Der blutdrucksenkende Effekt von Antihypertensiva wird durch Carbenoxolon (Biogastrone), durch orale Kontrazeptiva und verständlicherweise durch Sympathomimetika antagonisiert. Die Wirkung von Carbenoxolon beruht auf dem Aldosteron-ähnlichen Effekt dieses Pharmakons. Der krisenhafte Blutdruckanstieg, der gelegentlich bei plötzlichem Absetzen von Clonidin (Catapresan®) auftritt, kann durch Beta-Rezeptorenblocker verstärkt werden. Der krisenhafte Blutdruckanstieg bei Clonidinentzug beruht auf einer plötzlichen Freisetzung von Katecholaminen. Diese führen über eine Stimulierung von Alpha-Rezeptoren in der glatten Gefäßmuskulatur zu einem

Viele Symptome - eine Ursache: Magnesium- Mangel



MAGNESIUM VERLA®

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

Zusammensetzung: Dragées: 1 Dregée enthält: mono-Magnesium-L-diglutamat 100 mg, Magnesiumcitrat tert. 3 H₂O 230 mg, Magnesiumnikotinat 5 mg, Magnesium-Gehalt: 3,3 mval (40 mg).

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

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

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

Kontraindikationen: Niereninsuffizienz, Anurie, Exsikkose.

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

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

Handelsformen und Preise: 50 Dregées DM 6,12, 150 Dregées DM 15,36, Konzentrat 20 Beutel OM 8,90, 50 Beutel DM 19,96, 3 Ampullen OM 4,40, 10 Ampullen DM 13,55.

VERLA-PHARM TUTZING

Blutdruckanstieg. Gleichzeitig werden jedoch auch Beta-Rezeptoren in den glatten Gefäßmuskeln erregt, wodurch es zu einer Vasodilatation kommt. Diese wirkt dem über Alpha-Rezeptoren verursachten Blutdruckanstieg entgegen. Werden nun gleichzeitig Beta-Rezeptorenblocker verabreicht, so kommt der Effekt der Stimulierung von Alpha-Rezeptoren in der glatten Gefäßmuskulatur deutlicher zum Ausdruck, d. h., der Blutdruck steigt stärker an. Aus diesem Grunde sollte man die gleichzeitige Gabe von Beta-Blockern und Clonidin vermeiden. Beta-Rezeptorenblocker verstärken auch den blutzuckersenkenden Effekt von Antidiabetika.

Merkwürdigerweise hat man erst seit wenigen Jahren der Tatsache verstärkt Aufmerksamkeit geschenkt, daß Patienten keineswegs ihre Arzneimittel regelmäßig nach Vorschrift einnehmen. Es ist ohne weiteres einzusehen, daß die Nichteinnahme indizierter Medikamente den gewünschten Behandlungseffekt zu nichte machen kann. Dadurch und durch die Nichtverwendung verschriebener Arzneimittel entstehen nicht unwesentliche Mehrkosten. Es gibt einige Faktoren, die die Zuverlässigkeit der Medikamenteneinnahme beeinflussen. So ist die Zuverlässigkeit bei langdauernden Erkrankungen geringer als bei akuten Krankheiten. Alte Patienten nehmen die vorgeschriebenen Arzneimittel weniger regelmäßig ein als jüngere. Mit der Zahl der Tagesdosen und der Zahl der gleichzeitig eingesetzten Medikamente nimmt die Zuverlässigkeit ab. Hieraus ergibt sich das Postulat, die Arzneimitteltherapie für den Patienten möglichst übersichtlich und einfach zu machen. Darüber hinaus wird die Zuverlässigkeit erheblich erhöht, wenn der Patient über Nutzen und Nebenwirkungen der Arzneimitteltherapie sowie über die Gefahren einer unregelmäßigen Medikamenteneinnahme aufgeklärt wird.

Professor Dr. Ellen Weber, Heidelberg:

Verpaßte Möglichkeiten der medikamentösen Behandlung

Um an sich vorhandene Möglichkeiten bei der medikamentösen Behandlung nicht zu verpassen, benötigt jeder Arzt ein klinisch-pharmakologisches Grundwissen, das ihm

auch bei Neueinführungen von Medikamenten zugute kommt, wenn er den Arzneimittelvertreter auf die einzelnen Eigenschaften, die ein Präparat haben sollte, gezielt ansprechen kann.

Jedem Arzt ist die Pharmakodynamik eines benutzten Präparates vertraut, d. h. seine Wirkung. Jeder Arzt will natürlich primär wissen: was kann dieses Präparat, welche Krankheit oder welches Symptom kann ich damit behandeln. Wichtig ist allerdings auch die Pharmakokinetik, d. h. die Information darüber, was mit dem Medikament im Körper geschieht. Detailliert heißt das also Information über Resorption bei oraler Verabreichung, Verteilung des Medikamentes, die Metabolisierung und schließlich die Elimination. Über diese Punkte sollte man sich z. B. bei einer Neueinführung informieren, weil hier die Schwachstellen liegen.

Darüber hinaus kann man die Mitarbeit des Patienterr verpassen, wenn man über einige wichtige Dinge bei der Pharmakokinetik nicht informiert ist, die man manchmal an den Patienten weitergeben muß. Daß die Mitarbeit des Patienten von entscheidender Bedeutung bei der Therapie ist, haben zunächst ausländische Studien gezeigt, und auch in Heidelberg ist man diesen Problemen in einigen neueren Studien nachgegangen. So konnte bestätigt werden, daß chronisch Kranke die Medikamenteschlechter einnahmen, vor allem dann, wenn sie sich subjektiv besser fühlten. Berufstätige und Frauen nehmen besser ein als Rentner. Von entscheidender Bedeutung sind Anzahl der Medikamente und der Tabletten, die pro Tag verordnet werden. Das bedeutet für uns strengere Indikation und weniger Einzeldarreichungen pro Tag. Hier muß man nun etwas über die Pharmakokinetik der Medikamente wissen, denn es stellt sich die Frage, ob man die Gesamtdosis auf einmal oder verteilt am Tag nehmen muß. So haben z. B. die klassischen Tetracycline eine relativ kurze Halbwertszeit, so daß man die Tagesgesamtdosis auf drei bis vier Portionen verteilen muß. Als Ausweg bieten sich Medikamente mit längerer Halbwertszeit, also z. B. Vibramycin® und Klinomycin®, an. Weil Marcumar® eine Halbwertszeit von 150 Stunden hat, gibt man die Tagesdosis auf einmal, aber auch die Glykoside

haben eine ähnlich lange Halbwertszeit, und trotzdem werden sie oft über den Tag verteilt gegeben. Offensichtlich deshalb, weil einige wenige Patienten die Einmalgabe nicht vertragen. Trotzdem sollte man die einmalige Gabe nach dem Frühstück probieren. Auch bei anderen Medikamenten sollte man also Präparate mit langer Halbwertszeit oder Retardformen benutzen.

Bei der Resorption ist es wichtig, Mittel mit hoher Resorptionsquote zu bevorzugen, weil sonst die Unterschiede von Individuum zu Individuum und von Tag zu Tag zu unterschiedlich sind. Von Bedeutung ist weiterhin die biologische Verfügbarkeit. Darunter versteht man den Anteil des Arzneimittels, der — einfach ausgedrückt — den großen Kreislauf erreicht, als Voraussetzung dafür, daß der Wirkstoff die Rezeptoren überhaupt erreicht. Daß hier größere Probleme liegen, haben neuere Untersuchungen gezeigt, weshalb auch jetzt bei jedem Mittel die biologische Verfügbarkeit nachgewiesen sein muß. Medikamente, die die Darm-passage beeinflussen, verändern die Resorption, und es gibt auch Interaktionen, d. h., daß Medikamente die Resorption eines anderen Medikamentes verschlechtern, wie z. B. Almidiumhydroxyd bei Tetracyclin. Aber nicht nur bei der oralen Gabe, sondern auch bei den intramuskulär verabreichten Präparaten gibt es eine unterschiedliche biologische Verfügbarkeit; so ist es z. B. beim Diazepan (Valium®) so, daß es oral schneller aufgenommen wird, als wenn man es intramuskulär spritzt. Bei der Verteilung eines Medikamentes ist die Eiweißbindung nicht von entscheidender Bedeutung. Bei der Betrachtung des Stoffwechsels ist das Problem der Induktion von Interesse, d. h., welche Stoffe sind es, die die arzneimittelabbauenden Fermente in der Leber induzieren könnten. Für die Praxis sind wichtig Luminal®, aber auch Rifampicin, weil während der tuberkulostatischen Therapie das Digoxin schneller abgebaut wird. Auch unter den Antiepileptika gibt es induzierende Stoffe. Bei der Ausscheidung der Medikamente ist zu beachten, daß diese z. B. durch Alkalisierung (Antazida) oder durch Ansäuerung des Urins (Vitamin C) verändert werden können. Aber verstärkte Kontrollen des Patienten bei Kenntnis der Sachlage verhüten gefährliche Änderungen. Da man all diese Einzelheiten nicht an-

Versicherungs-Tips von der »Vereinigten«

Wozu Anwartschaftsversicherung?

Wenn gruppenversicherte Ärzte vorübergehend keine Leistungen aus ihrer privaten Krankenversicherung benötigen, können sie in bestimmten Fällen eine sog. Anwartschaftsversicherung vereinbaren. Das ist vor allem für Ärzte interessant, die z. B. länger im Ausland sind oder vorübergehend in der Bundeswehr als Sanitätsoffiziere (freie Heilfürsorge!) dienen. Durch die Anwartschaftsversicherung können – bei geringem Beitrag – die bisherigen Rechte gewahrt werden. Und: Es ist dabei unerheblich, ob sich inzwischen der Gesundheitszustand verschlechtert hat.

Verdienstausfall bis 500 DM pro Tag versicherbar

Niedergelassene oder angestellte Ärzte können sich gegen die finanziellen Folgen einer krankheitsbedingten Arbeitsunfähigkeit absichern. Im Rahmen des Gruppenvertrages mit der »Vereinigten« steht ein Krankentagegeld bis 500 DM mit unterschiedlichen Karenzzeiten zur Verfügung. Für eine Anpassung der Verdienstausfallversicherung an das gestiegene Einkommen sieht der Gruppenvertrag besondere Vergünstigungen vor.

Den Stationärfall gut abdecken.

Wie wichtig es ist, im Krankenhaus gut versichert zu sein, zeigen einige repräsentative Leistungsbeispiele für Ärzte aus den Akten der »Vereinigten«:

Diagnose	Leistungen incl. Tagegelder
Tumor	61.500 DM
Unterschenkelbruch	28.810 DM
offene Lungen-Tbc	55.520 DM
Hypertonus	
unklarer Genese	60.200 DM
psychoneurotische Störung	19.310 DM

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

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

Die Creme aus der Kröte



Unsere Quiz-Frage:

Dieser Holzschnitt aus dem 15. Jahrhundert zeigt eine Schönheitsbehandlung, für die Kröten – gewöhnlich aber zerstoßen – verwendet wurden. Welche kosmetische Wirkung schrieb man damals dem Krötenpulver zu? Kreuzen Sie bitte Ihre Antwort im Coupon an.

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

Vereinigte Krankenversicherung AG
Salus Krankenhauskosten-Versicherungs-AG

im Unternehmensverbund
Vereinigte
Versicherungsgruppe

Generaldirektion
Leopoldstraße 24, 8000 München 40



Ihr Quiz-Gewinn:

Unter allen richtigen Einsendungen verlosen wir einen Doppelflakon für Duftessenzen aus rotem böhmischen Glas, handgeschliffen, Verschluss Silber, vergoldet, um 1850. Der Rechtsweg ist der 30.6.1979. ausgeschlossen.

- Die Damen des Mittelalters benutzten das Krötenpulver zur
- Beseitigung von Hautunreinheiten
 - Durchblutung der Wangen
 - Verjüngungskur

Adresse

KX5X

dauernd parat hat, bleibt als Faustregel, daß man immer dann, wenn man eine neue Medikation beginnt oder sie ändert, der Patient besonders häufig und gründlich überwacht werden muß.

Dr. E. Walter, Heidelberg:

Unerwünschte Arzneiwirkungen — Wertung, Erkennung und Prophylaxe

Unter unerwünschten Arzneimittelwirkungen versteht man alle nach Gabe bzw. Einnahme eines Medikamentes auftretenden Wirkungen, die im Hinblick auf das Ziel der Therapie nicht wünschenswert sind. Der Begriff der Medikamentennebenwirkung ist zugunsten der exakteren Bezeichnung „unerwünschte Arzneimittelwirkung“ verlassen worden. Wirkung und Nebenwirkung von Medikamenten gehen oft Hand in Hand, so daß Professor Kuschinsky, Mainz, sagen konnte: „Wenn behauptet wird, daß eine Substanz keine Nebenwirkung hat, so besteht der dringende Verdacht, daß sie auch keine Hauptwirkung hat.“ Anders formuliert: „Wenn behauptet wird, daß ein Medikament keine unerwünschten Wirkungen zeigt, dann ist noch nicht einmal die Placeboquote erfaßt worden.“ Für die Erfassung bzw. Meldung der unerwünschten Arzneimittelwirkungen ist es zunächst nicht relevant, ob die potentielle unerwünschte Arzneimittelwirkung des Medikamentes dem Verordner vorher bekannt ist oder nicht, ob die unerwünschte Arzneimittelwirkung bei einer anderen Indikationsstellung die gewünschte Wirkung des Medikamentes darstellt, ob die unerwünschte Arzneimittelwirkung durch eine absolute oder relative Überdosierung ausgelöst wurde, ob diese durch Zusatzmedikation hätte verhindert werden können, oder ob die unerwünschte Arzneimittelwirkung im beobachteten Fall von nur geringer Bedeutung war. Unmittelbar nach Gabe eines Medikamentes auftretende Reaktionen werden unschwer als unerwünschte Arzneimittelwirkungen erkennbar und zuzuordnen sein, wie es z. B. für die intravenös verabreichten Kontrastmittel zutrifft. Aber auch die Prävalenz der leicht zu beobachtenden Manifestationsorgane unerwünschter Arzneimittelwirkungen erleichtert das Erkennen derselben. Das führende Manifestationsorgan für unerwünschte Arznei-

mittelwirkungen ist die Haut, gefolgt vom Gastrointestinaltrakt, dann wechselnd ZNS, kardiovaskuläres und hämatologisches System. Symptome und Befunde der Haut, des Verdauungstraktes, ZNS und Blutbildveränderungen sind ohne großen apparativen Aufwand auch für den in freier Praxis tätigen Arzt leicht erfassbar, wodurch er 80 bis 90 Prozent aller unerwünschten Arzneimittelwirkungen rasch erkennen kann. So muß man im Durchschnitt bei jedem zehnten mit Ampicillin behandelten Patienten mit einem Exanthem rechnen, man kann also darauf warten.

Diese Erwartungshaltung nach Kenntnis von Prozentzahlen schärft natürlich den Blick für unerwünschte Arzneimittelwirkungen. Nahezu selbstverständlich ist es, daß mit Zunahme der Anzahl der verordneten Medikamente auch die Anzahl der zu beobachtenden unerwünschten Arzneimittelwirkungen zunimmt.

Bei Wertung und Bewertung unerwünschter Arzneimittelwirkungen kann generell gesagt werden, daß eine Aussage über den Schweregrad einer unerwünschten Arzneimittelwirkung immer von der Gefährdung des individuellen Patienten ausgehen muß. Von einer Bostoner Arbeitsgruppe unter Jick ist bekanntgeworden, daß von 26 462 stationär medikamentös behandelten Patienten 24 oder 0,9 Promille an den Folgen eines Medikamentes oder einer Gruppe von Medikamenten starben. Die meisten Patienten waren bereits schwer krank. Sechs der Todesfälle hätten möglicherweise verhindert werden können. An erster Stelle der die tödlichen unerwünschten Arzneimittelwirkungen auslösenden Medikamente stehen die Zytostatika. Welche Möglichkeiten einer Prophylaxe gibt es? Mit den Schlagworten „strenge Indikationsstellung“ und „differenzierte Arzneimitteltherapie“ ist es sicher nicht getan. Auch reicht es nicht, den Beipackzettel sorgfältig zu studieren, er enthält keine Angaben über die Häufigkeit und die Schwere der möglichen unerwünschten Arzneimittelwirkungen. Die Anschaffung und gelegentliches Nachlesen in einem der zur Verfügung stehenden Bücher über unerwünschte Arzneimittelwirkungen hilft da sicherlich weiter, vor allem wenn man aus der Vielzahl der angebotenen Medikamente sich seine Standardmedikamente herausucht.

Rundtischgespräch:

„Arzneimitteltransparenz — Forderung und Realität“

Frau Professor Weber begann das Gespräch mit einer — wie sie sagte — provokativen Feststellung: „Die Arzneimitteltransparenz ist eigentlich gegeben.“ Jeder niedergelassene Arzt könne mit einer relativ kleinen Zahl von Medikamenten auskommen, über die er sich anhand von Zeitschriften und Fortbildungen genau informieren kann, und darüber hinaus wird er diesen Arzneimittelschatz nur langsam, schrittweise und sehr gezielt verändern. Privatdozent Dr. A. Windorfer, München, konnte sich dieser Meinung nicht anschließen und behauptete, daß dies auch nicht im Interesse der Industrie sei. Als Beispiel brachte er die Einführung des Ampho-Moronal[®], das als Amphotericin mit dem harmlosen Nystatin (Moronal[®]) nichts zu tun hat, aber durch die irreführende Namensgebung kann es zu Fehlschlüssen kommen. Als zweites Beispiel führte er an, daß die Firma Bayer das Ampicillin Binotal[®] mit dem Slogan herausbrachte „Damit aus dem leichten kein schwerer Infekt wird“, so daß auch hier die Grundinformation, daß es sich um ein bakteriologisch gezielt einzusetzendes Mittel handelt, zumindest verwischt wird. Daß man Schulschwierigkeiten mit Vitamin B-Komplexen behandeln kann, ist falsch, obwohl es mehrere Präparate dieser Art gibt.

Dr. R. Rathscheck, Frankfurt, wollte zunächst die preisliche und therapeutische Transparenz getrennt wissen. Dr. Schmitz-Formes, Köln, wies darauf hin, daß die Rote Liste, das Kompendium des praktischen Arztes, die Medikamente jetzt nach Indikationsbereichen geordnet hat und damit auch eine gewisse preisliche Transparenz möglich ist, die aber verbessert werden müßte, etwa dadurch, daß der Tages- oder Einzeldosispreis daraus ersichtlich wäre. Er betonte jedoch, daß er damit nicht zur übertriebenen Wirtschaftlichkeit aufrufen wolle, denn in den noch gültigen Arzneimittelrichtlinien steht, daß man ein teureres Mittel durchaus nehmen kann, wenn der Heilerfolg damit schneller, sicherer und besser erzielt werden kann. Auch Dr. G. Kristen, Frankfurt, stellte fest, daß eine patientengerechte auch eine kostengerechte Therapie sei, und man sollte sich hüten, bei der

Transparenzdiskussion immer nur an den Preis zu denken. Professor Heinrich, Bruchsal, trat dafür ein, daß auch für den Patienten eine Arzneimitteltransparenz gegeben sein muß, d. h., der Patient muß über die Wirkung und die wichtigsten Nebenwirkungen informiert werden, weil man nur dann eine konstruktive Mitarbeit erwarten kann, die dann letztendlich auch kostendämpfend wirkt. Aber auch über die Kosten, die der Patient verursacht, sollte er durchaus Bescheid wissen. Bei Patienten mit einer Dauermedikation könnte man eine neutrale Patientenkarte mit Diagnosen und den verordneten Medikamenten anlegen, die der Patient bei sich trägt und möglichst unaufgefordert bei jedem Arztbesuch vorlegt, so daß auch Medikationen von verschiedenen Ärzten ohne wesentliche Interaktionen leichter durchgeführt werden können. Bei der Diskussion um die Rote Liste wurde klar herausgestellt, daß es sich hier um ein Nachschlagewerk eines Interessenverbandes handelt, und daß die Behandlungsindikation nicht danach gestellt werden kann, vor allem auch deshalb, weil einige veraltete Medikamente mit aufgeführt sind.

Privatdozent Dr. Windorfer trat dafür ein, daß man vor allem in der Allgemeinmedizin nicht ohne Not ein bewährtes und bekanntes Medikament zugunsten eines neuen und unbekannteren verlassen soll, wenn nicht ein entscheidender Vorteil für den Patienten ersichtlich ist. Wenn der Vorteil eines neuen Medikamentes nicht ohne weiteres ersichtlich ist, sollte man zumindest erst die Entwicklung eine Weile abwarten. Auch dem Patienten gegenüber kann man das damit begründen, daß durch die kurze Verwendungszeit eventuell noch nicht alle Nebenwirkungen bekannt sind, betonte Frau Professor Dr. Weber. Professor Dr. Rahn unterstützte das und wies auf das Beispiel Dalzic hin, wo erst nach einer längeren Behandlungszeit wichtige Nebenwirkungen erkannt wurden.

Ein Kollege aus dem Auditorium berichtete über seine Erfahrung, daß bewährte Präparate in der Klinik oft ohne Begründung durch neuere ersetzt würden. Die Diskussionsleiterin sagte, daß das zum Teil darauf zurückzuführen sei, daß eine Klinikapothek nur einen begrenzten Medikamentenschatz haben kann. Dr. E. Walter, Heidelberg, hielt es ge-

genüber dem Hausarzt für fair, wenn man den Patienten darauf aufmerksam macht, daß man nur aus diesem Grund ihm ein gleichwertiges anderes Präparat geben müsse.

Da die Rote Liste für die Indikationsstellung und Transparenz offensichtlich nicht ausreichend ist, stellte sich die Frage, ob andere Zusammenstellungen, wie z. B. die Weiße Liste oder das Arzneimitteltelegramm, uns hier weiter bringen können. Wenn z. B. im Arzneimitteltelegramm alle Hypertensiva untereinander aufgeführt werden und die Preisunterschiede mit unterschiedlich langen Balken angegeben werden – ist damit dann die Arzneimitteltransparenz gegeben? Professor Rahn sagte, daß in erster Linie die Therapie patientengerecht sein muß, d. h., welche Therapie für den Patienten am günstigsten ist, die Frage nach dem Preis kommt erst anschließend. Solche Listen seien dann gefährlich, wenn sie den Arzt überwiegend auf die Kosten hinweisen. Erfahrungen mit solchen Listen zeigen, daß die aktuellen Preise nicht immer maßgebend sind, weil die Folgekosten nicht berücksichtigt werden. So ist die Therapie der Hypertonie z. B. mit einem bestimmten Diuretikum verhältnismäßig billig, vor allem gegenüber einem Beta-Rezeptorenblocker, aber berechnet man die notwendige Bestimmung des Kaliumspiegels nach zwei und vier Wochen und dann jeweils alle zwei bis drei Monate, dann verschiebt sich das Bild bereits erheblich. Auch die Nebenwirkungen werden in solchen Listen nicht berücksichtigt, so ist z. B. die Behandlung mit Guanethidin verhältnismäßig billig, hat aber eine hohe Nebenwirkungsrate mit starken subjektiven Beschwerden. Als Hinweis aus dem Auditorium wurde die Problematik der Tagesdosen angesprochen, die ja sehr unterschiedlich sein kann, so daß auch dieser Parameter hochproblematisch ist. Bei den Antibiotika kann man z. B. jedes Medikament zu dem billigsten machen, wenn man behauptet, daß man von diesem eine relativ kleine Menge benötigt.

Aus dem Auditorium kam die Frage, ob man dann, wenn man sich zur Behandlung mit einer Substanz entschlossen hat – z. B. Allopurinol –, in jedem Fall das billigste nehmen kann. An dem Beispiel Co-Trimoxazol, das zunächst als Bactrim® oder Eusaprim® in den Handel kam, führte Privatdozent Dr. Windorfer aus, daß

bei Überprüfung der Bioverfügbarkeit der jetzt nahezu 20 Präparate die älteren in der Regel besser waren als die neu eingeführten. Bei vielen neueren Präparaten war die Resorption zwar oft gut, manchmal sogar besser, aber die Schwankungsbreite war so groß, daß die älteren in der Regel sicherer sind. Dr. Rathscheck, Frankfurt, warnte vor dem Pauschalurteil, daß klein gleich schlechter bedeuten muß, denn es gibt auch hochspezialisierte Präparate von kleinen Firmen mit höchster Qualität. Durch das neue Arzneimittelgesetz werden vom Hersteller Daten über die Bioverfügbarkeit, den Reinheitsgrad und die genauen Mengenangaben pro Medikamenteneinheit verlangt. Überprüfungen bereits eingeführter Medikamente hatte ergeben, daß diese Kriterien nicht immer erfüllt wurden, so daß sie zum Teil von den Firmen aus ihrem Angebot gestrichen wurden. Auch bei der Zerfallsgeschwindigkeit einer Tablette haben sich bei Überprüfung durchaus Unterschiede ergeben, die von Bedeutung sind. Will man bei einer Substanz auf ein Präparat ausweichen, nur weil es billiger ist, so muß man von dem Hersteller die Qualitätsüberprüfungen sich geben lassen, d. h., der Hersteller muß eigene pharmakologische, toxikologische und klinische Untersuchungen nachweisen.

Ein wichtiger Hinweis kam von Professor Heinrich, der ausführte, daß nicht nur medikamentöse Behandlung bei der Kostendämpfung eine Rolle spielt, sondern daß der gutsitzende Kompressionsverband oder Gummistrumpf auf die Dauer billiger ist als die rechtzeitige Operation bei Arterienstenosen. Auch die gezielte Klinikeinweisung spart Kosten – so ist es unsinnig, eine Appendizitis zur Appendektomie in eine teure Universitätsklinik zu schicken, und auf der anderen Seite sollte man z. B. Cushing-Patienten nicht in ein kleineres Krankenhaus schicken, wo er einige Tage rumliegt, um dann doch weitergeschickt zu werden.

Abschließend betonte Frau Professor Weber: „Erst kommt das ärztliche Problem – die patientengerechte Behandlung – und der Preis ist eine Sache, die angehängt ist, und wir müssen versuchen, daß es nicht zu einer Umkehrung kommt.“

Referent:

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

Technische Fortschritte in der Kardiologie – Moderne Untersuchungsmethoden – Aktuelle Probleme der Hämatologie

18. Bayerische Internistentagung in München

Die Vortragenden und Referenten dieser von Professor Dr. E. Wetzels, Rosenheim, geleiteten Tagung wurden von drei Münchener Kliniken gestellt, nämlich von der I. und II. Medizinischen Klinik der Technischen Universität München und von der I. Medizinischen Abteilung des Städtischen Krankenhauses München-Schwabing. Thematisch ging es um technische Fortschritte in der Kardiologie, um moderne Untersuchungsmethoden sowie um aktuelle Probleme der Hämatologie.

Aus dem Vortrag von Privatdozent Dr. A. Wirtzfeld über **aktuelle Aspekte der Schrittmachertherapie** war zu entnehmen, daß sich in den Fällen, wo eine Schrittmacherimplantation zur Verbesserung der hämodynamischen Situation eingesetzt wird, wesentlich größere Probleme ergeben als bei Patienten mit kardialen Synkopen. Denn hierbei soll eine durch chronische Bradykardie unzureichende kardiale Pumpfunktion verbessert werden. Da jedoch die Bradykardie nur selten die alleinige Ursache einer reduzierten Förderleistung des Herzens ist, sondern in den meisten Fällen eine mehr oder weniger ausgeprägte Myokardinsuffizienz hinzukommt, muß von vornherein damit gerechnet werden, daß durch eine Elektrostimulation höchstens eine relative Besserung erreicht werden kann. Der therapeutische Erfolg ist in diesen Fällen deshalb meist weniger eindrucksvoll als bei der Gruppe, bei der lediglich kardiale Synkopen verhindert werden sollen. Deshalb erhebt sich die Frage, ob die Schrittmacherimplantation hier nicht lediglich eine „Pulskosmetik“ anstatt einer wirklichen hämodynamischen Besserung herbeiführt. Dies gilt besonders für Patienten mit chronischen Sinusbradykardien.

Um die Möglichkeit einer Verbesserung durch Elektrostimulation zu überprüfen, untersuchte Dr. Wirtzfeld 30 Patienten mit chronischem Sinusknotensyndrom, wobei das Herzzeitvolumen in Ruhe sowie unter Kammer- und Vorhofstimula-

tion bestimmt wurde. Dabei zeigte sich unter Kammerstimulation ein Abfall des Schlagvolumens um 31 Prozent, was zur Folge hatte, daß trotz der höheren Herzfrequenz von durchschnittlich 70/min das Herzzeitvolumen im Vergleich zu den Werten bei bradykardem Spontarrhythmus nicht verbessert werden konnte. Lediglich die Vorhofstimulation führte zu einer eindeutigen Steigerung des Herzzeitvolumens. In einigen Fällen kam es bei Patienten mit Sinusknotensyndrom unter einer Kammerstimulation sogar zu einer deutlichen Verschlechterung der kardialen Situation, was gelegentlich mit einem deutlichen Blutdruckabfall verbunden war.

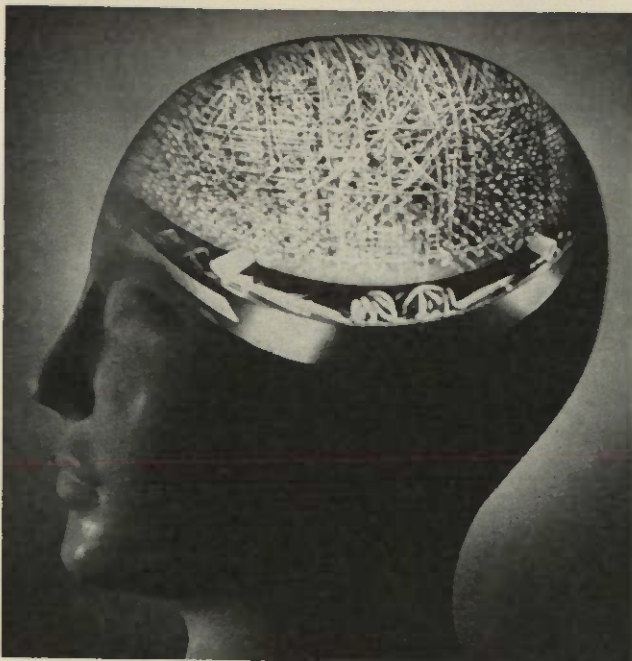
Aus diesen Untersuchungsergebnissen leitete der Vortragende die Empfehlung ab, in den Fällen, wo eine Schrittmachertherapie zwecks Verbesserung der Hämodynamik durchgeführt wird, ein solches System zu wählen, welches die physiologische Vorhof-Kammer-Synchronisation beibehält. Dies läuft darauf hinaus, daß man bei der Indikationsstellung zur Schrittmacherimplantation bei der Sinusbradykardie sehr zurückhaltend sein sollte. Wenn bei Patienten mit Sinusknotensyndrom wegen intermittierender Asystolien eine Schrittmacherindikation gegeben ist, sollte man Impulsgeber mit langsamer Reizfrequenz verwenden, was auch für Patienten mit intermittierenden AV-Blockierungen bzw. mit Karotissynussyndrom gilt. Falls jedoch bei chronischen Bradykardien damit gerechnet werden muß, daß trotz langsamer Reizfrequenz der Schrittmacher überwiegend in Aktion ist, sollten beim Sinusknotensyndrom vorhofinhibierte und beim AV-Block vorhofgesteuerte Modelle verwendet werden. Für Patienten mit einer sogenannten Zwei-Knoten-Erkrankung, also bei einer kombinierten Störung der Sinusknotenautomatie und der AV-Überleitung, steht heute ein bifokaler Herzschrittmacher zur Verfügung. Diese Impulsgebertypen gestattet auch dann eine Berücksichti-

gung der Vorhofinhibierbarkeit, wenn ein vorhofinhibiertes Modell wegen der zusätzlich bestehenden AV-Leitungsstörung nicht in Frage kommt.

Im Rahmen einer Vortragsreihe über moderne Untersuchungsmethoden kam Professor Dr. H. Ley zu Wort, der zu einigen **Funktionsproben der Leber und der Gallenwege** Stellung nahm. Er wies darauf hin, daß bei schweren Leberparenchymschädigungen und Leberzirrhosen nur in einem Drittel der Fälle die Gamma-Globuline vermehrt sind, und daß diese Vermehrung keinen Zusammenhang mit einem bestimmten Faktor der Leberzirrhose erkennen läßt. Die stärkeren Vermehrungen der Gamma-Globuline – also solche über 35 bis 40 Relativprozent – findet man praktisch nur bei der Leberzirrhose und bei keiner anderen Erkrankung, auch nicht bei Kollagenosen und bei malignen Tumoren.

Wie der Vortragende weiter ausführte, ist die Unterscheidung eines Ikterus, der von der Leber ausgeht von jener Gelbsuchtform, die durch einen Rückstau von Bilirubin in den Gallenwegen verursacht wird, gewöhnlich nicht besonders problematisch. Denn das Bilirubin zeigt dabei verschiedenartige Werte: Beim hepatischen Ikterus sind im allgemeinen 80 bis 90 Prozent des direkten und 10 bis 20 Prozent des indirekten Bilirubins erhöht, bei einem Verschuß der Gallenwege ist fast nur das direkte Bilirubin stark vermehrt.

Darüber hinaus tragen auch die Enzymbestimmungen wesentlich zur differentialdiagnostischen Abklärung bei, denn beim hepatischen Ikterus sind GOT und GPT am deutlichsten vermehrt, bei einer Wegbehinderung in den Gallenwegen sind meist die alkalische Phosphatase über 600 U/l und die Gamma-GT über 200 U/l vermehrt, während GOT und GPT nur geringgradige Veränderungen zeigen. Kommt es trotzdem zu Schwierigkeiten bei der Deutung eines Ikterus, so ist dies heute kein ernstes Problem mehr, weil man durch eine retrograde Füllung des Ductus choledochus und des Ductus hepaticus sowie des Ductus cysticus und der Gallenblase eine Darstellung dieser Organe erreichen und so auf retrogradem Weg zu Informationen gelangen kann, mit denen die entscheidende Frage, ob eine Verlegung der Gallenwege vorliegt oder nicht, beantwortet werden kann.



Wyeth Tavor®

sorgt für Distanz zum psychischen Konflikt.

Angstzustände und Angstbereitschaften werden abgebaut.

Autonome, vegetative Regulationen werden harmonisiert.

Organfunktionsstörungen und psychosomatische Erkrankungen verlieren ihre psychogene Basis.

Zusammensetzung:

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

Anwendungsgebiete:

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

Gegenanzeige:

Myasthenia gravis.

Vorsichtsmaßnahmen:

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

Nebenwirkungen:

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

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

Dosierung:

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

– In der allg. und intermittierenden Praxis:

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

– In der Chirurgie und Anaesthesiologie:

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

– In der Psychiatrie:

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

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

Preise:

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

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

Tavor 2,5 OP 20, 50, AP 500 Tabletten

DM 13,29, 31,49, 212,18 H. AT.

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



WYETH-PHARMA
44 Münster (Westfalen)
Postfach 8808

Seitdem immer mehr Deutsche ihren Urlaub in warmen Ländern verbringen, haben die Amöbenruhrinfektionen stark zugenommen. Auch der Amöbenabszeß ist keine Seltenheit mehr, doch kann seine Diagnose beträchtliche Schwierigkeiten bereiten. Nach der Darstellung von Professor Ley zeigen solche Patienten häufig einen leichten bis mittelschweren Ikterus, wobei das direkte Bilirubin stark, das indirekte jedoch nur mäßig vermehrt ist. Auch die Leberfunktionsproben der Enzyme sind vielfach pathologisch verändert, wenn auch nur in geringem Ausmaß. Gleichzeitig haben solche Patienten oft Temperaturen zwischen 39 und 41 Grad. Findet sich dabei noch der umschriebene Befund eines Abszesses der Leber in Verbindung mit einer positiven Komplementbindungsreaktion auf Amöbenruhr, die dreimal wiederholt werden muß, dann kann die Diagnose eines Amöbenruhrabszesses als gesichert gelten. Die Therapie ist in solchen Fällen einfach und sehr erfolgreich: Man gibt dreimal täglich eine Tablette Resochin à 250 mg, was im allgemeinen nach acht bis zehn Tagen zu einem vollen Heilungserfolg führt.

In einem ergänzenden Beitrag nahm Privatdozent Dr. W. Hansen zu einigen **modernen Untersuchungsverfahren bei Erkrankungen des Kolons** Stellung, wobei er erwähnte, daß Blutuntersuchungen für die Diagnostik wichtig seien, aber auch in Stich lassen können. So fällt die BSG bei malignen Dickdarntumoren selbst im fortgeschrittenen Stadium nicht selten normal aus. Das einzige Zeichen bei blutenden Prozessen ist vielfach eine hypochrome Anämie. Der Nachweis des karzinoembryonalen Antigens im Blut hat die diagnostischen Erwartungen als „Tumor Marker“ nicht erfüllt, denn dieser Test fällt bei benignen Erkrankungen nicht selten positiv aus, andererseits kann er auch bei ausgedehnten Karzinomen negativ sein. Hinzu kommt noch, daß das karzinoembryonale Antigen bei Rauchern mitunter schwach positiv ausfällt. Der Wert dieses Tests wird heute besonders bei der Überwachung von Tumoren gesehen, da ein Titeranstieg ein Rezidiv oder eine weitere Ausbreitung des malignen Prozesses signalisiert.

Bei jeder länger dauernden Durchfallserkrankung sollte nach pathogenen Keimen im Stuhl gefahndet

werden. Dr. Hansen wies in diesem Zusammenhang darauf hin, daß hierbei die sogenannte Dysbakterie, d. h. die quantitative Verschiebung bei den Dickdarmkeimzahlen, nach modernen Erkenntnissen keinen Krankheitswert besitzt. Die Diagnose einer Amöbenkolitis kann am einfachsten aus einer warm bei der Rektoskopie entnommenen Schleimflocke durch den direkten Nachweis der Magnaform des Erregers im Mikroskop gestellt werden.

Der Nachweis von okkultem Blut im Stuhl (Hämoccult-Test) hat sich als einfaches Screening-Verfahren für Polypen, Karzinome und andere blutende Läsionen des Magen-Darmtraktes bewährt und wurde inzwischen in das offizielle Vorsorgeprogramm aufgenommen. Im Gegensatz zu anderen Autoren vertrat Dr. Hansen den Standpunkt, es sei zur richtigen Durchführung dieses Testes notwendig, daß die Probanden drei Tage lang eine fleischfreie und ballastreiche Kost verzehren; außerdem sollten sie auf die Einnahme Vitamin C-haltiger Medikamente verzichten. Die Untersuchung sollte möglichst drei bis sechs verschiedene Stuhlproben betreffen und es sollten bereits einmal positive oder auch schwach positive Resultate gewertet werden.

In seinen weiteren Ausführungen wies Dr. Hansen darauf hin, daß heute zur vollständigen Dickdarmdiagnostik grundsätzlich eine endoskopische Untersuchung gefordert werden muß. Hier konnten in den letzten Jahren durch die Einführung der voll flexiblen Fiberglasendoskope wesentliche Fortschritte erzielt werden. So lassen sich z. B. mittels der elektrischen Schlinge Polypen bis zu einer Größe von 2 bis 3 cm Durchmesser entfernen oder Fremdkörper extrahieren. In einigen Zentren wird bereits ein Verfahren zur endoskopischen Appendektomie bearbeitet. Echte Kontraindikationen sind lediglich schwere Blutungsübel sowie ein inkooperativer Patient. Wenn eine floride Kolitis oder eine Divertikulose vorliegt, dann ist allerdings bei der hohen Koloskopie wegen Perforationsgefahr Vorsicht geboten.

In seinem Vortrag über **pathophysiologische Befunde bei der Lymphogranulomatose und deren therapeutische Konsequenzen** unternahm Professor Dr. H. Begemann den Ver-

such, aus den bisher vorliegenden Daten ein pathophysiologisches Modell der Lymphogranulomatose (= LGR) zu konstruieren, wobei er — etwas vereinfacht — folgende pathogenetischen Schritte unterschied:

1. Ein Agens X (ein Virus oder ein anderes exogenes oder endogenes Substrat) befällt einen T- oder einen B-Lymphozyten und verändert dessen Antigenstruktur.
2. Aus der Interaktion von solchen transformierten Zellen, von Zellen des Monozyten-Makrophagensystems und immunaktiven T- und/oder B-Lymphozyten entstehen zunächst einkernige Hodgkin- und daraus dann mehrkernige Sternberg-Zellen.

Der Vortragende räumte ein, daß über den Stellenwert dieser pathognomonischen, aber keineswegs die Diagnose eindeutig beweisenden Zellen im Pathomechanismus der LGR derzeit noch kein verbindliches Urteil möglich ist.

Wenn man sich jedoch die Vorstellung zu eigen macht, daß der LGR eine schwere Störung im Zusammenspiel der einzelnen immunologischen Funktionsbereiche, gewissermaßen eine Dysharmonie des Immun- und Entzündungssystems zugrunde liegt, dann würde sich als ein mögliches therapeutisches Konzept der Versuch anbieten, dieses gestörte Immunsystem vorübergehend funktionell auszuschalten. Hierbei bestehe die Hoffnung, dem Immunsystem zu einer Neuordnung und Umorientierung zu verhelfen. Die besonders günstigen therapeutischen Erfolge, über die kürzlich Rosenberg und Mitarbeiter mit der Kombination einer totalnodalen Bestrahlung und einer intensiven Polychemotherapie berichteten, könnten diese Hypothese bestätigen. Die Erfahrungen der letzten 30 Jahre, so betonte Professor Begemann, haben gezeigt, daß die Hodgkinsche Krankheit durchaus behandelbar ist. Die bislang nur unbefriedigenden therapeutischen Bemühungen könnten aber nur verbessert werden, wenn man versucht, den pathophysiologischen Wissensfundus für eine gezielte Behandlung nutzbar zu machen.

Referent:

Dr. med. D. Müller-Plattenberg, Harz-kammer Straße 1 a, 5600 Wuppertal 2

Gesundheits-Sozial-Berufspolitik

Landesgesundheitsrat neu konstituiert

Am 2. April 1979 fand die konstituierende Sitzung des Bayerischen Landesgesundheitsrates für die 9. Wahlperiode des Bayerischen Landtags statt.

Zum 1. Vorsitzenden wurde gewählt:

Franz von Prümmer, MdL
Oberthulba, Krs. Bad Kissingen

Zum Stellvertretenden Vorsitzenden wurde gewählt:

Karl Heinz Müller, MdL
Aystetten

Zum Schriftführer wurde gewählt:

Leitender Medizinaldirektor
Dr. Alfred Böhm
Allgemeinarzt, Neuesting

Dem Bayerischen Landesgesundheitsrat gehören 30 Mitglieder an. 15 Mitglieder wurden von den Fraktionen des Bayerischen Landtags benannt. 15 Mitglieder von den vorschlagsberechtigten Körperschaften und Verbänden.

Von den Fraktionen wurden benannt:

CSU

Franz von Prümmer, MdL
Oberthulba, Krs. Bad Kissingen

Dr. Elisabeth Biebl, MdL
München

Rudolf Gütlein, MdL
München

Elisabeth Schnell, MdL
Augsburg

Leitender Medizinaldirektor
Dr. Alfred Böhm

Allgemeinarzt, Neuesting
Dr. Hartwig Holzgartner
Internist, München

Dr. Ernst Theodor Mayer
Nervenarzt, München

Rektor Heinz Miederer
Neuendettelsau

Ursula Schleicher, MdB
Aschaffenburg

Klaus Wagner
München

SPD

Dr. Fritz Cremer, MdL
Allgemeinarzt, Lengfurt

Walter Dorsch, MdL
Fürth

Dr. Erwin Hirschmann
Kinderarzt, München

Willi Kaiser, MdL
Naila

Karl Heinz Müller, MdL
Aystetten

Von den vorschlagsberechtigten Körperschaften und Verbänden wurden benannt:

Für die Gesetzliche Krankenversicherung einschließlich der Ersatzkassen:

Direktor Hans Sitzmann

Für die Privatkrankenkassen:

Direktor Hans Amler

Für die Landesversicherungsanstalten:

Direktor Walter Keller

Für die Berufsgenossenschaften:
Johann Hausladen

Für die Bayerische Krankenhausgesellschaft:
Landrat Konrad Regler

Für das Bayerische Rote Kreuz:
Generaloberin Hermine Held

Für die Bayerische Landesärztekammer:
Professor Dr. Hans Joachim Sewering, MdS

Für die Bayerische Landeszahnärztekammer:
Dr. Erich Pillwein

Für die Bayerische Landesapothekerkammer:
Dr. Hermann Vogel

Für die Bayerische Landestierärztekammer:
Dr. Günter Pschorn

Für die Medizinischen Fakultäten:
Professor Dr. Ernst Kolb

Für die Arbeitsgemeinschaft der Wohlfahrtsverbände:
Prälat Ludwig Penzkofer, MdS

Für den Verband der Kriegs- und Wehrdienststopfer, Behinderten und Sozialrentner Deutschlands, Landesverband Bayern e. V. (VdK):
Harald Kemper

Für den Landesverband Bayerischer Drogisten:
Erwin Göttmann

Für die Arbeitsgemeinschaft der kommunalen Spitzenverbände:
Berufsm. Stadtrat Dr. Herbert Genzel

Der Landesgesundheitsrat kooptierte Dr. med. Fritz Flath, MdL (F.D.P.), Neuenmuhler Weg 10, 8823 Muhr am See.

ZUSAMMENSETZUNG Salbe: 100g enthalten: Arnica 0,15g, Calendula 0, Hamamelis 0,045g, Echinacea angustifolia 0, Echinacea purpurea 0, Chamomilla 0,015g, Symphytum 0, Bellis perennis 0,01g, Hypericum 0, Millefolium 0,01g, Aconitum D1, Belladonna D1,01g, Atropin 0,01g, Mercurius solubilis Heilmann D1,01g, Hepar sulfuris D1 0,025g.

DOSIERUNGSANLEITUNG Salbe mehrmals täglich einreiben oder auftragen.

DARREICHUNGSFORM UND PACKUNGSGRÖSSEN (incl. MwSt.)

Salbe (Reg.-Nr. 49 982): Tuben mit 20g DM 3,73, mit 60g DM 11,68.

WEITERE DARREICHUNGSFORMEN Injektionslösung, Tropfen und Tabletten zum Einnehmen.

1/79

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

Traumeeel®

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

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

-Heel

Die Bayerische Landesärztekammer – Akademie für ärztliche Fortbildung – teilt mit:

Über die Notwendigkeit der ständigen Fortbildung für die im Beruf stehenden Ärzte gab es zu keiner Zeit Meinungsverschiedenheiten. Die Verpflichtung des Arztes zur Fortbildung ist deshalb seit Jahrzehnten in der Ärztlichen Berufsordnung verankert. Seit der Änderung des Kammergesetzes hat sie den Rang einer gesetzlichen Verpflichtung. Die Delegierten des 79. Deutschen Ärztetages gingen 1976 einen Schritt weiter und nahmen in die Berufsordnung den Satz auf: „Der Arzt muß eine entsprechende Fortbildung gegenüber der Ärztekammer in geeigneter Form nachweisen können.“

Zugleich wurde aber ausdrücklich verankert, daß es der Entscheidung des Arztes überlassen bleibt, in welcher Weise er sich fortbildet. Besuch von Vorträgen und Kongressen, häusliches Studium der Fachliteratur oder die Benützung der angebotenen audiovisuellen Möglichkeiten stehen gleichwertig nebeneinander.

Die Frage, welche Art und Weise der Dokumentation der Fortbildung den ärztlichen Bedürfnissen am ehesten gerecht wird, beschäftigt seither die zuständigen Gremien in allen Landesärztekammern. Auch die Bayerische Akademie für ärztliche Fortbildung, ein Ausschuß der Bayerischen Landesärztekammer, ist dieser Frage nachgegangen, der Bayerische Ärztetag hat dazu im Oktober 1978 erste Leitlinien beschlossen. Den bayerischen Kollegen werden nunmehr zwei Möglichkeiten der Dokumentation ihrer Fortbildung vorgestellt:

Die Kollegen sollen ein Kalendarium erhalten, in welchem Ort, Zeit und Thematik von Veranstaltungen eingetragen werden kann, an welchen der Arzt teilgenommen hat. Er hat auch die Möglichkeit, die Teilnahme durch Stempel testieren zu lassen. Im „Bayerischen Ärzteblatt“ sollen aber auch Fragebögen veröffentlicht werden, welche der Arzt zu Hause

beantworten und damit selbst sein medizinisches Wissen überprüfen kann. Zunächst werden sich die Fragen mit Notfallmedizinischen Themen befassen, über welche im „Bayerischen Ärzteblatt“ berichtet und zu denen auch ein Band der Schriftenreihe der Bayerischen Landesärztekammer allen Kollegen zugehen wird.

Die bayerischen Kollegen sollen über einen längeren Zeitraum hinweg die Möglichkeit haben, sich mit den beiden vorgestellten Formen einer Dokumentation ihrer Fortbildung zu beschäftigen, um dann zu einem späteren Zeitpunkt eine Meinungsbildung darüber herbeizuführen, welche Art der Dokumentation bevorzugt würde. Die Bayerische Landesärztekammer und ihre Akademie für ärztliche Fortbildung würden sich freuen, wenn sich viele bayerische Kollegen an dieser Meinungsbildung beteiligen wollten.

Dr. E. Thiele, Vorsitzender

Bayerisches Ärzteorchester

Frenkfurt, 27. Mel 20 Uhr Musikhochschule
Augsburg, 28. Mel 20 Uhr Kongreßhelle
München, 29. Mel 20 Uhr Herkulesaal

Felix Mendelssohn Bartholdy: Hebriden-Ouvertüre
Francis Poulenc: Orgelkonzert in g
Antonin Dvorak: Symphonie Nr. 7 in d

Orgel: Edger Krepp
Leitung: Reinhard Steinberg

Karten an allen öffentlichen Vorverkaufsstellen und der Abendkasse
Bayerische Konzertdirektion, Merienplatz 2, München 2, Telefon (0 89) 22 74 80
Konzertbüro Helde Salzmann, Zieglerstraße 3, Augsburg 22, Telefon (08 21) 9 68 55

Mit Professor Krepp ist einer der profiliertesten Vertreter der jungen Generation auf der Orgel der diesjährige Solist des Bayerischen Ärzteorchesters. Als Meisterschüler von Frenz Lehrndorfer an der Münchener Musikhochschule machte er schon als Heranwachsender auf sich aufmerksam, seine musikalische wie technische Brevour wurde mit zahlreichen Preisen gewürdigt, als Krönung 1971 mit dem international begehrten 1. Preis des ARD-Wettbewerbs in München. Nach einem Studienjahr in Paris bei Marie-Claire Alein wurde er Assistent von Professor Lehrndorfer. Mit 26 Jahren wurde er von Helmut Weiche zum Nachfolger auf dessen Lehrstuhl für Orgel an die Frankfurter Musikhochschule berufen. Bei Konzerten in allen Kontinenten hat sich Krapp den Ruf erspielt, neben hervorragenden Interpretationen der Bachschen Musik ein Spezialist für die romantische deutsche und französische Orgelmusik zu sein. Kein Wunder also, daß auf dem Programm der Konzerte des Bayerischen Ärzteorchesters mit dem Poulenc-Konzert eines der wenigen großen Orgelkonzerte der Spätromantik steht.

Die Musikalität und Qualität des Bayerischen Ärzteorchesters, das im vergangenen Jahr sein zehnjähriges Bestehen feierte, findet in der Presse eine für ein – wohlgemerkt – Laienensemble außergewöhnlich positive Resonanz. So führte die „Augsburger Allgemeine“ anläßlich des letztjährigen Konzertes an, daß die Musiker des Bayerischen Ärzteorchesters „... ein übereus Anspruchsvolles Programm mit einem Elen und einer Könnerschaft bewältigten, die auch professionellen Orchestern Ehre gemacht hätte ...“ In gleichem Sinne schrieb die „Süddeutsche Zeitung“.

Des „Bayerische Ärzteblatt“, das seit Jahren aufmerksam auf die künstlerischen Erfolge unserer musizierenden Kollegen hinweist, möchte den Besuch der diesjährigen Konzerte dringend empfehlen.

Ärztliche Schlichtungsstellen keine Schiedsinstanzen

von Werner Bischoff

Die von den Ärztekammern errichteten Schlichtungsstellen wollen zur außergerichtlichen Beilegung von Haftpflichtstreitigkeiten zwischen Ärzten und Patienten beitragen und den Beteiligten auf diese Weise langwierige, kostspielige und unbefriedigende gerichtliche Auseinandersetzungen über diesbezügliche Schadensersatzansprüche ersparen. Nach den Erfahrungen der Praxis bestehen über Wesen und Funktion dieser Schlichtungsstellen sehr häufig falsche Vorstellungen insofern, als vielfach angenommen wird, daß es sich hierbei um behördliche Institutionen handelt, die in einer Art Gerichtsverfahren über Rechte und Pflichten anderer Entscheidungen zu treffen haben. Dafür spricht schon die Fassung zahlreicher Einsendungen, in denen etwa die „Eröffnung des Schlichtungsverfahrens“ oder eines „Ermittlungsverfahrens“ oder gar eines „Hauptverfahrens“ beantragt wird. Weiterhin werden in Briefen von Anspruchstellern oder ihren Bevollmächtigten die Schlichtungsstellen des öfteren als „ärztliche Schiedsstellen“ oder „ärztliche Schiedsgerichte“ bezeichnet. Offenbar schwebt manchem dabei auch ein schiedsgerichtliches Verfahren – etwa i. S. der §§ 1025 ff. ZPO – vor, wo – unter Ausschluß des Prozeßgerichts – aufgrund eines Schiedsvertrages von gewählten Schiedsrichtern ein Schiedsspruch gefällt wird, der unter den Parteien die Wirkung eines rechtskräftigen Urteils hat, jedoch unter bestimmten Voraussetzungen mit der Aufhebungsklage angefochten werden kann.

Nun sind es zwar im wesentlichen die gleichen Motive, die im Einzelfall zum Abschluß eines Schiedsvertrages oder zur Anrufung der ärztlichen Schlichtungsstelle führen. In beiden Fällen ist die Verfahrensdauer kürzer als beim Prozeßgericht, es werden Kosten gespart, die Öffentlichkeit bleibt ausgeschlossen und die gewählten Schiedsrichter wie auch die Mitglieder der Schlichtungsstellen bieten gewöhnlich die Gewähr für eine besondere Sach- oder Branchenkenntnis; Schiedsgerichte und Schlichtungsstellen arbeiten also – mit anderen Worten –

einfacher, billiger und schneller als die staatlichen Gerichte. Trotz dieser Gemeinsamkeiten sind die Schlichtungsstellen keine Schiedsinstanzen. Sie werden nicht aufgrund einer im Einzelfall getroffenen besonderen Abrede tätig, ihre Tätigkeit nehmen sie vielmehr dann auf, wenn sie in einer Haftpflichtstreitsache zwischen Arzt und Patient zum Zwecke der Beilegung der Streitigkeit angerufen werden. Die Schlichtungsstelle ist aber auch nicht dazu berufen, Entscheidungen zu treffen, durch die Rechtsverhältnisse festgestellt werden. Handelt es sich darum, eine konkrete – zivilrechtliche – Streitigkeit im Wege der Schlichtung aus der Welt zu schaffen, so ist der Begriff „Schlichtung“ nur so zu verstehen, daß die betreffende Streitigkeit durch geeignete Maßnahmen, insbesondere durch sachkundige Empfehlungen, auf gütlichem Wege in einer für die Beteiligten akzeptablen Weise behoben wird.

Die Schlichtungsstelle trifft also keine Entscheidungen; Ziel ihrer Tätigkeit ist es, nach möglichst rascher und eingehender Sachaufklärung in einem Gutachten einen sachverständigen Vorschlag zur Behebung der Streitigkeit festzulegen. Sie beendet ihre Arbeit im Einzelfall also praktisch mit einem Gutachten. Natürlich ist dieses abschließende Gutachten nicht vergleichbar mit der Begutachtung aufgrund eines Schiedsgutachervertrages, wo gewisse für eine Entscheidung erhebliche Tatsachen für die Vertragsparteien bindend festgestellt werden, um etwa einem späteren Prozeß durch die getroffenen Feststellungen eine maßgebliche Richtung zu geben.

Der von der Schlichtungsstelle in einem Gutachten festgelegte Vorschlag ist nicht bindend für die Beteiligten und hindert diese nicht daran, am Ende doch den Rechtsweg zu beschreiten. Selbstredend kann ein solcher sachverständiger Vorschlag, mit dem ja eine Streitigkeit auf friedliche Weise erledigt werden soll, nur gemacht werden, wenn die erforderlichen Voraussetzungen vorliegen, also nur dann, wenn sich

Sicherheit und Rendite

bietet die Winterthur-Lebensversicherung. Schon nach der ersten Beitragszahlung wird im Todesfalle die Auszahlung der vollen Versicherungssumme garantiert.

● Durch den Einschluß einer Unfall- oder Berufsunfähigkeits-Zusatzversicherung kann der Risikoschutz sinnvoll ergänzt werden.

● Steuervergünstigungen und hohe Überschußbeteiligung machen die Lebensversicherung außerdem zu einer rentablen Geldanlage. Es können Renditen von 10% und mehr erzielt werden.

winterthur
versicherungen

Abteilung Ärzteversicherung
Leopoldstraße 34-38,
8 München 40,
Telefon (089) 3836-1

nach Prüfung der Sachlage eine entsprechende Grundlage dafür abzeichnet und die etwa vorzuschlagende Lösung unter den besonderen Umständen des Einzelfalles für die Beteiligten auch annehmbar erscheint. Deshalb besteht natürlich für die Schlichtungsstelle, die übrigens selbständig arbeitet und bei ihren Aktionen keinen Weisungen unterworfen ist, auch keine Verpflichtung, in jedem Falle den Beteiligten einen diesbezüglichen Vorschlag zu unterbreiten.

Nach den inzwischen gemachten Erfahrungen möchten immer wieder Anspruchsteller ihren Wünschen besonderen Nachdruck dadurch verleihen, daß sie damit drohen, ihre Angelegenheit „der Öffentlichkeit zu übergeben“ oder sich „beschwerdeführend an andere Stellen“ zu wenden, falls die Schlichtungsstelle nicht alsbald eine Entscheidung in ihrem Sinne treffen werde. Drohungen dieser und ähnlicher Art, die wohl den Besonderheiten unserer Zeit entsprechen dürften und in der Sache selbst zu nichts führen, lassen ebenfalls erkennen, daß über Wesen und Aufgaben der Schlichtungsstellen in der Praxis häufig unrichtige Vorstellungen herrschen.

Gelangt die Schlichtungsstelle nach sachlicher Prüfung des Einzelfalles zu dem Ergebnis, daß eine etwa beabsichtigte Schadensersatzklage unter den gegebenen Verhältnissen wenig Aussicht auf Erfolg haben dürfte, so teilt sie ihre Auffassung mit einer entsprechenden Begründung dem Anspruchsteller mit. Eine solche Mitteilung, die mehr die Bedeutung einer Beratung hat, hat gleichfalls nicht den Charakter einer Entscheidung; sie hat keine präjudizielle Wirkung und steht einer even-

tuellen Anrufung der Gerichte ebenfalls nicht im Wege.

Da es sich bei der Tätigkeit der Schlichtungsstellen nicht um ein gerichtliches oder gerichtsähnliches Verfahren handelt, empfiehlt es sich, zur Vermeidung von Mißverständnissen von dem Gebrauch der im Gerichtswesen üblichen Fachworte nach Möglichkeit abzusehen. So sind die bei einem Schlichtungsverfahren Mitwirkenden schlechthin als „Beteiligte“ zu bezeichnen; Ausdrücke wie „Kläger“ oder „Beklagter“ oder „Partei“ oder „Beschuldigter“ sind irreführend und sollten tunlichst vermieden werden. Treten weiterhin die Mitglieder der Schlichtungsstellen zusammen, um einen – vielleicht besonders komplizierten – Sachverhalt weiter zu klären und möglichst eine für alle Beteiligten passable Kompromißlösung zu finden, so handelt es sich dabei nicht um eine „mündliche Verhandlung“, sondern um eine gemeinsame Erörterung zum Zwecke der Beilegung der Streitigkeit. Fernerhin ist für die eine ärztliche Schlichtungsstelle anrufenden Personen der Terminus „Antragsteller“ fehl am Platze. Anträge werden bei Gerichten und Verwaltungsbehörden gestellt, und die Stellung eines Antrages hat zwangsläufig zur Folge, daß hierüber eine Entscheidung getroffen werden muß, die wiederum für den Antragsteller in irgendeiner Weise rechtlich bedeutsam ist. Wie aber bereits ausgeführt, sind die von den Schlichtungsstellen den Beteiligten unterbreiteten Vorschläge oder die diesen gegebenen Mitteilungen keine Entscheidungen. Für den, der sich zwecks außergerichtlicher Erledigung einer Haftpflichtstreitigkeit an die Schlichtungsstelle wendet, ist die

auch im Versicherungswesen allgemein gebräuchliche Bezeichnung „Anspruchsteller“ zutreffend.

Mitunter wird von Anspruchstellern oder ihren Bevollmächtigten „beantragt“, von ganz bestimmten Ärzten Gutachten einzuholen, in der Meinung, daß einem solchen Ersuchen – wie etwa nach § 109 des Sozialgerichtsgesetzes – unbedingt entsprochen werden müsse. Nun schließt ja die Schlichtungsstelle, wie gesagt, ihre Arbeit selbst mit der Erstellung eines Gutachtens ab, das – zumindest in den für den Anspruchsteller positiven Fällen – zugleich einen sachverständigen Vorschlag enthält, und ein solches Gutachten ist letztlich auch das Ziel der Schlichtungstätigkeit. In Anbetracht der Vielfalt und im Hinblick auf den Schwierigkeitsgrad der im Einzelfall auftretenden medizinischen Fragen sieht sich die Schlichtungsstelle häufig genötigt, Auskünfte und gutachtliche Stellungnahmen von nach ihrem Dafürhalten besonders erfahrenen Spezialärzten beizuziehen, die sie in ihrem abschließenden Gutachten berücksichtigt und auswertet. Da sie aber lediglich dazu berufen ist, zum Zwecke der Behebung von Streitigkeiten sachverständige Vorschläge zu machen, muß es ihr natürlich auch vorbehalten bleiben, die nach ihrer Auffassung zur weiteren Sachaufklärung noch erforderlichen fachärztlichen Stellungnahmen einzuholen. Die prozeßrechtlichen Vorschriften über die Beiziehung von medizinischen Sachverständigengutachten durch das Gericht können aus den bereits dargelegten Gründen bei der Tätigkeit der Schlichtungsstelle auch keine analoge Anwendung finden.

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

Prostamed®

Perlurethrale Adenome Stadium I und II · Chronische Prostatitis · Reizblase

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

Dosierung: 3 x täglich 2–4 Tabletten einnehmen.

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

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



Die öffentliche Meinung

von R. Berensmann

I. Die öffentliche Meinung

wird gemacht:

- die Meinung für den Arzt
- die Meinung gegen den Arzt
- die Meinung für und gegen seine berufsständische Vertretung

Jeder Arzt muß wissen, wie Informationen zustande kommen und wie sie wirken, weil er selbst und auch seine Patienten dauernd damit zu tun haben.

II. Drei Gruppen von Informationen

lassen sich unterscheiden, welche von den Journalisten zur Veröffentlichung ausgewählt werden:

1. „Offizielle“ Nachrichten über Vorgänge, die für einen großen Perso-

nenkreis bedeutsam sind oder deren Träger von Bedeutung sind; die, die sich kürzlich zugetragen haben, damit Neuigkeitswert besitzen und von denen mit ausreichender Sicherheit feststeht, daß die Nachricht auch stimmt.

2. Nachrichten, welche Journalisten für interessant halten. Jeder Journalist ist erfolgsorientiert und mißt seinen Erfolg an der Lesernachfrage. Darum ist dies die wichtigste Gruppe. Dazu gehören Informationen, zu denen möglichst große räumliche oder psychologische Nähe seitens der Leser besteht, mit denen sich möglichst viele Leser identifizieren oder von ihnen betroffen fühlen können.

3. Nachrichten, ausgewählt nach dem Selbstverständnis und den beruflichen Werten der Journalisten; nach ihrer Meinung haben die Massen-

medien eine kritische Aufgabe. Deshalb wird bevorzugt Negatives aufgegriffen, insbesondere dann, wenn die neue Information mit bereits vorher aufgebauten Erwartungen, Standpunkten, Interpretationen und Voraussagen übereinstimmt. Diese „Konsonanz“ oder „Stimmigkeit“ spielt eine entscheidende Rolle bei der öffentlichen Meinungsbildung durch Informationsauswahl. Solange die Bevölkerung unter verschiedenen Informationsquellen wählen kann, ist dies noch relativ ungefährlich. Wenn aber die Auswahl unmöglich ist, z. B. durch staatliche oder private Monopole im Nachrichtenwesen, verschwindet die Widerstandskraft der Leser gegen diese Manipulation in der Meinungsbildung.

III. Die psychologische Basis der Meinungsbildung durch Massenmedien

1. Oft bestimmt die allererste Meldung eines Ereignisses den Bezugsrahmen (positiv oder negativ) für

Korrigiert die Herzmetabolik

Strodival® perlingual

Die richtige perlinguale Applikation von g-Strophanthin gewährleistet eine vollwirksame, zuverlässig steuerbare und praktisch nebenwirkungsfreie Therapie Ihrer Linksherz-Patienten. Besonders beim akuten stenokardischen Anfall sollte STRODIVAL® perlingual wegen seiner Sofortwirkung Anwendung finden.

Strodival® mr magensaftresistent

Für Ihre schleimhautempfindlichen Patienten steht jetzt STRODIVAL® in Form der neuen magensaftresistenten Schluckkapsel zur Dauertherapie von Linksmycardschäden zur Verfügung. Durch die enterale Resorption tritt die volle Herzwirkung hierbei erst ca. 30 bis 40 Minuten nach der Anwendung ein. Für den akuten Anfall ist STRODIVAL® mr daher nicht geeignet.

Zusammensetzung: Eine Zerbiß-Kapsel Strodival® perlingual sowie eine Schluck-Kapsel Strodival® mr enthalten je 3,0 mg g-Strophanthin in oleophiler Phase.
Indikationen: Bei allen Formen von Linksmycardschäden. **Kontraindikationen:** Hyperkalzämie, Kaliummangelzustände, Atrio-ventriculäre Reizleitungsstörungen; Vorsicht bei gleichzeitiger iv. Kalziumtherapie. **Besondere Hinweise:** Rechtsherzinsuffizienzen (bei vorliegenden Ödemen, Tachykardien und Tachyarrhythmien) brauchen gezielte Zusatzmaßnahmen. Bei Strodival® perlingual treten gelegentlich Mundschleimhautreizungen auf. In diesen Fällen sollte die magensaftresistente Form Strodival® mr angewandt werden. **Dosierung und An-**

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

1–2 Kapseln. Strodival® mr sollte möglichst auf leeren Magen unzerbissen geschluckt werden. Morgens nüchtern und tagsüber ½ bis 1 Stunde vor den Mahlzeiten. **Handelsformen und Preise:** Strodival® perlingual: OP mit 30 Kapseln DM 550 inkl. MwSt.; OP mit 100 Kapseln DM 1486 inkl. MwSt.; OP mit 500 Kapseln DM 6230 inkl. MwSt. Strodival® mr: OP mit 30 Kapseln DM 599 inkl. MwSt.; OP mit 100 Kapseln DM 1585 inkl. MwSt.; OP mit 500 Kapseln DM 5599 inkl. MwSt. Verschreibungspflichtig.

A. HERBERT KG
Wiesbaden

alles Weitere. Alles, was zu dieser zuerst geschaffenen Vorstellung paßt, wird aufgegriffen; das Gegen-sätzliche nur kurz oder gar nicht berichtet. Niemand desavouiert sich gern selbst. Da Hörfunk und Fernsehen sehr schnell und aktuell sind, schaffen sie sehr oft einen solchen Bezugsrahmen.

2. Die Auswahl-Freiheit gegenüber Informationen ist bei Zeitungen und Zeitschriften viel größer als beim Fernsehen. Hier gibt es weniger Programme; man kann innerhalb eines Programmes der Information nicht ausweichen und die geistige Anspannung bei der Aufnahme ist geringer als beim Lesen. Außerdem werden durch das Fernsehen unkritischere, uninformierte und der Prä-gung zugänglichere Personen angesprochen.

IV. Was ist öffentliche Meinung?

– Wer mit der öffentlichen Meinung nicht umgehen kann, zieht letztlich immer den Kürzeren.

Öffentliche Meinung ist ein recht alter Begriff. Aber in jüngster Zeit konnte dieses Phänomen wissenschaftlich erklärt werden (Noelle-Neumann). Ausgangspunkt der theoretischen Erkenntnisse war ein einfaches Experiment, das in Amerika durchgeführt wurde. Es zeigte, daß man viele Menschen auf relativ einfache Weise dazu bringen kann, eine vormals richtige Meinung unbewußt zu ändern.

V. Das Schlüsselexperiment

In diesem Experiment gaben sechs von zehn Versuchspersonen ihre Meinung auf, sobald eine Majorität eine andere Meinung verkündete. Zwei Versuchspersonen wurden unsicher, nur zwei blieben bei ihrem eigenen (sachlich richtigen) Urteil. Das Experiment ist inzwischen in vielen Ländern unzählige Male wiederholt und modifiziert worden, und zwar im Prinzip stets mit dem gleichen Ergebnis (Noelle-Neumann):

– Die meisten Menschen schließen sich der Fremdmeinung an, sobald diese von einer realen oder vermeintlichen Majorität verkündet wird.

VI. Angst vor Isolation

Grund für diesen Meinungsumschwung ist das Bestreben der meisten Menschen, sich nicht zu isolieren. Das eigene Urteil ist für das Individuum unwichtiger als das Isolationsrisiko.

Auf die Darstellung kommt es an.

– Öffentliche Meinung ist diejenige Meinung, zu der man sich öffentlich bekennen und nach der man öffentlich handeln kann, ohne sich zu isolieren.

Konformitätsdruck

Öffentliche Meinung übt also einen Konformitätsdruck aus. Es liegt in der Natur des Menschen, sich in wesentlichen Lebenszügen nicht zu isolieren, sei es in der Gruppe, sei es in der Gesellschaft schlechthin. Erster Ausdruck dieses Konformitätsstrebens ist das Verschweigen der eigenen Meinung.

VII. Bekennen, um zu „überleben“

Im Schweigen liegt der entscheidende Positionsverlust; denn nur die Meinung, die sich darstelle, zählt (Noelle-Neumann). Insoweit ist der Ausdruck „schweigende Mehrheit“ ein Widerspruch in sich selbst. Eine Majorität, die schweigt, ist keine Majorität mehr.

– Nicht allein das Neue einer Meinung macht sie zur öffentlichen, sondern das öffentliche Bekenntnis zu ihr; „neue“ Meinungen finden nur leichter Wortführer und Darstellung als überkommene Ansichten.

Anschrift des Verfassers:

Dr. med. Rolf Berensmann, Jahnstraße 32, 7000 Stuttgart 70

Personalia

Professor Bodechtel 80 Jahre

Der emeritierte ordentliche Professor für Innere Medizin und ehemalige Direktor der II. Medizinischen Klinik der Universität München, Professor Dr. med., Dr. phil. Gustav Bodechtel, Furtwänglerstraße 14, 8000 München 19, wurde am 17. März 1979 80 Jahre.

Er begann 1920 mit dem Studium der Medizin und verfaßte schon in den vorklinischen Semestern an der Universität Erlangen seine erste wissenschaftliche Arbeit „Über die Entwicklung des Labyrinthes bei Wirbeltieren“. Aufgrund dieser Arbeit promovierte er 1923 kurz nach bestandener ärztlicher Vorprüfung zum Doktor der Philosophie.

Nach dem medizinischen Staats-examen und der Promotion zum Dr. med. war er zunächst als wissenschaftlicher Assistent an der Deutschen Forschungsanstalt für Psychiatrie und Neurologie und anschließend in Erlangen tätig. 1932 habilitierte er sich mit einer Arbeit über Hirnveränderungen bei Herzkrankheiten. 1935 wurde er Oberarzt an der Neurologischen Klinik Hamburg-Eppendorf und im August 1938 zum ao. Professor ernannt. Nach vorübergehender Tätigkeit als Chefarzt des Städtischen Krankenhauses Dortmund-Nord wurde er 1940 auf den 2. Lehrstuhl für Innere Medizin an die Medizinische Fakultät in Düsseldorf berufen. 1953 wurde er Nachfolger von Gustav von Bergmann an der II. Medizinischen Universitätsklinik in München, die er bis 1969 leitete.

Bis heute ist Professor Bodechtel Leiter des eng mit dieser Klinik verknüpften Instituts der Friedrich-Baur-Stiftung zur Erforschung entzündlicher Nervenkrankheiten.

Professor Bodechtel ist Ehrenmitglied der Société Française de Névrologie und der Deutschen Gesellschaft für Innere Medizin, deren Vorsitzender er im Jahre 1966 war.

ad multos annos!

Klinische Fortbildung in Bayern

– Programm Seite 466 –

Erfolgreiche Forschung
führt zu wirksamen Präparaten.
Wirksame Präparate
machen die Therapie kostengünstig.

Gastrozepin®

Spezifischer Magensekretionshemmer

- Eine Monosubstanz.
Bei Ulcus und Gastritis.
- Sekretionshemmend, soviel wie nötig.
Auch während der Nacht.
- Keine Blockierung physiologischer
Regulationen im Gastrointestinaltrakt.
- Keine Kontraindikationen bekannt.
- Kurze Heilungszeit.
Bei nur zweimal 1 Tablette täglich.
- Die kostengünstige Therapie.
Ergebnis der Thomae-Forschung.

Zusammensetzung:

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

Anwendungsgebiete:

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

Dosierung und Anwendungswelae:

Zu Beginn der Therapie sind einmalig 2 Tabletten, denn jeweils morgens und abends 1 Tablette einzunehmen. Nach Eintritt der Beschwerdefreiheit, die mit Gastrozepin in der Regel schon nach wenigen Tagen erreicht wird, soll bis zur völligen Ausheilung noch 2 - 3 Wochen (je 1 Tablette morgens und abends) weiterbehandelt werden. Die Einnahme erfolgt am besten vor den Mahlzeiten mit einem Schluck Flüssigkeit.

Unverträglichkeiten und Risiken: Bisher keine bekannt.

Besondere Hinweise:

Gelegentlich kann die Therapie mit Gastrozepin eine Appetitanregung bewirken. Eine in seltenen Fällen auftretende Stuhlerweichung ist als wünschenswerter Beweis dafür zu werten, daß Magen- und Darmmotilität nicht gestört werden. In Tierversuchen wurde festgestellt, daß Gastrozepin auch bei hoher Dosierung keine teratogenen Eigenschaften besitzt. Trotzdem wird, wie bei allen neuen Arzneimitteln, von der Anwendung während der ersten 3 Schwangerschaftsmonate abgeraten.

Darreichungsformen und Packungsgrößen:

Originalpackung mit 20 Tabletten DM 13,50, Originalpackung mit 50 Tabletten DM 29,25. Klinikpackung. - Preisänderung vorbehalten.

Thomae

Satzung des Ärztlichen Bezirksverbandes Oberbayern

Die Mitgliederversammlung des Ärztlichen Bezirksverbandes Oberbayern hat am 7. Februar 1979 nachstehende Satzung beschlossen:

§ 1

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

§ 2

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

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

Ferner hat er die Delegierten zum Deutschen Ärztetag zu wählen.

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

§ 3

Mitglieder des Bezirksverbandes sind die Ärztlichen Kreisverbände des Regierungsbezirkes Oberbayern.

§ 4

Die Organe des Bezirksverbandes sind:

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

§ 5

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

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

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

§ 6

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

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

§ 7

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

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

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

§ 8

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

§ 9

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

§ 10

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

§ 11

Öffentliche Bekanntmachungen des Bezirksverbandes erfolgen im „Bayerischen Ärzteblatt“.

§ 12

Diese Satzung tritt am 7. Februar 1979 in Kraft

München, den 7. Februar 1979

gez. Dr. Platiel
1. Vorsitzender

Satzung des Ärztlichen Bezirksverbandes Oberfranken

Die Mitgliederversammlung des Ärztlichen Bezirksverbandes Oberfranken hat am 20. Dezember 1978 nachstehende Satzung beschlossen:

§ 1

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

§ 2

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

Der Bezirksverband wirkt bei der Abgabe gutachtlicher Stellungnahmen der Bayerischen Landesärztekammer gegenüber Behörden in Fällen des Ruhens, der Rücknahme, des Widerrufs und der Wiedererteilung der Approbation mit. Ferner hat er die Delegierten zum Deutschen Ärztetag zu wählen.

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

§ 3

Mitglieder des Bezirksverbandes sind die Ärztlichen Kreisverbände des Regierungsbezirkes Oberfranken.

§ 4

Die Organe des Bezirksverbandes sind:

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

§ 5

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

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

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

§ 6

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

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

§ 7

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

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

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

§ 8

Der Bezirksverband untersteht der Aufsicht der Bayerischen Landesärztekammer und der Regierung von Oberfranken.

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

§ 9

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

§ 10

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

§ 11

Öffentliche Bekenntmachungen des Bezirksverbandes erfolgen im „Bayerischen Ärzteblatt“.

§ 12

Diese Satzung tritt am 1. März 1979 in Kraft.

Kulmbach, den 20. Dezember 1978

gez. Dr. Brendler
1. Vorsitzender



RECORSAN-LIQUID.

Rain phytologisches Kardiotonicum für die kleine Herztherapie
Crataegus-Adonistherapie des Altersherzens

Altersherz, coronare Durchblutungsstörungen, Apoplexieprophylaxe
Hochdruckherz, Gastrokard. Syndrom.

In 100 ml: Rutin solub. 0,6 g. Alkohol. Auszüge aus: Crataegus 37,5 g. Adonis,
Visc. alb. ää 8,7 g. Aplum grav. Auricul. ää 7,3 g. Val. 1,3 g. Cola 4,3 g. · 30 ml DM 6,08

Recorsan-Gesellschaften Gräfelfing und Lüneburg

Zu besetzende Kassenarztsitze in Bayern

Wir empfehlen Ihnen, sich in jedem Fall vor Ihrer Niederlassung mit der zuständigen Bezirksstelle der Kassenärztlichen Vereinigung Bayerns in Verbindung zu setzen und sich wegen der Möglichkeiten und Aussichten einer kassenärztlichen Tätigkeit beraten zu lassen. Dort erfahren Sie auch, wo und in welchem Umfang Förderungsmöglichkeiten bestehen.

Oberfranken

Berg, Lkr. Hof/Seele:

1 Allgemein-/Praktischer Arzt

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

Bischofsgrün, Lkr. Bayreuth:

1 Allgemein-/Praktischer Arzt

Hof/Saale:

1 Allgemein-/Praktischer Arzt

Hohenberg a. d. Eger, Lkr. Wunsiedel:

1 Allgemein-/Praktischer Arzt

Kronech:

1 Allgemein-/Praktischer Arzt

Röslau, Lkr. Wunsiedel:

1 Allgemein-/Praktischer Arzt

Selb-Erkersreuth, Lkr. Wunsiedel:

1 Allgemein-/Praktischer Arzt

Töpen, Lkr. Hof:

1 Allgemein-/Praktischer Arzt

Weldhausen, Lkr. Coburg:

1 Allgemein-/Praktischer Arzt

Nalla, Lkr. Hof:

1 Augenarzt

Merktredwitz, Lkr. Wunsiedel:

1 HNO-Arzt

Münchberg, Lkr. Hof/Saale:

1 Kinderarzt

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

Mittelfranken

Ansbach:

1 Chirurg mit Unfallbehandlung (D-Arzt-Tätigkeit)

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

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

1 Allgemein-/Praktischer Arzt

Vorra, Lkr. Nürnberger Land:

1 Allgemein-/Praktischer Arzt

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

Unterfranken

Geiselbach, Lkr. Aschaffenburg:

1 Allgemein-/Praktischer Arzt

Mömbriß, Lkr. Aschaffenburg:

1 Allgemein-/Praktischer Arzt

Knetzgau, Lkr. Heßberge:

1 Allgemein-/Praktischer Arzt

Höchheim, Lkr. Rhön-Grabfeld:

1 Allgemein-/Praktischer Arzt

Suizfeld, Lkr. Rhön-Grabfeld:

1 Allgemein-/Praktischer Arzt

Stadt Schweinfurt, Stadtteile Deutschhol/Hochfeld-Steinberg:

1 Allgemein-/Praktischer Arzt

Alzenau, Lkr. Aschaffenburg:

1 Augenarzt

Stadt Aschaffenburg:

1 Augenarzt

Erlenbach, Lkr. Miltenberg:

1 Augenarzt

Schweinfurt:

2 Augenärzte

Karlstedt, Lkr. Main-Spessert:

1 Frauenarzt

Gerolzhofen, Lkr. Schweinfurt:

1 Frauenarzt

Bad Kissingen, Lkr. Bad Kissingen:

1 HNO-Arzt

Obernburg, Lkr. Miltenberg:

1 HNO-Arzt

Stadt Schweinfurt:

1 HNO-Arzt

Haßfurt, Lkr. Haßberge:

1 Hautarzt

Bad Brückenau, Lkr. Bad Kissingen:

1 Kinderarzt

Erlenbach, Lkr. Miltenberg:

1 Kinderarzt

Miltenberg, Lkr. Miltenberg:

1 Kinderarzt

Stadt Schweinfurt:

1 Kinderarzt

Miltenberg, Lkr. Miltenberg:

1 Nervenarzt

Haßfurt, Lkr. Haßberge:

1 Urologe

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

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

1 Allgemein-/Praktischer Arzt

Nachfolgebesezung für ein Einzugsgebiet von ca. 3000 Einwohnern.

Waldthurn, Lkr. Neustadt/WN:

1 Allgemein-/Praktischer Arzt

Nachfolgebesezung für ein Einzugsgebiet von ca. 2500 Einwohnern.

Amberg:

1 Arzt mit der Zusatzbezeichnung Psychotherapie

Bärnau, Lkr. Tirschanreuth:

1 Allgemein-/Praktischer Arzt

Neukirchen-Balbin, Lkr. Schwandorf:

1 Allgemein-/Praktischer Arzt

Ursensollen, Lkr. Amberg-Sulzbach:

1 Allgemein-/Praktischer Arzt

Weckersdorf, Lkr. Schwendorf:

1 Allgemein-/Praktischer Arzt

Stadt Schwendorf, Lkr. Schwandorf:

1 Anästhesist

Stadt Sulzbach-Rosenberg, Lkr. Amberg-Sulzbach:

1 Augenarzt

Amberg:

1 Hautarzt

Stadt Schwandorf, Lkr. Schwendorf:

1 Hautarzt

Walden:

1 Heuterzt

Weiden:

1 Nervenarzt

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

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

1 Allgemein-/Praktischer Arzt

Haarbach, Lkr. Passau:

1 Allgemein-/Praktischer Arzt

Heilbach, Lkr. Straubing-Bogen:

1 Allgemein-/Praktischer Arzt

Hunderdorf/Neukirchen, Lkr. Straubing-Bogen:

1 Allgemein-/Praktischer Arzt

Ohu, Lkr. Landshut:

1 Allgemein-/Praktischer Arzt

Rain, Lkr. Straubing-Bogen:

1 Allgemein-/Praktischer Arzt

Roßbach, Lkr. Rottel-Inn:

1 Allgemein-/Praktischer Arzt

Stallwang, Lkr. Streubing-Bogen:

1 Allgemein-/Praktischer Arzt

Regen-Stadt:

1 Augenerzt

Viechtach, Lkr. Regan:

1 Auganarzt

Deggendorf-Stadt:

1 Heuterzt

Dingolfing-Stadt:

1 Hautarzt

Regen-Stedt:

1 Hauterzt

Bawerbungen bitte an die Bezirksstelle Niederbayern der KVB, Lillienstraße 5-7, 8440 Streubing, Talafon (0 94 21) 70 53.

Schwaben**Rain am Lech, Lkr. Donau-Ries:**

1 Allgemein-/Praktischer Arzt

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

Bergmann-Plakette für Dr. Hellmann

Auf einer Versammlung der schwäbischen Mandatsträger am 7. April 1979 in Augsburg überreichte Professor Dr. Hans Joachim Sewering die Ernst-von-Bergmann-Plakette an Dr. Klaus Hellmann, Internist - Lungen- und Bronchialheilkunde, Vorsitzender des Ärztlichen Bezirksverbandes Schwaben, Mitglied des Vorstandes der Bayerischen Landesärztekammer und der Bayerischen Akademie für ärztliche Fortbildung, Grottenau 2, 8900 Augsburg.

Dr. Hellmann ist seit seiner Wahl in den Vorstand des Ärztlichen Kreisverbandes Augsburg im Jahre 1951 als Mitglied des Fortbildungsausschusses tätig. Seit Einführung des großen Fortbildungskongresses in Augsburg ist Dr. Hellmann aktiv an der Gestaltung, Ausrichtung und Organisation dieser Veranstaltungen beteiligt, hat mehrfach selbst Referate gehalten und die Tagung geleitet.

Auf dem Internationalen Fortbildungskongreß der Bundesärztekammer in Grado richtet Dr. Hellmann zusammen mit Dr. Goßner seit über zehn Jahren das Pneumologische Seminar der Frühjahrsveranstaltung aus und hat dort bisher 27 Vorträge gehalten.

Dr. Hellmann hat außerdem auf zahlreichen Fortbildungsveranstaltungen auf Kreis- und Bezirksverbandsebene und im Rahmen der Tagungen der Vereinigung freipraktizierender Pneumologen und des Berufsverbandes der Pneumologen in Deutschland über 20 Referate und Veröffentlichungen nachzuweisen. Außerdem hat er jahrelang in der Redaktion der „Zeitschrift für Ärztliche Fortbildung“ als Lektor mitgewirkt. Er ist Gründungsmitglied des Kollegiums Medicum Augustanum und Mitglied des engeren Vorstandes, der sich mit der Planung und Organisation der Augsburger Fortbildungsveranstaltungen für praktische Medizin befaßt.

Außerdem hat er 1977 die „Kolloquien für praktische Medizin“ an den Kliniken des Krankenhauszweckverbandes Augsburg als Einrichtung des Ärztlichen Kreisverbandes Augsburg gegründet.



Der Nürnberger Arzt Johann Karl Osterhausen (1765 bis 1839) im Zeitalter der Aufklärung

von Joachim Moerchel

Die Medizin des 18. Jahrhunderts war erfüllt von Unruhe und Gärung. Es herrschte Aufbruchstimmung (1). Trotz humoralpathologischer Praxis wurden erste Schritte hin zu pathologischen Systemen und einem naturwissenschaftlichen Ansatz unternommen. Gesteigertes Beobachtungsbedürfnis führte zu experimentellem Denken und einer neuen klinischen Medizin: Leitworte wie „observatio et ratio“ (2) bestimmten die Aufklärungsmedizin.

Ein einflußreicher Arzt in Nürnberg um die Wende des 18. und 19. Jahrhunderts war Johann Karl Osterhausen (3). Geboren am 11. März 1765 (4) in Artelshofen im Pegnitztal als ältester Sohn des Pfarrers Samuel Osterhausen, der ihn auch bis zum 14. Lebensjahr mit Hauslehrern unterrichtete, besuchte er die Spital- und Lorenzerschule in Nürnberg, bis er sich im September 1783 an der Universität Altdorf immatrikulierte, zunächst als Student der Theologie und Philosophie. Angeregt durch Sektionen im Nürnberger Anatomischen Theater, das in Räumen des Katharinenklosters lag, fand er zur Medizin. Besondere Förderung erfuhr Osterhausen durch den Altdorfer Polikliniker Hofmann,

der ihn zur praktische Medizin führte. Weitere Studienorte waren 1788 Würzburg, 1789 Kliniken in Berlin, bis er 1790 sein Medizinstudium in Altdorf abschloß. In seiner Dissertation (5) befaßte er sich mit der antiken Sekte der Pneumatiker. Hierbei kamen ihm seine altphilologischen Studien und seine Übersetzung der Diätetik des Galen (6) zustatten. In einer der Dissertationsthesen betonte er, Haupterfordernis für den Arzt wäre, daß er ein Praktiker sei, mag er noch so gutes theoretisches Wissen besitzen.

Seit dem 1. Juni 1791 war Osterhausen als Arzt in Nürnberg niedergelassen. Am 9. November 1791 unterzog er sich dem (bis 1808) notwendigen Examen vor dem Nürnberger Collegium medicum. Kritik am Kastengeist und einer gewissen medizinischen Dogmatik übte Osterhausen 1798 in einer satirischen Schrift (7).

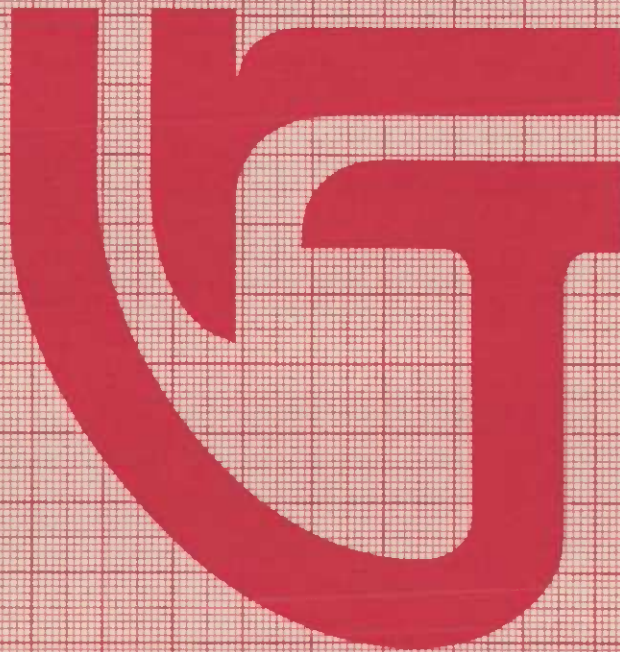
Seit 1792 hatte er die ärztliche Versorgung des Armen- und Waisenhauses inne und unterrichtete am Anatomischen Theater die Nürnberger Wundärzte, seit 1823 auch an

(Fortsetzung Seite 448)

Zur Digitalistherapie
in der täglichen Praxis

Lani Longoral®

seine entscheidenden
Vorteile sind:



Erhöhte Digitalistoleranz verminderte Nebenwirkungen bessere Allgemeinverträglichkeit

Zusammensetzung

1 Dragee enthält: β -Acetyl Digoxin
0,125 mg, Mono-Kalium-D, L-aspartat
200 mg, Mono-Magnesium-D, L-
aspartat 200 mg, Vitamin A 4000 I.E.
Vitamin B₁ 5 mg, Vitamin B₆ 4 mg,
Vitamin B₁₂ 6 mg, Vitamin E 10 mg

Indikationen:

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

Kontraindikationen:

Hyperkaliämie, sino-ventrikuläre
Reizleitungsstörungen, schwere
Bradykardie, schwere Niereninsuffi-
zienz mit gestörter Elektrolyt-
ausscheidung, gleichzeitige parenterale
Verabreichung von Calcium

Nebenwirkungen:

Bei Patienten mit Glykosid-Ober-
sensibilität bzw. Störungen des
Elektrolytgleichgewichtes, ins-
besondere infolge einer Über-
dosierung, Appetitstörungen

Übelkeit, Erbrechen, Herzrhythmus-
störungen und orthopische Ersehe-
nungen auftreten.

Dosierung:

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

Darreichungsformen und Packungsgrößen:

30 Dragees	DM 5,55
50 Dragees	DM 10,35
100 Dragees	DM 18,45

Klinikpackung



Schaper & Brümmer
Salzgitter · Ringelheim

Naturstoff-Forschung und -Therapie

Ars moriendi

Über Sterben und Tod wird gesprochen, über den eigenen Tod und den fremden. Vom bewußten Erleben des Sterbens und des Todes dagegen schließt sich die Gesellschaft mehr und mehr aus; zwei Drittel der Sterbenden werden derzeit in professionellen Einrichtungen aufgenommen, deren Zielsetzung und Organisation auf Lebenserhaltung und nicht auf Sterbebegleitung ausgerichtet ist. Die Aufgabenstellung hat sich für die Ärzte dadurch wesentlich erweitert. Die Voraussetzungen, diese Aufgabe zu erfüllen, fehlen, zumindest was die dafür notwendige Zeit und das psychologische Rüstzeug für diese mitmenschliche Betreuung anbelangt.

Wissenschaft und Forschung haben andererseits den Ärzten diagnostische und therapeutische Möglichkeiten zur Wiederherstellung versagender Lebensfunktionen in die Hand gegeben. Daraus hat sich das utopische Bewußtsein bei Patient und Arzt entwickelt, daß Lebenserhaltung machbar sei. Kritik an dieser Machbarkeit wird laut. Der Arzt sieht sich einer wachsenden Feindseligkeit gegenüber, er schöpfe seine technischen und therapeutischen Möglichkeiten aus, auch wenn das Sterben eine sinnlose und qualvolle Verlängerung erfährt. Das Anrecht auf einen würdigen Tod wird erhoben.

Der Arzt steht damit im Konflikt: er hat Möglichkeiten, erfolgreich in einzelne Lebensvorgänge entscheidend einzugreifen. Aber er ist beschränkt in der Vorhersage, ob diese Mittel koordinierte Lebensfunk-

tionen wiederherzustellen vermögen.

Dieses Entscheidungsfeld eignet sich nicht für gesetzliche Regelungen und rechtlich definierte Normen, von denen das ärztliche Handeln bestimmt wird. Es ist der verantwortungsbewußten Arbeit der Schweizer Kollegen zu danken, das Thema Sterbehilfe aus der politischen Atmosphäre genommen und demokratischen Entscheidungen entzogen zu haben. Im gleichen Sinne ist die Aktivität der Bundesärztekammer zu verstehen; sie hat diese Richtlinien ärztlichen Verhaltens und Entscheidens fast wortgetreu übernommen und ihnen eine medizinische Interpretation hinzugefügt.

Unmißverständlich ziehen diese Richtlinien die Grenze zu verbotener „aktiver“ Sterbehilfe. Sie ist auch dann zurückzuweisen, wenn der Patient diesen Wunsch äußern sollte. Damit ist auch jede Diskussion über aktive Sterbehilfe hinfällig, die auf dem Begriff „lebensunwertes Leben“ oder übermäßigen finanziellen Belastungen aufbaut. Damit wird auch eine Schranke gegenüber dem Gesetzgeber gebildet, der in jüngster Vergangenheit die Schwangerschaftsunterbrechung als Tötungsdelikt ausgeklammert hat. Die Erfahrung lehrt, daß durch diese gesetzliche Reform der Arzt in einen Handlungsablauf gezwungen wird, der mit dem „Recht auf den eigenen Bauch“ und die „soziale Notlage“ eingeleitet wird und mit dem Tod ungeborenen Lebens endet.

Die Rückbesinnung auf eine am Sterbenden orientierte passive Ster-

behilfe mit der klaren Absage an jede, auch verdeckte Form aktiver Sterbehilfe, setzt dem Gesetzgeber Grenzen, die schon zu stürzen drohten. Die Aufgabe des Arztes im Umgang mit Sterbenden hat sich erweitert, ist schwieriger geworden und erfordert differenzierte Entscheidungen für ärztliche diagnostische Handlungen. So ist die Aufklärungspflicht besonders zu beachten, um dem Patienten die Realität, die bestehenden Behandlungsmöglichkeiten und die Prognose so zu vermitteln, daß er dareus sein Schicksal zu erkennen vermag. Der Patient bedarf der Unterstützung durch den Arzt, um daraus seinen Willen über seinen Tod zu formulieren. Er bedarf der Beratung, wenn sich Veränderungen ergeben, die abweichende Entscheidungen angezeigt sein lassen. Der Arzt kann sich nicht mehr nur auf die bloße Anwendungsmöglichkeit seiner Hilfsmittel und eine wahrscheinliche Lebensverlängerung berufen. Besondere Schwierigkeiten entstehen für die ärztlichen Entscheidungen, wenn der Patient minderjährig oder nicht mehr im Vollbesitz der geistigen Kräfte sich befindet. Er bleibt dabei verpflichtet der Lebenserhaltung und dem Recht auf eine individuelle Todesgestaltung.

Es ist ein hoher Anspruch, der an den Arzt erhoben wird: sich wie bisher und mit allen gegebenen Möglichkeiten für Erhaltung und Wiederherstellung der Lebensfunktionen einzusetzen; zugleich aber das Recht seines Patienten an seinem persönlichen Sterben und dessen Ausgestaltung zu respektieren, in manchen Fällen diese Gestaltung des Sterbens für den Patienten festzulegen. Die Ars moriendi des Sterbenden muß wieder eine Chance haben. Der Arzt ist Begleiter. Überbewertung medizinischer Möglichkeiten darf den Sterbenden nicht an diesem Akt der Selbstverwirklichung hindern. Die Richtlinien schaffen für den Arzt den nötigen weiten Entscheidungsrahmen. Eine Chance mehr für die medizinische Kunst und das Verhältnis von Patient und Arzt.

Dr. med. Gertraud Bäcker, Vorsitzende des Bayerischen Ärztinnenbundes, Bed Brunthel 3, 8000 München 80

Korrekturen am „Jahrhundertwerk“

Genau ein Jahr besteht das „Jahrhundertwerk“ Gemeindegebietsreform, die bei ihrem Abschluß am 1. Mai 1978 vom damaligen Innenminister Dr. Alfred Seidl als eine „Reform mit Augenmaß“ ohne „kommunales Kahlschlag“ bezeichnet wurde, wenn sich Staatsregierung und Landtag in diesen Wochen daran machen, Kurskorrekturen an der Neugliederung der bayerischen Gemeinden vorzunehmen. Vor zehn Jahren hatte Seidis Vorgänger, Dr. Bruno Merk, damit begonnen, die weiß-bleue Kommunallandschaft, die seit 160 Jahren unverändert war, modernen Erfordernissen anzupassen. Sein Ziel war, wirtschaftliche, leistungsfähige und bürgernehe Verwaltungseinheiten zu schaffen, die auch Aufgaben höherer Instanzen wahrnehmen können. Als Merk 1969 mit dem Zuschnitt begann, existierten in Bayern 7073 Gemeinden. Freiwillig geben bis Dezember 1975 3028 Gemeinden ihre Selbständigkeit auf und schlossen sich mit Nachbarn zusammen. Zwangsweise mußten denn nochmals 1993 Gemeinden mit anderen fusionieren, so daß am Stichtag 1. Mai 1978 genau 2025 Gemeinden übrigblieben, von denen 1287 in 393 sogenannten Verwaltungsgemeinschaften zusammengefaßt wurden. In einer Verwaltungsgemeinschaft sind die Mitgliedsgemeinden zwar formal selbständig, die entfallenden Verwaltungsgeschäfte werden jedoch von einer Mitgliedsgemeinde zentral für alle erledigt. Die Durchschnittsgröße der neuen Gemeinden lag nach der Reform nicht — wie zunächst envisiert — bei 5000 Einwohnern, sondern bei 6200, wobei Neu-Ulm mit 46 442 Bewohnern die größte kreisangehörige Gemeinde und Balderschwang im Allgäu als Mitglied einer Verwaltungsgemeinschaft mit 163 Einwohnern die kleinste darstellte.

Der gewaltige Eingriff blieb naturgemäß nicht ohne Widerspruch. Im Maximilianium diskutierte der zuständige Ausschuß den zugrunde liegenden Verordnungsentwurf 14 Stunden lang, das Plenum beschäftigte sich einen vollen Tag damit. Kaum war die Verordnung verabschiedet, hegelte es Klagen. Fast 190 Klagen gingen beim Bayerischen Verwaltungsgerichtshof, beim Bayerischen Verfassungsgerichtshof und beim Bun-

desverfassungsgericht ein, ohne jedoch bislang die Reform zu Fall zu bringen. Lediglich in rund zwei Dutzend Fällen empfahlen die Richter Änderungen der Neugliederung. Eher drastisch reagierten manche Reformbetroffenen: Eine Gemeinde suchte die Herausgabe ihrer Akten dadurch zu verhindern, daß sie die Schlösser der Amtsstuben mit Blei ausgoss.

Der Unmut gegen Eingliederungen bzw. Zusammenschlüsse in Verwaltungsgemeinschaften wurde im wesentlichen folgendermaßen begründet: Gewachsene Strukturen und sozioökonomische Verflechtungen sollten nicht zerstört oder Ortschaften gewaltsam zu einer neuen Körperschaft zusammengetügt werden. Mangelnde Nähe und beschwerliche Wege zum neuen Verwaltungssitz wurden ebenso beklagt, wie eine Verteuerung der Verwaltungsarbeit. Auch die eigene Finanzkraft im Vergleich zu den neuen Partnern wurde ins Treffen geführt.

Große Hoffnungen setzten die Reformgegner auf Bayerns neuen Ministerpräsidenten, Frenz Josef Strauß, der in seiner Regierungserklärung die Reform zwar grundsätzlich bejahte, aber gleichzeitig torderte: „Gleichwohl muß im einzelnen geprüft werden, ob die Gemeindegebietsreform überein die in sie gesetzten Erwartungen erfüllt und den Notwendigkeiten des Bürgers in der Gestaltung seiner gemeindlichen Umwelt dient oder ob Änderungen angebracht sind.“ Strauß meinte, daß es in „einer Reihe von Fällen zu Unzuträglichkeiten gekommen ist“ und kündigte eine baldige Bereinigung der Einzelfälle, aber keine Neuauflage der Gemeindegebietsreform an.

Erste Korrekturschritte leitete die CDU-Landtagsfraktion ein, die 138 „Problemfälle“ zusammengetragen hatte, wobei es sich ausschließlich um Mitgliedsgemeinden in Verwaltungsgemeinschaften handelte. Auf dieser Grundlage sollte das Innenministerium einen Gesetzentwurf zur Gliederung von Gemeinden und Verwaltungsgemeinschaften erstellen. Mit diesem Schritt wurde die Möglichkeit eröffnet, bereits eingegangene Verwaltungsgemeinschaften wieder aufzulösen

oder Gemeinden auszugliedern. Die Reaktion darauf war zwiespältig: Der kommunalpolitische Sprecher der SPD, Rolf Lengenberger, sah „einen Flächenbrand“ für die Gebietsreform voraus, der Vorsitzende des Bayerischen Städteverbands, Josef Deimer, befürchtete neue Unruhe im Lande und falsche Hoffnungen, auf deren Erfüllung zahlreiche Gemeinden auch nachhaltig dringen werden. Der Gemeindegag begrüßte zwar die Absicht, Unzuträglichkeiten zu vermeiden, torderte aber gleichzeitig mehr Verantwortung für die Mitglieder der Verwaltungsgemeinschaften im „speziellen Wirkungskreis“, um die kommunale Ebene durchschaubarer und praktikabler zu gestalten.

Anfang März war es dann soweit: Innenminister Gerold Tandler kündigte die parlamentarische Behandlung des Abschlußgesetzes für die Gemeindegebietsreform im Landtag für den Mai an. Zuvor wurde eine Anhörung der von den Korrekturen betroffenen Gemeinden erfolgen. Nach Tenders Vorlage, die das Kabinett billigte, wird es künftig nur noch 358 Verwaltungsgemeinschaften, also 35 weniger, mit 1144 Mitgliedern statt bisher 1287 geben. Damit erhöht sich die Zahl der Einheitsgemeinden um 143 auf 908. Zu dem Abschlußgesetz, das ausschließlich Verwaltungsgemeinschaften betrifft, meinte Tandler, in der Mehrzahl der Gemeinden seien die Bürger zwar mit dem Reformergebnis zufrieden, es solle jedoch nach neuen Kriterien die Reform weiter verbessert, der in Problemfällen orientierten Kritik die Grundlage entzogen und damit die Unruhe in der kommunalen Landschaft endgültig beseitigt werden. „Es ist das Hauptanliegen des Entwurfs, größeren und aus eigener Kraft ausreichend leistungsfähigen Gemeinden ein Ausscheiden aus Verwaltungsgemeinschaften zu ermöglichen, wo das ohne Nachteile für andere Gemeinden geschehen kann.“ Angewendete Kriterien für die Korrektur sind neben der Leistungsfähigkeit die Finanz- und Verwaltungskraft sowie die Leistungsfähigkeit der übrigen Verwaltungsgemeinschaft.

Die Beschränkung auf die „Härtefälle“ der Gemeindeform war Ausgangspunkt der Oppositionskritik. Die SPD sah den Gleichheitsgrundsatz verletzt, wenn nicht auch alle Problemfälle bei Einheitsgemeinden nochmals diskutiert würden. Die F.D.P. meinte, die Staatsregierung habe nur jene zu befriedigen versucht, die am lautesten geschrien hätten. Beide sagten eine neue Prozeßwelle, eine Flut von Anträgen und Petitionen im Parlament voraus: Die Gemeindeform werde zum Dauerstreit der nächsten Jahre.

Michael Gscheidle

der Königlichen Kunstschule als Anatomielehrer.

Einen Einblick in die ärztliche Tätigkeit Osterhausens, der als erster Arzt in Nürnberg regelmäßig mit Pferd und Kutsche Krankenbesuche machte, vermitteln die Rezeptierbücher (Liber Receptorum et Liber Ordinationum) (8) aus den Jahren 1791 bis 1809. Diese können Aufschluß geben über Patienten, die aus allen Schichten stammten, sowie über die verschriebenen Arzneien. Die Rezepte selbst sind eine Fundgrube für den Pharmaziehistoriker.

Osterhausen war zusammen mit Johann Wolf und Jakob Sturm am 22. März 1802 an der Gründung der Nürnberger Naturhistorischen Gesellschaft beteiligt. Die lokale Tier- und Pflanzenwelt stand im Mittelpunkt regelmäßiger wissenschaftlicher Vortragsabende. Mit Christian Friedrich Harless (1773 bis 1853) und weiteren 13 Freunden gründete er die Physikalisch-medizinische Sozietät in Erlangen zur Förderung von Medizin und Physiologie.

Nach einer 48jährigen praktischen ärztlichen Tätigkeit starb Johann Karl Osterhausen am 2. November 1839 an einem Herzversagen.

In dem medizinischen Hauptwerk „Ueber medicinische Aufklärung“ (9) sieht H.-J. Maurer das Programm der Medizin in der Epoche der Aufklärung weitgehend von Osterhausen formuliert (10). Als praktischer Arzt beklagte er, daß sich so viele Menschen in Fragen der Gesundheit von Vorurteilen und Irrtümern blenden ließen. Die Gründe des medizinischen Aberglaubens wollte er in dieser medizinischen Volksschrift (11) aufhellen und die Entstehung, den Fortgang und die verschiedenartige Ausbildung des medizinischen Aberglaubens darlegen. Dabei habe er nach Wahrheit gesucht. Damit grenzte er sich gegen Kollegen seiner Umgebung ab, die durch eine Aufklärung des Publikums und die Fortschritte der Wissenschaft nicht an Einträglichkeit ihrer wissenschaftlichen Gelehrsamkeit verlieren wollten.

Gesundheit ist für ihn ein hohes Gut. Medizinische Aufklärung definierte Osterhausen „als den Ausgang eines Menschen aus seiner Unmuen-

digkeit in Sachen, welche sein physisches Wohl betreffen“ (12). Dabei unterteilte er noch in wissenschaftliche Aufklärung und Volksaufklärung, worunter er die Verdrängung des Aberglaubens und der Vorurteile in medizinischen Dingen verstand.

Damit wandte er sich gegen „Afterärzte, Quaksalber, Charlatans“, die sich oft weit mehr Zutrauen zu verschaffen wußten als erfahrene, denkende und in ihrer Wissenschaft unterrichtete Ärzte. Jeder Jüngling, der sich der praktischen Arzneiwissenschaft widmen wollte, sollte genau erwägen und vorher prüfen, ob er Entschlossenheit, Mut und Standhaftigkeit genug besitzen würde, um deren Angriffe auszuhalten und ihnen trotzen zu können. Mitleiden und Teilnahme am Schicksal seiner Patienten wären auch nötig. Die Volksaufklärung würde am ehesten „durch Denk und Preßfreiheit befoerdert“; das zweite Mittel wäre die Erziehung (13), wobei man bei der Jugend anzufangen habe.

Mit seiner Schrift wollte Osterhausen breite Volksschichten aufklären und sich mahndend an seine Kollegen wenden. Betroffen stellte er ausgangs fest, „das haeufige, auf Vorurtheile sich gruendende Aderlassen und Purgiren, ist noch nicht abgeschafft“ (14). Immer wieder fänden sich alte Vorurteile und Irrtümer, die bei kritischer Anwendung des Wissens vermieden würden.

In Osterhausens Schrift lassen sich auch Wirkungen und die teilweise gelungenen Umsetzungen des philosophischen, theologischen Denkens (15) zu Ende des 18. Jahrhunderts ablesen. Medizinische Aufklärung wird als Mittel zur Vorbeugung (16) und Gesundheitspflege angesehen. Es erfolgte eine Zuwendung und eindringliche Ansprache des einzelnen; dadurch sollte eine Breitenwirkung erzielt werden.

Der Gesundheitsbegriff wie das Gesundheitsbewußtsein erfuhren durch Osterhausen eine Stärkung.

Quellen- und Literaturverzeichnis

1. MANN, Gunter: Vom Streit der Ärzte. Polemik in der Medizin seit Paracelsus, in: *Med. Welt* 17/16 (1965), S. 990.
2. vgl. LESKY, Erna: Medizin im Zeitalter der Aufklärung, in: *Lessing und die Zeit der Aufklärung*, Göttingen 1968, S. 89.
3. Lebensbild dargestellt von KIRSTE, Hans: Johann Karl Osterhausen, in: *Abhandlungen*

der Naturhistorischen Gesellschaft zu Nürnberg, Bd. XXIII, H. 4, Nürnberg 1931.

4. vgl. CALLISEN, Adolph Carl Peter: *Medicinisches Schriftsteller-Lexicon der jetzt lebenden Aerzte, Wundärzte, Geburtshelfer, Apotheker und Naturforscher aller gebildeten Völker*, Bd. 14, Copenhagen 1833, S. 205 (Hier Geb.-Datum: 9. März 1765).
5. OSTERHAUSEN, Johann Karl: *Historie sectae medicorum pneumaticorum*, Altorff 1791.
6. OSTERHAUSEN, Johann Karl: *Gelenus von Erhaltung der Gesundheit (e. d. Griech.)*, in: *Wittwer's Arch. f. Gesch. d. Arzneikde.*, Bd. 1, (Nürnberg 1790), S. 56–77.
7. (Osterhausen, Johann Karl): *Einige wohlgemeinte Vorschläge, wie ein medicinisches Collegium auf die zweckmässigste und vollkommenste Weise einzurichten sey*, hrsg. v. Simon RATZENBERGER, Nürnberg-Sulzbach, 1798.
8. Städtarchiv Nürnberg NW 233, Nr. 72–75.
9. OSTERHAUSEN, Johann Karl: *Ueber medicinische Aufklärung*, Bd. 1, Zuerich 1798. (Anm.: Bd. 2 als Manuskript verschollen, nicht im Druck erschienen)
10. s. MAURER, Hans-Joachim: *Medizin der Aufklärung*, in: *Zeitgeist der Aufklärung*, hrsg. v. H.-J. Schoeps, Paderborn 1972, S. 176.
11. vgl. DENEKE, J. F. Volrad: *Arzt und Medizin in der Teagespublizistik des 17. und 18. Jahrhunderts*, Köln-Berlin 1969, S. 193, 204; zu versch. Periodica bei: Garrison, Fielding H.: *The medical and scientific periodicals of the 17th and 18th century*, in: *Bull. Inst. Hist. Med.* II (1934), p. 285–343.
12. OSTERHAUSEN, Johann Karl: e. a. O., S. 9.
13. G. Herder verband Kultur, Aufklärung und Erziehung mitelnder; vgl. FUNKE, Gerhard: *Aufklärung – eine Frage der moralischen Haltung?*, in: *Zeitgeist der Aufklärung*, hrsg. v. H.-J. Schoeps, Paderborn 1972, S. 25.
14. OSTERHAUSEN, Johann Karl: e. a. O., S. 395.
15. vgl. MANN, Gunter: *Medizin der Aufklärung: Begriff und Abgrenzung*, in: *Med. hist. J.* 1 (1966), S. 73.
16. ACKERKNECHT, Erwin H.: *Medizin und Aufklärung*, in: *Schweiz. med. Wschr.* 1 (1959), S. 21.

Anschrift des Verfassers:

Dr. med. Joachim Moerchel, Am Fort Weisenau 22, 6500 Mainz 1

Fakultät

München – Technische Universität

Die Lehrbefugnis wurde erteilt (mit der Erteilung der Lehrbefugnis ist das Recht zur Führung der Bezeichnung Privatdozent verbunden): Dr. med. habil. Bertold Emmerich für Innere Medizin; Dr. med. habil. Peter Honerjäger für Pharmakologie und Toxikologie.

Dr. med. habil. wurde verliehen an: Dr. med. Max von Clarmann Innere Medizin; Dr. med. Karl-Ludwig Froer Innere Medizin; Dr. med. Hans Dieter Weiss Radiologie.

Poetischer Aschermittwoch

Eine öffentliche Lesung der Bayerischen Schriftstellerärzte anlässlich des Kongresses für Ganzheitsmedizin am 28. Februar 1979, 20.15 Uhr, Kongreßzentrum Garmisch-Partenkirchen

Nach Schnee, Regen und Glatteis begleitete strahlender Sonnenschein die zur Lesung anreisenden Mitglieder der bayerischen Landesgruppe des Bundesverbandes Deutscher Schriftstellerärzte (BDSÄ), so daß allgemein die beste Stimmung herrschte. Vor zwei Jahren, am 8. März 1977, hatten die bayerischen Schriftstellerärzte schon einmal auf dem gleichen Kongreß eine Lesung veranstaltet, die beifällig aufgenommen wurde, so daß schon damals eine Wiederholung geplant worden war („Äskulap und Pegasus“, „Bayerisches Ärzteblatt“, 12/1977, S. 1267/68).

Diesmal fand die Veranstaltung im Raum „Zugspitze“ statt, der mit einer lockeren Bewirtschaftungsbestuhlung und kleinen Tischen für ca. 100 Plätze versehen war. Da es sich um eine Feierabendveranstaltung handelte, so war diesmal manchem erst um 19.45 Uhr aus einem der zahlreichen Kurse kommenden Zuhörer die Möglichkeit geboten, etwas zum Trinken zu bekommen. Die Bedienung erledigte sich dieser Aufgabe in dezenter und kaum merklicher Weise, was von den Lesenden dankbar empfunden wurde.

Trotzdem der Veranstaltungsraum mangels entsprechend plakatierter Hinweise nicht ganz einfach aufgefunden werden konnte, war er bei Beginn der Lesung fast voll besetzt; die wenigen Lücken schlossen sich zudem bald. Von den Schriftstellerärzten lasen: Maria Bednara, München; Walter Fick, Kutzenhausen; Erika Hammann, Heppenheim; Elfriede Leyer, Bad Orb; Robert Paschke, Emskirchen; Frau Pohl, Alfred Rottler, Nürnberg; Professor Franz Schmid, Aschaffenburg; Erwin Stetter, Amberg; R. Teischinger, Neustadt/Donau, und Edo von Wicht, Krailling. Erstmals in Erscheinung trat Consoeur Erika Hammann, die von sich sagte: „ich bin Neuling im Verein Deutscher Schriftstellerärzte, und zwar ein Adoptiv-Mitglied, denn ich bin nicht Ärztin, sondern Apothekerin, gewesene Krankenhausapothekerin, Oberapothekerin, bevor ich vor Jahren in den Ruhestand trat. Mein Bruder, Internist, der schon seit längerem zu den bayerischen Schriftstellerärzten gehört, sorgte dafür, daß ich diesem Verein beitrat.“ Frau Pohl, Dr. med., stieß erst in Partenkirchen zu uns. Sie stand daher nicht auf dem Programm und wurde vom Moderator

der Lesung mit ihren Beiträgen nach 7 und 30 eingeschoben. Sie hat neben zahlreichen Zeitungs- und Zeitschriftenbeiträgen einen Roman über die Studentenehe veröffentlicht.

Die elf Lesenden kamen 49mal zu Wort bei einer Lesezeit von insgesamt 90 Minuten, unterbrochen von einer etwa zehnmütigen Pause. Es war sicherlich für die Confrères Professor Schmid und E. Stettner nicht leicht, aus der Fülle der Einsendungen ein die Zuhörer ansprechendes Programm zusammenzustellen, das dem gewählten Titel, dem besonderen Tag der Lesung und dem Problembereich der ärztlichen Tagung entsprach. Die Programmfolge stand unter folgenden fünf Themen: „Aschermittwoch, Medizynisches, Um uns herum, Nicht ernst zu nehmen, Frühlingserwachen“

Der Moderator der Lesung, Professor Schmid, gab zu Beginn eine Einführung in den Sinn und den Zweck des BDSÄ und wies darauf hin, daß die Schriftstellerärzte nicht allein moderne Lyrik schrieben, sondern dabei auch in vielen Fällen die Erfahrungen ihres Arztiums – wenn auch oft unbewußt – verarbeiten und herausklingen lassen würden. Zu Beginn der einzelnen Kapitel wurden in diesem Sinne kurze Hinweise gegeben. Die Zuhörer gingen aufmerksam und engagiert mit und waren auch nach der kurzen Pause fast vollzählig wieder zur Stelle. Gegen 22 Uhr konnte der Vorsitzende Professor Schmid den Abend schließen mit dem Wunsche, er hoffe, daß die Lesung den Zuhörern einen Einblick in die geistige Sphäre unseres Daseins gegeben habe, was von diesen, wie schon bei den einzelnen

zur hormontfreien Therapie bei Mastodynie,
fibrozystischer Mastopathie, zyklisch bedingter Migräne

Mastodynon®

ANTIMASTOPATHIKUM

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



BIONORICA KG · APOTHEKER POPP · NÜRNBERG

Vorträgen, mit viel Beifall quitiert wurde.

Nach dieser heiter-besinnlichen Lesung saßen die Mitglieder der Landesgruppe noch im gemütlichen Gespräch beisammen, bis auch hier um Mitternacht die Stunde des Abschiednehmens schlug.

Dr. med. Robert Paschke, Emskirchen

Wir bringen im folgenden von jedem Lesenden und von jedem Kapitel in der Reihenfolge des Programms ein oder mehrere Beispiele:

Franz Schmid:

Am nächsten Morgen

Oft schon erblickt ich im Spiegel
Des neuerwachten Tags,
Neben Haaren wie ein Igel,
Auch meine Sünden stracks.
Denk an den gestrigen Abend
Mit Musik und Wein,
Trenk, mich an Lippend lebend,
Zuviel eingefangenen Sonnenschein.
So kam die Sonne von der Traube
Ins Blut und in mein Herz,
Wo Sonne, dort auch Schatten,
Deshalb mein Schmerz.
Sie waren schön, die Stunden,
Und voll verschwiegner Pracht,
Ich habe immer schon gefunden,
Der Tag sieht schwärzer als die Nacht.

Erika Hammann:

Aschermittwoch

„Memento homo“, Mensch und Christ,
daß du aus Staub und Asche bist,
daß du, wenn du verläßt die Erden,
wirst wieder Staub und Asche werden!
Wes du geschaffen und geliebt,
was dich beglückt hat und betrübt,
kurz alles, was heut um dich ist,
all das nur Staub und Asche ist.
Genieß das Leben, guter Mann,
doch merk dir, häng dich nicht daran!
Nichts sollst du allzu hoch bewerten,
es wird einst Staub und Asche werden,
auch es wird Staub und Asche sein. — —
Drum richt dein Leben danach ein!

Elfriede Leyer:

Selbstverwirklichung

Der Mensch —
er dünkt sich groß
und greift nach den Sternen.
Aus dunklen Mythen steigt er,
aus seinen Wurzeln der Tiefe,
er wirft sie von sich
wie eite Lumpen
und kleidet sich selbst
in Flitter und Fahnen.
Er kiatscht in die Hände —
vom Baum der Erkenntnis

fällt ihm sein Spiegebild zu,
und so spielt er:
Wer bin ich?
im trüben Licht seiner Lempen.

Er stampft mit den Füßen
den Takt zu den Trommeln,
die Fäuste hebt er eis Zeichen,
Sieg des Bewußten
über des Unbewußten.

Er setzt seinen Fuß
auf den Nacken des Nächsten.
Kühn hebt er sein Haupt,
und sein Blick erstarrt:

Denn er sieht seine Kinder,
wie sie von ihm weichen,
seine Kräfte erlahmen,
sie stützen ihn nicht.
Mit den Fingern zeigen sie
auf ihn den Wurzellosen,
der nicht Halt hat
in den Tiefen,
keine Krone, um andre
darunter zu bergen.
Nichtig und leer und fruchtlos
ist sein Herbst,
der Winter findet ihn nicht mehr.

Abseits der lauten Wege
geschehen die Wunder,
im bergenden Schatten alter Bäume,
in rauchenden Trümmern
nach einer Schicht,
auf den Fluren des Schmerzes,
in glückhaften Stunden:
Menschenbegegnung.
Wer bist du, Mensch?

Wer sagt mir, wer ich bin?
Wirklich ich?
Nur im Gegenüber wird der Mensch
Wirklichkeit.

Spann deine Sinne aus
wie weite Schwingen —
so erfährst du die Welt.
in der Stille, die du
durchmessen muß,
erfährst du Gott,
Seine Kraft, die dich trägt
heißt Liebe.

Walter Flick:

Flüchtige Träume und flüchtiges Glück,
keiner hält euch zu lang,
kurz ist die Stunde, sie kommt nicht
Leben vergeht wie ein Klang. [zurück,

Träume und Lehen mit Hoffnung
Überschwang seliger Zeit, [gemischt
Sinnen am Abend, der langsam verlischt,
wechselse Traurigkeit.

Wo ist ein Ding, das uns wirklich gehört,
nicht mal das eigene Herz,
het uns der Tod erst die Maske zerstört,
stirbt mit dem Spiele der Schmerz.

Erwin Stetter:

Die Kugel rollt
Durch Tage, Monate und Jahre
Mit immer gleicher Geschwindigkeit.
Du hast gewollt
Ger vieles, Wünsche, wendeibare.
Und je nach der Stunde Gelegenheit,

Sie möchte verweilen,
Mitunter auch eilen.
Aber die Kugel rollt
Ohne Rücksicht zu nehmen
immer weiter.
Oft ungewollt
Mußtest Du dich bequemen.
Doch nimm es heiter!
Renne nicht gegen die Mauern an!
Zeit wird es, Du gewöhnts Dich daren.

So vergehen die Tage
Und blickst Du zurück,
Dann siehst Du Versäumtes in Massen.
Doch was soll die Klege?
Du hast je das Glück
Noch nahezu alles zu fassen,
Es euch zu halten
Und neu zu gestalten.

So manche Lücke
Kannst Du jetzt füllen.
Drum bleibe bereit!
Bedenken und Tücken —
Sie sollen nicht verhüllen
Die Chancen der Zeit.
Hol Dir das Deine
Und schließe die Lücken,
Soweit es noch geht!
Halte die Leine
Und beue die Brücken!
Nie ist es zu spät!

Robert Teischinger:

Motto: „Kollegen, seid nett zueinander“!

— Bericht eines Arztes für Allgemein-
medizin an den Arzt für Hals-Nasen-
Ohrenheilkunde —

Es war, geehrter Herr Kollege
Der Bub Franz Karl aus Oberwege
Bei Ihnen, wegen Ohrbeschwerden
Die seit zwei Wochen stärker werden.

Sie haben — gar nicht kompliziert
Borsalbe drei Prozent notiert.
Erfolg: ich sah ihn traumverloren
Im Ohr und in der Nase bohren
Weil es, so sagt er ganz konkret,
Mit B o r Salbe viel besser geht.

Wir müssen uns damit betassen:
Woll'n wir ihn weiter bohren lassen?
Ich hab', damit ihm nichts passiert
Den Borgeheit stark reduziert
Und bin zur Zeit bei ein Prozent.
Der Zustand ist nur noch latent:
Er bohrt nur noch, was mich sehr freute
Mit ein Prozent auf einer Seite.
Ich bin nur froh, daß Sie dem Kneben
Nicht F r o s t - Salbe verschrieben haben.
Sonst wär'n dem Buben beide Ohren
Mit Frostsalbe bestimmt erfroren.

Es grüßt Sie
Ihr ergeb'ner X.
Großmitteknurdorf an der Mix

Robert Paschke:

Der eigene Tod

Man
soll
den Menschen
seinen eigenen
Tod sterben lassen,

Glurenorm macht einen Bogen um die Niere.

darum Glurenorm®

das nicht harnpflichtige Antidiabetikum

Zusammensetzung: 1 Tablette enthält: Glucidon = 1-Cyclohexyl-3-[p-12-(3,4-dihydro-7-methoxy-4,4-dimethyl-1,3-dioxo-2(1H)-isochinolyli-äthyl]phenylsulfonylharnstoff 30 mg.

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

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

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

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

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

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

Unverträglichkeiten und Risiken: Das Präparat darf nicht angewandt werden bei: Insulinmangeldiabetes; Coma und Praecom diabeticum; erheblicher Stoffwechsellageleistung mit Azidoseinigung; Schwangerschaft.

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

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

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

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

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

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

Dt. Karl Thomae GmbH
Biberach an der Riss

Thomae

auch
wenn
man ihn mit
Gewalt am Leben
erhalten könnte,
denn
wer
weiß, ob wir
ihm damit wirklich
etwas Gutes tun!

Edo von Wicht:

Ein Spatz hat's satt,
Daß man ihn kennt
Und einfach immer Sperling nennt,
Ging hin ins Kaufhaus
Spatzbederf,
Verlangte ein Komplet in Weiß,
Was man ihm schnellstens auch entwarf
Und fertigte geheim und leis.
Stieß munter zu der Spatzenscher,
Für die er nun kein Spetz mehr wer.
Sie flogen auf in Greu und Grau,
Jeweils ein Pärchen Mann und Freu.
Doch unserm weißen Unschuldbold
Wer keine Spätzin türder hold.
Er hockte eut dem Gartenzeun
Genz unbeweibt, aus war der Traum.
Drum merka, wenn du weiß erstrebst,
Du stolz als Junggeselle lebst.
Nimm Grau in Greu, wie elle Leut
Es früher machten so euch heut
Und baua Dir ein Spetzennest,
Das ist für Spatzens wohl das Best.

Alfred Rottler:

Des Tor

Man müßte eine Spielzeitlang
mit Leuchtspur
den krausen Lauf des Fußballs zeichnen,
den vierundvierzig Beine, zwanzig Köpfe
wetteifernd in der Absicht treiben,
ihn in das Mal, ins Torgebälk zu treffen;
was oft mißlingt. Erfolg ist mäßig,
trotz aller Übung, Müh und Vorbereitung.
Verworren ist des Menschen Weg;
gar viele stoßen, treten, schleben, boxen
ihn, willkürlich vorteilheischend
in ihre Richtung. Der Ball ist Gegenstand.
Ein vorgesetzter Lenker
sorgt für Ordnung.
Selbst er wird nicht in jedem Fell
die einzig mögliche Entscheidung finden.
Genz selten nur sind letztlich alle
zufrieden mit dem Spiel,
wenn abgepfiffen.
Denn alle werden durch das Tor gezwängt.

Marla Bednara:

Leiden
knüpft man
zu Stricken
zusammen —
Freuden
nimmt man
einzeln
euseinander

Man braucht Abstände
und Räume
gegeneinander

um türeinander
leben zu können

ich möchte
vormittags sterben
und zwar im Juni,
Rosen sollen mich
rot begleiten
und Sanftes bereiten —
ich möchte
kaum Komfort,

wenige Lichter
und keinen
Trompeterchor —
aber
das Intonieren
der Melodie
die ich liebte
ließe mich
weniger frieren
„parlez moi d'émour“
das wäre es nur

Ausland

Das Medizinstudium in Frankreich

Die Beantwortung der Frage: Wieviele Ärzte benötigt man in Frankreich?, beeinflusst die Organisation und die Reform des Medizinstudiums in diesem Land. Erst kürzlich gab es Vorsprachen der Arztverbände bei den Behörden, um auf die große Zahl von Ärzten aufmerksam zu machen, die auf den Universitäten und in den Spitälern ausgebildet werden. Man benötigt jedes Jahr 6000 bis 7000 Jungärzte, während bei allen Erschwerungen des Studiums jährlich 9000 bis 10 000 ausgebildet werden. Es sind ihrer zuviele, erklärt man in zuständigen Kreisen.

Nicht alle sind dieser Ansicht: Die Ärztsyndikate innerhalb der Gewerkschaft der Führungskräfte, jene der Ärzte für den Schul- und Universitätsdienst, und jene der Ärzte, die im öffentlichen Gesundheitswesen tätig sind, stellen fest, daß die Zahl der Schulärzte z. B. verdoppelt werden müßte, damit diese ihre Aktivität in einem halbwegs normalen Rahmen ausüben können. Nach offiziellen Feststellungen im Jahre 1969 sollte es einen Schularzt für 5000 Schüler geben. Nun aber sind nur 1304 Ärzte für 13 Millionen Schulkinder da und davon nur 844 ganztätig beschäftigt. Man zählt in Frankreich 115,5 Ärzte pro 100 000 Einwohner, gegenüber 140 Ärzten in den USA und 211 in der UdSSR. In Schweden hat man den Ärztebedarf für das Jahr 1985 auf 280 bis 300 pro 100 000 Einwohner errechnet.

Es gibt französische Departements, die derzeit eine unzureichende ärztliche Betreuung aufweisen. Gibt es

in der Pariser Region 188 Ärzte pro 100 000 Einwohner, so zählt man ihrer nur 52 im Departement Ardèche. Die Kindersterblichkeit ist in der Pariser Region, wo die Arztdichte bedeutend ist, die geringste im Landesdurchschnitt. In den Departements der Ardèche des Cantal oder der Corrèze sterben um die Hälfte mehr Kinder als in der Pariser Region. In 25 Departements von (95) gibt es keinen Geburtshelfer und keinen Gynäkologen, in 19 Departements arbeitet kein Kinderarzt.

Zuwenig oder zuviel Ärzte — das Medizinstudium wird davon betroffen, und vor allem auch seine Reform. Die Bestrebungen sind nicht erst von heute. Bereits 1957 wurden die ersten Pläne besprochen. Damals war unter dem Vorsitz von Professor Debré eine Kommission eingesetzt worden, um Vorschläge für eine Reform des medizinischen Unterrichts auszuarbeiten. Aber erst viele Jahre später kam es zu den ersten praktischen Realisationen. Sie betrafen eine der wesentlichsten Voraussetzungen der Reform, nämlich die Beseitigung des Dualismus von Krankenhaus und Fakultät. Alle Krankenhäuser am Sitz einer medizinischen Fakultät sollten zu klinischen Hochschulzentren werden, was ihnen erlauben sollte, die ihnen neu auferlegte dreifache Aufgabe zu erfüllen: Krankenhausbehandlung, Lehre und Forschung. Die Krankenhäuser wurden zu „Centres régionaux hospitaliers universitaires“, so daß jede Fakultät die nötigen Kran-

(Fortsetzung Seite 458)

Probleme der Rentenversicherung

Dem Arbeitsministerium fällt es noch immer schwer, in der Rentenversicherung nüchtern Bilanz zu ziehen und die Ergebnisse der mittel- und langfristigen finanziellen Vorausschätzungen ungeschminkt zu publizieren. Das hat sich bei der Vorlage des Rentenanpassungsberichts 1979 erneut gezeigt. Die Journalisten wurden, wie zu Arendts Zeiten, mit unvollständigen und einseitig ausgewählten Unterlagen versorgt, damit die Veröffentlichungen auch das erwünschte positive Bild zeichnen. Für die Journalisten wird künftig wieder zu gelten haben: Vertrauen ist gut, Mißtrauen ist besser. So glaubte Ehrenberg an den Beitragseinnahmen des Februar demonstrieren zu können, wie erfreulich sich die Einnahmen der Rentenversicherung entwickeln. Die Wirklichkeit sieht freilich viel differenzierter aus.

Zunächst die positive Seite: Ehrenbergs mittelfristige Rechnung scheint aufzugehen. Die Rücklegen der Rentenversicherung müssen zwar noch von heute 18,1 Milliarden DM bis Ende 1980 auf 12,6 Milliarden DM abgebaut werden, um die noch immer bestehenden Defizite abzudecken. Danach könnte es jedoch, dank der vorgesehenen Beitragserhöhung zum 1. Januar 1981, wieder zu einem Aufbau der Reserven bis 1983 kommen. Diese Prognose steht und fällt freilich mit der Annahme, daß die Einkommen der Versicherten Jahr für Jahr um gut sechs Prozent steigen werden. Schon für dieses Jahr wird man hinter diese Annahme ein Fragezeichen setzen müssen. Die Tarifabschlüsse liegen bei etwa 4,5 Prozent. Die Konjunktur müßte schon auf volle Touren kommen, wenn die Effektivverdienste, die für die Rentenversicherung entscheidend sind, die erhoffte Marke erreichen sollen. Schon geringfügige Abweichungen könnten die Rentenversicherung 1980 in Liquiditätsschwierigkeiten bringen.

Die langfristige Rechnung (15 Jahre), die bis 1993 reicht, fällt dagegen, was das Ministerium in seiner ersten Veröffent-

lichung verschwiegen, schlechter als im Vorjahr aus. Die Modellrechnungen weisen nämlich aus, daß die Rentenversicherung mit jährlichen Lohnraten von fünf Prozent nicht zu finanzieren ist; schon 1980 käme man damit in große Nöte. Selbst bei Lohnsteigerungen von jährlich sechs Prozent käme die Rentenversicherung nur mühsam in die Neunziger Jahre. Die Rentenbilanz läßt jedenfalls keine Reserven für die Reform der Hinterbliebenenversorgung erkennen.

Der Sozialbeirat zieht jedenfalls aus der Rentenbilanz den Schluß, daß im Zusammenhang mit der angestrebten Reform umfassend über die langfristige Absicherung der Rentenfinanzierung beraten werden muß. Er will eine Gruppe von Wissenschaftlern beauftragen, alle Aspekte der Rentenfinanzierung, insbesondere die Auswirkungen des Geburtenrückganges, zu analysieren. Dafür wird eine Frist von zwei Jahren gesetzt. Das zielt also auf die erste Hälfte der nächsten Legislaturperiode, wenn auch über die Hinterbliebenenversorgung entschieden werden muß. Dabei stehen dann so unpopuläre Thesen wie Netto-Anpassung, Besteuerung der Renten und Harmonisierung der verschiedenen Alterssicherungssysteme auf der Tagesordnung. Ehrenberg will davon vorerst noch nichts wissen. Er hat zu dem Gutachten des Sozialbeirates – beredt – geschwiegen.

Das ist verständlich, denn das Gutachten macht unmißverständlich klar, daß man 1982 nicht einfach, wie vorgesehen, zur bruttolohnbezogenen Rentenanpassung zurückkehren kann. Es entspricht schlechter sozialpolitischer Tradition, Probleme zu verdrängen, deren Lösung erst in zwei Jahren entstehen werden. Der Sozialbeirat scheint freilich aus seinen früheren Fehlern gelernt zu haben. 1975/76 hatte er sich nur zögernd dazu entschließen können, der Politik Arendts, die Finanzlage der Rentenversicherung zu verschleiern, entgegenzutreten. Damals hat die Mehrheit des Beirates, in dem die Gewerkschaften, die Arbeitgeber und die

Bundesbank mit sachkundigen und hochherätigen Herren sowie auch unabhängige Wissenschaftler vertreten sind, ihre Mitverantwortung nicht wahrgenommen. Arendt hat sich daraus politische Alibis zimmern können, die ihm am Ende freilich auch nicht halfen. Der Sozialbeirat, so scheint es, möchte nicht noch einmal in eine für sein Ansehen vergleichbar abträgliche Lage geraten.

Er stellt daher rechtzeitig die bisherige Rentenanpassung zur Diskussion und damit zugleich auch zur Disposition. Das klingt alles freilich noch sehr behutsam und vorsichtig. So heißt es in seinem Gutachten, daß die bis 1982 verfügbare Zeit genutzt werden sollte, um zu prüfen, „welche Probleme sich für die Alterssicherung stellen und welche Lösungsmöglichkeiten bestehen, wenn die im Rentenrecht enthaltene Zusage der lohnbezogenen Anpassung auch langfristig eingehalten werden soll, ohne daß sich an ihrem Inhalt Zentrales ändert.“ Das sei um so wichtiger, als Besorgnisse aus der Bevölkerungsentwicklung hinsichtlich der Sicherheit des Rentensystems laut geworden seien, die freilich oft übertrieben würden.

Trotz dieser beruhigenden Floskel kommt der Beirat in seinen Betrachtungen zu dem Ergebnis, daß die finanziellen Belastungen, die sich aus dem Geburtenrückgang ergeben können, weder allein von den Beitragszahlern durch die Erhöhung der Beitragssätze noch allein von den Rentnern durch das Absenken des Rentenniveaus übernommen werden könnten. Nach Auffassung des Sozialbeirates würden bei solchen Extrembelastungen entweder die vertretbare Belastungsgrenze überschritten oder das Rentenniveau so abgesenkt, daß die Renten ihre Funktion als Lohnersatz nicht mehr erfüllen könnten. Im Klartext heißt dies, daß bei anhaltend niedriger Geburtenrate das bruttolohnbezogene Rentenanpassungsverfahren nicht durchgehalten werden kann, denn sonst müßten die Beitragssätze in unvertretbarem Ausmaß angehoben werden.

Der Sozialbeirat gibt Hinweise für mögliche Korrekturen am Rentensystem: Aktualisierung, Netto-Anpassung, Besteuerung der Renten, verstärkte Steuertfinanzierung der Renten, Abbau der Überversorgung im öffentlichen Dienst, Harmonisierung der öffentlichen und privaten Alterssicherungssysteme. Schon jetzt läßt sich voraussagen, daß es in der nächsten Legislaturperiode heiße politische Debatten geben wird. Das leidige, aber so wichtige Rententhema bleibt ein Dauerbrenner.

bonn-mot

kenhausabteilungen zur Ärzteausbildung bekam. Dann hatte Frankreichs Sozialminister in enger Zusammenarbeit mit dem Unterrichtsminister, den Dekanen der Medizinischen Fakultäten und der Kommission von Professor Debré eine Reorganisation des medizinischen Unterrichtes beschlossen, um dem ärztlichen Nachwuchs an den Universitäten den Aufstieg zu erleichtern und die Fakultäten gleichzeitig vor einem Mittelmaß zu bewahren. Diese Bestrebungen sind um so notwendiger gewesen, als 40 bis 50 Prozent der Medizinstudenten — je nach Fakultät — im Laufe der ersten drei Jahre ihre Studien aufgaben und von jenen, die blieben, sich nur 15 Prozent spezialisierten.

Das Studium begann mit dem „Certificat préparatoire aux études médicales“. Die ersten beiden Studienjahre, die nach dem Examen für das „Certificat préparatoire“ als zweite Hürde auf dem Weg zum Dokortitel galten, wurden in ihren Studienplänen verbessert und erleichtert. Das erste Jahr wies 510 statt 595 Stunden auf, im zweiten Studienjahr wurden 160 Stunden vom Stundenplan gestrichen, es blieben dann noch 415 Stunden. Die Medizinstudenten konnten sich indessen nur in jenen Städten zum Externat melden, in deren Fakultät sie inskribiert waren. So war und ist auch heute noch für Medizinstudenten einer Fakultät in der Provinz untersagt, ein Externat in Paris anzustreben.

Das Projekt hatte den Protest der Studenten hervorgerufen. Jede Reform ruft, zumindest ist es in Frankreich der Fall, eine Opposition auf den Plan. Diese Opposition zu definieren, ist nicht einfach. Die Struktur der Medizin in Frankreich ist für Außenstehende überhaupt schwer zu erfassen. Wenn in den europäischen Kolloquien französische Ärzte ihre deutschen, italienischen oder belgischen Kollegen über das obscure Labyrinth ihrer beruflichen Schulung aufklären wollen, ernten sie Staunen und nicht immer Verständnis. Aber mit der Zeit tauchten neue Probleme auf, die einerseits mit der steigenden Zahl der Medizinstudenten in Zusammenhang stehen, andererseits mit dem verstärkten Trend zur Spezialisierung. Eine kürzlich eingesetzte Kommission hat eine neue Gesetzesvorlage ausgearbeitet, die vor allem eine Verstärkung der Selektion

vorsieht, die Organisation eines „Cycle terminal“ für die praktischen Ärzte und die Ausschaltung des Internats. Daß auch dieses Reformprojekt eine starke Opposition hervorruft, ist normal. Ebenso aber steht fest, daß es sich hier um Reformen von einschneidender Bedeutung handelt. Zwei wesentliche Ziele hatte sich die Kommission gesetzt: Eine Erneuerung des Niveaus der Allgemeinmedizin und die Formation von Spezialisten mit besonderen Kapazitäten.

Die wichtigsten Reformvorschläge betreffen die letzte Periode des Medizinstudiums. Aber wesentliche Veränderungen könnten während der ersten sechs Studienjahre erfolgen. Der erste Zyklus der Medizinstudien, dessen Dauer auf zwei Jahre festgelegt bleibt, stellt das Problem, welcher Platz den fundamentalen Wissenschaften eingeräumt werden soll. Der Bericht der Kommission stellt nicht die Notwendigkeit der wissenschaftlichen Ausbildung in Frage, er wünscht aber, daß sich die Studenten bereits während des ersten Zyklus mit der Spitalsarbeit vertraut machen können. Während des zweiten Zyklus des medizinischen Studiums, der vier Jahre währt, könnten verschiedene Veränderungen in Erwägung gezogen und Optionen eingeführt werden. Ein wesentlich größerer Platz als bisher sollte z. B. der Präventivmedizin und dem Gesundheitswesen eingeräumt werden.

Die Wiedereinführung des Externats wurde von der Kommission zwar abgelehnt mit einer Ausnahme, nämlich der Verbesserung der stages hospitaliers im zweiten Zyklus. Hin-

gegen wurde festgestellt, daß die Kontrolle über die Durchführung der stages viel strenger sein und neben der Überwachung der Anwesenheitsfrequenz auch das Examen am Kranken am Ende eines stages umfassen soll. Die Einrichtung eines Endexamens, das die gegenwärtigen Klinikexamen ersetzen sollte, wird befürwortet. Die stages des zweiten Zyklus werden gegenwärtig in den sehr spezialisierten Abteilungen der „Centres hospitaliers universitaires“ absolviert. Die stage pratique während des siebten Studienjahres ist zu kurz und nicht genügend instruktiv, und die gewährte Entschädigung ist zu gering. Die Kommission schlägt deshalb die Organisation eines cycle terminal für die praktischen Ärzte vor, der zwei Jahre dauern und den gegenwärtigen stage ersetzen soll. Während 18 Monaten soll der künftige Praktiker in den Centres hospitaliers arbeiten, und zwar mit der Verantwortung eines Internen und gegen Bezahlung. Die anderen sechs Monate des Endzyklus sollten von den Praktikern außerhalb des Centre hospitalier verbracht werden. Es wurde in diesem Zusammenhang darauf verwiesen, welche wichtige Rolle die Zusammenarbeit eines Studenten mit einem aktiven Praktiker spielen könnte, unter der Voraussetzung freilich, daß ihm die Möglichkeit geboten wird, selbständig, wenn auch unter indirekter Kontrolle, zu arbeiten. Eine Untersuchung hat ergeben, daß eine größere Zahl von Praktikern einverstanden wäre, Studenten in ihre Praxis aufzunehmen. Dieser Endzyklus würde auch einen theoretischen Unterricht umfassen, dessen Dauer 150 Stunden nicht überschreiten würde.

Praxisvertreter gesucht

Die Bayerische Landesärztekammer ist seit Jahren bemüht, niedergelesenen Kolleginnen und Kollegen im Krankheitsfall, während des Urlaubs und für den Besuch von Fortbildungskongressen durch die Vermittlung eines Vertreters die Weiterführung der Kassenpraxis zu ermöglichen.

Wir appellieren deshalb an alle Kollegen, die hieren Interesse haben — praktische Ärzte/Allgemeinärzte und Fachärzte —, sich für eine Praxisvertretung zu melden.

**Bayerische Landesärztekammer
Vertretervermittlung**

Telefon (089) 41 47 - 267
Frau Väh



Woelm Pharma GmbH & Co. Eschwege

Zusammensetzung: Es enthalten 1 Dragée 200 mg Nifuratel (INN), 1 Stäbchen 250 mg Nifuratel (INN), 1 g Salbe 100 mg Nifuratel (INN). **Anwendungsgebiete:** Bei vaginalen Infektionen durch Trichomonaden, Pilze und Bakterien einschließlich oder Mischformen, Entzündungen des äußeren weiblichen Genitale. Gleichzeitige Infektionen der ableitenden Harnwege bei Mann und Frau. Durch Trichomonaden, Pilze und Bakterien bedingte Entzündungen des Penis und Präputium. **Kontraindikationen und Hinweise:** Kontraindikationen sind bisher nicht bekannt. Während der oralen Behandlung ist die Einnahme von Nitrofurantoinen, Alkohohl zu meiden. Bei einer bestehenden Schwangerschaft können Nitrofurantoinen und Inimur-Salbe verordnet werden. Eine orale Anwendung von Inimur ist bei bestehender Gravidität, insbesondere im ersten Trimenon, wird im Sinne der heute anerkannten Richtlinien nicht empfohlen. Inimur ist nicht vorgesehen zur Behandlung von Geschlechtskrankheiten. **Handelsformen und Preise:** 21 Dragées, AVP m. MwSt. DM 20,20; 10 vaginalstäbchen AVP m. MwSt. DM 11,70; Kombipackung mit 21 Dragées, 10 vaginalstäbchen AVP m. MwSt. DM 29,70; 50 ml Salbe AVP m. MwSt. DM 23,65.
 *Stand Jan. 79



Zurück
zur Döderlein-
Flora

inimur®

● trichomonazid ● antimykotisch ● antibakteriell

Überzeugende Therapieerfolge durch breites Wirkspektrum

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

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

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

Die Studenten, die den Wunsch haben, sich zu spezialisieren, können sich heute für einen der beiden Wege entscheiden, entweder für den Weg über die Universität und den Zertifikaten d'études spéciales oder für jenen der Internate in den verschiedenen Centres hospitaliers. Die Kommission stellt indessen fest, daß die Formation im Rahmen der Etudes spéciales zahlreiche Imperfektionen aufweist: eine exzessive Spezialisierung, keine Volltagsausbildung, ein mittelmäßiger praktischer Unterricht. Das Internat, wie es heute besteht, wird kritisiert. Es fehlt vor allem die theoretische Ausbildung. Die Formation der künftigen Spezialisten muß also reorganisiert werden. Es wird für alle Spezialisten vorgeschlagen: für die praktische Ausbildung eine Reform der Internate, für den theoretischen Unterricht die Einrichtung von Seminaren. Ein Numerus clausus erscheint notwendig, um einen Ausgleich zwischen der Zahl der Praktiker und jener der Spezialisten zu erreichen.

In den letzten Jahren hat eine große Zahl von Studenten der Ausbildung zum Praktiker den Rücken gekehrt und sich jener zum Facharzt zugewandt. Man wird auch mehr als bisher die Zahl der auszubildenden Ärzte in den verschiedenen Spezialitäten zu prüfen haben, zumal es da starke Variationen gibt. Ein Ausgleich zwischen dem Bedarf an Fachärzten in den einzelnen Sparten für die kommenden Jahre und der Zahl der jährlich ausgebildeten Spezialisten ist nötig. Der Zugang zu den Terminzyklen ist jenen Studenten vorbehalten, die am Ende des zweiten Zyklus ein „Examen probatoire“ mit Erfolg bestanden haben.

Die Kommission schlägt eine Selektion zu Beginn des Medizinstudiums vor, um vom ersten Jahr an die Zahl der Medizinstudenten, die gegenwärtig 25 000 erreicht, um die Hälfte zu reduzieren. Der Concours am Ende des ersten Studienjahres wird nicht aufgehoben und die verschiedenen Maßnahmen sollten die Zahl der jährlich ausgebildeten Ärzte auf 6000 reduzieren. Der Cycle terminal sollte nicht mehr als 4000 Studenten aufweisen; es ist vorgesehen, daß die Zahl der Fachärzte auf 2000 pro Jahr beschränkt wird. Der Wechsel der Orientierung ist während der Studienzeit möglich.

J. H., Paris

Feuilleton

Als Urlauber auf Kos, der Insel des Hippokrates

von Herbert Dicknether

Wer als Arzt zum ersten Mal nach Kos kommt und glaubt, er könne unserem altehrwürdigen Meister einen Oleanderzweig aufs vergilbte Grab legen, der irrt gründlich!

Zwar ist die Wirkungsstätte der Arzt-schule von Kos, die durch Hippokrates berühmt wurde, und das mit ihr verbundene erste Heilbad der Antike weitgehend freigelegt und imponierend in seiner großartigen Weitläufigkeit, aber von der Persönlichkeit des großen Arztes zeugt kein Stein auf der Insel, die einst mitten im Gebiet der griechischen Geisteswelt lag: In Sichtweite von Kos liegt auf dem türkischen Festland Halikarnass, die Heimat des Geschichtsschreibers Herodot, wo das einst als „Weltwunder“ bestaunte Mausoleum stand. Weiter nördlich Milet, der Geburtsort von Thales, der eine Sonnenfinsternis im 6. Jh. v. Chr. vorausgerechnet hat und als weiteres „Weltwunder“ der Diana-Tempel von Ephesus, weiter südlich Rhodos, dessen Hafeneinfahrt der Koloß beschützte.

Zur Inselgruppe der Südsporden vor der kleinasiatischen Küste gehören nicht nur die zwölf großen (darunter Rhodos, Kos und Karpnthos), sondern auch etwa 40 kleine Inseln, reich an Südfrüchtekulturen. Wir aber bleiben auf Kos, der zweitgrößten Insel des Dodekanes, die in geschichtlicher Zeit zehnmal den Besitzer gewechselt hat.

Kos ist eine Insel, die vor allem Baudenkmäler aus griechischer und römischer Zeit aufweist, aus den zwei Jahrhunderten der Herrschaft der Johanniter und letztlich auch aus türkischer Besatzungszeit, die von 1523 bis in unser Jahrhundert gedauert hat.

Aus allen diesen Zeitläufen haben wir archäologische Ausgrabungen und Hinweise im Landesinnern, vor allem aber in der gleichnamigen Hauptstadt Kos an der Nordostspitze der Insel. Dort stehen, räumlich hart zusammengedrängt und einbezogen

in das tägliche Leben der heutigen Koier, zwischen dem bescheidenen antiken und mittelalterlichen Hafen das wehrstrotzende wuchtige Johanniter-Kastell und die beiden erhaltenen Minaretts und Moscheen, von denen eine freitags noch benutzt wird. Der anderen, älteren Moschee ist ein Brunnen zugeordnet, auf den sich die weitausladenden Äste eines uralten Baumes stützen, der sogenannten Platane des Hippokrates. Unter diesem knorrigen Stamm soll der große Arzt gelehrt haben, heute ein respektablem fotogener Anziehungspunkt. Botaniker schätzen das Alter dieses Baumes auf vier bis fünf Jahrhunderte.

In dem kleinen, aber gepflegten Stadtmuseum finden wir ein antikes Standbild unseres „Doktorvaters“. Hippokrates dürfte um 460 v. Chr. auf Kos geboren sein, dort auch seine Ausbildung bekommen und ebenfalls dort seine ersten ärztlichen Erfahrungen gemacht haben. Wir können vermuten, daß in Kos schon damals die wissenschaftlich ausgerichtete Medizin mehr galt als im später so berühmt gewordenen Epidauros. Sicherlich hat er an eine bestehende ärztliche Ausbildungsstätte angeknüpft, die im Wettstreit mit der von Knidos alle anderen in Hellas übertraf und erst später im „Corpus hippocraticum“ ihr Denkmal hinterließ. Dieses Werk ist hervorgegangen aus einem Briefroman des Soranos aus Ephesus aus dem 2. Jh. n. Chr. Aus diesem Bericht der Schultradition, zurückreichend bis zum Gott der Heilkunst, Asklepios, der ein Sohn Apollos gewesen sein soll, entsteht als Zeuge der Verbundenheit mit der religiösen Wurzel der Medizin der Eld des Hippokrates. Dieser sollte trotz politisch gefärbter Sozialversicherung, Euthanasieproblemen und umstrittener Fristenlösung noch heute die Ärzte der Welt binden!

Später soll Hippokrates auf eine Art Wanderschaft gegangen sein. Er hat auch andere medizinische Zentren besucht. Diese Wanderjahre haben

sein eigenes Wissen vertieft und neue Pflanzstätten seiner Kunst- und Lebensauffassung geschaffen.

Hippokrates hat als erster Arzt Krankheitssymptome bezeichnet, hat die Diät als entscheidenden Faktor zur Gesundheit begriffen, hat als früher Psychosomatiker den Heilschlaf in die Therapie eingeführt und endlich auch die auf Kos heute noch kaum gefaßten, ins Meer abfließenden Heilquellen zu nutzen gewußt. Gestorben sei er hochbetagt in der Nähe von Larissa in Thessalien. Dort hat man noch Jahrhunderte nach seinem Tode sein Grab gezeigt; heute jedoch nach 400 Jahren Türkenherrschaft fehlt auch dort jede Spur von ihm.

Was bietet heute die Insel Kos dem Entspannung und Anregung suchenden Arzt aus deutschen Gauen?

Fürs erste ist das Erreichen der Insel mittels Pauschal-Charterreise der großen Reiseveranstalter einfach und bequem (knapp drei Stunden Direktflug). Außerdem besteht täglich Flugverbindung nach Athen, für ganz Geruhsame auch per Schiff durch die Ägäis nach Athen.

Der Reiz eines Urlaubs auf Kos liegt in der relativen Unerschlossenheit, im besonderen Charme der Hauptstadt Kos, der Möglichkeit vielfältiger archäologischer Studien, dem spezifisch griechischen Licht- und Farbwechsel des Meeres und der Berge und schließlich in den menschenarmen, teils sandigen, teils steinigen Badestränden.

Das Essens-Sortiment ist einfacher als in Italien oder Spanien, die Küche weniger differenziert, aber preisgünstig. Besonders attraktiv sind die milden Abende in den Tavernen am Meer oder an der Johanniterburg, an der freigelegten griechischen Agora zwischen Hibiskus, Oleander und Bougainvillea!

Erholsam ist der geringe Autoverkehr. Das inselübliche Fahrzeug ist das Fahrrad, dort zu mieten.

Wer also einen etwas bescheidenen, aber erholsamen Urlaub ohne „Ischia- oder Rhodos-Effekt“ sucht, wird bei den gastfrohen Griechen gut ankommen.

Anschrift des Verfassers:

Dr. med. Herbart Dicknethar, Kinderarzt,
Richard-Strauss-Straße 53, 8000 München 80

Kongresse

62. Fortbildungsveranstaltung des Kollegiums für ärztliche Fortbildung

vom 24. bis 27. Mai 1979 in Regensburg

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

Themen: Erkennung und Behandlung von Notfallsituationen in der Praxis – Hormonstörungen der Frau (Fortschritte in Beurteilung und Behandlung) – Aktuelle Fortschritte in der Chirurgie

Donnerstag, 24. Mai 1979

Im historischen Reichssaal des Alten Rathauses

20.00 Uhr:

Festvortrag

Die Rollenverteilung in der Heilkunde: Zum Verhalten von Pharmazie und Medizin

Professor Dr. R. Schmitz, Marburg

Freitag, 25. Mai 1979

Thema: Erkennung und Behandlung von Notfallsituationen in der Praxis

Tagasvorsitz: Professor Dr. W. Kaufmann, Köln

Vortragssaal: Stadttheater, Arnulfplatz

9.00 – 19.00 Uhr:

Begrüßung durch den Jahresvorsitzenden, Professor Dr. H. H. Wieck, Erlangen, und Eröffnung der Ausstellung

Einführung

Professor Dr. W. Kaufmann, Köln

Erkennung und Behandlung neuro-psychiatrischer Notfallsituationen

Professor Dr. K. A. Flügel, Erlangen

Differentialdiagnose und Therapie pädiatrischer Notfälle

Professor Dr. H. Truckenbrodt, Garmisch-Partenkirchen

Notfalltherapie endokriner Krisen

Professor Dr. W. Winkelmann, Köln

Diskussion

Pathophysiologie und Therapie des Coma diabeticum

Privatdozent Dr. M. Neubauer, Frankfurt

Akutes Abdomen aus internistischer Sicht

Professor Dr. S. E. Miederer, Bonn

Akutes Abdomen aus chirurgischer Sicht

Privatdozent Dr. Th. Junginger, Köln

Diskussion

Therapie bedrohlicher Situationen beim frischen Myokardinfarkt

Professor Dr. A. Tauchart, Köln

Pathophysiologie und Therapie des Cor pulmonale

Professor Dr. W. Kaufmann, Köln

Bewußtlosigkeit bei Herz- und Kreislauf-erkrankungen

Professor Dr. K. Caesar, Braman

Behandlung von Notfallsituationen bei arterieller Hypertonie

Professor Dr. K. A. Meurer, Köln

Diagnose und Therapie von Notfallsituationen bei Niereninsuffizienz

Privatdozent Dr. A. Helber, Köln

Akute und exogene Intoxikationen und ihre Initialtherapie in der Praxis

Professor Dr. H. P. Schuster, Mainz

Rundtischgespräch – Fragen aus der Praxis – Die Grenzen der Intensivtherapie

Beantwortung der eingegangenen Fragen zum Thema des Tages

Gesprächsleitung: Professor Dr. W. Kaufmann, Köln, unter Mitwirkung der Referenten des Tages

9.00 – 17.30 Uhr:

Laborfortbildung

Ort: Regensburg, Deutsch-Amerikanisches Institut, Haidplatz 8, Auditorium

Parallell zu den Vorträgen für alle Tagungsteilnehmer Gerätaberater am Informationsstand

Wissenschaftliche Leitung: Dr. F. Kantar, Mannheim
(ausführliches Programm bitte anfordern)

Samstag, 26. Mai 1979

Thema: Hormonstörungen der Frau (Fortschritte in Beurteilung und Behandlung)

Tagesvorsitz: Professor Dr. Ch. Lauritzen, Ulm

Vortragssaal: Stadttheater, Arnulfplatz

9.00 – 18.30 Uhr:

Einführung

Professor Dr. Ch. Lauritzen, Ulm

Hormonstörungen als Ursache späterer gynäkologischer Erkrankungen

Professor Dr. R. Kaiser, Köln

Akne, Seborrhoe, Alopie, Hirsutismus und Virilismus in der Gynäkologie

Professor Dr. J. Hammarstein, Berlin

Orale Kontrazeption bei Risikopatientinnen

Dr. A. S. Wolf, Ulm

Östrogen im Klimakterium bei Risikopatientinnen – moderne Behandlungsrichtlinien

Professor Dr. H. P. G. Schnaidar, Münster

Prophylaxe und Therapie nichtgynäkologischer Erkrankungen mit Östrogenen
Professor Dr. Ch. Leuritzen, Ulm

Rundtischgespräch – Fragen aus der Praxis – Aktuelle Probleme der Geburtenkontrolle und der Hormontherapie

Beantwortung der eingegangenen Fragen zum Thema des Tages

Gesprächsleitung: Professor Dr. Ch. Leuritzen, Ulm, unter Mitwirkung der Referenten des Tages

Pharmako-Therapie-Konsilium

Aktuelle Fragen der nichtbestimmungs-gemäßen Anwendung von Arzneimitteln

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

Teilnehmer: Privatdozent Dr. O. Bankert, München, Dr. L. Blaha, Erlangen, Professor Dr. K. Greffl, Düsseldorf, Professor Dr. W. Kaulmann, Köln, Dr. K. H. Kimbel, Heidelberg, Dr. R. Rathscheck, Frankfurt, Dr. A. v. Schlichtegroll, Frankfurt, Dipl.-Soz. Dr. K. Stosberg, Erlangen, Dr. G. Vorberg, München

15.00 – 18.00 Uhr:

Pädiatrischer Nachmittag:

Stellungnahmen zu zwei wichtigen pädiatrischen Tagesfragen

Ort: Herzogsseel, Domplatz

Leitung: Professor Dr. A. Windorfer, Erlangen, Dr. W. Schmidt, Regensburg

Tuberkulose beim Kind (unter besonderer Berücksichtigung der BCG-Implung heute)

Professor Dr. P. Ch. Schmid, Geißach

Zum Problem der Vitamin D- und Fluor-Verabreichung beim Säugling und Kleinkind

Professor Dr. H. Henssler, Regensburg

9.00 – 17.00 Uhr:

Laborfortbildung

– siehe Freitag, 25. Mai 1979 –

Sonntag, 27. Mai 1979

Theme: Aktuelle Fortschritte in der Chirurgie

Tagesvorsitz: Professor Dr. L. Koslowski, Tübingen

Vortragsseel: Städtetheater, Arnulfplatz

9.00 – 13.00 Uhr:

Einführung

Professor Dr. L. Koslowski, Tübingen

Fortschritte bei kontinenzserhaltenden Eingriffen in der Rektumchirurgie

Professor Dr. F. Deucher, Aarau

Die Wendsklerosierung der Speiseröhre bei Ösophagusvarizen – Möglichkeiten, Indikationen und Grenzen

Professor Dr. K.-J. Pequet, Bonn

Der Warren-Shunt – eine neue Perspektive in der Chirurgie des Pfortaderhochdrucks

Privatdozent Dr. G. Kieninger, Tübingen

Die Indikation zur Appendektomie

Professor Dr. L. Koslowski, Tübingen

Chirurgische Behandlung der Fettsucht
Privatdozent Dr. B. Husemann, Erlangen

Ärztliche Nachsorge nach Operationen
Professor Dr. D. Kummer, Tübingen

Rundtischgespräch – Fragen aus der Praxis

Beantwortung der eingegangenen Fragen zum Thema des Tages

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

10.00 – 12.00 Uhr:

Labortortbildung

– siehe Freitag, 25. Mai 1979 –

Auskunft:

Ärztliche Fortbildung Regensburg, Altes Rathaus, Zimmer 5 a, 8400 Regensburg, Telefon (09 41) 507 - 21 83

7. Arzthelferinnen-Fortbildungskurs der Bayerischen Landesärztekammer

am 25./26. Mai 1979 in Regensburg

Thematik der Praktike: Proteindiegnostik in der ärztlichen Praxis – Gerinnungsteste in der Praxis – Screening-Teste (Rapignost®, Letex-Teste, Cellognost®) – Grundlagen der Labortechnik (inklusive Fehlerquellen)

Zeit: Freitag, 25. Mai, 9.00 bis 16.30 Uhr

– Samstag, 26. Mai, 9.00 bis 16.00 Uhr

Ort: St. Antoniusheus, Mühlweg 13, 8400 Regensburg

Auskunft und Anmeldung:

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

Veranstaltungskalender der Bayerischen Akademie für Arbeits- und Sozialmedizin in München

1979

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

B-Kurs für Arbeitsmedizin

11. Juni bis 6. Juli 1979

C-Kurs für Arbeitsmedizin

1. bis 26. Oktober 1979

1980

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

A-Kurs für Arbeitsmedizin

25. Februar bis 21. März 1980

B-Kurs für Arbeitsmedizin

9. Juni bis 4. Juli 1980

C-Kurs für Arbeitsmedizin

29. September bis 24. Oktober 1980

Für die Teilnahme wird rechtzeitige schriftliche Anmeldung empfohlen.

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

Auskunft und Programmversand:

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

Einführungslehrgänge für die kassenärztliche Tätigkeit

Die Kassenärztliche Vereinigung Bayerns veranstaltet am

23. Juni 1979

22. September 1979

24. November 1979

im Ärztehaus Bayern, Mühlbeurerstraße 16, 8000 München 80, Einführungslehrgänge für die kassenärztliche Tätigkeit.

Beginn: jeweils 9.15 Uhr – Ende: jeweils 16.30 Uhr

Anmeldungen sind an die KVB-Landesgeschäftsstelle, Mühlbeurerstraße 16, 8000 München 80, zu richten bis 15. Juni 1979, 14. September 1979 und 16. November 1979.

Die Teilnehmergebühr ist am Tage des Einführungslehrganges zu bezahlen.

Im „Bayerischen Ärzteblatt“ veröffentlicht die Kassenärztliche Vereinigung Bayerns jeweils die freien Kassenarztsitze (In diesem Heft Seite 442 t.).

TIEFENWIRKUNG

hyperämisiertendes
Antirheumatikum
zur percutanen Schmerz-
Therapie

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



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

Marament[®] Balsam N

Indikationen:

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

Kontraindikationen:

Sind nicht bekannt.

Zusammensetzung:

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

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

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

Dr. Wider & Co 7250 Leonberg



Klinische Fortbildung in Bayern

In Zusammenarbeit mit der Bayerischen Landesärztekammer

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

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

1. Notfall- und Katastrophenmedizin 1979

Fortbildungsseminar für niedergelassene Ärzte

In Zusammenarbeit mit der Sanitätsakademie der Bundeswehr

Ort: Sanitätsakademie der Bundeswehr, Infanteriestraße 17, 8000 München 40

Zeit: jeweils Mittwochnachmittag 15.00 bis 18.00 Uhr

6. Juni 1979

Der Schock
Anästhesiologie – Chirurgie – Innere Medizin

20. Juni 1979

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

4. Juli 1979

Der psychiatrische Notfall
u. a. Zwangsinweisung

25. Juli 1979

Der orthopädische Notfall
Die akute Bandscheibe usw.

12. September 1979

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

3. Oktober 1979

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

24. Oktober 1979

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

21. November 1979

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

2. Ergometrie

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

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

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

Begrenzte Teilnehmerzahl

Teilnehmergebühr: DM 60,-

Auskunft und Anmeldung:

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

3. Innere Medizin

Klinik Höhenried für Herz- und Kreislaufkrankheiten der LVA Oberbayern

Direktor: Professor Dr. M. J. Halhuber

Seminar über praxisnahe kardiologische Prävention und Rehabilitation vom 14. bis 19. Mai 1979

Auskunft und Anmeldung:

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

4. Kardiologie

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

Lothstraße 11, 8000 München 2

Programm B

Klinik für Herz- und Kreislaufkrankheiten im Kindesalter

Direktor: Professor Dr. K. Bühlmeier

Beginn: 10.00 Uhr – Ende: gegen 18.00 Uhr

Vormittags-Referate:

Praktische EKG-Auswertung (normaler EKG-Befund, Hypertrophie und Herzrhythmusstörungen) – Genetische Beratung bei angeborenen Herzfehlern – Praktische Hinweise zur Digitalis-Therapie und Endokarditisprophylaxe

Nachmittags-Praktika:

EKG- und Ultraschall-Kardiographiekurse in kleinen Gruppen – Klinische Visitation auf der Kinder-Herzstation und Intensivstation

Begrenzte Teilnehmerzahl

Mai bis Oktober 1979

14. bis 19. Mai
Innere Medizin, Höhenried

25./26. Mai
Kardiologie, München

23./24. Juni
Ergometrie, Höhenried

14./15. September
Sonographie, München

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

27./28. Oktober
Ergometrie, Höhenried

Notfallmedizin – München

6. Juni 1979

20. Juni 1979

4. Juli 1979

25. Juli 1979

12. September 1979

3. Oktober 1979

24. Oktober 1979

21. November 1979

Letzter Anmeldetermin: 15. Mai 1979

Auskunft und Anmeldung:

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

5. Phonokardiographie

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

Fortbildungskurs für Phonokardiographie Teil I am 26./27. Oktober 1979

Beginn: Freitag, 9.15 Uhr – Ende: Samstag, 12.00 Uhr

Stiftsbogen 74, 8000 München 70

Kursgebühr: DM 40,-

Letzter Anmeldetermin: 10 Tage vor Kursbeginn

6. Sonographie

Stiftsklinik Augustinum

Direktor: Professor Dr. D. Michel

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

Leitung: Oberarzt Dr. W. Zimmermann
Stiftsbogen 74, 8000 München 70

Kursgebühr: DM 40,-

Letzter Anmeldetermin: 4. September 1979

Filmprogramm der Bundesärztekammer beim 82. Deutschen Ärztetag 1979 in Nürnberg

Dienstag, 15. Mai 1979

9.30 Uhr:

Eröffnung durch den Vorsitzenden des Ausschusses „Film in der ärztlichen Fortbildung“ der Bundesärztekammer
Professor Dr. W. Kreienberg, Keiserslautern

9.45 Uhr:

Rektoskopie als Krebsvorsorge (Der Film wurde mit dem Filmpreis 1978 der Bundesärztekammer ausgezeichnet)
20 Min. — Kali Chemie GmbH, Hannover

10.10 Uhr:

Die treibende Kraft
38 Min. — Byk Gulden, Konstanz

10.50 Uhr:

Pathophysiologie der koronaren Herzkrankheit — Aspekte ihrer medikamentösen Beeinflussung
32 Min. — Cassella Riedel GmbH, Frankfurt

11.25 Uhr:

Moderne Aspekte der Hochdrucktherapie
28 Min. — Boehringer Mannheim GmbH, Mannheim

11.55 Uhr:

Schmerz bei Durchblutungsstörungen — ein Stoffwechselproblem *)
17 Min. — Liphe Arzneimittel, Essen

12.15 Uhr:

Aufbruch ins zweite Leben *)
26 Min. — Bayer AG, Leverkusen

13.30 Uhr:

Rehabilitation durch Koronarchirurgie
31 Min. — Pharma Schwarz GmbH, Monheim

14.05 Uhr:

Hefen in der Humanmedizin
32 Min. — Chemische Fabrik von Heyden, München

14.40 Uhr:

Ergotherapeutische Möglichkeiten im Rahmen der Behandlung von Kranken mit rheumatoider Arthritis
15 Min. — Geigy-Pharmazeutika, Wehr/Baden

Mittwoch, 16. Mai 1979

9.30 Uhr:

Diagnose und Therapie des Kleinwuchses bei Kindern:

Teil I: Streubereich des Normalen und Diagnose des Kleinwuchses
22 Min. — Sandoz AG, Nürnberg

Teil II: Wachstumshormonmangel

27 Min. — Sandoz AG, Nürnberg

Teil III: Die Differentialdiagnose des Kleinwuchses

16 Min. — Sandoz AG, Nürnberg

10.45 Uhr:

Elektrolytstörungen und Aldosteronismus
28 Min. — Hoechst AG, Frankfurt

11.15 Uhr:

Enzyme helfen heilen
25 Min. — Knoll AG, Ludwigshafen

11.45 Uhr:

Das Orthostase-Syndrom — Entstehung, Erkennung, Behandlung
31 Min. — Sandoz AG, Nürnberg

12.20 Uhr:

Varikose-Syndrome der unteren Extremitäten *)
15 Min. — Ganzoni GmbH, Memmingen

12.40 Uhr:

Venöse Störungen der unteren Extremitäten *)
15 Min. — Ganzoni GmbH, Memmingen

14.30 Uhr:

Aktuelle Methoden zur Behandlung venöser Krankheiten der Beine *)
43 Min. — Ganzoni GmbH, Memmingen

15.15 Uhr:

Schmerz — Geisel der Menschheit *)
35 Min. — Goedecke AG, Berlin

15.55 Uhr:

Therapie der Depression in der ärztlichen Praxis *)
30 Min. — Hoechst AG, Frankfurt

16.30 Uhr:

Schatten der Nacht
24 Min. — Boehringer Mannheim GmbH, Mannheim

17.00 Uhr:

Peptische Läsionen des Verdauungstraktes *)
20 Min. — Heumann & Co., Nürnberg

Donnerstag, 17. Mai 1979

9.30 Uhr:

Spinelenästhesie — Epiduralanästhesie *)
20 Min. — Woelm Pharma GmbH & Co., Eschwege

9.55 Uhr:

Lumbale Epiduralanästhesie in der Geburtshilfe *)
20 Min. — Woelm Pharma GmbH & Co., Eschwege

10.15 Uhr:

Die schmerzlose Geburt — Periduralanästhesie
15 Min. — Professor Dr. Hüter, Hildesheim

10.35 Uhr:

Die Bauchdeckenplastik
18 Min. — Professor Dr. Hüter, Hildesheim

10.55 Uhr:

Defektfüllung nach Mamma-Biopsie mit Silastik-Bällchen
10 Min. — Professor Dr. Hüter, Hildesheim

11.10 Uhr:

Freie Transplantation der halbierten Areole Mamillae und Tätowierung
15 Min. — Professor Dr. Hüter, Hildesheim

11.30 Uhr:

Chirurgische Pelviskopie
15 Min. — Professor Dr. Semm, Kiel

11.50 Uhr:

Nierenbeckenpunktionsdrainage *)
7 Min. — Professor Dr. Brühl, Bonn

12.05 Uhr:

Kombinierte Katerekt-Operation (Kornealer Zweistufenschnitt) und Glaukom-Operation — gedeckte Trepanation *)
8 Min. — Dr. Gross / Dr. Täumer, Frankfurt

12.20 Uhr:

Die tiefe Infektion bei Hüftgelenkprothesen II
17 Min. — Firma W. Link, Hamburg

12.40 Uhr:

Interplanta — Patelle Gleitlager Totalersatz — Mod. Lubinus
20 Min. — Firma W. Link, Hamburg

14.30 Uhr:

Operative Klumpfußbehandlung *)
15 Min. — Lohmann GmbH & Co. KG, Neuwied

14.50 Uhr:

Der redressierende Rumpfgipsverband nach Skolioseoperation *)
25 Min. — Lohmann GmbH & Co. KG, Neuwied

15.20 Uhr:

Synthetischer Hautersatz zur temporären Wunddeckung — Epigard
15 Min. — Parke Davis & Co., München

15.40 Uhr:

Fortschritte der Dopamin-Forschung: Prolaktin, Keimdrüsen und Bromocriptin *)
45 Min. — Sandoz AG, Nürnberg

16.30 Uhr:

Toxikologie Sondergebiet: Experimentelle Teratologie *)
20 Min. — Sandoz AG, Nürnberg

16.55 Uhr:

Debrisorb — Lokeltherapie bei nässenden Wunden
7 Min. — Deutsche Pharmacia GmbH, Freiburg

Fortbildungsprogramm des Ärztlichen Kreisverbandes Fürth 1979

16. Mai 1979

Elektrolyte und Herzmedikation
Professor Dr. L. Lossnitzer, Sulzbech

20. Juni 1979

Das bronchitische Syndrom
Privatdozent Dr. G. Siemon, Donaustauf

19. September 1979

Besonderheiten des Altersherzens
Professor Dr. R. Heinecker, Kessel

14. November 1979

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

12. Dezember 1979

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

Die mit *) bezeichneten Filme sind vom Ausschuss „Film in der ärztlichen Fortbildung“ noch nicht beurteilt.

XXVII. Internationaler Fortbildungskongreß der Bundesärztekammer und der Österreichischen Ärztekammer

vom 2. bis 16. Juni 1979 in Grede

Kongreßleitung: Professor Dr. A. Schretzenmeyr, Augsburg

Gesamthema: Die Sinnesorgane und Ihre Erkrankungen in der Allgemein- und Fachpraxis

A. Kongreßöffnung 2. Juni 1979:

Professor Dr. H. J. Sewering, München
Festvortrag: Heilige in der Medizin
Professor Dr. H. Schadewaldt, Düsseldorf

B. Hauptvorträge und Podiumsgespräche oder Kolloquien

I. Ophthalmologie

II. Gesundheits-, Sozial- und ärztliche Berufspolitik

III. Berufspolitik in Österreich

IV. Ophthalmologie (Fortsetzung)

V. Neurologie und Psychiatrie

VI. HNO-Heilkunde

C. Seminare

Ophthalmologisches Seminar – Schilddrüsen-Seminar – Pneumologisches Seminar – Pädiatrisches Seminar – Nephrologisch-urologisches Seminar – Leberseminar – Sportmedizinisches Seminar – Gallenwegs-Seminar – Pädiatrisches Kolloquium – Gastroenterologische

Probleme im Kindesalter – Kardiologisches Seminar – Neurologisch-neurochirurgisches Seminar für den niedergelassenen Arzt

D. Sonstige Veranstaltungen

Vorführung wissenschaftlicher Filme gemäß Sonderprogramm – Diskussion über Einzelfragen aus der Praxis – Atemtherapie – Kunst- und medienhistorischer Einführungsvortrag: Die Medizin in Padua – Medizinhistorische Exkursion nach Padua – Feierstunde anlässlich der Consecration der Gradeser Basilika „St. Eufemia“ vor 1400 Jahren, mit musikalischer Umrahmung des Gradeser Orchesters – Kunsthistorischer Diavortrag: Die Gradeser Basilika 1400 Jahre im Dienst für Europa – Besichtigung der Kurenlegen von Grado

Auskunft:

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

Erster Kursus zur Erlangung der Zusatzbezeichnung Betriebsmedizin und Gebietsbezeichnung Arbeitsmedizin

der Hessischen Akademie für Betriebs- und Arbeitsmedizin e. V.

vom 10. bis 23. Mai 1979 (Kurs A 1) und

vom 27. August bis 7. September 1979 (Kurs A 2)

Auskunft und Anmeldung:

Hessische Akademie für Betriebs- und Arbeitsmedizin, Carl-Oelmann-Weg 5/7, 6350 Bad Nauheim, Telefon (0 60 32) 61 71

38. DKD-Fortbildungstagung

am 19. Mai 1979 in Wiesbaden

Thema: Abdominale Diagnostik (Ultraschall – Nuklearmedizin – Röntgen – Computertomographie)

Beginn: 8.30 Uhr – Ende: 13.30 Uhr

Ort: Aukammhotel, Aukammallee 31, 6200 Wiesbaden

Auskunft:

Frau H. Huppers, DKD-Kongreßsekretariat, Deutsche Klinik für Diagnostik, Aukammallee 33, 6200 Wiesbaden, Telefon (0 61 21) 577 - 298 (nur vormittags)

Weiterbildungskurs des Deutschen Sportärztebundes

vom 2. bis 8. Juni 1979 in Prien

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

Thema: Therapeutischer Sport und Spitzensport – Praxis: Wassersportarten, Ausdeuersportarten

Auskunft und Anmeldung:

Fräulein Pitscheneder, Medizinische Klinik St. Irmingard, 8210 Prien, Telefon (0 80 51) 60 35 26

Seminar an speziell rheumatologischer Weiterbildung interessierte Krankenschwestern und Krankenpfleger

vom 5. bis 10. Juni 1979 in Bad Abbach

Veranstalter: Fortbildungsakademie der Deutschen Rheuma-Liga

Für eine beschränkte Zahl der Teilnehmer besteht am 11. Juni 1979 noch die Möglichkeit zur Teilnahme an rheumatologischen Operationen

Seminergebühren: DM 130,-; Kosten für Unterbringung und Verpflegung: DM 144,- (für die gesamte Zeit)

Auskunft:

Professor Dr. H. Mathies, Chefarzt der I. Medizinischen Klinik des Rheuma-Zentrums, 8403 Bad Abbach, Telefon (0 94 05) 1 82 20

Fortbildungstagungen der Bundesärztekammer

14. bis 19. Mai 1979 in Nürnberg:

82. Deutscher Ärztetag mit Filmfortbildungsprogramm

2. bis 16. Juni 1979 in Grede:

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

23. Juli bis 4. August 1979 in Davos:

Thema: Prävention, Diagnostik, Therapie, Rehabilitation

19. August bis 1. September 1979 in Grede:

Thema: Rationelle Diagnostik und Therapie in der ärztlichen Praxis

27. August bis 8. September 1979 in Meran:

Thema: Pharmakotherapeutische Aspekte der Sexualhormone, ihrer Stimulatoren und Inhibitoren

21. bis 23. September 1979 in Augsburg:

VIII. Zentrenkongreß für Medizinische Assistenzberufe

Auskunft und Anmeldung:

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

Gemeinsame Österreichisch-deutsche Strahlenschutztagung
am 8./9. Juni 1979 in Neuherberg

Veranstalter: Verband für Medizinischen Strahlenschutz in Österreich, Vereinigung Deutscher Strahlenschutzärzte und Gesellschaft für Strahlen- und Umweltforschung

Themen: Wirkungen nichtionisierender Strahlung — Einblicke in Arbeitsmethoden und Ergebnisse der Gesellschaft für Strahlen- und Umweltforschung — Strahlenbelastung bei speziellen diagnostischen und therapeutischen Eingriffen — Strahlenexposition bei der Computertomographie

Auskunft:
Professor Dr. O. Messerschmidt, Ingolstädter Landstraße 2, 8042 Neuherberg

Gemeinsame Tagung der Österreichischen Gesellschaft für Gynäkologie und Geburtshilfe und der Bayerischen Gesellschaft für Geburtshilfe und Frauenheilkunde

vom 14. bis 16. Juni 1979 in Grez

Themen: Endometriose — Gynäkologie im Kindesalter — Frühgeburt — Entwicklungstendenzen in der Strahlentherapie des Kollumkarzinoms

Auskunft:
Professor Dr. F. Zimmer, Kreiskrankenhaus München-Pasing, Steinerweg 5, 8000 München 60

Kolloquium des Instituts und der Poliklinik für Arbeitsmedizin der Universität München

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

am 21. Juni 1979 in München

Thema: Toxikologische Unfälle am Arbeitsplatz (Privatdozent Dr. M. von Clarmann, München) — Diskussion

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

EKG-Kurs für Sportärzte — Fortgeschrittenenkurs

vom 6. bis 8. Juli 1979 in Erlangen

Leitung: Professor Dr. W. Hilmer, Erlangen

Themen: Elektrokardiographische Besonderheiten bei Sportaktiven — Herzleitungsstörungen in ihrer sportkardiologischen Problematik — Herzlagevarianten — Herzrhythmusstörungen und Belastung
Ort: Sportzentrum, Gebbertstraße 123, Erlangen

Auskunft und Anmeldung:
Fräulein Bergmann, Medizinische Poliklinik der Universität Erlangen-Nürnberg, Östliche Stadtmauerstraße 29, 8520 Erlangen, Telefon (0 91 31) 85 - 39 16

56. Tagung der Vereinigung der Bayerischen Chirurgen

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

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

Themen: Mißerfolge bei Osteosynthesen (Indikationsfehler — technische Fehler — Nachbehandlungsmängel — Korrekturgriffe) — Vermeidbare Fehler in der Gefäßtraumatologie — Erweiterte Indikationen zur Vegetomie — Die chirurgische Behandlung des Mammekarzinoms — Aktuelle Probleme der Proktologie — Freie Mitteilungen

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

Fortbildungsseminar für Ärzte der Fortbildungsakademie der Deutschen Rheuma-Liga

vom 9. bis 17. November 1979 in Bad Abbach

Vorgesehen sind außer Vorträgen über das gesamte Gebiet der Rheumatologie vor allem praktische Arbeiten an Patienten in Diagnostik, Befunderhebung, medikamentöser und physikalischer Therapie, Funktionstherapie, Ergotherapie, Teilnahme an Visiten, Operationen Röntgenuntersuchungen und -demonstrationen, Patientenbesprechungen, spezielle Laboruntersuchungen usw.

Ort: Rheuma-Zentrum, Bad Abbach bei Regensburg

Beschränkte Teilnehmerzahl

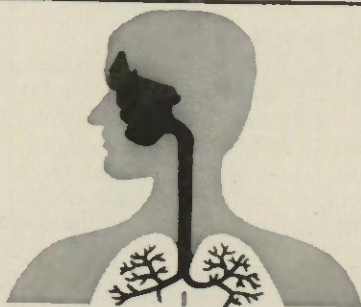
Auskunft und Anmeldung:
Professor Dr. H. Mathies, Chefarzt der f. Medizinischen Klinik, Rheuma-Zentrum, 8403 Bad Abbach, Telefon (09405) 18220

19. Bayerische internistentagung

vom 16. bis 18. November 1979 in München

Themen: Aktuelle Geriatrie — Problematik alter und neuer Therapieformen — Stoffwechselerkrankungen: Diätbehandlung und medikamentöse Therapie

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



**SEKRETOLYTIKUM
bei SINUSITIDEN und
SINOBRONCHITIDEN**

Sinupret[®]

Indikationen: Akute, subakute und chronische Sinusitiden, Rhinosinusitis, Sinobronchitis, einogene Kopfschmerzen, hartnäckige Rhinitiden, Tubenkatarrh, zur Infektprophylaxe beim bronchitischen Syndrom. • **Kontraindikationen und Nebenwirkungen** sind bisher nicht bekannt. • **Zusammensetzung:** 100 g enthalten 29 g Mazerat aus: Rad. Gentian, 0,2 g, Flor. Primul, 0,8 g, Herb. Rumic, 0,6 g, Flor. Sambuc, 0,8 g, Herb. Verben, 0,6 g - 1 Dragée
enthält: Rad. Gentian, 0,006 g, Flor. Primul, 0,018 g, Herb. Rumic, 0,018 g, Flor. Sambuc, 0,018 g, Herb. Verben, 0,018 g, Vitamin C 0,010 g. • **Dosierung:** 3mal täglich 1/2, bis 1 Teelöffel oder 1 bis 2 Dragées. • **Handelsformen:** Sinupret OP mit 100 ml DM 8,55, OP mit 60 Dragées DM 8,55, OP mit 240 Dragées DM 25,95; Großpackungen mit 500 ml, 1000 ml und 1000 Dragées.



BIONORICA KG · APOTHEKER POPP · NÜRNBERG

EWS – und die Folgen für den einzelnen

Nur die Fanfaren haben gefehlt. In der subjektiven Annahme, mindestens ein Jahrhundertwerk geschaffen zu haben, wurden um die Jahreswende die Grundsätze des Europäischen Währungssystems (= EWS) proklamiert und die Konsequenzen daraus am 13. März dieses Jahres in Kraft gesetzt, jedesmal begleitet von vollklingenden Tönen.

Das war für den Bundesbürger zu viel Theorie. Vorrangig kann ihn nur die Praxis interessieren. Seine Fragestellungen also:

1. Wie werden sich die Preise für Waren aus den EWS-Partnerländern künftig in der Bundesrepublik Deutschland entwickeln? Mit welcher Steigerung der Dienstleistungskosten ist zu rechnen, wenn der Urlaub in einem dieser Länder verlebt werden soll?
2. In den anderen EWS-Ländern herrschen ausnahmslos höhere Inflationsraten als in der Bundesrepublik Deutschland vor. Werden sie auch den Geldwert der DM stärker beeinträchtigen?
3. In den anderen EWS-Ländern herrschen ausnahmslos höhere Kapitalmarkt-Zinsen als in der Bundesrepublik Deutschland vor. Wird es also ertragreicher, rücklagefähiges Geld nunmehr in einem dieser Länder anzulegen, und bleibt das Wechselkursverhältnis in Grenzen, so daß nur höchstens ein kalkulierbarer Wechselkursverlust entstehen kann?

Zur ersten Frage ist festzustellen, daß sich das Wechselkursverhältnis des belgischen wie luxemburgischen Franc, des holländischen Gulden, der Dänen-Krone, des französischen Franc und der DM untereinander um nicht mehr als maximal 4,5 Prozent voneinander entfernen kann. Für eine Übergangszeit gelten für die italienische Lira und das irländische Pfund zwölf Prozent.

Das heißt, selbst wenn die DM am höchsten möglichen Punkt und eine

andere Währung am tiefsten steht, kann man für DM in diesem anderen Land Waren gleichen Preisniveaus um 4,5 Prozent billiger einkaufen, eben weil man für die DM zu einem solchen Zeitpunkt 4,5 Prozent mehr von der anderen Währung bekommt.

Wenn in einer solchen Situation Auslandsgüter beispielsweise um sechs Prozent teurer werden und die Erhöhung an den Exportkunden weitergegeben wird, ergibt sich immer noch eine Preissteigerung um anderthalb, bei Wechselkurs-Gleichstand der entsprechenden Währungen um sechs Prozent. Das heißt, Voraussetzungen für einen stärkeren Geldwertverlust sind ohne weiteres durch das EWS gegeben. Und im Ausland kann man sogar ohne Preiserhöhungen teurer einkaufen oder mehr für einen Urlaubsaufenthalt zahlen müssen, wenn der DM-Wechselkurs in der Relation zur Währung des Gastlandes tiefer steht.

Eine Anlage deutschen Geldes in einem der EWS-Länder ist besonders vorteilhaft, wenn die DM gegenüber der entsprechenden Währung gerade einen hohen Stand hat. Bei Gleichstand ist mit höchstens 4,5 Prozent Währungsverlust zu rechnen, falls ein Höchststand der DM gegenüber der Anlage-Währung gerade zu dem Zeitpunkt herrscht, zu dem die Anlage wieder realisiert werden soll.

Immerhin sollte die Wechselkursentwicklung einer solchen Anlage-Währung sorgfältig verfolgt werden. Auch nach den Vereinbarungen des EWS sind Ab- wie Aufwertungen von Teilnehmer-Währungen möglich. In einem solchen Fall würde bei einer Abwertung die 4,5 Prozent-Grenze nach unten in einem nicht vorher-sagbaren Ausmaß unterbrochen. Also kann ein stärkerer als der durch das EWS limitierte Währungsverlust einer solchen Anlage durchaus eintreten und somit höhere Zinserträge in einen Verlust ummünzen.

Horst Beloch

Si tacuisses ...

Der Bekanntheitsgrad eines Arztes oder Zahnarztes wer früher von seiner wissenschaftlichen oder wissenschaftlich begründeten Leistung abhängig. Das ist noch gar nicht so lange her.

In einer Übergangsphase wurde die Koryphäe durch den Star-Mediziner abgelöst. Er paßte in die Ära der politischen Macher. Perfektioniert vollzog er erfolgreich vor allem Operationen ungewöhnlicher Art.

Kein Wort über jene, die durch intensive wissenschaftliche Arbeit erst die Voraussetzungen für jene neuartigen Therapien geschaffen hatten. Die Identifizierung mit dem Erfolg wurde allein wahrgenommen.

Ausrutscher, mißt man daran das neuere Phänomen der Abrutscher. Sie kritisieren als Ärzte ihre Kollegen und als Heilpraktiker des zweiten Bildungsweges die Ärzte äußerst scharf. Aus jener Negation beziehen sie den Anschein besonderer medizinischer Qualifikation, wenn nicht Autorität.

Isoliert würde ihre faktisch unmotivierte Authentizität alsbald verblasen. Doch einige Kollegen nehmen sie ernst. So bestätigen sie ihre Aussagen partiell. Das erweckt die Vermutung, alle Äußerungen jener „Rebellen“ träfen zu.

Was dazu öffentlich gesagt wird, ist sorgsam zu erwägen. Indes: Der Arzt als Multiplikator erreicht viel mehr Menschen intensiver als jedes Massenmedium. Im direkten Gespräch mit der Möglichkeit der Gegenrede ist auch seine Wirkung ungleich intensiver. Eine gemeinsame Meinungsbildung der Ärzte über den Inhalt solcher Äußerungen würde dem Patienten Zweifel zu beheben und Ungewißheiten ausräumen helfen.

Prosper

Kurz über Geld

BIS ZU 500 DM anstelle bisher 200 DM darf ein Unfallschaden jetzt betragen, den man selbst zahlt, um eine Benachteiligung im Schadenfreiheitsrabatt zu vermeiden.

EURO-CHEQUE – GELD WEG, denn die Bank muß solche Schecks einlösen, auch wenn man sie nachträglich sperren lassen möchte.

AB 1000-SCHILLING-EINKAUF In Österreich wird an der Grenze die Mehrwertsteuer zurückgezahlt, die der Ausländer mit bezahlt hatte. Bisherige Grenze: 2000 Schillinge.

Die Sterbefälle nach Todesursachen in Bayern im Monat November 1978

Nr. der ICD 1968 ¹⁾	Todesursachen	Sterbefälle		
		1977		1978
		Monats-durchschnitt	November	November
000-136	Infektiöse und parasitäre Krankheiten	82	80	72
	derunter			
010-019	Tuberkulose insgesamt	51	53	43
140-199	Bösartige Neubildungen	2 122	2 140	2 001
	derunter			
151	des Magens	382	375	381
160-163	der Atmungsorgane	317	320	302
174	der Brustdrüse	157	147	161
180-182	der Gebärmutter	86	109	67
185	der Prostata	106	108	89
200-209	Neubildungen der lymphatischen und blutbildenden Organe	127	134	126
210-239	Gutartige Neubildungen und Neubildungen unbekanntes Charakters	140	132	157
240-279	Störungen der Drüsen mit innerer Sekretion, Ernährungs- und Stoffwechselkrankheiten	407	381	406
	darunter			
250	Diabetes mellitus	340	307	345
280-289	Krankheiten des Blutes und der blutbildenden Organe	19	13	22
290-389	Seelische Störungen, Krankheiten des Nervensystems und der Sinnesorgane	184	180	189
	darunter			
290	senile und präsenile Demenz	5	1	5
390-458	Krankheiten des Kreislaufsystems	4 351	4 374	4 350
	darunter			
410	akuter Herzmuskelinfarkt	911	962	962
411-414	sonstige ischämische Herzkkrankheiten	803	817	778
425, 428	chronische nichtrheumatische Herzmuskelkrankheiten	549	512	500
429	mangelhaft bezeichnete Herzkrankheiten	22	18	19
430-438, 400.2	Hirngefäßkrankheiten	1 368	1 366	1 346
460-519	Krankheiten der Atmungsorgane	648	631	662
	darunter			
470-474	Grippe	17	16	14
480-486	Pneumonie	231	208	276
466, 490, 491	Bronchitis	194	199	170
520-577	Krankheiten der Verdauungsorgane	569	520	540
	darunter			
531, 532	Magen- und Zwölffingerdarmgeschwür	48	52	51
560	Darmverschluss ohne Angabe eines Eingeweidebruchs	32	29	19
571	Leberzirrhose	225	196	238
570, 572-578	sonstige Krankheiten der Leber, Gallenblase und der Gallengänge	110	107	116
577	Krankheiten der Bauchspeicheldrüse	30	32	16
580-629	Krankheiten der Harn- und Geschlechtsorgane	203	183	188
	darunter			
580-584	Nephritis und Nephrose	31	22	14
600	Prostatehypertrophie	31	31	21
630-678	Komplikationen in der Schwangerschaft, bei Entbindung und im Wochenbett	3	1	4
680-738	Krankheiten der Haut und des Unterhautzellgewebes, des Skeletts, der Muskeln und des Bindegewebes	47	46	41
740-759	Angeborene Mißbildungen	44	31	31
760-779	Bestimmte Ursachen der perinatalen Sterblichkeit	76	73	55
780-796	Symptome und mangelhaft bezeichnete Todesursachen	262	252	306
	darunter			
794	Altersschwäche ohne Angabe von Psychose	61	44	68
800-949	Unfälle und Vergiftungen	536	565	558
	derunter			
810-823	Kraftfahrzeug-Unfälle innerhalb und außerhalb des Verkehrs	264	295	288
850-877	Vergiftungen	5	6	3
880-887	Unfälle durch Sturz	184	193	167
950-959	Selbstmord und Selbstbeschädigung	201	223	184
960-999	Mord, Totschlag und sonstige Gewalttätigkeiten	21	22	27
	Sterbefälle insgesamt	10 041	9 981	9 919

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

Mitteilung des Bayerischen Statistischen Landesamtes über die Ergebnisse der Todesursachenstatistik. Diese stützt sich auf die Angaben über die Todesursache, die der Leichenschauarzt in der Todesbescheinigung macht. Aus ihnen wird nach von der Weltgesundheitsorganisation empfohlenen Regeln das sogenannte Grundleiden, das am Beginn einer zum Tode führenden „Kausalkette“ steht, berücksichtigt.

Die meldepflichtigen übertragbaren Krankheiten in Bayern im Februar 1979 *)

(Zusammengestellt aufgrund der Wochenmeldungen)

Im Februar wurden geringfügig mehr Erkrankungen an Salmonellose gemeldet als im Januar; die Erkrankungsziffer stieg von 21 auf 24 Fälle je 100 000 Einwohner, jeweils umgerechnet auf ein Jahr. Gleichzeitig nahm die Zahl der Erkrankungen an Hepatitis infectiosa (übertragbare Le-

berantzündung) ab, nämlich von 36 auf 30 Fälle je 100 000 Einwohner.

Erkrankungen an Scharlach wurden im Februar häufiger als im Vormonat, auch häufiger als im Februar vorigen Jahres bekannt. Die Erkrankungsziffer erhöhte

sich von 40 auf 58, jeweils auf 100 000 der Bevölkerung berechnet. Die Erkrankungshäufigkeit an übertragbarer Hirnhautentzündung blieb dagegen im Vergleich zum Januar unverändert.

Neuerkrankungen und Starbefälle in der Zeit vom 29. Januar bis 25. Februar 1979 (vorläufiges Ergebnis)

Gebiet	1		2		3		4		5		6		7		8		9		10		11		12	
	Diphtherie		Scharlach		Kinderlähmung		Übertragbare						Typhus abdominalis		Paratyphus A und B		Bakterielle Ruhr (ohne Amöbenruhr)		Enteritis infectiosa				Botulismus	
							Hirnhautentzündung				Gehirnentzündung								Salmonellose		übrige Formen			
							Meningokokken-Meningitis		übrige Formen															
E ¹⁾	ST ²⁾	E	ST	E	ST	E	ST	E	ST	E	ST	E	ST	E	ST	E	ST	E	ST	E	ST	E	ST	
Oberbayern	-	-	231	-	-	-	6	1	9	2	-	-	4	-	-	-	20	-	87	1	-	-	-	-
Niederbayern	-	-	19	-	-	-	5	1	4	2	-	-	-	-	1	-	-	9	-	-	-	-	-	
Oberpfalz	-	-	30	-	-	-	3	-	11	-	-	-	-	-	-	-	-	13	-	-	-	-	-	
Oberfranken	-	-	42	-	-	-	1	-	3	-	1	1	-	-	-	-	-	3	-	1	-	-	-	
Mittelfranken	-	-	76	-	-	-	1	-	5	2	-	-	1	-	-	-	-	32	-	1	-	-	-	
Unterfranken	-	-	19	-	-	-	4	-	6	1	-	-	-	-	-	-	-	21	-	-	-	-	-	
Schwaben	-	-	69	-	-	-	2	-	6	1	1	-	-	-	-	2	-	31	-	4	-	-	-	
Bayern	-	-	486	-	-	-	22	2	44	8	3	1	5	-	1	-	22	-	196	1	6	-	-	
München	-	-	99	-	-	-	2	1	2	1	-	-	4	-	-	5	-	32	1	-	-	-	-	
Nürnberg	-	-	22	-	-	-	-	-	1	-	-	-	1	-	-	-	-	4	-	-	-	-	-	
Augsburg	-	-	1	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	8	-	-	-	-	-	
Regensburg	-	-	2	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	4	-	-	-	-	-	
Würzburg	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	3	-	-	-	-	-	
Fürth	-	-	12	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	2	-	-	-	-	-	
Erlangen	-	-	2	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	1	-	-	-	-	-	

Gebiet	13		14		15		16		17		18		19		20		21		22		23		24	
	Hepatitis infectiosa		Ornithose				Mikrosporidien		Malaria-Erkrankung		Toxoplasmosis												Verdachtsfälle von Tollwut ³⁾	
			Psittacose		übrige Formen																			
			E	ST	E	ST																		
Oberbayern	96	-	-	-	-	-	2	-	4	-	4	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	27
Niederbayern	19	1	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Oberpfalz	14	-	-	-	-	-	1	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	7
Oberfranken	11	-	-	-	-	-	-	-	1	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	3
Mittelfranken	49	1	-	-	-	-	-	-	2	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	9
Unterfranken	28	-	4	-	-	-	-	-	-	-	-	3	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	1
Schwaben	35	-	1	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	1
Bayern	250	2	5	-	-	-	3	-	7	-	7	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	48
München	40	-	-	-	-	-	1	-	2	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Nürnberg	23	1	-	-	-	-	-	-	1	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	3
Augsburg	10	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Regensburg	3	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Würzburg	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	1
Fürth	4	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	1
Erlangen	7	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-

*) Bericht des Bayerischen Statistischen Landesamtes.

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

2) „ST“ = Starbefälle.

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

Kein Ansetz für Ansprüche gegen die Bayerische Ärzteversorgung bei der Vermögenssteuer

Nach § 14 Bewertungsgesetz rechnen lebenslängliche Nutzungen und Leistungen, so auch lebenslängliche Renten, zum steuerpflichtigen Vermögen, wobei der Stichtagswert aus dem für das Alter des Empfängers geltenden Viellachen der Jehrrente ermittelt wird.

Darunter rechnen nicht die Renten- und Hinterbliebenenansprüche gegen die Bayerische Ärzteversorgung, wie der Bundesfinanzhof im Urteil vom 25. März 1977 (BStBl. 1977 II S. 625) festgestellt hat.

Ebenso sind auch nicht bei der Vermögenssteuer zu bewerten die durch Einzahlungen in die Bayerische Ärzteversorgung gegebenen Versorgungs-Anwartschaften.

Dieser Hinweis war durch einen inzwischen auf den Widerspruch hin aufgehobenen Vermögensteuerbescheid aus neuester Zeit veranlaßt, bei dem die Rente aus der Bayerischen Ärzteversorgung kapitalisiert als steuerpflichtiges Vermögen bewertet worden ist.

Qualitätskontrolle in der Medizin

Das Bemühen der Ärzte um eine Verbesserung der Selbstkontrolle will die Robert-Bosch-Stiftung unterstützen. Sie hat 750 000 Mark für die Entwicklung und Erprobung von Verfahren bewilligt, die es den Ärzten ermöglichen sollen, sowohl die Qualität der Ausstattung und der Arbeitsprozesse als auch die Qualität der Arbeitsergebnisse objektiv zu messen und daraus die jeweiligen Konsequenzen für eine Verbesserung zu ziehen.

In dem Forschungsvorhaben sollen erfolgversprechende Verfahren und Kriterien der Qualitätskontrolle zunächst für zwei chirurgische Leistungen – Blinddarmoperation und Gallensteinentfernung – entwickelt und erprobt werden. Anschließend soll die Übertragbarkeit der Verfahren auf andere ärztliche Fachgebiete getestet werden. Mehr als zehn Kliniken mit namhaften deutschen Chirurgen wollen das Vorhaben aktiv unterstützen. Für die Durchführung haben sich das Deutsche Krankenhausinstitut in Düsseldorf, der Ausschuß für Qualitätssicherung der Deutschen Gesellschaft für Chirurgie und das Institut für medizinische Informationsverarbeitung, Statistik und Biomathematik der Universität München zu einer Forschungsk Kooperation zusammengeschlossen.

Krankenschutz für Ärzte

Ärzte benötigen einen speziellen Krankenschutz, der ihrem besonderen Vorsorgebedarf entspricht. Der Gruppenvertrag mit der Vereinigten Krankenversicherung AG geht im einzelnen auf die Bedarfssituation des Ärztestandes ein. So wurde das Tarifprogramm in enger Zusammenarbeit mit den Ärztekammern gestaltet. Die Kooperation mit der „Vereinigten“ wird dadurch unterstrichen, daß die Ärztekammern im Ärztebeirat der Gesellschaft vertreten sind und auch über den Geschäftsverlauf der Ärzttarife unterrichtet werden.

Eine Absicherung im Rahmen des Gruppenvertrages bietet sowohl dem Arzt als auch seinen Familienangehörigen optimale Sicherheit im Krankheitsfall und steht niedergeeas-

nen, angestellten und beamteten Ärzten gleichermaßen zur Verfügung. Der Krankenschutz gliedert sich in die Krankentagegeld-Versicherung für den Arzt sowie die Krankenhaus-tagegeld- und Krankheitskostenversicherung für den Arzt und seine Familie.

Dabei sieht der Gruppenvertrag eine Reihe von Vergünstigungen vor:

1. Krankentagegeldversicherung

Sie bietet ein Krankentagegeld bei völliger Arbeitsunfähigkeit wegen Krankheit oder Unfeilfolgen als Einkommensausfall-Versicherung. Die Leistungsdeuer ist unbegrenzt.

Für die Einkünfte als niedergeeasener Arzt oder aus einer Nebentätigkeit (z. B. Liquidationsrecht, Gutachtertätigkeit) angestellter oder beamteter Ärzte können Leistungen ab 4., 8. oder 29. Tag der völligen Arbeitsunfähigkeit vereinbart werden. Für Einkünfte aus der Tätigkeit als angestellter Arzt stehen Tarife mit Leistungsbeginn ab 7., 14. und 27. Woche der völligen Arbeitsunfähigkeit zur Verfügung. Entsprechend dem Nettoeinkommen aus ärztlicher Tätigkeit können insgesamt bis 500 DM täglich abgesichert werden.

2. Krankenhaus-tagegeldversicherung

Ab ersten Tag eines Krankenhausaufenthaltes steht ein Krankenhaus-tagegeld als zusätzliche Einkommenssicherung zur Verfügung. Die Leistungsdeuer ist ebenfalls unbegrenzt. Versicherbar sind täglich bis 200 DM.

3. Krankheitskostenversicherung

Die Spezialtarife für Ärzte sehen Kostenerstattung bei ambulanter und stationärer Heilbehandlung sowie bei zahnärztlicher Behandlung vor.

Durch bedarfsgerechte Formen der Selbstbeteiligung können erhebliche Beiträge gespert werden. Dabei kann zwischen folgenden Varianten gewählt werden:

- Selbstbehalt für Arzneimittel und/oder Arzthonorar;
- Selbstbehalt von 250 DM pro Person und Kalenderjahr;
- Selbstbehalt für Arzthonorar und Arzneimittel in den ersten vier Behandlungswochen.

Für beihilfeberechtigte Ärzte stehen besondere Tarife zur Ergänzung des Beihilfensanspruches zur Verfügung.

Die Leistungsdauer ist unbegrenzt.

Im Rahmen des Gruppenvertrages wird auf die Beiträge der Einzelversicherung ein Rabatt von vier Prozent eingeräumt.

4. Sonstige Vergünstigungen

Sämtliche Wartezeiten entfallen. Angezeigte Erkrankungen, deren Behandlung abgeschlossen ist, werden bei rechtzeitiger Teilnahmeerklärung ohne Zuschläge mitversichert. Behandlungsbedürftige Vorerkrankungen bezieht unser Gruppenvertragspartner nach Beendigung der Behandlungsbedürftigkeit auf Antrag in den Versicherungsschutz ein.

Bei rechtzeitiger Teilnahmeerklärung ist die Übernahme des Versicherungsschutzes in jedem Falle gewährleistet. Als Aufnahmehöchstalter gilt das 65. Lebensjahr.

Der Versicherungsschutz erstreckt sich auf ganz Europa (Krankentagegeld im Ausland nur bei stationärer Behandlung) – außerhalb Europas bis zu acht Wochen. Für längere außereuropäische Aufenthalte können besondere Vereinbarungen getroffen werden.

Wenn Sie der Gruppenversicherung beitreten oder ihren bereits bestehenden Vertrag ändern wollen, setzen Sie sich bitte mit dem für Sie zuständigen Außendienstmitarbeiter oder mit der nächstliegenden Bezirksdirektion der Vereinigten Kranken in Verbindung – die Anschrift finden Sie im Telefonbuch.

Strukturanalyse des Gesundheitswesens in Schleswig-Holstein

2088 Seiten Information in acht Bänden: Die „Strukturanalyse des Gesundheitswesens in Schleswig-Holstein“ wurde im Februar durch das Institut für Gesundheits-System-Forschung (GSF) der Öffentlichkeit in Kiel präsentiert. Den Auftrag für diese Studie hatte die Robert-Bosch-Stiftung gegeben. Es sollte das System der gesundheitlichen Sicherung in der Bundesrepublik Deutschland in einer geographisch abgegrenzten Region beschrieben und einer quantitativen Ist-Analyse unterzogen werden.

Das GSF-Institut ist in seiner Arbeit von der Tatsache ausgegangen, daß das Gesundheitswesen eines einzelnen Bundeslandes integraler Bestandteil des Gesamtsystems der gesundheitlichen Sicherung in der Bundesrepublik Deutschland insgesamt ist. Deshalb vereint diese achtbändige Studie eine zusammenfassende Darstellung wesentlicher Teilbereiche des Gesundheitswesens in der Bundesrepublik Deutschland mit den Teilstudien über die Strukturanalyse des Gesundheitswesens eines Bundeslandes.

Die acht Bände in der Übersicht:

Band 1: Einführung in das Gesundheitswesen der Bundesrepublik Deutschland

Band 2: Ambulante ärztliche Versorgung – Stationäre Versorgung durch Einrichtungen des Sozialwesens – Ambulante Versorgung durch Einrichtungen des Sozialwesens

Band 3: Öffentliches Gesundheitswesen

Band 4: Krankenhausversorgung

Band 5: Krankenkassen, Berufsgenossenschaften und andere Kostenträger

Band 6: Rettungswesen – Rehabilitation – Kur- und Bäderwesen – Berufe des Gesundheitswesens – Ambulante nicht-ärztliche Versorgung

Band 7: Formelle und informelle Kommunikationssysteme – Medizintechnik – Arzneimittelversorgung

Band 8: Materialien zu Kosten und Finanzierung des Gesundheitswesens

Der Direktor des Instituts für Gesundheits-System-Forschung, Professor Dr. med. Fritz Beske, erklärte vor Journalisten in Kiel: Mit der vorliegenden Studie werde wohl erstmalig der Versuch unternommen, das System der gesundheitlichen Sicherung in einem Bundesland relativ umfassend zu beschreiben. Damit sei die Grundlage für weitere Untersuchungen im Rahmen der Gesundheits-System-Forschung gelegt, um über die Darstellung der Struktur und der Funktionen des Gesundheitswesens zu einer kritischen Ist-Analyse zu gelangen. Darauf aufbauend sei es möglich, wissenschaftlich begründete Planungs- und Entscheidungshilfen für das Gesundheitswesen zu gewinnen.

Denn dessen Vorzeichen spiegeln sich wider beispielsweise in den heißdiskutierten Steigerungsreihen der Kosten im Gesundheitswesen im Vergleich zu denen des Sozialprodukts. Das wirft ökonomische Probleme auf: Aus gesamtwirtschaftlicher Sicht geht es um den vertretbaren und angemessenen Anteil des Gesundheitswesens. Einzelwirtschaftlich stellen sich Fragen, in Teilbereichen Leistungen kostengünstiger zu erbringen. Bei allem aber sind die humanitären Aspekte vorrangig.

Grado – Kongreß-Kurort und kunsthistorische Perle an der Adria

Grado, in der Bucht von Triest auf einer Sandinsel zwischen einer unvergleichlichen Lagunenlandschaft und dem offenen Meer gelegen, besticht durch seine herrliche Lage und landschaftlichen Reize. Die Insel hat im Laufe der Jahre im Volksmund die Bezeichnung „Isola del Sole“ (Sonneninsel) erhalten und wird dem auch voll gerecht. Die bis auf den heutigen Tag hervorragend erhaltene malerisch-romantische Altstadt weist alle typischen Merkmale einer charakteristischen antiken venezianischen Kleinstadt auf. Ein Spaziergang durch das alte Grado ist für jeden ein unvergeßliches Erlebnis.

Kostbare Basiliken und frühchristliche Denkmäler – welche übrigens auch im direkten Umland noch zahlreich vorzulinden sind – sind Zeugen einer majestätischen Vergangenheit, in welcher Grado auch für eine gewisse Zeit Sitz des Patriarchen war. Noch heute erinnert das Tragen von Mitra und Bischofsstab des Geistlichen der Basilika von Grado an diese kirchliche Vormachtstellung der Insel.

Bereits im Jahre 1892 erhielt die Insel die offizielle Anerkennung als Kurort und Seebad. Seither entwickelte sich Grado dank der Heilkraft des Sandes und Meeres sowie der hervorragenden klimatischen Verhältnisse zu einem der meist besuchtesten Kur- und Badeorte an der adriatischen Küste. Das milde Meeresklima, beeinflusst durch die dalmatisch-istrianische Strömung, welche an der Küste Grados vorbeifließt, ist milder als das der anderen westlich gelegenen Strände. Die frische Luft im Sommer, wenig Regen und der hohe Salzgehalt des Meerwassers (über 3,9 Prozent) sowie die intensive Sonnenstrahlung machen die Insel zum idealen Aufenthaltsort für den Ruhe und Erholung suchenden Kurgast. Die vom Autoverkehr vollkommen freigehaltene Kurzone gewährleistet Spaziergängern reine, ozonvolle und staubfreie Luft. Die erst vor kurzem neu eingerichteten Kuranlagen mit Sandbädern, Seethermen und Meerwasser-Schwimmbad entsprechen den neuesten medizinischen Erkenntnissen und stehen dem Kurgast unter ständiger ärztlicher Kontrolle zur optimalen Durchführung der Kur zur Verfügung.

Micheel Doetsch

Sonderkuren im Müttergenesungswerk-Gesundheitsprogramm

Auch für 1979 bietet das Müttergenesungswerk wieder insgesamt 211 „Sonderkuren“ an. Sie stellen einen bedeutungsvollen Teil seines Gesundheitsprogrammes dar. Dessen einzelne Teile: Medizinische Kuranwendungen, aktive Erholung, seelische Regeneration — sind bei diesen Sonderkuren speziell auf Sonderprobleme von Müttern abgestellt, z. B. auf Mütter behinderter Kinder, deren körperliche und seelische Gesundheit in besonderer Weise bedroht ist.

Die Sonderkuren stehen allen Frauen mit Sonderproblemen offen, wenn sie Kinder zu versorgen und zu erziehen haben.

Die örtlichen Vermittlungs- und Beratungsstellen helfen bei allen Fragen (z. B. Finanzierung, Versorgung der Familie usw.), die sich im Zusammenhang mit der Kur ergeben. Man wende sich wegen der Adresse an die Verbände der Freien Wohlfahrtspflege (Arbeiterwohlfahrt, Caritasverband, Diakonisches Werk, Deutsches Rotes Kreuz, Deutscher Paritätischer Wohlfahrtsverband), die Kirchen und Kommunalverwaltungen. Notfalls kann man sich an die Zentrale des Müttergenesungswerkes, 8504 Stein, wenden.

Preise

Verleihungen

Albert-Knoll-Preis — Der von der Knoll-AG, Ludwigshafen, für hervorragende Arbeiten auf dem Gebiet der Inneren Medizin gestiftete und mit DM 10 000 dotierte Albert-Knoll-Preis der Saarländisch-Pfälzischen Internistengesellschaft wurde Privatdozent Dr. Johannes Ring, Universitätshautklinik München, verliehen.

Alexander-Schmidt-Preis 1979 — Der von der Dr. Thiemann GmbH, Lünen, für hervorragende Leistungen auf dem Gebiet der Blutgerinnungsforschung gestiftete und mit DM 10 000 dotierte Alexander-Schmidt-Preis wurde Privatdozent Dr. Herbert Rasche, Ulm, verliehen.

Hans-Theo-Schreus-Gedächtnispreis — Der vom Industrieverband Körperpflege- und Waschmittel e. V., Frankfurt, für die Weiterentwicklung der wissenschaftlichen Kosmetik in den Bereichen Chemie, Medizin, Pharmazie, Toxikologie, Psychologie, Soziologie und Ethologie gestiftete und mit DM 10 000 dotierte Hans-Theo-Schreus-Gedächtnispreis wurde Dr. Udo Hoppe, Hamburg, verliehen. — Ein zusätzlicher Förderpreis in Höhe von DM 2000 wurde Dr. Gottschaick zuerkannt.

Ausschreibung

Marie-Baum-Preis 1979 — Die Deutsche Zentrale für Volksgesundheitspflege e. V. schreibt für Arbeiten aus dem sozialmedizinischen Bereich von Sozialer Arbeit und Sozialpädagogik den mit DM 2000 dotierten Marie-Baum-Preis aus. — Einsendeschluß: 1. Juni 1979. Weitere Auskünfte erteilt die Deutsche Zentrale für Volksgesundheitspflege e. V., Feuerbachstraße 14, 6000 Frankfurt, Telefon (06 11) 72 57 52 und 72 57 53.

Pharmaindustrie

Bereitschafts- und Visitenkoffer

Die W. Söhngen GmbH, Teunusstein-Wehen, hat einen neuen Bereitschafts- und Visitenkoffer herausgebracht. Er wird serienmäßig mit Besuchstasche, Formuliermappe und zehn beschriftbaren Therapie-Sets geliefert. Die Zusammenstellung des übrigen Inhalts bleibt dem Arzt überlassen.

COLO-RECT Roche Test

Dieser Test (Hersteller: Hoffmann-La Roche AG, Grenzach-Wyhlen) dient dem Nachweis von Blutspuren im Stuhl, um kolorektale Karzinome frühzeitig zu erkennen. Durch einen neuartigen hygienischen und geruchssicheren Adhäsionsverschluß werden unangenehme Geruchsbelästigungen vermieden. Die erhöhte Farbintensität und -stabilität ermöglicht ein zuverlässiges Ablesen bereits nach 30 Sekunden und bis zu 10 Minuten nach Entwicklerzugabe, wodurch eine rasche und sichere Auswertung gewährleistet ist.

Jedes Patienten-Kuvert enthält sechs Kertonspatel und ein dreier Testbröpfchen. Auf dem Kuvert ist die deutliche und übersichtliche Anleitung zur Handhabung des Tests abgebildet.

Pancreolauryl-Test®

Sondenloser Test zur Beurteilung der exokrinen Pankreasfunktion

Die synthetische Testsubstanz Fluorescein-dilaurat (Dilaurinsäureester des Fluoresceins) wird in Kapselform (Testkapsel) oral appliziert. Sie wird durch pankreasspezifische Arylesterasen des Pankreassekrets zu Laurinsäure und freiem, wasserlöslichem Fluorescein hydrolysiert. Dieser Farbstoff wird resorbiert und über die Nieren ausgeschieden. Die im Sammelnurin leicht zu messende Farbstoffmenge verhält sich direkt proportional der Arylesterase-Aktivität und damit der digestiven Potenz des exokrinen Pankreas. — Sezerniert das Pankreas nicht, dann passiert die nur schwer wasserlösliche Testsubstanz den Magen-Darm-Trakt unverändert. Zur Funktionsprüfung muß daher die Sekretion angeregt werden. Dieses geschieht durch ein genormtes Frühstück, das mit den Testkapseln zusammen eingenommen wird. Damit wird der endogene Sekretin-Pankreozymin-Mechanismus ausgelöst.

Nach mindestens einem Tag Pause wird der Test unter völlig gleichen Bedingungen mit der *Kontrollkapsel* wiederholt. Diese enthält unverestertes Fluorescein. Die Resorption des unveresterten Fluorescein erfolgt ohne Mitwirkung von Pankreas-Esterasen. Die Farbstoffausscheidung nach Applikation der Kontrollkapsel bestimmt also die individuellen Resorptions- und Exkretionsgegebenheiten des Patienten.

Zur Beurteilung des Testergebnisses wird der Ausscheidungswert nach Applikation der Testkapseln in Relation zum Ausscheidungswert nach Applikation der Kontrollkapsel gebracht.

Der Pancreolauryl-Test (Hersteller: Temmler-Werke, Marburg) ist für Arzt wie Patient gleichermaßen leicht durchzuführen und stellt euch an das Labor keine erhöhten Anforderungen (Fotometer).

Volltreffer gegen Entzündungen

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



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

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

Buchbesprechungen

Erste Hilfe bei Unfällen und plötzlichen Erkrankungen

Herausgeber: Dr. N. Kaiser / M. Knörig, 2., erw. Aufl., 176 S., zahlr. Abb., Paperback, DM 16,80. Ehrenwirth Verlag, München.

Die zweite und erweiterte Auflage kann als klarst gegliedertes Stenderwerk für die Erste Hilfe angesehen werden, wobei in klarer Gliederung alle möglichen Probleme angesprochen sind und ausgezeichnet skizziert zur Darstellung gebracht sind. Auch die im Anhang eingeführten häufigen Vergiftungen, deren Erkennung und Beretung, sowie die eingeschlossenen Prüfungsfragen zur Ersten Hilfe sind eine Bereicherung für jeden an Erster Hilfe interessierten Menschen.

Dr. med. Volker Pürckhauer, Oberhadling

EKG-Repetitorium

Verf.: Priv.-Doz. Dr. H.-J. Becker / Priv.-Doz. Dr. G. Kober, 212 S., 144 Darstellungen, Polylein, DM 38,-. Deutscher Ärzte-Verlag GmbH, Köln.

Die Autoren verzichten auf jegliche theoretische Darstellung, beschränken sich auf das System der üblichen zwölf Ableitungen und setzen Grundkenntnisse in der Elektrokardiographie voraus. Ihr Anliegen ist, unmittelbaren klinischen Nutzen aus dem EKG zu ziehen. Zu diesem Zweck sind den EKG-Bildern Schilderungen des klinischen Bildes beigegeben sowie zahlreiche EKG-Verläufe abgebildet (ca. ein Drittel aller Abbildungen). Entsprechend der Frankfurter Schule sind die Darstellungen der koronaren Herzerkrankung (einschließlich Belastungs-EKG) besonders schön.

Daß Schwierigkeiten mit dem Mehrfarbendruck auftraten oder eine Abbildung auf dem Kopf steht, vermag den Nutzen des Buches für den fortgeschrittenen Anfänger und das Vergnügen für den Geübteren kaum zu mindern. Für den genannten Preis ist nichts Vergleichbares auf dem Markt.

Dr. med. P. Kolb, Oberpfaffern

Beta-Rezeptorenblocker in Klinik und Praxis

Verf.: W. Klein, 114 S., 43 Abb., 20 Tab., Broschur, Leinen, DM 26,-. Verlag Gerherd Witzstrock GmbH, Baden-Baden.

15 Jahre nach Einführung der Beta-Blocker wird in dem vorliegenden Büchlein in zehn Referaten führender Spezialisten des Anwendungsspektrum dieser Substanzen nach dem heutigen Wissensstand kritisch überprüft. Nach einer Einführung in die physiologischen Grundlagen werden meist anhand eigener Untersuchungen und illustriert mit zahlreichen grafischen Darstellungen Ergebnisse zu den klassischen Indikationsgebieten – Arterielle Hypertonie – und – Angine pectoris – Arrhythmien – ebenso dargestellt wie die selektive Anwendbarkeit der Beta-Blocker bei den relativen Indikationsgebieten – frischer Myokardinfarkt – und – obstruktive Kardiomyopathie –. Schließlich wird auch auf die sehr umstrittene Anwendung der Beta-Blocker in der Sportmedizin sowie auf die pharmakologische Beeinflussbarkeit von Kreislaufparametern unter Stress eingegangen.

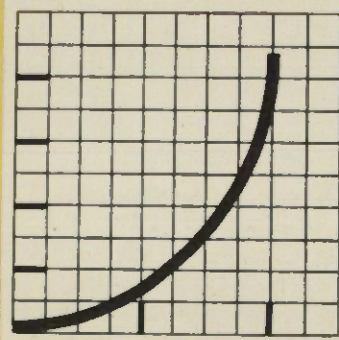
Das gut ausgestattete und verständlich geschriebene Büchlein richtet sich somit nicht nur an den Internisten und Kardiologen, sondern gibt auch dem Sportmediziner, dem psychosomatisch tätigen Arzt und nicht zuletzt dem Allgemeinpraktiker einen guten Überblick über die derzeitige Einsetzbarkeit dieser Pharmaka.

Dr. med. G. Rauber, Bad Reichenhall

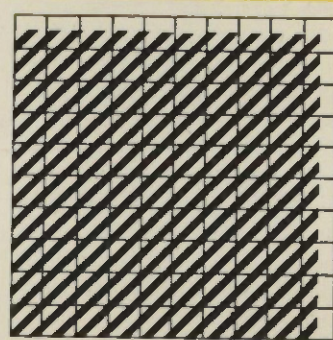
gegen Schmerz

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

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



44%



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

96%

Dolo-Prolixan®

Weil der Rheumatiker prompte Hilfe braucht.

Neurologie und Psychiatrie in Frage und Antwort für Krankenpflegeberufe

Verf.: Dr. H. Netolitzky / Dr. P. Janssen, 218 S., 35 Abb., flex. Taschenbuch, DM 14,80. Georg Thieme Verlag, Stuttgart.

Das Buch eignet sich als übersichtliches Hilfsmittel zum Krankenpflegeunterricht und sicher auch für Prüfungsfragen. Die Darstellung im neurologischen Teil, der den größeren Raum einnimmt, ist übersichtlich gestaltet, klar und fundiert. Vereinzelt wird sie durch anschauliche Zeichnungen ergänzt. Beim psychiatrischen Teil macht sich bemerkbar, daß dies Gebiet für eine knappe Darstellung in Frage und Antwort nicht in gleicher Weise geeignet ist; ein gewisser Schematismus läßt sich hier vielleicht nicht vermeiden. Die Schwierigkeit der Darstellung in dieser Form gilt wohl besonders für den Bereich Neurosenlehre/Psychotherapie. Mit Geschick haben sich die Verfasser hier auf weniger Aussagen beschränkt, für die weitgehende Übereinstimmung besteht.

Dr. med. A. Schottky, Bad Werneck

Sprechstunde: Kinderhaltungsschäden

Verf.: R. Zauner / Prof. Dr. H. Müller, 96 S. mit 50 Fotos und Zeichn., Paperback, DM 16,80. Gräfe und Unzer Verlag, München.

Die Autoren zeigen in diesem Buch auf, wie sehr eine nicht kindgerechte Lebensweise und Umwelt die Belastbarkeit des Kindes überfordern und damit Haltungsschäden verursachen können. Mit Hilfe von 115 gymnastischen Übungen – in instruktiven Schwarzweiß-Fotos – können Eltern Ausdauer, Geschicklichkeit und Kraft ihrer Kinder gezielt trainieren.

Vor Ihrer Niederlassung sollten Sie rechtzeitig mit uns sprechen.

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

Wir sind im gesamten bayerischen Raum präsent.

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

Telefon (089) 714 3200 oder (0911) 83 42 89 oder senden Sie diesen Coupon an unser Büro München Süd, Stiftsbogen 41 8000 München 70.

Fachrichtung

Meine
Anschrift

Sie erwarten Ihren Anruf
unter Telefon

Ein Beratungsbesuch
ist erwünscht



VERSICHERUNGSDIENST ÄRZTE

Außendienstbeauftragter



BAYERISCHE Bayerischer
Versicherungsverband
VERSICHERUNGSKAMMER

Die Heftung des Arztes

Verf.: Prof. Dr. B. Gremberg-Denielsen, 52 S., kart., DM 9,80. Ferdinand Enke Verlag, Stuttgart.

Es ist das erklärte Ziel dieses Büchleins, nicht ein „Rezeptbuch für alle möglichen mißlichen Situationen im Leben eines Arztes“ zu werden, sondern vielmehr „zunächst einmal Verständnis für die Denkweise des Juristen zu vermitteln“. Diesem Ziel dienen insbesondere die Bemühungen des Autors, der selbst juristischer Lele ist, die wichtigsten einschlägigen Grundbegriffe auf dem Gebiet der allgemeinen Rechtsfragen (wie z. B. „Kunstfehler“, Haftung, Fehrlässigkeit, Aufklärungspflicht), wie auf dem der Haftung im Strafrecht und im Zivilrecht zu erklären und an Beispielen verständlich zu machen. Diese entstammen zwar überwiegend dem (ophthalmologischen) Fachgebiet des Autors, was eber der Sache keinen Abbruch tut, weil sie so geschickt gewählt sind, daß sie auch auf jedes andere medizinische Fach übertragen werden können. In einer Zeit, in der der berufstätige Arzt sich in zunehmenden Maße mit juristischen Begriffen und Forderungen konfrontiert sieht, die zudem einem ständigen Wechsel in der Betrachtungsweise unterworfen sind, scheint dem Rezensenten das kleine, eber gehaltvolle und vor allem verständlich geschriebene Buch eine Hilfe sein zu können.

Dr. med. Fischer, Bad Kissingen

Megenzytologie

Verf.: S. Witte, 80 S., 55 Abb., davon 31 mehrfarbig, 6 Tab., Leinen, DM 34,—. Verlag Gerhard Witzstrock GmbH, Baden-Baden.

Nach einem Überblick über die historische Entwicklung wird die Methode zur Entnahme des zytologischen Untersuchungsmaterials und seine Aufbereitung ausführlich dargestellt. Das Ziel der Zytologie ist überwiegend auf die Erkennung maligner Veränderungen gerichtet, so werden die zytologischen Malignitätskriterien eingehend beschrieben und anhand von zahlreichen Abbildungen erläutert. Die Leistungsfähigkeit der Zytologie zeigt sich darin, daß in der Hand des erfahrenen Untersuchers in fast 90 Prozent von Magenkarzinom Tumorzellen nachgewiesen werden können, beim Frühkarzinom liegt die Treffsicherheit sogar bei 92,3 Prozent. Dieses Ergebnis wird durch die endoskopisch gezielte Zellgewinnung erreicht und unterstreicht die Wichtigkeit dieser Untersuchungsmethode.

Dr. med. A. Wunderer, Nürnberg

Lehrbuch der Chirurgie

Unter Berücksichtigung des Gegenstandskataloges

Herausgeber: Prof. Dr. L. Koslowski, 997 S., 742 Abb. in 1190 Einzeldarstellungen, 97 Tab., 1 Tafel, geb., DM 88,—. F. K. Schattauer Verlag, Stuttgart.

Es ist sehr zu begrüßen, daß in dieses Lehrbuch neben der Allgemein-Chirurgie und der Traumatologie die Kinder-, Neuro-, Thorex-, Herz- und Gefäßchirurgie, die Urologie, Anästhesiologie und die plastische Chirurgie eingeschlossen sind. Da dies nicht nur stichwortartig erfolgt ist, sondern fundiert und fachgerecht, ist der Rahmen der heute üblichen Kompendien löblicherweise weit gesprengt. So ist es lehrreich und anregend, dieses Buch durchzugehen, das sich nahezu durchweg auf dem neuesten Stand gesicherter Kenntnisse und Behandlungsmaßnahmen hält. Ich bin zwar der Ansicht, daß Verbrennungskrankheit, Osteomyelitis, Hospitalismus, Vagotomie, Untersuchungsmethoden des Knies (euch die Arthroskopie wird nicht erwähnt), Sudeck zu kurz kommen und daß, wenn schon Kombinationsschäden nach nuklearen Explosionen abgehandelt werden, auch über Strehlen-

schutzmaßnahmen im Umgang mit Bildwandlern geschrieben werden sollte; ich glaube zudem, daß sich ein Lehrbuch gegenüber einem Taschenbuch durch sprechliche Korrektheit auszeichnen sollte („totale Magenexstirpation“, „ulzerogene Pankreastumoren“, „ohne Orchiectomie kommt es zur ... Atrophie des Organs“, „oppositionelle Thrombose“); ich finde fetzlich, daß man dem Studierenden nicht Begriffe hinwerfen darf, die ein Lehrbuch eigentlich gerade erklären sollte („Gemco-Klemme“, „Operation nach Denis Browne“, „PEEP“, „IPPB“, „Liberty-Gips“); die Freude jedoch an diesem Buch überwiegt bei weitem, die Gliederung ist übersichtlich, die Abbildungen und Schemete sind hervorragend, Literaturangaben und Sachverzeichnis sind umfangreich. Es ergibt sich so von selbst, die weite Verbreitung unter Studenten und Ärzten der operativen Fachrichtungen zu wünschen.

Dr. med. G. Schneble, Echting

Belügt uns nicht!

Verf.: D. Menninger, 156 S., DM 16,80. Kreuz Verlag Erich Breitsohl GmbH & Co. KG, Stuttgart.

Die Masse der Behinderten und Schwerkranken wird allein gelassen. Sie leiden an unserer Ablehnung, unseren Vorurteilen, unserer Gleichgültigkeit. Der Autor hat Menschen kennengelernt, die trotz ihres Leidens anderen helfen, Gruppen bilden und Informationen verbreiten. — Der Bericht wird ergänzt durch praktische Hinweise von G. Gülicher. Er hat Institutionen und Adressen zusammengestellt, die für die Betroffenen wichtig sind.

BLV-Serie „sportprexis“

G. Bauer: „richtig fußballspielen“ — R. Denk: „richtig segeln“ — K. Prade: „richtig segelsurten“ — P. Scholl: „richtig tennis spielen“

Jeder Band 127 S. mit vielen farb. Fotos und Bildserien, DM 9,80. BLV Verlagsgesellschaft mbH, München.

Durch die geschickte Darstellung — klare Texte, farbige Fotos und Grafiken — gibt die Reihe vor allem Anfängern und an einer bestimmten Sportart Interessierten brauchbare Hilfe, spezielle Ratschläge und Tips. Die Technik jeder Sportart, mit ihren wesentlichen Merkmalen sowie den typischsten Fehlern, wird genau beschrieben.

Jerusafem und seine große Zeit

Aus dem Italienischen v. Dr. S. Höfer, 320 S., über 210 vierfarb. Abb., geb., DM 35,—. Arena-Verlag Georg Popp, Würzburg.

Dieser prechtvolle und äußerst preisgünstige Bildband stellt die Stadt Jerusafem und ihr Hinterland zur Zeit Christi vor. Sechzehn Sachkenner entwerfen ein wirklichkeitsgetreues und anschauliches Bild vom Leben und der Kultur einer faszinierenden Stadt. Die lebendigen Texte finden ihre Spiegelung in einer Folge eindrucksvoller Abbildungen von Landschaften, Gebäuden und Fundgegenständen.

Japan aus erster Hand

Verf.: K. Lütgen, 224 S., zahlr. Fotoaufn., 16 Bildtafeln, Kerte, geb., DM 22,—. Arena-Verlag Georg Popp, Würzburg.

Wer Japan in seiner Geschichte und Kultur näher kennenlernen, für den ist es ein einzigartiges Beispiel einer reichen Kultur und Ausprägung eines eigenen reizvollen Lebensstils. Berichte von Japanern selbst und von aufmerksamen Beobachtern erschließen in diesem Buch die faszinierende Welt Nippons von ihren Anfängen bis heute.

Therapeutika

Aldopur®

Zusammensetzung: 1 Dragee Aldopur® 50 enthält: Spironolacton 50 mg (mikronisiert); 1 Dragee Aldopur® 100 enthält: Spironolacton 100 mg (mikronisiert).

Indikationen: Primärer Aldosteronismus, wenn eine Operation nicht möglich ist. Bei folgenden weiteren Erkrankungen kann Aldopur® eingesetzt werden, wenn eine befriedigende Behandlung mit anderen Mitteln nicht möglich ist: Sekundärer Aldosteronismus bei Leberzirrhose mit Aszites sowie bei hydropischer Herzinsuffizienz. Schwere Hypertonien in fortgeschrittenem Stadium. Hypertonie bei gleichzeitig bestehendem Diabetes mellitus. Nephrotisches Syndrom. Idiopathisches Ödem. Bestimmte Fälle des akuten Hirnödems. Die zusätzliche Einnahme von Aldopur® kann sinnvoll sein bei einer Behandlung mit Diuretika, die ein Hypokaliämie verursachen können.

Kontraindikationen: Aldopur® soll nicht angewendet werden bei schweren Nierenfunktionsstörungen, bei Hyperkaliämie und bei Hyponatriämie. Es empfiehlt sich eine laufende Laborkontrolle des Elektrolytheushaltes und des Serumkreatinins.

Nebenwirkungen, Begleiterscheinungen und Wechselwirkungen: Siehe wissenschaftlichen Prospekt.

Dosierung und Anwendungsweise: Aldopur® 50: Während der ersten 3 bis 6 Tage 2- bis 3 x täglich 2 Dragees, zur Erhaltungstherapie täglich 1 bis 2 Dragees einnehmen.

Aldopur® 100: Während der ersten 3 bis 6 Tage 3 x täglich 1 Dragee, zur Erhaltungstherapie 1 x täglich 1 Dragee einnehmen. In bestimmten Fällen genügt die Einnahme von 1 Dragee jeden 2. Tag.

Die Dragees sind unzerkaut vor den Mahlzeiten mit etwas Flüssigkeit einzunehmen.

Darreichungsformen und Packungsgrößen: Aldopur® 50: Packung mit 20 Dragees DM 29,-; Packung mit 50 Dragees DM 68,25. Aldopur® 100: Packung mit 20 Dragees DM 49,75; Packung mit 50 Dragees DM 121,-. Anstaltspackungen.

Hersteller: Heumann Arzneimittel, 8500 Nürnberg

Mucofalk

Instant-Pulver Darmregulens

Zusammensetzung: 1 Beutel mit 5 g Pulver enthält: Plantago afra (Plantago psyllium)-Samenschalen 3,25 g; Sorbit 806 mg; Zitronensäure 500 mg.

Anwendungsgebiete: Chronische funktionelle Verstopfung.

Gegenanzeigen: Drohender und vollständiger Darmverschluss, krankhafte Verengung im Magen-Darm-Kanal, wie sie z. B. nach Operationen zurückbleiben können.

Dosierung und Gebrauchsanweisung: 1- bis 3 x täglich den Inhalt eines Portionsbeutels in Flüssigkeit auflösen und am besten vor oder während einer Mahlzeit einnehmen.

1. Inhalt eines Beutels Mucofalk in ein Glas geben.
2. Glas langsam mit kaltem Wasser füllen.
3. Mit einem Löffel umrühren und sofort trinken.

Es ist nützlich, ein weiteres Glas Flüssigkeit nachzutrinken bzw. die übliche Mahlzeit folgen zu lassen.

Hersteller: Dr. Falk GmbH & Co., 7800 Freiburg i. Br.

Kongreßkalender

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.

Juni 1979

- 2.-8. **Prien:** Weiterbildungskurs des Deutschen Sportärztebundes. — Auskunft: Fräulein Pitscheneder, Medizinische Klinik St. Irmgard, 8210 Prien.
- 2.-16. **Grado; XXVfl. Internationaler Fortbildungskongreß der Bundesärztekammer.** — Auskunft: Kongreßbüro der Bundesärztekammer, Postfach 41 02 20, 5000 Köln 41.
- 3.-10. **Garmisch-Partenkirchen:** 25. Seminar-Kongreß des Arbeitskreises für Interdisziplinäre ärztliche Fortbildung. — Auskunft: Dr. G. Blume, Mainzer Straße 3, 6530 Bingen.
- 5.-10. **Bad Abbach:** Seminar an speziell rheumatologischer Weiterbildung interessierte Krankenschwestern und Krankenpfleger. — Auskunft: Professor Dr. H. Mathies, Chefarzt der I. Medizinischen Klinik des Rheuma-Zentrums, 8403 Bad Abbach.
- 8.-9. **Neuherberg:** Gemeinsame Österreichisch-Deutsche Strahlenschutztagung. — Auskunft: Professor Dr. O. Messerschmidt, Ingolstädter Landstraße 2, 8042 Neuherberg.
- 8.-10. **Bad Nauheim:** 24. Fortbildungskongreß der Landesärztekammer Hessen, Akademie für ärztliche Fortbildung. — Auskunft: Akademie für ärztliche Fortbildung der Landesärztekammer Hessen, Carl-Oelemann-Weg 5/7, 6350 Bad Nauheim.
- 9.-23. **Sant 'Angelo:** Fortbildungskongreß des Berufsverbandes Deutscher Internisten. — Auskunft: Berufsverband Deutscher Internisten e. V., Kongreßbüro, Adolfsallee 25, 6200 Wiesbaden.
- 11.-13. **Oslo:** 7. Konferenz der Europäischen Gesellschaft für Pädiatrische Hämatologie und Immunologie. — Auskunft: ESPHI 1979 — Oslo, Dept. of Pediatrics Rikshospitalet, Oslo 1.
- 11.-13. **Stockholm:** Internationale Tagung der Schwedischen Gesellschaft für Thoraxerkrankungen. — Auskunft: Professor Dr. B. Nordenström, c/o RESO Congress Service, S-10524 Stockholm.
- 11.-15. **Melente:** 29. Wissenschaftlicher Kongreß des Bundesverbandes der Ärzte des öffentlichen Gesundheitsdienstes e. V. — Auskunft: Kreismedizinaldirektor Dr. K. Tessin, Barlachplatz 4, 2418 Ratzeburg.
11. 6.-6. 7. **München:** B-Kurs für Arbeitsmedizin. — Auskunft: Sekretariat der Bayerischen Akademie für Arbeits- und Sozialmedizin, Pfarrstraße 3, 8000 München 22.
- 14.-16. **Graz:** Gemeinsame Tagung der Österreichischen Gesellschaft für Gynäkologie und Geburtshilfe und der Bayerischen Gesellschaft für Geburtshilfe und Frauenheilkunde. — Auskunft: Professor Dr. F. Zimmer, Steinerweg 5, 8000 München 60.

- 14.-16. **Lugano:** 66. Jahresversammlung der Schweizerischen Gesellschaft für Chirurgen. — Auskunft: Professor Dr. H. Schwerz, Spital Limmittel, CH-8952 Schlieren.
- 14.-17. **Berlin:** Internationaler Kongress für Gruppenmedizin. — Auskunft: Verbund der Niedergelassenen Ärzte Deutschlands e. V., Belfortstraße 9, 5000 Köln 1.
- 15.-17. **Baden-Baden:** 13. Deutscher Kongress für Allgemeinmedizin. — Auskunft: R. Leitloff, Akademie für ärztliche Fortbildung und Weiterbildung der Landesärztekammer Hessen, Carl-Oelemann-Weg 5/7, 6350 Bad Neuheim.
- 15.-17. **Bad Reichenheller:** 12. Kolloquium der Bad Reichenheller Forschungsenstelt für Krankheiten der Atmungsorgane. — Auskunft: Professor Dr. D. Nolte, Innere Abteilung II, Städtisches Krankenhaus, Riedelstraße 5, 8230 Bad Reichenhall.
- 17.-20. **Amsterdam:** 18. Kongress der Europäischen Dielyse und Transpferent Gesellschaft. — Auskunft: Deutsches Reisebüro GmbH, Postfach 26 71, 6000 Frankfurt 1.
- 18.-21. **Stockholm:** 4. Weltkonferenz über Rauchen und Gesundheit. — Auskunft: Sekretariat 4th World Conference on Smoking and Health, c/o RESO Congress Service, S-10524 Stockholm.
- 20.-22. **Neuherberg:** Grundkurs im Strahlenschutz. — Auskunft: Kurssekretariat des Instituts für Strahlenschutz der GSF, Ingolstädter Lendstraße 1, 8042 Neuherberg.
- 21.-22. **Hamburg:** 3. ADAC-Ärztetage. — Auskunft: ADAC Baumgartnerstraße 53, 8000 München 70.
23. **München:** Klinisch-ellergologischer Kurs „Diagnostik in vivo II: Expositionstest“. — Auskunft: Sekretariat Professor Dr. J. R. Kalden, Institut und Poliklinik für Klinische Immunologie der Universität Erlangen-Nürnberg, Krankenhausstraße 12, 8520 Erlangen.
- 23.-24. **Bernried:** Ergometrie-Wochenende. — Auskunft: Sekretariat Dr. H. Hofmann, Klinik Höhenried, 8131 Bernried.
- 24.-29. **Paris:** Kongress der Internationalen Gesellschaft für Urologie. — Auskunft: Deutsches Reisebüro GmbH, Postfach 26 71, 6000 Frankfurt 1.
- 25.-28. **Neuherberg:** Spezialkurs im Strahlenschutz bei der Untersuchung mit Röntgenstrahlen. — Auskunft: Kurssekretariat des Instituts für Strahlenschutz der GSF, Ingolstädter Lendstraße 1, 8042 Neuherberg.
- 25.-29. **Madrid:** Europäischer Kongress für Kinderpsychiatrie. — Auskunft: Deutsches Reisebüro GmbH, Postfach 26 71, 6000 Frankfurt 1.
- Juli 1979**
- 2.-4. **Neuherberg:** Spezialkurs im Strahlenschutz beim Umgang mit offenen radioaktiven Stoffen. — Auskunft: Kurssekretariat des Instituts für Strahlenschutz der GSF, Ingolstädter Lendstraße 1, 8042 Neuherberg.
- 5.-7. **Erlangen:** EKG-Kurs für Sportärzte (Fortgeschrittenkurs). — Auskunft: Fräulein Bergmann, Medizinische Universitäts-Poliklinik, Östliche Stadtmeuerstraße 29, 8520 Erlangen.
- 6.-8. **Gießen:** Kurs der klinischen Mammographie. — Auskunft: Akademie für ärztliche Fortbildung und Weiterbildung, Carl-Oelemann-Weg 5/7, 6350 Bad Neuheim.
- 7.-8. **Milchstedt:** Fortbildungsveranstaltung des Sportärzterverbandes Hessen. — Auskunft: Dr. F. Burwinkel, Siesmayerstraße 7, 6368 Bad Vilbel.
- 9.-13. **Grünwald:** Weiterbildungskurs des Deutschen Sportärzterbundes. — Auskunft: Dr. H. Pebst, Ebertstraße 1, 8022 Grünwald.
- 15.-20. **London:** VII. Internationaler Kongress über Thrombose und Hämostase. — Auskunft: Deutsches Reisebüro GmbH, Postfach 26 71, 6000 Frankfurt 1.
- 18.-20. **Paris:** 6. Kongress der Europäischen Gesellschaft für Neurochirurgie. — Auskunft: Deutsches Reisebüro GmbH, Postfach 26 71, 6000 Frankfurt 1.
23. 7.-4. 8. **Davos:** IX. Internationaler Seminarkongress für praktische Medizin, veranstaltet von der Bundesärztekammer. — Auskunft: Kongressbüro der Bundesärztekammer, Postfach 41 02 20, 5000 Köln 41.
23. 7.-4. 8. **Montreux:** 6. Internationaler Seminar-Kongress Diagnostica — Therapeutica — Technica. — Auskunft: Deutsche Gesellschaft zur Förderung der Medizinischen Diagnostik e. V., Jahnstraße 32, 7000 Stuttgart 70.
29. 7.-19. 8. **Grönland:** 41. Kongressreise mit MS Europa. — Auskunft: Kongressdienst Deutscher Kassenarztverband bei ADAC-Reise GmbH, Baumgartnerstraße 53, 8000 München 70.

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

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

Bezugspreis vierteljährlich DM 2,40 einchl. Postzeitungsgebühren und 6% = DM 0,14 Mehrwertsteuer. Postscheckkonto Nr. 52 52-802, Amt München, Bayerische Landesärztekammer (Abt. „Bayerisches Ärzteblatt“). Für Mitglieder im Mitgliedsbeitrag enthalten.

Anzeigenverwaltung: ATLAS Verlag und Werbung GmbH & Co. KG, Postfach, Sonnenstraße 29, 8000 München 2, Telefon (0 89) 51 77-1, Fernschreiber: 05/23 662, Telegremmedresse etiespress. Für den Anzeigenteil verantwortlich: Alexander Wisetzke, München.

Druck: Druckerei und Verlag Hans Zeuner jr., 8060 Dacheu.

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

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

ISSN 0005-7126



Die Stadt. Krankenanstalten Aechaffenburg
- Lehrkrankenhause der Universität Würz-
burg - suchen für das neu errichtete Patho-
logische Institut (Chefarzt Dr. Dr. Brunner)
zum 15. 5./15. 6. 1979

1 Oberarzt/Assistenzarzt

Die Stelle ist mit Vergütungsgruppe II/1 a
BAT bewertet.

Voraussetzung:

Mindestens ein bis zwei Jahre Erfahrung
in praxibezogener Pathologie (Sektions-
technik, Zytologie).

Aufgabenbereich:

Nach Einarbeitung Mithilfe in allen Fach-
bereichen des Pathologischen Instituts.

2 medizinisch-technische Assistenten (Innen) / Blo- logie-Laboranten (Innen)

Voraussetzung:

Kenntnisse in der Herrichtung, Verarbei-
tung und Färbung histologischer und zyto-
logischer Präparate.

1 Sektionsgehilfen/ Präparator

Die Eingruppierung erfolgt entsprechend
den persönlichen Voraussetzungen.

Die Stadt Aechaffenburg ist das Wirtschafts-, Verkehrs-
und Bildungszentrum am bayerischen Untermain. Sie liegt
landschaftlich reizvoll am Malnviereck, unmittelbar am
Rand des Spessarts und bietet wegen ihres vielfältigen
und regen Sport- und Kulturlebens einen hohen Erholungs-
und Freizeitwert. Sämtliche Schularten sind vorhanden.

Interessenten werden gebeten, ihre Bewerbung mit den
üblichen Unterlagen an die Stadt Aechaffenburg, Dalberg-
straße 15, 8750 Aechaffenburg, Telefon (0 60 21) 3 03 40 zu
richten.

Der Landkreis Dingolfing-Landau sucht zum 1. Juli 1979 eine(n)
deutsche(n)

Arzt (Ärztin) für Chirurgie

Der (die) Bewerber(in) soll als Oberarzt in der Chirurgischen
Abteilung des Kreiskrankenhauses Landau a. d. Isar tätig sein
und in der Lage sein, den Chefarzt zu vertreten.

Das Kreis Krankenhaus Landau wurde zum 10. 2. 1979 in Betrieb
genommen und ist zum BG-Heilverfahren zugelassen.

Das nach modernsten Gesichtspunkten erbaute Kreis Kranken-
haus Landau umfaßt folgende operative Abteilungen: Chirurgie
(69 Betten), Geburtshilfe-Gynäkologie (20), HND (10) und Augen
(6); sowie eine interdisziplinäre Intensivstation mit 6 Betten.

Die Vergütung erfolgt leistungsgerecht nach Tarif, RBD-Vergü-
tung, CA-Nebeneinnahmen sowie den im öffentlichen Dienst
üblichen Sozialleistungen.

Die Stadt Landau a. d. Isar ist ein aufstrebendes Mittelzentrum
und liegt verkehrsgünstig an der B 20 bzw. nach der B 11
Landshut-Deggendorf in Niederbayern und verfügt über walter-
führende Schulen und alle Einrichtungen für Freizeit und
Daseinsvorsorge.

Bewerbungen mit den üblichen Unterlagen umgehend arbeiten
an: Verwaltung des Kreiskrankenhauses Landau a. d. Isar,
Bayarweidring 17, 8380 Landau a. d. Isar.



LANDESVERSICHERUNGSANSTALT OBERFRANKEN UND MITTELFRANKEN

in unserer vertrauensärztlichen Dienst-
stelle in Nürnberg ist wegen Ausschei-
dens des bisherigen Stelleninhabers in-
folge Erreichens der Altersgrenze zum
1. 8. 1979 die Stelle des

Leitenden Arztes

neu zu besetzen.

Gesucht wird ein Arzt mit langjähriger Er-
fahrung in der Sozialmedizin, möglichst
mit abgeschlossener Weiterbildung (Ge-
biete: Innere Medizin, Neurologie-Psychi-
atrie oder Chirurgie/Orthopädie). Die
Fähigkeit, die Dienststelle dynamisch und
verantwortungsbewußt zu leiten, wird vor-
ausgesetzt, Eignung zur Personalführung
und organisatorische Fähigkeiten sind
außerdem wesentliche Voraussetzungen
für diese Aufgabe.

Bei Erfüllung der leufbahnrechtlichen
Voraussetzungen ist die Übernahme in
das Beamtenverhältnis vorgesehen. Die
Stelle ist mit Besoldungsgruppe A 16
- Leitender Medizinaldirektor - dotiert.

Wir bieten: alle üblichen Leistungen des
öffentlichen Dienstes wie Beihilfen, Um-
zugskosten, 5-Tage-Woche (ohne Wochen-
end- u. Bereitschaftsdienst). Fortbildungs-
möglichkeiten. Nebentätigkeit ist möglich.

Bewerbungen mit den erforderlichen Un-
terlegen (Lebenslauf, Zeugnisse, Licht-
bild usw.) sind zu richten an die

Landesversicherungsanstalt Oberfranken und Mittelfranken
Leopoldstraße 1 und 3, 8580 Bayreuth - Personalreferat -
Für Informationsgespräche steht unser Landesvertrauens-
arzt, Herr Abteilungsdirektor Dr. Pöhlmann - Telefon
(09 21) 60 76 40 - gerne zur Verfügung.



Auf der zentralen Anästhesieabteilung des
Städtischen Merlenkrankenhauses
8450 Amberg/Dpl. (Lehrkrankenhaus der
Universität Erlangen, 615 Betten, 9 Fach-
abteilungen)

sind zum nächstmöglichen Zeitpunkt zu be-
setzen:

1. eine 2. Oberarztstelle 2. eine Assistenzarztstelle

Die Oberarztstelle kann auch von einem Kollegen im Ende
drittes oder viertes Weiterbildungsjahr besetzt werden.

Die Abteilung ist modernst ausgestattet und betreut ca. 320
operative Betten und eine Intensivstation mit 8 Betten. Es
werden alle operativen Abteilungen unseres Hauses (Chirurgie
inkl. Thorax-, Gefäß- und Kinderchirurgie, Gynäkologie, HND,
Augen, Urologie, Röntgen und konsiliarisch auch die interne
und Kinderabteilung unseres Hauses) versorgt.

Neben den gängigen Allgemeinnarkosen werden sämtliche
Verfahren der regionalen Anästhesie praktiziert inkl. schmerz-
lose Geburten.

Die Abteilung ist neben dem Chefarzt mit 2 Oberärzten und
7 Assistenzärzten besetzt.

Der Chefarzt der Anästhesieabteilung besitzt die volle Weiter-
bildungsermächtigung.

Die Vergütung erfolgt nach BAT II bzw. BAT I b. Bereitschafts-
dienst und Rufbereitschaft werden gesondert vergütet. Außer-
dem werden die im öffentlichen Dienst üblichen Sozialleistun-
gen geboten (Beihilfen, zusätzliche Altersversorgung). Ambu-
lante Notfälle können mit der KV abgerechnet werden. Bei
Ausländern sind deutsche Sprachkenntnisse Voraussetzung.

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

Bewerbungen arbeiten innerhalb von zwei Wochen an

Herrn Chefarzt Dr. med. Blelek, 8450 Amberg,
Städtisches Merlenkrankenhaus oder an die Stadtverwaltung
Amberg, Postfach, 8450 Amberg.

Beim **Bezirkskrankenhaus Ansbach**
– Fachkrankenhaus für Psychiatrie und Neurologie – mit 1150 Betten sind sofort oder später

3 Arztstellen

zu besetzen.

Fachkenntnisse in der Psychiatrie sind erwünscht, aber nicht Bedingung. Drei Jahre Psychiatrie und ein Jahr Neurologie sind auf die Weiterbildung anrechnungsfähig. Vergütung wird nach BAT II/1 b gezahlt. Bei entsprechender Voraussetzung auch Übernahme in das Beamtenverhältnis möglich. Tarifliche Bereitschaftsdienstvergrößerung und Gutechertätigkeit werden gewährt.

Für ledige Bewerber stehen Appartements zur Verfügung. Verheiratete Bewerber können preisgünstige Mietwohnungen auf dem Krankenhausgelände zugewiesen bekommen.

Ansbach ist verkehrsgünstig in der Nähe von Nürnberg, eine höhere Schulen am Ort, reizvolle Umgebung (Rothenburg o. T., Dinkelsbühl), reiche kulturelle Angebote für die Freizeit.

Bewerbungen mit den üblichen Unterlagen (Lebenslauf, Zeugnisausschnitte und Lichtbild) bittet man die **Direktion des Bezirkskrankenhauses Ansbach, Feuchtwenger Straße 38, Telefon (09 81) 89 94**, erbeten.

Das Kreiskrankenhaus Wunsiedel

im Fichtelgebirge (Fachkrankenhaus für Innere Medizin – 80 Betten) sucht zum baldmöglichsten Eintritt

1 Assistenzarzt (-ärztin)

Wir verfügen über ein breitgefächertes, interessantes Krankengut. Diagnostik und Therapie erfolgen nach modernsten Gesichtspunkten.

Der leitende Arzt ist zur Internen Weiterbildung ermächtigt. Die Vergütung erfolgt nach Verg.-Gruppe II BAT, zuzüglich Bereitschaftsdienstvergrößerung, Chefarztszulage aus dem Mitarbeiterpool, Alterszusatzversicherung u. e. m. Wohn- und Verpflegungsmöglichkeit im Haus.

Wunsiedel ist Kreisstadt (10 000 Einwohner) und Sitz sämtlicher weiterführender Schulen. Stadt und Umland bieten aufgrund der Mittelgebirgslage hohen Wohn- und Freizeitwert.

Bewerbungen bzw. informative Anfragen – schriftlich oder fernmündlich, Telefon (0 92 32) 35 77 – richten Sie bitte an:

Leitenden Arzt Dr. Herbert Hohanbarger, Kreiskrankenhaus Wunsiedel im Fichtelgebirge, Postfach 146, 8592 Wunsiedel.

CEDIP

Der leistungsstarke
Partner des Arztes.
Ihr ORG-Spezialist.

- Praxiseinrichtungen
- Praxisrenovierungen
- Praxisorganisation
- Praxisbedarf
- Med.-wissenschaftl. Literatur
- Sonderprogramme

Ingolstädter Str. 172 · 8000 München 46
Tel. (089) 31 61 71 · Tag + Nacht

BA 5

Zytologische Assistentin

oder MTA mit zytologischen Kenntnissen für Heilbergsstelle gesucht.

Professor Dr. G. Döring
Zytologische Laboratorium Krankenhaus Herlaching
Sanatoriumsplatz 2, 8000 München 90

Klinik im S-Bahnbereich München sucht erfahrenen Nervenarzt

in Obersteilung bei besten Konditionen.

Anfragen unter Chiffre 2064/147.

Für Allgemeinpraxis im Raum Eichstätt-Treuchtlingen wird für 1. 7. 1979

eine Arzthelferin

möglichst mit Laborkenntnissen gesucht.

Anfragen unter Chiffre 2064/148.

Vertreter für große intern. Praxis

– mit der Möglichkeit der Übernahme – für sofort oder später nach Freising (S-Bahnbereich München) gesucht.

Angebote unter Telefon (0 81 61) 18 41 oder (0 81 61) 39 39.

Ärzte

Berufshaftpflicht-Versicherung

Günstige Jahresprämien, z. B. Ärzte in freier Praxis (nicht angestellt)

1. Fachärzte für Chirurgie, Orthopädie, Gynäkologie, Urologie, Anästhesie, die stationär als auch ambulant behandeln

DM 2760,-

nur ambulante Behandlung

DM 690,-

2. Fachärzte für Röntgenologie

DM 890,-

3. Andere Ärzte und Fachärzte, nur ambulante Behandlung

DM 255,-

Ebenfalls sehr günstige Jahresprämie für Ärzte im Dienst- oder Anstellungsverhältnis

Deckungssumme je Schadenereignis

DM 1 000 000,- Personen-Schäden (DM 500 000,- je Person)
DM 100 000,- Sachschäden, DM 25 000,- Vermögensschäden

Bitte wenden Sie sich an uns, Sie erhalten dann die gewünschten Unterlagen.

MONCHENER VERSICHERUNGSKONTOR

Gesellschaft für Assekuranz und Finanzierungen mbH
Landsberger Straße 87, 8000 München 2, Telefon (0 89) 50 40 44

Eröffnung der Klinik für Dynamische Psychiatrie

Klinik für stationäre Psychotherapie und Psychosomatik
am 2. April 1979, Gelseinstelgasse 203, 8000 München 90, Telefon 64 40 16.

Die Klinik erbetet nach dem Konzept der Berliner Schule der Dynamischen Psychiatrie Günter Ammons. Sie ist als gemeinnützig anerkannt. Alle Kassen.

Privatklinik Gauting

- Offene Fachklinik für Nerven- und Gemütsleiden, Psychotherapie mit Sanatoriumscharakter
- Alle Kassen

Die Klinik ist landschaftlich schön und ruhig gelegen, S-Bahn-Anschluss, 15 Minuten vom Münchener Zentrum.

Leitender Arzt Dr. med. Ph. Schmidt

Bergstraße 50, 8035 Gauting, Telefon (0 89) 8 50 60 51
wochentags auch Telefon (0 89) 53 20 02