



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

Juli 1989

Zur Kenntnis genommen:

Ärztin oder Arzt im Praktikum, im vergangenen Jahr noch heftiger „Diskussionsgegenstand“, sind Wirklichkeit geworden. Sie treten ihren Dienst – vorwiegend im Krankenhaus – nicht anders an als ihre Kolleginnen und Kollegen in den Jahren zuvor. Ihre Kenntnisse sind die gleichen wie die ihrer Vorgänger – theoretisch überraschend gut –, sie freuen sich darauf, endlich in der Klinik, am Krankenbett arbeiten zu dürfen. Aber – so argumentieren manche – es besteht ein schwerwiegender Unterschied, der AiP-Status habe einen gravierenden Mangel: Der junge Arzt hatte eine ärztliche Approbation, der Arzt im Praktikum hat lediglich eine Arbeitserlaubnis. Damit nicht genug: Er darf nur unter Aufsicht approbierter Ärzte tätig und seinem Ausbildungsstand entsprechend eingesetzt werden. Schon im vergangenen Jahr habe ich darauf hingewiesen, daß der Unterschied zwischen dem, was ein „Anfängerarzt“ mit Approbation durfte und ein AiP jetzt tun darf, wie er angeleitet und beaufsichtigt werden muß, keineswegs so gravierend ist („Bayerisches Ärzteblatt“, Juli 1988, Seite 257 f.). Wenn sich ein verantwortlicher Arzt an der von mir dargestellten Rechtsprechung des Bundesgerichtshofes orientiert, die für junge approbierte Ärzte entwickelt wurde, liegt er auch beim AiP richtig.

Natürlich ist dies nicht das einzige Problem. Es muß uns alle tief deprimieren, wenn junge Kolleginnen und Kollegen, die fleißig und voller Hoffnungen und Idealismus ihr Medizinstudium zu Ende gebracht haben, dann mit einer monatlichen Entschädigung von 1500 DM abgefunden werden nach dem Grundsatz der „Kostenneutralität“ und der Leitlinie, daß möglichst drei AiPs auf einer Assistentenstelle untergebracht werden sollen. Mit Bezahlung für ärztliche Arbeit hat das nur am Rande zu tun. Es ist auch – und vorwiegend! – ein Arbeitsmarktproblem. Für rund 12 000 frisch approbierte Ärztinnen und Ärzte standen vor Einführung des AiP rund 5000 bezahlte Assistentenstellen zur Verfügung. 5000 Glückspilzen, die eine bezahlte Stelle fanden, standen also 7000 tief Enttäuschte gegenüber, die vergeblich an die

Türen der Krankenhäuser klopfen, oder denen bestenfalls gestattet wurde, ohne Gehalt als „Gastärzte“ zu kommen. Der AiP-Status eröffnet die Chance, den jungen Kolleginnen und Kollegen jedenfalls für eineinhalb Jahre Arbeits- und Ausbildungsmöglichkeit am Patienten anzubieten.

Ist das Nachwuchsproblem damit gelöst? Ich meine, keineswegs. Es macht uns Sorge, daß zwar rund 600 Studienabgänger vom Herbst 1988 offenbar Stellen gefunden haben, aber für weitere Examensjahrgänge bereits Engpässe befürchtet werden. Natürlich wissen wir, daß Assistentenstellen, die dann mit AiPs besetzt werden können, nur Schritt für Schritt frei werden. Wartezeiten dürften also unvermeidbar sein. Wir können nur hoffen, daß in absehbarer Zeit genügend Stellen zur Verfügung stehen, um diese Wartezeit kurz zu halten. Schon früher habe ich darauf hingewiesen, daß Stellen für AiPs in der freien Praxis nur sehr begrenzt erwartet werden können. Das neue Kassenzulassung verlangt, daß jeder Bewerber um eine Kassenzulassung sechs Monate Tätigkeit als Vertreter oder Assistent, das heißt nach der Approbation, in einer Kassenpraxis nachweisen muß. Es wird nicht leicht sein, genügend Kassenärzte zu finden, die einen jungen Arzt für diese Zeit aufnehmen. Hier spielt vor allem die Frage der Bezahlung – es handelt sich ja dann um voll approbierte Ärzte – eine bedeutende Rolle. Der Gedanke, die Kassenärztliche Vereinigung, also die Gesamtheit der Kassenärzte, könnte entsprechende Gelder aus der ohnedies gedeckelten Gesamtvergütung abzweigen, ist bei niederen oder gar sinkenden Punktwerten reines Wunschdenken. Angesichts solcher Schwierigkeiten ist es erfreulich, daß von 838 AiPs, die bisher bei der Landesärztekammer gemeldet sind, 606 in Krankenhäusern, aber auch 83 in einer Praxis Aufnahme gefunden haben.

Die Kammer hat es übernommen, die sechs in der Approbationsordnung vorgeschriebenen Ausbildungsveranstaltungen von zwei bis drei Stunden,

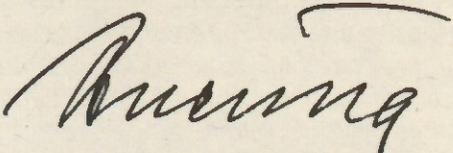
welche jeder AiP absolvieren muß, auszurichten. Wir bieten zwei berufskundliche Seminare an, die an einem Tag absolviert werden können. Für die vier weiteren wird eine große Zahl von wissenschaftlichen Fortbildungsveranstaltungen in Bayern angeboten. Soweit sie uns zur Veröffentlichung gemeldet werden, sind sie im „Bayerischen Ärzteblatt“ besonders gekennzeichnet.

Wir können also nur hoffen, daß für die AiP-Zeit in Bayern genügend Arbeitsplätze zur Verfügung stehen und die sonstigen Voraussetzungen für die Approbation ohne Erschwernisse erfüllt werden können. Die erste berufskundliche Ausbildungsveranstaltung für AiPs hat inzwischen im Ärztehaus Bayern stattgefunden. Sie war voll ausgebucht. Alle mitwirkenden Referenten – Ärzte, Juristen und Verwaltungsfachleute – bemühten sich, den jungen Kolleginnen und Kollegen die vielen Bereiche ärztlicher Berufskunde nahezubringen. Sie waren am Morgen ein bißerl skeptisch, wie es wohl laufen wird. Beim gemeinsamen Mittagessen gab es guten Zuspruch und Appetit. Nach Abschluß konnte man allgemeine Freude über das große Interesse und die lebhaftige Beteiligung der jungen Kolleginnen und Kollegen registrieren. Die „Mühlbaurstraße“ freute sich über so nette junge Gäste.

So weit, so gut. Doch das befreit uns nicht von der Frage, wie es weitergehen soll. Sie stellt sich in doppelter Hinsicht. Es geht darum, ob die Zahl der bereitgestellten oder noch bereitzustellenden AiP-Stellen ausreicht, damit alle Studienabgänger eine Stelle finden können. Wartezeiten, das habe ich schon betont, wird es geben. Nun konnte man lesen, der Hartmannbund habe die AiPs aufgerufen, „massiven Druck auf ihre jeweilige Landesregierung auszuüben, daß diese sich in Bonn für eine Rücknahme der AiP-Regelung einsetzt“. Statt des AiP fordere der Hartmannbund, so heißt es, „eine Verkürzung der Studienzeit auf fünf Jahre und eine sich daran anschließende mindestens dreijährige Weiterbildung“. Ich frage mich, was damit gewonnen wird. Wenn der AiP wegfällt, stehen wieder planmäßige Assistentenstellen mit voller Bezahlung zur Verfügung. Aber – was bedacht werden sollte – nur ein Drittel. Von drei derzeitigen AiPs, die untergebracht sind, wären also dann zwei von Anfang an arbeitslos. Die AiP-Zeit als Abschluß der Ausbildung und zugleich erster Abschnitt ärztlicher Berufstätigkeit ist immer noch die bessere Lösung. Richtig wäre es aus unserer ärztlichen Sicht, keine Assistentenstellen abzubauen und die AiP-Stellen zusätzlich einzurichten. Dabei denken wir nicht nur an die Interessen des ärztlichen Nachwuchses, sondern auch an die Qualität der ärztlichen Versorgung im Krankenhaus. Wir müssen aber einsehen, daß die Vorstellung, der Staat habe für die AiPs aufzu-

kommen, also eine Art Referendariatslösung einzuführen, zwar lobenswert und anzuerkennen, aber leider wirklichkeitsfern ist. Es gibt dafür keine politische Realisierungsmöglichkeit. Fünf Jahre Studium plus drei Jahre Weiterbildung statt sechs Jahre Studium und AiP-Zeit einzuführen, ist keine Alternative. Die Umstellung der ärztlichen Ausbildung auf dieses Modell ist möglich, sie erfordert aber eine Übergangszeit von vielen Jahren. Das habe ich vor zwei Monaten im „Bayerischen Ärzteblatt“ ausführlich dargelegt und in der Vertreterversammlung der Kassenärztlichen Bundesvereinigung vor wenigen Wochen in Berlin noch einmal begründet. Man kann das „fünf plus drei Modell“ keinesfalls als Ersatz für die AiP-Zeit anbieten, ganz abgesehen von der Gretchenfrage, wo die nachwachsenden Kollegen eine Planstelle für drei Jahre Weiterbildung finden sollen.

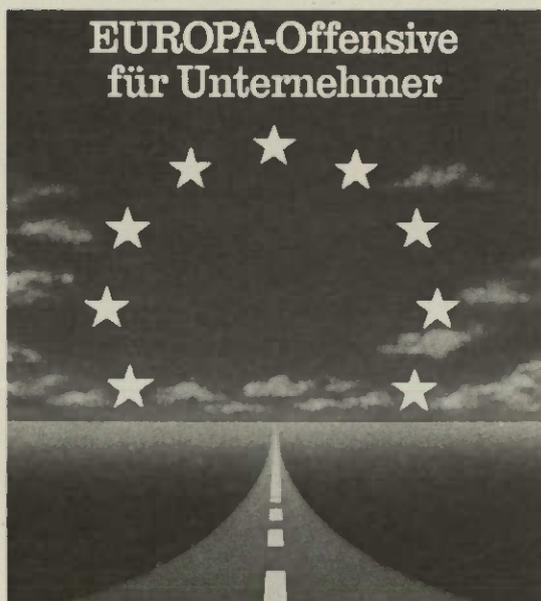
An der zentralen und entscheidenden Frage, was aus dem Nachwuchs wird, wenn die AiP-Zeit vorüber ist, führt nun einmal kein Weg vorbei. Die Kostenträger werden einer fühlbaren Vermehrung der Assistentenstellen nicht zustimmen. Sie müssen als nächstes die aus unserer Sicht erfreulichen Tarifverbesserungen bei unserem Pflegepersonal verkraften. Das wird nicht ohne fühlbare Erhöhung der Pflegesätze möglich sein. Unter dem Zwang der Beitragssatzstabilität keine leichte Aufgabe! Wir müssen nüchtern davon ausgehen, daß nur etwa 40 Prozent der Nachwuchsärzte eine Chance haben werden, eine Assistentenstelle zu finden, um eine Weiterbildung zu durchlaufen und abzuschließen. Die anderen, also 60 Prozent, werden versuchen, nach derzeitigem Recht die Voraussetzungen für die Zulassung als praktischer Arzt mit weiteren sechs Monaten in einer allgemeinmedizinischen Praxis zu erfüllen, es sei denn, sie finden eine andere Tätigkeit oder sie resignieren. Wie aber – so muß man fragen – sollen so viele Kolleginnen und Kollegen in der hausärztlichen Praxis genügend Patienten und damit eine ausreichende Existenzgrundlage finden? Schon oft genug habe ich den Finger in die schmerzhafteste Wunde gelegt. Unser Problem ist die Überzahl an Ärzten, für die es keine Arbeitsplätze am Beginn der Berufslaufbahn gibt und kein ausreichendes Arbeitsgebiet im späteren Berufsleben, sei es im Krankenhaus oder in der freien Praxis. Wann endlich sind die politisch Verantwortlichen bereit, den Zustrom einzudämmen, damit sich das „Licht am anderen Ende des Tunnels“ wenigstens erahnen läßt?



Professor Dr. Dr. h. c. Sewering

Neu: Schnell-Informationen-System zum Binnenmarkt 1992. Mit Computer-Service.

Ab 1993 soll Europa ein einziger großer Markt sein: Ein Markt ohne Grenzen, ein Markt mit 320 Millionen Verbrauchern. Unser **EuroBLOCK** gibt Auskunft über



die Perspektiven des Binnenmarktes 1992, über Rechtsvorschriften, Verordnungen und Bestimmungen, über EG-Fördertöpfe und Informationsstellen. Der EuroBLOCK wird ergänzt durch konkrete Handlungsimpulse und gezielte, aktuelle Informationen aus unserer **ECR-Daten-**

bank. Mit unseren Euro-Computer-Reports verschaffen wir den entscheidenden Informationsvorsprung. Die Unterlagen sind bei uns abrufbereit. Wir machen den Weg frei.



Volksbanken Raiffeisenbanken

Elektive Ulkuschirurgie: Derzeitiger Stand und Perspektiven

von H. Bauer

- Herrn Professor Dr. F. Holle zum 75. Geburtstag -

Mit der Einführung von Cimetidin als erstem klinisch einsetzbarem H_2 -Rezeptorantagonisten ist seit Ende der siebziger Jahre ein grundlegender Wandel in der Behandlung des Gastroduodenalulkus eingetreten. Gleichzeitig wurde die klinische Forschung auf diesem Gebiet enorm befruchtet. Dies gilt nicht nur hinsichtlich der Entwicklung effektiverer Therapiemöglichkeiten, sondern auch für Untersuchungen zum Spontanverlauf der Erkrankung, zu den Heilungsraten bei unterschiedlichsten Behandlungsprinzipien, den Rezidivraten ohne und mit Therapie und der Möglichkeit und Notwendigkeit einer medikamentösen Langzeitprophylaxe. Aufbauend auf der klassischen Theorie von der Imbalance zwischen aggressiven und protektiven Schleimfaktoren in der Ulkuspato-genese hat sich die Hemmung vor allem der nächtlichen Säuresekretion durch H_2 -Blocker weltweit als wohl wichtigstes und wirksamstes Behandlungsverfahren durchgesetzt. Andere Sekretionshemmer und Medikamente zur Förderung der Schleimhautresistenz haben sich weniger durchgesetzt. Während der letzten Jahre wird aber auch zunehmend eine mögliche infektiöse Genese der Ulkusläsionen durch *Campylobacter pylori* diskutiert und eine antimikrobielle Therapie favorisiert.

Die Behandlung des akuten Ulkuschubes bereitet somit heute in aller Regel keine Probleme mehr. Da es sich aber bei der Ulkuskrankheit um ein chronisch-rezidivierendes Leiden handelt, werden nach allen Schubtherapien bei weiterem Spontanverlauf hohe Rezidivraten beobachtet. Um so größere Bedeutung hat deshalb die Verhütung des Ulkusrezidivs. Hier stehen sich medikamentöse Langzeitbehandlung und chirurgische Therapie als Alternativen gegenüber. Die Tatsache, daß heute mit H_2 -Rezeptorantagonisten eine sichere und gesicherte, nebenwirkungsarme und vor allem auch einfache Therapie nicht nur des Ulkuschubes, sondern auch eine wirksame Langzeitrezidivprophylaxe möglich ist, hat vielfach dazu geführt, der Chirurgia nur noch eine Berechti-

gung bei den Ulkuskomplikationen zuzubilligen. Handelt es sich bei der elektiven Ulkuschirurgie heute wirklich nur noch um eine Ultima ratio oder hat sie nach wie vor ihren festen Platz im Behandlungskonzept der Ulkuskrankheit?

Operationshäufigkeit nach Einführung der H_2 -Blocker

Die Entwicklung während der letzten zehn Jahre scheint dagegen zu sprechen. Seit 1977 (Einführung von Cimetidin) ist, wie in allen westlichen Industrieländern so auch in der Bundesrepublik Deutschland, die Zahl der elektiven Ulkusoperationen drastisch um bis zu 60 Prozent und mehr zurückgegangen. Dieser „Pillenknick“ drückt sich nicht nur in den sinkenden Operationszahlen, sondern auch in einer Abnahme der Hospitalisationsfrequenz und Hospitalisationsdauer der Ulkuskranken aus. Verstärkt wurde diese Entwicklung allerdings durch eine schon in den Jahren zuvor festzustellende Abnahme der Inzidenz der Ulkuskrankheit. Trotz Verbesserung der konservativen Therapiemöglichkeiten ist die Zahl der zu operierenden Ulkuskomplikationen (Perforation, Blutung, Stenose) über die Jahre hinweg praktisch konstant geblieben. Dies bedeutet, daß sich bei den Ulkusoperationen die Relation unkompliziertes/kompliziertes Ulkus zuungunsten des unkomplizierten deutlich verschoben hat. Zumindest für einen Teil der Ulkuskranken trifft die Annahme zu, daß durch die konservative Therapie, ob nun als Schubtherapie oder als kontinuierliche Langzeitbehandlung durchgeführt, die Operation nicht umgangen, sondern lediglich hinausgeschoben werden kann.

Eine Rezidivwahrscheinlichkeit von 75 Prozent (davon 20 Prozent asymptomatisch) beim Ulcus duodeni innerhalb des ersten Jahres nach Kurativtherapie stellt die Basis für eine zu fordernde Langzeittherapie dar. 30 Prozent Rezidivrate während des ersten Jahres unter laufender medikamentöser Langzeitbehandlung mit weiterem Anstieg in den fol-

genden Jahren sollten die Basis bilden für Überlegungen, die Operation alternativ in die Überlegungen mit einzubeziehen. Es gilt deshalb, einerseits die Indikationen für eine Langzeittherapie, andererseits die Indikation zur Operation im Rahmen einer Langzeitbehandlung festzulegen.

Kriterien zur Langzeittherapie und zur Operationsindikation

Wann sollte also einem Ulkuskranken in der Praxis die chirurgische Therapie als mögliche Behandlungsalternative angeboten werden?

Es steht außer Frage, daß die Therapie bei Erstmanifestation eines Ulkus oder auch beim ersten Rezidiv, bei Patienten also, bei denen wir noch nicht von einer echten Ulkuskrankheit sprechen können, nur konservativ zu erfolgen hat. Eine endoskopische Diagnosesicherung bei diesen Fällen vor Einsatz von H_2 -Blockern ist obligat, wobei beim Ulcus duodeni bei weiteren Ulkusschüben und ähnlicher Symptomatik wie beim Erstulcus neuerliche endoskopische Kontrollen unterbleiben können. Die Indikation zu einer kontinuierlichen medikamentösen Langzeittherapie ergibt sich dann, wenn der individuelle Verlauf der Ulkuskrankheit und bestimmte anamnestische Faktoren des Patienten vorliegen. Dazu zählen mehr als zwei Rezidive pro Jahr mit immer kürzeren Intervallen zwischen den Ulkusschüben und längeren Abheilungsphasen bei der Schubtherapie sowie ein hoher Leidensdruck während des Ulkusschubes. Unter den anamnestischen Daten sollen vor allem vorausgegangene Komplikationen (Blutung, Perforation), schwere Begleiterkrankungen (kardial, Leberzirrhose, Niereninsuffizienz) und die Notwendigkeit ulkusbegünstigender Medikamente (Antirheumatika) Berücksichtigung finden.

Die Indikation zur medikamentösen Langzeittherapie und zur Ulkus-chirurgie trifft für ein identisches Patientenkollektiv zu. Sind die Kriterien für eine Langzeittherapie erfüllt, mit Ausnahme natürlich der schweren Begleiterkrankungen, die eine Kontraindikation gegen die Operation darstellen können, sollte der chirurgische Eingriff dem Patienten unbedingt als Alternative mitangeboten werden. Dies gilt um so mehr, wenn bereits eine medikamentöse Langzeittherapie ohne oder mit geringem

Bei venösen Beinleiden

Hepathrombin® hilft transepidermal.

Bei oberflächennahen venösen Symptomen.



2 x tägl.
topisch reicht

selbst-
regulierender
Heparin-
Speicher
über 12 Std.

Hepathrombin®

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: 100 g Salbe DM 38,55, 150 g Salbe DM 43,15, Anstaltspackungen. A 819-0. Stand 1/89.

ADENYL-CHEMIE GMBH · 1000 Berlin 10

Erfolg durchgeführt, oder wenn sie aus Gründen der Unverträglichkeit abgebrochen wurde, oder wenn primär schon individuelle Faktoren des Patienten für die Operation sprechen. Wir zählen dazu vor allem jüngere Patienten und Ulkuskranke mit mangelnder Einsicht und damit schlechter Compliance. Gerade bei der letztgenannten Gruppe besteht eine gute Indikation zur Operation. Aber auch echte Therapieversager nach H₂-Blocker-Medikation sind, obwohl kontrovers diskutiert, nach unserer Erfahrung keine schlechteren Kandidaten für die chirurgische Therapie, auch wenn der Vagotomie ein ähnliches Wirkprinzip zugrunde liegt.

Hinsichtlich der Entscheidungsfindung (ob und wann Operation) kommt dem Wunsch des Patienten große Bedeutung zu. Bei seiner Beratung wird er weniger ökonomischen Argumenten zugänglich sein, seine Entscheidung wird sich bei hohem Leidensdruck vor allem an der Rezidivwahrscheinlichkeit, aber auch an den primären Risiken orientieren. Diesbezüglich gilt es auch, die einzelnen Operationsverfahren, die heute standardisiert in der Ulkuschirurgie zur Anwendung kommen, gegeneinander abzuwägen.

Ulkuschirurgie: Verfahrenswahl und Resultate

Als Standardverfahren hat sich heute in der elektiven Chirurgie des Gastroduodenalulcus neben den klassischen Resektionsverfahren in der Modifikation nach Billroth I oder Billroth II vor allem die selektiv-proximale Vagotomie etabliert. Dieses von Holle vor 25 Jahren inaugurierte, weiterentwickelte und standardisierte nicht-resezierende Operationsverfahren hat sich heute weltweit als Primäroperation beim Ulcus duodeni durchgesetzt. Die Leistungsfähigkeit der einzelnen Operationen soll bezüglich Klinikmortalität, Rezidivhäufigkeit und postoperativen Folgeerkrankungen verglichen werden.

Klinikmortalität

Das primäre Risiko einer elektiven Ulkusoperation ist heute als äußerst gering anzusetzen. Die Klinikmortalität liegt für die selektive proximale Vagotomie (= SPV) auch in großen Serien praktisch bei 0 Prozent (in den Studien schwankend zwischen 0 und 0,5 Prozent). Die resezierenden Ein-

griffe sind demgegenüber mit einer deutlich höheren primären Operationssterblichkeit belastet, die auch in erfahrenen Zentren zwischen einem und zwei Prozent im Elektiveingriff liegt. Das Rekonstruktionsverfahren, ob nun in der Modifikation nach B-I, B-II oder nach Roux, hat hierbei keinen entscheidenden Einfluß.

Rezidivhäufigkeit

Die kumulativen Rezidivraten in Langzeitstudien (fünf bis zehn Jahre postoperative Beobachtungszeit) schwanken heute für die SPV zwischen fünf und zehn Prozent. Es liegen allerdings auch Erfahrungsberichte über große Serien mit einer deutlich niedrigeren als auch mit einer erheblich höheren Rezidivrate vor. Die SPV ist eine präparatorisch anspruchsvolle Operation. So hängen die Resultate wesentlich von der angewandten Technik (Ausmaß und Sorgfalt der Denervierung vor allem im Bereich des abdominellen Ösophagus und der Übergangszone am Angulus des Magens) und ganz erheblich auch vom Erfahrungsstand des Operateurs ab. Eine sehr ausgiebige Denervierung des Magens bis in das proximale Antrum bringt geringere Rezidivraten beim Ulcus duodeni, muß wegen eines entstehenden Motilitätsverlustes aber mit einer Pyloroplastik kombiniert werden. Die alleinige SPV mit Ulkusexzision (Dignität!) beim Ulcus ventriculi ist wegen unbefriedigender Ergebnisse abzulehnen. Die Kombination von SPV mit Pyloroplastik bringt hier ähnlich gute Ergebnisse wie beim Ulcus duodeni. Die Rezidivquoten nach Resektion liegen zwischen zwei und fünf Prozent, sofern sie als subtotale Resektion beim Ulcus duodeni durchgeführt wird. Beim Ulcus ventriculi wird allgemein der B-I favorisiert. Hier werden allerdings auch Rezidivraten zwischen fünf und zehn Prozent angegeben.

Postoperative Folgeerkrankungen

Darunter sind hier nicht die Störungen und Beschwerden zu verstehen, die auf einer fehlerhaften Operationsindikation oder auch auf mangelhafter oder inadäquater Operationstechnik beruhen. Als gewissermaßen systemimmanente Folgezustände nach Ulkusoperationen sind Magenentleerungsstörungen mit Völlegefühl und Erbrechen, das Dumping-Syndrom und die postoperative Diarrhoe zu nennen. Die beiden letztgenannten sind nach nicht-resezie-

renden Verfahren äußerst selten und werden, wenn überhaupt, nur in leichteren Formen, die diätetisch und medikamentös in der Regel gut beeinflussbar sind, beobachtet. Nach resezierender Ulkuschirurgie können Dumping-Beschwerden und Diarrhoe in Einzelfällen allerdings invalidisierend wirken und stellen letztlich einen größeren Mißerfolg als ein Ulkuszidiv dar. Postoperativ länger anhaltende Magenstase mit Retention und Nahrungserbrechen ist häufiger bei der alleinigen SPV ohne Drainageoperation, insbesondere dann, wenn diese trotz einer vorliegenden Stenose unterlassen wurde. Nach der Kombinationsoperation von SPV mit Pyloroplastik werden Retentionen nur selten beobachtet.

Zusammenfassend läßt sich feststellen, daß die SPV Infolge des geringsten operativen Risikos und der geringsten postoperativen Morbidität bei vertretbaren Rezidivraten heute als das Verfahren der Wahl in der elektiven Chirurgie des Ulcus duodeni zu empfehlen ist. Dies gilt in der Kombination mit Ulkusexzision und Pyloroplastik gleichermaßen auch für das Ulcus ventriculi, wobei hier heute allgemein noch der Resektion der Vorzug gegeben wird. Der Kombinationseingriff von Vagotomie mit Resektion (sogenannte AV-Resektion), der sicherlich die geringsten Rezidivraten aufweist, hat wegen der höheren Primärmortalität und höheren Rate an Folgeerkrankungen im Ersteingriff keine Berechtigung, er sollte Rezidivoperationen vorbehalten bleiben. Seltene Ausnahmen, bei denen von der generellen Empfehlung einer SPV beim Ulcus duodeni abgewichen werden muß, stellen die Patienten mit sogenannten antraler G-Zellhyperplasie dar. Sie können nicht-resezierend nicht behandelt werden, hier ist die Antrektomie obligat.

Perspektiven der Ulkuschirurgie

Einen wichtigen Punkt stellt bei den Diskussionen um die operative Verfahrenswahl und die Resultate der Ulkuschirurgie der Erfahrungsstand des operierenden Chirurgen dar. Die elektive Ulkuschirurgie steht heute zweifellos vor einem gewissen Dilemma. Bei den Erfolgen der medikamentösen Ulkusbehandlung in der Akut- wie auch in der Langzeittherapie und dem dadurch bedingten drastischen Rückgang der Operationsfrequenzen wird zwangsläufig der Erfahrungs-

stand der Chirurgen immer geringer. Andererseits werden die technischen Anforderungen bei den heute zur Operation kommenden schwereren Ulkusbefunden (langstreckige Stenosen, tiefe Ulkuspenetrationen, häufigere Pyloruskanalulzera) immer größer. Es kommt gewissermaßen nur noch eine Negativauslese zur Operation.

„There is no place for occasional elective ulcer surgery today, Occasional means less than 12/year“ (Alexander Williams, Sao Paolo, 1986). Dieser Minimalforderung, nämlich eine elektive Ulkusoperation pro Monat, können viele chirurgische Abteilungen nur mehr schwer genügen. Bei einer vor sechs Jahren an Universitätskliniken durchgeführten Umfrage ergab sich, daß im Durchschnitt nur noch 32 (6 bis 64) Ulkusranke pro Jahr und Klinik elektiv operiert wurden. Die Zahlen haben sich seither sicher noch weiter nach unten entwickelt. „Mägen“ sind zu einer Seltenheit in der Abdominalchirurgie geworden, sofern es sich nicht um Tumorchirurgie handelt. Die Probleme, die sich damit heute nicht nur hinsichtlich eines zu fordernden hohen Standards in der Ulkuschirurgie, sondern vor allem auch bezüglich der Weiterbildung der Chirurgen ergeben, müssen nicht besonders betont werden. Unter diesem Aspekt war auch die Forderung von fünf Vagotomien in den Weiterbildungsrichtlinien nicht aufrechtzuerhalten.

Bei den unbestreitbaren großen Erfolgen der medikamentösen Ulkusbehandlung wurde die Operation während der letzten Jahre meist nur noch als Ultima ratio angesehen. Diese Stellung kommt ihr sicherlich zu Unrecht zu. Gerade die SPV stellt heute ein risikoarmes, sicheres und nebenwirkungsarmes Operationsverfahren dar, das nicht erst am Ende einer langjährigen, den Patienten belastenden und letztlich auch gefährdenden konservativen Therapiesequenz stehen sollte. Der Chirurg hat seine Bedeutung als Behandlungspartner bei der Ulkuskrankheit nicht verloren. Er sollte im Gegenteil wieder häufiger und früher in die Diskussion um das für den Patienten sinnvollste Langzeittherapiekonzept einbezogen werden.

Anschrift des Verfassers:

Professor Dr. med. H. Bauer, Chefarzt der Chirurgischen Abteilung des Kreiskrankenhauses Alt/Neuötting, Vinzenz-von-Paul-Straße 10, 8262 Altötting

Personalia

Bundesverdienstkreuz 1. Klasse

Generalarzt Professor Dr. med. Eduard Burchard, Leiter des Flugmedizinischen Institutes der Luftwaffe, 8080 Fürstenfeldbruck, wurde das Verdienstkreuz 1. Klasse des Verdienstordens der Bundesrepublik Deutschland verliehen. – Ferner wurde er mit dem Hubertus Strughold-Preis für seinen herausragenden Beitrag zur Erforschung des Universums durch den Menschen ausgezeichnet.

Bundesverdienstkreuz am Bande

Das Verdienstkreuz am Bande des Verdienstordens der Bundesrepublik Deutschland wurde verliehen an:

Dr. med. Robert Gerlich, Allgemeinarzt, Barbarinostraße 3, 8263 Burghausen

Professor Dr. med. Hans-Achim Müller, Extraordinarius für Allgemeine Pathologie und Pathologische Anatomie, Vizepräsident der Universität Würzburg, Josef-Schneider-Straße 2, 8700 Würzburg

Verdienstmedaille

Dr. med. Albert Schütz, Allgemeinarzt, Blumenstraße 23, 8229 Kirchanschörring, wurde die Verdienstmedaille des Verdienstordens der Bundesrepublik Deutschland verliehen.

Professor Dr. med. Kurt Bachmann, Direktor der Medizinischen Klinik II der Universität Erlangen-Nürnberg, Östliche Stadtmauerstraße 29, 8520 Erlangen, wurde zum Vizepräsidenten der Deutschen Gesellschaft für Luft- und Raumfahrtmedizin gewählt.

Professor Dr. med. Dr. h.c. Ludwig Demling, em. Ordinarius für Innere Medizin der Universität Erlangen-Nürnberg, Thümbach 15, 8602 Schlüsselfeld, wurde von der Deutschen Gesellschaft für Innere Medizin die Ehrenmitgliedschaft verliehen.

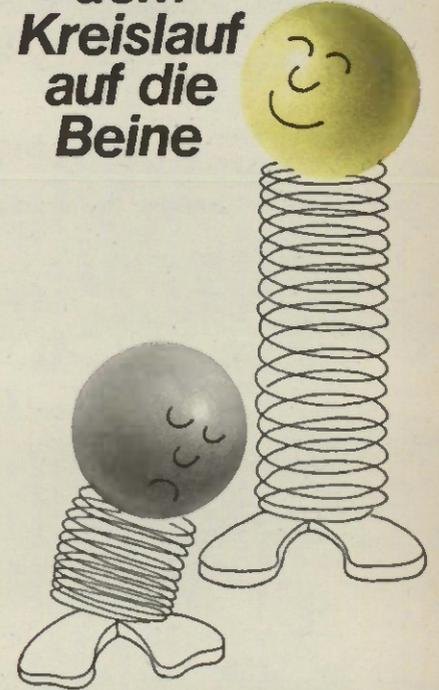
Dr. med. Markus Gaisbauer, Internist, Poststraße 17, 8026 Ebenhausen, und Privatdozent Dipl.-Phys. Dr. rer. physiol. Dr. med. Jürgen Kleinschmidt, Institut für Medizinische Balneologie und Klimatologie der Universität München, Marchloni-straße 17, 8000 München 70, wurde je zur Hälfte der Sebastian Kneipp-Preis 1989 verliehen.

Verladyn® – Zusammensetzung: 1 Tablette enthält: 1,0 mg Dihydroergotaminmesilat, 1 ml Lösung (20 Tropfen) enthält: 2,0 mg Dihydroergotaminmesilat. Anwendungsgebiete: Hypotone und orthostatische Kreislaufregulationsstörungen, vaskuläre Kopfschmerzen, Migräne, Wetterfühligkeit. Gegenanzeigen: Überempfindlichkeit gegenüber Mutterkornalkaloiden. Vorsicht bei unzureichender Durchblutung der Herzkranzgefäße und bei Bluthochdruck. Erste drei Schwangerschaftsmonate. Ab dem vierten Schwangerschaftsmonat bei strenger Indikationsstellung. Warnhinweis: Lösung enthält 60 Vol.-% Alkohol. Nebenwirkungen: Selten Übelkeit, Erbrechen, Schwindelgefühl, Kopfschmerzen oder allergische Hautreaktionen (Hautödem, Hautjucken, Hautausschlag). Warnhinweis: Bei zu langer und zu hoch dosierter Anwendung kann es bei individueller Überempfindlichkeit zu Taubheitsgefühl in den Fingern und Zehen oder Kältegefühl in Händen und Füßen sowie Muskelschmerzen in Armen und Beinen kommen. Das Präparat ist dann abzusetzen.

Verladyn®

Dihydroergotaminmesilat

hilft dem
Kreislauf
auf die
Beine



NEU von VERLA
20 Tabl. N1 6.65
100 Tabl. N3 27.45
25 ml Lsg. 9.95
100 ml Lsg. 32.30



Verla-Pharm
Arzneimittelfabrik
8132 Tutzing

Information der Kassenärztlichen Vereinigung Bayerns

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

Landkreis Neuburg-Schrobenhausen:
1 Hautarzt

Bewerbungen bitte an die Bezirksstelle Oberbayern der KVB, Eisenheimerstraße 39, 8000 München 21, Telefon (0 89) 57 09 30.

Oberfranken

Hof/Saale:
1 Allgemein-/praktischer Arzt
(Praxisübernahmemöglichkeit)

Rödental, Lkr. Coburg:
1 HNO-Arzt

Hof/Saale:
1 Hautarzt

Lichtenfels:
1 Hautarzt

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

Mittelfranken

Landkreis Erlangen-Höchstadt:
1 Allgemein-/praktischer Arzt
(Praxisübernahmemöglichkeit)

Fürth:
1 Allgemein-/praktischer Arzt
(Gemeinschaftspraxis)

Nürnberg:
1 Allgemein-/praktischer Arzt
(Praxisübernahmemöglichkeit)
1 Allgemein-/praktischer Arzt
(Gemeinschaftspraxis)

Gunzenhausen:
1 Chirurg

Ansbach:
1 Frauenarzt
(Praxisübernahmemöglichkeit)

Landkreis Ansbach:
1 Internist

Nürnberg:
2 Internisten
(Praxisübernahmemöglichkeiten)

1 Internist
(Gemeinschaftspraxis)

Landkreis Weißenburg-Gunzenhausen:
1 Internist
(Gemeinschaftspraxis)

Ansbach:
1 Kinderarzt
(Praxisübernahmemöglichkeit)

Nürnberg:
1 Nervenarzt
(Praxisübernahmemöglichkeit)

Fürth:
1 Orthopäde
(Praxisübernahmemöglichkeit)

Nürnberg:
2 Orthopäden
(Gemeinschaftspraxis/
Praxisgemeinschaft)

Landkreis Nürnberger Land:
1 Orthopäde
(Gemeinschaftspraxis)

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

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

Hösbach, Lkr. Aschaffenburg:
1 Augenarzt

Alzenau, Lkr. Aschaffenburg:
1 HNO-Arzt

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

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

Marktheidenfeld, Lkr. Main-Spessart:
1 Internist

Planungsbereich Kitzingen, Lkr. Kitzingen:
1 Kinderarzt

Bad Brückenau, Lkr. Bad Kissingen:
1 Kinderarzt

Ebern, Lkr. Haßberga:
1 Kinderarzt

Bewerbungen bitte an die Bezirksstelle Unterfranken der KVB, Hofstraße 5, 8700 Würzburg, Telefon (09 31) 307-136 (Herr Heiligenthal/Herr Schäfer).

Oberpfalz

Kirchentumbach, 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

Tirschenreuth:
1 Augenarzt

Kemnath, Lkr. Tirschenreuth:
1 Augenarzt

Roding, Lkr. Cham:
1 Frauenarzt

Waldmünchen, Lkr. Cham:
1 Frauenarzt

Landkreis Amberg-Sulzbach:
1 HNO-Arzt

Landkreis Cham:
1 HNO-Arzt

Landkreis Schwandorf:
1 HNO-Arzt

Landkreis Cham:
1 Hautarzt

Stadt Weiden:
1 Hautarzt

Landkreis Tirschenreuth:
1 Hautarzt

Furth i. W., Lkr. Cham:
1 Internist

Vohenstrauß, Lkr. Neustadt/WN:
1 Internist

Eschenbach, Lkr. Neustadt/WN:
1 Kinderarzt

Vohenstrauß, Lkr. Neustadt/WN:
1 Kinderarzt

Planungsbereich Tirschenreuth:
1 Kinderarzt

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

Mallersdorf-Pfaffenberg, Lkr. Straubing-Bogen:
1 Augenarzt

Simbach am Inn, Lkr. Rottal-Inn:
1 HNO-Arzt

Landkreis Passau und kreisfreie Stadt Passau:
1 Hautarzt

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

Regen, Lkr. Regen:
1 Hautarzt

Fürstenstein, Lkr. Passau:
1 Internist
(Praxisübernahme)

Zwiesel, Lkr. Regen:
1 Internist
(Praxisübernahme)

Dingolfing, Lkr. Dingolfing-Landau:
1 Kinderarzt

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

Waldkirchen, Lkr. Freyung-Grafenau:
1 Kinderarzt

Eggenfelden, Lkr. Rottal-Inn:
1 Nervenarzt
(Praxisübernahme)

Bewerbungen bitte an die Bezirksstelle Niederbayern der KVB, Lilienstraße 5-9, 8440 Straubing, Telefon (09 421) 80 09-0.

Schwaben

Dillingen oder Wertingen, Lkr. Dillingen:
1 Hautarzt

Nördlingen, Lkr. Donau-Ries:
1 Hautarzt

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



Fortbildung in Stichwörtern nach Leitsymptomen

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

Leitsymptome: Halluzinationen – Tachykardie – Mydriasis

Der Notfall: Intoxikation mit Halluzinogenen (LSD, Mescaline, Psilocybin usw.)

bearbeitet von: Dr. H. Maurer und Professor Dr. K. Pflieger, Homburg/Saar

Symptomatik:

ca. 8-10 Std. anhaltender Rauschzustand:

Schwindel, Tremor, Parästhesien

Halluzinationen (vor allem farbige), Hyperakusis

Tachykardie

Mydriasis (auf Licht reagierende, sehr weite Pupillen typisch für LSD!)

Hyperreflexie, Ataxie

Abrupter Wechsel zwischen Euphorie und Dysphorie

Krankhafte Selbstüberschätzung („Fliegen können“ → Sprung aus dem Fenster!)

Depersonalisierung, Verlust der Beziehung zu Raum und Zeit, schwere Angstzustände mit rel. hoher Suizidalität

(Gefahr der psychischen Abhängigkeit – „Halluzinogen-Typ“)

Anamnese:

1. Befragen des Patienten oder seiner Angehörigen:

Unter welchen Erkrankungen leidet der Patient?

Nimmt er Rauschdrogen oder Medikamente?

Welche Drogen oder Medikamente waren oder sind im Hause?

Verkehrt er in „Drogen-Kreisen“?

2. Inspektion der Umgebung:

Leere Drogenbriefchen oder Arzneimittelpackungen?

Drogen- oder Arzneimittelreste in einem Glas oder in einer Spritze? (ggf. unbedingt in die Klinik mitschicken zur toxikologischen Analyse, s. u.!)

Kontrolle von Abfallkörben, Küche, WC!

Cave: Bewußte Irreführung möglich!

Sofortdiagnostik:

Bei der geschilderten Symptomatik an eine Intoxikation denken!

Atmung?

Blutdruck?

Puls? (Tachykardie?)

Pupillenreaktion? (Mydriasis?)

Einstichstellen? (Drogenkonsum?)

**Therapeutische
Sofortmaßnahmen:**

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

**Zusätzliche
Maßnahmen bzw.
Anordnungen:**

**Differential-
diagnostische
und andere
Erörterungen:**

Zusätzlich in der Klinik:

EKG, EEG, Laborwerte.

Folgende Asservate (nach telef. Voranmeldung) mit einem Rettungsfahrzeug oder Taxi zu einem klinisch-toxikologischen Labor schicken (für das Saarland und Umgebung: an die Adresse der Verfasser, Tel. (06841) 16-2425 — über Anrufbeantworter rund um die Uhr erreichbar):

1. Blut (10 ml mit EDTA- oder Citratzusatz)
2. erster Urin (mind. 30 ml, ggf. katheterisieren!)
3. erste Magenspülflüssigkeit
4. ggf. gefundene Drogen- oder Medikamentenreste

N. B.: *Bei Halluzinogen-Überdosierungen sind Drogenreste besonders wichtig für die Analytik, da einige dieser Stoffe in Körperflüssigkeiten — zumindest in der gebotenen Schnelligkeit — nicht nachgewiesen werden können!*

Cave: Urin und Magenspülflüssigkeit nicht in ungereinigte Medikamentenflaschen füllen!

Sicherung, Erhalt und Wiederherstellung der Vitalfunktionen (ABC-Schema):

A = Atemwege freimachen und freihalten, Kopf reklinieren, Luftbrücken einlegen (z. B. Guedel-, besser Wendel-Tubus).

B = Beatmen. Bei Kontaminationsgefahr bei der Atemspende Schutztücher verwenden. Besser intubieren und mit Beatmungsbeutel beatmen.

C = Circulation. Bei Herzstillstand externe Herzmassage und Beatmung im vorgeschriebenen Wechsel. Medikamentöse Reanimation mit Suprarenin® (1 ml Injektionslösung 1:1000 plus 9 ml NaCl 0,9%) i. v. oder notfalls über liegenden Endotracheal-Tubus auf die Bronchialschleimhaut.

Volumensubstitution über ausreichend große periphere Zugänge durch Venenverweilkanülen mit Volumenersatzmittel oder Elektrolytlösungen je nach Bedarf.

Diazepam 10-20 mg i. v. zur Sedation

Anschließend den Patienten, wenn er nicht intubiert ist, nur in stabiler Seitenlage in die nächste geeignete Klinik transportieren. Hierzu ist ärztliche Überwachung erforderlich.

Zusätzlich in der Klinik:

Magenspülung (Aktivkohle und Natriumsulfat), evtl. 25-50 mg Chlorpromazin (Megaphen®) i. m.

Bei jedem Vergiftungsverdacht sollte der Patient unter Aufsicht einer erfahrenen Begleitperson sofort in eine Klinik transportiert werden, die Erfahrung mit der Entgiftungstherapie hat.

Verhindern, daß der Patient aus dem Fenster springt! (s. o.)

Nach der intensivmedizinischen Entgiftungstherapie sollte der Patient einem Psychiater vorgestellt werden.

Da der toxikologisch-analytische Nachweis von einigen der Halluzinogenen in Körperflüssigkeiten — zumindest in der gebotenen Schnelligkeit — nicht gelingt, muß in diesen Fällen versucht werden, die Drogensubstanz (s. o.) zu identifizieren. Zusammen mit dem klinischen Bild läßt sich dann in aller Regel eine *Intoxikation mit Halluzinogenen (LSD, Mescalitin, Psilocybin, DOM, DMT und MDA)* erkennen. Andere Pharmaka oder Drogen, die zu teilweise ähnlichen Symptomen führen können, können analytisch erfaßt und damit ausgeschlossen werden.

Personalia

Professor Dr. med. Elke Drecoli-Lötjen, Direktorin des Anatomischen Instituts, Lehrstuhl II, der Universität Erlangen-Nürnberg, Krankenhausstraße 9, 8520 Erlangen, wurde in den Advisory Board für den Wissenschaftspreis des Alcon-Research Institute Dallas/Forth Worth berufen.

Dr. med. Helmut Fendel, Dr. von Haunersches Kinderspital der Universität München, Lindwurmstraße 4, 8000 München 2, wurde zum Honorary Member der European Society of Paediatric Radiology gewählt.

Professor Dr. med. Franz Paul Gall, Direktor der Chirurgischen Klinik der Universität Erlangen-Nürnberg, Maximiliansplatz, 8520 Erlangen, wurde für das Jahr 1990/91 zum Präsidenten der Deutschen Gesellschaft für Endoskopie und bildgebende Verfahren gewählt.

Dr. med. Hedda Heuser-Schreiber, Brunnsteinstraße 13, 8203 Oberaudorf, wurde zur Ehrenpräsidentin des Deutschen Ärztinnenbundes e. V. gewählt, nachdem sie ihr Amt als Präsidentin niedergelegt hat.

Professor Dr. med. Waldemar Ch. Hecker, Direktor der Kinderchirurgischen Klinik im Dr. von Haunerschen Kinderspital der Universität München, Lindwurmstraße 4, 8000 München 2, wurde die Meinhard-von-Pfaundler-Medaille für Verdienste um die kinderärztliche Fortbildung verliehen.

Professor Dr. med. August Heidland, Leiter der Nephrologischen Abteilung der Medizinischen Klinik der Universität Würzburg, Josef-Schneider-Straße 2, 8700 Würzburg, wurde von der Medizinischen Akademie in Posen die Carol-Marcinkowski-Medaille verliehen.

Professor Dr. med. Alfons Hofstetter (bisher Universität Löbeck) wurde auf den Lehrstuhl für Urologie der Universität München, Marchioninistraße 15, 8000 München 70, berufen (Nachfolge Professor Dr. E. Schmiedt).

Professor Dr. med. Hermann Wagner (bisher Universität Ulm) wurde auf den Lehrstuhl für Medizinische Mikrobiologie und Hygiene der Technischen Universität München, Ismaninger Straße 22, 8000 München 80, berufen (Nachfolge Professor Dr. K. Liebermeister).

Professor Dr. med. Reinhard Putz (bisher Universität Freiburg) wurde auf den Lehrstuhl für Anatomie I der Universität München, Pettenkoferstraße 11, 8000 München 2, berufen (Nachfolge Professor Dr. H. Frick).

Amtliches

Besetzung des Berufsgerichts für die Heilberufe bei dem Oberlandesgericht Nürnberg

Das Bayerische Staatsministerium der Justiz hat mit Wirkung vom 16. August 1989 auf die Dauer von weiteren fünf Jahren den Vorsitzenden Richter am Landgericht Nürnberg-Fürth

Dieter Gräfe

zum Untersuchungsführer des Berufsgerichts für die Heilberufe bei dem Oberlandesgericht Nürnberg bestellt. Mit Wirkung vom 16. September 1989 wurde der Richter am Landgericht Nürnberg-Fürth

Volker Gegner

auf die Dauer von weiteren fünf Jahren zum Stellvertreter des Untersuchungsführers bei diesem Berufsgericht berufen.

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-Dragees: 1 Dragee 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-Dragees: 2-3 x täglich 1-2 Dragees 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 DM 9,27; 50 ml DM 14,47; 100 ml DM 24,46. -Dragees: 30 St. DM 7,48; 100 St. DM 18,96.



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

Wirtschaftliches Wachstum

Die sozialpolitische Diskussion der letzten Wochen ist sehr stark von der günstigen wirtschaftlichen Entwicklung und der deutlichen Verbesserung der Finanzen der gesetzlichen Krankenkassen bestimmt worden. Beides dürfte mittelfristig politisch der Koalition gutgeschrieben werden. So wächst im Regierungslager die Hoffnung, daß der politische Abwärtstrend, zumindest mit Blick auf die Wahlen im nächsten Jahr, gebremst werden kann. Freilich wird die Akzeptanz der Politik von vielen Faktoren bestimmt, nicht zuletzt auch von den Ergebnissen der Außenpolitik. Der amerikanische Präsident Bush hat mit seiner Abrüstungsinitiative auf der Nato-Gipfekonferenz, durch die der offene Streit mit Bonn vermieden wurde, und bei seinem Besuch in der Bundesrepublik nicht nur den amerikanischen Führungsanspruch geltend gemacht, sondern auch demonstriert, daß die amerikanische Politik trotz einiger Irritationen weiter auf die heutige Koalition und vor allem auf Kanzler Kohl setzt.

Für die innenpolitische Entwicklung dürfte die Konjunktur wichtiger als die Außenpolitik sein. Die ersten Berechnungen des Statistischen Bundesamtes über das wirtschaftliche Wachstum im ersten Vierteljahr 1989 signalisieren, daß sich der Aufschwung noch verstärkt hat. Die Konjunktur zeigt, begünstigt durch das milde Wetter in den Wintermonaten, eine ungewöhnlich starke Dynamik. So erhöhte sich das Bruttoinlandsprodukt gegenüber dem hohen Vorjahresniveau noch einmal um real 4,2 Prozent. Gegenüber dem letzten Quartal des Vorjahres ergab sich ein Zuwachs (saisonbereinigt) von drei Prozent. Besonders bemerkenswert sind drei Zahlen aus dem ersten Vierteljahr: Die Ausleihinvestitionen der Unternehmen stiegen gegenüber der Vergleichszeit des Vorjahres um real 7,5 Prozent, die Bauten um real 10,8 Prozent und die Ausfuhr um real 9,9 Prozent. Die gute Konjunktur wird also vor allem vom Export, von den Außeninvestitionen und den Unternehmensinvestitionen getragen.

Da die Unternehmen seit Monaten ihre Kapazitäten voll auslasten, heben auch die Investitionen zugenommen, die zu einer Kapazitätsausweitung führen. Das bringt in der Regel auch neue Arbeitsplätze. So waren im ersten Quartal saisonbereinigt rund 140 000 Personen mehr beschäftigt als im Vierteljahr zuvor. Die Zahl der Beschäftigten hat also wieder zugenommen, während die Zahl der Arbeitslosen weiter zurückging. Zum erstenmal seit Oktober 1983 wurden Ende Mai weniger als zwei Millionen Arbeitslose gezählt. Damit wird deutlich, was die Fachleute

seit längerem wissen: Die Arbeitsmarktlage ist besser als ihr Ruf. Seit dem Tiefpunkt der Rezession 1983 hat die Zahl der Erwerbstätigen und damit der Arbeitsplätze um 1,3 Millionen und gegenüber der Vergleichszeit des Vorjahres um rund 320 000 zugenommen. Die Zahl der bei den Arbeitsämtern registrierten offenen Stellen erhöhte sich um 27 Prozent auf 250 000.

Sorgen bereitet der hohe Stamm von langfristig Arbeitslosen, die kaum noch vermittelbar sind. Es geht dabei um eine Zahl von knapp 700 000 Bürger. Die Bundesregierung hat nun ein Sonderprogramm zugunsten der Wiedereingliederung der Langzeitarbeitslosen in den Wirtschaftsprozeß mit einem Finanzvolumen von 1,75 Milliarden DM vorgelegt. Vorgesehen sind Lohnkostenzuschüsse bei der Beschäftigung langfristig Arbeitsloser und besondere Maßnahmen für schwervermittelbare Arbeitslose. Von 1989 bis 1991 soll die Einstellung von Langzeitarbeitslosen gefördert werden. Der einstellende Arbeitgeber erhält einen Lohnkostenzuschuß, wenn der Langzeitarbeitslose unbefristet eingestellt und eine Wochenarbeitszeit von wenigstens 18 Stunden vereinbart wird.

Der Zuschuß ist gestuft nach der Dauer der vorangehenden Arbeitslosigkeit. Er soll im ersten Halbjahr 60 Prozent und im zweiten Halbjahr 40 Prozent des Tariflohns oder des ortsüblichen Lohns betragen, wenn der Einzustellende ein bis zwei Jahre arbeitslos war. Bei einer Arbeitslosigkeit von mehr als drei Jahren wird der Höchstsatz erreicht; die Zuschüsse betragen dann im ersten Halbjahr 80 Prozent und im zweiten Halbjahr immerhin noch 60 Prozent. Es bleibt abzuwarten, ob es auf diesem Weg gelingt, die Langzeitarbeitslosen wieder dauerhaft in den Arbeitsprozeß einzugliedern.

Die gute Konjunktur und die Zunahme der Beschäftigung schlagen sowohl in den Kassen von Bund, Ländern und Gemeinden zu Buch als auch in den Kassen der Sozialversicherung. Trotz höherer Ausgaben und dem Streichen der Quellensteuer geht daher im laufenden Jahr die Neuverschuldung des Bundes sichtbar gegenüber dem Vorjahr zurück. Mit knapp 28 Milliarden DM bleibt sie jedoch angesichts des kräftigen Wirtschaftswachstums viel zu hoch, zumal im kommenden Wehjahr nicht nur steigende Ausgaben, sondern auch hohe Einnahmehöhen aus der Steuerreform 1990 zu erwarten sind. Das könnte aber noch einmal Wachstumsimpulse geben, die den Aufschwung über das Jahr 1990 hinausstreben dürften.

Von dieser Entwicklung profitiert natürlich auch die Krankenversicherung, wenn auch nicht so stark wie die Arbeitslosenversicherung und die Rentenversicherung. Wenn Arbeitsminister Bißmann inzwischen sicher ist, daß es zum Jahreswechsel 1989/90 zu Beitragssenkungen in der Krankenversicherung kommt, so liegt dies nicht nur an der Ausgabenentwicklung bei den Kassen, sondern auch an den ökonomischen Daten. Die Leistungsausgaben der Kassen sind nach den Angaben des Ministeriums im ersten Vierteljahr durchschnittlich um 1,6 Prozent je Mitglied gegenüber dem Vorjahr zurückgegangen. Am günstigsten schneiden dabei die Betriebskrankenkassen, am schlechtesten die Landwirtschaftlichen Kassen ab. Das beitragspflichtige Arbeitsentgelt (Grundlohn) ist gleichzeitig um 3,1 Prozent gestiegen. Hält diese Entwicklung an, so muß dies zu fühlbaren Beitragssatzermäßigungen führen.

Nun wird immer gesagt, daß diese Entwicklung mit dem Verschwinden des „Bißmann-Bauches“ zu erklären sei. Das ist nur teilweise richtig. Das spielt sicherlich bei den Ausgaben für Sehhilfen (minus 37,6 Prozent), für Hörhilfen (minus 6,2 Prozent), für Zahnersatz (minus 12,5 Prozent) sowie für Heil- und Hilfsmittel (minus 12,2 Prozent) eine Rolle. Dabei ist aber auch zu berücksichtigen, daß die Kassen in den ersten Monaten dieses Jahres noch Nachzahlungen für Leistungen zu erbringen hatten, die auf das letzte Jahr vorgezogen worden waren. Der Rückgang beim Sterbegeld (minus 36 Prozent) und bei den Ausgaben für den Krankentransport (minus 28,4 Prozent) ist aber nur mit dem umstrittenen Reformgesetz zu erklären. Der Ausgabenrückgang dürfte auch in den nächsten Monaten anhalten, zumal die Leistungsverbesserungen nach dem Gesetz erst allmählich zu Mehrausgaben führen werden.

Die Ausgabenentwicklung für die ärztlichen und zahnärztlichen Behandlungen stehen in einem deutlichen Kontrast zu den Ausgaben in anderen Bereichen. Immerhin registriert das Ministerium für diese beiden Bereiche Zuwachsraten von 3,9 bzw. von 3,8 Prozent. Kritiker aus Politik und Öffentlichkeit könnten daraus die Schlußfolgerung ziehen, daß Kassenärzte und Kassenzahnärzte (ausgenommen beim Zahnersatz) keinen Beitrag zur Beitragsstabilität zu leisten hätten. Das wäre zumindest eine vorläufige Einschätzung, denn die auf das Verhalten der Ärzte einwirkenden Maßnahmen, wie Richtwerte und die verschärften Wirtschaftlichkeitsprüfungen, treten erst allmählich in Kraft.

Noch ist es zu früh, eine finanzielle Bilanz der Reform zu ziehen. Aber die Politik ist bekenntlich auf Erfolgsmeidungen vor und nicht nach Wahlterminen angewiesen.

bonn-mot

Tumornachsorge und Schmerztherapie

Schmerz ist ein häufig auftretendes Symptom bei Tumorerkrankungen. Die in der Bevölkerung weit verbreitete Angst vor einem qualvollen Leidensweg ist jedoch in bezug auf Tumorschmerz größtenteils unbegründet. Die Möglichkeiten der Schmerztherapie sind in den letzten Jahren insbesondere durch die konsequente Anwendung bekannter Medikamente, durch deren Kombinationsmöglichkeiten sowie durch einige spezielle Medikamente und neue Analgesieverfahren entscheidend bereichert worden. Somit kann das **Ziel der Schmerztherapie, die Schmerzfreiheit**, weitgehend erreicht werden. **Die Lebensqualität eines Tumorkranken ist entscheidend zu verbessern.** Eine multimodale Therapie mit einer onkologischen und einer analgetischen Komponente gehört zur interdisziplinären Versorgung der Tumorkranken. Diese Versorgung ist i.a. nicht an einen stationären Aufenthalt gebunden. **Die Schmerzbehandlung kann und soll zu Hause in gewohnter Umgebung des Patienten durchgeführt werden.** Die wirksame **Schmerzbehandlung** ist somit eine **tragende Säule der Tumornachsorge** bei progredienten Krankheitsverläufen und für den Patienten auch ein Maßstab zur Beurteilung der Kompetenz seines behandelnden Arztes. Deshalb werden in dieser Reihe Fakten und Empfehlungen zur Schmerztherapie einschließlich Hinweisen zur Verschreibung von Betäubungsmitteln zusammengestellt.

Schmerz und Tumorerkrankung

Der **Schmerz** erinnert den Tumorkranken an den bisherigen Krankheitsverlauf, an das Fortbestehen bzw. Fortschreiten der bösartigen Erkrankung. **Angst, Verzweiflung, Depression** können durch Schmerz aufrechterhalten bzw. noch intensiver erlebt werden. Das Schmerzerlebnis kann einen Patienten ganz ausfüllen und seine Persönlichkeit verändern.

Zur Beschreibung der **Größenordnung des Versorgungsproblems**: Die Zahl der jährlichen Krebsneuerkrankungen liegt in der Bundesrepublik bei ca. 250.000. Etwa 70 % der Patienten werden mit kurativer Zielsetzung behandelt. 1986 sind ca. 160.000 Männer und Frauen tumorbedingt verstorben. Da bei ca. 60 % tumorbedingte Schmerzen auftreten, benötigen ca. 100.000 Patienten eine adäquate Schmerztherapie. 50 % aller Patienten sind bei Diagnosestellung älter als 70 Jahre, was in Bezug z. B. auf Medikation und auf die Bedeutung tumorunabhängiger Schmerzen zu beachten ist.

Schmerzursachen bei Karzinompatienten

Tumorbedingte Schmerzen: 60-80 %

- Infiltration in Knochen, Nerven, Viszera, Weichteile
- paraneoplastisches Syndrom

Tumorbedingte Schmerzen entstehen durch **Fortschreiten der Grunderkrankung** im Sinne lokoregionärer oder systemischer Tumorausbreitung. Dies ist in erster Linie der Grund für eine Verschlimmerung der Tumorschmerzsymptomatik. Die lokale **Infiltration durch einen diagnostisch nachweisbaren Tumor** ist die häufigste Ursache.

Von Bedeutung sind aber auch die durch eine noch nicht nachweisbare Progression auftretenden Schmerzen. Sie können ein erster Hinweis für das Fortschreiten sein. Fernwirkungen im Sinne **paraneoplastischer Prozesse** sind dabei möglich, die mit und ohne lokale Wirkungen auftreten können. Für den frühzeitigen Einsatz der Schmerztherapie geben die Primärbefunde (Stadium (TNM), Histologie) und die damit verbundenen Prognosen wichtige Hinweise.

Therapiebedingte Schmerzen: 15-20 %

Therapiebedingte Schmerzen können auch nach kurativer Behandlung auftreten und sind z. T. als **Folge der heute üblichen Therapiestrategien** zu beachten (z. B. Plexopathien, Amputationsschmerzen, chemotherapiebedingte Neuropathien).

Tumorunabhängige Schmerzen: bis ca. 10 %

Tumorunabhängige Schmerzen sind durch die Schmerzanalyse von der tumor- und therapieabhängigen Symptomatik abzugrenzen. Die **Anamnese über die Zeit vor der Tumorerkrankung** kann wichtige Hinweise auf tumorunabhängige Ursachen geben.

Schmerzanalyse

Eine eingehende Schmerzanalyse ist Voraussetzung für die Erarbeitung einer adäquaten Behandlungsstrategie. Zur **Schmerzanalyse** gehören: eine **allgemeine und onkologische Befunderhebung**, eine **spezifische Schmerzanalyse**, eine **orientierende neurologische Untersuchung** und die **psychosoziale Exploration**.

Spezifische Schmerzanalyse — wichtige Beurteilungskriterien für den Schmerz

- Wo tut es weh?** Sind die Schmerzen fokal, multifokal, diffus, einseitig, achsensnah, radikulär-segmental, pseudoradikulär? Korrespondiert die Lokalisation mit dem onkologischen Befund? Es kann hilfreich sein, den Schmerz und seine Ausbreitungsrichtung vom Patienten in die Skizze eines Körperschemas einzeichnen zu lassen.
- Wie tut es weh?** Schmerzbeschreibende Adjektive können auf den Pathomechanismus (z. B. Nozizeptorschmerz, neuralgiformer Schmerz etc.) hinweisen. Häufige Begriffe sind: scharf, stechend, einschneidend, brennend, dumpf, ziehend, drückend, krampfartig.
- Wann tut es weh?** Zur Ermittlung der Chronologie gehören die Fragen: Seit wann tut es weh? Wie ist der Tages- und Nachtverlauf? Sind die Schmerzen persistierend, intermittierend usw.?
- Wie stark tut es weh?** Im wesentlichen kommt hier eine verbale Beurteilung nach den Kategorien schwach, mittel und stark in Frage. Die relative Veränderung der Intensität im Zeitverlauf (z. B. im Vergleich zu gestern oder letzter Woche oder letzten Monat) ist ein wichtiger Hinweis vom Patienten. Gegebenenfalls sollte der Patient angehalten werden, etwas über Intensität und Zeitstruktur seiner Schmerzempfindung schriftlich festzuhalten, z. B. im Nachsorgekalender oder in einem Schmerztagebuch.

Wodurch ändert sich der Schmerz?

Modulieren Ruhe bzw. Belastung den Schmerz? Werden Abhängigkeiten von der Körperlage, von besonderen Bewegungen (z. B. bei der Atmung), von lokalen Entzündungen angesprochen? Welche bisherigen schmerztherapeutischen Maßnahmen wurden durchgeführt und mit welchem Erfolg?

**Welche weiteren Beeinträchtigungen be-
trifft der Patient?**

Hinweise zur Vigilanz, zu Lähmungen, Sensibilitätsstörungen, zu vegetativen Störungen wie Übelkeit, Erbrechen, Inkontinenz, Obstipation, Schlafstörungen usw. sind bei der Schmerzanalyse aufmerksam zu registrieren und bei der Planung der Schmerztherapie zu berücksichtigen. Solche Befindlichkeitsstörungen akzentuieren die Schmerzsymptomatik.

Schmerzauslösende Faktoren häufig auftretender Schmerzen	Beschreibung der Schmerzen durch die Patienten	Hinweise zur Schmerztherapie (kausale Therapie beachten!)
Infiltration des Skeletts. Zu Beginn der Progression sind z. B. beim Prostata-Ca 75 %, beim Mamma-Ca 60 % der Patienten betroffen	Diffus in der betroffenen Region, dumpf bohrender Ruheschmerz, bewegungs- und belastungsabhängig, scharf einschießender Bewegungsschmerz (dabei beachten: multiple Skelettmetastasierung häufig)	Fokal, multifokal? Tumor hormonabhängig? Instabilität? Stabilisierung möglich? Sogenannte periphere, an Nozizeptoren angreifende Analgetika sind meist gut wirksam.
Infiltration und/oder Kompression des Nervengewebes. Neuralgiforme und neuropathische Schmerzen, z. B. retroperitoneale Tumormanifestation (z. B. beim Pankreaskarzinom, gynäkologischen Tumoren und Sarkomen)	Einschießend, ausstrahlend in das Versorgungsbereich (Neuralgie), belastungsunabhängig, oft brennend, andauernd (Neuropathie)	Plexusinfiltration? (Bestrahlung möglich?) ZNS und Nervenbefall? (Corticosteroide), Neuralgie? (Antiepileptika), Perineurale Entzündung? (Antirheumatika). Im Stufenplanschema ist oft der zusätzliche Einsatz von in die Schmerzleitung eingreifenden schwachen oder starken Opiaten erforderlich.
Infiltration der Viszera. Kapselspannung (z. B. Lebermetastasen) Stenosen und Stauungen mit Dyskinesien (z. B. colorektale Tumoren) Pankreaskarzinom	Gesteigerte lokale Druckempfindlichkeit, dumpfer Dauerschmerz Kolik, wechselnde Schmerzintensität, Subileus Dumpfer gürtelförmiger Schmerz, starke Symptome einer abdominellen Erkrankung	Stufenschema und adjuvante Corticosteroide Stufenschema und adjuvante Spasmolytika Im Stufenschema bei Stufe 1 spasmolytisch wirkende periphere Analgetika bevorzugen
Infiltration der Weichteile z. B. Mammakarzinom bei lokoregionärem Rezidiv	Pulsierender und entzündlicher Schmerz, Spannungsgefühl	Einschmelzung von Tumor? Operative Entlastung möglich? Lymphödem drainieren? Lagerungsmaßnahmen, Stufenschema und Corticosteroide
Bei fehlender Plausibilität von Schmerzen und onkologischem Befund ist auch an ein Paraneoplastisches Geschehen. Oft Hinweis auf Beginn einer Metastasierung z. B. beim kleinzelligen Bronchialkarzinom, beim Prostatakarzinom	Gelenkschmerzen, Narbenschmerzen, Kopfschmerzen, Myalgien, Neuropathien, Nachtschweiß	Fortsetzung der Chemotherapie unter Berücksichtigung anamnestischer Daten (Stadium, Histologie, Prognose). Stufenschema und evtl. Corticosteroide in immunsuppressiver Dosierung
Bei der Analyse und Beurteilung eines Schmerzbildes ist stets an multiple Ursachen zu denken. Terminal geben ca. 60% der Patienten mehr als eine Schmerzlokalisierung an.		

Strategien der Tumorschmerztherapie

Zielsetzung der Schmerztherapie bei Tumorpatienten ist die dauerhafte Schmerzkontrolle, d. h. Schmerzfreiheit oder weitgehende Schmerzlinderung während des gesamten Krankheitsverlaufs. Schmerz muß (unabhängig von der Genese) kausal bzw. tumorgerichtet und/oder symptomatisch zur Minderung des Leidensdrucks effektiv behandelt werden. Dabei spielt die psychische Betreuung des Patienten eine sehr wichtige Rolle.

Onkologische Maßnahmen zur kausalen Tumor- und Schmerzbehandlung

Der Einsatz kausaler und symptomatischer Therapiemaßnahmen muß konsequent geplant und im Verlauf kritisch überprüft werden. Einerseits ist auch **während einer aktiven Tumorbehandlung oft eine begleitende symptomatische Schmerztherapie erforderlich**. Steht andererseits die Schmerztherapie im Vordergrund, sollte bei notwendiger Anpassung der Medikation **auch später die Möglichkeit tumorgerichteter Therapiemaßnahmen nicht vergessen** werden. Somit ist eine angemessene Kontrolle der onkologischen Befunde während der Schmerztherapie erforderlich.

Systemische Therapie

Tumorreduktion bzw. Verlangsamung oder vorübergehender Stillstand des Tumorwachstums durch medikamentöse Therapie (Zytostatika, Hormone usw.)

Operation

Tumorentfernung, Tumorreduktion, Entlastung oder Umgehung von Stenosen, Stabilisierung und Dekompression knöcherner Strukturen oder Nerven usw.

Bestrahlung

Lokale Schmerzlinderung bei schmerzhaften (insbesondere frakturgefährdeten) Osteolysen, gegebenenfalls Teilkörperbestrahlung bei diffusem Schmerz.

Stufenschema der medikamentösen systemischen Schmerzbehandlung (Abb. 1)

Die **symptomatische Schmerzbehandlung** beruht in erster Linie auf einer **systemischen medikamentösen Schmerztherapie mit sogenannten peripher und/oder zentral wirkenden Analgetika sowie sogenannten Adjuvantien**. Im allgemeinen beginnt eine Schmerztherapie mit peripheren Analgetika. Bei unzureichender Wirkung werden zusätzlich oder allein schwache bzw. stark wirkende Opiate eingesetzt. Auf jeder Stufe können Adjuvantien bedarfsgerecht mit einbezogen werden. Zu beachten ist: **Ursachen und Symptome der Erkrankung können sich kurzfristig ändern**. Diese Änderungen sind anamnestisch und differentialdiagnostisch abzuklären. Im Krankheitsverlauf müssen **oft medikamentöse Analgesie und tumorgerichtete Maßnahmen multimodal und verzahnt, dem Beschwerdebild angepaßt, eingesetzt werden**.

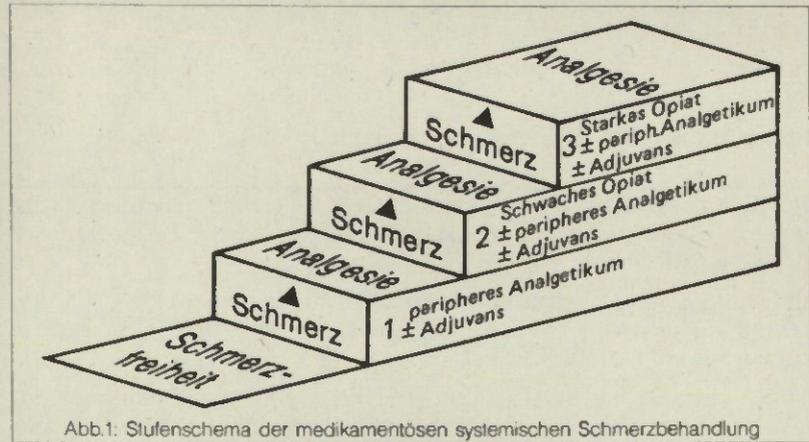


Abb.1: Stufenschema der medikamentösen systemischen Schmerzbehandlung

Bei nicht ausreichender Wirksamkeit sollten **im Krankheitsverlauf auch spezielle analgetische Maßnahmen** erwogen werden (siehe S. VII). Im Einzelfall, z. B. bei Unverträglichkeit peripherer Analgetika oder bei starker Schmerzprogression, ist ein direkter Einstieg auf einer höheren Stufe angezeigt.

Grundregeln der systemischen medikamentösen Schmerztherapie

- **Zeitschema-Analgesie:** bei Dauerschmerz Analgetika regelmäßig nach festgelegtem Zeitplan verordnen. Nicht "nach Bedarf" behandeln, sondern prophylaktisch das Wiederauftreten von Schmerzen verhindern (siehe Abb. 2 und 3). Eine ausreichende abendliche Verordnung ist besser als ein Erwachen durch den Schmerz.
- **Fixe Dosierungsintervalle** sind nach der Wirkdauer der Medikamente zu bestimmen.
- **Auswahl der Analgetika** nach pathophysiologischen Gesichtspunkten (Nozizeptor, Leitungsschmerz) unter Berücksichtigung ihrer tatsächlichen Wirksamkeit (Stufenplan als Orientierungshilfe).
- **Möglichst wenige Präparate** einsetzen. Dies erhöht die ärztliche Sicherheit in der Handhabung bezüglich der Dosierung, der Wirkungsbeurteilung und der Erkennung und Behandlung von Nebenwirkungen.
- **Möglichst Monopräparate** verwenden, diese werden dann nach individuellen Bedürfnissen miteinander kombiniert.
- Die **Kombination von Monopräparaten** wird zur Wirkungsoptimierung und Reduktion unerwünschter Nebenwirkung vorgenommen. Entsprechend lassen sich die erforderlichen Einzeldosierungen verringern.
- **Individuelle Dosierung nach dem Titrationsprinzip** (siehe Abb. 2 und 3). Bei den sogenannten peripheren Analgetika ist eine ausreichend hohe Dosis zu wählen (maximale Tagesdosis beachten), bei den Opiaten und Opioiden empfiehlt sich ein Herantasten an die optimale Dosis von unten, die Einstellphase kann 1 bis 2 Wochen dauern.
- **Orale Applikation** (Serumspiegel schwankt geringer als bei parenteraler Gabe) erhöht die Selbstständigkeit, es ist keine betreuerische Abhängigkeit gegeben (keine Spritzen bei Dauerschmerz, alternativ Dauerinfusion (i.v., s.c.) über Pumpen).
- **Bei reduziertem Allgemeinzustand**, ohem Alter, Leber- und Niereninsuffizienz usw., sind zusätzliche pharmakokinetische Aspekte zu beachten (z. B. Abnahme der relativen Körpermasse und des Körperwassers und damit Steigerung der Plasmakonzentration wasserlöslicher Medikamente, Zunahme des Körpergesamtfetts bzw. Abnahme von Plasmakonzentration und verzögerte Elimination fettlöslicher Medikamente)
- Drohende und manifeste **Nebenwirkungen müssen erkannt, überwacht und rechtzeitig behandelt** werden.
- Bei Dauerschmerz ist eine **Unterbrechung der Therapie zu unterlassen**. Cave: erneute Schmerzmanifestation, Entzugerscheinungen!
- **Schmerzdokumentation** (gegebenenfalls im Schmerztagebuch oder **Nachsorgekalender**): die Erfahrungen des Patienten sind der Leitfaden der Therapie, seine subjektive Bewertung des Therapieerfolges ist entscheidend. Dosierung, Wirksamkeit und Nebenwirkungen müssen kontinuierlich dokumentiert werden.

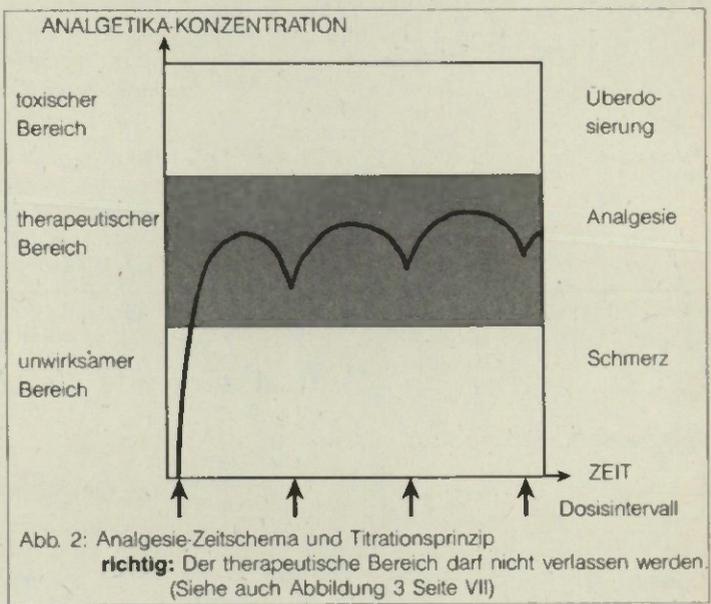


Abb. 2: Analgesie-Zeitschema und Titrationsprinzip
richtig: Der therapeutische Bereich darf nicht verlassen werden. (Siehe auch Abbildung 3 Seite VII)

Psycho-onkologische Aspekte der Patientenführung

- Begleitend ist der **Patient angemessen zu informieren** über seine Erkrankung, über Details der Therapie, Wirkungen und Nebenwirkungen, um u. a. die Compliance des Patienten zu fördern.
- Eine **genaue schriftliche Instruktion für alle Medikamente** ist erforderlich. Medikamentennamen, Dosis und Einnahmezeiten können z. B. in den **Nachsorgekalender** eingetragen werden.
- **Kommunikation** — verbal und nicht verbal — **ist wichtig**, lieber einen längeren Termin als zwei kurze, die nicht selten als oberflächliche Pflichtübungen empfunden werden.
- Als **Begleitmaßnahmen** ist an die **Einbeziehung der Familie** zu denken, die **Förderung von Aktivitäten und sinnvoller Beschäftigung**, die **Verringerung von Isolation** zur Ablenkung von der Krankheit.

Sogenannte peripher wirkende Analgetika (siehe Hinweise S. VI)

Substanz	Einzel-dosis	Dosis-intervall	Anmerkungen, insbesondere Nebenwirkungen
Acetylsalicylsäure	500 - 1250 mg (TMD 6000 mg)	4 - 6 stdl.	Häufig: Magenbeschwerden, Mikroblutungen, Thrombocytenaggregationshemmung, Kumulation bei Niereninsuffizienz, Interaktion mit Marcumar, Euglucon, Aldactone, Methotrexat Selten: "Aspirin-Asthma", Ulcera, massive Magenblutung, "Salicylismus"
Metamizol	500 - 1000 mg (TMD 5000 mg)	4 - 6 stdl.	Häufig: Hautallergien Selten: Agranulocytose (1:1 Mio.), Hypotension, Schock bei i.v. Applikation
Paracetamol	500 - 1000 mg (TMD 3 - 5 g)	3 - 4 stdl.	Selten: Hautallergien, Hepatotoxizität bei mehr als 6 - 8 g
Diclofenac	25 - 50 mg (TMD 150 mg)	6 - 8 stdl.	Häufig: gastrointestinale Beschwerden, Übelkeit, Erbrechen, Interaktion mit Salicylaten Selten: Ulcera, pseudoallergische Reaktionen, Hautreaktionen, zentralnervöse Störungen
Ibuprofen	200 - 400 mg (TMD 2400 mg)	4 - 6 stdl.	Gelegentlich: gastrointestinale Beschwerden, Übelkeit, Durchfall, Ulcera, zentralnervöse Störungen, Interaktionen mit Methotrexat, Salicylaten, Diuretika, Antikoagulantien Selten: Hautreaktion (Exanthem)
Indometacin	50 - 100 mg (TMD 200 mg)	6 - 8 stdl.	Häufig: Zentralnervöse Störungen, Kopfschmerz, Schwindel, Erbrechen, Magenbeschwerden, Durchfall, Interaktion mit Salicylaten Selten: Angstzustände, Verwirrtheit, Psychosen, periphere Neuropathien, Nierenschäden, Blutdruckanstieg, Überempfindlichkeitsreaktionen, Leukocytopenie
Naproxen	250 - 500 mg (TMD 1250 mg)	8 - 12 stdl.	Gelegentlich: Obstipation, Sodbrennen, Übelkeit, Durchfall, Stomatitis, Pruritus, Ecchymosen, Purpura, Hör-, Sehstörungen, Ödeme, Dyspnoe, zentralnervöse Störungen, Kopfschmerz, Schwindel Selten: Ulcus, Blutung, Leberfunktionsstörung, Hepatitis, Alopezie, Photodermatitis, nephrot. Syndrom, Leuko-, Thrombocytopenie, Depression, anaphylaktoide Reaktionen
Piroxicam	10 - 20 mg (THD 20 - 40 mg)	24 stdl. (!)	Häufig: gastrointestinale Beschwerden, Ulcera, Blutungen; Kumulationsgefahr, bes. bei Niereninsuffizienz (Risiko steigt mit hohem Lebensalter und Dosis) Selten: zentralnervöse Störungen, Hautexantheme, Ödembildung durch Wasser- u. Natriumretention, Leber- und Nierenfunktionsstörungen; Wechselwirkungen mit Methotrexat, Kortikosteroiden, Phenytoin etc.

TMD: Tagesmaximaldosis; Nebenwirkungshäufigkeit: häufig > 10 %; gelegentlich 3 - 10 %; selten < 1 %.

Zentral wirkende Analgetika (siehe Hinweise S. VI)

Agonisten: schwächer wirksam, BtM-frei

Substanz	Anfangsdosis für orale Applikation	Dosis-intervall	Anmerkungen
Codein	30 - 100 mg Kps., Tropf., Supp.	4 Std.	Relativ zuverlässige Resorption, Analgesie durch Metabolisierung zu Morphin, Vielzahl von Kombinationspräparaten mit peripheren Analgetika, bei denen aber meist die Codeindosierung für die Tumorschmerztherapie niedrig zu ist.
Dihydrocodein	30 - 120 mg Retardtabl.	8 - 12 Std.	Teilbare slow-release Tabl. (60 mg). Nicht zerkauen! Gute Langzeitwirkung durch langsame intestinale Freisetzung und zuverlässige Resorption. Analgesie durch Hauptmetabolit Dihydromorphin.
Tilidin (-Naloxon)	50 - 100 mg Kps., Tropf.	4 Std.	Die Kombination mit Naloxon (50:4) schützt vor mißbräuchlicher Anwendung, kann aber bei höheren Dosen die analgetische Wirksamkeit beeinträchtigen
Tramadol	50 - 100 mg Kps., Tropf., Supp.	4 Std.	relativ gute Verträglichkeit, verschiedene galenische Zubereitungen

Agonist-Antagonist: stark wirksam, BtM-pflichtig

Buprenorphin	0,2 mg Tabletten	8 Std.	Ceiling-Effekt, d. h. ab einer gewissen Dosis führt eine Dosissteigerung zu keiner stärkeren Wirkung, sublinguale Applikation (bessere Bioverfügbarkeit als intestinal), bei akzidenteller Überdosierung schlecht mit Naloxon antagonisierbar
---------------------	---------------------	--------	---

Reine Agonisten: stark wirksam, BtM-pflichtig

Levomethadon	2,5 - 5 mg Tropfen	6 - 12 Std.	Lange Halbwertszeit, Kumulationsneigung, erfordert besondere Vorsicht bei Ermittlung der Erhaltungsdosis, gut vorhersagbare intestinale Resorption
Morphin	10 - 30 mg Retardtabl. 10 mg / Tropt.	8 - 12 Std. 4 Std.	Individuell variable Resorption (Tabletten in 10, 30, 60, 100 mg verfügbar), Tabletten nicht zerkleinern, da Verlust der Retardwirkung. Tropfen: Individuelle Kombination und Konzentrationsänderung möglich, Apothekenrezeptur

Auf die hier zusammengestellten Analgetika und Adjuvantien haben sich die Autoren geeinigt. Es liegen gute Erfahrungen dazu vor.

Adjuvante Arzneimittel (siehe Hinweise S. VI)

Antidepressiva: Indiziert bei depressiver Symptomatik, Schlafstörung, neurogenem Schmerz (besonders bei dysästhetisch-brennendem Schmerz, z. B. Vinca-Polyneuropathie, postherpetische Neuralgie, operative Nervenläsionen, Strahlenmyelopathien und Plexopathien). Grundsätzlich langsame Dosissteigerung.

Substanz	Tagesdosis	Anmerkungen
Amitriptylin	25 - 150 mg	Psychomotorisch dämpfend, deswegen Einzeldosis abends
Clomipramin	25 - 150 mg	Eher antriebssteigernd, deswegen morgendliche Gabe
Desipramin	25 - 150 mg	Sedierend, auch in Tropfenform erhältlich, abendliche Gabe.
Doxepin	25 - 150 mg	Etwas weniger ausgeprägte anticholinerge Wirkung

Neuroleptika: Indiziert bei Übelkeit und Erbrechen (z. B. durch Opiate), Agitiertheit und psychotischen Syndromen, Einschlafstörungen, rascher Toleranzentwicklung bei Opiaten, neurogenen Schmerzen (zweite Wahl, evtl. kombiniert mit Antidepressiva).

Substanz	Tagesdosis	Anmerkungen
Haloperidol	1,5 - 3 mg	Höhere abendliche Dosis (Langzeitwirkung, da enterohepatischer Kreislauf), günstige antiemetische Wirkung als Zusatzeffekt, Wirkungssteigerung von Opiaten.
Levomepromazin	15 - 60 mg	z. B. 3x 5 - 10 mg, bei Schlafstörung abendliche Dosis, lange Halbwertszeit.

Antikonvulsiva: Kommen gezielt bei neurogenen Schmerzen mit einschließenden Schmerzattacken in Betracht. Die Einstellung und das Absetzen aller Antikonvulsiva sollte stufenweise, je nach klinischem Effekt erfolgen. Alle Substanzen haben eine sedierende Wirkung.

Substanz	Tagesdosis	Anmerkungen
Carbamazepin	100 - 600 mg	Einschleichend dosieren! Störungen der Hämatopoese treten vermehrt bei Patienten auf, die Chemotherapeutika erhalten haben. Auch in Retardform und als Suspension erhältlich. Stimuliert den eigenen Metabolismus, ggfs. Dosiserhöhung nach 3-4 Wochen.
Clonazepam	0,3 - 0,3 - 0,5 mg bis max. 2 mg	Tropfenform für individuelle Einstellung günstig, Ampullen für Notfallsituationen. Keine anti-epileptische Dosierung erforderlich. 0,1 mg = 1 Tropfen.
Valproat	400 - 600 mg	Wird u. U. etwas besser vertragen als Carbamazepin. Dragees und Saft erhältlich.

Kortikosteroide: Spielen bei einer Reihe von speziellen Schmerzsymptomen eine wichtige Rolle: Paraneoplastische Syndrome, Druck und Kompression durch Tumorödem, Leberkapselspannung, Nerven- bzw. Plexusinfiltration, Weichteil-infiltrationen besonders im HNO-Bereich, Lymphödem, intrakranielle Raumforderungen, spinale oder medulläre Kompression, gelenknahe Metastasen, maligner Pleuraschmerz und unspezifische Nutzeffekte im Terminalstadium (Appetitsteigerung, Stimmungsaufhellung).

Substanz	Tagesdosis	Anmerkungen
Dexamethason	4 - 8 mg 8 - 24 mg initial	Dosierung grundsätzlich morgens. Wirkung nach einer Woche überprüfen, bei suffizientem Effekt, langsame Reduktion z. B. auf 4 - 8 mg/die, sonst Ausschleichen über eine Woche. Bei mehr als 8 mg/die bildet sich gelegentlich eine Steroidpsychose aus. Magenschutz insbesondere bei gleichzeitiger Gabe von peripher wirksamen Antiphlogistika.
Methyl-Prednisolon	50 - 100 (200) mg	Auf gastrointestinale Nebenwirkungen achten.

Calcitonin, Clodronat: Dies sind Substanzen, die bei der Tumorosteolyse mit Hyperkalzämie-Syndrom bei ausgeprägter Metastasierung z. B. in fortgeschrittenen Stadien von Bronchus-, Prostata-, Mamma- und hämatologischen Neoplasien zur Schmerzbehandlung eingesetzt werden können. Für Calcitonin wird zusätzlich zur Osteoklastenhemmung ein zentraler analgetischer Effekt angenommen. Das zur Gruppe der Diphosphonate gehörende Clodronat wirkt vermutlich über einen Rekalzifizierungsmechanismus.

Substanz	Anfangsdosis	Anmerkungen
Calcitonin	100 - 200 I.E., i.v., i.m., s.c.	Allergie (Flush, Blutdrucksenkung), Übelkeit, Erbrechen, Dysaesthesie.
Clodronat	TD 300 mg in 500 ml 0,9% NaCl (Amp.) 400 mg - Kapseln TD 1600 - 3200 auf 1-2 Einnahmen	Ausfällung von Calciumphosphat in Leber, Niere, Pankreas möglich. Hypokalzämie, Übelkeit, Erbrechen, Cave: Niereninsuffizienz

Benzodiazepine: Haben je nach Substanz eine unterschiedliche sedierende, schlafinduzierende, anxiolytische und muskelrelaxierende Wirkung, kurzwirkende Präparate z. B. Temazepam; muskelrelaxierende Wirkung z. B. Tetrazepam; Anxiolyse z. B. Bromozepam. Insofern müssen die Mittel je nach gewünschter Wirkung selektiv zum Einsatz kommen. Auf eine Wirkungsverstärkung bei gleichzeitiger Gabe von Antidepressiva, Neuroleptika und Opiaten ist zu achten, Antagonisierungsmöglichkeit mit Flumazenil.

Spasmolytika: Selektiver Einsatz dieser Medikamente bei viszeralem kolikartigen Schmerzen, z. B. Metamizol, N-Butyl-Scopolamin.

Andere hier nicht genannte Medikamente können trotzdem durchaus für die Tumorschmerztherapie geeignet sein — und sind dies auch.

Sogenannte peripher wirkende Analgetika

Tabelle 1: Wirkungs- und Nebenwirkungsprofile peripherer Analgetika

Die klassischen sogenannten peripheren Analgetika und die nichtsteroidalen Antirheumatika (NSAID: non-steroidal anti-inflammatory drugs) haben unterschiedlich stark ausgeprägte analgetische, antipyretische und antiphlogistische Wirkungskomponenten, die bei ihrem Einsatz berücksichtigt werden sollten. Ihre Wirksamkeit beruht auf einer Hemmung der Prostaglandinsynthese. Prostaglandine spielen bei der Entstehung des Nozizeptorschmerzes, z. B. bei Knochenmetastasen, eine wichtige Rolle. Der Einsatz peripherer Analgetika wird oft durch das Auftreten von i. a. gastrointestinalen Nebenwirkungen begrenzt. Die Kenntnis der Wirkungs- und Nebenwirkungsprofile ermöglicht es, die Pharmakotherapie individuell zu optimieren.

Substanz	Wirkungsprofil			Nebenwirkungen
	analgetisch	antiphlogistisch	antipyretisch	
Acetylsalicylsäure ²⁾	++	++	+(+)	++
Metamizol ¹⁾	+++	+(+)	+++	+
Paracetamol	+	—	++	+
Diclofenac	++	+++	+(+)	++
Ibuprofen	++	+	++	+
Indometacin ²⁾	++	++	++(+)	+++
Naproxen	+	++	++(+)	+
Piroxicam	+	+++	+(+)	++

1) sehr gute spasmolytische Eigenschaften

2) bedingt empfehlenswert

Zentral wirkende Analgetika

- Die erforderliche **individuelle Dosierung der Oplate** kann die Anfangsdosis (siehe Seite IV) um ein Vielfaches übersteigen und muß nach Zeitschema "titriert" werden, **große individuelle Variabilität** (Resorption, Ausscheidung, Empfindlichkeit). Wenn Initialdosis unwirksam: Dosis verdoppeln. Bei partiellen Agonisten bis zur Maximaldosis titrieren (Ceiling-Effekt), bei einem reinen Agonisten individuelle Dosierung ohne Beschränkung.
- **Wechselwirkungen** mit anderen zentral dämpfenden Substanzen wie Antihistaminika, Alkohol, Beruhigungs- und Schlafmittel, Psychopharmaka, MAO-Hemmer beachten.
- **Obstipation**, insbesondere unter der Gabe von Morphin, tritt häufig ein und erfordert die prophylaktische Gabe von Laxantien.
- **Übelkeit und Erbrechen** tritt bei ca. 30% der Patienten auf, klingt in der Regel nach einigen Tagen ab, muß im Bedarfsfall mit Antiemetika behandelt werden.
- **Sedierung** tritt bei ca. 20% der Patienten auf, klingt in der Regel in wenigen Tagen ab, kann jedoch bei längerer Therapie auch ein Zeichen der Überdosierung sein.
- **Vorsicht** bei Bronchialasthma, erhöhtem Hirndruck, hohem Alter.
- **Keine Kombination verschiedener Oplate.**
- Wenn **Wechsel des Opiats** erforderlich, dann nur vom Agonist-Antagonisten zu einem Agonisten (nicht umgekehrt), bzw. vom schwachen Agonisten zum stärkeren Agonisten (Äquivalenzdosis beachten).

Adjuvante Arzneimittel

Adjuvante Arzneimittel im Rahmen der Tumorschmerztherapie sind Substanzen, die im Stufenschema **auf jeder Stufe zusätzlich zu den Standardanalgetika** eingesetzt werden können, um die **Wirkung zu verstärken, zu ergänzen bzw. Nebenwirkungen zu reduzieren**.

Antidepressiva und Neuroleptika können im Rahmen der Tumorschmerztherapie in erster Linie wegen ihrer auch bei niedriger Dosierung nachweisbaren analgetischen Wirkungskomponente zum Einsatz kommen. In Kombination mit peripheren und zentral wirksamen Analgetika verstärken sie deren Wirksamkeit und ermöglichen zum Teil sogar Dosisreduktionen. Als Monotherapie sind sie nur in den seltensten Fällen ausreichend wirksam. Dosisabhängig können sie helfen, psychische Begleitsymptome der Tumor- und Schmerzerkrankung zu behandeln. Psychische Komponenten können die Schmerzempfindung mitbestimmen, die Schmerzwahrnehmung kann sich zu einem quälenden Schmerzerlebnis ausbreiten (Circulus vitiosus: Schmerz-Angst-Depression-Schmerz). Wird der Schmerz wirksam behandelt, persistieren jedoch psychiatrische Symptome, so ist dann an einen Einsatz höher dosierter, möglichst selektiv wirkender Antidepressiva zu denken. Dabei kann eine stimmungsaufhellende, eine anxiolytische oder eine dämpfende Wirkung nützlich sein. Auch die Dauermedikation mit Psychopharmaka erfordert eine Einstellung von 1-2 Wochen bis zur Erreichung einer Erhaltungsdosis und muß im Hinblick auf Wirkungen und Nebenwirkungen überwacht werden.

Supportive Maßnahmen

Es können u. a. folgende **Begleitsymptome kausal oder therapiebedingt auftreten und müssen erkannt und je nach Ursache behandelt werden**.

Obstipation (Laxantien), Übelkeit und Erbrechen (Antiemetika), Anorexie (z. B. kleine Wunschmahlzeiten, Cortikosteroide), intestinale Obstruktion (z. B. Chirurgie, Sonden, Infusionen etc.), Aszites (z. B. Diuretika, Paracentese, Tumorreduktion), Lymphödem (z. B. Lagerung, Drainage), Diarrhoe (z. B. Enzymsubstitution, Flüssigkeitszufuhr, Antibiotika etc.), Dysphagie (Magensonden etc.), orale Probleme (künstlicher Speichel, Mykostatika), Blasenlähmung (z. B. suprapubischer Katheter), Atemnot (z. B. Pleurapunktion, endoluminale Laserchirurgie), Hautulzera (Antidekubitusmatratze, Antibiotika), Neo-, Colo- und Urostomien (z. B. Stomapflege etc.), Pruritus (z. B. Antihistaminika, Salben, Cholestyramin), Infektionen (lokale und systemische Antibiotika, Mykostatika etc.).

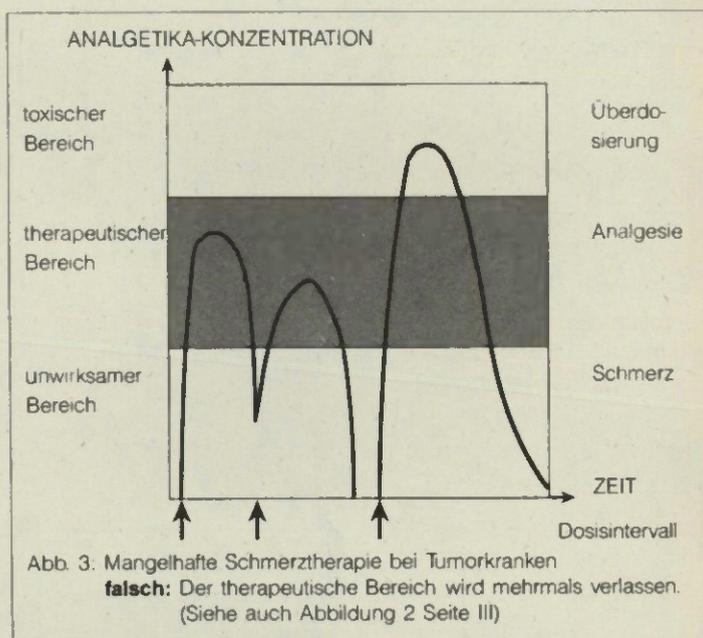
Spezielle analgetische Maßnahmen

Ist mit den aufgezeigten Maßnahmen **keine ausreichende Linderung** zu erreichen, sollte **Kontakt zu den Schmerzambulanzen** der Tumorzentren und der onkologischen Arbeitskreise gesucht werden. Gemeinsam kann der Einsatz spezieller Maßnahmen geprüft werden. Z. B. stehen zur Verfügung:

- pumpengesteuerte subcutane oder intravenöse (z.B. über Portsysteme) Opiatinfusion
- transkutane elektrische Nervenstimulation (TENS)
- Infiltrationsanaesthesie, diagnostische und therapeutische Leitungsblockaden
- neurolytische Blockaden, z. B. plexus coeliacus bei Pankreas- oder anderen Oberbauchtumoren
- rückenmarksnahe Analgesieverfahren (intrathekale und epidurale Opiatanalgesie)
- Chordotomie in Einzelfällen bei einseitigem Schmerzsyndrom, vor allem der unteren Körperhälfte

Häufige Gründe für eine mangelhafte Schmerztherapie bei Tumorkranken

- **Unberechtigte Annahme**, starke Schmerzen seien weitgehend unvermeidbar bzw. nicht adäquat zu behandeln
- **Befürchtungen des Arztes** und des Patienten vor Abhängigkeit und Sucht
- Zurückhalten einer ausreichend wirksamen Medikation aus **Angst vor frühzeitigem Ausschöpfen** des analgetischen Repertoires
- **Unzureichende Verordnung** von Analgetika
 - Verordnung "nach Bedarf" anstatt nach Zeitschema (siehe Abb. 2 und 3)
 - Verordnung eines unwirksamen Mittels wegen mangelnder Kenntnis der zugrundeliegenden Schmerzpathophysiologie
 - Verordnung eines zu schwachen Analgetikums, Nichtberücksichtigung des Stufenschemas, dauernder Wechsel zwischen verschiedenen Opiaten
 - Verordnung einer zu geringen Dosis eines wirksamen Analgetikums
 - nicht Erkennen und damit nicht Behandeln von Nebenwirkungen
- **Mangelnde Kenntnis** bezüglich zusätzlicher adjuvanter Medikation oder zusätzlicher bzw. alternativer schmerztherapeutischer Maßnahmen
- **Unterschätzung** der Bedeutung von Beratungsgesprächen für eine erfolgreiche Schmerztherapie
- **Aufwand und Abneigung**, sich mit der Betäubungsmittel-Verschreibungsverordnung auseinanderzusetzen.



HINWEIS: Es gibt aus der Literatur eindeutige Fakten, daß BtM-pflichtige, stark wirksame Analgetika in der Bundesrepublik nach Inkrafttreten der Änderung der Betäubungsmittel-Verschreibungsverordnung (BtMVV) von 1978 zunehmend zurückhaltender verordnet wurden. Die Verordnungshäufigkeit beträgt mittlerweile nur 30% und weniger von der vergleichbarer Länder.

Verschreibung von Betäubungsmitteln¹⁾

Das Betäubungsmittelrecht ist von der Absicht getragen, durch reglementierende Verordnung bezüglich des Verschreibens, der Formalien der Rezeptausstellung und des Verbleibnachweises zur Suchtbekämpfung beizutragen. Aber **Krebspatienten brauchen oft genau diese Betäubungsmittel, wenn die Progredienz der Schmerzsymptomatik nachgewiesen ist.** Für diese Patienten ist die Suchtgefahr kein Problem. Die Verschreibung von BtM erfolgt auf **speziellen Betäubungsmittelrezepten**, die eine den Arzt identifizierende BGA-Nummer tragen (Bezug: Bundesopiumstelle, Postfach 330013, D-1000 Berlin 33, beglaubigte Kopie der Berufsberechtigung erforderlich).¹⁾

Ein BtM-Rezept besteht aus Original (I) und 2 Durchschlägen (II, III). I und II sind dem Patienten zur Vorlage bei der Apotheke auszuhandigen, Teil III ist vom Arzt drei Jahre aufzubewahren und auf Verlangen der zuständigen Landesbehörde vorzulegen.

Es gibt **Verschreibungs-Höchstmengen** für einen Patienten an einem Tag (z. B. 200 mg Morphin). Erfordert die Schwere der Krankheit die **Überschreitung dieser Höchstmenge**, so kann der Arzt dies und die Angabe für wieviel Tage verschrieben wird, durch den eigenhändigen Zusatz 'Menge ärztlich begründet' bei Analgetika erreichen.

Eigenhändig sind vom Arzt einzutragen: Ausstellungsdatum, Bezeichnung (Präparatenamen), Darreichungsform, Gewichtsmenge je Packungseinheit bzw. je abgeteilter Form in g oder mg, die Stückzahl in arabischen Ziffern und Worten, mit Anweisung der Einzel- und Tagesgaben (siehe Beispiele; im Zweifelsfall kann auch der Apotheker angesprochen werden, der formal unzureichende Rezepte sowieso zurückweisen muß).

1) siehe Rote Liste, siehe grüne Hinweiskarte der KVB

Beispiel eines Verordnungsplans für einen analgetischen Cocktail. Alle Bestandteile werden in Wasser vermischt eingenommen.

	6.00	12.00	18.00	zw. 22.00 u. 24.00
Levomethadon Tropfen	15	15	15	20
Metamizol Tropfen	20	20	20	20
Haloperidol Tropfen	5	5	5	20

Achtung! Levomethadon (Polamidon®) kann in der Tropfflasche nur bis maximal 2 x 50 mg verordnet werden!

1 ml Tropflösung entsprechend 20 Tropfen

1 Tropfflasche a 10 ml enthält 200 Tropfen

Im oben genannten Beispiel werden 65 Tropfen pro Tag benötigt, d. h. eine Tropfflasche deckt den Bedarf für 3 Tage.

Der auf dem Rezept angegebene Verordnungszeitraum (1-7 Tage) muß sich aus der Gesamtdosis und Tagesdosis plausibel ergeben.

maschinell möglich

Nur handschriftlich

Teil III (mittleres Blatt) für den Verschreibenden, Teile I und II zur Vorlage in der Apotheke bestimmt.

Bitte kräftig und deutlich schreiben

Mitgliedschaft	<input checked="" type="checkbox"/> LKK	<input type="checkbox"/> BKK	<input type="checkbox"/> IKK	<input type="checkbox"/> WAK	<input type="checkbox"/> AEV	<input type="checkbox"/> Kassenärztliche	<input type="checkbox"/> UV*	<input type="checkbox"/> PRIVAT
1	Regensburg							
2	Name, Vorname des Versicherten**), geb. am				bzw. Name, Vorname des Tarifhalters			
	Müller Willibald				15.8.1938			
3	Fam. Angeh. gebürt.				Ehegatte/Kind, Vorname, geb. am bzw. Art des Tieres			
	Müller Marianne				22.7.1942			
4	Arbeitgeber (Dienststelle) Mitglieds-Nr./Fam.-/Rentner							
	Firma ABC-Technik							
5	Rente u. Fam. Angeh. gebürt.				Anschrift des Patienten bzw. des Tarifhalters			
	Regensburg, Wiesenweg 8							
6	BYU	Sonstige	Ausstellungsdatum					19.6.1987
Auslöschung		Unfallbetrieb						
**): Angaben über den Patienten in Zeile 3, falls dieser nicht der Versicherte ist								
<p>Rp. [Redacted]</p> <p>L-Polamidon Tropfle. 50 mg Nr. 2 (zwei) 3x tägl. 15 Tropfen, nachts 20 Tropfen Bedarf für 6 Tage Menge ärztlich begründet!</p> <p>Dr. med. Hans Beispiel Allgemeinarzt Landshuter Str. 47 - Tel. 0941/75071 8400 Regensburg 68/83 999</p> <p><i>H. Beispiel</i></p>								
Bei der Inanspruchnahme in der Zeit von 20.00 Uhr bis 7.00 Uhr kann der Apotheker einen zusätzlichen Betrag von 2,00 DM einschließlich Umsatzsteuer berechnen (§ 9 AM-PreisV).								
© Nachdruck verboten								

Teil I für die Aufsichtsbehörden

Rezept-Nr.

BGA-Nr.

Muster Nur zu Lehr- und Ausbildungszwecken

Bitte dieses Feld nicht beschriften, nicht bestempeln oder sonst beeinträchtigen

maschinell möglich

Nur handschriftlich

Teil III (mittleres Blatt) für den Verschreibenden, Teile I und II zur Vorlage in der Apotheke bestimmt.

Bitte kräftig und deutlich schreiben

Mitgliedschaft	<input checked="" type="checkbox"/> LKK	<input type="checkbox"/> BKK	<input type="checkbox"/> IKK	<input type="checkbox"/> WAK	<input type="checkbox"/> AEV	<input type="checkbox"/> Kassenärztliche	<input type="checkbox"/> UV*	<input type="checkbox"/> PRIVAT
1	Regensburg							
2	Name, Vorname des Versicherten**), geb. am				bzw. Name, Vorname des Tarifhalters			
	Maier, Josef				19.4.1940			
3	Fam. Angeh. gebürt.				Ehegatte/Kind, Vorname, geb. am bzw. Art des Tieres			
4	Arbeitgeber (Dienststelle) Mitglieds-Nr./Fam.-/Rentner							
	Firma Müller & Co.							
5	Rente u. Fam. Angeh. gebürt.				Anschrift des Patienten bzw. des Tarifhalters			
	Regensburg, Heiglhofstraße 5							
6	BYU	Sonstige	Ausstellungsdatum					10.6.1987
Auslöschung		Unfallbetrieb						
**): Angaben über den Patienten in Zeile 3, falls dieser nicht der Versicherte ist								
<p>Rp. [Redacted]</p> <p>MST 100 Mundipham Retardtabl. 100 mg 70 (siebzig) S. 5x tägl. 2 Tabl. Bedarf für 7 Tage Menge ärztlich begründet!</p> <p>Dr. med. Hans Beispiel Allgemeinarzt Landshuter Str. 47 - Tel. 0941/75071 8400 Regensburg 68/83 999</p> <p><i>H. Beispiel</i></p>								
Bei der Inanspruchnahme in der Zeit von 20.00 Uhr bis 7.00 Uhr kann der Apotheker einen zusätzlichen Betrag von 2,00 DM einschließlich Umsatzsteuer berechnen (§ 9 AM-PreisV).								
© Nachdruck verboten								

Teil I für die Aufsichtsbehörden

Rezept-Nr.

BGA-Nr.

Muster Nur zu Lehr- und Ausbildungszwecken

Bitte dieses Feld nicht beschriften, nicht bestempeln oder sonst beeinträchtigen

Beispiel für die Rezeptur eines oralen Morphinpräparates in Retard-Form.

Hier darf die einfache Höchstmenge bis zum Fünffachen je Anwendungstag für den Bedarf von bis zu 7 Tagen verordnet werden.

Zusatzvermerk: Menge ärztlich begründet.

Zusammengestellt von: PD Dr. M. Rust, Dr. H. Ebell (TZM), PD Dr. G. Sprotte (TZW), Prof. Dr. H.-D. Kamp (TZE), Dr. I. Bowdler (TZU) unter weiterer Mitarbeit von Dr. M. Peikert und Dr. K. Arndt (TZM), Prof. Dr. H. Sauer (TZM).

Koordination und Gestaltung: Prof. Dr. D. Hölzel (TZM).

Soweit in diesem Text eine Dosierung oder Applikation erwähnt wird, darf der Leser zwar darauf vertrauen, daß Autoren und Herausgeber große Mühe darauf verwandt haben, daß diese Angaben genau dem aktuellen Wissensstand entsprechen. Dennoch muß jeder Arzt in eigener Verantwortung die Angaben über Dosierung, Applikationsformen und Nebenwirkungen im Einzelfall auf ihre Richtigkeit und Aktualität überprüfen (s. Rote Liste und Ausgabedatum dieser Empfehlungen).

Für Kritik und Anregungen zu dieser 1. Version der Empfehlungen zur Tumorschmerztherapie sind die Autoren dankbar.

Diese teilweise selbstverständlichen Hinweise wurden von den genannten Mitarbeitern der Tumorzentren in Erlangen (TZE), München (TZM), Ulm (TZU) und Würzburg (TZW) zusammengestellt. Der Beitrag ist als Anregung für eine flächendeckende Versorgung von Patienten mit malignen Erkrankungen zu verstehen. Bei Problemfällen ist zu empfehlen, sich unter Einbeziehung des für das onkologische Grundleiden spezialisierten Arztes an eine der bestehenden Schmerzzambulanzen bei den Tumorzentren und onkologischen Arbeitskreisen zu wenden.

Blaulichtärzte – Neukonzeption der Fortbildung für Notärzte in Bayern – 1990

Orte: Augsburg, München, Nürnberg und Würzburg

Das Konzept der Einheitlichen Fortbildung für Notärzte in Bayern wird ab Jahresbeginn 1990 geändert. Ziel dieser Änderung ist, einer möglichst großen Zahl von Kolleginnen und Kollegen Kenntnisse in der Notfallmedizin zu vermitteln sowie den aktiv tätigen Notärzten den Erwerb der Fachkunde „Rettungsdienst“ zu ermöglichen. Nähere Ausführungen hierzu werden in einer der nächsten Ausgaben des „Bayerischen Ärzteblattes“ veröffentlicht.

Nachstehend werden neben dem neuen Fortbildungskonzept die Termine für das 1. Halbjahr 1990 veröffentlicht, um eine frühzeitige Planung zu ermöglichen.

Schriftliche Anmeldung

– bei Stufe I und II jeweils für die zweiteiligen Kurse gemeinsam –
unbedingt erforderlich!

Bei der Anmeldung zum Kursteil I ist die Fotokopie der Approbation oder Erlaubnis nach § 10 Abs. 4 BÄO beizulegen.

Bei der schriftlichen Anmeldung zur Stufe II und III sind Bescheinigungen über die jeweils geforderten Teilnahmevoraussetzungen beizufügen.

Teilnahmebescheinigung nur nach vollständig besuchtem Kurs.

Bereits ausgebuchte Kurse werden nicht mehr veröffentlicht.

– Fortsetzung Rückseite –

Zus.: 1 Retardkapsel enthält 7,5 mg Terbutalinsulfat. **Anw.:** Obstruktive Atemwegserkrankungen. **Gegenanz.:** Hyperthyreose/Thyreotoxikose, Tachykardie, tachykarde Arrhythmie, idiopathische hypertrophe subvalvuläre Aortenstenose. Vorsicht bei frischem Herzinfarkt und diabetischer Stoffwechsellage. Während der ersten drei Monate der Schwangerschaft und während der Stillperiode nur nach genauer Anweisung des Arztes. Am Ende der Schwangerschaft wehenhemmender Effekt möglich. **Nebenw.:** Gelegentlich vorübergehendes Fingerzittern und Herzklopfen. **Wechselw.:** Wirkungsverstärkung durch Theophyllin-haltige Medikamente. Wirkungsminderung von Antidiabetika. Beta-Blocker heben Terbutalinwirkung auf. **Dos. u. Anw.:** Erwachsene morgens und abends je 1 Retardkapsel. Die Retardkapseln werden unzerkaut zur Mahlzeit mit etwas Flüssigkeit eingenommen.

Bronchospasmolyse Tag und Nacht

butaliret®



Retardkapseln zu 7,5 mg Terbutalinsulfat

N 1 - 20 Retardkapseln DM 12,48
N 2 - 50 Retardkapseln DM 24,95
N 3 - 100 Retardkapseln DM 43,25

Saarstickstoff-Fatol GmbH · Robert-Koch-Straße · 6685 Schiffweiler

Stufe I/1 und I/2: Grundkurs für Notfallmedizin (für AIP empfohlen)

Voraussetzung für die Teilnahme: Approbation oder Erlaubnis nach § 10 Abs. 4 BÄO

Zeitbedarf: 2 Samstage (2 x 7 Stunden)

Stufe I/3 und I/4: Grundkurs für Ärzte, die im Notarztdienst eingesetzt werden sollen

Voraussetzung für die Teilnahme: vollständig absolvierte Stufe I/1 und I/2 sowie Absichtserklärung über die zukünftige Mitarbeit im Notarztdienst

Zeitbedarf: 2 Samstage (2 x 7 Stunden)

Stufe II/1 und II/2: Aufbaukurs für Notärzte

Voraussetzung für die Teilnahme: zu II/1: vollständig absolvierte Stufe I, einjährige klinische Tätigkeit im Akutkrankenhaus (möglichst mit Einsatz im Bereich Intensivmedizin oder Notfallaufnahme). Zu II/2: zusätzlich zu II/1 Nachweis einer Tätigkeit im Notarztdienst

Zeitbedarf: 2 Samstage (2 x 7 Stunden)

Stufe III: Fallsimulation für aktiv tätige Notärzte

Voraussetzung für die Teilnahme: vor mindestens einem Jahr abgeschlossene Stufe II, mindestens ein Jahr kontinuierliche Tätigkeit im Notarztdienst (mindestens fünf Einsätze mit lebensrettenden Maßnahmen bestätigt)

Zeitbedarf: 1 Samstag (7 bis 8 Stunden)

Bei abgeschlossener Stufe III wird von der Kammer eine **Bescheinigung über die Fachkunde „Rettungsdienst“** ausgestellt.

Veranstaltungsorte:	Termine:	Stufe:	Auskunft und Anmeldung nur bei:
Augsburg Ärztehaus Schwaben	31. 3.	III	Kassenärztliche Vereinigung Bayerns Bezirksstelle Schwaben, Frohsinnstraße 2, 8900 Augsburg Frau Ihrcke, Telefon (08 21) 32 56-131
München Ärztehaus Bayern Ärztehaus Bayern Ärztehaus Oberbayern Ärztehaus Bayern	3. 2. 17. 2. 10. 3. 31. 3.	I/1 I/2 I/3 I/4	Bayerische Landesärztekammer Mühlbauerstraße 16, 8000 München 80 Fräulein Wolf, Telefon (089) 41 47-288
Nürnberg-Fürth Stadthalle Fürth	13. 1. 27. 1. 3. 3. 24. 3. 19. 5. 23. 6.	I/1 I/2 I/3 I/4 III III	Kassenärztliche Vereinigung Bayerns Bezirksstelle Mittelfranken, Vogelsgarten 6, 8500 Nürnberg 1 Frau Leikeuf, Telefon (09 11) 46 27-532
Würzburg Ärztehaus Unterfranken Universitätsklinik Universitätsklinik Universitätsklinik Universitätsklinik	10. 2. 17. 3. 7. 4. 5. 5. 20. 5.	III II/1 II/2 I/1 I/2	Kassenärztliche Vereinigung Bayerns Bezirksstelle Unterfranken, Hofstraße 5, 8700 Würzburg Frau Schneider, Telefon (09 31) 3 07-230

Kongresse

Klinische Fortbildung in Bayern 1989

In Zusammenarbeit mit der Bayerischen Landesärztekammer
- Akademie für ärztliche Fortbildung -

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

Bayerische Landesärztekammer, Frau Eschrich,
Mühlbauerstraße 16, 8000 München 80, Telefon (0 89) 41 47-248

Ärztinnen/Ärzte im Praktikum

Fortbildungsveranstaltungen, die als **Ausbildungsveranstaltungen** nach § 34 c der Approbationsordnung empfohlen werden, sind im **Grauraster** gekennzeichnet.

Besonders empfohlen wird die Teilnahme an zwei berufskundlichen Veranstaltungen, die von der Bayerischen Landesärztekammer, an einem Tag zusammengefaßt, durchgeführt werden. Die nächsten Termine sind Augsburg 20. Oktober 1989, Nürnberg 7. Dezember 1989, München 20. Dezember 1989 und Würzburg Anfang 1990.

Da nicht alle als Ausbildungsveranstaltungen anrechenbaren Fortbildungsveranstaltungen hier veröffentlicht werden können, sollten Ärztinnen/Ärzte im Praktikum auch andere regionale und überregionale Fortbildungsankündigungen (z. B. der Ärztlichen Kreisverbände, der wissenschaftlichen Gesellschaften und ärztlichen Berufsverbände) beachten.

Die Teilnahme wird vom Veranstalter im AiP-Ausweis bestätigt, wobei jeweils drei Stunden einer Ausbildungsveranstaltung entsprechen.

Nähere Hinweise zur Anrechnungsfähigkeit von Ausbildungsveranstaltungen siehe Seite 329.

Arbeitsmedizin

20. Juli in München

Institut und Poliklinik für Arbeitsmedizin der Universität München (Vorstand: Professor Dr. G. Fruhmann) gemeinsam mit dem Verband Deutscher Betriebs- und Werksärzte e. V.

„92. Kolloquium“

Thema: Berufskrankheiten-Kesulistik aus der Sicht des Staatlichen Gewerbeärztes
Beginn: 18 Uhr c. t.

Ort: Kleiner Hörsaal der Medizinischen Universitätsklinik Innenstadt, Ziemssenstraße 1/II (Zi. 251), München 2
Anmeldung nicht erforderlich

Augenheilkunde

19. und 26. Juli in München

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

19. Juli
Grundlagen konventioneller Abletiochirurgie

26. Juli
Objektive Refraktometrie II - Skiaskopie

Beginn: jeweils 16 Uhr - Klinische Demonstrationen: jeweils 18 Uhr

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

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

Lungen- und Bronchialheilkunde

19. und 25. Juli in MÜNNErstadt

Klinik Michelsberg (Ärztlicher Direktor: Privatdozent Dr. H. Schweisfurth) Krankenhaus für Lungen- und Bronchialerkrankungen des Bezirkes Unterfranken

19. Juli, Beginn: 16 Uhr c. t.

Thema: Spiroergometrie

25. Juli, Beginn: 16.30 Uhr c. t.

Thema: Klinisch-pathologische Konferenz
Ort: Klinik Michelsberg, MÜNNErstadt

Auskunft und Anmeldung:
Sekretariat Privatdozent Dr. H. Schweisfurth, Klinik Michelsberg, Postfach 264-265, 8732 MÜNNErstadt, Telefon (0 97 33) 62 - 210

Juli 1989

15./16. Neurologie - München
17. Psychiatrie - München
19. Augen - München
19. Lungen - MÜNNErstadt
17.-21. Sonographie - Erlangen
20. Arbeitsmedizin - München
25. Lungen - MÜNNErstadt
26. Augen - München
29. Rheumatologie - Bayreuth

September 1989

11.-15. Sonographie - Erlangen

Neurologie

15./16. Juli in München

Neurologische Klinik und Poliklinik der Technischen Universität München (Direktor: Professor Dr. A. Struppler)

Leitung: Privatdozent Dr. R. Dengler

Internationale Fachkonferenz: „Die motorische Einheit - Physiologie, Krankheiten, Regeneration und Rehabilitation“ (in englischer Sprache)

Zeit: täglich 9 bis 18 Uhr

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

Teilnehmergebühr: DM 70,-

Auskunft und Anmeldung:

Privatdozent Dr. R. Dengler, Möhlstraße 28, 8000 München 80, Telefon (0 89) 41 40 - 46 64 oder 46 01

Psychiatrie

17. Juli in München

Psychiatrische Klinik und Poliklinik (Direktor: Professor Dr. H. Hippus) der Universität München

„Montagskolloquium im Sommersemester 1989“

Beginn: 16 Uhr s. t.

Ort: Bibliothek der Psychiatrischen Klinik der Universität, Nußbaumstraße 7, München 2

Anmeldung nicht erforderlich

Rheumatologie

29. Juli in Bayreuth

Klinik Herzoghöhe Bayreuth (Chefarzt: Professor Dr. G. L. Bech)

„Aktuelle Rheumatologie Bayreuth“ - Pathologie, Labor, Untersuchungsmethoden und Therapie

Themen: Neuere pathologische Befunde bei rheumatischen Erkrankungen - Der Rheumafaktor und seine Bedeutung - Des Labor in der Rheumatologie - Klinisch-orthopädische Diagnostik bei Erkrankungen der Wirbelsäule und der Extremitäten - Die Abgrenzung des

Fibromyalgie-Syndroms von anderen rheumatischen Erkrankungen – Gestroskopische Befunde unter verschiedenen Antirheumatika – Die Behandlung rheumatischer Erkrankungen mit MTX – D-Glucosamin-Sulfat als nebenwirkungsarme Alternative zu NSAIDs

Ort: Stadthalle Bayreuth

Auskunft und Anmeldung:
Sekretariat Professor Dr. G. L. Bach,
Kulmbacher Straße 103, 8580 Bayreuth,
Telefon (09 21) 4 02 - 213

Sonographie

17. bis 21. Juli und 11. bis 15. September
in Erlangen

Ultraschall-Schule Erlangen an der Medizinischen Klinik I mit Poliklinik der Universität Erlangen-Nürnberg (Direktor: Professor Dr. E. G. Hehn)

Leitung: Privatdozent Dr. N. Hayder

17. bis 21. Juli:

„Ultraschall-Grundkurs“

Thema: Ultraschall Innere Medizin – nach den Ultraschall-Richtlinien der Kassenärztlichen Bundesvereinigung vom 1. Oktober 1987

Ort: Siemens, Unternehmensbereich Medizinische Technik, Henkestraße 127, Erlangen

11. bis 15. September:

„Ultraschall-Aufbaukurs“

Thema: Ultraschall innere Medizin – nach den Ultraschall-Richtlinien der Kassenärztlichen Bundesvereinigung vom 1. Oktober 1987

Ort: Ultraschall-Abteilung der Medizinischen Klinik I, Krankenhausstraße 12, Erlangen

Teilnehmergebühr: je DM 700,-
Begrenzte Teilnehmerzahl

Auskunft und Anmeldung:

Sekretariat der Ultraschall-Schule, Freu Wellein, Krankenhausstraße 12, 8520 Erlangen, Telefon (0 91 31) 85-34 45 (von 8 bis 12 Uhr)

Allgemeine Fortbildung:

Grado 1989

23. Internationaler Seminarkongreß
vom 27. August bis 8. September

Für AIP geeignet

Veranstalter: Bundesärztekammer und Österreichische Ärztekammer

Leitung: Professor Dr. H. Losse, Münster, Dr. P. E. Odenbach, Köln

Kongreßeröffnung und Eröffnungsvortrag

Seminare und Kurse mit Praktischen Übungen

Aktuelle Arzneimitteltherapie – Dermatologie – Grundkurs: Echokardiographie mit praktischen Übungen (gemäß KBV-Richtlinien) – Grundkurs: Dopplersonographie der hirnversorgenden Arterien mit praktischen Übungen (gemäß KBV-Richtlinien) – Psychiatrie des höheren Lebensalters – Sportmedizin – Immunologie – Phlebologie – Verkehrsmedizin – Rheumatologie – Labormedizin – Praxismanagement – Manuelle Medizin – Medizinhistorisches Seminar – Pulmologie – EKG – Pädiatrie – Sonographie des Abdomens mit praktischen Übungen (gemäß KBV-Richtlinien) – Notfallmedizin: Fachkundanachweis „Arzt im Rettungsdienst“, Teil A – Kinder- und Jugendpsychiatrie – Neurologie – Familientherapie – Orthopädie – Hämatologie – Ophthalmologie – Mund-, Kiefer-Gesichts-erkrankungen – Praktikum: Augenspiegel-Kurs

Verschiedene Veranstaltungen

Podiumsgespräche „Immunologie“ und „Schmerzen“ – Sozial-, Gesundheits- und ärztliche Berufspolitik – Praktische Übungen im Rahmen des Sportmedizinischen

Seminars – Theologie und Medizin – Wissenschaftliche Filme gemäß Sonderprogramm – Besichtigung der Kuranlagen von Greda

Auskunft und Anmeldung:
Kongreßbüro der Bundesärztekammer,
Postfach 41 02 20, 5000 Köln 41, Telefon
(02 21) 40 04 - 2 22 bis 2 24

Fortbildungskurse für Röntgenhelfer/innen (§ 23 Nr. 4 RöV)

Dauer: 60 Stunden

Teilnahmevoraussetzung:
Zweijährige Tätigkeit im Röntgenbereich

Termine und Kursorte:

22. September bis 7. Oktober 1989
(nur Freitag und Samstag)

Bamberg, Klinikum

25. September bis 4. Oktober 1989
Erlangen, Universitätsklinik

21. bis 29. September 1989

Landshut, Städtisches Krankenhaus

25. September bis 4. Oktober 1989
27. November bis 6. Dezember 1989

Regensburg, Krankenhaus der Barmherzigen Brüder

20. bis 29. September 1989

Schweinfurt, Leopoldina-Krankenhaus

22. September bis 4. Oktober 1989
(nur Freitag und Samstag – Prüfung
18. Oktober)

Würzburg, Universitätsklinik

Auskunft und Anmeldung:

Bayerische Landesärztekammer, Mühlbaurstraße 16, 8000 München 80, Telefon
(0 89) 41 47 - 2 B1 oder 2 84 bis 2 86

Gelum[®] oral-rd

erhöht den Sauerstoffpartialdruck
normalisiert den Blut-pH

Gelum[®] oral-rd Indikationen: Sauerstoffmangelkrankungen, Lebererkrankungen, Sklerosen, Gewebe- und Geschwulsterkrankungen. **Kontraindikationen:** Nicht bekannt (siehe Literatur). **Neben- und Wechselwirkungen:** Bei hoher Dosierung und Langzeit-Therapie können vereinzelt tachykardische Störungen und extrasystolische Arrhythmien auftreten. Sie sind durch Osminderung schnell zu beheben. **Zusammensetzung:** Kalium-Eisen(III)-triphosphat-Oxikalium-Eisen(III)-citrat-Komplex 30,0 g, L(+)-Milchsäure 2,4 g, D(-)-Milchsäure 0,8 g, Vitamin-B-Komplex 0,16 g (Lactoflevin 0,01 g, Pyridoxinhydrochl. 0,01 g, Calc. pantothen. 0,015 g, Aneurinhydrochl. 0,025 g, Nikotinsäureamid 0,1 g), Aque dest. ad 100 g. **Dosierung:** Mit 3mal täglich 15 Tropfen beginnen und langsam steigern auf 3mal 30 Tropfen. In etwas Wasser (ca. 1/2 Weinglas) einnehmen, nicht in heißen Flüssigkeiten wie Kaffee oder Tee. **Handelsformen und Preise:** Gelum oral-rd 30 ml DM 13,55, 100 ml DM 31,95. **Weitere Darreichungsformen:** Gelum-Gel Antiphlogistikum 50 g DM 9,20, 100 g DM 16,55. Gelum-Salbe Dermatologikum 50 g DM 9,20, 100 g DM 18,55. Gelum-Supp 10 Supp. OM 8,70, 40 Supp. OM 28,10.

DRELUSSO PHARMAZEUTIKA
3253 Hessisch Oldendorf 1

Einführungslehrgänge für die kassenärztliche Tätigkeit

Die Kassenärztliche Vereinigung Bayerns veranstaltet am

23. September 1989
und
28. Oktober 1989

in der Mühlbauerstraße 16 (Ärztelhaus Bayern), München 80, Einführungslehrgänge für die kassenärztliche Tätigkeit.

Beginn: 8.45 Uhr – Ende: 16.30 Uhr

Anmeldungen sind an die KVB-Landesgeschäftsstelle, Mühlbauerstraße 16, 8000 München 80, Telefon (0 89) 41 47-356, Frau Klockow, zu richten bis 15. September und 20. Oktober 1989.

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

29. Bayerischer Internistenkongreß vom 24. bis 26. November 1989 in München

Für AIP geeignet

Themen: Wichtige neue Laboratoriumsuntersuchungen – Die Betreuung von Tumorkranken in Klinik und Praxis – Neue Aspekte in der Therapie gastro-intestinaler und hepatobiliärer Krankheiten – Welche Diagnose, welche Therapie? Der Einzelfall von allgemeiner Bedeutung

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

Strahlenschutzkurse in Nürnberg

Erwerb der Fachkunde im Strahlenschutz gemäß Röntgenverordnung (RöV)

Veranstalter: Radiologisches Zentrum im Klinikum Nürnberg (Professor Dr. E. Zeltner und Professor Dr. Th. Schmidt)

13./14. und 20./21. Oktober 1989

Grundkurs im Strahlenschutz

10./11. und 17./18. November 1989
Spezialkurs bei der Untersuchung mit Röntgenstrahlen

Ort: Klinikum der Stadt Nürnberg, Flurstraße 17, Nürnberg

Teilnehmergebühr: je DM 300,-

Anmeldung bis 1. August 1989 erbeten.

Auskunft:

Klinikum der Stadt Nürnberg, Radiologisches Zentrum, Flurstraße 17, 8500 Nürnberg, Telefon (09 11) 3 98-26 69

18. Kolloquium der I. Frauenklinik der Universität München

am 13. Juli 1989

Thema: Zur psychosomatischen Gynäkologie: Kinderwunsch, Insemination und IVF

Zeit und Ort: 19.30 Uhr – I. Frauenklinik, Großer Hörsaal, Malstraße 11, München 2

Auskunft:

Professor Dr. M. Stauber, I. Frauenklinik der Universität, Malstraße 11, 8000 München 2, Telefon (0 89) 5 39 71

30. Seminar in Orthopädie und Chirurgie des Bewegungsapparates am 14./15. Juli 1989 in München

Veranstalter: Histomorphologische Arbeitsgruppe München gemeinsam mit dem Anatomischen Institut der Technischen Universität München

Thema: Implantatverankerung

Zeit und Ort: 8.30 bis 16 Uhr – Möhlstraße 10, München 80

Auskunft und Anmeldung:

Histomorphologische Arbeitsgruppe, Gebriel-Max-Straße 3, 8000 München 90, Telefon (0 89) 64 76 20

Fallseminare „Psychiatrie“

Veranstalter: Nervenklinik Gauting

22./23. Juli 1989

2. Fallseminar – Abschnitt C

5./6. August 1989

2. Fallseminar – Abschnitt D

30. September/1. Oktober 1989

2. Fallseminar – Abschnitt E

15. bis 17. September 1989

3. Fallseminar – Abschnitt A

Die Seminare sind anrechenbar für die Weiterbildung in Psychoanalyse/Psychotherapie für Ärzte, denen das geforderte Jahr stationäre Psychiatrie fehlt.

Begrenzte Teilnehmerzahl – Anmeldung unbedingt erforderlich

Auskunft und Anmeldung:

Dr. W. Frank, Johann-Werner-Straße 10, 8035 Gauting, Telefon (0 89) 8 50 78 77

Fortbildungsveranstaltung „Allergologie und Dermatologie“

vom 13. bis 17. September 1989 in Davos

Leitung: Professor Dr. Dr. S. Borell, München

Thema: Fortschritte der Allergologie und Dermatologie

Ort: Kongreßzentrum Davos

Auskunft und Anmeldung:

Frau Dipl.-Betriebswirtin E. Welker, Dermatologische Klinik der Technischen Universität München, Biedersteiner Straße 29, 8000 München 40, Telefon (0 89) 38 49-32 05

66. Tagung der Vereinigung Bayerischer Chirurgen

vom 20. bis 22. Juli 1989 in Altötting/Burghausen

Für AIP geeignet

Themen: Die unabwiesbare Situation an der allgemein-chirurgischen Abteilung – Weichteilinfektionen – Chirurgische Onkologie – Freie Vorträge aus der Allgemein-, Thorax-, Gefäß- und Unfallchirurgie – Klinische Demonstrationen – Experimentelle Chirurgie

Ort: Kreiskrankenhaus Altötting/Stadtsaal Burghausen

Teilnehmergebühr: DM 30,-

Auskunft und Anmeldung:

Professor Dr. H. Bauer, Kreiskrankenhaus, Vinzenz-von-Peul-Straße 10, 8262 Altötting, Telefon (0 86 71) 5 09-2 11

Veranstaltungen der Vereinigung Praktischer und Allgemeinärzte Bayerns

Thema: Wirtschaftlicher verordnen – aber wie?

12. Juli 1989

Zeit und Ort: 20 Uhr – Schlosshotel „Thiergarten“, Oberthiergärtnerstraße 36, Bayreuth

18. und 19. Juli 1989

Zeit und Ort: 20 Uhr – Hotel Park Hilton, Salon Rumford, Am Tucherpark 7, München 22

Bei Terminänderungen können nur über das Sekretariat der Vereinigung angemeldete Teilnehmer benachrichtigt werden.

Auskunft und Anmeldung:

Vereinigung der Praktischen und Allgemeinärzte Bayerns, Ludmillastraße 13/III, 8000 München 90, Telefon (0 89) 65 55 05 (von 9 bis 12.30 Uhr)

Abrechnungseminar

am 30. September 1989 in München

Der Hartmannbund, Landesverband Bayern, veranstaltet ein Abrechnungseminar für niederlassungswillige und bereits niedergelassene Ärzte sowie deren abrechnungsinteressierte Ehepartner und Arzthelferinnen für folgende Arztgruppen:

Allgemeinärzte – Augenärzte – Chirurgen – Frauenärzte – HNO-Ärzte – Hautärzte – Internisten – Kinderärzte – Urologen

Beginn: 8.30 Uhr – Ende: ca. 14.00 Uhr

Ort: Ärztehaus Bayern, Mühlbauerstraße 16, München 80

Teilnehmergebühr: DM 100,- für Nichtmitglieder; DM 50,- für Mitglieder

Auskunft und Anmeldung:

Landesverband Bayern des Hartmannbundes, Mühlbauerstraße 16, 8000 München 80, Telefon (0 89) 4 70 60 85

Nach der „Denkzettel“-Wahl

Wurde Europa nicht richtig verkauft? – Dies war nur eine der Fragen, die sich die Kommentatoren von Partalen und in den Medien während der Wahlnacht am 18. Juni angesichts des bundesweit rund achtprozentigen Wahlerfolges der Republikaner stellten; und erst recht traf diese Frage auf den Freistaat zu, wo die Partei des Franz Schönhuber einen fast doppelt so hohen Stimmenanteil errang und CSU und SPD überdurchschnittliche Verluste einstecken mußten. Im Vergleich zur Europa-Wahl vor fünf Jahren betrug der Rückgang bei der Union bundesweit acht, in Bayern jedoch bei der CSU fast zwölf Prozent; bei den Sozialdemokraten waren es bundesweit etwas mehr als ein Prozent gegenüber einem bayerischen Rückgang von über drei Prozent. Die Liberalen legten im Bundesdurchschnitt zwar leicht zu und schafften die Fünf-Prozent-Hürde, in Bayern stagnierten sie jedoch bei etwas mehr als vier Prozent. Lediglich die Grünen registrierten in Bund und Land einen leichten Stimmenzuwachs und verbesserten ihren Stimmenanteil im Freistaat um ein Prozent.

Was den großen Partalen abging – und das zeigten bereits die ersten Wanderungsanalysen in der Wahlnacht –, das kam den Republikanern neben der relativ niedrigen Wahlbeteiligung zugute: Sie profitierten von der CDU und vor allem von der CSU sowie in geringerem Maße von der SPD, und sie erhielten einen überproportionalen Stimmenanteil bei den Erstwählern bei einer Europa-Wahl. Schließlich war bei ihrem Wahlerfolg ein deutliches Süd-Nord-Gefälle festzustellen, was Ministerpräsident Max Streibl nicht zuletzt mit der Popularität des früheren Fernsehjournalisten und Moderator der beliebten TV-Sendung „Jetzt red' i“, Franz Schönhuber, begründete. Mit sieben Sitzen sind seine Republikaner nun im 518 Abgeordnete zählenden Europaparlament in Straßburg vertreten, um dort – wenn ihre Wahlslogans weiterhin gültig bleiben – „Nein“ zu sagen zu dieser EG.

Wie sich die Europäische Gemeinschaft heute in der Realität darstellt

und wie der Freistaat inzwischen mit ihr verknüpft ist, das hat der Landtag im Vorfeld der Wahl anhand von verschiedenen Interpellationen und schließlich drei Wochen vor der Abstimmung anhand einer Regierungserklärung von Ministerpräsident Streibl zur Europapolitik nochmals diskutiert. Für den Regierungschef war klar, daß es aus der Gemeinschaft kein Zurück mehr gebe. „Die Integration ist unumkehrbar, unsere wirtschaftliche Verflechtung mit den Partnerstaaten zu dicht geworden“, sagte Streibl und distanzierte sich gleichzeitig von der These, „die Bundesrepublik sei der ‚Zahlmeister Europas‘“. Es sei Demagogie, wenn radikale politische Kräfte behaupteten, daß Deutschland bereits 1913 bzw. 1938 kaum weniger als heute in die europäischen Staaten exportiert habe.

Tatsächlich habe die Bundesrepublik Deutschland 1987 real 28mal soviel an Gütern in die elf Partnerstaaten exportiert wie das gesamte Deutsche Reich des Jahres 1938 mit seinen 75 Millionen Einwohnern: „Pro Kopf der Wohnbevölkerung und real stiegen die Exporte sogar um das 35fache.“ Im Vergleich dazu – so Streibl – hätten sich die Pro-Kopf-Exporte in Drittländer dagegen nur um das 18fache erhöht. Insgesamt exportiere die Bundesrepublik heute mehr als 1938 alle Einwohner des Deutschen Reiches zusammen verdient hätten, berichtete Streibl, um die Parole zu widerlegen, man könne – auf sich alleine gestellt – genauso erfolgreich sein.

Die Bedeutung der EG für Bayern illustrierte der Ministerpräsident mit folgenden Daten: Danach hat der Freistaat im Jahr 1988 Waren im Wert von 45,1 Milliarden DM in Länder der Gemeinschaft exportiert. Mit 50,8 Prozent war das mehr als die Hälfte der gesamten bayerischen Ausfuhren. Seit Jahren erwirtschaftete Bayern im Handel mit der EG einen Exportüberschuß, der sich 1988 auf rund 18 Milliarden DM belief: „Das ist mehr als ein Fünftel des von der Bundesrepublik erwirtschafteten Überschusses in Höhe von 81 Milliarden DM.“ Diese Zahlen widerlegten auch den offenbar nicht ausrottbaren Vorwurf, die Bundesrepublik sei mit ihrer Nettzahlung von 10,4 Milliarden DM an die EG vor zwei Jahren der „Zahlmeister Europas“.

Nach Angaben Max Streibls hängt vom Export in EG-Länder in Bayern jeder sechste Arbeitsplatz ab, in so wichtigen Industriebranchen wie der Elektrotechnik oder dem Fahrzeugbau sogar jeder fünfte. Auch die bayerische Landwirtschaft sei bei Milch, Butter, Käse, Zucker und Rindfleisch auf den Export existentiell angewiesen. Er stieg in den vergangenen 28 Jahren um das 35fache auf über sechs Milliarden DM, von denen 85 Prozent in EG-Mitgliedsstaaten gingen. Mittlerweile lebe jeder dritte Bauer vom Export, sagte Streibl. Ohne die Mitgliedschaft wären die wirtschaftlichen Erfolge Bayerns in dieser Größenordnung gar nicht vorstellbar: „Sie hat mitgeholfen, daß Bayern heute Wachstumsland Nr. 1 in der Bundesrepublik ist.“ Deshalb unterstütze die Staatsregierung alle Bemühungen, den europäischen Integrationsprozeß voranzutreiben. Dazu gehöre der Binnenmarkt. Die Bewältigung der anstehenden Probleme, die sich aus der Schaffung des Binnenmarktes ab 1. Januar 1993 ergeben, war für den Ministerpräsidenten freilich nur ein Zwischenziel „auf dem langen und steinigen Weg in die politische Union Europas“. – Die Wähler – allen voran bayerische Wähler – haben mit ihrem Abstimmungsverhalten am 18. Juni einige zusätzliche Steine auf diesen Weg gestreut – als „Denkzettel“ für und aus Unbehagen an den herrschenden politischen Parteien. Für sie kommt es nun darauf an – und darin war man sich in der Wahlnacht einig –, den verlorenen Wählerschichten die eigenen politischen Programme wieder nahezubringen.

Michael Gscheidle

KNOPF
Ältere Menschen leben oft allein. Dann ist es wichtig, daß im Notfall schnell Hilfe kommt.

DRUCK
Mit dem Hausnotrufdienst der Malteser geht das jetzt ganz einfach. Knopfdruck genügt und Hilfe kommt.
Wir informieren Sie gerne.



**Malteser
Hilfsdienst**

Diözesangeschäftsstelle · Streifeldstraße 1
8000 München 80 · Telefon (0 89) 4 36 08-34

Äskulap und Pegasus

Hans-Joachim Trautner – Dem Arztsein und der Kunst verpflichtet

„Die Emil-Preetorius-Sammlung zu Augsburg“

Man muß sich keineswegs Gewalt antun, um in einer Spalte wie dieser einmal nicht ausschließlich von Dichtung und Dichtern zu schreiben, die dem Ärztestand angehören. Und auch wer den Pegasus nicht gerade höchst persönlich reitet, kann dennoch ein Faible für Poesie haben und ihr selnem Wesen nach zugehen sein. Ja, ich behaupte, jeder musisch begabte Mensch ist fähig, auch außerhalb der Literatur lyrisch zu empfinden, sei es beim Erschauen einer Landschaft, beim Betrachten eines Kunstwerkes, zum Beispiel eines Bildes, beim Hören einer Melodie. Durch den Hufschlag des göttlich beflügelten Pferdes Pegasus sprudelte erst dem Mythos zufolge die Quelle Hippokrene, Ort der vielbegabten Musen. Und Klio, die Muse der Geschichtsschreibung, ist wohl ihrer Mutter Memnosyne, dem Gedächtnis, der Erinnerung am ähnlichsten. Erinnern wollen wir uns hier an zwei Musensöhne, ins Gedächtnis rufen zwei Künstlernaturen, von denen der eine ein lebenslang tätiges Arzttum einbringt, der andere sich immerhin zum Studium der Medizin hingezogen fühlte. Mit Fug und Recht also dürfen wir unter „Äskulap und Pegasus“ über die Begegnung von Künstler- und Arzttum schreiben, auch wenn es sich hier nicht um Literalität im engeren Sinne handelt. Kunstvermittlung im weitesten Sinne kann ja auch ohne das Medium der Sprache nicht auskommen, die sich dann nicht selten lyrisch geriert.

Was nützte der Menschheit die Fülle musischer Schöpfungen in jeweiliger kultureller Epoche, gerieten sie für die Nachwelt in Vergessenheit und gingen verloren. Wie arm wäre doch die Welt, gäbe es nicht jene fleißigen und begabten Sammler, die uns die Schätze schöpferischen Geistes auf einem heimlichen Königsweg mühevollen Aufspürens bis hin zum Erwerb meisterhafter Kennerschaft bewahren helfen, um sie späteren Generationen weiterzugeben. Daß hier Leidenschaft, Liebe und Sinn für das Schöne und Einmalige, aber auch profunde Kenntnis und Wissen, begnadeter Kennerblick mit im Spiele sind, darüber legt jede bedeutsame Sammlung beredtes Zeugnis ab. Forscher, Philosophen, Künstler und Dichter schöpfen zu eigenem Nutz und Frommen mit Gewinn aus solchen Quellen.

Nicht anders verhält es sich mit einer zu Anfang dieses Jahres gezeigten Ausstellung einer singulären, exklusiven „Emil-Preetorius-Sammlung“ aus dem Privatbesitz des Augsburger Allgemeinarztes Dr. med. Hans-Joachim Trautner. Bereits 1973 und 1983 ging der kenntnisreiche und einschlägig bewendete Kollege mit Detaildarstellungen zu Werken des genialen Künstlers Preetorius an die Öffentlichkeit und ließ Fachwelt und interessierte Laienschaft aufhorchen.

Dieser dritte größere Überblick zu den Werken des berühmten Illustrators, Buchgrafikers, Bühnenbildners, Kunstschriftstellers und akademischen Lehrers Emil Preetorius fand in einem jetzt erweiterten Rahmen statt, und erstmals konnte die ganze Fülle der Trautnerschen Sammlung dank des so freundlichen Entgegenkommens der Universität Augsburg und dank der eifrigen Mithilfe von Herrn Senator Max Gutmann in den Räumen der Zentralbibliothek der Universität gezeigt werden. Bevor wir unsere Leser mit Emil Preetorius, seiner Persönlichkeit und seinem Werk näher bekanntmachen, ist es wohl rechtens und angebracht, zunächst einmal etwas über den Initiator dieser Ausstellung zu sagen. Dies um so mehr, als der Sammler bei guter Presse dieses kulturellen Augsburger Ereignisses sich selbst bescheiden zurückhielt und im Feuilleton einer Augsburger Zeitung keine Angaben über seine Person wünschte. Wir können nicht umhin, hier anders zu verfahren, da es uns doch um einen Kollegen unseres Standes geht, auf den die bayerische Ärzteschaft gewiß stolz sein kann. Greifen wir auf die Rede des Direktors der Universitätsbibliothek Augsburg, Dr. Frenkenberger, zurück, in der Hans-Joachim Trautner zur Eröffnung der Ausstellung die gebührende Würdigung erfuhr. Trautner entstammt einer alten Augsburger Medizinerfamilie, wurde 1916 geboren. Am Anna-Gymnasium erhielt er seine humanistische Ausbildung und Erziehung, wohl prägende Elemente, die dem Sammler bald die Augen für das Schöne an Büchern öffneten. Nach Medizinstudium in Tübingen und München und klinischer Weiterbildung ließ er sich 1950 als Allgemeinarzt in Augsburg nieder. Die Tätigkeit des Sammelns entwickelt Kräfte der Sinne, des Geistes und der Seele, nach einer Aus-

sage von Peter Jessen. Und gerade das vollzog sich an der Persönlichkeit Trautners. Die Liebe zum schönen Buch hat ihn sehr früh mit bibliophilen Gesellschaften zusammengebracht und er avancierte dort von 1979 bis 1984 zu deren Präsidenten. Bei einem Besuch in den Schatzkammern von Dr. Trautner kann man immer wieder feststellen, wie er mit seinen Schätzen lebt. Begeistert zeigt er alles, was er liebt und was ihm wichtig ist. Schöne Buchillustrationen und exquisite Einbanddeckel faszinieren ihn. Bleibt noch zu sagen: Trautner ist selbst kreativ, nimmt geschickt und gekonnt Restaurierungsarbeiten an seinen Sammlungen vor, bessert alte Möbel aus und erneuert sie glanzvoll stielicht. Wer aber sein Engagement als Freizeitbeschäftigung verstanden wissen will, irrt sich. Nicht Nebentätigkeit ist sie ihm, vielmehr Ergänzung, ein supplément d'âme im Sinne Bergson'scher Lebensphilosophie, ein Ganzwerden als Mensch und Arzt.

Bei der Eröffnung einer Vortragsreihe „Die Sprache“, die die Bayerische Akademie der Schönen Künste und die Akademie der Künste zu Berlin gemeinsam veranstalteten, stellte Emil Preetorius, Nachfolger Wilhelm Hausensteins als Präsident der Bayerischen Akademie, Mitglied des Bayerischen Senats und Professor an der Akademie der Bildenden Künste, nicht ohne Sorge fest: „Wirklichkeit und Sprache – eines ist so fragwürdig geworden wie das andere. Die Wirklichkeit entzieht sich uns in einem Prozeß fortschreitender Entfremdung. Ans Mark aber geht dieser Schwund, diese Aufzehrung der Wirklichkeit dem Dichter.“ Hier zeigte sich der universale und geniale Künstler als vorausschauender „vates“. Finden wir doch wieder zur Anschaulichkeit, zur Wirklichkeit zurück! Nichts mehr kann uns dazu verhelfen als des bildnerischen Werk, wie es die Trautnersche Sammlung so einmalig vermittelt. Autographen belegen in diesen Exponaten die außergewöhnliche Breite künstlerischer Mittel bei Preetorius. Eine Bandbreite von Karikatur bis Jugendstil. Berühmte Buchillustrationen zu Chamisso's „Peter Schlehmiel“, zu Jean Paul's „Schulmeisterlein Wuz“, zu Eichendorff's „Teuogenichts“, zu Daudets „Tartarin de Tarascon“, Exlibris von ihm, unbezahlbare Kostbarkeiten, Zeugen exzellenter Buchkunst, prächtige Scherenschnitte und Werkstücke ostasiatischer, indischer und persischer Kunst, all das bietet sich an und entzückt das Auge. Denk dem so kunstsinnigen und kunstverständigen Arzt Dr. med. Hans-Joachim Trautner, der mit seiner Lebensarbeit gewiß das Ansehen seines Standes achtbar vermehrt hat.

Dr. med. Andreas Schuhmann, Grünwalder Straße 106, 8000 München 90

Allfinanz (3): Mehr Zeit für die eigene Zukunftssicherung

Wir leben in einer Zeit des „do it for ma“, Umkehrung der anglo-amerikanischen Aufforderung „Tue es selbst“. Diese Bequemlichkeit nutzen einige Banken, Versicherungs- und Investmentgesellschaften wie Bausparkassen zunehmend zu Angeboten eines gemeinsamen „Allfinanz-Angebotes“. Damit hat sich das „Bayerische Ärzteblatt“ in den letzten beiden Ausgaben ausführlich auseinandergesetzt. Dieser Beitrag beendet die Behandlung diese Themas.

Eine Anzahl großer Versicherungsgesellschaften wie Banken beteiligt sich nicht nur nicht an dieser Allfinanz-Euphorie. Sie lehnt sie vielmehr ausdrücklich und aus eigener Erfahrung mit den sehr diffizilen und kundenindividuellen Bereichen Vorsorge und Anlage ab.

Diese Institute sind sich der sensiblen Problematik bewußt. Sie unterhalten selbst Fachabteilungen für Sparen, Anlage, Kredit, Wertpapiere, getrennt nach Aktien und Wertpapieren, für das Auslandsgeschäft, für den Geld- und den Devisenhandel und sehr viele weitere Spezialaufgaben. Versicherungsgesellschaften haben einige dieser Bereiche ebenfalls zu bearbeiten. Bei ihnen kommt u. a. noch die Antrags- und die Schadensabteilung dazu.

Jene Versicherungsgesellschaften wie Banken wissen, daß sie Mitarbeiter dieser Ressorts trotz einschlägiger Vorbildung noch sorgfältig einarbeiten müssen, und daß sie sie nicht beliebig von Abteilung zu Abteilung austauschen können. Daher scheuen sie das Angebot der Allfinanz.

Lebensversicherungs-Repräsentanten bekennen seit Jahrzehnten, zufrieden zu sein, wenn ihr Außendienst zwei bis drei ihrer bis zu zwanzig und mehr Tarife beherrscht. Banken wie vor allem Versicherungsgesellschaften führen in eigenen Häusern rund um das Jahr Schulungen vor allem ihrer Außendienstmitarbeiter durch. Sie wissen, daß die Beratungsqualität vor allem auf lange Sicht den Ruf der Gesellschaft wesentlich prägt. Sie kennen den hohen Verantwortungsgrad ihrer Tätigkeit, denn Vorsorgewie Anlageentscheidungen implizieren a) langlaufende Wirksamkeit und finanzielle Verpflichtung. Fehler sol-

cher Investitionen kumulieren zu hohen, unwiederbringlichen Beträgen;

b) bestimmte Erwartungen beispielsweise zugunsten Angehöriger bei frühem Tod oder eine Zusatzleistung zu einer Rente, die mindestens in erwarteter Höhe dauerhaft erfüllt werden muß. Korrekturen bei Fälligkeit sind in diesem Bereich nicht möglich.

Also müssen die Konditionen von Vorsorge-, Anlage- und Bausparverträgen

- individuell nach eigenen, nicht nach Vorstellungen redigierter Allfinanz-Berater mit immer begrenztem Angebot, maßgeschneidert sein und

- selbst erarbeitet werden nach der Methode, eigene Prämissen und Erwartungen wie Notwendigkeiten sorgfältig und nach Beratung mit dem Ehepartner möglichst exakt zu formulieren.

Gerade bei seinen künftigen, sehr umstrittenen Einkommenserwartungen muß sich der einzelne Arzt überwinden und seinen Widerstand gegen eine eingehende eigene Beschäftigung mit dieser Materie aufgeben. Vielmehr ist als Grundvoraussetzung die exakte Kenntnis seiner eigenen Ansprüche an die Bayerische Ärzteversorgung, die Möglichkeiten einer zusätzlichen Versorgung in dieser Standesinstitution und des zu erwartenden Ergebnisses notwendig. Der Arzt muß auch wissen, wie hoch die Leistungen der Standesversorgung bei Berufsunfähigkeit und für seine Angehörigen im Fall seines frühzeitigen Todes ausfallen.

Um diesen Kern herum nur können weitere Maßnahmen der Geldanlage wie auch der Geldverwendung geplant werden. Vorsorge rangiert nun einmal vor Anschaffungsabsichten und anderen aufwendigeren Vorhaben. Zu dieser Basis gehört eine Praxisanalyse, wie sie die Standesbank mit ihrem Statussystem anleitet, um die künftige Leistungsfähigkeit in diesen Bereichen abschätzen zu können. Poly-Finanz individuell, diese Forderung kann nur der einzelne selbst erarbeiten – und er wird aus seiner Verantwortung heraus nicht drumherum kommen. *Horst Beloch*

Kurz über Geld

QUELLENSTEUER von der Bank zurück bekommen alle Inhaber eines Sparkontos, dessen Zinsen um die Quellensteuer vermindert gutgeschrieben wurden, und die bisher bei ihrem Finanzamt keinen Antrag auf Nicht-Veranlagung (NV) gestellt hatten. Wenn sie diese Bescheinigung jetzt der Bank nachreichen, kann das Institut die einbehaltene Quellensteuer unmittelbar gutschreiben.

DER DOLLAR werde zwischen 1,75 und 2,10 DM schwanken. Dollar schwanken, sagen die Volkswirte der Hypo-Bank für das nächste halbe Jahr voraus. Im nächsten Jahr soll sich die Zehnjahresrendite der öffentlichen Anleihen nach ihrer Meinung zwischen 6,9 und 7,4 Prozent bewegen. Im übrigen „Ein Ende des steilen Dollaranstiegs könnte jedoch vorübergehend für etwas ermäßigte Zinssätze im Termingeldbereich sorgen.“ Demnach ist auch für den Kreditzins ein relativ enger Spielraum zu erwarten.

DAS GOLD BLEIBT LIEGEN und der Preis unten zwischen 350 und 370 Dollar, jedenfalls noch in diesem Monat, meint die Commerzbank. Die in Südafrika nachlassende Goldproduktion wegen der höheren Förderkosten nach Ausschöpfung der leichter zugänglichen Vorkommen wird durch eine stetig steigende Goldproduktion in anderen Teilen der Welt kompensiert.

NOCH EINE KREDITKARTE wird der Diners Club International gemeinsam mit der skandinavischen Fluggesellschaft SAS als erste universale Flugkreditkarte für rund 190 DM im Jahr herausbringen.

„KNÜLLERPREISE“ der Bundesbahn verbilligen bis zum 3. September so manche Bahnreise, auch ins Ausland. Die entsprechenden Fahrtausweise müssen aber mindestens zwei Wochen vor Reiseantritt gekauft werden.

LEBENSVERSICHERUNG - DIREKT-VERTRIEB drückt die Abschlußkosten, aber dafür hat der Versicherungsnehmer auf jegliche persönliche Beratung zu verzichten. Die individuelle Problemlösung aufgrund eines oder mehrerer Gespräche mit einem Experten kann auf die Durchschnittslaufzeit eines Lebensversicherungsvertrages von 27 Jahren durch die somit gezielte Auswahl der Versicherungsart letztlich viel vorteilhafter ausfallen, als die Beratungsgebühr gespart zu haben.

Ausbildungsveranstaltungen für Ärztinnen/Ärzte im Praktikum

Die *Approbationsordnung für Ärzte vom 14. Juli 1987 (ÄAppO)* – geändert durch das Gesundheits-Reformgesetz vom 1. Januar 1989 – schreibt in § 34 c (*Ausbildungsveranstaltungen*) vor, daß der Arzt im Praktikum an mindestens sechs Ausbildungsveranstaltungen von je zwei bis drei Stunden Dauer teilzunehmen hat. Diese Ausbildungsveranstaltungen sollen der Vertiefung seines Wissens und der Behandlung von Fragen der Ethik in der Medizin dienen und insbesondere auf die Erörterung von häufig vorkommenden Krankheitsfällen und deren Behandlung, allgemeinmedizinische Fragestellungen, Fragen der ärztlichen Berufsethik und des Arzt-Patienten-Verhältnisses sowie Fragen der Wirtschaftlichkeit und Kostenrelevanz im Gesundheitswesen ausgerichtet sein.

I. Generell anerkannte Veranstaltungen

Besonders empfohlen wird die Teilnahme an zwei *berufskundlichen Veranstaltungen* – von der Bayerischen Landesärztekammer an einem Tag zusammengefaßt durchgeführt –, die u. a. Fragen zur Rechtsstellung des AiP, zur ärztlichen Berufsethik, zum Arzt-Patienten-Verhältnis und zur Wirtschaftlichkeit behandeln. Die nächsten Termine sind: Augsburg 20. Oktober 1989, Nürnberg 7. Dezember 1989, München 20. Dezember 1989 und Würzburg Anfang 1990. Einzelheiten dieser Veranstaltungen werden rechtzeitig im „Bayerischen Ärzteblatt“ veröffentlicht.

Anerkannt sind ferner sämtliche im „Bayerischen Ärzteblatt“ als „für AiPs empfohlen“ gekennzeichneten Veranstaltungen. Allerdings können dort nur solche Veranstaltungen aufgeführt werden, deren Veröffentlichung im Rahmen der „Klinischen Fortbildung“ oder der „Allgemeinen Fortbildung“ der Veranstalter beantragt hat.

Sollten innerhalb von mehrtägigen Kongressen jeweils halbtägig unterschiedliche Themen oder Themenkreise entsprechend § 34 c ÄAppO behandelt werden, kann jeder Halbtage als eine Ausbildungsveranstaltung gewertet werden.

II. Sonstige Veranstaltungen

Geignet sind ferner alle ärztlichen Fortbildungsveranstaltungen, sofern sie nicht nur thematisch, sondern auch zeitlich den genannten Anforderungen der ÄAppO entsprechen. Dazu gehören insbesondere Veranstaltungen der *Ärztlichen Kreis- und Bezirksverbände, wissenschaftlicher Gesellschaften und von Berufsverbänden*.

Sofern die Teilnahme an Veranstaltungen, die nicht entsprechend Ziffer I veröffentlicht sind, als „AiP-Ausbildungsveranstaltung“ geltend gemacht wird, wird neben der Bestätigung im AiP-Ausweis empfohlen, generell die Teilnahmebescheinigungen und die Programme aufzubewahren, um damit in Zweifelsfällen die Eignung der Fortbildungsveranstaltung nachweisen zu können.

Hausunterricht für längerfristig kranke Schüler

Das Bayerische Staatsministerium für Unterricht und Kultus beabsichtigt, zum Schuljahr 1989/90 „Hausunterricht für längerfristig kranke Schüler“ einzuführen.

Danach kann künftig Hausunterricht statt Unterricht in der Schule an Schüler bayerischer staatlicher, kommunaler und privater Volks- und allen weiterführenden Schulen und in Schulen für Behinderte erteilt werden, die voraussichtlich länger als sechs Unterrichtswochen (einschließlich eines etwa erforderlichen Aufenthalts in einem Krankenhaus) infolge einer Krankheit am Unterricht in der Schule nicht teilnehmen können oder wegen einer langdauernden Krankheit (z. B. fortgeschrittener chronischer Niereninsuffizienz – Präurie bzw. Urämie –, Leukämie oder malignen Tumoren, schwerer Hämophilie) wiederholt den Unterricht an bestimmten Tagen versäumen müssen.

Der Hausunterricht erfolgt auf Antrag der Erziehungsberechtigten bzw. des volljährigen Schülers selbst. Die Erteilung des Hausunterrichts soll grundsätzlich von der Stammschule des Schülers aus erfolgen. Von dieser Zuständigkeit kann zum Beispiel bei einer Reihe von Erkrankungen (z. B. Krebs) abgewichen werden, wenn bei dem kranken Schüler über einen langen Zeitraum immer wieder im Abstand von wenigen Wochen ein Krankenhausaufenthalt erforderlich wird (z. B. bei sogenannten Chemotherapieblöcken). Während seines Aufenthaltes im Krankenhaus wird er in der Regel von einer Schule für Kranke unterrichtet.

Da davon ausgegangen werden kann, daß diese Verordnung erlassen wird, bitten wir bereits jetzt, diese Möglichkeiten für Ihre kranken Patienten zur Kenntnis zu nehmen.

– P. Kalb, BLÄK –

„Bayerisches Ärzteblatt“. Herausgegeben von der Bayerischen Landesärztekammer und der Kassenärztlichen Vereinigung Bayerns. Inhaber und Verleger: Bayerische Landesärztekammer (Körperschaft des öffentlichen Rechts); Prääsident: Professor Dr. med. Dr. h. c. Hans Joachim Sewering. Schriftleitung: Professor Dr. med. Dr. h. c. Hans Joachim Sawering, Dr. med. Klaus Dehler, Dr. med. Kurt Stordeur – verantwortlich für den redaktionellen Inhalt; Rita Horn. Gemeinsame Anschrift: Mühlbauerstraße 18, 8000 München 80, Telefon (089) 41 47-1

Die Zeitschrift erscheint monatlich.

Bezugspreis 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) 551 77-0, Fernschreiber: 523 662, Telegrammadresse: atlaspress. Peter Schachtl, 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 Lesereanalyse medizinischer Zeitschriften e. V.

IA-MED

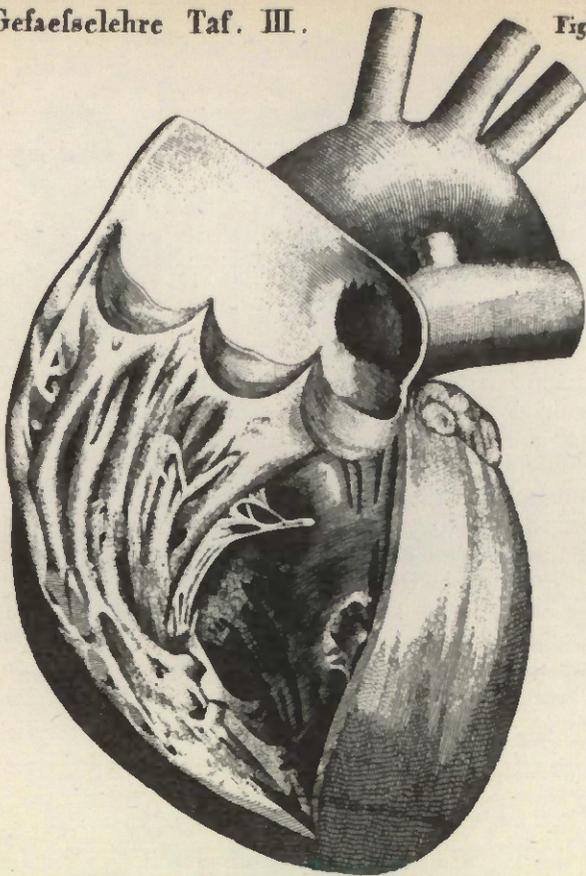


Abb. aus „Dr. H. Oesterricher's Anatomischer Atlas“, 1829.



**Altersherz, nervöse Extrasystolen,
Cor nervosum; Schwindelgefühl,
Kollapsneigung, Ohnmachtsanfälle
bei Hypotonie**

Dosierung: 3mal tgl. 5-8 Tropfen auf einem Stück Zucker (Diabetiker auf einem Stück Brot). Nicht mit Wasser einnehmen. Bei Schwächeanfällen und drohendem Kollaps alle 15 Minuten 5 Tropfen.
Zusammensetzung: 100 g enth. Menthol 0,2 g, Campher 2,5 g, Tinct. Convallaria (EB 6) 0,4 g, Extr. Fruct. Crataeg. 55,0 g (stand.: auf 300 mg oligomere Procyanidine), Tinct. Valerianae (DAB 9) 2,0 g.
Kontraindikationen: keine bekannt.
Hinweis: Korodin enthält 60 Vol.-% Alkohol.



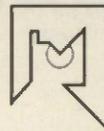
Handelsformen und Preise:
OP Tropfflasche mit 10 ml DM 5,95
OP Tropfflasche mit 30 ml DM 14,00
Großpackung mit 100 ml DM 38,90

ROBUGEN GMBH · PHARMAZEUTISCHE FABRIK · ESSLINGEN/NECKAR

UNSERE SCHULE

ein unbequemer – fröhlicher Ort
30 Jahre Privatschule Derksen
neusprachlich – staatlich anerkannt
gemeinnützige GmbH

1. Weil Ihr Kind verpflichtet wird, an die anderen zu denken.
2. Weil wir uns hier gegenseitig bestärken, einander zu vertrauen.
3. Weil alle ermutigt werden, die Freiheit des einzelnen in unserer Gemeinschaft zu schützen.
4. Weil wir den Widerspruch erwarten.
5. Weil wir uns zur Einübung von Pflichten bekennen, denn nur so lernt der Mensch Bindungen einzugehen.
6. Weil wir im Interesse unserer Schüler auch dem Machtmißbrauch beherzt entgegenzutreten.
7. Weil wir den Mut haben, miteinander fröhlich zu sein.



Langjährige und gute Erfahrungen
mit Ein- und Umschulungen
Leistungskursangebot für K 12 – 1989/90
D, E, L, F, M u. Ku.

Kleines privates Lehrinstitut Derksen
Pfungstrosenstr. 73, 8000 München 70, Tel. 7142561 und 717274

Klinik Dr. Schlemmer GmbH

Analytische Selbsterfahrungsgruppe

– Klausur mit Fortsetzung –

Klaaur: Klinik Dr. Schlemmer GmbH
Innere Medizin und Psychosomatik
Ringbergstraße 53, 8182 Bed Wiessee
Beginn: 6. September 1989, 15.00 Uhr bis
10. September 1989, 13.00 Uhr. (20 Doppelstunden)

Fortsetzung: Praxis Dr. med. Gröninger
Montgelesstraße 35, 8000 München 80
Beginn: 13. September 1989, 14-tägig
(20x 2 Doppelstunden)

Abschlusskurs: (fakultativ) 1990 (20 Doppelstunden)
Leitung: Dr. med. Dipl. Psych. Siegfried GRÖNINGER
Lehrenanalytiker der Münchener Arbeitsgemeinschaft für
Psychoanalyse und der BLÄK,
Lehrgruppenleiter im Deutschen Arbeitskreis für Grup-
penpsychotherapie und Gruppendynamik DAGG
Grad. TZI-Gruppenleiter, Ausbildungsleiter KVB.

Anmeldung: Dr. med. Frenz Lettner, Internist,
Psychotherapie/Psychoanalyse
Felslerweg 1, 8185 Kreuth, Telefon (08029) 473

Fliegen ein außergewöhnliches Erlebnis

Kostengünstige individuelle Ausbildung zum Hubachtreiber- und Flächenpiloten. Keine Wartezeiten wie in München-Riem. Flugplatz Lendshut-Ellermühle.
Concorde Flug GmbH, Tel. (08765) 1296 oder (089) 848088

Befelka-Oel das altbewährte, wirksame Kräuteröl bei Milchschorf, Ekzemen, Wundsein, Bartflechte

Befelka-Oel – Zusammensetzung: Öl. Hyperici 10g, Öl. Celend. 5g, Öl. Chemom. Inf. 3g, Öl. Oliver. 3g, Öl. Violee tric. 3g, dännfl. Paraffin 76g.
Indikationen: Heutjucken, Wundsein, Beimgeschwüre, Milchschorf, entzündliche trockene und nässende Flechten und Ekzeme, Bartflechte Kopfheuterkrankungen, Heutausschläge. **Dosierung:** Befelka-Oel ist mehrmals täglich auf die zu behandelnden Hautpartien aufzutragen. **Packungsgrößen:** 50 ml DM 7,92, 100 ml DM 13,74 200 ml DM 23,60.

Befelka-Arzneimittel · 4500 Osnebrück

Praktische Ärztin

52 Jahre, Approbation 65, sucht nach mehrjähriger Pause neue Tätigkeit in Allgemeinpraxis. Berufspraxis wird seit Anfang 89 erworben.

Anfragen unter Chiffre 2064/1252 an Atlas Verlag, Sonnenstraße 29, 8000 München 2

Stellentausch - Assistenzärztin. Biete ein bis zwei Jahre Innere Medizin, suche Chirurgie. **Telefon (089) 39 98 18**

Erfahrener, vielseitiger Kollege übernimmt Ihren

Notdienst und Notarztdienst in Oberbayern und Schwaben.

Telefon (089) 1 29 79 18

Versierte Arzthelferin

für Allgemeinpraxis im Landkreis Lichtenfels für sofort gesucht.

Anfragen unter Chiffre 2064/1260 an Atlas Verlag, Sonnenstraße 29, 8000 München 2

Werksarzt / Werksärztin

für arbeitsmedizinische Betreuung unserer Mitgliedsfirmen

Das Werksarztzentrum Selb e.V. betreut derzeit mit 2 Medizinern insgesamt ca. 10.000 Mitarbeiter von Mitgliedsfirmen im oberfränkischen Raum. Die Betriebe sind überwiegend im Landkreis Wunsiedel angesiedelt und gehören verschiedenen Branchen mit Schwerpunkten in der Porzellanindustrie und der Technischen Keramik an. Wegen der ständigen Zunahme der Aufgabenstellungen suchen wir zum baldmöglichsten Eintritt einen weiteren Kollegen, der nach einer gründlichen Einarbeitung die eigenverantwortliche Betreuung von Mitgliedsfirmen übernimmt. Die Stelle ist angemessen dotiert und als Dauerstellung vorgesehen.

Für die Position können sich auch Mediziner bewerben, die ihre Weiterbildung zum Arbeitsmediziner erst abschließen wollen, aber bereits die

klinische Weiterbildung sowie möglichst die Fachkurse an einer Akademie für Arbeitsmedizin absolviert haben. Die Leiterin des Werksarztzentrums besitzt die entsprechende Weiterbildungsermächtigung.

Falls Sie weitere Informationen benötigen, wenden Sie sich bitte telefonisch an Frau Dr. Saure, 09287-4092, oder senden Sie Ihre Bewerbungsunterlagen direkt an unsere Mitgliedsfirma

Hochst CeramTec AG
Personal- und Sozialwesen
Wilhelmstraße 14
8672 Selb

Werksarztzentrum Selb e.V.

KREISKRANKENHAUS FÜRSTENFELDBRUCK



Der Landkreis Fürstfeldbruck

sucht für ein modern eingerichtetes Krankenhaus (380 Betten) zum 1. Oktober 1989 eine(n)

1. Oberarzt/Oberärztin

(Chefarztstellvertreter)

für die Chirurgische Abteilung.

Gesucht wird eine Persönlichkeit, die Arzt für Chirurgie/Unfallchirurgie ist und sämtliche modernen chirurgischen Verfahren, wie Gelenkchirurgie, Endoprothetik, Arthroskopie usw. einwandfrei beherrscht. Mehrjährige Erfahrung auf diesen Gebieten, wenn möglich in leitender Position, sind erforderlich. Organisationsgeschick und Führungseligkeiten werden vorausgesetzt.

Die Chirurgische Abteilung verfügt derzeit über 143 Betten und ist nach dem Stellenschlüssel 1/3/13 besetzt.

Fürstfeldbruck liegt im S-Bahnbereich Münchens (25 Min. zur Stadtmitte) in landschaftlich reizvoller Umgebung. Die oberbayerischen Seen und die Alpen liegen vor der Tür. Alle weiterführenden Schulen sind am Ort vorhanden.

Wir wünschen uns gute Teamarbeit und bieten

- Bezahlung nach dem BAT mit Zusatzversorgung
- Arbeit in gutem Betriebsklima
- Rufbereitschaftsvergütung
- Zuwendungen vom Chefarzt aus dem Pool und Gutachterfähigkeit

Bewerbungen mit Lichtbild, Lebenslauf und Zeugnisabschriften erbitten wir an das

Kreiskrankenhaus Fürstfeldbruck, Personalverwaltung
Dachauer Straße 33, 8080 Fürstfeldbruck

Wir sind eine Großforschungseinrichtung des Bundes und des Freistaates Bayern mit ca. 1650 Beschäftigten. Unsere Aufgabe ist Forschung zum Schutz des Menschen und seiner Umwelt vor schädigenden Einflüssen und zur Verbesserung der Gesundheitsversorgung. Wir suchen einen

ARZT

mit mehrjähriger klinischer Tätigkeit, vorwiegend auf dem Gebiet der radiologischen Diagnostik, der für die Interessen der mit ionisierenden Strahlen Tätigen ebenso aufgeschlossen ist wie für sinnvolle Strahlenschutzüberlegungen. Der Bewerber soll nach Einarbeitung selbständig Strahlenschutzkurse, insbesondere für Ärzte, organisieren und durch eigene Vortragstätigkeit mitwirken. Außerdem soll er mit strahlenschutzmedizinischen Aufgaben betraut werden.

Wir bieten eine Vergütung nach BAT Ib/Ia. Schwerbehinderte werden bei gleicher Eignung bevorzugt. Die Position ist bei entsprechender Bewährung als Dauerstellung gedacht.

Bewerbungen werden an Herrn Dr. med. Bernhard Betz, Institut für Strahlenschutz/Arbeitsgruppe Fortbildung, erbatet.



Gesellschaft für
Strahlen- und
Umweltforschung mbH
München

Ingolstädter Landstraße 1
8042 Neuherberg



PRAXISRÄUME

Wohnhaus mit Praxisräumen

in 8430 Neumarkt/Opf., Zentrumslage, 345 qm Wohn- und Gewerbefläche, Erweiterung möglich, DM 800 000,-

Born-Immobilien, Telefon (0911) 335384

Vier Praxen in Regensburg zu vermieten

Von 90 qm bis 250 qm, beliebig unterteilbar, Erdgeschoß, Neubau, Erstbezug 9/89, im Zentrum eines großen Wohngebietes (Apotheke, Bank, Läden etc.).

Intertreuhand GmbH, Frauenstraße 32, 8000 München 5, Telefon (089) 226585 oder 225310

Gynäkologische Praxisabgabe

Alteingesessene gynäkologische Praxis in schöner süddeutscher Stadt (70 000 Einwohner) an Fachkollegen(in) mit abgeschlossener KV-Zeit abzugeben.

Anfragen unter Chiffre 2064/1226 an Atlas Verlag, Sonnenstraße 29, 8000 München 2

im Zentrum der

Stadt **Neutraubling** entsteht ein

Haus

mit Apotheke, Cafe, Laborräumen, mehreren Praxisräumen zwischen 80 und 160 qm, geeignet für: Neurologe, Urologe, Hautarzt, HNO, Frauenarzt, Nuklearmedizin usw. Praxisräume für Praktischen Arzt und Apotheke bereits vergeben.

Nähe BMW, 1a Lage, Bushaltestelle, Parkplätze.

Bauherr: **K. H. Dorfner, Neudecker Straße 8, 8402 Neutraubling**, Telefon (09401) 2068-69

Internistische Praxis

in **Zweisel** zu günstigen Konditionen zu übernehmen. Die Stelle ist im Bedarfsplan der KV vorgeesehen.

Anfragen unter Chiffre 2064/1270 an Atlas Verlag, Sonnenstraße 29, 8000 München 2

Christlicher Arzt

(katholisch, 35 Jahre, verheiratet, München), Allgemeinmediziner, **Naturheilverfahren, Homöopathie**, sucht Praxis oder Mitarbeit in Oberbayern oder Süddeutschland.

Anfragen unter Chiffre 2064/1267 an Atlas Verlag, Sonnenstraße 29, 8000 München 2

Landarztpraxis gesucht

Ärzt Ehepaar (37 und 32 Jahre), Allgemeinmediziner, erfahren in Gynäkologie/Geburtshilfe und Pädiatrie. Übernahme Ende 1989, Einarbeitung gewünscht.

Anfragen unter Chiffre 2064/1277 an Atlas Verlag, Sonnenstraße 29, 8000 München 2

Allgemeinarzt

in Augsburg sucht **langfristige Zusammenarbeit** mit Kollegin oder Kollegen, die/der nur teilzeit arbeiten möchte (z.B. Kollegin mit Kindern).

Zunächst regelmäßige Abwesenheitsvertretung (etwa sechs Wochen im Jahr), dann bei gegenseitigem Interesse regelmäßige Vertretung, z.B. zwei Tage im Monat oder einen Tag pro Woche, eventuell später Gemeinschaftspraxis.

Bei Interesse bitte Anfragen unter Chiffre 2064/1266 an Atlas Verlag, Sonnenstraße 29, 8000 München 2

ÄRZTLICH GELEITETE KLINIKEN

Privatklinik Wirsberg

Für Neurologie und Psychiatrie. Privat und alle Kasern.

Leitender Arzt: Dr. Wolfgang Pinkow-Margerie, Arzt für Neurologie und Psychiatrie.

8855 Wirsberg über Kulmbach/Bayern, Telefon (09227) 804-805

STELLENMARKT

Augenheilkunde: Operationserfahrene Ärztin, 28 Jahre, promoviert, sucht nach dreijähriger Weiterbildung in renommierter städtischer Klinik für das vierte Weiterbildungsjahr

Assistentenstelle in augenärztlicher Praxis

in Südbayern, vorzugsweise im Raum München und Umgebung.

Telefon **abends (089) 4768 53**

Allgemeinarzt

in Augsburg sucht **langfristige Zusammenarbeit** mit Kollegin oder Kollegen, die/der nur teilzeit arbeiten möchte (z.B. Kollegin mit Kindern).

Zunächst regelmäßige Abwesenheitsvertretung (etwa sechs Wochen im Jahr), dann bei gegenseitigem Interesse regelmäßige Vertretung, z.B. zwei Tage im Monat oder einen Tag pro Woche, eventuell später Gemeinschaftspraxis.

Bei Interesse bitte Anfragen unter Chiffre 2064/1266 an Atlas Verlag, Sonnenstraße 29, 8000 München 2

VERSCHIEDENES

Ärztlicher Seminar-Fortbildungskongreß für praktische Medizin vom 18. bis 30. November 1989 in Playa de las Americas, Teneriffa-Süd

Themen: Klimatologie, Tropenmedizin, innere Medizin, Pädiatrie, Rheumatologie, Psychiatrie, Urologie, Schmerzsymposium, Ernährung, ärztliche Naturheilverfahren u. a.

Kurse: Manuelle Medizin, Akupunktur, Autogenea Training, Tape-Verbands-Kurs für Extr., Reanimationskurse, diagnostische und therapeutische Lokalanästhesie.
Programmänderungen vorbehalten.

Info und Anmeldung: Kongreßdienst Deutscher Kassenarztverband, Darmstädter Straße 29, 6080 Groß-Gerau, Telefon (06152) 54648, 54500

Praxiseröffnung: Zum 1. Juli 1989 eröffne ich eine

Kinderchirurgische Praxis.

Privatdozent Dr. med. Dr. med. habil. Thomas A. Angerpointner Arzt für Chirurgie und Kinderchirurgie

Zenetlstraße 48, 8000 München 2, Telefon (089) 7212611

Sprechzeiten: Mo, Di 8.30 bis 12.00 und 15.00 bis 17.00 Uhr; Do, Fr 15.00 bis 17.00 Uhr und nach Vereinbarung.

Homöopathie in der Geburtshilfe und Gynäkologie Ananda Zaren 20. 10.1989 bis 22. 10. 1989, Penta Hotel, München

Information und Anmeldung (schriftlich)

**Dr. B. v. Katzler, Ch. Baumgartner, Klinik Dr. Wolfart
Weidstraße 7, D-8032 Gräfenberg**

Gratiskatalog: **Billard** Firma D. Herzgen Postfach 62 7981 Vogt, ☎ 07529/1512

**Anzeigenschluß
für die Ausgabe
August 1989
ist der 7. Juli 1989**

Studienplatz Medizin

1989/90. Kürzung um 25%

Studienberatung und NC-Seminare für Abiturienten und Quereinsteiger zum WS 1989/90 und SS 1990. Hohe Bewerberzahlen bis 1994 verringern Aussichten auf ZVS-Studienplatz.

Seminarinfo anfordern: Verein der NC-Studenten e. V. (VNC), Argelanderstraße 50, 5300 Bonn 1.