



Bayerisches Ärzteblatt

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

Herausgegeben von der Bayerischen Landesärztekammer und der Kassenärztlichen Vereinigung Bayerns

Juni 1988

Zur Kenntnis genommen:

Der 91. Deutsche Ärztetag in Frankfurt ist vorüber. Nach einer über dreistündigen Eröffnungsveranstaltung, bei der Bundesminister Dr. Blüm eine lange Rede hielt, begannen die Arbeitssitzungen am Mittwoch, dem 11. Mai, pünktlich um 9 Uhr. Sie endeten am Samstag um 12.15 Uhr, weil rund 50 Anträge zum Punkt „Tätigkeitsbericht“ global an den Vorstand überwiesen worden sind. Daran kann man Kritik üben. Bedenken muß man aber auch, daß sich bei einem Beschlußgremium mit 250 Teilnehmern nach mehreren Tagen ein Verlust von Aufmerksamkeit – verstärkt durch den Blick auf die Uhr: „Krieg ich mein Flugzeug, meinen Zug noch?“ – einstellt und damit die Gefahr wächst, daß Anträge angenommen werden, die nachher peinliche Verlegenheit auslösen.

Die Frage muß erlaubt sein, ob sich der große Aufwand gelohnt hat. Meine Antwort ist ein klares „Ja“. Diese positive Bewertung ist schon allein durch den ersten Tag berechtigt, an dem die Neufassung der Muster-Berufsordnung für die deutschen Ärzte beraten wurde. Es spricht für die gute Arbeit des Ausschusses und der Ständigen Konferenz „Ärztliche Berufsordnung“, daß nur wenige Änderungen beschlossen worden sind. Abgelehnt wurde – mit weitgehend emotional gesteuerten Argumenten – die Verpflichtung zur Vorlage von Verträgen über den Kauf oder Verkauf einer Arztpraxis, Bildung und Auflösung einer Gemeinschaftspraxis sowie den Eintritt in eine Gemeinschaftspraxis und das Ausscheiden. Damit kann man leben. Wer sich beraten lassen will, kann ohnedies jederzeit zu seiner Kammer gehen. Bei Chefarztverträgen wird davon sehr oft Gebrauch gemacht und dies stets zum Nutzen der Kollegen.

Von ganz besonderer Bedeutung für das ärztliche Handeln sind die Arbeiten der Bundesärztekammer und die Beschlüsse dieses, aber auch schon vorher des BÄ. Deutschen Ärztetages zur künstlichen Befruchtung sowohl durch In-vitro-Fertilisation und Embryotransfer als auch durch den Transfer von männlichen und weiblichen Gameten in den Eileiter und die Einführung des Embryos in den Eileiter. Es war eine weise Entscheidung des Vorstandes der Bundesärztekammer, vor einigen Jahren eine „Zentrale Kommission der Bundesärztekammer zur Wahrung ethischer Grundsätze in der Reproduktionsmedizin, Forschung an menschlichen Embryonen und Gentherapie“ einzurichten. Die jetzt ergänzten Richtlinien sind inzwischen richtungweisend für alle auf diesem Gebiet forschend und praktizierend tätigen Ärzte in der Bundesrepublik. Hier zeigt sich, daß die ärztliche Berufsvertretung, trotz mancher Querelen, die Kraft hat, über das Tagesgeschehen hinaus verbindliche ethische Normen für völlig neue Bereiche ärztlichen Tuns zu setzen. Forschung wird immer dynamisch, „neugierig“ sein, Neues zu entdecken, neue Erkenntnisse in Diagnostik und

Therapie zu erschließen. Unzählige Menschen verdanken dem ihre Gesundheit, ihr verlängertes Leben. Wir haben aber die Verpflichtung, zu jeder Zeit darüber zu wachen, daß dabei der Mensch nicht vergessen wird. Unser Grundgesetz besagt: „Die Würde des Menschen ist unantastbar. Sie zu achten und zu schützen, ist Verpflichtung aller staatlichen Gewalt.“ Das ist keine Erfindung der Väter des Grundgesetzes, sondern ein Postulat, das seit Menschengedenken gilt, aber zugleich mißachtet wird. Die Ärzte wollen ihm Rechnung tragen. Das zeigt sich bei der Diskussion über die Forschung an Embryonen. Schon 1985 hat der Deutsche Ärztetag Richtlinien gebilligt, in denen auf Voraussetzungen und Bedingungen verwiesen wird, die für wissenschaftliche Untersuchungen an nicht-transferierten menschlichen Embryonen unerlässlich sind. Für bestimmte Zielsetzungen wurden sie als ethisch vertretbar eingestuft. Dabei konnte nicht ignoriert werden, daß schon die Anwendbarkeit der In-vitro-Fertilisation/Embryotransfer erst nach langer Forschung an menschlichen Embryonen möglich war. Der diesjährige Ärztetag hat eine noch engere Fassung beschlossen: „Grundsätzlich verboten ist auch die Forschung an menschlichen Embryonen.“ Damit wird zwar die begründete Ausnahme zugelassen, aber an strenge Voraussetzungen gebunden. Mit Verwunderung konnte man in der Zeitung lesen, dieser Beschluß sei in Bonn auf heftige Kritik gestoßen. Bundesjustizminister Engelhardt (F.D.P.) habe sein Bedauern darüber ausgesprochen, daß ein Totalverbot jedweder Forschung an menschlichen Embryonen, wie es die Bundesregierung in einem geplanten Embryonenschutzgesetz anstrebt, bei den Delegierten keine Mehrheit gefunden hatte. Die Grünen warfen der Ärzteschaft gesetzwidriges Verhalten vor.

Der Bundesjustizminister bezieht sich bei seiner Äußerung wohl auf den Entwurf eines Embryonenschutzgesetzes, der schon seit 1986 auf seinem Schreibtisch oder in der Schublade liegt. Der Paragraph 1 dieses Entwurfes ist lesenswert:

„Embryonenschädigung

- (1) Wer durch Einwirkung auf einen Embryo oder Fetus eine Gesundheitsschädigung des (aus ihm hervorgegangenen) Menschen herbeiführt, wird mit Freiheitsstrafe bis zu drei Jahren oder mit Geldstrafe bestraft.
- (2) In besonders schweren Fällen ist die Strafe Freiheitsstrafe von sechs Monaten bis zu fünf Jahren. Ein besonders schwerer Fall liegt in der Regel vor, wenn der Täter
 1. eine schwere Gesundheitsschädigung herbeiführt oder
 2. durch die Tat leichtfertig den Tod des Verletzten verursacht.

- (3) Handelt der Täter in den Fällen des Absatzes 1 leichtfertig, so ist die Strafe Freiheitsstrafe bis zu zwei Jahren oder Geldstrafe.
- (4) Die Absätze 1 bis 3 gelten nicht für Handlungen, die auf einen Abbruch der Schwangerschaft gerichtet sind."

Sollte der Begriff „makaber“ noch steigerungsfähig sein, dann träfe dies auf den erwähnten „Diskussionsentwurf“ des genannten Gesetzes zu. Man will die Keule der Strafandrohung schwingen gegen jeden, der an Embryonen forscht – selbst wenn dies noch so sinnvoll sein könnte. Aber Hunderttausende von Menschenleben werden durch Abtreibung getötet, ohne daß ein Politiker mehr als unverbindliche Sprüche dazu findet. Man verweist auf Paragraph 218 des Strafgesetzbuches, der die „Notlage“ doch sehr eng begrenzt. Man hält verlegen die Hand vor die Augen und will nicht sehen, was in Wirklichkeit geschieht. Schließlich muß hier ja an Wählerstimmen gedacht werden. Man hatte nicht einmal den Mut, die Kosten für den Schwangerschaftsabbruch aus sozialer Indikation aus dem Leistungskatalog der gesetzlichen Krankenkassen herauszunehmen. Im Gegenteil! Das Verfahren ist in mehreren Paragraphen subtil geregelt. Die Kosten für die künstliche Befruchtung bei Ehepaaren, die sich sehnlich ein Kind wünschen, werden aber nach dem Regierungsentwurf nicht übernommen. Besonders engagierte Kolleginnen haben hier deutlich ihre Auffassung vertreten.

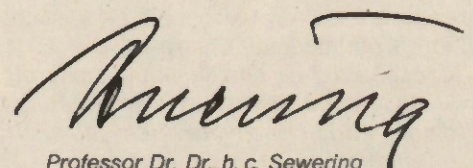
Damit bin ich bereits beim zweiten Tag der Beratungen. Es ging um den „Gesundheits-Reform-Gesetzentwurf“. Viele Anträge wurden gestellt und endlose Diskussionen geführt, die oft nur durch einen Antrag auf Schluß der Debatte – zur allgemeinen Erleichterung – beendet werden konnten. Bei manchen Diskussionsrednern merkte man, daß sie die RVO offenbar nur vom Hörensagen kannten. Besonders begeistert waren viele, wenn ein Redner „die Juristen“ oder „die Politiker“ mal so richtig „auf die Birne gehaut“ hat. Offenbar hatten auch nicht wenige Delegierte die Überzeugung, man könne das Gesetz, wenn man kein gutes Haar daran läßt, völlig verhindern. Sie leben offensichtlich in der Vorstellung, hier gehe es um ein Gesetz des Herrn Blüm. Man hat anscheinend nicht bemerkt, daß hinter dem Gesetz Bundesregierung und Koalition stehen. Es war ermutigend, daß wenigstens einige sachkundige Delegierte Anträge zur Sache stellten. So zum Beispiel zu der unmöglichen Vorschrift im Paragraph 129 des Entwurfes, nach dem für Krankenhausärzte, die zur Teilnahme an der kassenärztlichen Versorgung ermächtigt sind, die Abrechnung ihrer Leistungen durch den Krankenhausträger erfolgt. Man fragt sich, ob bei diesem Paragraphen Bosheit oder Mißtrauen die Feder geführt haben. Für diesen Antrag bin auch ich gerne „auf die Rostra“ gegangen.

Ein vielfach angesprochenes Thema war auch die prästationäre Diagnostik und die nachstationäre Behandlung. Die Delegierten sprachen sich alle dagegen aus. Dabei war ja der Paragraph, durch welchen beides kraft Gesetzes eingeführt werden sollte, im Regierungsentwurf bereits nicht mehr enthalten. Das haben wir Bayern geschafft, und der Vorsitzende der Kassenärztlichen Bundesvereinigung hat sich dafür bei mir bedankt. Jetzt haben wir die Chance einer Vertragsregelung zur Verbesserung der Zusammenarbeit zwischen ambulantem und stationärem Bereich. Über die „Keule“ des Bundesarbeitsministers, nach zwei Jahren eine Rechtsverordnung zu erlassen, wenn kein Vertrag zustande kommt, wird noch zu reden sein.

Unverständlich für mich ist auch die massive Kritik an den im Gesetzentwurf vorgesehenen Leistungen der Schwerpflegebedürftigen. Die Forderung, diese Hilfe als „gesamtgemeinschaftliche Aufgabe“ zu gewähren, also aus Steuermitteln zu finanzieren, ist gesellschaftspolitisch äußerst gefährlich. Wenn der Staat eine „Pflegeversicherung“ finanziert, also Steuereinnahmen dafür verwendet, dann ist die „Pflege-Volksversicherung“ der konsequente nächste Schritt. Also eine neue, staatliche Säule unseres Systems zur sozialen Sicherung. Was ist dann eigentlich noch einzuwenden gegen eine „Volkskrankenversicherung“ und eine „Volksrente“? Jeder Schritt weg vom Versicherungsprinzip führt zur Einheits-Staatsversorgung. Damit wird auch für den kleinen Rest von rund zehn Prozent unserer Gesellschaft das Recht zur Eigenverantwortung und Eigeninitiative beseitigt. Die Angst, unsere gesetzliche Krankenversicherung könnte durch Pflegeleistungen überlastet und dadurch die Gesamtvergütung für kassenärztliche Leistungen beeinträchtigt werden, darf nicht den Blick trüben für die wirklichen Zusammenhänge und Konsequenzen.

Ich finde es auch verfehlt, wenn ärztliche Sprecher immer wieder erklären, das „Problem Rentnerkrankenversicherung“ sei nicht gelöst worden. Wir sind uns darüber einig, daß das Defizit der Rentnerkrankenversicherung die Beiträge der Allgemeinversicherten noch stärker als bisher belasten wird. Die Koalition hat aber eine klare Entscheidung getroffen: Die Rentnerkrankenversicherung bleibt voll im Solidarprinzip, die Beiträge der Rentner, je zur Hälfte von diesen und der Rentnerkrankenversicherung zu zahlen, werden laufend dem Durchschnittsbeitrag der Allgemeinversicherten angepaßt. Ob damit die angestrebte Beitragsstabilität erreicht wird, mag fraglich sein. Das ist aber das Problem der Sozialpolitiker und nicht der Ärzte. Mit Recht hat die Koalition es abgelehnt, bei der Absicherung der Pflege und bei der Rentnerkrankenversicherung Steuermittel einzuplanen. Viele ärztliche Standesvertreter werden bekanntlich nicht müde, immer wieder vor dem Weg in die Verstaatlichung des Gesundheitswesens zu warnen. Es ist kaum verständlich, daß die gleichen dann ebenso hartnäckig in den genannten Bereichen den Einsatz von Steuermitteln, also den Staat, fordern.

Unser Problem ist und bleibt die Nachwuchslawine, die viel zu große Zahl der Kassenärzte, welche sich von Jahr zu Jahr zunehmend Patienten und Gesamtvergütung teilen müssen. Hier zeichnet sich aber keine Wende zum Besseren ab. Vage Zusagen, die Kapazitätsverordnung zu überprüfen, nützen uns nichts. Ich stehe zu meinen Voraussagen: Es wird in absehbarer Zeit weder eine Rückkehr zur Berechnung der Gesamtvergütung nach Einzelleistungen geben, noch wird es zu einer wirklichen und wirksamen Reduzierung des ärztlichen Nachwuchses kommen. Davon sollten wir ausgehen und die Zukunft nüchtern planen. Das erspart uns Enttäuschungen und bietet vielleicht sogar einige Chancen für konstruktive Überlegungen und Entwicklungen.



Professor Dr. Dr. h. c. Sewering

“Meine Antwort heißt: Qualität und Vertrauen.“



Adalat®

herzschützendes
Koronartherapeutikum

Zusammensetzung: 1 Kapsel Adalat enthält 10 mg Nifedipin. **Anwendungsgebiete:** 1. Koronare Herzkrankheit: Chronisch-stabile Angina pectoris, Ruheangina einschließlich vasospastischer Angina (Prinzmetal-Angina, Variant-Angina) und instabiler Angina (Crescendo-Präintarkt-Angina), Angina pectoris nach Herzinfarkt (außer in den ersten 8 Tagen nach dem akuten Myokardinfarkt). 2. Hypertonie. **Gegenanzeigen:** Adalat-Überempfindlichkeit und gesamte Schwangerschaft. Über die Anwendung in der Stillzeit liegen keine Befunde vor. Vorsicht bei ausgeprägt niedrigem Blutdruck (schwere Hypotension: $RR_{\text{Syst}} < 90$ mm Hg). Herz-Kreislauf-Schock. **Nebenwirkungen:** Begleiterscheinungen vorzugsweise zu Beginn der Behandlung, oft leichter und vorübergehender Natur: Gesichtsrötung, Wärmegefühl, Kopfschmerzen. In Einzelfällen, namentlich bei hoher Dosierung: Übelkeit, Schwindel, Müdigkeit, Hautreaktionen, Parästhesie, hypotone Reaktion, Palpitationen und Erhöhung der Pulsfrequenz. Gelegentlich Beinödeme aufgrund einer Erweiterung der Blutgefäße. Äußerst

selten: Unter längerer Behandlung Gingiva-Hyperplasie, die sich nach Absetzen völlig zurückbildet; Schmerzen im Bereich der Brust (unter Umständen Angina-pectoris-artige Beschwerden), bei denen Adalat, sofern ein kausaler Zusammenhang vermutet wird, abgesetzt werden soll. Vorsicht bei Dialysepatienten mit maligner Hypertonie und irreversiblen Nierenversagen mit Hypovolämie, da Blutdruckabfall durch Vasodilatation entstehen kann. Die Behandlung des Bluthochdrucks mit diesem Arzneimittel bedarf der regelmäßigen ärztlichen Kontrolle. Durch individuell auftretende unterschiedliche Reaktionen kann die Fähigkeit zur aktiven Teilnahme am Straßenverkehr oder zum Bedienen von Maschinen beeinträchtigt werden. Dies gilt in verstärktem Maße bei Behandlungsbeginn und bei Präparatewechsel sowie im Zusammenwirken mit Alkohol. Wechselwirkungen mit anderen Mitteln: Adalat/Antihypertonika: Bei gleichzeitiger Anwendung kann der blutdrucksenkende Effekt von Nifedipin verstärkt werden. Adalat/ β -Rezeptoren-Blocker: Bei gleichzeitiger Anwendung sorgfältige

Überwachung des Patienten erforderlich, da stärkere Hypotension möglich; auch wurde eine gelegentliche Ausbildung von Herzinsuffizienz genannt. Adalat/Cimetidin: Verstärkte blutdrucksenkende Wirkung möglich. **Handelstformen:** Adalat: Packungen mit 30, 50, 100 Kapseln zu 10 mg Nifedipin. N1 OP mit 30 Kapseln zu 10 mg DM 26,35; N2 OP mit 50 Kapseln zu 10 mg DM 40,50; N3 OP mit 100 Kapseln zu 10 mg DM 72,90, Anstaltspackung. Stand: März 1988, 2a. Bayer Leverkusen.

1988 BAYER JUBILÄUM

100 JAHRE
PHARMA



125 JAHRE
BAYER

Rationelle Arzneimitteltherapie

Das „Bayerische Ärzteblatt“ bringt in loser Folge Referate aus einer Fortbildungsreihe, die die Bayerische Landesärztekammer zusammen mit den Bezirksstellen der Kassenärztlichen Vereinigung Bayerns zu diesem aktuellen Thema durchführt. Mit der Veröffentlichung der Themen dieser Fortbildungsreihe soll jedem bayerischen Arzt – sei es in der Praxis oder im Krankenhaus – die Möglichkeit gegeben werden, sich zu informieren.

Im Jahre 1986 wurden 17,6 Milliarden DM – das sind 15,5 Prozent der Gesamtausgaben – der gesetzlichen Krankenversicherung für Arzneimittel in der kassenärztlichen Versorgung ausgegeben. Im gleichen Zeitraum betrug die Gesamtvergütung für die kassenärztliche Versorgung 20,4 Milliarden DM, das sind 17,7 Prozent der Gesamtausgaben. Damit haben die Arzneikosten eine Größenordnung erreicht, die dem kassenärztlichen Gesamthonorar nahe kommt. Bei vielen Ärzten übersteigen die Kosten der von ihnen verordneten Arzneien ihr eigenes kassenärztliches Honorar.

Wir wollen deshalb allen Kolleginnen und Kollegen in Klinik und Praxis die Gelegenheit geben, sich in konzentrierter Form über den derzeitigen Stand und die Möglichkeiten einer gezielten Arzneiverordnung zu unterrichten.

Rationelle Therapie mit Psychopharmaka aus der Sicht des Allgemeinarztes und des Internisten: Tranquilizer *)

von H.-G. Borchers

Die Probleme des niedergelassenen Arztes bei der Verordnung psychotroper Substanzen sind von M. Marinker 1973 folgendermaßen kritisch kommentiert worden: „Einer Bevölkerung, die ein überwältigendes Bedürfnis hat, das Erlebnis ihrer Umwelt chemisch zu verändern, wird der Arzt in Zukunft hilflos gegenüberstehen.“

Als der Österreicher Leo Sternbach 1956 das Chlordiazepoxid synthetisierte, das 1960 als erstes Benzodiazepin (Librium®) in den Handel kam, beruhte diese Entdeckung auf einem wissenschaftlichen Irrtum. Das Zufallsprodukt und seine Derivate zählen inzwischen weltweit zu den am häufigsten verordneten Medikamenten. Epidemiologische Studien ergaben, daß 10 bis 17 Prozent der Bevölkerung der Bundesrepublik Deutschland während eines Jahres Benzodiazepine (= BZD) einnehmen und 30 bis 40 Prozent der Patienten einer allgemeinmedizinischen oder internistischen Praxis ein BZD-Rezept ausgestellt erhalten (Tab. 1).

Unsere erste Frage richtet sich auf das Bedingungsgefüge für diese außerordentliche Verbreitung des Tranquilizer-Verbrauches bis hin zum Abusus. 1969 hat A. Mitscherlich auf einem Symposium der Bayerischen Akademie der Wissenschaften mit dem Thema „Das beschädigte Leben“ die Grundbedingungen für diese Entwicklung aufgezeigt: „Als Menschen sind wir zweier gänzlich von-

einander verschiedener Anpassungsmodalitäten fähig. Wir können uns rasch an neue Umwelten und deren Forderungen anpassen. Von dieser Ebene sehr verschieden gibt es eine zweite Ebene der Anpassung, in der wir keineswegs gewandt sind, keineswegs schnell reagieren und das ist die Anpassung an unser inneres Milieu, an unsere affektiven Bedürfnisse und deren Ausstrahlung in die Realität, als da sind Erwartungen, Hoffnungen und Enttäuschungen. Wie wir hier reagieren: ehrgeizig, primitiv-triebhaft, umsichtig, einführend, brutal-egoistisch usw., das hat sich nur wenig verändert, seit wir nicht mehr Hackfrüchte anbauen und uns bestenfalls zu Pferde fortbewegten.“

Auch an die Zusammenballung der Menschen in Städten haben wir uns zunächst angepaßt. Dann aber führten die tiefgreifenden Veränderungen der Lebensbedingungen und der

immer härter werdende Kampf um Positionen und deren Behauptung in der Arbeitswelt und deren Auswirkungen auf Ehe- und Familienleben bis hin zur Überforderung in der schulischen Welt der Heranwachsenden zu immer häufigerem Auseinanderklaffen der beiden Anpassungsebenen und zur psychosomatischen Anpassungsgefährdung.

Grob vereinfachend können wir uns das anatomische Korrelat der beiden Anpassungsebenen im ZNS sogar veranschaulichen: Dem gewaltigen Wachstums- und Differenzierungsschub des Neuhirns (Neocortex) steht eine deutlich erkennbare Stagnation der Apparate affektiver Anpassung (Palaeocortex) in der Phylogenese gegenüber. Das Urhirn (Palaeo-, Archeocortex) haben wir Säuger von den Reptilien übernommen. Es umfaßt das Riechhirn, ein Zentrum der Erinnerungsweckung und eine

Tabelle 1: Benzodiazepin-Verschreibungen in der Bundesrepublik Deutschland (1981) (nach W. Poser u. Mitarb.)

Präparat	Umsatz (Mio. DM)	Definitive Tagesdosen (Mio)
Lexotanil®	109,5	303,8
Adumbran®	100,6	82,1
Tavor®	39,9	46,2
Tranxilium®	37,4	46,0
Valium®	33,8	135,6
Praxiten®	22,9	25,0
Frisium®	22,2	25,8
Demetrin®	19,6	26,0
Librium®	8,0	22,1
Trecalmo®	4,8	5,6
Diazepam ratiofarm®	4,6	55,2
Tranquase®	2,3	27,8
	405,6	801,2

*) Vortrag entliehlich der Vortragsreihe „Rationelle Arzneimitteltherapie“ am 16. März 1988 in Bamberg

VDA-Veranstaltungen

rtliche Fortbildung und wiss. Vortragsabende,
dien- und Kongreßreisen (In- und Ausland), mit
ellschaftlichen und kulturellen Programmen,
osiposien mit aktuellen verkehrsmedizinischen
ernen, Internat. Tagungen mit wiss. und touristi-
nen Programmen.



KVDA – Vorteile und Leistungen



Seit 1907 sind Ärzte im ältesten ärztlichen Kraftfahrverband Deutschlands Mitglied. Sie haben erkannt, daß der KVDA in der Lage ist, ihre Interessen wahrzunehmen und nutzen die großen Vor- teile und Leistungen des KVDA.

Der KVDA ist der Verband kraftfahrender Ärzte Deutschlands. Durch Mitgliedschaft in nationalen und internationalen Verbänden ist der KVDA in der Lage, jederzeit ihre Interessen wahrzunehmen. Ein kollegialer Hilfsdienst besteht in vielen Ländern Europas.

Der KVDA steht in Kooperation mit der International Union of Associations of Doctor-Motorists (IUADM), der International Association for Accident and Traffic Medicine (IAATM), dem Automobil- club von Deutschland (AvD) und der Deutschen Verkehrswacht.

VDA-Informationen

ch die KVDA-Verbandszeitschrift
zt + auto« (für Mitglieder kostenlos) über alle
gen der Verkehrs-, Unfall- und Touristikmedizin
Sonderteil »Auto und Touristik« und aktuellen
richten aus dem KVDA-Verbandsleben.

Auch Sie sollten dem KVDA beitreten, Ihre Kolleginnen und Kollegen erwarten Sie!

Internat. Ausweis

ch die International Union of Associations of
ctor-Motorists (IUADM) mit kollegialem Hilfs-
nst in vielen Ländern Europas.

Pannenschutz und Unfallhilfe

ch den AvD-Schutzpaß »Ausland« (DM 25,-)
D-Schutzpaß »Inland und Ausland« (DM 65,-)

Pannenschutz und Unfallhilfe

- Bergungshilfe
- Abschlepphilfe
- Hilfe bei Fahrzeugausfall
- Hilfe bei Fahrerausfall
- Krankenrücktransport
- Ersatzteilversand
- Hilfe bei Diebstahl oder Totalschaden
- Hilfe durch Kreditschecks

VDA-Touristik-Service

DA-Vertragshotels (Hotelführer kostenlos jähr-
neu), Camping-Ausweis, Grenzdokumente.

VDA-Versicherungen

- AG-Rechtsschutzversicherung
- Mitglieder (Praxis und Familie, Vertragsrechts-
chutz für die Praxis, Verkehrsrechtsschutz etc.)
- europäische Reiseversicherung:
- ndum-Sorglos-Paket
- r Einzelversicherungen
- emeine Unfallversicherung mit Gliedertaxe
- ch die Mecklenburg. Vers.-Ges.
- stiger Gruppentarif)
- ensversicherungen
- V Vereinigte Haftpflicht Versicherung
- Haftpflicht-, Kasko-, Insassenversicherung
- landskrankenschutz (DKV) für 1 Jahr
- oren-Police der Mecklenburgischen
- sicherung

Werden Sie Mitglied im Kraftfahrverband Deutscher Ärzte!

DA – Der Verband exklusiv für Ärzte,
närzte, Tierärzte und Apotheker erwartet Sie!

reiben Sie bitte umgehend an:

ffahrverband Deutscher Aarza (KVDA)
anna-Melber-Weg 8

Hiermit erkläre ich meinen Eintritt in den KVDA:

Name/Vorname

geboren

Fachbezeichnung/Titel
(Arzt/Zahnarzt/Tierarzt/Apotheker/Student: Med./ZM./Vel./Pharm.)

Anschrift

Telefon mit Vorwahl

Ort und Datum

Stempel und Unterschrift

Jahresbeitrag DM 90,-
Studenten
der Heilberufe DM 50,-
Aufnahmegebühr . . . DM 5,-

Bitte senden Sie mir einen Antrag für:

- AvD-Schutzpaß
- ARAG-Rechtsschutzversicherung
- Europäische Reiseversicherungen
- Allgem. Unfallversicherung mit Gliedertaxe
- Junior-Police der Mecklenburgischen
Versicherung
- Lebensversicherung
- VHV Vereinigte Haftpflicht Versicherung
- Kfz-Haftpflicht-, Kasko-, Insassen-Versicherung
- Hertz-Kreditkarte (kostenlos)
- DINERS-Club-Mitgliedschaft
- Auslandskrankenschutz (DKV) für 1 Jahr

Hiermit bestelle ich:

- KVDA-Autoplakette für Ärzte DM 30,-
- KVDA-Autoplakette für Apotheker DM 30,-
- KVDA-Emblem als Auto-Abziehbild DM 1,-
- KVDA-Anstecknadel DM 8,-
- KVDA-Wimpel DM 45,-
- KVDA-Yacht-Ständer DM 30,-
- IUADM-Ausweis für Ärzte, Zahnärzte
Tierärzte und Apotheker (Paßbild) DM 5,-
- IUADM-Emblem als Auto-Abziehbild DM 1,-
- Internat. Hotelführer der KVDA-Vertragshotels
(kostenlos)
- Camping-Ausweis (Paßbild)
mit Jahresmarke DM 6,-
- Camping-Jahresmarke DM 3,-

Kostenlos die KVDA-Verbandszeitschrift
arzt und auto

Vor- und Zuname

KVDA-Mitglieds-Nr.

Straße

PLZ und Wohnort

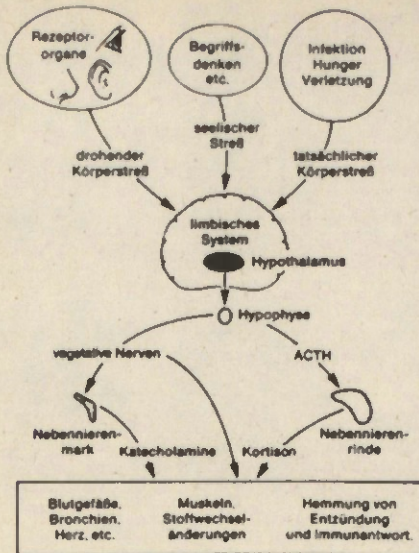


Abbildung 1

affektive Entscheidungsstruktur für die Alternativen Flucht oder Angriff, völlig ausreichend für das Überleben in freier Wildbahn. Auch wir Menschen besitzen dieses Urhirn im *limbischen System*. Es ist nach wie vor Vermittlungszentrale zwischen Großhirn und Körpersphäre, eine Zentrale der affektiven Verarbeitung und der Modulation (Abb. 1). Die Möglichkeit der Überlastung des limbischen Systems durch ein Übermaß an Stressoren hat 1954 Mac Lean mit dem Modell von „Reiter und Roß“ verglichen. Der Reiter (Neocortex) hat keine absolute Kommunikationsmöglichkeit mit seinem Pferd (endokrin-vegetative Körpersphäre). Es besteht aber die Möglichkeit, durch intensives Training mit Einsatz der Reithilfen (limbisches System) eine ausreichende Stabilität des Systems zur Bewältigung der üblichen Anforderungen zu erzielen. Kommt es aber zu einer Streßüberlastung, bricht jäh die Homöostase zusammen. Über einen inneren Kontrollverlust werden Fehlleistungen produziert. Wir können im Unterschied zum Tier unserer Erregung nicht mehr „Luft machen“. Die Persönlichkeit des Menschen und die Qualität der Stressoren, die ihn treffen, bestimmen den Grad der Destabilisierung. Neurotizismus ist nach Eysenck mit einer hochgradigen Erregbarkeit des limbischen Aktivierungssystems verbunden. Bei Überlastung der Anpassungsfähigkeit des limbischen Systems entsteht Angst. Sie ist eine häufige Erscheinung des normalen und einer der Hauptfaktoren abnormen psychischen Erlebens. Krankhafte Angst kann nicht verarbeitet, abgeführt werden. Sie unterliegt einer Konversion zu den verschied-

denen Formen psychoreaktiver und psychovegetativer Störungen (Abb. 2).

Hier, in der Möglichkeit pharmakologischer Angstbewältigung, in der Dämpfung limbischer Affektentladungen und ihrer somatischen Folgen liegt das Wirkungsfeld der *Benzodiazepine*. Ihre anxiolytische Wirkung neben Sedierung, Schlafinduktion, Muskelentspannung und Krampfverhütung ist so vorzüglich, die Toxizität so gering, daß man zunächst und leider für viele Jahre den Eindruck einer idealen Medikamentengruppe hatte. Dem angsterzeugenden noradrenergen System mit Zentrum im *Locus caeruleus* am Boden des IV. Ventrikels steht das angstmodulierende GABA-System gegenüber. Während die noradrenergen Neuronen die Erregbarkeit ihrer Zielzellen erhöhen, bewirkt das GABA-System mit Hilfe seines Neurotransmitters Gamma-Aminobuttersäure eine Erhöhung des Membranpotentials und damit der Erregbarkeitsschwelle. Die GABA wirkt über eine Öffnung eines mit dem Rezeptorprotein verbundenen Chloridkanals. Chlorionen strömen in die Zelle und erhöhen das Membranpotential (Hyperpolarisation). Ende der siebziger Jahre gelang es nun, spezifische Rezeptoren für die BZD nachzuweisen. Es handelt sich um Hilfsrezeptoren in unmittelbarer Nachbarschaft der GABA-Rezeptoren, durch deren Interaktion die Chloridkanäle noch effektiver geöffnet werden. Die BZD haben also eine GABA-Verstärkerfunktion. Doch ihre längerfristige Einnahme erzeugt Toleranz und zusätzliche neuroadaptive Prozesse bewir-

ken beim Absetzen der BZD Entzugserscheinungen und sehr unangenehme Rebound-Phänomene, die der Gewöhnung den Weg bereiten. Es dauerte bis 1960, als Kemper, Poser und Poser erstmals anhand eines größeren Krankengutes auf die Gefahr einer Abhängigkeitsentwicklung aufmerksam machten. Böning und Schrappe wiesen 1984 mit Nachdruck auf die bedenklichen Beziehungen zwischen der Wirkungscharakteristik der BZD und dem Zeitgeist hin: „Eine Eigenschaft macht die BZD dem Patienten wie dem Arzt und der Pharmaindustrie gleichermaßen angenehm: Sie scheinen nämlich dem alltagsgestreßten Durchschnittsbürger auch die Sehnsucht nach ‚Wiederherstellung einer leibseelischen Homöostase mit dem Ziel vollkommener psychosomatischer Harmonie‘ stillen zu können.“ Vielleicht zeigt sich auch hier das Prinzip gegenläufiger Entwicklungen, das in unserer Zeit so häufig ist: Einerseits orientiert sich der allgemeine Trend zunehmend am Arzneimittelrisiko, aber gleichzeitig fordert ein oft utopischer Gesundheitsanspruch die Nutzung alles Machbaren. So ist infolge der guten anxiolytischen Wirkkomponente der BZD der Weg von der Wiederherstellung gestörter Befindlichkeit bis zur gezielten, aktiven Befindlichkeitsmanipulation oft kürzer, als vielfach gedacht. Man übersieht die geringe Distanz, weil das sehr komplex determinierte Mißbrauchspotential in der Regel dosisunabhängig zu sein pflegt („Low-dose dependence“). Der neuroadaptive Gewöhnungsprozeß bleibt klinisch lange Zeit stumm. Erst das „Klebenbleiben“

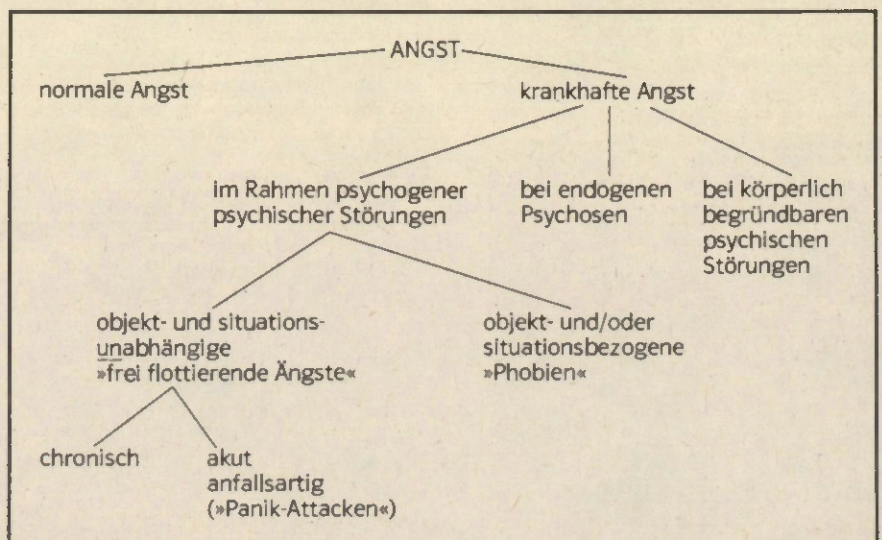


Abbildung 2
(aus Klein und Hippus: *Angst*, 1983)

Wir machen den Weg frei



Raiffeisenbank

Die Bank mit dem freundlichen Service

an BZD mit plötzlich auftretenden Entzugssymptomen bei Auslaßversuchen und die Unfähigkeit zur Abstinenz entlarven diese neuartige Form der „Intimabhängigkeit“ unserer Zeit.

In erster Linie wird zur Bewältigung der Angst Alkohol eingesetzt. Neben etwa 1,5 Millionen Alkoholkranken trinken mindestens zehn Prozent der Bundesbürger täglich zwischen 40 und 150 g reinen Alkohol. Sehr schnell merken diese im Vorteld der Abhängigkeit trinkenden Menschen, wie hervorragend die BZD die Alkoholwirkung unterstützen. Sie brauchen unter BZD nur noch die Hälfte an Alkoholika, um entlastet zu sein. „Von der Pulle zur Pille“ ist ein Slogan mit dem ernstesten Hintergrund der Polytoxikomanie!

Gemäß der Forderung nach Rationalität unseres therapeutischen Han-

dels kann es aus dem Gesagten nur eine Konsequenz geben: Der Einsatz von BZD ist nur in Krisensituationen oder in Fällen zeitlich begrenzter Therapieindikationen gerechtfertigt. Weder die Bagatelstörungen unserer täglichen Befindlichkeit noch die unbegrenzt andauernden Stützungsbedürfnisse im Rahmen von Persönlichkeitsstörungen (Neurosen usw.) sind rationale Indikationen für die Anwendung von BZD. Die Gefahr der Abhängigkeitsentwicklung ist in diesen Fällen zu groß. Für einen kurzzeitigen Einsatz der BZD ist die Kenntnis der unterschiedlich ausgeprägten Wirkungskomponenten ebenso wichtig wie das Wissen um den Metabolismus und das Auftreten wirksamer Langzeitmetaboliten (Tab. 2). Bei älteren Patienten mit verzögerter Verstoffwechslung der BZD können Kumulationen auftreten. Die Affinität der einzelnen BZD zu den Rezeptoren

korreliert anscheinend mit der Abhängigkeitsgefahr (zum Beispiel Lorazepam).

Aus dem Blickwinkel der Rationalität muß vor Kombinationspräparaten gewarnt werden, die neben einer die Anwendung bestimmenden Wirksubstanz zusätzlich ein BZD enthalten. Wer denkt schon unter dem Zeitdruck der Praxis daran, daß er zum Beispiel beim Verschreiben des Mittels Silentan® gegen Spannungskopfschmerzen neben Azetylsalicylsäure pro Dragée 2 mg Diazepam verschreibt? Die Gefahr einer unbewußten Abhängigkeitsförderung durch den Arzt ist hier besonders groß.

Die gut gemeinte Empfehlung der Pharmaindustrie, BZD nur über einen Zeitraum von vier bis sechs Wochen zu verordnen und ausschleichend abzusetzen, mündet in die drängende, aber kaum beantwortete Frage nach einer Alternative, wenn die ursprünglichen Beschwerden wieder auftreten und die Patientin (71 Prozent der BZD-Verschreibungen gehen an Frauen) den Arzt um Fortsetzung der „so guten“ Therapie anfleht. Es ist meines Erachtens für jeden Kollegen und jede Kollegin dringend erforderlich, ein „persönliches Repertoire von Medikamenten“ anzulegen und damit Erfahrungen zu sammeln. So subjektiv diese Auswahl auch sein mag, sie hat den Vorzug der genauen Kenntnis der Wirkungen und Nebenwirkungen, erworben in vergleichender Anwendung an vielen Patienten. Die folgende Liste von Tranquillizer-Alternativen zu Benzodiazepinen soll als Anregung zur Bildung eines derartigen persönlichen Repertoires verstanden werden.

1. Mit Kornhuber („Das Risiko Benzodiazepin“, „Deutsches Ärzteblatt“ Nr. 9 vom 3. 3. 1988) sind wir der Ansicht, daß BZD weitgehend entbehrlich sind, wenn man von akuten Angstzuständen – wie Herzinfarkt oder beginnende Psychose, vom Status epilepticus und von der Narkoseeinleitung – abieht.

2. Neuroleptika in niedriger Dosierung stellen eine gut anxiolytisch und spannungslösend wirkende Alternative dar (Tab. 3). Die Nebenwirkungen im Sinne früh auftretender extrapyramidaler Dyskinesien (Akathisie) sind klar erkennbar und reversibel, eine Abhängigkeitsentwicklung ist nicht zu befürchten. Im Gegensatz zu den BZD, die nicht selten die Bereitschaft zur aktiven Konfliktbewältigung bzw.

Tabelle 2: Benzodiazepine (Auswahl)

Alprazolam (Tafil®)

Einziges BZD mit angstlösenden und leicht stimmungsauffhellenden Eigenschaften. Daher besonders bei reaktiven/neurotischen Depressionen und bei Panikattacken einsetzbar. Dosierung: 0,25–0,75–4 mg/die.

Bromazepam (Lexotanil®, Normoc® u. a.)

Stark angstlösend, ohne langwirksame Metaboliten. Bei manchen Patienten leicht euphorisierend. Dosierung: 1–3 mg am Abend.

Lorazepam (Tavor®, Pro-Dorm®, Laubeel®, Tolid®)

Starkes, rasch wirksames Anxiolytikum. Abbau weder vom Alter noch vom Zustand der Leber abhängig, ohne aktive Metaboliten. Wirkt oft euphorisierend. Dosierung: 1–maximal 7,5 mg/die, besonders Einmalgabe zur Schlafförderung.

Diazepam (Vallum®, Valliquid® u. v. a.)

Breitband-Tranquillizer mit sedierend-angstlösender, muskelentspannender und antiepileptischer Wirkung. Langwirkender aktiver Metabolit. Parenteral für Notfallmedizin. Dosierung: 5–20 mg, abendliche Einmalgabe möglich.

Oxazepam (Adumbran®, Noctazepam®, Praxiten® u. v. a.)

Bewährter „Standard-Tranquillizer“ ohne aktive Abbauprodukte. Dosierung: 5–10–15 mg zweimal, abends 20–50 mg/die.

Dikalium-Chlorazepat (Tranxilium®)

Breitband-Tranquillizer mit lang wirkenden aktiven Metaboliten. Tropfinfusion bei akuten psychovegetativen Krisen. Dosierung: 10–50 mg/die, abendliche Einmalgabe möglich. Tranxilium N-Tropfen enthalten den Metaboliten Nordazepam. Zusätzliche Nebenwirkungen: Appetitsteigerung, Menstruationsstörungen, eventuell Wirkungsverstärkung durch Kontrazeptiva.

Clobazam (Frisium®)

1,5-Benzodiazepin mit nur geringer Sedierung als „Tages-Tranquillizer“. Länger wirkender aktiver Hauptmetabolit. Dosierung: 10–20–40 mg/die.

Clotiazepam (Trecalmo®)

Bislang einziges Thieno-Diazepin mit kurzer Wirkdauer und geringer Sedierung. Dosierung: 10–30 mg/die.

Tetrazepam (Musaril®)

Zur Muskelentspannung bei Hartspann und HWS-Syndrom (auch zusätzlich zu Antidepressiva bei larvierter Depression). Dosierung: 50–150 mg/die.

zur Psychotherapie unterdrücken, handelt es sich um Medikamente, die eine Konfliktverarbeitung und die Freisetzung kreativer Energie ermöglichen.

3. Das zwischen Tranquilizer und Antidepressivum stehende trizyklische *Opipramol (Insidon®)* ist zur Lösung der Probleme Angst, Spannung, Schlafstörungen sehr gut geeignet und vor allem auch wirksam bei neurotischen Depressionen, die der Therapie mit klassischen Antidepressiva nicht selten trotzen. Die anfänglich oft starke Sedierung kann durch langsam ansteigende Dosierung vermindert werden.

4. Diese Sedierung fehlt dem neuen Anxiolytikum, *Buspiron (Bespar®)*.

Komplexe Angriffspunkte an serotonergen und dopaminergen Neuronen bewirken eine gute Anxiolyse ohne die dämpfenden Effekte der BZD. Anfängliche Magenbeschwerden mit Übelkeit und Schwindel sind zu beobachten.

5. Mit dem *Insidon* haben wir bereits die Gruppe der *Antidepressiva* angesprochen. Sie sind in den letzten Jahren immer mehr auch zu einer BZD-Alternative geworden. So empfiehlt Soyka, zur Migräneprophylaxe nach Beta-Blockern und Kalziumantagonisten *Amityptilin* in der niedrigen Dosierung von 30 bis 100 mg täglich einzusetzen. Auch die ausgeprägten viszeral somatisierten psychoreaktiven Störungen, wie zum Beispiel das *Colon Irritabile*, sind mit Antidepressiva

wie *Equilibrin®*, *Ludiomil®* u. a., und etwas Geduld häufig sehr gut zu beeinflussen, sofern es sich nicht um ein Lactose-Malabsorptionssyndrom handelt. Das *Trazodon (Thombran®)* ist ein leicht antidepressiv-wirkendes Psychopharmakon mit angstlösender und schmerzdistanzierender Wirkung und weitgehend fehlenden anticholinergen Nebenwirkungen, somit auch gut bei älteren Patienten einsetzbar.

6. Der Vorläufer der BZD als Tranquilizer, das *Meprobamat (Cyrpon®)* und (in Kombinationen) ist heute wegen des Abhängigkeitsrisikos und der Intoxikationsgefahr nur letzte Wahl. Dagegen ist der Tranquilizer *Hydroxyzin (Antihistaminikum)* als *Atarax®* und *Masmoran®*, letzteres in Tropfenform auch bei Kindern, gut anwendbar.

Tabelle 3: Niedrigdosierte Neuroleptika als Tranquilizer (Auswahl)

Chlorprothixen (Truxal®, Taractan®)

„Breitband-Neuroleptikum“ mit angstlösender, dämpfender Wirkung; schwach antipsychotisch. Dosierung: 3x 15–40 mg/die.

Pipamperon (Diplperon®)

Stark sedierend, schlafanstoßend, besonders in der Geriatrie. Dosierung: 3x 20–40 mg/die.

Dixyrazin (Esucos®)

Gering antipsychotisch, gute anxiolytische Wirkung. Gut verträglich bei Alterspatienten (Tropfen). Dosierung: 30–75 mg/die.

Flupentixol (Fluanxol 0,5®)

Angst- und depressivgetönte Verstimmungszustände mit Antriebslosigkeit. Dosierung: 2x 1(–2) Drg./die, nicht nach 16 Uhr.

Fluphenazin (Omca®, Dapotum D minor®)

Spannungs-, erregungs- und angstlösendes Neuroleptikum. Dosierung: 1 Drg. (1 mg) morgens.

Dapotum D minor als parenteraler Langzeit-Tranquilizer. Dosierung: 1 ml = 2,5 mg in 14tägigen Abständen i.m.

Fluspirilen (Imap 1,5®)

Wie Fluphenazin. Dosierung: Wöchentlich 0,5–0,75 ml = 1–1,5 mg tief i.m. (Injektionsstellen wechseln!)

Melperon (Eunerpan®)

Gut verträgliches, schwach antipsychotisches und gut beruhigendes und entspannendes Neuroleptikum. Besonders geeignet zur Behandlung von Verhaltens- und Schlafstörungen in der Geriatrie. Auch bei leichten Alkoholentzugserscheinungen. Dosierung: 50–200 mg mit abendlichem Dosisschwerpunkt.

Perazin (Taxilan®)

Leicht antipsychotisch, sedierend, angstlösend. Dosierung: 50–150 mg in 2–3 Tagesdosen. Bislang keine Spätdyskinesien bekannt.

Prothipendyl (Dominai®)

Gut schlafanstoßend, besonders geeignet in der Geriatrie. Dosierung: 40–160 mg/die, abendlicher Schwerpunkt.

Thioridazin (Melleril®, Melleretten®)

„Breitband-Neuroleptikum“, gut wirksam bei Angst- und Spannungszuständen; schwach antipsychotisch. Dosierung: 50–200 mg/die mit abendlichem Schwerpunkt.

7. Auch Phytotherapeutika können einen guten Platz in der Alternativliste beanspruchen. Das *Hypericin*, Wirkstoff des Johanniskrauts, verbindet im *Sedariston-Konzentrat®* seine leicht aktivierend-antidepressive Wirkung mit Baldrian zu einem guten angst- und spannungslösenden, schlaffördernden Tranquilizer. Auch die Beschränkung auf die Wirkstoffe der Baldrianwurzel, die *Valopatriate* in Form des *Valmane®*, bringt oft schon den gewünschten sedierend-spannungslösenden Effekt. Das gute alte *Bellergal®* ist – berücksichtigt man den Barbituratzusatz – bei vegetativen Störungen nach wie vor gut brauchbar.

8. Das *Magnesium* kann in leichten Fällen Psychopharmaka sehr gut ersetzen. Bei Alkoholabusus und infolge der verbreiteten Anwendung von Diuretika ist ein Magnesiummangel heute relativ häufig. Die gute Wirkung wird vor allem bei kardialen Symptomen psychovegetativer Störungen deutlich, es beeinflusst aber auch die Dysphorie.

9. Besonders hervorzuheben sind in diesem Zusammenhang die *Beta-Rezeptorenblocker*. Mit den nicht kardioselektiven, lipidlöslichen Beta-Blockern, wie *Propranolol*, *Oxprenolol* oder auch *Pindolol*, haben wir die Möglichkeit, direkt am ZNS, aber auch auf dem Wege der Rückkopplung aus der Körperperipherie die vegetativen Begleiterscheinungen zu unterbinden und damit von der somatischen Seite her die Angst zu eliminieren. Vor allem die Formen der Erwartungsangst (Lampenfieber, Prüfungsangst, phobische Ängste) las-

sen sich mit kleinen Dosen, zum Beispiel mit ein- bis zweimal 10 bis 20 mg, Propranolol oder Oxprenolol ohne Einschränkung der Vigilanz und mit geringer Beeinflussung der Psychodynamik beherrschen.

10. Beschränkt sich das Thema auch auf die Pharmakotherapie, kann dennoch – gerade im Blick auf die Rationalität unseres Handelns – auf die wichtigste Alternative der Tranquillizeranwendung nicht verzichtet werden, die Psychotherapie. Abgesehen von der oft schwer zu erreichenden „klassischen“ Psychotherapie können auch wir Nicht-Psychiater und Nicht-Psychologen in der Praxis Wesentliches tun: Die „kleine Psychotherapie“ in der Praxis hat ihre Hauptwirkungskomponente in der Empathie des Arztes. Ein Hören mit dem „dritten Ohr“, das auch zwischen den Worten aufzunehmen versteht, eine offene Gesprächsführung unter Verzicht auf Suchfragen und eine Strukturierung der Patienten-Arzt-Begegnung bzw. ein Arbeitsbündnis sind weitere Elemente dieser wichtigen Aufgabe des niedergelassenen Arztes. Als Basismethode ist das autogene Training die beste Alternative überhaupt. Ein übendes, den Patienten aktiv in die Therapie einbindendes Verfahren, das – wenn es erlernt wird – das Problem einer nicht absehbaren Langzeittherapie weitgehend lösen kann.

Wie ist nun aus unserer lückenhaften Übersicht der Begriff der Rationalität zu filtern?

1. Die Alltäglichkeit der psychovegetativen Störungen und Neurosen in

der allgemeinärztlichen und internistischen Praxis erfordert – mag man das guthelßen oder nicht – den Einsatz wirksamer Pharmaka.

2. Benzodiazepine sind hierfür aufgrund ihres Wirkungsspektrums optimal geeignet, wenn sie kurzfristig eingesetzt werden.
3. Da die meisten psychoreaktiven Störungen vom personalen und Ursachencharakter her nicht auf einen kurzen Zeitraum begrenzt sind, müssen angesichts des Abhängigkeitsrisikos der Benzodiazepine Alternativen zur Verfügung stehen.
4. Die gebotene Auswahl erleichtert eine länger dauernde Behandlung mit Psychopharmaka.
5. Vor jeder Verordnung von Tranquillizern ist zu prüfen, ob ihr Einsatz gerechtfertigt und nötig ist. Auch im Falle ihrer Anwendung ist der Übergang auf eine Psychotherapie und/oder die Vermittlung des autogenen Trainings im Sinne einer kausalen Therapie der Langzeittherapie mit Tranquillizern vorzuziehen.
6. Das Kosten-Problem: Es ist zu fordern, daß die Hersteller – Erst- und Zweitanbieter – die Bioverfügbarkeit ihrer Produkte ausweisen. Ohne Transparenz ist eine kostenrationelle Therapie kaum möglich.

„Nicht schlucken, statt denken!“

(Dmoch)

Anschrift des Verfassers:

Professor Dr. med. H.-G. Borchers, Internist, Birkhahnweg 20, 8000 München 82

Analkarzinom

Kontinenzhaltung durch Radio-Chemotherapie

In der Behandlung des Analkarzinoms ist die simultane Radio-Chemotherapie, die nach bioptischer Diagnosesicherung durchgeführt wird, zur Primärtherapie der Wahl geworden. Mit der früher geübten abdomino-perinealen Rektumexstirpation wurden 5-Jahresüberlebensraten von 50 bis 60 Prozent erzielt (Hager et al., 1986; Shank, 1985). Die primäre Radio-Chemotherapie scheint lokale Kontrollraten von bis zu 90 Prozent und ein rezidivfreies 5-Jahresüberleben von 75 bis 80 Prozent (Slschy, 1985; Cummings et al., 1984) zu ermöglichen. Ein besonderer Gesichtspunkt dabei ist die Kontinenzhaltung.

An der Strahlentherapeutischen Klinik der Universität Erlangen-Nürnberg in Kooperation mit der Chirurgischen Universitätsklinik und einigen umliegenden Krankenhäusern wurden seit 1985 27 Patienten mit Analkarzinom kombiniert behandelt. Parallel zur Bestrahlung des Primärtumors und des Lymphabflusses verabfolgt die Klinik zwei Kurse Chemotherapie (5-FU, Mitomycin C) in der ersten und fünften Woche. Bei 21/25 Patienten (84 Prozent) trat eine klinisch komplette Remission ein. 15/18 Patienten (83 Prozent) hatten eine tumorfreie kontinenzhaltende Kontrollbiopsie. Bei 86 Prozent der Patienten blieb die Kontinenz erhalten. Die lokale Kontrollrate beträgt 96 Prozent.

Zum gegenwärtigen Zeitpunkt scheint die primäre Resektionsbehandlung des Plattenepithelkarzinoms des Analkanals nicht mehr gerechtfertigt zu sein.

G. Grabenbauer, N. Wolf, J. Dunst, R. Sauer

Babylax[®] Glycerin-Miniklistier

- ▶ Schnelle und sanfte Wirkung
- ▶ Keine Nebenwirkungen
- ▶ Keine Belastung für Magen und Darm

mit Glycerin

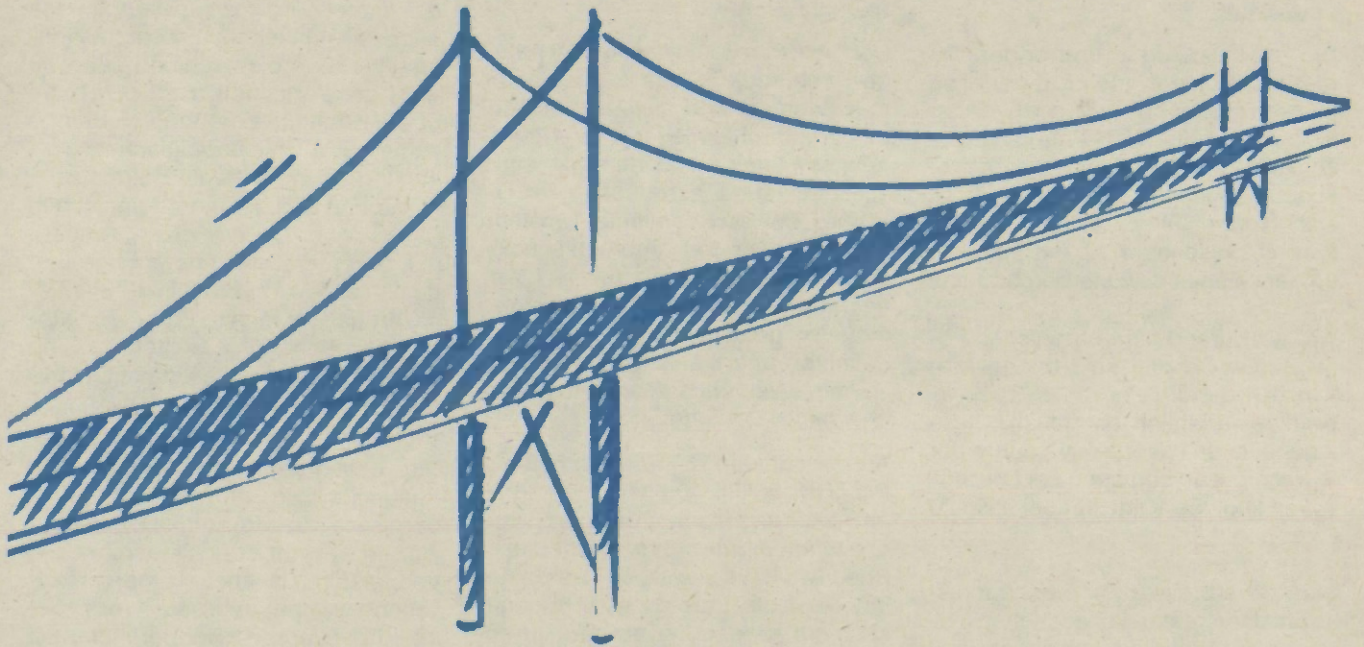
Zusammensetzung: 1 Miniatürklistier (Rectiole) à 3,6 g enthält 1,8 g Glycerol (85%). **Anwendungsgebiete:** Symptomatische Behandlung von Darmträgheit und Stuhverstopfung bei Säuglingen und Kindern. Zur schonenden Enddarm-Entleerung vor diagnostischen und chirurgischen Maßnahmen im unteren Darmbereich, vor rektaler Arzneimitteltherapie. **Dosierung:** Soweit nicht anders verordnet, werden bei Säuglingen unter 3 Monaten 1/2-1 Rectiole, bei Säuglingen über 3 Monaten und Kleinkindern 1 Rectiole, bei Schulkindern 2-3 Rectiolen rektal appliziert. **Packungsgrößen und Preise:** O. P. mit 3 Miniatürklistieren DM 5,10, O. P. mit 6 Miniatürklistieren DM 8,70, A. P. mit 30 Miniatürklistieren. Auch in Österreich und der Schweiz erhältlich.

Dentinox KG
1000 Berlin 48

D



**So überbrücken Sie Konjunkturtäler und Zinsgipfel:
Immobilien-Finanzierung der Bayerischen Vereinsbank
auf 30 Jahre mit 15 Jahren Festzins.**



Die nächste Hochzinsphase kommt früher oder später. Wer eber vorausblickt, kann dem vorbeuen. Dafür bieten wir Ihnen individuelle Finanzierungsprogramme mit maximal 30 Jahren Laufzeit und Zinsfestschreibung bis zu 15 Jahren für Immobilien-Projekte aller Art.

Die Bayerische Vereinsbank ist nicht nur als international tätige Geschäftsbank bekannt. Sie zählt auch zu den größten Hypothekenbanken Deutschlands und beweist gerade dann Kompetenz, wenn es um die langfristige und zinsstabile Finanzierung gewerblicher Immobilien geht. So bieten wir Ihnen individuelle Lösungen mit allen Steuervorteilen für Unternehmen und Objekte jeder Größenordnung an. Machen auch Sie sich unsere Marktkenntnis zunutze. Die Fachleute der Bayerischen Vereinsbank freuen sich auf ein Gespräch mit Ihnen.



**BAYERISCHE
VEREINSBANK**

Ihre Bank mit Herz  und Verstand

Neue Aspekte in der Rheumatologie und ihre Bedeutung für die Praxis

78. Ärztliche Fortbildung in Regensburg

Professor Dr. H. G. Fassbender,
Mainz:

Einführung

Die Rheumatologen und andere an diesem Problem interessierte Ärzte müssen sich auch heute noch mit der vielfach geäußerten Meinung herumschlagen, daß sich Rheumafor- schung angeblich nicht lohne, da es sich hierbei in erster Linie um ein gerontologisches Problem handelt, an dem niemand zu sterben braucht.

Wie gravierend eine chronische Polyarthritits bereits für Kinder sein kann, wird Professor Dr. H. Truckenbrodt eindringlich darstellen. Diese jugendlichen Patienten werden in der Regel nicht alt und auch bei Erwachsenen liegt die Mortalität bei etwa 20 Prozent.

Die weitverbreiteten Mißverständnisse um das Krankheitsgeschehen machen es notwendig, sich mit dem Problem intensiv auseinanderzusetzen. Hierzu sollen die nachfolgenden Referate beitragen. Unsinnig ist auch die Bezeichnung „rheumatischer Formenkreis“. Die hierunter zusammengefaßten Erkrankungen wie das (für uns nicht mehr interessante) rheumatische Fieber, der Morbus Bechterew, die chronische Polyarthritits, die Gicht, die Arthrosen und der Weichteilrheumatismus – um nur die wichtigsten zu nennen – haben hinsichtlich Ätiologie, Pathogenese, Klinik und Serologie nichts miteinander gemein. Das rheumatische Fieber (in der Regel ins Zentrum des sogenannten Formenkreises gesetzt) entwickelt sich aus einer Streptokokkeninfektion, die Gicht ist ein Stoffwechselleiden, bei der rheumatoiden Arthritis handelt es sich wahrscheinlich um eine virusbedingte Erkrankung, bei den Arthrosen und weichteilrheumatischen Problemen um degenerative Entwicklungen und myogene Verspannungen. Es gibt keine vergleichbare Krankheitsgruppe, die auch heute noch so nebelhaft zuge- deckt wird wie das hier abzuhandelnde Thema. Deshalb ist „Rheuma“ nie eine Diagnose, sondern immer nur ein Symptom.

Professor Dr. F. Schilling, Mainz:

Kritische Gedanken zur Rheumatologie

Der volkstümlich vorwissenschaftliche Ausdruck „Rheuma“ beinhaltet den Schmerz und meistens die Behinderung überwiegend am Bewegungssystem, verbunden mit einer zumindest zunächst unbekanntem Ursache. Der letztgenannte Umstand bietet den ersten, auch psychologisch evidenten Ansatz zur Rechtfertigung der Einheit der Rheumatologie: der unheimliche, weil für den Patienten unerklärliche Schmerz an seinen Bewegungsorganen als Ursache seiner Behinderung.

Ausgehend von der Einheit rheumatologischer Primärphänomene und andererseits von der unglücklichen Anbindung des Teilgebietes Rheumatologie sowohl an das Gebiet Innere Medizin als auch Orthopädie kann nur kooperativ überbrückt werden. Hieraus ist in der deutschen Rheumatologie der Gedanke aufgekeimt, eine spezielle Gebietsbezeichnung mit einheitlichen Weiterbildungsinhalten zu fordern (wie dies in anderen Ländern bereits selbstverständlich ist).

Das Rheumaproblem steckt in einer Reihe von Konflikten, entstanden durch große medizinhistorische Umwälzungen von der Humoral- über die Zellular- zur Molekularpathologie. „Rheumatismus“ war ursprünglich ein humoral-pathologischer Terminus im Sinne eines Katarrhs und unterlag als solcher seit Virchow wichtigen zellular-pathologischen Interpretationen. Diese waren mit Versuchen nach einer entsprechenden klinisch-nosologischen Nomenklatur verbunden, die uns die Vorstellung von Krankheitseinheiten brachte, im Rheumabereich jedoch auch zu der bereits von Professor Dr. Fassbender erwähnten Verwirrung führte: „Rheumatisch“ wurde einmal in seiner volkstümlich-vorwissenschaftlichen Bedeutung verstanden, zum zweiten speziell in Verbindung gebracht mit dem rheumatischen Fieber und drittens als „rheumatoid“ auf die chronische Polyarthritits bezogen.

Klinge schuf den Begriff von der Einheit des rheumatischen Gewebesubstrates, der erst von der ihm nachfolgenden rheuma-pathologischen Schule von Professor Fassbender revidiert wurde. Seit zwei Jahrzehnten wird erfolgreich um die Differenzierung der Morphologie der betroffenen Gewebe gerungen. Sie ist dabei unversehens in einen Scheinkonflikt geraten mit der molekular-pathologisch orientierten Immunologie, die die morphologische (wie teilweise auch die klinische) Erkenntnisrichtung zu überholen scheint. Dabei ist wohl der Fortschritt nicht durch die Übergewichtige Betonung biochemischer und immunologischer Forschung unter Vernachlässigung der klinischen und der morphologischen Dimensionen zu erreichen, sondern nur durch die gleichgewichtige und damit schließlich fruchtbare Synthese. Aufgaben, Inhalte und rheumatologische Lehrstühle sollten deshalb auch nicht ausschließlich mit Immunologie verwechselt werden.

Die multidisziplinäre Struktur der Rheumatologie erfordert eine fachbezogene Entwicklung. Dabei konkurriert sowohl in der theoretischen Vorstellung als auch in der praktischen Handhabung das Prinzip der interdisziplinären Kooperation mit dem Prinzip der Systemspezifität, wobei die letztere den Rheumatologen als umfassend kompetent darstellt. Dieser muß über Immungenetik, mikrobiologische Fakten, psychosoziale Aspekte, physikalische Therapie, aber auch über dermatologische und ophthalmologische Probleme informiert sein. Andererseits werden Pädiater benötigt, die sich speziell mit der Rheumatologie beschäftigen und Orthopäden, die die operative Rheumatologie beherrschen.

Die spezifisch rheumatologische Thematik reicht von der Genetik, mit deren Lenkung immunologischer Antworten auf Umweltfaktoren (besonders Infekte), über das Problem der Autoaggression bis zum psychologischen und sozialen Reaktionsfeld des Kranken, dessen formale und funktionale Gestalt bedroht wird, und bis hin zu einer operativen Korrektur. Man muß sich heute fragen, was therapeutisch – insbesondere an Medikamenten – gesichert und bewährt zur Verfügung steht und was sich zur Zeit in Entwicklung befindet. Das Wunschziel ist eine „ätiologische Therapie“, die eine Heilung ermöglicht. Dies mag in einzelnen infektiös

ausgelösten akuten Gelenkerkrankungen durch eine antibiotische Behandlung erreichbar sein. Im Falle chronischer oder chronisch gewordener Gelenkleiden gelingt dies sicher nicht. Die zahlreichen schmerzlindernden Antiphlogistika sind schon durch ihre Vielzahl gegenseitig wertgemindert. Dabei spielt ein verändertes und tiefgreifend gestörtes Verhältnis unserer Gesellschaft zum Risiko als Bestandteil unserer Existenz eine hintergründige Rolle. Die sogenannten Basistherapeutika sollten (wenn eine sinnvolle Umbenennung überhaupt nötig ist) im Gegensatz zu den überwiegend lokal entzündungswidrigen Antiphlogistika „systemisch prozeßwidrige Substanzen“ oder Antirheumatika genannt werden. Wir sollten sie aber nicht als langzeitwirksam oder prozeßmodifizierend bezeichnen. Eine neue Gruppe von Substanzen, deren Einsatz mehr den theoretisch-immunologischen Erkenntnissen als primär der klinischen Erfahrung entstammt, hat bislang enttäuscht (Lymphokinen, Interferon oder Thymushormone). Bezüglich der medikamentösen Beeinflussung des Knorpelstoffwechsels im Rahmen der Arthrosen kam jüngst eine weitere Enttäuschung hinzu. Der einzige Ansatz chondroprotektiver Medikation (natürlich nur in schwierigen Langzeitstudien überprüfbar) wurde durch die negativen Monographien des Bundesgesundheitsamtes über Arteparon und Arumalin in Frage gestellt. Dies ist zu bedauern, da die Rheumatologie hiermit nicht nur eines Therapieprinzips, sondern auch einer Forschungsrichtung beraubt

wird, mit der sie sich erfolgversprechend schon seit vielen Jahren befaßt hat.

Professor Dr. D. Brackertz, Mainz:

Bedeutung der Immungenetik in der Rheumatologie

Für eine Vielzahl von Erkrankungen, insbesondere für solche aus dem rheumatischen Formenkreis, sind Immunmechanismen und genetische Faktoren von Bedeutung. Dadurch kommt es zu einer Häufung dieser Erkrankungen in bestimmten Familien, aber auch Populationen und Rassen. Das Erkrankungsrisiko ist für eineiige Zwillinge größer als für zweieiige. Sind beide Zwillinge erkrankt, spricht man von Konkordanz, bei Erkrankung nur eines Zwillinges von Diskordanz. Ferner sind Assoziationen mit bestimmten genetischen Merkmalen, wie Blutgruppenantigenen oder HLA-Antigenen, nachweisbar. Insbesondere bei der chronischen Polyarthritiden spielen neben genetischen Faktoren sicher andere umweltbedingte Faktoren eine Rolle. Andererseits gelang beim Morbus Bechterew der gehäufte Nachweis des HLA-Antigens B-27. Es handelt sich hierbei um eine Chromosomenregion auf dem Chromosom Nr. 6, innerhalb der sich eine Reihe von Genen befindet, die zum Beispiel für Transplantationen und Abstoßungsreaktionen, aber auch für fundamental wichtige Immunreaktionen und eine gute Antikörperantwort verantwortlich sind. Ein Gen ist ein Erbfaktor. Es handelt sich dabei um eine einzelne Einheit eines hereditä-

ren Materials, die dafür verantwortlich ist, daß eine Polypeptidkette synthetisiert wird.

Mit Hilfe der Immungenetik ist es möglich, Einblick in bestimmte ätiologische und pathogenetische Zusammenhänge bei rheumatologischen Erkrankungen zu gewinnen. Zum anderen können bestimmte HLA-Antigene, wie beispielsweise das B-27, von diagnostischem Wert sein, insbesondere bei der ankylosierenden Spondylitis. Außerdem ist es uns unter Umständen mit Hilfe der modernen Immungenetik möglich, bisher als einheitlich aufgefaßte Krankheitsbilder weiter zu unterteilen. Schließlich sind HLA-Antigene unter Umständen Prädiktoren für die Entwicklung bestimmter Nebenwirkungen und die Ansprechbarkeit der sogenannten Basistherapeutika.

Professor Dr. H. Zeidler, Düsseldorf:

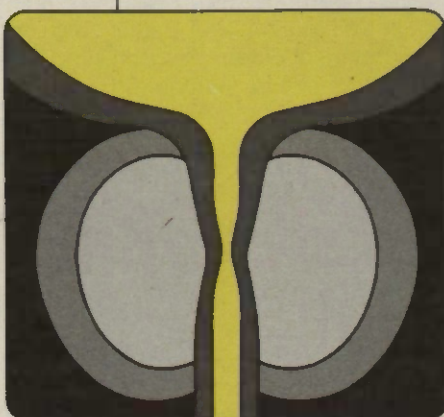
Infektbedingte Arthritiden

Nach einer modernen Klassifikation werden heute vier verschiedene Typen von Arthritiden unterschieden, die in Zusammenhang mit Infektionen gesehen werden können:

- Die septische oder im eigentlichen Sinne infektiöse Arthritis, bei der der Erreger selbst in seiner vermehrungsfähigen Form und auch die Erregerantigene im Gelenk nachgewiesen werden können. Deshalb sollte bei Verdacht auf eine bakterielle Arthritis immer eine mikrobiologische und kulturelle

PROSTAMED®

Prostatasyndrom mit Harnverhaltung, Miktionsbeschwerden und Restharn, Reizblase, auch bei Frauen



Zusammensetzung: 1 Tablette Prostamed enthält: Kürbisglobulin 0,1 g, Kürbismehl 0,2 g, Kakao 0,05 g, Extr. fl. Herb. Solidag. 0,04 g, Extr. fl. Fol. Popul. trem. 0,06 g, Sacch. lact. ad. 0,5 g.
Anwendungsgebiete: Prostata-Adenom Stadium I und beginnendes Stadium II mit Miktionsbeschwerden, Reizblase.
Dosierung: 3x täglich 2–4 Tabletten einnehmen.
Handelsform und Preise (incl. MwSt.):
 6ü St. DM 8,97; 120 St. DM 15,48; 36ü St. DM 36,98.



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

Untersuchung des Gelenkergusses veranlaßt werden. Bei dieser Gruppe von Erkrankungen besteht keine primäre Störung der Immunantwort, und hier gibt es auch keine Assoziation zur Immungenetik.

- Bei den postinfektiösen Arthritiden können nur in Ausnahmefällen Erregerpartikel nachgewiesen werden. Im Gelenkerguß finden sich jedoch ziemlich regelmäßig in Immunkomplexen gebundene Erregerantigene. Deshalb wird zum Teil auch von einer Immunkomplexarthritis gesprochen. Auch hier besteht keine genetische Störung oder ein Immundefekt. Zu derartigen Erkrankungen können Meningokokken- oder Rötelninfektionen führen.
- Die reaktiven Arthritiden stellen die Hauptgruppe dieses Krankheitskomplexes. Im Gelenkpunkt gelingt kein Erreger- oder Antigenachweis. Es besteht aber eine eindeutige Beziehung zur Immungenetik, indem eine hohe Assoziation zu dem HLA-B-27-Antigen besteht. Dies gilt für das Reiter-Syndrom (Konjunktivitis, Urethritis und Monarthritis) und für die Yersinia-Arthritis. Beim akuten rheumatischen Fieber besteht keine Assoziation zum HLA-B-27, jedoch möglicherweise zu anderen HLA-Strukturen. Diese Erkrankung tritt heute fast nur noch in Entwicklungsländern auf. Das rheumatische Fieber wird ebenfalls zu den reaktiven Arthritiden gerechnet, da 14 Tage nach einem Streptokokkeninfekt die Gelenkmanifestationen beobachtet werden. Oft werden reaktive Arthritiden verkannt und bereiten differentialdiagnostische Schwierigkeiten. Bei allen akut auftretenden Monarthritis (insbesondere am Knie) ist neben der Gicht immer auch an ein Reiter-Syndrom oder eine Yersinia-Arthritis zu denken.
- Um sogenannte entzündliche Arthritiden, bei denen bisher ebenfalls kein Erreger- und Antigenachweis gelang, aber Hinweise darüber vorliegen, daß die immungenetische Disposition für die Manifestation eine Rolle spielt, handelt es sich bei der chronischen Polyarthritis und bei dem systemischen Lupus erythematoses (SLE). Zumindest bei der chronischen Polyarthritis sind in den letzten Monaten wichtige Hinweise

dafür gewonnen worden, daß eventuell eine Virusätiologie eine Rolle spielt (In der Synovialmembran wurden Virusbestandteile isoliert).

Professor Dr. W. Wirth, Mülheim/Ruhr:

Der Rheumapatient in der täglichen Sprechstunde

Die Diagnose der chronischen Polyarthritis bietet in ausgeprägten Fällen für den praktischen Arzt keine diagnostischen Schwierigkeiten. Die Erfassung der Frühformen erfordert dagegen große klinische Erfahrungen und eingehende Kenntnisse des Krankheitsbildes. Zur Erfassung dieser Frühformen sind eine eingehende Anamnese und eine subtile Befunderhebung unerlässlich.

Nur bei einem Teil der Fälle beginnt die chronische Polyarthritis in einem Schub mit symmetrischem Befall mehrerer Hand- und Fußgelenke. Abweichend von diesem lehrbuchmäßigen Bild werden viel häufiger zunächst wechselnde Gelenkschmerzen asymmetrisch an verschiedenen, zunächst wechselnden Gelenken beobachtet. Die Beschwerden sind in der Regel in den Morgenstunden verstärkt und unterscheiden sich schnell von den kürzeren Anlaufschmerzen der Arthrose. Finger-, Hand- und weniger häufig Sprunggelenke oder ein Kniegelenk sind zuerst von Schmerzen, Schwellung und Bewegungsbehinderung betroffen. Früh verspüren die Patienten ein Gefühl der Kraftlosigkeit in den Händen, oft ist eine entzündliche Beteiligung der Sehenscheiden vorhanden. Die Frühphase ist schwer von Schmerzzuständen anderer Genese zu unterscheiden. Die Aufforderung, die Schmerzen an den Händen genau zu lokalisieren, unterscheidet meist sehr schnell den typischen Gelenkbefall von den mehr durchziehenden Schmerzen des Zervikobrachialsyndroms.

Wenn Sie Ihre Fortbildung planen:

Der 22. Internationale Seminar-kongreß für praktische Medizin der Bundesärztekammer in

Grado

findet statt vom
21. August bis 2. September 1988

Der Krankheitsverlauf ist sehr unterschiedlich. Über lange Zeit nur auf bestimmte Regionen begrenzte Fälle stehen andere Verläufe mit rasch fortschreitendem Befall zahlreicher Gelenke einschließlich der Halswirbelsäule gegenüber. Für die Diagnose bleibt die Beachtung des Gelenkbefallmusters an den Händen sehr wichtig: Zumindest in der Frühphase werden nie die Fingerendgelenke im Gegensatz zur Fingerpolyarthrose, zur Psoriasisarthritis oder zur Arthritis urica betroffen. Fast immer fehlt eine Beteiligung der Hüftgelenke und der Ileosakralgelenke. Dagegen werden häufig Beschwerden an den Kniegelenken beklagt. Laboratoriumsbefunde ergänzen und erhärten nur die diagnostischen und differentialdiagnostischen Überlegungen aus Anamnese und klinischem Befund. Spezifisch für das Vorliegen einer chronischen Polyarthritis ist nur der Nachweis von Rheumafaktoren. Bei Verwendung unverdünnter Seren ohne Austitrierung werden relativ häufig falsch positive Agglutinationen gesehen. Auch bei der chronischen Hepatitis und im höheren Lebensalter fallen Rheumafaktoren positiv aus. In der Frühphase der chronischen Polyarthritis und bei juvenilen und der Alterspolyarthritiden sowie unter immunsuppressiver Therapie werden falsch negative Rheumafaktoren gesehen. Zur Aktivitätsbestimmung der rheumatischen Entzündung können ferner die BKS, der Serum-Eisen-Spiegel, die Alpha-2-Globuline und das C-reaktive Protein herangezogen werden.

Das Röntgenbild kann auch schon in den ersten Monaten der Erkrankung wertvolle diagnostische und differentialdiagnostische Hinweise liefern. Immer sollten beide Hände und beide Vorfüße in zwei Ebenen untersucht werden. Bewährt haben sich Aufnahmen auf Mammographiefilm zur Feindiagnostik periostaler und ossärer Veränderungen. Frühe diagnostische Hinweise sind die Beteiligung der Sehenscheiden, der Schwund von Grenzlamellen, subchondrale Aufhellungszonen, beginnende Usurbildungen an den Ansatzstellen der Gelenkschleimhaut und gelegentlich auch die gelenknahe Osteoporose. Die Szintigraphie hat die an sie geknüpften hohen Erwartungen nicht erfüllt.

(Schluß folgt)

Referent:

Dr. med. A. Paetzke, Internist, Behringersdorfer Straße 5 a, 8501 Schwaig



Hepathrombin[®] hilft - bei oberflächennahen **Thrombosen.**



Hepathrombin[®]

25 JAHRE
HEPATHROMBIN[®]
– das topische
Antivarikosum
mit wissenschaftl.
Wirkungsnachweis.

Hepathrombin[®] Salbe 50000: **Zusammensetzung:** 100 g enth.: Heparin 50000 I.E., Allantoin 300 mg, Dexpanthenol 400 mg. **Anwendungsgebiete:** Bei varikösem Symptomenkomplex, Thrombophlebitis, postthrombotischem Syndrom, Varizen, Wadenkrämpfen, Ulcus cruris. Bei Sport- und Unfallverletzungen (Hämatomen, Prellungen, Kontusionen, Distorsionen), Ferner bei Tendovaginitis sowie Narbenkontraktur. **Gegenanzeigen:** Bestehen nach derzeitigem Wissensstand nicht. **Nebenwirkungen:** In vereinzelten Fällen ist über allergische Hautreaktionen berichtet worden. **Handelsformen und Preise:** Tube mit 100 g DM 38,55, Tube mit 150 g DM 43,15, Anstattspackungen. Alle Preise mit MwSt. A 820-0. Stand 1/88
ADENYLCHEMIE GMBH · 1000 Berlin 10

Endemiegebiete des FSME-Virus in Bayern

von K. Kreuse und M. Roggendorf

Aus dem Max von Pettenkoter-Institut für Hygiene und Mikrobiologie der Universität München (Direktor: Professor Dr. med. F. Deinhardt)

Über die Verbreitung der Frühsommermeningoenzephalitis (FSME) in Bayern und die prophylaktischen Maßnahmen herrscht in der Bevölkerung und in der Ärzteschaft allgemeine Unsicherheit. Wir haben deshalb die neuesten Ergebnisse der FSME-Virus-Epidemiologie in dieser Mitteilung noch einmal zusammengefaßt.

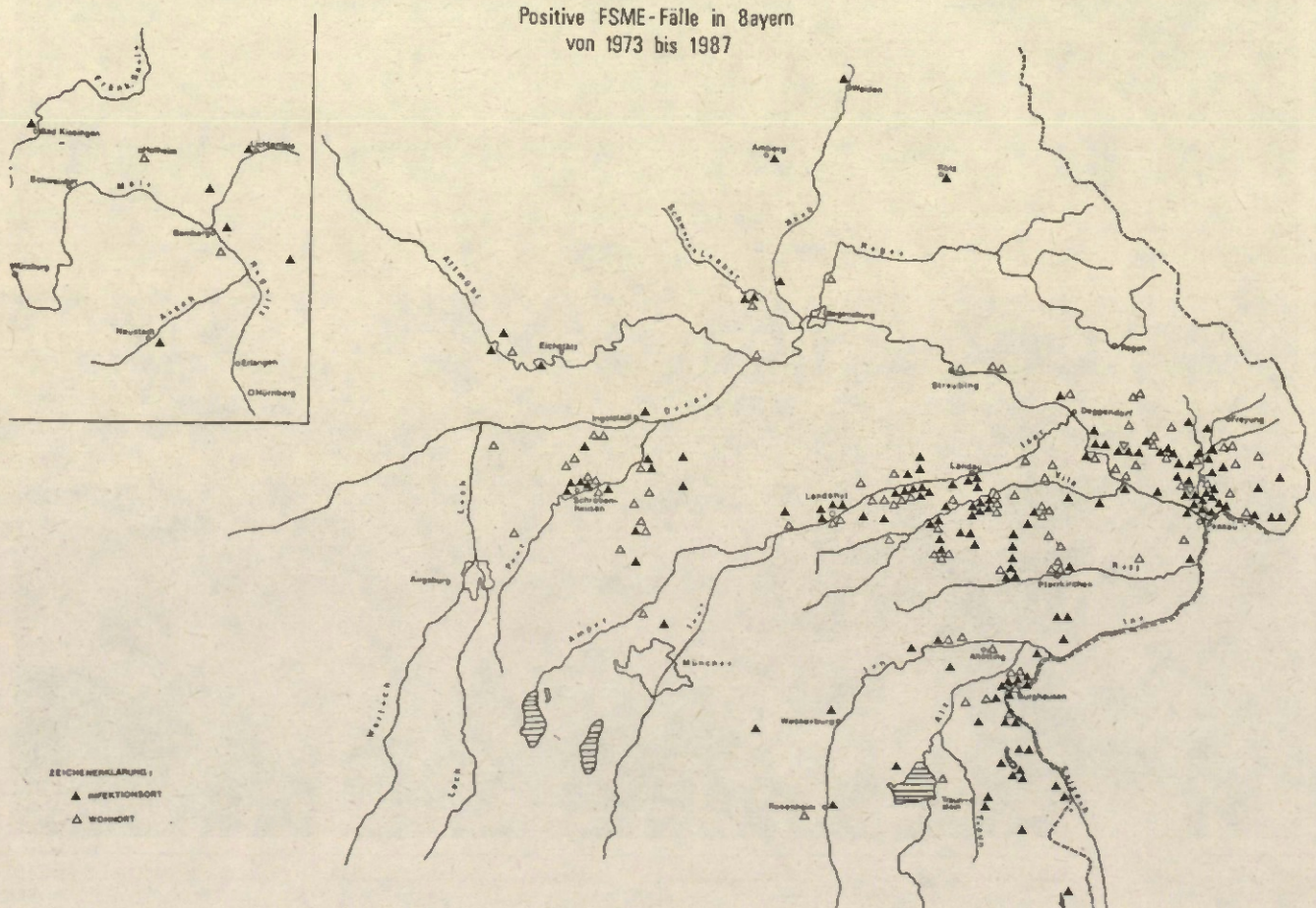
Die FSME ist seit dem zweiten Weltkrieg in Europa bekannt. Ihre Symptomatik und der klinische Verlauf wurden bereits mehrfach beschrieben. Der Erreger der Krankheit, das zu den Flaviviren zählende FSME-Virus, zirkuliert in einem Kreislauf zwischen Schildzecken (Ixodidae)

und deren Wirtstieren; dies sind insbesondere kleine Nager wie Wald- und Feldmaus, aber auch Hasen, Wild- und Weidetiere sowie Vögel. Das Virus wird in Mitteleuropa ausschließlich durch die Zecke *Ixodes ricinus*, auch Holzbock genannt, beim Blutsaugen am Wirtstier übertragen. So kann es bei einem Zeckenstich auch in den Menschen gelangen. Infektionen treten während der größten Zeckenaktivität von April bis Oktober auf.

Anhand einer Fallsammlung von 242 Erkrankungen bis einschließlich 1987, die Personen im Alter von 1 bis 78 Jahren betrafen, wurde nun eine neu bearbeitete Karte ange-

fertigt. Die serologische Diagnose einer frischen FSME-Infektion mit dem Nachweis spezifischer IgM-Antikörper von 204 Patienten wurde am Max von Pettenkofer-Institut gestellt. Die übrigen Fälle wurden von R. Ackermann (ehem. Universitätsnervenklinik Köln), G. Enders (Virologisch-medizinisches Diagnostisches Institut, Stuttgart), C. Epp (Landesuntersuchungsamt für das Gesundheitswesen Südbayern, Oberschleißheim) und C. Kunz (Institut für Virologie der Universität Wien) diagnostiziert. Im Vergleich zu den früher veröffentlichten Karten ergibt sich:

1. Die bereits bekannten Endemiegebiete in Südostbayern haben sich nicht ausgedehnt; sie konzentrieren sich längs der Donau und ihrer Zuflüsse. Dies sind im Süden: Lech, Paar, Ilm, Isar, Vils und Inn sowie dessen Nebenflüsse Rott, Aiz, Traun und Salzach. Entlang der nördlichen Donauzuflüsse Altmühl, Schwarze Laaber, Naab und Regen traten lokal begrenzt einige FSME-Fälle





ES WAR EINMAL EIN DACHBODEN

Man kann ein Haus bauen, kaufen oder erben, und in ganz seltenen Fällen bekommt man auch schon mal eins geschenkt.

Doch gleichgültig, auf welche Weise Sie Hauseigentümer geworden sind: Sie werden alles dafür tun, Ihren Besitz zu erhalten oder, wenn möglich, seinen Wert zu steigern. Modernisierung, Renovierung, Ausbau oder Umbau gehören ganz selbstverständlich zum Leben eines Hauses und seines Besitzers und sind viel leichter durchzuführen, als Sie vielleicht glauben.

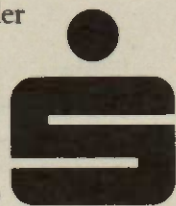
Sie sollten sich nur rechtzeitig den geeigneten Partner dafür suchen.

Hand aufs Herz: Wie oft haben Sie schon auf Ihrem Dachboden gestanden und überlegt, was sich daraus alles machen ließe. Aber statt dessen ist er von Jahr zu Jahr voller und der Umbau immer teurer geworden.

Sprechen Sie doch einfach mal mit uns.

Wir können die Umbaukosten zwar nicht verringern, aber zusammen mit der LBS dafür sorgen, daß Sie bei der Finanzierung keine unliebsamen Überraschungen erleben.

wenn's um Geld geht – Sparkasse



auf, die größte Häufung findet sich im Gebiet der Ilz im Landkreis Passau.

2. Im Raum München und Augsburg sind bis einschließlich 1987 keine Infektionen aufgetreten, Starnberger See, Ammersee und das Voralpenland südlich von München, im Osten etwa bis Garmisch-Partenkirchen, sind ebenfalls frei von Virus-Neturherden.
3. Bemerkenswert sind einige Einzelinfektionen in der Oberpfalz, von denen sich je eine im Raum Amberg, in Weiden und in Rötzt im Landkreis Cham ereignet hat.
4. Es scheint sich zu bestätigen, daß auch in Franken FSME-Naturherde bestehen, da im Umkreis der Flüsse Aisch, Regnitz, Main und Fränkische Saale Erkrankungsfälle aufgetreten sind.

Wegen der Schwere des Krankheitsbildes und möglicher Residualschäden (Lähmungen, Krampfeigung) sind folgende prophylaktische Maßnahmen empfehlenswert:

Aktive Immunisierung

Eine aktive Immunisierung wird empfohlen für Personen, die in FSME-Gebieten beruflich exponiert sind (Waldarbeiter, Förster, Landwirte), für Bewohner dieser und angrenzender Gebiete und für Urlauber, die häufig FSME-Verbreitungsgebiete Süddeutschlands, Österreichs, Jugoslawiens, der DDR, CSSR, Polens, Ungarns, Rumäniens, Finnlands und der Sowjetunion besuchen und sich dabei vorwiegend in der Natur bewegen.

Ein Aktivimpfstoff gegen das FSME-Virus existiert seit 1973. Der heute angewandte Impfstoff aus gereinigten FSME-Virionen (FSME-Immuno, Immuno AG, Wien) ist hochwirksam und zeichnet sich durch eine sehr geringe Nebenwirkungsrate aus. Die Grundimmunisierung besteht aus drei Teilimpfungen, den ersten beiden im Abstand von zwei Wochen bis drei Monaten und einer dritten Injektion neun bis zwölf Monate nach der zweiten. Nach der Grundimmunisierung haben mehr als 95 Prozent der Geimpften Schutz vor einer Erkrankung durch das FSME-Virus. Bei Kindern im Schulalter liegt die Serokonversionsrate sogar noch höher – fast bei 100 Prozent (Kunz, persönliche Mitteilung).

Postexpositionelle Prophylaxe

Nicht jeder Zeckenstich kann einer Infektion gleichgesetzt werden, denn nur jede 50. bis 500. Zecke in Endemiegebieten ist Virussträger und damit potentieller Virusüberträger. Die Gabe von FSME-Immunglobulin (FSME-Bulin, Immuno AG, Heidelberg; FSME-Immunglobulin Behringwerke, Marburg) ist jedoch nach dem Stich einer Zecke in diesen Gebieten als prophylaktische Maßnahme indiziert. Sie sollte allerdings nicht später als 96 Stunden nach dem Stich erfolgen. Die Dosis beträgt in den ersten 48 Stunden 0,1 ml/kg Körpergewicht, danach 0,2 ml/kg Körpergewicht. Sie wird intramuskulär verabreicht. Mit dieser postexpositionellen Prophylaxe können etwa sechs von zehn Erkrankungen verhindert werden.

Literatur bei den Verfassern

Anschrift:
Pettenkofferstraße 9a, 8000 München 2

Personalia

Ehrendoktorwürde für Professor Heberer

Professor Dr. med. Georg Heberer, Direktor der Chirurgischen Klinik der Universität München im Klinikum Großhadern, Marchioninstraße 15, 8000 München 70, wurde vom Fachbereich Medizin der Universität Göttingen die Ehrendoktorwürde verliehen.

Bundesverdienstkreuz am Bande

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

Professor Dr. med. Ludwig Hübner, ehem. Chefarzt des Orthopädischen Krankenhauses Schloß Werneck, Bodo-von-Ravensburg-Straße 2-4, 8727 Werneck

Dr. med. Eberhard Schaetzing, Frauenarzt, Am Hochwald 17, 8130 Starnberg

Privatdozent Dr. med. Dr. jur. Eugen Gramer, Augenklinik der Universität Würzburg, Josef-Schneider-Straße 11, 8700 Würzburg, wurde von der Deutschen Ophthalmologischen Gesellschaft der Glaukom-Preis 1987 verliehen.

Privatdozent Dr. med. Thomas Ruzicka, Dermatologische Klinik der Universität München, Frauenlobstraße 9-11, 8000 München 2, wurde anlässlich der Tagung der Deutschen Dermatologischen Gesellschaft der Oscar-Gans-Förderpreis verliehen.

Schwindel verschiedener Genese

(besonders arteriosklerotisch bedingter)

Vertigoheel®

Biologische Heilmittel Heel GmbH
D-7570 Baden-Baden

-Heel

ZUSAMMENSETZUNG: Tabletten: 1 Tablette enthält: Cocculus D4 210 mg, Conium D3, Ambra D6, Petroleum D8 jeweils 30 mg. Tropfen: 100 ml enthalten: Cocculus D4 70 ml, Conium D3, Ambra D6, Petroleum D8 jeweils 10 ml. **Injektionslösung:** 1,1 ml enthalten: Cocculus D3 7,7 ml, Conium D2, Ambra D5, Petroleum D7 jeweils 1,1 ml. **DOSIERUNGSANLEITUNG UND ART DER ANWENDUNG:** Tabletten, Tropfen: 3mal täglich 3 Tabletten unter der Zunge zergehenlassen bzw. 15-20 Tropfen einnehmen, bei anfallsweisem Schwindel initial alle 15 Minuten 1 Tablette bzw. 10 Tropfen. **Injektionslösung:** Bei anfallsweisem Schwindel und Übelkeit täglich, sonst 3-1mal wöchentlich 1 Ampulle s.c., i.m., i.c., i.v. **DARREICHUNGSFORMEN UND PACKUNGSGRÖSSEN:** Packungen mit 50 Tabletten DM 5,32, mit 250 Tabletten DM 17,74. Tropfflaschen mit 30 ml DM 8,81, mit 100 ml DM 24,53. Packungen mit 5 Ampullen zu 1,1 ml DM 10,18, mit 10 Ampullen zu 1,1 ml DM 16,80.

Stand April 1985

Paracelsus-Medaille für Dr. Hermann Braun

Auf der Eröffnungsveranstaltung des 91. Deutschen Ärztetages in Frankfurt am 11. Mai 1988 überreichte der Präsident der Bundesärztekammer, Dr. Vilmar, die Paracelsus-Medaille der deutschen Ärzteschaft an Dr. med. Hermann Braun, Allgemeinarzt, Talstraße 7, 8419 Nittendorf. Die Medaille wurde ihm auf Antrag des Präsidenten der Bayerischen Landesärztekammer, Professor Dr. Dr. h. c. Sewering, verliehen.

Hermann Braun, ein geborener Oberpfälzer, ist seiner Heimat treu geblieben. Geboren am 2. April 1916 – mitten im ersten Weltkrieg –, Volksschule und Gymnasium in Regensburg, Medizinstudium in München mit Bestallung und Promotion 1942. Soldat und Sanitätsoffizier im zweiten Weltkrieg mit Polen-, Frankreich- und Rußlandfeldzug und Kriegsgefangenschaft, ausgezeichnet mit dem Eisernen Kreuz II. und I. Klasse sowie dem Infanteriesturmabzeichen. Sofort nach Kriegsende kehrte er in seine Oberpfalz zurück, gründete eine Praxis als Praktischer Arzt in Nittendorf bei Regensburg und ist seither dort als typischer Landarzt tätig, von seinen zahlreichen Patienten gesucht und verehrt. Schon vor einigen Jahren hat er seinen Schwiegersohn und einen seiner Söhne in die Praxis aufgenommen. Er hat es verstanden, seine Liebe zum Landarzt auf die Jugend seiner Familie zu übertragen.

Was Hermann Braun als Landarzt geleistet hat, wäre für sich allein

wert, als volles Lebenswerk gewürdigt zu werden. Doch er hat es dabei nicht bewenden lassen. Schon 1948 stellte er sich für die Mitarbeit in der ärztlichen Selbstverwaltung zur Verfügung und hat seither unermüdlich immer wieder neue Aufgaben übernommen. Es begann mit dem dornenvollen Amt eines Vorsitzenden des Beschwerdeausschusses seiner oberpfälzischen KV-Bezirksstelle, 1954 Delegierter zum Bayerischen Ärztetag, 1958 2. Vorsitzender des heimatischen Ärztlichen Kreisverbandes Regensburg und des Bezirksverbandes Oberpfalz. 1966 folgte er als 1. Vorsitzender seinem hochgeschätzten Vorgänger Ferdinand von Velasco. Damit wurde er zugleich Mitglied des Vorstandes der Bayerischen Landesärztekammer. Schon im Jahre 1969 wählte ihn der Bayerische Ärztetag zum Vizepräsidenten, ein Amt, das er bis 1987 innehatte.

Dem Hartmannbund schloß sich Dr. Braun schon 1949 an und gründete den Bezirksverband Oberpfalz. 1971 wählten ihn die HB-Mitglieder zum 1. Vorsitzenden des Landesverbandes Bayern und schon ein Jahr später wurde er 1. Stellvertreter des Bundesvorsitzenden. Auch für die Rot-Kreuz-Arbeit stellte er sich schon 1947 zur Verfügung und arbeitete in der Oberpfalz als Vorstandsmitglied und einige Jahre als Stellvertretender Chefarzt mit.

Als 1974 der Verband Freier Berufe in Bayern einen neuen Vorsitzenden zu wählen hatte, war die bayerische Ärzteschaft angesprochen und wählte Dr. Braun. In diesem Amt hat er seither viele fruchtbare Initiativen entwickelt und die Probleme der Freien Berufe – zusammen mit sei-

nen Präsidiumskollegen – in das Bewußtsein der Öffentlichkeit und Politik gebracht. Aus der Verpflichtung dieses Amtes heraus übernahm er 1976 noch den Vorsitz des Instituts für Freie Berufe.

Die Bedeutung der ärztlichen Fortbildung war ihm stets bewußt. Er gehört seit 1966 dem Kollegium für die ärztliche Fortbildung in Regensburg an und hat im Ärztlichen Kreisverband Regensburg unzählige Fortbildungsabende organisiert.

Sein Engagement für die Allgemeinmedizin führte ihn in die Akademie für Allgemeinmedizin der Bundesärztekammer. Auch im Präsidium der Bayerischen Akademie für Arbeits- und Sozialmedizin ist er seit langem tätig.

Als Mitglied des Beirates der Akademie für politische Bildung und beim Landesbeauftragten für den Datenschutz hat er auch in diesen Bereichen wertvolle Beiträge geleistet. Die Bayerische Staatsmedaille für soziale Verdienste und die Bayerische Staatsmedaille für besondere Verdienste um die bayerische Wirtschaft sind die äußere Anerkennung für diese Arbeit.

Größere Anerkennungen wurden Dr. Braun für seine lebenslangen Leistungen zuteil: 1972 Ernst-von-Bergmann-Plakette für Verdienste um die ärztliche Fortbildung, 1973 Steckkreuz des Freistaates Bayern für besondere Verdienste um das Bayerische Rote Kreuz, 1974 Bundesverdienstkreuz 1. Klasse, den Bayerischen Verdienstorden, 1986 das Große Bundesverdienstkreuz des Verdienstordens der Bundesrepublik Deutschland.

Lohmann
TF



Transelast®

griffige, hochelastische Binde, fixiert zuverlässig ohne zu schnüren, auch an stark konischen Körperstellen: unter dem rutschfesten Verband bleiben Gelenke beweglich. Transelast – ob weiß oder hautfarben – läßt sich waschen, kochen und sterilisieren.

Transelast – die griffige Fixierbinde mit spürbarem Zug – aus der Apotheke

LOHMANN GmbH & Co. KG · D-5450 Neuwied 12

322740588

Bericht über die Vorstandssitzung der Bayerischen Landesärztekammer am 16. April 1988

Der Präsident, Professor Dr. Dr. h. c. Sewering, informierte den Vorstand über den augenblicklichen Stand der Beratungen im Zusammenhang mit der Strukturreform im Gesundheitswesen. Dank intensiver Bemühungen konnte der Referentenentwurf in einigen wesentlichen Punkten im Sinne der Ärzte entschärft werden. So wurden Umfang und Inhalt der Datenerfassung und -speicherung reduziert, ebenso die Aufgaben des Medizinischen Dienstes. Dieser werde künftig als Arbeitsgemeinschaft bei den Krankenkassen geführt, bis zum Ausscheiden der Kollegen im Beamtenstatus jedoch den Status einer Körperschaft haben. Zur „Transparenz im Kassenarztwesen“ werden Stichproben vorgeschrieben. Bei den psychiatrischen Krankenhäusern und sozialpädiatrischen Diensten bleiben Ambulanzen bestehen bzw. werden gesetzlich vorgeschrieben. Die Teilnahme der Polikliniken an der ambulanten kassenärztlichen Versorgung ist leider nicht mehr präzise auf Forschung und Lehre begrenzt. Die Beteiligung von Krankenhausärzten an der kassenärztlichen Versorgung entfällt; die statt dessen erteilte Ermächtigung beinhaltet nicht mehr die Mitgliedschaft in der Kassenärztlichen Vereinigung. Das Krankenhaus rechnet diese Leistungen mit der Kassenärztlichen Vereinigung ab und gibt die Vergütung nach Abzug der Sachkosten an den Arzt weiter. Professor Sewering wies darauf hin, daß weitere wesentliche Regelungen, insbesondere über die prä- und poststationäre Versorgung, für deren

Eliminierung er sich intensiv eingesetzt hat, noch erörtert würden. Dagegen werde sich an der Einführung des Festbetrages für Arzneimittel wie auch für Heil- und Hilfsmittel nichts ändern. Der Präsident stellte klar, daß, wie immer auch die Verordnung von Generika geregelt werde, die Verantwortung für das jeweilige Präparat beim Arzt verbleiben müsse.

Auf Anfrage bekräftigte Professor Sewering, daß an der persönlichen Leistungserbringung auch des Krankenhausarztes, allein aus Gleichheitsgrundsätzen, festgehalten werden muß.

Anschließend wies Professor Sewering darauf hin, daß im Herbst die ersten Ärzte im Praktikum an die Krankenhäuser gehen werden. Von den 18 Monaten dieser Ausbildungsphase werden sechs Monate auf die einjährige Vorbereitungszeit für die Niederlassung angerechnet. Eine zahlenmäßige Beschränkung der AIPs in der Praxis sei nicht möglich. Hier gelten auch – im Gegensatz zu den Krankenhäusern – keine tarifvertraglichen Regelungen über die Vergütung. Haftungsrechtlich unterscheidet sich der Arzt im Praktikum grundsätzlich nicht von einem Berufsanfänger. Hierzu verwies Professor Sewering auf die inzwischen ergangene BGH-Rechtsprechung.

Zum Deutschen Ärztetag in Frankfurt führte der Präsident aus, daß aus der Sicht der Bayerischen Landesärztekammer gegen die Änderungen

der Berufsordnung, wie sie den Delegierten zugegangen sind, keine grundsätzlichen Bedenken bestehen. Eine intensive Diskussion erwarte er zu Forschungsvorhaben, die die menschliche Fortpflanzung betreffen.

Anschließend entschied der Vorstand über die Besetzung der Ethikkommission (nach § 1 Abs. 4 BO), die sich am 17. Mai 1988 konstituieren wird, sowie des Hellpraktikeraussschusses.

Vier Rügen wurden vom Vorstand bestätigt.

Zum Prüfungsverfahren in Gebieten und Teilgebieten bestätigte der Vorstand einen Beschluß von 1980: Vor dem Prüfungstag erfahren weder der Kandidat noch seine Weiterbilder oder die Fachprüfer, wer namentlich in das Prüfungsverfahren eingeschaltet ist.

Danach nahm der Vorstand zustimmend zur Kenntnis, daß seit 1. Januar 1988 (Inkrafttreten der neuen Weiterbildungsordnung für die Ärzte Bayerns) in den neueingeführten Teilgebieten (Neuroradiologie und Kinderradiologie) und in den neueingeführten Gebieten (Klinische Pharmakologie, Neuropathologie, Radiologische Diagnostik und Strahlentherapie) von insgesamt 62 Anträgen in Anwendung der Übergangsbestimmungen 42 Anerkennungen erfolgten. Darüber hinaus wurde 14 Anträgen von Lungenärzten auf Führen der Teilgebietsbezeichnung Internist/Lungen- und Bronchialheilkunde entsprochen.

Zur Thematik „Angelegenheiten der ärztlichen Weiterbildung – Liste weiterbildungsermächtigter Ärzte in Bayern“ lagen insgesamt 85 Anträge vor. 60 wurden positiv entschieden, 24 mußten abgelehnt werden und einer wurde zurückgestellt.

28 Einzelüberprüfungen von Weiterbildungsermächtigungen, die länger als fünf Jahre zurückliegen, bestätigte der Vorstand einstimmig. Nach fachlicher Beurteilung mußte eine Weiterbildungsermächtigung reduziert werden.

Im Zusammenhang mit der Erteilung von Weiterbildungsermächtigungen an niedergelassene Ärzte informierte der Präsident den Vorstand über Änderungen des bisherigen Verfahrens aufgrund der Neufassung vom 20. Juli 1987 der Zulassungsordnung für Kassenärzte, die am 1. Januar 1988 in Kraft getreten ist.

Band 73 der Schriftenreihe der Bayerischen Landesärztekammer

Endokrinologie – Erkrankungen des Stoffwechsels – AIDS – Pneumologie – Moderne gastroenterologische Untersuchungsmethoden

– Vorträge des 27. Bayerischen Internistenkongresses, 1987 –

kann über die Schriftleitung des „Bayerischen Ärzteblattes“, Mühlbauerstraße 16, 8000 München 80, unter Beifügung von DM 5,- in Briefmarken als Schutzgebühr angefordert werden.

– Alle Kassenärzte in Bayern erhalten diesen Band durch ihre Bezirksstelle der Kassenärztlichen Vereinigung Bayerns –



Fortbildung in Stichwörtern nach Leitsymptomen

Eine Hilfe zur Schnellorientierung – Herausgegeben von Professor Dr. F.-C. Loch

Leitsymptom: Generalisiertes Exanthem

Der Notfall: Arzneimittelunverträglichkeit

bearbeitet von Privatdozent Dr. J. Rakoski, München 40

Symptomatik:

Über das gesamte Integument verteiltes Exanthem, das von cranial nach caudal in der Regel zunimmt. Kopfbereich kann ausgespart sein. Die Hautveränderungen können verschiedene Morphologie zeigen.

1. Makulo-papulös
2. Urtikariell
3. Erythema exsudativum multiforme-artig

Ad 1.: Es handelt sich hierbei um Flecken, Papeln von roter Farbe. Der Schwerpunkt der Hautveränderungen ist häufig im Bereich der Unterschenkel.

Ad 2.: Schwerpunkt am Stamm und an den oberen Extremitäten bestehen rote Quaddeln, die im Gegensatz zum Exanthem mit Glasspatel wegdrückbar sind; in ihrem Zentrum kann die Quaddel weiß sein.

Ad 3.: Am Stamm und besonders an den Extremitäten annähernd runde Hautveränderungen mit rotem erythematösem Rand und eingesunkenem Zentrum, über dem sich auch eine Blase erheben kann. Die gleichen Hautveränderungen können auch im Bereich des Mundes und des äußeren Genitales auftreten.

Hier ist das Zentrum der Veränderung meist erodiert und krustig belegt.

Anamnese:

Der Patient klagt über Juckreiz, gibt auf Befragen an, in den letzten 2 bis 24 h Medikamente genommen zu haben. Bei Penicillin und penicillinhaltigen Präparaten kann die Medikamenteneinnahme bis zu 10 Tage zurückliegen. Häufig auslösende Medikamente: steroidfreie Antiphlogistika und opiatfreie Analgetika, pyrazolonhaltige Präparate, barbitursäurehaltige Schlafmittel, Sulfonamide, Penicillin. Nach Abführmitteln auf pflanzlicher Basis und nach Medikamenten fragen, die vom Heilpraktiker verordnet wurden!

Sofortdiagnostik

Die Diagnose wird klinisch aufgrund des Befundes und der Anamnese gestellt. Zum Ausschluß von parallellaufenden Veränderungen im hämatopoetischen System: Thrombozyten und Blutbild bestimmen.

**Therapeutische
Sofortmaßnahmen:**

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

**Zusätzliche
Maßnahmen
bzw.
Anordnungen:**

**Differential-
diagnostische
und andere
Erörterungen:**

Das Absetzen sämtlicher Medikamente!

Digitalispräparate lösen selten Arzneimittelexantheme aus; sie können am ehesten weiter genommen werden, desgleichen Insulin.

Therapie: symptomatisch, je nach Schwere des Krankheitsbildes, Antihistaminika bei leichteren Krankheitsbildern, bei schwereren Krankheitsbildern Kortison per os.

Eine Indikation zur Klinikeinweisung besteht in folgenden Fällen.

1. Bei Urtikaria mit Quincke-Ödem
2. Erythema exsudativum multiforme mit Befall von Schleimhäuten und dem Verdacht zum Übergang auf ein Leyell-Syndrom.
3. Bei schwerwiegenden Blutbildveränderungen.

Bei Quincke-Ödem im Bereich des weichen Gaumens, Schluckbeschwerden, kloßige Sprache, Atembeschwerden: Antihistaminikum + 100 mg Kortison äquivalent durch sicheren venösen Zugang. Patient muß in ärztlicher Kontrolle bleiben, bis die Schluck- und Atembeschwerden verschwunden sind. Rezidivgefahr nach Abklingen der Kortisonwirkung!

Differentialdiagnostisch kommt ein anaphylaktischer Schock, ausgelöst durch Insektenstiche oder Nahrungsmittel in Frage. Bei sehr großen blasigen Veränderungen mit Abhebung der Haut ist ein Leyell-Syndrom anzunehmen und intensivmedizinische Sofortbetreuung erforderlich.

Weitere Differentialdiagnose: Virusexanthem, hier besteht in der Regel Lymphknotenschwellung, häufig nuchale Lymphknoten und eine Rötung des Rachenraumes sowie erhöhte Temperatur. Es ist aber zu bedenken, daß ausgedehnte klinisch-dramatische Arzneimittelexantheme auch Temperaturerhöhung hervorrufen können.

Chloralhydrat-Rectiole®

Problemlose Sedierung nach Maß.

- ▶ Wirkt zuverlässig und schnell ▶ Kurze Halbwertszeit
- ▶ Gut steuerbar ▶ Soforttherapie akuter Krämpfe

Zusammensetzung: 1 Miniaturklistier (Rectiole) à 3 g enthält 0,6 g Chloralhydrat. **Anwendungsgebiete:** Zur Ruhigstellung von Kindern vor instrumenteller Diagnostik (EEG, Computertomographie, Röntgen, Endoskopie, Katheterisierung), zur Behandlung von Krampfanfällen jeder Genese, insbesondere Fieberkrämpfe und status epilepticus, vor kleinen operativen Eingriffen oder schmerzhaftem Verbandwechsel. **Gegenanzeigen:** Nicht bei schweren Leber-, Nieren-, Herz- und Kreislauferkrankungen anwenden. **Nebenwirkungen:** In seltenen Fällen Schleimhautreizungen. **Dosierung:** Soweit nicht anders verordnet, beträgt die hypnotische Dosis bei Säuglingen 1/2-1 Rectiole, bei Kleinkindern 1-2 Rectiolen, bei Schulkindern 2-3 Rectiolen. Zur Sedierung genügt die Hälfte. Packungsgrößen und Preise: O. P. mit 3 Miniaturklistieren DM 9,50, A. P. mit 30 Miniaturklistieren. Auch in Österreich und der Schweiz erhältlich.

Dentinox KG
1000 Berlin 48

D



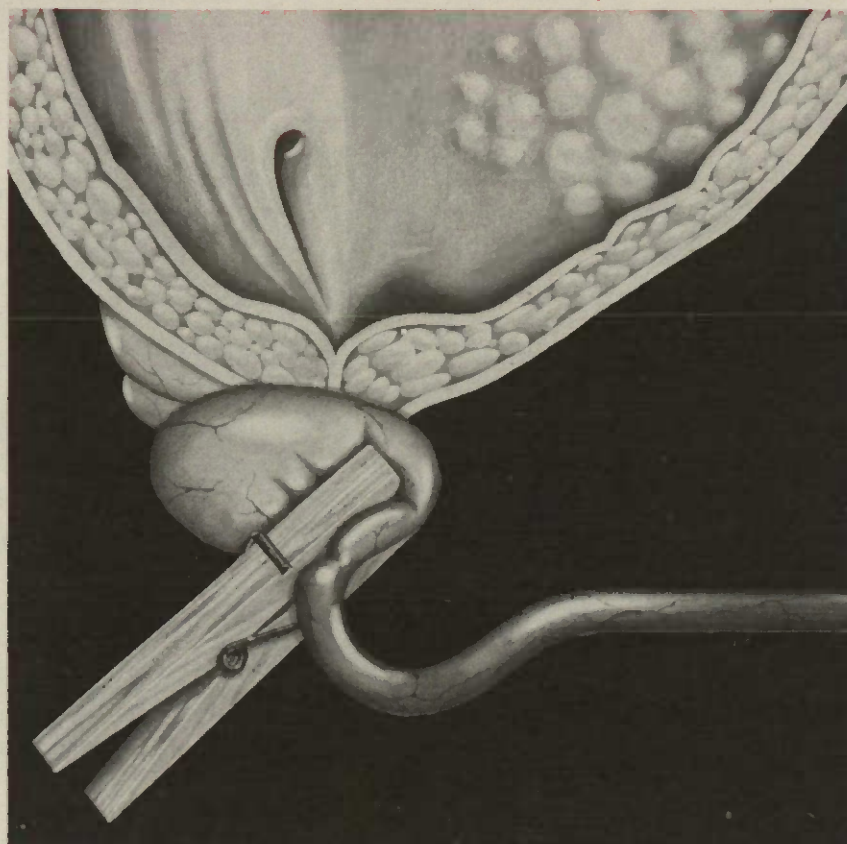
CH3

kostensenkende
Marken-Präparate

**AZU-
CHEMIE**

Fortschritt bei Prostata-Adenom

Azu prostat[®]



Die überlegen dosierte β -Sitosterin-Kapsel

65 mg β -Sitosterin + α -Tocopherolacetat + Retinolpalmitat + Echinacea purpurea

Zusammensetzung: 1 Kapsel enth.: β -Sitosterin 65 mg, Retinolpalmitat 6500 I.E., α -Tocopherolacetat 12 mg, Extr. Rad. Echinaceae purpur. sicc. 4,5 mg. **Ind.:** Prostatisches Syndrom (Prostata-Adenom), Miktionsbeschwerden, Blasenfunktionsstörungen, chronische Entzündungen der Blaseschleimhaut. **Kontra-ind.:** Sind nicht bekannt. **Wechselw.:** Bei Zusatztherapie mit hochdosiertem Vitamin A ist dessen Dosis gegebenenfalls zu reduzieren. **Dos.:** initial 3 x 2 Kapseln täglich, später 2 x 1 Kapsel täglich. **Preise:** 50 Kaps. (N2) DM 23,70, 100 Kaps. (N3) DM 39,80. Azupharme, 7016 Gerlingen

Personalia

Privatdozent Dr. med. Wolfgang Becker, Abteilung für Nuklearmedizin der Universität Würzburg, Josef-Schneider-Straße 2, 8700 Würzburg, wurde von der Deutschen Gesellschaft für Nuklearmedizin der Malinckrodt-Förderpreis verliehen.

Professor Dr. med. Wilhelm Börner, Leiter der Abteilung für Nuklearmedizin der Universität Würzburg, Josef-Schneider-Straße 2, 8700 Würzburg, wurde vom Beirat der Sektion Schilddrüse der Deutschen Gesellschaft für Endokrinologie zum Präsidenten der 9. Konferenz über die menschliche Schilddrüse „Schilddrüse 1989“ gewählt.

Professor Dr. med. Dr. h. c. Ludwig Demling, em. Ordinarius für Innere Medizin, Thümbach 15, 8602 Schlüsselfeld, wurde von der Gesellschaft für Gastroenterologie der DDR zum Ehrenmitglied ernannt.

Dr. med. Jakob Derbolowsky, Frauenarzt, Lochhauser Straße 12, 8039 Puchheim, wurde als Präsident der Deutschen Gesellschaft für Psychotherapie und Psychopädie bestätigt.

Professor Dr. med. Hubert Frohmüller, Direktor der Urologischen Klinik der Universität Würzburg, Josef-Schneider-Straße 2, 8700 Würzburg, wurde von der Österreichischen Gesellschaft für Urologie zum Ehrenmitglied ernannt, ferner von der Ecuadorianischen Gesellschaft für Urologie zum korrespondierenden Mitglied.

Professor Dr. med. Heinz Eberhard Krampitz, vormals Abteilung für Infektions- und Tropenmedizin der Universität München, Schweigerstraße 4, 8000 München 90, wurde von der Deutschen Gesellschaft für Parasitologie zum Ehrenmitglied ernannt.

Professor Dr. med., Diplom-Chemiker Norbert Matussek, Pharmakologe – Klinische Pharmakologie, Gotzmannstraße 25, 8000 München 60, wurde von den Tropon-Werken gestiftete Hans-Jörg-Weitbrecht-Preis 1988 verliehen.

Professor Dr. med. Volker ter Meulen, Vorstand des Instituts für Virologie und Immunbiologie der Universität Würzburg, Versbacher Straße 7, 8700 Würzburg, wurde in die Senatskommissionen für Sonderforschungsbereiche und für klinische Forschergruppen der Deutschen Forschungsgemeinschaft berufen.

Professor Dr. med. Gerhardt Nissen, Direktor der Klinik für Kinder- und Jugendpsychiatrie der Universität Würzburg, Fuchsleinstraße 15, 8700 Würzburg, wurde vom Präsidenten der Tokai-Universität die von ihr gestiftete Plakette für Forschung und Wissen verliehen.

Professor Dr. med. Johann Rastetter, Leiter der Abteilung für Hämatologie und Onkologie der I. Medizinischen Klinik der Technischen Universität München, Ismaninger Straße 22, 8000 München 80, wurde zum fünften Male als 2. Vizepräsident der Technischen Universität München wiedergewählt.

Professor Dr. med. Theodor Heinrich Schiebler, Vorstand des Anatomischen Instituts der Universität Würzburg, Koellikerstraße 6, 8700 Würzburg, wurde von der Gesellschaft für Histochemie zum Ehrenmitglied ernannt.

Dr. med. Franz Schmidl, Geschäftsführender Vorsitzender des Kollegiums für Ärztliche Fortbildung Regensburg, Altes Rathaus, 8400 Regensburg, wurde anlässlich der Eröffnung des 80. Regensburger Fortbildungskongresses von Oberbürgermeister Friedrich Viehbacher mit der Goldenen Bürgermedaille der Stadt Regensburg ausgezeichnet.

Professor Dr. med. Stefan Silbernagl, Vorstand des Physiologischen Instituts der Universität Würzburg, Röntgenring 9, 8700 Würzburg, wurde für das Jahr 1988 zum Präsidenten der Deutschen Physiologischen Gesellschaft gewählt.

Professor Dr. med. Eberhard Standl, III. Medizinische Abteilung des Städtischen Krankenhauses München-Schwabing, Kölner Platz 1, 8000 München 40, wurde zum Präsidenten der Deutschen Diabetes-Gesellschaft gewählt.

Professor Dr. med. Helmut Valentin, Direktor des Instituts für Arbeits- und Sozialmedizin und der Poliklinik für Berufskrankheiten der Universität Erlangen-Nürnberg, Schillerstraße 25 und 29, 8520 Erlangen, wurde von der Deutschen Gesellschaft für Arbeitsmedizin zum Ehrenpräsidenten ernannt.

Professor Dr. med. Egon Wetzels, Chefarzt der I. Medizinischen Abteilung am Städtischen Krankenhaus Rosenheim, Pettenkofersstraße 10, 8200 Rosenheim, wurde zum 1. Vizepräsidenten des Berufsverbandes Deutscher Internisten e. V. wiedergewählt.

Privatdozent Dr. med. Manfred Wirth, Urologische Klinik der Universität Würzburg, Josef-Schneider-Straße 2, 8700 Würzburg, wurde von der Deutschen Gesellschaft für Urologie e. V. der Maximilian-Nitze-Preis verliehen.

Dr. med. Walther Zimmermann, Chefarzt des Krankenhauses für Naturheilweisen, Sanatoriumsplatz 2, 8000 München 90, wurde der „Werner-Eckart-Preis für zeitgemäße Ernährung 1988“ verliehen.

Professor Dr. med. Nepumuk Zöllner, Direktor der Medizinischen Poliklinik der Universität München, Pettenkofersstraße 8 a, 8000 München 2, wurde von der Deutschen Gesellschaft für Ernährung die Carl-von-Voigt-Medaille verliehen.

Dr. med. Gerhard Grabenbauer, Dr. med. Jürgen Dunst, Professor Dr. med. Manfred Herbst, Privatdozent Dr. med. Norbert Wolf, Professor Dr. med. Paul Hermanek und Professor Dr. med. Rolf Sauer, alle Universität Erlangen-Nürnberg, erhielten anlässlich des 19. Deutschen Krebskongresses den Deutschen Posterpreis für ihre Arbeit „Organerhaltung bei Analkarzinom durch simultane Radio- und Chemotherapie“.

Carzodelan

forte pro injectione

Reg. Nr. C 913

Carzodelan ist das erste von seinem Hersteller Dr. med. A. Gaschler vor mehr als 30 Jahren in der Therapie eingeführte parenterale Enzym-Komplex-Präparat. Es ist eine Substanz mit proteolytischer, lipolytischer und nucleolytischer Wirksamkeit.

Zusammensetzung:
Inhalt einer Trockenampulle:
Pancreatin 2,0 mg entspricht
Protease 0,7 FIP-U, Lipase
15 FIP-U, Amylase 15 FIP-U

Indikationen:
Adjuvans bei prä- und postoperativer Behandlung maligner Tumoren. Erhöht die Strahlentoleranz. Chronische Entzündungen, Viruserkrankungen und Leukopenie. Reaktivierung der körpereigenen Abwehrkräfte bei Rekonvaleszenz.

Kontraindikationen:
Nicht bekannt. Die Verträglichkeit ist ausgezeichnet, ohne unangenehme oder lästige Nebenwirkungen.



Handelsformen:
O. P. (3 Amp. + 3 aqua bidest.)
DM 25,64
10er Packung (10 Amp. + 10 aqua bidest.) DM 71,24
Klinikpackung (50 Amp. + 50 aqua bidest.) DM 312,59

PHARMA-LABORATORIUM S. M. GASCHLER · 8990 LINDAU-SCHACHEN · TELEFON 083 82 / 5306

Kongresse: Allgemeine Fortbildung

Strahlenschutzkurse in Bamberg

Erwerb der Fechkunde im Strahlenschutz gemäß Röntgenverordnung (RöV)
Spezialkurs bei der Untersuchung mit Röntgenstrahlen in zwei Teilen (3,2 der Richtlinien) am 24./25. Juni und 1./2. Juli 1988 in Bamberg

Veranstalter: Radiologisches Institut des Klinikums (Leiter: Chefarzt Dr. M. Schmidt)

Ort: Klinikum Bamberg, Buger Straße 80, Bamberg

Teilnehmergebühr: DM 250,-

Auskunft und Anmeldung:
Radiologisches Institut, Buger Straße 80, 8600 Bamberg, Telefon (09 51) 5 03 31 31

Weiterbildung für die Zusatzbezeichnung Psychotherapie und Psychoanalyse

Beirat-Gruppe für Ärzte in Bad Kissingen

Auskunft und Anmeldung:
Dipl.-Psych. F. Mohr, Psychoanalytiker (DGIP), Kindermannstraße 9, 8000 München 19, Telefon (0 89) 15 28 55

65. Tagung der Vereinigung der Bayerischen Chirurgen e. V. vom 21. bis 23. Juli 1988 in München

Vorsitz: Professor Dr. G. Heberer
Thema: Notfälle in der Chirurgie
Ort: Klinikum Großhadern, Marchioninstraße 15, München 70

Auskunft:
Professor Dr. G. Heberer, Direktor der Chirurgischen Klinik der Universität München, Marchioninstraße 15, 8000 München 70, Telefon (0 89) 70 95 - 27 80 oder 27 81

28. Bayerischer Internistenkongreß vom 18. bis 20. November 1988 in München

Themen: Moderne Technologien – Intensiv- und Notfallmedizin – Rationale Arzneimitteltherapie – Bedeutung röntgen-diagnostischer Verfahren

Auskunft:
Professor Dr. E. Wetzels, Medizinische Klinik I, Städtisches Krankenhaus, Pettenkoferstraße 10, 8200 Rosenheim, Telefon (0 80 31) 39 52 96

EDV-Seminar

am 25. Juni 1988 in München

Veranstalter: Hartmannbund, Landesverband Bayern

Das Seminar ist gedacht für niederlassungswillige und bereits niedergelassene Ärzte aller Bereiche, die sich für EDV in der eigenen Praxis interessieren. Es dient zur Beratung und zum Kennenlernen von verschiedenen Systemen.

Beginn: 8.30 Uhr – Ende: 17 Uhr

Ort: Hotel Holiday-Inn, Leopoldstraße 194, München 40

Teilnehmergebühr: DM 150,- für Nichtmitglieder, Arztehefrauen und -helferin; DM 75,- für Mitglieder, Arztehefrauen und -helferin

Auskunft und Anmeldung:
Landesverband Bayern des Hartmannbundes, Mühlbeurstraße 16, München 80, Telefon (0 89) 4 70 60 85/86

Leo von Zumbusch-Gedächtnisvorlesung

am 11. Juli 1988 in München

Thema: Pustulöse Erkrankungen und die Regulation der kutanen Entzündung (Professor Dr. E. Christophers, Kiel)

Zeit und Ort: 12.15 Uhr – Großer Hörsaal der Dermatologischen Klinik der Universität München, Frauenlobstraße 9, München 2

Blaulichtärzte – Einheitliches Fortbildungskonzept für Notärzte in Bayern 1988

Orte: Augsburg, München, Nürnberg und Würzburg

I. Stufe – Grundkurs für Ärzte, die im Rettungsdienst eingesetzt werden sollen

Zeitbedarf: 2 Samstage ganztägig (9.30 bis 17 Uhr)

II. Stufe – Aufbaukurs für Notärzte

Voraussetzung für die Teilnahme: mindestens einjährige klinische Tätigkeit in einem Akutkrankenhaus und mindestens 1 Jahr davor vollständig absolvierte I. Stufe

Zeitbedarf: 2 Samstage ganztägig (9.30 bis 17 Uhr)

III. Stufe – Fallsimulation für aktiv tätige Notärzte

Voraussetzung für die Teilnahme: mindestens 1 Jahr davor vollständig absolvierte II. Stufe oder mindestens kontinuierliche zweijährige Tätigkeit im Rettungsdienst mit mindestens 150 Einsätzen

Zeitbedarf: 1 Samstag ganztägig (9.30 bis 17.30 Uhr)

Veranstaltungsorte:	Termine:	Stufe:	Auskunft und Anmeldung nur bei:
Augsburg Ärztehaus Schwaben	2. 7.	III	Kassenärztliche Vereinigung Bayerns Bezirksstelle Schwaben, Frohsinnstraße 2, 8900 Augsburg Freu Ihrcke, Telefon (08 21) 32 56-131
	10. 9.	II	
	24. 9.	II	
München Ärztehaus Bayern Ärztehaus Bayern Ärztehaus Bayern	16. 7.	I	Bayerische Landesärztekammer Mühlbauerstraße 16, 8000 München 80 Fräulein Wolf, Telefon (089) 41 47-288 Hinweis: Alle Termine sind bereits voll belegt
	23. 7.	I	
	12. 11.	III	
Nürnberg-Fürth Stadthalle Fürth	5. 11.	III	Kassenärztliche Vereinigung Bayerns Bezirksstelle Mittelfranken, Vogelsgarten 6, 8500 Nürnberg 1 Frau Leikauf, Telefon (09 11) 46 27-532
	19. 11.	III	
Würzburg Universitätsklinik	25. 6.	II	Kassenärztliche Vereinigung Bayerns Bezirksstelle Unterfranken, Hofstraße 5, 8700 Würzburg Frau Knüpf, Telefon (09 31) 3 07-278
	9. 7.	II	

Anmeldung unbedingt erforderlich

Teilnahmebescheinigung nur nach vollständig besuchtem Kurs

Die Veranstalter behalten sich vor, bei zu geringer Teilnehmerzahl die Veranstaltung kurzfristig abzusagen; bereits angemeldete Teilnehmer werden dann unmittelbar verständigt und auf andere Kurse verwiesen.

Babynos[®] Carminativum Meteorismus-Therapie. Tropfen für Tropfen behutsam.

- ▶ Krampflösend ▶ Beseitigt Gasansammlungen
- ▶ Rein pflanzlich. Mit Fenchel, Koriander, Kamille, Baldrian

Zusammensetzung: 1 g enthält 890 mg Fluidextrakte [1:1, Ethanol 35 Vol.-%] aus 320 mg Fenchel (DAB 9), 200 mg Koriander (DAB 10), 200 mg Kamillenblüten (DAB 9) und 170 mg Baldrianwurzel (DAB 9) sowie 0,5 mg Fenchelöl (DAB 9). Enthält 24 Vol.-% Alkohol. **Anwendungsgebiete:** Zur Verhütung und Beseitigung von Blähungsbeschwerden jeder Art bei Säuglingen und Kindern, insbesondere mit krampflösender Wirkung. Zur Regulierung der Verdauungsfunktionen (z.B. nach Kostumstellung oder Abstillen) oder bei nervösen Magen-Darmstörungen, falls ein ernstes organisches Leiden ausgeschlossen werden kann. Folgeerscheinungen wie Verstopfung, Unruhe und Schlaflosigkeit werden ursächlich mitbehandelt. **Dosierung:** Soweit nicht anders verordnet, Säuglingen 3 mal täglich 3-6 Tropfen, Kindern über 1 Jahr 3 mal täglich 6-10 Tropfen, Schulkindern 3 mal täglich 10-15 Tropfen verdünnt eingeben. Packungsgröße und Preis: DM 6,65, D. P. mit 30 ml Lösung.

Dentinox KG
1000 Berlin 48

D



Einführungslehrgänge für die kassenärztliche Tätigkeit

Die Kassenärztliche Vereinigung Bayerns veranstaltet am

25. Juni 1988
17. September 1988
19. November 1988

in der Mühlbaurstraße 16 (Ärztehaus Bayern), München 80, Einführungslehrgänge für die kassenärztliche Tätigkeit.

Beginn: 8.45 Uhr — Ende: 16.30 Uhr
Anmeldungen sind an die KVB-Landesgeschäftsstelle, Mühlbaurstraße 16, 8000 München 80, Telefon (0 89) 41 47-356, Frau Klockow, bis 16. Juni, 9. September und 11. November 1988 zu richten.

Die Teilnehmergebühr von DM 20,— ist am Tage des Einführungslehrganges zu bezahlen.

Fortbildungsveranstaltungen der Bundesärztekammer

Grado, 21. August bis 2. September 1988

22. Internationaler Seminarkongreß für praktische Medizin (in Zusammenarbeit mit der Österreichischen Ärztekammer)

Meran, 4. bis 16. September 1988

36. Internationaler Fortbildungskongreß der Bundesärztekammer und der Österreichischen Ärztekammer

Augsburg, 28. bis 30. Oktober 1988

17. Zentralkongreß für Medizinische Assistenzberufe (im zeitlichen und räumlichen Zusammenhang mit dem 79. Augsburger Fortbildungskongreß für praktische Medizin)

Auskunft und Anmeldung:
Kongreßbüro der Bundesärztekammer,
Postfach 41 02 20, 5000 Köln 41, Telefon (02 21) 40 04-221 bis 224

— Änderungen und Ergänzungen vorbehalten —

13. Oberstauferer Symposion für praktische Onkologie

am 25. Juni 1988 (Kursaal, Markt Oberstauferen)

Veranstalter: Regionales Fortbildungszentrum Allgäu (Ärztlicher Kreisverband Oberallgäu), Schloßbergklinik Oberstauferen in Verbindung mit dem Tumorzentrum München und der Arbeitsgemeinschaft zur Förderung der Krebserkennung und Krebsbekämpfung in Bayern e. V.

Leitung: Professor Dr. H. Ehrhart, München

Themen: Vorträge zur Diagnostik, Therapie und Nachsorge maligner Erkrankungen — Onkologisches Seminar mit praktischen Übungen

9.15 — 13 Uhr (Kursaal):

Probleme der zytostatischen Therapie im höheren Lebensalter
Professor Dr. W. Wilmanns

Overleukarzinom

Möglichkeiten und Grenzen chirurgischer Maßnahmen

Professor Dr. R. von Hugo, Privatdozent
Dr. M. Hölscher, Dr. F. Jänicke

Entscheidungskriterien für das Therapie-konzept

Professor Dr. R. Schröck

Nachsorge und Palliation

Dr. G. Rauthe

Diskussion

Mammekarzinom

Eingeschränkte radikale Mastektomie

Dr. H. Rinecker

Strahlentherapie

Privatdozent Dr. G. Ries

Risikoadaptierte Nachsorge

Privatdozent Dr. L. Schmid

Diskussion

Auskunft:

Arbeitsgemeinschaft zur Förderung der Krebserkennung und Krebsbekämpfung in Bayern e. V., Mühlbaurstraße 16, 8000 München 80, Telefon (0 89) 41 47-277

Kolorektale Karzinome

Metastasen Chirurgie

Professor Dr. H. Denecke

Regionale Chemotherapie

Dr. B. Eibl-Eibesfeld

Probleme beim Kolostoma

Dr. K. Zellmann

Diskussion

14.30 — 16 Uhr (Schloßbergklinik):

Seminare (simultane Veranstaltungen)

I. Langzeittherapie der wichtigsten Hämoblastosen

Professor Dr. H. Borchers

II. Krebsmedikamente und Diätformen mit freiglicher Wirksamkeit

Professor Dr. H. Sauer, Privatdozent Dr.

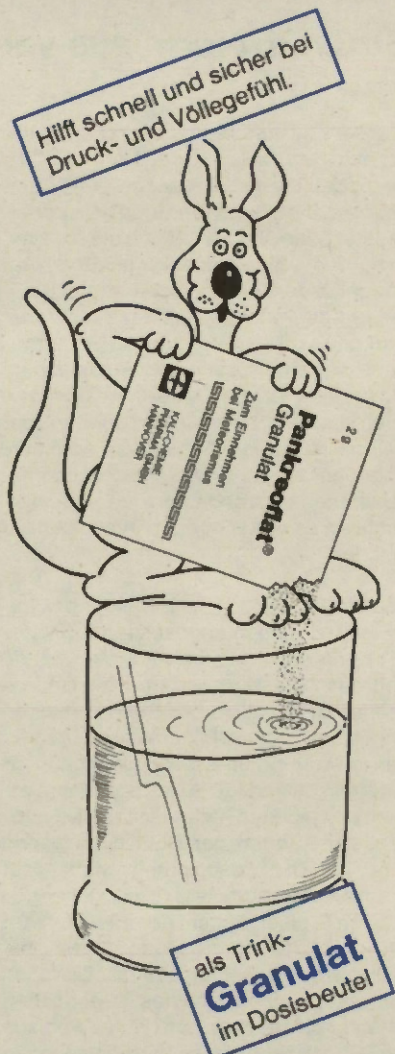
K. Possinger, gemeinsam mit den Chefarzten der Schloßbergklinik Oberstauferen

III. Neoplasien bei AIDS-Patienten

Professor Dr. U. Jehn

Pankreoflat

Entschäumer + Pankreatin



Zusammensetzung: 1 Drapee bzw. 1 Dosisbeutel (=2 g Granulat) enthält 170 mg Pankreatin, entsprechend 6.500 U.Lipase-, 5.500 Amylase- und 400 Protease-Einheiten nach F.I.P. und 80 mg Dimethylpolysiloxan. Pankreoflat Granulat enthält pro Dosisbeutel 1,2 g Kohlenhydrate. **Anwendungsgebiete:** Übermäßige Gasbildung und -ansammlung im Magen-Darm-Kanal bei Pankreasinsuffizienz, Leber-, Galle-, Magen- und Darmkrankheiten, nach Operationen und bei Luftschlucken; Flatulenz, Reuehmbel-Syndrom. Zur Vorbereitung der röntgenologischen Bauchdiagnostik bei Gasansammlung im Magen-Darm-Kanal (Galle- und Nierendagnostik, Aufnahme der Lendenwirbelsäule und des Beckens). **Dosierung und Anwendung:** Soweit nicht anders verordnet, 1-2 Drapees unzerkaut bzw. 1-2 Dosisbeutel (2-4 g) Granulat mit Flüssigkeit verrührt zu den Hauptmahlzeiten einnehmen. Säuglingen und Kleinkindern gibt man den Inhalt von 1/2-1 Dosisbeutel. Das Granulat wird in einer kalten oder lauwarmen Flüssigkeit verrührt und getrunken. Um möglichst gasfreie Röntgenaufnahmen zu erhalten, läßt man an den zwei der Aufnahme vorangehenden Tagen 3-4mal 2 Drapees oder 2 Dosisbeutel Granulat, am Aufnahmetag morgens nüchtern 2 Drapees oder 2 Dosisbeutel Granulat einnehmen. **Packungsgrößen und Preise:** 20 Drapees (N1) 9,20 DM, 50 Drapees (N2) 20,00 DM, 100 Drapees (N3) 36,20 DM, 50 Dosisbeutel à 2 g 27,65 DM.

KALI-CHEMIE PHARMA GMBH - HANNOVER - Stand: 01.04.1987



KALI-CHEMIE PHARMA
SPEZIALIST FÜR
GASTROENTEROLOGIE

Strukturreform aus verschiedener Sicht

Blüm drückt aufs Tempo bei der Krankenversicherungsreform; der Kenzler stützt ihn dabei. Die Arbeitsgruppe der Sozialpolitiker, die „Elefantenrunde“ der Parteivorsitzenden und schließlich die Bundesregierung – sie alle haben am Ende den Abschluß der schwierigen internen Beratungen für wichtiger gehalten als deren Ergebnisse. Das wird auch im Gesetzgebungsverfahren so bleiben. Augen zu und durch, das ist die Devise. Freilich wird euch klar, daß Blüm nun versucht, aus der Defensive in die Offensive zu kommen. Nachdem er sein Paket, wenn auch mit Abstrichen, durchbekommen hat, versucht er, es den Bürgern schmackhaft zu machen.

Auch tritt Blüm jetzt mit Härte der polemischen und falsch angesetzten Kritik der SPD entgegen. Für beide Seiten ist die Zeit des Abtastens vorbei. Sein Gegenspieler ist vor allem der Stellvertretende Vorsitzende der SPD-Fraktion, Dreßler, der im April noch einen politischen Flirt mit Blüm riskierte. Dreßler, so scheint es, ist in den eigenen Reihen auf Kritik gestoßen, zumal auch der DGB nach ersten Signalen der Zustimmung wieder auf Konfrontationskurs zu Blüm gegangen ist. Von Dreßler stammt der böse Vorwurf vom „Abkassierungs-Modell“, der, bei Licht besehen, nicht stimmt. Dennoch wird es Blüm trotz seines rhetorischen Talents nicht leichtfallen, dieses Wort aus der Welt zu bringen; es hat sich schon in den Köpfen der Versicherten festgesetzt. Was abkassieren heißt, wissen die Leute; was sie sich unter einem Festbetrag vorzustellen haben, sagt ihnen Blüm. Aber verstehen sie ihn auch? Blüm könnte davon profitieren, daß die SPD im Verein mit den Grünen bei ihrer Kritik polemisch überziehen. Je mehr sich der Streit zuspitzt, um so enger muß die Koalition zusammenrücken und um so kleiner werden die Chancen, an dem Gesetzentwurf noch etwas zu ändern.

Dabei gibt es erste Anzeichen dafür, daß noch nicht in allen Punkten das letzte Wort gesprochen ist. Nach einigem Hin und Her hatte sich die Koalition darauf verständigt, die Rezeptblattgebühr von 3 DM für Medikamente, für die es keinen Festbetrag gibt, 1991 in eine prozentuale Selbstbeteiligung umzuwandeln. Inzwischen haben die Akteure gemerkt, daß diese sinnvolle Selbstbeteiligung, die weithin als unsozial abgestempelt wird, unmittelbar nach der nächsten Bundestagswahl eingeführt und vor dem Wahl-

termin beschlossen werden müßte. So hat bereits der Arbeitskreisvorsitzende der Unions-Fraktion, Günther, wissen lassen, daß es doch wohl besser wäre, mit der prozentualen Selbstbeteiligung erst 1992 zu beginnen. Die F.D.P. dürfte sich am Ende dem wahlpolitischen Kalkül nicht entziehen können, was bestätigt, daß unpopuläre Entscheidungen entweder sofort oder gar nicht exekutiert werden sollten. Wenn die Entscheidung richtig ist, eine prozentuale Selbstbeteiligung für bestimmte Arzneimittelgruppen einzuführen, dann kann es nicht richtig sein, damit bis nach dem nächsten Wahltermin zu warten. Blüm hat in dieser Frage auf Zeit gespielt, vielleicht in der Hoffnung, 1990 schon mit Rau oder Rohde in Düsseldorf regieren zu können.

Aber nicht nur bei der Selbstbeteiligung wird die Terminfrage noch einmal zu überprüfen sein. Da gibt es noch einen anderen Punkt. Um bis 1990 tatsächlich zu einer Beitragssenkung zu kommen, hat die Koalition das Inkrafttreten der neuen Leistungen im Pflegefall bis 1991 zurückgestellt. Aber auch hier gibt es das wahlpolitische Kalkül. Helfen der Koalition diese Leistungsverbesserungen, wenn sie zwar vor der Wahl beschlossen, aber erst danach wirksam werden? Auch ist zu bedenken, daß der Bayerische Landtag vor dem Bundestag gewählt wird. Für die neuen Pflegeleistungen hatte sich vor allem die CSU stark gemacht. Sie wird doch wohl demonstrieren wollen, was sie erreicht hat. Das geht aber nur, wenn die Pflegehilfen, vor allem das Pflegegeld von 400 DM, schon 1990 fällig werden.

Für die Politiker und Parteistrategen sind solche Erwägungen wichtig, für die von der Reform unmittelbar Betroffenen, die Versicherten und die Heilberufe, dagegen kaum. Sie werden sich darauf einstellen müssen, daß Blüm seine Gesetzespläne nun zeitgerecht durchbringt. Der Minister hat mehrfach bewiesen, wie hartnäckig, aber auch wie uneinsichtig er sein kann, wenn er sich erst einmal festgelegt hat.

Wenn Blüm nun allmählich in eine bessere politische Position kommt, so hat er das auch der Tatsache zu verdanken, daß seine Kritiker zu resignieren beginnen. Blüms Einschüchterungskampagne zeigt Wirkung. Auch fehlen den Heilberufen die politischen Bataillone. An wen sollen sie sich nun noch halten? Die SPD kann kaum der richtige Partner für sie sein. Das

geht aus den Eckdaten zur Strukturreform hervor, die Dreßler zusammen mit dem Nordrhein-westfälischen Sozialminister Heinemann präsentiert hat. Dieses Konzept hat vier Schwerpunkte:

● Dem Gesundheitssystem soll eine politische Orientierung gegeben werden. Zunächst sollen die gesundheitspolitischen Ziele gesetzt und dann die dafür notwendigen Finanzmittel mobilisiert werden. Das klingt zwar gut, aber der Konflikt beginnt immer dann, wenn die Mittel nicht reichen. Da das Geld auch knapp ist, wenn Sozialdemokraten regieren, so werden auch sie bei den Heilberufen die Daumenschrauben ansetzen, um Ihren Wählern zu imponieren.

● Die auf Bundesebene beschlossenen Orientierungsdaten werden auf regionaler Ebene umgesetzt. Die Verantwortung dafür wird regionalen Gesundheitskonferenzen übertragen, in denen Krankenkassen, Gebietskörperschaften und Leistungserbringer „drittelbeteiligt“ zusammenarbeiten.

● Der Auftrag zur Sicherstellung der Versorgung wird diesen Gesundheitskonferenzen übertragen, womit gewährleistet sein dürfte, daß die Gesundheitsberufe stets in der Minderheit sind. Bei diesen Konferenzen liegt die Bedarfsplanung in der Region. Dazu gehört es auch, die Zahl der Kassenärzte, gegliedert nach Fachgebieten, und die Zahl der notwendigen Krankenhausbetten zu bestimmen. Der Plan ist verbindlich; er wird von den Kassen ausgeführt. Die Arzneimittelversorgung wird von einem Institut reguliert, in dem Kassen, Ärzte und Apotheker, nicht aber die Pharma-Industrie vertreten sind. Ziel ist eine Positiv-Liste; über die Preise verhandeln die Kassen. Die SPD lehnt für die Kassenärzte Einzelleistungshonorare wie Kopfpauschalen ab, weil sie entweder zur Maximal- oder zur Minimalversorgung führten. Sie schlägt Leistungskomplexhonorare vor, also die Bezahlung nach diagnoseabhängigen Fallpauschalen.

● Alle Arbeiter und Angestellten werden versicherungspflichtig. Es werden nur Sachleistungen, die gesetzlich vorgegeben werden, gewährt. Alle Krankenkassen unterliegen gleichen Rechten und Pflichten. Innerhalb der Kassenarten wird ein bundesweiter Finanzausgleich, der die Beitragssätze angleicht, eingeführt. Die Versicherten können zwischen den Kassen, die sich nicht mehr unterscheiden, frei wählen. Im übrigen sollen für die Selbstverwaltung der Kassen nur noch die Gewerkschaften Wahlvorschläge einreichen dürfen.

Alles kommt also zuverlässig in den Griff der Politiker, Funktionäre und Bürokraten.

bonn-mot

Arzt und Patient

Lesung der bayerischen Landesgruppe des Bundesverbandes Deutscher Schriftstellerärzte vor den Kollegiaten des musischen Max-Reger-Gymnasiums zu Amberg/Oberpfalz am 2. März 1988

Wer sonst von uns Ärzten, wenn nicht wir der Schriftstellerei Verfallenen, sind mit als erste aufgerufen, sich der Diskussion mit jenen zu stellen, die biographisch noch nicht festgelegt, noch nicht in berufliche Geleise eingebogen und noch nicht der Gefahr der Verbildung ausgesetzt sind? Womit gelingt es besser, Wahrheit zu sieben und Geist zu üben, als mit dem Element der Diskussion?

„Arzt und Patient“ lautete das scheinbar alltägliche Thema, mit dem sich die bayerischen Schriftstellerärzte 150 Kollegiaten des Max-Reger-Gymnasiums zu Amberg in der schneeerwehten Oberpfalz stellten. Dr. Erwin Stetter (Amberg) hatte mit Oberstudiendirektor Dr. Erich Bauer und Studiendirektor Karl Kruis die Lesung in die Wege geleitet; in der konzertanten Aula des musischen Gymnasiums fand sie in der zweiten Hälfte eines Mittwochvormittags statt, begleitet von Studienrat Hans Ott.

Die Pädagogen begrüßten uns herzlich. Professor Dr. F. Schmid, der Vorsitzende der Landesgruppe Bayern des Bundesverbandes Deutscher Schriftstellerärzte, gab den Schülern behutsamen Einblick in unseren Verband, in ärztliches Tun und in die sprachliche Ästhetik, mit der wir Bayern Unverarbeitetes aus dem Alltag umsetzen.

Für etwa 100 Minuten klangen Dichternöte an, wie sie mit den Generatio-

nen gehen und jeden von uns neu treffen, Entwicklungen kreativer Wut und furioser Gedankenglut, Privilegien eines Arztes um 1910, der Arzt betrübt oder verliebt, der Arzt, der keinem Zeit zu sterben läßt, und der Konflikt zwischen ärztlicher und privater Pflicht, oder der Arzt, der an seinem Ruhetag dem Herrgott bei der Arbeit zuschaut, schließlich die langen Wege, gepflastert mit Hoffnung und Verzweiflung, bis ein Arzt im Kontrast der bloßen Organsuche und des „Wesens Krankheit“ die Kunst zu helfen versteht.

Zeitkritisches konnte nicht ausbleiben: Kritik an der zeitgenössischen Sozialentwicklung, an der modernen Medizin, am Arzt, am Patienten, am Bildungssystem, am Verwaltungssystem unserer Krankheiten. Hier klang die Einsamkeit des Suchenden an, Faustisches regte sich, Phantastisches holte die Achtung vor der Wissenschaft ein und überflügelte wissenschaftliche Wahrscheinlichkeit und das, was uns gegeben, um schließlich in spitzbübischer Selbstironie zu münden: „Intellektuelle müssen betonen, intelligent zu sein“.

Es waren zur Sprache gekommen: Engert Irmgard, Pfeiffer Peter, Rauchfuss Harald, Reger Wilhelm (welch' Achtung brachte ihm, dem Senlor, ein respektvoller Applaus entgegen!), Rofltler Alfred, Schmid Franz, Schuh-

mann Andreas, Spiecker Hans, Stetter Erwin und Viewegh Georg.

In der Diskussion zeigte sich, wie unschön, der stete Wandel der „Jugend“. Sie zeigte sich als ein aufmerksames und kritisches, doch wohlwollendes Publikum ohne ambitionelle Herausforderung zu linkem Überholen. Freilich blieb es nicht aus, daß neben literarischen Fragen nach Disziplin im Sprachgebrauch, nach poetischen Vorbildern und nach dem Grund zu schreiben vertraute Vorbehalte gegen „den“ Arzt anklangen, vor allem gegen die Kombination „Schriftsteller und Arzt“, Vorstellungen vom „Mythos Arzt“ und vom „Stärkeren“. Zugleich zeigte sich aber auch Überraschung, daß der Stärke sich Abhilfe schafft. Wer von uns kennt nicht die Frage, ob Patienten mit Ärzten Mitleid haben?

Die Jugend spendete für unsere Beiträge und für die Aktivitäten des Verbandes reichlich Applaus und erkundigte sich eingehend nach unseren Motiven. Sie ließ sich Mut machen, selbst zu schreiben, um Probleme in eine Form zu gießen, für welche die wissenschaftliche Welt keine Form bietet, oder gar (gerade heute!) einmal Arzt zu werden. Schließlich überreichten die Autoren Buchspenden für die Kollegiatenbibliothek. Danach wurde noch lange einzeln miteinander diskutiert. Keiner lief Gefahr, überzeugt zu werden, und keiner versuchte, zuerst das letzte Wort zu bekommen. Gegen einen kleinen Obulus aßen wir mit den Schülern zu Mittag. Bei cfr. Stefter hielten wir Nachlese bei köstlichem Kuchen mit Kaffee.

Das Experiment fand in den Amberger und Oberpfälzer Zeitungen ein positives Echo. Kritiker werden gern unwirsch, wenn dem Publikum etwas gefällt, was sie nicht mögen. So fand einer für das Experiment, das Ärzten gelang, die Erklärung: „... zumal Teilnahmepflicht bestand.“ Er hat dabei, dies sel ausdrücklich erwähnt, den häufigen und verschwenderischen Applaus, der uns durchaus schmeichelte, bewundernd festgestellt.

Das Experiment – übrigens nicht das erste dieser Art – hat uns, und wie wir hoffen, auch den Kollegiaten des Max-Reger-Gymnasiums Mut gemacht. Id experimentum successum repetatur, ut crescat et floreat!

Dr. med. Harald Rauchfuss, Bahnhofstraße 38, 8530 Neustadt a. d. Aisch

„Schreibende Ärzte in Bayern“

Sofern sich genügend Teilnehmer finden, beabsichtigt die Landesgruppe Bayern des Bundesverbandes Deutscher Schriftstellerärzte, im Laufe des Jahres einen ersten Band „Schreibende Ärzte in Bayern“ herauszugeben. Diese Reihe soll Gelegenheit geben, sich mit freien Themen in Lyrik und/oder Prosa und mit einer biographischen Selbstschilderung vorzustellen. Interessierte Autoren wenden sich bitte an Dr. H. Rauchfuss, Bahnhofstraße 38, 8530 Neustadt a. d. Aisch.

Von fragwürdigen Anlage-Angeboten leben noch immer viele „Berater“

Die großen Anlage-Betrugsaffären haben viele Sparer mißtrauisch gestimmt. Wer hohe Erträge garantiert, erscheint vielen nicht mehr glaubwürdig. Das ist eine dankenswerte Entwicklung.

Doch die Leute, die ihr aufwendiges Leben mit dem Geld anderer finanzieren wollen und denen für dieses Ziel jedes Mittel recht ist, sind ja nicht ausgestorben. Soweit sie einen ordentlichen Beruf gelernt hatten, glauben sie, nicht mehr zurück zu können. Dafür müßten sie sich stark einschränken.

Sie heben sich nunmehr Bereiche gesucht, die im Grunde solide sind, aber natürlich auch mißbraucht werden können. Anders kann ich es nicht nennen, wenn Eigentumswohnungen aus dem Jahr 1973 zu einem Preis angeboten werden, der – gemessen an den Forderungen für Neubauten – günstigst klingt.

Tatsächlich teilt sich der Kaufpreis in 59 Prozent für die Wohnung und 41 Prozent für Nebenkosten auf. Ein anderer Immobilienvermittler offeriert rund ebenso alte Wohnungen aus dem sozialen Wohnungsbau mit häufigem Mieterwechsel für 230 000 DM.

Davon kassiert der sogenannte Berater, treffender „Verhörer“ genannt, 40 000 DM oder 17,4 Prozent und bei einem Ertragswert der 15fachen Jahresmiete von rund 160 000 DM das Vermittlungsbüro weitere mindestens 30 000 DM. Hier wird der Käufer also um ca. 44 Prozent gerupft.

Mit seiner gegenwärtigen wirtschaftlichen Stabilisierung wird Spanien wieder stärker gefragt. Dort stehen ja noch genügend Abschreibungsobjekte aus den sechziger und siebziger Jahren, teils sehr windig gebaut. Selbstverständlich gibt es auch handfeste Angebote. Aber ein Kaufvertrag wird dort nicht rechtswirksam, bevor der Verkäufer die Einkommensteuer auf den Veräußerungsgewinn in Höhe von etwa 21 Prozent gezahlt hat. Am besten, Sie lassen sich das nachweisen, bevor Sie den ganzen Kaufpreis hinlegen.

Lassen Sie sich nicht zu Investitionen in Schiffen verleiten, und wenn sie Ihnen noch so schmackhaft dar-

gestellt werden. Selbst Insider, die bisher solche Beteiligungen an den Mann gebracht und also daran verdient haben, warnen jetzt davor. Wenn die Erlöse von Schiffverkäufen und die Auslandseinkünfte der Reedereien als Folge der Steuerreform durch den Fiskus noch mehr geschmälert werden, kommt für den Anteil-Inhaber nichts mehr heraus.

Eine andere Beteiligung birgt euch ihre Gefahren. Arbeitnehmer dürfen sich nach dem fünften Vermögensbildungsgesetz jetzt als „stille Gesellschafter“ an einem Unternehmen mit Sitz und Geschäftsleitung in der Bundesrepublik beteiligen. Dafür können Sie die Vorteile des Vermögensbildungsgesetzes wahrnehmen.

Altbekannte Anlage-Haie mißbrauchen diese Möglichkeit zur Konstruktion von Beteiligungsangeboten. Nach den Erfahrungen dienen sie der Bereicherung ihrer Initiatoren, nicht aber der Vermögensmehrung ihrer Teilnehmer. Kaufen Sie sich also kein „Stück Unternehmen“ im Wohnzimmer.

Die große Gefahr liegt in der Annahme so mancher Beteiligungssparer, wer Beteiligungen nach dem Gesetz anbieten, müsse vertrauenswürdig sein bei allem Risiko, das mit jeder Beteiligung verbunden ist. Lassen Sie solche Angebote durch ein Kreditinstitut oder ein Kapital-schutz-Unternehmen prüfen.

Ähnliches gilt für DM-Auslandsanleihen. Sie drängen auf den Markt, seitdem sich herumgesprochen hat, daß deren Erträge nicht durch eine Quellensteuer vermindert werden. So manchem Ihrer Ausgeber wird aber der hohe Sicherheitsgrad nicht zuerkannt, wie er für deutsche Bundes- und andere Anleihen wie auch für Pfandbriefe selbstverständlich ist. Maßgebend für die Beurteilung solcher Papiere ist eben nicht nur der Ertrag, sondern viel mehr noch ihre Sicherheit.

Und denken Sie vor jeder Anlage in Auslandswährung daran, daß Sie unter Umständen eine längere Durststrecke bis zu ihrer Realisierung durchstehen müssen, falls der Wechselkurs der Währung in eine Schwächeperiode gerät.

Horst Beloch

Kurz über Geld

DIE FLUCHT VOR DER QUELLEN-STEUER darf nicht kopflos machen. Schon endet sie in DM-Auslandsanleihen, deren Emittenten der hohe Sicherheitsgrad deutscher Bundes- und anderer Anleihen nicht zuerkannt wird. Wer nicht spekulieren will, muß Sicherheit vor Ertrag stellen.

VOR FALSCHEN HUNDERTMARKNOTEN WARNT das Bundeskriminalamt (BKA). Kennzeichen: Das Papier wirkt auffällig glatt. Der Sicherheitsfaden ist aufgedruckt. Anstelle des Kopfwasserzeichens auf dem freien Teil ist ein gelblicher Aufdruck. Er ist nur schwach erkennbar.

LETZTES JAHR FÜR PRÄMIENBERECHTIGTE beim Bausparen ist 1988, noch 14 Prozent Prämie einzunehmen. Für Neu-Bausparer soll es vom nächsten Jahr an nur noch acht Prozent geben. Kinder werden ab 18 Jahren als selbständige Bausparer anerkannt. Bausparen mit geschenktem Geld berechtigt auch zum Bezug der Prämie.

SCHADENSERSATZ WEGEN URLAUBSLÄRMS in einer als ruhig gepriesenen Lage sprach das Amtsgericht Frankfurt unter 30 C 4310/887-45 einer Familie in Höhe von rund einem Drittel ihrer Urlaubskosten zu. Tags verursachte ein naher Supermarkt, nachts eine Diskothek erhebliche Ruhestörungen.

EIN STEUERLICHER WOHNSITZ IM AUSLAND kann vorteilhafter als unbeschränkte Steuerpflicht in Deutschland sein. Dazu wird verpflichtet, wer über eine Inlands-Wohnung als dauernde Bleibe verfügt. Ein dauerhafter inländischer Wohnsitz wird jedoch nicht begründet, wenn eine ständig im Ausland lebende Steuerpflichtige zweimal im Jahr vier bis sechs Wochen lang ihr Haus in Deutschland bewohnt, damit ihr Lebensgefährte der Jagd nachgehen kann. Dieses Urteil des Finanzgerichts Hannover vom 19. 6. 1987 (III/86) ist noch nicht rechtskräftig.

DIE ERHÖHUNG DER ROHDIAMANTENPREISE um 13,5 Prozent durch den Welt-Marktführer de Beers wird voll auf die geschliffenen Steine durchschlagen. Manche Diamantenhändler verkaufen ihre alte Ware noch zum alten Preis. Unverzichtbar ist eine international anerkannte Expertise.

Kongresse

Klinische Fortbildung in Bayern 1988

in Zusammenarbeit mit der Bayerischen Landesärztekammer
– Akademie für ärztliche Fortbildung –

Auskunft, Anmeldung und Programm (soweit nicht anders angegeben):
Bayerische Landesärztekammer, Frau Eschrich,
Mühlaburstreße 16, 8000 München 80, Telefon (0 89) 41 47-248

AIDS

Sommersemester in München

Max von Pettenkofer-Institut für Hygiene und Medizinische Mikrobiologie der Universität München (Vorstand: Professor Dr. F. Deinhardt) in Zusammenarbeit mit der Abteilung für Infektions- und Tropenmedizin der Universität München (Leiter: Professor Dr. D. Eichenlaub)

„Opportunistische Infektionen bei Störung des Immunsystems“

21. Juni

Fungel Infection in ARC and AIDS Patients

28. Juni

AIDS und Mykobakterien

5. Juli

Perspectives in Therapy of Toxoplasmosis

12. Juli

Kryptosporidien

26. Juli

(Thema steht noch nicht fest)

Beginn: jeweils 17 Uhr c. t.

Ort: Hörsaal (3. Etage) im Max von Pettenkofer-Institut, Pettenkoferstraße 9a, München 2

Auskunft:

Sekretariat Professor Dr. F. Deinhardt, Pettenkoferstraße 9a, 8000 München 2, Telefon (0 89) 51 60-52 00-52 02

Arbeitsmedizin

16. Juni und 21. Juli in München

Institut und Poliklinik für Arbeitsmedizin der Universität München (Vorstand: Professor Dr. G. Fruhmenn) gemeinsam mit dem Landesverband Südbayern (Leiter: Dr. R. Tiller) des Verbandes deutscher Betriebs- und Werksärzte e. V.

16. Juni

Thema: Be- und Entlüftung von Arbeitsräumen – Befeuchterlunge

21. Juli

Thema: Bedeutung der HIV-Infektion in der arbeitsmedizinischen Praxis

Zeit: jeweils 18 Uhr c. t.

Ort: Kleiner Hörsaal der Medizinischen Klinik Innenstadt, Ziemssenstraße 1/II (Zi. 251), München 2

Anmeldung nicht erforderlich

Augenheilkunde

23./24. Juni in München

Augenklinik der Universität München (Direktor: Professor Dr. O.-E. Lund)

Leitung: Privatdozent Dr. K. G. Riedel

„19. Abiatio-Kurs (Wacker-Kurs)“

Thema: Diagnostik, Prophylaxe und Therapie der Netzhautablösung

Zeit: 9 bis 17 Uhr

Ort: Hörseal der Augenklinik, Mathildenstraße 8, München 2

Schriftliche Anfragen:

Privatdozent Dr. K. G. Riedel, Mathildenstraße 8, 8000 München 2

25. Juni in München

Augenklinik der Universität München (Direktor: Professor Dr. O.-E. Lund)

„Sommersitzung der Münchner Ophthalmologischen Gesellschaft“

Themen: Vorderabschnittschirurgie – Plastische Chirurgie in der Praxis – Mitteilungen aus der Praxis

Zeit: 9 bis 13 Uhr

Ort: Hörseal der Augenklinik, Mathildenstraße 8, München 2

Auskunft:

Sekretariat Professor Dr. O.-E. Lund, Mathildenstraße 8, 8000 München 2, Telefon (0 89) 51 60-38 01

13. Juli in Erlangen

Augenklinik mit Poliklinik der Universität Erlangen-Nürnberg, Kopfklinikum (Direktor: Professor Dr. G. Naumann)

Leitung: Professor Dr. G. Naumann, Professor Dr. K. W. Ruprecht

„46. Erlanger Augenärztliche Fortbildung“

Thema: Klinik und Differentialdiagnose der Netzhautdystrophien – Kurzvorträge und Patientendemonstrationen

Juni 1988

- 16. Arbeitsmedizin - München
- 21. Onkologie - München
- 21. AIDS - München
- 22. Augen - München
- 22. Kardiologie - Nürnberg
- 22. Onkologie - München
- 23. Notfallmedizin - München
- 23./24. Augen - München
- 24.-26. innere - Bad Neustadt
- 24.-26. Sonographie - Fürth und München
- 25. Augen - München
- 25. Nerven - Haer
- 28. AIDS - München
- 29. Augen - München
- 29. Medizinische Genetik - München
- 30. Onkologie - Oberaudorf

Juli 1988

- 1.-3. EKG - Erlangen
- 2. HNO - Augsburg
- 2. Innere - Würzburg
- 2. Onkologie - München
- 5. AIDS - München
- 6. Augen - München
- 6. Lungen - Zusmarshausen
- 9. Innere - München
- 9. Nerven - Erlangen
- 9. Psychosomatik - München
- 12. AIDS - München
- 13. Augen - Erlangen
- 13. Augen - München
- 13. Innere - Seeshaupt
- 13. Kinder - Würzburg
- 20. Augen - München
- 21. Arbeitsmedizin - München
- 26. AIDS - München

Beginn: 18.15 Uhr

Ort: Großer Hörseal des Kopfklinikums, Schwabebenlege 6, Erlangen

Auskunft:

Professor Dr. K. W. Ruprecht, Schwabebenlage 6, 8520 Erlangen, Telefon (0 91 31) 85-30 01 oder 30 02

Sommersemester in München

Augenklinik und -poliklinik der Technischen Universität München im Klinikum rechts der Isar (Direktor: Professor Dr. H.-J. Merté)

22. Juni

Diagnostik und Therapie von Tränenwegserkrankungen

29. Juni

Untersuchungen im Vorderkammerbereich

6. Juli

Brillengläser für spezielle Indikationen

13. Juli

Uveitis: Klinik, Diagnose, Therapie

20. Juli

Leserbehandlung der Makula

Zeit: jeweils 16 bis ca. 19 Uhr (einschließlich klinischer Demonstrationen)

Ort: Seminarraum, 4. Stock, Klinikum rechts der Iser, Trogerstraße 32, München 80

Auskunft:

Sekretariat der Augenklinik und -poliklinik, fsmeninger Straße 22, 8000 München 80, Telefon (0 89) 41 40-23 21

Elektrokardiographie

1. bis 3. Juli in Erlangen

Medizinische Poliklinik der Universität Erlangen-Nürnberg (Direktor: Professor Dr. K. Bachmann), Sportmedizinische Abteilung (Leiter: Professor Dr. W. Hillmer) in Zusammenarbeit mit dem Bayerischen Sportärzterverband e. V.

Leitung: Professor Dr. W. Hillmer

1. bis 3. Juli:

EKG-Fortgeschrittenenkurs für Sportärzte (Herzrhythmusstörungen und Sporttauglichkeit – EKG-Befunde und Sporttauglichkeit – Differenzierung grenzwertiger EKG-Befunde, Funktions-EKG – Sportpraxis und Diskussion – Ergometrie-/Belastungs-EKG)

Ort: Sportzentrum, Gebbertstraße 123, Erlangen

Teilnehmergebühr: DM 100,-; Begleitperson DM 50,-; Tageskarte DM 50,-

Auskunft und Anmeldung:

Medizinische Poliklinik, Sportmedizinische Abteilung, Frau E. Bergmann, Maximiliansplatz 1, 8520 Erlangen, Telefon (0 91 31) 85-37 02

Hals-Nasen-Ohrenheilkunde

2. Juli in Augsburg

Hals-Nasen-Ohren-Klinik, Zentralklinikum Augsburg (Chefarzt: Professor Dr. P. Bumm)

„HNO-ärztliches Fortbildungsseminar“

Thema: Tinnitus – Aktuelle Aspekte

Zeit: 9 bis 14 Uhr

Ort: Zentralklinikum, Stenglinstraße, Augsburg

Auskunft:

Professor Dr. P. Bumm, Stenglinstraße, 8900 Augsburg, Telefon (08 21) 4 00-1

Innere Medizin

24. bis 26. Juni in Bad Neustadt

Kurperkklinik Bad Neustadt (Chefarzt: Professor Dr. Dr. F. Metzkiess)

„18. Ernährungsmedizinisches Seminar“

Themen: Grundlagen der Ernährungslehre – Angewandte Ernährungslehre – Praxis der Diätetik

Beginn: 24. Juni, 19 Uhr; Ende: 26. Juni, ca. 13 Uhr

Teilnehmergebühr: DM 200,- (Unterkunft und Verpflegung inbegriffen)

Begrenzte Teilnehmerzahl

Auskunft und Anmeldung:

Kurparkklinik, Frau Peschke, Kurheustraße 31, 8740 Bad Neustadt, Telefon (0 97 71) 91 70

2. Juli in Würzburg

Medizinische Poliklinik der Universität Würzburg (Direktor: Professor Dr. K. Wilms) in Zusammenarbeit mit dem Ärztlichen Kreisverband Würzburg

Leitung: Professor Dr. J. Walter

Thema: Arterielle Hypertonie

Zeit: 9 Uhr bis 12.30 Uhr

Ort: Festung Marienberg, Würzburg

Auskunft und Anmeldung:

Sekretariat der Medizinischen Poliklinik, Klinikstraße 8, 8700 Würzburg, Telefon (09 31) 3 14 61

9. Juli in München

Städtisches Krankenhaus München-Schwabing, Akademisches Lehrkrankenhaus (Abteilung für Strahlentherapie und Radiologische Onkologie, Institut für Medizinische Physik und Strahlenschutz, III. Medizinische Abteilung, Abteilung für Allgemein- und Unfallchirurgie, Pathologisches Institut) in Zusammenarbeit mit der Nuklearmedizinischen Klinik und Poliklinik und der II. Medizinischen Klinik und Poliklinik der Technischen Universität München im Klinikum rechts der Isar

Leitung: Professor Dr. H. Mehnert, Professor Dr. H. W. Pabst, Professor Dr. G. W. Proksche, Professor Dr. K. Wurster, Dr. H. Czempel, Dr. W. Wiedemann

„2. Schwebinger
Schilddrüsensymposium“

Themen: Neues und Bewährtes in der Therapie von Schilddrüsenerkrankheiten – Konservative Therapie, Nuklearmedizinische Therapie – Strahlentherapie, Operative Therapie

Zeit: 9 bis 13.15 Uhr

Ort: Hotel „Hilton International“, Am Tucherpark 7, München 22

Letzter Anmeldetermin: 10 Juni

Auskunft und Anmeldung:

Sekretariat Dr. Ch. Strohm, Frau Wernicke, Telefon (0 89) 30 68-3 10, und Dr. W. Wiedemann, Telefon (0 89) 30 68-4 29, Städtisches Krankenhaus München-Schwabing, Kölner Platz 1, 8000 München 40

13. Juli in Seesheupt

Klinik für Herz-Kreislaufkrankungen Lauterbacher Mühle (Leitende Ärzte: Dr. K. Borst, Dr. J. Kotzur, Dr. P. Müller, Dr. F. Theisen)

Leitung: Professor Dr. B. Kemkes, Professor Dr. W. Land, Professor Dr. R. Landgraf, Dr. F. Theisen

„Lauterbacher Gespräche: Organtransplantation (Niere, Herz, Leber, Pankreas) – Stend 1988“

Zeit: 16 bis 18.30 Uhr

Ort: Klinik für Herz-Kreislaufkrankungen Lauterbacher Mühle, Ostersee, Seeshaupt

Begrenzte Teilnehmerzahl

Auskunft und Anmeldung:

Klinik für Herz-Kreislaufkrankungen Lauterbacher Mühle, Sekretariat, Frau Mang, Ostersee, 8124 Seeshaupt, Telefon (0 88 01) 18-3 05

Kardiologie

22. Juni in Nürnberg

Klinikum Nürnberg, Zentrum für Innere Medizin, Abteilung für Kardiologie (Leiter: Privatdozent Dr. M. Gottwik)

„Herz-Tag“

Thema: Problemstellungen beim Herz-Kreislauf-Kranken

Zeit: 16 bis 19 Uhr

Ort: Nürnberg, Meritim-Hotel

Auskunft und Anmeldung:

Städtisches Klinikum Nürnberg, Sekretariat der Abteilung für Kardiologie, Flurstraße 17, 8500 Nürnberg 91, Telefon (09 11) 3 98-29 90

Kinderheilkunde

13. Juli in Würzburg

Kinderklinik und Poliklinik der Universität Würzburg (Direktor: Professor Dr. H. Bartels)

„Pädiatrischer Abend“

Themen: Rezidivierende Otitis media mit chronischem Peukenerguß (mit klinischen Demonstrationen) – Neues in der pädiatrischen Endokrinologie

Zeit: 18 s. t. bis ca. 20 Uhr

Ort: Festung Marienberg, Würzburg

Begrenzte Teilnehmerzahl

Auskunft und Anmeldung:

Sekretariat Professor Dr. H. Bartels, Josef-Schneider-Straße 2, 8700 Würzburg, Telefon (09 31) 2 01-37 01

Lungen- und Bronchialheilkunde

6. Juli in Zusmarshausen

Zusammenklinik der Landesversicherungsanstalt Schwaben, Fachklinik für Lun-

gen- und Bronchialerkrankungen (Chefarzt: Dr. D. Müller-Wening)

Thema: Nahrungsmittelallergie unter Berücksichtigung der pseudo-ellergischen Reaktionen

Beginn: 17 Uhr

Ort: Zusemlinik, Zusmarshausen

Auskunft und Anmeldung:
Zusemlinik, 8901 Zusmarshausen, Telefon (0 82 91) 90 61

Medizinische Genetik

29. Juni in München

Abteilung für Pädiatrische Genetik und Pränatale Diagnostik der Kinderpoliklinik der Universität München (Leiter: Professor Dr. J. Murken) in Zusammenarbeit mit dem Institut für Anthropologie und Humangenetik der Universität München (Direktor: Professor Dr. H. Cleve)

Thema: Neue Methoden in der pränatalen genetischen Diagnostik (Chorionzottenbiopsie, Plezentezentese, fetale Nebelschnurpunktion) und ihre Bedeutung für die genetische Beratung

Beginn: 20 Uhr c. t.

Ort: Medizinischer Hörsaal der Poliklinik, Pettenkolerstraße 8a, München 2

Auskunft:
Professor Dr. J. Murken, Goethestraße 29, 8000 München 2, Telefon (0 89) 51 60-36 83

Nervenheilkunde

25. Juni in Heer

Prosektur des Bezirkskrankenhauses Haar (Leiter: Dr. Dr. V. Frydl)

„Metabolische Erkrankungen des ZNS“

Themen: Das neuropathologische Spektrum der neuronalen Zeroidlipofuszinosen, incl. infantile Formen – Niemann-Pick, Typ C – Einfache und kombinierte sudenophile Leukodystrophien – Amyloidosen – Neuroophthalmologische und

otoneurologische Befunde bei metabolischen ZNS-Erkrankungen – Strio-nigrale Degeneration – Infantile neuroaxonale Dystrophie – Hepatogene pontozerebelläre gliöse Dystrophien – Mitochondriale Enzephalopathien – Rett-Syndrom – Eisenstoffwechsel – Differentialdiagnose der progressiven Myoklonusepilepsie vom Typ Lafore-Glück, incl. extrazerebrale Manifestationen – Mitochondriopathie und Multisystemdegeneration bei Vitamin-E-Mangel – Morphologisch-biochemische Grundlagen neurologischer Komplikationen von Diabetes mellitus und Alkoholismus – Mutilierende, sensible Neuropathie bei Vitamin-B₁-Mangel – Biochemische Befunde bei Demenzen vom Alzheimer- und vom vaskulären Typ – Komplexität und Einheitlichkeit der körperlichen und geistigen Leistungen

Zeit: 9 Uhr s. t. bis ca. 17 Uhr

Ort: Theatersaal im Bezirkskrankenhaus Haar

Auskunft und Anmeldung:
Dr. Dr. V. Frydl, Prosektur des Bezirkskrankenhauses Haar, Vockestraße 72, 8013 Haar, Telefon (0 89) 46 18-22 04

9. Juli in Erlangen

Neurologische Klinik mit Poliklinik der Universität Erlangen-Nürnberg (Direktor: Professor Dr. B. Neundörfer)

Leitung: Professor Dr. B. Neundörfer, Privatdozent Dr. D. Cleus

„4. Fortbildungsveranstaltung für niedergelesene Nervenärzte“

Thema: Moderne, klinisch relevante neurophysiologische Methoden

Zeit: 10 bis 18 Uhr

Ort: Großer Hörsaal im Kopfklinikum, Schwebachanlage 6, Erlangen

Teilnehmergebühr: DM 40,-

Auskunft und Anmeldung:
Privatdozent Dr. D. Cleus, Schwebachanlage 6, 8520 Erlangen, Telefon (0 91 31) 85-44 45

Notfallmedizin

23. Juni in München

Chirurgische Klinik und Poliklinik der Technischen Universität München im Klinikum rechts der Isar (Direktor: Professor Dr. J. R. Siewert)

Leitung: Dr. J. Konzert-Wenzel

„11. Fortbildungsveranstaltung für den gemeinsamen Notarztdienst der Landeshauptstadt und des Landkreises München“

Thema: Differentialdiagnose des Schocks (aktuelle therapeutische Aspekte)

Beginn: 17.30 Uhr

Ort: Hörseel D im Klinikum rechts der Isar, Ismaninger Straße 22, München 80

Anmeldung nicht erforderlich

Onkologie

21. Juni in München

Institut für Klinische Chemie der Universität München im Klinikum Großhadern (Direktor: Professor Dr. M. Knedel)

Thema: „Die Kompartimentalisierung des Androgenstoffwechsels im Stroma und Epithel der menschlichen Prostata“ – Studien zum Verständnis der Tumorphathogenese

Beginn: 18 Uhr s. t.

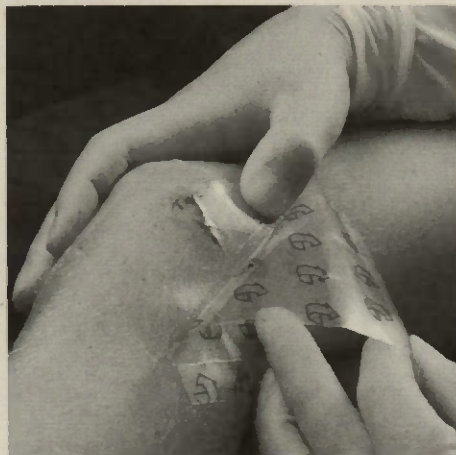
Ort: Kleiner Hörsaal V im Klinikum Großhadern, Marchioninstraße 15, München 70

Auskunft:
Professor Dr. A. Fateh-Moghadam, Marchioninstraße 15, 8000 München 70, Telefon (0 89) 70 95-32 04 oder 32 05

22. Juni 1988 in München

Medizinische Klinik III der Universität München im Klinikum Großhadern (Direktor: Professor Dr. W. Wilmanns) gemeinsam mit dem Tumorzentrum München

Lohmann
TF



Opraflex® Folien-Wund- verband

Die hauchdünne, hochelastische Folie verhindert das Eindringen von Keimen. Sie schützt die Wunde, ermöglicht Baden oder Duschen und begünstigt ein physiologisches Heilungsmilieu. Der transparente Verband mit patentierter Applikationshilfe hilft Verbandwechsel zu reduzieren.

Wundversorgung unter Sichtkontrolle

LOHMANN GmbH & Co. KG · D-5450 Neuwied 12

„27. Onkologisches Seminar“

Thema: Supportive Therapie bei Krebskranken (Besprechung onkologischer und hämatologischer Erkrankungen mit Patientenvorstellungen)

Zeit: 19.30 bis 21.30 Uhr

Ort: Hörsaal V im Klinikum Großhadern, Marchioninstraße 15, München 70

Auskunft:

Professor Dr. E. Hiller, Marchioninstraße 15, 8000 München 70, Telefon (0 89) 70 95-30 40

30. Juni in Obereudorf

Onkologische Klinik Bad Trissl und Tumorzentrum München an den Medizinischen Fakultäten der Ludwig-Maximilians-Universität und der Technischen Universität München

Leitung: Professor Dr. H. Ehrhart

„Interdisziplinäre Tumorkonferenz mit Fellbesprechungen“

Vorlesung des Tumorzentrums beider Universitäten

— Nach Anmeldung besteht die Möglichkeit der Vorstellung von Problempetenten teilnehmender Ärzte —

Beginn: 14 Uhr c. t.

Ort: Konferenzraum der Onkologischen Klinik Bad Trissl, Obereudorf

Auskunft und Anmeldung:

Sekretariat der Onkologischen Klinik Bad Trissl, Bad-Trissl-Straße 73, 8203 Obereudorf, Telefon (0 80 33) 2 02 85

2. Juli in München

Chirurgische Klinik und Poliklinik der Universität München im Klinikum Großhadern (Direktor: Professor Dr. G. Heberer) in Zusammenarbeit mit dem Tumorzentrum München

Leitung: Professor Dr. W. Wilmanns, Professor Dr. H. Denecke

Symposion:

Aktualisiertes zu Diagnostik und Therapie der gastrointestinalen Tumoren

Zeit: 8 bis 13 Uhr

Ort: Hörsaal VI im Klinikum Großhadern, Marchioninstraße 15, München 70

Auskunft:

Sekretariat Professor Dr. H. Denecke, Marchioninstraße 15, 8000 München 70, Telefon (0 89) 70 95-35 60

Psychosomatik

9. Juli in München

Medizinische Poliklinik der Universität München (Vorstand: Professor Dr. N. Zöllner)

Leitung: Professor Dr. R. Klußmann

V. Symposion der Psychosomatischen Beratungsstelle

„Psychosomatische Medizin im interdisziplinären Gespräch: Der AIDS-Kranke“

Zeit: 9 Uhr s. t. bis 17 Uhr

Ort: Hörsaal des Walther-Streub-Instituts für Pharmakologie und Toxikologie der Universität München, Schillerstraße, Ecke Nußbaumstraße, München 2

Teilnehmergebühr: DM 20,—

Auskunft:

Professor Dr. R. Klußmann, Pettenkoferstraße 8a, 8000 München 2, Telefon (0 89) 51 60-35 97 (14 bis 15.30 Uhr)

Sonographie

24. bis 26. Juni in Fürth

Kinderklinik im Stadtkrankenhaus Fürth (Chefarzt: Dr. K. Richter) in Zusammenarbeit mit dem Radiologischen Institut

des Olga-Hospitals, Stuttgart (Direktor: Professor Dr. H. Heuke)

Leitung: Dr. F. Bundscherer, Fürth, Dr. K.-H. Deeg, Erlangen, Dr. M. Zieger, Stuttgart

Thema: Schädelsonographie durch die offene Fontanelle (Aufbaukurs)

Beginn: 24. Juni, 16.30 Uhr; Ende: 26. Juni, 16 Uhr

Ort: Schwesternschule des Stadtkrankenhauses, Jakob-Henle-Straße 1, Fürth

Teilnehmergebühr: DM 500,—

Begrenzte Teilnehmerzahl

Auskunft und Anmeldung:

Dr. F. Bundscherer, Kinderklinik, Postfach 25 45, 8510 Fürth, Telefon (09 11) 75 80-4 01, oder Dr. M. Zieger, Olga-Hospital, Bismarckstraße 8, 7000 Stuttgart 1, Telefon (07 11) 66 87-4 20

24. bis 26. Juni in München

Klinik und Poliklinik für Hals-, Nasen- und Ohrenkrankheiten der Technischen Universität München im Klinikum rechts der Isar (Direktor: Professor Dr. W. Schwab) in Zusammenarbeit mit dem Berufsverband Deutscher Hals-Nasen-Ohrenärzte

Leitung: Professor Dr. K.-F. Hamann

24. bis 26. Juni:

18. Kurs der Ultraschalldiagnostik in der Hals-Nasen-Ohrenheilkunde

25./26. Juni:

Abschlußkurs der Ultraschalldiagnostik in der Hals-Nasen-Ohrenheilkunde

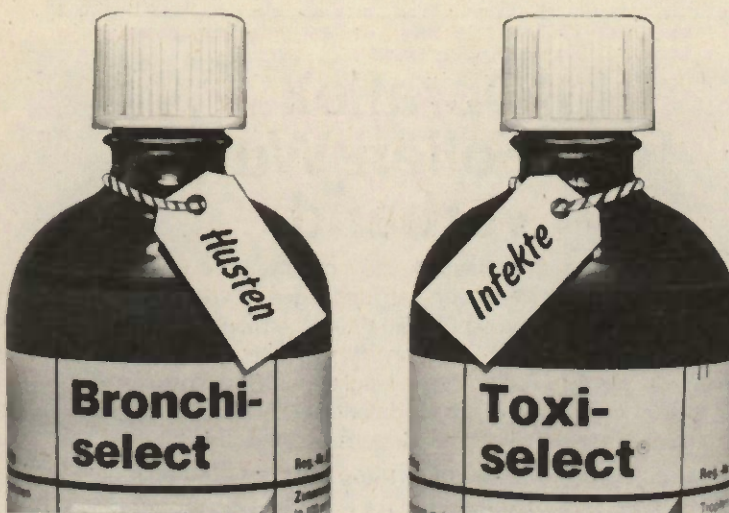
Ort: Hörsaal C im Klinikum rechts der Isar, Ismaninger Straße 22, München 80

Teilnehmergebühr: 18. Kurs DM 300,—; Abschlußkurs DM 200,—

Begrenzte Teilnehmerzahl

Auskunft und Anmeldung:

Sekretariat Professor Dr. K.-F. Hamann, Ismaninger Straße 22, 8000 München 80, Telefon (0 89) 41 40-23 86



Bronchiselect. Zusammensetzung: 100 ml enthalten: Drosera O₃ dil. 20 ml, Bryonia O₄ dil. 20 ml, Tartarus stibiatius O₄ dil. 20 ml, Spongia D₆ dil. 20 ml, Ipecacuanha O₄ dil. 20 ml. Enthält 45 Vol.-% Alkohol. **Indikationen:** Schleimhautkatarrhe der Luftwege, feuchte Bronchitis, Bronchopneumonie, Asthma im Intervall, Silicose, Rippenfellentzündung, Erastische. **Kontraindikationen:** Nicht bekannt. ORELUSO PHARMAZEUTIKA, 3253 Hess. Oldendorf 1

Dosierung: Wenn nicht anders verordnet, 3- bis 4mal täglich 10 bis 20 Tropfen in etwas Wasser einnehmen. **Handelsformen und Preise:** Tropfflasche mit 30 ml OM 8,70, 100 ml OM 22,80, Klinikpackungen.

Toxiselect. Zusammensetzung: 100 ml enthalten: Echinacea O 40 ml, Lachesis O₃ dil. 20 ml, Sulfur D₁₀ dil. 10 ml, Bryonia O₄ dil. 20 ml, Apis mellifica O₃ dil. 10 ml. Enthält 60 Vol.-% Alkohol. **Indikationen:** Anfälligkeit gegen eitrige Infektionen aller Art, septische Prozesse, schlecht heilende Wunden, Phlegmonen, Erkältungen, insbesondere Schleimhautkatarrhe und grippeartige Infekte. **Kontraindikationen:** Nicht bekannt. ORELUSO PHARMAZEUTIKA, 3253 Hess. Oldendorf 1

Dosierung: Wenn nicht anders verordnet, am ersten Tag 3- bis 4mal täglich 20 bis 30 Tropfen, dann 3mal täglich 20 Tropfen in etwas Wasser einnehmen. **Handelsformen und Preise:** Tropfflasche mit 30 ml OM 8,70, 100 ml OM 22,80, Klinikpackungen.



Schnell informiert

Lehrgang zur Vorbereitung auf die Amtsarztprüfung

Bekanntmachung der Akademie für das öffentliche Gesundheitswesen im Bayerischen Staatsministerium des Innern vom 27. April 1988 (Nr. I E 1 - 5126 - 1/8/88)

Die Akademie für das öffentliche Gesundheitswesen im Bayerischen Staatsministerium des Innern wird in der Zeit vom **3. Oktober 1988 bis zum 31. März 1989** in München einen Lehrgang zur Vorbereitung auf die Prüfung für den höheren öffentlichen Gesundheitsdienst (Amtserztlehrgang) abhalten. Die Teilnahme daran ist Voraussetzung für die Zulassung zur Amtsarztprüfung, die im Jahre 1989 in der Zeit vom 3. bis 14. April abgehalten werden wird.

Zu dem Lehrgang können 30 Ärzte zugelassen werden. Zulassungsgesuche müssen bis spätestens **10. Juni 1988** bei der Akademie für das öffentliche Gesundheitswesen im Bayerischen Staatsministerium des Innern, Odeonsplatz 3, 8000 München 22, eingehen. Dem Gesuch sind beizugeben

1. die Approbation als Arzt in Urschrift oder in amtlich beglaubigter Abschrift,
2. die Promotionsurkunde in Urschrift oder in amtlich beglaubigter Abschrift,
3. Nachweise über die bisherige ärztliche Tätigkeit.

Eine Lehrgangsgebühr wird nicht erhoben.

Bereits bei den staatlichen Gesundheitsämtern des Freistaates Bayern tätige Ärzte brauchen kein Bewerbungsgesuch einzureichen; sie werden zu dem Lehrgang dienstlich entsandt.

Beilagenhinweis:

Diesem Heft liegt eine Beilage der Fa. Medice GmbH, 5860 Iserlohn, bei. Wir bitten die Leser um freundliche Beachtung.

„Bayerisches Ärzteblatt“. Herausgegeben von der Bayerischen Landesärztekammer und der Kassenärztlichen Vereinigung Bayerns. Inhaber und Verleger: Bayerische Landesärztekammer (Körperschaft des öffentlichen Rechts); Präsident: Professor Dr. med. Dr. h. c. Hans Joachim Sewering. Schriftleitung: Professor Dr. med. Dr. h. c. Hans Joachim Sewering, Dr. med. Klaus Dehler, Dr. med. Kurt Stordeur - verantwortlich für den redaktionellen Inhalt; Rita Horn. Gemeinsame Anschrift: Mühlbeustraße 16, 8000 München 80, Telefon (089) 4147-1

Die Zeitschrift erscheint monatlich.

Bazugspreis monatlich DM 5,- einschließlich Postzeitungsgebühr und Mehrwertsteuer. Postscheckkonto Nr. 5252-802, Amt München, Bayerische Landesärztekammer (Abt. „Bayerisches Ärzteblatt“). Für Mitglieder im Mitgliedsbeitrag enthalten.

Anzeigenverwaltung: ATLAS Verlag und Werbung GmbH, Postfach, Sonnenstraße 29, 8000 München 2, Telefon (089) 55177-0, Fernschreiber: 523662, Telegremmadresse: atlaspress. Helde-R. Widow, Anzeigenverkaufsleitung, Alexander Wisatzke (verantwortlich) Anzeigenleitung.

Druck: Zauner Druck- und Verlags GmbH, Augsburgener Straße 9, 8060 Dachau.

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

Nachdruck, auch auszugsweise, nur mit Genehmigung des Verlags. Rücksendung nicht verlangter Manuskripte erfolgt nur, wenn vorbereiteter Umschlag mit Rückporto beiliegt.

ISSN 0005-7126

Mitglied der Arbeitsgemeinschaft Leseranlyse medizinischer Zeitschriften e. V.

LA-MED

Gegen funktionelle Beschwerden im Magen-Darmtrakt

ilioton®

ist als Magen-Darmtherapeutikum
uneingeschränkt kassenzulässig!



ilioton®

Indikationen: Alle überwiegend nervös- und tonusbedingten Beschwerden im Magen-Darmtrakt, besonders im Dünndarbereich. Meteorismus, »Leibschneiden«, Aerophagie, abdominal bedingter Herz- und Kopfdruck (Roemheld'scher Symptomenkomplex), Tonusverlust des Verdauungstrakts bei vorwiegend sitzender Lebensweise oder Bettlägerigkeit.

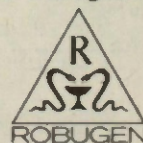
Kontraindikationen: Ileus; Abortus imminens.

Zusammensetzung: 1 Dragee enthält: 3-Bromcampher 30 mg, Ethaverinhydrochlorid 30 mg, Extr. Rhei 10 mg, Extr. Aloe (harzfrei) 35 mg, Rhiz. Rhei 50 mg, Sapo medic. 5 mg, Fruct. Foenic. 8 mg, Fruct. Carvi 4 mg, Ol. Foenic. 0,67 mg, Ol. Carvi 0,33 mg.

Dosierung: 2-3mal täglich nach den Mahlzeiten 1-2 Dragees.

OP mit 50 Dragees (N2) 7,20 DM
AP mit 500 Dragees

ROBUGEN GMBH
PHARMAZEUTISCHE FABRIK · ESSLINGEN/N



Im Krankenhaus Marienburg 8459 Abenberg

südlich von Nürnberg, ist zum nächstmöglichen Zeitpunkt die Stelle eines

Belegarztes

zu besetzen.

Die Neubesetzung erfolgt wegen Eintritts des bisherigen Belegarztes in den Ruhestand.

Unsere Fach-Belegklinik für Innere Medizin verfügt über 50 Betten.

Ärztlich zu betreuen sind ein Schwesternheim, ein Mädcheninternat und ein Alten-, Pflege- und Wohnheim.

Die Einrichtungen für Sonographie, Röntgen, Labor, Endoskopie und Physikalische Therapie (einschließlich Bewegungsbad) sind gut ausgestattet.

Die Übernahme der Praxis des bisherigen Belegarztes, die von einem Arztehepaar betrieben wird, ist möglich.

Wir setzen die Übereinstimmung mit der Zielsetzung eines katholischen Krankenhauses voraus.

Bewerbungen sind zu richten an

Provinzialat der Kongregation der Schwestern von der Schmerzhaften Mutter, Marienburg 5, z. H. der Krankenhausverwaltung, 8459 Abenberg.

Telefonische Auskünfte unter (0 91 78) 73 14, Schwester Elleabeth.

Befelka-Oel

das altbewährte, wirksame Kräuteröl bei Milchschorf, Ekzemen, Wundsein, Bartflechte

Befelka-Oel - Zusammensetzung: Öl. Hyperic 10 g, Öl. Calend. 5 g, Öl. Chamom. Inf. 3 g, Öl. Ollivar, 3 g, Öl. Viola tr. 3 g, dünnfl. Paraffin 76 g.
Indikationen: Hautjucken, Wundsein, Beleggeschwüre, Milchschorf, entzündliche trockene und nässende Flechten und Ekzeme, Bartflechte, Kopfhauterkrankungen, Hautausschläge. **Dosierung:** Befelka-Oel ist mehrmals täglich auf die zu behandelnden Hautpartien aufzutragen. **Packungsgrößen:** 50 ml DM 7,56, 100 ml DM 13,08, 200 ml DM 22,55.

Befelka-Arzneimittel · 4500 Osnabrück

Praxisräume

ab 1. Januar 1989 in 6490 Schlüchtern (Hessen) in Haue mit Apotheke und Ärzten günstig zu vermieten.

Anfragen unter Chiffre 2064/937 an Atlas Verlag, Sonnenstraße 29, 8000 München 2

Wer gibt mir eine Chance?

Deutscher Arzt, 38 Jahre, 9 Jahre breitgefächerte Klinikausbildung, 4 Jahre Praxis, besonderes Interesse für Naturheilkunde und Kurortmedizin, sucht Mitarbeit in Gemeinschaftspraxis, Praxisgemeinschaft, Sanatorium oder ähnlichem in Süddeutschland. Spreche fließend Englisch, gut Französisch.

Anfragen unter Chiffre 2064/942 an Atlas Verlag, Sonnenstr. 29, 8000 München 2

Hautarztpraxis

In Süddeutschland (nahe Schweizer Grenze), bestens eingeführt, modern, Umstände halber kurzfristig zu günstigen Bedingungen abzugeben.

Anfragen unter Chiffre 2064/950 an Atlas Verlag, Sonnenstr. 29, 8000 München 2

Vertreter - Assistent - Partner für vielseitige Allgemein-Praxis Raum Schwaben gesucht (Röntgen-Arbeitsmedizin).

Anfragen unter Chiffre 2064/951 an Atlas Verlag, Sonnenstr. 29, 8000 München 2

8623 Staffelstein

Obermeln-Therme Praxisräume

In bester Geschäftslage, bevorzugt Gebietsarzt (Internist und Apotheke bereits vergeben). Direkt vom Bauherrn zu vermieten oder zu verkaufen. Des weiteren bieten wir Ferienwohnungen Nähe Thermalbad an.

Fa. M.K.B., 8623 Staffelstein, Postfach 1325, Telefon (0 95 73) 66 66

8000 München 2 Westend

Gelegenheit! Praxisräume (ca. 150 qm, renovierter Altbau) von privat zu günstigen Bedingungen zu vermieten. Zentrale Geschäftslage. Kinderarzt und Apotheke im Haus.

Anfragen unter Chiffre 2064/948 an Atlas Verlag, Sonnenstr. 29, 8000 München 2

Vartretung

für Internistische Allgemeinpraxis vom 25. Juli bis 12. August 1988 gesucht.

Telefon (08 21) 79 15 85

Jede Woche
AS MÜNCHEN
Nonstop

MAURITIUS

12 Hotels vom First Class bis zum einfachen Hotel

MIT AIR MAURITIUS

Beratung und Buchung in Ihrem Reisebüro oder bei

Intercontinental
8000 München 40 Türkenstraße 71

ISTS REISEN ☎ 23727-0

16seitigen Spezial-Katalog anfordern

Praxen in Kulmbach

Praxisräume 150 bis 250 qm, 1. Obergeschoß mit Fahrstuhl, zu vermieten bzw. zu verkaufen. Geeignet für Arzt, Zahnarzt. Bereits vorhanden Allgemein- und Apotheke. Planungsänderungen möglich.

JONA-WOHNBAU
Karl-Jung-Straße 7
8650 Kulmbach
Telefon (0 92 21) 17 51

Deutscher Anästhesist

38 Jahre, mit patientenorientierter Einstellung, versiert in allen Anästhesie- und Regionalverfahren sowie Intensiv- und Notfallmedizin (NAW und RTH) sucht Anschluß an Kollegialsystem bzw. leitende Stelle oder Oberarztstelle mit Chefarztachfolge ab 1. Januar 1989 oder später.

Anfragen unter Chiffre 2064/941 an Atlas Verlag, Sonnenstr. 29, 8000 München 2

Landerztpraxie im Frenkenwald

Mittlere Landerztpraxie in Markt-gemeinde des Frankenwaldes nebst Arzthaus mit Praxisanbau aus Altersgründen abzugeben. Verhandlungsbasis: Geschätzter Immobilienpreis + übliche Übernahmebedingungen.

Anfragen unter Chiffre 2064/943 an Atlas Verlag, Sonnenstr. 29, 8000 München 2

Balintgruppe Nürnberg

Wochenanden, Arzt-Psychotherapie, (Ausbildung Balintgruppenleiter), bietet fortlaufend Balintgruppen für Ärzte, Psychologen, Krankenschwestern.

Telefon (09 11) 22 55 75 (ab 18.00 Uhr)

Frauenärztin

zur Mitarbeit (Teilzeit) für Frauenarztpraxis in Oberbayern für sofort oder später gesucht.

Anfragen unter Chiffre 2064/949 an Atlas Verlag, Sonnenstr. 29, 8000 München 2

Internist sucht Kollegin

für Gemeinschaftspraxis in München. Gute Möglichkeiten, günstige Bedingungen.

Anfragen unter Chiffre 2064/940 an Atlas Verlag, Sonnenstr. 29, 8000 München 2

ÄRZTE-DIENST

Völker GmbH · Wortbergstraße 19
7100 Hellbronn Tel. 07131/10997

PRAXISKOSTEN SENKEN

Blutdruckmeßgerät
Manuell Primus
Spieldel + Keller

Ein Blutdruckmeßgerät mit eingebauter Überdrucksicherung und Stoffklett-Manschette. Das Gerät ist vernickelt und verchromt.

Blutdruckmeßgerät 58,00
Eichkosten 9,00

Stethoskop 27,00
Planoskop

Stethoskop mit superflachem Bruststück, erstklassiger Tonübertragung durch Spezial-Y-Kunststoffschlauch und durch Spezial-Membrane.

Ärzte-Krepp
Die hygienische
Liegenabdeckung,
hochweiß gebleicht

Bel Abnahme von: 10 30 50
39 cm x 50 m lang 6,40 6,15 5,95
45 cm x 50 m lang 7,05 6,80 6,55
55 cm x 50 m lang 8,40 8,10 7,85
59 cm x 50 m lang 8,80 8,50 8,20
jeweils per Rolle in DM.

EKG-Papier

Fordern Sie unser Angebot an.

Noch nie war EKG-Papier so preiswert!

Alle Preise zzgl. MwSt.

Achten Sie auf unsere Brief-Aussendung!

Wir suchen für unsere private Klinik per sofort

einen Leitenden Arzt

(Neurologe, Orthopäde, Internist oder Allgemein- und Zahnarzt). Wir sind ein 40-Bettenhaus mit Bäderabteilung im Allgäu.

Telefon (0 83 62) 70 80 oder 70 89

Heuterzt

mit sportlichem Interesse, besonders im Schwimmsport, wird gesucht.

Anfragen unter Chiffre 2064/930 an Atlas Verlag, Sonnenstr. 29, 8000 München 2

Allgemeinpraxis

von deutschem promovierten Arzt mit langjähriger klinischer Erfahrung ab Ende 1988 gesucht. Vorbereitungszeit wünschenswert.

Anfragen unter Chiffre 2064/947 an Atlas Verlag, Sonnenstr. 29, 8000 München 2

Alteingeführte Augenerztpraxie

30 Minuten nördlich von München, an der Autobahn Regensburg aus Altersgründen baldmöglichst abzugeben.

Anfragen unter Chiffre 2064/916 an Atlas Verlag, Sonnenstr. 29, 8000 München 2

Obernahme Vertretungen und Notdienste

vorzugweise Raum Würzburg.

Telefon (09 31) 87 84 49



Zur Kenntnis genommen:

Ab 1. Juli treten die Bestimmungen über den „Arzt im Praktikum“ in Kraft. Studierende der Medizin, die nach diesem Tag das Staatsexamen ablegen, müssen 18 Monate als „AiP“ tätig sein, bevor sie die Approbation als Arzt erhalten. Es geht mir diesmal nicht um das Für und Wider den AiP. Das lohnt nicht mehr. Auf das „Hickhack“ um die Zeiten – zwei Jahre, 18 Monate oder gar nur ein Jahr – habe ich schon früher hingewiesen.

Viel bedeutender ist die Diskussion um die sicher ernste Frage, was der AiP tun darf oder auch nicht, wie also die Rechtslage ist, wenn man einen oder eine AiP/ÄiP beschäftigt. Die derzeit noch geltende Approbationsordnung geht von einer zweijährigen AiP-Zeit aus und besagt: „Sie hat eine mindestens zwölfmonatige Tätigkeit im nichtoperativen und eine mindestens sechsmonatige Tätigkeit im operativen Bereich zu umfassen.“ Die vorgesehene Änderung im Zusammenhang mit dem Gesundheits-Reformgesetz schreibt eine Zeit von 18 Monaten fest. Hier beginnt auch gleich die inhaltliche Abschwächung: „Sie soll nach Möglichkeit eine mindestens neunmonatige Tätigkeit im nichtoperativen und eine mindestens sechsmonatige Tätigkeit im operativen Bereich umfassen.“

Was der AiP tun darf und lernen muß, beschreibt die Approbationsordnung in ihrem Paragraph 34 b: „Der Arzt im Praktikum wird unter Aufsicht von Ärzten, die eine Approbation als Arzt oder eine Erlaubnis zur vorübergehenden Ausübung des ärztlichen Berufs nach Paragraph 10 Absatz 1 der Bundesärzteordnung besitzen, ärztlich tätig. Er hat seine Kenntnisse und praktischen Fähigkeiten zu vertiefen. Ihm ist ausreichend Gelegenheit zu geben, ärztliche Tätigkeiten auszuüben und allgemeine ärztliche Erfahrungen zu sammeln. Er soll die ihm zugewiesenen ärztlichen Tätigkeiten mit einem dem wachsenden Stand seiner Kenntnisse und Fähigkeiten entsprechenden Maß an Verantwortlichkeit verrichten. Er soll nach Beendigung der Tätigkeit als Arzt im Praktikum in der Lage sein, den ärztlichen Beruf eigenverantwortlich und selbständig auszuüben.“

Eine wirklichkeitsnahe Auslegung dieser Bestimmung muß zu dem Ergebnis führen, daß sich der zukünftige AiP nicht von einem derzeitigen Assistenzarzt unterscheidet, soweit wir die Ausbildung als Maßstab heranziehen. Beide bringen die Kenntnisse mit, die sie in einem sechsjährigen Studium erworben haben. Formal unterscheiden sie sich allerdings insoweit, als der heutige Assistenzarzt die Approbation als Arzt in der Hand hat, der AiP eine Erlaubnis nach Paragraph 10 Absatz 4 der Bundesärzteordnung. Theoretisch könnte sich der junge Arzt mit Approbation heute sofort in eigener Praxis niederlassen, allerdings ohne Anrecht auf Kassenzulassung. Der AiP wird „unter Aufsicht von Ärzten, die eine Approbation... besitzen, ärztlich tätig“. Gibt es dann einen Unterschied im Krankenhaus? Ich meine nein, und mit dieser Meinung stehe ich erfreulicherweise nicht allein im Lande. Es gibt aber auch besorgte Stimmen. Große Beunruhigung – vor allem in Kreisen der Krankenhausträger – hat ein Artikel ausgelöst, den der Präsident des Oberlandesgerichtes Celle und Vorsitzender eines Arzthaftungssenats, Dr. jur. Harald Franzki, in der Zeitschrift „Arzt und Krankenhaus“ veröffentlicht hat. Beim genauen Lesen fällt auf, daß sich der Autor weitgehend auf Erwägungen und Vermutungen beschränkt, die bisherige Rechtsprechung des Bundesgerichtshofes aber nur am Rande erwähnt, ohne darauf einzugehen. So schreibt er zum AiP: „Sein Status bleibt damit deutlich hinter dem des Assistenzarztes zurück, der vermöge seiner Approbation in gewissen Grenzen schon selbständig und eigenverantwortlich tätig sein darf und tatsächlich auch entsprechend eingesetzt wird.“ Und an anderer Stelle: „Aus diesem Grund ist die Vor-

schrift, daß der AiP unter Aufsicht eines approbierten Arztes tätig wird, gerade auch unter haftungsrechtlichen Aspekten ernstzunehmen, anders als in der Weiterbildungszeit, in der der bereits approbierte Arzt unter sich ständig lockernder Anleitung zu eigenverantwortlichem Handeln herangeführt wird und selbständig eingesetzt werden kann, sobald er ungeachtet der noch ausstehenden Prüfung fachärztlichen Standard erreicht hat.“

Die zentrale Aussage von Franzki ist allerdings eine rein politische, wenn er sich mit der Bundesregierung und dem Vorstand der Deutschen Krankenhausgesellschaft auseinandersetzt. Er hält der Bundesregierung entgegen, sie habe in ihrer Gegenäußerung zur Stellungnahme des Bundesrates ausgeführt: „Da der AiP nur unter der Aufsicht erfahrener Ärzte ärztlich tätig sein dürfe, komme sein Beitrag zur Versorgung der Patienten nicht dem eines approbierten Arztes gleich; für ihn könne deshalb nur ein Teil der Vergütung in Frage kommen, die ein Arzt zu Beginn einer Assistenzarztstätigkeit erhalte.“ Franzki fährt dann fort: „Hiermit ist es schwerlich vereinbar, wenn jetzt, da es an die Realisierung der Reform geht, die Gesundheitsverwaltungen – im Hinblick auf die erstrebte Kostenneutralität? – ebenso wie der Vorstand der Deutschen Krankenhausgesellschaft in seiner Grundsatzerklärung vom 16. März 1987 den Standpunkt einnehmen, in Wahrheit habe sich an der Einsatzmöglichkeit nichts geändert, und es im Schreiben des Bundesgesundheitsministeriums vom 10. November 1987 wörtlich heißt: ‚Grundsätzlich wird der AiP in gleicher Weise eingesetzt werden können, wie der nach geltendem Recht frisch approbierte Arzt. Er besitzt den gleichen Ausbildungsstand wie dieser, der ebenfalls seiner Aufsicht nach den vorbeschriebenen Grundsätzen bedarf.‘“

Man wird nicht bestreiten können, daß Franzki die Bundesregierung an einer schwachen Stelle erwischt hat. Aber auch hier müssen wir die Wirklichkeit sehen. Die Zahl der jungen Ärzte, welche nach ihrer Approbation das Glück haben, eine bezahlte Stelle zu finden, wird fortlaufend geringer. Runden 12 000 Neuapprobierten stehen gut 5000 offene, bezahlte Assistenzarztstellen gegenüber. Eine – wenn auch schlecht – bezahlte AiP-Stelle ist da immer noch besser, ganz abgesehen davon, daß damit vielleicht die einzige Chance geboten wird, eineinhalb Jahre im Krankenhaus zu arbeiten.

Wenn man abklären will, ob und gegebenenfalls welche Unterschiede sich beim Tätigwerden von bisherigen Assistenzärzten und zukünftigen AiPs ergeben, sollte man die Rechtsprechung des Bundesgerichtshofes zu dieser Frage heranziehen und sehr genau studieren. Es gibt dazu drei im Wortlaut vorliegende Urteile, ein viertes ist soeben durch Pressemitteilungen bekannt geworden. Der BGH hat mit diesen Urteilen Marksteine gesetzt, an denen kein Weg vorbeiführt, die allerdings – so befürchte ich – noch nicht genügend beachtet werden.

Im ersten Fall – das Urteil wurde im September 1983 verkündet – ging es um die Exstirpation eines Lymphknotens an der rechten Halsseite. Der diensthabende Oberarzt teilte „den Erstbetroffenen, der sich in der Facharztausbildung befand und eine derartige Operation am Halse noch nie vorgenommen hatte, als Operateur ein. Er zeigte ihm, wo er die Injektion für die fokale Anästhesie zu setzen und wo er den Schnitt zu führen habe. Sodann führte der Erstbetroffene die Operation ohne Aufsicht aus.“ Es kam nach dieser kleinen Operation zu einer Schädigung des Nervus accessorius. Und nun Zitate aus der Begründung des BGH: „Wird indessen wie im Streitfall die Operation einem noch in der Facharztausbildung stehenden, unerfahrenen Assistenzarzt zur selbständigen Durchführung übertragen, steht im Vordergrund nicht die

mangelnde Aufklärung des Patienten über sein dadurch gesteigertes Operationsrisiko. In erster Linie liegt vielmehr in einer solchen Maßnahme, wenn sie den Patienten zusätzlich gefährden kann, ein Verstoß gegen die bei der Behandlung des Patienten geschuldete ärztliche Sorgfaltspflicht vor. In diesem Sinne steht ein ärztlicher Behandlungsfehler in Frage." Und weiter: „Dieser fällt zunächst einmal dem für die Einteilung des Assistenzarztes verantwortlichen Arzt zur Last.“ An anderer Stelle: „Die auszubildenden Ärzte müssen aber, bevor sie dem jungen Arzt die eigenverantwortliche Durchführung der Operation übertragen, vorher nach objektiven Kriterien prüfen und danach zu dem ärztlich vertretbaren Ergebnis kommen können, daß für den Patienten dadurch kein zusätzliches Risiko entsteht. Immer muß der Standard eines erfahrenen Chirurgen gewährleistet sein. Solange irgendwelche Zweifel an dem erforderlichen Ausbildungsstand des Anfängers bestehen, muß die Operation von einem Facharzt, der stets anwesend ist, überwacht werden.“ Dann weiter: „In keinem Fall werden sich Krankenhausträger und Ärzte darauf berufen dürfen, ein Mangel an ausreichend ausgebildeten Fachärzten zwingt zum Einsatz auch relativ unerfahrener Assistenzärzte.“ In der weiteren Begründung dann: „Der Behandlungsfehler, an den die Haftung anknüpft, liegt in diesen Fällen nicht in einem falschen oder unsorgfältigen Vorgehen bei der Operation selbst, sondern in deren selbständiger Übertragung auf den nichtqualifizierten Anfänger (und, wie darzulegen sein wird, gegebenenfalls in der Übernahme der Behandlung durch diesen).“ Der BGH hat also schon 1983 neben dem Verschulden des für die Weiterbildung verantwortlichen Arztes auch die Frage des Übernahmeverschuldens durch den Berufsanfänger angesprochen.

In einer weiteren Entscheidung von 1985, die sich wiederum mit der Exstirpation eines Lymphknotens befaßte, sagte der BGH zur Eignung des jungen Arztes, der den Eingriff vorgenommen hat: „Zu dessen Beurteilung genügt es aber nicht, daß der Zweitbeklagte (das ist der junge Kollege) zwei Jahre lang als medizinischer Assistent chirurgisch gearbeitet hatte. Mit Lymphknotenexstirpationen wurde er erst in der Klinik des Erstbeklagten konfrontiert. Selbst wenn er in der Zeit vom 1. Juli bis 7. Oktober 1975 schon eine Reihe Lymphknoten im Halsbereich operiert haben sollte, geht daraus nicht hervor, ob er deshalb über die erforderliche Übung und Erfahrung verfügte, um selbständig bei der Klägerin operieren zu können.“ Aus einer weiteren Entscheidung von 1987, bei der es um die Behandlung eines Unterschenkelbruches ging, sei nur noch ein Satz zitiert: „Der Patient hat nämlich, wie der Senat in anderem Zusammenhang schon ausgesprochen hat, aus der Übernahme seiner Behandlung durch das Krankenhaus einen Anspruch auf eine ärztliche Behandlung, die dem Standard eines erfahrenen Facharztes entspricht. Die Gewährleistung dieses Standards oblag hier dem Erstbeklagten als Chefarzt der chirurgischen Abteilung.“

Es erscheint mir wichtig, nochmals auf den Fall hinzuweisen, bei dem der betroffene Assistenzarzt, bevor er seine Tätigkeit in einer HNO-Klinik aufnahm, bereits zwei Jahre chirurgisch tätig war. Dennoch reichte dem Bundesgerichtshof dies nicht, um die eigenverantwortliche Durchführung einer Lymphknotenexstirpation zu rechtfertigen.

In dem letzten Urteil, dessen Wortlaut mir heute noch nicht vorliegt, hat sich der BGH mit der Frage des Übernahmeverschuldens (also ein Verschulden, das allein schon in der Übernahme der Behandlung liegt!), das schon in früheren Urteilen angesprochen wurde, befaßt. Der BGH hat hier festgestellt, daß der junge Arzt, wenn er bei Durchführung einer ärztlichen Handlung erkennen muß, daß er den Anforderungen nicht gewachsen ist, verpflichtet ist, die Hilfe und den Rat des erfahrenen Arztes zu erbitten. Hier muß ich noch einmal auf Franzki zurückkommen. Auch er hat sich mit dieser Frage beschäftigt und dazu ausgeführt: „Weit gravierender noch ist es, daß hier der AiP zunächst einmal selbst zu entscheiden hat, ob er sich die Versorgung des Patienten zutrauen kann, oder den approbierten Arzt herbeirufen muß. Man sollte die psychologische Hemmschwelle nicht unterschätzen, die ein angehender Mediziner überschreiten muß, wenn er seinen Chef- oder Oberarzt, von dessen Zeugnis er abhängig ist, aus der Nacht- oder Sonntagsruhe ruft, und sich am Ende den

Vorwurf gefallen lassen muß, das sei überflüssig gewesen und er traue sich wohl wenig zu.“ Die „Hemmschwelle“ kann spätestens von jetzt ab nicht mehr ins Feld geführt werden. Der zukünftige AiP ist, wie schon jetzt der junge Assistenzarzt, verpflichtet, bei eigenständigem Handeln stets und in jedem Falle zu überlegen, ob er im Zweifelsfall nicht besser den verantwortlichen Arzt zu Rate zieht. Dem von Franzki angestellten Vergleich zwischen AiP und Assistenzarzt kann auch insoweit nicht gefolgt werden, als er schreibt, daß der Assistenzarzt „selbständig eingesetzt werden kann, sobald er ungeachtet der noch ausstehenden Prüfung fachärztlichen Standard erreicht hat“. Vergleichen dürften wir nur die 18 Monate, welche ein AiP abzuleisten hat, mit der gleichen Anfängerzeit eines heutigen Assistenzarztes. Hier aber kann wohl nach den Ausführungen des BGH kein Zweifel mehr sein, daß die Anforderungen an die verantwortlichen ärztlichen Vorgesetzten sich in beiden Fällen überhaupt nicht unterscheiden! Für die Krankenhäuser und vor allem aber für die verantwortlichen leitenden Ärzte ergibt sich keine Veränderung. Vielleicht ist aber gerade die Umstellung vom approbierten ärztlichen Anfänger zum AiP der geeignete Zeitpunkt, Rechtslage und Verantwortung deutlicher bewußt zu machen.

Welche praktischen Konsequenzen ergeben sich daraus? Zunächst zum Krankenhaus: Die Zahl der Planstellen, welche mit erfahrenen Ärzten, möglichst mit abgeschlossener Weiterbildung, besetzt sind, muß erhöht werden. Die Aufsicht und Anleitung des ärztlichen Nachwuchses, der bisher als Assistenzarzt, in Zukunft als AiP in das Krankenhaus kommt, muß gewährleistet sein. Die Hinführung zur selbständigen ärztlichen Tätigkeit muß Schritt für Schritt erfolgen und liegt voll in der Verantwortung der dafür zuständigen Ärzte. Die Aussage der Approbationsordnung, nach der der AiP nach Beendigung der Tätigkeit als Arzt im Praktikum in der Lage sein soll, den ärztlichen Beruf eigenverantwortlich und selbständig auszuüben, bedarf einer sorgfältigen Überprüfung. Es muß daran unverzichtbar die weitere Frage geknüpft werden, in welchem Umfang und mit welchen Leistungen der dann approbierte Arzt seinen Beruf selbständig ausüben kann.

Konsequenzen für die Praxis: Das Krankenversicherungs- und Kassenarztrecht, welches am 1. Januar 1989 in Kraft treten soll, schreibt zusätzlich zur Ableistung der AiP-Zeit nach Erhalt der Approbation eine einjährige Vorbereitungszeit für die Kassenzulassung vor. Darauf können sechs Monate der AiP-Zeit unter bestimmten Bedingungen angerechnet werden. Weitere sechs Monate müssen aber als Assistent oder Vertreter eines Kassenarztes abgeleistet werden. Unter Berücksichtigung der EG-Richtlinie Allgemeinmedizin ist anzumerken, daß diese sechs Monate nur als Assistenzarzt in einer allgemeinärztlichen Praxis abgeleistet werden können, also nicht als Vertreter. Auf die niedergelassenen Kassenärzte wird also eine hohe Welle junger approbierter Ärzte zukommen, die ihre sechs Monate in einer Kassenpraxis ableisten wollen. Ich halte es deshalb für praktisch unmöglich, daß die niedergelassenen Kassenärzte daneben auch noch „Ärzte im Praktikum“ in ihren Praxen beschäftigen sollen. Aus dem zukünftigen Arzt- und Kassenarztrecht ergibt sich für mich eine sinnvolle Aufgabenteilung: Die AiP-Zeit von 18 Monaten sollte an Krankenhäusern mit mehreren Fachabteilungen abgeleistet werden, damit der AiP während dieser Zeit am Patienten tätig werden kann. Nach der Approbation – entweder sofort oder zu einem späteren Zeitpunkt – benötigt dann der junge Arzt eine Möglichkeit, die vorgeschriebenen sechs Monate in einer Kassenpraxis abzuleisten. Für den Kassenarzt ergibt sich aus der Beschäftigung solcher junger Ärztinnen und Ärzte eine hohe Verantwortung in der Vermittlung von Kenntnissen und Erfahrungen. Dennoch wird die Verpflichtung zur ständigen Anleitung und Aufsicht deutlich geringer sein als in den ersten 18 Monaten beruflicher Tätigkeit, die nun in die AiP-Zeit fallen. Vielleicht verschafft uns diese Aufgabenteilung auch mehr Möglichkeiten, die Probleme der Zukunft besser zu bewältigen.

Professor Dr. Dr. h. c. Sewering

Wir machen den Weg frei



Raiffeisenbank

Die Bank mit dem freundlichen Service

Rationelle Arzneimitteltherapie

Das „Bayerische Ärzteblatt“ bringt in loser Folge Referate aus einer Fortbildungsreihe, die die Bayerische Landesärztekammer zusammen mit den Bezirksstellen der Kassenärztlichen Vereinigung Bayerns zu diesem aktuellen Thema durchführt. Mit der Veröffentlichung der Themen dieser Fortbildungsreihe soll jedem bayerischen Arzt – sei es in der Praxis oder im Krankenhaus – die Möglichkeit gegeben werden, sich zu informieren.

Im Jahre 1986 wurden 17,6 Milliarden DM – das sind 15,5 Prozent der Gesamtausgaben – der gesetzlichen Krankenversicherung für Arzneimittel in der kassenärztlichen Versorgung ausgegeben. Im gleichen Zeitraum betrug die Gesamtvergütung für die kassenärztliche Versorgung 20,4 Milliarden DM, das sind 17,7 Prozent der Gesamtausgaben. Damit haben die Arzneikosten eine Größenordnung erreicht, die dem kassenärztlichen Gesamthonorar nahe kommt. Bei vielen Ärzten übersteigen die Kosten der von ihnen verordneten Arzneien ihr eigenes kassenärztliches Honorar.

Wir wollen deshalb allen Kolleginnen und Kollegen in Klinik und Praxis die Gelegenheit geben, sich in konzentrierter Form über den derzeitigen Stand und die Möglichkeiten einer gezielten Arzneiverordnung zu unterrichten.

Rationelle Therapie mit Psychopharmaka aus der Sicht des Allgemeinarztes und des Internisten: Antidepressiva und Neuroleptika *)

von H.-G. Borchers

Fünf Prozent der Weltbevölkerung und etwa zwei bis drei Millionen Bundesbürger leiden an depressiver Verstimmung. Nach zwei Enqueten in Basel und München sind 18 bzw. 19 Prozent der Patienten einer allgemeinärztlichen oder internistischen Praxis mit depressiven Störungen belastet. Nur zehn Prozent entsprechen jedoch dem klassischen Bild der Melancholie = endogene Depression. Sie gehören in den Formenkreis der Psychosen und damit – schon wegen der schwer abschätzbaren Suizidgefahr – in den Zuständigkeitsbereich des Psychiaters. 15 bis 20 Prozent der Depressionen sind somatisch bedingt. Sie verpflichten uns zur gründlichen Diagnostik, da hier die Therapie natürlich bevorzugt in der Ausschaltung der körperlichen Ursache ansetzen muß. 70 Prozent der Depressionen, also die absolute Mehrzahl, sind psychogen. Entscheidend für unsere Beschäftigung mit der Therapie depressiver Verstimmungen ist nun einmal die Tatsache einer laufenden Zunahme dieser Krankheitsbilder und zum anderen ihr Auftreten mit einer Maske körperlicher Symptome, die den diagnostischen Blick auf die primäre psychische Störung verstellt.

Der Begriff der „larvierten Depression“ als eine phänomenologische Charakterisierung eines auf Depression verdächtigen Krankheitsbildes wurde 1973 auf einem internationalen Symposium folgender-

maßen definiert: „Depressive Zustandsbilder jeder Genese, bei denen die somatischen Symptome so stark im Vordergrund stehen, daß sie das depressive Geschehen vollständig überdecken, werden als larvierte Depression bezeichnet.“

50 Prozent aller Depressionen entsprechen dieser Definition und fühlen aufgrund ihrer somatischen Beschwerden die Wartezimmer der Ärzte für Allgemeinmedizin und der Internisten. Ein Problem liegt in der Erkennung der psychischen Grundstörung hinter den vom Patienten stark betonten und oft hartnäckig verteidigten körperlichen Symptomen, ein zweites in der Tatsache, daß „Depression“ heute – nicht zuletzt durch die Medien – zu einem Schlagwort geworden ist und oft mißbräuchlich verwendet wird. Der Nachweis eines depressiven Syndroms ist daher unabdingbare Voraussetzung für die Diagnose einer larvierten Depression (Tab.1).

Entscheidend für die Feststellung einer Depression ist nicht die Traurigkeit, sondern die dynamische Einschränkung mit einer Senkung des Antriebsniveaus (Verlust des Elan vital), der Stimmung, der Einzeltriebe, aber auch der affektiven Ansprechbarkeit und der vegetativen Körperfunktionen.

Die Bemühungen zur Erfassung dieser Vitaistörungen führen in der Praxis am besten über **eine Reihe von Schlüsselfragen** zum Ziel:

1. Verlust des Interesses, auch für Hobbies?
2. Verlust des Elan vital, der Entschlußkraft, der Libido?
3. Verlust der Konzentrationsfähigkeit, Denkhemmung?
4. Verlust des Selbstwertgefühls mit Suizidimpulsen?
5. Schlafstörungen bis zur Tag-Nacht-Umkehr?

Die durch umfangreiche Untersuchungen belegte Zunahme der Depressionen in den letzten drei Dezennien läßt sich auf folgende **Ursachen** beziehen: Abrupter Bruch mit den Traditionen und den sozialen Strukturen – Zerfall der Familie und Entwurzelung – Verlust der religiösen Bindungen – Materialismus mit Mißachtung der Gemütskräfte – Vereinsamung in der Masse, bevorzugt das Schicksal der Betagten.

Die Pathophysiologie der Depression, Ansatzpunkt unserer medikamentösen Behandlung, ist komplex. Auf jeden Fall liegt der Ansatzpunkt der Störung und der Therapie im Stoffwechsel der Neurotransmitter, in deren für die Neurotransmission maßgebender Konzentration im synaptischen Spalt und in der Menge und Empfindlichkeit der Rezeptoren für die Neurotransmitter. Man konnte in vielen Fällen eine Absenkung des Noredrenalinstoffwechsels feststellen, der durch die Antidepressiva (=AD) erhöht wird. Der Serotoninstoffwechsel ist bei einem Teil der Fälle erniedrigt, bei anderen erhöht, wobei eine down-Regulation mit Suizidgefahr verbunden zu sein

*) Vortrag anlässlich der Vortragsreihe „Rationelle Arzneimitteltherapie“ am 16. März 1988 in Bamberg

Somatische Symptome	%
Schlafstörungen	98
Müdigkeit	83
Engegefühl in Hals und Brust	75
Appetitstörungen	71
Obstipation	67
Gewichtsverlust	63
Kopfschmerzen	42
Schmerzsyndrom: Nacken/Wirbelsäule	42
Magen-Darm-Beschwerden	36
Herzbeschwerden	25

Tabelle 1:
Häufigkeit der somatischen Symptome bei Depressionen

scheint. Es scheint auch eine verminderte Empfindlichkeit der Alpha- und eine gesteigerte der Beta-Rezeptoren vorzuliegen. Durch das vermehrte Noradrenalinangebot im Zuge der AD-Behandlung werden offenbar die überempfindlichen Beta-Rezeptoren desensibilisiert, ein Prozeß, der durch serotonerge Neurone moduliert wird. Dieser langsam anlaufende Prozeß der Desensibilisierung der Beta-Rezeptoren ist vermutlich die Ursache für die verzögerte, im Laufe von einer bis drei Wochen einsetzende Wirkung der AD, während die Substanz-spezifischen anticholinergen Nebenwirkungen der trizyklischen AD, die möglicherweise auch über eine Dämpfung cholinergischer Systeme an der antidepressiven Wirkung teilhaben, sofort auftreten. Sie machen den größten Teil der unerwünschten und die Compliance belastenden Nebenwirkungen aus: Mundtrockenheit (besonders unangenehm empfunden), Akkomodationsstörungen, Schwitzen, Obstipation, Miktionsstö-

örung, Müdigkeit, Somnolenz, innere Unruhe, Schlafstörungen, Schwindel, Orthostase-Syndrom, Tachykardie (Beta-Blocker zusätzlich!) werden angegeben. Wegen der Möglichkeit von Arrhythmien und Blockbildungen ist es vor Beginn einer AD-Therapie obligat, ein EKG anzufertigen. Eine Verlängerung der PQ-Zeit und eine QRS-Verbreiterung zeigen das Einsetzen der kardiopressorischen Wirkung der AD an. Vor allem bei betagten Patienten ist auf die Möglichkeit einer Dysarthrie, eines Delirs oder von Krampfanfällen zu achten.

Die Behandlung der Depressionen setzt, wie schon eingangs erwähnt, den Ausschluß einer somatogenen Depression voraus:

a) *Symptomatische Depression*: Postinfektös (zu frühe Krankenhausentlassung oder Arbeitsaufnahme), postoperativ, chronische Herz- und Kreislauferkrankung, Lungenerkrankungen, Urämie, Diabetes mellitus, Hy-

pothyreose. Vor allem kann bei Hypertonikern eine geringe oder als „Normalisierung“ gedachte Senkung des systolischen Druckes über eine passagere hämodynamische Dekompensation des Gehirns eine Depression auslösen. Wie bei anderen Medikamenten auch, zum Beispiel Glukokortikoiden, Gestagenen, ist besondere Vorsicht bei Reserpinhaltigen Präparaten geboten, die — dem Hypertoniker über Jahre verordnet — im Rahmen einer Depressionsauslösung oft nicht mehr „bedacht“ werden. Endokrine Umstellungen und Erkrankungen können Depressionen in Gang setzen, schließlich ist der Mißbrauch und der Entzug von Alkohol und von Psychopharmaka häufig die Ursache dysphorisch-depressiver Verstimmungen.

b) *Organische Depressionen* basieren auf strukturellen Veränderungen des Gehirns. Sie finden sich bei senilen Veränderungen mit oder ohne Demenz, bei posttraumatischen Zustandsbildern und bei Tumoren, Epilepsie und Enzephalitis.

Die Entscheidung, welches Antidepressivum am zweckmäßigsten eingesetzt wird, hängt vom Erscheinungsbild der Depression ab. Es lassen sich — vereinfacht — drei depressive Syndromformen unterscheiden:

- eher gehemmte, psychomotorisch inaktive Form,
- überwiegend depressiv-vital-gestörte Form,
- angstbetont-unruhige, psychomotorisch aktive Form.

HYPERFORAT®

Depressionen, psychische und nervöse Störungen, Wetterfühligkeit, Migräne.

Vegetativ stabilisierend, gut verträglich, MAO-Hemmung.

Zusammensetzung: Hyperforat-Tropfen: 100 g enthalten: Extr. fl. Herb. Hyperici perf. 100 g, stand. auf 0,2 mg Hypericin* pro ml. Enth. 50 Vol.-% Alkohol. Hyperforat-Oragées: 1 Oragée à 0,5 g enthält: Extr. sicc. Herb. Hyperici perf. 40 mg, stand. auf 0,05 mg Hypericin* Vit. B-Komplex 1 mg. *und verwandte Verbindungen, berechnet auf Hypericin.

Anwendungsgebiete: Depressionen, auch im Klimakterium, nervöse Unruhe und Erschöpfung, Wetterfühligkeit, Migräne, vegetative Dystonie.

Tropfen in der Kinderpraxis: Enuresis, Stottern, psychische Hemmungen, Reizüberflutungssyndrom.

Gegenanzeigen: Keine.

Nebenwirkungen: Photosensibilisierung ist möglich, insbesondere bei hellhäutigen Personen.

Dosierung: Hyperforat-Tropfen: 2–3 x täglich 20–30 Tropfen vor dem Essen in etwas Flüssigkeit einnehmen. Hyperforat-Oragées: 2–3 x täglich 1–2 Oragées vor dem Essen einnehmen. Zur Beachtung: Bei Kindern entsprechend geringer dosieren. Die letzte tägliche Einnahme möglichst vor dem Abend. Häufig ist eine einschleichende Dosierung besonders wirksam.

Handelsformen und Preise: Hyperforat-Tropfen: 30 ml OM 9,27; 50 ml OM 14,47; 100 ml OM 24,46. Hyperforat-Oragées: 30 St. OM 7,48; 100 St. DM 18,96.



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



Tabelle 2: Einteilung der Antidepressiva nach dem Drei-Komponenten-Schema (Auswahl)

Psychomotorisch aktivierend

Desipramin (Pertofran®): Hochwirksames, antriebssteigerndes AD, Dosierung: 50–150 mg, Hauptdosis morgens, nicht nach 16 Uhr. Nebenwirkungen: vegetativa Symptome, Unruhe.

Viloxazin (Vivalan®): Neuartiges, von Beta-Blockern abgeleitetes AD mit leicht antriebssteigernder Wirkung. Besonders geeignet für organische Altersdepressionen und Verstimmungszustände bei Epileptikern und Alkoholkranken. Dosierung: 200–400 mg/die, morgens Hauptdosis. Nebenwirkungen: Übelkeit, leichte Unruhe, eventuell migräneartige Kopfschmerzen.

Sulpirid (Dogmatil®, Meresa®, Neogama®): In einer Dosis von 100–250 mg leicht antriebssteigerndes AD, über 300 mg neuroleptische Wirkung. Vorteil ist der rasche Wirkungseintritt, daher zur Überbrückung der „Anlaufzeit“ klassischer AD mit überlappender Verordnung geeignet. Nachteil: Unruhe, Galaktorrhoe infolge gesteigerter Prolaktininkretion, Gewichtszunahme.

Psychomotorisch neutral

Imipramin (Tofranil®): Stark depressionslösendes, psychomotorisch leicht aktivierendes Standard-AD. Dosierung: 75–150 mg/die, nicht nach 16 Uhr. Nebenwirkungen: Schwitzen, Miktionsstörungen, Unruhe, Tremor.

Clomipramin (Anafranil®): Hochwirksames, leicht aktivierendes AD. Auch zur Infusionsbehandlung. Dosierung: 50–225 mg/die mit morgendlichem Dosierungsschwerpunkt. Zur Infusion 50–175 mg. Sehr ähnlich wirkt Melitracen (Trausabun®). Nebenwirkungen wie Imipramin.

Dibenzepin (Noveril®): Leicht antriebssteigerndes AD, auch für Altersdepressionen geeignet. Dosierung: Einmaldosis von 240 mg morgens oder mehrmals (bis 720 mg) pro Tag, nicht nach 16 Uhr. Nebenwirkungen: Leichte Unruhe, Mundtrockenheit.

Lofepramin (Gamonil®): AD mit ausgewogenem Wirkungsspektrum und geringen Nebenwirkungen (Müdigkeit oder leichte Unruhe, Fingertremor). Dosierung: 70–280 mg/die.

Maprotilin (Ludiomil®): Leicht sedierendes AD, besonders geeignet für larvierte, ängstlich gefärbte Depressionen. Dosierung: 75 (einmal abends) bis 175 mg/die. Auch zur Infusion (50–150 mg). Nebenwirkungen: Hautausschlag, leichte Müdigkeit, Mundtrockenheit, Heißhunger (manchmal sehr störend, besonders bei weiblichen Patienten), erhöhte zerebrale Krampfbereitschaft, eventuelle Standschwäche.

Mianserin (Tolvin®): Neuartiges, leicht sedierendes AD, auch für Risikopatienten (Glaukom, Prostatahyperplasie) und Migräne-Patienten geeignet. Dosierung: 30–120 mg/die, eventuell einmal abends. Nebenwirkungen: Müdigkeit, Mundtrockenheit, Schwindel, Kreislaufstörungen, Gewichtszunahme.

Fluvoxamin (Fevarin®): Spezifisch serotonerg-wirkendes AD, vor allem für stark somatisierte Depressionen geeignet. Dosierung: 100–200 mg/die in zwei Einzeldosen. Nebenwirkungen: Übelkeit, Unruhe, Mundtrockenheit.

Psychomotorisch dämpfend

Trazodon (Thombran®): Chemisch neuartiges, leicht antidepressiv wirkendes Psychopharmakon mit angstlösender, beruhigender und schmerzdistanzierender Wirkung. Geeignet in der Geriatrie. Dosierung: 150–600 mg/die. Auch zur Infusion. Nebenwirkungen wie bei Fluvoxamin.

Amitriptylin (Laroxyl®, Tryptizol®, Saroten®): Hochwirksames Standard-AD mit angstlösend-dämpfender, schlaffördernder Wirkung. Dosierung: 50–225 mg/die, abends Retardkapsel als Hauptdosis. Nachteil: Ausgeprägte vegetative Symptome infolge der anticholinergen Nebenwirkungen.

Amitriptylin-N-Oxid (Equilibrin®): Wirkung wie Amitriptylin, vermutlich etwas schwächer, dafür auch deutlich geringere vegetative Begleiterscheinungen. Vor allem für das Gros der leichten bis mittelschweren, agitiert-ängstlich gefärbten Depressionen in der Praxis, auch bei Schlafstörungen. Abends Hauptdosis bei 60–150 mg/die in zwei Einzeldosen.

Doxepin (Aponal®, Siquan®): Sedierend-dämpfendes Standard-AD. Parenteral für ängstlich-depressive Erregungszustände und Suizidalität geeignet. Dosierung: 50–300 mg/die, 1–2 Amp. i. m., zur Infusion 50–150 mg. Nebenwirkungen: Müdigkeit, leichte vegetativa Symptoma.

Dosulepin (Idom®): Gutes AD mit ausgewogener, leicht sedierender Wirkung. Dosierung: Abends einmal 75 mg, in schweren Fällen 150 mg.

L-Tryptophan (Kalma®, Ardeytoplin®, Bikalm®, Atrimon®, Biotonin®, L-Tryptophan-AS®, Sedanoc®, Tryptocompren®): Biologische Serotonin-Vorstufe zur Behandlung von Schlafstörungen und leichten Depressionen (Serotonin-Mangel). Gut geeignet zur Verstärkung der schlafanstoßenden, beruhigenden Abendwirkung der AD. In leichten Fällen reaktiver und neurotischer Depressivität allein oft ausreichend. Dosierung: 1,5–3 g. Nebenwirkungen: Übelkeit, Schwindel.

L-5-Hydroxytryptophan (Levothythm®): Wirkung entspricht der des L-Tryptophan. Dosierung: 100–300 mg ansteigend in dreitägigen Schritten.

Unter Berücksichtigung dieser sogenannten Zielsymptome können aufgrund des sogenannten Drei-Komponenten-Schemas (psychomotorisch aktivierend – depressionslösend, stimmungsaufhellend – sedierend, angstlösend) die geeigneten AD ausgewählt und verordnet werden (Tab.2).

Behandlung der Nebenwirkungen

Gegen die häufige leichte Blutdrucksenkung hat sich Dihyergot® u. a. bewährt. Der lästige Hände-Tremor, kann durch einen niedrig-dosierten Beta-Blocker (Dociton®, Trasicor®) gut beeinflusst werden. Gegen eine selten auftretende Harnsperre bewährt sich Ubretid®. Grundsätzlich nehmen Häufigkeit und Stärke der Nebenwirkungen mit der Höhe der Dosierung zu. So kommen gravierende Nebenwirkungen wie Verwirrheitszustände, Delirien und zerebrale Krampfanfälle praktisch nur bei sehr hohen Dosen vor.

Verbesserung der Compliance

Die sofort einsetzenden anticholinergen Nebenwirkungen der AD, die sich störend zur Depressionssymptomatik addieren, und die Wirkungslatenz der AD belasten die Compliance stark. Neben Aufklärung der Patienten über diese unvermeidliche anfängliche Belastung und der Möglichkeit des Abschlusses eines dreiwöchigen „Behandlungsvertrages“, in dem sich der Patient verpflichtet, für drei Wochen der Verordnung des Arztes strikt zu folgen und dann frei über Fortsetzung oder Abbruch der Therapie zu entscheiden, kann eine Überbrückung der Wirkungslatenzzeit durch eine Begleitmedikation versucht werden. Hier bieten sich vor allem die dämpfenden, angst- und spannungslösenden und leicht antidepressiv wirkenden schwach potenten Neuroleptika bei ängstlich unruhigen Depressionsformen an. Sie stellen auch einen Sicherheitsfaktor bei unerkannter Suizidalität dar, die unter einem psychomotorisch aktivierenden AD allein bis zum Suizidversuch eskalieren kann, da die psychomotorisch aktivierende Wirkung ebenfalls der antidepressiven Wirkung vorausgeht. Geeignet sind für diese Neuroleptika-Begleitmedikation vor allem Melleril®, Taractan®/Truxel® oder Taxilan®. Auch die initiale Beigabe des Benzodiazepins Tafil®, das als einziges

Benzodiazepin eine leichte antidepressive Wirkung besitzt, zum AD oder eine Vorbehandlung von ca. einer Woche mit dem pflanzlichen leichten AD Sedariston Konzentrat® kann in der Praxis die Compliance wesentlich verbessern. Auf die Möglichkeit der Überbrückung der Wirkungslatenz durch das zwischen AD und Neuroleptika stehende und resch wirkende Sulpirid wurde in der Tabelle 2 bereits hingewiesen.

Aus Gründen der Praktikabilität kann neben diesen freien Kombinationen natürlich auch ein fixes Kombinationspräparat eingesetzt werden. AD + Tranquilizer: Limbatril®, Pantrop®; AD + Neuroleptika: Benpon®, Longopax®. Gegen einen befristeten initialen Einsatz dieser Kombinationen ist nichts einzuwenden, wenn nach einer bis zwei Wochen der Übergang auf das AD allein erfolgt. Die stets individuell zu lösende Dosisfrage des AD ist bei fixen Kombinationen durch den „Begleiter“ belastet, auch wird die Beurteilbarkeit der AD-Wirkung bei längerer Behandlung mit einer Kombination erschwert, ganz abgesehen von der Gefahr einer Abhängigkeitsentwicklung (Benzodiazepine) oder von Spätnebenwirkungen (Neuroleptika).

Depression ist im Alter über 65 Jahre mit 14 Prozent die häufigste psychiatrische Erkrankung. Das Bild der depressiven „Pseudodemenz“ erfordert eine sorgfältige, oft schwierige Abgrenzung gegenüber einer Demenz. Bei der Pharmekotherapie mit AD im höheren Lebensalter sollte wegen der schlechteren Metabolisierung und Plasmabindung der AD die initiale und Erhaltungsdosis nur ein Drittel bis zur Hälfte der mittleren Dosis betragen. Da bei älteren Patienten auch die anticholinergen Nebenwirkungen, wie Obstipation und Miktionsbeschwerden, Herz-Kreislaufstörungen und zerebrale Nebenwirkungen, wie Verwirrtheit, nächtliche Unruhe, Delir, häufiger auftreten, sind AD mit geringerer anticholinergener Potenz (vor allem die neueren AD wie Vivalan®, Tolvin®, Thombran® und Fevarin®) vorzuziehen.

Auch der Monoaminoxidasehemmer Tranylcypromin (Jatrosom®-Kombination mit einem Neuroleptikum) bringt gute Resultate im Sinne einer psychomotorischen Aktivierung. Das hohe Risiko, daß ältere Patienten die notwendigen Diätvorschriften

weniger zuverlässig befolgen und damit der Gefahr einer hypertensiven Krise unterliegen sowie die Belastung bei kardialen Störungen erschweren die Anwendung des MAO-Hemmers in der Praxis jedoch erheblich.

Die Maskierung einer Depression kann Formen somatischer Beschwerden annehmen, die den diagnostischen Zugang zur Depression geradezu blockieren. Als Beispiel sei hier das isoliert auftretende Schmerzsyndrom der „Glossodynie“, des „Zungenbrennens“ angeführt. Die Patienten, meist Frauen in der zweiten Lebenshälfte, leiden stark unter den Beschwerden der „Stomatopyrosis“ und haben bis zur Erkennung und Behandlung der Depression als Ursache der Beschwerden zumeist eine regelrechte Odyssee durchgemacht. Weder der Zahnarzt und Hals-Nasen-Ohrenarzt noch der Neurologe und Internist können eine lokale Ursache der Beschwerden nachweisen und die vielfältigen, frustrierten Behandlungsversuche erschweren den wirksamen Einsatz von AD oft bis zur brüskten Ablehnung. Die Annahme einer Verbindung der so eindeutig an der Zunge oder Mundhöhle lokalisierten Beschwerden mit einer psychischen Störung wird als absurd verweigert. Hier ist oft mühsame Vorarbeit in Form der Gesprächs-Psychotherapie zu leisten.

Ein anderes Beispiel ist die Bulimie, bei der die Selbstwehnehmung des Körpers völlig verzerrt ist. 92,7 Prozent der Frauen einer Studie in den USA berichteten über Angst vor Adipositas und 84 Prozent hielten sich im Sinne ausgeprägter kognitiver Störungen für fettleibig, obwohl ihr Gewicht unter der Norm lag. Die Punktezahlen einer Depressionskala sprachen für eine depressive Struktur der Bulimie-Kranken und damit für einen Behandlungsversuch mit einem AD.

Auch das so hartnäckige Syndrom des Reizdarms mit spastischer Obstipation ist manchmal trotz Fehlens psychoreaktiver Symptome (Wienbeck und Enck) einer Therapie mit AD (Amitriptilin, Amitriptilin-N-Oxid, Doxepin) zugänglich. Hier besteht vermutlich ein Grenzbereich der Indikation serotonerger AD, der auch zur erfolgreichen Anwendung der genannten AD bei Spannungskopfschmerz und in der Migränepro-

phylaxe geführt hat. Der Einsatz der AD ist in diesen Fällen zum Teil in Dosen wirksam, die unter der antidepressiv-wirksamen Dosis liegen. Es handelt sich um Störungen, die auf einer verminderten serotonergen Impulsübertragung beruhen. Die Erhöhung der Serotoninkonzentration im synaptischen Spalt durch die AD normalisiert den Defekt (Pfaffenrath, Soyka).

Eine spezielle Indikation für den gemeinsamen Einsatz von AD und Neuroleptika sind die chronischen Schmerzzustände, vor allem bei Tumorkranken, bei denen sich die „Schmerzwahrnehmung“ zu einem intensiven und quälenden „Schmerz-erleben“ ausweiten kann, das die Betroffenen gänzlich ausfüllt und in ihrer Persönlichkeit deformiert. Die schmerzlindernde Wirkung der Kombination mit oder ohne Schmerzmittel erfolgt über eine Beeinflussung des zentralen Schmerz-erlebnisses im Sinne einer inneren Distanzierung vom Schmerz. Mögliche Kombinationen:

(Schmerzmittel)

- + Antidepressiva: Anafranil®
3 x 25 mg
oder Ludiomil
3 x 25 mg
- + Neuroleptika: Haloperidol®
3 x 0,5-2,0 mg
oder Neurocil
3 x 25 mg

Über den Einsatz von Neuroleptika bei Depressionen, Schmerzen und als Tranquilizer hinaus sind die Indikationen der Neuroleptika Domäne der Psychiatrie und hier deshalb nicht abzuhandeln. Gleiches gilt meines Erachtens für die Lithium-Prophylaxe, deren Indikationen (Rezidivprophylaxe affektiver Psychosen bipolaren Verlaufstyps [Zyklothymien] und unipolaren Verlaufstyps [endogene Depressionen] sowie kurative Behandlung der Manien) in den Zuständigkeitsbereich des Psychiaters fallen.

Entscheidend für den rationellen Einsatz der Antidepressiva und der Neuroleptika ist die klare, eindeutige Indikationsstellung, das Sammeln von Erfahrungen mit einer begrenzten Auswahl von Substanzen und eine konsequente Durchführung der Therapie, die einen Wechsel der Präparate vor dem Erreichen der sicheren Beurteilungsphase, im allgemeinen drei Wochen, vermeidet.

Wichtig ist, die Dosis langsam zu steigern bis zu einer vollen Wirkdosis, um dann – ausgehend vom vollen Wirkungspegel – die Erhaltungsdosis zu ermitteln. Ein Absetzen von AD vor Ablauf von drei Monaten ist nicht sinnvoll, auch danach sollte es langsam erfolgen, um beim Wiedereinsetzen der depressiven Symptomatik sofort die Wirkdosis einsetzen zu können.

Entsprechend der allgemein gültigen pharmakologischen Regel, daß wirksame Arzneimittel ohne Nebenwirkungen nicht denkbar sind, haben auch AD und die Neuroleptika lästige und zum Teil gefährliche Nebenwirkungen. Vor allem bei den Neuroleptika sind auch bei niedrig dosierter Anwendung als Tranquilizer und Antidepressiva paroxysmale Dyskinesien (Zungen-Schlund-Syndrom), Tasikinesien, Akathisien, Parkinson-Syndrome und späte extrapyramidale Hyperkinesien (Spätdyskinesien) möglich. Kontrollen sind deshalb auch bei guter und stabiler Therapiewirkung unerlässlich.

Zum Schluß meines Referates noch einige kurze **Bemerkungen zum Pro-**

blem des rationellen Einsatzes von Schlafmitteln. Klagen über Schlafstörungen bzw. unzureichenden Schlaf von älteren Patienten beruhen sehr oft auf überzogenen Schlafansprüchen. Die Schlafqualität ist nach dem Tagesbefinden und nicht nach der Nacht-Erinnerung zu beurteilen. Viele Menschen übergehen abends vor dem Fernsehgerät ihren optimalen Einschlafzeitpunkt und haben dann Einschlafstörungen. Auch die mangelnde Bewegung nach dem Abendessen wirkt sich negativ auf die Einschlafbereitschaft aus. Gegenüber den früheren Schlafmitteln mit den Barbituraten an der Spitze stehen heute wesentlich besser wirksame und weniger toxische Mittel zur Verfügung. Aber auch heute besteht die Gefahr einer Gewöhnung und Abhängigkeit, vor allem von den sonst ideal wirkenden Benzodiazepin-Schlafmitteln. Deshalb ist es günstig, die Vielfalt der Möglichkeiten in Form von Programmen zu nützen, bei welchen der abwechselnde Einsatz verschiedener Substanzen eine Gewöhnung und einen Wirkungsverlust verhindern. Vor allem bei Betagten ist die Korrektur eventueller Herz-Kreislaufkrankungen Basis

Medikamentengruppe (mit Beispielen)	Einsatz bei Schlafstörungen
Benzodiazepine (BZD) mit kurzer Wirkdauer (Halcion®) mit längerer Wirkdauer (Dalmadorm®, Lendormin®, Noctamid®)	Wenn kurzfristige Schlafstörungen zu beheben sind. Nicht länger als 4 Wochen! Einschlafstörungen Bei Durchschlafstörungen (morgendlicher „Hang-over“ ist möglich)
Antidepressiva (Amitriptylin, Equilibrin®, Doxepin, Thombren®)	Bei endogenen oder reaktiven Depressionen mit ausgeprägten Schlafstörungen. Als Mittel zweiter Wahl bei chronischen Schlafstörungen und bei Abhängigkeitsverdacht
Klassische Hypnotika z. B. Barbiturete u.e.	obsolet bis problematisch
Neuroleptika (Atosil®, Taractan/Truxal®, Neurocil®, Taxilan®)	Als Mittel dritter Wahl bei Patienten, die auf BZD und AD nicht ansprechen oder abhängigkeitsgefährdet erscheinen
L-Tryptophan (Kalma® u.a.)	Basis-Medikament, entweder allein oder in Kombination, als Alternative für AD und Neuroleptika bei chronischen Schlafstörungen, bei denen BZD nicht angezeigt sind
Chlorelhydrat als Einschlaf- oder Durchschlafmittel 1,0-1,5 g	Zur Abwechslung gegenüber BZD

Tabelle 3

aller schlaffördernder Maßnahmen. Eine stützende Herzbehandlung, die Gabe eines Antiarrhythmikums oder auch die altbekannte Tasse Kaffee am Abend zur Hebung des Blutdruckes erübrigen nicht selten den Einsatz von Schlafmitteln. Auch das Glas Bier am Abend ist in seiner schlaffördernden Wirkung ebenso wenig zu verachten wie ein Wechselfußbad und die Bettlektüre. Sind aber trotzdem und trotz aller Schlafhygiene Medikamente nicht zu vermeiden, ist heute das aus Tabelle 3 ersichtliche Profil der zur Verfügung stehenden Möglichkeiten gegeben.

Es ergeben sich aus diesen Grundsätzen der Anwendung von Hypnotika verschiedene Therapiesequenzen, die eine rationelle Abfolge der vorhandenen Mittel zum Ziel haben:

1. Beratung, Schlafhygiene, autogenes Training,
2. Benzodiazepine, möglichst mit Unterbrechungen über einen Monat,
3. L-Tryptophan (zwei bis drei Monate),
4. Benzodiazepine-Intervalltherapie (2 Tage/2 Tage Pause usw.),
5. Antidepressiva,
6. L-Tryptophan + AD oder L-Tryptophan + BZD-Intervalltherapie,
7. Benzodiazepin - Intervalltherapie + AD oder + Neuroleptika im Wechsel. Eventuell als weitere Wechselalternative Chloralhydrat.

Anschrift des Verfassers:

Professor Dr. med. H.-G. Borchers, Internist, Birkhahnweg 20, 8000 München 82

Neue Aspekte in der Rheumatologie und ihre Bedeutung für die Praxis

78. Ärztliche Fortbildungstagung in Regensburg

(Schluß)

Professor Dr. H. Truckenbrodt,
Garmisch-Partenkirchen:

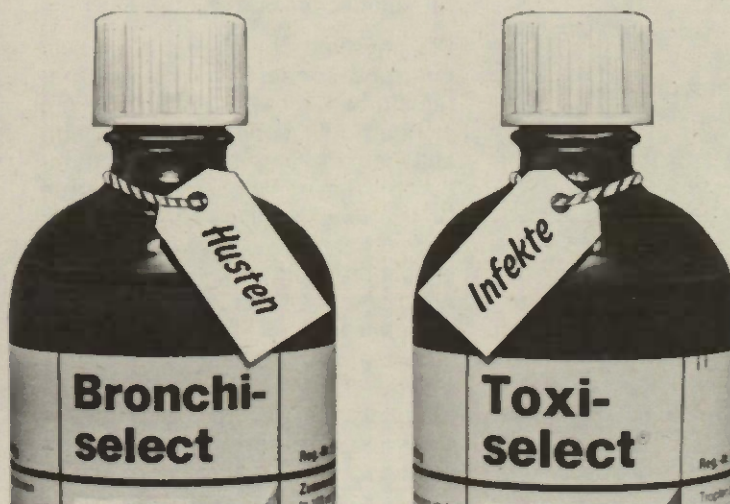
„Rheuma“ bei Kindern

Die Kinder- und Erwachsenenrheumatologie hat einen gemeinsamen Hintergrund, unterscheidet sich aber wesentlich in ihren Erscheinungsformen und Folgen, in ihrer Differentialdiagnose und in den therapeutischen Schwerpunkten. Bei Kindern stehen entzündliche Erkrankungen ganz im Vordergrund. Für die Therapie erschwerend wirkt sich aus, daß das Kind während seiner Entwicklung erkrankt und dadurch sowohl in seinem Wachstum als auch in seiner schulischen und beruflichen Ausbildung und in seiner psychosozialen Entwicklung beeinträchtigt wird.

Die Diagnose sollte möglichst frühzeitig gestellt werden, da die Prognose wesentlich vom Zeitpunkt des Therapiebeginns bestimmt wird. Die wichtige Frage für die Praxis lautet immer: Liegt eine akute oder chronische Polyarthrit vor? Die Differenzierung kann schwierig sein, da beide Formen recht plötzlich beginnen und über Monate anhalten können. Klammert man die septische, bakterielle Arthritis mit Fieber und heftigen Schmerzen aus, die bei akutem Beginn stets zu bedenken ist, stehen beim Kind wie beim Erwachsenen die postinfektiösen und reaktiven Arthri-

tiden im Vordergrund. Eine klinisch manifeste oder auch stumm verlaufende Infektion löst eine immunologische Störung aus, die sich überwiegend an den Gelenken manifestiert. Die reaktiven Arthritiden, die nach enteralen Infektionen mit Salmonellen, Yersinien und Campylobacter, aber auch nach anderen bakteriellen und viralen Infektionen beobachtet werden, sind dadurch charakterisiert, daß sie größtenteils selbstlimitierend verlaufen und innerhalb von Monaten oder wenigen Jahren wieder zur Ruhe kommen, ohne destruierende Gelenkveränderungen zu hinterlassen. Demgegenüber beinhaltet die chronische Polyarthrit definitionsgemäß die Gefahr fortschreitender Gelenkschädigungen bis hin zur Gelenkerstörung. Im Gegensatz zum Erwachsenen besteht jedoch beim Kind eher die Chance, den Entzündungsprozeß zum Stillstand zu bringen.

Die systemische juvenile chronische Polyarthrit (das frühere Still-Syndrom) beginnt häufig schon im Kleinkindesalter mit Fieberschüben, blaß-rottem Exanthem und einer unterschiedlichen Beteiligung innerer Organe. Stets besteht eine Leukozytose und stark beschleunigte BKS. Von der Rheumafaktor-negativen Polyarthrit (die in allen Altersstufen beginnen kann und überwiegend Mädchen betrifft) ist die seropositive Polyarthrit zu unterscheiden, bei der der klassische IgM-Rheumafak-



Bronchiselect. Zusammensetzung: 100 ml enthalten: Drosera D₃ dil. 20 ml, Bryonia D₄ dil. 20 ml, Tartarus etibiatu D₄ dil. 20 ml, Spongia D₃ dil. 20 ml, Ipecacuanha D₄ dil. 20 ml. Enthält 45 Vol.-% Alkohol. **Indikationen:** Schleimhautkatarrhe der Luftwege, feuchte Bronchitis, Bronchopneumonie, Asthma im Intervall, Silicose, Rippenfellentzündung, Brustetische. **Kontraindikationen:** Nicht bekannt. DRELUJO PHARMAZEUTIKA, 3253 Hess. Oldendorf 1

Dosierung: Wenn nicht anders verordnet, 3- bis 4mal täglich 10 bis 20 Tropfen in etwas Wasser einnehmen. **Handelsformen und Preise:** Tropfflasche mit 30 ml DM 8,70, 100 ml DM 22,80, Klinikpackungen.

Toxiselect. Zusammensetzung: 100 ml enthalten: Echinacea Q 40 ml, Lachesis D₃ dil. 20 ml, Sulfur D₁₀ dil. 10 ml, Bryonia D₄ dil. 20 ml, Apis mellifica D₃ dil. 10 ml. Enthält 60 Vol.-% Alkohol. **Indikationen:** Anfälligkeit gegen eitrige Infektionen aller Art, septische Prozesse, schlecht heilende Wunden, Phlegmonen, Erkältungen, insbesondere Schleimhautkatarrhe und grippele Infekte. **Kontraindikationen:** Nicht bekannt. DRELUJO PHARMAZEUTIKA, 3253 Hess. Oldendorf 1

Dosierung: Wenn nicht anders verordnet, am ersten Tag 3- bis 4mal täglich 20 bis 30 Tropfen, dann 3mal täglich 20 Tropfen in etwas Wasser einnehmen. **Handelsformen und Preise:** Tropfflasche mit 30 ml DM 8,70, 100 ml DM 22,80, Klinikpackungen.



tor definitionsgemäß nachweisbar ist. Die seropositive Polyarthrit, die beim Kind nur mit fünf bis zehn Prozent an den chronischen Arthritiden beteiligt ist, stellt die einzige Form dar, die wir mit dem Erwachsenenalter gemeinsam haben. Sie ist leider durch eine rasch fortschreitende Knorpel- und Knochenschädigung gekennzeichnet.

Die frühkindliche Oligoarthrit beginnt bereits beim älteren Säugling und Kleinkind bis zum sechsten Lebensjahr, mit Gipfel im zweiten bis vierten Lebensjahr, wobei wieder überwiegend Mädchen erkranken. Die Prognose dieser Verlaufsform ist auf weite Sicht vor allem durch eine chronische Iridozyklitis mit hoher Rate an Defektheilungen belastet.

Eine zweite oligoartikuläre Form wird als Sakroiliitis-Typ bezeichnet, befällt überwiegend Jungen nach dem sechsten bis zehnten Lebensjahr und stellt noch eine recht heterogene Gruppe dar, die sich mit der juvenilen Spondylarthrit überlappt. Die Sakroiliitis, die oft mit einer Steilstellung der Lendenwirbelsäule einhergeht, geht glücklicherweise nur bei einem Teil der Patienten nach dem zwanzigsten Lebensjahr in die Spondylitis ankylosans (mit typischen Osteophyten und Syndesmophyten) über.

Eine besondere Bedeutung kommt beim Kind der Augenbeteiligung in Form der Iridozyklitis zu. Vor allem bei der frühkindlichen Form der Oligoarthrit kommt es zu chronischen Entzündungen der Augenvorderkammer mit einem hohen Prozentsatz an Defektheilungen mit Minderung der Sehfähigkeit bis zur Erblindung.

Ein weiteres Problem bei der chronischen Polyarthrit im Kindesalter stellen die Wachstumsstörungen dar. Die arthritischen Wachstumsfugen reagieren unterschiedlich, mit gesteigerter oder fehlerhafter Entwicklung. Erst in den letzten Jahren wurde erkannt, daß nicht nur die Arthrit selbst, sondern auch die ungenügende Belastung das Wachstum vermindert.

Die therapeutischen Maßnahmen zielen darauf hin, die Entzündung einzudämmen und zu überwinden, die Gelenkfunktion zu erhalten, Subluxationen und Achsenfehlstellungen zu vermeiden und dem Kind eine möglichst altersgemäße Entwicklung zu sichern. Die Erstellung eines indivi-

duellen Behandlungsplanes ist notwendig. Die beiden wichtigsten Säulen bilden die medikamentöse Therapie und die krankengymnastische Behandlung. Beides muß gleichzeitig beginnen. Operative Maßnahmen können vor allem im Verlauf schwerer Formen notwendig werden. Besonders wichtig ist die Lebensführung und soziale Betreuung des Kindes und seiner Eltern, wobei häufig die schulische Förderung sowie die berufliche Ausbildung und Eingliederung im Vordergrund stehen.

Beim Kind werden ähnliche Medikamente angewandt wie beim Erwachsenen; in erster Linie nicht-steroidale Antiphlogistika. Sie werden bei schweren Verläufen mit den Langzeit- oder Basismedikamenten kombiniert. Kortikosteroide sind beim Kind soweit wie möglich zu vermeiden. Sie wirken zwar hervorragend entzündungs- und schmerzhemmend, auf weite Sicht überwiegen jedoch die Nachteile ihrer katabolen Wirkung auf das Skelettsystem bis hin zum Wachstumsstillstand, der Nekrose der Hüftköpfe und Impressionsfrakturen der Wirbelsäule. Lokal können die Kortikoide für die Behandlung hilfreich sein.

Eine ursächliche Behandlung ist weiterhin nicht möglich. Deshalb müssen alle therapeutischen Möglichkeiten unter Einschluss einer funktionell orientierten krankengymnastischen Behandlung und Ergotherapie genutzt werden, um bei den Kindern ein möglichst gutes Ergebnis zu erzielen. Insbesondere der Hausarzt sollte den oft verzweifelten Eltern Zuversicht und Mut zusprechen, um sie für eine Langzeittherapie zu gewinnen und zu führen.

Professor Dr. L. Mannerfelt, Villingen:

Welche Hilfe bietet die Handchirurgie dem Rheumatiker?

Die moderne Rheumahandchirurgie stammt aus Skandinavien, besonders aus Finnland, wo nördlich von Helsinki das erste integrierte Rheumakrankenhaus der Welt entstand. Aus der dort praktizierten intensiven Kooperation zwischen Internist-tätigen Rheumatologen und Rheumachirurgen resultierte ein System rationeller Therapie bei Patienten mit rheumatoider Arthritis. Dieses Behandlungsprinzip wurde in Deutschland und Amerika bis heute nicht hinreichend

beachtet, so daß hier der Patient viel zu spät zum Handchirurgen kommt und deshalb in der Bundesrepublik Deutschland viel zuviel rekonstruktive Späteingriffe mit begrenztem Erfolg durchgeführt werden müssen.

Der Handchirurg arbeitet mit dem rheuma-orthopädischen Chirurgen zusammen und stellt einen integrierten Behandlungsplan auf. Zusätzlich wird ein Team benötigt mit einer speziell ausgebildeten Krankengymnastin, einem Orthopädietechniker, einer Arbeitstherapeutin und eventuell auch einem Psychologen.

Nach den bisher vorliegenden Erfahrungen ist eine frühzeitige Operation in Form der Gelenksynovektomie und der Flexortenosynovektomie einer späteren rekonstruktiven Chirurgie unbedingt vorzuziehen.

Die operativen Behandlungsmöglichkeiten bestehen in drei prinzipiell unterschiedlichen Operationstypen:

- Präventive bremsende Operationen,
- Intermediäre Operationen, zum Beispiel gegen Schmerzen; Spätsynovektomien bzw. Karpaltunnelspaltungen und
- rekonstruktive Eingriffe.

Nur durch eine frühzeitige Chirurgie, unterstützt durch feste Zusammenarbeit mit den Hausärzten, ist eine Reduktion der langen Leidenszeit der Patienten zu erreichen.

*Professor Dr. K. L. Schmidt,
Bad Nauheim:*

Möglichkeiten und Grenzen der physikalischen Therapie rheumatischer Erkrankungen

Die physikalische Therapie ist kein Adjuvans, sondern eine eigene Therapieform. Sie hat deshalb auch ihre eigenen Indikationen und Kontraindikationen und unterscheidet sich dadurch in keiner Weise von anderen Behandlungsmöglichkeiten. Sie ist gegenüber der Pharmakotherapie gleichberechtigt und keine „grüne Alternative“. Oft ermöglicht erst die Gabe von nicht-steroidalen Antirheumatika eine physikalische Therapie (spezielle Bewegungstherapie). Die physikalische Therapie ist nicht nur rein symptomatisch wirkend, sondern kann auch einzelne kausalwirksame Effekte haben.

Sowohl die milde hypertherme Therapie mit Moorbädern als auch die Kältetherapie wirken antiphlogistisch, die hypertherme Behandlung ist Lymphozyten-stimulierend, die Kälteanwendung ist über eine physikalische Entzündungshemmung mehr analgetisch wirksam. Letztere kommt eher für die akuten entzündlichen Reaktionen, erstere für die chronischen Verläufe in Betracht. Bei stark akut entzündlicher Reaktion ist eine kurzfristige Ruhigstellung des Gelenkes, bei chronisch entzündlichem Verlauf eher eine Bewegungstherapie angezeigt. Erst nach Schmerzlinderung und Entzündungsbekämpfung ist der Muskelatrophie durch eine entsprechende krankengymnastische Behandlung zu begegnen.

Professor Dr. W. Osswald, Porto:

Möglichkeiten und Grenzen der Pharmakologie rheumatischer Erkrankungen

Die Entzündungssymptome bei rheumatischen Erkrankungen sind die Kardinalsymptome von Celsius, nämlich Wärme, Rötung, Schwellung und Schmerz. Hinzuzufügen ist noch die Beeinträchtigung oder der Verlust der Funktionsfähigkeit.

Die Pharmakologie muß sich auf die Bekämpfung folgender Kardinalsymptome konzentrieren:

- Die Schmerzbekämpfung erfolgt in besonders ausgeprägten Fällen mit zentralwirkenden Analgetika oder besser mit nicht-steroidalen, auch antiphlogistisch wirkenden Antirheumatika, von denen sich das Ibuprofen durch eine relativ geringe gastrointestinale Nebenwirkungsrate auszeichnet. Auch kommt die Kombinationsbehandlung zwischen nicht-steroidalen Antiphlogistika, Salizylaten und Paracetamol in Betracht. Eng verbunden mit der Schmerzlinderung ist die
- Beeinflussung der funktionellen und phlogistischen Erscheinungen, für die wiederum die nicht-steroidalen Antiphlogistika an erster Stelle stehen, nachdem die Pyrazolderivate wegen der Agranulozytosegefahr in Verruf geraten sind. Referenzsubstanz ist nach wie vor das Indometacin, an dem sich die Propionsäurederivate und die neueren Oxycame zu messen haben. Ihnen gegenüber stehen

die sicher wirksameren, aber auch nebenwirkungsreicheren Kortikosteroide, unter denen Prednisolon, Prednison und Methylprednisolon als Standardpräparate zu gelten haben. Diese Substanzen sollten nur mit Bedacht und möglichst nur kurzfristig eingesetzt werden. Dabei ist immer zu bedenken, daß der Anfang sehr leicht, das Aufhören aber außerordentlich schwierig zu sein pflegt.

- Eine kausale Therapie ist bei der Arthritis urica und in seltenen Fällen bei einzelnen septischen Arthritiden möglich.
- Eine Änderung des Krankheitsgeschehens ist auch mit einer Reihe von sogenannten Basistherapeutika (besser Langzeittherapeutika) wie Gold, Chloroquin, D-Penicillin und mit Salazopyrin möglich.

Die medikamentösen Bemühungen bringen oft nur vorübergehende Besserungen, gehen zum Teil mit beachtlichen Nebenwirkungen einher und sind bisher leider vorwiegend als symptomatisch anzusehen. Insbesondere bei stärkeren subjektiven Beschwerden besteht immer die Versuchung zum therapeutischen Mißbrauch (insbesondere mit Kortikosteroiden) und zur Polypragmasie mit sogenannten Kuren. Oft wird die medikamentöse Behandlung unberechtigt gegenüber anderen Behandlungsarten, wie chirurgische Interventionen, physikalische Therapie, Psychotherapie und Rehabilitation, überbewertet.

Privatdozent Dr. Dr. H.-H. Raspe, Hannover:

Psychosoziale Probleme des chronischen Rheumakranken

Der zumeist chronische Verlauf rheumatischer Erkrankungen bürdet dem Betroffenen für den Rest seines Lebens zum Teil erhebliche Lasten auf, zu denen materielle, wie Geldnot durch Arbeitslosigkeit, und immaterielle Ängste und Sorgen gehören. Dies gilt gleichermaßen für degenerative, weichteilrheumatische und chronisch entzündliche Erkrankungen. Die chronische Polyarthritik kann hierbei als Musterbeispiel gelten: sie ist ätiologisch ungeklärt, selten heilbar oder lebensbedrohend, jedoch immer beschwerlich, fortschreitend und anhaltend kontroll- und behandlungsbedürftig.

Je länger und schwerer eine chronische Polyarthritik verläuft, desto riskanter berührt sie nicht nur die körperliche, sondern auch die soziale und seelische Verfassung des Kranken. Schmerz, Schwäche, Behinderung und Gestaltveränderung bedingen psychosoziale Störungen und Lasten. Bei derartigen Patienten ist eine systematisch erweiterte und individuell vertiefte Diagnostik nötig. Dazu stehen drei Methoden zur Verfügung: das ärztliche Gespräch, das Interview, der Fragebogen bzw. der psychometrische Test. Das ärztliche Gespräch eignet sich besonders gut, um sich auf verschiedenen Ebenen eine Problemübersicht zu verschaffen. Zur individuellen Vertiefung spezieller Probleme dient das fokussierende Interview. Der hochstandardisierte Test bietet sich vor allem für die Verlaufskontrolle an.

Schmerzbedingte Behinderungen spielen oft eine Rolle, auch für die sexuellen Beziehungen des Patienten. Dieser Problembereich wird im einfachen ärztlichen Gespräch selten, im gezielten Interview jedoch leichter transparent werden. Alle Kranken gehen durch Täler von Niedergeschlagenheit, Angst, Sorge, vielleicht auch Wut und Ärger. Eine klinisch relevante Depressivität und Ängstlichkeit ist aber selten.

Angesichts der Vielzahl und Verschiedenheit der Auswirkungen eines chronischen rheumatischen Leidens ist der Patient auf die Hilfe ganz unterschiedlicher Fachleute, Helfer und Menschen angewiesen. Für die systematische Behandlung braucht er seinen Hausarzt, einen Internisten und rheumatologisch-orientierten Orthopäden. Auch eine krankengymnastische Therapie ist häufig unumgänglich. Für das Behinderungsproblem ist bei uns in erster Linie die Ergotherapeutin zuständig. Die Sozialarbeiterin prüft, ob ein Schwerbehindertenausweis eine gewisse Arbeitsplatzsicherheit geben kann. Die eventuelle Umsetzung im Betrieb ist Sache des Betriebsarztes bzw. des Vertrauensmannes für Schwerbehinderte. Der sozialen Isolation wirken am ehesten Familienmitglieder entgegen. Oft sind aber auch Laienhelfer, zum Beispiel die Arbeitsgemeinschaft der Deutschen Rheuma-Liga, hilfreich.

Referent:

Dr. med. A. Paetzke, Internist, Behringersdorfer Straße 5 a, B501 Schwaig

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.

Oberbayern

Moosburg, Lkr. Freising:
1 HNO-Arzt

Landsberg, Lkr. Landsberg/Lech:
1 Hautarzt

Landkreis Neuburg-Schrobenhausen:
1 Hautarzt

Bewerbungen bitte an die Bezirksstelle Oberbayern der KVB, Eisenheimerstraße 39, 8000 München 21, Telefon (089) 57 09 30.

Oberfranken

Lichtenfels:
1 Augenarzt

Rödental, Lkr. Coburg:
1 HNO-Arzt

Hof/Saale:
1 Hautarzt

Kronach:
1 Internist

Münchberg, Lkr. Hof:
1 Internist
(Praxisübernahmemöglichkeit)

Bewerbungen bitte an die Bezirksstelle Oberfranken der KVB, Brandanburger Straße 4, 8580 Bayreuth, Telefon (09 21) 29 21.

Mittelfranken

Nürnberg:
1 Allgemein-/praktischer Arzt
(Praxisübernahmemöglichkeit)

Landkreis Nürnberger Land:
1 Allgemein-/praktischer Arzt

1 Allgemein-/praktischer Arzt
(Gemeinschaftspraxis)

Gunzenhausen:
1 Chirurg

Landkreis Nürnberger Land:
1 HNO-Arzt

Nürnberg:
1 Hautarzt
(Praxisübernahmemöglichkeit)

Landkreis Roth/Schwabach:
1 Hautarzt

Landkreis Ansbach:
1 Internist

Landkreis Fürth:
1 Internist
(Praxisgemeinschaft)

Nürnberg:
1 Internist
(Praxisgemeinschaft)

2 Internisten
(Praxisübernahmemöglichkeiten)

Landkreis Nürnberger Land:
1 Internist
(Gemeinschaftspraxis)

Landkreis Weißenburg-Gunzenhausen:
1 Internist
(Gemeinschaftspraxis)

Nürnberg:
1 Orthopäde
(Praxisübernahmemöglichkeit)

Bewerbungen bitte an die Bezirksstelle Mittelfranken der KVB, Vogelsgarten 6, 8500 Nürnberg 1, Telefon (09 11) 46 27-307 (Frau Gresens / Herr Hubatschek).

Unterfranken

Obernburg-Eisenbach, Lkr. Miltenberg:
1 Allgemein-/praktischer Arzt

Oberaurach, Lkr. Haßberge:
1 Allgemein-/praktischer Arzt

Erlenbach/Klingenberg, Lkr. Miltenberg:
1 Augenarzt

Ebern/Eltmann-Ebelsbach/Haßfurt, Lkr. Haßberge:
2 Augenärzte

Gerolzhofen, Lkr. Schweinfurt:
1 Augenarzt

Alzenau, Lkr. Aschaffenburg:
1 HNO-Arzt

Karlstadt/Marktheldenfeld, Lkr. Main-Spessart:
1 HNO-Arzt

Haßfurt/Ebern, Lkr. Haßberge:
1 HNO-Arzt

Bad Neustadt/Bad Königshofen, Lkr. Rhön-Grabfeld:
1 HNO-Arzt

Bad Neustadt, Lkr. Rhön-Grabfeld:
1 Hautarzt

Karlstadt/Marktheldenfeld, Lkr. Main-Spessart:
1 Hautarzt

Marktheldenfeld, Lkr. Main-Spessart:
1 Internist

Erlenbach, Lkr. Miltenberg:
1 Kinderarzt

Planungsbereich Kitzingen, Lkr. Kitzingen:
1 Kinderarzt

Bad Brückenau, Lkr. Bad Kissingen:
1 Kinderarzt

Bewerbungen bitte an die Bezirksstelle Unterfranken der KVB, Hofstraße 5, 8700 Würzburg, Telefon (09 31) 307-0.

Oberpfalz

Kirchenthumbach, Lkr. Neustadt/WN:
1 Allgemein-/praktischer Arzt

Sulzbach-Rosenberg, Lkr. Amberg-Sulzbach:
1 Augenarzt

Vohenstrauß, Lkr. Neustadt/WN:
1 Augenarzt

Eschenbach, Lkr. Neustadt/WN:
1 Augenarzt

Nabburg, Lkr. Schwandorf:
1 Augenarzt

Kemnath, Lkr. Tirschenreuth:
1 Augenarzt

Roding, Lkr. Cham:
1 Frauenarzt

Waidmünchen, Lkr. Cham:
1 Frauenarzt

Landkreis Cham:
1 HNO-Arzt

Landkreis Schwandorf:
1 HNO-Arzt

Landkreis Chem:
1 Hautarzt

Landkreis Tirschenreuth:
1 Hautarzt

Vohenstrauß, Lkr. Neustadt/WN:
1 Internist

Vohenstrauß, Lkr. Neustadt/WN:
1 Kinderarzt

Eschenbach, Lkr. Neustadt/WN:
1 Kinderarzt

Landkreis Tirschenreuth:
1 Nervenarzt

Bewerbungen bitte an die Bezirksstelle Oberpfalz der KVB, Yorckstraße 15/17, 8400 Regensburg, Telefon (09 41) 37 82-0.

Niederbayern

Dingolfing, Lkr. Dingolfing-Landau:
1 Augenarzt

Rottenburg a. d. Laaber, Lkr. Landshut:
1 Augenarzt

Hauzenberg, Lkr. Passau:
1 Augenarzt

Landkreis Passau und kreisfreie Stadt Passau:
1 Hautarzt

Pfarrkirchen, Lkr. Rottal/Inn:
1 Hautarzt
(Praxisübernahme)

Regen, Lkr. Regen:
1 Hautarzt

Rottenburg a. d. Laaber, Lkr. Landshut:
1 Kinderarzt

Waldkirchen, Lkr. Freyung-Grafenau:
1 Kinderarzt

Bewerbungen bitte an die Bezirksstelle Niederbayern der KVB, Lillenstraße 5-9, 8440 Straubing, Telefon (09 421) 2 30 61.

Schwaben

Dillingen oder Wertingen, Lkr. Dillingen:
1 Hautarzt

Bewerbungen bitte an die Bezirksstelle Schwaben der KVB, Frohsinnstraße 2, 8900 Augsburg, Telefon (08 21) 32 56-0.