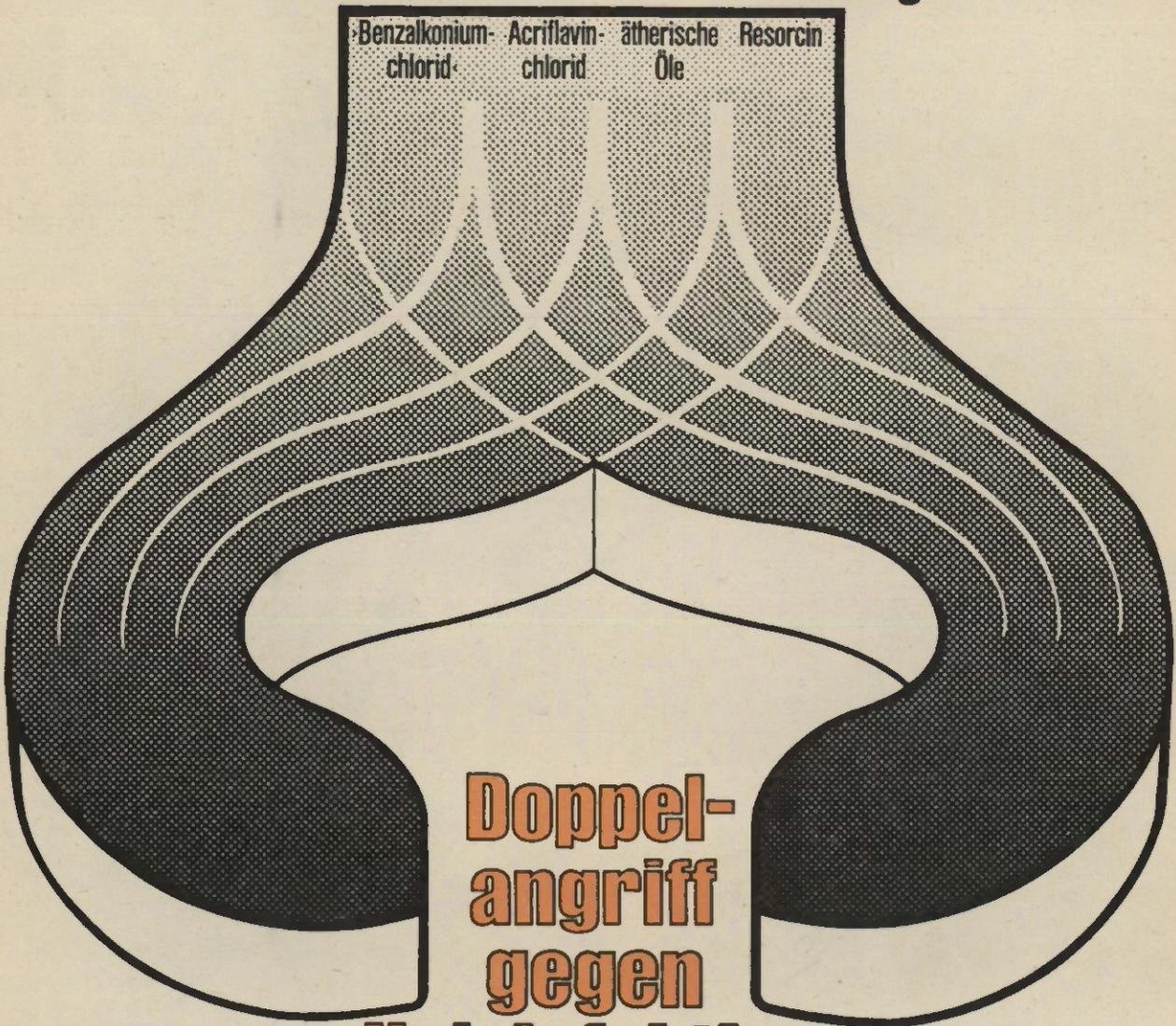


Stringiet®

Halstabletten Lösung

Benzalkonium- chlorid · Acriflavin- chlorid · ätherische Öle · Resorcin



Doppel- angriff gegen Halsinfektion

Zusammensetzung

1 Tebl. enthält: Alkyldimethylbenzylammoniumchlorid 1,2 mg; Acriflavinchlorid 0,04 mg; Pfefferminzöl, Anisöl, Fenchelöl ea 0,52 mg; Resorcin 2,55 mg; Calciumfluorid 0,34 mg.

Reg. Nr. St. 314 Apothekenpflichtig

100 ml enthalten: Alkyldimethylbenzylammoniumchlorid 3,3 g; Acriflavinchlorid 0,033 g; Menthol 1,22 g; Pfefferminzöl 3,3 g; Rosmarinöl 0,49 g; Salbeiöl 0,37 g; Eugenol 0,08 g; Resorcin 1,63 g; o-Benzoesäuresulfonidnatrium 0,33 g.

Reg. Nr. St 321 Apothekenpflichtig

Anwendungsgebiete

Entzündliche und infektiöse Erkrankungen im Mund-, Rachen- und Kehlkopfbereich einschließlich Soor – Stomatitis. Vor- und Nachbehandlung bei chirurgischen Eingriffen im Mund- und Rachenraum.

Zur täglichen Mundhygiene.

Dosierung und Anwendung entnehmen Sie bitte der Packungsbeilage.

Kontraindikationen

Bei Säuglingen des ersten Lebensjahres liegen keine therapeutischen Erfahrungen mit Stringiet®-Lösung vor. Eine Anwendung von Stringiet® in diesem Lebensalter ist deshalb zu vermeiden.

Nebenwirkungen

traten während mehrjähriger praktischer Anwendung nicht auf.

Handelsformen und Preise

Stringiet®-Tabletten: Packung mit 20 Stück DM 3,50
Anst.-P. mit 100 Stück

Stringiet®-Lösung: Flasche mit 15 ml DM 3,80

Flasche mit 50 ml DM 10,10



Stringiet® reinigt die Schleimhaut, bakterielle Beläge werden abgehoben. Die hohe Benetzungsfähigkeit trägt die bakterizide, fungizide und teilweise antivirale Wirkung bis in die kleinsten Schleimhautfalten. Entzündungshemmung und Schmerzstillung führen zu einem schnellen Rückgang von Schwellung, Rötung und Schmerz. Stringiet® ist blutungsstillend und gut verträglich.

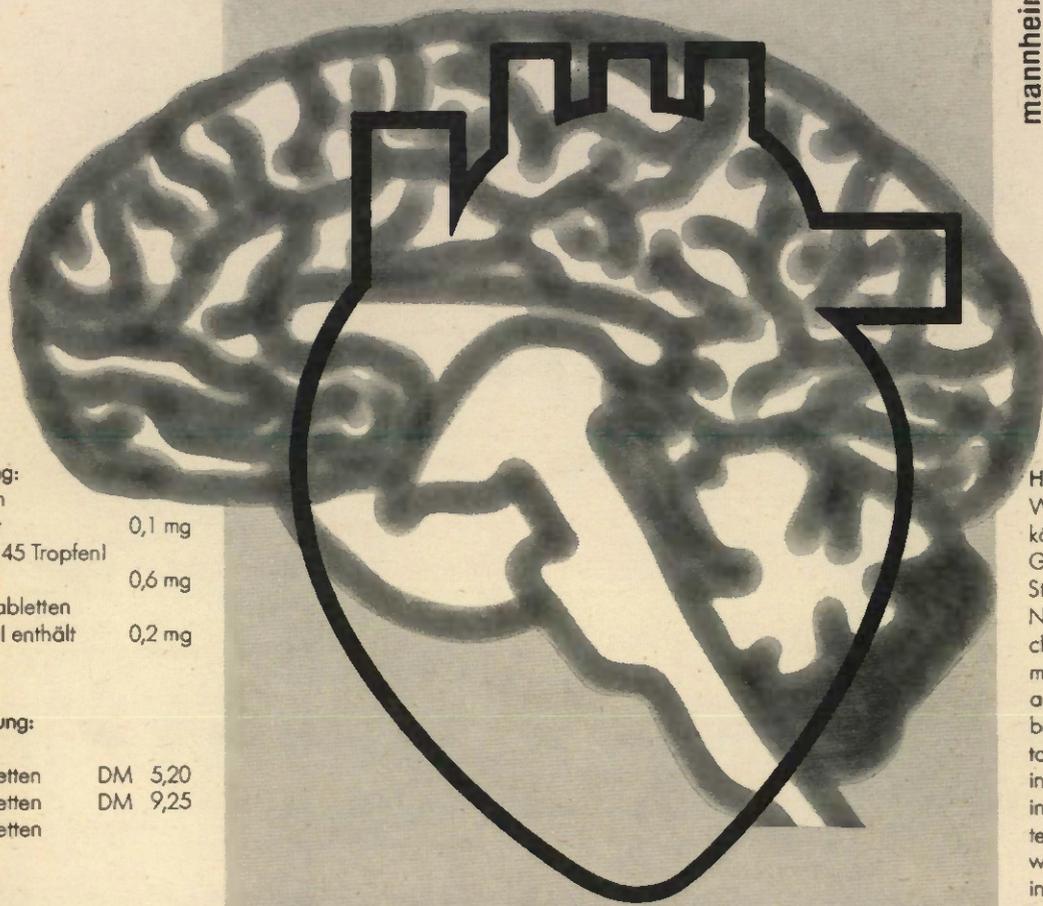
DOLDRGIET

Arzneimittel
Bonn - Bad Godesberg

gesteigerte Herzleistung - verbesserte Hirn- durchblutung

Lanito

mannheim
boehringer



Zusammensetzung:

β-Methyl-Digoxin	
1 Tablette enthält	0,1 mg
1 ml Liquidum (= 45 Tropfen)	
enthält	0,6 mg
15 Tropfen = 2 Tabletten	
1 Ampulle zu 2 ml enthält	0,2 mg

Für Ihre Verordnung:

Lanitop	
OP mit 50 Tabletten	DM 5,20
OP mit 100 Tabletten	DM 9,25
AP mit 500 Tabletten	

Lanitop Liquidum

OP mit 10 ml Liquidum	DM 5,70
OP mit 20 ml Liquidum	DM 10,30
AP mit 100 ml Liquidum	

Lanitop Ampullen

OP mit 5 Ampullen	DM 3,65
AP mit 25 und 100 Ampullen	

Kontraindikationen:

Alle Herzglykoside sind bei Digitalis-intoxikation, Hypercalciämie und vor einer Kardiaversion kontraindiziert. Außerdem kann eine Glykosid-Therapie bei manifestem Kaliummangel, Störungen der atrio-ventrikulären Erregungsüberleitung und pathologischer Bradykardie – je nach Schweregrad – kontraindiziert sein oder zusätzliche therapeutische Maßnahmen erfordern. Bei jeder Glykosid-Therapie ist von parenteralen Calciumgaben – insbesondere bei gleichzeitiger Verabreichung – abzuraten, da es zu Störungen der Erregungsleitung, in extremen Fällen zu

Deshalb
an die Herzstütze mit Lanitop
denken bei Schlafstörungen,
nächtlicher Unruhe und Nykturie –
Zeichen einer latenten
Herzinsuffizienz –
besonders beim älteren Patienten.

Dosierung:

Sättigungsbehandlung: täglich 2x2 Tabletten Lanitop je nach Glykosidbedarf über 3-5 Tage.

Dauertherapie: täglich 2-3 x 1 Tablette Lanitop je nach Glykosidbedarf.

Gelegentlich genügen täglich 1-1½ Tabletten Lanitop.

Die Prüfung ergab, daß in der Praxis mehr als die Hälfte aller Patienten mit täglich 2 x 1 Tablette Lanitop auskommt.

Hinweise:

Wie bei jeder Digitalis-Therapie können besonders bei Patienten mit Glykosid-Überempfindlichkeit bzw. Störungen des Elektrolythaushalts Nebenwirkungen (Übelkeit, Erbrechen, Magenbeschwerden, Rhythmusstörungen und Sehstörungen) auftreten. Aus diesen Gründen sollte bei Cor pulmonale vorsichtig digitalisiert werden, insbesondere bei intravenöser Therapie. Bei Niereninsuffizienz muß mit einem emiedierten Glykosid-Bedarf gerechnet werden. Da die versehentliche intraarterielle Anwendung von Präparaten, die nicht ausdrücklich zur intraarteriellen Therapie empfohlen werden, zu Schäden führen können, weisen wir vorsorglich darauf hin, daß die intravenöse Applikation von Lanitop gewährleistet sein muß.

Weitere Informationen enthält das wissenschaftliche Prospekt (z. Zt. gültige Auflage: Mai 1974). Auch informiert Sie gern unser Mitarbeiter im wissenschaftlichen Außendienst.





Bayerisches Ärzteblatt

Mit amtlichen Mitteilungen der Ministerien

Herausgegeben von der Bayerischen Landesärztekammer

Nummer 1

Zur Kenntnis genommen:

Im vergangenen Dezember – als wir alle schon geneigt waren, uns der friedvollen Adventstimmung hinzugeben – wurden wir über Nacht in die brutale Wirklichkeit des bundesdeutschen Alltags zurückgeholt. Es erreichten uns Hilferufe von Kollegen, die in einer verzweifelten Situation ihrer ärztlichen Berufsausübung den Rat und den Beistand ihres Berufsstandes erbat. Es waren einerseits Kollegen, die als beamtete Ärzte in Strafvollzugsanstalten tätig sind, andererseits Kollegen, die sich freiwillig bereit erklärt hatten, in Hungerstreik getretene Häftlinge, welche in Lebensgefahr schwebten, zu behandeln.

Dort, wo Zwangsernährung und -behandlung aufgrund dienstlicher Anordnung durchgeführt werden sollte, kamen die Ärzte in ein rechtliches Dilemma, weil sie etwas zu tun hatten, was auch ethisch allen Grundsätzen ärztlichen Handelns diametral entgegensteht. Sie sollten ärztliche Eingriffe vornehmen, obwohl nach dem geltenden Strafrecht jeder Bürger das Recht hat, einen ärztlichen Eingriff, also ärztliche Hilfe, abzulehnen. Ein Arzt, der dennoch einen solchen Eingriff vornimmt, verstößt gegen das geltende Recht und wird bestraft. Die dienstliche Anordnung eines Vorgesetzten kann keinen Arzt zwingen, gegen das geltende Strafrecht zu handeln.

Davon unberührt bleibt das ärztliche Handeln nach dem Grundsatz der „Geschäftsführung ohne Auftrag“: Nur dann, wenn ein Mensch keine Entscheidung mehr darüber treffen kann, ob er einen ärztlichen Eingriff zulassen will oder nicht, darf und muß der Arzt nach seinem Ermessen und Gewissen handeln und dabei unterstellen, daß er im wohlverstandenen Interesse und im Sinne des Patienten handelt. Diese Grundsätze müssen auch bei Häftlingen angewandt werden.

In einem anders gelagerten Fall wurde ein Kollege, der unter Aufbietung aller medizinischen Möglichkeiten und Einsatz seiner vollen Kraft Häftlinge mit deren Einwilligung behandelte und das Leben zweier im Hungerstreik befindlichen Anarchisten rettete, nachts mit telefonischen Mord- und Entführungsdrohungen aus dem Schlaf gerissen. Das Präsidium des Deutschen Ärztetages hat einstimmig erklärt, daß man verstehen müsse, wenn Ärzte unter solchen Umständen ihre behandlerische Tätigkeit einstellen.

Das Präsidium hat unmißverständlich klargestellt, daß wir Ärzte zu jeder Zeit zur Hilfeleistung bereit sind, wenn ärztliche Hilfe nötig ist – ohne Ansehen der Person, Rasse, Religion, politischen Einstellung oder Handlungsweise. Wir haben aber keinen Zweifel gelassen, daß kein Arzt verpflichtet werden darf, ohne Einwilligung des zu Behandelnden Eingriffe vorzunehmen, und daß die Hilfeleistung dort enden muß, wo sie verweigert oder gar physischer Widerstand entgegengesetzt wird.

Die Frage, wie einer Arztfamilie zumute sein mag, deren Vater mit Mord und Entführung gedroht wird, weil er bewilligungswilligen Häftlingen gegenüber als Arzt gehandelt hat, bleibt dabei unbeantwortet. Sie steht wie ein Menetekel im Raum.

Professor Dr. Sewering

Röteln, Rötelnembryopathie und Röteln-Schutzimpfung

von H. Würstlein

Aus der Gesundheitsabteilung (Leiter: Ministerialdirigent Dr. med. E. Hein) des Bayerischen Staatsministerium des Innern

In Bayern verteilen die Staatlichen Gesundheitsämter ab Beginn des Schuljahres 1974/75 an alle Schülerinnen der 8. und 9. Klassen ein Informationsblatt, in dem Eltern und Schülerinnen über die Gefährlichkeit einer Rötelnkrankung während der Schwangerschaft unterrichtet werden und die Möglichkeit der Abwendung von Mißbildungsgefahren für das ungeborene Kind durch eine Röteln-Schutzimpfung aufgezeigt wird. Durch das Faltblatt soll in möglichst kurzer Form und einfacher Diktion eine Grundinformation über die Rötelnembryopathie und deren Prophylaxe durch die Röteln-Schutzimpfung vermittelt werden (Abb. 1). Das Merkblatt ist jedoch nicht allein zur Informationsvermittlung gedacht, sondern soll den Eltern darüber hinaus den Anstoß geben, mit ihrem Arzt über Notwendigkeit und Zeitpunkt einer Röteln-Schutzimpfung bei ihren heranwachsenden Töchtern zu sprechen.

Es sollen daher im folgenden einige Erläuterungen und Anmerkungen zu dem Informationsblatt gemacht und neben der Darstellung der wissenschaftlich gesicherten Erkenntnisse auch auf die teilweise noch vorhandenen Probleme der Rötelnembryopathie-Prophylaxe und Röteln-Schutzimpfung hingewiesen werden.

Zur Epidemiologie der Röteln

Die weltweit endemisch verbreitete Viruskrankheit Röteln (rubeola) wurde erst 1881 auf einem internationalen Kongreß in London als selbständige Krankheit — unter dem Namen „german measles“ — klassifiziert. Eine WHO-Expertengruppe hat 1972 angeregt, im internationalen Schrifttum möglichst einheitlich die Bezeichnung „rubella“ zu verwenden. Seit 1941 sind die Röteln nicht mehr nur als relativ harmlose Kinderkrankheit bekannt, sondern nach dem erstmaligen Bericht des australischen Augenarztes Gregg über Mißbildungen bei Neugeborenen, deren Mütter im ersten Drittel der Schwangerschaft an Röteln erkrank-

ten, auch als Ursache von Embryopathien (Embryopathia rubeolosa, Röteln- oder Gregg-Syndrom). Die folgenschwere Bedeutung, die eine Rötelninfektion während der Schwangerschaft für das ungeborene Kind haben kann, wurde in ihrem ganzen Ausmaß aber erst durch die Rötelnepidemie 1964 in den USA erkannt, in deren Verlauf etwa 20000 mißgebildete Kinder geboren wurden.

Röteln treten vermehrt in den Frühjahrsmonaten auf und scheinen etwa alle sechs bis neun Jahre zu größeren Epidemien zu führen (Abb. 2). Von einem so ausgeprägt wellenförmigen Verlauf der Epidemien wie in den USA wurde allerdings in Europa bisher nicht berichtet. Die Durchseuchung erfolgt bei uns nach den Ergebnissen von Untersuchungen bei verschiedenen Altersgruppen auf hämagglutinationshemmende Antikörper gegen das Rötelnvirus offenbar gleichmäßiger. Neugeborene und Säuglinge besitzen durch diaplazentar übertragene maternale Antikörper bis zum sechsten Lebensmonat in ca. 80 Prozent Rötelnantikörper, bis zum zweiten Lebensjahr sinkt der Prozentsatz seropositiver Kinder rasch auf etwa 30 Prozent ab. Bei der Einschulung sind bei ungefähr der Hälfte der Kinder wieder Rötelnantikörpertiter nachweisbar, bis zum Jugendalter steigt der Durchseuchungsprozentsatz jährlich um etwa 5 Prozent an, mit 15 bis 20 Jahren besitzen schließlich 80 bis 90 Prozent der Jugendlichen eine natürlich erworbene Rötelnimmunität. Das Risiko, an Röteln zu erkranken, ändert sich ab diesem Alter nicht mehr wesentlich. 10 bis 20 Prozent der Frauen im gebärfähigen Alter sind und bleiben rötelnempfindlich. Für München und Umgebung haben Untersuchungen 1969 und 1973 ergeben, daß gleichbleibend etwa 10 Prozent der Frauen im gebärfähigen Alter keine Rötelnimmunität aufweisen.

Die Inkubationszeit beträgt zwischen 14 und 21 Tagen. Infektiosität besteht bereits vier Tage vor Exan-

themausbruch bis etwa acht Tage danach. Bei pränataler Rötelninfektion ist eine Virusausscheidung des Säuglings bis acht Monate post partum, in Einzelfällen noch länger, möglich (Isolierung! cave: schwächeres Pflegepersonal!). Von besonderer Bedeutung für die passive Rötelnembryopathie-Prophylaxe mit Röteln-Immunglobulin- bzw. Gammaglobulinpräparaten bei Rötelnexposition einer Schwangeren ist, daß ab dem fünften bis achten Tag post infectionem mit einer Plazenta und Embryo miterfassenden Virämie gerechnet werden muß, der Versuch einer passiven Embryopathie-Prophylaxe also spätestens zu diesem Zeitpunkt eingesetzt haben muß. Das Infektionsrisiko ist um so größer, je länger und enger der Kontakt mit dem Rötelnkranken war. Bei flüchtigem Kontakt beträgt die Ansteckungsquote etwa 20 Prozent, sie wird größer in Wohngemeinschaften und Gemeinschaftseinrichtungen und soll bei engem Haushaltskontakt (Mutter und Kind) bis zu 90 Prozent betragen. Das erste eigene Kind ist also für eine noch rötelnempfindliche Mutter bei künftigen Schwangerschaften die Hauptgefahrenquelle für eine Rötelnembryopathie. Da schulpflichtige Kinder am häufigsten an Röteln erkranken, kann angenommen werden, daß die wichtigsten Infektionsherde in Schulen zu suchen sind, von wo aus dann die Streuung in die Familien stattfindet. Für rötelnempfindliche Frauen, die beruflich ständigen Kontakt mit Kindern haben, ist somit das Expositionsrisiko besonders groß.

Zur serologischen Diagnostik und Befundbewertung

Inapparente und abortive Verlaufsformen ohne Exanthem sind sehr häufig (40 bis 50 Prozent). Bei Erwachsenen sollen Röteln in nur etwa 15 Prozent der Fälle mit den typischen Symptomen einhergehen, meistens jedoch einen subklinischen Verlauf nehmen. Andererseits können rötelnähnliche Bilder auch durch

1. Was sind Röteln?

Röteln sind eine Viruserkrankung. Die meisten Kinder machen sie während ihrer Kindergarten- oder Schulzeit durch. Der Krankheitsverlauf ist in der Regel leicht. Häufig wird die Erkrankung wegen der geringen oder gar fehlenden

Anzeichen nicht als Röteln-Krankheit erkannt. Lange Zeit hielt man daher die Röteln nur für eine relativ harmlose Kinderkrankheit. Auch bei Jugendlichen und Erwachsenen schienen sie ungefährlich.

2. Wem sind Röteln gefährlich?

Für das ungeborene Kind ist eine Röteln-Erkrankung der Mutter während der Schwangerschaft gefährlich. Vor allem bei einer Ansteckung in den ersten Schwangerschaftsmonaten. Das

Kind kann dadurch schwere Mißbildungen erleiden: besonders am Gehör, an den Augen, am Herz und am Gehirn. Auch ein Absterben des Kindes kann die Folge sein.

3. Welche Frauen können während der Schwangerschaft an Röteln erkranken?

Die meisten Frauen haben — bevor sie Kinder bekommen — aufgrund einer früheren Erkrankung bereits Abwehrstoffe im Blut. Sie schützen vor einer erneuten Röteln-Erkrankung. 10 bis 20 von 100 Frauen sind jedoch noch für Röteln empfänglich.

Sie können während einer Schwangerschaft an Röteln erkranken. Ein „Röteln-Test“ (Blutuntersuchung) kann mit großer Sicherheit den Nachweis erbringen, ob eine Röteln-Empfänglichkeit besteht.

4. Wie schützen sich Frauen vor einer Röteln-Erkrankung während der Schwangerschaft?

Eine vorbeugende Impfung schützt Mädchen und junge Frauen vor einer Röteln-Erkrankung während einer späteren Schwangerschaft. Wichtig: Die Impfung muß unbedingt schon vor Eintritt einer Schwangerschaft erfolgen. Eine Impfung während der Schwangerschaft kann für

das ungeborene Kind gefährlich sein.

Die Impfung ist ungefährlich. Nur gelegentlich kommt es zu leichten und vorübergehenden Störungen des Allgemeinbefindens. Die Impfung ist öffentlich empfohlen.*)

5. Wer soll sich gegen Röteln impfen lassen?

Mädchen sollen sich vor der Pubertät impfen lassen. Dafür hat sich eine Expertenkommission ausgesprochen. Bei einer Impfung in diesem Alter ist ein „Röteln-Test“ keine Vorbedingung, aber empfehlenswert.

Mädchen nach der Pubertät und junge Frauen sollten sich einem „Röteln-Test“ unterziehen. Falls er eine Röteln-Empfänglichkeit ergibt, ist eine Röteln-Schutzimpfung zu raten.

*) Für den — kaum wahrscheinlichen — Fall eines Impfschadens besteht ein Entschädigungsanspruch nach dem Bundes-Seuchengesetz.

Abbildung 1

andere exanthematische Krankheiten bzw. Virusinfektionen bedingt sein, so daß die Diagnose „Röteln“ aus dem klinischen Bild allein nicht selten überaus schwierig, wenn nicht

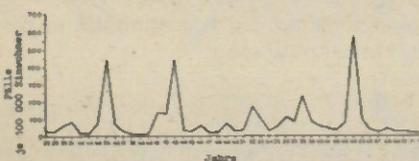


Abbildung 2

Rötelnbefall in zehn ausgewählten Gebieten der Vereinigten Staaten 1928 bis 1972

(aus: Rubella surveillance, November 1973, Center for Disease Control, Atlanta)

gar unmöglich sein kann. Anamnestische Angaben über früher durchgemachte Röteln sind deswegen zur verlässlichen Aussage bezüglich des Immunitätsstatus unzuverlässig. Vor Jahren wurde dies bereits in einem Vergleich der anamnestischen Angaben mit den Ergebnissen der serologischen Untersuchung überzeugend dargestellt.

Zuverlässigen Aufschluß über die Immunitätslage kann allein die serologische Bestimmung der Röteln-Antikörper geben. Für die serologische Diagnostik kommen der Hämagglutinationshemmungstest, der Neutralisationstest und die Komple-

mentbindungsreaktion in Frage. Die Methode der Wahl sowohl für epidemiologische Untersuchungen größeren Umfangs als auch für die Diagnostik im Einzelfall ist der Hämagglutinationshemmungstest (HAH-Test). Der Neutralisationstest erfordert für die Routinediagnostik einen zu großen technischen Aufwand, die komplementbindenden Antikörper sind nur einen begrenzten Zeitraum nach einer Röteln-Erkrankung nachweisbar (Abb. 3). Hämagglutinationshemmende Antikörper durch eine Rötelninfektion lassen sich aber während des ganzen Lebens nachweisen. Der HAH-Test beruht im Prinzip auf der Fähigkeit zahlreicher Virus-

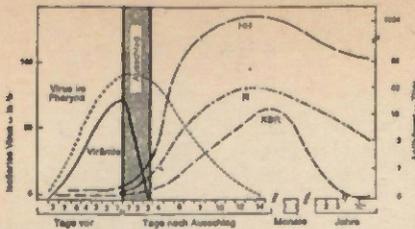


Abbildung 3

Darstellung der Virusvermehrung und der Antikörperbildung bei postnatalen Röteln

HH = Hämagglutinationshemmungstiter, N = Neutralisationstiter, KBR = Komplementbindungsreaktion

(aus: Prinzle, Dtsch. med. Wschr. 96, 1971, 1387)

arten, sich an bestimmte Rezeptoren der Erythrozyten des Menschen und/oder verschiedener Tierarten anzulagern und so eine makroskopisch sichtbare Agglutination zu bewirken. Rötelnviren sind in der Lage, z. B. Küken-Erythrozyten, zu agglutinieren, was unterbunden wird, falls im Serum spezifische Antikörper vorhanden sind. Die Höhe des Antikörpertiters wird durch Serumverdünnungen ermittelt. Ein HAH-Titer von 1 : 64 besagt beispielsweise, daß die im Serum vorhandenen Antikörper eine Agglutination noch in einer Verdünnung von 1 : 64 verhindern.

Bei der Bewertung der Befundergebnisse von Röteln-HAH-Testen ist zu berücksichtigen, daß ein Vergleich von in verschiedenen Laboratorien gewonnenen Befunden wegen des bisherigen Fehlens einer standardisierten Technik nicht immer erlaubt ist. Es ist zu empfehlen, die Untersuchungen deshalb möglichst vom gleichen Laboratorium durchführen zu lassen, dessen Technik und Befundinterpretation bekannt sind. Das Bundesgesundheitsamt hat inzwischen ein standardisiertes Verfahren zur Durchführung des Röteln-HAH-Testes erarbeitet und zur allgemeinen Anwendung vorgeschlagen.

In der Regel wird man davon ausgehen können, daß bei einem HAH-Titer von 1 : 16 oder höher eine ausreichende Rötelnimmunität vorhanden ist. Bei Personen mit einem HAH-Titer kleiner als 1 : 16 wird angenommen, daß sie nicht oder nur unzureichend vor einer Rötelninfektion geschützt sind. Ein Titer von 1 : 16 als Grenzwert ist auch in einem Merkblatt der Kassenärztlichen Bundesvereinigung festgelegt, ebenso in der Neufassung der Mutterschafts-Richtlinien, wonach ein Schutz vor einer Röteln-

embryopathie bei einem HAH-Titer von mindestens 1 : 16 gegeben ist. Aus Sicherheitsgründen wird teilweise auch empfohlen, einen höheren Titer – 1 : 32 bzw. 1 : 64 – als Grenze anzunehmen, also auch Frauen vorsorglich einer Röteln-Schutzimpfung zu unterziehen, die einen Titer von 1 : 16 bzw. 1 : 32 haben.

Als Bewertungsanhalte können gelten:

1. Bei Bestimmung des Immunitätsstatus: HAH-Titer von 1 : 16 und höher: Immunität durch früher abgelaufene Rötelninfektion

2. Bei Nachweis einer frischen Rötelninfektion:

mindestens vierfacher Antikörperanstieg im HAH-Test (zwei Blutproben im Abstand von wenigstens 14 Tagen); bei verspäteter Blutentnahme gleichzeitig Versuch des Nachweises eines Titeranstiegs der komplementbindenden Antikörper

3. Bei Rötelnexposition einer Schwangeren:

– Innerhalb der ersten elf Tage nach Rötelnkontakt:

HAH-Titer 1 : 16 oder höher: bereits früher erworbene Immunität vorhanden, keine frische Infektion zu befürchten

– Innerhalb der ersten elf Tage nach Rötelnkontakt:

HAH-Titer unter 1 : 16: Rötelnempfindlichkeit vorhanden, Kontrolle nach 14 Tagen, bei Titeranstieg frische Infektion anzunehmen

– Entnahme der Erstprobe später als elf Tage nach Kontakt oder Datum der Exposition unbekannt:

Kontrolle nach 14 Tagen, bei Titeranstieg frische Infektion anzunehmen.

Zur Meldepflicht und Wiederzulassung zum Schulbesuch

Eine generelle Meldepflicht für Röteln besteht in der Bundesrepublik Deutschland nicht. Nur in sechs von 31 Ländern der europäischen Region der WHO sind Röteln eine meldepflichtige Krankheit. Die USA haben unter dem Eindruck der Rötelnepidemie von 1964 und deren verhängnisvollen Folgen 1966 die Röteln und die Rötelnembryopathie unter Meldepflicht gestellt. Zuvor waren nur von einzelnen US-Staaten auf freiwilliger Basis Meldungen an das Center for Disease Control in Atlanta erfolgt. Die Amerikaner erwarten von der Meldepflicht allerdings auch nicht mehr als Hinweise auf epidemiologische Trends. Die Röteln in den Katalog der nach § 3 des Bundes-Seuchengesetzes meldepflichtigen Krankheiten aufzunehm-

men, kann nicht als ein erfolgversprechender Weg zu einer wirkungsvollen Verhütung der Rötelnembryopathie gesehen werden:

Die inapparenten und abortiven Verlaufsformen entziehen sich einer Diagnose. Selbst wenn dann alle diagnostizierten Rötelnfälle gemeldet würden – erfahrungsgemäß wird man auch bei den Röteln keine höhere Meldequote als bei anderen schon meldepflichtigen Infektionskrankheiten erwarten können –, kämen behördlicherseits gezogene Konsequenzen, z.B. Beschäftigungsverbote, in vielen Fällen zu spät.

Der Wissenschaftliche Beirat der Bundesärztekammer hat in einer Empfehlung folgerichtig formuliert: „Eine Aufnahme der Röteln in den Kreis der meldepflichtigen Infektionskrankheiten kann wegen des Mißverhältnisses der Effektivität und des hohen Aufwandes nicht empfohlen werden.“

Im Bundes-Seuchengesetz sind die Röteln an zwei Stellen genannt, im Dritten Abschnitt (§ 8) „Meldepflicht in besonderen Fällen“ und im Sechsten Abschnitt (§ 45) „Besondere Vorschriften für Schulen und sonstige Gemeinschaftseinrichtungen“. § 8 lautet auszugsweise: „Wenn Erkrankungen an ... Röteln ... in Krankenanstalten oder Entbindungshäusern nicht nur vereinzelt auftreten, so sind auch diese Erkrankungen zu melden, es sei denn, daß die Erkrankten schon vor der Aufnahme an diesen Krankheiten erkrankt oder dessen verdächtig waren. ...“

In § 45 Abs. 1 wird bestimmt: „Lehrer, zur Vorbereitung auf den Beruf des Lehrers in Schulen tätige Personen, Schüler, Schulbedienstete und in Schulgebäuden wohnende Personen, die an einer meldepflichtigen übertragbaren Krankheit oder an ... Röteln ... erkrankt oder dessen verdächtig sind, dürfen die dem Unterricht dienenden Räume nicht betreten, Einrichtungen der Schule nicht benutzen und an Veranstaltungen der Schule nicht teilnehmen, bis nach dem Urteil des behandelnden Arztes oder des Gesundheitsamtes eine Weiterverbreitung der Krankheit durch sie nicht mehr zu befürchten ist. ...“

Nach der bayerischen Vollzugsbekanntmachung zu den §§ 44 bis 48 des Bundes-Seuchengesetzes ist weiterhin die Schulleitung verpflichtet, dem Gesundheitsamt unverzüglich Krankheitsfälle oder Krankheitsverdachtsfälle von Röteln zu melden, wenn sie bei Lehrern, zur Vorbereitung auf den Beruf des Lehrers Tätigen, Schülern, Schulbediensteten oder im Schulgebäude Wohnen-

den, nicht nur vereinzelt auftreten. Andererseits hat das Gesundheitsamt die Schulleitung unverzüglich zu verständigen, wenn ihm Röteln-Krankheits- oder Krankheitsverdachtsfälle bekannt werden, bevor die Meldung der Schulleitung vorliegt.

In den vom Bundesgesundheitsamt herausgegebenen Richtlinien für die Wiederzulassung in Schulen und sonstigen Gemeinschaftseinrichtungen kann die Zulassung nach einer Rötelnkrankung „nach Abklingen der klinischen Symptome“, die Zulassung von Ansteckungsverdächtigen – bezogen auf den Beginn der Erkrankung des letztbetroffenen Mitglieds der Wohngemeinschaft – „sofort“ erfolgen (das Bundes-Seuchengesetz sieht die Fernhaltung von Ansteckungsverdächtigen nicht vor!). Eine Neufassung der in einigen Punkten überholungsbedürftigen Richtlinien des Bundesgesundheitsamtes steht kurz bevor, bezüglich der Empfehlung bei Röteln ist jedoch keine wesentliche Änderung zu erwarten.

Ein entsprechendes Merkblatt der Deutschen Gesellschaft für Sozialpädiatrie empfiehlt die Wiederzulassung zum Schulbesuch nach Erkrankung „nach Abklingen des Exanthems (eine Woche nach Erkrankungsbeginn)“, die Zulassung der Kontaktpersonen „sofort (relativ niedriger Kontagionsindex, nur direkter Kontakt)“.

Zur Rötelnembryopathie

Die Häufigkeit der Rötelnembryopathie, bezogen auf alle Neugeborenen eines Jahrganges, wird auf ungefähr 0,1 bis 0,2 Prozent geschätzt. Dies würde bei einer jährlichen Geburtenzahl in Bayern von derzeit etwa 115 000 bedeuten, daß 115 bis 230 Neugeborene pro Jahr unterschiedlich ausgeprägte Symptome einer Rötelnembryopathie aufweisen. In Epidemiezeiten muß jedoch nach amerikanischen Erfahrungen mit einer noch höheren Frequenz gerechnet werden.

Das Embryopathierisiko hängt vor allem davon ab, in welchem Stadium der Schwangerschaft die Rötelninfektion stattfindet. Bei einer Infektion in den ersten vier Schwangerschaftswochen ist mit Fruchtabgang bzw. Resorption in 10 bis 15 Prozent, mit Mißbildungen in 20 bis 50

Prozent der Fälle zu rechnen. Im zweiten Schwangerschaftsmonat muß eine Embryopathierate von 15 bis 25 Prozent im dritten Monat von 8 bis 10 Prozent und im vierten Monat von etwa 4 Prozent angenommen werden.

Revidiert werden mußte in den letzten Jahren die Auffassung, daß das ungeborene Kind nur in den ersten vier Schwangerschaftsmonaten rötelngefährdet sei. Nach neueren Untersuchungen kann jedoch ein Rötelninfekt während des gesamten zweiten Schwangerschaftsdrittels noch zur Schädigung der Frucht – in 10 Prozent der Fälle zu Dauerschäden – führen. Das klassische Gregg-Syndrom wurde durch eine besondere Variante, das „erweiterte kongenitale Röteln-syndrom“ („chronische fetale Rötelninfektion“, „koninatale Röteln“, „rubella-expanded-syndrom“) ergänzt: Eine aus dem ersten Trimenon verschleppte oder durch spätere Infektion entstandene chronische Infektion, die sich über die gesamte Fetalzeit hinzieht und auch während des ersten Lebensjahres anhalten kann. Sie führt zu einem Erkrankungsbild, das vor allem charakterisiert ist durch: Thrombozytopenische Purpura, Hepatosplenomegalie, Knochenveränderungen im Metaphysenbereich, Myokardschäden, Untergewichtigkeit und Minderwuchs. Nicht selten erscheinen solche Kinder aber als Neugeborene und Säuglinge völlig normal. Erst im Kleinkindesalter machen sich dann Spätschäden wie Innenohrschwerhörigkeit und psychomotorische Entwicklungsstörungen bemerkbar.

Daß eine intrauterine Rötelninfektion auch Schädigungen zu setzen vermag, die nicht als typisch „röteln-spezifisch“ imponieren oder sich erst als Spätschäden manifestieren, läßt zwei Folgerungen zu:

1. Möglicherweise sind noch mehr Fälle von kindlichen Mißbildungen und Entwicklungsstörungen durch pränatale Rötelninfektionen verursacht, als in den bisher geschätzten Prozentzahlen enthalten sind.

2. Kinder von Müttern, die während der Schwangerschaft an Röteln erkrankten, sind – auch wenn als Säuglinge klinisch unauffällig – über Jahre als Risikokinder anzusehen und zu beobachten.

Zu den verschiedenen Röteln-Schutzimpfprogrammen

Die Röteln-Schutzimpfung unterscheidet sich in ihrem Ziel grundlegend von anderen Impfungen. Sie dient nicht in erster Linie dem Schutz des Impflings vor einer in der Regel komplikationslos verlaufenden Erkrankung, sondern soll bei einer für Röteln noch empfänglichen Schwangeren im Fall eines Kontakts mit dem Rötelnvirus die diaplazentare Passage des Erregers verhindern.

Folgende Impfprogramme stehen dafür zur Diskussion:

1. Röteln-Schutzimpfung aller Kinder im Kleinkindesalter.
2. Röteln-Schutzimpfung der Mädchen vor Eintritt der Geschlechtsreife.
3. Gezielte Röteln-Schutzimpfung von Frauen im gebärfähigen Alter als Individualprophylaxe.
4. Gezielte Röteln-Schutzimpfung von Frauen im gebärfähigen Alter mit beruflich erhöhtem Infektionsrisiko als Kollektivprophylaxe.

Zu 1.:

Der in den USA praktizierte Versuch, durch Massenimpfung aller Kinder ab dem ersten Lebensjahr die Röteln auszurotten oder wenigstens durch Erzielung einer sogenannten Herdimmunität (durch Impfung der Trägergruppe der Infektion, nämlich der Kinder, soll die gefährdete Gruppe, die schwangeren Frauen, wirksam geschützt werden) die Infektionskette zu unterbrechen, ist auf unsere Verhältnisse nicht übertragbar und nach den vorliegenden Berichten aus den USA auch nicht erfolgversprechend: Einerseits kann nach den bisherigen Erfahrungen über die Beteiligung unserer Bevölkerung an Injektionsimpfungen keinesfalls eine vergleichbar starke Impfbeteiligung erwartet werden, andererseits scheint dieses Ziel auch in den USA trotz hoher Durchimpfungsgrade nicht erreicht zu werden. Dort wurde zudem – wie einzelne örtliche Epidemien der letzten Zeit zeigten – eine unerwünschte Verschiebung des Erkrankungsalters in eine Altersgruppe registriert, in der bei weiblichen Jugendlichen bereits nicht selten mit einer Schwangerschaft gerechnet werden muß.

Ein ganz entscheidender Aspekt ist jedoch die bislang noch bestehende Ungewißheit über die Dauer der Immunität nach einer Röteln-Schutzimpfung. Die durch eine Impfung induzierten Antikörper weisen in der Regel niedrigere Titer auf als nach einer Röteln-Wildvirusinfektion. Während des bisher überblickbaren Beobachtungszeitraums persistieren die Antikörper nach Röteln-Schutzimpfung zwar über Jahre hinaus bzw. sinken nur langsam ab, trotzdem wird — insbesondere von amerikanischen Autoren — mit der Notwendigkeit einer Wiederholungsimpfung bei Erstimpfungen im frühen Kindesalter durchaus gerechnet. Der Booster-Effekt bei Revakzination scheint allerdings relativ gering zu sein.

Durch Massenimpfungen im Kleinkindesalter sollte zudem den Mädchen nicht die Gelegenheit genommen werden, in einem Alter die Röteln durchzumachen — und damit eine länger und sicherer anhaltende natürliche Immunität zu erwerben —, in dem eine Schwangerschaft ausgeschlossen ist.

Zu 2.:

Im Bericht einer WHO-Expertenkommission aus dem Jahre 1972 wird festgestellt, daß unter europäischen Bedingungen die Rötelnimmunisierung ausgewählter Altersgruppen dem in USA angewandten Programm vorzuziehen ist. So soll vor allem den Mädchen zwischen dem 10. und 14. Lebensjahr die Rötelnvakzine angeboten werden. Diese Entscheidung deckt sich mit den Empfehlungen verschiedener ärztlicher Gremien und Wissenschaftler in der Bundesrepublik Deutschland, der Schweiz und Österreich. Unterschiedliche Auffassungen bestehen teilweise darüber, ob alle Mädchen dieser Altersgruppe geimpft werden sollen oder nur die seronegativen Mädchen. Der Wissenschaftliche Beirat der Bundesärztekammer schlägt folgendes vor: „Eine konsequentere Durchführung der Röteln-Schutzimpfung bei Frauen vor dem Gestationsalter, die aufgrund anamnestischer und immunologischer Daten als gefährdet gelten müssen, bei potentieller Exposition an Röteln zu erkranken.“ Nach einem vom Bundesgesundheitsamt herausgegebenen Merkblatt ist „bei präpubertärer Impfung eine serologische Vor- testung auf Rötelnantikörper zu

empfehlen, jedoch nicht Vorbedingung“.

Der Immer wieder erhobenen Forderung an den öffentlichen Gesundheitsdienst, Röteln-Schutzimpfungen bei Mädchen vor der Pubertät in großen Impfkationen jahrgangsweise durchzuführen, steht vor allem die Tatsache entgegen, daß bei der Röteln-Schutzimpfung im besonderen Maße vor jeder Impfung Notwendigkeit und Zeitpunkt im Einzelfall zu entscheiden und häufig das Erfordernis einer serologischen Voruntersuchung — auch bei präpubertären Impfungen — zu prüfen ist. Die Voraussetzungen dafür wären in öffentlichen Impfterminen in der Regel sicherlich weniger günstig als bei einer Einzelberatung in der Arztpraxis. Jahrgangsweise Röteln-Schutzimpfungen von Schülerinnen in öffentlichen Impfterminen wären aus organisatorischen Gründen derzeit auch nur unter Verzicht auf eine serologische Vor- testung denkbar. Die Impfung würde also bei einer beträchtlichen Zahl von Impfungen infolge einer bereits vorhandenen natürlichen Immunität überflüssigerweise erfolgen. Zwar ist bei der Röteln-Schutzimpfung von Kindern nur selten mit Nebenwirkungen zu rechnen, deren Hin- nahme von den Befürwortern von Massenimpfungen auch von den Impfungen erwartet wird, die der Impfung eigentlich nicht mehr bedurft hätten. Unabhängig davon, ob eine diesbezügliche Toleranz mit Recht verlangt werden kann bzw. darf, stellt sich die Frage, ob bei der Propagierung einer Impfung, deren Entbehrlichkeit für mindestens die Hälfte der aufgerufenen Impfungen der Bevölkerung wohl kaum verschwiegen werden dürfte, mit einer nennenswerten Beteiligung gerechnet werden kann. Der erfolversprechendere Weg geht sicherlich über die serologische Vor- testung mit anschließender Impfung der seronegativen Mädchen.

Die Einführung öffentlicher Impftermine zur freiwilligen Schutzimpfung gegen Röteln ist derzeit in Bayern nicht beabsichtigt.

Zu 3.:

Mit keinem der beiden vorgenannten Impfprogramme ist eine Eliminierung des Rötelnvirus aus der Bevölkerung und damit eine Ausrottung der Röteln zu erreichen. Es liegt daher nahe, insbesondere bei

jener Bevölkerungsgruppe stärker als bisher die Röteln-Schutzimpfung zu propagieren, die durch eine Rötelninfektion indirekt am meisten betroffen ist, nämlich die Frauen im gebärfähigen Alter. Hier soll der Impfung eine serologische Vor- testung auf Rötelnantikörper vorausgehen. Zudem muß vor der Impfung eine Schwangerschaft mit Sicherheit ausgeschlossen und durch Anwendung geeigneter schwangerschafts- verhütender Maßnahmen innerhalb von zwei Monaten vor und drei Monaten nach der Impfung verhindert werden.

Ein weiterer Weg zur Verhütung künftiger Rötelnembryopathien ist die selektive Impfung seronegativer Frauen post partum, d. h. die Impfung von Wöchnerinnen in den ersten Tagen nach der Geburt. Die entscheidenden Vorteile sind, daß die Gefahr vermieden wird, unbeabsichtigt schwangere bzw. kurz vor Beginn einer Schwangerschaft stehende Frauen zu impfen und daß mehr als bei den anderen Impfprogrammen damit gerechnet werden kann, daß der Impfschutz während der gesamten Fertilitätsperiode anhält. Dem steht allerdings der Nachteil des Fehlens eines Embryopathieschutzes für das erstgeborene Kind gegenüber. Die Röteln-Schutzimpfung post partum wird insbesondere in Österreich und Bayern schon in größerem Umfang durchgeführt.

Zu 4.:

Die Gefahr, während einer Schwangerschaft an Röteln zu erkranken, besteht vor allem bei den Frauen, die beruflich ständigen Kontakt mit Kindern haben. Bei diesen besonders gefährdeten Personengruppen in den Lehr- und Heilberufen ist eine Kollektivprophylaxe der Rötelnembryopathie besonders vordringlich.

Das Bayerische Staatsministerium des Innern beabsichtigt deshalb, allen Lehrerinnen, Kindergärtnerinnen und Kinderkrankenschwestern sowie den in Schulen, Kindergärten, Kinderheimen, Kindertagesstätten und ähnlichen Einrichtungen, Kinderkrankenhäusern und Kinderstationen von Krankenhäusern tätigen weiblichen Aufsichts-, Lehr-, Erziehungs-, Pflege- und Hauspersonal im gebärfähigen Alter demnächst eine für sie kostenfreie Blutuntersuchung auf Rötelnantikörper anzubieten. Vor Beginn dieser Untersu-

chungsaktion in ganz Bayern läuft derzeit im Regierungsbezirk Oberpfalz ein Probelauf an, mit dem insbesondere festgestellt werden soll, mit welcher Beteiligung des aufgerufenen Personenkreises zu rechnen ist.

Organisatorisch soll dabei in etwa wie folgt vorgegangen werden:

1. In einem ersten Abschnitt der Untersuchungsaktion zunächst Unterrichtung der Lehrerinnen und Kindergärtnerinnen sowie des an Schulen und Kindergärten tätigen weiblichen Personals im gebärfähigen Alter über die Möglichkeit einer freiwilligen, kostenlosen Blutuntersuchung.

2. Blutentnahme durch Ärzte der Gesundheitsämter.

3. Röteln-HAH-Test zentral im Landesuntersuchungsamt für das Gesundheitswesen Nordbayern – Fachbereich Medizin, Außenstelle Regensburg – (bestimmt werden die drei Titerstufen 1:8, 1:16, 1:32 und höher).

4. Unterrichtung der Untersuchten über den Befund und gegebenenfalls Befundinterpretation durch das Gesundheitsamt, Befunddokumentation im Impfbuch.

5. Bei nicht oder nur unzureichend (Titer 1:8) nachgewiesenen Rötelnantikörpern Verweisung der Untersuchten an den Hausarzt oder sonstigen Arzt ihres Vertrauens zur weiteren Beratung bezüglich der Rötelnprophylaxe durch Schutzimpfung.

6. In einem zweiten, späteren Abschnitt der Untersuchungsaktion Einbeziehung aller obengenannter Risikopersonen.

Zur öffentlichen Empfehlung der Röteln-Schutzimpfung

Die Röteln-Schutzimpfung mit Lebendvakzine ist in Bayern für Mädchen ab dem vollendeten zehnten Lebensjahr öffentlich empfohlen (Bekanntmachung des Bayerischen Staatsministeriums des Innern vom 21. April 1972). Der Begriff „öffentlich empfohlene Impfung“ besagt dabei, daß Geimpfte, die durch eine solche Impfung einen Impfschaden (d. h. einen über das übliche Ausmaß einer Impfreaktion hinausgehenden Gesundheitsschaden) erleiden, einen Versorgungsanspruch nach §§ 51 ff des Bundes-Seuchengesetzes haben. In § 51 Abs. 1 des Bundes-Seuchengesetzes heißt es: „Wer durch eine Impfung, die ... von einer zuständigen Behörde *) öffentlich empfohlen und in ihrem Bereich vorgenommen ... worden ist, einen Impfschaden erleidet, er-

hält wegen der gesundheitlichen und wirtschaftlichen Folgen des Impfschadens auf Antrag Versorgung in entsprechender Anwendung der Vorschriften des Bundesversorgungsgesetzes, soweit dieses Gesetz nicht Abweichendes bestimmt.“

Die öffentliche Empfehlung beinhaltet keine Verpflichtung des öffentlichen Gesundheitsdienstes zur Abhaltung kostenloser, öffentlicher Impftermine und bedeutet nur mittelbar ein Urteil über Güte und Wert einer Schutzimpfung. Daß mit der Aufnahme einer Schutzimpfung in den Katalog der öffentlich empfoh-

lenen Impfungen indirekt und sozusagen als Nebeneffekt bei Ärzten und Bevölkerung oft eine gewisse Vertrauenserklärung des Staates in eine Impfung verbunden wird, kann gerade bei der Röteln-Schutzimpfung nur der Sache dienlich sein. Stellt doch die Röteln-Schutzimpfung bis jetzt unsere einzige wirksame Chance dar, rötelnbedingte Mißbildungen zu verhüten.

Literaturverzeichnis kann beim Verfasser angefordert werden.

Anschrift des Verfassers:
Obermedizinalrat Dr. med. H. Würstlein,
8000 München 22, Odeonsplatz 3

Wochenendseminar für Allgemeinmedizin im Ärztehaus Bayern

Die Bayerische Landesärztekammer und die Deutsche Akademie für praktische Ärzte veranstalten für junge, angehende Allgemeinärzte und solche Kollegen, die sich für Allgemeinmedizin interessieren, ein Wochenendseminar

am Samstag, 25. Januar 1975

(Beginn: 9.30 Uhr s.t. – Ende: gegen 17.00 Uhr) und

am Sonntag, 26. Januar 1975

(Beginn: 9.30 Uhr s.t. – Ende: gegen 13.00 Uhr)

in München, im Ärztehaus Bayern, Mühlbauerstraße 16, Großer Sitzungssaal, V. Stock.

Samstag, 25. Januar 1975

9.00 Uhr: *Dr. Braun, Nittendorf: Hat der Allgemeinarzt eine Zukunft?*

9.30 Uhr: *Dr. Biermann, Dortmund: Das Krankengut in der Allgemeinpraxis*

10.30 Uhr: *Dr. Kerger, Frankfurt: Gezielte Diagnose und Therapie in der Allgemeinpraxis*

11.30 Uhr: *Dr. Mattern, Heidelberg: Hausärztliche Beratung zur Lebensführung*

Mittagessen im Hause

14.00 Uhr: *RA. Poellinger, München: Das ärztliche Berufsrecht*

15.00 Uhr: *Dr. Prost, Berlin: Arbeits- und sozialrechtliche Fragen in der Allgemeinmedizin*

16.00 Uhr: *Dr. Pillau, München: Die integrative Funktion der Allgemeinpraxis*

Sonntag, 26. Januar 1975

9.30 Uhr: *Regierungsdirektor Albrecht – Direktor Kahlich, München: Die Finanzierung der Praxiserrichtung*

10.30 Uhr: *Dr. Brandlmeier, München: Die Bedeutung der sozialen Umwelt für die Betreuung des Menschen in der Allgemeinpraxis*

11.30 Uhr: *Dr. Braun, Nittendorf: Grundsätze bei der Praxiserrichtung und Praxisrationalisierung*

12.00 Uhr: *Abschlußdiskussion*

Alle Kolleginnen und Kollegen, die daran teilnehmen wollen, melden sich, bitte, umgehend schriftlich oder fernmündlich bei der Bayerischen Landesärztekammer, 8000 München 80, Mühlbauerstraße 16, Telefon (0 89) 41 47-294.

Quartierbestellungen bitten wir, über das Verkehrsamt der Stadt München, 8000 München 2, Rindermarkt 5, Telefon (0 89) 239 11, vorzunehmen.

*) In Bayern: Staatsministerium des Innern

Pädiatrisch-Neurochirurgische Notfallindikationen *

von Peter C. Potthoff

Aus der Neurochirurgischen Abteilung (Chefarzt: Professor Dr. med. Kleus Schmidt) des Nervenkrankenhauses des Bezirks Schwaben in Günzburg

Pädiatrische Krankheitsbilder, die sich als dringende neurochirurgische Indikation darstellen oder entwickeln, lassen sich auf zwei Grundsituationen zurückführen (Tab. 1):

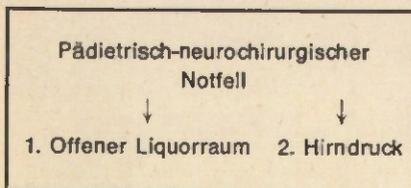


Tabelle 1

1. Angeborene oder erworbene Öffnungen des Liquorraumes zur Außenwelt, die wegen der Gefahr einer aufsteigenden Infektion des Zentralnervensystems einer umgehenden neurochirurgischen Versorgung bedürfen, und
2. alle mit dem Risiko einer akuten Hirndrucksteigerung belasteten zentralnervösen Prozesse.

1. Offener Liquorraum

Mit einer angeborenen *offenen Dysraphie der Neuralachse* (selten kranial, meistens spinal: Spina bifida aperta, Myelozele) stellt sich die häufigste, erste neurochirurgische Indikation des Säuglingsalters: Die neurochirurgische Versorgung sollte optimal innerhalb der ersten sechs Lebensstunden erfolgen. Gelegentlich stellen sich die kranialen offenen Fehlbildungen als massive Hirnbrüche dar, die die Möglichkeit einer sinnvollen neurochirurgischen Versorgung ausschließen; auch in diesen Fällen sollte jedoch ein Neurochirurg die Entscheidung über Möglichkeit oder Ablehnung einer Operation treffen. Die Sonderform der *nasalen Enzephalozele* wird in der Regel erst erkannt, wenn an dem vermeintlichen „Nasenpolypen“ ein

Exzisionsversuch vorgenommen wird; hier ergibt sich eine neurochirurgische Notfallindikation nur dann, wenn der Eingriff einen massiven Liquorabfluß hervorruft; wurde nur eine Probeexzision durchgeführt und der intrakranielle Raum nicht eröffnet, so kann die Versorgung der Enzephalozele als selektiver neurochirurgischer Eingriff ohne Zeitdruck vorgenommen werden.

Das *offene Schädel-Hirntrauma* stellt den Regelfall einer erworbenen Eröffnung des Liquorraumes dar. Meistens besteht an der Dringlichkeit einer neurochirurgischen Versorgung kein Zweifel. Auch scheinbar bagatelhaft Perforationsverletzungen – wie z. B. Stricknadel- oder Autoantennen-Perforationen durch das Oberlid in die Orbita – bedürfen jedoch wegen der Möglichkeit einer intrakraniellen Penetration des akuten neurochirurgischen Konsils. Andererseits stellt die massive Zerkümmern des Hirnschädels und Gehirns mit moribunden Charakteristika keine neurochirurgische Notfallindikation mehr dar; in diesen Situationen sollte daher – bei klar letal-hinweisenden Kriterien – auch auf die Aktivierung von Rettungshubschraubern oder Notfallarztwagen für einen Sekundärtransport vom aufnehmenden Krankenhaus zur nächsten Neurochirurgischen Klinik verzichtet werden.

Zusammenfassend stellen sich die neurochirurgischen Notfallindikationen bei offenem Liquorraum in Tabelle 2 dar.

1. Myelozele, Enzephalozele
2. Offenes Schädel-Hirn-Trauma

Tabelle 2

2. Hirndruck

Hirndruck ist multisymptomatisch, multifaktoriell und tückisch. Wesent-

liche Aufgabe ist es, zu erkennen, daß Hirndruck oder die Gefahr einer Hirndruckentwicklung besteht. Außerhalb neurodiagnostischer Zentren sollte eine orientierende Schnelluntersuchung (innerhalb zehn Minuten) folgende Schritte umfassen (Tab. 3):

Sofortparameter des Hirndruckes

1. Bewußtsein
2. Pupillen
3. Papillen
4. Nackentonus
(5. Fontanelle)
(6. Kopfumfang)
7. Blutdruck
8. Puls
9. Röntgen-Schädel

Tabelle 3

a) b) Prüfung der Bewußtseinslage und des Pupillenspieles, deren Einschränkung immer auch einen hirndrucksteigernden Prozeß denken lassen muß.

c) Die Spiegelung des Augenhintergrundes kann bei Kindern außerordentlich erschwert sein; als Hilfsmaßnahme sollte jedoch auf eine pupillenerweiternde Medikation immer verzichtet werden (!), um das Pupillenspiel als einen der wichtigsten Indikatoren für das Fortschreiten einer intrakraniellen Drucksteigerung bzw. Massenverschiebung nicht zu verschleiern.

d) e) f) Die Prüfung des Nackentonus (Meningismus!), bei kleinen Kindern die Prüfung der Fontanellenspannung, und die Messung des Kopfumfanges sind schnell vollzogene Untersuchungen. Wichtig ist, daß heute in keiner Arztpraxis oder Krankenhausambulanz mehr eine Kopfumfangskurve fehlt, die einen schnellen Vergleich zur normalen Variationsbreite des Kopfumfanges gestattet.

*) Vortrag vor dem „Zentrum für Innere Medizin und Kinderheilkunde“ der Universität Ulm am 3. April 1974.

Arzneimittelpreise sind Teil der Therapiekosten

Bei Hyperurikämie und bei Gicht

Neu



- nach eigenem neu entwickelten Verfahren in bewährter Qualität und Galenik von Siegfried hergestellt (Entspricht B P 1973)
- individuell dosierbar

Zusammensetzung

1 Tablette enthält 100 mg Allopurinol von Siegfried.

Chemie

Allopurinol ist ein Isomer des Hypoxanthins (4-Hydroxypyrazolo-(3,4-d)-pyrimidin).

Pharmakologie

Durch Allopurinol wird das Enzym Xanthinoxidase, das zur Oxydation von Hypoxanthin zu Xanthin und von Xanthin zu Harnsäure führt, gehemmt. An Stelle der Harnsäure wird das gut lösliche Hypoxanthin und Xanthin ausgeschieden.

Allopurinol senkt den Harnsäurespiegel im Serum und beseitigt die Harnsäureablagerungen im Gewebe (Tophi etc.).

Indikationen

Hyperurikämie und Gicht

Zu Hyperurikämie (über 6 mg% Harnsäure)

können auch Erkrankungen mit starkem Nucleinsäureabbau führen wie: akute und chronische Leukämie, Polycythaemia vera und Psoriasis sowie Röntgen- und Chemotherapie von Neoplasmen und Leukosen.

Kontraindikationen

Schwangerschaft und Stillzeit

Nebenwirkungen

Nur vereinzelt reagieren Patienten mit Juckreiz und Hauteruptionen (Urticaria), Temperaturanstieg, Eosinophilie, Leukopenie. In diesen Fällen ist Allopurinol abzusetzen.

Bei Einnahme nach den Mahlzeiten mit reichlich Wasser können Magen-Darm-Störungen vermieden werden.

Dosierung

Das Maß für die Dosierung ist die Höhe des Harnsäurespiegels.

Wenn vom Arzt nicht anders verordnet:

Anfangsdosis bis zu 8 Tabletten täglich. Nach etwa 1-3 Wochen ist es bei dieser Dosierung möglich, erhöhte Harnsäurewerte zur Norm zurückzuführen.

Die mittlere Dosis liegt zwischen 3-4 Tabletten täglich. Nach Abbau der Harnsäuredepots ist meistens eine Erhaltungsdosis von 1-3 Tabletten täglich ausreichend.

Packung

50 Tabletten

Quartalspackung 250

Verschreibungspflichtig



Siegfried
Arzneimittel GmbH
788 Säckingen

Arthritis ? Arthrose

**Die Entzündung
macht den Arthrotiker zum Rheumatiker.**

Der Arthrotiker braucht ein hochwirksames Antiphlogistikum, das bereits initial eingesetzt werden kann und dabei selbst stärkere Schmerzen behebt.

Dieses Antiphlogistikum muß sich auch besonders zur Langzeittherapie eignen.

Selbst Patienten mit vorgeschädigter Leber und eingeschränkter Nierenfunktion muß es ohne Bedenken verordnet werden können.

Stärke und Darreichungsformen sollten eine Wirkungsdauer während des Tages und der Nacht ermöglichen – 24 Stunden rund um die Uhr.

Bei gleichzeitiger Gabe von Antikoagulantien oder oralen Antidiabetika dürfen keine signifikanten Wechselwirkungen auftreten.

Die Progredienz der Arthrose sollte verlangsamt werden, um den Patienten bei individuell angepaßter Dosierung längere Zeit leistungsfähig und arbeitsfähig zu erhalten.

Diese Voraussetzungen – klinisch überprüft und dokumentarisch weltweit belegt – sind Eigenschaften von Amuno.

Indometacin
Amuno[®]

Kapseln, Suppositorien

...Maßstab der Rheumatherapie

Zusammensetzung: 1-(p-Chlorbenzoyl)-5-methoxy-2-methylindol-3-Essigsäure (= Indometacin).
Kapseln 25 mg und 50 mg, orale Suspension 25 mg/5 ml, Suppositorien 50 mg und 100 mg.

Indikationen: Primär-chronische Polyarthritis, Arthrosis deformans, Koxarthrose, Spondylitis ankylopoetica (Morbus Bechterew), Gicht, akute extraartikuläre Affektionen wie Periarthritis humeroscapularis, Bursitis, Synovitis, Tendinitis, Tendovaginitis, Lumbalgie. Bei Schmerzen, Entzündungen, Trismus und Ödemen nach zahnärztlichen Eingriffen. Kurzfristig als Adjuvans bei fieberhaften Zuständen. Bei Schmerzen, Entzündungen und Ödemen nach orthopädisch-chirurgischen Eingriffen.

Kontraindikationen: Aktives Ulcus ventriculi oder duodeni oder bei entsprechender gastrointestinaler Anamnese. Ferner bei Allergie gegen azetylsalicylsäurehaltige Medikamente oder Indometacin. Mangels ausreichender Erfahrung wird die Behandlung in Schwangerschaft und Stillzeit sowie bei Kindern nicht empfohlen.

Vorsichtsmaßnahmen und Nebenwirkungen: Im Verhältnis zur optimalen Wirksamkeit und breiten Anwendung von Amuno[®] werden Nebenwirkungen selten beobachtet und durch eine stets anzustrebende individuelle Anpassung der Dosierung an Patient und Krankheitsbild weitgehend vermieden. Das trifft insbesondere zu für mitunter auftretende Magen- und Darmstörungen, die zusätzlich auch eingeschränkt werden können durch orale Verabreichung von Amuno[®] zusammen mit den Mahlzeiten, mit Milch oder einem Antazidum. Bei solchen Symptomen muß der mögliche Nutzen einer weiteren Therapie gegen deren Risiken abgewogen werden. Falls gastrointestinale Blutungen auftreten, muß Amuno[®] abgesetzt werden. Da sich als Folge einer okkulten gastrointestinalen Blutung gelegentlich – wie bei jeder antiphlogistischen Therapie – eine Anämie entwickeln kann, werden bei längerer Anwendung von Amuno[®] regelmäßige Blutbildkontrollen empfohlen.

Bei sehr selten – mit und ohne medikamentöse Therapie, hauptsächlich im Krankheitsverlauf einer primär-chronischen Polyarthritis – auftretenden Sehstörungen ist augenfachärztliche Inanspruchnahme anzuraten. Die während einer Amuno[®]-Behandlung manchmal – vornehmlich in frühem Behandlungsstadium – zu beobachtenden Kopfschmerzen, Schwindelgefühl und Benommenheit sind meist nur vorübergehend. Patienten, die zu diesen Erscheinungen neigen, sollten während dieser Zeit kein Kraftfahrzeug lenken oder Tätigkeiten verrichten, die erhöhte Aufmerksamkeit erfordern.

Handelsformen und Preise lt. A. T.:		
20 Kapseln	zu 25 mg	DM 8,30
100 Kapseln	zu 25 mg	DM 32,60
20 Kapseln	zu 50 mg	DM 15,10
50 Kapseln	zu 50 mg	DM 31,50
10 Suppos.	50 mg	DM 9,30
50 Suppos.	50 mg	DM 33,95
10 Suppos.	100 mg	DM 17,15
50 Suppos.	100 mg	DM 62,—
100 ml orale Suspension		
	25 mg/5 ml	DM 9,75

Im übrigen unterrichtet über Einzelheiten der Anwendung, Begleiterscheinungen und Dosierung die wissenschaftliche Broschüre, deren aufmerksame Durchsicht wir empfehlen.

MSD
SHARP &
DOHME

g) h) Starke Veränderung des Blutdruckes (zentrogener Anstieg als Cushing-Reflex) und stark normdivergente Pulsfrequenz können die beginnende oder bestehende zentralnervöse vegetative Dysregulation anzeigen.

i) Wo immer möglich – und im Krankenhaus immer – sollte bei Verdacht auf Hirndruck sofort eine Röntgen-Schädelaufnahme angefertigt werden, die mit Nahtsprengung, Wolkenzeichnung oder Sella-Usur am kindlichen Schädel bereits eindeutige Druckzeichen aufweisen kann.

Die Ursachen des Hirndruckes sind vielfältig; sie können schematisch nach Tabelle 4 zusammengefaßt

Ursachen des Hirndruckes

- | |
|-------------------------|
| 1. Hydrozephalus |
| 2. Subduralerguß |
| 3. Zystenhirn |
| 4. Tumor |
| 5. Blutung |
| 6. Abszeß/Empyem |
| 7. Trauma |
| 8. Meningo-Enzephalitis |

Tabelle 4

werden. Wichtig erscheint, daß bei der Erstuntersuchung schnell die Diagnose „Hirndrucksteigerung“ gestellt und eine zügige Veranlassung zur weiteren Spezialdiagnostik getroffen wird; weniger wichtig ist es, bereits bei der Erstuntersuchung eine ursächliche Verdachtsdiagnose zu stellen, deren Bestätigung oder Ausschluß ohnehin erst das Ergebnis von Spezialuntersuchungen sein kann. Die einzelnen Hirndruckursachen werden daher nur schematisch aufgelistet und nicht näher besprochen.

Da es wichtiger ist, die vorliegende Krankheitssituation nach dem Ausmaß und der Bedrohung durch den bestehenden Hirndruck – und weniger nach seiner Ursache – zu qualifizieren, wird in Tabelle 5 eine schematische Stadieneinteilung des Hirndruckes wiedergegeben und in Tabelle 6 der erforderliche klinische Versorgungsgang für den hirndruckgefährdeten Patienten dargelegt.

Jede schematische Hirndruckeinteilung negiert seine fließenden Über-

Hirndruck

Perakut:	Koma, Pupillenstörung, Atmungsstörung, Cushing-Reflex, Brady-/Tachykardie
Akut:	Somnolenz/Sopor (STP) (Meningismus) Neurologische Ausfälle RR, P, R stabil
Subakut:	Wach Kopfschmerzen (Erbrechen) STP (Meningismus) Neurologische Ausfälle
Chronisch:	(Meningismus) (Ataxie) Kopfumfang STP (Papillenatrophie) RÖ: Nahtsprengung RÖ: Druckschädel (Sella)

Tabelle 5

gänge und hat damit orientierenden Charakter. – Für die Versorgung (Tab. 6) wird man davon ausgehen müssen, daß viele pädiatrisch-neurochirurgische Notfallindikationen sich nicht in Ballungszentren mit vorhandenen Großkliniken einschließlich Neurochirurgie ereignen, sondern dort eintreten, wo regelmäßig Transportwege bis zur nächsten neurochirurgischen Spezialstation zu überbrücken sind. Dies gilt auch für die hier zugrunde gelegten Verhältnisse zwischen den Universitätskliniken Ulm (bisher ohne Neurochirurgie) und dem Nervenklinikum Günzburg.

Die perakute Hirndrucksteigerung stellt sich regelmäßig als lebensbedrohliches Zustandsbild mit schwerer Bewußtseinsstörung und zentrogener vegetativer Dysregulation dar. Ganz entscheidend ist in diesen Fäl-

Hirndruck

Perakut	→ Intensivversorgung → Neurochirurgie
Akut	→ Neurochirurgie
Subakut	(→ Differentialdiagnostik) → Neurochirurgie
Chronisch	→ Neurochirurgie

Tabelle 6

len – soll dem nachbehandelnden Neurochirurgen noch die Möglichkeit zu sinnvollem Eingreifen bleiben –, daß vor einem Weitertransport zunächst eine Intensivversorgung, vor allem mit Sicherung der Atmung, erfolgt.

Der akute Hirndruck ist gekennzeichnet durch eine beginnende oder auch fortschreitende Bewußtseinsstörung, begleitende Zeichen der Stauungspapille oder/und des Meningismus, und ursächlich bedingte neurologische Ausfälle (Lähmungen, Halbseitenzeichen), jedoch in der Regel mit stabilen oder noch stabilen Vitalwerten. Hier wird es der klinischen Entscheidung anheimfallen, ob der notwendige sofortige Transport zur Neurochirurgie noch ohne vitalstützende Maßnahmen – optimal aber immer unter Begleitung notfallgeschulter Aufsicht – stattfinden kann. Für Kinder mit subakutem Hirndruck ist anzusetzen, daß zunächst – in gestraffter Untersuchungsfolge – alle lokal verfügbaren differentialdiagnostischen Möglichkeiten ausgeschöpft werden. Dabei ist einmal an das Potential vorhandener neurologischer und radiologischer Abteilungen, insbesondere für neuroradiologische Untersuchungen, zu denken, und andererseits zu berücksichtigen, daß bei der dünnen Verteilung Neurochirurgischer Kliniken von diesen nicht die gesamte Vorfelddiagnostik hirndruckverdächtiger Krankheitsfälle geleistet werden kann. Riskanter erscheinen hingegen Neurochirurgie-ferne Untersuchungen bei Patienten mit anamnestischen bzw. klinischen Hinweisen auf chronischen Hirndruck: Diese Patienten gelangen häufig erst zur ärztlichen Vorstellung, wenn das bereits langdauernd anstehende, bisher relativ stabile, überhöhte Hirndruckgleichgewicht „abzubrecken“ droht. In diesen Krankheitsfällen kann jeder instrumentell-diagnostische Eingriff eine perakute Hirndrucksteigerung provozieren; es erscheint uns daher sinnvoller, Patienten mit chronischem Hirndruck primär zur neurochirurgischen Diagnostik mit der Möglichkeit unmittelbarer hirndruckableitender Eingriffe zu überweisen (Tab. 6).

Nach diesem schematischen Aufriß des Versorgungsganges stellt sich weiterhin die Frage der ersten und nächsten Schritte zur therapeutischen bzw. diagnostischen Betreuung.

a) Die Intensivversorgung bei perakutem Hirndruck wird regelmäßig die Trias jeder Notfallversorgung umfassen: *Intubation – Infusion – Magensonde*.

Intubation ist erforderlich zur Sicherung einer ausreichenden Ventilation, gegebenenfalls Hyperventilation, da jede Hypoxie eine bestehende Hirndrucksteigerung verstärkt.

Die Anlage einer Infusion gehört heute zum Grundsatz jeder Intensivversorgung. Für Hirndruck-Patienten ergibt sich weiterhin die Fragestellung, inwieweit zerebral-perfusionsfördernde oder/und hirnödemmindernde Infusionsmaßnahmen indiziert sind. Während Osmotherapie (Sorbit, Mannit), insbesondere bei Verdacht auf intrakranielle Blutung und beim frischen Schädel-Hirntrauma nur dann anzuwenden ist, wenn eine rasch fortschreitende Hirndrucksteigerung vital bedrohlich wird (Osmotherapeutika steigern die kapilläre Durchblutung und können einen weiteren Blutaustritt in Hirnblutungs- und Hirnkontusionszonen fördern; durch die Reduktion des Eigentamponadedruckes im Gehirn wirken sie ebenfalls nachblutungsfördernd), besteht zur Anwendung onkotherapeutisch-wirksamer Infusionen kein Einwand. Vorwiegend sollte zu diesem Zweck Humanplasma oder Humanalbumin verwendet werden. Bei frischen Schädel-Hirntraumen stellt sich immer auch die Frage einer Verwendung hämostyptischer Infusionen und Medikation, die wir grundsätzlich befürworten.

Das Einlegen einer Magensonde ist immer erforderlich, nicht nur um die bei protrahiertem Hirndruck bestehende Magenatonie abzuleiten, sondern um auch aus der Qualität des Magensaftes (normal bis hämorrhagisch/blutig) Aufschluß über das Ausmaß der zentralnervösen Dysregulation zu gewinnen.

b) Als einer der nächsten diagnostischen Schritte ist die *Karotisangiographie* (entweder der Herdseite, bei fehlender Herdseite auf der subdominanten Seite) der Schritt der Wahl. Die Karotisangiographie verschafft vor allem Aufschluß darüber, ob eine Massenverschiebung (somit eine Großhirnraumforderung) oder ein Hydrozephalus (durch Ausspannung des mittelständigen Anteriorbogens, somit Verdacht auf Tumorverschluß im Bereich der unpaaren

Ventrikel) besteht. Es ist heute nicht mehr zu verantworten, die Indikation zu einer Karotisangiographie – einmal gestellt – über mehrere Stunden aufzuschieben; sie sollte im Anschluß an die Indikationsstellung auch verwirklicht werden.

c) Eine Notfallinstrumentation, die sich in der pädiatrischen Praxis besonders bei Kleinkindern anbietet, ist die jedem Pädiater geläufige *Fontanellenpunktion*: Eingang schräg mit der Kanüle im äußeren Winkel (links und rechts) der großen Fontanelle gestattet regelmäßig ein Vorgehen in größere abgekapselte Subdurelergüsse und damit ihre Entlastung. Mit großen Vorbehalten in der pädiatrischen Praxis belastet ist hingegen der Versuch einer *Ventrikelpunktion*: Diese Punktion – bei offener Fontanelle oder ausgedehnter Nahtspaltung – ohne weitere schädeleröffnende Maßnahmen möglich, kann im Fall einer perakuten Hirndrucksteigerung bei Okklusionshydrozephalus lebensrettend sein.

Die Punktion wird 2 cm neben der Mittellinie – im seitlichen Bereich der offenen Fontanelle oder durch die gesprengte Koronarnaht – durchgeführt in Richtung auf die Pupille und seitlich auf die Mitte der Verbindungslinie zwischen Auge und Ohr; die Punktionstiefe beträgt 4 bis 5 cm; die Punktion sollte mit einer kräftigen Kanüle vorgenommen werden, die mit einem Hahn versehen ist; man kann die Kanüle belassen, eingipsen, und sie kann durch Anschluß eines Infusionsschlauches mit Ableitung in einen sterilen Behälter, dessen Niveau in Kopfhöhe verbleibt – in Spezialkliniken mit Ableitung in ein Ventrikeldrainagesystem –, verbunden werden.

Auf diese Weise ist zunächst eine provisorische Ventrikeldauerentlastung bei bedrohlicher intraventrikulärer Drucksteigerung zu erreichen und Zeit zu gewinnen, den Patienten ohne die Gefahr einer erneuten Hirndrucksteigerung in eine Neurochirurgische Klinik zu verlegen.

d) Als weitere diagnostische Maßnahmen kommen in Betracht: Lumbalpunktion – Echoenzephalogramm – Szintigramm.

Die *Lumbalpunktion* sollte beim hirndruckgefährdeten Patienten mit dünnster Nadel (eventuell *Dattner-*

Nadel) von erfahrener Hand als sogenannte „Tropfenpunktion“ durchgeführt werden: Sicher unblutige Punktion mit Entnahme eines oder weniger Tropfen Liquor, die die entscheidende Differentialdiagnose blutig – eitrig – klar gestatten. Der gewonnene Liquor sollte sofort mikroskopisch auf seine Zellzahl und Zellart sowie auf Eiweißgehalt untersucht werden. Mehr Information sollte der initialen Lumbalpunktion des Notfallpatienten – wegen der Gefahr einer Einklemmung bei ausgedehnter Liquorentnahme – nicht abgetrotzt werden.

Das *Echoenzephalogramm* ist in erfahrenen Händen eine außerordentlich wichtige Diagnosehilfe zur Feststellung einer Seitenverschiebung oder eines Hydrozephalus. Trotz aller technischer Weiterentwicklung können die Aussagen des Echoenzephalogramms gerade bei Anwendung außerhalb von Spezialkliniken jedoch so vieldeutig sein und die technische Abwicklung so viel Zeit beanspruchen, daß eine rückhaltlose Empfehlung der Echo-Anwendung von unserer Seite nicht ausgesprochen werden kann.

Hingegen kann ein *schnell*-geschriebenes *Hirnszintigramm* bei Verdacht auf einen *abgegrenzten*, intrakraniell raumfordernden Prozeß gelegentlich sehr gezielte Hinweise geben (Tumor, Abszeß, Blutung).

Das Elektroenzephalogramm (EEG) scheidet unseres Erachtens für Notfalluntersuchungen, insbesondere am komatösen Patienten, wegen Zeitaufwandes und – gegenüber Karotisangiographie und Hirnszintigramm – regelmäßig weniger spezifischen Befundes aus.

3. Akute Krankheitsbilder ohne neurochirurgische Indikation

a) Der *epileptische Anfall* und der Status epilepticus stellen einen pädiatrisch-neurologischen, jedoch keinen neurochirurgischen Notfall dar.

Nach Anfallscouperung mit Sicherung vor Begleitverletzungen ist jedoch durch Weiteruntersuchung zu klären, ob ein lokalisierter Anfallsherd – mit der Möglichkeit einer neurochirurgischen Intervention – vorliegt.

Unser Spitzenduoett
der beiden Dreißigtausender
aus der Heparin-Forschung

Hepathrombin[®]-30 000-Salbe

und der moderne Partner

Hepathrombin[®]-Gel 30 000

Hochdosierte
Transkutan-Therapie
beim venösen und
postthrombotischen
Syndrom

Salbe:

Thrombosen –
Thrombophlebitiden –
Variköser Symptomenkomplex –
Ulcus cruris – Prellungen –
Sport- und Unfallverletzungen –
auch bei offenen Wunden –

Gel:

Venenentzündungen – Krampfadern – Harte, gestaute
Venen – Geschwollene Beine – Thrombosen – Sport- und
Unfallverletzungen wie Prellungen, Zerrungen, Stauchungen
– für stehend oder sitzend Berufstätige, die keinen Verband
tragen können, jedoch nicht bei offenen Wunden –

Zusammensetzung in 100 g: Salbe: 30 000 I.E. Heparin; 300 mg Allantoin; 400 mg D-Panthenol;
Gel: 30 000 I.E. Heparin; 250 mg Allantoin; 250 mg D-Panthenol; 80 mg Oleum Pini silvestris;
80 mg Oleum Pini pumilionis.

Kontraindikationen sind nicht bekannt.

Hinweis: Gel nicht auf Schleimhäute oder in offene Wunden bringen.

Handelsformen:

Salbe 15 g Tube DM 5.35; 40 g DM 10.45; 100 g DM 24.90; 160 g DM 34.35 –
Gel 40 g Tube DM 8.90; 100 g DM 18.90.

A 326/1

ADENYL-
CHEMIE

ADENYL-CHEMIE – Fortschritt und Erfahrung

b) Die akute Subarachnoidalblutung – infolge Aneurysma- oder Angiomruptur – gestattet in der Regel initial keine neurochirurgische Versorgung, da das schwergeschädigte Gehirn keine zusätzliche Operation toleriert. Die akute Subarachnoidalblutung ohne Anzeichen einer Massenverschiebung ist daher mit allen Methoden der Intensivtherapie zunächst konservativ zu behandeln, nach vegetativer Stabilisierung – bei fortschreitender Verschlechterung sofort! – angiographisch abzuklären und erst nach vitaler Stabilisierung operativ zu versorgen. Die unmittelbare Einlieferung in eine neurochirurgische Spezialstation ist dann angezeigt, wenn Hinweise auf eine zusätzliche intrazerebrale Massenblutung bestehen. Wegen der erheblichen räumlichen Enge der bestehenden neurochirurgischen Intensivstationen wird es normalerweise nicht möglich sein, die akute Subarachnoidalblutung ohne Anzeichen einer Raumforderung zu der initial erforderlichen konservativen Intensivversorgung dort unterzubringen. Es ist jedoch die dezidierte Meinung des Verfassers, daß mit der zunehmend dringlichen Erweiterung der neurochirurgischen Gesamtbettenkapazität gerade auch der Patient mit einer akuten Subarachnoidalblutung als neurochirurgischer Notfall aufgefaßt werden sollte. Die früher relevante Transportbelastung für derartige Patienten kann im Zeitalter einer immer dichter werdenden Hubschrauberversorgung nicht mehr als entscheidendes Argument gegen eine Sofortverlegung gelten.

c) Eine weitere Kontraindikation, einen Patienten noch als neurochirurgischen Notfall aufzufassen, ergibt sich dann, wenn durch schwerste Traumatisierung oder vollzogene Dezerebration für den Patienten keine Überlebenschance mehr gegeben ist.

4. Die akute spontane Querschnittslähmung

Ihr Auftreten ist im Kindes- und Jugendalter selten. Sie stellt aber die Indikation zu einer sofortigen neurochirurgischen Überweisung, zu einer sofortigen Myelographie und – beim Nachweis einer spinalen Raumforderung – zur unmittelbaren neurochirurgischen Operation dar. Obwohl im Kindesalter selten, ist diese Indikation wegen ihrer häufigen

Fehlbewertung im Erwachsenenalter besonders herauszustellen. Es gibt ebenso ein „akutes Rückenmark“ (Brenner) wie ein „akutes Abdomen“. Eine rasch eingetretene spinale Querschnittslähmung infolge Kompression (Tumor, Bandscheibenvorfall, Abszeß) hat nur bei schnellster operativer Dekompression die Chance auf eine weitreichende funktionelle Restitution.

Zusammenfassung

Pädiatrisch-neurochirurgische Notfallindikationen ergeben sich aus den pathologischen Grundsituationen „offener Liquorraum“ und „Hirndrucksteigerung“. Während der pathophysiologische Mechanismus bei Eröffnung des Liquorraumes (Myelozele; perforierendes oder offenes Schädel-Hirntrauma) meistens klar erkennbar ist, verläuft die Hirndrucksteigerung komplex und nicht selten kaschiert. Hier gilt es unverzüglich, nach klinischen Kriterien zunächst das Vorliegen einer Hirndruckstei-

gerung zu erkennen und umgehend die ursächliche Klärung neurochirurgischerseits zu veranlassen. Klinisches Vorgehen, Initialversorgung und Weiterleitung des Patienten werden im Hinblick auf die noch immer unzureichende, vorwiegend punktuell an Ballungszentren gekoppelte Vertretung neurochirurgischer Kliniken besprochen. Die langen Transportwege bedingen besondere Gesichtspunkte für die Zeitkalkulation der Versorgung pädiatrisch-neurochirurgischer Notfallpatienten. Die akute Querschnittslähmung wird wegen der funktionellen Relevanz eines gegebenenfalls sofortigen neurochirurgischen Eingriffs gesondert hervorgehoben.

Literatur auf Anforderung beim Verfasser.

Anschrift des Verfassers:

Professor Dr. med. Peter C. Potthoff, Gf. Oberarzt der Neurochirurgischen Abteilung des Nervenkrankenhauses des Bezirks Schwaben, 8870 Günzburg, Postfach 349

Frühgeborene oder ausgetragen? Reif oder unreif?

von Klaus R i e g e l

Aus der Neonatologischen Abteilung der Universitäts-Kinderklinik München (Direktor: Professor Dr. K. B e t k e)

Es ist allseits bekannt, daß Frühgeborene an der Neugeborenensterblichkeit maßgeblich beteiligt sind. Mit Hilfe moderner Methoden lassen sich heute in zahlreichen Fällen Frühgeburten verhindern oder hinausschieben. Aber auch bei optimaler Nutzung aller verfügbaren Maßnahmen wird man Frühgeburten nicht gänzlich unterdrücken können und manchmal wird man es nicht wollen, dann nämlich, wenn eine vorzeitige Geburt für das Kind weniger Risiken in sich birgt als ein längeres Verweilen im nicht adäquaten intrauterinen Milieu. In allen Fällen verfrühter Geburt ist es zwingend nötig, dem Kind unmittelbar ab Geburt eine den labilen Verhältnissen

Frühgeborener angemessene Versorgung angedeihen zu lassen. Unreife Kinder brauchen grundsätzlich Spezialpflege und manche eine Intensivbetreuung.

Eine schlüssige Antwort auf die Frage: Ist das Kind reif oder unreif? wird jedem Geburtshelfer bei jedem Neugeborenen anlässlich der Dokumentation der Neugeborenen-Erstuntersuchung abverlangt. Wir meinen, daß viel zu oft einem Kind Reife bescheinigt wird, die es de facto nicht hat. Nach welchen Kriterien soll man Reife beurteilen?

Reifung ist linear mit der Tragzeit korreliert. Nach einer Definition der

Parameter	0	1	2
Haut	dunkelrot, sehr dünn, glasig	mäßig rot, dünn, weich	rosig
Ohr	formlos, weich, im ganzen faltbar, wenig Knorpel	Helix oben umgeschlagen, Rand faltbar	fest, voll ausgeformt
Brust	roter Punkt, kein Warzenhof	Warzenhof bis 5 mm Durchm.	Warzenhof über 5 mm Durchm.
Testes Labia majora	inguinal < Labia minora	hoch im Skrotum = Labia minora	voll deszendiert > Labia minora
Sohlenfalten (bei ausgespanntem Fuß)	distal 1 bis 2	distale Hälfte	ganze Sohle
Gestationsalter: 30 + Ziffernsumme = Wochen			

WHO ist ein Kind frühgeboren, wenn die Geburt vor der 38. Woche erfolgte, zum Termin geboren bei einer Tragzeit von 38 bis 42 Wochen und übertragen nach der 42. Woche. Somit wäre ein vor der 38. Woche geborenes Kind als unreif zu bezeichnen. Tatsächlich erreicht die Entwicklung der Organe von vitaler Bedeutung erst nach 37 Wochen einen strukturellen und funktionellen Differenzierungsgrad, der die gering-

ste Störanfälligkeit nach dem Abnabeln garantiert.

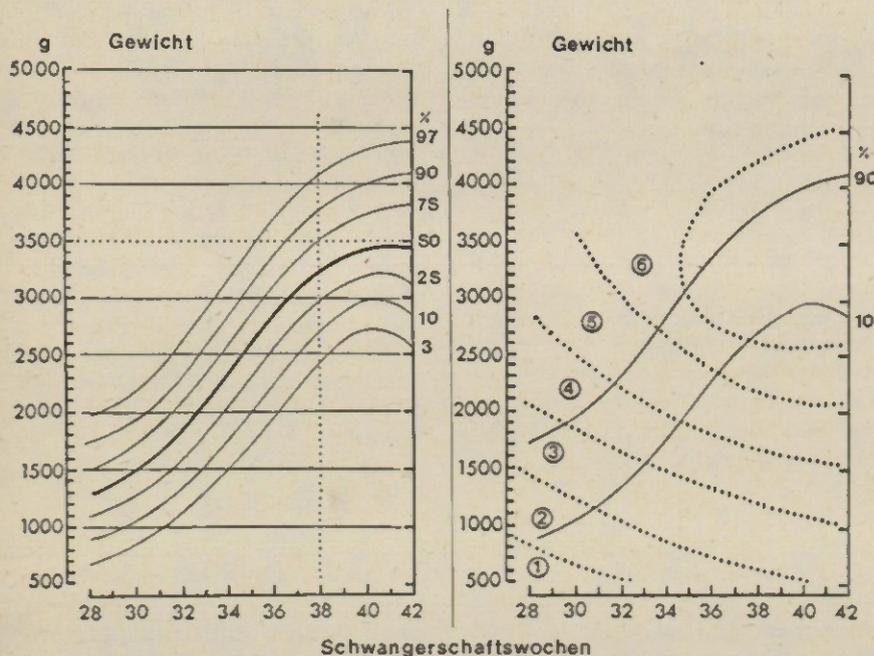
Gelegentlich ist die Tragzeit nicht bekannt. In diesem Fall kann man nach der Geburt anhand typischer somatischer Merkmale retrospektiv die Tragzeit berechnen. Entsprechende Schemata machen sich die Tatsache zunutze, daß sich auch das äußere Erscheinungsbild streng tragzeitbezogen ändert. Das einfachste,

mit einem Blick aufzunehmende, in der Praxis vielfältig erprobte und daher empfehlenswerte Schema hat *Petrussa* entwickelt. Darin sind fünf Parameter wie folgt zu bewerten (s. Tab.).

Wir meinen, es sei angezeigt, bei jedem Neugeborenen den Entwicklungsgrad bzw. die Tragzeitdauer nach *Petrussa* zu bestimmen.

Während sich die Entwicklungsschritte somatischer und funktioneller Reifung nur in engen Grenzen beschleunigen oder verzögern lassen, wird die Gewichtsentwicklung vor allem von zahlreichen exogenen und endogenen Faktoren beeinflusst, so daß das Gewicht als Reifegradmesser völlig ungeeignet ist. Bekanntlich ist ein Drittel der Kinder mit niedrigem Geburtsgewicht (< 2501 g) ausgetragen. Da die Ursachen gestörten intrauterinen Wachstums mittelbar oder unmittelbar Morbidität und Mortalität auch nach der Geburt tangieren, ist es zweckmäßig, Neugeborene sowohl hinsichtlich Tragzeit als auch Gewicht zu klassifizieren, indem man die ermittelten Daten anhand intrauteriner Wachstumskurven kontrolliert (s. Abb.). Es ist international üblich, Neugeborene, deren Geburtsgewicht unter der 10er Perzentile liegt, als pränatal dystroph zu bezeichnen.

Neugeborene verdienen Aufmerksamkeit und Betreuung in dem Maß, in dem ihre reife- und wachstumsabhängige Lebenserwartung vermindert ist. Entsprechende Prognosewerte sind der Abbildung zu entnehmen.



Links: Perzentilenkurven intrauteriner Gewichtsentwicklung nach Nickl (1972)

Rechts: Neugeborenensterblichkeit in Abhängigkeit von Tragzeit und Geburtsgewicht. Mortalität in Areal 1 > 75%, in Areal 2 > 50%, in Areal 3 > 25%, in Areal 4 > 10%, in Areal 5 > 5% und in Areal 6 > 1%. Nach Eberle (1974) in Anlehnung an Lubchenko et al. (1972)

Literatur:

EBERLE, G.: Die Intrauterine somatische Entwicklung bei Risikoschwangerschaften. Inaug.-Diss., München, 1974.

LUBCHENKO, L. O., D. T. SEARLS, J. V. BRAZIE: J. Pediat. 81: 814 (1972)

NICKL, R.: Standardkurven der Intrauterinen Entwicklung von Gewicht, Länge und Kopfumfang. Inaug.-Diss., München, 1972.

PETRUSSA, I.: A scoring system for the assessment of gestational age of newborn infants. In: HUNTINGFORD, P. J., R. W. BEARD, F. E. HYTTEN, J. W. SCOPES (Eds): Perinatal Medicine. Basel-München-Paris-London-New York-Sydney: S. Karger, 1971, p. 247.

Anschrift des Verfassers:

Professor Dr. med. Klaus Riegel, Abteilungsleiter an der Universitäts-Kinderklinik, 8000 München 2, Lindwurmstraße 4

Neue Aspekte in der Rheumatologie

52. Fortbildungstagung für Ärzte in Regensburg

Professor Dr. H. G. Fessbender,
Meinz:

Morphologie der Erkrankungen des rheumatischen Formenkreises

1. Pathologie der chronischen Polyarthrititis:

Erscheinungsbild und Verlauf der chronischen Polyarthrititis werden von Entzündungsvorgängen und primär nekrotisierenden Prozessen geprägt. Die Entzündungsprozesse spielen sich an der Oberfläche der mesodermalen Spalträume (den Gelenken, Sehnenscheiden, Bursen, aber auch dem Perikard und der Pleura) ab. Sie beginnen mit einer wahrscheinlich immunologisch bedingten Schädigung der Endothelzellen, der ein Plasmaaustritt in die Gelenkhöhle und dann ein Fibrinausfall folgt. Nach Anlagerung des Fibrins an das Stratum synoviale proliferieren die Deckzellen und bilden Zellverbände, die an das embryonale Mesenchym oder an Tumoren erinnern können. Diese dringen zangenförmig gegen den Gelenkknorpel vor und sind in der Lage, die Knorpelstrukturen fermentativ aufzulösen. Von der Aktivität und Anzahl der exsudativ-produktiven Schübe hängt es ab, wie rasch der Knorpel untergeht und durch einen gefäßreichen Pannus ersetzt wird. Am Ende der Entwicklung steht durch Metaplasie die knöcherne Ankylose. Außerhalb der Gelenkregionen kommt es anstelle der einschneidenden Gelenkknorpelzerstörungen zu fibrinösen Verwachsungen an Sehnenscheiden, Bursen, Perikard und Pleurablättern.

Den exsudativ-produktiven Entzündungsprozessen, die bei der chronischen Polyarthrititis klinisch im Vordergrund stehen und der Krankheit den Namen verliehen, stehen die primär nekrotisierenden Prozesse gegenüber, die sich nicht an der Oberfläche der Mesodermhöhlen, sondern in der Tiefe der Gewebe abspielen. Zu entsprechenden Nekroseherden kommt es in Sehnen, Kapselgewe-

ben, Herzmuskel, Perikard, Lunge, Pleura, Gefäßwänden und Skleren. Am Anfang steht eine zentrale Nekrose, die im Gegensatz zum Infarkt zunächst nicht organisiert, sondern durch die umgebenden Histiozyten sequesterartig abgemauert wird. Der nekrotisierende Prozeß ist für die chronische Polyarthrititis spezifisch. Immunologische Untersuchungen sprechen für eine ursächliche Einlagerung komplementbeladener Autoantikörperkomplexe in die Fasern.

Während die entzündlichen Vorgänge einer antiphlogistischen Therapie zugänglich sind, bleiben die primär nekrotisierenden Prozesse unbeeinflusst. Für die entzündlichen Vorgänge ist die Anwesenheit der Rheumafaktoren fakultativ, für die nekrotisierenden aber obligatorisch.

Bei der chronischen Polyarthrititis handelt es sich also nicht nur um eine Gelenkkrankheit, sondern um ein Allgemeineschehen, das sich vorwiegend an den Gelenken manifestiert, aber auch andere Strukturen aufgrund entzündlicher und immunologischer Vorgänge in Mitleidenschaft zieht.

2. Pathologie der Arthrosen:

Im Gegensatz zur chronischen Polyarthrititis handelt es sich bei den Arthrosen nicht um eine Allgemeinkrankheit, sondern um einen auf die Gelenke beschränkten Prozeß, der sich im Rahmen einer langdauernden, mechanischen Belastung der Gelenkknorpel als Verschleißerscheinung ausbildet.

Nach Schluß der Epiphysenfuge wird der Gelenkknorpel durch eine Verknöcherungszone von den Blutgefäßen des Markraumes abgeschlossen. Der versorgende Substratnachschieb muß dann von den Synovialkapillaren über die Gelenkflüssigkeit erfolgen. Dieser Weg ist stör anfällig und vor allem dann erschwert, wenn die Knorpelsubstanz im Laufe der Jahre alt und vermin-

dert durchdringungsfähig wird. Dann können durch absterbende Knorpelzellen verwaiste Territorien nur noch ungenügend mit neu gebildeter Grundsubstanz versorgt werden. Es kommt zu einem Circulus vitiosus mit Demaskierung des kollagenen Fasergerüsts, Aufräumung der Gelenkoberfläche, sich mit der Zeit vertiefenden Einrissen und fortschreitendem Knorpelabrieb bis zur Knochenglatze. Diese wird dann mechanischen Belastungen ausgesetzt, für die sie nicht geeignet ist. Die Folge sind Knochenwunden, die mit den darunterliegenden Markräumen kommunizieren. Aus diesen werden reichlich Substanzen freigesetzt, die eine Reizung des Stratum synoviale und eine sterile Synovitis hervorrufen. So pflöpft sich im Laufe der Zeit auf den primär degenerativen Prozeß eine sekundäre Synovitis auf, die für die Schwellung und Schmerzen an den betroffenen Gelenken verantwortlich ist.

Die Knorpel- und Knochenzerstörung betrifft ausschließlich die belasteten Abschnitte des Gelenkzentrums, während an den unbelasteten Randzonen Umbauvorgänge mit Knorpel- und Knochenneubildungen einsetzen. Hierdurch entstehen Randosteophyten, die das röntgenologische Bild der Arthrose mehr bestimmen als der zentrale Zerstörungsprozeß. Während der arthrotische Prozeß an sich klinisch stumm bleiben kann, besitzt die sekundäre Reizsynovitis Krankheitswert und macht den Arthrotiker zum Rheumatiker.

3. Pathologie des Weichteilrheumatismus:

Bei einer großen Anzahl sonst gesunder Patienten, die keinerlei systematische Entzündungszeichen aufweisen, wird eine lokale Schmerzhaftigkeit an Sehnen, Muskeln und Fettgeweben beobachtet. Unter diesen dominiert der sogenannte primäre Muskelrheumatismus. Aufgrund neuer elektronenoptischer

Ihr Problem: Der alternde Mensch
mit Herzinsuffizienz
und eingeschränkter
Nierenfunktion

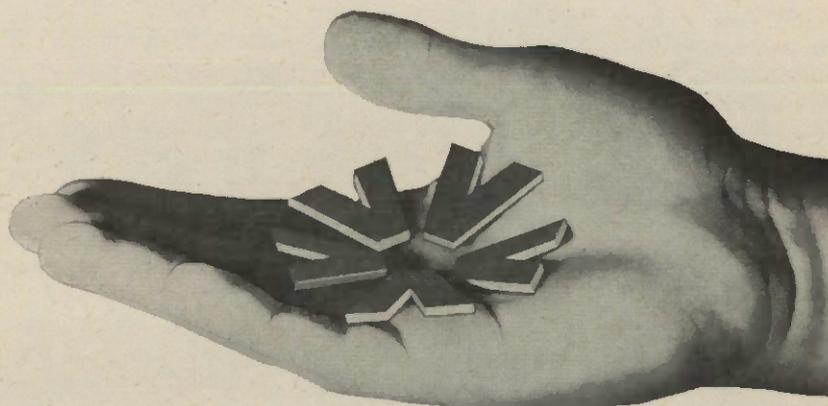
Die Lösung: **Talusin[®]**
Theo-Talusin[®]

denn:

Talusin wird unabhängig
von der Funktionsfähigkeit
der Niere eliminiert und ist
daher auch für diese
Patienten das Glykosid
mit den fünf

Vorzügen:

- ✓ zuverlässig in der Wirkung
- ✓ leicht steuerbar
- ✓ gut verträglich
- ✓ einfach zu dosieren
- ✓ risikoarm in der Anwendung



Indikationen

Alle Formen der Herzinsuffizienz, Altersherz, Nachbehandlung des Herzinfarktes. Bei Cor pulmonale und bei starker Flüssigkeitsretention ist die Behandlung mit Theo-Talusin besonders angezeigt.

Kontraindikationen

Bei Berücksichtigung der üblichen Regeln für jede Therapie mit Herzglykosiden liegen für Talusin und Theo-Talusin keine Kontraindikationen vor.

Zur besonderen Beachtung

In den ersten drei Monaten einer Schwangerschaft ist die Verordnung des Arzneimittels - entsprechend den heutigen Auffassungen über den Arzneimittelgebrauch durch

werdende Mütter - kritisch abzuwägen.

Nebenwirkungen

Während der Behandlung können gelegentlich gastrointestinale Beschwerden auftreten.

Dosierung

Sättigungstherapie:
1-2,5 mg pro die,
Erhaltungstherapie:
0,75-2 mg pro die; je nach
Schwere der Herzinsuffizienz.

Zusammensetzung

Talusin ist reines, kristallisiertes 3 β -Rhamnosido-14 β -hydroxy- Δ^4 ,20,22-
bufatrienolid (Proscillaridin), ein
Glykosid aus Scilla maritima var. alba.
1 Dragée enthält ¼ mg bzw. ½ mg
Talusin. Theo-Talusin ist die

Kombination von Talusin mit
7-(β -Hydroxyäthyl)-theophyllin.
1 Dragée enthält ¼ mg bzw. ½ mg
Talusin und 75 mg 7-(β -Hydroxyäthyl)-
theophyllin.

Handelsformen

Talusin ¼ mg
50 Dragées Orig.-Pckg. DM 5,55
100 Dragées Orig.-Pckg. DM 10,40

Talusin ½ mg
50 Dragées Orig.-Pckg. DM 8,90
100 Dragées Orig.-Pckg. DM 16,25

Theo-Talusin ¼ mg
50 Dragées Orig.-Pckg. DM 7,10
100 Dragées Orig.-Pckg. DM 13,35

Theo-Talusin ½ mg
50 Dragées Orig.-Pckg. DM 12,15
100 Dragées Orig.-Pckg. DM 22,15

KNOLL AG
Chemische Fabriken
6700 Ludwigshafen



Befunde dürfte es sich hierbei um Folgen eines lokalen Sauerstoffmangels handeln: Vorwiegend in der Rückenmuskulatur führt eine nerval bedingte Dauerkontraktur zu relativer Hypoxie des betroffenen Gewebes und zu kleinen herdförmigen Schädigungen bis hin zu Muskelzellnekrosen mit erheblichen Glykogenansammlungen als Hinweis auf die anaerobe Stoffwechselsituation.

Ein entgegengesetztes Phänomen ist im Gewebe von Sehnen und Kapseln zu beobachten, wo ebenfalls aufgrund eines lokalen Sauerstoffmangels im bradytrophen Gewebe Proliferationen und Grundsubstanzneubildungen zu beobachten sind.

Lediglich durch Verminderung des lokalen Sauerstoffangebotes – sowohl in der Muskulatur als auch im Sehngewebe – kommen als Ursache des Weichteilrheumatismus Strukturveränderungen in Frage, die keinerlei Beziehungen zu entzündlichen Mechanismen besitzen. Die Ursachen dieser lokalen Hypoxie sind vielfältig. Sie sind nicht der antiphlogistischen, wohl aber der physikalischen Therapie zugänglich.

4. Pathologie der Spondylitis ankylopoetica:

Ähnlich wie bei der chronischen Polyarthritiden liegen die Ursachen und Pathogenese der Spondylitis ankylopoetica weitgehend im dunklen. Letztere befällt vorwiegend Männer In jugendlichem Alter und manifestiert sich oft zunächst als Monarthritiden. Meist erst später entwickelt sich die typische Symptomatik der Stammskeletterkrankung. Einmal wird ein artikulärer Prozeß an großen peripheren und kleinen Wirbelgelenken beobachtet, zum anderen läuft an der Wirbelsäule selbst ein metaplastischer Vorgang mit schleichendem Umbau der intervertebralen Gelenke ab. Dabei kommt es zur knöchernen Umstrukturierung des Anulus fibrosus und zur Ausbildung knöcherner Brücken zwischen den einzelnen Wirbelkörpern (Syndesmophyten). Endpunkt einer solchen Entwicklung ist der völlige Durchbau der Wirbelsäule in Form eines Bambusstabes.

Die Entzündungsprozesse an den Gelenken unterscheiden sich qualitativ nicht von denen anderer Polyarthritiden. Der Vorgang läuft allen-

falls langsamer mit Überwiegen der proliferativ-fibrinösen Komponente ab. Die auslösenden Faktoren der verknöchernd-metaplastischen Vorgänge am Stammskelett sind unbekannt. Der Vorgang wird häufig begleitet von einer exsudativ-osteolytischen Zerstörung der Wirbelvorderfront.

Bei etwa 90 Prozent der Patienten mit Spondylitis ankylopoetica wird das Histokompatibilitätsantigen HLA 27 beobachtet, das nur bei 8 Prozent der übrigen Bevölkerung vorkommt. Diese Tatsache wird als Hinweis auf eine genetische Komponente dieser rätselhaften Erkrankung gewertet.

Professor Dr. H. Matthies,
Bad Abbach:

Klinik der chronischen Polyarthritiden

Die Ursachen der chronischen Polyarthritiden, für die der aus dem anglo-amerikanischen Schrifttum stammende Terminus der rheumatoiden Arthritis nicht mehr gebraucht werden sollte und bei der es keine „primär“ chronische Form geben kann, da eine „sekundär“ chronische Form fehlt, liegen nach wie vor im dunklen. Es gibt Anhaltspunkte dafür, daß ein unbekanntes Antigen (eventuell Viren) mit dagegen gebildeten 7 S IgG-Antikörpern Immunkomplexe bildet. Diese Immunkomplexe stellen nun aber wiederum ein neues Antigen dar, gegen das vor allem 19 S IgM-Antikörper gebildet werden. Der mit IgG-Globulin reagierende Antikörper ist der sogenannte Rheumafaktor. Die Komplexe, die Komplement binden, finden sich vorrangig in der Synovialis. Phagozytose der Immunkomplexe durch Leukozyten führt zur Freisetzung lysosomaler Enzyme, ein Vorgang, der schließlich die Entzündung bedingt. Daneben können in Form einer sogenannten Spätreaktion zellgebundene, an der lymphozytären Infiltration erkennbare Antikörper, die spezifisch gegen Synovialantigene sensibilisiert sind, die Synovialis attackieren.

In Deutschland ist für die chronische Polyarthritiden mit einer Morbidität von 3 bis 5 Prozent zu rechnen; Frauen werden häufiger als Männer befallen; der Häufigkeitsgipfel der Erstmanifestation liegt bei den

Frauen um das 55., bei den Männern um das 30. Lebensjahr.

Die Symptomatik ist für die Frühdiagnostik von besonderem Wert, da fortgeschrittene Fälle unschwer zu erkennen sind. Der typische Gelenkbefall betrifft große und kleine Gelenke und hat immer einen chronisch-progredienten Charakter. Nur etwa die Hälfte der Fälle beginnt in kleineren bzw. in kleinen und großen Gelenken gleichzeitig, während die andere Hälfte in großen Gelenken beginnt und 15 Prozent der Fälle über längere Zeit monartikulär verlaufen. In diesen Fällen ist die Symmetrie des Gelenkbefalls zunächst nicht offensichtlich. Der Fingerendgelenkbefall gehört nicht zum typischen Bild der chronischen Polyarthritiden, sondern wird nur in etwa 8 Prozent der Fälle beobachtet. Oft jahrelange Remissionen sind vor allem in den ersten Krankheitsphasen häufig; der zum Zeitpunkt der Untersuchung erhobene Befund stellt nur eine Momentaufnahme dar, aus der es häufig schwierig ist, die richtige Diagnose zu stellen. Das Fehlen eines sonst typischen Symptoms spricht deshalb nicht unbedingt gegen eine Diagnose, wenn auch andere Erkrankungen, zu denen das jeweilige Bild passen könnte, auszuschließen sind. Auch extraartikuläre Manifestationen können zur Diagnosestellung beitragen. Das gilt besonders für die Tendosynovitiden und Tendovaginitiden als Früh- oder sogar Erstsymptom. Die Morgensteifigkeit im Handbereich kommt zwar auch bei anderen entzündlichen Gelenkkrankheiten (z. B. Arthritis psoriatica) vor, ist für die Diagnostik der chronischen Polyarthritiden doch eine wertvolle Angabe. Auch eine Hyperhidrosis ist mit zu verwerthen, während ein Palmarerythem weniger typisch erscheint. Muskelatrophien, am häufigsten der Interossei an den Handrücken, können schon vor den Gelenkveränderungen sichtbar werden. Typische Rheumaknoten, die nicht mit anderen möglichen Knotenbildungen im Rahmen rheumatischer Erkrankungen verwechselt werden dürfen (Gichttophie, Heberden-Knoten, Xanthomknoten), tragen wegen ihrer relativen Seltenheit weniger zur Diagnose bei.

Die Röntgendiagnostik der chronischen Polyarthritiden verlangt viel Spezialwissen; die Frühveränderun-

gen erfordern häufig eine Lupendiagnose. Meist ist die klinische Diagnose bereits möglich, wenn noch keine röntgenologisch faßbaren Veränderungen vorliegen.

Auch die *Laborbefunde* sind unsicher: besonders in Frühstadien wird der typische Rheumafaktor oft nicht gefunden. Die Möglichkeit des Nachweises des Rheumafaktors ist außerdem an die Qualität der Nachweismethoden gebunden. Andererseits darf aus einem positiven Rheumafaktor allein nicht auf das Vorliegen einer chronischen Polyarthrit geschlossen werden. Das C-reaktive Protein ist ein Entzündungsprotein und kein Rheumafaktor, hat also keinerlei spezifische Beziehung zur speziellen serologischen Rheumadiagnostik. Eine Antistreptolysin-Titererhöhung stellt für sich allein nur einen Hinweis auf eine Auseinandersetzung mit Streptokokken und nicht den Beweis für eine Streptokokkengengese der vorliegenden rheumatischen Beschwerden dar.

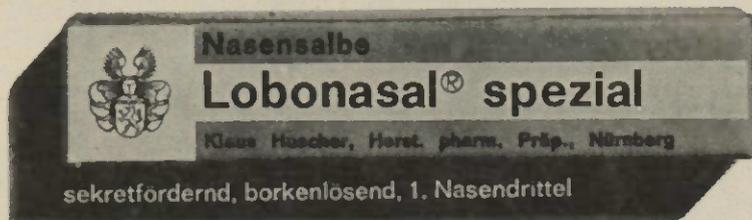
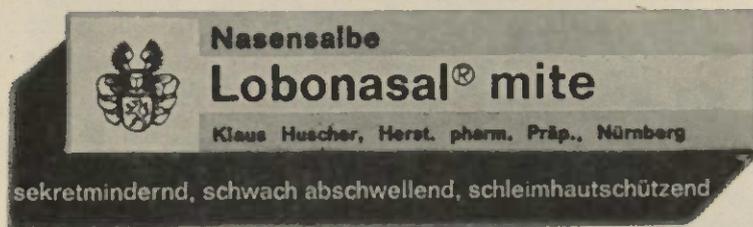
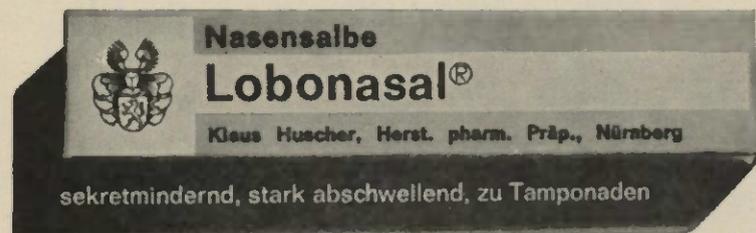
In etwa 5 Prozent der Fälle von chronischer Polyarthrit finden sich sogenannte maligne Verläufe mit schwerer, oft lebensbedrohlicher Symptomatik, vor allem aufgrund einer Vaskulitis oder als sogenannte lupulide Verlaufsform mit einer entsprechenden Symptomatik. Da es sich bei der Erkennung einer chronischen Polyarthrit um eine Baukastendiagnostik handelt, kommt der *Differentialdiagnose* eine große Bedeutung zu. Leicht übersehen werden Zusammenhänge entzündlicher Gelenkvorgänge mit intestinalen Grunderkrankungen (Colitis ulcerosa, Enterocolitis regionalis und intestinale Lipodystrophie). Die Arthritis psoriatica zeichnet sich gegenüber der chronischen Polyarthrit durch einen häufigen Fingerendgelenkbefall, eine Beteiligung der Ileosakralgelenke und Fersenschmerzen sowie durch typische Röntgenveränderungen aus. Die Psoriasis kann dabei auch klinisch im Hintergrund bleiben. Differentialdiagnostisch sind weiter ein *Reiter-*

Syndrom, eine Arthritis urica, die Fingergelenkspolyarthrose (Befall der End- und Mittelgelenke bei Verschonung der Grundgelenke), symptomatische Arthritiden, Gelenkinfektionen sowie Arthropathien und der Morbus Sudeck auszuschließen.

Eine ursächliche *Therapie* der chronischen Polyarthrit ist nicht möglich, zumal uns die Ursache unbekannt ist. Mittel, die in den pathogenetischen immunologischen Mechanismus eingreifen, werden als Basistherapeutika bezeichnet. Ihr Effekt ist um so größer, je weniger sekundäre Erscheinungen wie Destruktionen, Fehlstellungen oder Ankylosen ausgeprägt sind. Die symptomatische Therapie mit Corticosteroiden und nicht steroidal Antirheumatika greift in erster Linie das Geschehen am Ort der Erkrankung direkt an. Physikalische Maßnahmen zur Verhinderung von Funktionseinschränkungen sollten schon von Anfang an in das Therapiekonzept mit eingeschlossen werden.

Differenzierte Nasenschleimhauttherapie mit

Lobonasal-Präparaten



KLAUS HUSCHER, 85 NÜRNBERG, ELSA-BRANDSTRÖM-STRASSE 1

Klinik des Weichteilrheumatismus

Der Weichteil- oder extraartikuläre Rheumatismus umfaßt entzündliche und nichtentzündliche Erkrankungen der Subkutis, der Sehnen, der Sehnencheiden und Sehnenansätze, der Muskeln, Bursen und Faszien. Kombinationen solcher Krankheitsbilder stellen die Periarthrosen bzw. Periarthritiden dar, die natürlich ätiologisch, pathogenetisch und nosologisch keine Einheit darstellen.

1. Von den *Erkrankungen der Subkutis* ist die Pannikulose (Fibrositis) die häufigste und wichtigste. Das Matratzen- und Orangenschalenphänomen der Haut ist nur kosmetisch störend, klinisch dagegen – ebenso wie die Verdickungen und Indurationen des subkutanen Gewebes sowie der positive Druck-, Roll- und Kneifschmerz – praktisch irrelevant. Auslösend sind Faktoren wie Überernährung, hormonale und klimatische Einflüsse, mechanische Momente und psychische Affektionen. Neben der Reduktion des Körpergewichtes kommen therapeutisch Analgetika, eine Psycho- und Psychopharmakotherapie sowie verschiedenste physikalische Applikationen (Kryotherapie) und eine aktive Krankengymnastik in Betracht.

2. Unter den *Erkrankungen der Muskulatur* kommt den funktionellen Myopathien, den Myosen und Tendomyosen wegen ihrer enormen Häufigkeit eine besondere Bedeutung zu. Neben der Muskulatur ist meist der abhängige Sehnenapparat mitbetroffen. Charakteristika der Tendomyosen sind Schmerz und Hypertonus in einzelnen Muskeln oder Muskelgruppen. Diese Veränderungen können streng zirkumskript sein (Myogelosen) oder als ausgedehnte rigorartige Tonuserhöhungen der Muskulatur, z. B. einer ganzen Extremität, imponieren (Kettentendomyosen). Prädisloktionsstellen sind der Schulter-Nackenbereich und die Lumbalregion sowie die Extremitäten. Als Ursachen kommen langdauernde isometrische Muskelanspannungen (besonders der Rückenmuskulatur bei Fehlhaltung oder einseitiger Arbeit), Überlastung von Sehnen, Ligamenten und Gelenkkapseln (Adduktorenspasmus bei der Koxarthrose und Tendomyosen bei Epikondylitis) so-

wie Muskelverspannungen auf reflektorischem Wege bei Erkrankungen innerer Organe in Betracht (z. B. Dorsalgie bei Pankreatitis, Pleuritis oder Gallenblasenaffektion). Als weitere Faktoren kommen Wettereinflüsse, Infektionen, Kälte und affektbedingte Tonuserhöhungen in Betracht.

Die Therapie der Tendomyosen hängt entscheidend von den Kausalfaktoren ab. Lassen sich diese ursächlichen Momente nicht entscheidend beeinflussen, so sind lokale Injektionen von Corticoiden und Lokalanästhetika angezeigt. Nachhaltig wirken physikalisch-therapeutische Maßnahmen, wie lokale Wärmeapplikationen, Hochfrequenztherapie, diadynamische und Interferenzströme, Lockerungsmassagen und warme Bewegungsbäder.

Entzündliche Muskelaaffektionen sind selten. Die Dermato- bzw. Polymyositis läßt sich durch die im Vordergrund stehende Muskelschwäche relativ sicher von den Tendomyosen abgrenzen. Die muskelspezifische Kreatin-Phospho-Kinase und die Aldolase sind im Serum erhöht, die Kreatinausscheidung im Urin bei erhöhtem Muskelzerfall gesteigert. Letzteres Zeichen fehlt bei der meist schon auf kleine Corticosteroiddosen außerordentlich gut ansprechenden Polymyalgia rheumatica, bei der eine stark erhöhte BKS und eine Alpha₂-Globulinvermehrung gefunden wird.

3. Große Bedeutung kommt den *Affektionen des Gleitgewebes*, den Sehnen, Sehnencheiden und Sehnenansätzen sowie den Bursen zu. Tendovaginitiden, Tendoperiostitiden bzw. Insertionstendinitiden und Bursitiden sind häufig Ausdruck rheumatischer Systemaffektionen (z. B. Insertionstendinitiden der Achillessehne beim Morbus Bechterew und Morbus Reiter). Bursitiden sind meist abakteriell und werden insbesondere bei der Gicht beobachtet. Am häufigsten sind die nichtentzündlichen Erkrankungen des Gleitgewebes, die Tendinosen und Tendoperiostosen, wie die Epikondylitis der Tennisspieler. Klinisch imponiert eine lokale Druck- und Spontanschmerzhaftigkeit und eine, vor allem morgens, zu konstatierende Steifigkeit in den betroffenen Körperabschnitten. Der Schmerz wird

oft erst bei Belastung manifest und strahlt dann in die beteiligte Muskulatur aus. Bei Bursitiden und akuten Tendovaginitiden kann lokal auch eine Fluktuation mit Zeichen einer Entzündung bestehen.

Auch hier richtet sich die Therapie der Affektionen vorwiegend nach der Ursache. Wenn erregungsbedingte Veränderungen auszuschließen sind, kommen lokale Injektionen von Anästhetika und Corticosteroiden neben der systemischen Gabe von Antirheumatika in Frage. Physikalisch-therapeutisch haben sich Wärme – im akuten Stadium auch Kälteanwendungen – bewährt. Daneben findet eine lokale Elektrotherapie oder eine Ultraschallbehandlung sowie eine Lockerungsgymnastik und -massage Anwendung. In hartnäckigen Fällen ist eine längere Ruhigstellung der betroffenen Extremitäten in Betracht zu ziehen; in therapieresistenten Fällen kommen sogar operative Maßnahmen in Frage (besonders bei Tendosynovitis im Rahmen der chronischen Polyarthritiden).

4. Die *Periarthritiden*, die vorwiegend im Schulter-, aber auch im Hüft- und Kniegelenkbereich vorkommen, sind durch die Erkrankung verschiedener periartikulärer Gewebsstrukturen gekennzeichnet. Die Periarthritis humero-scapularis steht an der Spitze der primär-weichteilrheumatischen Erkrankungen überhaupt. Die Ursache liegt im anatomischen Bau des Schultergelenkes, das zwar das beweglichste Gelenk des Körpers darstellt, aber nicht die gleiche Festigkeit wie andere Gelenke aufweist. Der Humeruskopf wird in der Gelenkpfanne durch die Rotatorenmanschette gehalten, die sich aus den sehnigen Ausläufern, z. B. des Musculus supraspinatus und der langen Bizepssehne, zusammensetzt. Beide sind aufgrund ihrer disponierten Lage am ehesten einer Degeneration unterworfen. Der akuten Periarthritis humero-scapularis liegt eine Kristallbursitis zugrunde, die durch Einbruch von Kalkmassen aus der degenerierten Supraspinatussehne in die Bursa subacromiale entsteht. Folge ist ein plötzlich auftretender intensiver Schmerz im Schultergelenkbereich, der durch eine Abduktion, besonders zwischen 80 und 120 Grad, verstärkt wird, weil die Bursa in dieser Position zwischen Akromion und Schultergelenkkopf zusammenge-

drückt wird. Bei der Periarthritis tendinotica wird infolge einer langsamen Degeneration und reaktiven Entzündung der vorbeschriebene Sehnenläufer das mit Muskelverspannungen und Bewegungseintrüchtigungen einhergehende Krankheitsbild induziert. Bei einer Läsion der langen Bizepssehne wird vor allem die Innenrotation schmerzhaft und der sogenannte Schürzengriff erschwert. Den Druckpunkt findet man dann im Sulcus intertubercularis. Risse in der Rotatorenmanschette und Rupturen der langen Bizeps- und Supraspinatussehne führen zum Krankheitsbild der Periarthritis pseudoparalytica mit einem Abrutschen des Bizepsmuskelbauches in das untere Drittel des Oberarmes. Bei Ruptur der Supraspinatussehne ist die Abduktion des Armes mehr oder weniger stark erschwert, während die Bizepsruptur zu keiner gravierenden funktionellen Einschränkung führt. Die ankylosierende Periarthritis humero-scapularis mit zunehmender Bewegungseinschränkung des Schultergelenkes beruht auf einer progredienten Schrumpfungstendenz des gesamten Gelenkkapselapparates und kann bis zur völligen Versteifung führen.



Bei der akuten Form der Periarthritis humero-scapularis sind Lokalinjektionen mit Corticosteroiden und Lokalanästhetika indiziert, weiterhin eine lokale Kryotherapie und systemische Behandlung mit Antiphlogistika. Sofort nach Abklingen der akuten Symptome ist eine Bewegungstherapie einzuleiten. Bei der Periarthritis tendinotica wird man ebenfalls eine lokale Injektionsbehandlung mit den erwähnten Medikamenten vornehmen; ferner kommt eine intensive Wärmetherapie und Krankengymnastik in Frage; Antiphlogistika versagen häufig. Bei der ankylosierenden Periarthritis („frozen shoulder“) wird das Hauptgewicht auf eine krankengymnastische Therapie gelegt; zuvor ist gelegentlich eine Mobilisation der Schulter in Narkose erforderlich. Die Periarthritis pseudoparalytica legt bei jüngeren Patienten ein operatives Vorgehen mit Sehnennaht nahe, bei älteren Patienten wird man sich eher konservativ verhalten, da das Operationsergebnis bei stärker degenerierten Sehnen oft schlecht und der Funktionsausfall in der Regel nicht sehr gravierend ist.

Tonsilgon®

bei lymphatischen Reaktionen

- steigert die Infektabwehr deutlich
- Appetit und Gesamtbefinden bessern sich
- akute Schübe bleiben allmählich aus

Basistherapeutikum bei lymphatischer Diathese und ihren akuten Katarrhen.

Leitsymptom: Infektfälligkeit schon in der Kindheit.

Zusammensetzung: Mac. ex: Rad. Althae. 0,4 g, Flor. Chamomill. 0,3 g, Fruct. Cynosbat. 0,4 g, Herb. Equiset. 0,5 g, Fol. Jugland. 0,4 g, Herb. Millefol. 0,4 g, Cort. Duerc. 0,2 g, Herb. Tarax. 0,4 g in 100 g. - 1 Dragée enthält: Rad. Althae. 0,008 g, Flor. Chamomill. 0,008 g, Fruct. Cynosbat. 0,004 g, Herb. Equiset. 0,010 g, Fol. Jugland. 0,012 g, Herb. Millefol. 0,004 g, Cort. Querc. 0,004 g, Herb. Tarax. 0,004 g, Vitamin C 0,019 g. **Indikationen:** Lymphatische Diathese und ihre akuten Manifestationen (wie Tonsillitis catarrhalis, Pharyngitis lateralis); Schwellungen der Lymphknoten, besonders bei Erkrankungen im Nasen-Rachenraum; Nachbehandlung nach Tonsillaktomie. Chronische Racheninfekte. Zusatztherapie bei allen katarrhalischen Infekten. Zur Ergänzung der Chemotherapie. **Nebenwirkungen** wurden bisher nicht beobachtet. **Dosierung:** Zur Basistherapie der lymphatischen Diathese gibt man Kindern bzw. Erwachsenen 3mal täglich 15 bis 25 Tropfen oder 1 bis 2 Dragées über Wochen, bei akuten Manifestationen (Katarrhen) vorübergehend 5-6mal täglich.

Handelsformen: Tonsilgon D.P. mit 30 ml DM 5,25 O.P. mit 100 ml DM 9,85
D.P. mit 50 ml DM 7,30 D.P. mit 60 Drag. DM 7,30



BIONORICA KG · NÜRNBERG

Dr. K. Miehke, Wiesbaden:

Physikalische Therapie und Rehabilitation bei rheumatischen Erkrankungen

Die physikalische Therapie stellt einmal eine Unterstützung medikamentöser und operativ-chirurgischer Maßnahmen dar, steht aber auch häufig bei der Behandlung rheumatischer Erkrankungen an erster Stelle. Grundsätzlich stehen folgende Methoden zur Verfügung:

1. Thermische Faktoren:

Kälte- und Wärmeanwendungen in Form von Wickeln, Packungen, Heißluft und Bädern.

2. Mechanische Faktoren:

Massagen, Krankengymnastik, Beschäftigungstherapie.

3. Elektrische Faktoren:

Niederfrequenz- und Hochfrequenztherapie.

4. Allgemeine Maßnahmen:

Ruhelagerungen, Schienungen, orthopädische Hilfs- und Stützapparate, apparative Hilfsmittel des täglichen Gebrauchs.

Aus der Gymnastik ist die *Bewegungstherapie* hervorgegangen. Man versteht unter allgemeiner Gymnastik oder auch Heilgymnastik die Körperschulung gesunder Menschen im Sinne der Prophylaxe. Die Krankengymnastik erfaßt Bewegungseinschränkungen, fehlerhafte Bewegungsabläufe und fehlerhafte Haltungen. Hierbei wird grundsätzlich die passive Bewegungstherapie von der aktiven Übungsbehandlung unter Mitarbeit des Patienten unterschieden. Vielfältige Möglichkeiten ergeben sich durch die Übungen mit Geräten (Stab, Balgerät, Gewichtezug, Pullingformer). Hinzu kommen Geh- und Atemübungen. Die Gangschulung hat große Bedeutung bei entzündlichen und degenerativen Gelenkleiden.

Eine besondere Art krankengymnastischer Übungstherapie ist die Unterwassertherapie, die von Bewegungsübungen im Teilbad über Bewegungstherapie im Becken unter Aufsicht der Krankengymnastin bis zum therapeutischen Schwimmen im großen Bassin reicht. Ihr Vorteil liegt in einer fast völligen Aufhebung des Körpergewichtes, die gerade im postoperativen Fall bei Be-

wegungen eine Schmerzlinderung bringt. Bei schwerbehinderten, gehunfähig gewordenen Patienten ist das Bewegungsbad vorzüglich geeignet, dem Patienten das Vertrauen in die eigene Gehfähigkeit wiederzugeben.

Die *Massage* dient lediglich der Auflockerung der Muskulatur und ihrer sehnigen Insertionen sowie deren besserer Durchblutung. Sie kann im Gegensatz zur Krankengymnastik die Muskulatur nicht kräftigen. Man unterscheidet die klassische Massage mit ihren bekannten Grundformen, der Streichung (Effleurage), Knetung (Petrisage), Reibung (Frik-tion), Klopfung (Perkussion) und Vibration. Kontraindikationen für die klassische Massage sind alle akuten und subakuten Entzündungsprozesse des Bewegungsapparates (insbesondere das akute *Sudek-Syndrom* und *Thrombophlebitiden*). Eine Massage im Anschluß an warme Bäder ist nicht sehr sinnvoll, da die meisten Patienten nach dem Bad ruhebedürftig sind, häufig schwitzen und der durchblutungsverstärkende Effekt vieler Heilbäder dem der Massage entspricht. Von der klassischen Massage wird die der reflektorischen Zonen mit Rückwirkung auf die Organerkrankung selbst unterschieden. Die größte Beachtung hat im deutschen Sprachbereich die sogenannte Bindegewebsmassage gefunden, die besonders hilfreich bei spondylogenen Schmerzen im Bereich der Halswirbelsäule und der Lendenwirbelsäule sein kann. Die Unterwassermassage hat sich aus den früher üblichen Thermalduchen entwickelt. Der im Vollbad liegende Patient wird mit einem Wasserstrahl, der unter der Wasseroberfläche mit Druck ausströmt, behandelt. Diese Behandlungsform ermöglicht im indifferenzierten oder mäßig warmen Bad eine Entspannung der Muskulatur sowie eine Druckwirkung auf tiefere Gewebe ohne schmerzhaft Reizwirkung auf die Haut.

Die *Balneotherapie* in ihrer kurmäßigen Anwendung gehört zu den ältesten therapeutischen Maßnahmen überhaupt. Trotz erheblicher wissenschaftlicher Anstrengung in den letzten 15 Jahren beruht jedoch die Wirkung der Balneotherapie noch immer weitgehend auf Empirie, so daß jeder Versuch einer exakten Festlegung der Indikationen auf Schwierigkeiten stößt. Mit einer Ba-

dekur werden allgemeine Faktoren wie Klimareiz, Herausnahme aus der täglichen Umgebung, Bewegung in Licht und Wasser sowie diätetische Maßnahmen und adäquate Ruhe verbunden. In bezug auf die rheumatischen Erkrankungen stehen die Badekuren in ihrer Wertigkeit, je nach Art des vorliegenden Leidens, in der vordersten Linie oder aber völlig im Hintergrund. Nicht gereizte arthrotische und spondylarthrotische Zustände können sehr erfolgreich durch eine Badekur behandelt werden; dagegen ist bei akuten Schüben einer chronischen Polyarthrit die Balneotherapie geradezu kontraindiziert. Am wenigsten belastend sind aquarthermen, es folgen Kochsalzthermalbäder, Solebäder, radioaktive Bäder, Schwefelbäder und schließlich mit dem stärksten Reiz die Moorbäder. Die Kurdauer sollte zwischen vier und sechs Wochen liegen.

Physikalisch-therapeutische Maßnahmen bei einzelnen Erkrankungen des rheumatischen Formenkreises:

1. Maßnahmen bei der chronischen Polyarthrit:

Eine sinnvolle Behandlung der chronischen Polyarthrit ohne vollen Einsatz der physikalischen Therapie ist wegen der Neigung zu Gelenkversteifung und -deformierung nicht denkbar. Zur Minderung der Schmerzen im akuten Schub bewähren sich vor allem kalte Anwendungen (kalte Fangopackungen oder Lehmpackungen, kalte Sole oder Heublumenextraktwickel). Erst, wenn Überwärmung und Schwellung des Gelenkes zurückgehen, können warme und schließlich auch heiße Fango- und Paraffinpackungen zum Einsatz kommen. Erst dann sind auch Kurzwellenbestrahlungen erlaubt. Zur Erhaltung der Gelenkfunktion und deren Verbesserung bei bereits eingetretener Schädigung haben sich nach Abklingen des akuten Schubes krankengymnastische Übungen bewährt. Während der subakuten Phase dürfen die Übungen nur bis zur Schmerzgrenze ausgeführt werden; andererseits ist der mögliche Bewegungsspielraum täglich mehrmals voll auszunutzen. Nach Abklingen des subakuten Stadiums werden die Übungen forciert und in Form aktiver und passiver Bewegungen auch gegen Widerstand ausgeführt. Bei Ergänzung der Bewegungstherapie

durch durchblutungsfördernde Massagen ist zu beachten, daß entzündlich veränderte Gelenke nicht behandelt werden dürfen. Gegen die Durchführung einer Badekur und gegen die Benutzung der Sauna sprechen bei der chronischen Polyarthritiden ebenfalls die Zeichen des akuten Schubes: Schwellung und Überwärmung, Erguß und Fieber, extrem hohe BKS-Werte, Leukozytose und Linksverschiebung, Anämie und hohe Titer in der Agglutinationsreaktion zum Nachweis des Rheumafaktors.

2. Maßnahmen bei Koxarthrosen:

Bei den Koxarthrosen ist die krankengymnastische Übungsbehandlung die wichtigste Maßnahme innerhalb der konservativen Therapie. Das Wiederinsspielbringen von intakten Knorpelzonen wird chirurgischerseits im großen durch die Umstellungsosteotomie und durch die Krankengymnastik im kleinen zu erreichen versucht. Jedes alterierte Gelenk führt zu einer schonenden Beugehaltung. Durch stundenweises Lagern auf dem Bauch, unter Umständen Belastung mit Sandsäcken, wird die kontrahierte Muskulatur und der verkürzte Bandapparat gedehnt. Durch gezielte Übungen ist die meist atrophierte und erschlaffte Glutealmuskulatur zu kräftigen. Ist die Dehnung des der Streckergruppe entgegenwirkenden Musculus iliopsoas zu schmerzhaft, so werden die Trockenübungen durch Behandlung im Thermalbad ergänzt. Nach Erreichen der vollen Streckung (oder gar physiologischen Überstreckung) durch gleichzeitige Gangschulung wird systematisch die Abduktions- und Rotationsfähigkeit auftrainiert.

3. Maßnahmen bei Weichteilrheumatismus und Osteoporose:

Die ständig schmerzhafte Verspannung tendomyotisch gereizter Muskelabschnitte führt zum Muskelhartspann, zur Muskelschonung und damit zur Muskelatrophie, die bei der Osteoporose ganz beträchtlich sein kann. Knochenumbau und Verkürzung der Lendenwirbelsäule führen nicht selten zur Berührung der Dornfortsätze (*Baastrup-Syndrom*) mit wiederum unangenehmen Schmerzen beim Stehen, bei Drehbewegungen und im Liegen. Hierdurch entsteht ein *Circulus vitiosus* zur Ausbildung reflektorisch bedingter Tendomyosen. Die Muskulatur lockern und die gestörte lokale Durch-

blutung verbessernden Massagen führen aber durch Walkungen und Knetungen der sehnigen Insertionen am Periost häufig zur Verstärkung des periostalen Reizzustandes und damit zur Verschlechterung der Beschwerden. Entsprechende Hinweise der Patienten sind ein wichtiger anamnestischer Hinweis auf das Vorliegen einer Osteoporose. Die Massagen sollen deshalb bei diesen Patienten flächig und leicht als Streichmassage (Effleurage) durchgeführt werden.

4. Maßnahmen bei der Spondylosis ankylopoetica:

Bei der Spondylosis ankylopoetica haben physikalisch-therapeutische Maßnahmen eine außerordentlich große Bedeutung. Sie werden eingesetzt zur bestmöglichen Erhaltung bzw. Wiederherstellung der Beweglichkeit und Korrektur von Fehlhaltungen bis zu dem Zeitpunkt, in dem das Leiden von selbst inaktiv wird. Die häufige Kyphose als bedeutendster Invaldisierungsgrund ist durch korrekte Lagerung (unter Vermeidung von weichen Matratzen) und dem Verbot von Kopfkissen bzw. Stützen in den Kniekehlen sowie durch häufige Lagerung auf den Bauch zu vermeiden. Der Charakter der krankengymnastischen Bewegungsübungen soll lockernd und dehnend sein. Die Behandlung wird durch Atemübungen ergänzt. Jeder Patient sollte ein Heimprogramm ausgearbeitet bekommen, das er täglich und Zeit seines Lebens durchzuführen hat und das durch gelegentliche ambulante und stationäre Kontrollen zu ergänzen ist.

Dr. K. Chlud, Wien:

Medikamentöse Therapie der rheumatischen Erkrankungen

1. Behandlung der chronischen Polyarthritiden:

Bei der chronischen Polyarthritiden, die als mono- bis polyartikuläre Synovialitis mit Einbeziehung extraartikulärer Organsysteme als Folge einer komplexen fermento-immunologischen Hyperaktivität abläuft, liegt der Behandlungsschwerpunkt eindeutig auf medikamentösem Gebiet; physikalische Maßnahmen und orthopädisch-chirurgische Eingriffe sollten nur in ruhigen Phasen der Erkrankung zum Einsatz kommen.

Antirheumatika, Corticosteroide und synthetisches ACTH hemmen symptomatisch die enzymatische Hyperaktivität, lassen die übrigen chronischen polyarthritischen Strukturen jedoch unbeeinflusst. Die Basistherapie erreichen eine mehr oder weniger semikausale Beeinflussung der chronischen polyarthritischen Kettenreaktion.

Die Antirheumatika stabilisieren die Membran von im Überschuß gebildeten synovialen Lysosomen und inaktivieren Entzündungsmediatoren, sind aber nicht imstande, eine Proliferationshemmung synovialer Lymphozyten und Plasmazellen herbeizuführen. Immunologische Parameter bleiben unbeeinflusst. Der akute Schub kann durch sie nicht kupert werden. In der Praxis haben sich Azapropazon, Oxyphenylbutazon, Ibuprofen, Niflummin- und Flufenaminsäure bewährt. Indometacin ist auch antiproliferativ ohne Beeinträchtigung der Myelopoese wirksam. Die Monotherapie mit Antirheumatika führt häufig über Resistenzbildung zur Wirkungseinbuße.

Die noch vor zwanzig Jahren als Mittel der Wahl der Behandlung der chronischen Polyarthritiden gepriesenen Corticosteroide sind wegen der besonders in der Langzeittherapie mit mehr als 5 mg Prednisolon täglich auftretenden Nebenwirkungen möglichst aus dem Therapiekonzept auszuklammern. Sie kommen aufgrund der Hemmung der exsudativen Stimulierung der proliferativen Prozesse bei der chronischen Polyarthritiden jedoch vorrangig bei der Bekämpfung des akuten Schubes (z. B. 40 mg Prednisolon täglich in langsam fallender Dosierung) in Frage. Auch die intraartikuläre Verabreichung von Corticosteroiden ist problematisch, da ein Großteil der injizierten Kristallsuspension, von Leukozyten phagozytiert, aus dem Gelenk abtransportiert und damit wirkungslos wird.

Das synthetische ACTH hat als entschärftes Cortison einen festen Platz in dem Therapiekonzept der chronischen Polyarthritiden: subakute Schübe sprechen in $\frac{2}{3}$ der Behandlung auf zwei- bis dreimal wöchentliche Gaben von 1 mg i.m. gut an (Gesamtdosis 10 bis 14 mg). Eine Kombination mit Basistherapie ist angezeigt; im akuten Schub ist synthetisches ACTH meist überfordert.

Zu den sogenannten Basistherapeutika werden die Antimalariamittel (Resochin®), das Gold (ölsuspendierte, wasserlösliche, intramuskulär zu verabfolgende Goldsalze), Zytostatika (Triazichon, Podophyllin), Antilymphozyten-Globulin und D-Penicillamin gerechnet. Die Wirkung der Antimalariamittel, die bei gering entzündlichen Verläufen zum Einsatz kommen, ist umstritten; als Nebenwirkungen wurden gelegentlich irreversible Retinopathien beschrieben.

Die Goldsalze zählen heute wieder zu den wichtigsten Basistherapeutika. Die Goldkur ist bei gesicherten exsudativen Frühformen jugendlicher Patienten in etwa 70 Prozent erfolgreich. Bei 30 Prozent der Behandelten kommt es zum Auftreten von ernsteren Nebenwirkungen, bei 4 Prozent zu schweren Komplikationen; die Behandlung muß bei 10 Prozent abgebrochen werden. Regelmäßige Kontrollen von Urin, Blutbild und die Beachtung von Hautveränderungen sind erforderlich.

Eine Langzeitverabreichung von Zytostatika ist trotz hervorragender klinischer Wirksamkeit wegen einer möglichen onkologischen Wirkung am chronisch Polyarthritiden-Kranken zur Zeit abzulehnen. Der perakute, polyartikuläre Schub nach dem 45. Lebensjahr kann hingegen mit einer dreiwöchigen Stoßtherapie Triazichon (4 mg) oder Podophyllin (16 g) kuppert werden. Eine Wiederholung dieser parenteralen Infusionsbehandlung ist bis zu sechsmal innerhalb von drei bis vier Jahren möglich. Eine Häufung von Malignomen wurde nicht beobachtet.

Antilymphozytenserum und -globulin haben sich nur in wenigen Fällen als wirksam erwiesen.

Seit 1960 wurde das Therapiekonzept der chronischen Polyarthritiden durch das D-Penicillamin bereichert. Unabhängig von Alter, Rheumafaktor-Titer, Hypergammaglobulinämie und Serumkupferspiegel werden gute Ergebnisse bei mittelintensiven Verläufen im Stadium I bis III erzielt. Die Dosierung muß langsam einschleichend erfolgen (alle zwei bis drei Wochen Erhöhung der Tagesdosis um 250 bzw. 300 mg); eine Tagesdosis von 1200 mg soll möglichst nicht überschritten werden. Eine Beeinflussung des Leidens ist

meist nach vier- bis achtwöchiger Behandlung zu beobachten; in der Zwischenzeit sind Antirheumatika weiter zu verordnen. Eine Reduktion der täglichen D-Penicillamin-Dosis ist in der Langzeitmedikation meist nach vier- (bis sechs-) monatiger Einnahme möglich. Als Erhaltungsdosis dient jene Menge, die die klinischen und Laborparameter günstig beeinflusst. Nebenwirkungen treten bei etwa 40 bis 70 Prozent auf und konzentrieren sich auf die ersten drei Behandlungsmonate (Geschmacksstörung, Exanthem, Juckreiz, gastrointestinale Beschwerden, Gesichtödem, Xerostomie, geringgradige Proteinurie, Stomatitis ulcerosa). Bei einem Viertel der Fälle zwingen die Nebenwirkungen zum Absetzen des Präparates; unwirksam erweist es sich hingegen nur bei etwa 2,5 Prozent der Fälle. Regelmäßige Kontrollen des klinischen Verhaltens, des Urins, des großen Blutbildes sowie der Haut und Schleimhäute sind (anfangs in 14-tägigen, später in monatlichen Abständen) erforderlich. Leukopenie, Thrombozytopenie und nephrotische Zeichen erfordern ein sofortiges Absetzen der Behandlung. Allergische Nebenwirkungen sprechen auf kurzfristige Dosisreduktion, Antihistaminika- oder Corticoidgaben an. Lupus-Verläufe der chronischen Polyarthritiden bei Erwachsenen und die Schwangerschaft gelten als Kontraindikationen.

2. Behandlung der Arthrosen:

Im Primärstadium ist eine endgradige Bewegungseinschränkung und ein Knarren des Gelenkes nachweisbar. Eine medikamentöse Therapie ist zu diesem Zeitpunkt meist nicht notwendig. Als präventive Maßnahmen kommen Gewichtsreduktion zur Gelenkentlastung und eventuell die Korrektur von Fehlstellungen in Frage.

Das Sekundärstadium (sogenannte aktivierte Arthrose) ist charakterisiert durch eine Begleitsynovialitis, die sich nur durch das Fehlen von feingewebigen Nekrosen von der chronischen Polyarthritiden unterscheidet. Die symptomatische Therapie dieses Arthrosestadiums unterscheidet sich praktisch nicht von der einer chronischen Polyarthritiden: in beiden Fällen kommen Antirheumatika (Antiphlogistika) zum Einsatz. Die praktische Effizienz der einzelnen Sub-

stanzen wird von der antiphlogistischen Potenz und den Nebenwirkungen bestimmt. Für die Praxis als besonders wirkungsvoll haben sich Indometacin, Phenylbutazon, Oxyphenylbutazon, Azapropazon und Ibuprofen erwiesen. Salizylate sind bei Arthrosen obsolet, die systemische, intravenöse oder orale Corticosteroidanwendung ist kontraindiziert, die intraartikuläre Verabreichung kann die Begleitsynovialitis hingegen günstig beeinflussen. Knorpel- und Knochennekrosen (besonders im Hüftgelenksbereich) werden hierbei jedoch beobachtet.

Für therapieresistente Verläufe bei operationsunwilligen Patienten höherer Altersklasse mit progredienten Hüft- und Kniegelenksarthrosen kommt die stationäre zwei- bis dreiwöchige Verabreichung von Trenimon und/oder Proresid oder die einmalige Gabe von Endoxan 30 mg/kg Körpergewicht) intravenös in Frage.

Die Einbringung von etwa 30 ml eines Silikonöles in das Hüft- oder einer entsprechend größeren Menge in das Kniegelenk kann durch Glättung der aufgerauhten Gelenkflächen zu einer vorübergehenden klinischen Besserung führen. Nachgewiesene Destruktionen der Gelenkflächen lassen jedoch dieses Verfahren als gefährlich erscheinen. Muskelrelaxantien sind meist wirkungslos. Die Beeinflussung extraartikulärer Arthroseveränderungen ist eine Domäne der physikalischen Behandlung; Lokalinfiltrationen mit Anästhetika kommen in Frage.

Die intramuskuläre Langzeitverabreichung von Mucopolysaccharid-Schwefelsäureester (MPS)-Präparaten (Arteparon®) soll eine Regeneration des Gelenkknorpels durch Einbau hochsulfatierten MPS bewirken. In der Praxis hat sich jedoch dieses Verfahren nicht bewährt. Demgegenüber wurden bei der intraartikulären Einbringung dieser Substanz bei mehr als 50 Prozent der Fälle Erfolge gemeldet. Die besten Ergebnisse dürften durch die von MIEHLKE angegebene und stationär durchgeführte Synovialdialyse erreicht werden.

3. Behandlung des Weichteilrheumatismus:

Das therapeutische Bemühen erstreckt sich meist auf die subjektiv

„Vertrauens- Basis“

In Zusammenarbeit mit Ihrer Ärztekammer
haben wir einen Gruppenversicherungsvertrag
erarbeitet, der dem individuellen Vorsorge-Bedürfnis
des Arztes Rechnung trägt.
Sicherheit auf Vertrauensbasis.

Als führende Krankenversicherung des
Ärztstandes bieten wir Ihnen:

- Einkommenssicherung: bis zu 500,- DM
Krankentagegeld ohne zeitliche Begrenzung!
- Krankenhaustagegeld bis zu 200,- DM.
- Krankheitskostenversicherung ohne oder
mit Selbstbeteiligung.
- Individuelle Gestaltung des Versicherungs-
schutzes durch zahlreiche Varianten – auch
für Familienangehörige.

**Jetzt: Vertragspartner aller
Ärztekammern
und des Marburger Bundes**

Coupon

Ich interessiere mich für die Teilnahme am
Gruppenversicherungsvertrag

Name _____

Anschrift _____

Ich bin bereits versichert bei: Vereinigte Salus anderweitig

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

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

im Vordergrund stehenden Schmerzen sowie auf eine Erfassung des Grundleidens. Die systemische Anwendung von antiexsudativ und proliferativ wirkenden Antirheumatika sowie die lokale Einbringung von Corticosteroiden wird praktiziert. Auch Muskelrelaxantien und Tranquillizer haben hierbei ihre Bedeutung.

4. Behandlung der Spondylitis ankylopoetica:

Physiotherapeutische Maßnahmen, gymnastische Übungen und Massagen sind bei der Behandlung der Spondylitis ankylopoetica der medikamentösen Therapie in der Regel überlegen. Der symptomatischen Bekämpfung von Schmerzen dienen wiederum Antirheumatika; Indometacin (Amuno®) gilt wegen seines besonders günstigen Ansprechens als Basistherapeutikum, ohne daß über seine spezielle Wirkungsweise Näheres bekannt wäre. Die Langzeitverabreichung von Indometacin in mittleren Dosen (50 bis 100 mg täglich) wird meist komplikationslos vertragen. Anzustreben sind eine schmerzlose Nachtruhe und die Abkürzung der morgendlichen Anlaufzeit. Bei Mitbefall peripherer Gelenke sind die Antirheumatika meist überfordert: die schmerzbedingte Ruhigstellung, z. B. des Hüftgelenkes, kann rasch zur fibrösen und knöchernen Ankylose und Invalidität führen. Intraartikuläre Prednisolon-Kristallsuspensionen und stoßweise Zytostatika-Infusionsbehandlung mit Trenimon® und Proresid® können dies verhindern. Meist ist die zusätzliche Gabe von 1 Ampulle Synacthen-Depot® zwei- bis dreimal wöchentlich über vier bis sechs Wochen zur Eindämmung der entzündlichen Aktivität notwendig. Die im Verlauf der Spondylitis ankylopoetica auftretende häufige Iritis (Iridozyklitis) zwingt zum sofortigen Corticoidstoß. In die Behandlung der Spondylitis ankylopoetica wurde ferner die Fünf-Felder-Röntgenbestrahlung, die Gabe von Thorium X (Ra 224) und die Inhalation von Radon-Emanation (Radon) eingeführt.

Ob jedoch die im Bad Gasteiner/Böckstein-Tunnel erzielten Besserungen ausschließlich auf diese Radon-Inhalationen zurückzuführen sind oder auf die mit der Behandlung verbundene feuchte Hitze, wird diskutiert.

Dr. K. Tillmann, Bad Bramstedt:

Operative Therapie rheumatischer Erkrankungen

Die Synovektomie ist nicht nur bei der chronischen Polyarthritiden anwendbar. Bei degenerativen Gelenkerkrankungen wird die Synovektomie additiv mit dem Ziel der Arthrolyse angewendet. Bei der Gelenkchondromatose sind sehr gute Resultate zu verzeichnen; hier sollte die vollständige Synoviaentfernung der Herausnahme einzelner freier Körper oder Kapselknochen vorgezogen werden. Bei der Gicht empfiehlt sich neben der Entfernung von Tophi eine totale Synovektomie, wenn bei vorliegendem Gelenkbefall funktionsstörende Ergüsse vorliegen und/oder fortschreitende Destruktionen medikamentös nicht beeinflusst werden können. Beim Morbus Reiter ist generell zu einer abwartenden Haltung zu raten, da es trotz starker Ergußbildungen meist nicht zu nennenswerten Funktionsbehinderungen und Gelenkveränderungen kommt. Bei der chronischen Polyarthritiden hängt der Operationserfolg mit Sicherheit von der größtmöglichen Vollständigkeit bei der Entfernung des entzündlichen synovialen Gewebes ab.

Die Synovektomie der stammnahen Gelenke (Schulter und Hüftgelenke) ist wenig erfolgreich, da die nötige Radikalität schwer erzielt und praktisch nicht in Blutleere operiert werden kann. Demgegenüber ist der Eingriff an Ellenbogen und Kniegelenken auch in späteren Stadien sehr dankbar. Stellungskorrigierende Maßnahmen gleichzeitig mit einer Synovektomie sind zur Zeit noch umstritten. Gut bewährt haben sich Synovektomien, wie Tenosynovektomien, auch im Bereich der Hand und des Fußes.

Die Endoprothetik der Gelenke weist derzeit eine stürmische Entwicklung auf. Da bisher jedoch Langzeitergebnisse fehlen, lassen sich Unsicherheiten in der Indikationsstellung noch nicht ausräumen. Der rekonstruktive Schultergelenkersatz steckt noch in den Kinderschuhen; der Weg scheint zur Totalendoprothese zu gehen. Bei den Modellen dominiert das „low friction“-Prinzip (Metall gegen Kunststoff gelagert), wie es sich bei den Totalhüftgelenkendoprothesen bereits durchgesetzt hat. An der Hüfte beschränkt man

sich heute lediglich bei noch gut erhaltenen Hüftpfanne und einseitig zerstörtem Hüftkopf sowie fortgeschrittenem Lebensalter auf den einseitigen Ersatz des Femurkopfes.

Für jüngere Patienten wurde eine Endoprothese entwickelt, bei der ein Kunststoffkopf zwischen einer Metallpfanne und einem Metall-„Schenkelhals“ eingelagert ist, und der Kunststoffteil im Falle eines Verschleißes ausgewechselt werden könnte, ohne die im Knochen fixierten Endoprothesenteile zu tangieren.

Im Ellenbogengelenkbereich hat sich die Resektionsarthroplastik bewährt. Die neuerdings gesteigerten Ansprüche bezüglich Funktion und Schmerzbefreiung nach dem Siegeszug der Hüftendoprothesen hat auch hier zur Suche nach neuen Lösungen geführt. Es scheinen sich zwei intrakondylär versenkte Endoprothesen durchzusetzen (die eine nach dem Metall/Metall-, die andere nach dem „low friction“-Prinzip), die bei der Notwendigkeit einer z. B. infektionsbedingten Wiederentfernung den Rückzug zur Resektionsarthroplastik offenhalten.

Der rein zahlenmäßige Bedarf zur Versorgung des Kniegelenkes ist erheblich größer als im Schulter- und Ellenbogenbereich. Die Vielfalt der bisher angebotenen Lösungen beweist, daß der ideale Weg noch nicht gefunden ist. Immerhin liegen inzwischen so viele Erfahrungen vor, daß unter dem Zwang bestimmter Situationen eine endoprothetische Versorgung des Kniegelenkes einem bestimmten Patientenkreis nicht vorenthalten werden darf – allerdings unter dem genauen Hinweis auf alle möglichen Risiken. Bei gut erhaltenem Bandapparat sollte nur ein partieller Ersatz der Gelenkflächen durchgeführt werden, während bei schwerer ligamentärer Instabilität wie auch bei Wackelsteifen oder ankylosierten Kniegelenken nur Totalendoprothesen verwendbar sind.

An der Hand kommt ein alloplastischer Gelenkersatz wohl nur in Einzelfällen in Frage; am Fuß eignet sich dieses Vorgehen offenbar ausschließlich für das obere Sprunggelenk.

Referent:

Dr. med. A. Paetzke, 8500 Nürnberg

Wichtige Beschlüsse der Vertreterversammlung der KVB

Niederlassung – Notfalldienst – Funkeinsatz – Öffentlichkeitsarbeit

Ab 1. Januar 1975 werden die Erschwernisse der kassenärztlichen Tätigkeit im Grenzland zur DDR und CSSR durch Gewährung einer besonderen Zulage seitens der Kassenärztlichen Vereinigung Bayerns gewürdigt.

Kassenärzte in Bayern, die trotz großer Fortschritte in der Organisation des kassenärztlichen Notfalldienstes noch öfter als alle vier Wochen zur Sicherstellung der kassenärztlichen Versorgung von ihrer zuständigen Bezirksstelle der Kassenärztlichen Vereinigung Bayerns zum Notfalldienst eingeteilt werden müssen, erhalten ab Januar 1975 ebenfalls eine besondere Zulage.

Eng im Zusammenhang mit der Zielsetzung der Kassenärztlichen Vereinigung, den kassenärztlichen Notfalldienst in Bayern Zug um Zug mit dem Ausbau des Rettungsdienstes durch Funkeinsatz optimal zu gewährleisten, steht ein weiterer Beschluß der Selbstverwaltungsorgane der bayerischen Kassenärzte, Ärzten bei der Anschaffung eines hierfür notwendigen Funkgerätes einen spürbaren Zuschuß zu gewähren.

Diese Maßnahmen zur Sicherstellung und weiteren Verbesserung der kassenärztlichen Versorgung in Bayern beschloß die Vertreterversammlung am 16. November 1974 auf Antrag des Vorstandes nach einem Bericht zur Lage, in dem der Vorstandsvorsitzende, Professor Dr. Hans Joachim Sewering, sich u. a. auch eingehend mit dem Regierungsentwurf zur Änderung des Kassenarztrechtbeschlusses beschäftigte.

Drei weitere Beschlüsse dienen einer Ergänzung des bereits bewährten „Erweiterten Bayern-Programmes“ zur Förderung der Niederlassung der kassenärztlichen Tätigkeit in unterversorgten Bereichen:

Zinslose Darlehen zur Praxiseinrichtung,

Übernahme von Bürgschaften,

Zahlung von Taschengeld an Familien während ihrer Tätigkeit bei Allgemeinärzten.

Die Aufwendungen für die genannten Maßnahmen werden von den bayerischen Kassenärzten selbst aus ihrer erarbeiteten Vergütung aufgebracht; damit stellt die Ärzteschaft unseres Landes erneut ihren Willen zur Fortentwicklung der kassenärztlichen Versorgung unter Beweis.

Professor Dr. Hans Joachim Sewering führte vor der Vertreterversammlung der Kassenärztlichen Vereinigung Bayerns weiter aus, daß sich das Wirken des Arztes nicht in der Behandlung von krankhaften Zuständen erschöpfen darf. Der Gesundheitsvorsorge und der Früherkennung von Krankheiten kommen immer größere Bedeutung zu. Ein entscheidender Faktor für beides ist die stetige und intensive Aufklärung der Bevölkerung. Dazu

gehören Hinweise über gesunde Lebensführung, wie Freizeitgestaltung, Ernährung, Bedeutung und Gefahren der Genußmittel ebenso, wie die Aufklärung über Frühsymptome und Erkrankungen, welche Veranlassung sein sollten, einen Arzt aufzusuchen. Nicht minder bedeutungsvoll ist es, chronisch Kranken Hinweise zu geben, wie sie leben und sich verhalten sollen. Als Beispiele wurde auf den Diabetiker, den Hochdruckkranken und den Herz-Patienten hingewiesen. Diesen Patienten zugleich auch den Mut zum Weiterleben zu geben, ist ein ganz besonderes ärztliches Anliegen. Schließlich ist es erforderlich, die Bevölkerung immer wieder an die regelmäßigen Vorsorgeuntersuchungen und ihren hohen Wert zu erinnern.

Die Vertreterversammlung der Kassenärztlichen Vereinigung Bayerns beschloß, auf diesem Gebiet der gesundheitlichen Aufklärung und Erziehung tätig zu werden. So wird allen bayerischen Kassenärzten ab Januar 1975 für ihre Wartezimmer das Patienten-Magazin „medizin heute“ zur Verfügung gestellt.

Die gewählten Vertreter der bayerischen Kassenärzte nahmen einen Bericht über die Maßnahmen zur Einführung der Qualitätssicherung der quantitativen klinisch-chemischen Untersuchung entgegen, wonach u. a. in 66 Veranstaltungen der Kassenärztlichen Vereinigung Bayerns das System mehr als 10 000 Ärzten und ihren Mitarbeitern in Bayern vorgestellt wurde; sie bestätigten abschließend das Verfahren, das die Qualität dieser ärztlichen Leistungen garantiert.

Praxisvertreter gesucht

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

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

Bayerische Landesärztekammer
Vertretervermittlung
Telefon (089) 41 47-269
Frau Väh

Kreislauf-Vorsorgeuntersuchungen

Aus der parlamentarischen Fregestunde des Deutschen Bundestages am 14. November 1974

betreffend Maßnahmen zur Früherkennung von Krenkheiten des Kreislaufsystems in den Leistungskatalog der Krenkenversicherungen; Meinungs-differenzen hinsichtlich der Finenzierbarkeit und Durchführbarkeit

Fragen des Abgeordneten Prinz zu Sayn-Wittgenstein-Hohenstein, CDU/CSU:

„Teilt die Bundesregierung meine Meinung, daß es zwischen der von einem Beamten des Bundesgesundheitsamtes auf der Tagung der Deutschen Gesellschaft zur Kreislaufforschung in Frankfurt vorgetragenen Auffassung hinsichtlich der Finanzierbarkeit und Durchführbarkeit der Einführung von Maßnahmen zur Früherkennung von Krankheiten des Kreislaufsystems in den Leistungskatalog der Krankenversicherungen gemäß Paragraph 181 a RVO und den Empfehlungen der Sachverständigenkommission beim Bundesminister für Arbeit und Sozialordnung vom 4. September 1973 einen Widerspruch gibt?“

Teilt die Bundesregierung die Auffassung, daß die Empfehlungen der Sachverständigenkommission schon aus Kostengründen geeigneter erscheinen als die Forderung des Beamten des Bundesgesundheitsamtes nach „etwa tausend mobilen Einheiten mit jeweils zwei bis drei Ärzten und zehn Mann technischem Personal?“

Antwort des Parlamentarischen Staatssekretärs Zender:

„Der Wissenschaftler des Bundesgesundheitsamtes hat im Rahmen einer Podiumsdiskussion enläßlich der Tagung der Deutschen Gesellschaft für Kreislaufforschung auf die Frage, ob Vorsorgeuntersuchungen an diagnostischen Zentren angestrebt werden oder niedergelassene Ärzte qualifiziert werden sollen, Herz - Kreislauf - Vorsorgeuntersuchungen durchzuführen, mit Überlegungen geantwortet, die teilweise erkennbar hypothetischen Charakter hatten. Dabei legte er die Annahme zugrunde, daß allen Bürgern derartige Vorsorgeuntersuchungen in einem Zweijahresabstand angeboten werden sollen. Zur Kostenfrage bezog er sich auf eine Studie des Wirtschafts- und Sozialwissenschaftlichen Instituts, derzufolge ein solches Angebot die Einrichtung von 600 diagnostischen Zentren mit einem Kostenvolumen von sechs Milliarden DM erorderlich machen wür-

de. Die Alternativüberlegung, derartige Untersuchungen in ‚mobilen Einheiten‘ durchführen zu lassen, wurde von ihm ad absurdum geführt, weil dazu tausend derartige Einrichtungen mit insgesamt 15 000 bis 18 000 Mitarbeitern einem organisatorischen Überbau und einem entsprechenden Gesamtaufwand erforderlich wären. Von dem Wissenschaftler ist also keine Forderung erhoben, sondern im Gegenteil, einer solchen entgegengewirkt worden.

Die Sachverständigenkommission zur Erweiterung der gesetzlichen Krankenversicherung hat sich zur

Finanzierbarkeit eines derart ausweiteten Programms nicht abschließend geäußert. Wie derartige Untersuchungen bei den gegebenen Bedingungen durchgeführt werden können, soll eine Systemerprobung klären, die der Bundesminister für Jugend, Familie und Gesundheit in Abstimmung mit dem Bundesminister für Arbeit und Sozialordnung vorbereitet hat. Die Felderprobung wird 1975 abgeschlossen sein. Diese Untersuchung dient ausschließlich dem Zweck, die Empfehlungen der Sachverständigenkommission in die Praxis umzusetzen, damit die von der Bundesregierung für vorrangig gehaltenen neuen Früherkennungsuntersuchungen auf Bluthochdruck, Zuckerkrankheit und Störung des Fettstoffwechsels, die zugleich wichtige Risikofaktoren für Herz-Kreislauf-Erkrankungen darstellen, sobald als möglich und so umfassend wie erforderlich durch die niedergelassenen Ärzte durchgeführt und in den Leistungskatalog der gesetzlichen Krankenversicherungen aufgenommen werden können.“

Chronik der gesetzgebenden Körperschaften

25 Jahre Bundesrat und Deutscher Bundestag

von Peter M e n d t

Am 7. September 1974 vor 25 Jahren traten Bundesrat und Deutscher Bundestag in Bonn zu getrennten konstituierenden Sitzungen zusammen. Beide Termine waren von den Ministerpräsidenten der Länder am 25. August 1949 auf dem Koblenzer „Rittersturz“ festgelegt worden. Die Konstituierung des Bundesrates war für 11.00 Uhr vorgesehen, da sie „verhältnismäßig rasch“ vor sich gehen würde; die erste Sitzung des Bundestages wurde auf 16.00 Uhr gelegt, weil es „eine große feierliche Angelegenheit“ sein würde.

Im Plenarsaal des Bundesrates, in dem bis zum 23. Mai 1949 der Parlamentarische Rat das Grundgesetz erarbeitet hatte, und der ursprünglich der Festsaal der zum Bundeshaus umgebauten Pädagogischen Akademie in Bonn gewesen war, hatten sich die 47 Bundesrats-Mitglieder mit den Regierungschefs der

Länder an der Spitze versammelt: Staatspräsident Leo Wohleb (Baden), Ministerpräsident Dr. Hans Ehard (Bayern), Oberbürgermeister Professor Ernst Reuter (Berlin), Senatspräsident Bürgermeister Wilhelm Kaisen (Bremen), Erster Bürgermeister Max Breuer (Hamburg), Ministerpräsident Christian Stock (Hessen), Ministerpräsident Wilhelm Hinrich Kopf (Niedersachsen), Ministerpräsident Karl Arnold (Nordrhein-Westfalen), Ministerpräsident Peter Altmeier (Rheinland-Pfalz), Ministerpräsident Bruno Dieckmann (Schleswig-Holstein), Ministerpräsident Dr. Reinhold Maier (Württemberg-Baden), Staatspräsident Dr. Gebhard Müller (Württemberg-Hohenzollern).

Die Sitzung wurde von Alterspräsident Johannes Büll (Hamburg) eröffnet. Bezeichnend für die politische Situation der damaligen Zeit,

in der die Besatzungsmächte die Träger der politischen Souveränität waren, ist die Anrede seiner Begrüßungsansprache: „Eure Exzellenzen, Herren Hohe Kommissare, Herren Vertreter der ausländischen Mächte, verehrte Gäste! Meine Herren Mitglieder des Bundesrates!“

Auch in der Antrittsrede des in der Sitzung gewählten ersten Bundesratspräsidenten Karl Arnold werden die damals herrschenden politisch-wirtschaftlichen Umstände der Nachkriegszeit deutlich:

„Meine Damen und Herren, Mitglieder des Bundesrates der Bundesrepublik Deutschland!

Sie haben mir die Ehre erwiesen, mich zum Präsidenten des ersten Bundesrates der Bundesrepublik Deutschland zu wählen. Ich weiß, daß diese Ehrung nicht meiner Person, sondern dem Lande gilt, das zu vertreten meine Kollegen und ich den Vorzug haben. Das Land Nordrhein-Westfalen gehört zu den deutschen Ländern, die in der nun hoffentlich bald abgeschlossenen Peri-

ode unserer völkerrechtlichen Handlungsunfähigkeit am stärksten und am unmittelbarsten durch einseitig auferlegte Hoheitsbeschränkungen betroffen wurden. In unserem Land hat sich vor kurzem die Ruhrbehörde konstituiert. Wir werden am meisten Gegenstand der Investigationen des Sicherheitsamtes sein, und wir haben in besonderem Maße Unterstellungen von Gebietsteilen unter eine fremde Auftragsverwaltung über uns ergehen lassen müssen. Auch das Abkommen über verbotene und beschränkte Industrien trifft uns besonders stark.“

In seinen weiteren Ausführungen kommt Karl Arnold dann auf die Rolle des Bundesrates zu sprechen:

„Dem Bundesrat kommt das Recht zur Mitwirkung bei der Willensbildung der deutschen Bundesrepublik zu. Der Herrenchiemseer Bericht hat das treffend mit den Worten ausgedrückt: „Nur dann kommt der Bundeswille kraftvoll zur Erscheinung und ist einer innerlich mitgehenden Ausführung in den

Ländern sicher, die man andernfalls als ungefragte Befehlsempfänger der hinreichend bekannten Bundesverdorrenheit überläßt. In einem Bundesstaat, in dem die Ausführung der Bundesgesetze weitestgehend Sache der Länder ist, gewährleistet der Bundesrat einen arbeitsfähigen Gesamtstaat. Er sichert der Gesetzgebung den Sachverstand der Landesregierungen und über die Ausschüsse denjenigen ihrer Beamten-schaft.“ Und weiter heißt es: „Uns alle bewegt nur die Hoffnung, daß der Bundesrat auf diesem Gebiet eine höchst wirkungsvolle Klammer bildet, die gerade dann in Wirksamkeit tritt, wenn die Leidenschaften den Sinn für das Ganze zu gefährden drohen. So ist der Bundesrat nach dem Willen des Verfassungsgebers das unentbehrliche Mittlerorgan zwischen dem Bund und den Ländern.“

In den 25 Jahren seines Bestehens hat der Bundesrat entscheidenden Anteil an der Gestaltung der politischen Ordnung in der Bundesrepublik Deutschland genommen. In den

Ein weiteres Produkt aus unserer Diasporal-Serie für die medizinische Kosmetik.

neu:

Diasporal[®] Waschgel

hilft kranke Haut heilen!

besonders bei:

**Akne
Ekzemen
Mykosen
Körpergeruch**

und natürlich auch zur besonders gründlichen und schonenden Reinigung der gesunden Haut.

OP Tube 70 g DM 3,75

Zusammensetzung:

Hautfreundliche waschaktive Substanzen, (Fettalkoholäthersulfat-Alkanolaminsalz), schwach sauer (pH 5,8) rückfettendes Öl (Polyol-Fettsäure-Ester).

**PROTINA GmbH.
8 München 50**



Protina

zurückliegenden 25 Jahren haben 413 Plenarsitzungen, 3453 Ausschusssitzungen und 2005 Unterausschusssitzungen stattgefunden.

Insgesamt wurden im Bundesrat 2776 Gesetze im ersten Durchgang (Stellungnahme zu Gesetzentwürfen der Bundesregierung) behandelt sowie 207 Gesetzesanträge der Länder, 2927 im zweiten Durchgang (nach Verabschiedung im Bundestag). 306mal wurde der Vermittlungsausschuß angerufen (19 Gesetze scheiterten wegen fehlender Zustimmung des Bundesrates) und achtmal wurden Einsprüche erhoben (5 Einsprüche wurden vom Bundestag zurückgewiesen). Dazu kommen 3615 Verordnungen, 460 Verwaltungsvorschriften, 2531 Vorlagen der Europäischen Gemeinschaften und 1941 sonstige Vorlagen.

Der Deutsche Bundestag hat, im Spiegel der Statistik gesehen, ebenfalls eine umfangreiche Arbeit hinter sich. In dem vergangenen Vierteljahrhundert wurden 2886 Gesetze verabschiedet. Die 1435 Plenarsitzungen, die der Bundestag abhielt, dauerten 8699 Stunden und 37 Minuten. Zur Beratung von Sachfragen und Details kamen die Abgeordneten zu 19 073 Ausschusssitzungen zusammen. Den Abgeordneten wurden 26 197 Drucksachen zugeleitet. Sie stellten der Regierung 36 479 Fragen. 143 Abgeordnete starben während der Ausübung ihres Mandates. 144 Abgeordnete haben ihr Mandat niedergelegt. Zehn Abgeordnete, die im 7. Bundestag sitzen, wurden bereits 1949 in das Parlament gewählt und haben damit 25 Jahre lang dieses politische Amt ausgeübt.

In der ersten Legislaturperiode des Bundestages von 1949 bis 1953, wo die Grundlagen für den neuen Staat gelegt wurden, hatten die Abgeordneten dem Umfang nach die schwerste Arbeit zu leisten. Damals wurden 805 Gesetze eingebracht und 545 verabschiedet. In den übrigen Legislaturperioden sind durchschnittlich 100 Gesetze weniger abschließend beraten worden. In dem Vierteljahrhundert sind die Abgeordneten bei Gesetzesberatungen 471mal zu namentlichen Abstimmungen gerufen worden. Der Vermittlungsausschuß von Bundestag und Bundesrat trat 314mal zusammen, um bei strittigen Gesetzen zu vermitteln. Auch die Arbeitsbela-

stung in den Ausschüssen war unterschiedlich. In der ersten Legislaturperiode tagten die Ausschüsse 5111mal, im zweiten Bundestag 4083mal. In späteren Bundestagen kam man durchschnittlich nur auf 2500 Ausschusssitzungen pro Legislaturperiode.

In der 5. Legislaturperiode von 1965 bis 1969 wurden von den insgesamt 26 197 Drucksachen mit 4695 die meisten produziert. Von den Abgeordneten wurden 429 Große Anfragen, die von der Regierung schriftlich beantwortet werden müssen und später im Plenum ausführlich diskutiert werden, eingebracht. Kleine Anfragen, die auch von der Regierung schriftlich beantwortet, aber nicht im Plenum diskutiert werden, sind in 25 Jahren 2676mal gestellt worden. An mündlichen Fragen, die in der Fragestunde des Plenums von einem Regierungsvertreter beantwortet werden, und wo die Abgeordneten spontane Zusatzfragen stellen können, wurden 36 479 gestellt.

Das parlamentarische Instrument der mündlichen Anfragen hat sich langsam entwickelt, während in der 1. Legislaturperiode nur 392 mündliche Fragen der Regierung gestellt

wurden, waren es in der 2. und 3. Periode zwischen 1069 und 1536. In der 5. Legislaturperiode schnellte die Zahl der Fragen auf 10 733 an und in der 7. Legislaturperiode wurden bisher bereits 6890 Fragen der Regierung zur Beantwortung zugeleitet. Zum Anfang wurden mündliche Anfragen nach Bedarf gestellt. Die Institution der Fragestunde entstand erst später; dem Petitionsausschuß des Bundestages sind in dem Vierteljahrhundert 177 483 Eingaben zugegangen.

In den 25 Jahren, die der Bundestag besteht, haben 211 Abgeordnete ihre Fraktion gewechselt. Allein in der 1. Legislaturperiode waren es 91 und in der zweiten 77 Abgeordnete. In der 6. Legislaturperiode, wo wegen der knappen Mehrheitsverhältnisse der Wechsel der Fraktionen große öffentliche Diskussionen hervorrief, waren es nur neun Abgeordnete, die ihre Fraktionszugehörigkeit änderten. In der 1. und 2. Legislaturperiode wurde je einem Abgeordneten das Mandat aberkannt.

Anschrift des Verfassers:

Peter Mandt, 5300 Bonn, Wolkenburgstraße 1

Notizen für den Allgemeinarzt vom Gynäkologen-Kongreß in Wiesbaden

von H. Dietsch

Aus der Fülle des Dargebotenen sollen einige Themen herausgegriffen werden, die auch für den Allgemeinarzt von Interesse sind.

Noch immer kennen wir die Ursache des Zervixkarzinoms bei der Frau nicht. Nach unseren heutigen Kenntnissen müssen wir annehmen, daß äußere Ursachen zumindest als Teilursache in Frage kommen. Bei Prostituierten, die häufig an einer Trichomonaden-Kolpitis leiden und bei denen meistens eine Mischflora besteht, wurde in 11 Prozent der Fälle ein Pap III gefunden, während

bei der Kontrollgruppe der Patientinnen aus der allgemeinen Sprechstunde ein Pap III nur in 0,95 Prozent gefunden wurde. Wir wissen, daß ein Teil dieser Zellveränderungen sich zurückbilden, wenn die Entzündung ausgeheilt wird; ebenso sicher wissen wir, daß ein anderer Teil sich zu einem Karzinom weiterentwickelt. Sicher scheint es weiter zu sein, daß bei der Bevölkerungsschicht mit mangelhafter Sexualhygiene das Zervixkarzinom sich häufiger entwickelt als in einer Bevölkerungsschicht mit besserer Sexualhygiene.

Weitere Risikofaktoren sind altersmäßig vorverlegter und intensiver Geschlechtsverkehr und häufiger Partnerwechsel.

Als praktische Folgerung ergibt sich daraus, daß jede entzündliche Kolpitis und auch die Ektopie behandelt werden soll, da diese Erkrankungen Risikofaktoren sind.

Durch die Krebsvorsorgeuntersuchung geht die Erkrankungshäufigkeit an Zervixkrebs zurück. In Norwegen wurde das durch Untersuchungen an 46 000 Frauen nachgewiesen. Während sich im Jahre 1953 in 13,8 ‰ Frühformen fanden, sank diese Zahl im Jahr 1972 auf 7 ‰ ab.

Auch die Untersuchungen von Soost beweisen einen Rückgang der Morbidität. Seine Zahlen beweisen das eindeutig. Fanden sich bei der Erstuntersuchung in 4,2 ‰ ein Ca in situ, so sank diese Zahl bei der Zweituntersuchung auf 2,0 ‰ ab.

Leider ist die Beteiligung der Frauen an der Vorsorge noch zu gering; im Jahr 1973 waren es 31 Prozent. Das Maximum lag bei den 30- bis 33jährigen. Gerade die älteren Jahrgänge, die besonders gefährdet sind, bleiben der Vorsorge noch fern. Unser Ziel muß es sein, daß 80 Prozent der Frauen zur Vorsorge kommen.

Da in einem Einsendelabor eine optimale zytologische Treffsicherheit von 95 Prozent nicht erreicht werden kann, muß man immer mit einem gewissen Prozentsatz falsch negativer Fälle rechnen. Schon aus diesem Grunde muß die jetzige Regelung der jährlichen Kontrolle beibehalten werden.

Nach Blutungen in der Frühschwangerschaft kommt es wohl zur Häufung von Frühgeburten, aber nicht zur Erhöhung der Mißbildungsrate. Diese Frauen gehören in die Gruppe der Risikoschwangerschaft. Die Frühgeburtenhäufigkeit wird nicht nur bei den Arbeiterinnen, sondern auch bei den Freiberuflern beobachtet. Vitaminzufuhr vom zweiten Trimenon ab ist nach den vorliegenden Untersuchungen gerechtfertigt.

Bei Kindern, deren Mütter vor der Schwangerschaft Ovulationshemmer genommen hatten, konnte keine nachteilige Wirkung gefunden werden. Sexualhormone in der Schwangerschaft erhöhten die Rate an Mißbildungen an Herz und Gefäßen

nicht. Streng kontraindiziert sind Stillenpräparate in der Schwangerschaft.

Das Mammakarzinom ist das häufigste Karzinom der Frau. Die Mammographie ist der Thermographie überlegen. Auch bei negativem Röntgenbefund muß jeder verdächtige Tumor exstirpiert werden. In einem Kollektiv, das von Gynäkologen untersucht und als unverdächtig bezeichnet wurde, entdeckte man in 2,9 ‰ der Fälle mit der Mammographie noch ein Karzinom.

Alleinige Palpation verbessert die Frühdiagnose des Mammakarzinoms nicht. Die optimale Methode ist: Klinische Untersuchung — Mammographie. Aber bei der gefährdeten Gruppe: Mastopathie — familiäre Belastung und bei großer Mammae sollte eine Mammographie veranlaßt werden.

Anschrift des Verfassers:

Dr. med. H. Dietsch, Frauenarzt,
8450 Amberg, Herrnstraße 6

Personalia

Auszeichnungen

Mit dem Verdienstkreuz am Bande des Verdienstordens der Bundesrepublik Deutschland wurden ausgezeichnet: Regierungsmedizinaldirektor Dr. med. Eduard Baumer, Regensburg; Oberfeldarzt Dr. med. Berthold Möser, Bayreuth; Ministerialrat a. D. Dr. med. Max Thür, München; Chefarzt a. D. Dr. med. Rudolf Klöck, Eichstätt, der auch die Ehrenplakette des Bayerischen Roten Kreuzes in Gold erhielt.

Mit der goldenen Duncker-Medaille wurden ausgezeichnet: Professor Dr. rer. nat. Heinz Schmidtke, München; Dr. med. Rudolf Soening, Memmingen.

Professor Dr. med. Ernst Wollheim, em. Direktor der Medizinischen Universitätsklinik Würzburg, wurde von der Weltgesundheitsorganisation in Genf für eine weitere zweijährige Arbeitsperiode zum Mitglied des Sachverständigenkomitees für kardiovaskuläre Erkrankungen berufen.



Foto: Photo-Dix, München

Dr. Völlinger 80 Jahre

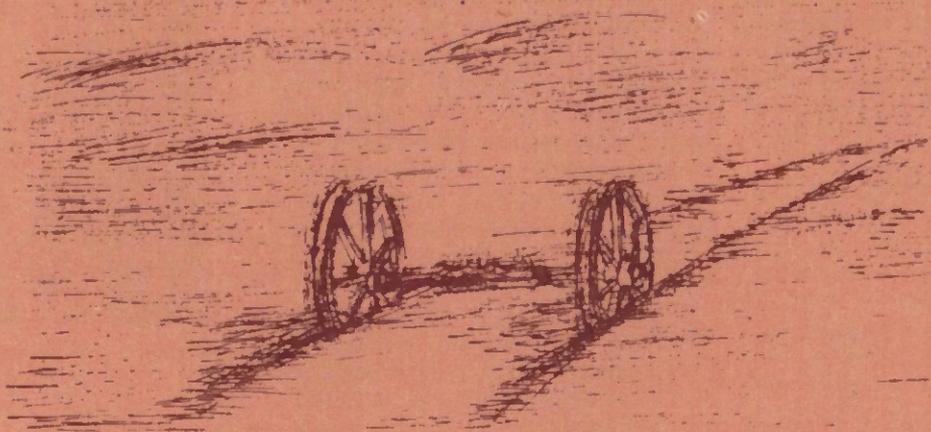
Am 2. Januar konnte Dr. Völlinger seinen 80. Geburtstag feiern — für uns ein erfreulicher Anlaß, seines Wirkens zu gedenken.

Dr. Friedrich Völlinger, der sich 1923 als Praktischer Arzt in Freising niederließ, erkannte schnell den Wert und die große Bedeutung der sozialen Krankenversicherung für die Bevölkerung Deutschlands. Er stellte sich deshalb sofort zur Mitarbeit beim Aufbau der ärztlichen Selbstverwaltung und der Ausgestaltung der ärztlichen Versorgung der Bürger zur Verfügung.

In der Zeit des Dritten Reiches zog er sich von allen Ämtern zurück und widmete sich als hochangesehener Praktischer Arzt und Geburtshelfer seinen Patienten in Stadt und Land Freising. Während des Krieges diente er als Sanitätsoffizier in der Wehrmacht und versorgte auch in dieser Zeit, soweit es ihm nur irgendwie möglich war, seine Patienten.

Sofort nach dem Zusammenbruch wurde Dr. Völlinger wieder gerufen, um an führender Stelle am Wiederaufbau der kassenärztlichen und allgemeinärztlichen Versorgung der bayerischen Bevölkerung mitzuwirken. Wenn in Bayern auch in den damaligen schweren Zeiten die kassenärztliche Versorgung sichergestellt werden konnte, ist das mit ein wesentliches Verdienst von Dr. Völlinger.

Er wurde damals zum Vorsitzenden des Ärztlichen Kreisverbandes Freising gewählt, bald darauf zum stellvertretenden Vorsitzenden der Bezirksstelle Oberbayern der Kassen-



Festgefahren, das heißt auf konflikthafte Vorstellungen fixiert, ist der neurotische Patient und damit in eine Spur eingefurcht, die chronische Störung von Befinden und Verhalten bedeutet.

Von der psychovegetativen Symptomatik, ängstlich gespannter Nervosität bis hin zu ausgeprägten Organ-Funktionsbeschwerden oder -läsionen des psycho-somatischen Typs bewegt sich der Ausdruck seiner Leiden.

1. *Lösung* des Patienten aus einer neurotischen Fixation und Freiheit zu neuer Aktion und Interaktion.
2. Symptomatische *Linderung*, sowohl der psychischen als auch der organischen Beschwerden, kennzeichnen die Wirkungskapazität und damit den therapeutischen Grundwert von *Valium® Roche*.



Valium Roche (Diazepam)

zeichnet sich durch entspannende, angastlösende, vegetativ-stabilisierende, schlaffördernde und muskelrelaxierende Wirkungen aus und eignet sich deshalb zur Behandlung psychoneurotiischer sowie psychosomatischer Krankheitsbilder des Herzkreislauf-Systems, des Magen-Darm-Traktes, der Haut, des Urogenital-Traktes und des Bewegungsapparates; lerner zur Ergänzung spezifischer Therapiemaßnahmen.

Hinweise:

Wie für alle psychotrop wirksamen Substanzen gilt auch für Valium Roche, daß man unter dem Einfluß seiner Wirkung keinen Alkohol genießen sollte, da die individuelle Reaktion im einzelnen nicht vorauszu-
sehen ist. Je nach Anwendung, Dosis und individueller Empfindlichkeit kann das Reaktionsvermögen (z. B. Fahrtüchtigkeit, Verhalten im Straßenverkehr, Maschinenbedienung) beeinflußt werden. Bei gleichzeitiger Gabe zentralwirksamer Pharmaka (Neuroleptika, Tranquillizer, Antidepressiva, Hypnotika, Analgetika, Narkotika) kann Valium Roche — besonders bei parenteraler Applikation — den sedativen Effekt dieser Präparate verstärken. Diese Wirkungsverstärkung ist gegebenenfalls therapeutisch nutzbar. Sind bei ambulanter Therapie (z. B. Berufstätige) höhere Dosen notwendig, empfiehlt es sich, den Schwerpunkt der Behandlung auf den Abend zu verlegen; z. B. abends 5 mg, tagsüber 2mal 2 mg Tabletten unzerkaut mit Flüssigkeit einnehmen. Besonders in den ersten Behandlungstagen und vor allem bei älteren und körperlich geschwächten Patienten ist einschleichend zu dosieren (ab 2 mg oral täglich).

Für die parenterale Verabreichung von Valium Roche genügt in den meisten Fällen die im.-Applikation. Sollte sich die iv.-Darreichung als notwendig erweisen, so ist eine Vene mit großem Lumen zu wählen und die Injektion sehr langsam (ca. 0,5-1 ml pro Minute) auszuführen. Bei zu schneller Injektion oder zu kleinem Lumen Venen droht das Risiko einer Thrombophlebitis.

Eine intraarterielle Injektion muß wegen Nekrosegefahr und deren Folgen mit Sicherheit vermieden werden.

Valium Roche ist stets allein zu injizieren, da es in der Mischspritze mit zahlreichen Medikamenten inkompatibel ist. Valium Roche bleibt in 5- bis 10-prozentiger Glukose-Infusionslösung oder 0,9-prozentiger Natriumchlorid-Infusionslösung genügend lange ohne Ausfällung von Wirksubstanz gelöst, wenn folgendes beachtet wird: Die Ampullenlösung (nicht mehr als 4 ml) muß dem gesamten Volumen der Infusionslösung, welches 250 ml nicht unterschreiten soll, unter gleichzeitigem guten Vermischen zugesetzt und mit der Infusion unverzüglich begonnen werden.

Wie verschiedene andere Medikamente kann auch Valium Roche nach im.-Injektion (nicht aber nach oraler oder iv.-Verabreichung) einen Anstieg der Kreatinphosphokinase-Aktivität im Serum bewirken (Maximum 12-24 Stunden nach der Injektion). Diesem Umstand ist bei der Differentialdiagnose des Herzinfarktes Rechnung zu tragen.

Bei Kreislaufabfällen und älteren Patienten ist bei der parenteralen Anwendung von Valium Roche Vorsicht geboten. Patienten, denen Valium Roche parenteral verabreicht wird, sollten wegen der ausgeprägten Muskelentspannung noch kurze Zeit unter Beobachtung sein. Die Dosierung ist bei Patienten mit himnorganischen Veränderungen (vor allem Arteriosklerose) sowie mit zirkulatorischer und/oder respiratorischer Inaffizienz der individuell verschiedenen Toleranzgrenze anzupassen. Bei diesen Patienten sollte man in der ambulanten Praxis auf die parenterale Applikation in der Regel verzichten (Ausnahme Notfalltherapie, z. B. Myokardinfarkt, Krampfstöße sehr langsam iv.). Unter Klinikbedingungen kann Valium Roche dieser Patientengruppe auch parenteral verabreicht werden. Dabei ist bei iv.-Gabe im allgemeinen niedrig zu dosieren und langsam zu injizieren. Wegen der Möglichkeit des Auftretens einer leichten Blutdrucksenkung, oder in Einzelfällen einer kurzdauernden Beeinträchtigung der Atmung, sollten Maßnahmen für zirkulatorische bzw. respiratorische Unterstützung vorgesehen werden.

Auch gilt für Valium Roche, daß Wirksubstanz in die Muttermilch übertritt. Bei notwendiger, regelmäßiger Einnahme wird empfohlen abzustillen.

Wie andere Medikamente mit dämpfender Wirkung auf das Zentralnervensystem kann auch Valium Roche bei Verabreichung an die Mutter charakteristische Veränderungen im fetalen Herzfrequenzmuster (Verlust der Kurzzeitschwankungen) hervorrufen. Ein nachteiliger Einfluß auf den Fetus ist damit nicht verbunden; allerdings muß diesem Umstand bei der Interpretation von Aufzeichnungen der fetalen Herzaktion Rechnung getragen werden, weil damit die Kurzzeitschwankungen als Kriterium zur Beurteilung des fetalen Befindens wegfallen.

Während der Frühschwangerschaft sollte Valium Roche — entsprechend den heutigen Auffassungen über den Arzneimittelgebrauch durch werdende Mütter — nur bei zwingender Indikation angewendet werden. Dieser Hinweis ist rein vorsorglich; nachteilige Erfahrungen liegen nicht vor.

Kontraindikation: Myasthenia gravis.

Valium Roche: 7-Chlor-1,3-dihydro-1-methyl-5-phenyl-2H-1,4-benzodiazepin-2-on.

Packungen und Preise:

20 Tabletten Valium 2 Roche	DM 3,20
50 Tabletten Valium 2 Roche	DM 7,40
20 Tabletten Valium 5 Roche	DM 5,50
50 Tabletten Valium 5 Roche	DM 13,05
20 Tabletten Valium 10 Roche	DM 8,85
50 Tabletten Valium 10 Roche	DM 21,—
100 ml Sirup Valium 2 Roche	DM 6,35
5 Zäpfchen Valium 5 Roche	DM 4,70
5 Zäpfchen Valium 10 Roche	DM 6,90
5 Ampullen Valium 10 Roche	DM 8,60

Weitere Anstaltspackungen

* unverbindlich

Hoffmann-La Roche AG · 7899 Grenzach



ärztlichen Vereinigung Bayerns. Zwanzig Jahre lang — vom Tode Dr. Landauers an bis zum Januar 1972 — stand Dr. Völlinger an der Spitze der Kassenärztlichen Vereinigung Bayerns und war Mitglied des Vorstandes der Kassenärztlichen Bundesvereinigung.

Auch die Kammer ist mit Dr. Völlinger eng verbunden: Er war und ist Delegierter zur Bayerischen Landesärztekammer, deren Vorstand er jahrzehntlang angehörte.

Die Verdienste Dr. Völlingers fanden vielfache Würdigung. 1961 wurde er mit dem Großen Bundesverdienstkreuz ausgezeichnet. Die Paracelsus-Medaille erhielt er auf dem Deutschen Ärztetag 1964 in Augsburg. 1972 wurde ihm der Bayerische Verdienstorden verliehen.

Die Vertreterversammlung der Kassenärztlichen Vereinigung Bayerns wählte ihn in Anerkennung seiner Verdienste 1972 einstimmig zum Ehrenvorsitzenden.

Wir wünschen dem Jubilar noch viele gesunde Jahre!

H. Sewering

Fakultät

München

Medizinische Fakultät der Universität

Dipl.-Phys. Lothar *Heinich*, Akademischer Oberrat am Physiologischen Institut, wurde zum „Akademischen Direktor“ ernannt.

Zum „Akademischen Oberrat“ wurden ernannt: Privatdozent Dr. med. Eberhard *Bassenge*, Akademischer Rat am Physiologischen Institut; Dr. med. Kaj *Krejci*, Akademischer Rat an der Kinderpoliklinik.

Zum „Akademischen Rat“ wurden ernannt: Dr. med. Wolf-Bernhard *Schill*, wiss. Ass. an der Dermatologischen Klinik; Dr. med. Siegfried *Stotz*, wiss. Ass. an der Orthopädischen Poliklinik.

Dr. med. Helmut *Sies*, wiss. Ass. am Institut für Physiologische Chemie

und Physikalische Biochemie, wurde zum „Wissenschaftlichen Rat“ ernannt.

München

Technische Universität

Privatdozent Dr. med. Paul *Bernett*, Oberarzt an der Chirurgischen Klinik, wurde mit der kommissarischen Vertretung des Lehrstuhls für Sportwissenschaft (Traumatologie) beauftragt.

Privatdozent Dr. med. Heine *Chüden*, wiss. Ass. an der Klinik und Poliklinik für Hals-, Nasen- und Ohrenkrankheiten, wurde zum „Oberarzt“ ernannt.

Zum „Privatdozent“ wurden ernannt: Dr. med. Hans-Dieter *Henschel* für „Physikalische Medizin und Balneologie“; Dr. med. Fritz *Lechner* für „Chirurgie“; Dr. med. Lieselotte *Toppel* für „Augenheilkunde“.

Würzburg

Zum „außerplanmäßigen Professor“ wurden ernannt: Privatdozent Dr. med. Klaus *Eyrich*, Leitender Oberarzt am Institut für Anästhesiologie; Privatdozent Dr. med. Heinrich *Kasper*, Leitender Oberarzt an der Medizinischen Klinik; Privatdozentin Dr. rer. nat. Ute *Stewart*, Frauenklinik und Poliklinik.

Privatdozent Dr. med. Jürgen *Winckler*, wiss. Ass. am Anatomischen Institut, wurde zum „Wissenschaftlichen Rat und Professor“ ernannt, ferner erhielt er für seine Habilitationsschrift „Vitalfärbung von Lysosomen und anderen Zellorganellen der Ratte“ den R.-Feulgen-Preis der Histochemischen Gesellschaft 1974.

Privatdozent Dr. med. Dieter *Wiebecke*, wiss. Ass. an der Chirurgischen Klinik, wurde zum „Abteilungsleiter“ ernannt.

Zum „Oberarzt“ wurden ernannt: Privatdozent Dr. med. Burkhard *Friedrich*, wiss. Ass. an der Chirurgischen Klinik und Poliklinik; Privatdozent Dr. med. Wolf Dieter *Schäfer*, wiss. Ass. an der Augenklinik und Poliklinik; Privatdozent Dr. med. Ruprecht *Zwirner*, wiss. Ass. an der Chirurgischen Klinik und Poliklinik.

China: Medizin der Massen

Die „Massen“ — dieses Wort hört der Besucher in der Volksrepublik China am häufigsten. Es drückt die totale Identifizierung des einzelnen mit dem Ganzen, seine völlige Unterordnung unter die Bedürfnisse und Entscheidungen der Gesellschaft aus. Die „Massen“ sind schwer zu quantifizieren, denn seit 1950 sind in China keine amtlichen Statistiken mehr veröffentlicht worden. 1950 soll die Einwohnerzahl der Volksrepublik 552 Millionen betragen haben. Aufgrund einer Zählung, die in den Jahren 1964 und 1965 rund 700 Millionen Einwohner ergab, wurde die Bevölkerungszahl für 1970 auf 750 Millionen geschätzt. Die UN errechneten für das gleiche Jahr eine Bevölkerung von 773 Millionen, wobei eine jährliche Zuwachsrate von 1,8 Prozent angenommen wurde. Wenn durch die Familienplanung die Zuwachsrate weiter absinkt auf 1,6 und 1,5 Prozent, kann man die Bevölkerung Chinas im Jahre 1980 auf 911 Millionen und im Jahre 1985 auf 984 Millionen vorausschätzen. Es gibt jedoch auch Schätzvarianten, die für 1985 bereits mit über einer Milliarde Menschen in China rechnen.

Bei dieser Situation der Statistik sind detaillierte Angaben über Struktur und Altersaufbau der Bevölkerung, über Natalität, Morbidität und Mortalität sowie andere medizinisch-statistische Daten nicht zu erwarten. Sie stehen selbst dem chinesischen Gesundheitsministerium nicht zur Verfügung. Auf der unteren Ebene des Gesundheitswesens fehlt noch jegliche Einsicht in den Nutzen und die Notwendigkeit statistischer Erhebungen, etwa für die Frage nach der Säuglings- und Kindersterblichkeit in dem begrenzten Bereich einer Volkskommune.

Auch China wird eines Tages der Bevölkerungsstatistik Beachtung schenken müssen und können. Für die heutige Situation jedoch erscheint ihre Vernachlässigung sym-

ptomatisch. Innerhalb von 25 Jahren ist es der Volksrepublik gelungen, die völlig unzureichende und auf dem Lande katastrophale medizinische Betreuung in eine bescheidene, aber wirksame und umfassende Basisversorgung zu verwandeln. Das war nur möglich durch die Konzentration aller Kräfte und Mittel auf die elementarsten praktischen Bedürfnisse des Gesundheitsschutzes und durch die aktive Mitarbeit der gesamten Bevölkerung. Vier Leitlinien, 1950 von der Kommunistischen Partei aufgestellt, bildeten die Grundlage für die erfolgreiche Entwicklung:

— Die Medizin hat den Bedürfnissen der Arbeiter, Bauern und Soldaten zu dienen.

— Das Prinzip der Vorsorge hat den Vorrang.

— Die „westliche“ Medizin ist mit der traditionellen chinesischen Medizin zu verknüpfen.

— Die hygienische Bewegung soll zu einer politischen Massenbewegung werden.

Von den Reformen, mit denen in den fünfziger Jahren sowjetische Berater erste, durchaus noch erkennbare Erfolge im chinesischen Gesundheitswesen erzielt hatten, spricht man heute nicht mehr. Sie waren eine Episode in der langen Geschichte der chinesischen Medizin wie die vielfältigen Einflüsse ausländischer Missionare. Innere Umwälzungen wirkten sich auch auf die Medizin aus: der „Große Sprung nach vorn“, der Kampf gegen revisionistische Abweichungen und — am stärksten — die Kulturrevolution (1966). Die Ärzte schienen der Versuchung zu unterliegen, sich — wie früher — in den Städten zu konzentrieren und das Land den Volksheilkundigen zu überlassen. Das brachte ihnen in der Kulturrevolution herbe Kritik ein. Mit seiner berühmten Direktive vom 26. Juni 1965 „In Me-

dizin und Gesundheitswesen richtet alle eure Anstrengungen auf das Dorf“ leitete Mao Tse-tung tiefgreifende Reformen ein, deren Ergebnisse heute sichtbar sind.

Ärzte

Seit der Gründung der Volksrepublik (1949) wurde die Zahl der Ärzte mit Hochschulausbildung nach westlichem Muster etwa um das Siebenfache erhöht; sie beträgt heute rund 170 000. Die Kulturrevolution führte, nach einigen Jahren der Stagnation, zu einer Umbildung und stärkeren Anpassung des Medizinstudiums an die praktischen Bedürfnisse. An den rund 80 Medizinischen Hochschulen wurde die Ausbildung, die früher sechs Jahre dauerte, auf drei Jahre verkürzt, und zwar je ein Jahr für Vorklinik, Klinik und Landpraktikum. An den vier Fakultäten für allgemeine Medizin, Hygiene, Stomatologie und Pharmazie werden „in vereinfachter Form“ nur noch die 15 wichtigsten Fächer gelehrt, außerdem die Grundlagen der traditionellen Medizin (Akupunktur, Pulsdiagnostik u. a.). Kenntnisse in den kleineren Disziplinen können, bei lokalem und aktuellem Bedarf, später in Weiterbildungskursen und durch praktische Erfahrung erworben werden; einen „Facharzt“ in unserem Sinne gibt es nicht. Ein Leitmotiv für die Verkürzung des Studiums war, nicht ein Kapital an Buchwissen zu vermitteln, sondern die Studenten zu befähigen, selbständig Wissen zu erwerben.

Alle Absolventen der Mittelschulen müssen zwei bis drei Jahre lang auf dem Lande, in der Industrie oder beim Militär körperlich arbeiten. Das Arbeitskollektiv entscheidet dann aufgrund der Arbeitsleistung, des sozialen und politischen Verhaltens über die Berufswahl und den Wunsch zu studieren. 60 Prozent der Medizinstudenten hatten sich vor der Zulassung schon in irgendeiner medizinischen Hilfstätigkeit bewährt. Das Studium wird nicht mehr durch ein Examen abgeschlossen, sondern die Lernerfolge und Leistungen werden durch die Kollektive der Lehrenden und Lernenden kontinuierlich und „demokratisch“ beurteilt. In der Regel kehren alle Absolventen der Hochschule in die entsendenden Produktionsbrigaden zurück. Zu 80 Prozent (entsprechend dem Anteil

der Landbevölkerung) gehen sie in die Dörfer. Nur wenige werden (von den „Massen“) für die wissenschaftliche und didaktische Weiterbildung ausgewählt.

Neben diesen Ärzten, die in den Grundlagen der internationalen Schul- und der chinesischen Medizin unterrichtet werden, gibt es eine größere Gruppe von Ärzten, die an speziellen Lehranstalten und zum Teil auch noch im Lehrlingsverhältnis die traditionelle chinesische Heilkunst erlernen. Beide Gruppen sind in der ambulanten und klinischen Versorgung (und in der Bezahlung) gleichberechtigt und ergänzen sich gegenseitig mit ihren speziellen Kenntnissen. Diese in den Leitlinien geforderte Verbindung der modernen mit der alten Medizin hat zu einigen eindrucksvollen Ergebnissen geführt.

Der Arzt nimmt keine Sonderstellung in der Gesellschaft ein. Sein Gehalt liegt nur wenig über dem Durchschnittseinkommen der Bevölkerung. Das Verhältnis des Arztes zu seinen Patienten hat sich

grundlegend gewandelt, denn er ist zumeist aus ihrer Mitte, aus dem Produktionsteam, hervorgegangen und von ihnen zum Studium delegiert worden. In den Patienten findet er aufgeklärte, aktive Partner bei allen präventiven und kurativen Maßnahmen. Auch in den Kliniken werden diagnostische Überlegungen und Therapiepläne eingehend mit den Kranken besprochen. Das ist besonders wichtig bei der Akupunktur, die ohne die Mitwirkung des Patienten (zumeist bei Kindern) oft erfolglos bleibt. Am wesentlichsten für das Verhältnis zwischen Arzt und Patient ist natürlich die Motivation. Durch die Prävalenz der präventiven über die kurative Medizin ist der Arzt viel stärker in die Gemeinschaft seiner Klientel und in ihre wirtschaftlichen Erfolge einbezogen. Allem, was er tut, liegt nicht individuelles Gewinnstreben, sondern das Interesse des Kollektivs zugrunde.

„Barfußärzte“

Der Barfußarzt ist zur Symbolfigur des neuen chinesischen Gesund-

heitswesens geworden. Die Bezeichnung entstand als Spitzname für die ersten medizinbeflissenen Reisbauern in Südchina. Seit 1965 wurde mit Bauern und Arbeitern experimentiert, denen neben ihrer eigentlichen Arbeit einige elementare Funktionen in der medizinischen Versorgung übertragen wurden. 1968 hatte sich die neue Institution durchgesetzt, und heute ist die Versorgung der Landbevölkerung ohne die rund 1,2 Millionen Barfußärzte nicht mehr vorstellbar. Ihre Tätigkeit reicht von der Behandlung leichter Erkrankungen (vorwiegend mit traditionellen Mitteln) und der Versorgung kleiner Verletzungen und Frakturen über die Geburtshilfe und Familienplanung bis zur Hygieneaufsicht, Gesundheitserziehung und zu Schutzimpfungen. Nur 30 bis 50 Prozent ihrer Arbeitszeit verwenden sie auf medizinische Aufgaben. Überwiegend sind sie auf dem Felde oder in der Produktion tätig, niemals jedoch ohne ihre Bereitschaftstasche, um sofort helfen zu können. Mit unseren Begriffen sind sie schwer zu klassifizieren. Die meisten kann man sicherlich als „ne-

Lentinorm®

schärft die Sinne.



Nux Vomica

Bekanntlich sinkt im Alter die Sinnesleistung ab: Sehvermögen und Gehör lassen nach. Doch Lentinorm mit dem Extrakt Nux vomica kann diesen Zustand ändern. Lentinorm verstärkt die exogenen Reize, schärft die Sinne und verleiht der Umwelt mehr Kontur und neue Farbe.



Lentinorm-Alt werden ohne alt zu sein.

Zusammensetzung:

1 Dragee enthält:
Vit. A 2500 I. E., Vit. K 0,5 mg, Vit. B₁-chloridhydr. 1 mg, Vit. B₂ 0,5 mg, Vit. C 5 mg, Gland. Thyreoid. sicc. 3 mg, Testes sicc. 5 mg, Ovar. sicc. 5 mg, Caffein 3 mg, Kal. iod. 0,1 mg, Extr. Nucis vomicae DAB 6 0,1 mg, Calc. lact. 10 mg.

Indikationen:

Sehschwäche infolge von Linsentrübung (Altersstar), herabgesetzte Sehnerven- und Netzhautempfindlichkeit, Lichtscheu, Nachtblindheit, Innenarschwerhörigkeit, Ohrensausen. 50 Dragees DM 7,20



Chemische Fabrik Jede GmbH
2000 Hamburg 20
Salomon-Heine-Weg 46

benberufliche Hellgehilfen" bezeichnen, doch es gibt Barfußärzte, die Hernien und Analfisteln operieren und bei komplizierten Entbindungen fachgerecht Hilfe leisten. Sicherlich sind sie keine Ärzte, aber viele von ihnen stehen mit ihrem Wissen und Können hinter den Ärzten, die von der Hochschule kommen, nicht zurück.

Ein Barfußarzt wird nach Neigung und Fähigkeiten von der Produktionsbrigade ausgewählt. Seine Ausbildung dauert im ersten Jahr drei Monate. Er wird entweder von „Mobilen Brigaden“ geschult – das sind Ärzte- und Schwesternteam aus städtischen Kliniken, die ihr für alle Ärzte obligates, regelmäßiges einjähriges Lendpraktikum absolvieren – oder in dem Krankenhaus der Kommune. Dann darf er erste Hilfe leisten und hygienische Aufgaben erfüllen. Die Ärzte der „Mobilen Brigaden“ und der Poliklinik ziehen ihn zu Behandlungen und Beratungen hinzu, um seine Kenntnisse zu erweitern. Im zweiten Jahr durchläuft der Barfußarzt eine weitere dreimonatige Ausbildung, wiederum zwei Monate Theorie und einen Monat Praxis, in der das Schwergewicht auf einigen örtlich vorherrschenden Krankheiten und spezifischen Verletzungen liegt. Damit ist die Ausbildung keineswegs abgeschlossen.

Regelmäßig werden die Barfußärzte zur Fortbildung in die Ambulatorien und kommunalen Krankenhäuser entsandt, die auch thematische Kurse (Diagnostik, Rezeptieren, Erkrankungen des Kreislauf- oder Verdauungssystems u. a.) durchführen. In der rein pragmatischen, am Bedarf orientierten Ausbildung überwiegen die Anweisungen und Verschreibungen aus der Traditionsmedizin. Aus den Barfußärzten rekrutieren sich zunehmend die Anwärter für das medizinische Hochschulstudium.

Das Pendant zu den Barfußärzten auf dem Lande sind in den Industrie-

betrieben die „Roten medizinischen Arbeiter“. Auch sie werden, von den Arbeitskollegen ausgewählt, in dreimonatigen Kursen in einem Krankenhaus geschult, so daß sie banale Erkrankungen und Verletzungen erkennen und behandeln können. Die Roten medizinischen Arbeiter verbringen ebenfalls den größten Teil ihrer Arbeitszeit mit ihrer eigentlichen beruflichen Tätigkeit. Wie bei den Barfußärzten wird ihnen für die mit medizinischen Aufgaben verbrachten Arbeitsstunden der durchschnittliche Lohn der Brigade angerechnet. Beide Gruppen von „Hilfsärzten“ entlasten nicht nur ganz wesentlich den Gesundheitsdienst, der diplomierte Kräfte in der benötigten Menge nicht annähernd bereitstellen könnte. Sie haben außerdem den Vorzug, das unbedingte

Vertrauen Ihrer Patienten zu genießen, von denen sie nichts trennt und die sie um so stärker erzieherisch beeinflussen können.

Barfußärzte und Rote medizinische Arbeiter sind aus der Not heraus entstanden. Sie fügen sich aber so gut in das gesellschaftspolitische Bild Chinas ein, daß sie dort sehr wohl zum Ausgang eines neuen Arztyps werden können, zum „dreifach verbundenen“ Arzt – „verbunden mit der proletarischen Politik, mit der Masse der Arbeiter und Bauern und mit der Praxis“.

H. Müller-Dietz

(aus „Mittellungen des Medizinischen Literaturdienstes am Osteuropa-Institut der Freien Universität Berlin“ 1974, Heft 6)

Bekanntmachungen

Letzte Strahlenschutzkurse der Bayerischen Landesärztekammer

für alle Ärzte, die am 1. September 1973

- in freier Praxis röntgendiagnostisch tätig oder
- an Krankenanstalten für die Leitung oder Beaufsichtigung des Röntgenbetriebes als Verantwortliche bestellt waren.

Gemäß § 4 Abs. 2 der „Verordnung über den Schutz vor Schäden durch Röntgenstrahlen (Röntgenverordnung – RöV)“ vom 1. März 1973 müssen alle Ärzte, die am 1. September 1973 eine Röntgeneinrichtung betrieben haben bzw. als Verantwortliche bestellt waren, dem Landesamt für Umweltschutz, 8000 München 81, Rosenkavalierplatz 2,

bis 28. Februar 1975 eine Fachkundebescheinigung vorlegen.

Die Bayerische Landesärztekammer führte im Herbst 1974 an sieben Orten Bayerns (Ansbach, Augsburg, Erlangen, Kaufbeuren, Landshut, München und Passau) die in der RöV geforderten kombinierten Grund- und Diagnostikkurse bzw. Informa-



RECORSAN-LIQUID.

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

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

In 100 ml: Rutin solub. 0,6 g, Alkohol. Auszüge aus: Crataegus 37,5 g, Adonis,
Visc. alb. 88,87 g, Apium grav. Auricul. 88,73 g, Val. 13 g, Cola 4,3 g. • 30 ml DM 4,95

Recorsan-Gesellschaften Gräfelfing und Lüneburg

tionsveranstaltungen durch (gemäß Ziffern 3.1.1 und 3.2.2 verkürzt nach 3.8.1).

Um allen betroffenen Ärzten Bayerns nochmals die Möglichkeit zum Erwerb der Fachkunde zu bieten, veranstaltet die Bayerische Landesärztekammer je einen **kombinierten Grund- und Diagnostikkurs** (A, B + C)

Freitag, 31. Januar 1975 bis Sonntag, 2. Februar 1975 in **Würzburg**, Luitpoldkrankenhaus, Medizinische Universitätsklinik,

Freitag, 14. Februar 1975 bis Sonntag, 16. Februar 1975 in **München**, Ärztehaus Bayern, Mühlbauerstraße 16.

Beginn der Kurse: Freitag 14.00 Uhr. Es wird gebeten, eine Stunde vorher anwesend zu sein, um die Formalitäten zu erledigen.

Kursende: Sonntag gegen 14.00 Uhr.

Der Termin für den Praktikumsteil wird nach Kursbeginn (A) festgelegt.

Ärzte, die einen anerkannten Strahlenschutzkurs besucht haben, benötigen nur noch die Teilnahme an der **Informationsveranstaltung** (Teil B) an oben angeführten Orten.

Beginn: Samstag 15.00 Uhr – Ende: Sonntag 14.00 Uhr

Teilnahmegebühr für den kombinierten Grund- und Diagnostikkurs: DM 100,-
für die Informationsveranstaltung DM 40,-

Wegen Unterkunft usw. bitten wir Sie, sich mit dem örtlichen Verkehrsverein in Verbindung zu setzen.

Wir weisen alle Kollegen ausdrücklich darauf hin, daß nach den oben angeführten Kursen keine weiteren verkürzten Strahlenschutzkurse mehr durchgeführt werden können.

Anmeldung schriftlich erbeten an: Bayerische Landesärztekammer, z. H. Frl. Wanger, 8000 München 80, Mühlbauerstraße 16

Besetzung des Berufsgerichts für die Heilberufe beim Oberlandesgericht München

Dr. Friedrich Stoiber, Radiologe, wurde mit Wirkung vom 24. November 1974 auf die Dauer von weiteren fünf Jahren zum nichtrichterlichen Beisitzer des Berufsgerichts für die Heilberufe beim Oberlandesgericht München ernannt.

Brief aus Bonn

Kassenarztrecht

Bundesarbeitsminister Arendt läßt selten eine Gelegenheit aus, sich und seine Politik ins rechte oder linke Bild zu setzen. Da werden dann ausführliche Papiere verteilt. Sollte es sich gar um Kabinettsentscheidungen handeln, so präsentiert sich der Minister im Anschluß daran in aller Regel mit seinen Vorlagen der Bundespressekonferenz. Als aber Arendt am 13. November seinen Gesetzentwurf „zur Weiterentwicklung des Kassenarztrechts und zur Änderung der Krankenversicherung der Rentner (Krankenversicherungsgesetz, KVG)“, so heißt dieses Werk in der Sprache der Bürokraten, über die Hürde des Kabinetts gebracht hatte, da verzichtete der Minister auf seinen Auftritt und auf eine ausführliche Information. Die Sachkenner konnten dies nicht überraschen. Auch Arendt wird

wissen, daß er einen höchst problematischen und zudem politisch brisanten Gesetzentwurf in das Gesetzgebungsverfahren bringt. Das Schicksal dieses Entwurfs läßt sich kaum vorhersagen.

Wenn sich bereits im Kabinett die Verabschiedung dieses Entwurfs trotz langer Vorberatungen mit den Ressorts und innerhalb der Koalition beträchtlich verzögert hat, so lag dies nicht an dem Teil, der die Ärzte besonders interessiert, nämlich an den Vorschriften über die Änderungen am Kassenarztrecht. An diesem Teil des Gesetzentwurfs hat sich gegenüber der Vorlage, die von den Referenten des Arbeitsministeriums zur Jahresmitte erarbeitet worden war, wenig geändert. Es bleibt dabei: Die Kassenärztlichen Vereinigungen sollen künftig in Zu-

Perenterol KAPSELN

bei **Durchfallerkrankungen** und **Antibiotika-Therapie**

regeneriert die Darmflora – heilt die Darmschleimhaut

Zusammensetzung:

pro Kapsel
Saccharomyces cer. H. CBS 5926,
1 x 10⁹ lebende Zellen,
lyophilisiert
Saccharum lactis 6,5 mg
Saccharum album 93,5 mg

Indikationen:

Enteritis, Kolitis,
Dysbakterie des Darmes, insbesondere bei Antibiotika- und Chemotherapie,
Akne, Durchfallerkrankungen. Perenterol kann risikolos auch Schwangeren und Säuglingen gegeben werden.

Kontraindikationen:

keine
Nebenwirkungen: keine
Dosierung: Akute Diarrhoe: 3 x 2 Kapseln täglich. Chronische Darmerkrankungen und während einer Antibiotika-Therapie: 3 x 1 Kapsel täglich. Säuglinge und Kinder: Gleiche Dosis wie Erwachsene.

Handelformen und Preise:

OP mit 20 Kapseln DM 9,95
AP mit 100 Kapseln DM 42,80

PHARMACODEX GMBH
München

semmentarbeit mit den Krankenkassen Bedarfspläne über Kassenarztsitze aufstellen. Sodann wird den Kassenärztlichen Vereinigungen die rechtliche Ermächtigung gegeben, „entsprechend den Bedarfsplänen eine geeigneten finanziellen und sonstigen Maßnahmen zu ergreifen, um die kassenärztliche Sicherstellung der kassenärztlichen Versorgung zu gewährleisten, zu verbessern oder zu fördern (Paragraph 368n Abs. 7 RVO). Die Kassenärztlichen Vereinigungen können künftig praktisch alles machen, was der Verbesserung der ärztlichen Versorgung dient. Ihr Handlungsspielraum wird kräftig ausgedehnt.

Der Gesetzentwurf bringt ein abgestuftes System von Sicherstellungsmaßnahmen. Zunächst wird man damit beginnen, Bedarfspläne zu erarbeiten. Den kassenärztlichen Vereinigungen kommt dabei die Schlüsselrolle zu. Man wird freilich abwarten müssen, ob es den Bundesausschüssen von Ärzten und Krankenkassen überhaupt gelingt, für die Aufstellung solcher Bedarfspläne bundeseinheitliche Richtlinien, Maßstäbe und Verfahren zu entwickeln, wie dies der Paragraph 368t Abs. 6 RVO vorsieht. Der Sachverständigenrat zur Weiterentwicklung der Krankenversicherung hat jedenfalls trotz mehr als einjähriger Bemühungen solche einheitlichen Kriterien nicht zustande gebracht.

Wenn in den Bedarfsplänen unterversorgte Gebiete ausgewiesen werden, so kommen die Kassenärztlichen Vereinigungen ins Obligo. Sie haben dann die Möglichkeit, zu beweisen, daß sie in eigener Regie mit den Problemen fertig werden. Gelingt dies in „angemessener Frist“ nicht, so können die Landesausschüsse, in denen Ärzte, Kassenvertreter und Sachverständige sitzen, Zulassungssperren anordnen. Dies bedeutet, daß die niederlassungswilligen Ärzte nur in die unter-

versorgten Gebiete gehen können. Erst die Zukunft wird zeigen, ob solche dirigistischen Maßnahmen helfen. Skepsis scheint angebracht. Niemand sollte sich wundern, wenn solche regulierenden Maßnahmen nur neue Probleme schaffen oder bereits bestehende verschärfen. Sollte jedenfalls die Zulassungssperre in erster Linie die Allgemeinärzte treffen, so läßt sich leicht voraussehen, daß das Interesse der jungen Mediziner an diesem Beruf weiter nachlassen wird.

Auf zwei weitere Punkte dieses Gesetzentwurfs muß aufmerksam gemacht werden. Den Kassenärztlichen Vereinigungen wird das Recht gegeben, „Einrichtungen zu betreiben, die der unmittelbaren medizinischen Versorgung der Versicherten dienen“. Dazu bedürfen die Kassenärztlichen Vereinigungen allerdings das Einvernehmen mit den Landesverbänden der Krankenkassen. Darüber ließe sich wohl reden, wenn ... ja, wenn umgekehrt auch die Krankenkassen gehalten wären, bei

der Einrichtung medizinischer Einrichtungen das Einvernehmen mit den Kassenärztlichen Vereinigungen herbeizuführen.

Der Gesetzentwurf will auch den Krankenkassen die Möglichkeit geben, medizinische Einrichtungen zu betreiben, wenn auch die Zulassungssperren nichts nutzen. Die Kassen können dann „im Benehmen“ mit den Landesausschüssen handeln. Das ist ein juristisch festliegender Begriff, der umschreibt, daß die Kassen solche Pläne mit dem Landesauschuß zu beraten, aber letzten Endes doch selbst zu entscheiden hätten.

Bei dieser Bestimmung scheinen die Ideologen Pate gestanden zu haben, deren Ziel es ist, die Krankenkassen mehr als bisher in die Mitverantwortung für die ärztliche Versorgung zu bringen und damit zugleich die ärztliche Selbstverwaltung auszuhöhlen. Anders lassen sich diese Bestimmungen kaum erklären.

bonn-mot

Äskulap und Pegasus

19. Weltkongreß der Arztschriftsteller 1974

Der Weltärztekongreß in Lugano wählte unseren Confrère Heinz Schauwecker zu seinem Ehrenmitglied, da dieser aus Altersgründen auf seine Vizepräsidentenschaft verzichtete, die auf Confrère Vescovi, Württemberg, überging. Den Status einer Ehrenpräsidentenschaft kennt

die UMEM nicht. Ursprünglich war 1973 in Warschau als nächster Tagungsort Brasilien gewählt worden, diese baten aber wegen aufgetretener Schwierigkeiten um Verlegung auf das Jahr 1975, so daß in dankenswerter Weise die Schweiz in die Bresche sprang. Da die südamerikanischen Länder sehr große Gruppen in der Organisation der Schriftstellerärzte bilden und auch bis-

Faexojodan®



Zur internen Therapie bei Akne und Furunkulose.

Reguliert den Stoffwechsel der Haut und unterstützt die externe Behandlung.
O. P. 50 Tabletten DM 5,40 m. Mwst. O. P. 250 Tabletten DM 14,30 m. Mwst.

her immer verhältnismäßig zahlreich nach Europa kamen, so ist zu wünschen und zu hoffen, daß bei der Tagung in Brasilien trotz der weiten Reise zahlreiche Teilnehmer aus Europa kommen werden.

Die Problematik der Vereinigung der Schriftstellerärzte aus aller Welt kommt in dem nachfolgenden ausgezeichneten Bericht von Confrère Steinmetz an einzelnen Stellen deutlich zum Ausdruck. Auf der einen Seite ist der Schriftstellerarzt kraft seines Berufes geeignet und wohl auch sogar verpflichtet, für die wahre Humanität einzutreten, Fehler und Schwächen in unserem gesellschaftlichen System aufzuzeigen und sie engagiert und schonungslos in künstlerischer Form seinen Lesern näher zu bringen, auf der anderen Seite aber darf er sich nicht zum Werkzeug politischer Parteien oder gar eines politischen Systems machen lassen. Die UMEM als Weltverband hat meines Erachtens überhaupt keine ins Politische gehenden Beschlüsse zu fassen. Daß dies jedoch immer wieder versucht wird, zeigen die von Steinmetz angesprochenen Versuche der Griechen und der Polen in Lugano. Trotz allen Rechtes des einzelnen Arztschriftstellers, sich persönlich in irgend einer politischen Form zu engagieren, sollte auf den Tagungen das Künstlerische und Dichterische mehr zu Wort kommen, als bisher geschehen. Daß dies auch heuer wieder von unseren deutschen Teilnehmern getan worden ist, kann nur begrüßt werden. Die UMEM muß also in Zukunft einen Weg gehen zwischen Skylla und Charybdis, ein Weg, der bekanntermaßen selbst dem listenreichen Odysseus einige Schwierigkeiten bereitete; er muß aber ge-

gangen werden, soll aus den UMEM-Tagungen nicht ein schriftstellerischer Debattierklub werden.

Dr. med. Robert Paschke
8535 Emskirchen

Bericht über den 19. Kongreß der UMEM (Union Mondiale des Ecrivains-Médecins) in Lugano

von Dr. med. Wilhelm Steinmetz,
Regensburg

Gerade noch zum Sommer-Ende (das im Tessin ja etwas später trifft als im übrigen Mitteleuropa) haben sich die Schriftstellerärzte in Lugano versammelt: sogar aus der Neuen Welt kamen sieben Teilnehmer aus Brasilien und der ungemein temperamentvolle Professor Nasio aus Buenos Aires. Belgien (mit der verdienstvollen Secrétaire Litteraire, Frau Dr. Marguerite de Miomandre-Liégeois), Großbritannien, Italien, Norwegen waren vertreten; starke Gruppen kamen von Frankreich (elf), Griechenland (acht), Niederlande (neun), Polen (neun) und der Schweiz (acht); mit fast zwanzig Personen war die Bundesrepublik am stärksten vertreten. Nach schweren Schneefällen in der Vorwoche gestaltete sich die Anreise ungefährlich, am 2. und 4. Oktober war strahlendes Wetter, was dem Ausflug auf dem Luganersee sehr zustatten kam; leider verregnete es den Ausflug zum Lago Maggiore völlig, so daß man die berühmte Madonna del Sasso nur ahnen konnte; auch der Empfang durch den Bürgermeister in Locarno — in dem quasi Freiluftmuseum in der ehemaligen Zitadelle mit dem Gros des künstlerischen Nachlasses von Hans (die Schweizer sagen „Jean“) Arp entschädigte

kaum. In Ascona entdeckte ich zufällig das kleine Museum mit den interessanten Skizzenbüchern von Marianne Werefkin, der russischen Generalstochter, die hier ihre Heimat gefunden hatte. — So schade, daß es nicht gelang, die Attraktion von Lugano zu Gesicht zu bekommen, die Villa Favorita mit der größten privaten Kunstsammlung des Hauses Thyssen. Die Schweizer Gruppe der UMEM hatte kurzfristig Tagungsort und -vorbereitung übernommen, weil Brasilien umständehalber absagen mußte. Man muß darum Franchino Agostini von Lugano selbst und René Kaech von Basel sehr dankbar sein für diesen kurzfristigen Einsatz; aber so gewisse Pannen ließen sich nicht ganz vermeiden (siehe oben Villa Favorita, oder betreffend die Lesungen: nach Ländern — intern — öffentlich — halböffentlich — Zeitpunkt usw.? — Daß im an sich nicht billigen Tessin womöglich mit dem feudalsten Hotel abgeschlossen wurde, machte — trotz Reduzierung der Normalpreise die Angelegenheit für den Durchschnittsarzt überdurchschnittlich kostspielig. Entsprechende Biten wurden an die Kollegen von Holland für Amsterdam 1975 herangebracht). — Es seien einige Sätze aus dem Willkomm-Gruß (in dem dreisprachigen Programm) von Confrère Kaech gestattet:

„... ein volles Bewußtsein unserer Pflichten sowohl unserer Wissenschaft als auch unserer Kunst gegenüber, ja, der Menschheit gegenüber. Persönlich z. B. vermag ich mir kaum vorzustellen, wie sich ein Schriftstellerarzt einer Ideologie, sei sie politischer, soziologischer, wirtschaftlicher, ja, philosophischer

(Fortsetzung Seite 54)

Hyperforat®

Depressionen, psychische und nervöse Störungen

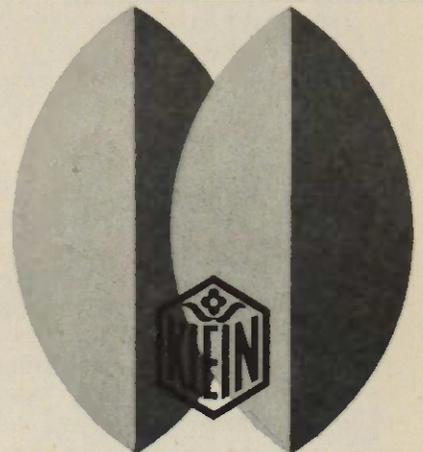
Zusammensetzung: Extr. fl. Harb. Hyperici (Johanniskraut), stand. aul 2 mg HYPERICIN pro ml

Ooslerung: Tropfen: 2–3 mal tägl. 20–30 Tropfen; Oragées: 2–3 mal tägl. 1–2 Oragées

Handelsformen und Preise (incl. MwSt.):

Tropfen: 30 ml DM 6,95, 50 ml DM 10,85, 100 ml DM 18,85; Dragées: 30 Stk. DM 5,85, 100 Stk. DM 14,95; Ampullen à 1 ml: 5x1 ml DM 8,85, 10x1 ml DM 15,95

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



Anstelle einer Prognose: Finanzpraxis 1975

In den Wochen um den Jahreswechsel haben die professionellen Propheten ihre Hochsaison. In den zweieinhalbtausend Jahren zwischen Pythia und Politikern unserer Zeit haben sich die Prognosen zwar vom mehrfach deutbaren Orakel bis zur konkreten Aussage entwickelt, aber durch die zahlengefüllte Materialisierung mußten sie an Treffsicherheit natürlich einbüßen.

Daher anstelle jenes Spiels die Wirklichkeit, tatsächliche Veränderungen im finanziellen Bereich in diesem Jahr, die Sie zu Ihrem Vorteil nutzen sollten:

Sie dürfen nach der Änderung des Einkommensteuergesetzes nun mehr für Ihre Vorsorge steuerbegünstigt ausgeben. Tatsächlich sind diese Beträge nicht erhöht, sondern nur der Inflationierung der DM seit Einführung jener Freibeträge in etwa angepaßt worden. Dennoch sollten Sie sie natürlich bis zum Rande ausschöpfen. Ihre Lebensversicherungsgesellschaft schickt Ihnen auf Anforderung eine Tabelle, der Sie das Ausmaß Ihrer Sonderausgaben nach Ihren persönlichen Voraussetzungen entnehmen können.

Falls Sie einen prämiengünstigen Ratensparvertrag unterhalten, erleiden Sie als Lediger mit einem steuerpflichtigen Jahreseinkommen von mehr als DM 24 000,— und als Verheirateter von über DM 48 000,—, zusätzlich je DM 1800,— für jedes versorgungsberechtigte Kind, einen doppelten Nachteil. Erstens wird Ihnen die Sparprämie von diesem Jahr an versagt. Zweitens müssen Sie dennoch Ihr Guthaben bis zum Ende der Sperrfrist stehen lassen, weil Ihnen sonst die bisher zuerkannten Prämien abgezogen werden.

Dem zweiten Nachteil können Sie entgehen. Wenn Sie Ihr Guthaben zur Anschaffung von Gegenständen für Ihre Praxis verwenden, die Sie mindestens noch solange nutzen können, wie die Sperrfrist des Guthabens gereicht hätte, bleiben Ihnen die Sparprämien erhalten, und Sie bekommen dennoch Ihr Geld sofort. Falls Sie das nicht beabsichtigen, sprechen Sie bitte bei längeren Laufzeiten des Guthabens über die Zinshöhe mit Ihrer Sparkasse oder Bank. Nachdem das Kreditinstitut nun die Prämienbearbeitung erspart, gesteht es Ihnen vielleicht etwas höhere Zinsen zu.

Wenn Sie bisher Prämien als Bausparer bezogen haben und über den oben zitierten Einkommensgrenzen liegen, müssen Sie nun auch auf jene Staatszuwendungen verzichten. Sollten Sie Ihre Sonderausgaben noch nicht ausgenutzt haben, können Sie das Bausparen steuerbegünstigt weiterführen. Andernfalls ist es ratsam, durch höhere Einzahlungen die Zuteilungsfrist zu verkürzen und sodann das zinsgünstige Bauspardarlehen in Anspruch zu nehmen, um ein optimales Resultat aus dieser Sparform zu erzielen.

Kinder, die vor dem 1. Januar 1975 ihren 17. Geburtstag gefeiert haben, dürfen nun selbständig prämiengünstig sparen oder bausparen. Sie sollten ihnen ermöglichen, diese Vorteile wahrzunehmen.

Sollten Sie eine Kreditaufnahme, auch für ein Bauvorhaben, beabsichtigen, so gedulden Sie sich bitte noch wenige Monate. Der Lohn der Wartezeit: niedrigere Zinsen. Die Kleinkredite und Anschaffungsdarlehen sind vor kurzem schon billiger geworden.

Horst Beloch

Fauler Zinszauber

Zwöll, vierzehn und noch mehr Zinsprozent werden nach wie vor für größere Einlagen mit ein paar Jahren Lautzeit geboten. Was wie ein Wunder klingt, endet leider zumeist als blaues Wunder. Warum?

Wer überdurchschnittlich hohe Zinsen verspricht, muß von seinen Kreditnehmern, denen er die Einlagen ausleiht, Kreditzinsen weit über die Sparkassen- und Banksätze hinaus verlangen. Und wer so teures Geld annehmen muß, hat keine oder nur unzureichende Sicherheiten zu bieten, um billigeres von einem Kreditinstitut zu bekommen.

Das heißt, Geld zu exotisch hohen Zinsen angelegt, dient der Finanzierung unsicherer Kandidaten. Wer solchem Zinszauber erliegt, muß darauf gelaßt sein, sein Geld für teuren Zeuber zu riskieren.

Prosper

Kurz über Geld

KAUF VON RENTENPAPIEREN ist nach wie vor am lohnendsten zu niedrigen Zinsen mit hohen steuerfreien Kursgewinnen.

EUROCHEQUE-Karte '75 in diesen Tagen vom Geldinstitut besorgen.

KAUF DEUTSCHER AKTIEN oder Aktien-Investments sorgfältig ausgewählt am Jahresanfang noch aussichtsreich.

VOLLJÄHRIGKEIT ab 18 bedingt nun Abschluß selbständiger Haftpflichtversicherung für diese Kinder.

KINDERGELD-Antrag nicht vergessen, einkommensunabhängige Zuwendung, durch Arbeitsämter auszahlbar.

HUNDESTEUER muß beim Finanzamt spätestens am 20. Januar eingegangen sein.

NEUE SOVEREIGN-MÜNZE, Elizabeth II, im Verhältnis zum Goldgehalt viel zu teuer.

Mehr als eine Digitalis- Behandlung



Digipersantin[®]

Digoxin + Persantin[®]

»Unsere Erfahrungen sprechen demnach auch für eine starke Einsparung an Glykosid unter gleichzeitiger Verwendung von Persantin. Die Sättigung des Herzmuskels mit Digitalis erfolgte dabei trotz niedrigem Angebot schneller als ohne Persantin.«

WOLF, H.: Wien. med. Wochr. 111, 357-361 (1961)

»Die schweren Formen und Stadien der Herzinsuffizienz, die therapeutisch mit Digitalis allein nicht genügend zu bessern sind, können bei zusätzlicher Persantingabe eine höhere Rekompensationsstufe erreichen.«

KONIG, E., TREPEL, F.: Med. Klin. 58, 624-633 (1964)

Zusammensetzung

1 Dragée enthält:
2,6-Bis(diäthanolamino)-4,8-dipiperidino-pyrimido-
[5,4-d]pyrimidin 25,0 mg
Digoxin 0,125 (1/8) bzw. 0,25 mg (1/4)

Eigenschaften

Jede Form der Herzmuskelechwäche bedarf der Behandlung mit Herzglykosiden. In Digipersantin ist die Wirkung des Reinglykosids Digoxin durch das bewährte Persantin ergänzt. So wird nicht nur das Herz gekräftigt und seine Arbeitsweise ökonomischer gestaltet, sondern dem Herzmuskel wird auch mehr Sauerstoff zugeführt und sein Energiestoffwechsel günstig beeinflusst.

Anwendungsgebiete

Alle Formen der Herzinsuffizienz

Dosierung und Anwendungswiese

Digipersantin wird seinem Glykosidanteil entsprechend individuell dosiert.

Im allgemeinen kann man von einer der folgenden Grunddosierungen ausgehen:

Mittelschnelle Sättigung	Erhaltungsdosis								
	1.	2.	3.	4.	5.	6.	7.	8.	und folgende Tage
	3	3	3	3	1-2	1-2	1-2	1-2	Drag. Digipersantin 1/4
	6	6	6	6	1-4	1-4	1-4	1-4	Drag. Digipersantin 1/8

Die mittelschnelle Sättigung ist im allgemeinen nach 3-5 Tagen erreicht, dann Übergang auf die Erhaltungsdosis.

Die Erhaltungsdosis beträgt für Digipersantin 1/4 1-2 Dragées pro Tag, Digipersantin 1/8 1-4 Dragées pro Tag. Die Dragées sind unzerkaut nach den Mahlzeiten zu nehmen.

Unverträglichkeiten und Risiken

Hyperkalzämie, Kaliummangelzustände, atrio-ventrikuläre Reizleitungsstörungen, schwere Bradykardie

Besondere Hinweise

Die gleichzeitige Einnahme von Digipersantin zusammen mit Bohnenkaffee oder Schwarztee ist zu vermeiden. Vorsicht bei gleichzeitiger i.v. Kalziumtherapie.

Darreichungsformen und Packungsgrößen

Digipersantin 1/8: Originalpackungen mit 50, 100

Dragées OM 12,25, 21,85

Digipersantin 1/4: Originalpackungen mit 50, 100

Dragées DM 13,60, 24,30

Klinikpackungen

Unverbindl. empf. Preise lt. AT

Thomae

Dr. Karl Thomae GmbH - Biberach an der Riss

Art, blindlings verschreiben könnte. Hat ihn das Leben nicht gelehrt, wie oft alles nur vanitas vanitatum ist? . . . Und weiß er nicht zur Genüge, daß seine höchste Sendung darin besteht, das Übel, das Krankhafte zu erkennen, zu bekämpfen und manchmal mit der Bescheidenheit eines Ambroise Paré zu heilen? . . ."

Vielleicht war des Thema der Tagung — bona fide —, „Der Arzt gegenüber der Menschheitszukunft“, ein wenig zu hoch angesiedelt.

So gab es denn relativ viel Theoretisches — Grundsätzliches, wie es auf jedem nationalen oder übernationalen Ärzte- oder Soziologen- oder etwa Demoskopienkongreß zur Sprache gebracht werden muß und gebracht wird. Das griechische Team wollte — aus der Debatte heraus — den Kongreß sogar zu einer offiziellen Verlautbarung (betreffend Zypern) veranlassen. Auch die polnischen Kollegen, die vielfach in die Debatte eingriffen, schienen auf ein bestimmtes Ziel hinzustreben — trotz der ausdrücklichen Zitierung des alten griechischen Ideals von „kalos k'egathos“, also der Übereinstimmung von Schönheit und Ethos; sie wollten — wenn ich nicht irre — soziologische bzw. futurologische weitere Debatten erzwingen. (An dieser Stelle sei auch auf den Mangel der fehlenden Simultanübertragung hingewiesen; andererseits übersteigt eine solche Einrichtung die finanziellen Kräfte der UMEM weit; es wurde geplant, daß in Zukunft zwei- und dreisprachige Kollegen nicht nur die Referate kurz zusammenfassen, sondern vor allem auch die Diskussionsbeiträge übertragen, daß

das Gros der Teilnehmer wirklich folgen kann. Daß der einzelne Vortragende eine dreisprachige Zusammenfassung schon Wochen vor dem Kongreß an das Sekretariat einreicht — wie dankenswerterweise schon zum Teil geschehen —, dürfte aber für den einzelnen auch zu nicht unbeträchtlichen Auslagen führen, die von der UMEM nicht erstattet werden können.) — Gegen die Bekämpfung der Überbevölkerung, wie sie z. B. gerade von den polnischen Kollegen ziemlich rigoros verlangt wurde, setzte sich der Anatom Professor Ardouin (Tours), der in seiner emphatischen Sprechweise zum Teil an de Gaulle, zum Teil an Kardinal Mindszenty erinnert, ganz energisch ein, u. a. mit der Begründung, daß auch im alten Europa durchaus weite Landstriche existieren, wo von einer Überbevölkerung keineswegs die Rede sein kann. Beabsichtigte oder versuchte Eingriffe im Sinne genetischer Manipulationen, die auch vom polnischen Team angeprangert wurden, sind nicht minder problematisch. — Vor lauter Planen und Forderungen blieb die dichterische Substanz bzw. poetische Gestaltung der Einzelprobleme — nach allgemeiner Auffassung — hinter den Erwartungen zurück. Wohltuend und eben wirklich ärztlich-schriftstellerische Beiträge waren die eindringlichen Gedichte von Armin Jüngling — wie die Sketchartigen Betrachtungen unseres deutschen Arzt-Dichter-Nestors, Conférencier Schauwecker, der den versammelten Ecrivains-Médecins mit wenigen Strichen hochaktuelle praktische Situationen vor Augen führte: Attentäter und Opfer werden ins gleiche Krankenhaus — dem gleichen Not-

arzt zugeführt; aufgrund des Hippokratischen Eides muß der Arzt auch dem Attentäter beistehen — aber auf daß dieser wieder anderen nach dem Leben trachte!? — Muß ein, etwa durch Verkehrsunfall, bis zur Unkenntlichkeit und völligen Hilflosigkeit verstümmerter Mensch (im äußersten Fall arm- und beinlos und dazu hoffnungslos blind) unbedingt am Leben erhalten werden? — Hiezu der wichtige, aus der französischen Sprache sich ergebende Einwand von René Kaech: es ist zu unterscheiden zwischen *laisser mourir* und *faire mourir*; die ärztliche Ethik gestatte nur das erstere — unter allen Umständen.

Zum anderen offiziellen Thema „Tradition oder Avantgarde“ meine Conférencier Moutafis, der, wie mancher seiner griechischen Kollegen, weit zurückblendete „auf das Apollo-Zeitalter“, die tiefere Ursache des Phänomens Arzt-Schriftsteller liege darin, daß der Arzt seine eigene Tragödie und diejenige seiner Patienten erlebe. Professor Nasio schreibt gar dem Schriftstellerarzt „das Geheimnis einer heimlichen Zauberei“ zu. „Die Medizin findet die Wahrheit in der Wissenschaft und die Güte in der Poesie.“ — Die Menschheitszukunft betreffend hält es (der nicht selbst anwesende) polnische Conférencier Witold Kapucinski für utopisch, daß Ärzte zu leitenden Posten in den Staaten gelangen, obwohl sie die beste Einsicht „u. a. In alle Elemente des Übels (libido dominandi und als deren Folge Kriege und Unterernährung)“ haben und infolge ihrer „humanitären Rolle“ und durch ihre schriftstellerische Tätigkeit „die menschliche Imagination beeinflus-



Dismenol®

1 Tablette enthält: Parasulfamidobenzoesäure 0,06 g
Dimethylamino-phenyldimethylpyrazolon 0,25 g

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

Kontraindikation: Akute intermittierende Porphyrrie.

Nebenwirkungen wurden dem Hersteller bisher nicht bekannt.

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

AGPHARM LUZERN · Simons Chemische Fabrik, Gauting

sen können". — Angesichts der Übermacht der Massenmedien schlägt der niederländische — fast möchte ich sagen — ehrwürdige Confrère J. Th. Giesen vor, „wir Ärzte müssen das wirkliche qualitative Wachstum der Menschheit fördern, und zwar durch die orientierende Erkenntnis der bestimmt schädlichen Massenbewegungen, die Beschränkung ihrer Verbreitung, das Überzeugen des Individuums und der Masse von deren unheilvollem Einfluß.“

Ganz ähnlich fordert Professor Pacheco e Silva (Brasilien) und unser Kollege Stetter, Amberg, daß die Ärzte sich gegen jede übermäßige Automation, wie auch gegen eine Promulgierung ärztlicher Fragen vor einer breiten Öffentlichkeit durch Journalisten wehren bzw. „sich mehr als bisher als Lehrer und Erzieher zur Verfügung stellen müssen. — Auch der Arzt der Zukunft muß vor allem ein Arzt für den Menschen sein — trotz aller sonst von Ärzten zu erledigenden großen Aufgaben.“ — Während Frau Bernhardine-Lustig-Olthuis, Bentheim, unter Hinweis auf das „Stufengesetz der Lebensentwicklung“ und die hiedurch bedingte „sprunghafte Evolution“ sich viel verspricht von einer „Umweltklinik“, „um zunächst die psychosomatischen Komponenten der Leiden seiner Patienten zu eliminieren“, schildert Alsy Leugermann, Bad Oeynhausen, — in einer wirklich ad hoc gehobenen Prosa — den Ablauf eines — noch nicht mal erst futurologischen — Untersuchungsablaufs, wo über Herzkonfiguration — Röntgen — EKG — Intensivplan schlechthin der kranke Mensch vergessen bzw. vom weiß-bemantelten Arzt-Super-Manager, um nicht zu sagen — Roboter — brutal ignoriert wird. Langanhaltender herzlicher Beifall. Voilà une femme Ecrivain-Médecine! — Genau dieses Zerrbild ärztlicher Tätigkeit hat der tapfere und ritterliche Frhr. zu Guttenberg in seinen „Fußnoten“ (S. 44, 1973) lakonisch apostrophiert:

„Winter 1952/53 . . . endlich öffnet sich die Tür. Jemand mit weißem Mantel und dunkler Brille steuert mich an: ‚Sind Sie die Gallenblase?‘ — ‚Nein‘, sage ich, ‚ich bin der Dünndarm Guttenberg‘.“

Referent mußte leider etwas vorzeitig aufbrechen; aber für die deutsche

Gruppe ergab sich jedenfalls durch wechselseitige Lesungen im engen Kreis — Prosa wie Lyrik — natürlich zugleich auch mit und für unseren Jubilar Dr. Schauwecker — am vorletzten Abend — wohl etwas improvisiert — dennoch ein organischer und zugleich familiärer Abschluß.

Kongresse

Gastroenterologie in München

Kurse für ambulante gastroenterologische Endoskope

am 6./7. Februar 1975
am 25./26. September 1975

Kurse für klinische gastroenterologische Endoskope

vom 3. bis 5. März 1975
vom 24. bis 26. November 1975

Seminarkurse für spezielle gastroenterologische Endoskope

am 22. Januar 1975
am 30. April 1975
am 2. Juli 1975
am 10. September 1975

Gastroenterologische Informationskurse

am 15. Januar 1975
am 12. März 1975
am 21. Mai 1975
am 9. Juli 1975
am 10. September 1975
am 12. November 1975

Auskunft:

Sekretariat der 1. Medizinischen Abteilung des Städtischen Krankenhauses München-Neuperlach, 8000 München 83, Oskar-Maria-Graf-Ring 51, Telefon (089) 67 94 310 oder 311

EKG-Kurs für Sportärzte

vom 26. bis 28. Februar 1975 in Erlangen

Leiter: Professor Dr. W. Hilmer

Ort: Sportmedizinische Abteilung der Medizinischen Poliklinik der Universität Erlangen/Nürnberg, Erlangen, Östliche Stadtmauerstraße 29

Auskunft und Anmeldung:

Dr. B. Moser, Sportmedizinische Abteilung der Medizinischen Poliklinik der Universität Erlangen/Nürnberg, 8520 Erlangen, Östliche Stadtmauerstraße 29, Telefon (0 91 31) 85 39 17

13. Erlanger Einführungskurs in die gastroenterologische Endoskopie, Biopsie und Zytologie

vom 17. bis 21. März 1975 in Erlangen

Leitung: Privatdozent Dr. H. Koch, Dr. P. Frühmorgen

Ort: Medizinische Universitätsklinik Erlangen, Krankenhausstraße 12

Auskunft:

Kongreßbüro der Medizinischen Universitätsklinik, 8520 Erlangen, Krankenhausstraße 12, Telefon (0 91 31) 85 33 74

Akne-Andreae

auch mit
Azulen.



Trocknet die Akne aus und beschleunigt die Heilung.
Antiphlogistisch, desinfizierend keratolytisch.
O. P. 40g Tube DM 6,05 (DM 7,10 mit Azulen) m. Mwst.

Die meldepflichtigen übertragbaren Krankheiten in Bayern im Monat Oktober 1974*
(Zusammengestellt aufgrund der Wochenmeldungen)

Wie im Oktober der vergangenen Jahre stieg auch im Berichtsmonat die Zahl der gemeldeten Scharlecherkrankungen an. Die Erkrankungsziffer erhöhte sich von 22 im September auf 63, jeweils auf 100 000 Einwohner und umgerechnet auf ein Jahr. Dagegen sank die Erkrankungshäufigkeit an übertragbarer Hirn-

hautentzündung im gleichen Zeitraum, und zwar an Meningokokken-Meningitis von 4 auf 2, an übrigen Formen der infektiösen Meningitis von 16 auf 10 Fälle je 100 000 Einwohner.

Die im September relativ hohe Erkrankungsziffer an Salmonellose (durch Sal-

monella-Bakterien erregte Darmentzündung) von 82 ging im Oktober auf 59 je 100 000 der Bevölkerung zurück. An Hepatitis infectiosa erkrankten dagegen im Berichtsmonat etwas mehr Menschen, nämlich 32 gegenüber 26 im Vormonat, jeweils auf 100 000 Einwohner bezogen.

Neuerkrankungen und Sterbefälle in der Zeit vom 29. September bis 2. November 1974 (vorläufiges Ergebnis)

Gebiet	1		2		3		4		5		6		7		8		9		10		11		12	
	Diphtheria		Scharlach		Kinderlähmung		Übertragbare				Typhus abdominalis		Pere-typhus A und B		Bakterielle Ruhr (ohne Amöbenruhr)		Enteritis infectiosa				Botulismus			
							Hirnhautentzündung		Gehirnentzündung								Salmonellose		übrige Formen					
	E ¹⁾ ST ²⁾		E ST		E ST		E ST		E ST		E ST		E ST		E ST		E ST		E ST		E ST		E ST	
Oberbayern	-	-	281	-	-	-	5	-	29	-	1	-	4	-	-	-	8	-	209	1	3	-	-	-
Niederbayern	-	-	40	-	-	-	1	-	4	-	-	-	1	-	1	-	-	-	68	-	1	-	-	-
Oberpfalz	-	-	20	-	-	-	4	-	26	-	-	-	-	-	-	-	-	-	65	-	1	-	-	-
Oberfranken	-	-	56	-	-	-	1	-	18	-	1	1	-	-	-	-	3	-	53	2	2	-	-	-
Mittelfranken	-	-	134	-	-	-	2	-	11	-	-	-	2	-	2	-	1	-	103	2	1	1	-	-
Unterfranken	-	-	74	-	-	-	2	1	4	-	-	-	2	-	-	-	-	-	94	-	-	-	-	-
Schwaben	-	-	55	-	2 ³⁾	-	4	1	11	-	-	-	2	-	1	-	4	-	25	1	1	-	-	-
Bayern	-	-	660	-	2 ³⁾	-	19	2	103	-	2	1	11	-	4	-	16	-	617	6	9	1	-	-
München	-	-	119	-	-	-	-	-	11	-	-	-	-	-	-	-	5	-	84	-	-	-	-	-
Nürnberg	-	-	31	-	-	-	-	-	8	-	-	-	-	-	1	-	-	-	21	-	-	-	-	-
Augsburg	-	-	6	-	2 ³⁾	-	1	-	-	-	-	-	1	-	-	-	1	-	7	-	-	-	-	-
Regensburg	-	-	2	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	3	-	-	-	-	-
Würzburg	-	-	9	-	-	-	-	-	2	-	-	-	-	-	-	-	-	-	19	-	-	-	-	-
Fürth	-	-	3	-	-	-	-	-	2	-	-	-	1	-	-	-	-	-	8	-	-	-	-	-
Erlangen	-	-	8	-	-	-	-	-	-	-	-	-	1	-	1	-	1	-	22	-	-	-	-	-

Gebiet	13		14		15		16		17		18		19		20		21		22		23		24	
	Hepatitis infectiosa		Ornithose				Amöbenruhr		Bang'sche Krankheit		Brucellose (übrige Formen)		Leptospirose				Malaria-Erkrankung		Toxoplasmose		Wundsterrkrampf		Verdachtsfälle von Tollwut ⁴⁾	
			Psittakose		übrige Formen								Wallsche Krankheit		übrige Formen									
	E ST		E ST		E ST		E ST		E ST		E ST		E ST		E ST		E ST		E ST		E ST		E ST	
Oberbayern	136	1	-	-	-	-	2	-	-	-	1	-	-	-	2	-	-	-	2	-	-	-	-	28
Niederbayern	23	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	1	-	2	-	-	-	1	-	1	-	-	1
Oberpfalz	17	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	1	-	-	-	1	-	1	-	-	2
Oberfranken	32	-	-	-	-	-	1	-	-	-	1	-	-	-	-	-	1	-	1	-	-	-	-	1
Mittelfranken	40	-	-	-	1	-	-	-	1	-	1	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	5
Unterfranken	33	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	2	-	-	-	-	-	-	-	-	2
Schwaben	57	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	1	-	1	-	-	24
Bayern	338	1	-	-	1	-	3	-	1	-	3	-	1	-	7	-	1	-	6	-	3	-	-	63
München	79	1	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	1	-	-	-	1	-	-	-	-	2
Nürnberg	7	-	-	-	-	-	-	-	1	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Augsburg	19	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Regensburg	1	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Würzburg	6	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Fürth	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Erlangen	6	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-

* Bericht des Bayerischen Statistischen Landesamtes.

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

²⁾ „ST“ = Sterbefälle.

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

⁴⁾ Darunter 1 Fall infiziert im Ausland.

Schnell informiert

Gegenstandskatalog für den Zweiten Abschnitt der Ärztlichen Prüfung

Der vom Institut für Medizinische Prüfungsfragen herausgegebene „Gegenstandskatalog für den Zweiten Abschnitt der Ärztlichen Prüfung“ ist beim Verlag „Druckhaus Schmidt & Bödige“, 6500 Mainz, Rheinallee 191, erschienen. Er kann im Buchhandel zum Preis von DM 18,80 bezogen werden.

Großspende für die Erforschung pränataler Schäden

Die Kinderpoliklinik der Universität München hat es sich u. a. zur besonderen Aufgabe gemacht, sogenannte pränatale Schäden noch ungeborener Kinder möglichst frühzeitig zu erkennen und nach Möglichkeit zu heilen oder doch zu mildern. Es geht dabei vor allem um die erheblichen Veränderungen des roten Blutfarbstoffes, um ihre frühzeitige Erkennung im Mutterleib und um die chemische Verbesserung des Blutfarbstoffes. Dies ist von ausschlaggebender Bedeutung bei Kindern, die beim Geburtsvorgang infolge Sauerstoffmangels schwerwiegende Dauerschädigungen erleiden können.

Für die Fortsetzung der Forschungsarbeiten fehlten der Klinik einige wissenschaftliche Geräte im Werte von etwa DM 40 000,—. Die Münchener Universitätsgesellschaft konnte den Betrag durch eine Spezialaktion aus Spenden einiger Persönlichkeiten und Wirtschaftsunternehmen zusammentragen. Es ist zu hoffen, daß die Poliklinik mit den neuen Geräten das große und äußerst wichtige Gebiet der pränatalen Schädigungen weiter erforschen kann, damit viele Kinder vor Schäden bewahrt werden, die ihnen sonst ein Leben lang anhaften würden.

Selbstklebende Elektroden-Pflaster

aus tesaform 761 bei der Diagnostik und der Patientenüberwachung

Moderne elektronische Spezialgeräte und entsprechend dazu entwickelte Hilfsmittel erleichtern die Arbeit in Kliniken und Krankenhäusern.

Für die Elektroden-Halterung bei der Herz-Kreislauf-Diagnostik und bei der Kontrolle der Vitelfunktionen von Patienten auf Intensivpflege- und Überwachungsstationen haben sich selbstklebende Elektroden-Pflaster bewährt; auch nach Operationen sowie bei Bestimmung der Leistungsfähigkeit auf dem Ergometer werden diese tesaform-Elektroden-Pflaster mit Erfolg eingesetzt.

Max Steier, 2200 Elmshorn, liefert diese selbstklebenden Elektroden-Pflaster aus tesaform 761, einem weißen, 3 mm starken Scheumstoff; sie haben also eine gute Polsterung. Der Durchmesser beträgt 67 mm, eine 8-mm-Öffnung ist für die Kabeldurchführung vorgesehen.

Durch diese Pflaster ist eine schnelle und dauerhafte Befestigung der Elektroden auf der Haut gesichert.



Nächtliche Wadenkrämpfe



Chinin aethylcarbonicum BUCHLER mit spezifischer spasmolytischer Wirkung auf den Muskelkrampf

schafft schnelle Linderung der Beschwerden
ermöglicht den Patienten
wieder einen ungestörten Schlaf
ist absolut geschmacksneutral

Chinin aethylcarbonicum Buchler wird in einer der ältesten und erfahrensten Chininfabriken der Welt, Buchler & Co., hergestellt. Seine zuverlässige Wirksamkeit wurde während der jahrzehntelangen Anwendung immer wieder bestätigt.

Zusammensetzung 1 Tablette enthält 0,2 g Chininum aethylcarbonicum. Indikationen Muskelkrämpfe, speziell der unteren Extremitäten (Wadenkrämpfe, Nachtkrämpfe). Kontraindikationen Chininüberempfindlichkeit, Schwangerschaft, schwere Herzinsuffizienz. Dosierung Eine Tablette während des Abendessens und eine weitere Tablette beim Schlafengehen unzerkaut mit etwas Flüssigkeit nehmen. Handelsform und Preis Originalpackung mit 20 Tabletten DM 8,75.

Buchler & Co.
Bereich Chininfabrik Braunschweig
33 Braunschweig



BUCHLER & CO

Organspender-Paß für Transplantationen

Zur Zeit gibt es in der Bundesrepublik etwa 600 Menschen, die auf eine Nierentransplantation warten. Aber nur 150 dieser Menschen können in den nächsten zwölf Monaten damit rechnen, eine neue Niere zu bekommen. Voraussetzung für eine erfolgreiche Nierentransplantation ist nämlich, daß alle Blutgruppen- und Gewebemerkmale von Spender und Empfänger ideal zueinander passen. Weil es zu wenig Spender gibt, ist dies heute nicht viel wahrscheinlicher als ein Volltreffer im Lotto. Mit jedem potentiellen Spender steigt jedoch die Chance, die optimale Kombination zu finden.

Der ADAC hat deswegen jetzt einen Organspender-Paß entwickelt; dieses kleine Kärtchen enthält auf Vorder- und Rückseite alle wesentlichen Angaben. Man sollte diesen Ausweis beim Führerschein oder Personalausweis aufbewahren. Den Organspender-Ausweis gibt es beim ADAC.

ADAC - ND 142/74

Immuno-Elektrophorese

Die Immuno-Elektrophorese wird mit Hilfe neuer gebrauchsfertiger Agarose-Gele in weniger als zwölf Stunden erreicht. Die Gele werden aus der Verpackung genommen und die Probe kann unmittelbar nach Einsetzen der Gele in die Kammern aufgetragen werden.

Durch neuartige Deproteinierungs- und Färbeverfahren vergehen nur wenige Stunden, bis das Ergebnis vorliegt.

Das Gießen von Agarplatten, Ausstanzen von Trögen usw. gehört durch diese gebrauchsfertigen Gele der Vergangenheit an.

Selbstverständlich ist auch das Zubehör wie Kammer, Färbeflösungen, eigene Antisera usw. verfügbar.

Für eine beschränkte Einführungszeit gibt es einen „Starter-Kit“, der die Kammer und alles Verbrauchsmaterial für 12 Immuno-Elektrophoresen enthält, zu einem besonders günstigen Preis.

Nebenbei sei noch erwähnt, daß mit der gleichen Kammer und ebenso anhand von gebrauchsfertigen Gelen alle im klinischen Laboratorium üblichen Elektrophoresen wie Lipoprotein-, Serum-, Glykoprotein-Elektrophorese usw. ausgeführt werden können.

Nähere technische Unterlagen können von Millipore GmbH, 6078 Neu-Isenburg, Siemensstraße 20, Telefon (0 61 02) 60 66, bezogen werden.

Auszeichnung für Verdienste auf dem Gebiet der Arbeitsmedizin

Die E. W. Beader-Stiftung hat anlässlich der diesjährigen Jahrestagung der Deutschen Gesellschaft für Arbeitsmedizin in Hamburg den E. W. Beader-Preis für hervorragende wissenschaftliche Arbeiten auf dem Gebiet der Arbeitsmedizin Dr. Werner F. Diller (44), dem Leiter des Instituts für Röntgendiagnostik und Nuklearmedizin der Ärztlichen Abteilung der Bayer AG in Leverkusen, verliehen. Dr. Diller erhielt die Auszeichnung für seine Arbeit „Systematische Röntgenuntersuchungen zur verbesserten Frühdiagnose industrieller Reizgasvergiftungen mit verzögertem Wirkungseintritt“.

Experimenteller Herzinfarkt

Untersuchungen am Krankheitsmodell zur Erfassung der Funktion des Herzmuskels

Untersuchungen über die Auswirkungen eines akuten Herzinfarktes auf die Funktion des ganzen Herzens werden derzeit anhand eines experimentellen Modells an der I. Medizinischen Klinik der TU München (Direktor: Professor Dr. Hans Blömer) in Gemeinschaftsarbeit mit dem Institut für Experimentelle Chirurgie (Direktor: Professor Dr. Günther Blümel) durchgeführt. Dabei wird ein akuter Herzinfarkt imitiert, indem durch Unterbrechung der Blutzufuhr zu bestimmten Bezirken des Herzmuskels ein experimenteller Infarkt gesetzt wird. Ähnlich wie bei der weit verbreiteten klinischen Erkrankung kommt es nach Unterbrechung der Blutzufuhr zum Absterben eines bestimmten Bezirkes des Herzmuskels. Die geplanten Untersuchungen beziehen sich vor allem auf die Funktion und den Stoffwechsel des nach dem Infarkt überlebenden Herzmuskels. Die Bedeutung dieser Untersuchungen wird darin gesehen, daß der Funktionszustand des überlebenden Herzmuskels für die Leistung des Herzens nach dem Infarkt von entscheidender Bedeutung ist.

Im einzelnen soll daher versucht werden, durch genaue Analyse die Funktionseigenschaften des Muskels zu charakterisieren. Dazu wurde in Zusammenarbeit mit Diplomingenieuren des Instituts für Experimentelle Chirurgie in Anlehnung an amerikanische Modelle ein Gerät entwickelt, das es erlaubt, den Funktionszustand des Herzmuskels sowohl durch die genaue Bestimmung der Kraftentwicklung wie auch durch die Verkürzungsgeschwindigkeit zu bestimmen. Weiterhin soll die biochemische Zusammensetzung des Herzmuskels untersucht werden, um zu einem Verständnis des Zusammenhanges zwischen Stoffwechsel und Funktion des

Passlorin Dragees

1 Dragee enthält:

Extr. Passiflor. Incarnat. spir. succ. 60.0 mg

Extr. Sallie squoa succ. 133.0 mg

Extr. Crataeg. spir. succ. 12.0 mg

Aneurin 0.3 mg

Passlorin liq.

Extr. Passiflor. Incarnat. fl. 10 Vol. %

Extr. Sallie squoa spiss. 5 Vol. %

Tinct. Crataeg. oxyacanth. 11 Vol. %

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

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

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

Keine Kontra-Indikationen und Nebenwirkungen bekannt.

Passlorin Dragees:

Packung mit 60 Dragees DM 4.25

Kurpackung mit 250 Dragees DM 16.-

Passlorin liq.:

Flasche mit ca. 100 ml DM 5.80

Kurpackung mit ca. 500 ml DM 23.80

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

SIMONS CHEMISCHE FABRIK · Gauting bei München



Passlorin®

Herzens nach dem akuten Infarkt zu gelangen. Es wird also am experimentellen Modell versucht, den Krankheitszustand „akuter Herzinfarkt“, soweit als möglich, zu imitieren, um die Faktoren herauszuarbeiten, die möglicherweise einer gezielten Behandlung zugänglich sind, um das Ausmaß der Schädigung des Herzens nach einem akuten Infarkt möglichst gering zu halten.

Besonders hervorzuheben an diesem neuen Forschungsprojekt, das von der Deutschen Forschungsgemeinschaft (DFG) für die nächsten zwei Jahre mit DM 100 000,- gefördert wird, ist, daß hier Mediziner und Diplomingenieure in enger Zusammenarbeit Geräte entwickeln, die die genaue Analyse der Funktion des isolierten Herzmuskels ermöglichen.

Grußkarten vom Nenge Parbat

Anfang April 1975 starten wir unsere 15. Auslandsexpedition mit dem Ziel, den 8125 m hohen Nanga Parbat über eine neue, schwierige Route – nämlich den Südost-Pfeiler – anzugreifen und im Zuge einer Überschreitung auch die Siebenteusender des Mezeno-Kammes erstmals zu besteigen.

Zur Unterstützung der heute fast problematischen Finanzierung werden von uns gegen DM 10,- Flugpost-Grußkarten an alle Interessenten verschickt. Diese Karten werden mit pakistanischen Sondermarken frankiert und tragen den Expeditionsstempel und die Unterschrift sämtlicher Expeditionsmitglieder.

Einzahlungen können auf folgende Konten geleistet werden: Postscheck: München Nr. 885-804 „Herrligkoller-Expeditionskonto“ oder Bank: „Herrligkoller-Expeditionskonto“ Nr. 17/33 302 bei der Deutschen Bank in München.

„Jumbo-Plan“ für Autofahrer

Der Auto-Stadtplan München des Falk-Verlages löst ein Problem, das bei der Benutzung der sonst gebräuchlichen Stadtpläne immer wieder auftaucht: Er verbessert die Lesbarkeit durch die Vergrößerung des Formats um etwa ein Drittel so erheblich, daß man sich auch bei den ungünstigen Lichtverhältnissen im Auto schnell orientieren kann.

Der Maßstab der Hauptkarte des Auto-Stadtplans konnte auf 1 : 13 000 bis 1 : 22 000 vergrößert werden, jener der Innenstadt-Sonderkarte sogar auf 1 : 6500. Wer allein fährt, legt den aufgeschlagenen Plan einfach auf den Beifahrersitz – wo er aufgrund des starken Papiers auch aufgeschlagen liegenbleibt. Ein kurzer Blick genügt, man ist im Bilde.

Auto-Stadtplan München mit neuestem Verbundstreckennetz, 2. Aufl., Format 14,5 x 28 cm, DM 9,80. Falk Verlag, Hamburg.

Kongreßkalender

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

Februar 1975

- 3.–15. **Kühtal:** 8. Winterkongreß über Fortschritte in Diagnostik und Therapie. – Auskunft: Claus Böhm, 6104 Seeheim, Im Hahnböhl.
- 3.–27. **Bad Nauheim:** XXVI. Fortbildungskurs für Physikalische Medizin, Balneologie und Bioklimatologie. – Auskunft: Sekretariat der ärztlichen Fortbildungskurse, 6300 Gießen, Buchheimstraße 10.
- 17.–21. **Essen:** XI. Essener Fortbildung für Augenärzte. – Auskunft: Berufsverband der Augenärzte Deutschlands e. V., 4000 Düsseldorf 11, Wildenbruchstraße 21.
17. 2.–7. 3. **Berlin:** Strahlenschutzkurs für Ärzte. – Auskunft: Akademie für Arbeitsmedizin, 1000 Berlin 19, Soorstraße 83/84.
- 18.–21. **Innsbruck:** Innsbrucker Ärztetage. – Auskunft: Ärztekammer für Tirol, A-6021 Innsbruck, Postfach 563.
- 20.–22. **Bad Nauheim:** Tagung der Deutschen Gesellschaft für Thorax-, Herz- und Gefäßchirurgie. – Auskunft: Prof. Dr. Satter, 6000 Frankfurt 70, Theodor-Stern-Kel 7.
- 20.–23. **Graz:** 6. Arbeitstagung des Deutschen Arbeitskreises für Gruppenpsychotherapie und Gruppendynamik. – Auskunft: Prof. Dr. E. Pakesch, A-8036 Graz, Auenburger Platz 22.
25. 2.–13. 3. **New York, Washington, Butte, Chicago, Denver:** Reise des Bayerischen Sportärzte-Verbandes mit Besichtigung sportmedizinischer Kliniken und Institute. – Auskunft: international eirtours, 8000 München 2, Bayerstraße 15.

Seit mehr als 25 Jahren Partner des Arztes in der Medizin-Technik

- Schlüsselfertige Praxiseinrichtungen
- Beratung
- Projektierung
- Finanzierung
- Kundendienst

Röntgen- und elektromedizinische Apparate
Arzt- und Krankenhausbedarf

KURT PFEIFFER

85 NÜRNBERG 1

Gleißbühlstraße 7/Ecke Marienstraße (Colonia-Haus)
Telefon (09 11) 20 39 03/04

- Röntgen-Apparate und Untersuchungsgeräte
- Röntgen-Bildverstärker mit Fernsehkatte
- Labortechnik
- Heemodialyse
- EKG - EEG - Echo-EEG - EMG

26. 2.— **München:** 21. Symposium der Deutschen Gesellschaft für Endokrinologie. — Auskunft: Prof. Dr. H. Karg, Institut für Physiologie, 8050 Freising-Weißenstephan.
28. 2.— **Erfangen:** 8. Fortbildungstage in praktischer Medizin. — Auskunft: Kongreßbüro der Medizinischen Universitätsklinik, 8520 Erlangen, Krankenhausstraße 12.
28. 2.— **Freiburg:** Arbeitskurs zum Verständnis der Anpassung von Hörgeräten. — Auskunft: Universitäts-HNO-Klinik, Audiologische Abteilung, 7800 Freiburg, Killianstraße 5.
28. 2.— **9. Große Flugkongreßreise nach Japan — Südkorea — Formosa — Hongkong.** — Auskunft: Internationales Seminar für ärztliche Fortbildung e. V., 2060 Bad Oidesioe, Hude 1.

März 1975

- 1.—15. **San Martino di Castrozza:** XLVII. Fortbildungslehrgang des Bayerischen Sportärzte-Verbandes (Friedrichkurs). — Auskunft: Bayerischer Sportärzte-Verband e. V., 8000 München 19, Nymphenburger Straße 81/IV.
- 9.—22. **Bad Gasteln:** XX. Internationaler Fortbildungskongreß der Bundesärztekammer — Lehrgang für praktische Medizin. — Auskunft: Kongreßbüro der Bundesärztekammer, 5000 Köln 41, Postfach 41 02 20.
- 10.—22. **Davos:** XXIII. Internationaler Fortbildungskongreß der Bundesärztekammer — Lehrgang für praktische Medizin. — Auskunft: Kongreßbüro der Bundesärztekammer, 5000 Köln 41, Postfach 41 02 20.
- 17.—21. **Berlin:** Strahlenschutzfortbildungskurs für Ärzte. — Auskunft: Akademie für Arbeitsmedizin, 1000 Berlin 19, Soorstraße 83/84.
- 17.—21. **Erlangen:** 13. Einführungskurs in die gastroenterologische Endoskopie, Biopsie und Zytologie. — Auskunft: Kongreßbüro der Medizinischen Universitätsklinik, 8520 Erlangen, Krankenhausstraße 12.

- 21.—23. **Augsburg:** 55. Fortbildungskongreß für praktische Medizin. — Auskunft: Zentrum für medizinische Fortbildung, 8900 Augsburg, Frohsinnstraße 2.
- 22.—23. **Ascona:** 3. Balint-Treffen — Auskunft: Prof. Dr. B. Luban-Plozza, Piazza Fontana Pedrazzini, CH-6600 Locarno.
- 22.—29. **Bad Hofgastein:** 17. Internationaler Fortbildungskurs für Geriatrie. — Auskunft: Univ.-Prof. Dr. W. Doberauer, A-1140 Wien, Hütteldorfer Straße 188.
- 23.—26. **Buenos Aires und Rio de Janeiro:** 5. Internationaler Kongreß für Lymphologie. — Auskunft: Austria 2626, Buenos Aires oder C. P. 1822, Rio de Janeiro GB, ZC-00.
- 24.—26. **Davos:** Symposium „Grenzen der Medizin“. — Auskunft: Gottlieb-Duttweiler-Institut, CH-8803 Rüschlikon-Zürich.
24. 3.— 5. 4. **Meran:** VII. Internationaler Seminarkongreß für praktische Medizin, veranstaltet von der Bundesärztekammer. — Auskunft: Kongreßbüro der Bundesärztekammer, 5000 Köln 41, Postfach 41 02 20.

„Bayerisches Ärzteblatt“. Herausgeber und Verleger: Bayerische Landesärztekammer, 8000 München 80, Mühlbeurstraße 16, Telefon (089) 41 47-1. Schriftleitung: Professor Dr. med. Hans Joachim Sewering, Dr. med. Hermann Braun, Dr. med. Friedrich Kolb, Dr. med. Kurt Stordeur — verantwortlich für den Inhalt: Rita Horn. Die Zeitschrift erscheint monatlich.

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

Bezugspreis vierteljährlich DM 2,40 einschl. Postzeitungsgebühren und 5,5% = DM 0,12 Mehrwertsteuer. Postscheckkonto Nr. 52 52-802, Amt München, Bayerische Landesärztekammer (Abt. „Bayerisches Ärzteblatt“). Für Mitglieder im Mitgliedsbeitrag enthalten.

Anzeigenverwaltung: ATLAS Verlag und Werbung GmbH & Co. KG, früher Verlag und Anzeigenverwaltung Carl Gabler, 8000 München 2, Postfach, Sonnenstraße 29, Telefon 55 80 81, 55 82/41-48, Fernschreiber: 05/23 662, Telegremmedresse: etlespress. Für den Anzeigenteil verantwortlich: Ernst W. Scharfingher, München.

Druck: Druckerei und Verlag Hans Zeuner jr., 8060 Dacheu.

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

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

Flatus-Pillen® Andreae



Gegen Meteorismus, Völlegefühl und Sodbrennen.

Die rationale Therapie für Verdauungsbeschwerden.
O. P. 50 Pillen DM 4,65 m. Mwst. O. P. 250 Pillen DM 18,05 m. Mwst.



Landsberg a. Lech, Oberbayern, Große Kreisstadt (16 000 Einwohner) in nächster Nähe des Ammersees, unweit der oberbayerischen und Allgäuer Berge, die Städte München und Augsburg sind in 30 Autominuten zu erreichen.

Wegen Ausscheidens des jetzigen Stelleninhabers aus Altersgründen ist in der Chirurgischen Abteilung des Krankenhauses Landsberg am Lech die Stelle des

Chefarztes

neu zu besetzen.

Das 1968 erstellte Krankenhaus (315 Betten), ist ein Schwerpunkt-Krankenhaus mit Fachabteilungen für Chirurgie, Anästhesie, Innere Medizin, Gynäkologie und Geburtshilfe, sowie vier Belegabteilungen mit Krankenpflegeschule.

Der Chefarzt der Chirurgischen Abteilung (123 Betten), mit Allgemein- und Unfallchirurgie, soll nach seinem beruflichen Werdegang, seinem Können und Charakter befähigt sein, neben seiner ärztlichen Tätigkeit und nach Einarbeitung gegebenenfalls auch die leitende Funktion eines ärztlichen Direktors des Krankenhauses auszuüben.

Geboten wird ein Privatdienstvertrag mit einer Vergütung in Anlehnung an den BAT, sowie eine vertragliche Vereinbarung des Liquidationsrechtes im Rahmen der Wahlleistungen des Hauses.

Bewerbungen mit den üblichen Unterlagen, sowie Veröffentlichungen werden erbeten an Stadt, 8910 Landsberg am Lech, Hauptplatz 1, Personalabteilung, Telefon (0 81 91) 23 63 - 23 67.

Der Landkreis Nürnberger Land sucht für das Kreis-Krankenhaus Altdorf

Klinik für Innere Krankheiten — zum 1. Januar 1975

1 Oberarzt

Der Bewerber sollte Facharzt für Innere Medizin sein oder vor der Anerkennung stehen.

Der Abteilung für Innere Krankheiten stehen 100 Betten zur Verfügung. Schwerpunkte sind Kardiologie und Gastroenterologie. Die Ausstattung mit modernsten Geräten ist gegeben. Intensivstation mit sechs Betten ist vorhanden. Weiterbildung in Innerer Medizin bis zur Facharztanerkennung.

Die Stelle ist nach VergGr. I b BAT ausgewiesen. Daneben werden gewährt: Bereitschaftsdienstvergütung, Chefarztzulage u. a. Nebeneinnahmen.

Bewerbungen mit den üblichen Unterlagen erbeten an Herrn Priv.-Doz. Dr. Schwarzbach, 8503 Altdorf, Kreis-Krankenhaus.

Kreis-Krankenhaus Hersbruck

Je 1 Assistenzarzt

für die Chirurgische und die Interne Station.

Dreijährige chirurgische Weiterbildung und einjährige interne Weiterbildung sind möglich.

Der Landkreis bietet neben der tariflichen Höchstvergütung Bereitschaftsdienstzulagen und alle Sozialleistungen des öffentlichen Dienstes.

Bewerbungen mit den üblichen Unterlagen erbeten an Herrn Chefarzt Dr. med. Eliaold, 8562 Hersbruck, Kreis-Krankenhaus.

Im Kreis-Krankenhaus 8300 Landshut in Niederhatzkofen (131 Betten) sind

1 Assistenzarztstelle

der Chirurgischen Abteilung

oder

1 Medizinalassistentenstelle

der Chirurgischen Abteilung

ab sofort zu besetzen. Unterkunft und Verpflegung im Hause. Die Bezahlung des Assistenzarztes erfolgt nach VergGr. II KAV + Bereitschaftsdienstvergütung und die des Medizinalassistenten nach VergGr. III KAV + Bereitschaftsdienstvergütung.

Bewerbungen mit den üblichen Unterlagen sind zu richten an das Landratsamt Landshut - Personalabteilung - 8300 Landshut.

Im Kreis-Krankenhaus 8882 Lauingen (Donau) in Schwaben — 160 Betten — Landkreis Dillingen a.d. Donau ist die Stelle des

Chefarztes der Inneren Abteilung

zu besetzen. Der bisherige Stelleninhaber scheidet aus gesundheitlichen Gründen zum 31. 12. 1974 aus.

Die Innere Abteilung umfaßt 70 Betten. Außer der Inneren Abteilung besteht noch eine Hauptabteilung Chirurgie (70 Betten) sowie die Belegabteilung Gynäkologie und Urologie mit je 10 Betten. Das Haus ist mit modernen Einrichtungen ausgestattet. Lauingen (Donau) liegt 5 km von der Kreisstadt Dillingen a.d. Donau entfernt und zählt etwa 9500 Einwohner. Gymnasium und Realschule sind am Ort.

Dienstvertrag nach privatrechtlichen Grundsätzen, Vergütung nach Vergütungsgruppe I BAT, Beitrag zur Altersversorgung und übliche soziale Leistungen des öffentlichen Dienstes. Liquidationsrecht im Rahmen der Bundespflegesatzverordnung.

Der bisherige Stelleninhaber ist an der ambulanten Kassenärztlichen Versorgung beteiligt. Die ambulante Versorgung von selbstzahlenden Patienten ist möglich.

Bewerber mit umfassender praktischer und klinischer Ausbildung sowie langjähriger Berufserfahrung, auch in der Röntgen- und Labordiagnostik, werden gebeten, ihre Unterlagen mit handgeschriebenem Lebenslauf, Lichtbild, Urkunden für Approbation und Facharztanerkennung, lückenloser Nachweis der bisherigen Tätigkeit sowie Zeugnisabschriften und Angaben von Referenzen umgehend an:

Landrat des Kreises Dillingen a. d. Donau, 8880 Dillingen a. d. Donau, Große Allee 24, einzureichen. Vorstellung nur nach Aufforderung.

Beim Nerven-Krankenhaus Lohr am Main sind durch Erweiterung des Stellenplanes einige Stellen für

Ärzte und Ärztinnen

zu besetzen. Die Vergütung erfolgt nach BAT bzw. bei Beamten nach dem Bayar. Besoldungsgesetz.

Vergütung für Bereitschaftsdienst, Nebeneinnahmen durch Unterricht an der Krankenpflegeschule und durch Gutachten. Das Nerven-Krankenhaus verfügt über 1050 Betten.

Moderne Arbeits- und Beschäftigungstherapie, Sozialarbeit, EEG, Echoenzephalographien, Physikalische Therapie mit Bäderabteilung. Ermächtigt für Facharztweiterbildung in Psychiatrie.

Lohr (17 000 Einwohner) liegt im Maintal am Rande des Spessarts, bietet viele Freizeitmöglichkeiten. Frankfurt, Würzburg und Aschaffenburg sind leicht erreichbar. Gymnasien am Ort.

Anfragen und Bewerbungen erbeten an Direktor des Nerven-Krankenhauses Dr. Krolß, 8770 Lohr am Main, Nerven-Krankenhaus, Telefon (0 93 52) 20 21, 20 22.

Wir suchen für unser neurologisches Fach-Krankenhaus zum 1. 1. 1975 oder später

Ärzte

mit besonderem Interesse für die Neurologie.

Wir bieten: Vergütung nach Vereinbarung und den jeweiligen Voraussetzungen, geregelte Arbeitszeit, zusätzliche Altersversorgung, Mitarbeit in der Ambulanz mit entsprechender Honorierung.

Kontaktaufnahme über Dr. med. E. Wohlauf und Klinik Dr. Wohlauf KG, Spezialklinik für Parkinsonismus u. a. neurologische Erkrankungen.

7620 Wolfach, Postfach 1280, Kreuzbergstraße 12
Telefon (0 78 34) 321 oder 63 61

Der Landkreis Schwandorf sucht zum baldmöglichsten Eintritt für das **Kreis Krankenhaus Nabburg**

1 Facharzt für Anästhesie

Vergütung nach Vereinbarung.

Das Kreis Krankenhaus Nabburg mit 166 Betten hat eine Chirurgische und eine Interne Abteilung. Der Chirurgischen Abteilung ist noch eine Gynäkologisch-Geburtshilfliche Station angeschlossen.

Die Stadt Nabburg liegt in der mittleren Oberpfalz und hat ca. 5000 Einwohner. Alle weiterführenden Schulen sind am Ort. Die Große Kreisstadt Schwandorf ist 16 km, die Universitätsstadt Regensburg 60 km entfernt. Nabburg liegt an der Bundesbahnhauptstrecke Regensburg-Hof und an der im Bau befindlichen Bundesautobahn Regensburg-Walden.

Unterkunft im Personalwohngebäude ist möglich. Bei der Wohnungssuche ist der Landkreis behilflich. Umzugskosten werden erstattet.

Bewerbungen mit den üblichen Unterlagen werden erbeten an **Herrn Chefarzt Dr. med. Bicherl, Kreis Krankenhaus Nabburg**, oder an das **Landratsamt Schwandorf, Personalverwaltung, 8460 Schwandorf, Postfach 154**.

Landsberg a. Lech, Große Krelestadt (16000 Einwohner), in nächster Nähe des Ammersees, unweit der oberbayer. und Allgäuer Berge, die Städte München und Augsburg sind in 30 Autominuten zu erreichen.

Auf der Chirurgischen Fachabteilung unseres Krankenhauses (123 Betten) ist zum nächstmöglichen Zeitpunkt die Stelle eines

Facharztes für Chirurgie

mit der Möglichkeit der Übernahme als Oberarzt zu besetzen.

Das neu erstellte Haus verfügt über 315 Betten mit zur Zeit vier Fachabteilungen (Chirurgie, Innere, Gyn.-Geburtshilfe und Anästhesie) und vier Belegabteilungen, sowie über eine Krankenpflegeschule.

Tarifliche Arbeits- und Freizeit, vertragliche Erfüllung sämtlicher Vergünstigungen des öffentlichen Dienstes mit Zusatzversorgung. Unterkunft und Verpflegung kann auf Wunsch im Krankenhaus erfolgen.

Bewerbungen mit den üblichen Unterlagen werden an das **Personalamt der Stadt, 8910 Landsberg a. Lech, Hauptplatz 1, Telefon 23 63/7 65** erbeten.

Für das **Städtische Krankenhaus Walden** (620 Betten, Schwerpunkt-Krankenhaus, sechs Fachabteilungen, einschließlich pathologisch-anatomisches Institut) ist für das zentrale **Strahlennstitut**

eine Assistenzarztstelle

neu zu besetzen. Das Institut (Röntgendiagnostik einschließlich Angiographie, Strahlentherapie einschließlich Radio-Kobalt-Therapie, Radio-Isotopendiagnostik) ist zur vollen radiologischen Facharztweiterbildung zugelassen. Unterstützung seitens der Stadt Walden hinsichtlich Wohnungsbeschaffung und Umzug. Nebeneinnahmen aus Bereitschaftsdienst und Anteilen der Chefarzthonorare entsprechend dem Ausbildungsstand (BAT II).

Sämtliche weiterbildende Schulen am Ort.

Bewerbungen an den **Chefarzt des Strahlennstituts, Med.-Dir. Dr. Steinberger, 8480 Walden i. d. Opl., Städtisches Krankenhaus, Blumarkstraße**.

Der **Landkreis Straubing-Bogen**, Niederbayern, stellt in den kommenden Monaten bei seinen zwei nach modernsten Gesichtspunkten neu erbauten Kreiskrankenhäusern in Bogen und Mellersdorf

Assistenzärzte und Medizinalassistenten

für alle Abteilungen (Chirurgie, Innere einschließlich Intensivpflege, Gynäkologie und Geburtshilfe, Anästhesie und Urologie) ein.

Wir bieten jegliche Unterstützung in allen Problemen, die auf die Bewerber zukommen, Anstellung im Rahmen eines zeitgemäßen Dienstvertrages mit entsprechender Dotierung, leistungsgerechte Vergütung (für Medizinalassistenten über tariflich BAT III), tarifliche Vergütung des Bereitschaftsdienstes, eine angenehme Arbeitsatmosphäre sowie alle im öffentlichen Dienst üblichen Sozialleistungen unter voller Ausschöpfung aller tariflichen Möglichkeiten wie z. B. Umzugskosten und Trennungsgeld nach tariflichen Bestimmungen, Ersatz der Reisekosten bei Vorstellung und Dienstantritt, preisgünstige Teil- bzw. Vollverpflegung sowie weitere Einnahmen (Chefarztzulage), die einen überdurchschnittlichen Bruttoverdienst gewährleisten. Es bestehen gute Ausbildungsmöglichkeiten.

Zur Facharztweiterbildung werden anerkannt:

Kreis Krankenhaus Bogen: Chirurgie 2 Jahre, Innere Medizin 4 Jahre.

Kreis Krankenhaus Mellersdorf: Chirurgie 3 Jahre, Innere Medizin 3 Jahre.

Familiengerechte Wohnungen und Appartements können zur Verfügung gestellt werden.

Die Eingruppierung bei der Einstellung richtet sich nach Berufsausbildung und Erfahrung.

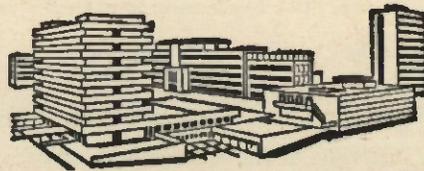
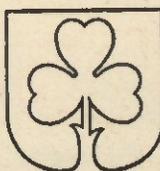
Im landschaftlich reizvollen Landkreis Straubing-Bogen gibt es neben sämtlichen Schulformen moderne Sport- und Freizeitanlagen. Das Kreis Krankenhaus Mellersdorf (203 Betten) wird Ende dieses Jahres bezugsfertig und in Betrieb genommen.

Das neu erbaute Kreis Krankenhaus Bogen (zur Zeit 181 Betten) wird 1975 völlig fertiggestellt. Beide Krankenhäuser sind nach dem neuesten Stand der Technik ausgestattet.

Über Ihre Wünsche und unsere Vorstellungen unterhalten wir uns gerne persönlich. Bitte wenden Sie sich zunächst an die Verwaltungen der Kreis Krankenhäuser Bogen, Telefon (09422) 1741 oder 971 und Mellersdorf, Telefon (08772) 291 und 341, oder an das Landratsamt Straubing-Bogen, Telefon (09421) 4016.

Sie sind in unserem Team jederzeit herzlich willkommen.

Schriftliche Bewerbungen mit Lebenslauf, Zeugnisbeschriften und Lichtbild werden unter Angabe des frühesten Eintrittstermins an das **Landratsamt Straubing-Bogen, Dienststelle Straubing, 8440 Straubing, Postfach 179**, erbeten.



Bei den **Städtischen Krankenanstalten Fürth** ist ab sofort oder später an der **Gynäkologie-Geburtshilfe-Abteilung** (Chefarzt Dr. M. Hahn) eine

Assistenzarztstelle

zu besetzen. Die Abteilung verfügt über 86 Erwachsenen- und 40 Säuglingsbetten, ist nach neuzzeitlichen Gesichtspunkten ausgestattet und zur vollen Facharztweiterbildung zugelassen.

Reichlich abdominales und vaginales Operationsgut, Pelviskopie, 1100 Geburten, Amnioskopie, MBU, Kardiotokographie, Videoson. Deutsche Bewerber (eventuell Anfänger) sollen ihren Wehrdienst bereits abgeleistet haben.

Stellenplan: Ein Oberarzt und fünf Assistenzärzte.

Geboten wird: Bezahlung nach VergGr. II BAT mit den im öffentlichen Dienst üblichen sozialen Leistungen, Vergütung des Bereitschaftsdienstes entsprechend den tariflichen Bestimmungen, Nebeneinnahmen möglich (durch Assistenz, Mutterschafts- und Vorsorgeuntersuchungen), Mithilfe bei der Wohnungsbeschaffung.

Bewerbungen mit Unterlagen werden erbeten an die **Verwaltung der Städtischen Krankenanstalten, 8510 Fürth/Bayern, Postfach 530**.

Modern eingerichtetes Kreiskrankenhaus im Alpenvorland, verkehrstechnisch sehr günstig gelegen, 194 Betten, Chirurgische, Interne, Gynäkologische und Urologische Fachabteilung sucht für die Chirurgische Abteilung - 75 Betten -

je 1 Assistenzarzt und 1 Medizinalassistenten

Reichliche Operationsstätigkeit, selbständiges Operieren und Arbeiten wird gefördert.

Ferner ist für die Interne Abteilung - 73 Betten -

je 1 Assistenzarzt und 1 Medizinalassistenten

zu besetzen.

Bezahlung nach BAT. Auf der Chirurgischen Abteilung sehr hohe Poolbeteiligung aus den Nebeneinnahmen des Chefarztes (nach Ablauf des Pooljahres).

Assistenzarzt in den letzten Ausbildungsjahren nicht unerwünscht. Für Wohnung wird gesorgt, sämtliche Schularten am Ort.

Zuschriften erbeten unter Nr. 331/325 an die Anzeigenverwaltung BAYERISCHES ARZTEBLATT, 8000 München 2, Sonnenstr. 29.



An der Kinderabteilung
des Städtischen
Marienkrankenhauses Amberg
ist zum 1. Januar 1975 oder später

eine Assistenzarztstelle

zu besetzen. Die Abteilung verfügt neben dem Chefarzt und dem Oberarzt über vier Assistenzarztstellen und hat ca. 100 Betten. Der Chefarzt der Abteilung ist zur vollen Facharztweiterbildung zum Kinderarzt ermächtigt.

Das modern eingerichtete Haus (ca. 635 Betten) umfaßt 6 Fachabteilungen (Innere, Chirurgie, Gyn.-gebh. Abteilung, Anästhesie, Pädiatrie und zentrale Röntgenabteilung) sowie Belegabteilungen für HND, Augen und Urologie.

Bevorzugt werden Bewerber, die die Weiterbildung zum Kinderfacharzt anstreben.

Geboten wird: Vergütung und Bereitschaftsdienstvergütung nach den Bestimmungen des BAT, zusätzlich die im öffentlichen Dienst üblichen Sozialleistungen (Beihilfen im Krankheitsfall usw.), Mithilfe bei Wohnraumbeschaffung.

Amberg liegt in reizvoller, waldreicher Umgebung. Am Ort sind sämtliche Schularten vorhanden, Autobahnanschluß, Hallenbad, Reitsport, Skilifte in der Umgebung.

Bewerbungen werden erbeten an das
Personalamt der Stadt, 8450 Amberg

Am Städtischen Krankenhaus Weiden i. d. Dpf. ist zum 1. 2. 1975 in der **Geburtschilflich, Gynäkologischen Abteilung** die Stelle eines

Assistenzarztes

neu zu besetzen. Die Abteilung ist zur vollen Facharztweiterbildung ermächtigt.

Durchgeführt werden alle vaginalen und abdominalen Operationen. In der Perinologie werden MBU, CTG, Ultraschalluntersuchungen und Amnioskope durchgeführt. Zur Karzinombehandlung stehen Kobaltbombe und Radium zur Verfügung.

Das Krankenhaus in Weiden i. d. Dpf. ist Schwerpunkt-Krankenhaus mit zur Zeit 640 Betten und 6 Fachabteilungen (Chirurgie, Innere Medizin, Geburtshilfe/Gynäkologie, Pädiatrie und Pathologie, Anästhesie ab 1. 4. 1975).

Die Vergütung richtet sich nach Vergütungsgruppe II BAT mit zusätzlicher Bereitschaftsdienstvergütung, Nebeneinnahmen durch Kindervorsorgeuntersuchungen und Beteiligung an den Honoraren des Chefarztes entsprechend dem Ausbildungsstand. Trennungsgeld und Umzugskosten werden gewährt.

Sämtliche weiterbildende Schulen am Ort.

Bewerbungen mit den üblichen Unterlagen sind zu richten an den Chefarzt der Geburtshilflich, Gynäkologischen Abteilung Dr. Lattermann, 8480 Weiden i. d. Dpf., Städt. Krankenhaus, Bismarckstraße 30.

Der Landkreis Schwandorf sucht zum 1. Januar 1975 für das **Kreiskrankenhaus Nittenu** mit 80 Betten

1 Assistenzarzt für Chirurgie

(Verg.Gr. II BAT)

1 Medizinalassistenten für Chirurgie

(Verg.Gr. III BAT)

Zu der tariflichen Vergütung mit allen Sozialleistungen des öffentlichen Dienstes, wie z. B. beitragsfreie zusätzliche Altersversorgung, kommen Nebeneinkünfte durch Bereitschaftsdienst. Die Stadt Nittenu liegt in der Oberpfalz (Regental) und hat ca. 6000 Einwohner.

Ein neues Gymnasium ist am Ort. Die Universitätsstadt Regensburg ist 34 km und die Große Kreisstadt Schwandorf 21 km entfernt. Unterkunft im Personalwohngebäude ist möglich. Verpflegung kann im Hause eingenommen werden. Bei der Wohnungssuche ist der Landkreis behilflich. Umzugskosten werden erstattet.

Bewerbungen mit den üblichen Unterlagen werden erbeten an Herrn Chefarzt Dr. Proske, Kreiskrankenhaus Nittenu oder das Landratsamt - Personalverwaltung, 8460 Schwandorf, Postfach 154.

SYSTEM
Arztform

Fordern Sie unverbindlich

Arztform-Beratungsdienst*

bitte Fachrichtung angeben

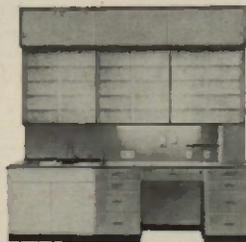
komplette Musterplanung
und schriftliches Angebot
mit den günstigen Preisen
direkt ab Spezialfabrik

Informationsmaterial kostenlos
schreiben Sie bitte direkt an

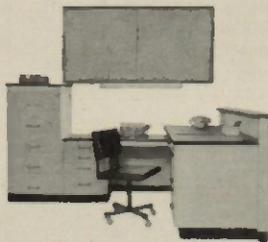
Arztform-Medizin-Zentrum

407 Rheydt, Postfach 313
oder rufen Sie Tel. 021 66/36 11

20 Jahre Planungs-Erfahrung und Planungs-Ideen aus vielen 1000 Arztpraxen



Funktions-Gruppe Labor DBGM



Aufbau-Beispiele für

Funktions-Gruppe Anmelde- und Kartei-Zentrale DBGM



Funktions-Gruppe Sprechzimmer

neue Schrankwände und Raumteiler

Arztform-vario-System 3000
noch preisgünstiger · voll ausbaufähig

* nutzen Sie unseren kostenlosen Arztform-Beratungsdienst: Original-Einrichtungs-Pläne und interessante Farbfotos aus Arztpraxen jeder Fachrichtung zeigen Ihnen, wie Sie sich eine funktionsgerechte, farblich wirksame und rationelle Praxis gestalten können.

Die Stadt Roding

Im Naturpark Vorderer Bayerischer Wald

- mit rund 10 000 Einwohnern
- bei einem Einzugsgebiet von rund 30 000 Einwohnern
- hat Interesse an der Niederlassung von **Fachärzten für Kinderheilkunde, Hals-, Nasen-, Ohren-Heilkunde, Augenkrankheiten und anderer Fachrichtungen**
- Roding ist eine aufstrebende Industrie- und Garnisonsstadt mit hohem Wohn- und Freizeitwert in landschaftlich schöner Umgebung
- Vorbildliche Einrichtungen des Kultur-, Bildungs- und Sportwesens
- Größtes und modernstes Krankenhaus der östlichen Oberpfalz
- Verkehrsgünstige Lage zur Universitätsstadt Regensburg
- Belegmöglichkeit im modernen Krankenhaus vorhanden
- Praxisräume und Wohnung werden von der Stadt Roding vermittelt

Kontaktaufnahme und Anträgen bei Stadtverwaltung, 8495 Roding/Oberpfalz, Schulstraße 12, Telefon (094 61) 90 66.

Kreiskrankenhaus München-Pasing

Die Pathologische Abteilung unseres Hauses sucht eine

med.-techn. Assistentin für Histologie

Nacht- bzw. Bereitschaftsdienst fällt nicht an.

Die Anstellung erfolgt nach den tariflichen Bestimmungen des öffentlichen Dienstes (BAT).

Preisgünstiges Einzelzimmer kann auf Wunsch zur Verfügung gestellt werden.

Anfragen und Bewerbungen erbitten wir an die **Verwaltung des Kreiskrankenhauses München-Pasing, 8 München 60, Steinarweg 5, Telefon (089) 899 21.**

Schwerpunkt-Krankenhaus Traunstein/Oberbayern

Wir suchen eine

med.-techn. Assistentin

für das Zentrallabor des Stadtkrankenhauses (420 Betten). Erwünscht sind: Fachkenntnisse auf dem Gebiet der Klinischen Chemie oder der Blutgruppenserologie.

Wir bieten: Entsprechende Vergütung nach BAT (Aufstiegsmöglichkeit bis VergGr. V b BAT), Zusatzversorgung, alle Sozialleistungen des öffentlichen Dienstes; eventuell Halbtagsbeschäftigung.

Traunstein, von München 100 km, von Salzburg 40 km entfernt, in einer der reizvollsten Landschaften Deutschlands, dem Chiemgau, gelegen, bietet alle Sportmöglichkeiten und alle weiterbildenden Schulen.

Nähere Auskünfte erteilt der Leiter des Zentrallabors, Herr Woltschik, Stadtkrankenhaus, Telefon (08 61) 44 24.

Bewerbungen mit den üblichen Unterlagen erbitten an das **Personaleamt der Stadt Traunstein, 8220 Traunstein, Stadtplatz 39**

Dermatologin

33 Jahre, ledig, sucht zum 1. 7. 1975 oder später in München oder Umgebung Stelle in Klinik oder Praxis, gern auch Internistische Assistentenstelle.

Zuschriften erbitten unter Nr. 331/328 an die Anzeigenverwaltung BAYERISCHES ÄRZTEBLATT, 8000 München 2, Sonnenstr. 29.

Fachärztin für Anästhesie

versiert in allen Sparten der Anästhesie, Schockbekämpfung, Reanimation, Intensivtherapie, sowie der gesamten Blutgruppen-Serologie (auch klinisch-chemisches Labor) sucht Stelle an kleinem bis mittlerem Krankenhaus im süddeutschen Raum.

Zuschriften erbitten unter Nr. 331/317 an die Anzeigenverwaltung BAYERISCHES ÄRZTEBLATT, 8000 München 2, Sonnenstr. 29.

Chir. Ass.-Arzt-Stelle

Deutscher Ass.-Arzt, 33 Jahre, verheiratet, 2 1/2 Jahre Facharzt-Weiterbildung, derzeit Ende 2. Jahres Internistischer Facharzt-Weiterbildung mit 1/2 Jahr Intensivpflege und Schwerpunkt Gastroenterologie, sucht für 1. Halbjahr 1975 Stelle mit umfassender Weiterbildungsmöglichkeit und Gelegenheit zur Weiterbildung in der Endoskopie.

Zuschriften erbitten unter Nr. 331/327 an die Anzeigenverwaltung BAYERISCHES ÄRZTEBLATT, 8000 München 2, Sonnenstr. 29.

Junges Mädchen mit mittlerem Bildungsabschluß

sucht nach Ausbildung an einer Fachschule für medizinisch-kaufmännische Arzthelferinnen ab September 1975 im Raum Oberallgäu eine Stelle als Arzthelferin.

Zuschriften erbitten unter Nr. 331/333 an die Anzeigenverwaltung BAYERISCHES ÄRZTEBLATT, 8000 München 2, Sonnenstr. 29.

BEFELKA - HERZ - KREISLAUF - DRAGEES

Ind.: Herzmuskelschwäche, nervöse Herzstörungen, Herzklopfen, Herzangst, Neigung zu schmerzhaften Herzanfällen, Herzbeschwerden der Wechseljahre, Herzpflege im Alter, hoher Blutdruck mit Kopfschmerz, Schwindelgefühl, Schlafstörungen, Arterienverkalkung. Zus.: 1 Dragee enthält: Extr. Leonur. card. spir. succ. 20 mg; Extr. Scillae spir. succ. 25 mg; Extr. Crataegi e flor. spir. succ. 15 mg; Extr. Crataegi e fruct. spir. succ. 50 mg; Extr. Rauwolfiae serp. spir. succ., 40% Gesamtalkaloid, 2,5 mg (entspr. 1 mg Gesamtalkaloid); Extr. Arnicae e flor. spir. succ. 3 mg; Khellin 0,75 mg; Hesperidinphosphat-Natrium 7,5 mg.

Packung mit 25 Drag. DM 4,40, 50 Drag. DM 7,10, 100 Drag. DM 12,45

Arztmuster durch:

BEFELKA-ARZNEIMITTEL, 4500 Osnabrück, Postfach 1351.

Gut erhaltene Teile von Krankenhaus-Einrichtung

(Betten, Nachttische o. ä.) zu kaufen gesucht.

Zuschriften erbitten unter Nr. 331/313 an die Anzeigenverwaltung BAYERISCHES ÄRZTEBLATT, 8000 München 2, Sonnenstr. 29.

Neu in Deutschland

Eurosignal

die überregionale UKW-Personensuchanlage

Ober ein von der Deutschen Bundespost errichtetes Sendernetz können Sie jetzt jederzeit und überall erreicht werden. Der Suchvorgang kann von jedem Telefon aus durch Wahl einer Kennziffer erfolgen.

Nähere Informationen sowie Kauf oder Miete der Rufempfänger durch die autorisierte Fachfirma

a + n dipl.-Ing. meyer KG

8000 München 90, Bruggspergerstraße 60

Telefon (089) 64 56 16 und 64 69 25

Service durch eigene Werkstätte.

Privatnervenklinik Gauting

Vorortnähe München, in landschaftlich schöner Lage
intime Atmosphäre, keine geschlossene Abteilung

Leitender Arzt Dr. Philipp Schmidt

sie neuestlichen Behandlungsmethoden

8035 Gauting, Bergstraße 50, Telefon (089) 8 50 60 51

„Herr Doktor bitte kommen . . .“



wie oft hören Sie oder Ihre Helferinnen diese Worte - häufig aus dem Ortsteil, in dem Sie gerade erst waren.

Zeit ist Geld. Deshalb moderne Kommunikationsmittel: „Verordnen“ Sie sich Teletron Sprechfunk. Es ist das kleinste und zugleich leistungsstärkste deutsche UKW-Sprechfunkgerät.

Lassen Sie sich ausführlich über Leasing oder Kauf informieren.

Teletron Generalvertretung

DEISS Elektronik 

8560 Lauf, Bertleinstraße 12, Telefon (0 91 23) 38 52
Sprechfunk - Personenruf - Anrufbeantworter

Praxisräume

In modernem Geschäftshaus ab sofort zu vermieten. München-Zentrum am Reichenbachplatz. Sieben Räume, Flur, 185 qm, Miete DM 1590,-, Nebenkosten DM 165,- inkl. Heizung. Kautions, keine Vermittlungsgebühr.

Adalbert Bretler oHG, 8000 München 37, Dechauer Straße 14, Telefon (0 89) 55 82 58

Praxisräume

In zentraler Lage von Regensburg zu vermieten. Es stehen sechs Räume mit 160 qm zur Verfügung.

Zuschriften erbeten unter Nr. 331/302 an die Anzeigenverwaltung BAYERISCHES ARZTEBLATT, 8000 München 2, Sonnenstr. 29 oder Telefon (0 89) 8 01 14 22.

Praxisräume 100 qm

Bestlage München-Solln (neben Forellenaapotheke)
Telefon (0 89) 77 33 49 oder 7 93 14 35

Max Willang, 8021 Bafarbrunn, Kreuzwiesenstraße 8.

Umfangreiche, anspruchsvolle, bestens eingeführte

Badearzt- und Allgemein-Praxis

Im Kneippheilbad Wörishofen wegen Todesfall sofort zu übergeben.

Praxisräume (180 qm), Sommer 1974 renoviert und neu konzipiert, internistisch ausgerichtet, großes, modernes Labor. Bevorzugte Lage (Kurpromenade), gut eingearbeitete Mitarbeiter.

Bei Interesse Möglichkeit zur Übernahme (Miete/Kauf) eines komfortablen Bungalows mit Garten, ruhige Wohnlage, bester Zustand. Möglich auch Vermittlung einer Zweizimmerwohnung in unmittelbarer Praxisnähe.

Zuschriften erbeten an Dr. Elisabeth Stage, 8939 Bad Wörishofen, Watzmannweg 8, Telefon (0 82 47) 12 74

Ideal gelegene

Arztpraxisräume

Im neuem Ärztezentrum in Augsburg zu vermieten.

Zuschriften erbeten unter Nr. 331/293 an die Anzeigenverwaltung BAYERISCHES ARZTEBLATT, 8000 München 2, Sonnenstraße 29.

Spezialkrankenhaus für alle
Erkrankungen der Atmungsorgane

**KLINIK
ST. BLASIEN**

Leitende Ärzte:
Dr. E. Polz
Fr. Dr. E. v. Witzleben

Differentialdiagnostik und Therapie auch schwerer Formen spezifischer und unspezifischer Lungen- und Atemwegserkrankungen.

3 getrennte, modern eingerichtete Abteilungen: 1. Intensivbehandlung unspezifischer Lungen- und Bronchialkrankheiten. 2. Tuberkulose. 3. Leichtkranke und Erholungssuchende. Alle Abteilungen mit Ein- und Zweibettzimmern, vorwiegend mit Balkon, z.T. mit Dusche und WC.

Privatpatienten (beihilfefähig), Sozialkostenträger, RVO-Kassen.

Eigentümer: Sanatorium St. Blasien GmbH, 7822 St. Blasien (Hochschwarzwald)
Postfach 99 - Fernruf-Sammelnr. (0 76 72) 8 31

Die moderne Arztpraxis

Einrichtungsvorschläge kostenlos. In meinen Ausstellungsräumen finden Sie Anregung für individuelle Praxigestaltung. Verabredungen auch zum Wochenende möglich.

Bewährter Kundendienst seit 25 Jahren und eben solange Erfahrung garantiert Ihnen eine sorgfältige fachliche Beratung.

W. Körber, Inh. J. Pongratz, Arzt-, Krankenhaus- u. Laborbedarf,
8360 Deggendorf, Greffinger Straße 108, Telefon (09 91) 59 72

Eilt: Allgemeinpraxis

In Hof/Saale (Fichtelgebirge-Frankenwald) seit 25 Jahren nach Art des guten Hausarztes mit treuem Patientenkreis bestens eingeführt, wegen Tod des 57jährigen Inhabers sofort abzugeben. 3 Praxisräume (60 qm), evtl. auch 4. Raum (14 qm), gute, solide Innenausstattung.

Eine Arztstelle ist ausgeschrieben.

Anfragen erbeten an Frau E. Dotzauer, 8670 Hof/Saale,
Zeppelfinstraße 19, Telefon (0 92 61) 9 33 70

Am Bavariring in München

Zwei Etagen, je 325 qm, zehn Räume je Etage, Lift, Zentralheizung, ab sofort oder später zu vermieten, qm-Miete DM 8,-. Gute Parkmöglichkeit auf der Theresienwiese.

Näheres über Telefon (0 89) 53 03 30 oder schriftlich an Frau Kretzer, 8000 München 2, Pettenkofarstraße 35/III.

Arzt-Mietpraxis

Neubau. Zentrum Kolbeimoor bei Rosenheim, ca. 70 qm, zu vermieten (Bezugsfertigstellung voraussichtlich Mai/Juni 1975). Prella nach Absprache.

Telefon (0 80 31) 9 17 88 oder 9 12 44.

Infolge Todesfall guterhaltenes, modernes

Praxis-Mobiliar

für Allgemeinarztpraxis in Oberbayern zu verkaufen.

Anfragen Telefon (0 88 61) 73 29.

Praxisräume in Günzburg
in zentraler Lage:

In idyllischer Kleinstadt mit
einem Hinterland von ca.
100.000 Einwohnern sind in
einem Neubau Praxis-
oder Büroräume frei: ca.
100 qm, in der 2. Etage, auf
einer Ebene liegend.
Lift vorhanden - Garage
im Haus.

Raumeinteilung jetzt noch
nach Ihren Wünschen.
Bezugsfertig: März 1975.
Miete: 7,50 DM pro qm.
Starthilfe möglich durch
Mietanpassung.
Anruf genügt.

Obere Apotheke Günzburg
Dr. Dieter Jaud
8870 Günzburg
Telefon (08221) 36 61

Gegen **Enuresis nocturna**

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

Zusammensetzung pro Tabl.: Ferr.
oxyd. sacch. 50 mg, Sojalezithin
1,7 mg, Calc. glyc. phosph. 25 mg.
Extr. Rhols arom. 5 mg, Extr.
Humuli lupuli 2,5 mg, Extr. chiniae
2,5 mg, Camph. monobr. 0,05 mg.
35 Tabl. 6,85 DM, 300 Tabl. 39,50 DM.

Ärztlemuster durch: „MEDIKA“
Pharm. Präparate, 8024 München-
Delsenhofen, Am Alten Weg 20

Oberstdorf

Zentrum - Neubau

Praxisräume zu vermieten.
Apotheke im Hause. Mög-
lichkeit für Bäderabteilung.
Zuschriften werden erbeten
unter Nr. 331/323 an die An-
zeigenverwaltung BAYERI-
SCHES ARZTEBLATT, 8000
München 2, Sonnenstr. 29.

Neueinrichtung einer Allgemeinpraxis

Aufstrebende Gemeinde mit zur Zeit rund 2500 Einwohner, Ein-
zugsgebiet erheblich umfangreicher, 50 km südlich München, 25 km
vom Chiemsee, sucht dringend Arzt für Allgemeinpraxis. Förde-
rung nach Bayernprogramm II, weitere Unterstützung durch die
Gemeinde. Alle weiterführenden Schulen gut erreichbar.

Zuschriften erbeten unter Nr. 331/318 an die Anzeigenverwaltung
BAYERISCHES ARZTEBLATT, 8000 München 2, Sonnenstraße 29.

Zettler-Anrufbeantworter

Gut erhaltener „Zettler-Anrufbeantworter“, Baujahr 1972, prele-
günstig abzugeben.

Bayrische Landeärztekammer, 8000 München 80, Mühlabau-
straße 16, Telefon (089) 41 47 - 275.

Allgemeinpraxis

In Vorstadt Augsburgs, seit mehr als 25 Jahren eingeführt,
ausbaufähig, altershalber zum 1. 10. 1975 günstig abzugeben.
Praxisräume ca. 90 qm, Neubau Erdgeschoß, 2 WC, Bad.

Zuschriften erbeten unter Nr. 331/321 an die Anzeigenverwaltung
BAYERISCHES ARZTEBLATT, 8000 München 2, Sonnenstr. 29.

Die Heilung von Hautleiden und -schäden

Ekzem, Psoriasis, Lichen, Dermatitis, Neurodermitis, Pruritus, Pru-
rigo, Crusta lactea, Favus, Pityriasis sowie von Intertrigo, Dekubitus,
Traumen und Ulcera durch

BEFELKA-ÖL

Ist von überzeugender Ausdruckskraft

Zus.: Öl. Hyperici 10 g, Öl. Calend. 5 g,
Öl. Chamom. 3 g, Öl. Oliv. 3 g, Öl.
Viol. tric 3 g, med. Weißöl 76 g. Arom.

Ärztlemuster durch: 50 ml DM 4,50, 100 ml DM 7,60, 200 ml DM 13,50
B EFELKA-ARZNEIMITTEL, 45 Osnabrück - Postfach 1351

▶ **Anzeigenschluß**
für die März-Ausgabe 1975
◀ **ist am 25. Januar 1975**

Das Kassenärztliche Praxis-Lexikon

Ein Nachschlagewerk in Lose-Blatt-Ausgabe für alle Kassen- und Vertragsärzte, das bei den
täglich auftretenden Schwierigkeiten hilft und Anregungen und Hinweise für die Praxis gibt.

Es ist beim gesamten Fachbuchhandel oder direkt mit untenstehendem Bestellschein beim Verlag
zu beziehen und steuerlich voll absetzbar.

Das Werk befaßt sich
auf ca. 1200 Seiten mit
folgendem Inhalt:

Berufsbild und Verträge
Ärztliche Organisationen
Gesetzeskunde
Sozialversicherung
Kassenrecht und
kleines Glossar
Verträge zur Abrechnung
Zulassung, Beteiligung
Gebührenordnungen
Die Abrechnung
Prüfungsfragen

Dabei erfahren Gesetzes-
und Vertragstexte eine
klare Erläuterung, die durch
mehrfarbige graphische
Ablaufdarstellungen ver-
anschaulicht werden.

An den **Hans Zauner Verlag 8060 Dachau**
Augsburger Straße 9 - Postschließfach 1980

Bestellschein: Ich (Wir) bestelle(n) zum Preis von DM 69,-
..... Exemplar(e) „Kassenärztliches Praxislexikon“ sowie die
laufenden Ergänzungsblätter (pro Seite zum Preis von DM -,10).

Name:

Ort: (.....)

Straße:

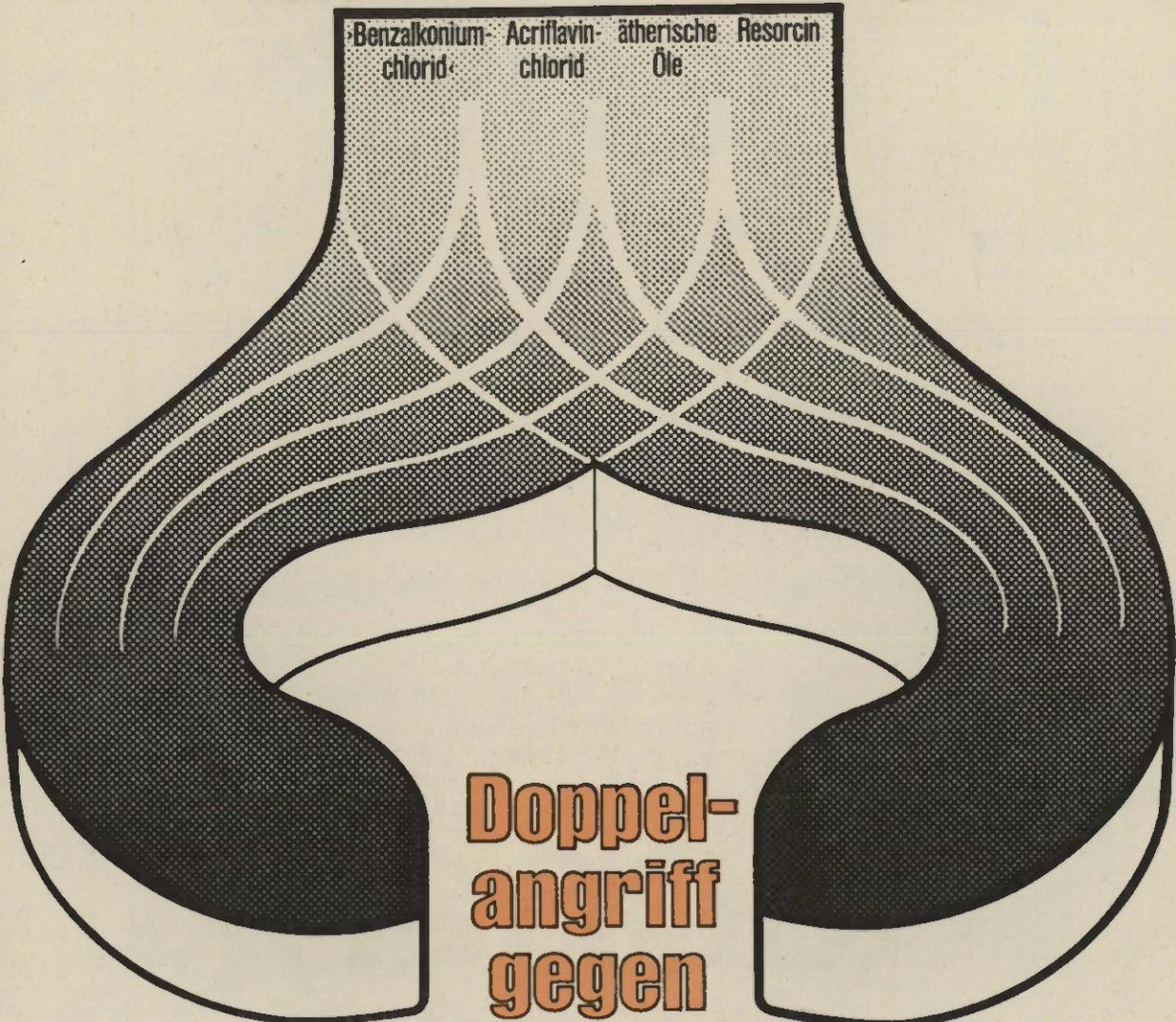
Datum

Unterschrift

Stringiet®

Halstabletten Lösung

Benzalkonium- chlorid · Acriflavin- chlorid · ätherische Öle · Resorcin



Doppel- angriff gegen Halsinfektion

Zusammensetzung

1 Tabl. enthält: Alkyldimethylbenzylammoniumchlorid 1,2 mg; Acriflavinchlorid 0,04 mg; Pfefferminzöl, Anisöl, Fenchelöl aa 0,52 mg; Resorcin 2,55 mg; Calciumfluorid 0,34 mg.

Reg. Nr. St. 314 Apothekenpflichtig

100 ml enthalten: Alkyldimethylbenzylammoniumchlorid 3,3 g; Acriflavinchlorid 0,033 g; Menthol 1,22 g; Pfefferminzöl 3,3 g; Rosmarinöl 0,49 g; Salbeiöl 0,37 g; Eugenol 0,08 g; Resorcin 1,63 g; o-Benzoesäuresulfonidnatrium 0,33 g.

Reg. Nr. St. 321 Apothekenpflichtig

Anwendungsgebiete

Entzündliche und infektiöse Erkrankungen im Mund-, Rachen- und Kehlkopfbereich einschließlich Soor – Stomatitis. Vor- und Nachbehandlung bei chirurgischen Eingriffen im Mund- und Rachenraum. Zur täglichen Mundhygiene.

Dosierung und Anwendung entnehmen Sie bitte der Packungsbeilage.

Kontraindikationen

Bei Säuglingen des ersten Lebensjahres liegen keine therapeutischen Erfahrungen mit Stringiet®-Lösung vor. Eine Anwendung von Stringiet® in diesem Lebensalter ist deshalb zu vermeiden.

Nebenwirkungen

traten während mehrjähriger praktischer Anwendung nicht auf.

Handelsformen und Preise

Stringiet®-Tabletten: Packung mit 20 Stück DM 3,50
Anst.-P. mit 100 Stück
Stringiet®-Lösung: Flasche mit 15 ml DM 3,80
Flasche mit 50 ml DM 10,10



Stringiet® reinigt die Schleimhaut, bakterielle Beläge werden abgehoben. Die hohe Benetzungsfähigkeit trägt die bakterizide, fungizide und teilweise antivirale Wirkung bis in die kleinsten Schleimhautfalten. Entzündungshemmung und Schmerzstillung führen zu einem schnellen Rückgang von Schwellung, Rötung und Schmerz. Stringiet® ist blutungsstillend und gut verträglich.

DOLORGIET

Arzneimittel
Bonn - Bad Godesberg

Jedem koronarinsuffizienten Patienten
droht der Angina-pectoris-Anfall

daher

Prophylaxe durch effektvolle Behandlung
der Koronarinsuffizienz unter Nutzung
aller therapeutischen Ansatzpunkte:

1. Senkung des O₂-Verbrauchs
2. Steigerung der O₂-Zufuhr
3. Rhythmisierung des Herzens

Sie können
einen β -Blocker und
einen Koronardilatator und
ein Antiarrhythmikum
nehmen oder einfach nur

Isoptin[®]

Kalzium-Antagonismus mit Isoptin –
das Behandlungsprinzip von heute und morgen.

Indikationen

Akute und chronische Koronarinsuffizienz; Vorbeugung und Nachbehandlung des Herzinfarktes; tachykarde Rhythmusstörungen, wie paroxysmale supraventrikuläre Tachykardie, absolute Arrhythmie infolge Vorhofflimmerns, Vorhofflattern mit schneller Überleitung, Extrasystolie. Bei Patienten mit chronischem Vorhofflimmern zur medikamentösen Herbeiführung und Aufrechterhaltung des Sinusrhythmus in Kombination mit Chinidin, desgleichen zur Rezidivprophylaxe nach Elektro-Kardioversion. Prophylaxe und Therapie von kardiovaskulären Nebenwirkungen bei der Anwendung von β -Sympathomimetika zur Wehenhemmung unter gleichzeitiger Verstärkung des tokolytischen Effektes.

Zur besonderen Beachtung!

Bei manifester Herzinsuffizienz zunächst Kompensation mit Herzglykosiden.
In den ersten drei Monaten einer Schwangerschaft ist die Verordnung des Arzneimittels – entsprechend den heutigen Auffassungen über den Arzneimittelgebrauch durch werdende Mütter – kritisch abzuwägen.

Dosierung

Erwachsene erhalten im Regelfall je nach Indikation und Schwere der Erkrankung 1 bis 2 Dragées Isoptin 40 mg bzw. 1 Dragée Isoptin 80 mg 3 mal täglich.

Zusammensetzung

1 Dragée enthält 40 mg bzw. 80 mg α -Isopropyl- α -(N-methyl-N-homoveratryl)- γ -aminopropyl-3,4-dimethoxyphenylacetoni-tril(Verapamil)-Hydrochlorid.

Handelsformen

Isoptin[®] 40 mg
50 Dragées Orig.-Pckg. DM 10,50
100 Dragées Orig.-Pckg. DM 18,15

Isoptin[®] 80 mg

20 Dragées Orig.-Pckg. DM 8,20
50 Dragées Orig.-Pckg. DM 17,85



KNOLL AG Chemische Fabriken 6700 Ludwigshafen