



Bayerisches Ärzteblatt

Mit amtlichen Mitteilungen der Ministerien

Herausgegeben von der Bayerischen Landesärztekammer

Nummer 10

Zur Kenntnis genommen:

Über das Verhältnis der Ärzte zu den Organen der „veröffentlichten Meinung“ — Presse, Rundfunk, Fernsehen — wird seit Jahren viel diskutiert. Sicherlich ist an der gegenseitigen Kritik auch manches Wahre. Immerhin haben wir Mediziner mittlerweile gezeigt, daß wir keineswegs im „elitenbeinerem Turm“ leben, und auf der Seite zumindest einiger Publizisten hat das Verständnis für die Besonderheiten unseres Berufsstandes zugenommen. Heute werden ärztliche Äußerungen und Stellungnahmen zweifellos öfter abgedruckt, als dies in der Vergangenheit der Fall war. Dennoch scheint negativen Aussagen über uns doch immer noch bei gewissen publizistischen Organen der Vorang vor positiven Bewertungen gegeben zu werden.

Hierbei hält zweifellos das ARD-Fernsehen mit seinen Magazinen „Report“ und „Panorama“ die Spitzenposition. Ein typisches Beispiel war der „Report“ vom 21. Juli, bei dem es um die Krebsvorsorge ging.

Die gesamte Sendung stand eindeutig unter dem Satz: „Modernen Diagnosemöglichkeiten steht das Behandlungsmonopol der Kassenärzte entgegen.“ Man lamentierte lautstark über die Lückenhaftigkeit und Primitivität der Vorsorgeuntersuchungen und pries angeblich weit wirkungsvollere Methoden an, die der Bevölkerung ohne Schwierigkeiten zum Beispiel in Krankenhäusern oder medizinisch-technischen Zentren zugute kommen könnten, sträubten sich die habgierigen und engstirnigen, nur auf ihren eigenen Profit bedachten Kassenärzte nicht so dagegen. So konnte man unter anderem vernehmen, daß bei der Suche nach dem Gebärmutterkrebs die Kolposkopie dem Zellabstrich vorzuziehen sei. Beim Mammakarzinom wurde das Abtasten der Brust als unzureichend bezeichnet und vom Kommentator in diesem Zusammenhang die Anwendung der Thermographie, der Xeroradiographie und erst zuletzt der Mammographie gefordert.

Man fragt sich wirklich, wer diesen Fernsehjournalisten wohl beraten haben mag? Sicherlich keine objektiven Wissenschaftler. Denn diese hätten ihm zweifellos gesagt, daß die Zytologie, also der Zellabstrich, optimal und der Kolposkopie bei der Krebsfehndung weit überlegen ist. Würde man beide Methoden generell kombinieren, so stünde der Aufwand in keinem Verhältnis mehr zum Ergebnis.

Weiter hätte er erfahren, daß bei der Erkennung des Brustkrebses die Mammographie absolut an der Spitze steht, der Thermographie nur die Rolle einer gelegentlichen Zusatzuntersuchung zukommt und die Xeroradiographie nur noch am Rande diskutiert wird. Gleichzeitig hätte er aber auch zur Kenntnis nehmen müssen, daß die Anzahl der mammographischen Untersuchungen in der Kassenpraxis von Quartal zu Quartal zunimmt.

Derartige Tatsachen hätten treulich wohl nicht in das Programm der für diese Sendung verantwortlichen Journalisten gepaßt, denn ihnen ging es nicht um sachliche Berichte, sondern darum, den Kassenärzten wieder einmal die Schelle umzuhängen.

Bestürzend, da die Tatsachen bewußt verdrehend, waren in diesem Zusammenhang auch Äußerungen eines Sprechers des Bundesverbandes der Ortskrankenkassen, der zur Einführung der Mammographie nicht nur das volle Einverständnis der Kassen erklärte, sondern auch behauptete, daß die von ärztlicher Seite erhobenen Bedenken ihren Grund vor allem im Unvermögen der Kassenärzte zu derartigen Spezialuntersuchungen hätten. Auf das Fehlen der vielzitierten „teuren Apparate“ im Rahmen der Kassenpraxis wurde das erschreckte Publikum bereits im früheren Verlauf der Sendung aufmerksam gemacht.

Völlig totgeschwiegen wurde hierbei vom Sprecher der Ortskrankenkassen einmal die Zusammenarbeit zwischen Allgemein- und Fachärzten. Zum anderen erwähnte er — wohl aus gutem Grund — auch nicht die Tatsache, daß in der freien Praxis ca. 50 Prozent der Ärzte Allgemeinärzte sind und diese niedergelesenen Ärzte in Kooperation mit ihren Fecherztkollegen auch aufwendige Programme durchführen können. Des gilt in vollem Umfange auch für die Mammographie. Das Argument des „Unvermögens der Kassenärzte“ erweist sich somit als reine Zweckbehauptung!

Ganz unverblümt ließ dann der Sprecher des Deutschen Gewerkschaftsbundes die eigentliche Katze aus dem Sack: er offenbarte die Liebe der Gewerkschaften zu medizinisch-technischen Zentren, und dies keineswegs nur für Vorsorgeuntersuchungen. Es paßte voll in den Rahmen dieser Sendung, daß der Kommentator des Scheiterns bereits auf privater Basis vorhandener medizinisch-technischer Zentren beklagte und dem „Boycott der Kassenärzte“ daran die Schuld gab. Wörtlich sagte er in diesem Zusammenhang: „Moderne technische Geräte, optimale Diagnosemöglichkeiten blieben ungenutzt. Die Kassenärzte siegten; die Verlierer waren auch die Patienten.“ Dabei vergaß er selbstverständlich zu erwähnen, daß in allen diesen Zentren kein einziger Apparat stand, der nicht längst auch in der Kassenpraxis verwendet wird.

Wenn zum Schluß der Sendung dann noch die sogenannte „Arbeitsgemeinschaft unabhängiger Ärzte“ zitiert wurde, rundet das eigentlich nur das treurige Bild ab.

Alles in allem muß man bedauernd feststellen, daß die ARD mit diesem Beitrag wieder einmal eine schlechte Tradition fortgesetzt hat. Wir Ärzte können dabei nur hoffen, daß die Zahl derer, die merken, wie hier unter bewußter Unterdrückung von Tatsachen Agitation gegen uns betrieben wird, ständig zunimmt. Das wird und kann aber die verantwortlichen Vertreter unseres Berufsstandes nicht daran hindern, auch weiterhin die Zusammenarbeit mit Publizisten, die zur Objektivität bereit sind, zu verbessern und zu vertiefen.

Professor Dr. Sewering

Entzündliche Dickdarmerkrankungen: Colitis ulcerosa, Morbus Crohn, Divertikulitis *

von G. Heberer

Entzündliche Dickdarmerkrankungen werden in den letzten Jahren häufiger beobachtet. Die operative Behandlung in fortgeschrittenen Verlaufsstadien stellt oft nur den letzten Ausweg unserer therapeutischen Möglichkeiten mit noch relativ hoher Letalität dar. Im Mittelpunkt der Diskussion stehen daher nach wie vor Fragen nach optimalem Zeitpunkt der Indikation und Art des chirurgischen Eingriffes im Hinblick auf Operationsrisiko und Spätergebnisse. Grundlage meines Referates ist das Krankengut meiner früheren Kölner und der Münchener Klinik, das von meinen Mitarbeitern K. Hoffmann und S. v. Bary daraufhin analysiert wurde.

Colitis ulcerosa

Bei klinischem Verdacht auf Colitis ulcerosa sichern Röntgenuntersuchungen und Endoskopie mit Biopsie die Diagnose (Tab. 1). Während man schon auf der Übersichtsaufnahme, z. B. ein toxisches Megako-

lon, eine Perforation erkennen kann, ist das Doppelkontrastverfahren vor allem auch bei der Differentialdiagnose zwischen Colitis ulcerosa und Morbus Crohn von Bedeutung. Für Colitis ulcerosa sprechen: Unschärfe Konturen (Zähnelung), unterbrochene Doppelkonturen, polypoide Veränderungen, Hautstrenschwund (starres Rohr), Verkürzung und Einengung.

Mit der Rektosigmoidoskopie, als einfachstes und risikoärmstes Verfahren, sind über 90 Prozent aller Colitis ulcerosa-Fälle zu erkennen. Denn die Krankheit befällt in über 90 Prozent das Rektum und breitet sich kontinuierlich nach proximal aus. Die koloskopisch-biopsische Untersuchung mit ihrer größeren Übersicht und „vereinfachten Lupebetrachtung“ hat bei der Colitis ulcerosa nur eine begrenzte Indikation: nach Abklingen der akut entzündlichen Symptomatik, bei selte-

nen proximalen Formen und bei unklarer Diagnose, wie bei Strikturen oder Verdacht auf Karzinom. In vereinzelten Fällen kann man bei Rektumbefall einen Morbus Crohn mit seiner diskontinuierlichen Ausbreitung endoskopisch-biopsisch differenzieren.

Klinische Besonderheiten in der Differentialdiagnose von Colitis ulcerosa und Morbus Crohn sind in Tabelle 2 aufgeführt, wobei auf Alter der Kranken, Lokalisation, Ausbreitung und Verlauf der Erkrankung, Entartung und vor allem auch auf lokale Komplikationen zu achten ist. Während Analläsionen bei der Colitis ulcerosa selten (etwa zehn Prozent), stets sekundär und schmerzhaft sind, verlaufen sie beim Morbus Crohn meist indolent, gehen dem intestinalen Prozeß manchmal voraus und können bei bis zu 70 Prozent der Patienten beobachtet werden.

Kolitis-Diagnostik: Endoskopie

1. Kein Einleuf!
2. Rektosigmoidoskopie 90 bis 95 Prozent!
● Blutung
● Ulzeration
● Pseudopolypen
● Granulierung, Fragilität
3. Biopsie – auch in Remission!
● Diagnose
● Verlauf
● Präkanzerose (?)
4. Koloskopie – beschränkt!
● proximale Formen
● unklare Diagnose

Tabelle 1

*) Nach einem Referat auf der 52. Tagung der Vereinigung der Bayerischen Chirurgen am 19. Juli 1975 in München.

Differentialdiagnose

	Colitis ulcerosa	Morbus Crohn
Alter	20 bis 40 (+ Kinder)	30 bis 50
Lokalisation	diffus	herdförmig polysegmentär
Rektum	95 %	40 bis 50 %
term. Ileum	10 %	30 bis 40 %
Ausbreitung	zentripetal	zentrifugal „überspringend“
Verlauf	chron.-rezid. (+ fulminant)	chronisch
Entertung	+++	(+)
Lokal komplikationen	tox. Megakolon Blutung Perforation (frei)	Analfisteln + Fissuren Abd.-Fisteln + Abszesse
Syntropien	+++	++

Tabelle 2

Die *Operationsindikation* sollte zunächst die *Spontanprognose* berücksichtigen: Bei Erstmanifestationen ist in etwa 90 Prozent mit Remissionen, bei einer Mortalität von etwa zehn Prozent, zu rechnen, in der *Verlaufsprognose* mit einer Mortalität nach 20 Jahren sogar in 30 bis 40 Prozent. Daraus und aus den Verlaufsformen leiten sich nach Versagen der konservativen Therapie die Operationsindikationen ab: Bei *leichten* Formen (in etwa 60 Prozent) zunächst keine Operationsindikation, sie ist die Domäne der internistischen Behandlung; dagegen liegen bei *mittelschweren* Formen (in etwa 25 Prozent) elektive oder auch dringliche, bei *schweren* Verlaufsformen (in etwa 15 Prozent) absolute Operationsindikationen vor. Tabelle 3 weist näher darauf hin.

Colitis ulcerosa

Indikation zur Operation	
● Absolut	toxisches Megakolon therapieresistente Blutung Kolonperforation
● Dringlich	schwere Rezidivschübe, in vier bis fünf Tagen nicht zu beherrschen, zunehmende Inanition und Intoxikation
● Elektiv	fortschreitende Ausdehnung Verkürzung der Remissionen retardiertes Wachstum Berufsfähigung Karzinomprophylaxe

Tabelle 3

Im *Kindesalter* darf man folgende operative Indikationen empfehlen:

1. Akuter Schub mit lebensbedrohlichem Zustand, keine Besserung unter intensiver Behandlung innerhalb von vier bis fünf Tagen.
2. Invalidisierende Symptome, die trotz korrekter Therapie mehr als ein Jahr bestehen bleiben.
3. Teilinvalidisierung mit oder ohne Wachstumsstörungen (z. B. Pubertät) nach drei bis fünf Jahren.
4. Totale Kolitis nach zehn Jahren (Karzinomrisiko).

Die *Wehl des operativen Verfahrens* richtet sich nach dem Ausmaß der Erkrankung, nach klinischem Verlauf und individueller Operabilität des Kranken. Bei Totalbefall von Rektum und Kolon ist im allgemeinen die *Proktokolektomie* mit end-

ständigem Ileostoma die sicherste Methode zur Erzielung einer Heilung der Colitis ulcerosa. Eine *Kolon-Teilresektion* mit *Ileo-Rektostomie* stellt die Ausnahme dar. Dabei riskiert man nicht nur gefährliche Rezidivschübe, sondern später auch eine mögliche maligne Entartung. Beim toxischen Megakolon ist die primäre Proktokolektomie mit Ileostomie heute nicht mehr uneingeschränkt die Methode der Wahl. Seit 1971 ist konkurrierend das zweizeitige Verfahren nach *Turnbull* hinzuge treten: zunächst doppelläufige Ileostomie und Kolostomie an Colon transversum und gegebenenfalls auch Colon descendens, später Proktokolektomie. Bei 42 Patienten hatte *Turnbull* nach zunächst konservativer Therapie bis zu fünf Tagen nur einen Todesfall.

Mit einer *malignen Entartung* ist bekanntlich bei längerer Krankheitsdauer mit steigender Häufigkeit zu rechnen: Nach fünfjährigem Verlauf treten Karzinome fast nie, nach 25 Jahren aber in über 40 Prozent auf. In unserem Krankengut fanden wir unter 106 operierten Patienten dreizehnmal Kolitiskarzinome, d. h. in 12,2 Prozent, bei einer 44jährigen Patientin nach zwanzigjähriger Kolitisanamnese sogar ein dreifaches Adenokarzinom in Kolon und Rektum. Bei den in der Mehrzahl stark entdifferenzierten anaplastischen Karzinomen liegt ein hoher Malignitätsgrad vor. Kann man beim primären Kolonkarzinom eine durchschnittliche Fünf-Jahres-Überlebensrate von 50 bis 60 Prozent zugrunde legen, so beträgt sie beim Kolitiskarzinom unter 20 Prozent (*Bargen, 1960*).

So lange die *Karzinom-Frühdagnostik* bei der Colitis ulcerosa noch keine zufriedenstellende Treffsicherheit erbringen kann, gilt es sogar bei einzelnen Kranken, das Risiko einer *prophylaktischen Proktokolektomie* mit dem Entartungsrisiko des Kolitisdarmes sorgfältig abzuwägen. Im Sinne einer *Präventivindikation* ist unseres Erachtens die Operationsindikation zur Diskussion zu stellen bei einer Anamnese-dauer über zehn Jahre und bei Totalbefall von Kolon und Rektum.

Operationsverfahren und Ergebnisse:

Unsere Erfahrungen gründen sich auf 106 operierte Patienten: Zu-

meist in früheren Jahren wurde von uns zu wenig proktokolektomiert, zu häufig in verschleppten Stadien nur palliative Resektionen bzw. Eingriffe durchgeführt. Die günstigen Erfahrungen von *Aylett* in London mit der Kolektomie und ileorektalen Anastomose können wir, wie auch die meisten anderen Chirurgen, nicht bestätigen. Unsere gesamte Letalität betrug 25 Prozent. Die retrospektive Studie weist eindeutig darauf hin, daß die operative Indikation zu häufig zu spät gestellt wurde. Eine Verbesserung dieser Ergebnisse ist daher nur durch eine rechtzeitige chirurgische Behandlung zu erwirken, wobei wir nur mit der Proktokolektomie eine Heilung erzielen und dabei gleichzeitig eine gezielte Karzinomprophylaxe durchführen können. Dies beweisen auch unsere Ergebnisse in den letzten Jahren bei 48 Eingriffen im elektiven Stadium mit nur einem Todesfall.

Die *postoperative Morbidität*, nach fünf Jahren zehn bis fünfzehn Prozent, ist in erster Linie mit dem Ileostoma selbst in Zusammenhang zu bringen. Es kann daher nur immer wieder darauf hingewiesen werden, diesen delikaten Darmausgang sorgfältig anzulegen. Auch die Erfahrungen unserer Klinik mit der kontinenten Ileostomie nach *Kock* sind bisher sehr günstig. Dagegen liegen Erfahrungen mit einem Magnetverschluß bei Ileostomie bisher noch nicht vor.

Spätergebnisse nach Proktokolektomie beweisen, daß eine, mit einer gewissen Invaldisierung einhergehende, soziale Wiedereingliederung der Ileostomaträger in 80 bis 90 Prozent möglich und die Lebenserwartung der Patienten nicht nennenswert eingeschränkt ist. Ein internistischer 37jähriger Kollege, der im Februar 1960 mit einer ausgeprägten Colitis ulcerosa von Rektum und Kolon, nach auswärts zunächst angelegter Zökumfistel, in einem kachektischen Zustand verlegt und nach sechs Tagen proktokolektomiert wurde, erholte sich postoperativ rasch und sagte mir kürzlich: „Über 15 Jahre später bin ich berufsfähig; nach zunehmender Eingewöhnung und Selbstsicherheit war ein wesentlicher Verzicht auf allgemeine Lebensgenüsse erstaunlicherweise mit der Ileostomie nicht verbunden.“

Morbus Crohn

(Ileocolitis regionalis, Colitis granulomatosa)

Die diagnostische Abgrenzung des Morbus Crohn des Dickdarmes von der Colitis ulcerosa ist für Prognose, operative Indikation und Behandlung von besonderer Bedeutung. Dabei gilt es, Unterschiede in der Ausbreitungsart, im früheren und späteren Verlauf und bei lokalen Komplikationen zu beachten.

Wichtige *differentialdiagnostische* Unterscheidungsmerkmale sind in Tabelle 2 aufgeführt. Schon die einfache Rektoskopie kann erste Hinweise geben, da das Rektum bei der Colitis Crohn seltener befallen, die Colitis ulcerosa andererseits aber fast immer rektal manifestiert ist. Besondere Beachtung verdienen innere Fisteln und perianale Erkrankungen, die in Gegenwart einer abdominellen Symptomatik und bei Fehlen einer Rektumbeteiligung fast als pathognomonisch für eine Colitis Crohn anzusehen sind: Sie treten bei der Enterocolitis regionalis nach den Erfahrungen des St. Mark's Hospital in London in $\frac{1}{3}$ der Fälle bei Ileitis regionalis, aber in $\frac{2}{3}$ der Patienten mit totalem Kolon- und Rektum- bzw. distalem Rektum-Sigmabefall auf.

Besondere Beachtung verdient auch die augenblickliche Diskussion über das *Entartungsrisiko* des Darmes bei Morbus Crohn. Weedon und Mitarbeiter (1973) errechneten immerhin am Krankengut von 449 Patienten der Mayo-Clinic nach längeren Zeitintervallen bis zu 46 Jahren eine zwanzigmal größere Karzinomwahrscheinlichkeit beim Morbus Crohn des Kolons, verglichen mit der Normalbevölkerung.

Während bei der Diagnostik einer Ileitis regionalis bzw. Ileocolitis-Crohn allein schon die Röntgenuntersuchung Klarheit geben kann, ein Zökumkarzinom auch bei jüngeren Menschen allerdings stets auszuschließen ist, gewinnt bei der isolierten Erkrankung des Dickdarmes die endoskopisch-biopsische Untersuchung an Bedeutung. Mit Hilfe der Koloskopie und Biopsie von Mukosa und Submukosa ist heute eine histologische Diagnose auch am Kolon sicherer möglich.

Das *Verteilungsmuster* der Enterocolitis regionalis am Magen-Darm-

kanal wird im Schrifttum unterschiedlich angegeben. In großen Studien, z. B. von Goligher und Cooke von jeweils etwa 300 Patienten, war der Dünndarm zweimal häufiger befallen als Kolon und Rektum. In unserem Krankengut von 133 operierten Patienten war dagegen der Dünndarm in $\frac{2}{3}$ der Fälle isoliert erkrankt; 27mal waren Ileum mit Colon ascendens, sechsmal nur Kolon bzw. Rektum befallen (Abb. 1).

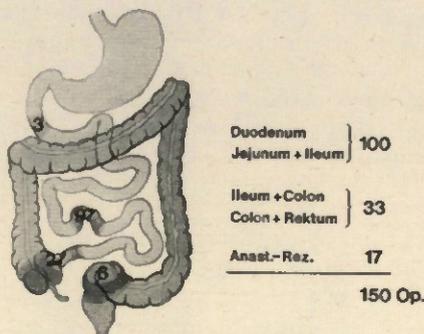


Abbildung 1
Enterocolitis regionalis
(n = 133 Patienten)

Die drei *klinischen Verlaufstformen* – akute, chronisch-unkomplizierte und chronisch-komplizierte Stadien – sind beim Morbus Crohn des Dün- und Dickdarmes unterschiedlich. Eine *akute Symptomatik* des Morbus Crohn, am terminalen Ileum unter der Fehldiagnose „Appendizitis“ häufig zu beobachten, ist an Kolon und Rektum, bis auf vereinzelte toxische Dilatationen, selten. Da der Crohn des Dickdarmes mehr Patienten in höherem Alter betrifft, sollte eine Indikation zur Darmresektion nicht zuletzt auch im Hinblick auf die *postoperative Rezidivquote* noch strenger gestellt werden. Im Krankengut von Goligher war die kumulative Rezidivrate bei Erkrankung des Dünndarmes doppelt so hoch als bei hauptsächlichem oder ausschließlichem Befall des Dickdarmes: Die Fünfjahresraten betragen 40 und 20 Prozent, die Zehnjahresraten 60 und 30 Prozent. Kürzliche Analysen, z. B. von Fahrländer und Shalev (1975), zeigen sogar schon drei Jahre nach primärer Resektion bei Enterokolitis regionalis in 60 Prozent Rezidive.

Die Zahl solcher Rezidive kann auch durch ausgedehntere Resektionen nicht reduziert werden; ja

selbst nach Proktokolektomie können spätere Rezidive am vorher nicht granulomatös entzündeten Dünndarm auftreten; nach Lockhart-Mummery in zehn Prozent. Steinberg und Mitarbeiter in Birmingham (1975) beobachteten unter 64 Colitis Crohn-Patienten nach Proktokolektomie und Ileostomie bei 25 Kranken nach über zehn Jahren ein Rezidiv am vorher nicht erkrankten Ileum. Lockhart-Mummery (1972) fand im Krankengut des St. Mark's Hospital in London eine Rezidivrate von 50 Prozent für die ileorektale Anastomose.

Aus diesen Erkenntnissen gilt es, bei der Behandlung der Enterocolitis regionalis-Crohn folgende Konsequenzen zu beachten:

1. Die *Operationsindikation* sollte erst nach Versagen einer konsequenten konservativen Therapie, im chronischen Stadium mit Komplikationen gestellt werden: also bei Stenosen oder Fisteln, bei schweren metabolischen Störungen bzw. bei einer Progredienz von schweren Allgemeinsymptomen.

2. Bei der *operativen Behandlung* der Ileocolitis-Crohn wird empfohlen, den Herd durch Resektion und End-zu-End-Anastomose als Ileoaszendostomie bzw. Ileotransversostomie zu eliminieren, verdickte Lymphknoten im benachbarten Mesenterium nach Möglichkeit mit zu entfernen. Das Resektionsausmaß sollte sich nach der sicht- und fühlbaren Befallgrenze orientieren und darf nicht zu ausgedehnt sein. Besonders bei multisegmentärem Befall im Dün- und Dickdarm gilt es, makroskopisch gesund erscheinende Resorptionsflächen zu erhalten sowie Blindsäcke und Strikturen zu vermeiden.

Unsere Erfahrungen mit der Enterocolitis regionalis gründen sich auf 150 Eingriffe bei 133 Patienten, wobei in 33 Fällen auch Kolon bzw. Rektum befallen waren (Tab. 4). Aus der Analyse der 150 Eingriffe geht hervor, daß im Gegensatz zur Colitis ulcerosa nur viermal eine Proktokolektomie erforderlich war und meist weniger radikale Operationsverfahren angewandt wurden. Die Letalitätsrate betrug neun Prozent. Bei 33 Eingriffen wegen Morbus Crohn des Kolons und Rektums mit 27 Kolon-Teilresektionen, verloren wir zwei Patienten.

Operationsverfahren bei 133 Patienten mit Enterocolitis regionalis (Morbus Crohn)

Operation	n	Letalität
Gastroenterostomie (± Vagotomie)	3	—
Dünndarm-Resektion	37	—
Rechtsseitige Kolon-Resektion (Ileozöko-, Ileaszendo-, Ileotransverso-, Ileodeszendostomie)	87	10
Protokolektomie	4	—
Anteriore Resektion	1	—
Probelaoperotomie	1	—
Anastomosens-Resektion	17	3
Gesamt	150	13 (9%)

Tabelle 4

Abschließend sei nochmals betont, daß die Enterocolitis regionalis-Crohn — eine Erkrankung unbekannter Ätiologie — nur mit einer unzureichenden Wahrscheinlichkeit chirurgisch zu heilen ist und daß sie stets einer internistischen, konsequenten Überwachung bedarf. Die *postoperative Rezidivquote*, nach zehn Jahren bis etwa 40 Prozent, ist weniger der Operationstechnik als vielmehr der Aktivität und Progredienz der primär schweren Verlaufsform des Morbus Crohn anzulasten. Jeder Entschluß zur chirurgischen Intervention bei der Enterocolitis regionalis sollte daher kritisch und in enger Kooperation mit einem erfahrenen Internisten abgewogen werden.

Die Divertikelerkrankung des Dickdarmes

Im Gegensatz zur Colitis ulcerosa et granulomatosa ist die Divertikulose Folge physiologischer Altersfalten des Kolons. Bis zu 40 Prozent aller Divertikelträger erleiden entzündliche Attacken, über die Hälfte entwickelt Komplikationen und nur zehn Prozent bleiben davon nach schweren Rezidivfällen völlig beschwerdefrei (Hollender, 1973; Colcock, 1975; u. a.).

Die Progredienz der Divertikuliserkrankung findet ihre Erklärung in neueren *pathophysiologischen Erkenntnissen*. Dabei kommt den inkompletten Dickdarmdivertikeln eine besondere Bedeutung zu. Es handelt sich um kleine, t-förmige Aus-

stülpungen der Dickdarmschleimhaut mit großer Entzündungsbereitschaft, in deren Folge es zur Ausbildung reaktiven Narbengewebes kommt. Die benachbarten Divertikelhäuse werden eingengt, es kommt zur Retention und konsekutiver Entzündung (Schumpelick und Koch, 1974). Die Divertikulose wird unter „Schrittmacherfunktion“ der inkompletten Divertikel zur progredienten Divertikulitis.

Zur Operationsindikation:

Absolute Indikationen bestehen bei akuten Komplikationen, wie freie Perforation, Ileus oder massive Blutung. Die Noteingriffe sind mit hohen Letalitätsraten von 25 bis 50 Prozent belastet (Rodgey und Welch, 1974, u. a.). *Dringliche* Indikationen sind bei gedeckter Perforation, Divertikulitistumor sowie bei inneren und äußeren Fisteln gegeben. Oft kann durch eine kurzfristige konservative Therapie (Eisblase, Nahrungskarenz usw.) eine bessere Ausgangsposition zur Operation erzielt werden.

Da auch bei optimaler, konservativer Therapie eine Divertikulitis nicht wieder zu einer Divertikulose restituiert werden kann, wurden in den letzten Jahren die hier aufgeführten Kriterien für eine elektive Indikation zur primären Resektion erstellt, vor allem bei Patienten unter 55 Jahren, da bei ihnen Frequenz und Intensität der Komplikationen zunehmen:

1. Rezidivierende Schmerzattacken mit Fieber und Leukozytose.
2. Rezidivierende Schmerzattacken mit Dysurie oder zunehmender Obstruktion.
3. Blutungsrezidiv bei Divertikeln.

Mit einer frühzeitigen Operation kann vielen Kranken eine leidvolle Anamnese und die Risiken einer gefährlichen Operation erspart werden. Für die nach diesen Kriterien erstellte *elektive Frühindikation* findet sich in der neueren Literatur eine Letalitätsrate von null bis drei Prozent.

Die *operative Verfahrenswahl* richtet sich nach Lokalbefund und Allgemeinzustand. Nach Möglichkeit ist die einzeitige Resektion ohne Kolostomie anzustreben; man sollte sie jedoch keinesfalls auf Kosten eines überhöhten Risikos erzwingen. Bei einem erhöhten Risiko we-

gen des örtlichen Befundes sollte die Anastomose durch einen Anus praeter transversalis entlastet werden. Bei Risiko-Patienten in komplizierten Stadien ist das *Schloftersche* dreizeitige Vorgehen mit zunächst kompletter Stuhlableitung durch Transversum-Kolostomie und örtlicher Drainage nach wie vor das risikoärmste Verfahren. Zu erwähnen ist die Operation nach Hartmann, die sich vor allem bei massiven Blutungen, die eine subtotale Kolektomie erfordern können, bewährt hat. Mit der von Reilly 1964 angegebenen Myotomie liegen bisher noch keine überzeugenden Ergebnisse vor.

Auf *Indikationen* und *Ergebnisse* unseres vergleichbaren Krankengutes der Chirurgischen Universitätsklinik Köln und München weist Abbildung 2 hin: Bei 163 Eingriffen

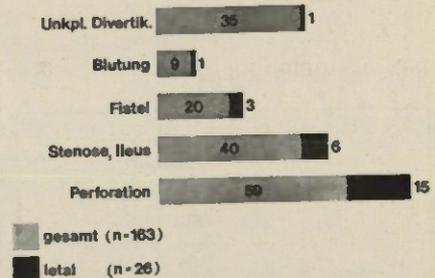


Abbildung 2
Indikationen bei Kolondivertikulitis

handelte es sich um 35 unkomplizierte und 128 komplizierte Divertikulitiden. Die Gesamtlealität betrug mit 26 Todesfällen 16 Prozent. Die Letalitätsrate war bei den unkomplizierten mit 2,9 Prozent gegenüber 20,3 Prozent der komplizierten Divertikulitiden signifikant niedriger. Die höchste Letalitätsrate lag bei der Gruppe der Perforationen, wo jeder vierte Patient verstarb. Dagegen hatten wir bei den letzten 46 in der Münchener Klinik durchgeführten primären Resektionen ohne Kolostomie nur einen Todesfall, also eine Letalität von 2,2 Prozent, meines Erachtens eine der entscheidenden Voraussetzungen für die Forderung nach frühzeitiger Resektion.

Ausführliches Literaturverzeichnis kann beim Verfasser angefordert werden.

Anschrift des Verfassers:
Professor Dr. med. G. Heberer, Direktor der Chirurgischen Klinik der Universität München, 8000 München 2, Nußbaumstraße 20

Zur sozialen und hereditären Prognose intrakranieller Hämorrhagien*

von Hans H. Wieck

Einleitung

Nach der Lokalisation der intrakraniellen Blutungen lassen sich Intrazerebrale, leptomeningeale sowie sub- und epidurale Hämorrhagien unterscheiden. Intrazerebrale sowie sub- und epidurale Blutungen wirken sich raumfordernd aus; bei rascher Entwicklung kommt es zu lebensbedrohlichen Zuständen. Die durch intrazerebrale Hämatom hervorgerufene Gewebszerstörung bedingt überdies eine ungünstige Prognose (Tab. 1).

Intrakranielle Blutungen

	(Wichtige Ursechen)
Intrazerebral	(hypertonische Massenblutungen)
leptomeningeal	(Aneurysmablutungen)
sub- und epidural	(traumatische Hämatom)

Tabelle 1

Der Subarachnoidalblutung kommt dagegen als solcher eine weniger negative prognostische Valenz zu; hier wird das weitere Schicksal des Kranken weitgehend vom zugrunde liegenden Prozeß bestimmt. Dieser trägt zur Prognose der sub- und epiduralen Blutungen bei, weniger ausgeprägt zur Prognose der intrazerebralen Hämorrhagien (Tab. 2).

In der nosologischen Betrachtung müssen einmal interne Grundprozesse mit zerebraler Symptomatik — hier vor allem die Hypertonie — aufgeführt werden. Entzündliche Erkrankungen der Hirngefäße, so die Endangiitis obliterans, die Polyarteriitis nodosa, aber auch Hirnvenen- und Sinusthrombosen sowie Blutkrankheiten treten der Häufigkeit nach deutlich zurück. Ferner sind

Blutungen infolge einer Behandlung mit Antikoagulantien zu nennen.

Unter den primären Hirnprozessen sollen uns hier nur die sackförmigen Aneurysmen beschäftigen. Hinsichtlich der traumatischen Hämatom darf darauf hingewiesen werden, daß die Letalität des epiduralen Hämatoms in den letzten Jahren von rund 48 Prozent auf elf Prozent gesenkt werden konnte, wie W. Schiefer dargelegt hat.

Die zahlreichen zugrunde liegenden Prozesse und ihre gemeinsame pathogenetische Endstrecke — die Hämorrhagien — bilden ein weitläufiges und zudem unübersichtliches Gebiet, zumal wenn es heißt, den prognostischen Maßstab anzulegen. Wir müssen uns in diesem kurzen Referat auf wesentliche Tatsachen beschränken und möchten die beiden häufigsten Zustände, die intrazerebrale Massenblutung und die Subarachnoidalblutung, abhandeln. Hypertonische Massenblutungen bilden die schwerste Form des zerebralen Gefäßprozesses und zugleich deren häufigste Todesursache. Die Aneurysmaruptur weist ebenfalls eine hohe Mortalität auf. Durch die Erfolge der Intensivthe-

rapie, die Verbesserung operativer und diagnostischer Maßnahmen sowie durch die Bemühungen der Rehabilitation läßt sich gegenwärtig eine entscheidende Wende erkennen. So ist es auch als ein gutes Zeichen zu werten, daß auf diesem Symposium die prognostische Saat mit diesem ersten Beitrag nicht in einen therapeutisch gut beacherten Boden, sondern in das karge Feld der zerebralen Hämorrhagien einzubringen ist. Dabei sind sämtliche Probleme der Prognose — auch die Fragen der Letalität und der Restzustände — zu berücksichtigen, wenn man die soziale Prognose der intrakraniellen Blutungen angemessen darstellen will.

A. Intrazerebrale Massenblutungen

1. Zur Herkunft der Massenblutungen:

Das ätiologische Spektrum zerebraler Massenblutungen — ohne Hirntraumen — ist weit gefächert. Die Angaben über die Häufigkeit der zugrunde liegenden Prozesse weichen stark voneinander ab.

Aus der Tabelle 3, die in Anlehnung an H. W. Pie zusammengestellt wurde, geht hervor, daß die Häufigkeit der nosologischen Einheiten von der jeweiligen Disziplin des Autors abhängig ist. Bei der Autopsie überwiegen die hypertensiven Massenblutungen mit 75 Prozent, während der Hirnchirurg vorwiegend intrakranielle Hämatom (65 Prozent) beobachtet. In neurologischen und in internen Kliniken nimmt die Häufigkeitsverteilung eine Mittelstellung ein.

2. Hypertensiven Massenblutungen:

Sie werden in der Regel durch die Ruptur eines einzigen Gefäßes — meist der Arteria lenticulo-striata (80 Prozent) verursacht.

Die Häufigkeit unter den zerebralen Gefäßprozessen wird in der Literatur sehr unterschiedlich angegeben.

A. Interne Grundprozesse mit zerebraler Symptomatik

Hypertonie (Hirnerteriosklerose)
Entzündliche Erkrankungen der Hirngefäße

so: Mykotische Arteriitis
Endangiitis obliterans
Polyarteriitis nodosa
Hirnvenen- und Sinusthrombosen
Andere Leiden, so Blutkrankheiten
Folgen der Behandlung mit Antikoagulantien

B. Primäre Hirnprozesse

Sackförmige Aneurysmen
Angiome
Hirntumoren
Schädel-Hirn-Traumata

Tabelle 2

*) Vortrag anlässlich des 10. Veldener Symposiums am 7. Mai 1975.

Herkunft intrazerebraler Massenblutungen¹⁾

	Autopsie ²⁾	Klinik ²⁾	Neurochirurgie ³⁾
Interne Grundprozesse	85,3 %	58 %	35 %
Hypertonia	75 %	47 %	26 %
Anderer Gefäßkrankheiten	2,5 %	0,5 %	1 %
Blutkrankheiten	6 %	2 %	2 %
andere / unbekannt	1,8 %	8,5 %	6 %
Intrazerebrale Erkrankungen	14,7 %	42 %	65 %
Aneurysmen	9 %	22 %	19 %
Angiome	3,5 %	19 %	35 %
Tumoren	2,2 %	1 %	11 %

¹⁾ nach H. W. Pla

²⁾ Sammelstatistiken

³⁾ Beobachtungen von H. W. Pla

Taballe 3

Hohe Zahlen werden erreicht, wenn eine enge Selektion vorgenommen wird, wie etwa durch die Beschränkung auf autoptische Fälle oder auf schlagartig einsetzende vorwiegend neurologische Manifestationen. Werden dagegen sämtliche Gefäßprozesse einbezogen, so verringert sich der Anteil an Massenblutungen. Nach unseren Auszählungen beträgt er nur etwa 6 Prozent.

Eine *hereditäre Prognose* läßt sich nicht für die hypertonische Massenblutung stellen; sie ist allenfalls für das Grundleiden möglich. Bei der *essentiellen Hypertonie* besteht wahrscheinlich eine erbbedingte Disposition — dafür sprechen familiäre Häufung und die Ergebnisse der Zwillingsforschung —, ohne daß im einzelnen bekannt ist, wie sich die genetischen Bedingungen auswirken. Schon bei der essentiellen Hypertonie, vor allem aber bei andersartigen Formen des Hochdruckleidens, kommt den Risikofaktoren eine größere pathogenetische Bedeutung zu, die auch therapeutische Maßnahmen ermöglichen.

3. Zur spontanen, nicht-hypertonischen Massenblutung:

Ihre klinische Stellung hat kürzlich W. Schiefer zusammenfassend dargestellt; meist wird sie — auch in Sammelstatistiken — nicht genügend beachtet. Die Prognose dieser Erkrankung, die meist jüngere Personen betrifft, ist durchweg günstiger als die der hypertonischen Massenblutung. Oft läßt sich die eigentliche Ursache nicht aufdecken; angeschuldigt werden Teleangiectasien, Kapillarvarizen und kleinere arteriovenöse Rankenangiome (Mikroangiome).

4. Zur Gesamtmortalität der Massenblutung:

Hierüber liegen noch keine verbindlichen Angaben in der Literatur vor. Neben der Massenblutung müssen mittelgroße Hämatomate, die vorwiegend an der Grenze von Marklager und Rinde gelegen sind, ebenso gewürdigt werden, wie die kleineren *Kugelblutungen* (Miniaturapoplexien). Sie werden oft nicht als Hämorrhagien erkannt und eher unter den Enzephalomalazien geführt. Die Unterscheidung ist besonders gegenüber den hämorrhagischen Erweichungen schwierig. Faßt man die eigenen Erfahrungen und die Angaben der Literatur zusammen, so läßt sich allgemein sagen, daß die Letalität sehr hoch ist. Nach N. Mutlu und Mitarbeitern starben rund zwei Drittel der Patienten innerhalb der ersten drei Tage.

Im einzelnen wird die *Prognose* vor allem von der Lokalisation, von der Größe und den sekundären Prozessen bestimmt. — Über die *Lokalisation* der hypertonischen und der spontanen, nicht-hypertonischen Massenblutung gibt eine Zusammenstellung von S. H. Johansson Aufschluß. Lappenblutungen weisen in 78 Prozent einen günstigeren *subakuten* Verlauf auf, während Blutungen im Stammganglienbereich in 94 Prozent einen ungünstigen *akuten* Verlauf nehmen. Der Ventrikeleinbruch wird übereinstimmend als die häufigste Todesursache angegeben. Nach E. Freytag brechen 70 Prozent der Stammganglienblutungen, jedoch nur 40 Prozent der Lappenblutungen in die Hirnkammern ein. Spontane nicht-hypertonische Massenblutungen führen eher zu den prognostisch günstigeren Lappenblutungen (in 42 Prozent

der Fälle) — sie müssen operativ entleert werden — als hypertonische Massenblutungen, die sich nur in 17 Prozent im Bereich der Hirnlappen manifestieren. — Besonders gefährlich sind *infratentorielle Blutungen*.

5. Zur sozialen Prognose:

Das gesamte prognostische Feld einschließlich der Resozialisierungsergebnisse hat A. Richardson abgesteckt. Insgesamt überlebten von 296 Kranken immerhin 157 (53 Prozent). Dabei ist allerdings zu bedenken, daß die Hälfte der Fälle nicht-hypertonische Blutungen mit der günstigeren Prognose als die hypertonischen Hämorrhagien betraf. 110 Patienten wurden auf ihre Arbeitsfähigkeit hin beurteilt. Nur acht Kranke blieben arbeitsunfähig (7,3 Prozent), während immerhin 55 Patienten (50 Prozent) voll arbeitsfähig waren.

Die *soziale Prognose* hängt einmal davon ab, wie schnell sich die Funktionspsychose und die reversiblen neurologischen Ausfallserscheinungen wieder zurückbilden. Besserungen sind in den ersten beiden Jahren zu erwarten. Danach folgt meist nur noch eine geringgradige Rückbildung sowie eine weitere Gewöhnung des Patienten an seine Umwelt. Veränderungen, die nach Ablauf des dritten Krankheitsjahres verbleiben, sind so gut wie immer als irreversible psychopathologische Defektsyndrome und bleibende neurologische Ausfallserscheinungen aufzufassen. Die weitere soziale Prognose hängt dann von der *Schwere des Defektsyndroms* und überdies davon ab, wie weit das *Rehabilitationspotential* durch die Therapie ausgeschöpft wurde. *Restzustände* nach Hirnblutungen bieten nämlich gegenüber den Defekten infolge Enzephalomalazien keine Besonderheiten.

Mit Rückfällen infolge des Grundprozesses oder mit Verschlechterungen durch Begleitkrankheiten ist zu rechnen. Trotzdem ist man im Interesse des Behinderten nicht berechtigt, Anstrengungen der Rehabilitation deswegen zu unterlassen, weil irgendwann einmal Rezidive den Rehabilitationserfolg zunichte machen können, wie H. Wahle mit Recht ausführt.

Die *Funktionstherapie* als Vorbereitung zur Rehabilitation sollte so früh

wie möglich einsetzen. J. Böger hat einen für die Praxis brauchbaren Wochenplan aufgestellt, der vorwiegend für Enzephalomalazien, aber auch für Patienten mit einer Hirnblutung gilt. Der Zustand nach einer Massenblutung erfordert allerdings ein späteres Einsetzen der einzelnen funktionstherapeutischen Maßnahmen als bei Enzephalomalazien. Pflege, Lagerung, Massagen und aktive krenkengymnastische Übungen sind u. a. vorzusehen.

B. Suberechnoidelblutung

Sackförmige Aneurysmen

Vor ganz anderen prognostischen Fragen als die Massenblutung stellen uns die Subarachnoidalblutung sowie die sackförmigen Aneurysmen der Hirngefäße. Sehr viel mehr als bei den Massenblutungen ist das gesamte prognostische Feld mit dem Problem der Operationsindikation durchsetzt. Darauf kann hier nicht eingegangen werden.

1. Herkunft der Subarachnoidalblutung:

Aus einer großangelegten Studie von zwanzig anglo-amerikanischen Universitätskliniken, die im Jahre 1966 vorgelegt wurde, ergibt sich, daß in rund der Hälfte aller Fälle als Blutungsquelle ein Aneurysma zugrunde lag. Bei den übrigen Kran-

ken handelte es sich um Angiome, intrazerebrale Blutungen, Blutkrankheiten, Avitaminosen sowie weitere Ursachen.

2. Zur hereditären Prognose:

Bei Sektionen findet man zerebrale Aneurysmen in 0,5 bis 2 Prozent der Fälle. Rund die Hälfte der Kranken bleiben bei Lebzeiten ohne klinische Manifestationen. Systematische autopsische Untersuchungen ergeben einen viel höheren Satz; so O. Busse zehn Prozent. O. Hessler, der auch Mikroaneurysmen hinzuzählte, kam sogar auf 17 Prozent. Obwohl sich die Aneurysmen oft aus einer kongenitalen Arterienwandschwäche entwickeln, sind Angaben über die Heredität spärlich, wie G. Koch aufgrund systematischer Literaturstudien hervorhob. Auch Untersuchungen über das gemeinsame familiäre Vorkommen von Aneurysmen und Zystenarterien haben bisher zu wenig Licht in die Erbbiologie der Aneurysmen hineingetragen.

Nach W. Bleckwood und Mitarbeitern sterben an der ersten Subarachnoidalblutung innerhalb von zwei Wochen 28 Prozent, 15 Prozent erleiden eine erneute Blutung innerhalb von sechs Wochen und 12 Prozent nach Ablauf von sechs Monaten oder mehr. 43 Prozent der Patienten überlebten die erste Blutung ohne Auftreten einer zweiten. Zu ähnlichen Zahlen kommen H. Kreyen-

bühl und M. G. Yesargil. Die Mortalität der Rezidivblutungen beträgt nach diesen Autoren 40 bis 45 Prozent. Die Prognose der Subarachnoidalblutungen ohne angiographischen Nachweis ist wesentlich günstiger.

4. Zur sozialen Prognose:

Wenn man die Ergebnisse operativ behandelter Aneurysmen nach der Literatur überblickt, so ergibt sich, daß ein Großteil der Patienten wieder erbeitsfähig wird. Die Angaben schwanken von 48 Prozent bis 96,2 Prozent, sie liegen meist über 75 Prozent.

K. Voigt machte kürzlich auf Folgezustände der Subarachnoidalblutung aufmerksam, die bisher zu wenig beachtet wurden. R. G. Galere und T. Greitz fanden nämlich in 34 Prozent der Kranken mit einer subarachnoidalen Blutung eine Ventrikelverweiterung; in 19 Prozent stellten sich später neurologische Ausfallserscheinungen ein.

Welche Bedeutung diese Ausfallserscheinungen für die soziale Prognose haben, wird zu untersuchen sein.

Literatur beim Verfasser

Anschrift des Verfassers:

Professor Dr. Hens H. Wieck, Direktor der Universitäts-Nervenklinik, B520 Erlangen, Schwebachanlage 10

Beratung bei der Niederlassung

Wenden Sie sich bei allen Fragen, die mit Ihrer Niederlassung zusammenhängen, an die für Ihren gewünschten Tätigkeitsbereich zuständige Bezirksstelle der Kassenärztlichen Vereinigung Bayerns. Sie erhalten dort Beratung in allen Fragen der Ortswahl, Kessenzulassung, Finanzierung von Praxiseinrichtung und Grunderwerb, insbesondere im Rahmen des erweiterten Bayern-Programmes.

Bezirksstellen:

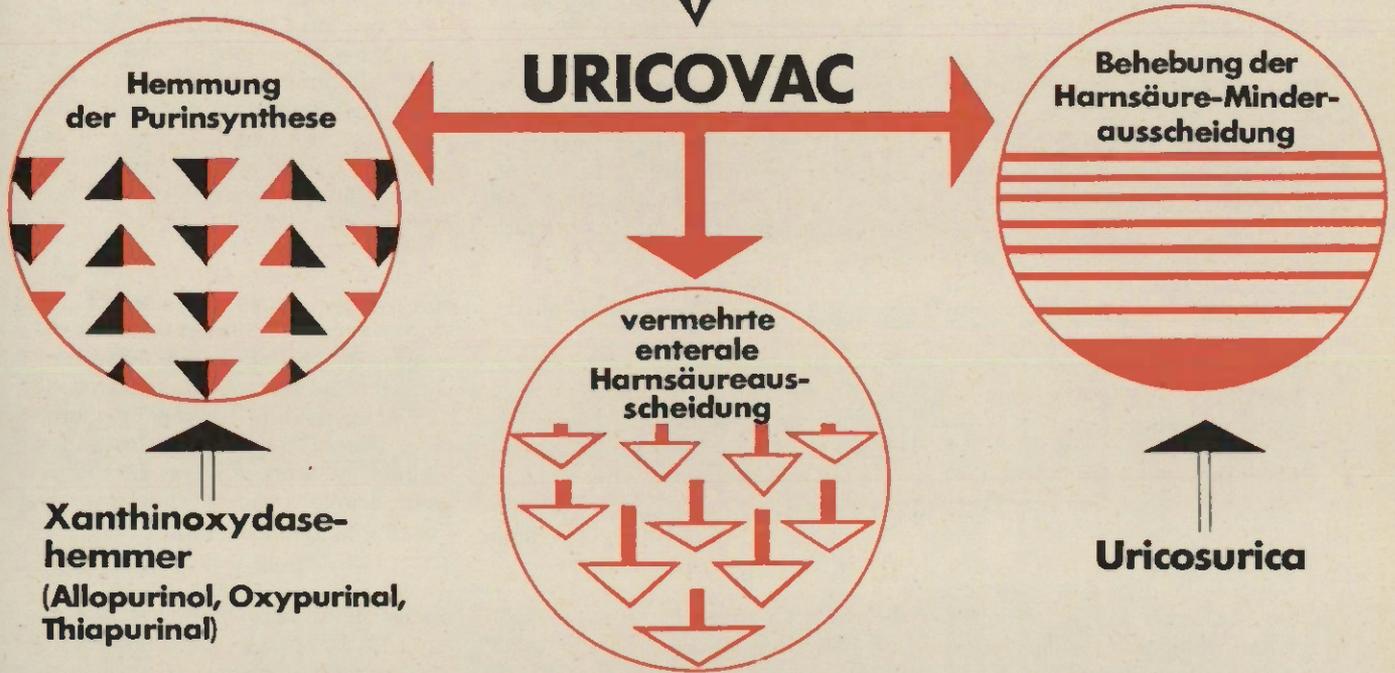
München Stadt und Land	8000 München 2	Briener Straße 23	(0 89) 55 83 51
Oberbayern	8000 München 80	Mühlbaurestraße 16	(0 89) 41 47 - 1
Oberfranken	8580 Bayreuth	Bürgerreuther Straße 7 a	(09 21) 2 30 32
Mittelfranken	8500 Nürnberg	Vogelsgarten 6	(09 11) 4 96 21
Unterfranken	8700 Würzburg	Hofstraße 5	(09 31) 5 03 03
Oberpfalz	8400 Regensburg	Lendshuter Straße 49	(09 41) 7 50 71
Niederbayern	8440 Streubing	Lilienstraße 5-7	(0 94 21) 70 53
Schwaben	8900 Augsburg	Frohsinnstraße 2	(08 21) 31 30 31

Der Vorsitzende des Hartmannbundes, Landesverband Bayern, führt in der Geschäftsstelle im Ärztehaus Bayern persönliche Beratungen für niederlassungswillige Kollegen in folgenden Fragen durch: Praxisform und -organisation, Raumplanung, Personalplanung, Praxisrationalisierung, Finanzierung, unabhängig vom erweiterten Bayern-Programm, Versicherungen, Vertretungsgestaltung bei Praxisübernahme, Mietvertrag, Gruppenpraxis usw. Terminvereinbarung durch Geschäftsstelle des Landesverbandes Bayern des Hartmannbundes, 8000 München 80, Mühlbaurestraße 16, Telefon (0 89) 47 69 10 oder 47 84 88.

die „Nur-einmal-täglich-Tablette“

URICOVAC®

Benzbromaronum



Neueste Forschungsergebnisse über Uricovac beweisen:

1. Behebung der Harnsäure-Minderausscheidung durch Steigerung der Harnsäureclearance.
2. Hemmung der Purinsynthese durch Hemmung der PRPP-Synthetase und Aktivierung der Purin-Phosphoribosyltransferasen.
3. Steigerung der enteralen Harnsäureausscheidung.

„Dieser 3-foche Angriffspunkt von Benzbromaron erklärt die massive und rasche Senkung des Serumharnsäurespiegels und Entleerung des austauschbaren Harnsäurepools, die mit anderen in der Gichttherapie verwendeten Medikamenten nicht erreicht werden“.

[M.M. Müller et al., Therapiewoche 25 (1975) 514]

Zusammensetzung: 1 Tablette Uricovac enthält 100 mg Benzbromaron.

Anwendungsgebiete: Hyperurikämie jeder Genese.

Dosierung: Falls vom Arzt nicht anders verordnet, 1 Tablette tgl. (am besten nach einer Mahlzeit).

Unverträglichkeiten und Risiken: Das Präparat soll nicht angewendet werden bei mittelschwerer bis schwerer Niereninsuffizienz (Patienten, deren glomeruläre Filtrationsrate weniger als 20 ml/min. beträgt).

Obwohl Uricovac in ausgedehnten Tierversuchen keinerlei teratogene Wirkung gezeigt hat, sollte das Präparat aus Vorsichtsgründen bei bestehender Schwangerschaft nicht verabreicht werden.

Grundsätzlich soll der Hyperurikämiker, insbesondere zu Beginn der Behandlung, mindestens 1,5 bis 2 Liter Flüssigkeit pro Tag zu sich nehmen. Bei Steindiarthese empfiehlt sich die Einstellung des Urins auf den annähernd neutralen Bereich von pH 6,4–6,8 speziell bis zur Normalisierung

der Serumharnsäurewerte. Darreichungsformen und Packungsgrößen: 30 Tabletten zu je 100 mg = 1 Monatspackung DM 29,- einschließlich MwSt., 90 Tabletten DM 78,- einschließlich MwSt., AP mit 300 Tabletten.



LABAZ GmbH
Pharmazeutische Präparate
4 Düsseldorf

Der trivalente Harnsäuresenker

Druckverhältnisse in modernen Passagierflugzeugen und sich daraus ergebende Folgen für den Transport Erkrankter

von F. Frühwein

Fragen, die die Druckverhältnisse in modernen Passagierflugzeugen und die sich daraus ergebenden Folgen für den Transport Erkrankter betreffen, werden häufig zur Entscheidung dem zuständigen Fluggesellschaftsarzt vorgelegt. Dabei hat man den Eindruck, daß auch ärztlicherseits kaum Kenntnis über die in den Kabinen moderner Passagierflugzeuge (Düsenjets) während des Fluges herrschenden Druckverhältnisse und der sich daraus für den Erkrankten ergebenden Folgen vorliegt.

Deshalb sei mir gestattet, in aller Kürze sowohl die Druckverhältnisse während des Fluges zu erläutern, als auch kurz auf die wesentlichen Erkrankungen hinzuweisen, die davon beeinflusst werden und der Berücksichtigung bedürfen.

1. Bei Fernflügen, die Kontinente verbindenden Flüge (Interkontinental-Flüge), die sich in Höhen zwischen 10 000 und 13 000 m abspielen, wird der Innendruck in der Kabine höchstens auf einen Druck eingestellt, der dem auf 2500 m über dem Meeresspiegel herrschenden entspricht. Dieser Innendruck wird relativ langsam vom Flugingenieur nach Beginn des Startvorganges für die Kabine geregelt und ebenso langsam wieder beim Landevorgang dem Druck des anzufliegenden Flughafens angepaßt. Nur in Katastrophenfällen oder beim Anfliegen von über 2500 m hoch gelegenen Flughäfen wird dieser maximale Druckwert überschritten bzw. besser ausgedrückt, der Innendruck in der Kabine noch weiter verringert.

2. Bei Flügen innerhalb eines Kontinentes, die im allgemeinen unter 1000 km Entfernung betragen und sich in Flughöhen zwischen 5000 bis 7000 m abspielen, wird die Kabine auf einen Druck eingestellt, der etwa 1500 m Meereshöhe entspricht. Es ist aber durchaus möglich, daß der Flugingenieur während des ganzen Fluges den Innendruck in der Ka-

bine auf der Höhe des dem Abflughafens entsprechenden beläßt und nur eine Landekorrektur vornimmt, so daß dann der Innendruck, was er selbstverständlich spätestens beim Öffnen der Kabinentüren immer muß, dem auf dem angeflogenen Flughafen herrschenden entspricht.

Daraus folgert, daß es ebenso falsch ist, anzunehmen, daß in modernen Düsenflugzeugen, die ja, wie man immer wieder zu hören bekommt, „doch Druckkabinen haben“, bei Langstreckenflügen ein „normaler Druck“ herrscht, wie anzunehmen, daß auf Kurzstreckenflügen dies verläßlich immer der Fall sein müßte.

Bevor ich im einzelnen auf die sich daraus für den behandelnden Arzt, letztlich für den für die Genehmigung des Fluges erkrankter Passagiere zuständigen Arzt, bei Erkrankungen sich ergebenden Maßnahmen eingehe, darf ich noch einige Bemerkungen vorausschicken:

Selbstverständlich wäre zur exakten Beurteilung der Flugfähigkeit eines Erkrankten häufig die genaue Kenntnis des gesamten Krankheitsbildes nötig, wozu eigentlich am besten der behandelnde Arzt in der Lage wäre. Das aber würde wiederum voraussetzen, daß er über die Bestimmungen zum Transport Erkrankter der einzelnen Fluggesellschaften, die zwar im wesentlichen alle gleich sind und den Empfehlungen der IATA (International Air Transport Association) entsprechen, voll informiert wäre. Da eine derartige Spezialisierung bei der geringen Zahl der auftretenden Fälle nicht möglich sein kann, ist eine vertrauensvolle Zusammenarbeit zwischen behandelndem Arzt und Fluggesellschaftsarzt zur Lösung auftretender Flugreiseprobleme zum Wohle des Patienten oft wünschenswert und zweckmäßig.

Wir werden also einem Erkrankten/Patienten die Genehmigung für einen Flug in einer Linienmaschine

nicht erteilen können bzw. ihm von dem Flug abraten müssen, wenn er dadurch Schaden an seiner Gesundheit oder gar Leben nehmen würde. An erster Stelle steht also die rein ärztliche Überlegung. Dieses Abraten oder diese Ablehnung muß auch dann erfolgen, wenn damit erhebliche Schwierigkeiten für den Betroffenen verbunden sind. Selbst dadurch auftretende menschliche Tragödien dürfen uns in unserer Entscheidung, auch auf die Gefahr hin, mißverstanden zu werden, nicht beeinflussen.

Nun im einzelnen zur kurzen Besprechung der für die Erteilung einer Flugerlaubnis wichtigen Imponderabilien: Bei herzkranken Patienten wird die Schwere des Zustandbildes entscheidend für die Erteilung einer Flugerlaubnis sein. Im allgemeinen werden wir die Erlaubnis nicht erteilen können bei dekompensierten Zuständen und nicht bei schweren Angina pectoris-Anfällen. So wird auch nach einem überstandenen Herzinfarkt mehr der Ausfall eines EKGs und die dem behandelnden Arzt bekannte mehr oder minder gute Rehabilitation für eine Entscheidung bedeutsamer sein als eine exakte, zeitliche Bestimmung seitens der Fluggesellschaften. So könnte unter Umständen schon sechs Wochen nach einem überstandenen Herzinfarkt bei gutem Befinden (EKG!) schon wieder Flugfähigkeit bestehen, während es nach den allgemeinen Bestimmungen der IATA heißt: sechs Monate nach klinisch ausgeheiltem Herzinfarkt, wobei es z. B. aufgrund der schlechten Rehabilitation nicht unbedingt möglich sein muß, zu diesem Zeitpunkt schon flugfähig zu sein. Grundsätzlich bedeutet ein Herzschrittmacher kein Flughindernis (Vorsicht beim Durchschreiten der heute an fast allen Flughäfen vorhandenen elektronischen Sicherheitsbarrieren!).

Beim Vorliegen einer erheblichen Hypertonie kann man für die Beurteilung nur recht vage Richtlinien

aufstellen, die individuell sehr verschieden sein können. Auch hier wären die Kenntnisse des Hausarztes sehr wünschenswert (Alter des Patienten – Dauer – Ursache der Hypertonie usw.) Vorliegende systolische Werte über 200 und diastolische über 120 sollten zumindest zu ernstlichen medizinischen Überlegungen Anlaß geben.

Nach einem durchgemachten apoplektischen Insult wird es zur Beurteilung der Flugfähigkeit mehr auf die Kenntnis der Ursache und des Verlaufes usw. ankommen, als daß eine genaue zeitliche Festlegung der frühest möglichen Flugfähigkeit erfolgen könnte.

Ich glaube, es ist ein guter praktischer Rat, wenn ich sagen würde,

man soll bei schwierigen Entscheidungen sich überlegen, ob man einem Patienten von einem Besuch der Zugspitze dringend abraten müsse oder nicht, und sollte diese Entscheidung dann auf die fragliche Flugfähigkeit übertragen, soweit es sich um Entscheidungen unter Berücksichtigung der Druckverhältnisse allein handelt.

Lungenerkrankungen schwerer Art, etwa schweres Lungenemphysem oder aktive Lungentuberkulose, sind Ausschlußgründe. Ein Flug mit einem therapeutischen Pneumothorax kann nach entsprechender Vorbereitung (Reduktion) eventuell möglich sein, wenn nicht das vorliegende Grundleiden den Flug verbietet. Ein ausgeheilter Spontanpneumothorax bedeutet kein Hin-

dernis, soweit er nicht zu Rezidiven aus nichtigen Anlässen neigt. Asthma bronchiale ist normalerweise kein Flughindernis.

Epileptiker sollten im allgemeinen nicht fliegen, da durch den Druckunterschied ein Anfall ausgelöst werden könnte. Hier sollte der behandelnde Neurologe in dringenden Fällen zu Rate gezogen werden. – Dasselbe gilt für alle Geisteskrankheiten.

Bei Frischoperierten bestehen normalerweise keine Bedenken gegen den Antritt einer Flugreise. Aber auch hier sollte man immer ins Auge fassen, welchen Beanspruchungen durch den Druckunterschied bei nicht direkt mit der Außenwelt in Verbindung stehenden Körperhö-

„die ÖTV teilt mit“ (I)

Forderungen der Gewerkschaft ÖTV zu dringenden Reformen im Gesundheitswesen

Berlin, den 20. Mai 1975

Die Gewerkschaft ÖTV tritt entschieden dafür ein, endlich die erforderlichen Reformen im Gesundheitswesen einzuleiten. Sie fordert den Staat und die Ärzteschaft auf, sie dabei zu unterstützen. Die Standesfunktionäre der deutschen Ärzteschaft tragen ein hohes Maß an Verantwortung in den nicht mehr zu leugnenden Mißständen im Gesundheitswesen. Die falsche, doch ständige Behauptung der Standesfunktionäre, das deutsche Gesundheitswesen sei das beste der Welt, schadet den Patienten, schadet aber auch dem Ansehen der Ärzte.

Wie hilflos die Kassenärztlichen Vereinigungen den drängenden Gesundheitsproblemen gegenüberstehen, zeigt sich auch darin, daß unter Hinweis auf falsche Lebensweise und Konsumverhalten die Schuld an seiner Krankheit dem Patienten selbst zugeschoben wird.

Die Gewerkschaft ÖTV hält folgende Maßnahmen für erforderlich:

1. Die Patienten endlich aus der Zwangsjecke des ambulanten Behandlungsmonopols der niedergelassenen Ärzte zu befreien.
2. Die Einführung der prä- und poststationären Versorgung. Eine Verkürzung der Verweildauer der Patienten im Krankenhaus kann dadurch erreicht werden.
Dazu gehört aber auch eine Krankenhausbedarfsplanung (Bettenplanung), die nicht mit ungesicherten Statistiken operiert, sondern nach wissenschaftlich überprüfbaren Kriterien erstellt wird.
3. Ein Berufsgrundbildungsjahr für alle nichtärztlichen medizinischen Berufe. Voraussetzung soll der erfolgreiche Abschluß des zehnten Schuljahres sein. Gege-

benenfalls soll der Abschluß durch Förderungsmaßnahmen nachvollzogen werden können.

Ziel dieser Forderung ist eine bessere Berufsfindung und Erreichung einer Durchlässigkeit zwischen den einzelnen Ausbildungsgängen.

Gleichzeitig muß durch ständige Weiterqualifizierung der Zugang zum Hochschulstudium erreichbar gemacht werden.

4. Aufhebung der Zwangsmitgliedschaft in der Ärzte-, Apotheken-, Tierärzte- und Zahnärztekammer.
5. Zur Verbesserung der Situation, die durch mangelnde Wissenschaftlichkeit und Information, ein Arzneimittelüberangebot und überhöhte Arzneimittelpreise gekennzeichnet ist, im wesentlichen:
 - Bereinigung des Arzneimittelmarktes von unwirksamen, gesundheitsschädigenden und überflüssigen Präparaten,
 - Verbot der Werbung,
 - Wissenschaftliche Information,
 - Preissenkungen, preisvergleichende Listen, Offenlegung der Kalkulation,
 - Überwachung des Arzneimittelmarktes.

Diese wichtigen Voraussetzungen für eine bessere Arzneimittelversorgung werden durch den Entwurf eines neuen Arzneimittelgesetzes durch die Bundesregierung nicht gesichert.

ÖTV - Bezirksverwaltung
Hauptabteilung Gesundheitswesen
Bodo Fast

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 leistungs- 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, Coxarthrose, 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 gastro-intestinalen 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

len eine frisch angelegte Naht ausgesetzt ist (Zeitpunkt der Flugfähigkeit nach Operationen).

Schwere, vielleicht unheilbare Krankheiten erfordern eine genaue, individuelle Beurteilung, die nur bei Kenntnis des gesamten Krankheitsbildes möglich sein kann. Es könnte z. B. durch die auftretenden Druckunterschiede zu Spontanblutungen kommen (Leukämie, Magenkarzinom usw.). Der Allgemeinzustand kann schon so desolat sein, daß allein schon die durch den Druckunterschied hervorgerufene Kreislaufbelastung (wozu unter Umständen noch die Aufregung des Fluges hinzuzurechnen ist) zur Katastrophe führen kann. Die gleichzeitig häufig bestehende Anämie führt zu Sauerstoffmangelercheinungen, die nicht kompensierbar sind. So sind grundsätzlich vom Flug auszuschließen Anämien unter 60 Prozent Hämoglobin und unter drei Millionen Erythrozyten.

Eine Erkrankung an akuter Otitis media bedeutet Fluguntauglichkeit. Beim Vorliegen einer Sinusitis acuta sollte vom Antritt einer Flugreise abgeraten werden. Eine schwere Erkältung mit der damit im allgemeinen verbundenen erheblichen Schleimhautreizung und Verschuß der Tuba eustachii kann nicht nur ganz erhebliche Schmerzen verursachen und zu Innenohrblutungen führen, sondern auch das Trommelfell gefährden.

Eine normale Schwangerschaft stellt natürlich kein Hindernis für den Antritt einer Reise per Flugzeug dar, auch nicht unter Berücksichtigung der Druckunterschiede. Das ist allerdings anders in den letzten vier Wochen vor dem Entbindungstermin, wo grundsätzlich (bei Kenntnis) keine Fluggenehmigung mehr erteilt werden kann, da Entbindungen in den Flugkabinen nicht nur ein erhebliches Risiko für die Mutter bedeuten, sondern auch nicht auf besondere Gegenliebe beim Flugpersonal stoßen.

Zur Ergänzung dieser Ausführungen darf ich noch auf zwei Erkrankungen hinweisen, die zwar in keinem Zusammenhang mit Druckunterschieden bei Flugreisen stehen, die ich aber doch aufgrund ihres relativ häufigen Vorkommens in der Anfrageskala in diesem Zusammenhang für erwähnenswert finde. Das Vorliegen einer Infektionskrankheit bedingt absolute Flugfähigkeit. Ge-

nauso auch das Vorhandensein einer ekelerregenden Krankheit. Hier muß man wissen, daß das letzte Wort bei der Erteilung der Fluglaubnis der Kapitän der Maschine hat, und daß hier nicht nur medizinische Überlegungen, sondern auch das Wohl der gesamten Passagiere und damit die Interessen der Fluggesellschaft bei Entscheidungen berechtigterweise eine Rolle zu spielen haben.

Diese kurze Abhandlung kann nicht Anspruch auf Vollständigkeit erheben, sondern eher einen Hinweis für die anzustellenden Überlegungen bei der Beratung unserer Patienten sein bei der Beantwortung der Frage: Flugreise ja oder nein. Man kann eben auch hier nicht medizinische Probleme mit der Uhr oder dem Maßstab, auch nicht allein

mit medizinischer Technik, lösen — dazu ist die Herstellung des Menschen zu kompliziert —, auch wenn man heute darüber mancherorts anderer Meinung zu sein scheint. Man wird manchmal vor menschlich bitteren Entscheidungen stehen, wenn man einem Schwerkranken die einzig noch verbleibende Möglichkeit wird versagen müssen, wunschgemäß in seiner Heimat sterben zu können. Das Interesse der Mitreisenden und damit der Fluggesellschaft erfordern eben auch, daß eine Flugreisefähigkeit unabänderlich zu versagen ist, wenn die Möglichkeit, während des Fluges ad exitum zu kommen, auch nur im entferntesten gegeben ist.

Anschrift des Verfassers:

Dr. med. F. Frühwein, Arzt, 8000 München 2, Briener Straße 11

Studienreise der Neuffer-Stiftung nach Fernost

von Jürgen B a u s c h

II. Britische Kronkolonie Hongkong

(Fortsetzung)

Aspekte der ambulanten und stationären psychiatrischen Versorgung in Hongkong

Das Castle Peak Hospital

Das Castle Peak Hospital ist eines der wenigen nach dem Ende des letzten Weltkrieges erbauten Nervenkrankenhäuser im Commonwealth. Es wurde 1961 eröffnet und ist inzwischen mit insgesamt 1800 Planbetten auf die Größenordnung eines großen Nervenkrankenhauses angewachsen. Die Anzahl der derzeit teilweise unter Notbedingungen untergebrachten Patienten beträgt jedoch 2178.

Für Hongkong war dieses Nervenkrankenhäuser die erste stationäre psychiatrische Einrichtung, die überhaupt von den britischen Behörden errichtet und in Betrieb genommen wurde. Davor wurden gemäß einer vertraglichen Vereinbarung mit

der damaligen chinesischen Regierung die psychiatrischen Patienten in Rot-China stationär behandelt.

Ähnlich wie gleichartige Einrichtungen in England und in der Bundesrepublik wurde auch dieses Nervenkrankenhäuser weit außerhalb der Großstadt Hongkong angesiedelt. Es ist in einer ländlich ruhigen Gegend, jedoch ohne hohe umgebende Mauer, im freundlichen Pavillonstil erbaut worden.

Das Krankenhaus umfaßt zahlreiche Stationen für die Behandlung der verschiedenen psychiatrischen Erkrankungen, wobei schwere geistige Defekte ebenso wenig aufgenommen werden wie unkomplizierte Fälle von Drogensucht. Es ist zur stationären und ambulanten Behandlung eingerichtet und arbeitet intensiv mit den anderen ambulanten und stationären psychiatrischen Diensten in der britischen Kronkolonie zusam-



Nervenkrankenhaus im Pavillonstil

men. Neben den Einrichtungen zur stationären Unterbringung und Behandlung der Patienten ist das Nervenkrankenhaus sowohl mit einer großen Bibliothek als auch mit Einrichtungen für übliche röntgenologische Untersuchungen und operative Eingriffe ausgerüstet. Als Folge der sehr hohen Tuberkuloserate in Hongkong gibt es eine spezielle psychiatrisch-tuberkulöse Isolierstation. Selbstverständlich fehlt eine elektroenzephalographische Abteilung nicht.

Auf die Beschäftigungstherapie wird besonders Wert gelegt. Eine große Zahl von verschiedenen Einrichtungen wurde installiert, mit zahlreichen Werkstätten für die verschiedenen Neigungen und Fähigkeiten der Patienten. Wir fanden bei der Besichtigung sehr hübsche Bastwebereien, ebenso bewunderten wir die Schlosserarbeiten und die Produktion von handlichen Stühlen.

Darüber hinaus werden eine ganze Reihe von Patienten nach Neigung und Eignung in einem angeschlossenen landwirtschaftlichen Betrieb beschäftigt. Sehr viele, deren Krankheitszustand es zuläßt, sind in umliegenden Betrieben beschäftigt und werden somit nach Ablauf akuter Krankheitsphasen wieder in den normalen Arbeitsbetrieb integriert.

Bei der Unterbringung und Behandlung der Patienten in dem Castle Peak-Hospital wird großer Wert darauf gelegt, wenige Kranke einzuschließen und dies auf eine absolut notwendige Zahl von Patienten zu beschränken. So dürfen sich mit wenigen Ausnahmen die meisten Patienten nicht nur in dem zu ihrem Gebäude gehörenden engrenzenden Garten frei bewegen, sondern auch im gesamten ziemlich umfangreichen Krankenhausgelände.

Ein umfangreiches sozial-therapeutisches Zentrum verfügt über eine Konzerthalle zur Förderung von

Gruppenaktivitäten, wobei nicht nur gesellschaftlicher Kontakt gepflegt wird, sondern auch gemeinsame Mahlzeiten eingenommen, Filme vorgeführt und chinesische Opern gespielt werden. In einem sogenannten Sozialclub können sich Patienten treffen, miteinander spielen und Fernsehsendungen anschauen. Jede Station ist darüber hinaus mit einem Fernsehgerät ausgerüstet.

Die Behandlung umfaßt sowohl die modernen Formen der Therapie mit Psychopharmaka als auch die Psychotherapie, meist in der Form der Gruppentherapie, sowie auch noch die Elektroschocktherapie bei der unter dem Krankengut dieses Krankenhauses besonders häufig auftretenden Schizophrenie.



Beschäftigungstherapie
Mitbestandteil des Behandlungsplanes

Sieben von zehn Patienten in diesem Krankenhaus litten unter schizophrenen Zuständen. An zweiter Stelle der Häufigkeit standen die depressiven Psychosen, gefolgt von den Folgen der unter der asiatischen Bevölkerung besonders häufig auftretenden Zerebralsklerose. Hinsichtlich der Durchführung der Psychotherapie bemerkte einer der Kollegen, der seine Weiterbildung teilweise in England absolviert hatte, daß die analytische Psychotherapie auf chinesische Patienten trotz der vorhandenen Sprachkenntnisse und trotz der Herkunft des Arztes aus dem gleichen Volksstamm nicht auf die chinesischen Patienten zu übertragen sei, da der soziokulturelle Hintergrund zu sehr von den europäischen Verhältnissen verschieden sei. Dagegen könnten die verhaltenstherapeutischen Möglichkeiten voll und mit Erfolg ausgeschöpft werden, meist in der Form von gruppentherapeutischen Maßnahmen.

Ein Sozialdienst steht zur Verfügung, um den Patienten und ihren Familien in allen psychologischen und sozialen Problemen behilflich zu

sein und somit die Therapie zu unterstützen.

Die Nervenklinik ist im übrigen der Universität von Hongkong angeschlossen, die im Jahr über 130 Mediziner heranbildet. Die *Facharztweiterbildung* der an diesem Krankenhaus und den anderen psychiatrischen Einrichtungen Hongkongs beschäftigten Kliniker findet teilweise in Hongkong und zu einem größeren Teil auch in englischen Kliniken des Mutterlandes statt. Aus dem Castle Peak Hospital werden immer zwei in Weiterbildung befindliche Assistenzärzte in ein größeres Nervenkrankenhaus der Region London geschickt, um dort ihre Weiterbildung zu vervollständigen. Sie absolvieren noch in London ihre Facharztprüfung und kommen dann nach Hongkong zurück. Danach sind sie jedoch verpflichtet, weitere sechs Jahre an der Klinik tätig zu sein und dürfen sich weder niederlassen noch an einem anderen Ort tätig werden.

Als besonders wichtig betrachten die Kollegen in dieser Klinik ihr Ausbildungsprogramm für spezialisierte Krankenschwestern im psychiatrischen Dienst. Die Zusatzausbildung zur normalen Krankenschwesternausbildung endet mit einer Prüfung. Das Diplom wird überall im Commonwealth anerkannt.

Das Krankenhaus wird von einem Fachpsychiater geleitet, der sowohl für die Verwaltung als auch für die Patientenbehandlung ausschließlich zuständig ist. Ihm stehen 18 ärztliche Mitarbeiter zur Verfügung. 25 Krankenschwestern und Krankenpfleger betreuen die über 2000 Patienten. Fast ein Viertel der Planstellen sind jedoch nicht besetzt. Im Gegensatz zu einer befriedigenden personellen Situation im allgemeinen Krankenhausbereich klagt der psychiatrische Dienst über erheblichen Fachkräftemangel im pflegerischen und ärztlichen Bereich.

Mängel im psychiatrischen Dienst

Für die über vier Millionen Bewohner der britischen Kronkolonie stehen nur 25 Fachpsychiater und 14 Sozialarbeiter zur Verfügung. Auch der Schwesternmangel ist erheblich. In der Psychiatrie sind nur 326 Schwestern tätig. Von den 25 Fachpsychiatern haben nur sechs die Facharztprüfung in London absol-

viert. Neben diesen 25 Fehpsychiatern, die als Angestellte der Kronkolonie tätig sind, arbeiten drei als niedergelassene private Fachpsychiatern und vier in der Universitäts-Nervenkllinik von Hongkong.

Diese Zahlen sprechen für sich und deuten auf eine ganz erhebliche Unterversorgung hin. In einschlägigen Publikationen wird auf diesen Notstand von ärztlicher Seite hingewiesen („Aspects of mental health in Hongkong 71“, veröffentlicht von der Medical Association of Hongkong, K. Singer, S. 100, Report der Pfizer Corporation Hongkong).

An stationären psychiatrischen Einrichtungen stehen der Bevölkerung von Hongkong psychiatrische Abteilungen an mehreren größeren Krankenhäusern der Kronkolonie zur Verfügung, wobei von den fachkundigen Gesprächspartnern immer wieder betont wurde, daß es sinnvoll sei, psychiatrische Dienste in alle größeren Krankenhäuser mit stationären und ambulanten Behandlungsmöglichkeiten zu integrieren. An ambulanten Diensten wurden zwei psychiatrische Zentren mit einem erheblichen Patientendurchgang errichtet. Gemäß den Richtlinien zur psychiatrischen Betreuung von Patienten in Großbritannien erfolgt auch in Hongkong die Zuordnung der Patienten zu den entsprechenden Behandlungseinrichtungen gemäß dem Patientenwohnsitz.

Da die vorhandenen psychiatrischen Einrichtungen weder für die ambulante noch für die stationäre Versorgung der Patienten ausreichen, erfolgt derzeit an mehreren Stellen der Kronkolonie der Neubau bzw. auch der Ausbau von Einrichtungen, insbesondere steht ein neues großes Nervenkrankenhaus mit rund 1350 Betten vor der Fertigstellung.

Zusammenfassend läßt sich nach dem Besuch des Nervenkrankenhauses in Hongkong feststellen, daß zwar erhebliche Anstrengungen von Regierungsseite unternommen wurden, die ärztliche Versorgung in diesem Bereich zu verbessern. Die Mängel und Lücken sind jedoch enorm, so daß trotz vorbildlicher Einrichtungen im Einzelfall — wie das Castle Peak Hospital — für die Gesamtheit der Bevölkerung von einer unterentwickelten Betreuung der psychiatrischen Krankheitsfälle gesprochen werden muß.

Akupunktur aus dem Blickwinkel eines Studienreisenden durch Fernost

Das Ziel der Studienfahrt bestand nicht darin, Erkenntnisse über die Akupunktur zu sammeln. Dies hätte eine Reise nach Rot-China erforderlich gemacht. Dennoch war es nicht uninteressant, aus dem Blickwinkel der Anrainer von Rot-China zu erfahren, wie diese über die Akupunktur denken und sprechen. Nicht nur in der Bundesrepublik wird derzeit lebhaft öffentlich unter Laien und Ärzten über die Akupunktur gesprochen.

In Japan, wo eine Anzahl verschiedener Krankenhäuser besichtigt wurde und ausreichender Kontakt zu Krankenhausärzten bestand, war die einhellige Meinung der dort befragten japanischen Krankenhausärzte die, daß man zwar derzeit über die Akupunktur sehr viel spreche, sie jedoch nur in Ausnahmefällen an den jeweiligen Krankenhäusern durchgeführt und in vielen Krankenhäusern überhaupt nicht praktiziert werde. Man habe noch viel zu wenig Erfahrung über diese Form der Behandlung. Der fehlende naturwissenschaftliche Unterbau wurde immer wieder bemängelt. Ohne Anspruch auf Repräsentativität ist beim Autor der Eindruck entstanden, daß die Akupunktur in Japan aus dem Blickwinkel der befragten Kollegen keine nennenswerte Rolle in der Behandlung von kranken Menschen spielt.

Die britische Kronkolonie Hongkong liegt bekanntlich auf dem chinesischen Festland. Dort ist der Kontakt und der Zugang zu chinesischen Informationen wesentlich intensiver. Des Wissen um die Akupunktur ist traditionelles Erfahrungsgut der alten chinesischen Ärzte, die ohne die im Westen übliche naturwissenschaftliche Ausbildung den Beruf eines naturheilkundlichen Therapeuten noch heute ausüben dürfen. In Rot-China tragen sie als „Barfußärzte“ zur gesundheitlichen Versorgung der Bevölkerung bei und werden zunehmend staatlich geschult und in die gesundheitliche Versorgung integriert. In Hongkong praktiziert eine unbekannt große Zahl von „Naturheilkundlern“ mit und ohne Akupunktur.

Darüber hinaus hat sich offenbar in Hongkong in breitesten chinesischen Bevölkerungsschichten das Bemühen und der Wille gehalten, sich mit

natürlichen Behandlungsmaßnahmen über die auftretenden Beschwerden hinwegzuhelfen. Dies zeigt sich auch darin, daß keine Apotheke in Hongkong, die etwas auf sich hält, ausschließlich Produkte der pharmazeutischen Industrie vertreibt, sondern in der Regel eine ebenso große Abteilung pflegt und hegt, in der sämtliche Wurzeln, Kräuter, getrocknete Fische und zerriebene Knochen einschließlich in Scheibchen aufgeschnittener Hirschwurme und alle möglichen anderen Naturprodukte ausgestellt und vertrieben werden. Demgemäß gibt es in Hongkong eine große Zahl von „Naturheilkundlern“, die möglicherweise unseren Heilpraktikern entsprechen dürften. Sie verordnen Rezepturen aus Naturheilprodukten, die sich die chinesischen Patienten in den dortigen Apotheken, wie wir mehrfach feststellen konnten, zusammenmischen lassen. In dieser alten chinesischen Tradition hat sich die Akupunktur ihren Platz bewahrt. Sie wird in Hongkong von nicht wenigen Nichtmedizinern ausgeübt.

Ein Mitglied der Studiengruppe hat sich im übrigen anläßlich eines Besuchs bei dem Vorsitzenden des Verbandes der naturheilkundlichen Therapeuten Hongkongs wegen ischialgiformer Beschwerden akupunktieren lassen. Seine Beschwerden konnten jedoch erst nachhaltig nach der Verabreichung einer der üblichen Mischspritzen westlicher Provenienz gelindert werden.

In Hongkong kann man im Rot-China-Kaufhaus sogar deutsche Literatur über die Akupunktur-Anästhesie kaufen. Die Broschüre wird von der Volksrepublik China herausgegeben und dient auch der propagandistischen Selbstverherrlichung des Mao-Landes. Es wird von Erfahrungen der letzten acht bis zehn Jahre in der Ausübung der Akupunktur-Anästhesie bei über 400 000 Patienten berichtet. Unter diesen 400 000 Patienten hätten sich sowohl Kinder als auch alte Leute befunden bis hoch in die 80er Jahre. Die Erfolgsrate lag angeblich bei 90 Prozent. In Shanghai verwenden fast alle operativ tätigen Abteilungen der Krankenhäuser die neue Betäubungstechnik.

Die Entdeckungsstunde der Akupunktur-Anästhesie ist historisch nicht mehr auf den Tag genau zu ermitteln. Sie basiert jedoch auf der Er-

Therapiekosten senken - das Gebot der Stunde!

Das Siegfried-Angebot für kritische Ärzte:

Bewährte Arzneimittel zu vernünftigen Preisen

bei cerebralen und peripheren Durchblutungsstörungen sowie bei vestibulären Beschwerden



- Substanzen höchster Qualität aus eigener Herstellung
- zuverlässige Resorption durch ausgereifte Galenik

bei Hyperurikämie und Gicht



Zur Dauerbehandlung die Einmaleins-Tablette Allopurinol-retard.

Zur Anbehandlung und individuellen Einstellung – Allopurinol 100 mg.

Zusammensetzung
1 Kapsel enthält 75 mg Cinnarizin

Kontraindikationen
Bis heute keine bekannt.

Zur Beachtung
Cinnarizin wird gut vertragen und eignet sich besonders für die Langzeittherapie. Ganz vereinzelt kann es vorübergehend zu Schläfrigkeit führen.

Packungen
20 Kapseln DM 4,55
60 Kapseln DM 12,90
Klinikpackungen

Zusammensetzung
1 Tablette enthält 100 mg Allopurinol
1 Retard-Tablette enthält 300 mg Allopurinol

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.

Packungen
50 Tabletten zu 100 mg DM 10,90, 100 Tabletten zu 100 mg DM 19,90, Quartalspackung 250 Tabletten zu 100 mg DM 42,55. 28 Retard-Tabletten zu 300 mg DM 15,70. 84 Retard-Tabletten zu 300 mg DM 41,90.

Siegfried Arzneimittel GmbH
Säckingen





Bettenbau des tropenmedizinischen Instituts in Bangkok

fahrung, daß man durch die Einlührung von Nadeln an gewissen Stellen des Körpers Schmerzen stillen kann, so daß man folgerichtig zunächst diese sogenannten Schmerzpunkte mit Nadeln traktierte, bis nach Operationen Schmerzfremheit eingetreten war.

Der zweite Schritt war dann der Versuch, das Auftreten von Schmerzen bei Operationen dadurch zu verhüten, daß man vor Operationsbeginn die vorhandenen Schmerzpunkte akupunktierte. Die ersten erfolgreichen Anästhesien waren in der Zahnheilkunde durchgeführt worden. Danach wandte man diese Methode erfolgreich bei Tonsillektomien, Schilddrüsenoperationen und Leistenbruchoperationen an. Seit 1959 begannen die chinesischen Ärzte mit der Akupunktur-Anästhesie auch bei größeren Operationen in den verschiedenen Körperhöhlen.

Wenn man der Broschüre der Volksrepublik China über Akupunktur-Anästhesie Glauben schenken darf, dann gibt es derzeit keine Operation einschließlich der Gehirnochirurgie, die nicht in diesem Land schon unter Akupunktur-Anästhesie durchgeführt worden ist. An entsprechenden Einzelkasuistiken hat es ja in den letzten Jahren in den öffentlichen Medien nicht gefehlt.

Interessant ist in diesem Zusammenhang noch die Bemerkung, daß

durch das systematische Aufsuchen der sogenannten Schmerzpunkte sich inzwischen die Anzahl der einzustechenden Akupunktornadeln erheblich reduzieren ließ, womit die Methode perfektioniert wurde. Es werden auch unzulängliche Aspekte zugegeben. Zum Beispiel spüren Patienten in gewissen Phasen mancher Operationen noch Schmerzen, manche fühlen sich, insbesondere bei Bauchoperationen durch die Zerrung an den Eingeweiden, unbehaglich. Jedoch: „Chinesische medizinische und wissenschaftliche Mitarbeiter bemühen sich, Marxismus, Leninismus, Mao Tse-tung-Ideen noch eifriger zu studieren und ihre medizinische Arbeit und wissenschaftliche Forschung von dialektischem Materialismus leiten zu lassen. Wagemutig in der Praxis und im Eröffnen neuer Wege tun sie ihr bestes zur Vervollkommnung der Akupunkturbetäubung.“

Man wird abwarten müssen, ob sich hinter solchen bombastischen Sätzen mehr verbirgt als reine Propagandasprüche eines volkreichen Entwicklungslandes, das gezwungen ist, in allen Bereichen mit einfachen und billigen Mitteln auszukommen,

denn das Bestechendste an der Akupunktur-Anästhesie ist nicht nur ihre Ungefährlichkeit — es gibt keine Narkose-Zwischenfälle —, sondern vor allem, daß sie in der Anwendung einfach und außerordentlich wirtschaftlich ist. Dies ist zweifelsohne für ein Entwicklungsland wie China ein wesentlicher Faktor, der im übrigen angesichts der Kostenexplosion auf dem Krankenhaussektor selbst für ein so reiches Land wie die Bundesrepublik in Zukunft eine Rolle spielen dürfte.

Kein Wunder, daß erst jüngst der thailändische Gesundheitsminister Dr. Pringpuankeo eine Gruppe von 15 chinesischen Ärzten eingeladen hat, um in Thailand die Methoden der Akupunktur einzuführen. Dies war im November 1974 der Tagespresse in Bangkok zu entnehmen.

Literaturhinweis:

Akupunktur-Anästhesie, Verlag für fremdsprachige Literatur, Peking, 1972.

(Fortsetzung folgt)

Anschrift des Verfassers:

Dr. med. Jürgen Bausch, Kinderarzt, 8000 München 81, Knappertsbuschstr. 18

Vermittlung der Fachkunde auf dem Gebiet der Nuklearmedizin

Die Bayerische Landesärztekammer veröffentlicht im Januar 1976 die Liste der Fachärzte an Kliniken, Krankenanstalten, Instituten oder in freier Praxis, die zur Vermittlung der Fachkunde auf dem Gebiet der Nuklearmedizin geeignet sind (gemäß § 3 Absatz 2, Ziffer 2 der Ersten Strahlenschutzverordnung i. d. F. vom 15. Oktober 1965 — BGBl. I S. 1654 —).

Auf Antrag kann jeder niedergelassene Kollege in diese Liste aufgenommen werden, wenn er über eine entsprechende Einrichtung verfügt und sowohl Art als auch Frequenz seiner Leistungen dies ermöglichen.

Interessierte Kollegen wenden sich bitte an die Bayerische Landesärztekammer, Telefon (089) 41 47-293 (Frl. Römer) und fordern den betreffenden Erhebungsbogen an.

Verbesserung der ambulanten Krankenpflege

von Dr. Dr. Erich Gr a b l

Es steht außer Zweifel: Hätten wir mehr ambulante Betreuungsmöglichkeiten für alte und kranke Menschen, würden wir nicht selten die Aufnahme in ein Krankenhaus oder Altenpflegeheim ersparen. Die ambulante Krankenpflege ist und könnte werden der engste Mitarbeiter des freipraktizierenden Arztes.

Wie oft bleibt nur die Krankenhaus-einweisung übrig, weil der Kranke allein zuhause ist, weil keine Pflegekraft aufzutreiben ist — oder häufig auch, weil es nicht oder zu wenig bekannt ist, wo im Viertel eine Hilfe zur Verfügung steht (1).

Bei der heutigen Kostenexplosion im Gesundheitswesen, die vor allem durch die hohen Unkosten im Krankenhaus bedingt ist, wird es unumgänglich notwendig sein, Behandlungsfälle, die nicht mehr das hochspezialisierte Krankenhaus benötigen, zuhause, im häuslichen Milieu zu pflegen. Man würde nicht nur enorme Kosten sparen, sondern auch den Menschen in seinem gewohnten Milieu belassen können, was bei den meisten ein Faktor der Gesundheit und des Zufriedenseins mit seinem Zustand ist. — In seiner letzten Etatrede im Bayerischen Landtag wies Staatsminister Dr. Pirkel darauf hin, daß die Krankenhauspflegesätze pro Tag vom Jahr 1960 mit DM 17,- auf angeblich DM 200,- bis DM 300,- im Jahr 1973 stiegen, im Münchener Herzzentrum werde es bald einen 450-DM-Pflegesatz geben.

Auch für den *alten Menschen* würde eine Betreuung, Pflege in Krankheit,

Versorgung mit warmem Essen zuhause eine wesentliche Hilfe sein. Nur vier Prozent der elten Menschen haben in einem Altenheim Platz und das wird auch in Zukunft im wesentlichen so bleiben, auch wenn noch mehr Altenheime gebaut werden. Die Menschen werden immer älter und dadurch gibt es auch mehr alte Menschen als früher. Nach der Statistik (2) wohnen 35 Prozent der Menschen über 65 allein zusammen mit dem Ehegatten, 23 Prozent wohnen allein ohne Ehegatten, 12 Prozent wohnen als Ehepaar bei den Kindern, 20 Prozent allein bei den Kindern. Bei dem überraschend hohen Prozentsatz von älteren Menschen, die bei den Kindern wohnen, könnten *Altenpflegekurse* für die Kinder mit dem Erlernen von häuslicher Krankenpflege, Unterrichtung über Alternernährung und Altenführung viel Gutes wirken.

Haben wir nun *genug ambulante Pflegemöglichkeiten* oder müssen wir versuchen, neue Wege zu gehen? Leider sind die herkömmlichen meist bei den Kirchen bestehenden Gemeindepflegestationen stark im Rückgang. Es ist schwierig, für die aus Altersgründen ausscheidenden Ordensschwestern und Diakonissen Nachwuchs zu finden.

Im Gesundheitsprogramm der Bayerischen Staatsregierung (3) ist folgende Statistik aufgeführt:

1959 bestanden in Bayern noch 1565 Krankenpflegestationen mit 2672 vollausgebildeten Schwestern.

1973 bestanden in Bayern noch 1096 Krankenpflegestationen und 1627

ausgebildete Schwestern, also ein Rückgang um $\frac{1}{3}$ bei den Krankenpflegestationen und um rund 1000 Schwestern.

Es ist also notwendig, baldigst Ersatz zu schaffen. Dabei bieten sich zwei Möglichkeiten an:

1. Sozialstation
2. Nachbarschaftshilfe

Im Gesundheitsprogramm der Bayerischen Staatsregierung wird die Wichtigkeit der *beiden* Einrichtungen hervorgehoben.

1. Sozialstation

Die Bayerische Staatsregierung plant in allen Städten und Landkreisen den Neuaufbau von Sozialstationen. Inzwischen bestehen zwölf Modell-Sozialstationen, die Erfahrungen sammeln sollen. Dafür stehen im Haushalt 1974 DM 500 000,— zur Verfügung. Sozialstationen können nur über die großen Wohlfahrtsverbände aufgebaut und vom Staat gefördert werden, also über den Caritasverband, die Innere Mission, die Arbeiterwohlfahrt, den Paritätischen Wohlfahrtsverband und das Rote Kreuz.

Die Sozialstationen sind meist mit hauptamtlichen Geschäftsführern (Sozialarbeitern) besetzt, die den Einsatz der dort tätigen Krankenschwestern, Altenpflegerinnen und Dorfhelferinnen leiten. Schwierigkeiten wird auch hier die Beschaffung von Personal bereiten, die Kosten für den Staat sind nicht unerheblich. Zwar sollen sich die Sozialstationen nach der Einrichtungsphase durch die Pflegedienste selbst tragen, aber es wird nicht immer leicht sein, ohne Zuschüsse durchzukommen. Ein mir vorliegender Etat einer Münchener Sozialstation weist en Ausgaben für die Pflegekräfte ($\frac{3}{4}$ Krankenschwestern, $\frac{2}{4}$ Altenpflegerinnen, $\frac{1}{2}$ Familienpflegerinnen) allein DM 240 000,— Personalkosten auf, für die Geschäftsstelle sind DM 68 000,— im Voranschlag.

In den ersten Plänen war für Bayern vom Aufbau von 300 bis 350 Sozialstationen die Rede.

Inzwischen hat man aber wohl gesehen, daß man mit diesem Wunsch-

traum sowohl die personellen als auch die finanziellen Möglichkeiten überzogen hat. Mit Recht sagte Staatsminister Dr. Pirkel in seiner Etatrede vom April 1975 zum Abschluß: „Wir stehen hier am gesellschafts- und staatspolitischen Rubikon.“ Er verlangte vom Bürger mehr Initiative zur Mitarbeit (etwa bei den Sozialdiensten und Nachbarschaftshilfen), wenn man nicht noch mehr Aufgaben anonymen Bürokratien übertragen wolle, womit man auch unserem Staat wesentlicher Werte der Menschlichkeit beraube. Es wird notwendig sein, daß man wieder mehr und mehr auf die *freiwilligen Kräfte*, die zum großen Teil ehrenamtlich ihren Dienst tun, zurückgreifen muß. Das sind die im ganzen Land entstandenen und entstehenden

2. Nachbarschaftshilfen

Es sind Zusammenschlüsse von freiwilligen Helfern im Kreis einer kirchlichen Gemeinde oder von Stadtvierteln. Dabei soll durchaus auch eine hauptamtlich tätige vollausgebildete Krankenschwester oder Schwesternhelferin dabei sein. Sie wird nach neuen Übereinkommen mit den Krankenkassen für bestimmte Leistungen (Injektionen, Betten, Kathederwechsel, Verbände usw.) und für Tag- und Nachtwachen honoriert. Es müßte im Verlaufe von Verhandlungen auch noch zu erreichen sein, daß ausgebildete Schwesternhelferinnen und Altenpflegerinnen für die Arbeiten entlohnt werden, die sie gelernt haben, wie Umbetten, Füttern, Verbinden, Betreuen. Alle übrigen Helferinnen und Helfer sind ehrenamtlich freiwillig.

Die Nachbarschaftshilfen verdienen die besondere Förderung und Unterstützung der freien Ärzteschaft, wie auch der 78. Deutsche Ärztetag in Hamburg 1975 auf meinen Antrag einstimmig beschlossen hat.

Auch in dem Gesundheitsprogramm der Bayerischen Staatsregierung heißt es: „Die Bereitschaft vieler Menschen zur freiwilligen, unentgeltlichen oder beschränkt entgeltlichen Dienstleistung ist auch in Zukunft *unentbehrlich*. Die Motivation dafür muß durch Information, Aufklärung und Erziehung, vor allem in Elternhaus und Schule, vermehrt geweckt werden. Bayern wird beim Bund darauf hinwirken, daß über

Familienrecht, Sozial- und Renten-gesetzgebung und Steuerrecht die Bereitschaft zur Übernahme sozialer Dienste am Mitmenschen noch mehr gefördert werde“ (5).

Wir werden demnächst aus der Erfahrung heraus berichten, wie man *Nachbarschaftshilfen* oder *Nachbarschaftshilfekreise* ins Leben ruft, sammelt und organisiert. Sie werden in Zukunft überall im Lande an Bedeutung gewinnen und eine große Hilfe sein für die alten und kranken Menschen.

Atypische Fieberzustände — atypisch verlaufende Infektionen

Diagnostik und Therapie

54. Fortbildungstagung für Ärzte in Regensburg

(Fortsetzung)

Dr. Gail, K., Köln-Merheim:

Praktische Bedeutung eingeschleppter Tropenkrankheiten

Bedingt durch die erhebliche Zunahme des Tourismus sind nach einem Bericht der Weltgesundheitsorganisation 1971 in Europa fast 5000 Malariaerkrankungen bei Rückkehrern aus tropischen und subtropischen Ländern aufgetreten. Bei den quarantänepflichtigen Erkrankungen — Pocken, Cholera-Pest, Gelbfieber, Pest, Fleckfieber und Rückfallfieber — nimmt die Pocken-erkrankung wegen ihrer hohen Infektiosität eine Sonderstellung ein. Bei einer Inkubationszeit von sechs bis zwanzig Tagen werden sie vor allem über den Luftweg meist aus Asien eingeschleppt. Da die Pockenschutzimpfung vorübergehend einen kompletten Schutz verleiht und nur der Mensch als Wirt bekannt ist, wäre die weltweite Ausrottung bei etwas stabileren politischen Verhältnissen ein realisierbarer Traum.

Bei der Übertragung der Cholera spielt bei der kurzen Inkubationszeit von wenigen Stunden bis fünf Tagen auch der Flugverkehr die ent-

Literaturhinweise

1. „Wer hilft in München?“, Handbuch der sozialen Dienste, hsgg. von Erich GRASSL, München, 1975.
2. Soziologie des Altern, von TEWS H. P., Heidelberg, 1971.
3. Gesundheitsprogramm der Bayerischen Staatsregierung 1974.
4. Nachbarschaftshilfen und Sozialestationen — menschliche Hilfen der Zukunft, von Erich GRASSL, Bayer. Ärzteblatt, 9/1973.
5. Gesundheitsprogramm der Bayerischen Staatsregierung 1974, S. 229.

Anschrift des Verfassers:

Dr. med., Dr. phil. Erich Graßl, Allgemein- und Naturheilverfahren, 8000 München 71, Schusterstraße 20

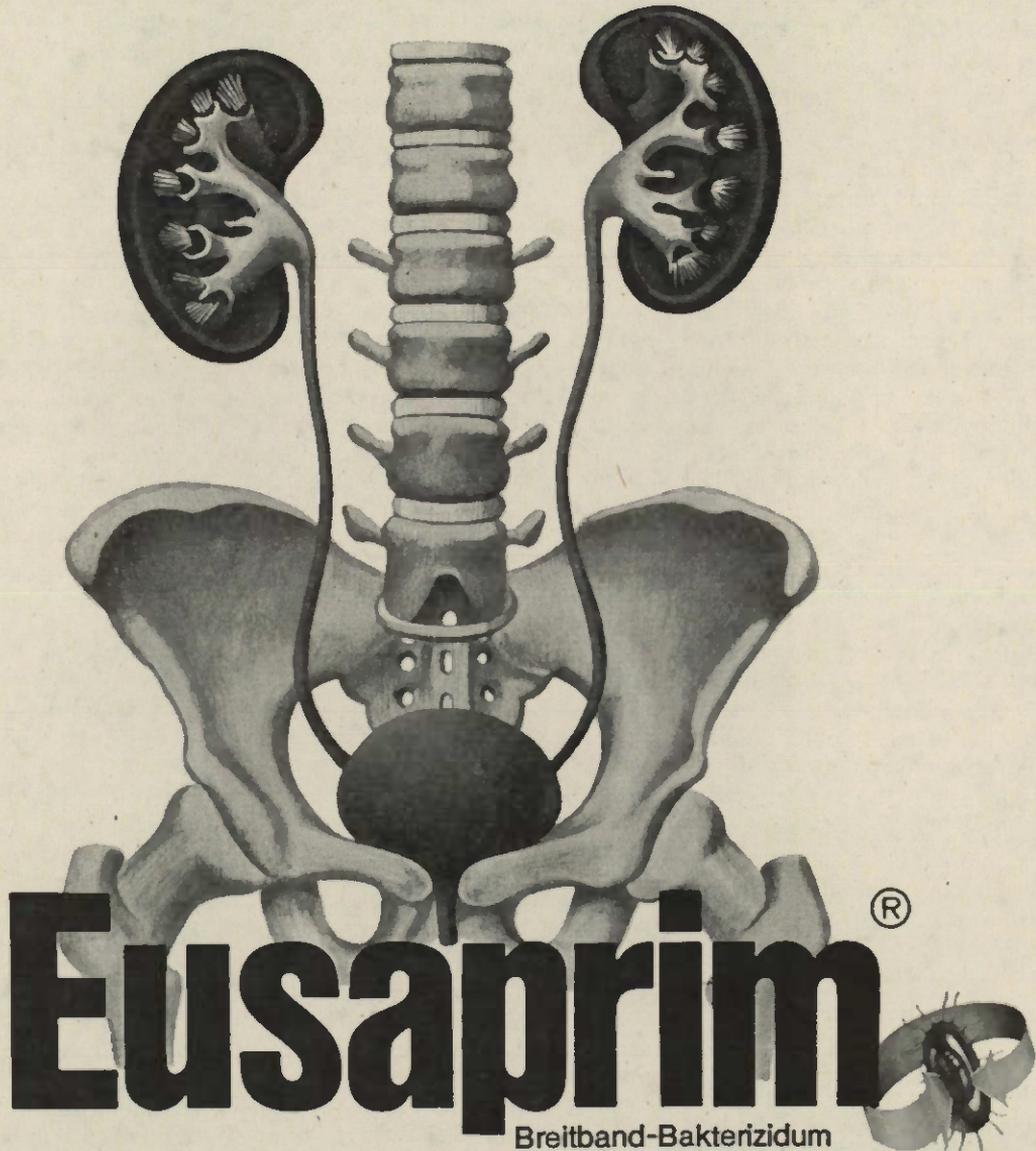
scheidende Rolle. Die meisten Fälle haben unter dem Bild einer akuten Gastroenteritis einen milden Verlauf. Fünf bis zehn Prozent haben jedoch heftige alkalische Durchfälle mit starker Dehydratation, Elektrolytverlust und Azidose, was in wenigen Stunden zum Tode führen kann. Wichtigste therapeutische Maßnahmen sind daher Flüssigkeits- und Elektrolytsubstitution und das Antibiotikum der Wahl ist Tetracyclin. Die kurze Impfwirkung macht eine Revakzination nach spätestens sechs Monaten notwendig.

Man schätzt, daß es heute auf der Welt 10 bis 15 Millionen Lepra-Patienten gibt, davon etwa 50 000 in südeuropäischen Ländern. Die Übertragung des *Hansenschen* Bakteriums braucht offenbar einen intimen Kontakt unter unhygienischen Bedingungen, so daß die Lepra bei Touristen keine Rolle spielt. Leitsymptome der Lepra sind im Frühstadium hyp- bzw. anästhetische Maculae der Haut sowie eine sichtbare und tastbare Verdickung peripherer Nervenstränge.

Wurmerkrankungen spielen bei Tropenheimkehrern und Gastarbeitern

Harnwegsinfektionen

Pyelonephritis, Pyelitis, Zystitis, Urethritis



Eusaprim[®]

Breitband-Bakterizidum

Bakterielle Infektionen schnell beherrschen

Indikationen:

Bakterielle Infektionen

- der Harnwege
- der Atemwege
- der Genitalorgane
- des Magen-Darm-Traktes
- der Haut

Alle anderen Infektionen mit empfindlichen Erregern.

Dosierung: Standard-Dosis für Erwachsene: 2x2 Tabletten täglich. Weitere Angaben im wissenschaftlichen Prospekt vom April 1975. **Zusammensetzung:** 1 Erwachsenen-Tablette sowie 5 ml Erwachsenen-Suspension enthalten 80 mg Trimethoprim und 400 mg Sulfamethoxazol (entsprechend 480 mg Co-Trimoxazol). Kinder-Suspension (5 ml) mit $\frac{1}{2}$ und Kinder-Tabletten mit $\frac{1}{4}$ der Erwachsenen-Dosis. Eusaprim[®] zur I. v. Infusion: 1 Ampulle zu 5 ml enthält 80 mg Trimethoprim und 400 mg Sulfamethoxazol. Verwendbare Infusionslösungen siehe wissenschaftlichen Prospekt vom April 1975. **Kontraindikationen:** Schwere Leberschäden, schwere Nierenfunktionsstörungen (Anwendung abhängig vom Serum-Kreatininspiegel), schwere Schäden des hämatopoetischen Systems, Sulfonamid-Überempfindlichkeit, Schwangerschaft und erste 4 Wochen der Stillperiode, erste 4 Lebenswochen. **Nebenwirkungen:** Gelegentlich allergische Reaktionen (bei Exanthenen Eusaprim[®] absetzen) und reversible hämatologische Veränderungen. Bei Langzeitbehandlung regelmäßig Blutbildkontrollen. **Packungen und Preise*** (m. MwSt.): 20 Tabletten 19,10 DM, 50 Tabletten 42,65 DM, 20 Ampullen zur Infusion zu 5 ml (2x10) 91,35 DM, Suspension (100 ml) 20,95 DM, 20 Kinder-Tabletten 6,00 DM, 50 Kinder-Tabletten 14,25 DM, Kinder-Suspension (100 ml) 13,10 DM. *unverbindlich

Neue Applikationsform:

Eusaprim[®] Suspension für Erwachsene



Wellcome Deutsche Wellcome GmbH
3006 Burgwedel 1

eine große Rolle. Treten im Differentialblutbild vermehrt Eosinophile auf, sollte man bei dieser Personen-Gruppe primär eine Wurmlinfektion annehmen. Bei negativem Befund muß die Stuhluntersuchung auf Wurmeier grundsätzlich mehrfach wiederholt werden.

Von großer klinischer Bedeutung für den Patienten ist die möglichst frühzeitige Diagnose einer Schistosomiasis oder Bilharziose. Das Leitsymptom der Urogenitalbilharziose ist eine Hämaturie mehrere Monate nach der Exposition. Die Darmbilharziose beginnt unter dem Bild einer Dysenterie mit Durchfällen, blut-schleimigen Beimengungen und Darmspasmen. Spätkomplikationen der Bilharziose sind vor allem eine besondere Form der Leberfibrose mit Pfortaderhochdruck und Splenomegalie sowie Lungenfibrose und Cor pulmonale. Man sollte deshalb in Bilharziose-gefährdeten Gebieten nie in Süßwasser baden. Die sichere Diagnose gelingt durch den Nachweis der charakteristischen Eier im Sammelurin und Stuhl. Als Suchreaktion hat sich die Zerkarien-hüllenreaktion bewährt, allerdings ist sie nicht artspezifisch und kann falsch positiv ausfallen. Weitere diagnostische Maßnahmen sind Rektoskopie und Zystoskopie mit Biopsie. Die Therapie sollte einem auf diesem Gebiet erfahrenen Arzt vorbehalten bleiben.

Die wichtigsten tropischen Protozoosen sind die drei Hauptformen der Leishmaniose. Neben den beiden Hauptformen der Alten und Neuen Welt kennen wir die viszerale Leishmaniose (Kala Azar), bei der Parasiten das retikulo-endotheliale System befallen. Nach einer Inkubationszeit von Wochen bis Monaten kommt es zu wechselnden Fieberschüben mit Splenomegalie und gewöhnlich auch Hepatomegalie, sowie Anämie und Leukopenie. Unbehandelt erliegen schließlich die kachektischen Patienten in der Regel einer Sekundärinfektion.

Die Amöbiasis ist wahrscheinlich die häufigste Importinfektion nach Europa. In England starben nach amtlichen Angaben mehr Menschen an Amöbiasis als an Malaria. Aus nicht eindeutig geklärter Ursache kann die harmlose Minutaform von *Entamoeba histolytica* in die Magnaform übergehen und die Darmwand

invagieren. Der Stuhl ist typischerweise himbeergeleeartig. Epidemisches Auftreten von Durchfällen spricht eher gegen eine Amöbiasis. Die Gewebsformen finden sich nur in Präparaten aus frischentleerten, noch warmen Stühlen, nicht in eingesandten Proben. Heutiges Mittel der Wahl gegen alle Formen der invasiven Amöbiasis ist das zuverlässig wirkende Mikronidazol. Beim Leberabszeß werden 400 mg dreimal täglich über fünf Tage empfohlen, bei der Amöbenruhr muß die Einzeldosis auf das Doppelte, d. h. 800 mg, erhöht werden.

Die Malaria hat innerhalb von zwei Jahren (1969 bis 1971) in Europa um 70 Prozent zugenommen, wobei 90 Prozent der Betroffenen diese Infektion sich im südlichen Afrika zuzogen. 47 Menschen starben an Malaria, in der Regel, weil die Erkrankung zu spät diagnostiziert und behandelt wurde. Malaria tertiana und quartana verlaufen in der Regel gutartig, die Malaria tropica führt beim Europäer unbehandelt zum Tode. Bei einer unklaren fieberhaften Erkrankung sollte deshalb eine genaue geographische Anamnese erhoben werden, wobei vorausgegangene Auslandsaufenthalte auf die richtige Spur führen. Die Inkubationszeit der Malaria tropica beträgt acht bis fünfzehn Tage. Im Vordergrund des klinischen Bildes steht ein unregelmäßig remittierendes hohes Fieber. Übelkeit, Erbrechen, Durchfälle, Kopf- und Kreuzschmerzen können eine Vielzahl anderer Krankheitsbilder vortäuschen. Es kommt zu einer hypochromen Anämie, Leber und Milz sind druckempfindlich vergrößert. Ist nach der geographischen Anamnese eine Malaria nicht ausgeschlossen, muß sofort – auch nachts! – ein Dicker Tropfen angefertigt werden. Bei nicht anbehandelten Europäern findet man in der Regel reichlich Parasiten. Gleichzeitig angefertigte, ebenfalls nach *Giemsa* gefärbte Blutaussstriche erlauben eine Artdiagnose der Parasiten. Die Basistherapie ist für alle Malariaformen die gleiche: Man gibt sofort vier Tabletten Resochin, nach sechs Stunden weitere zwei Tabletten und dann zwei Tabletten täglich über drei Tage. Bei bewußtlosen Patienten muß Chloroquin parenteral verabfolgt werden. Als Prophylaxe nimmt man wöchentlich zwei Tabletten Resochin ein, vom Beginn der Reise bis vier Wochen nach Verlassen des Malariaendemiegebietes.

Von großer Bedeutung ist zusammenfassend, daß man jeden Patienten fragt: „Wann waren Sie wo im Ausland?“

Professor Dr. G. Stromeyer, Düsseldorf:

Diagnostische und therapeutische Probleme bei fieberhaften Erkrankungen des Abdominalraumes

Fieber ist ein besonders häufiges Symptom bei sehr vielen Abdominalerkrankungen. Infektionskrankheiten mit typischem Fieber, wie Typhus, Malaria, Bang u. a., sollten hier ebensowenig besprochen werden wie akute chirurgische Erkrankungen, d. h., die akute Appendizitis, Ileus und Bauchhöhlenschwangerschaft. Die statistische Aufschlüsselung von unklarem Fieber – Infektionen 40 Prozent, neoplastische Erkrankungen 20 Prozent, Kollagen- und entzündliche Erkrankungen 15 Prozent, 15 Prozent seltene Ursachen und 10 Prozent unaufgeklärt – weist die diagnostische Richtung, in der wir uns systematisch bewegen müssen. Eine immer noch nicht seltene Ursache bei den systematischen Infektionen ist die Miliartuberkulose. Von den Abdominalorganen werden auf venösen Wegen vor allem die Lymphknoten, das Peritoneum, die Niere und die Leber infiziert. Der Gastrointestinaltrakt scheint resistent gegen die Tuberkulose zu sein und sie kommt wohl nur noch bei massiver Bazillenausscheidung aus Kavernen vor, die Hauptlokalisation ist dann die Ileo-zökalregion. Abdominelle Krampfzustände und Durchfall stehen im Vordergrund. Bei den nicht zu seltenen röntgenologisch festgestellten Ileo-zökaltumoren mit und ohne Fisteln handelt es sich heute jedoch fast nie um eine isolierte Tuberkulose, sondern nahezu immer um einen Morbus Crohn. Die beste diagnostische Maßnahme bei unklarem Fieber und bei klinischem Verdacht auf eine abdominale Organtuberkulose ohne Aszites ist die Leberpunktion. Bevor die Diagnose Darmtuberkulose gestellt wird, muß eine frühere Lungentuberkulose anamnestisch, klinisch und röntgenologisch gesichert sein. Eine negative Tuberkulinprobe schließt die Tuberkulose nahezu aus und macht die Diagnose Morbus Crohn wahrscheinlich. Auf jeden Fall muß vor der Einweisung eines Patienten in eine Heilstätte unter der

Diagnose Darmtuberkulose die Diagnose histologisch einwandfrei gesichert sein. Die Differentialdiagnose ist um so wichtiger, da der Morbus Crohn völlig anders, nämlich mit Steroiden, und, falls erforderlich, mit Immunsuppressiva behandelt werden muß. Im Gegensatz zum Morbus Crohn steht bei der Colitis ulcerosa der blutige, massige Durchfall im Vordergrund. Das Fieber ist meistens höher und länger anhaltend. Die Diagnose läßt sich bei den Hauptveränderungen im Rektum fast immer rektoskopisch sichern. In typischen Fällen ist der röntgenologische Befund charakteristisch. Die Therapie der Wahl ist zur Zeit Behandlung mit 2 bis 4 g Azulfidine täglich, in schweren Fällen bei ungenügendem Ansprechen die Zusatzbehandlung mit Steroiden (20 mg Fluocortolon täglich). Zusätzlich können lokale Klysmen mit Prednisolon oder Dexamethason den Verlauf günstig beeinflussen.

Beschwerden im rechten Oberbauch mit Fieber müssen an eine Cholangitis und Pankreatitis bei Abflußstörungen denken lassen. Fiberendoskopische Untersuchungen, insbesondere die ERCP (= Endoskopisch-Radiologische Cholangio-Pankreatikographie) erleichtern die Diagnose. Liegt eine Gelbsucht vor, so ist darauf hinzuweisen, daß eine Hepatitis mit remittierendem Fieber beginnen kann. Die Erfahrung hat gezeigt, daß eine erhöhte alkalische Phosphatase mit und ohne Fieber und charakteristischer Oberbauchsymptomatik ohne Koliken nahezu ausschließlich bei drei Krankheitsgruppen vorkommt:

1. Neoplasmen der Gallenwege, Gallenblase und Leber,
2. Lymphogranulomatose und
3. Morbus Boeck.

Bei Beschwerden im linken Unterbauch mit Fieber gehen im höheren Alter meist auf die komplikationsreiche Divertikulitis zurück. Sie beginnt häufig hochfieberhaft mit Durchfällen von Blut und wenig Schleim. Die Diagnose wird röntgenologisch und koloskopisch gestellt. Die Differentialdiagnose kann im Einzelfall gegenüber dem Sigmakarzinom schwierig sein. Unter einer antibiotischen Behandlung mit Breitbandantibiotika bessert sich die Divertikulitis rasch. In seltenen Fällen

werden Fieberzustände über lange Zeit, insbesondere von medizinischem Personal, vorgetäuscht.

Professor Dr. H. Gartman, Köln-Lindenthal:

Praktische Aspekte bei der Erkennung und Behandlung venerologischer Erkrankungen

Die weltweite Zunahme der Geschlechtskrankheiten erfordert es, daß sich der Arzt in der täglichen Praxis in steigendem Maße mit der Erkrankung und Behandlung venerischer Infektionen auseinandersetzen muß.

1. Gonorrhoe

Ca. 80 000 gemeldete Neuinfektionen an Gonorrhoe pro Jahr in der Bundesrepublik machen eine vierfach höhere Zahl pro Jahr wahrscheinlich. Das klinische Bild hat sich nicht grundlegend geändert, allerdings soll die Zahl symptomloser Kranken zugenommen haben, bei Frauen verlaufen ca. 50 Prozent, bei Männern 10 bis 15 Prozent asymptomatisch. Eine seltene und wenig bekannte Komplikation ist die Perihepatitis acuta gonorrhoeica, die bei jungen Frauen mit Adnexitis gonorrhoeica beobachtet wurde. Die Monarthrit gonorrhoeica, die meistens ein Kniegelenk, selten ein Handgelenk befällt, ist keine häufige Komplikation. In den letzten Jahren wurde öfters über das Auftreten von Gonokokken-Exanthenen berichtet, in Schweden soll *Neisseria gonorrhoeae* der häufigste Sepsiserreger sein. Typisch für die Gonokokkensepsis ist die Trias mit intermittierenden Fieberschüben (drei bis sechs Tage Intervalle), wandernde Gelenkschmerzen oder Tendosynovitis und relativ wenige vesikulopustulöse, manchmal hämorrhagische Hautveränderungen. Schwierigkeiten bei der Diagnose bereiten in der Praxis öfters die verschiedenen Formen der nicht-gonorrhoeischen Urethritis. Die Gonorrhoe ist weder nach dem klinischen Bild noch aus dem mit einem einfachen Färbefahren behandelten Ausstrich mit Sicherheit zu diagnostizieren oder auszuschließen. Nur spezielle Untersuchungsverfahren (Kultur, Vergärung, Pigmentbildungsvermögen, Nachweis fluoreszierender Antikörper) erlauben eine Differenzierung im wissenschaftlichen Sinn. Bevor die Therapie einer Gonorrhoe be-

gonen wird, ist stets Blut für eine serologische Untersuchung der Syphilis zu entnehmen, da es in verschiedener Hinsicht wichtig ist, zu wissen, ob bei einem Patienten schon eine, wenn auch latente Syphilis besteht oder nicht. Eine absolute Penicillinresistenz der Gonokokken ist bisher nicht nachgewiesen. Penicillin ist nach wie vor das Mittel der Wahl. Die Angaben über die Höhe der Einzeldosis schwanken im Schrifttum zwischen ein und vier Mega eines Penicillingemisches an drei aufeinanderfolgenden Tagen. Bei Mißerfolgen der Penicillinbehandlung ist Ampicillin zu empfehlen. Fälle von komplizierter Gonorrhoe (Adnexitis, Prostatitis, Epididymitis) können durch tägliche Dosen von vier Mega eines Procain-Penicillins über sechs bis zehn Tage fast immer geheilt werden. Bei Rektalgonorrhoe ist eine noch längere Behandlung notwendig. Infektionen mit septischer Symptomatik erfordern zehn Mega eines wäßrigen Penicillins i.v. pro Tag über zehn Tage, bei Meningitis bis drei Wochen. Bei Schwangeren, die mit Gonorrhoe infiziert und gegen Penicillin allergisch sind, kann mit Erythromycin oder Spectinomycin behandelt werden.

2. Syphilis

Das klinische Bild hat sich im Grunde nicht verändert, jedoch kommt es häufiger zu atypischen Verlaufsformen, vor allem bei anbehandelten Fällen. Für die Diagnose gilt nach wie vor das Wort: „Syphilis diagnostiziert nur der, der an sie denkt.“ Der Nachweis der Erreger der Syphilis aus dem Primäraffekt, aus makulo-papulösen Effloreszenzen oder aus befallenen Lymphknoten, läßt immer noch am schnellsten die Diagnose stellen. TPT-Test (Nelson-Test) und FTA-Abs-Test sichern die Serodiagnose Syphilis. Bei der Differentialdiagnose des Primäraffektes am Penis muß man seit einigen Jahren an die sogenannte Dequaliniumnekrose denken, die gelegentlich als toxisches Phänomen nach Anwendung von Externa auftritt, die als fungizides Mittel Dequaliniumchlorid oder Chlorchinaldol enthalten. Die Exantheme der Syphilis werden immer wieder mit Arzneimittellexanthen, Pityriasis rosacea, Psoriasis vulgaris, Lichen ruber planus, Pyodermien oder nekrotisierender Vaskulitis u. a. verwechselt. Wenig bekannt ist, daß die Syphilis zu

diffusem oder kleinfleckigem Haarausfall führen kann. In den letzten Jahren wurde über die Zunahme der Skabies eine Syphilis häufiger übersehen. Eine sicher seltene Erscheinung der Syphilis, die akute syphilitische Polyarthrit, wird mit dem rheumatischen Fieber verwechselt. Die Therapie der Syphilis erfolgt noch wie vor mit Penicillin. In einer Dosierung von täglich ein Mega eines Procein- oder Clemicol-Penicillin-Präparates i.m. über 15 bis 21 Tage. Mehrere Kuren sind überflüssig. Bei wirksamer Therapie der Syphilis ist der Zerfall der Treponemen in 50 bis 80 Prozent aller Fälle von frischen Infektionen von einem Aufblühen der Effloreszenzen und hohem Fieber begleitet, der Jarisch-Herxheimer-Reaktion. Der Krenke ist auf das Auftreten hinzuweisen. Bei Penicillinunverträglichkeit kommen orale Behandlung mit Erythromycin oder intravenöse Injektionen von Tetracyclin in Betracht. Nach neuerer Auffassung erfolgt die Infektion eines Kindes im dritten Schwangerschaftsmonat. Setzt die Therapie der Mutter vor diesem Zeitpunkt ein, dann ist mit Sicherheit ein gesundes Kind zu erwarten. Bei Syphilis connata soll das Kind über zwei bis drei Wochen täglich 50 000 bis 100 000 E. Procaln-Penicillin pro kg Körpergewicht erhalten.

3. *Ulcus molle*

Der weiche Schanker ist in Deutschland selten. Bei der Differentialdiagnose sind andere Erkrankungen mit Ulkus und Lymphknotenschwellungen abzutrennen. Die Therapie der Wahl sind Sulfonamide. Penicillin ist nicht geeignet.

4. *Lymphopathia venerea*

Wird in unseren Breiten nur sporadisch angetroffen. Die Diagnose wird mit einer Komplementbindungsreaktion gesichert, allerdings gilt als Voraussetzung für die Verwertbarkeit positiver Resultate, daß nur Serumverdünnung von 1:40 und darüber berücksichtigt werden dürfen. Zehn bis dreißig Tage nach der Infektion kommt es zu einer starken Lymphknotenschwellung, zunächst im Einflußgebiet des Primäraffektes. Das nach Jahren sich entwickelnde Spätstadium ist durch elefantiasische Wucherungen im Genitoanalbereich gekennzeichnet. Zur Behandlung haben sich Tetracycline 1 bis 2 g täglich über 14 Tage bewährt.

Professor Dr. U. Stephan, Erlangen:

Basonderheiten im Fieberverlauf bei Erkrankungen im Kindesalter

Daß gerade Fieberzustände beim Kind häufig auftreten, hat zwei prinzipiell verschiedene Ursachen. Einmal müssen sich die Kinder gegen die sogenannten Kinderkrankheiten immunisieren, darüber hinaus aber auch erstmals mit den banalen Infekten aus ihrer Umgebung auseinandersetzen. Die Kinderkrankheiten, deren Ursache in den meisten Fällen Virusinfektionen sind, sind ja nur deswegen Kinderkrankheiten, weil sie nach der ersten Infektion, die eben im Kindesalter auftritt, eine langfristige Immunität hinterlassen und deswegen beim Erwachsenen kaum vorkommen. Neben den typischen Kinderkrankheiten, wie Masern, Varizellen, Röteln, ist das Kleinkind, das zum ersten Mal aus dem Familienkreis hinausgeführt wird und sich im Kindergarten mit einer neuen Umwelt konfrontiert sieht, zahlreichen banalen Infekten ausgesetzt. Die zweite Ursache für das häufige Auftreten von Fieber im Kindesalter liegt darin, daß Kinder ganz allgemein auf pyrogene Einflüsse stärker und rascher reagieren als Erwachsene. Bei Kleinkindern, besonders bei Mädchen, ist bei lang anhaltenden Fieberzuständen, meist ohne andere Symptomatik, zuerst immer an das Vorliegen einer Infektion des Harnsystems zu denken. Da Kinder in diesem Alter oft noch Windeln tragen, fällt der Mutter die häufige Urinentleerung nicht auf, die Patienten selbst klagen auch noch über kein Brennen beim Wasserlassen. Bei einem Säugling, der eine lange Anamnese mit erhöhten Temperaturen hatte, etwas dystroph erschien, ansonsten aber weder anamnestisch noch klinisch einen pathologischen Befund zunächst hatte und eine Pyelonephritis nach mehrfacher Untersuchung des Urins ausgeschlossen werden konnte, fand sich schließlich ein Diabetes Insipidus, wobei die Mutter als einzigen Hinweis berichtet hatte, daß das Kind die Flasche fast gierig getrunken und dabei nie erbrochen habe. In relativ seltenen Fällen sieht man, daß Kinder mit chronischen Krankheiten unter einer Behandlung plötzlich zu fiebern beginnen. Der nahegelegende Gedanke des behandelnden Arztes ist, daß zusätzlich eine Infektion erfolgte. Wenn es dann unter der antibakteriellen Therapie zu keiner Entfieberung kommt, soll-

te man an eine Unverträglichkeit gegen ein Medikament der Basistherapie denken. Auch bei Kindern sollte man bei Fieber ohne hinreichende Erklärung an ein Tumorfieber denken.

Dr. T. Wegmann, St. Gallen:

Möglichkeiten zur Identifizierung und speziellen Behandlung von generalisierten Mykosen

Die sekundären oder die iatrogenen Mykosen werden speziell als Behandlungsfolgen schwerer Grundkrankheiten (maligna Tumoren, Hämoblastosen, Kollagenosen) durch Corticosteroide, Zytostatika, Immunsuppressiva und Antibiotika beobachtet. Bei der Diagnostik der Mykosen gelten folgende Leitsätze:

1. Das klinische Krankheitsbild einer generalisierten Mykose ist uncharakteristisch,
2. ein unter Polychemotherapie stehender Patient muß besonders sorgfältig überwacht werden und
3. muß ein unter Chemotherapie auftretender Status febrilis besonders sorgfältig abgeklärt werden.

Der Erreger muß mehrmals in einem sorgfältig gewonnenen Material nachgewiesen werden. Der direkte Pilznachweis gelingt im Nativpräparat unter Verwendung von 20prozentiger Kalilauge, wobei das Untersuchungsmaterial zwischen Objektträger und Deckglas unter Zugabe der Lauge sorgfältig erhitzt wird. Positive Kulturen aus der Mundhöhle und aus den Fäzes sind wertlos. Mehrmals positive Blutkulturen sind äußerst suspekt auf Fungämien. Von den serologischen Untersuchungen haben sich vor allem die indirekte Candidahämagglutinationsreaktion nach Müller, der IF-Test für die Candidase, der Agar-Gel-Präzipitationstest für die Aspergillose, die Immunfluoreszenzagglutination für die Kryptokokkose und die Immunoelektrophorese für die Mucoraceen bewährt.

Bei der Therapie von Mykosen muß die Behandlung der Grunderkrankung und die Ausschaltung von Substanzen mit prädisponierender Wirkung berücksichtigt werden. Weitere unspezifische Maßnahmen sind Bluttransfusionen, Transferfaktoren, Gammaglobuline und Vitamine. Zur spezifischen Behandlung stehen

Perdiphen[®] hilft bei Grippe!

schnelle Wirkung
klarer Kopf
rasche Entfieberung
leichte Atmung
ungestörter Schlaf

Grippe-Dragees

gegen grippeartige Infekte und Erkältungskrankheiten

Zusammensetzung: 1 Dragee enth.: Ephedrin hydrochloric, 2,5 mg, Paracetamol 75,0 mg, Diphenylpyralin hydrochloric, 0,75 mg, Vitamin C 25,0 mg, Extr. Eupator. cannab. 10,0 mg, Hesperidin-Komplex 80 %ig (Citrus-Flavonoide) 10,0 mg.

Anwendungsgebiete: Grippeartige Infekte, Erkältungskrankheiten mit Kopfschmerzen, Fieber, Abgeschlagenheit, Schnupfen, Hals- und Rachenbeschwerden. Auch zur Vorbeugung gegen Grippe und Erkältungskrankheiten.

Unverträglichkeiten und Risiken: Individuelle Überempfindlichkeit gegenüber Ephedrin (Bluthochdruck, schwere Schilddrüsenüberfunktion, schwere organische Herz- und Gefäßveränderungen, unregelmäßige, schnelle Herzschlagfolge), Grüner Star (Glaukom), gutartige Vergrößerung der Vorsteherdrüse (Prostataadenom) mit Neigung zu Resthambildung, schwere Nierenfunktionsstörungen.

Besondere Hinweise: Längere Anwendung bzw. Einnahme höherer Dosen nicht ohne ärztlichen Rat. Eine gleichzeitige Verabreichung mehrerer Arzneiformen von Perdiphen[®] (Dragees, Saft oder Zäpfchen) ist wegen einer möglichen Überdosierung von Paracetamol nur nach ärztlicher Verordnung vorzunehmen. Perdiphen-Dragees können - insbesondere im Zusammenhang mit Alkoholgenuß - das Reaktionsvermögen z. B. im Straßenverkehr oder bei der Bedienung von Maschinen beeinträchtigen.

Darreichungsform und Packungsgröße:
Originalpackung 40 Dragees DM 4.95

Saft

gegen Husten bei fieberhaften Erkältungskrankheiten

Zusammensetzung: 100 g enth.: Paracetamol 1,0 g, Ephedrin hydrochlor. 0,15 g, Extr. Thymi fluid, DAB 7 5,0 g, Extr. Primulee fluid, Helv. V Suppl. II 0,2 g, Corrig. et Excip. ad 100 g.

Anwendungsgebiete: Husten bei fieberhaften Erkältungskrankheiten, grippeartigen Infekten und anderen Infektionskrankheiten. Fieberhafte Katarrhe der Atemwege mit Reiz- und Krampfhusten.

Unverträglichkeiten und Risiken: Individuelle Überempfindlichkeit gegenüber Ephedrin (Bluthochdruck, schwere Schilddrüsenüberfunktion, schwere organische Herz- und Gefäßveränderungen, unregelmäßige, schnelle Herzschlagfolge), Grüner Star (Glaukom), gutartige Vergrößerung der Vorsteherdrüse (Prostataadenom) mit Neigung zu Resthambildung, schwere Nierenfunktionsstörungen.

Besondere Hinweise: Längere Anwendung bzw. Einnahme höherer Dosen nicht ohne ärztlichen Rat. Eine gleichzeitige Verabreichung mehrerer Arzneiformen von Perdiphen[®] (Dragees, Saft oder Zäpfchen) ist wegen einer möglichen Überdosierung von Paracetamol nur nach ärztlicher Verordnung vorzunehmen. Für Diabetiker: 1 Eßlöffel = 15 g Perdiphen-Saft = 0,6 BE; 1 Teelöffel = 0,2 BE.

Darreichungsform und Packungsgröße:
Originalpackung 100 ml Saft DM 5.30

Kinder- und Säuglingszäpfchen

Zusammensetzung: 1 Zäpfchen enth.: Paracetamol 250,0 mg, Ephedrinhydrochlorid 1,75 mg, Diphenylpyralinhydrochlorid 0,5 mg, Extr. Eupator. cannab. 10,0 mg, Hesperidin 80 % 10,0 mg.

Anwendungsgebiete: Fieberhafte Erkältungskrankheiten, katarrhale Infekte der oberen und tieferen Luftwege (Schnupfen, Hals- und Rachenbeschwerden), leichtere Schmerzzustände verschiedener Ursache.

Unverträglichkeiten und Risiken: Individuelle Überempfindlichkeit gegenüber Ephedrin (z. B. schwere organische Herz- und Gefäßveränderungen, unregelmäßige, schnelle Herzschlagfolge), Grüner Star (Glaukom), schwere Nierenfunktionsstörungen.

Besondere Hinweise: Längere Anwendung bzw. höhere Dosen nicht ohne ärztlichen Rat. Eine gleichzeitige Verabreichung mehrerer Arzneiformen von Perdiphen[®] (Dragees, Saft oder Zäpfchen) ist wegen einer möglichen Überdosierung von Paracetamol nur nach ärztlicher Verordnung vorzunehmen. Zäpfchen nicht über 25° C lagern!

Darreichungsform und Packungsgröße:
Originalpackungen 5 Zäpfchen DM 3.-, 10 Zäpfchen DM 4.95



DR. WILLMAR SCHWABE · KARLSRUHE

heute im wesentlichen Amphotericin B, 5-Fluorocytosin und Clotrimazol zur Verfügung. Das Amphotericin B (Fungizone) ist eine Substanz, die leider nur intravenös verabreicht werden kann, wobei dann die Halbwertszeit 18 bis 24 Stunden beträgt. Die Dosierung muß einschleichend vorgenommen werden in Form einer Infusion über mindestens sechs bis acht Stunden, wobei initial 0,2 mg/kg Körpergewicht gegeben wird mit langsamer Steigerung bis optimal 1 mg/kg Körpergewicht (maximal 1,5 mg/l). Im allgemeinen wird nur alle zwei bis drei Tage infundiert, da auf diese Weise die Unverträglichkeitserscheinungen reduziert werden. Leider weist die Hälfte der Patienten Nebenwirkungen auf, wie Fieber, Schüttelfröste, Krämpfe, Übelkeit und Diarrhöen. Besonders ins Gewicht fällt eine irreversible Nephrotoxizität, die ungefähr in einem Viertel bis einem Drittel der Fälle beobachtet wird; das gleiche gilt für Anämie. Deshalb sind während der Behandlung laufend Kontrollen des Blutbildes und der Nierenparameter vorzunehmen. 5-Fluorocytosin (Ancobon, Ancotil) wirkt vorwiegend fungistatisch und wird vorwiegend über die Niere ausgeschieden. Die Dosierung beträgt 100 bis 200 mg/kg Körpergewicht per os und pro Tag. Leider existiert keine intravenöse Verabreichungsform, so daß die großen Mengen per os meist durch eine Magensonde appliziert werden müssen. Die Nebenwirkungen sind relativ gering. Clotrimazol (Canesten) ist ein relativ junges Antimykotikum und zeigt ein breites Wirkungsspektrum gegenüber Dermatophyten, Sproß- und Schimmelpilzen. Die Halbwertszeit beträgt drei bis fünf Stunden, Nebenwirkungen sind Anorexie, Erbrechen, Anstieg der Leberenzyme, Müdigkeit, Pollakisurie und allergische Hauterscheinungen. Die Dosierung beträgt dreimal 20 mg/kg Körpergewicht und Tag bei Erwachsenen und dreimal 50 mg/kg Körpergewicht und Tag für Kinder. Eine prophylaktische Therapie muß zum heutigen Zeitpunkt abgelehnt werden, da uns heute noch keine harmlosen und pilzwirksamen Substanzen zur Verfügung stehen.

Professor Dr. W. Wilmanns, Stuttgart:

Fieber bei Tumorerkrankungen

Charakteristisch für das nicht infektiöse Fieber bei Tumorerkrankungen

ist das Ausbleiben eines Schüttelfrostes im Stadium des Temperaturanstieges und die Temperaturmaxima in den Morgenstunden. Der Temperaturverlauf ist gekennzeichnet durch einen sehr verschiedenartigen, oft unregelmäßigen oder wellenförmigen Verlauf. Ursächlich ist mit größter Wahrscheinlichkeit eine Produktion von endogenem Pyrogen durch die Tumorzellen und eine Wechselwirkung zwischen Tumorzellen bzw. tumorspezifischen Antigenen und Lymphozyten, die wiederum eine Produktion und Freisetzung von endogenem Pyrogen durch Granulozyten, Monozyten und spezifischen Zellen des RES in Gang setzen, anzunehmen. Häufig verbirgt sich hinter dem sogenannten Tumorfieber eine Begleitinfektion, nicht selten als Folge von Obstruktionen im Bronchial-, Gallenwegs- oder Harnleitersystem, dessen Diagnose wiederum erschwert wird durch atypischen Verlauf und Störungen der granulocytären und immunologischen Abwehr. Dieses gilt insbesondere für Fieber bei akuten Leukämien, bei den Folgeerscheinungen, die unter intensiver zytostatischer Therapie auftreten können. Mindestens $\frac{2}{3}$ der Leukämie-Patienten mit febrilen Temperaturen haben einen Infekt. Für die Prognose gewisser Tumorerkrankungen — insbesondere der Leukämien — ist es von entscheidender Bedeutung, daß Temperaturerhöhungen nicht als echtes Tumorfieber fehlgedeutet werden, sondern eine wirksame Infektbekämpfung rechtzeitig eingeleitet wird. Die Hauptgefahr ist nicht mehr die durch Thrombopenie hervorgerufene Blutung, sondern heute eine nicht erkannte oder nicht beherrschte Infektion. Infektionen stellen mit 70 bis 80 Prozent die häufigste Todesursache bei malignen hämatologischen Systemerkrankungen. An erster Stelle steht die Sepsis, an zweiter Stelle die Pneumonie, meistens hervorgerufen durch gramnegative Keime — in erster Linie *Pseudomonas aerogenosa* und Klebsiellen — und Pilze. Bei vielen Tumorerkrankungen spielt die Granulozytopenie eine entscheidende Rolle, wenn auch die Abwehrbereitschaft gegenüber bakteriellen und Virusinfektionen durch die Behandlung mit Zytostatika, Kortikosteroiden und Strahlen zusätzlich herabgesetzt wird. Zu den Maßnahmen, die getroffen werden müssen, um Infektionen zu verhüten, gehört die weitgehende Ausschaltung von Mög-

lichkeiten des Kontaktes mit infektiösen Keimen. Wegen des Hospitalismus sind zytostatische Behandlungen, wenn irgend möglich, ambulant durchzuführen. Bei stationärem Aufenthalt sollte man die Patienten möglichst in Einzelzimmern isolieren. Schließlich sollte man Infektionen bei Tumorkranken rechtzeitig und energisch behandeln, d. h. mit Kombinationen von Carbenicillin mit Gentamycin, Carbenicillin mit Cephalotin oder Gentamycin und Cephalotin. Mit diesen drei Kombinationen können Infekte in ca. 80 Prozent erfolgreich beherrscht werden.

Professor Dr. W. Hartl, Aachen:

Pathogenetische und klinische Aspekte des Drogenfiebers

Unter einem drug fever — Synonyme: Arzneimittelfieber, Drogenfieber — versteht man eine arzneimittelinduzierte Fieberreaktion, die sich in der Regel sieben bis zehn Tage nach Beginn einer medikamentösen Therapie beim Patienten einstellt und nach Absetzen des Arzneimittels wieder verschwindet. Im Zusammenhang mit einem drug fever findet man klinisch vor allem pleomorphe Exantheme, gelegentlich mit Lymphknotenschwellungen, hämatologische Manifestation (Zytopenien) sowie seltener polyarthritische oder polyneuritische Bilder. Der Temperaturanstieg wird häufig erst nach Manifestation der übrigen klinischen Symptome registriert. Prinzipiell ist jedes Medikament, das einen allergischen Überempfindlichkeitszustand induzieren kann, auch in der Lage, ein Arzneimittelfieber auszulösen. In diesem Sinne besonders belastet sind erfahrungsgemäß vor allem Penicillin und seine Derivate, Streptomycin, Sulfonamide, PAS, Chinidin, Allopurinol, Barbiturate, Diphenylhydantoin, Procainamid, Propylthiourazol, Antikoagulantien, Jodide, Methylidopa und D-Penicillamin. In der Pathogenese gilt es als gesichert, daß der Entwicklung des Fieberzustandes eine allergische Sensibilisierung des Organismus gegenüber dem auslösenden Medikament zugrunde liegt. Der fiebererzeugende Effekt entsteht wahrscheinlich auch hier über sogenannte endogene Pyrogene. Schwierig wird die Diagnose des drug fever, wenn es monosymptomatisch ist, d. h. ohne weitere klinische Hinweise auf einen arzneimittelallergischen Überempfindlichkeitszustand.

Problematisch wird die Diagnose bei fieberhaften Grunderkrankungen. Gefürchtet sind neben Anaphylaxie-ähnlichen Zwischenfällen vor allem Manifestationen an der Haut (Dermatitis exfoliativa, Lyell-Syndrom), Ausfälle der Hämatopoese (Agranulozytose, aplastische Anämie) sowie vaskulitische Zustandsbilder mit schlechter Prognose. Deshalb sollte in Zweifelsfällen eine sorgfältige Medikamentenanamnese durchgeführt werden. Als erste diagnostische Maßnahme zur Sicherung eines drug fever gilt dann das Absetzen aller potentiell auslösender Medikamente. Damit kommt es in der Regel zu einer raschen Entfieberung des Patienten, die aber prolongiert ablaufen kann, wenn Medikamente mit längerer Halbwertszeit verabfolgt wurden. Laborbefunde sind meist wenig charakteristisch. Die Therapie des drug fever

ist, wie für alle arzneimittelallergische Komplikationen, zunächst das Absetzen des auslösenden Medikamentes, was jedoch in vereinzelt Fällen bei schwerer Grunderkrankung ohne geeignetes Ersatzmittel erhebliche Schwierigkeiten bereiten kann. So wird man bei lebensbedrohlichen Situationen — z. B. bei der Behandlung eines Patienten mit Endocarditis lenta, der gegen das einzige wirksame Antibiotikum sensibillisiert ist — trotz eines Arzneimittelfiebers die eingeschlagene Therapie fortführen unter bewußter Inkaufnahme möglicherweise auch folgenschwerer allergischer Komplikationen.

(Fortsetzung folgt)

Rafarant:

Dr. med. E. Weber, Nürnberg

Ernährungsphysiologische Bedeutung der Hauptnährstoffe — Milch und Molkereiprodukte *

von Wolf Müller-Limmroth

Einleitung

Bei der heutigen psychomentalen Überlastung bei gleichzeitiger körperlicher Unterbelastung hat die Ernährung vorrangige Bedeutung erhalten. So kann man z. B. auf Fette nicht verzichten, nur muß man sie sinnvoll zuführen. Man spricht dann von physiologischer Ernährung, wenn man pro kg Körpergewicht (Normalgewicht) 1 g Eiweiß, 1 g Fett und 5 g Kohlenhydrate am Tag verzehrt, wobei 1 g Zucker in den Kohlenhydraten bereits enthalten sein sollte. Doch der Bundesbürger verzehrt 120 bis 130 g Fett und 130 bis 140 g Zucker pro Tag, er lebt zu fett und zu süß! Der Verbraucher muß deshalb verstärkt über die physiologischen Wirkungen der einzelnen Nährstoffe aufgeklärt werden, wie das am Beispiel der Milchprodukte geschehen soll.

1. Bedeutung der Milchprodukte für die Verdauung

Milch ist von hoher Verdaulichkeit. Während Brot und Fleisch die Sekretionskurven des Magensaftes rasch ansteigen lassen, regt die Milch die Sekretion sanfter an und läßt sie auch sanft wieder ebklingen. Daher sollte bei keiner Mahlzeit ein Milchprodukt fehlen! Milch beeinflußt ferner die Magenmotorik und den Magentonus nicht übermäßig: Sie hat nur eine geringe Verweildauer, nach ein bis zwei Stunden hat sie den Magen schon verlassen.

Der Mensch ist dann besonders leistungsfähig, wenn er sich in einem Indifferenzzustand zwischen Hunger und Sättigung befindet. Milch und Molkereiprodukte können diesen Zustand in vorzüglicher Form herstellen.

Der Mensch braucht 20 Aminosäuren, die vollständig und in eusreichender Menge regelmäßig vorhanden sein müssen. Zehn Aminosäu-

ren kann der Organismus selbst herstellen bzw. eine isodynamische Vertretung dafür schaffen. Die übrigen zehn müssen zugeführt werden, sie sind lebensnotwendig oder „essentiell“.

2. Bedeutung der essentiellen Aminosäuren

Neben den wünschenswerten und überflüssigen Aminosäuren gliedern sich die essentiellen nach ihrer Bedeutung wie folgt auf:

Aminosäure	Mangelscheinung
Histidin	Anämie
Leucin, Isoleucin	Appetitlosigkeit, Wachstumsstörungen, Hypotonie
Lysin	Wachstumsstillstand, Hypoproteinämie, Anämie, Skelettmuskeldegeneration, Menstruationsstörung, Übelkeit, Kopfschmerzen, Schwindel, Lärmempfindlichkeit
Methionin, Cystin	Leberhypotrophie, Fettleber
Tryptophan	Anämie, Haarausfall, Zahnschmalzstörungen, Appetitlosigkeit, Erlöschen der Fortpflanzungsfähigkeit, Krampfarregbarkeit des Gehirns
Threonin	Nierenfunktionsstörungen
Phenylalanin	Adrenalinmangel, Hypotonie
Valin	Gedächtnis-, Koordinations-, Assoziationsstörungen, Ataxie
Arginin	Wachstumsstillstand, Störungen in der Spermatogenese
Prolin	Wachstumsstörungen, mangelnde Desamidierung im ZNS

Tryptophan erscheint besonders wichtig: In Verbindung mit dem Vitamin B₆, das ebenfalls in der Milch enthalten ist, wird es zu Nikotinsäure und Nikotinsäureamid umgewandelt. Diese beiden Stoffe sind in der Lage, eine stressbedingte Hypercholesterinämie zu kompensieren. Zusammenfassend läßt sich sagen, daß alle der genannten essentiellen Aminosäuren in der Milch reichlich vorhanden sind und man den Tagesbedarf mit einem Liter Vollmilch weitgehend decken kann.

*) Referat beim Ärzteseminar des Kneipp-Bundes in Verbindung mit der Landesvereinigung der Bayerischen Milchwirtschaft am 18./19. April 1975 in Bad Wörishofen.

3. Hauptlieferanten von essentiellen Aminosäuren

Mitunter werden fehlerhafte Tabellen über die Rangfolge der Nahrungsmittel als Eiweißträger nach ihrer sogenannten biologischen Wertigkeit aufgestellt. So meinte z. B. ein Autor, daß bei 100 kcal aus Grünkohl 7,35 g Reineiweiß zugeführt werden, bei 100 kcal Rindfleisch dagegen nur 5,36 g. Eine solche Rechnung liefert ein schiefes Bild: Um den Eiweißbedarf mit Grünkohl zu decken, müßten nämlich 1,7 Kilo davon verzehrt werden.

Bei der Aufstellung einer Rangfolge von Eiweißträgern geht es also nicht nur um die Vollständigkeit der in ihnen enthaltenen essentiellen Aminosäuren, sondern auch um deren Konzentration. Nach einer solchen Bemessung sind die besten Eiweißträger:

- a) Milch
- b) Vollei
- c) Fleisch

Sojabohne, Spinat und Kartoffel enthalten auch alle essentiellen Aminosäuren, jedoch nicht in ausreichender Konzentration. Mais steht in dieser Rangfolge weit unten, da er kein Tryptophan enthält. Darum findet man in den Hauptanbaugebieten des Maises auch die Pellagra.

Von besonderer Bedeutung ist die Deckung des Eiweißbedarfes für die Leistungsfähigkeit. Schon bei einer schwach positiven Stickstoffbilanz (wenn nur 60 g Eiweiß statt 80 g am Tag zugeführt werden) sinkt die Leistungsfähigkeit ab. Daneben erhöht Eiweiß die Abwehrkraft des Organismus durch die Beschleunigung der Leukozytenemigration. Essentielle Aminosäuren wirken zudem „spezifisch dynamisch“, d. h., sie können den Grundumsatz bis zu 17 Prozent steigern. Das ist für ältere Menschen wichtig, die mit Eiweiß den Stoffwechsel steigern können. So kann Eiweißkost auch bei Abmagerungskuren hilfreich sein, umgekehrt ist vor einer „Null-Diät“ eindringlich zu warnen.

4. Bedeutung der Fette

Fett verlängert bekanntlich die Verweildauer der Nahrung im Magen. Problematisch sind dabei die energetisch ungenutzten Fettsäuren im Blutplasma. Bei der Entstehung der

Arteriosklerose ist der Fettverzehr nur ein Faktor von vielen; denn neben körperlicher Unterforderung spielen vor allem Stress, Bluthochdruck und Gifte (Nikotin) eine wesentliche Rolle. Die Arteriosklerose stellt die Folge einer Funktionsstörung im Mesenchym der Gefäßwand dar, wobei das Maschengefüge von Quellungsvorgängen mit Entmischungen verändert wird. Das beeinflusst die Sauerstoffversorgung der Gefäßwand und damit auch die Metabolisierung von Cholesterin oder Triglyceriden in der Gefäßwand. Der oxidative Stoffwechsel der Gefäßwand kann ferner durch den Blutdruck und den Gefäßmuskeltonus insofern beeinträchtigt werden, daß durch Kompression der Gefäßwandschichten die Sauerstoffdiffusion verschlechtert wird. Die Folge davon ist die Ausbildung von weiteren Diffusionsbarrieren unter Beteiligung von Mucopolysacchariden. Darum lösen Stressreize in Verbindung mit gefäßwirksamen Noxen, wie Nikotin, im Hinblick auf die Ausbildung einer Arteriosklerose einen circulus vitiosus aus. Wie „Jahresringe“ können die einzelnen Stressperioden im Leben eines Menschen „blättereigartig“ mehrere Diffusionsbarrieren in der Gefäßwand ausbilden. Dem kann man in erster Linie mit ausreichender körperlicher Aktivität bei Wechsel von Anstrengung und Pause – wie beim Intervalltraining des Sportlers – begegnen, was zugleich ein Gefäßtraining darstellt.

Fettanteile in der Nahrung sind aus vier Gründen nötig:

- zur Verwertung der fettlöslichen Vitamine,
- zur Verlängerung der Verweildauer der Speisen im Magen,
- um das Nahrungsvolumen klein zu halten und
- um die lebenswichtigen essentiellen Fettsäuren, wie Linol-, Linolen- und Arachidonsäure, zuzuführen.

Wichtig ist, daß die essentiellen Fettsäuren eine Clearance-Funktion besitzen, d. h., den Cholesteringehalt im Blutplasma senken.

Es ist festzuhalten, daß unser derzeitiges Fettproblem weniger ein Problem der Trinkmilch, der Butter oder des Käses ist, als vielmehr ein Problem der versteckten Fette: Von den 140 g Fett, die wir täglich ver-

zehren, entfallen 73 g, also über die Hälfte, auf versteckte Fette, die vor allem in Back- und Bretwaren zu finden sind, aber auch in sehr hoher Konzentration in Nüssen oder in manchen Wurstsorten.

5. Bedeutung des Mineralhaushaltes

Der Herzmuskel bezieht zu 60 Prozent seine Energie aus der Lungen-Spirale, d. h. aus dem Fettsäureabbau, zu 30 Prozent aus der Glycolyse und zu zehn Prozent aus dem Eiweißstoffwechsel. Hierzu werden auch Mineralien, wie Phosphat, Kalzium, Magnesium u. a., benötigt. Hiervon deckt Milch den Tagesbedarf nur teilweise. Aber zur Sicherstellung der Atmungskettenphosphorylierung ist ein Nachschub von Cytochromen unabdingbar und dieser kann mit Milch erfolgen, weil aus dem Laktoflavin (Vitamin B₂) der Milch Cytochrome entstehen.

Kalzium gilt als wichtiger Stoff für den Knochenbau, die Zahnbildung- und -erhaltung, sowie für die Blutgerinnung. Seit Mitte der sechziger Jahre weiß man, daß Kalzium auch in dem wichtigen Dienst der elektromechanischen Kopplung steht und damit im Zusammenhang mit der Funktion von Skelett- und Herzmuskulatur. Weil in diesem Bereich im Alter Störungen auftreten – im Alter wird die Kalziumbilanz leicht negativ –, muß Kalzium mit zunehmendem Lebensalter vermehrt zugeführt werden. Käse enthält sowohl viel Kalzium als auch Phosphat. Deshalb sollte Käse in keiner Tagesernährung fehlen. Käse besitzt eine gute Kalzium/Phosphat-Relation.

Schließlich sollten Milchprodukte nicht regelmäßig gleichzeitig mit Spinat, Karotten, Vollkornbrot oder Haferkost gegessen werden, um zu vermeiden, daß das Kalzium mit der Phytinsäure zum Kalziumphytat wird, das vom Körper nicht resorbiert werden kann. Ebenso ist es nicht sinnvoll, Milch immer in Form von Kakao zu trinken. Sein hoher Oxalsäuregehalt bringt das Kalzium als Kalziumoxalat zur Ausfällung und macht es ebenfalls unresorbierbar.

6. Bedeutung der Vitamine

Erwachsene Menschen brauchen normalerweise kein Vitamin D mehr zuzuführen. Sie versorgen sich meist

von der Darmflora selbst damit. Aber Vitamin A ist notwendig, allerdings muß man hier den Antagonismus zur Schilddrüsentätigkeit sehen. Vitamin A ist ein Epithelschutzvitamin und verhindert u. a. Steinbildungen in den Gallen- und Harnwegen. Vitamin B₁ ist wahrscheinlich mehr nötig, als bisher eingenommen, weil wir ja zu süß leben und das Vitamin B₁ im Kohlenhydratstoffwechsel eine Rolle spielt. Man kann mit Milch etwa die Hälfte des B₁-Bedarfes decken, wenn man einen Liter am Tag trinkt. Vitamin B₂, das Laktoflavin, ist als Vorstufe für die Cytochrome schon erwähnt worden. Mit einem Liter Milch pro Tag kann der Bedarf gedeckt werden.

Schließlich wäre die Nikotinsäure zu erwähnen. Sie ist zwar in der Kuhmilch nicht ausreichend vorhanden, kann aber aus dem reichlich in Milch vorhandenen Tryptophan im Beisein von Vitamin B₆ (Pyridoxin) als Nikotinsäureamid gebildet werden. Dieses Vitamin B₆ spielt eine bedeutende Rolle für die zentralnervöse Leistungsfähigkeit und beeinflusst z. B. die Lerngeschwindigkeit und das Gedächtnis positiv.

Pantothensäure, Folsäure, Biotin und Vitamin B₁₂ können ebenfalls mit einem Liter Milch am Tag in ausreichenden Mengen zugeführt werden.

Schlußbemerkung

Immer wieder wird behauptet, Milch enthalte zuviele Kalorien. In der Tat sind in einem Liter Milch 610 Kalorien enthalten. Aber: Bei vernünftiger Einteilung der Speisen und unter Berücksichtigung der Tatsache, wie notwendig Milch für die Leistungsfähigkeit und den Aufbau des Organismus ist, kann man leicht einen Tagesplan aufstellen, in dem ein Liter Milch und Käse enthalten sind. Der Genuß von Milch muß nicht zu einem Kalorienüberschuß führen, wenn man die Nahrung isokalorisch plant und vor allem den versteckten Fetten aus dem Weg geht. Außerdem ist heute bereits eine wohlschmeckende Milch mit nur 1,5 Prozent Fettanteil im Handel.

Anschrift des Verfassers:

Professor Dr. med. Wolf Müller-Limmroth, Lehrstuhl und Institut für Arbeitsphysiologie der Technischen Universität München, 8000 München 40, Barbarastraße 16



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: Infektanfälligkeit schon in der Kindheit.

Zusammensetzung: Mac. ex: Rad. Althaa. 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. Querc. 0,2 g, Herb. Tarax. 0,4 g in 100 g. - 1 Dragee enthält: Rad. Althaa. 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 Tonsillektomie. Chronische Racheninfekte. **Zusetztherapie** bei allen katarrhalischen Infekten. Zur Ergänzung der Chamotherapie. **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 Dragees über Wochen, bei akuten Manifestationen (Katarrhen) vorübergehend 5-6mal täglich.

Handelsformen: Tonsilgon OP mit 30 ml DM 5,60 OP mit 60 Drag. DM 7,75
OP mit 50 ml DM 7,75 OP mit 240 Drag. DM 22,95
OP mit 100 ml DM 10,45



BIONORICA KG · NÜRNBERG

Sozialministerium fördert zehn neue Sozialstationen

Seit 1973 gibt es in Bayern Modell-Sozialstationen, in denen die ambulante Krankenpflege, die ambulante Altenpflege sowie die Haus- und Familienpflege organisatorisch und personell zusammengefaßt sind. Diese Leistungen werden überwiegend in den Wohnungen der Hilfesuchenden erbracht. Die Sozialstationen leisten aber nicht nur Pflegedienste, sondern sie sind auch Leitstellen für die Bevölkerung in allen sozialen Fragen.

Die zwölf Modell-Sozialstationen haben sich bisher im allgemeinen gut bewährt. Das lebhaftes Interesse der Öffentlichkeit und das Entstehen weiterer Sozialstationen außerhalb der Modelle zeigen, wie groß der Bedarf an solchen Einrichtungen ist. Oft konnte durch die Arbeit der Sozialstationen eine Inanspruchnahme eines Altenheimes oder Krankenhauses unterbleiben. Manchmal wurde die Verweildauer im Krankenhaus verkürzt.

Das Staatsministerium für Arbeit und Sozialordnung fördert aufgrund dieser guten Erfahrungen schon vor dem Ablauf der dreijährigen Modellphase im Jahre 1975 neben den zwölf Modell-Sozialstationen weitere zehn.

Im einzelnen fördert das Sozialministerium auf Vorschlag der Arbeitsgemeinschaft der Spitzenverbände der freien Wohlfahrtspflege folgende zehn neue Sozialstationen:

Oberbayern: Dachau, München-Hausenberg und Schrobenhausen

Niederbayern: Fürstenstein

Oberpfalz: Neustadt a. d. Waldnaab

Oberfranken: Marktredwitz

Mittelfranken: Erlangen

Unterfranken: Steigerwald – Sitz Gerolzhofen – und Schweinfurt

Schwaben: Kaufbeuren



Professor Dr. R. Schubert 65 Jahre

Am 25. September feierte Professor Dr. René Schubert seinen 65. Geburtstag. Dieser Festtag soll für uns ein erfreulicher Anlaß sein, seines erfolgreichen, verdienstvollen Wirkens zu gedenken.

Bereits als junger Assistent am St. Georg-Krankenhaus in Hamburg konnte er sich durch wissenschaftliche Arbeiten, die ihm Preise und Auszeichnungen einbrachten, hervortun. Während des Krieges war er bis 1944 im Sanitätsdienst der Luftwaffe eingesetzt. Zurückgekehrt widmete er sich wieder wissenschaftlicher Arbeit, habilitierte sich 1945 an der Medizinischen Universitätsklinik in Tübingen und wurde 1949 Leiter der Medizinischen Poliklinik. 1950 folgte die Ernennung zum außerplanmäßigen Professor.

Am 1. August 1962 wurde Professor Schubert zum Ärztlichen Direktor der 3. Medizinischen Klinik der Städtischen Krankenanstalten Nürnberg berufen. Hier entfaltete er eine rege wissenschaftliche Tätigkeit. Es sei auch hingewiesen auf sein umfangreiches Wirken in medizinischen Gremien und Institutionen als Präsident der Deutschen Gesellschaft für Gerontologie, Präsident des Europaeum Medicum Collegium, Mitglied des Deutschen Senates für ärztliche Fortbildung, Mitglied des Bundesgesundheitsrates, Mitglied des Vorstandes des Kuratoriums Deutscher Altershilfe, Mitglied des Vorstandes des Institutes für Altenwohnbau.

In Nachfolge von Professor Meythaler wurde Professor Schubert 1963

von der Bayerischen Landesärztekammer die wissenschaftliche Leitung der Nürnberger Fortbildungskongresse übertragen. Hier hat er sich besondere Verdienste um die ärztliche Fortbildung erworben. Er hat es bei der wissenschaftlichen Gestaltung der Kongresse in all den Jahren in vorzüglicher Weise verstanden, den Bedürfnissen und Wünschen der praktizierenden Ärzte in jeder Weise gerecht zu werden, zumal durch die Auswahl der Thematik, die stets übergeordnete und zusammenfassende Probleme beinhaltete und schwerpunktmäßig auf therapeutischem Gebiete neue Forschungswege und Ergebnisse aufzeigte. Durch diese praxisnahe Gestaltung der Kongresse stieg die Zahl der Kongreßteilnehmer von Jahr zu Jahr und so wurde der Nürnberger Fortbildungskongreß zu einer der größten Fortbildungsveranstaltungen in Deutschland.

Sein wissenschaftliches Wirken, das durch 280 Arbeiten und Veröffentlichungen gekennzeichnet ist, gehörte in entscheidendem Maße den Problemen des alten Menschen. In ärztlich-humanitärer Verantwortung galt sein zielstrebiges Bemühen der Kooperation der verschiedenen Disziplinen Geriatrie, Psychologie, Soziologie zu einer modernen Gerontologie, organisatorisch integriert in der Deutschen Gesellschaft für Gerontologie. Die große Auszeichnung für den Präsidenten dieser Gesellschaft, Professor Schubert, war 1973 die Berufung auf den ersten Lehrstuhl für Geriatrie des deutschsprachigen Raumes an der Universität Erlangen-Nürnberg.

Die Stadt Nürnberg ernannte 1974 Professor Schubert in Erkenntnis der überragenden Persönlichkeit als Arzt und Klinikchef zum Ärztlichen Direktor der Städtischen Krankenanstalten „im Interesse der bestmöglichen Organisation und zum Nutzen der Patienten“.

In Würdigung seiner Verdienste wurde Professor Schubert 1969 mit dem Verdienstkreuz Erster Klasse des Verdienstordens der Bundesrepublik Deutschland ausgezeichnet. Im gleichen Jahr erhielt er von der Bundesärztekammer für die

Verdienste um die ärztliche Fortbildung die Ernst-von-Bergmann-Plakette.

Mit unserem Gedenken verbinden sich für den Jubilar die besten Wünsche für viele weitere erfolgreiche und gesunde Jahre.

Dr. Ernst Bauer

Dr. Alfred Böhm 60 Jahre

Obermedizinaldirektor Dr. med. Alfred Böhm konnte vor kurzem seinen 60. Geburtstag feiern.

Nach dem Abitur studierte er an den Universitäten Berlin und München Medizin und leistete von 1939 bis 1945 Wehrdienst, zuletzt als Stabsarzt d. R. Nach kurzer Tätigkeit als niedergelassener Kassenarzt trat er 1946 in den öffentlichen Gesundheitsdienst als kommissarischer Amtsarzt in Wegscheid ein, war dann zunächst Hilfsreferent und ab Juli 1947 Referent im Bayerischen Staatsministerium des Innern. In den Jahren 1947/48 war Dr. Böhm gleichzeitig Vertreter Bayerns im Gesundheitsausschuß des damaligen Länderrates und bis 1949 Beauftragter der für das Gesundheitswesen zuständigen Länderminister der US-Zone bei der Bizonenverwaltung in Frankfurt, 1951 bis 1955 Amtsarzt und Leiter des Staatlichen Gesundheitsamtes Traunstein, bis 1971 in gleicher Eigenschaft beim Staatlichen Gesundheitsamt Rosenheim; seit 1. Juli 1971 ist Dr. Böhm Sachgebietsleiter für Humanmedizin (Medizinalreferent) bei der Regierung von Oberbayern.

Nebenamtlich ist Dr. Böhm seit 1970 Lehrbeauftragter für Gesundheits-erziehung im Fachbereich Erziehungswissenschaft an der Universität München tätig (von 1957 bis 1970 war er Lehrbeauftragter für Sozialhygiene an der Höheren Fachschule für Sozialberufe der Landeshauptstadt). Weiterhin gehört er seit 1971 dem Landesgesundheitsrat und seit 1973 dem Kuratorium der Bayerischen Akademie für Arbeits- und Sozialmedizin an. Er ist ferner seit 1971 Bundesvorsitzender der Ärzte des Öffentlichen Gesundheitsdienstes und Mitglied des Executive Board der World Federation of Public Health Associations und wurde 1973 zum Vizepräsidenten und 1974 zum Präsidenten dieses Verbandes, der gleichzeitig Mitglied der Weltgesundheitsorganisation (Sitz Genf) ist, gewählt.

Professor Dr. Rolf Burkhardt, Abteilungsvorsteher an der I. Medizinischen Klinik der Universität München, wurde zum Vizepräsidenten der Ludwig-Maximilians-Universität München gewählt.

Professor Dr. Harald zur Hausen, Leiter des Instituts für klinische Virologie der Universität Erlangen-Nürnberg, wurde der Robert-Koch-Preis 1975 verliehen.

Privatdozent Dr. E. Lang, Chefarzt der Inneren Abteilung im Waldkrankenhaus Erlangen, wurde der Max-Bürger-Preis verliehen.

Dr. Friedrich Legler, Obermedizinaldirektor an der Staatlichen Bakteriologischen Untersuchungsanstalt Erlangen, wurde zum Präsidenten des Landesuntersuchungsamtes Nordbayern ernannt.

Zum neuen Ärztlichen Direktor des Städtischen Krankenhauses Schwabing hat die Ärzteschaft dieses größten Münchener Krankenhauses jetzt Professor Dr. Hellmut Mehnert gewählt. Professor Mehnert wird Nachfolger von Professor Dr. Herbert Begemann, dessen vierjährige Amtszeit am 1. Oktober zu Ende ging und der nicht mehr für eine Wiederwahl kandidiert hat.

Professor Dr. Ernst Waidl, Direktor der Frauenklinik rechts der Isar der Technischen Universität München, wurde zum Präsidenten der Bayerischen Gesellschaft für Geburtshilfe und Frauenheilkunde gewählt.

Auszeichnungen

Dr. Armin Schleußner, Wunsiedel, wurde mit dem Verdienstkreuz Erster Klasse des Verdienstordens der Bundesrepublik Deutschland ausgezeichnet.

Mit dem Verdienstkreuz am Bande des Verdienstordens der Bundesrepublik Deutschland wurden ausgezeichnet: Medizinaldirektor Heinz Hamann, Bayreuth; Dr. Eugen Kohlmann, Kitzingen; Dr. Paul König, München; Dr. Johann Preuss, Nürnberg; Dr. Rolf Zimmer, München.

Fakultät

München

Medizinische Fakultät der Universität

apl. Professor Dr. med. Josef Meier, Leitender Oberarzt an der Medizinischen Poliklinik, wurde für die Dauer eines Jahres an die Kurklinik in der Stanggaß (Versorgungskuranstalt) Berchtesgaden abgeordnet.

Privatdozent Dr. med. Henner Graeff, Oberarzt an der I. Frauenklinik, wurde zum „außerplanmäßigen Professor“ ernannt.

Privatdozent Dr. med. Heinz-Dietrich Bolte, früher Oberarzt an der Georg-August-Universität Göttingen, wurde unter Berufung in das Beamtenverhältnis auf Lebenszeit zum „Leitenden Oberarzt“ an der Medizinischen Klinik I im Klinikum Großhadern ernannt.

Privatdozent Dr. med. Eckhard Held, wiss. Assistent an der II. Medizinischen Klinik, wurde unter Berufung in das Beamtenverhältnis auf Lebenszeit zum „Oberarzt“ ernannt.

Privatdozent Dr. rer. nat. Dr. med. Erich Kuß, Akademischer Direktor an der I. Frauenklinik, wurde zum „Abteilungsvorsteher“ ernannt.

Privatdozent Dr. med. Eberhard Bassenge, Akademischer Oberrat am Physiologischen Institut, wurde zum „wissenschaftlichen Rat“ ernannt.

Privatdozent Dr. rer. nat. Friedrich Fittler, wiss. Assistent am Institut für Physiologische Chemie, Physikalische Biochemie und Zellbiologie, wurde zum „Akademischen Rat“ ernannt.

Zum „Privatdozent“ wurden ernannt: Dr. med. Wolfgang Göttinger für „Augenheilkunde“; Dr. med. Alexander Holschneider für „Kinderchirurgie“; Dr. Claus Jürgen Mayer für „Physiologie“; Dr. med. Peter Peller für „Kinderheilkunde“; Dr. med. Jürgen Riemer für „Physiologie“; Dr. med. Peter Schubert für „Experimentelle Neuropathologie und Neurobiologie“; Dr. med. Siegfried Stotz für „Orthopädie“.

Überhöhte Honorarforderungen als Berufspflichtverletzung

Die ärztliche Berufsordnung als Regelung der ärztlichen Berufsausübung enthält wesentlich auch Normen für das ärztliche Honorar. Danach ist als Berufspflicht für den Arzt festgelegt, daß seine Honorarforderung „engemessen“ sein muß. Übersteigerungen hier können nicht nur zivilrechtliche Auseinandersetzungen mit dem zahlungspflichtigen Patienten auslösen, sondern auch berufsaufsichtliche Maßnahmen.

In dem vorliegenden Fall hatte ein Arzt den Insassen eines Altersheims wiederholt überhöhte Honorarforderungen gestellt; außerdem hatte er den Patienten eine Zahlungsfrist von 14 Tagen gestellt und danach Verzinsung gefordert. Das Berufsgericht hat dieses Verhalten verurteilt und gegen den Arzt einen Verweis und eine Geldbuße von DM 500,— ausgesprochen.

Urteil des **Berufsgerichts** für die Heilberufe beim Oberlandesgericht **München** vom 16. Juli 1975 (BG-Ä 2/75; noch nicht rechtskräftig).

Aus den Gründen:

... Dr. X hat in den genannten fünf Fällen gegen § 2 der Gebührenordnung für Ärzte vom 18. März 1965 und zugleich gegen § 11 der Berufsordnung für die Ärzte Bayerns verstoßen, wonach die Honorarforderung des Arztes angemessen sein muß und die Gebührenordnung die Grundlage für die Berechnung ist. Sein Vorbringen, die Eigentümerin des Heimes habe ihm vor Beginn der Beratung erklärt, die Privatpatienten seien „großartig“ versichert, die Vergütung könne auch über die in § 2 GOÄ genannte Spanne hinausgehen, kann ihn nicht entlasten. Dr. X will damit geltend machen, es sei eine besondere Vereinbarung über die ärztliche Vergütung getroffen und die Sätze der GOÄ für die Behandlung der Patienten des Heimes außer Kraft gesetzt worden. Allerdings können nach § 1 Satz 2

der GOÄ derartige Abmachungen zwischen dem *Patienten* und dem Arzt geschlossen werden. Insoweit gilt die Gebührenordnung nur subsidiär. Im vorliegenden Fall hat jedoch der Arzt mit dem *Patienten* vor Behandlungsbeginn keine derartige Honorarvereinbarung getroffen. Der Erklärung der Eigentümerin des Heims über die anzuwendenden Vorschriften der Gebührenordnung kommt keinerlei rechtliche Wirkung zu. Mangels Fehlens einer Vereinbarung mit dem Patienten ist deshalb im vorliegenden Fall die Gebührenordnung für die Ärzte vom 18. März 1965 für die Vergütung zugrunde zu legen. Auch wenn die Einkommens- und Vermögensverhältnisse der Patienten überdurchschnittlich gewesen sein sollten, so durfte Dr. X doch nicht die in § 2 der Gebührenordnung für Ärzte festgelegten Höchstsätze, nämlich das sechsfache des Grundbetrags, überschreiten.

Auf einen Verbotsirrtum kann sich Dr. X nicht berufen. Er hat nicht jede ihm zumutbare erfolgversprechende Möglichkeit der Erkundigung, z. B. in der Form der Anfrage der zuständigen Berufsvertretung über die Auslegung der Gebührenordnung für Ärzte, ausgeschöpft. Der verschuldete Irrtum über die Pflichtwidrigkeit läßt den Vorsatz unberührt.

Darüber hinaus hat Dr. X in den genannten fünf Fällen Leistungen verrechnet, die in diesem Umfang nicht angefallen waren. Er besuchte jeweils am 6.11., 13.11., 20.11., 27.11. und 4.12.1974 mehrere Patienten in dem Heim, stellte jedoch jedem dieser Patienten die Gebühren für einen ärztlichen Hausbesuch in Rechnung, obwohl er nur berechtigt war, gegenüber einem Patienten einen Hausbesuch zu liquidieren, gegenüber den anderen Patienten dagegen nur eine Gebühr für eine Beratung in Ansetz zu bringen. Mit der

Erhebung einer Gebühr, für die keine Rechtsgrundlage bestand, hat sich Dr. X einer Standespflichtverletzung nach § 1 Abs. 3 der Berufsordnung für die Ärzte Bayerns schuldig gemacht, wonach der Arzt verpflichtet ist, seinen Beruf gewissenhaft auszuüben.

Auf den Rechnungen für die Patienten ... brachte Dr. X einen Vermerk folgenden Inhalts an:

„Angesichts der Konjunkturlage muß ich Sie bitten, den Betrag innerhalb von 14 Tagen zu überweisen. Nach der ersten Mahnung müßte ich ab Rechnungsdatum 14,5 Prozent hinzurechnen, oder Sie senden mir die beigefügte ausgefüllte Abtretungserklärung an Ihre Privatkasse zurück.“

Die Zahlung der Rechnung ... mahnte er ... an. ... Dr. X hat diese Mahnungen, wie er vorbringt, von an ihn gerichteten kaufmännischen Rechnungen übernommen. Dr. X hat dabei außer acht gelassen, daß Geschäftsgepflogenheiten im kaufmännischen Bereich sich nicht auf den Arztberuf, der kein Gewerbe ist, übertragen lassen. Die sehr kurz bemessenen Zahlungsfristen und die Forderung einer Verzinsung von 14,5 Prozent ab Rechnungsstellung sind eines Arztes unwürdig. Dr. X hat damit dem Gebot des § 1 Abs. 3 der Berufsordnung zuwidergehandelt.

... Poellinger, München

Bekanntmachung

Besetzung des Landesberufsgerichts für die Heilberufe bei dem Bayerischen Obersten Landesgericht

Johann *Zitzmann*, Vorsitzender Richter am Bayerischen Obersten Landesgericht, wurde mit Wirkung vom 1. Oktober 1975 auf die Dauer von fünf Jahren zum Stellvertreter des Vorsitzenden ernannt.

Max *Willner*, Richter am Bayerischen Obersten Landesgericht, wird mit Wirkung vom 16. Oktober 1975 auf die Dauer von fünf Jahren zum 2. Stellvertreter des richterlichen Beisitzers des Landesberufsgerichts für die Heilberufe bei dem Bayerischen Obersten Landesgericht ernannt.



Gleich den Jahresringen des Baumes ...

zeichnet sich die körperliche und seelische Entwicklung des Menschen ab. Störungen in der Frühentwicklung wirken sich oft entscheidend auf das ganze Leben aus.



NERV infant®

Sedativum mit Vitamin B₁ und organischen Phosphorträgern. Konzentrationsschwäche, vegetative Störungen, unruhiger Schlaf, Schulmüdigkeit, Angst, nerv. Allerg., Pavor nocturnus.

Zusammensetzung:
 Vit.-B₁-chloridhydrochlorid 0,14 g
 Extr. Lupulil 18,00 g
 Extr. Passiflorae fluid. 16,00 g
 Extr. Placidiae fluid. 3,00 g
 Extr. Valer. fluid. 13,00 g
 Natrium Inosithexaphosphor. 2,90 g
 Aeth. guajacoli-glycerinat. 2,10 g
 Natrium glycerinophosphor.
 Aqua. dest. aa 10,70 g
 Sir. simpli. ad 1000,00 ml

Hinweise für Diabetiker:
 Die in 1000 ml enth. KH sind äquivalent 178,55 g Glucose;
 1 Eßlöffel entspr. ca. 1,79 g Glucose.

Sirup: 100 ml AVK DM 6,50
 250 ml AVK DM 13,00
 500 ml AVK DM 23,40

NERV infant®

Zäpfchen für SÄUGLINGE
 10 Stück AVK DM 3,50

Zusammensetzung:
 Extr. Val. e rad. spir. episs. 100 mg
 Aeth. guajacoli-glycerinat. 25 mg
 Adeps solidus 875 mg

B12 NERV infant®

Antieneemikum, wie NERVinfent, zusätzlich mit blutbildender und leistungssteigernder Wirkung.

Zusammensetzung:
 Vit.-B₁₂-Cyanokomplex 1000 Gamma
 Vit.-B₁-chloridhydrochlorid 0,14 g
 Extr. Lupulil 18,00 g
 Extr. Passiflorae fluid. 16,00 g
 Extr. Placidiae fluid. 3,00 g
 Extr. Valer. fluid. 13,00 g
 Natrium Inosithexaphosphor. 2,90 g
 Aeth. guajacoli-glycerinat. 2,10 g
 Natrium glycerinophosphor.
 Aqua. dest. aa 10,70 g
 Sir. simpli. ad 1000,0 ml

Hinweise für Diabetiker:
 Die in 1000 ml enth. KH sind äquivalent 178,6 g Glucose;
 1 Eßlöffel entspr. ca. 1,8 g Glucose.

Sirup: 100 ml AVK DM 7,00
 250 ml AVK DM 14,00
 500 ml AVK DM 25,20

Schlafstörungen, Unruhezustände, Übererregbarkeit, zur Beruhigung während Krankheiten im Säuglings- und Kindesalter, Abschirmung unterschwelliger Reize, Husten.

Zäpfchen für KINDER
 10 Stück AVK DM 3,85

Zusammensetzung:
 Extr. Val. e rad. spir. episs. 200 mg
 Aeth. guajacoli-glycerinat. 50 mg
 Adeps solidus 760 mg

TUSS infantum®

stilt den Husten, beseitigt die Verschleimung, kräftigt den Organismus.

Zusammensetzung:
 Extr. Thymil fluid. 6,0 g
 Extr. Primulae fluid. 1,0 g
 Natr. Inosithexaphosphor 0,2 g
 Oxeladincitrat 0,2 g
 Aeth. guajacoli-glycerinat. 0,2 g
 Glycerin 0,5 g
 Saccharum 30,0 g
 Aqua. dest. ad 100,0 ml

Hinweise für Diabetiker:
 1 Teelöffel entspr. ca. 0,65 g Glucose.

100 ml AVK 4,10

FERRO infant®

Sirup und Dregées Hypochrome Anämie, Eisenmangel während der Pubertät und während der Schwangerschaft. Appetitlosigkeit, Wachstumsstörungen. Besonders geeignet für Schulkinder.

Zusammensetzung:
 100 ml enthalten:
 Vit.-B₁-chloridhydrochlorid 10 mg
 Vit.-B₁₂-hydrochlorid 20 mg
 Vit.-B₁₂-Cyanokomplex 100 µg
 Natrium Inosithexaphosphat 200 mg
 Ferrum oxyd. c. Sacch. liq. 20 g
 Saccharose 12 g
 1 Teel. = 30 mg Fe⁺⁺

Kontraindikation:
 Eisenkumulation (Hämochromatosen, chron. Hämolyse), Eisenverwertungsstörungen (sideroachrestische Anemien, Eisenanemien, Thalassemien).

Hinweise für Diabetiker:
 1 Teelöffel entspricht ca. 0,6 g Glucoseäquivalent

Zusammensetzung:
 1 Dregée enthält:
 Vit.-B₁-chloridhydrochlorid 1 mg
 Vit.-B₁₂-hydrochlorid 2 mg
 Vit.-B₁₂-Cyanokomplex 10 µg
 Ferrosulfat (= 40 mg Fe⁺⁺) 120 mg
 Calc.-Magn.-inosithexaphosph. 10 mg
 50 Dregées AVK DM 4,90
 100 Dregées AVK DM 8,00

100 ml AVK DM 4,85
 250 ml AVK DM 9,50
 500 ml AVK DM 14,95

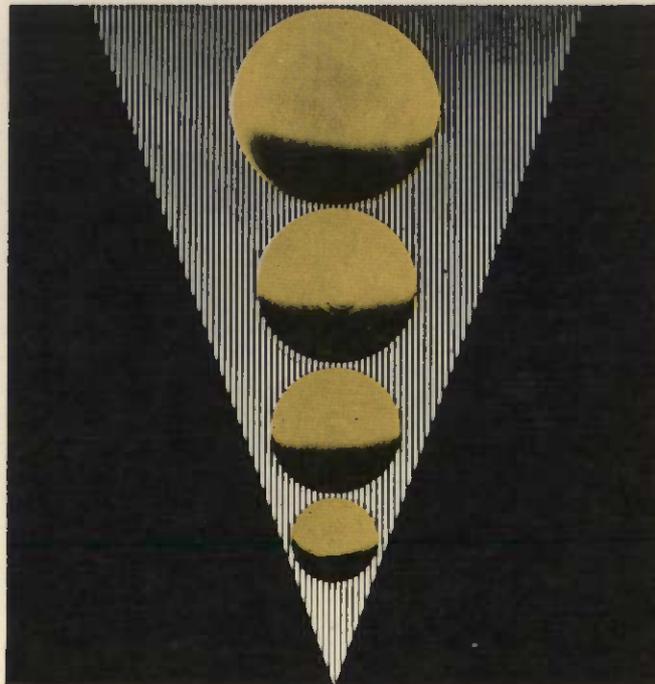
Nebenwirkungen bei allen Präparaten: Bei den angegebenen Dosierungen sind Nebenwirkungen nicht bekannt.

Muster auf Anforderung

Arzneimittel so natürlich wie möglich
KURT MERZ · 6497 STEINAU



Lipid-Senker Der NEUE



Lipo-Merz[®]

die neue Monosubstanz Etofibrat^{DBP}
mit dem doppelten Wirkmechanismus:

senkt
Cholesterin und Triglyzeride
rasch und nachhaltig

Zusammensetzung: 1 Kapsel enthält: 300 mg Etofibrat I.N.N. = 2-(p-Chlorphenoxy)-2-methyl-propionsäure-[2-(nicotinoyf-oxy)-äthyl]-ester
Indikationen: Hyperlipidämien, einschließlich essentielle Hyperlipidämien; Erkrankungen, für deren Entstehung und Verlauf die Erhöhung der Serumlipidwerte (Triglyzeride, Cholesterin) einen wesentlichen Risikofaktor darstellt; z. B. coronare und cerebrale sowie periphere Durchblutungsstörungen; Angio- und Retinopathien.
Dosierung: 3 x täglich 1 Kapsel nach dem Essen.

Nebenwirkungen – Begleiterscheinungen: LIPO-MERZ wird im allgemeinen ausgezeichnet vertragen. Magen und Darm werden nicht gereizt. Gelegentlich kann es zu Behandlungsbeginn zu Flush-Erscheinungen (Hitzegefühl) kommen. Diese Erscheinungen bilden sich bei Fortsetzung der Therapie nach wenigen Tagen zurück.
Unverträglichkeiten und Risiken: Bei schweren Leberschäden und schweren Nierenschäden sowie während der Schwangerschaft sollte LIPO-MERZ nicht angewandt werden.

LIPO-MERZ kann die Wirkung von Antikoagulantien verstärken. Daher ist im Einzelfall darauf zu achten, ob während der Behandlung mit LIPO-MERZ Antikoagulantien eingespart werden können.
Handelsformen und Preise:
30 Kapseln DM 14,80 m. MWSt.
100 Kapseln DM 34,85 m. MWSt.
Anstaltspackung 500 Kapseln

Merz + Co.
Chemische Fabrik
6 Frankfurt/Main 1
Eckenheimer Landstraße 100-104



neu
VON KNOLL

Bei Tag
und bei Nacht
Schutz vor
dem nächsten
Angina-pectoris-Anfall

Der Herz-Ökonom
isoptin® re

setzt das
Herz auf
Sparflur



Steuerliche Berücksichtigungsfähigkeit von Kurkosten

von Franz Günter Dietmaier

Nachdem sich die Krankenkassen an einer vom Hausarzt verordneten Kur finanziell beteiligen, stellt sich die Frage, unter welchen Voraussetzungen das Finanzamt die Kur aufwendungen als außergewöhnliche Belastung im Sinne von § 33 Einkommensteuergesetz (EStG) anerkennt.

Urlaubs- und Erholungsreisen allgemeiner Art sind nicht außergewöhnlich im Sinne des § 33 EStG, zumal, wenn es sich um Steuerpflichtige handelt, die nach ihren Einkommensverhältnissen üblicherweise eine Urlaubs- oder Erholungsreise machen. Es liegt nicht im Sinne des § 33 EStG, durch eine zu starke Ausweitung des Begriffes Krankheitskosten übliche Kosten zur Erhaltung der Gesundheit steuerlich zu berücksichtigen. Nicht jede Reise, die nach medizinischen Grundsätzen angebracht ist, führt zu einer außergewöhnlichen Belastung. Denn jede Ferienreise dient der Erhaltung, Entspannung und Wiederherstellung der Arbeitskraft. Sollen die Kosten für eine Badekur steuerlich berücksichtigt werden, so müssen im einzelnen besondere Umstände vorliegen, die die Anwendung des § 33 EStG rechtfertigen. So sind Badekuren nicht allgemein nach § 33 EStG zu berücksichtigen, selbst wenn ein Arzt die Notwendigkeit oder Zweckmäßigkeit der Kur bescheinigt. Die Badekur muß zwangsläufig sein. Dies ist der Fall, wenn die Badekur das einzige Mittel zur Wiederherstellung der Gesundheit ist und eine andere Behandlungsweise nicht oder kaum erfolgversprechend sein würde. Von der Verwaltungen wird die Zwangsläufigkeit bejaht, wenn

1. von einem Versicherungsträger oder einer öffentlichen Kasse aufgrund ärztlicher Gutachten zur Durchführung der Badekur ein Zuschuß bezahlt wird, oder
2. nach vorangegangener schwerer Krankheit ein Kurort aufgesucht wird, um die Genesung zu fördern, oder
3. aufgrund der Einkommensverhältnisse üblicherweise eine längere Erholungsreise nicht möglich ist.

Die Belastung durch die Kurkosten muß außergewöhnlich sein. Dies ist anzunehmen, wenn die Badekur neben einer sonst üblichen Urlaubs- oder Erholungsreise durchgeführt wird, oder die unter 2. und 3. angeführten Voraussetzungen gegeben sind. Unabdingbare Voraussetzung ist dabei, daß der Steuerpflichtige am Kurort unter ständiger ärztlicher Kontrolle steht. Dies ist durch die Arztrechnungen nachzuweisen.

Die Kurbedürftigkeit (Zwangsläufigkeit) kann nachgewiesen werden bei Pflichtversicherten oder freiwillig Versicherten durch die Bescheinigung der Versicherungsanstalt, Behörde oder Krankenkasse, daß die Kur im Rahmen der Beihilfe- oder Zuschußbewilligung geprüft und anerkannt worden ist. Ferner genügt eine Bescheinigung des zuständigen Gesundheitsamtes, daß die Notwendigkeit der Kur durch amtsärztliche Untersuchung festgestellt worden ist, oder das Zeugnis eines freipraktizierenden Arztes, wenn die Kur offensichtlich notwendig ist, z.B. bei Schwerbeschädigten, bei Genesenden nach einer schweren Operation oder nach langer, schwerer Krankheit sowie bei kinderreichen Müttern, deren allgemeiner Gesundheitszustand durch die Erfüllung ihrer häuslichen Pflichten erheblich gemindert ist.

Die Bescheinigungen sind vor Kurantritt zu beschaffen. Nach der Kur ausgestellte Bescheinigungen werden in Ausnahmefällen anerkannt, wenn der Arzt die Kurbedürftigkeit noch einwandfrei attestieren konnte.

Als Aufwendungen werden steuerlich nur die der Höhe nach zwangsläufigen Aufwendungen anerkannt, das sind Kosten für Unterkunft, Verpflegung, Arzt, Kurmittel und Reisekosten. Davon sind Zuschüsse, Beihilfen von Krankenkassen, Behörden usw. zu kürzen. Vom Verpflegungsmehraufwand ist die Haushaltsersparnis, zur Zeit DM 4,-/Tag, abzuziehen. Für die Fahrtkosten sind die Kosten der öffentlichen Verkehrsmittel anzusetzen, außer persönliche Verhältnisse des Steuer-

Weiterarbeit der humangenetischen Beratungsstelle an der Kinderpoliklinik der Universität München

Das Staatsministerium für Unterricht und Kultus hat im Vollzug des Beschlusses des Bayerischen Senats vom 30. April 1975 der Universität zugunsten der Kinderpoliklinik die Mittel zur Weiterbeschäftigung der Mitarbeiter der humangenetischen Beratungsstelle (ein Arzt, zwei medizinisch-technische Assistentinnen) für das Haushaltsjahr 1975 zugewiesen und für das Haushaltsjahr 1976 in Aussicht gestellt. Die Neuschaffung entsprechender Stellen wird im Staatshaushalt 1977 angestrebt. Die Weiterarbeit der humangenetischen Beratungsstelle an der Kinderpoliklinik der Universität München ist damit, dem Beschluß des Bayerischen Senats entsprechend, sichergestellt.

Risikofaktoren erkennen und behandeln

Lipide senken



Atherosklerose
begegnen
Durchblutung
steigern

Persantinat®

Zusammensetzung
1 Kapsel enthält:
2,6-Bis(diäthanolamino)-4,8-dipiperidino-
pyrimido[5,4-d]pyrimidin 75 mg
α-(p-Chlor-phenoxy)-α-methyl-propionsäure-
äthylester [Clofibrat] 500 mg

Anwendungsgebiete

Zur Senkung erhöhter Blutfette bei primären und sekundären Hyperlipoproteinämien; vorwiegend bei arterioarteriosklerotisch bedingten Durchblutungsstörungen, speziell bei Koronarsklerose.

Dosierung und Anwendungswiese

Je nach Schwere des Zustandes beträgt die durchschnittliche Tagesdosis 3x1 Kapsel nach den Mahlzeiten. Bei empfindlichen Patienten empfiehlt sich ein Behandlungsbeginn mit täglich 2x1 Kapsel und nach 6 bis 10 Tagen Steigerung auf 3x1. Umgekehrt kann bei Dauerbehandlung und Kontrolle der Blutfette eine Reduktion von 3x1 auf 2x1 Kapsel täglich versucht werden.

Nebenwirkungen, Begleiterscheinungen

Sowohl Clofibrat als auch Persantin sind im allgemeinen gut verträglich. Bei empfindlichen Patienten können gastrointestinale Störungen oder Kopfschmerzen auftreten. Gelegentlich treten nach Persantinat ebenso wie nach Clofibrat allein vorübergehende Erhöhungen der Transaminasen auf. Bleiben sie länger bestehen, sollte das Präparat abgesetzt werden.

Unverträglichkeiten und Risiken

Das Präparat soll nicht angewandt werden bei schweren Leberfunktionsstörungen, schweren Nierenfunktionsstörungen, Schwangerschaft und Stillzeit.

Besondere Hinweise

Die Wirkung von Antikoagulantien kann durch Clofibrat verstärkt werden. Bei Patienten, die mit gerinnungshemmenden Medikamenten behandelt werden, sollten daher in den ersten Tagen der gemeinsamen Verabreichung mit Persantinat die Gerinnungswerte überprüft und bei entsprechendem Abfall die Antikoagulantien niedriger dosiert werden.

Die gleichzeitige Einnahme von Persantinat zusammen mit Bohnenkaffee oder Schwarztee ist zu vermeiden. Kinder sollten kein Persantinat erhalten.

Darreichungsformen und Packungsgrößen
Originalpackung mit 50 Kapseln DM 25,20
Originalpackung mit 100 Kapseln DM 43,30
Klinikpackung

Unverbindl. empf. Preise lt. AT

Infarktisiko mindern

Thomae

pflichtigen erfordern die Benutzung eines PKW (z. B. erhebliche Geh- und Stehbehinderung). Bedeutet die PKW-Benutzung nur eine Annehmlichkeit, so sind die Mehrkosten steuerlich nicht berücksichtigungsfähig.

Bei alten hilflosen Steuerpflichtigen können als außergewöhnliche Belastung auch Kosten für eine Begleitperson berücksichtigt werden.

Wird die Kur anstelle einer sonst üblichen Erholungsreise gemacht, sind die Kosten der Unterkunft und Verpflegung nur zu berücksichtigen, soweit sie die üblichen Kosten einer Erholungsreise übersteigen. Dagegen können Arzt- und Kurmittelkosten am Badeort anerkannt werden, weil solche Aufwendungen auf einer Erholungsreise üblicherweise nicht entstehen.

Kosten für „Auslandskuren“ werden in der Regel nur bis zur Höhe der Kosten einer entsprechenden „Inlandskur“ anerkannt.

Aufwendungen für Vorsorgekuren werden nur anerkannt, wenn aus einer amtsärztlichen Bescheinigung zumindest die Gefahr einer Krankheit zu ersehen ist, die durch die Kur abgewendet werden soll und die Kur unter ärztlicher Aufsicht und Anleitung durchgeführt wird.

Badereisen, auch wenn sie der Amtsarzt für notwendig hält, die dazu dienen, allein durch Klimawechsel z. B. Heuschnupfen, asthmatische Beschwerden und ähnliches zu beheben, werden steuerlich nicht anerkannt.

Aufwendungen für Nachkuren in einem typischen Erholungsort werden ebenfalls grundsätzlich nicht steuerlich berücksichtigt, vor allem dann, wenn die Nachkur nicht unter ärztlicher Aufsicht in einer besonderen Kranken- oder Genesungsanstalt durchgeführt wird.

Von den nach § 33 EStG berücksichtigungsfähigen Kosten ist die nach Einkommens- und Familienverhältnissen gestaffelte zumutbare Eigenbelastung abzuziehen.

Anschrift des Verfassers:

Franz Günter Dietlmaier, 8034 Unterpfeffenhofen, Kerschensteinerstraße 145

Brief aus Bonn

Arzneimittelkosten

Die Arzneimittelpreise sind zu hoch; das meinen jedenfalls viele Politiker. Die Pharmaindustrie sieht dies verständlicherweise ganz anders. Die einen beklagen den Mangel an Wettbewerb, die anderen weisen darauf hin, daß sich der Wettbewerb in anderen Formen abspiele. Jedenfalls ist sicher, daß sich der Pharmamarkt nur bedingt mit anderen Märkten vergleichen läßt, was zum Teil auch das Ergebnis staatlicher Reglementierung ist. Nun will die Bundesregierung „Eckwerte“ für die Neuordnung dieses Marktes setzen.

Seit Jahren wird nun in Bonn über eine Neuordnung des Arzneimittelmarktes geredet. Getan hat sich bislang nichts. Nun aber soll das Kabinett endlich die „Eckwerte“ für den Pharmamarkt setzen. Die beteiligten Minister *Friderichs*, *Arendt* und *Frau Focke* sollen sich weitgehend einig geworden sein. Kleinere Differenzen scheint es nur noch zwischen *Friderichs* und *Frau Focke* zu geben. Dabei geht es mehr um Kompetenzen und um das Geld, das für eine neue Sachverständigen-Kommission bereitzustellen ist; die grundsätzlichen Fragen scheinen geklärt. Da sich der Wirtschaftsminister weitgehend durchgesetzt hat, sind keine tiefgreifenden Veränderungen zu erwarten. Die Ortskrankenkassen sind mit ihren weitgehenden Forderungen nach Mitsprache bei der Preisfestsetzung nicht zum Zuge gekommen. Auch *Friderichs* Preisreferent *Bauer*, der Erfinder der diversen „*Bauer-Papiere*“, wird mit dem Ergebnis nicht zufrieden sein. Auch haben *Arendt* und *Frau Focke* zurückstecken müssen.

So raunt man in Bonn, daß *Friderichs* der mächtigen Pharma-Lobby Rechnung getragen habe. Mag sein. Aber sicherlich ist *Friderichs* mehr als seine Partner bei diesem Handel davon überzeugt, daß mehr Wettbewerb an diesem undurchsichtigen Markt auch nicht mit staatlichem oder bürokratischem Interventionismus zu erreichen ist. Ziel ist jetzt nur noch, am Pharmamarkt mehr Transparenz zu schaffen. Davon verspricht man sich auch einen Druck auf die Preise. Auch sollen die Apothekenspannen zusammengedrückt werden, was die Apotheker

nicht ganz zu Unrecht veranlaßt, davon zu sprechen, daß sie allein die Zeche dieser Reform zu zahlen hätten.

Nach dem gegenwärtigen Beratungsstand dürften die „Eckwerte“ folgende Form erhalten:

1. Beim Bundesgesundheitsamt soll eine Sachverständigenkommission gebildet werden. Ihr wird die Aufgabe zugewiesen, für alle wesentlichen apothekenpflichtigen Arzneimittel Übersichten zu erarbeiten, die nach Indikationen geordnet sind. Daraus soll die Zusammensetzung der Arzneien, deren Wirkungen und Nebenwirkungen sowie auch ihr Preis zu ersehen sein. Die Preise sind auf Standardpackungen oder Tagesdosen zu beziehen, um die Vergleichbarkeit der Preise zu gewährleisten. Die Übersichten sind zu veröffentlichen. Besonders zielt dies auf die Verschreibungspraxis der Ärzte. Ihnen soll es leichter gemacht werden, bei der Verordnung von Arzneien wirtschaftliche Gesichtspunkte zu berücksichtigen. Der Arzt soll beim Verschreiben also auch an die Preise denken. Auf den Vorschlag des Gesundheitsministeriums, die Medikamente unter Einbeziehung ihrer therapeutischen Wirksamkeit vergleichend zu bewerten und eine eigene Preiskommission zu bilden, ist glücklicherweise verzichtet worden. Damit wäre wohl jede Kommission, auch wenn in ihr der Sachverstand geballt zusammengesessen hätte, überfordert gewesen.

Der nun vorgesehenen sachverständigen Kommission sollen folgende Gruppen angehören: die Ärzte mit

vier Vertretern, die gesetzlichen Krankenkassen mit drei Vertretern, die private Krankenversicherung mit einem Vertreter, drei Vertreter der pharmazeutischen Industrie, ein Apotheker und ein Repräsentant der Verbraucherverbände. Ob es dabei bleibt, wird abzuwarten sein. Die Verbraucher mosern über mangelnde Repräsentanz. Mit mehr Recht beklagen sich die Apotheker, schlecht vertreten zu sein. Die Ärzte können zufrieden sein.

2. Die bisherige Praxis einheitlicher Apotheken-Verkaufspreise soll gesetzlich sanktioniert werden. Für Arzneimittel, die auch in Drogerien oder im Einzelhandel angeboten werden dürfen, soll es keine staatliche Preisregelung mehr geben. Nun aber kommt das, was die Apotheker bedrücken muß: die Apothekenspanne soll in drei Stufen innerhalb von drei Jahren um 3,4 Prozent gesenkt werden. In diesem Zusammenhang wird daran gedacht, die bisherigen sieben Zuschlagsätze auf nur drei zu verringern. Diese Kürzung der Spanne um 3,4 Prozent ist nicht gleichzusetzen mit einer Einkommensminderung in derselben Höhe. Insgesamt will die Bundesregierung die Apotheker „nur“ um zwei Prozent ihres Einkommens schröpfen. Das ergibt sich dadurch, daß die Spannenkürzung zum Teil durch einen Abbau des Sonderabatts der gesetzlichen Krankenkassen kompensiert werden soll. Die gesetzlichen Kassen sollen nur noch einen Abschlag von fünf Prozent erhalten gegenüber bisher sieben Prozent. Da der Kassenumsatz der Apotheken mit etwa 65 Prozent zu beziffern ist, ergibt sich rechnerisch die Einkommensminderung um etwa zwei Prozent.

Arendt wollte den Kassenrabatt, der durch nichts zu begründen ist, ganz erhalten; *Friderichs* wollte ihn abschaffen. Der Kompromiß begünstigt die Kassen, die bei Verwirklichung dieser Pläne mit einer Entlastung bei ihren Ausgaben für Arzneimittel von etwa 1,4 Prozent rechnen könnten. Für den pharmazeutischen Großhandel ist eine Höchstspanne vorgesehen. Das setzt allerdings eine gesetzliche Grundlage voraus, die erst noch im neuen Arzneimittelgesetz zu schaffen wäre.

3. Nach Auffassung der drei beteiligten Minister ist der Aufwand vieler pharmazeutischer Firmen, ins-

besondere der großen Unternehmen, für Werbung und Verkaufsförderung sehr hoch. Nun denkt man nicht an Werbeverbote für Arzneimittel. Vor allem im Hause *Friderichs* wird die Werbung als wichtiges Element des Wettbewerbs gesehen. Aber man möchte doch exzessive Markt-Strategien einzelner Firmen einzudämmen versuchen. Das Ziel sind Kosteneinsparungen, mit denen nach Bonner Auffassung Spielräume für die Stabilisierung von Preisengeschaffen werden können. Dies glaubt man, mit einer freiwilligen Selbstbeschränkung der Unternehmen bei den Ausgaben für Werbung und Information erreichen zu können. Die erforderlichen Kartellabsprachen würde der Wirt-

schaftsminister genehmigen. Als Beispiel wird auf die Zigarettenindustrie verwiesen. Die Pharmaindustrie selbst hat noch keine Stellung bezogen. Jedenfalls wird es sehr viel schwieriger sein, die rund 600 Arzneimittelhersteller für eine so problematische Aktion unter einen Hut zu kriegen als wenige große Zigarettenfirmen.

Die „Eckwerte“ dürften nun also bald gesetzt werden. Bis aber solche Beschlüsse in die Tat umgesetzt sind und Wirkung zeigen, wird noch einmal viel Zeit vergehen. Jedenfalls wird der Arzt mit seiner Verschreibungspraxis seine Schlüsselstellung auf diesem komplizierten Markt behalten. bonn-mot

Äskulap und Pegasus

Kongreß des Bundesverbandes Deutscher Schriftstellerärzte in Nürnberg

(vom 30. April bis 4. Mai 1975)

Mit der Ausrichtung der diesjährigen Mitgliederversammlung des BDSÄ war die Landesgruppe Bayern beauftragt, die dafür die alte Reichsstadt Nürnberg mit der Tradition der Meistersinger und der wohl ältesten, seit 1644 bestehenden literarischen Gesellschaft, dem Pegnesischen Blumenorden, ausersehen hatte. Damit lag die Hauptlast der Vorbereitung und Durchführung bei unserem *Confrère Alfred Rottler*, Verbandssekretär des BDSÄ und Generalsekretär der UMEM, der dabei tatkräftig von seiner Gattin unterstützt wurde. Dem unermüdlichen Einsatz beider ist es zu verdanken, daß das reichhaltige Programm nicht nur reibungslos abließ und bei der Nürnberger Presse durchwegs wohlwollend beurteilt wurde, sondern daß es auch darüber hinaus für die teilnehmenden Schriftstellerärzte und deren Gäste zu einem unvergeßlichen Erlebnis wurde.

Schon der Titel des Programms zeigt als sinnvolle Anspielung einen alten Stich des „Poeten-Wäldleins gegen Nürnberg“ und *Confrère Alfred Rottler* widmete dem Schirmherrn unserer Tagung, dem Oberbürgermeister Dr. *Urschlechter*, sein Gedicht „Mein Nürnberg“. Der Präsident der Bayerischen Landesärztekammer, Professor Dr. H. J. *Sewering*, betonte in seinem Grußwort die schon seit Jahrhunderten bekannte musische Veranlagung vieler Ärzte und gab bekannt, daß die Bayerische Landesärztekammer „wegen der verdienstvollen eigenen Initiativen der künstlerisch tätigen Ärzte“ einen Kulturausschuß konstituiert habe. Der Präsident der BDSÄ, Professor G. *Jörgensen*, wies darauf hin, daß das Interesse des Präsidenten der Bundesärztekammer und der Bayerischen Landesärztekammer, Professor *Sewering*, sowie des Präsi-

ten der Weltunion der Schriftsteller-ärzte (UMEM), Dr. Kaech, Basel, an unserer Tagung die Entwicklung des BDSÄ zu einem ernst zu nehmenden Zusammenschluß auch in unserem Lande unterstreiche.

Das Rahmenprogramm mit einer Stadtrundfahrt und einer Führung durch das weltberühmte Germanische Museum erreichte seinen Höhepunkt durch einen offiziellen Empfang beim Oberbürgermeister zu einem festlichen Mittagessen im Hochhaus am Plärrer mit seinem freien Blick hin über die Dächer des alten und neuen Nürnbergs, bis sich dieser dann in der unendlichen Weite des Raumes verliert. Auch zwischen der Arbeit war für stilvolle Abwechslung gesorgt, wie ein gemeinsames Original-Nürnberger-Bratwurstessen in dem berühmten „Luftsprung“, der sonst nur Fische auf seiner Speisekarte hat, aber dieses Mal, unserem Confrère *Rottler* zuliebe und uns zu Ehren, die berühmten Nürnberger Bratwürste aufwartete. Denn die Bratwurst – glöcklein – herzlein – rösllein wären von der Tagungsstätte zu weit entfernt gewesen.

Die Buchhandlung Emil *Jakob*, Josephsplatz 19, zeigte in einem Schaufenster übersichtlich angeordnet eine Ausstellung der Buchveröffentlichungen der deutschen Schriftstellerärzte.

Der Besuch der öffentlichen Lesung und des Vortrages über Gottfried *Benn* war gut. Bei letzterem konnte man viele junge Gesichter sehen, ein Beispiel dafür, wie sehr doch heute der Dichterarzt, der im kommenden Jahr neunzig Jahre alt geworden wäre, das Interesse der Jugend findet.

Die öffentliche Lesung am 1. Mai im Luitpoldhaus war musikalisch umrahmt mit vier Liedern nach den Texten von *Endres*, *Paschke*, *Rottler* und *Schauwecker*, die *Erika Poschardt* mit schönem Sopran und feinfühlig begleitet von Professor *Sauerwein* vortrug. Zu Beginn wurde die neugeschaffene *Schauwecker*-Plakette als erste an den Generalsekretär der UMEM, Dr. Paul *Noël*, Frankreich, verliehen, der zusammen mit seiner charmannten Gattin wesentlichen Anteil an der Aufnahme des BDSÄ in die UMEM hatte. Die Laudatio hielt sein Freund Heinz *Schauwecker* selbst. Dr. Paul *Noël* ist in seiner französischen Heimat mehrfach preisgekrönt und Madame *Noël* hat die

Werke mancher deutscher Schriftstellerärzte einfühlsam ins Französische übersetzt und in französischen Zeitschriften veröffentlicht. Sie dankte auch in exzellentem Deutsch für die Ehrung. Bei der nachfolgenden Lesung, die vom Präsidenten des BDSÄ, Professor Dr. G. *Jörgensen*, gekonnt moderiert wurde, rezitierten von unserer bayerischen Gruppe *Picard*, *Molz*, *Schauwecker*, *Paschke* und *Rottler* Gedichte und Kurzgeschichten. Die Kritik der Presse war nicht unfreundlich. Die „Nürnberger Nachrichten“ schreiben in ihrer Kulturseite vom 3./4. Mai u. a.:

„Hugo Schneider, der mit ‚Alice‘ in schlichten, starken Zeilen ein chansonhaftes Liebesgedicht schuf, stellte in einem anderen Gedicht die Motivation eines schreibenden Arztes heraus: ‚Es ist ein Versuch, mich selbst zu befreien.‘

Da Arztromane vorwiegend von Leien geschrieben werden, ist das eigene Metier bei schreibenden Ärzten eine Randerscheinung. Nur Walter *Picard* bemühte Hippokrates für eine Psycho-Pharmaka-Kritik und schrieb eine Groteske auf ärztliche Gemeinplätze. Otto *Molz* glosierte den Arzt als *Patient* und Robert *Peschke* verfaßte eine Science-Fiction-Story über die totale Medizin des Jahres 3000.

Auf einsamer professioneller Höhe befand sich Gerhard *Vescovi*, der aus seinem Bestseller ‚Hippokrates im Heckengäu‘ vortrug: ein scharfsinniges und sarkastisches Psychogramm der schwäbischen Landbevölkerung aus der Sicht eines Landarztes.

Hendrik *Bebber*

Bei dieser Kritik ist interessant, daß nur die Vorträge besprochen wurden, die Ärztliches zum Inhalt hatten und der Kritikus die direkte Ansprache von ärztlichen Problemen bei der Mehrzahl der Arztschriftsteller vermied. Dabei hat er wohl übersehen, daß auch bei den anderen deren ärztliches Denken mitschwang und daß letztlich bei der dichterischen Darstellung aller Dinge dieser Welt das Wissen des Arztes um den Menschen und seine Psyche eine große Rolle spielt.

Am 2. Mal war im Hause *Hoechst* in der Fürther Straße zunächst ein Vortrag des Hans-Sachs-Experten Privatdozent Dr. *Brunner*, Erlangen, der uns den Schuhmacher-Poeten mit seinen über 4000 Meisterliedern in seiner persönlichen Entwicklung geformt durch die politischen und sozialen Anschauungen der Mittelschicht, der dieser in der alten Nürnberger Reichsstadt angehörte, und in seinem Streben nach rechtlicher

Gleichheit aufzeigte. Man hätte sich nur vor unserem Forum gewünscht, daß durch entsprechende Zitate aus seinen Werken auch der Poet Hans *Sachs* zur Geltung gekommen wäre. Der Abend war dem großen Arztschriftsteller Gottfried *Benn* gewidmet. In seinem Vortrag „Die neue Sprache – ein Versuch über Gottfried *Benn*“ unterzog vor einem zahlreichen, großenteils nichtärztlichem Publikum Confrère Michael *Soeder* *Benns* Lyrik und Prosa einer hochinteressanten sprachlichen Analyse. *Soeder* schloß seinen formvollendeten Vortrag mit den Worten: „Die Sprache des Dichters ist der Spielraum, den er sich schaffen muß, in dem er ausdrücken kann, was er auf dem Herzen hat. Wir haben einige Zuflüsse zu der Sprache Gottfried *Benns* besprochen: Vatersprache, Muttersprache (französisch), die Zeitsprache des Expressionismus, die Fachsprache der Medizin und schließlich die tradierte Sprache des Liedes als eine Grundströmung der Poesie, die unaufhörlich neue Sprache gebiert.“ – *Soeders* Gattin und sein Sohn Thomas rezitierten dazu passende Textstellen. Anschließend gab Confrère Dr. Ilse *Benn*, seine letzte Weggefährtin, eine durch ihre Schlichtheit fesselnde Darstellung der Jahre des Dichters nach dem Zweiten Weltkrieg, in der Gottfried *Benn* seine Renaissance erlebte, ein wertvoller biographischer Beitrag.

Lachärztliches und Mundsgemeinmütziges wurde am abschließenden Gesellschaftsabend rezitiert von Hugo *Schneider*, Michael *Soeder*, Gerhard *Jörgensen*, Walter P. *Picard*, Aissy *Leugermann*, die im Jahre der Frau eine Herrenrede hielt, Alfred *Rottler*, der als Hans *Sachs* verschiedene Weisen vortrug, Peter *Kristl* und H. *Weitkamp*. Zwischenzeitlich sang Erika *Poschardt* Lieder von Waldemar *Kluck* nach Texten von Alfred *Rottler*.

Damit fand der von unserem Verbandssekretär *Rottler* so hervorragend organisierte Kongreß seinen harmonischen Abschluß. Die Tagung wird allen Teilnehmern stets in Erinnerung bleiben.

Über die in dem reichhaltigen Programm eingeflochtenen Arbeitstagen des BDSÄ und der bayerischen Landesgruppe wird gesondert berichtet werden.

Dr. med. Robert *Paschke*,
8535 Emskirchen

**Rheumatische
Muskel- und Gelenkerkrankungen**

**Degenerative
Muskel- und Gelenkerkrankungen**

Geschlossene Unfallverletzungen

**Neuralgien und
Wurzelreizsymptome**



Dolorgiet[®] *plus*

Zusammensetzung

Dolorgiet[®] plus flüssig

100 ml enthalten: Heparin-Natrium 2 500 I.E.; Nicotinsäurebenzylester 1,2 g;
Aethylenglykolmonosalicylsäureester 5,0 g; Chloroform 8,5 g.

Reg.-Nr. D 1343 Apotheckenpflichtig

Dolorgiet[®] plus Gel

100 g enthalten: Heparin-Natrium 5 000 I.E.; Nicotinsäurebenzylester 1,2 g;
Aethylenglykolmonosalicylsäureester 5,0 g; in hautfreundlicher, gut resorbier-
barer, nicht fettender Gelgrundlage.

Reg.-Nr. 49760 Apotheckenpflichtig

Indikationen:

Geschlossene Unfall- und Sportverletzungen mit und ohne Hämatomen wie
Prellungen, Distorsionen, ferner auch bei Myalgien, Muskelkater, lokalen Durch-
blutungsstörungen.

Zur lokalen Therapie bei rheumatischen Muskel- und Gelenkerkrankungen,
degenerativen Muskel- und Gelenkerkrankungen einschließlich HWS- und
LWS-Syndrom und Lumbago.

Bei Neuralgien und Wurzelreizsymptomen.

Dosierung und Anwendungsweise:

Dolorgiet[®] plus flüssig:

Nach Abschrauben des Verschlusses wird die Flasche, in deren Hals eine fest-
sitzende, feingelochte Dosierkappe (Streichplatte) vorhanden ist, senkrecht auf
das schmerzende Gebiet aufgesetzt. Unter leichtem Fingerdruck auf die Plastik-
Flasche fließt Dolorgiet[®] plus flüssig aus einer kleinen Öffnung. Die Flasche wird
gleichmäßig und wiederholt über den gesamten Schmerzbereich auf und ab
geführt. Nach kurzer Zeit sind die Wirkstoffe in die Haut eingedrungen.

Dolorgiet[®] plus Gel

wird je nach Bedarf mehrmals täglich auf die schmerzenden Körperpartien
aufgetragen und gleichmäßig papierdick verteilt.

Besondere Hinweise

Wegen der gefäßerweiternden Wirkung soll Dolorgiet[®] plus nicht auf offene
Wunden, Schleimhäute oder ins Auge gebracht werden. Empfindliche Hautstellen
wie Kopf- und Gesichtspartien sind von der Behandlung auszuschließen.
Unmittelbar nach dem Auftragen die Hände waschen.

Dolorgiet[®] plus flüssig

Flasche mit 40 ml DM 5,85
Flasche mit 100 ml DM 13,10

Dolorgiet[®] plus Gel

Tube mit 40 g DM 5,85
Tube mit 100 g DM 13,10



DOLORGIET

Arzneimittel

53 BN - Bad Godesberg 1

55. Fortbildungsveranstaltung des Kollegiums für ärztliche Fortbildung Regensburg

vom 9. bis 12. Oktober 1975 in Regensburg

Im Auftrage der Bayerischen Landesärztekammer

Jahresvorsitzender: Professor Dr. H. G. Feßbender, Mainz

Donnerstag, 9. Oktober 1975

im Städtischen Museum (Minoritenkirche)

20.00 Uhr:

Festvortrag:

Die Komplexität unserer Welt und die Informationstechnik

Professor Dr. Kari Steinbuch, Karlsruhe

Freitag, 10. Oktober 1975

1. Hauptthema: Antibiotika in der Praxis

Tagesvorsitz: Dr. T. Wegmann, St. Gallen

Vortragssaal: Stadttheater

9.00–9.20 Uhr:

Begrüßung durch den Jahresvorsitzenden, Prof. Dr. H. G. Feßbender, Mainz, und Eröffnung der Ausstellung

9.20–9.30 Uhr:

Einführung

Dr. T. Wegmann, St. Gallen

9.30–9.50 Uhr:

Grundlagen der Therapie mit Antibiotika
Prof. Dr. P. Naumann, Düsseldorf

9.50–10.10 Uhr:

Bedeutung der Antibiotikaresistenz in der Praxis (R-Faktoren)
Prof. Dr. G. Lebek, Bern

10.10–10.30 Uhr:

Chemotherapie in der Praxis – wenn und wie?
Prof. Dr. K. Bartmann, Wuppertal

10.30–10.50 Uhr:

Bakteriologie des Untersuchungsmateriales
Prof. Dr. H. Knothe, Frankfurt

11.20–11.40 Uhr:

Antibiotika bei Infektionen des Respirationstraktes
Dr. T. Wegmann, St. Gallen

11.40–12.00 Uhr:

Antibiotika bei Harnwegsinfektionen
Prof. Dr. W. Höfler, Darmstadt

12.00–12.20 Uhr:

Antibiotika in der Chirurgie
Prof. Dr. St. Wysocki, Selem

12.20–12.40 Uhr:

Prophylaxe?

Prof. Dr. H. Hirsch, Tübingen

14.30–14.50 Uhr:

Wissenschaftlicher Film (Bayer AG, Leverkusen)

Moderne Antibiotikatherapie

1. Grundlagen (Wirkungsspektrum, Pharmakokinetik, Pharmakodynamik)

14.50–15.10 Uhr:

Lengzeit- oder Intervalltherapie

Prof. Dr. E. Leng, Wien

15.10–15.30 Uhr:

Antibiotika bei Abwehrschwäche
Dr. W. F. Jungi, St. Gallen

15.30–15.50 Uhr:

Sinn und Unsinn der Kombinations-therapie

Dr. H. Ditten, Wuppertal

16.30–18.30 Uhr:

Rundtischgespräch – Fragen aus der Praxis

Beantwortung der eingegangenen Fragen zum Thema des Tages
Gesprächsleitung: Dr. T. Wegmann unter Mitwirkung der Referenten des Tages

Leborseminar:

Retionellisierung und neue Diagnostik im Praxislabor

9.00–16.00 Uhr

Parallele zu den Vorträgen laufend Geräteberatung im Informationsstand

Ort: Deutsch-Amerikanisches Institut, Regensburg, Heidplatz 8, Auditorium
Wissenschaftliche Leitung: Dr. F. Kenter

Veranstaltet von der Firma Boehringer Mannheim GmbH (ausführliches Programm bitte anfordern)

Semsteg, 11. Oktober 1975

2. Hauptthema: Klassische Dermatologie in heutiger Darstellung

Tagesvorsitz: Prof. Dr. G. W. Korting, Mainz

Vortragssaal: Stadttheater

9.00–9.05 Uhr:

Einführung

Prof. Dr. G. W. Korting, Mainz

9.05–9.30 Uhr:

Neue Aspekte der Psoriasiskrankheit
Prof. Dr. H. Holzmann, Mainz

9.30–9.55 Uhr:

Die Kontaktdermatitis

Ass.-Prof. Dr. K. Bork, Mainz

9.55–10.20 Uhr:

Die Problematik neuer Exantheme und Exanthem-Krankheiten

Prof. Dr. R. Milbradt, Frankfurt

10.20–10.45 Uhr:

Blesenbildende Hautkrankheiten in Diagnostik und Therapie

Prof. Dr. G. Brehm, Ludwigshafen

11.15–11.40 Uhr:

Das Akne-Problem in der Praxis

Priv.-Doz. Dr. G. Plewig, München

11.40–12.05 Uhr:

Neues auf dem Gebiet der chronischen Urtikaria, insbesondere physikalische Urtikaria

Prof. Dr. L. Illig, Gießen

12.05–12.30 Uhr:

Sklerodermiforme Hautkrankheiten

Prof. Dr. W. Thies, Berlin

12.30–12.55 Uhr:

Die Beteiligung der Haut im Rahmen der paraneoplastischen Syndrome

Prof. Dr. J. J. Herzberg, Bremen

14.30–14.50 Uhr:

Wissenschaftlicher Film (Bayer AG, Leverkusen)

Moderne Antibiotikatherapie

2. Allgemeine Medizin (Infektionen der Atem-, Gallen- und Harnwege mit Therapiehinweisen)

14.50–15.15 Uhr:

Einige neue Tumorformen der Haut
Dr. W. Undeutsch, Tübingen

15.15–15.40 Uhr:

Das maligne Melanom – Frühdiagnose und therapeutische Aussichten

Prof. Dr. H. Gertmann, Köln

15.40–16.05 Uhr:

Neue Entwicklungslinien in der Andrologie

Prof. Dr. W. Adam, Tübingen

16.35–18.00 Uhr:

Rundtischgespräch – Fragen aus der Praxis

Beantwortung der eingegangenen Fragen zum Thema des Tages

Gesprächsleitung: Prof. Dr. G. W. Korting unter Mitwirkung der Referenten des Tages

9.00–16.00 Uhr:

Laborseminar

s. Freitag, 10. Oktober 1975

Sonntag, 12. Oktober 1975

3. Hauptthema: Psychiatrie und Psychosomatik in der täglichen Praxis

Tagesvorsitz: Prof. Dr. H. H. Wieck, Erlangen

Vortragssaal: Stadttheater

9.00–9.15 Uhr:

Einführung

Prof. Dr. H. H. Wieck, Erlangen

9.15–9.45 Uhr:

Depressive Zustände in der Praxis – Erkennung und Therapie

Prof. Dr. P. Kielholz, Basel

9.45–10.05 Uhr:

Langzeittherapie der Schizophrenie in der Praxis

Prof. Dr. G. Huber, Lübeck

10.05–10.30 Uhr:

Psychische Führung in der Praxis

Prof. Dr. U. H. Peters, Mainz

11.00–11.20 Uhr:

Psychovegetative Allgemeinstörungen – Erkennung und Beurteilung

Prof. Dr. L. Delius, Baden-Baden

11.20–11.40 Uhr:

Behandlung der psychovegetativen Allgemeinstörungen

Hofr. Prof. Dr. G. Harrer, Salzburg

11.40–12.00 Uhr:

Suizidprophylaxe in der Praxis

Priv.-Doz. Dr. F. Böcker, Bayreuth

12.15–13.15 Uhr:

Rundtischgespräch – Fragen aus der Praxis und zur Suizidprophylaxe

Gesprächsleitung: Prof. Dr. H. H. Wieck unter Mitwirkung der Referenten des Tages

9.00–13.00 Uhr:

Laborseminar

s. Freitag, 10. Oktober 1975

Auskunft:

Ärztliche Fortbildung Regensburg, 8400 Regensburg, Altes Rathaus, Zimmer 5a, Telefon (09 41) 507-2183

15. Bayerische Internistentagung

vom 14. bis 16. November 1975 in München

Leitung: Dr. R. Schindlbeck, Herrsching

Veranstalter: Vereinigung der Fachärzte für innere Medizin Bayerns e.V.

unter Mitwirkung der Medizinischen Universitäts-Poliklinik Würzburg (Direktor: Professor Dr. H. Franke), der Medizinischen Universitätsklinik Würzburg (Direktor: Professor Dr. H. A. Kühn) sowie Professor Dr. H.-D. Bolte, leitender Oberarzt der Medizinischen Klinik I der Universität München, Klinikum Großhadern, Professor Dr. H. Braun, Abteilungsvorsteher der Röntgenabteilung der Medizinischen Universitätsklinik Würzburg, Professor Dr. W. Frik, Vorstand der Abteilung Radiologie der Medizinischen Fakultät der Rheinisch-Westfälischen Technischen Hochschule Aachen, Professor Dr. O. Schrappe, Direktor der Universitäts-Nervenklinik und Poliklinik Würzburg

Ort: Sheraton Hotel, München, Kongreßzentrum

Samstag, 15. November 1975

Thema: Langzeittherapie

Vorsitz: Prof. Dr. H. Franke, Direktor der Medizinischen Universitäts-Poliklinik Würzburg

9.00 bis 9.15 Uhr:

Eröffnung der Tagung

Dr. R. Schindlbeck, Herrsching

9.15–9.35 Uhr:

Langzeittherapie in der Geriatrie

Prof. Dr. H. Franke, Würzburg

9.35–9.55 Uhr:

Langzeittherapie der koronaren Herzkrankheit

Priv.-Doz. Dr. J. Walter, Würzburg

9.55–10.15 Uhr:

Langzeittherapie chronisch-entzündlicher Darmerkrankungen

Prof. Dr. H. Kasper, Würzburg

10.15–10.35 Uhr:

Langzeittherapie des instabilen juvenilen Diabetes mellitus

Prof. Dr. W. Gross, Würzburg

11.15–11.35 Uhr:

Längsschnittstudien bei falsch-positiven Infarktbildern

Prof. Dr. P. Polzien, Würzburg

11.35–11.55 Uhr:

Klinische Probleme bei Australia-Antigen-Untersuchungen

Dr. M. Brodersen, Würzburg

Theme: Toxische Alkoholschäden

Vorsitz: Prof. Dr. H. A. Kühn, Direktor der Medizinischen Universitätsklinik Würzburg

15.00–15.25 Uhr:

Leberschädigung durch Alkohol

Prof. Dr. H. A. Kühn, Würzburg

15.25–15.50 Uhr:

Alkoholische Pankreatitis

Dr. H.-J. Pusch, Würzburg

15.50–16.15 Uhr:

Toxische Alkoholschäden des Herzens

Prof. Dr. H.-D. Bolte, München

16.55–17.20 Uhr:

Neurologische und psychiatrische Alkoholschäden des Nervensystems

Prof. Dr. O. Schrappe, Würzburg

17.20–17.45 Uhr:

Arzneimittelmetabolismus bei Leberschäden

Priv.-Doz. Dr. E. Richter, Würzburg

Liquirit[®]
MAGENTABLETTEN

**Zuverlässig wirksame Kombination
auf therap. Breite**

Indikationen: Ulcus ventriculi u. duodani, Gastritis, Hyperacidität, nerv. Magenbeschwerden. Kontraindikationen: Bei vorgeschriebener Dosierung nicht bekannt. Zusammensetzung: 1 Tablette enthält 450 mg Succus Liquiritiae dep., 25 mg Extr. Frangulae, 25 mg Extr. Calami, 15 mg Extr. Valerianae, 3 mg Extr. Chamomillae, 2 mg Extr. Melissa, 2 mg Extr. Menthae pip., 80 mg Bismutsubnitrat, 200 mg Magnesiumcarbonat, 200 mg Natriumbicarbonat, 200 mg Aluminiumhydroxydgal. Handelsformen und Preise: OP-30 Tabl. DM 5,70, OP-60 Tabl. DM 9,40

DR. GRAF & COMP. NACHF. seit 1899, Hamburg 52

Sonntag, 16. November 1975

Thema: Röntgendiagnostik in der inneren Medizin

Vorsitz: Prof. Dr. H. Braun, Medizinische Universitätsklinik Würzburg

9.00–9.20 Uhr:

Der Stellenwert der Röntgenuntersuchung des Magens im Rahmen internistischer Untersuchungen
Prof. Dr. W. Frick, Aachen

9.20–9.40 Uhr:

Indikation und Aussagekraft der hypotonen Duodenographie
Dr. F. Longin, Würzburg

9.40–9.55 Uhr:

Die Röntgenmanifestation des Morbus Brili-Symmers im Intestinaltrakt
Dr. T. Langhans, Würzburg

Vorsitz: Prof. Dr. W. Friik, Vorstand der Abteilung Radiologia der Medizinischen Fakultät an der Rheinisch-Westfälischen Technischen Hochschule Aachen

10.35–10.55 Uhr:

Die grundsätzlichen Röntgenuntersuchungen des Gallenwegsystems
Prof. Dr. H. Braun, Würzburg

10.55–11.15 Uhr:

Die endoskopische retrograde Cholangiographie
Dr. H. Kulka, Würzburg
Priv.-Doz. Dr. H. Liehr, Würzburg

11.15–11.30 Uhr:

Die transhepatische Cholangiographie
Dr. N. Hümmel, Würzburg
Priv.-Doz. Dr. E. Richter, Würzburg

11.30–11.45 Uhr:

Der Gallensteinileus
Dr. T. Langhans, Würzburg

11.45–12.00 Uhr:

Die Lymphographie als diagnostische Methode in der Inneren Medizin
Dr. M. Jenne, Würzburg
Dr. G. Camphausen, Würzburg
Dr. F. Longin, Würzburg

Die **Mitgliederversammlung** der Vereinigung der Fachärzte für Innere Medizin Bayerns e. V. findet am Freitag, **14. November 1975**, 18.30 Uhr, im Konferenzraum „Garmisch“ des Kongreßzentrums München – Sheraton-Hotel statt.

Der Tagung ist eine **Ausstellung** pharmazeutischer Präparate und medizinisch-technischer Geräte angeschlossen.

Auskunft und Anmeldung:

Vereinigung der Fachärzte für Innere Medizin Bayerns e. V., Dr. R. Schindlbeck, 8036 Herrsching, Summerstraße 3, Telefon (0 81 52) 62 64

Kurs für Laborhelfer(Innen)

vom 3. bis 14. November 1975
in Nürnberg

Leitung: Dr. Waidmann, Nürnberg

Teilnahmevoraussetzung: Nachweise einer dreijährigen praktischen Tätigkeit im Laborbereich

Auskunft und Anmeldung:

Bayarische Landesärztekammer, 8000 München 80, Mühibaurstraße 16, Telefon (0 89) 41 47 - 278

Herbsttagung der Bayerischen und der Österreichischen Röntgengesellschaft

am 18./19. Oktober 1975 in Salzburg

Themen: Lungendurchblutung – Indikation und Wertigkeit nuklearmedizinischer Untersuchungen bei Skalat-Erkrankungen – Freie Vorträge – Moderne Strahlentherapie

Ort: Salzburg, Kongreßhaus

Auskunft:

Chefarzt Dr. H. J. Lössl, Städtisches Krankenhaus, 8300 Landshut, Robert-Koch-Straße 1, Telefon (0 8 71) 60 11

Ärztliche Fortbildungsveranstaltungen

Thema: Wahrnehmungs- und Explorationstraining – der Zugang zur psychischen Situation des Patienten

am 25./26. Oktober 1975 in München
am 29./30. November 1975 in Nürnberg
am 29./30. November 1975 in Hof

Auskunft:

Hoffmann-La Roche AG, 7889 Granzach-Wyhlen

8. Ärztliche Fortbildungstagung „Aktuelle Rheumaprobleme“

Arbeitskreis Rheumatologie an der Medizinischen Fakultät der Universität München

am 8. November 1975 in München

Thema: Befunderhebung – Diagnostik – Differentialdiagnostik

Ort: München, Kongreßhalle, Theresienhöhe

Beginn 8.30 Uhr – Ende 17.00 Uhr

Auskunft:

Professor Dr. H. Mathias, Chefarzt der I. Medizinischen Klinik, Rheumazentrum Bad Abbach, 8403 Bad Abbach bei Regensburg

23. Ärztlicher Fortbildungskurs in praktischer Medizin

am 11./12. Oktober 1975 in Bad Wiessee

Leitung: Dr. P. Dohrn, Bad Wiessee

Veranstalter: Ärztlicher Kreisverband Miesbach

Samstag, 11. Oktober 1975

8.50–9.00 Uhr:

Eröffnung

9.00–9.45 Uhr:

Kritische Überlegungen zur konservativen Therapie der arteriellen Verschlusskrankheit
Prof. Dr. H. Hass, München

9.55–10.40 Uhr:

Chirurgische Aspekte bei der Behandlung der arteriellen Verschlusskrankheit
Prof. Dr. J. Vollmar, Ulm

11.20–12.05 Uhr:

Chirurgische Behandlung des varikösen und postthrombotischen Syndroms
Univ.-Doz. Dr. May, Innsbruck

12.15–13.00 Uhr:

Das Labor des niedergelassenen Arztes unter Berücksichtigung der Qualitätssicherung
Prof. Dr. M. Knedel, München

15.00–15.40 Uhr:

Urologische Notfälle in der Allgemeinpraxis
Priv.-Doz. Dr. A. Hofstetter, München

15.50–16.30 Uhr:

Lokaltherapie der Ekzemkrankheit
Dr. H. J. Vogt, München

Sonntag, 12. Oktober 1975

9.00–9.40 Uhr:

Zur Ätiologie und Pathogenese der koronaren Herzkrankheit
Univ.-Doz. Dr. W. Klein, Graz

9.50–10.35 Uhr:

Medikamentöse Therapie der koronaren Herzkrankheit
Prof. Dr. W. Rudolph, München

11.15–12.00 Uhr:

ist umfassende Rehabilitation bei koronarer Herzkrankheit eine Mode?
Prof. Dr. M. J. Halhuber, Höhenried

12.10–12.50 Uhr:

Endokrine Störungen im Kindesalter
Priv.-Doz. Dr. O. Butenandt, München

Parallelveranstaltung:

Laborkurs für Arztinnen und Arzthelferinnen

Auskunft:

Dr. Peter Dohrn, 8182 Bad Wiessee, Drassensstraße 15, Telefon (0 80 22) 82 83 und 8 13 17

Spasmo-Cibalgin compositum

Gegen
starke Schmerzen
und Spasmen

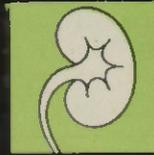
der
Gallen-
wege



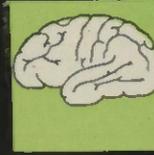
des
Magen-
Darm-
Traktes



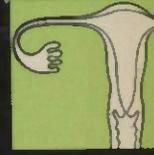
der
ableitenden
Harnwege



bei
Migräne
bei
Neuritiden



bei
Dysmenor-
rhoe



Zusammensetzung

Dragées mit 0,220 g Aminophenazon, 0,030 g Allobarbital, 0,025 g Hexahydroadiphenin-HCl, 0,020 g Codeinphosphat;
Zäpfchen mit 0,500 g Aminophenazon, 0,060 g Allobarbital, 0,050 g Hexahydroadiphenin-HCl, 0,040 g Codeinphosphat.

Nebenwirkungen

SPASMO-CIBALGIN compositum ist im allgemeinen gut verträglich. Gelegentlich können Tachykardie und Obstipation auftreten, in einzelnen Ausnahmefällen auch allergische Hautreaktionen und

zur Restharnbildung, mechanische Stenosen im Bereich des Magen-Darm-Kanals, Tachyarrhythmie, Megakolon, Koronarinsuffizienz; Zustände, die mit Einschränkung der Atemfunktion einhergehen, Langzeitverabreichung bei chronischer Obstipation.

Besondere Hinweise

Die Verkehrstüchtigkeit kann, besonders bei gleichzeitiger Alkoholeinnahme, beeinträchtigt werden.
Wegen in seltenen Einzelfällen möglicher Blutbildveränderungen ist ein längerdauernder, pausenloser

wurden *Cibalen Kinderzäpfchen und *Cibalen S Sauglingszäpfchen entwickelt.
MAO-Hemmer mindestens 14 Tage vor der Behandlung absetzen.
Aus grundsätzlichen medizinischen Erwägungen sollte SPASMO-CIBALGIN compositum im 1. Trimenon der Schwangerschaft nur unter besonders strenger Indikationsstellung angewendet werden.

Handelsformen und Preise

20 Dragées
5 Zäpfchen
10 Zäpfchen

DM 7,80
DM 5,60
DM 10,60

Klinische Fortbildung in Bayern

Fortbildungskurs der II. Medizinischen Klinik rechts der Isar der Technischen Universität München

in Zusammenarbeit mit dem Institut für Röntgendiagnostik der Technischen Universität München und der Bayerischen Landesärztekammer

vom 13. bis 17. Oktober 1975 in München

Direktor: Professor Dr. H. Ley, München

Themen:

Die Erkrankung des Hypophysenvorderlappens – Die Erkrankung des Hypophysenhinterlappens – Labordiagnostik bei Schilddrüsenerkrankungen – Diagnostik und Therapie der Schilddrüsenüberfunktion – Schilddrüsenunterfunktion und blande Struma – Unter- und Übererregbarkeit als psychosomatisches Syndrom

Diagnostik der chronischen Hepatitis – Therapie der chronischen Hepatitis – Therapie des fulminanten Leberversagens – Australia-Antigen (diagnostische Wertigkeit) – Diagnose und Therapie der primären Fettstoffwechselstörungen

Demonstration der Giftnotrufzentrale der Toxikologie (Datenverarbeitung in der klinischen Toxikologie, toxikologisches Labor, Intensivpflegeeinheiten der Toxikologie) – Fortschritte der klinischen Toxikologie in den letzten zehn Jahren – Giftdüngung durch Hämo-perfusion – Toxikologisch-analytische Hilfestellung für den praktischen Arzt – Derzeitiger Stand der Therapie mit Antidotem – Abschlußkolloquium

Pathogenese und Diagnose der nephrogenen Hypertonie – Demonstration einer Station für die Künstliche Niere – Psychosomatik und Psychotherapie der Hypertonie – Pathophysiologie und Diagnostik des akuten Nierenversagens – Die Therapie des Nierenversagens

Die primär chronische Polyarthritis rheumatica – Therapie mit immunsuppressiven Medikamenten – Colitis ulcerosa und Ileitis granulomatosa Crohn – Psychosomatik der Colitis ulcerosa und des Morbus Crohn – Die Enzephalomyelitis disseminata

Röntgendemonstrationen: Lungen- und Herzbilder – Magen-Darm und retrograde Cholezystangiographie – Cholezystangiographie I. v. Pyelogramm – Karotis- und Vertebralisangiographie, Pneumenzephalogramm – Arteriogramm der Nieren und Nebennieren, Lymphangiographie, Arteriogramm der Arteria pancreatica

Praktika: Gastroenterologische, endokrinologische, immunologische, nephrologische und psychosomatische Laboratorien

Fortbildungskurs für Chirurgie an der Chirurgischen Klinik und Poliklinik der Universität Erlangen-Nürnberg

in Zusammenarbeit mit der Bayerischen Landesärztekammer

vom 13. bis 17. Oktober 1975 in Erlangen

Direktor: Professor Dr. G. Hegemann, Erlangen

Die Veranstaltung soll den Chirurgen neben der Teilnahme an einem ausgewählten Operationsprogramm im engen Kontakt zu den Mitarbeitern der verschiedenen Abteilungen klinische Visiten, Probleme der Intensivpflege, Referate aus den Spezialgebieten der Klinik und die Beteiligung an den täglichen Arbeitsbesprechungen geben.

Vorgesehen sind insbesondere Operationsdemonstrationen aus der Allgemein-chirurgie – Bauch- und Thorax-chirurgie – Kardiochirurgie – Urologie – Kinderchirurgie – Handchirurgie – Extremitätenchirurgie

Der Kurs wird wie folgt durchgeführt: Beteiligung am Operationsprogramm – Klinische Visiten auf den einzelnen Stationen des Hauses – Klinikbesprechung und Kurzreferate über die Themen (Ösophagusresektion – Hodentumoren – Medikamentöse Thromboseprophylaxe – Physikalische Thromboseprophylaxe – Probleme der Intensivpflege – Ver-

riegelungsnagel – Selektive Vagotomie – Karotisstenose – Notfallendoskopie – Kontinenter Magnetverschluss der Kolostomie) – Visite auf der Intensivstation

Fortbildungsseminar „Praktische Elektrokardiographie“ an der I. Medizinischen Klinik und Poliklinik der Technischen Universität München

in Zusammenarbeit mit der Bayerischen Landesärztekammer

vom 17. bis 19. Oktober und 24. bis 26. Oktober 1975 in München

Leitung: Professor Dr. C. S. So, München

Teil I – Einführungsseminar (17. bis 19. Oktober)

Teil II – Fortgeschrittenen-Seminar (24. bis 26. Oktober)

Beginn jeweils: Freitag 16.00 Uhr – Ende jeweils: Sonntag 12.00 Uhr

Ort: I. Medizinische Klinik und Poliklinik der Technischen Universität München, Klinikum rechts der Isar, Hörsaal C, München 80, Ismaninger Straße 22

Die Teilnehmerzahl ist begrenzt.

Fortbildungskurs für Innere Medizin an der Medizinischen Universitätsklinik Würzburg im Luitpoldkrankenhaus

in Zusammenarbeit mit der Bayerischen Landesärztekammer

vom 27. bis 30. Oktober 1975 in Würzburg

Direktor: Professor Dr. H. A. Kühn, Würzburg

Themen: Gastroenterologie-Hepatology – Herz-Kreislauf-System – Nephrologie und Dialyse in Verbindung mit klinischen Demonstrationen

Auskunft und Anmeldung:

Bayerische Landesärztekammer, 8000 München 80, Mühlbauerstraße 16, Telefon (0 89) 41 47 - 294

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

● Schlüsselfertige
Praxisrichtungen

● Beratung

● Projektierung

● Finanzierung

● Kundendienst

Röntgen - Medizin-Electronic - Labortechnik
Arzt- und Krankenhaus-Bedarf

KURT PFEIFFER KG

85 NÜRNBERG 2

Gleißbühlstraße 7/Ecke Marienstraße (Colonia-Haus)
Postfach 1946 - Telex (09 11) 20 39 03 - 04

● Röntgen-Apparate und
Untersuchungsgeräte

● Röntgen-Bildverstärker
mit Fernsehkette

● Labortechnik

● Haemodialyse

● EKG - EEG - Echo-EEG
- EMG

Klinische Fortbildung in Bayern

Fortbildungskurs für Mechanokardiographie

Phonokardiographie-Kurs Teil II, Spitzenstoß-, Arterien- und Venenpulsregistrierung

am 24./25. Oktober 1975 in München

Leitung: Professor Dr. D. Michel, München

Themen: Form und diagnostische Bedeutung der Herzspitzenstoßkurve – Form und diagnostische Bedeutung der Karotis- und Femoralispulskurve – Form und diagnostische Bedeutung der Venenpulskurve – Der Herzschall bei angeborenen Angiokardiopathien – Messung und praktische Bedeutung der dynamischen Herzzeitwerte – Demonstration und praktische Übungen

Teilnehmergebühr: DM 35,-

Letzter Anmeldetermin: 14. Oktober 1975

Pädiatrische Fortbildung im Kinderkrankenhaus Schwabing

Kinderklinik und -poliklinik der Technischen Universität München (Direktor: Professor Dr. Hilber), 2. Kinderabteilung (Cheferzt Dr. Schweizer), 3. Kinderabteilung (Cheferzt Professor Dr. Singer)

In Zusammenarbeit mit der Bayerischen Landesärztekammer

vom 27. bis 30. Oktober 1975 in München

Programm:

Röntgenvisite – Klinische Visite – Indikationen zur Immunglobulinsubstitution – Erstversorgung und Transport von Risik-

ko-Neugeborenen – Probleme der Diagnose und Therapie angeborener Herzfehler – Phobien im Kindesalter – Kinderchirurgische Visite (3. Kinderabteilung) – Aktuelles aus dem Gebiet der Kinderchirurgie – Juvenile chronische Polyarthrit und verwandte Krankheitsbilder – Klinische Visite (2. Kinderabteilung) – Aktuelle Probleme bei Infektionskrankheiten – Problem Patient/Familie (mit Keszustik) – Klinische Demonstrationen aller Abteilungen – Röntgenvisite – Klinische Visite (2. Kinderabteilung) – Diagnose und Therapie subduraler Ergüsse im Säuglingsalter – Probleme entkonvulsiver Behandlung im Kindergarten- und Schulalter – Fragestunde mit Beteiligung aller Abteilungen

Letzter Anmeldetermin: 17. Oktober 1975

Fortbildungskurs für Chirurgie an der Chirurgischen Universitätsklinik und Poliklinik Würzburg

In Zusammenarbeit mit der Bayerischen Landesärztekammer

vom 3. bis 7. November 1975 in Würzburg

Direktor: Professor Dr. E. Kern, Würzburg

Es werden Kolloquien, Demonstrationen im Operationssaal und in der Ambulanz, und ein Vortragsabend durchgeführt.

Demonstrationen im Operationssaal sind vor allem zu folgenden Themen geplant: Selektive proximale Gastrotomie und Pyloroplastik – Gallenwegschirurgie (insbesondere Nachoperationen) – Darmchirurgie (Ileostoma nach Kock, Darmpliktur nach Childs) – Gefäßchirurgie – Lungenchirurgie – Kinderchirurgie – Handchirurgie

Themen für die Nachmittagskolloquien: Dringliche Gefäßchirurgie (Gefäßverletzungen, arterielle Embolien) – Neue Entwicklungen der Plattenosteosynthese (DCP-Platte) – Behandlung der Osteomyelitis – Spezielle handchirurgische Probleme – Gasbrand und andere anaerobe Wundinfektionen – Stumpfes Bauchtrauma: Diagnostische Peritonealspülung, mechanische Autotransfusion

Vortragsabend am 5. November 1975: Magen Chirurgie (Lengzeitergebnisse – psychosomatische Probleme)

Letzter Anmeldetermin: 24. Oktober 1975

Fortbildungswochenende an der Chirurgischen Abteilung des Kreis- krankenhauses Starnberg

in Zusammenarbeit mit der Bayerischen Landesärztekammer

vom 7. bis 9. November 1975 in Starnberg

Cheferzt: Professor Dr. W. Grill, Starnberg

Themen: Behandlung gelenknaher Frakturen – Probleme der Magen-Chirurgie – Blindes-Schlingen-Syndrom – Rekonstruktion der Gallenwege – Hepetodigestive Entlastungs-Anastomosen – Probleme der Praxis

Am 7. November 1975 finden morgens Operationen, in der übrigen Zeit Vorträge mit Demonstrationen, klinischen Visiten und Diskussionen statt.

Teilnehmerzahl: 20

Letzter Anmeldetermin: 27. Oktober 1975

Auskunft und Anmeldung:

Bayerische Landesärztekammer, 8000 München 80, Mühlbauerstraße 16, Telefon (0 89) 41 47 - 294

Dismenol®

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

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

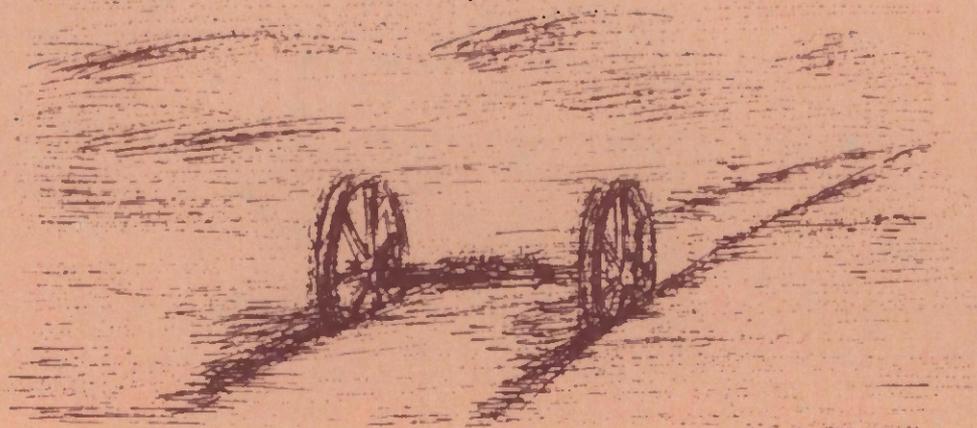
Kontraindikation: Akute intermittierende Porphyrrie.

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





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*.



Vallium Roche (Oiazepam)

zeichnet sich durch entspannende, angetüschende, vegetativ-stabilisierende, schlaffördernde und muskelrelaxierende Wirkungen aus und eignet sich deshalb zur Behandlung psychoneurotischer sowie psychosomatischer Krankheitsbilder des Herz-Kreislauf-Systems, des Magen-Darm-Traktes, der Haut, des Urogenital-Traktes und des Bewegungsapparates; ferner zur Ergänzung spezifischer Therapie-maßnahmen.

Hinweise:

Wie für alle psychotrop wirksamen Substanzen gilt auch für Vallium Roche, daß man unter dem Einfluß seiner Wirkung keinen Alkohol genießen sollte, da die individuelle Reaktion im einzelnen nicht voraus-zusehen ist. Je nach Anwendung, Dosis und individueller Empfindlichkeit kann das Reaktionsvermögen (z. B. Fahr-tüchtigkeit, Verhalten im Straßenverkehr, Maschinenbe-dienung) beeinträchtigt werden. Bei gleichzeitiger Gabe zen-tralwirksamer Pharmaka (Neuroleptika, Tranquillizer, Antidepressiva, Hypnotika, Analgetika, Narkotika) kann Vallium Roche — besonders bei parenteraler Applikation — den sedativen Effekt dieser Präparate verstärken. Diese Wirkungsverstärkung ist gegebenenfalls therapeutisch nutzbar. Sind bei ambulanter Therapie (z. B. Beruhigung) höhere Dosen notwendig, empfiehlt es sich, den Schwer-punkt der Behandlung auf den Abend zu verlegen; z. B. abends 5 mg, tagsüber 2 mal 2 mg Tabletten unzerkaut mit Flüssigkeit einnehmen. Besonders in den ersten Behand-lungstagen und vor allem bei älteren und körperlich ge-schwächten Patienten ist einleuchtend zu dosieren (ab 2 mg oral täglich).

Für die parenterale Verabreichung von Vallium Roche ge-nügt 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 droht das Risiko einer Thrombophlebitis.

Eine intrazerebrale Injektion muß wegen Nekrose-gefahr und deren Folgen mit Sicherheit vermieden werden.

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

Wie verschiedene andere Medikamente kann auch Vallium 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 Differen-tialdiagnose des Herzinfarktes Rechnung zu tragen.

Bei kreislaufunfähigen und älteren Patienten ist bei der pa-renteralen Anwendung von Vallium Roche Vorsicht geboten. Patienten, denen Vallium Roche parenteral verabreicht wird, sollten wegen der ausgeprägten Muskelentspannung noch kurze Zeit unter Beobachtung sein. Die Dosierung ist bei Patienten mit hirnorganischen Veränderungen (vor allem Arteriosklerose) sowie mit zirkula-torischer 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, Krampfschwände sehr langsam iv.). Unter Klinikbedingun-gen kann Vallium Roche dieser Patientengruppe auch pa-renteral 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 kurzdaue-nden Beeinträchtigung der Atmung, sollten Maßnahmen für zirkulatorische bzw. respiratorische Unterstützung vorgesehen werden.

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

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

Während der Frühschwangerschaft sollte Vallium Roche — entsprechend den heutigen Auffassungen über den Arz-neimittelgebrauch durch werdende Mütter — nur bei zwin-gender Indikation angewendet werden. Dieser Hinweis ist rein vorsorglich; nachteilige Erfahrungen liegen nicht vor.

Kontraindikation: Myasthenia gravis.

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

Packungen und Preise:

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

Weitere Anstaltspackungen

* unverbindlich

Hoffmann-La Roche AG · 7889 Grenzach



Klinische Fortbildung in Bayern

Chirurgisch-gastroenterologische Fortbildung der Chirurgischen Klinik des Klinikums rechts der Isar der Technischen Universität München

am 22. November 1975 in München

Leitung: Professor Dr. G. Maurer, Mün-chen

Moderator: Privdozent Dr. Theisinger, München

Theme: Der operierte Magen (Physiologie und Ernährungswissenschaft — Vor-erkrankung und Operation — Spätfolgen und therapeutische Möglichkeiten)

Zeit: 8.30 bis ca. 14.00 Uhr

Ort: Chirurgische Klinik des Klinikums rechts der Isar der Technischen Univer-sität München, Hörsaal B, München 80, Ismaninger Straße 22

Auskunft und Anmeldung:

Dr. Dorothea Geile, Chirurgische Klinik, 8000 München 80, Ismaninger Straße 22, Telefon (0 89) 41 40 - 21 09

Fortbildungskurs für Chirurgle an der Chirurgischen Klinik der Universität München

In Zusammenarbeit mit der Bayerischen Landesärztekemmer

vom 27. bis 31. Oktober 1975 in München

Direktor: Professor Dr. G. Heberer, München

Täglich ab 8.00 Uhr Beteiligung am Ope-rationsprogramm (Nußbaumstraße und Thalkirchner Straße), wobei die Ope-rationen je nach Wunsch ausgewählt wer-den können (Abdominal-, Allgemein-, Thorex-, Unfall-, Gefäß-, Hand- und Pla-stische Chirurgie). Auf Wunsch Teilnah-me an Visiten oder Stationen.

Themen:

Komplizierte Verletzungen der Extre-mitäten (Primärversorgung der Weichteile offener Frakturen — Osteosynthesen bei offenen Oberschenkel- und Unterschen-kel-Schattfrakturen — Operative Versor-gung von Gefäßverletzungen bei Frak-turen und Luxationen der unteren Extre-mitäten — Nervenheft und Nerventrans-plantation)

Neue Aspekte der postoperativen Be-handlung (Postoperative Infusionsthera-pie — Prä- und postoperative parente-rale Ernährung — Tendenzen und Pro-bleme der Sondenernährung — Grund-lagen und Indikation zur Respirator-behandlung)

Probleme aus der Bauchchirurgie (Chir-urgie gutartiger Erkrankungen des ter-minalen Ösophagus und der Kardia — Funktionsprüfungen des unteren Öso-

phagusphinkters — Besonderheiten der Chirurgie des Magenulkus — Chirurgie der chronischen Pancreatitis)

Aktuelles aus der speziellen Chirurgie (Probleme der Chirurgie des Mamme-karzinoms — Behandlung des malignen Melanoms — Chirurgie der Nebenschilddrüsen — Indikationen und Ergebnisse der operativen Behandlung der akuten Bein-Beckenvenen-Thrombose — Pro-bleme der sogenannten „Kunstfehler-verfahren“)

Letzter Anmeldetermin: 17. Oktober 1975

Auskunft und Anmeldung:

Bayerische Landesärztekemmer, 8000 München 80, Mühlbeurstreße 16, Tele-ton (0 89) 41 47 - 294

7. Sportmedizinisches Seminar

vom 7. bis 9. November 1975 in Erlangen

Leitung: Professor Dr. W. Hilmer, Erl-angen

Theme: Freizeit- und Alterssport

Auskunft:

Dr. B. Moser, Medizinische Poliklinik der Universität Erlangen-Nürnberg, 8520 Erlangen, Östliche Stadtmauerstraße 29, Telefon (0 91 31) 85 39 17/16

Kurs für Medizinisch-Technisches Personal

vom 3. bis 5. November 1975 in Erlangen

Thema: EKG in Ruhe und bei Belastung — Lungenfunktion

Auskunft:

Dr. B. Moser, Medizinische Poliklinik der Universität Erlangen-Nürnberg, 8520 Erl-angen, Östliche Stadtmauerstraße 29, Telefon (0 91 31) 85 39 17/16

Fortbildungsveranstaltung für Ärzte der Allgemeinmedizin und Kinderärzte

am 15. November 1975 in Würzburg

Veranstalter: Universitäts-Kinderklinik Würzburg (Direktor: Professor Dr. J. Ströder)

Thema: Kardiologische Probleme im Kindesalter

Ort: Hörsaal der Universitäts-Kinderkli-nik, Würzburg, Joset-Schneider-Straße 2
Beginn 9.00 Uhr c. t. — Ende gegen 12.00 Uhr

Auskunft:

Dr. Kaether, Universitäts-Kinderklinik und Kinder-Poliklinik, 8700 Würzburg, Josef-Schneider-Straße 2, Telefon (09 31) 2 01 - 37 11

Schnell informiert

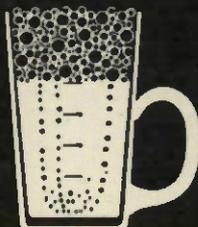
Gegensprechenlege

Die ärztliche Praxis kommt ohne technische Geräte nicht mehr aus. Zu diesen Hilfsmitteln gehört auch die Sprechanlage. Die neue Generation von Gegensprechanlagen ist mit dem „Ericom“ jetzt auf dem Markt. Laut und leise sprechen, eine notwendige Voraussetzung, besonders während der Sprechstunden, wurde hier in einem Gerät vereint. Durch Aufheben des Apparates wie einen Handhörer schaltet das Gerät automatisch von leut eul Telefonstärke um. Andererseits gestattet das empfindliche Mikrophon, von jedem beliebigen Standort aus zu antworten, z. B. Diktat des Röntgenbetundes während der Aufnahme. Mit dem Sammelrut kann eine Durchsage über alle Geräte erfolgen. Die Anrulsperre macht unbemerktes Abhören unmöglich. Das kleine Gerät findet überall Platz, und mit einer speziellen Halterung kann das Ericom auch an der Wand befestigt werden. Die drei Farben weiß, dunkelrot und Schwarz lassen die Abstimmung mit der Praxiseinrichtung zu. Die Sprechanlage kann gekaut oder gemietet werden. Für eine Praxis, die mit fünf Apparaten ausgestattet ist, beträgt die monatliche Miete bei einer Laufzeit von fünf Jahren ca. 123,- zuzügl. MWSt (Stand 1. April 1975). Diese Kosten sind voll beschreibungsfähig.

F.X. Passage

Pulvermischung mit Sprudeleffekt

ZUR INTESTINALEN
ENTSCHLACKUNG



Die Vorteile salinischer Laxantien summieren sich in F. X. PASSAGE:

- Prompte und zuverlässige Wirkung
- keine Abstumpfung der Darmreflexe, keine Reizung
- keine Schmerzen, keine Gewöhnung.

Das angenehm erfrischende Sprudelgetränk wird von jung und alt gerne genommen.

Dosierung: 1mal täglich ca. 10 g in Wasser gelöst.
Kontraindikation: Darmverschluss.

Nebenwirkungen wurden dem Hersteller bisher nicht bekannt. Dose mit 200 g Inhalt DM 7,45

**Dr. VIRGIL
MAYER**

Zusammensetzung: Magnes. sulfuric. sicc. 30,0 g, Acid. citric. 20,0 g, Acid. tartaric. 9,5 g, Natriumhydrogencarbonat 31,1 g, Corr. ad 100 g - apothekenpflichtig

7000 Stuttgart 50 (Bad Cannstatt) Postfach 50 05 44

15 Jahre MS-Gesellschaft in Bayern

Das Sozialwerk der Deutschen Multiple Sklerose Gesellschaft, Landesgruppe Bayern, berichtet enläßlich des 15-jährigen Bestehens über die bisherige Tätigkeit.

Wir bringen nachstehend die Ausführungen des Vorsitzenden der Gesellschaft, Ministerieledirigent Heinz Ströer, Bayerisches Staatsministerium für Arbeit und Sozialordnung:

„Die multiple Sklerose ist die häufigste organische Nervenkrankung unserer Zeit. Um ihre Entschlüsselung und ihre Behandlung ist die ärztliche Wissenschaft nach Kräften bemüht. Die Krankheit, deren Ursache noch nicht bekannt ist, führt in vielen Fällen zu erheblicher körperlicher Behinderung, die den Patienten und seine ihn pflegenden Angehörigen zu Isolation droht und deren wirtschaftlichen Folgen sie aus eigener Kraft meist nicht gewachsen sind.

In dieser Situation dürfen wir die MS-Kranken und ihre Familien nicht sich selbst und der drohenden Vereinsamung überlassen. Wir müssen ihre gesundheitlichen, menschlichen und sozialen Probleme der Bereitschaft zu tatkräftiger Hilfe durch die Öffentlichkeit zu führen. Dabei kommt es auf soziale Gesetze, auf finanzielle Unterstützung, in besonderem Maße aber auch auf den Mitmenschen an.

Der MS-Kranke braucht unsere Beachtung, unsere persönliche Nähe und das Gefühl, daß ihn sein Schicksal nicht von uns trennt. Die Besinnung auf 15 Jahre eulrichtigen Bemühens unseres Sozialwerkes auf diesem Wege dient als erneuter Aulruf an die staatlichen und gesellschaftlichen Kräfte in unserem Lande, auch in Zeiten wirtschaftlicher und politischer Probleme Augen und Herzen für MS-Kranke und ihre Angehörigen geöffnet zu halten und unsere Arbeit zu unterstützen. Sie dient uns lerner als willkommene Gelegenheit, all jenen zu danken, die dies bisher getan und in Gesetzgebung und Verwaltung, als Geldgeber und als Mitmensch in ektiver Humanität unser Wirken gefördert haben.“

Konten der MS-Gesellschaft:

Postscheckkonto München Nr. 170 64 - 803;

Bayerische Hypotheken- und Wechsel-Benk, München, Theaterstraße 11, Konto-Nr. 375 108 - 2.

Geldspenden sind von der Steuer absetzbar.

Dr. med. Georg Weiss 25 Jahre bei Boehringer Mannheim

Direktor Dr. med. Georg Weiss, Leiter der Medizinisch-Pharmazeutischen Direktion der Boehringer Mannheim GmbH, kann auf 25 Jahre kreativer Arbeit in der pharmazeutischen Industrie zurückblicken. Dr. Weiss wurde am 3. Dezember 1919 in Breslau geboren. Er studierte in Breslau, Würzburg und Erlangen Medizin und begann nach Promotion, Approbation und klinischer Tätigkeit am 1. August 1950 als wissenschaftlicher Mitarbeiter im Außendienst bei Boehringer Mannheim. 1957 wurde er Leiter des wissenschaftlichen Büros für Baden-Württemberg in Stuttgart; 1961 übernahm er in Mannheim die Leitung des Bereiches Verkeul Inland, dessen Direktor er 1962 wurde. Selther trägt Dr. Weiss die Verantwortung für die Marketing-Konzeption des diagnostisch-therapeutischen Gesamtprogrammes der Boehringer Mannheim GmbH; bis 1972 für die Bundesrepublik, seitdem für die ganze Welt.

Seine Verdienste um die ärztliche Fortbildung wurden be- reist 1969 durch die Verleihung der Ernst-von-Bergmann-Plakette gewürdigt.

(Fortsetzung Seite 812)

Ein Darlehen — sechs Steuertrümpfe

Wenn Sie mehr sparen wollen, müssen Sie Ihre Ausgaben kürzen. Ihre größte Ausgabe für einen einzigen Zweck: die Einkommensteuer. Und es bedeutet keinen Verzicht, daran zu sparen.

Eine gesetzlich zugesicherte Gelegenheit, die erzwungenen Zuwendungen an den Fiskus zu beschneiden, bietet die Hingabe eines Darlehens für Investitionen oder Bauvorhaben. In Berlin, mündelsicher und staatsgeschützt.

So ein Darlehen wird schon ab DM 1000,— entgegengenommen. Sofern Sie es auf 25 Jahre verleihen, dürfen Sie nach dem Berlin-Förderungsgesetz 20 Prozent der Darlehenssumme von Ihrer Einkommensteuerschuld abziehen. Der Abzug darf aber nicht mehr als 50 Prozent der Einkommensteuerforderung an Sie betragen.

Anteilig ermäßigt sich auch die Kirchensteuer. Ihr Anspruch, je DM 1000,— aus Berlin zurückzubekommen, kostet Sie also nur DM 784,—, denn um DM 200,— verringert sich dadurch Ihre Einkommen-, um DM 16,— Ihre Kirchensteuerleistung. Das ist Steuertrumpf Nr. 1.

Ohne umständliche Formalitäten erledigt Ihre Sparkasse oder Bank alles für Sie. Sie besorgt Ihnen auch die Bestätigung für Ihr Finanzamt.

Die Berlin-Darlehen werfen zur Zeit 7,25 Prozent Zinsen pro Jahr ab. Ihr tatsächlicher Ertrag liegt erheblich darüber, denn Ihre Zinsen errechnen sich aus der vollen Summe, Ihre Überweisung nach der Steuerkürzung.

Noch haben Sie die Möglichkeit, sich 8 Prozent p. a. zu sichern. Sie wechseln auf tatsächliche 11,43 Prozent an, wenn Sie in den Abschluß eines Berlin-Darlehens eine Lebensversicherung einbeziehen. Sie zieht weitere Steuervergünstigungen nach sich. Sie erhöhen die Rendite effektiv.

Der Beitrag für die Lebensversicherung wird aus den Zinsen und jährlichen Teil-Rückflüssen aus Ihrem Berlin-Darlehen bestritten. Sie haben der Versicherung direkt nichts zu zahlen, dürfen dennoch die

Steuervorteile für diese Beiträge im Rahmen Ihrer begrenzt abzugsfähigen Vorsorge-Aufwendungen wahrnehmen. Das ist Steuertrumpf Nr. 2.

Für die weitaus größten Teile jener Beiträge erwirtschaftet die Lebensversicherung Gewinne für Sie. Sie werden verzinst und Ihnen steuerfrei gutgeschrieben. Das ist Steuertrumpf Nr. 3.

Wenn die Lebensversicherung fällig wird, werden jene Gewinne und Zinsen der Versicherungssumme zugeschlagen. Diese Auszahlung ist ebenfalls steuerfrei. Das ist Steuertrumpf Nr. 4.

Die Laufzeit der Lebensversicherung muß mit der des Berlin-Darlehens nicht übereinstimmen, mindestens aber zwölf Jahre betragen, wenn Sie alle Steuervorteile wahrnehmen wollen.

Bei der Auszahlung der Versicherungssumme bleibt Ihnen die Wahl zwischen dem Kapital in bar oder einer lebenslangen Rente. Die dürfen Sie sodann ab sofort, können sie aber auch erst von einem späteren Zeitpunkt an beziehen. Abwarten macht sich bezahlt. Die Rente steigt in dieser Zeit, weil Sie älter geworden sind, und das zugrundeliegende Kapital weitere steuerfreie Gewinne abwirft.

Von der Leibrente müssen Sie nur einen geringen Teil versteuern, mit 65 Jahren beispielsweise nur 20 Prozent einer solchen Rentenzahlung. Das ist Steuertrumpf Nr. 5.

Bis zu 40 Prozent Ihres hinzugegebenen Darlehens dürfen Sie selbst als zinsgünstigen Kredit aufnehmen. Die Zinsen sind zudem als Werbungskosten von Ihrem steuerpflichtigen Einkommen abzuziehen. Das ist Steuertrumpf Nr. 6.

Außerdem: Vom ersten Tage des Lebensversicherungsvertrages an haben Ihre Angehörigen im Falle Ihres vorzeitigen Todes den Anspruch auf die volle Versicherungssumme. Zusätzlich würden ihnen die Rückflüsse und Zinsen aus dem Berlin-Darlehen zukommen.

Allein die Versicherungssumme beträgt bei der Koppelung mit einem 10 000-Mark-Berlin-Darlehen beispielsweise für einen 35jährigen bei

12jähriger Versicherungsdauer rund DM 11 500,—, bei 25jähriger Versicherungsdauer etwa DM 26 000,—. Für die Koppelung mit einem Lebensversicherungsvertrag müssen Sie mindestens DM 10 000,— Berlin-Darlehen zeichnen.

So können Sie Geld, das eigentlich der Staat zu bekommen hätte, bis zu sechsmal steuerbegünstigt für sich selbst verwenden.

Horst Beloch

Statistik verschweigt

Freiberufliche immer an der Spitze: unter den Wertpapierbesitzern, unter den Hauseigentümern, unter den Inhabern von Sparkonten und Lebensversicherungsverträgen.

Krösus dieser Gesellschaft. So macht es die Statistik weis. Vordergründige Darstellungen, voreilige Schlussfolgerungen.

Was die Statistik verschweigt: Je DM 1000,— Monatsrente mit jährlich sechsprozentiger Steigerung und bei 60 prozentigem Übergang an die um fünf Jahre jüngere Witwe kosten DM 217 474,—.

Beamte haben solche Ansprüche ohne ausgewiesene Zahlung und steuerfrei angesammelt zu erheben. Sozialrentnern steuert der Arbeitgeber und steuert der Staat dazu bei. Freiberufliche müssen sie dagegen kaufen.

Prosper

Kurz über Geld

ZINSGÜNSTIGE ZWISCHENKREDITE für Bauvorhaben, wenn Bauspar-einlagen 40 Prozent betragen, soweit aufgefüllt oder entsprechende Beträge auf einmal eingezahlt werden.

KURSSICHERUNG für höherverzinsliche Auslandsanlagen kann sehr teuer werden. Vorher berechnen lassen.

STUDENTEN-KRANKENVERSICHERUNGSBEITRAG voll absetzbar, falls Student in Vertrag des Vaters einbezogen. Dennoch Staatszuschuß für diese Versicherung.

36 PROZENT BERUFSUNFÄHIGKEITSRENTE bietet neuartiges Lebensversicherungssystem für Ärzte.

BIS ÜBER 20 PROZENT betragen Vertriebskosten für Bauherren-Modell-, Kommanditanteile und ähnliche Anlagen. Entsprechend sinkt tatsächlicher Gegenwert.

Lehrkrankenhaus Ingolstadt

Das Städtische Krankenhaus Ingolstadt wird ab 1976 an der Ausbildung der Studenten des Fachbereichs Medizin der Universität München beteiligt und wird Ausbildungsplätze für 32 Studenten der Medizin im dritten, dem sogenannten praktischen Studienabschnitt, erhalten.

Ausbildungsplätze für den dritten klinischen Studienabschnitt müssen, da an den Hochschulkliniken eine ausreichende Bettenzahl nicht vorhanden ist, auch an anderen geeigneten Krankenhäusern geschaffen werden. Die Studenten werden an derartigen Lehrkrankenhäusern je vier Monate in Chirurgie, in Innerer Medizin und in einem weiteren klinischpraktischen Fachgebiet, dessen Auswahl dem Studenten freigestellt ist, ausgebildet. Die akademischen Lehrkrankenhäuser müssen u. e. folgende Einrichtungen aufweisen: Eine leistungsfähige Röntgenabteilung, eine fachwissenschaftliche Bibliothek, eine Prosektur, ein leistungsfähiges Laboratorium, ausreichende Räumlichkeiten für Aufenthalt und Unterrichtung der Studierenden der Medizin und für die Ausbildung in der Inneren Medizin einen Arbeitsplatz im Laboratorium, in dem die Studierenden der Medizin unter der Anleitung eines für diese Aufgabe zur Verfügung stehenden medizinisch-technischen Assistenten Routineuntersuchungen zu Ausbildungszwecken durchführen können.

Die Einrichtung der Ausbildungsplätze im Städtischen Krankenhaus ist zum Teil eine Übergangslösung bis das neue Hauptversorgungskrankenhaus Ingolstadt fertiggestellt ist. Denn wird das Hauptversorgungs Krankenhaus des Lehrkrankenhauses. Das Städtische Krankenhaus bleibt aber in das Lehrkrankenhaus einbezogen.

Das Lehrkrankenhaus Ingolstadt ist das vierte Lehrkrankenhaus der Universität München. Bisher wurden Verträge für die Augsburger Krankenhäuser, das Städtische Krankenhaus München-Schwabing und für das Städtische Krankenhaus Lendshut abgeschlossen.

Merkblatt „Mikroskopische Nachweisverfahren“

Das Merkblatt „Nachweisverfahren für Mykobakterien aus Untersuchungsmaterial Teil 1: Mikroskopische Nachweisverfahren“ sowie fremdsprachige Ausgaben des „Merkblattes für Tuberkulosekranke“ in den Sprachen Griechisch, Italienisch, Jugoslawisch (Serbo-Kroatisch), Portugiesisch, Spanisch und Türkisch sind jetzt erschienen.

Der Selbstkostenpreis beträgt für das Merkblatt „Mikroskopische Nachweisverfahren“ DM 0,90, für das „Merkblatt für Tuberkulosekranke“ DM 0,50 zuzüglich Porto.

Die Merkblätter sind erhältlich in der Geschäftsstelle des Deutschen Zentralkomitees zur Bekämpfung der Tuberkulose, 2000 Hamburg 60, Poppenhusenstraße 14 c.

»Geld – eine Gefahr für unverpackte Lebensmittel?«

Das Institut für Veterinärmedizin des Bundesgesundheitsamtes hat orientierende Untersuchungen über Bakterienvorkommen auf Hart- und Papiergeld durchgeführt. Grund dazu war die Vermutung, daß unverpackte Lebensmittel, besonders Fleisch und Fleischwaren, nicht hygienisch einwandfrei sein könnten, wenn die Hände des Verkaufspersonals durch die am Geld haftenden Bakterien „verschmutzt“ sind. Diese Möglichkeit ist besonders gegeben, wo Verkaufs- und Inkassoeinrichtung personell nicht voneinander getrennt sind. Die Untersuchungen ergaben, daß sich die Keimarten auf Geldscheinen und Münzen im wesentlichen gleichen, die Keimmenge bei Scheinen allerdings erwartungsgemäß deutlich über den entsprechenden Werten des Hartgeldes liegt. Jeder vierte Geldschein und jedes vierte Geldstück war mit Enterokokken befallen, wobei die Keimmenge auf den Geldscheinen 20mal größer war als die des Hartgeldes. Bei etwa 20 Prozent der untersuchten Scheine und 10 Prozent der Münzen wurden Enterobakteriaceen festgestellt, wogegen Schimmelpilze auf nur drei Prozent der Geldstücke, jedoch 20 Prozent der Scheine vorkamen.

Bei kritischer Betrachtung dieser Ergebnisse ist kaum anzunehmen, daß die Haltbarkeit der unverpackten Lebensmittel (Fleisch, Wurst usw.) von der durch den Umgang mit Geld „verschmutzten“ Hand stärker beeinträchtigt wird, als wenn Lebensmittel anderweitig mit der menschlichen Hand in Berührung kommen. Dagegen ist nicht auszuschließen, daß durch Geld Infektionserreger, wie Salmonellenbakterien, übertragen werden. Für den Verkauf unverpackter Lebensmittel ist daher auf jeden Fall eine Trennung von Verkaufs- und Inkassovorgang anzustreben.

– BGA Nr. 14/75 –

Arztbereitschaftskoffer – Besuchstasche

Der preisgerechte Arztbereitschaftskoffer für den Hausbesuch

Diese Neuheit erfüllt die Forderungen der Ärzte nach einer praktischen Besuchstasche. Sie besitzt eine handliche Form und besteht aus entsprechendem und weichem Material (schweres Skel, Seehundnarben, Gr. 48 x 35 x 50 cm, zwei Außentaschen, verschließbar). Weiße Kunststoffeinsätze mit Innenfächern in verschiedenen Größen für Spritzen, Kanülen, Tupfern, Kathetern, Handschuhen, usw. schaffen eine sinnvolle und übersichtliche Inneneinteilung.

Für die Aufbewahrung der Medikamente wurden zehn Therapie-Sets in Buchform entwickelt. Jedes Plastikbuch enthält einen Therapie-Satz. Diese Anordnung garantiert eine gezielte Soforthilfe und spart Zeit bei Hausbesuchen. Die farblich beschilderten Buchrücken sind entsprechend beschriftet und fortlaufend nummeriert. Eine Checkliste dient



RECORSAN-HERZSALBE

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

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

In 100g Salbe: Extr. Crataeg. 2,2g - Valerian. 17g Tinct. Conval. 0,8g - Castor. 0,8g Camph. 10g Menthol. 0,5g Nicotin. 0,155g - QR 30g DM 4,80

Recorsan-Gesellschaften Gräfelfing und Lüneburg



malträtierte Venen:

Krampfadern
 oberflächliche Thrombosen
 oberflächliche Venenentzündungen
 Venenreizungen
 Venenstauungen
 zur Venenpflege

stumpfe Verletzungen:

Sport-, Haushalts-,	Blutergüsse
Unfallverletzungen	Verrenkung
Verstauchung	Schwellung
Zerrung	
Prellung	
Quetschung	



Exhirud[®] SALBE GEL

Perkutanes Antithrombotikum mit dem Wirkstoff des Blutegels.

Vertrieb



PROMONTA
 HAMBURG

ZUSAMMENSETZUNG: 100 g Salbe enthalten: Blutegel-
 wirkstofflösung 1g, biochemisch standardisiert auf 500
 Antithrombin-Einheiten.

100 g Gel enthalten: Blutegelwirkstofflösung 1,5g, bio-
 chemisch standardisiert auf 750 Antithrombin-Einheiten.

INDIKATIONEN: Siehe oben

KONTRAINDIKATIONEN: Hämophilie

HINWEIS: Exhirud-Gel ist alkoholhaltig und sollte
 deshalb **nicht mit offenen Wunden** oder mit der Schleim-
 haut in Berührung kommen.

HANDELSFORMEN UND PREISE: Packung mit 40 g
 Salbe DM 6,65; Packung mit 100 g Salbe DM 13,50;
 Packung mit 40 g Gel DM 6,65; Packung mit 100 g Gel
 DM 13,50; Anstaltspackungen.

zur eigenen Kontrolle der Therapie. Die Ampullen sind auf Klebebändern leicht befestigt; die Aufschriften bleiben dadurch gut lesbar und werden nicht verdeckt. Schnelle Entnahme und fehlerfreie Ergänzung sind dadurch gewährleistet. Die Klebebänder wurden eigens für diesen Zweck entwickelt und sind immer wieder zu verwenden. Der Deckel des Arztkoffers enthält eine schwarze Besuchsmappe mit Reißverschluß aus gleichem Material in der Größe 32 x 22 x 6 cm. Die Besuchsmappe soll Blutdruckmesser, Stethoskop, Spritzen und Kanülen aufnehmen und für den geplanten Besuch zusätzlich mit dem jeweils erforderlichen Therapie-Set bestückt werden.

In der Außentasche der Besuchsmappe befindet sich eine mehrteilige Arzt-Formularmappe, in der alle Papiere griffbereit und übersichtlich aufbewahrt werden; sie dient gleichzeitig als Schreibunterlage. Die flache und elegante Faltsmappe mit Druckknopfverschluß ist 26 x 16 x 2 cm groß und besitzt sechs eingeschweißte Klarsichttaschen für die verschiedenen Formulare. Diese formschöne Mappe wird auch einzeln abgegeben.

Im Deckel des Arztkoffers befindet sich unter einer Klarsichtfolie außerdem eine alphabetisch geordnete Medikamentenliste (mit den Nummern der Roten Liste) mit dem Hinweis, welches Therapie-Set das jeweilige Medikament enthält. Raum für weitere Eintragungen ist noch vorhanden. In jedem Koffer befindet sich auch ein Telefon-Notrufverzeichnis „Gnom Europe“ mit allen europäischen Notrufnummern. Der komplette Arztkoffer – ohne Medikamente und ohne ärztliche Geräte, die aber auf Wunsch mitgeliefert werden können – kostet DM 350,—, zuzüglich Mehrwertsteuer.

Hersteller: W. Söhngen GmbH, Spezialfabrik für Sanitätsausrüstungen, 6204 Teunusstein-Wehen

Zertrümmerte Wirbel werden „verdübelt“

Chirurgen entwickelten neue Operationsverfahren für Unfallverletzte

Professor Hens-Werner Pie, Chef der Neurochirurgischen Universitätsklinik Gießen, berichtete kürzlich über völlig neue Möglichkeiten der Neurochirurgie bei schweren Verletzungen der Halswirbelsäule.

Nachdem man bislang Erfolge erzielte, indem man die Wirbelsäule vom Rücken her freilegte und die gelockerten oder aus der Behn geretenen Wirbel befestigte, hat man neuerdings auch operative Möglichkeiten geschaffen, von vorn in die Wirbelsäule zu gelangen. Durch einen seitlichen Schnitt am Hals geht der Chirurg dabei bis an das Rückgrat vor – je, man hat sogar Operationsverfahren entwickelt, bei

denen man die obersten Halswirbel von der Mundhöhle her erreicht. Das Operationmikroskop ist dabei ein wichtiges Hilfsmittel.

Der Patient wird im Bett fixiert und durch Zug am Kopf – hier sind manchmal Gewichte bis zu dreißig Kilogramm notwendig, um die Wirbelsäule so zu strecken, daß die geschädigten Wirbel wieder in die natürliche Lage zurückgedrückt werden können – auf die Operation vorbereitet. Dann bohrt man mit einer Art Zahnarztbohrer Löcher in die zertrümmerten Wirbel und verbindet je zwei davon miteinander mit Knochenspänen in Form von Dübeln, so daß sie nicht mehr verrutschen können. Die Knochendübel stammen vom Patienten selber und werden meist aus dem Beckenkamm entnommen. Schon wenige Tage nach der Operation kann der Patient aufstehen. Die Versteifung, die durch die feste Verbindung zweier Wirbel entsteht, hindert nicht wesentlich.

Sind mehrere Wirbel beschädigt, werden die zertrümmerten Wirbel ganz oder teilweise entfernt und durch Kunststoffprothesen ersetzt. Man gießt an die Stelle der fehlenden Wirbel eine Art Plexiglas, das notfalls noch durch Drähte aus rostfreiem Stahl verstärkt und am Verrutschen gehindert wird. Auch nach einem solchen Eingriff ist der Kranke schon wenige Tage nach der Operation in der Lage, aufzustehen.

Auf diese Weise kann neuerdings nicht nur Unfallverletzten geholfen werden, sondern auch Patienten, die infolge einer rheumatischen Erkrankung an schwerer Degeneration der Wirbel leiden. Auch hier gelingt es, mit Kunststoff eine fast normale Funktion der Halswirbelsäule zu sichern und den Kranken von schweren, oft tödlichen Lähmungen zu bewahren.

Solche Eingriffe sind aber erst möglich, seit die pharmazeutische und die Kunststoffindustrie geeignete Zemente zur Verfügung gestellt haben. Mit Sulfix-6 ist ein solcher Knochenzement geschaffen worden. Er enthält neben dem Kunstharz und dem Härter auch noch ein Metalloxid, das Röntgenstrahlen verschluckt, so daß der Arzt später mit einem Blick erkennen kann, wie sich der künstliche Wirbel oder die Brücke zwischen zwei Wirbeln eingepaßt hat. Sulfix wird außerdem dazu verwendet, künstliche Hüftgelenke mit dem Knochen fest, aber doch elastisch zu verbinden.

Ehrung für Dr. Alfons Stauder

Auf Anregung des Ärztlichen Bezirksverbandes Mittelrhein hat die Stadt Nürnberg eine Straße mit „Alfons-Stauder-Straße“ benannt. Damit soll der großen Verdienste Dr. Stauders um die Ärzteschaft in den zwanziger Jahren als Vorsitzender des Deutschen Ärztevereinsbundes und der Bayerischen Landesärztekammer sowie als Begründer der Bayerischen Ärzteversorgung gedacht werden.



...der rein natürliche Heilbrunnen

aus der Tiefe der Erde – STAATLICH FACHINGEN.

Als Hastrinkkur von heilwirkendem Einfluß bei ● Magen- und Darmerkrankungen, übermäßiger Säure (Sodbrennen) ● Stoffwechselkrankheiten (Zucker, Behandlung unterstützend, Fettsucht) ● Krankheiten der harnableitenden Wege und der Nierenfunktion ● Von günstigem Einfluß auf den Kalorienhaushalt. Zur Vorbeugung und in der Rekonvaleszenz. Vermehrt z. B. auch die Diurese und verhindert Gries- und Steinbildung in den ableitenden Harnwegen. Bei Krankenkassen zugelassen. Auskunft und wissenschaftl. Prospekte unverbindl. Ad usum proprium Vorzugspreise.

Staatl. Mineralbrunnen S. E. Zentralverw. 62 Wiesbaden 16, Wiesbadener Straße 77, Tel. (0 6121) 42691 und 42695

Buchbesprechungen

Die biologischen Funktionen der Frau und ihre Störungen Frauenheilkunde und Geburtshilfe

Verf.: Dr. F. Götz, 192 S., Plastikeinband, DM 18,80. Verlag Herder, Freiburg - Basel - Wien.

Der Gesamteindruck: Hier hat eine erfahrene Hand die Feder geführt.

Das, was die Frau wissen sollte vom Bau und von den Funktionen ihres Körpers, wird in klarer und verständlicher Form vorgetragen. Besonders vorzuheben ist, daß alle Fachausdrücke, die dem Laien doch nur verschwommene Vorstellungen vermitteln, verdeutscht sind. Der Stoff ist übersichtlich gegliedert und durch anschauliche Skizzen verdeutlicht. Von der Pubertät bis ins hohe Alter ist das kleine Bändchen ein nie versagender Ratgeber.

Die Zyklusstörungen, der Kinderwunsch, die normale und pathologische Schwangerschaft, das Wochenbett werden ebenso abgehandelt wie Entzündungen und Neubildungen an den Geschlechtsorganen. Erfreulich ist die Tatsache, daß der Autor besonders auf die Vorsorge und Früherkennung des Unterleibskrebses eingeht. Des ausführliche Stichwortverzeichnis ermöglicht es, sich schnell über jede auftauchende Frage zu informieren.

Vielleicht sollte der Autor bei einer Neuauflage auch auf die psychosomatischen Störungen eingehen.

Dr. H. Dietsch, Amberg

Der Neurotiker und die Gesellschaft

Entstehungsbedingungen und Heilungschancen

Verf.: Dr. F. Beese, 276 S., Leinen, DM 29,80. Piper & Co. Verlag, München.

Das Buch wendet sich an diejenigen Ärzte, Psychologen, Soziologen, Theologen, Juristen, Pädagogen, Sozialarbeiter und auch Justizbeamte im Strafvollzug, die eine Ausbildung oder Fortbildung auf dem Gebiete der Erkennung, Vorbeugung, Behandlung und Rehabilitation neurotischer Erkrankungen anstreben.

Es bietet eine sehr grundlegende Einführung in die Gesamtzusammenhänge dieses Gebietes.

Beese, seit Jahren Ärztlicher Direktor der psychotherapeutischen Klinik in Stuttgart-Sonnenberg, ist wie kaum ein anderer dazu berufen und prädestiniert, eine solche Einführung zu geben. Er führt ein in die seelische und soziale Entwicklung des Menschen, erklärt die Entstehung seelischer Krankheiten aus Konflikten, die im Laufe der Entwicklung auftreten, erklärt die jeweiligen Persönlichkeitsstrukturen und die verschiedenen Erscheinungsbilder bei den verschiedensten neurotischen Persönlichkeitsausprägungen. Besonders instruktiv sind die Kapitel über psychotherapeutische Verfahrensweisen, etwa die aufdeckenden psychotherapeutischen Verfahren, die Gruppenpsychotherapie, die Möglichkeiten der Psychotherapie in der ärztlichen Allgemeinpraxis, das autogene Training, die zunehmend mehr ins Gespräch gekommene Verheltenstherapie.

Das Studium dieses Buches kann sehr empfohlen werden.

Dr. S. Maier, Regensburg

Arzneimittelpreise sind Teil der Therapiekosten

+++ cinnarizin jetzt preisgünstig +++ stop +++ preis

Gewohnte und bewährte Gefäßtherapie mit umfassender Wirkung bei cerebralen und peripheren Durchblutungsstörungen sowie vestibulären Beschwerden.

Auch hier verbürgte Qualität durch eigene Herstellung.

Zusammensetzung
1 Kapsel enthält 75 mg Cinnarizin.

Wirkungsweise
Cinnarizin verringert die Ansprechbarkeit der Gefäßmuskulatur auf gefäßverengende Stoffe und verhindert dadurch die konstriktorische, streßbedingte Hyperaktivität des Gefäßsystems. Diese führt zu einer Ernährungsstörung der umgebenden Bindegewebe- und Gefäßwandzellen.
Cinnarizin hemmt nicht nur degenerative Gefäßprozesse (z. B. Atherosklerose, Arteriosklerose), sondern führt auch zu einer einseitigen Verbesserung der cerebralen und peripheren Durchblutung, Blutdruck und Herzrhythmus bleiben unbeeinflusst.
Cinnarizin hat zudem einen ausgeprägten labyrinth-depressorischen Effekt.

Indikationen

Die Symptome cerebraler Mangel durchblutung wie: Benommenheit und Schwindel, Konzentrations- und Merkschwäche, Mangelnde Initiative, Störungen des Wach- und Schlafrythmus, Angstliche und depressive Veranlagungszustände, Vasomotorische Kopfschmerzen, Ohrrauschen, Zustand nach Hirnverletzungen, Schlaganfällen und Gehirnerschütterung.
Die Symptome peripherer Durchblutungsstörungen wie: Trophische Störungen, Nächtliche Wadenkrämpfe, Kälte Extremitäten, Akrozyanose, Variköser Symptomenkomplex, Claudicatio intermittens, Morbus Raynaud.

Vestibuläre Beschwerden:
Reisekrankheit, Drehschwindel und Menière-Syndrom.

Kontraindikationen
Bis heute keine bekannt.

Zur Beachtung

Cinnarizin wird gut vertragen und eignet sich besonders für die Langzeittherapie. Ganz vereinzelt kann es vorübergehend zu Schläfrigkeit führen.

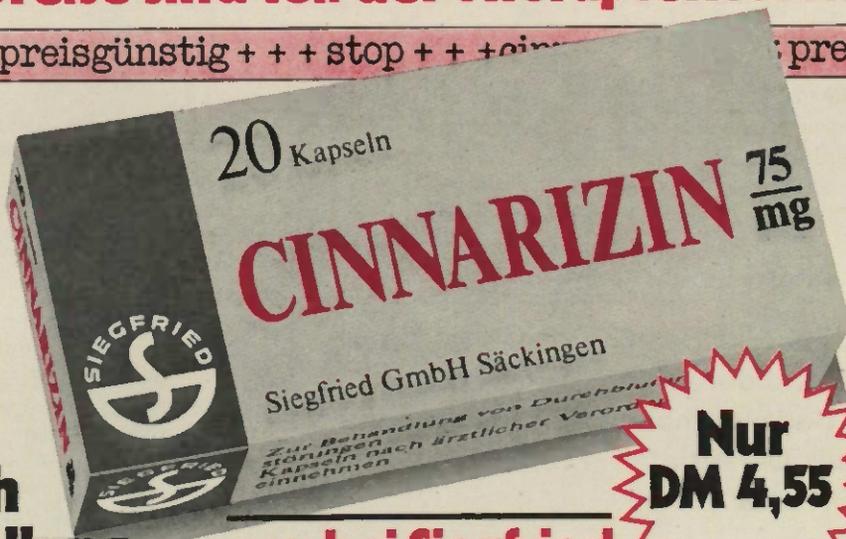
Anwendung und Dosierung

- 1) Bei cerebraler Mangel durchblutung 1-2 x 1 Kapsel
- 2) Bei peripherer Durchblutungsstörung 2-3 x 1 Kapsel
- 3) Bei vestibulären Beschwerden 1-2 x 1 Kapsel

Packungen

20 Kapseln DM 4,55
60 Kapseln DM 12,60
Klinikpackungen

Verreibungspflichtig



neu bei Siegfried

Nur DM 4,55



SIEGFRIED ARZNEIMITTEL SÄCKINGEN

Taschenbuch der Dermatike-Therapie

Verf.: Doz. Dr. W. Greuer, 194 S., 28 Tab., Taschenbuch, DM 13,80. Verlag Urban & Schwarzenberg, München-Berlin-Wien.

Nach einem einleitenden Kapitel über die Grundlagen der externen Therapie in der Dermatologie wird in prägnanter Kurzform und in sehr vielen übersichtlichen Tabellen auf die interne und externe Therapie der häufigsten Haut- und Geschlechtskrankheiten eingegangen – von den elten erprobten Rezepturen der Schüttelmixturen, Salben und Puder bis zur neuesten Chemotherapie. Es folgt eine Wirkstoffsuchliste, ein Firmenverzeichnis, ein Präparateverzeichnis und ein Sechverzeichnis. In sehr gefälliger, übersichtlicher, nutzbringender Form gibt das Buch eine gut überschaubare Übersicht für den Dermatologen und den Praktiker.

Dr. A. Bothmann-Iser, Deggendorf

Innere Medizin

Verf.: W. Piper, 536 S., 61 Abb., geh., Heidelberger Taschenbuch, DM 19,80. Springer Verlag, Berlin-Heidelberg-New York.

Das Buch enthält in einer besonders für den Examenkandidaten bestimmten knappen Form den wesentlichen Wissensstoff der Inneren Medizin. Der Schwerpunkt liegt auf den häufigen Krankheiten und Therapieformen. Verständnis und Lernen werden erleichtert durch die weitgehende Einbeziehungen pathophysiologischer Zusammenhänge. In der Diagnostik werden auch die in der neuen Prüfungsordnung geforderten elementaren EKG-Kenntnisse vermittelt.

Es kann Studenten der klinischen Semester, Allgemeinmedizinern, medizinischen Praktikanten und zur ärztlichen Weiterbildung empfohlen werden.

Band 37 der von der Bayerischen Landesärztekammer herausgegebenen Schriftenreihe steht unseren Kollegen kostenlos zur Verfügung.

Dieser Band enthält die Vorträge des 25. Nürnberger Fortbildungskongresses der Bayerischen Landesärztekammer

„Tuberkulose heute“ - „Neuester Stand der Pharmakotherapie“ - „Besonderheiten der Therapie in der Geriatrie“ - „Probleme der Sterbehilfe“

Die Kassenärzte Bayerns erhielten ihn von den Bezirksstellen der Kassenärztlichen Vereinigung Bayerns.

Interessenten können Bestellungen an die Schriftleitung des „Bayerischen Ärzteblattes“, 8000 München 80, Mühlbauerstraße 16, unter Befügung von DM 1,- in Briefmarken als Schutzgebühr, richten.

Der praktische Arzt als Fechner für Erfahrung und Beobachtung

Verf.: Dr. Paul Mössinger, 215 S., 20 Abb., 39 Tab., DM 24,-. Karf F. Haug Verlag, Heidelberg.

Vom Thema her erwartet man eigentlich etwas derüber zu hören, wie der praktische Arzt, anders als z. B. der Fach- oder Krankenhausarzt, ein „ungesiebtetes“ Patientengut in seiner natürlichen Umgebung sieht und deshalb Zusammenhänge beobachten kann, die für viele seiner Kollegen verborgen bleiben.

Aber der Autor hält den praktischen Arzt für berufen, am Patienten Heilmittel rein empirisch hinsichtlich ihrer Wirksamkeit zu untersuchen. Wie der Autor darauf kommt? Withering hat es mit dem Digitalis je euch so gemacht! Woher die Arzneimittel zur Erprobung nehmen? Aus elten Büchern! („... habe ich die 2000jährige therapeutische Tradition des Abendlandes als eine Fundgrube für Vorerfahrungen in der Therapie herausgestellt.“) Werum der Autor zum Nachteil der pharmakodynamischen die empirische (d. h. die am Symptom orientierte) Therapieforschung so bevorzugt? Weil Hahnemann gesagt hatte, daß die Ärzte vor ihm 2000 Jahre verschwendet hätten, um die unsichtbaren Vorgänge im Körper kranker Menschen zu ergründen, anstatt gleich zur Beobachtung der therapeutischen Wirkung von Medikamenten überzugehen!

Der Ansicht des Autors zufolge ist eine auf Erfahrung gegründete Therapie in der Schulmedizin praktisch unbekannt. Von der empirisch-symptomatischen Behandlung zahlreicher Krankheiten durch die Schulmedizin – von Krankheiten, deren Ursache noch nicht bekannt ist – hat er erscheinend noch nie etwas gehört.

Das Buch ist lesenswert für Homöopathen, aber nur für diese.

Dr. G. Troßmann, Passau

Medizinstudium und Sozialwissenschaften

Verf.: Alexander Schuller/Hans Peter Rosemeier, 268 S., 150 Tab., Leinen, DM 48,-. Verlag Urban & Schwarzenberg, München-Berlin-Wien.

Die beiden Berliner Autoren Alexander Schuller und Hans Peter Rosemeier versuchen in ihrem umfangreichen Werk, das allein wegen seiner Druckart optisch etwas mühsam zu lesen ist, deswegen aber inhaltlich nicht minder interessant geschrieben wurde, die Sozialwissenschaften mehr in das Blickfeld der medizinischen Ausbildung zu rücken. Aktueller Anlaß hierfür war die neue Approbationsordnung, die die sozialwissenschaftlichen Fächer – und dies wird in dem vorliegenden Buch deutlich, daß es sich dabei nicht einfach um eine Disziplin mehr handelt – in ihrer Vielzahl in den Bildungsgang zum Mediziner der Zukunft hineinbringt. Das Problembewußtsein dieser Verbindung von Medizin und Sozialwissenschaft wird hier aufgezeigt und ausführlich erläutert sowie systematisiert. Zwei Vorworte gehen voren: Herbert Lex aus Berlin begrüßt den hier unternommenen „Kurrikulum“-Versuch als konkrete und gelungene Diskussionsbasis, während Ernst von Weiszäcker, Essen, das offene „Kurrikulum“ ähnlich einem Baukastensystem der medizinischen Ausbildungsprobleme als mögliche organisatorische Durchführungsform bezeichnet. Danach folgt ein theoretischer Teil auf etwa 100 Seiten, der die Problemlage, Zielsetzung und die Diskussion über das hier neu entwickelte Modell des „Kurrikulums“ aufzeigt und absteckt. Anschließend wird auf 38 Seiten das Hauptanliegen des neuartigen Buches die „Kurrikulumtheorie“, insbesondere das „Pilotkurrikulum“, näher untersucht und von verschiedenen Blick-



Esberigal®

aktiviert die hepato-biliären Funktionen,
daher Steigerung der Cholerese auf das 2-3fache.

Keine dickdarmwirksame laxierende Wirkung:
daher unbedenklich
auch in der Schwangerschaft anwendbar.

Esberigal® forte

mit laxierender Wirkung
und verstärktem cholagogem Effekt

Zusammensetzung:

Darreichungsform	liquidum	forte liquidum	Tropfen	Dragees
	Perkolat 1 = 5	Perkolat 1 = 4	Perkolat 1 = 2	Perkolat 1 = 1
				Extracta aloca in 1 Dragee
Herb. Cardui bened.	10 ml	6 ml	--	10 ml
Fruct. Cardui Mariae	10 ml	6 ml	--	10 ml
Fol. Sennae	--	16 ml	--	--
Herb. Anserinae	20 ml	16 ml	--	20 ml
Rad. Taraxaci c. Herb.	20 ml	16 ml	--	20 ml
Herb. Chelidonii	20 ml	16 ml	--	20 ml
Fior. Chamomillae	20 ml	16 ml	--	20 ml
Rhiz. Curcumae	--	--	5 ml	--

Indikationen:

für **Esberigal**: Cholangitis, Cholecystitis, Dykinesie der Gallenwege, Postcholezystektomie-Syndrom; zur Therapie und Nachbehandlung bei Hepatitis epidemica.

für **Esberigal forte**: Alle Erkrankungen im Leber-Galle-Bereich, bei denen eine erhöhte Cholerese und eine verstärkte laxierende Wirkung notwendig sind.

Kontraindikationen: Schwere Leberfunktionsstörungen, Verschlus der Gallenwege, Gallenblasenempyem, Coma hepaticum.

Darreichungsformen und Packungsgrößen:

Esberigal Liquidum 100 ml DM 6,-, Esberigal Tropfen 50 ml DM 9,55,
Esberigal Dragees 50 Stck. DM 4,70, Esberigal forte Liquidum 100 ml DM 6,55



Schaper & Brümmer
Salzgitter - Ringelheim

winkeln aus betrachtet. Wichtig zu erwähnen scheint es dem Rezensenten, daß es sich bei dieser „Kurrikulumtheorie“ um ein theoretisches Modell, ein Ablaufmodell, sowie ein Entscheidungsmodell, Forschungsmodell und ein Strukturmodell der Hochschulausbildung handelt. Aber es hat nicht nur ein theoretisches, sondern auch ein praktisches Anliegen dieses „Kurrikulum“, das sich bemüht, im „Pilotkurrikulum“ die Möglichkeit der Wiederherstellung der Einheit von Theorie, Empirie und Ausbildungspraxis aufzuzeigen. Zu allen ausführlich besprochenen Problembereichen gibt die 30 Seiten starke Bibliographie mit annähernd 800 genannten Titeln (darunter auch Fernsahndungshinweise) weiteren Aufschluß und ermöglicht es, den an speziellen Einzelfragen weiter interessierten Lesern, ein weiteres Vordringen in diese neue Materie und ihre vielfältigen Fragestellungen aufzuzeigen. Dieses Werk ist für alle Ärzte interessant, insbesondere wird es den Ausbilder und Hochschullehrer der kommenden Ärztegenerationen näher ansprechen, und vermittelt eine Fülle von Wissensstoff. Ein ausführliches 46 Seiten starkes Register erleichtert die Auffindbarkeit der oft an mehreren Stellen verteilten Ausführungen. An den Hauptteil angeschlossen ist eine tabellarische Übersicht sowie Quellenangaben (Auszüge aus der neuen Approbationsordnung, Lehr- bzw. Lernziele aus medizinischer Psychologie, Soziologie, aufgeteilt in Vorklinik und Klinik). Abschließend findet sich auf steifem Karton ein herausnehmbares Tabellenwerk in einer Kasette mit über 150 Karten, das in Information Vorklinik, Information Klinik und Kompetenzan unterteilt ist. Am Schluß sind noch zehn Karten beigegeben, die zur persönlichen Eintragung frei gelassen wurden. Man kann diese ergänzend ausfüllen, wenn man noch Lektüre das für alle Ärzte, gleich welcher Fachrichtung, empfehlenswerten Buches dazu in der Lage ist und anhand der alphabetisch zugänglichen Begriffssystematik einen genauen methodischen, theoretischen und berufsspezifischen Stellenwert jedes Begriffes gefunden hat.

Dr. W. Fehring, München

Gastroenterologia für die Praxis

Verf.: Prof. Dr. G. Volkheimer, 208 S., 320 farb. Abb., 400 einf. Abb., geb., DM 98,-. J. F. Lehmanns Verlag, München.

Wie im Vorwort des Autors angekündigt, ist dieses soeben erschienene, mit sehr zahlreichen, teils hervorragenden Abbildungen versehene Band den „... in der Praxis tätigen

Kollegen... gewidmet, die rationelle und effektive Methoden in ihr modernisiertes Programm aufnehmen wollen“. Das Buch wird darüber hinaus jedem lernwilligen und jedem gastroenterologisch orientierten Internisten und Chirurgen viele praktische Hinweise für die tägliche Routineaktivität in der Praxis, aber auch in der Klinik geben. Ein besonders gutes Beispiel dafür ist das letzte, stichwortartig zusammenfassende Kapitel über „gastroenterologische Alltagsprobleme in der Allgemeinpraxis“. Besonders gut bebildert, kurz und prägnant beschrieben ist auch der Absatz über die in Klinik und Praxis vernachlässigte „Stuhluntersuchung auf Parasiten“.

Volkheimer scheut sich nicht, folgende noch immer veraltete Labormethoden als überholt und ineffektiv herauszustellen: sondenlose Aziditätsprüfungen des Magensaftes, orale Stimulation mit Koffein oder Alkohol, intragastrische pH-Messung („Heidelberger Kessel“), die sogenannten Leblitätsproben der Leberdiagnostik, Stuhluntersuchungen nach sogenannter Probakost u. a. m. Bei der Magensaftanalyse mit Pentagastrin (oder Batazol) wird auf den beschränkten Wert dieser Untersuchung hingewiesen, die nur noch als prä- und postoperative Diagnostik der Ulkuschirurgie und bei Verdacht auf Zollinger-Ellison-Syndrom vorgenommen werden soll. Die in Speziallabors vorzunehmende radioimmunologische Gastrinbestimmung wird in diesem Zusammenhang nicht erwähnt.

Sehr übersichtlich ist die Beschreibung und das Bildmaterial der für die gastroenterologische Praxis notwendigen Geräte. Nach Ansicht des Rezensenten ist allerdings zu eingehend und einseitig auf eine spezielle Röntgeneinrichtung eingegangen worden, die zwar eine optimale Lösung darstellen mag, aus Kostengründen aber von nur wenigen in der Praxis installiert werden wird. Klar, ausführlich und mit Hinweisen auf die Rentabilität ist die Vorstellung verschiedener endoskopischer Geräte der unterschiedlichen Hersteller mit jeglichem Zubehör und mehreren auf den ersten Blick nebensächlich erscheinenden, im Alltag aber essentiellen Details. Gut sind auch die meisten Röntgenbilder und viele Tipps für die Durchführung von verschiedenen Untersuchungen (z. B. Handzettel mit Informationen für Patienten über diagnostische Vorbereitungsmaßnahmen, Doppelkontrast-Technik am Magen und Kolon u. e.). Das Kapitel über die endoskopische Diagnostik von Ösophagus, Magen, Duodenum und Kolon berücksichtigt ebenfalls vorwiegend alltägliche Belange. So wird z. B. besonders deutlich auf die Notwendigkeit von zahlreichen Biopsien beim

Passiorin Dragees

1 Dragee enthält:

Extr. Passiflor. Incarnat. spr. succ.	60,0 mg
Extr. Salicis aquos succ.	133,0 mg
Extr. Crataeg. spr. succ.	12,0 mg
Aneurin	0,3 mg

Passiorin liq.

Extr. Passiflor. Incarnat. fl.	10 Vol. %
Extr. Salicis equos 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 Kontraindikationen und Nebenwirkungen bekannt.

Passiorin Dragees:

Packung mit	50 Dragees	DM 4,25
Kurpackung mit	250 Dragees	DM 16,-

Passiorin liq.:

Flasche mit ca.	100 ml	DM 6,70
Kurpackung mit ca.	500 ml	DM 27,50

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

SIMONS CHEMISCHE FABRIK · Gauting bei München

Passiorin®

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.«

KDNIQ, E., TREPPEL, F.: Med. Klin. 59, 624-633 (1964)

Zusammensetzung

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

Eigenschaften

Jede Form der Herzmuskelschwäche bedarf der Behandlung mit Herzglykosiden. In Digipersantin ist die Wirkung des Reinglykoside 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 3 1-2 1-2 1-2	Drag. Digipersantin 1/4
6 6 6 6 6 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
Hyperkätämie, 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 DM 12,25, 21,85

Digipersantin 1/4: Originalpackungen mit 50, 100

Dragées DM 13,60, 24,30

Klinikpackungen

Unverblind. empf. Preise lt. AT

Thomae

Dr. Karl Thomae GmbH · Biberach an der Riss

Ulcus ventriculi zum Ausschluß oder Nachweis eines Karzinoms hingewiesen („Mit der Anzahl der Exzisten steigt die Ausbeute statistisch signifikant“). Auch die Anreicherung des Textes mit resümierenden, drucktechnisch hervorgehobenen Merksätzen wie „Benignen' histologischen (Biopsie-) Befund nie gegen radiol./gastroskop. Ce-Verdacht verwerfen!“ ist charakteristisch für dieses didaktische Buch, in dem lediglich eine eingehende Darstellung der Polypektomie fehlt. Die fotografischen Beispiele endoskopischer Befunde sind ausreichend gut belegt.

Obwohl kein Stichwortverzeichnis vorhanden ist, findet man sich rasch zurecht in diesem klar konzipierten und gut gegliederten Band.

Dr. W. Londong, München

Arznei aus Liebe

Gedanken nach der Sprechstunde

Verf.: Max Josef Zilch, 104 S., zahlr. Abb., brosch. DM 15,-. Ambo-Verlag, Regensburg.

Der Autor schreibt in seinem Vorwort: „In unserer Epoche der Bedrohung des Menschen muß sich der Auftrag des Arztes mehr denn je zu einer moralischen Verantwortung für eine kranke Welt, vergiftete Umwelt und Gesellschaft hinwenden, in der Erkenntnis, daß der Verlust der Ganzheit zum Verlust der ganzen Gesundheit führen müßte... So sollen unsere Gedanken nach der Sprechstunde als Arznei aus Liebe für die das Ziel suchenden Menschen mit erlahmender Seele die Kraft des Glaubens hin zu Gott entleihen. Die Texte werden von Abbildungen des bekannten Regensburger Kunstmalers Erwin Schöppel, dessen hohe Kunst uns die Welt der Transzendenz näherbringt, begleitet.“ So führt uns Zilch mit seinen Gedanken, die er in gebundene Form gegossen hat, durch die vielfältigen Probleme, mit denen der heutige Arzt konfrontiert wird. „Mechbar geworden scheint Euch / der seelenlose Mensch / Von Angst und Lengewelle erfüllt / Erstarrt in den Gesetzen / Von Physik, Chemie“ oder „In Eurer entrevolutionären Welt / Seht Ihr die Menschen – Als Zufallstreffer oder Fehlkonstruktion“. Er führt uns das Mutterbild vor Augen: „Im Streben nach dem Kind / Das in der Wiege reift / Zum Menschen, der die Liebe weitergibt / Die er empfangen hat / Von seiner Mutter, die nur ihm gehört / Nicht den Fabriken“ und in gleicher besinnlicher Weise den Arzt: „Der Arzt ist der / Der sich als Bruder Dir erweist / Der mit dem Priester sich verbündet weiß / Weil alles Leben kommt und geht / Wenn auch vom Mond die Flegge weht.“ Im ganzen hat Franz Josef Zilch ein nachdenkliches Büchlein geschaffen, das auch dem Kollegen, der nicht die tiefe Religiosität besitzt wie der Autor, vieles für ihn selbst und auch für Gespräche mit seinen Kranken zu geben vermag.

Dr. R. Peschke, Emskirchen

Einführung in die Vektorelektrokardiographie

Verf.: Dr. U. Thomae, 101 S., 96 Abb., kerf., DM 13,80. F. K. Schattauer Verlag GmbH, Stuttgart.

In dem kurz gefaßten Buch werden auf 96 Seiten von einem wohl klinisch erfahrenen Autor Einführung und Besprechung der Vektorelektrokardiographie dargelegt. Zweifelsfrei hat die Vektorelektrokardiographie einen festen Bestandteil in der Kardiologie gefunden, so daß sie zum Rüstzeug des interessierten Internisten gehört; zum anderen ermöglicht

sie das bessere Verstehen des üblichen EKG. Auf der Basis der Frank'schen Ableitungen des EKG, wobei jeder Ableitung eine räumliche Achse entspricht, ist es möglich, sämtliche kardialen Vektoren in Summationsvektoren zu erfassen. Thomee beschreibt ohne Umschweife, manchmal unter Weglassen erklärender Worte, das Entstehen einer Vektorschleife, begonnen beim Einthovenschen Dreieck über den Cabrera-Kreis bis hin zum Frank'schen System. Aufbauend auf dem normalen EKG und dem normalen Vektorelektrokardiogramm (VKG) wird systematisch in prägnanter Form jede Abweichung vom Normalen dargelegt und klinisch gedeutet, wobei EKG und VKG nebeneinander in guten Abbildungen meist auf der gleichen Seite des Textes erscheinen. Manchmal hat man jedoch den Eindruck, daß durch die Prägnanz und Kürze Erklärungen gerade für den Ungewübten, für den eine „Einführung“ gedacht sein soll, zu kurz kommen.

Wie beim konventionellen EKG, so kann man das VKG nicht ohne klinische Übung in seiner vollen Aussagefähigkeit verstehen. Das vorliegende Buch ist aber aufgrund der klaren Gliederung und Übersichtlichkeit durchaus in der Lage, die Vektorelektrokardiographie verständlich zu machen. Obwohl die einzelnen Kapitel nicht ausführlich ins Detail besprochen sind, so verdient das in Taschenbuchformat vorliegende Buch sicherlich den Unterfiter „Kurzes Lehrbuch für Studenten und interessierte Ärzte“.

Dr. Volker Pürckheuer, Teufkirchen

Die ehafremde künstliche Befruchtung der Frau

Verf.: E. T. Rippmann, 79 S., 2 Abb., kerf., DM 16,-. Verlag Hans Huber, Bern - Stuttgart - Wien.

Heißt das Eisen und es wurde geschmiedet von der Vereinigung der deutschsprechenden Professoren und Privatdozenten für Geburtshilfe und Gynäkologie im Verein mit Theologen und Juristen. Auch diese Schrift zeigt, wie könnte es anders sein, die Vielschichtigkeit und Problematik dieses Themas auf. Gegensätzliche Ansichten finden objektiv Raum und Vollständigkeit kann auf rund 80 Seiten nicht in Anspruch genommen werden. Dies war wohl auch nicht die Absicht der Autoren. Dargestellt wird das heute „Machbare“, das technisch Mögliche und wie ein roter Faden durchzieht alle Kapitel das große Verantwortungsbewußtsein der Machenden. Juristische Folgen, nach vielen Seiten offen, werden behandelt wie auch die psychologisch-ethischen Aspekte. Einige Klarheit verschafft das Kapitel über die heterologe Insemination als Therapie. Interessant ist der humangenetische Standpunkt zur heterologen Insemination, wonach von diesem Standpunkt aus nichts gegen die heterologe Insemination einzuwenden sei, so sie eine selten ausgeübte letzte Zuflucht in Ausnahmesituationen bleibt. In den theologischen Betrachtungen ist auch der Standpunkt des Judentums mit einbezogen, was besonders dankenswert erscheint. Die juristischen Ausführungen beschäftigen sich mit der Heilung des Arztes nach allen Seiten und mit der Rechtmäßigkeit. Im letzten Kapitel wird, allerdings mit großer Kürze, auch auf die Technik der heterologen Insemination eingegangen. Die Schrift ist eine Orientierungshilfe für Ärzte, Juristen und Theologen und sicher auch für jeden gebildeten Laien, oder, wie es im Vorwort heißt: Diskussionsgrundlage und Antrieb für interdisziplinäre und damit für den Menschen fruchtbare Zusammenarbeit.

Dr. J. Pietz, Weiden

gelassen und ruhig am Tag

ADUMBRAN®

der unkomplizierte Tranquilizer
zur medikamentösen Psychotherapie

entspannt zu erholsamem Schlaf bei Nacht

zuverlässig · bewährt · gut verträglich

Zusammensetzung: 7-Chlor-1,3-dihydro-3-hydroxy-5-phenyl-2H-1,4-benzodiazepin-2-on
Anwendungsgebiete: Im psycho-vegetativen Bereich: Störungen der Schlafrythmik; kardiovaskuläre Störungen; gastrointestinale Störungen; psychogene Atemstörungen; vegetative Syndrome der Frau; Dentitionsbeschwerden bei Kleinkindern; im affektiv-emotionalen Bereich: nervöse Reizbarkeit; Übererregtheit; nervöse Erschöpfungszustände; Sexualneurosen; Überforderungssyndrom; Angst- und Unruhezustände, auch vor zahnärztlichen und ärztlichen Eingriffen;

Erwartungsangst vor besonderen Belastungen; Verhaltensstörungen, Eingewöhnungsschwierigkeiten.
Dosierung und Anwendungswiese: In der Regel empfiehlt sich folgendes Vorgehen: morgens 1 Tabl., mittags 1 Tabl., abends 2 Tabl.
Suppositorien für Erwachsene: morgens 1 Supp., abends 1 Supp.
Kindersuppositorien: Der Doppelkonus läßt sich leicht teilen, so daß eine individuelle Dosierung möglich ist. Als Richtlinie kann gelten bei Kindern im Alter von 1-3 Jahren 1-2 mal 7,5 mg (1/2 Doppelkonus), 4-5 Jahren 2-3 mal 7,5 mg (1/2 Doppelkonus), ab 6 Jahren

1-3 mal 15,0 mg (1 Doppelkonus).
Unverträglichkeit und Risiken: Myasthenia gravis.
Besondere Hinweise: Verkehrsteilnehmer sollten beachten, daß Adumbran die Verkehrssicherheit beeinflussen kann. Der gleichzeitige Genuß von Alkohol und die gleichzeitige Einnahme anderer beruhigender Arzneimittel sind zu vermeiden.
Darreichungsformen und Packungsgrößen:
OP mit 25 Tabletten DM 8,50
OP mit 75 Tabletten DM 17,75
Suppositorien für Erwachsene zu 30 mg
OP mit 5 Suppositorien DM 5,20

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

Thomae

Therapeutika

Angitrit® – Koronartherapeutikum mit Langzeiteffekt

Zusammensetzung:

Depot-Tablette enthält: 10 mg Triäthanolamintrinitratbiphosphat (I.N.N. Troinitrat)

Anwendungsgebiete:

Intervallbehandlung und Prophylaxe der Angina pectoris. Langzeitbehandlung stenokardischer Beschwerden. Dauertherapie koronarer Durchblutungsstörungen. Vorbeugung und Nachbehandlung des Herzinfarktes.

Unverträglichkeiten und Risiken:

Das Präparat soll nicht angewandt werden bei unbehandeltem Glaukom, Schock- und Kollapszuständen, akutem Herzinfarkt, es sei denn, daß der Arzt es ausdrücklich gestattet hat.

Dosierung und Anwendungswiese:

Falls vom Arzt nicht anders verordnet, morgens und abends je 1 Depot-Tablette im Abstand von 12 Stunden kurz vor den Mahlzeiten unzerkaut mit etwas Flüssigkeit einnehmen. In schweren Fällen Einzeldosis eventuell verdoppeln.

Angitrit eignet sich besonders für Langzeitbehandlung, Prophylaxe und Dauerschutz.

Besondere Hinweise:

Bei gleichzeitig bestehender Herzinsuffizienz sollte Angitrit in Verbindung mit einem Herzglykosid gegeben werden.

Eigenschaften:

Angitrit ist ein hochwirksames Heilmittel zur Behandlung von Herzkrankgefäßstörungen. Nur gewissenhaftes und konsequentes Befolgen der ärztlichen Verordnung läßt die therapeutischen Qualitäten von Angitrit voll zur Geltung kommen.

Durch ein galenisches Spezialverfahren wird der Wirkstoff kontinuierlich, pH-unabhängig aus der Depot-Tablette in Magen und Dünndarm freigegeben und resorbiert. Daraus resultiert eine gleichmäßige Konzentration der Arznei am Herzen mit 12-Stunden-Effekt. Die volle Wirkung von Angitrit setzt nach einigen Tagen ein. Auf schnell wirkende Nitro-Präparate kann dann in den meisten Fällen verzichtet werden. Durch die relativ geringe, therapeutisch aber ausreichende Wirkstoffmenge ist Angitrit weitgehend frei von unerwünschten Nebenwirkungen und daher besonders gut verträglich.

Angitrit dient in erster Linie zur Langzeitbehandlung der Angina pectoris (Herzschmerzen infolge Leistungsschwäche der Herzkranzgefäße). Die Nitro-Behandlung mit Angitrit ergibt besonders günstige Kombinationswirkungen: Entlastung des Herzens, Verbesserung der Gesamtdurchblutung der Herzkranzgefäße und damit Normalisierung der Sauerstoffbilanz des Herzens.

Darreichungsformen und Packungsgrößen:

O. P. 20 Tabletten zu je 10 mg, O. P. 60 Tabletten zu je 10 mg, A. P. 500 Tabletten

Hersteller:

Nordmark-Werke GmbH Hamburg, 2082 Uetersen 1

Carbimazol 10 mg – Thyreostatikum

Carbimazol ist ein Thyreostatikum aus der Gruppe der Thioharnstoffderivate. Es greift in die Biosynthese der Schilddrüsenhormone ein, indem es den enzymatischen Einbau des Jods in Tyrosin und die Koppelung von Jodtyrosinen zu Jodthyroninen blockiert. Dieser Vorgang führt zu einer Senkung des bei der Hyperthyreose erhöhten Hormonspiegels von Thyroxin und Trijodthyronin.

Zusammensetzung:

Eine Tablette Carbimazol 10 mg enthält: 10 mg 3-Methyl-2-thioxo-4-Imidazol-1-carbonsäureäthylester.

Indikation:

Schilddrüsenüberfunktion (zur thyreostatischen Langzeitbehandlung – zur Vorbereitung von Schilddrüsenoperationen – vor und nach einer Behandlung mit Radiojod)

Kontraindikation:

Stillperiode

Anwendung:

Abhängig vom Schweregrad der hyperthyreoten Stoffwechsellage erhalten:

leichte Fälle: 3 x 1/2 Tablette täglich, mittelschwere Fälle: 3 x 1 Tablette täglich, schwere Fälle: 4- bis 5 x 1 Tablette täglich als Anfangsdosis.

Die Tagesdosis wird in drei bis fünf Einzeldosen in regelmäßigen Intervallen eingenommen. Die Schilddrüsenfunktion normalisiert sich in der Regel zwischen der dritten und achten Woche. Die Anfangsdosierung wird – der individuellen Besserung der Hyperthyreose-Symptomatik angepaßt – schrittweise auf die Erhaltungsdosis gesenkt. Die Erhaltungsdosis der Langzeittherapie, die in der Regel einen Zeitraum von 1 1/2 bis 2 Jahren umfaßt, liegt bei 5 bis 15 mg Carbimazol täglich (1/2 bis 3 x 1/2 Tablette Carbimazol 10 mg täglich).

Lentinorm® schärft die Sinne.

Zusammensetzung:

1 Droge enth.: 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. Thyroid. sicc. 3 mg, Testes sicc. 5 mg, Ovar. sicc. 5 mg, Coffein 3 mg, Kal. jad. 0,1 mg, Extr. Nucis vomicae DAB 6 0,02 mg, Calc. lact. 20 mg.

Kontraindikation:

Jodüberempfindlichkeit.

Dosierung:

2-3mal täglich 1 Droge.

Handelsform:

Röhrchen mit 50 Dragées. DM 7,20 (inkl. MwSt)



Indikation:

Sehschwäche infolge von Linsentrübung (Altersstar), herabgesetzte Sehnerven- u. Netzhautempfindlichkeit, Lichtscheu, Blendempfindlichkeit u. Nachtblindheit, Innenohrschwerhörigkeit, Ohrensausen, Schwindelgefühl, Altersbedingte Leistungsstörungen

und vorzeitige Abnutzungserscheinungen, Konzentrations- und Merkschwäche, rasche körperliche und geistige Ermüdung.



Chemische Fabrik Jade GmbH
2000 Hamburg 20
Salomon-Heine-Weg 4f

Spätestens bei Erreichen der euthyreoten Stoffwechsellage sollte eine antistrumigene Zusatztherapie mit Schilddrüsenhormonen einsetzen, in der Regel also zwischen der dritten und echten Woche. Als antistrumigene Zusatztherapie empfiehlt sich die Gabe von 50 bis 150 µg L-Thyroxin.

Nebenwirkungen:

Siehe wissenschaftlicher Prospekt

Packung und Preis:

50 Obiontabletten mit Teilungsrille DM 12,55

Hersteller:

Henning Berlin GmbH, Chemie- und Pharmawerk, 1000 Berlin 42

Totocillin® 250 – rezeptpflichtig

Zusammensetzung:

Jede Kapsel enthält 173 mg D- α -Amino-benzylpenicillin-Trihydrat entspr. 150 mg Ampicillin, und 108 mg 3-(2,6-Dichlorphenyl)-5-methyl-4-isoxazolyl-penicillin-Natriummonohydrat, entspr. 100 mg Dicloxacillin.

Indikationen:

Bakterielle Infektionen mit gramnegativen und grampositiven Erregern sowie penicillinasebildende (d. h. Penicillin-G-resistente) Staphylokokken.

Totocillin 250 ist eine spezielle Zubereitung für Kinder. Die Kapseln eignen sich vor allem zur oralen Weiterbehandlung nach anfänglicher Injektions- oder Infusionsbehandlung.

Kontraindikationen:

Erwiesene Penicillin-Überempfindlichkeit.

Anwendung und Dosierung:

Säuglinge ab 3 Monate und Kinder bis 2 Jahre 4 x täglich 1 bis 2 Kapseln; Kinder 2 bis 6 Jahre 4 x täglich 2 Kapseln. Die angegebenen Tagesdosen können bei Bedarf erhöht werden.

Bei akuten Infektionen sollten Antibiotika 2 bis 3 Tage über das Abklingen des Fiebers bzw. der Symptome hinaus weiter gegeben werden, bei chronischen Infektionen gegebenenfalls länger.

Wirkungsweise:

Totocillin ist eine Kombination zweier Penicilline: des Breit-spektrum-Penicillins Binotal® mit dem penicillinasefesten Dichlor-Stapenor®. Das Wirkungsspektrum umfaßt daher neben grampositiven und gramnegativen Keimen auch penicillinasebildende Staphylokokken. Der Wirkungstyp ist bakterizid.

Nebenwirkungen:

Totocillin kann, wie alle Penicillin-Derivate, zu Überempfindlichkeitsreaktionen führen. Sie zeigen einen zum meist leichten Verlauf, sprechen im allgemeinen auf Antihistaminika sowie auf Corticosteroide an und gehen meist nach Absetzen des Antibiotikums spontan zurück.

Gelegentliche leichte Magen-Darm-Beschwerden (gastrointestinale Störungen) nach oraler Gabe sowie Hautreaktionen – wie sie bei Ampicillin auftreten können – klingen häufig unter Fortsetzung der Medikation, sonst nach Absetzen spontan ab.

Bei Penicillin- und/oder Cephalosporin-Überempfindlichkeit mögliche Kreuzallergie beachten.

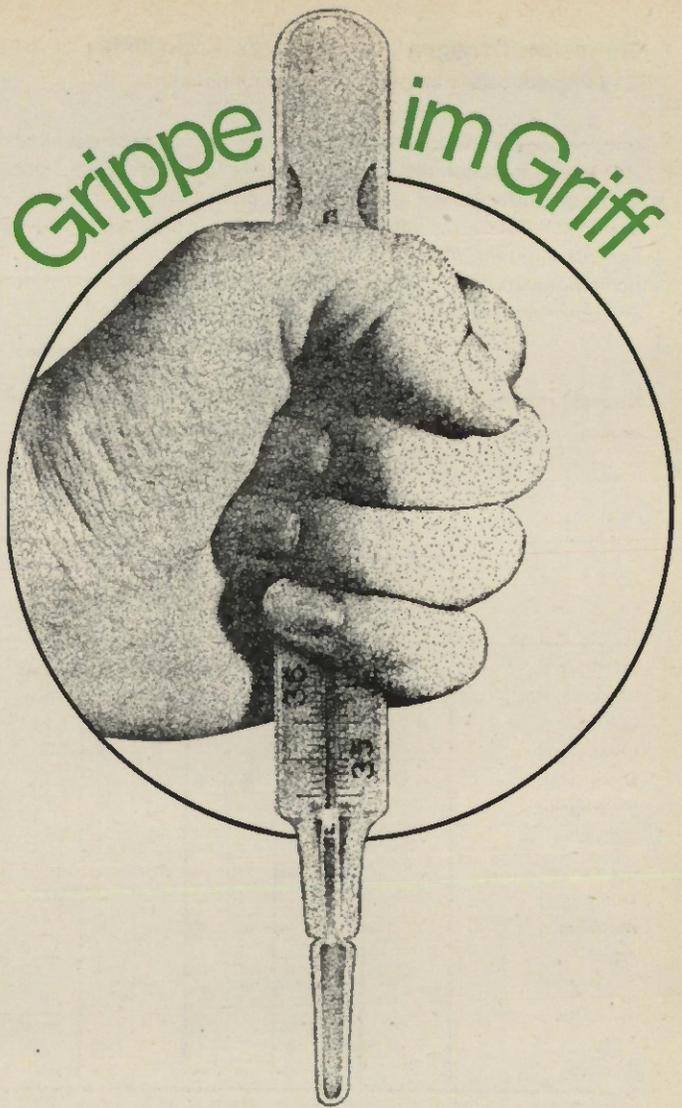
Handelsformen und Preis:

Glas mit 20 Kapseln zu 0,25 g DM 40,45. Anstaltspackungen

Hersteller:

Bayer AG, 5090 Leverkusen

Bayerisches Ärzteblatt 10/75



Bisolvon- Griabletten®

bei katarrhalischen
und grippalen Infekten

Zusammensetzung: 1 Tablette enthält: N-Cyclohexyl-N-methyl-(2- ϵ -ino-3,5-dibrombenzyl)amin-hydrochlorid 4 mg, Codeinphosphat 15 mg, Acetylsalicylsäure 300 mg
Anwendungsgebiete: Erkältungskrankheiten, Grippe, katarrhalische Bronchial-Erkrankungen. **Dosierung und Anwendungswiese:** Zu Beginn der Erkrankungen werden 3 x 2 Tabletten mit Flüssigkeit eingenommen. Nach Abklingen der Krankheitserscheinungen – meist bereits am 2. Tag – kann die Dosis auf 3 x 1 Tablette reduziert werden. Kinder erhalten ihrem Alter entsprechend geringere Dosierungen. **Unverträglichkeiten und Risiken:** Das Präparat soll nicht engewandt werden bei Zuständen, die mit einer Einschränkung der Atemfunktion einhergehen, Langzeitverbreitung bei chronischer Obstipation, hämorrhagischer Diathese, Magen- und Darmulzere. **Besondere Hinweise:** Wie alle Präparate, die Acetylsalicylsäure enthalten, sollen Bisolvon-Griabletten während der letzten 4 Schwangerschaftswochen nicht eingenommen werden. Patienten, die mit Präparaten, welche die Blutgerinnung beeinflussen, behandelt werden, sollten Bisolvon-Griabletten oder ein anderes acetylsalicylsäurehaltiges Präparat nur nach genauer Anweisung des Arztes einnehmen. **Darreichungsformen und Packungsgrößen:** Originalpackung mit 20 Tabletten DM 4,90, Klinikpackungen. Unverbindlicher empfohlener Preis lt. AT

Thomae

2/75

Die meldepflichtigen übertragbaren Krankheiten in Bayern im Monat Juli 1975*)

(Zusammengestellt aufgrund der Wochenmeldungen)

Erkrankungen an Scharlach wurden im Juli etwas seltener als im Juni gemeldet; die Erkrankungsziffer sank von 54 auf 47 je 100 000 Einwohner, umgerechnet auf ein Jahr. Dagegen stieg im Berichtsmonat die Zahl der Erkrankungen an übertragbarer Hirnhautentzündung,

und zwar dar nicht durch Meningokokken verursacht, sonstigen Formen. Die Ziffer nahm von 8 im Juni auf 14 zu, jeweils auf 100 000 Einwohner berechnet.

Die Zahl der Erkrankungen an Salmonellose nahm im Juli weiter zu; auf

100 000 Einwohner entfielen im Juni 63, im Juli bereits 82 Fälle. Etwas niedriger als im Vormonat war im Juli die Erkrankungsziffer an Hepatitis infectiosa (übertragbare Leberentzündung), sie ging von 29 auf 26 je 100 000 Einwohner zurück.

Neuerkrankungen und Starbfälle in der Zeit vom 29. Juni bis 2. August 1975 (vorläufiges Ergebnis)

Gebiet	1		2		3		4		5		6		7		8		9		10		11		12	
	Diphtherie		Scharlach		Kinderlähmung		Übertragbare				Typhus abdominalis		Paratyphus A und B		Bakterielle Ruhr (ohne Amöbenruhr)		Enteritis infectiosa				Botulismus			
							Hirnhautentzündung		Gehirnentzündung								Salmonellose		übrige Formen					
							Meningokokken-Meningitis		übrige Formen										E		ST			
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	-	-	213	-	-	-	6	-	51	1	-	-	-	-	2	-	4	-	363	2	2	-	-	
Niederbayern	-	-	40	-	-	-	-	-	3	1	1	-	-	-	-	-	-	-	23	-	-	-	-	
Oberpfalz	-	-	24	-	-	-	4	-	4	-	-	-	1	-	-	-	-	-	78	-	-	-	-	
Oberfranken	-	-	52	-	-	-	2	-	30	-	-	-	-	-	-	-	-	-	55	1	1	-	-	
Mittelfranken	-	-	68	-	-	-	-	-	12	1	-	-	-	-	1	-	4	-	144	2	-	-	-	
Unterfranken	-	-	42	-	-	-	3	-	21	-	-	-	-	-	1	-	-	-	64	-	-	-	-	
Schwaben	-	-	55	-	-	-	1	-	23	-	-	-	1	-	-	-	-	-	128	-	4	-	-	
Bayern	-	-	494	-	-	-	16	-	144	3	1	-	2	-	4	-	8	-	855	5	7	-	-	
München	-	-	94	-	-	-	-	-	21	-	-	-	-	-	-	-	4	-	198	1	-	-	-	
Nürnberg	-	-	17	-	-	-	-	-	6	-	-	-	-	-	1	-	1	-	33	-	-	-	-	
Augsburg	-	-	1	-	-	-	1	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	9	-	-	-	-	
Regensburg	-	-	7	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	28	-	-	-	-	
Würzburg	-	-	3	-	-	-	-	-	2	-	-	-	-	-	-	-	-	-	7	-	-	-	-	
Fürth	-	-	1	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	23	-	-	-	-	
Erlangen	-	-	15	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	19	-	-	-	-	

Gebiet	13		14		15		16		17		18		19		20		21		22		23		24	
	Hepatitis infectiosa		Ornithose				Hautmilzbrand		Wellenkrankheit		Toxoplasmose		Wundstarrkrampf										Verdachtsfälle von Tollwut ³⁾	
			Psittakose		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		E ST		E ST		E ST		E ST		E ST		E ST		E ST		E ST		E ST		E ST		E ST		
Oberbayern	113	1	-	-	2	-	1	-	1	-	3	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	3	
Niederbayern	19	2	-	-	1	-	-	-	-	-	1	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	1	
Oberpfalz	20	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	1	-	-	-	-	-	-	-	-	-	1	
Oberfranken	25	-	-	-	-	-	-	-	-	-	1	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	
Mittelfranken	27	2	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	2	
Unterfranken	35	-	-	-	1	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	4	
Schwaben	28	1	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	5	
Bayern	267	6	-	-	4	-	1	-	1	-	5	-	1	-	-	-	-	-	-	-	-	-	16	
München	67	1	-	-	1	-	-	-	-	-	1	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	
Nürnberg	10	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	
Augsburg	6	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	1	
Regensburg	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	
Würzburg	5	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	1	
Fürth	1	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	
Erlangen	3	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	

*) Bericht des Bayerischen Statistischen Landesamtes.

¹⁾ „E“ = Erkrankungen (einachtl. 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.

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.

November 1975

1. **Bad Ems:** Wochenendfortbildungstagung der Akademie für ärztliche Fortbildung Rheinland-Pfalz. — Auskunft: Prof. Dr. Bopp, Direktor und Chefarzt der Staatlichen Kurklinik, 5427 Bad Ems.
- 2.—6. **München:** 72. Tagung der Deutschen Gesellschaft für Kinderheilkunde. — Auskunft: Prof. Dr. K. Betke, 8000 München 2, Lindwurmstraße 4.
3. **München:** 27. Jahreskongreß der Deutschen Gesellschaft für Sozialpädiatrie. — Auskunft: Prof. Dr. K. Hartung, 1000 Berlin 45, Ostpreußendamm 159.
- 3.—5. **Erfangen:** Kurs für Medizinisch-Technisches Personal. — Auskunft: Dr. B. Moser, 8520 Erlangen, Östliche Stadtmauerstraße 29.
- 5.—6. **München:** Arbeitsmedizinisches Seminar. — Auskunft: Bayerische Akademie für Arbeits- und Sozialmedizin, 8000 München 22, Pfarrstraße 3.
- 5.—7. **Düsseldorf:** Seminar „Siedlungsplanung und Gesundheit“. — Auskunft: Akademie für öffentliches Gesundheitswesen, 4000 Düsseldorf, Auf'm Hennekamp 70.
- 6.—7. **München:** 13. Kongreß der Deutschen Gesellschaft für Allergie- und Immunitätsforschung gemeinsam mit der Deutschen Gesellschaft für Kinderheilkunde. — Auskunft: Prof. Dr. Meier-Sydow, 6000 Frankfurt 70, Theodor-Stern-Kal 7.
- 6.—8. **Essen:** 9. Fortbildungsveranstaltung des Berufsverbandes der Deutschen Hals-Nasen-Ohrenärzte. — Auskunft: Berufsverband der Deutschen Hals-Nasen-Ohrenärzte, 2430 Neustadt, Schiffbrücke 7.
- 6.—9. **Stuttgart:** 12. Fortbildungskongreß für praktische Medizin. — Auskunft: Bezirksärztekammer Nordwürttemberg, 7000 Stuttgart 70, Jahnstraße 32.
- 6.—10. **Baden-Baden:** Internationale Angiographie-Tagung. — Auskunft: Prof. Dr. Loose, Städtische Krankenanstalten, 2210 Itzehoe.
- 7.—8. **Bernried:** 8. Höhenrieder Symposium über Praxis und Probleme der Gesundheitsbildung. — Auskunft: Sekretariat Prof. Dr. M. J. Halhuber, Klinik Höhenried, 8131 Bernried.
- 7.—9. **Erlangen:** 7. Seminar der Sportmedizinischen Abteilung der Medizinischen Poliklinik der Universität. — Auskunft: Dr. B. Moser, 8520 Erlangen, Östliche Stadtmauerstraße 29.
- 7.—9. **Höxter:** 22. Ärztlicher Fortbildungskurs für Physikalische Medizin. — Auskunft: Weserbergland-Klinik, Sekretariat Prof. Dr. Wiedemann, 3470 Höxter.

Dolestan[®]

bewährtes Einschlafmittel mit Durchschlafeffekt

schneller Wirkungseintritt

über 7 Stunden erquickender Schlaf

helles, klares Erwachen, kein Morgenkater

Zusammensetzung: 1 Tablette enthält: Carbromal 300 mg, Bromisovalerianylcarbamid (Bromisoval) 150 mg, Acecarbromal 50 mg, Diphenhydramin-hydrochl. 25 mg, Mandelsäurebenzylester 25 mg.
Indikationen: Einschlaf- und Durchschlafstörungen.
Dosierung und Anwendungsweise: Bei Einschlaf- und Durchschlafstörungen 15–20 Minuten vor dem Schlafengehen 1–2 Dolestan-

Tabletten, bei vorzeitigem Erwachen in der Nacht $\frac{1}{2}$ –1 Dolestan-Tablette. Am zweckmäßigsten läßt man die Schlaftabletten in etwas Wasser zerfallen. Dadurch kommt es zu einem schnellen Wirkungseintritt.
Nebenwirkungen: Bisher nicht bekannt.
Unverträglichkeiten und Risiken: Während der Schwangerschaft, besonders während der ersten 3 Monate, sollte die angegebene Dosierung nicht überschritten werden.

Dolestan kann, wie alle Schlafmittel, die Fahrtüchtigkeit beeinträchtigen. Bei Verabreichung als Tagessedativum sollte daher die Einnahme vor Bedienung eines Fahrzeuges oder einer Maschine unterbleiben.
Handelsformen: OP mit 10 Tabletten DM 2,70, OP mit 20 Tabletten DM 4,75. Unverbindl. empf. Preise.
Arztmuster erhalten Sie von Prof. Dr. med. Much AG, 6232 Bad Soden, Postfach 1349.

- 10.-14. **Sonthofen:** Ärztliche Fortbildung in der Gesundheitsvorsorge. — Auskunft: Deutsche Gesellschaft für Gesundheitsvorsorge e. V., 5090 Leverkusen, Driescher Hecke 19.
- 11.-12. **Porz-Wehn:** 14. Jahrestagung der Deutschen Gesellschaft für Luft- und Raumfahrtmedizin. — Auskunft: P. Kuklinski, DFVLR-Institut für Flugmedizin, 5300 Bonn-Bad Godesberg, Kölner Straße 70.
- 14.-16. **Köln:** Bundeshauptversammlung des Verbandes der niedergelassenen Ärzte Deutschlands (NAV). — Auskunft: Verband der niedergelassenen Ärzte Deutschlands (NAV) e. V., 5000 Köln 1, Belfortstraße 9.
- 14.-16. **München:** 15. Bayerische Internistentagung. — Auskunft: Dr. R. Schindlbeck, 8036 Herrsching, Summerstraße 3.
15. 11. **Bochum:** Fortbildungsveranstaltung über Nothilfe und Rettungswesen. — Auskunft: Ärztekammer Westfalen-Lippe, 4600 Dortmund, Hohenzollernstraße 35.
- 16.-19. **Tübingen:** Fortbildungstagung des Berufsverbandes der Fachärzte für Orthopädie. — Auskunft: Berufsverband der Fachärzte für Orthopädie, 7500 Karlsruhe 1, Stefaniestraße 88.
- 17.-28. **München:** Arbeitsmedizinischer Fortbildungskurs (Einführung in die betriebsärztliche Tätigkeit). — Auskunft: Bayerische Akademie für Arbeits- und Sozialmedizin, 8000 München 22, Pfarrstraße 3.
- 19.-22. **Düsseldorf:** Bundestagung des Berufsverbandes der praktischen Ärzte Deutschlands. — Auskunft: Berufsverband der praktischen Ärzte und Ärzte für Allgemeinmedizin, 5000 Köln 1, Belfortstraße 9.
- 19.-23. **Düsseldorf:** MEDICA '75. — Auskunft: Deutsche Gesellschaft zur Förderung der Medizinischen Diagnostik e. V., 7000 Stuttgart 70, Hans-Neuffer-Weg 2.
- 20.-22. **Berlin:** 2. Jahrestagung der Europäischen Gesellschaft für künstliche Organe. — Auskunft: Prof. Dr. E. S. Bücherl, Klinikum Westend, 1000 Berlin 19, Spandauer-Damm 130.
- 20.-23. **Wiesbaden:** Tagung der Arbeitskreise des Berufsverbandes der Augenärzte Deutschlands. — Auskunft: Berufsverband der Augenärzte Deutschlands e. V., 4000 Düsseldorf 11, Wildenbruchstraße 21.
- 20.-26. **Wien:** Operationskurs über Mikrochirurgie der peripheren Nerven. — Auskunft: Prof. Dr. H. Millesi, A-1090 Wien, Alser Straße 4.
- 21.-23. **Saarbrücken:** Jahrestagung des Berufsverbandes Deutscher Anästhesisten. — Auskunft: Prof. Dr. K. Hutschenreuter, Institut für Anästhesie, 6650 Homburg-Saar.
- 28.-30. **München:** 9. Internationale Wissenschaftliche Tagung des DSÄB. — Auskunft: Geschäftsstelle des Bayerischen Sportärzte-Verbandes e. V., 8000 München 19, Nymphenburger Straße 81/IV.
- 29.-30. **Bernried:** Ergometrie-Wochenende. — Auskunft: Klinik Höhenried, B131 Bernried.

- 5.-6. **Bochum:** Tagung der Gesellschaft für Lungen- und Atmungsforschung. — Auskunft: Gesellschaft für Lungen- und Atmungsforschung, 4630 Bochum, Hunscheidtstraße 12.
- 5.-7. **Nürnberg:** 26. Nürnberger Fortbildungskongreß der Bayerischen Landesärztekammer. — Auskunft: Bayerische Landesärztekammer, 8000 München 80, Mühlbeurstraße 16.
6. 12. **München:** Herbsttagung der Bayerischen EEG-Arbeitsgemeinschaft. — Auskunft: I. Frenk, Nervenklinik der Universität, 8000 München 2, Nußbaumstraße 7.
- 6.-7. **München:** Jahrestagung der Otorhinolaryngologischen Gesellschaft. — Auskunft: Priv.-Doz. Dr. M. Münzel, 8000 München 2, Pettenkoferstraße 8 e.
8. **München:** 8. Ärztliche Fortbildungstagung „Aktuelle Rheumaprobleme“. — Auskunft: Prof. Dr. H. Mathies, Chefarzt der I. Medizinischen Klinik, Rheumazentrum Bad Abbach, 8403 Bad Abbach bei Regensburg.
- 8.-12. **Frankfurt:** Ärztefortbildungskurs in Familienplanung und Sexualpädagogik. — Auskunft: Pro Familia, Deutsche Gesellschaft für Sexualberatung und Familienplanung e. V., 6000 Frankfurt, Cronstettenstraße 30.
- 10.-11. **München:** Arbeitsmedizinisches Seminar. — Auskunft: Bayerische Akademie für Arbeits- und Sozialmedizin, 8000 München 22, Pfarrstraße 3.

Beilagenhinweis:

Dieser Ausgabe ist ein Prospekt der Firma „Das Besondere“ Neuheftenvertrieb GmbH, München, beigelegt.

„Bayerisches Ärzteblatt“. Herausgeber und Verleger: Bayerische Landesärztekammer, 8000 München 80, Mühlbauerstraße 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. 5252-802, 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, Telegrammadresse: atlaspress. Für den Anzeigenteil verantwortlich: Ernst W. Scharschinger, München.

Druck: Druckerei und Verlag Hans Zauner Jr., 8060 Dachau.

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

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

Vasomotorische
Kopfschmerzen,
Migräne,
Wetterfühligkeit?



Ergo-Lonarid® tonisiert harmonisiert befreit
die Hirngefäße das Vegetativum vom Schmerz



Indikationen:
Alle Formen von Kopfschmerzen, die Ihre Ursache in funktionellen Störungen im Bereich des Gefäßsystems der A. carotis haben, d. h. vasomotorische Kopfschmerzen (Cephalaea vasomotorica), Migräne sowie Kopfschmerz bei Föhn und Wetterwechsel.

Kontraindikationen:
Schwere Leber- und Nierenfunktionsstörungen, schwere Myokardschäden, Zustände, die mit Atemdepressionen einhergehen, Husten mit Gefahr der Sekretsteuung, Lungenemphysem, Asthma bronchiale, chronische Obstipation, genetisch bedingter Mangel an Glucose-6-Phosphatdehydrogenase (Symptom: hämolytische Anämie), Porphyrie, akute Alkohol-, Schlafmittel-, Analgetika- und Psychopharmakaintoxikationen.

Zusammensetzung:	Tabl.	Supposit.
Dihydroergotamin-		
tartrat	0,5 mg	1,5 mg
4-Acetylamino-phenol	400,0 mg	400,0 mg
Codelnphosphat	10,0 mg	20,0 mg
Amobarbital	30,0 mg	50,0 mg
Coffein	100,0 mg	100,0 mg

Besondere Hinweise:
Die maximale Tagesdosierung beträgt bei Erwachsenen und Jugendlichen 6 Tabletten bzw. 3 Suppositorien. In der Schwangerschaft sowie bei Angina pectoris, Koronarsklerose, arteriellen Durchblutungsstörungen, schweren Leber- und Nierenkrankungen sollte die Dosierung möglichst niedrig gehalten werden. Ergo-Lonarid sollte wie alle Analgetika – nicht kontinuierlich über längere Zeit angewandt werden.

Packungen:	lt. A.T.
20 Tabletten	DM 6,70
50 Tabletten	DM 14,60
10 Suppositorien	DM 8,95
Klinikpackungen	

**Boehringer
Ingelheim**



Die Stadt Bad Reichenhall – Große Kreisstadt in den Bayer. Hochalpen – stellt zum beidmöglichen Zeitpunkt einen

Oberarzt

für die zentrale Röntgenabteilung des städtischen Krankenhauses ein. Der Bewerber oder die Bewerberin soll Facharzt sein oder kurz vor der Facharztanerkennung stehen. Erwünscht sind u. a. auch Kenntnisse auf den Gebieten Angiologie, Nuklearmedizin und Lymphographie.

Das Krankenhaus verfügt über 465 Betten und besitzt folgende Abteilungen: Allgemeine Innere Abteilung, Spezialabteilung für Asthma und Bronchitis, Chirurgische, Geburtsh.-gyn. und Urologische Abteilung. Die Vergütung richtet sich nach den Tarifbestimmungen für Angestellte im öffentlichen Dienst (BAT) mit besonderer Entschädigung des Bereitschaftsdienstes, zusätzlicher Altersversorgung und den im öffentlichen Dienst üblichen Sozialleistungen. Die Umzugskosten werden ersetzt; der Chefarzt gewährt eine Oberarztzulage.

Bewerbungen mit Lebenslauf und den erforderlichen urkundlichen Nachweisen werden erbeten an das Personalamt der Stadt Bad Reichenhall, 8230 Bad Reichenhall, Rathausplatz 8. Telefonische Auskünfte erteilt bei Bedarf die Krankenhausverwaltung oder der Chefarzt, Telefon (0 86 51) 50 51.

Die Stadt Schwabach

sucht für das Stadtkrankenhaus (260 Betten)

1 Oberarzt und Vertreter des Chefarztes

(Facharzt für Chirurgie)

für die Chirurgische Abteilung (100 Betten) zum 1. 11. 1975. Vergütung nach VergGr. Ia BAT (13. Monatsgehalt), Rufbereitschaftsvergütung, Nebeneinnahmen und Zuwendungen durch den Chefarzt.

Der leitende Arzt der Abteilung ist für 4 Jahre zur Facharztweiterbildung ermächtigt. Es wird die gesamte große Chirurgie (ausschließlich Thorax) mit Unfallchirurgie durchgeführt, wobei reichlich Gelegenheit zu selbständiger Arbeit geboten wird. Stellenplan der Abteilung: Chef, 1 Oberarzt, 7 Assistenzärzte.

Die kreisfreie Stadt Schwabach (33 000 Einwohner) ist Teil der Städtecha Erlangen-Nürnberg-Fürth-Swabach und Sitz mittlerer und höherer Schulen. Gute Verkehrsverbindungen.

Bewerbungen mit den üblichen Unterlagen werden erbeten an das Personalamt der Stadt, 8540 Schwabach, Postfach 1680, Telefon (0 91 22) 50 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 moderna Kommunikationsmittel: „Verordnen“ Sie sich Teletron Sprechfunk. Es ist das kleinste und zugleich leistungstärkste deutsche UKW-Sprechfunkgerät.

Lassen Sie sich ausführlich über Leasing oder Kauf informieren.

Teletron Generalvertretung

DEISS Elektronik **DE**

8500 Lauf, Bartleinstraße 12, Telefon (0 91 23) 38 52
Sprechfunk - Personenruf - Anrufbeantworter
Eurosignel - Wechselsprechanlagen



DER KRANKENHAUS ZWECKVERBAND AUGSBURG

(Körperschaft des öffentlichen Rechts) sucht zum nächstmöglichen Zeitpunkt für die Psychiatrische Abteilung des Westkrankenhauses

1 Assistenzarzt (-ärztin)

Wir bieten:

- Bezahlung nach BAT
- alle im öffentlichen Dienst üblichen Sozialleistungen
- kostenlose Schutzkleidung
- Essenszuschuß
- bei der Vermittlung von Kindergarten- und Kinderkrippenplätzen sowie von Wohnraum sind wir behilflich.

Bewerbungen mit den üblichen Unterlagen werden erbeten an



8900 Augsburg, Unterer Graben 4
Telefon: 0821/324-4515

Chirurgisches Belegkrankenhaus im Raum München-Stadt sucht

1 Assistenzarzt (-ärztin) 1 Medizinalassistentin

Bewerbungen mit den üblichen Unterlagen sind erbeten an:
Perkhospitals, 8000 München 81, Kilngorstr. 5, Tel. (0 89) 91 20 91

Heiligenstadt i. Ofr., Landkreis Bamberg

1 Allgemein-/Prakt. Arzt

Der Markt Heiligenstadt i. Ofr. mit 3300 Einwohnern, insgesamt sind mehr als 5000 Menschen zu betreuen, liegt in der Fränkischen Schweiz im Städtedreieck Bamberg – Bayreuth – Nürnberg. Ferner ist das Familienzentrum Heiligenstadt (Pflege-, Begegnungs- und Erholungsstätte für die ältere Generation im Zusammenhang mit dem Bau eines Altanhalmes und einer Familien- und Jugendferienstätte) insgesamt 120 Betten, das bereits fertiggestellt und schon teilweise bezogen ist, zu betreuen. Der jetzt ansässige Arzt hat die Pensionsgrenze bereits überschritten.

Privatnervenklinik Dr. Ph. Schmidt Gauting bei München

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

Leitender Arzt Dr. Philipp Schmidt
Alle neuesten Behandlungsmethoden
8035 Gauting, Bergstraße 50, Telefon (0 89) 8 50 60 51

Die Bundesanstalt für Arbeit

bietet Ihnen eine interessante und vielseitige Tätigkeit im Bereich der

Arbeitsmedizin

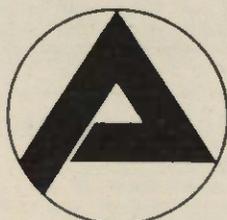
als Arbeitsamtsarzt bei den Arbeitsämtern Augsburg, Aschaffenburg, Dornauwörth, Ingolstadt, Memmingen, Pessau und Pfaffkirchen, mit guten Aufstiegsmöglichkeiten.

Die Aufgaben umfassen insbesondere arbeitsmedizinische Tätigkeit im Rahmen der Berufsberatung, Arbeitsvermittlung, Förderung der beruflichen Bildung und Rehabilitation Behinderter.

Erwünscht ist eine vierjährige ärztliche Tätigkeit nach der Approbation, möglichst mit praktischen Erfahrungen in der ärztlichen Begutachtung.

Bei Nachweis einer fünfjährigen ärztlichen Tätigkeit nach der Bestellung erfolgt die Einstellung in VergGr I b MTA (Menteltarifvertrag für die Angestellten der Bundesanstalt für Arbeit) – entspricht BAT –, sonst in VergGr II MTA. Höhergruppierung nach VergGr I e ist möglich. Bei Vorliegen der beamtenrechtlichen Voraussetzungen baldige Übernahme in das Beamtenverhältnis als Medizinalrat (BesGr A 13). Beförderung zum Medizinaloberarzt (BesGr A 14) im Rahmen der lauffbahnrechtlichen Bestimmungen. Die Verbeamtung bzw. die Übernahme beamteter Bewerber im Wege der Versetzung ist nur vor Vollendung des 50. Lebensjahres möglich.

Außerdem bieten wir Ihnen: Jährliche Sonderzuwendungen etwa in Höhe eines Monatsgehalts, Fünf-Tage-Woche, gleitende Arbeitszeit, verbilligten Mittagstisch, Unterstützung bei Wohnraumbeschaffung, Umzugskosten, Trennungsgeld, Beihilfe in Krankheits-, Geburts- und Todesfällen, im Rahmen der Fortbildung Entsendung zu wissenschaftlichen Veranstaltungen, Erlangung der Zusatzbezeichnung „Arbeitsmedizin“ wird gefördert. Ausübung privatärztlicher Nebentätigkeit ist möglich.



Bewerbungen mit den üblichen Unterlagen richten Sie bitte

für Aschaffenburg

für Ingolstadt, Augsburg, Dornauwörth,
Memmingen, Pessau und Pfaffkirchen

an den Präsidenten des
Landesarbeitsamtes Nordbayern

an den Präsidenten des
Landesarbeitsamtes Südbayern

8500 Nürnberg
Regensburger Straße 100

8000 München 22
Scheckstraße 2

Die Stadt Bayreuth sucht zum nächstmöglichen Zeitpunkt

1 Röntgenassistentin

für die Röntgendiagnostikabteilung bei den Krankenanstalten. Neben einer breitgefächerten Routinediagnostik für die Frauenklinik, die Chirurgische und die Innere Klinik unter Einschluss unfellchirurgischer Untersuchungen und der Tomographie werden radiologische Sonderuntersuchungen wie Angiographien, Lymphographien, Bronchographien und Mammographien durchgeführt. Die Vergütung erfolgt leistungsgerecht nach den Vorschriften des Bundesangestelltentarifvertrages. Bereitschaftsdienst wird nach Stufe C gesondert vergütet. Daneben werden die im öffentlichen Dienst üblichen Sozialleistungen gewährt. Bei der Wohnungsbeschaffung ist die Krankenhausverwaltung behilflich. Die Festspielstadt Bayreuth (68.000 Einwohner) liegt in landschaftlich schönster Lage in Oberfranken. Sämtliche weiterführenden Schulen sind am Ort. Bayreuth ist Standort der 7. Bayerischen Landesuniversität, die sich zur Zeit im Ausbau befindet. Daneben zeugen ein regsames kulturelles Leben, sehr gute Sommer- und Winter sportmöglichkeiten sowie ein umfangreiches Bildungsangebot von dem hohen Freizeitwert der Stadt. Zur ersten Kontaktaufnahme genügt eine kurze Bewerbung, die mit tabellarischem Lebenslauf, Zeugnissen, einem Lichtbild und Nachweisen über die bisherige Tätigkeit an die Stadt Bayreuth – Personalamt – 8590 Bayreuth 2, Postfach 2840, zu richten ist.

Universitätsstadt Regensburg

Beim Nervenkrankenhaus Regensburg – 1500 Betten für Psychiatrie, Neurologie und Kinderpsychiatrie – sind mehrere

Arztstellen zu besetzen.

Vielseitige Weiterbildung. Der leitende Arzt ist zur Weiterbildung zum Facharzt für Psychiatrie und Neurologie sowie 1 Jahr für Kinder- und Jugendpsychiatrie ermächtigt.

Die Vergütung erfolgt nach den Bestimmungen des Bundesangestelltentarifvertrages. Verbeamtung möglich und Aufstiegsmöglichkeit, auch im Angestelltenverhältnis. Im übrigen werden die Vergünstigungen des öffentlichen Dienstes (Umzugskostenvergütung, Trennungschädigung, Beihilfen usw.) gewährt. Wir helfen bei der Wohnungsbeschaffung.

Regensburg ist eine lebenswerte Stadt mit großem Freizeitwert am Rande des Bayerischen Waldes. Alle Schultypen vorhanden.

Bewerbungen mit den üblichen Unterlagen werden erbeten an das Nervenkrankenhaus Regensburg, 8400 Regensburg, Universitätsstraße 64, Telefon (09 41) 94 12 00.

Universitäts-Kinderklinik in Bayern sucht
in der Immunologie

gut vorgebildeten Mitarbeiter

mit guten Aufstiegsmöglichkeiten.

Bewerbungen mit Lebenslauf und Schriftenverzeichnis sind zu richten an die Anzeigenverwaltung BAYERISCHES ARZTEBLATT, 8000 München 2, Sonnenstr. 29, Chiffre-Nr. 331/544.

Allgemeinarzt als Praxisnachfolger

für sehr gute Stadtrandpraxis in Augsburg zu besten Konditionen dringend gesucht.

Eilangebote unter Nr. 331/573 an die Anzeigenverwaltung BAYERISCHES ARZTEBLATT, 8000 München 2, Sonnenstr. 29.

Der Landkreis Fürstenfeldbruck sucht für sein modern eingerichtetes Kraiskrankenhaus mit 400 Betten ab sofort einen Fecherzt (-ärztin) für Anästhesiologia als

Oberarzt (-ärztin)

der Anästhesiologischen Abteilung (mit chirurgischer Wachstation).

Am Kreiskrankenhaus bestehen die Abteilungen Chirurgia, intern, Gynäkologie, Anästhesiologie sowie Belegstationen für Urologie, HNO und Orthopädie.

Wir wünschen uns gute Taamarbeit und bieten

- Arbeit in gutem Betriebsklima
- Vergütung nach VergGr. i e BAT mit Zusatzversorgung
- Bereitschaftsdienstzulagen
- Zuwendungen vom Cheferzt
- Freizeit im herrlichen Vorelpenland, vor den Toren Münchens

Bewerbungen erbitten wir an des Kreiskrankenhaus Fürstenfeldbruck - Personieibteilung, 8080 Fürstenfeldbruck, Poizstraße 1.

Suche Lehrstelle

als Arzt- oder Zahnerzhelferin.
Zuschriften erbeten unter Nr. 331/589 an die Anzeigenverwaltung BAYERISCHES ÄRZTEBLATT, 8000 München 2, Sonnenstraße 29.



KLEINTRESOR
80 od. 120 x 48 x 55
feuersicher
Einbautresore ab
DM 313,-
Katalog „BY“ fraill
W. Dreisömer
6000 Frankfurt/M. 50
Postfach 50 10 49

Suche Lehrstelle

im Raum Bad Tölz oder Tegernsee als Laborantin oder Arzhelferin, ab 15. 10. 1975, bin 19 Jahre alt, mittlere Reife.

Zuschriften erbeten unter Nr. 331/594 an die Anzeigenverwaltung BAYERISCHES ÄRZTEBLATT, 8000 München 2, Sonnenstraße 29.

Praxisräume

in Ingolstadt, Zentrum (95 qm), zu vermieten.

Rudolf Langer, 8070 Ingolstadt, Huppstraße 1

Obernehmer

Allgemein-Praxisvertretung

im Raum Nürnberg ab 8. 11. 1975 für 8 Wochen.

Zuschriften erbeten unter Nr. 331/574 an die Anzeigenverwaltung BAYERISCHES ÄRZTEBLATT, 8000 München 2, Sonnenstr. 29.

Wegen Todesfellee

große Allgemeinpraxis

em Stadtrand von Augsburg ab sofort abzugeben. 2 Sprechstundenhilfen.

Zuschriften erbeten unter Nr. 331/539 an die Anzeigenverwaltung BAYERISCHES ÄRZTEBLATT, 8000 München 2, Sonnenstraße 29.

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, Sojaeizithin 1,7 mg, Calc. glyc. phosph. 25 mg, Extr. Rhois arom. 5 mg, Extr. Humuli lupuli 2,5 mg, Extr. chinise 2,5 mg, Camph. monobr. 0,05 mg, 50 Tabl. 8,40 DM, 300 Tabl. 39,50 DM.

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

Allgemeinpraxis

Nürnberg-Stadt, ca. 1000 Schaine, vier Räume mit 75 qm, krankheits-halber ab 1. Januar 1976 abzugeben.

Zuschriften erbeten unter Nr. 331/591 an die Anzeigenverwaltung BAYERISCHES ÄRZTEBLATT, 8000 München 2, Sonnenstraße 29.

Praxisräume

In Regensburg/Zentrum, zwei-mal 110 qm (220) günstig zu vermieten.

Zuschriften erbeten unter Nr. 331/570 an die Anzeigenverwaltung BAYERISCHES ÄRZTEBLATT, 8000 München 2, Sonnenstr. 29 od. Tel. (0941) 561296

Praxisräume

(ehemalige Arztpraxis), 150 qm, fünf Zimmar, renovierter Altbau, Ww-Hzg., versiegelte Parkettböden, 2. Stock, in der Stadtmitte von Regensburg, ganz oder teilweise zu vermieten. Keine Abiöse, keine Maklergebühr. Telefon (09 41) 55 06 81

Guteingeführte Allgemeinpraxis

In Straubing nehtlos abzugeben; auf Wunsch Einarbeitung möglich. Gegebenenfalls Wohnung im Hause.

Nähere Auskünfte unter Chiffre-Nr. 331/583 an die Anzeigenverwaltung BAYERISCHES ÄRZTEBLATT, 8000 München 2, Sonnenstraße 29.

Wollen Sie in Landshut in markanter Lage eine Arztpraxis anmieten?

Wir können ihnen ab Juni 1978 in einem Neubau mit Lift Praxisräume mit großen Parkmöglichkeiten anbieten.

Wünsche in der Größe, Einteilung und Ausstattung können derzeit noch berücksichtigt werden.

Fa. Johann Eller-Wohnungsbeu
6300 Landshut, Paplerstraße 36 a, Telefon (08 71) 6 44 31 und 6 43 67

Praxisräume

Zwei Stockwerke, je ca. 145 qm - zu vermieten in München, Goethastraße, Nähe Klinikviertel. Neurenovierung, Gestaltungswünsche werden berücksichtigt.

Zuschriften erbeten unter Nr. 331/592 an die Anzeigenverwaltung BAYERISCHES ÄRZTEBLATT, 8000 München 2, Sonnenstr. 29.

Praxisräume zu vermieten

Erlangen-Hugenottenplatz

Kontaktaufnahme bitte mit

Mc Donald's GmbH, 8000 München 70, Kürnbergstraße 37

BEFELKA®-ASTHMA-TABLETTEN

Ind.: Asthme - Bronchitis - Heuschnupfen - Grippe.
Zus.: Ephedrin 25 mg; Diphenhydramin (Antihistaminikum) 20 mg; Coffeinum 20mg; 1-Phenyl-2,3-dimethyl-4-Isopropyl-pyrazolon 300mg.
Kontraind.: Akute intermittierende Porphyrie, Hypertonie, Thyrotoxi-kose, schwere organische Herzerkrankungen, Techykerdie, nephrogene Ausscheidungstörungen, sklerotische Gefäßveränderungen, Prostetehypertrophie, Glaukom, dekompensierte diebe-tische Stoffwechsellage.

Peckung mit 20 Tabl. 4,55 DM, 48 Tabl. 9,50 DM.

Ärztemuster durch: BEFELKA-ARZNEIMITTEL, 4500 Osnabrück, Postfach 1351

interne Facharztpraxis

im Zentrum einer Kleinstadt in unmittelbarer Nähe Münchens (S-Bahn-Bereich), seit längerem bestehend, zu üblichen Bedingungen abzugeben. Zeitpunkt nach Vereinbarung.

Zuschriften erbeten unter Nr. 331/601 an die Anzeigenverwaltung BAYERISCHES ÄRZTEBLATT, 8000 München 2, Sonnenstraße 29.

Zeit ist Geld - auch bei Krankheit

... denn die Kosten laufen weiter – in der Praxis und privat.
Sicherheit durch Vorsorge – für Sie und Ihre Familie.
„100%ig vorsorgen“ – bei der Vereinigten, das bedeutet:

- kein Einkommensausfall,
- keine Krankheitskosten, die Sie selbst tragen müßten,
- in Ruhe gesund werden.

Durch den Gruppenversicherungsvertrag
mit Ihrer Ärztekammer:

- 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
Ärzttekammern
und des Marburger Bundes**

Coupon

Ich interessiere mich für die Teilnahme am
Gruppenversicherungsvertrag

Name _____

Anschrift _____

Ich bin bereits versichert bei: Vereinigte Salus anderweitig

Generaldirektion, 8 München 40, Leopoldstraße 24, Telefon (089) 38931

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



Neue
Substanz
zur Basis-
behandlung
der Migräne



SANDOMIGRAN[®]

- blockiert den Pathomechanismus der Migräne
- reduziert die Schwere der Schmerzattacken
- verlängert das anfallsfreie Intervall
- stabilisiert die Stimmungslage
- erweitert den therapeutischen Spielraum bei Migräne

Sandomigran hemmt die Wirkung bestimmter körpereigener Stoffe (z. B. Serotonin, Histamin und Acetylcholin), die an der Pathogenese der Migräne ursächlich beteiligt sind. Auf Grund dieser Wirkungsweise bietet Sandomigran die Möglichkeit einer Basisbehandlung der Migräne. ■ Indikationen: Basisbehandlung und Prophylaxe der Migräne und migäneartiger Kopfschmerzen: Typische und atypische Migräne, vasomotorisch bedingte Kopfschmerzen, Bing-Horion-Syndrom (Erythroprosopalgie). — In geringerem Maße sprechen auf Sandomigran an: Spannungskopfschmerzen, psychisch bedingter Kopfschmerz sowie die als Folge von Verletzungen auftretenden Kopfschmerzen. ■ Dosierung: Langsam aufsteigend nach folgendem Schema: 1. und 2. Behandlungstag: abends je 1 Dragée · 3. und 4. Behandlungstag: mittags und abends je 1 Dragée · ab 5. Behandlungstag: 3mal täglich je 1 Dragée. Dauer der Behandlung: durchschnittlich 2 bis 3 Monate. ■ Kontraindikationen: Glaukom, Prostatahypertrophie. □ Hinweise: Sandomigran ist nicht zur Kupierung des Migräne-Anfalls bestimmt. Während der Behandlung mit Sandomigran sollte auf den Genuß von Alkohol und auf die Einnahme stark wirkender Beruhigungsmittel verzichtet werden. Bei einer zu Beginn der Sandomigran-Behandlung zuweilen auftretenden vorübergehenden Müdigkeit ist die Beeinträchtigung der Reaktionsfähigkeit (Straßenverkehr, Maschinenbedienung usw.) zu beachten. Obwohl bis heute keine Beobachtungen über embryotoxische oder teratogene Wirkungen vorliegen, sollte Sandomigran während der Schwangerschaft, vor allem im ersten Trimenon, nur bei strenger Indikationsstellung angewandt werden. Eine gelegentlich beobachtete Appetitsteigerung kann eine leichte Gewichtszunahme mit sich bringen. ○ Zusammensetzung: 1 Dragée enthält 0,73 mg Pizotifenhydrogenmalat (= 4-[9, 10-Dihydro-4 H-benzo 4, 5]cyclohepta [1,2-b] thien-4-yliden)-1-methyl-piperidin-hydrogenmalat, entsprechend 0,5 mg der Base. ■ Handelsformen: Originalpackungen mit 20 Dragées DM 6,95 und 100 Dragées DM 27,95. · Anstaltspackung mit 500 Dragées. Alle Angaben nach dem Stand bei Drucklegung, September 1975.