



Bayerisches Ärzteblatt

Mit amtlichen Mitteilungen der Ministerien

Herausgegeben von der Bayerischen Landesärztekammer

Nummer 6

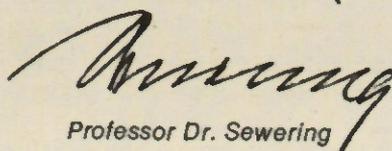
Zur Kenntnis genommen:

Wollte man den 79. Deutschen Ärztetag, der im Mai in Düsseldorf stattfand, mit seinen Vorgängern dadurch vergleichen, daß man die Zahl der Presseberichte und Kommentare zählt, so käme man zu einem falschen Ergebnis. Der Streik der Drucker ließ einige Tage der Berichterstattung unter den Tisch fallen. Wer Ablauf und Ergebnisse wertet, wird feststellen müssen, daß dieser Ärztetag aus der Reihe seiner Vorgänger herausragt. Das gilt sowohl für seine aktuellen politischen Aussagen wie auch für seine in die Zukunft wirkenden Beschlüsse über eine neue Berufsordnung und Weiterbildungsordnung für die deutschen Ärzte.

Schon der Auftakt war hochpolitisch: die im Bundestag vertretenen Parteien erläuterten ihre gesundheitspolitischen Programme, und sie schickten dazu prominente Vertreter nach Düsseldorf. An der Spitze der Kanzlerkandidat der CDU und Ministerpräsident von Rheinland-Pfalz, Helmut Kohl. Die SPD hatte zunächst unseren Kollegen Dr. Bardens angekündigt, teilte aber am Tage vor der Veranstaltung durch Fernschreiben mit, daß die Frau Bundesgesundheitsminister Katharina Focke für die SPD sprechen werde. Für die FDP trat die Bundestagsvizepräsidentin Lieselotte Funke an das Podium. Die CSU ließ sich durch Dr. Dollinger vertreten.

Es gab bemerkenswert einstimmige Aussagen: Alle beschworen den freien Arzt, die freie Arztwahl und versicherten, daß niemand das System ändern wolle oder an eine Verstaatlichung des Gesundheitswesens denke. Ich konnte mich eines Gleichnisses nicht enthalten: Wenn man erreichen will, daß die Bewohner eines Hauses frieren, muß man nicht unbedingt die Heizung ausbauen, also das Heizungs-„System“ ändern. Es genügt völlig, wenn man die Öl- und Gaszufuhr unterbindet. Dann erreicht man dasselbe und kann dennoch immer wieder versichern, man habe das System nicht angetastet. Im übrigen versicherte ich den Vertretern der Parteien, daß wir die Beteuerung, man werde uns nicht verstaatlichen, keineswegs enzweifeln. Würde man uns mit all unseren Investitionen und unseren Mitarbeitern verstaatlichen, so wären dafür Milliardenbeträge erforderlich, die dieser Staat gar nicht aufzubringen in der Lage wäre. Was wir befürchten, ist also nicht die Systemänderung. Wir sind aber keineswegs davon überzeugt, daß uns bekannte Programme nicht die gleiche Wirkung haben könnten wie das Abdrehen von Öl oder Gas in dem bewußten Beispiel mit der Heizung.

Wenn man den „politischen Nachmittag“, mit dem der Ärztetag eröffnet wurde, noch einmal überdenkt, so wird man zu dem Ergebnis kommen, daß die Quellen der politischen Erkenntnis, welche dort erschlossen wurden, nicht sonderlich fundig waren. Kundige Leser wußten aus den schriftlich vorliegenden Programmen schon wesentlich mehr. Aber was heißt schon Programme? Weder SPD noch CDU oder FDP legten ein beschlossenes Programm vor. Es waren alles noch Entwürfe, von denen gesprochen worden ist. Einiges spricht für die Vermutung, daß diese Entwürfe, würde man sie vergleichsweise als reißenden Gebirgsbach bezeichnen, nach ihrer Veröffentlichung für die bevorstehenden Wahlen eher einem triedlich dahinplätschernden Wasserlein gleichen werden. Ob diese Vermutung, die noch vor den entscheidenden Beratungen der Parteien niedergeschrieben wird, zutrifft, wird sich je in Kürze erweisen. Es erübrigt sich, an dieser Stelle auf Einzelheiten einzugehen. Vielleicht finden Sie, liebe Kolleginnen und Kollegen, die Zeit, im „Deutschen Ärzteblatt“ mein „Grundsatzreferat“ nachzulesen. Darin habe ich mich auch mit den gesundheitspolitischen Programmentwürfen der Parteien beschäftigt. Was diejenigen, welche die Wahl gewinnen, dann letztlich an praktischer Politik machen werden, hängt von den Kräften ab, die sich in den Parteien durchzusetzen vermögen. Aber nicht nur davon, sondern auch von den „Realitäten“, an denen sie nicht vorbeikommen. Ob auch wir Ärzte zu diesen „Realitäten“ gehören, hängt nicht zuletzt von uns selber ab.



Professor Dr. Sewering

Errichtung eines überregionalen Transplantationszentrums

Bericht über einen neuartigen Modellversuch

von G. Heberer und W. Lend

Aus der Chirurgischen Klinik der Universität München (Direktor: Professor Dr. G. Heberer)

I. Einleitung

Obwohl es nicht üblich ist, einen Bericht über ein neues Zentrum zu geben, das seine Arbeit gerade erst aufnimmt, ohne die ersten erarbeiteten Ergebnisse abzuwarten, haben wir uns dennoch entschlossen, bereits jetzt den Aufbau eines neuartigen Transplantationszentrums an unserer Klinik in groben Umrissen darzulegen.

Die Leitidee hierzu ist einzig und allein die Tatsache, daß ohne vorherige Aufklärung der Ärzteschaft über die vorgesehene Arbeitsweise dieses Zentrums ein frühzeitiges Scheitern des geplanten Vorhabens droht, wenn man einmal die Organbeschaffung in großem Umfang als entscheidenden und möglicherweise limitierenden Faktor beim Funktionieren eines Transplantationszentrums ansieht. Aus diesem Grunde nimmt gerade die Neuorganisation der Beschaffung von Spenderorganen im großen Umfang bei der Errichtung unseres Zentrums einen großen Raum ein.

Wie derzeit allgemein bekannt, besteht in der gesamten Bundesrepublik Deutschland — im Vergleich zu anderen Ländern der westlichen Welt — ein dringender Nachholbedarf auf dem Gebiete der Nierentransplantation. Die Notwendigkeit zur Durchführung von Nierentransplantationen im großen Stil an geeigneten Zentren soll anhand der folgenden Daten kurz unterstrichen werden.

Nach den letzten Berechnungen des Kuratoriums für Heimdialyse e. V. betrug die Zahl der chronischen Nieren-Kranken in der Bundesrepublik Deutschland Anfang des letzten Jah-

res 4100, das entspricht 68 Patienten pro 1 Million Einwohner; sie wird derzeit auf 5000 geschätzt, im Jahre 1982 auf 16 800, das entspricht 280 Patienten pro einer Million Einwohner.

Das Ansteigen der Zahl in dieser Gruppe von Patienten führt zu einem sozialmedizinischen Problem, wenn man einmal die Dialyseverfahren als alleinige Behandlungsmethode in Rechnung stellt.

Die Frage nach den Kosten einer Behandlungsmethode ist zwar primär unärztlich, sollte jedoch zur Information aufgeworfen werden, wenn man die Ärzteschaft um intensive Mitarbeit bei der Durchführung von Nierentransplantationen im großen Umfang bittet. So ist die Behandlung der chronisch nierenkranken Patienten mit Hilfe der Klinikdialyse mit DM 100 000,— pro Jahr pro Patient das derzeit teuerste Behandlungsverfahren. Die Kosten mit der Heimdialyse belaufen sich derzeit auf durchschnittlich DM 50 000,— pro Jahr pro Patient. Der jährliche Gesamtaufwand für Dialysebehandlung im Jahre 1982 wird auf 1,2 Milliarden DM geschätzt. Aus diesen Zahlen ergibt sich eine finanzielle Belastung des Sozialleistungsträgers, die das volkswirtschaftlich ertragbare Maß in wenigen Jahren überschreiten wird.

Demgegenüber belaufen sich die Kosten für eine Nierentransplantation nach den Berechnungen des Kuratoriums auf den einmaligen Betrag von ca. DM 30 000,— pro erstes Jahr. Die daraus resultierenden Kostenersparnisse sind offenkundig.

Darüber hinaus empfiehlt sich auch von medizinischer Seite in den letz-

ten Jahren zunehmend die Durchführung der Nierentransplantation bei chronisch Nieren-Kranken als eine Behandlungsmethode, die, was die klinischen Ergebnisse angeht, inzwischen durchaus vergleichbar ist mit der Zentrumsdialyse. Darüber hinaus ist die Nierentransplantation auf lange Sicht hin nicht nur als die volkswirtschaftlich günstigste, sondern als die wirklich rehabilitierende und resozialisierende Form des endgültigen Nierenersatzes anzusehen.

II. Finanzierung des zu errichtenden Transplantationszentrums

Der Aufbau eines Transplantationszentrums an der Chirurgischen Klinik der Universität München wurde vom Bayerischen Staatsministerium für Unterricht und Kultus und der Universität München von vornherein intensiv unterstützt. Im Hinblick auf die für das Jahr 1976 erheblich eingeschränkten Haushaltsmittel war jedoch klar, daß die Errichtung eines optimal funktionierenden Transplantationszentrums nur durchgeführt werden konnte, wenn von dritter Seite ein voller Ersatz der festzustellenden Selbstkosten gesichert war.

Die Interessen der Chirurgischen und Urologischen Universitätsklinien München sowie die der verschiedenen nephrologischen Abteilungen in München trafen sich an diesem Punkt mit dem Vorhaben des Kuratoriums für Heimdialyse e. V. (Vorsitzender: Dr. K. Ketzler), die Nierentransplantation in der Bundesrepublik Deutschland zu fördern: „Die vom Kuratorium im Sommer 1975 übernommene Aufgabe der Förderung der Nierentransplantation

dient dem Ziele, die alsbaldige Verringerung der derzeitigen Dialyse-Patientenpopulation zu bewirken. Die vom Kuratorium vorgesehene organisatorische Verbindung der Nierentransplantation mit der Heimdialyse erscheint insbesondere deshalb zweckmäßig, weil die Nierentransplantation nach allen internationalen Erfahrungen in wechselläufigem Umfang nur dann erfolgreich durchgeführt werden kann, wenn die potentiellen Transplantatempfänger unter optimalen therapeutischen Bedingungen auf das bestmögliche Organ warten und jederzeit wieder aufgefangen werden können, wenn es zu Abstoßungsreaktionen kommen sollte. Beide Voraussetzungen erfüllen sowohl die Heimdialyse als auch die dieser vom Behandlungserfolge her nahekommende zentrale Heimdialysebehandlung" (Auszug aus dem Tätigkeitsbericht des Kuratoriums, Januar 1976).

Das Kuratorium für Heimdialyse e.V. hatte bereits im letzten Jahr Kontakte mit der Arbeitsgemeinschaft der Bayerischen Krankenkassenverbände aufgenommen, die ebenfalls – zeitlich zusammentreffend mit den Anstrengungen der Chirurgischen Klinik – am Aufbau eines Transplantationszentrums in Bayern interessiert war.

Nach organisatorischen Vorarbeiten unsererseits – in Zusammenarbeit mit Dr. *Chaussy*, Urologische Universitätsklinik – wurde in gemeinsamen Verhandlungen zwischen dem Bayerischen Staatsministerium für Unterricht und Kultus, der Universität München, der Chirurgischen Universitätsklinik, den nephrologischen Abteilungen in München, dem Kuratorium und der Arbeitsgemeinschaft der Bayerischen Krankenkassenverbände folgender Modellversuch bei der Errichtung eines überregionalen Transplantationszentrums in Bayern ausgearbeitet:

Die Sozialleistungsträger sind bereit, die laufenden Kosten für die Durchführung von Nierentransplantationen zu erstatten. Der Modus der Erstattung der anfallenden Kosten soll entweder über einen erhöhten Pflegesatz pro Transplantations-Patient pro Berechnungstag bzw. über einen einmaligen pauschalierten Betrag pro Transplantations-Patient als gesondert berechenbare Nebenleistungen erfolgen.

Hinsichtlich der Zuständigkeit für den Gesamtaufgabenbereich des Transplantationszentrums wurde eine prinzipielle Unterscheidung getroffen:

1. *Klinische* Durchführung der Nierentransplantationen; diese Aufgabe fällt in den Zuständigkeitsbereich der Universität bzw. der Universitätsklinik.

2. Die *organisatorische* Durchführung der Nierentransplantation, insbesondere die Organisation der Organbeschaffung in Kooperation mit Eurotransplant (Explantationen); diese Aufgabe fällt in den Zuständigkeitsbereich des Kuratoriums.

Die vom Sozialleistungsträger zu erstattenden Kosten setzen sich demnach aus zwei Teilbeträgen zusammen, wobei durch einen Teilbetrag die Krankenhausleistungen der Universität (zur Durchführung von Nierentransplantationen notwendige medizinische und pflegerische Dienst- und Sachleistungen), durch den anderen Teilbetrag die vom Kuratorium übernommenen Dienst- und Sachleistungen abgegolten werden (wie z. B. Sicherstellung eines reibungslosen Organisationssystems bei der Beschaffung von Organen usw.).

Die Einigungsverhandlung zwischen der Regierung Oberbayerns und der Arbeitsgemeinschaft der Bayerischen Krankenkassenverbände über den Modus der Kostenerstattung durch die Sozialleistungsträger steht bevor.

Struktur des Transplantationszentrums an der Chirurgischen Klinik der Universität München

Klinischer Teil

Zentrale Einrichtung der Klinik (Op., Labor, Röntgen, usw.)
6 Betten-Station (= Intensivstation)

Personelle Besetzung

4 Transplantationsassistenten („full-time“)
(davon 1 Urologe)
Leiter: Privatdozent Dr. Land
5 weitere operativ-tätige Assistenten
6 Schwestern mit Kenntnissen in Dialyse
2 MTA

III. Innere Struktur des Transplantationszentrums

Die innere Struktur des neugeschaffenen Zentrums ist in der Tabelle 1 wiedergegeben. Sie gliedert sich prinzipiell in einen organisatorischen und in einen klinischen Teil. Keimzelle des organisatorischen Teils ist das Organisationsbüro, das personell und apparativ vom Kuratorium ausgestattet wurde. Auf personeller Seite ist neu die Schaffung der Stelle eines Administrators, dem die Planung, Koordination und Durchführung aller anfallenden organisatorischen Aufgaben obliegt. In sein Aufgabengebiet fällt eine ständige Kommunikation mit den Dialysezentren bei der Führung der Wartelistekartei (= Registrierung der potentiellen Empfänger) sowie „stets einsatzbereite Kontaktaufnahme mit peripheren Spenderkrankenhäusern“ (sowie Eurotransplant) bei der Beschaffung, Verteilung und Transport von Spenderorganen. Eine enge Zusammenarbeit mit den Nephrologen, den Immunologen und den Transplantationschirurgen ist zur Bewältigung dieser Aufgaben unerlässlich.

Bei der klinischen Durchführung der Nierentransplantationen sollen die zentralen Einrichtungen der Chirurgischen Universitätsklinik voll genutzt werden, wobei für die Durchführung der Operationen ein in der Nierentransplantation erfahrenes Team zur Verfügung steht.

Die klinische Arbeit am Zentrum ist geprägt durch eine intensive Zusammenarbeit der Chirurgischen Uni-

Organisationsteil

= Organisationsbüro
(2 Räume, bereits komplett eingerichtet)

Personelle Besetzung

1 Administrator
1 Sekretärin
stud. Hilfskräfte für 24-Stunden-Telefondienst

Apparative Ausstattung

komplettes Kommunikationssystem (= Telex, Telefon, Funk usw.)
komplette mobile Ausrüstung

Tabelle 1

versitätsklinik mit der Urologischen Klinik der Universität (Direktor: Professor Dr. E. Schmiedt), sowie mit der II. Medizinischen Klinik der Universität (Direktor: Professor Dr. E. Buchborn, Oberarzt Professor Dr. J. Eigler), der Nephrologischen Abteilung (Leiter: Oberarzt Privatdozent Dr. H. J. Gurland) der Medizinischen Klinik I am Klinikum Großhadern (Direktor: Professor Dr. G. Riecker), sowie den Nephrologischen Abteilungen der Städtischen Krankenhäuser in München (Professor Dr. H. H. Edel, Privatdozent Dr. Dr. H. Kuhlmann und Oberarzt Dr. K. Eberhard).

Ein ständiger oberärztlicher Konsiliardienst für Transplantations-Patienten wird sowohl von der Urologischen Universitätsklinik (Oberarzt Privatdozent Dr. F. Eisenberger) als auch von der II. Medizinischen Universitätsklinik zur Verfügung gestellt; außerdem stellt die II. Medizinische Klinik einen ständigen ärztlichen Bereitschaftsdienst für postoperative Dialysen bei Transplantations-Patienten.

IV. Erstellung der Werteliste für potentielle Transplantatempfänger

Ausgehend von der Tatsache, daß potentielle Empfänger von Nierentransplantaten aus verschiedenen Dialysezentren zur Transplantation kommen, wurden von den Nephrologen der Münchener Dialyseabteilungen in Zusammenarbeit mit den Transplantationschirurgen, Urologen, Immunologen und experimentellen Chirurgen allgemein-gültige Checklisten für Abklärungsuntersuchungen bei potentiellen Nierentransplantat-Empfängern ausgearbeitet.

Bei der Vorstellung von potentiellen Empfängern zur Aufnahme auf die Warteliste durch den behandelnden Arzt, d. h. Nephrologen, sollten die auf den Checklisten angeführten Untersuchungen vorliegen. Auf diese Weise wird eine Homogenität der durchzuführenden Abklärungsuntersuchungen vor Transplantation bei potentiellen Empfängern aus verschiedenen Dialysezentren garantiert.

V. Planung bei der Organbeschaffung

Um Nierentransplantationen in größerem Umfang durchführen zu kön-

nen, müssen nach ersten Schätzungen im Rahmen unseres Transplantationszentrums in Zukunft pro Jahr ca. 150 Nieren entnommen werden. Diese Zahl zur Verfügung stehender Organe kann nur durch engste Zusammenarbeit zwischen Transplantationszentrum und auswärtigen Krankenhäusern gewährleistet werden. Ein Transplantationszentrum ist darauf angewiesen, daß ihm nicht nur von dezentralisierten Dialyseabteilungen Transplantations-Kandidaten zugewiesen, sondern darüber hinaus von peripheren Krankenhäusern Nierentransplantate zur Verfügung gestellt werden. Die einfachste und am ehesten realisierbare Methode besteht in der Etablierung eines Explantationsteams, das inzwischen bei uns geschaffen wurde. Es besteht aus einem dienstbereiten Transplantations-Chirurgen und einer dienstbereiten MTA, die in einem stets abrufbereiten Wagen der Feuerwehr zu dem jeweiligen Spenderkrankenhaus fahren, um dort – in Zusammenarbeit mit den diensttuenden Chirurgen und Anästhesisten, sowie der Op-Schwester und dem Op-Pfleger – die Explantation vorzunehmen. Für die anfallende Mehrarbeit bei den Ärzten und dem Pflegepersonal im auswärtigen Spenderkrankenhaus im Rahmen der Explantation ist eine Mehraufwandsentschädigung bewilligt worden, d. h., das Kuratorium für Heimdialyse ist bereit, den mitarbeitenden Kollegen und dem mitarbeitenden Pflegepersonal eine finanzielle Abfindung zukommen zu lassen.

Bei der praktischen Durchführung der Explantation bei potentiellen Spendern unterscheiden wir primär Hirn-Tote mit noch intaktem Kreislauf (= Gros der potentiellen Organspenden). In dieser Situation ist genügend Zeit vorhanden, um das Explantationsteam im Zentrum zu benachrichtigen. Dieses nimmt in Zusammenarbeit mit den Kollegen des entsprechenden Krankenhauses die Explantation vor.

Bei Spendern mit primärem Herz-Kreislaufstillstand (selten) müssen infolge Zeitmangels die Organe sofort vom jeweiligen Chirurgenteam des Krankenhauses entnommen werden. Für diesen speziellen Fall wurden exakte Instruktionen über die Entnahmetechnik und die Perfusionstechnik ausgearbeitet (mit deren Hilfe die Kollegen in der Lage

sein können, eine adäquate Organentnahme durchzuführen).

Festlegung des Todeszeitpunktes

Des Explantationsteam ist von der Mitarbeit eines zentralen neurologischen und radiologischen Konsiliardienstes für die Festlegung des Todeszeitpunktes bei potentiellen Organspendern abhängig, da nicht alle mitarbeitenden auswärtigen Krankenhäuser über Neurologen bzw. Radiologen verfügen. Es ist wichtig, daß die Kollegen, die den Todeszeitpunkt eines potentiellen Organspenders festlegen, in keiner Beziehung zum Transplantationsteam stehen. Die Neurologische Klinik der Universität München (Direktor: Professor Dr. A. Schrader, Oberarzt Dr. H. Angstwurm) hat inzwischen diese Aufgabe übernommen. Eine allgemeingültige Verfahrensordnung zur Feststellung des Todeszeitpunktes wurde an unserer Fakultät von einer Kommission (bestehend aus Rechtsmedizinern, Neurochirurgen, Neurologen und Internisten) inzwischen erarbeitet, in der ein exaktes Procedere bei potentiellen Spendern zu Transplantationszwecken festgelegt worden ist.

Unter den mitarbeitenden Spenderkrankenhäusern sind drei Kategorien zu unterscheiden, die zu unterschiedlichem Vorgehen des Explantationsteams/neurologischen- bzw. radiologischen Konsiliardienstes Anlaß geben:

Erste Kategorie:

Krankenhäuser mit eigener Diagnostik (EEG, Angiographie) und eigenem Neurologen bzw. Radiologen

Vorgehen:

Feststellung des Todeszeitpunktes und Organentnahme im Spenderkrankenhaus

Zweite Kategorie:

Krankenhäuser mit eigener Diagnostik, ohne eigenem Neurologen bzw. speziell ausgebildetem Radiologen

Vorgehen:

Todeszeitpunktfeststellung durch den zentralen neurologischen und radiologischen Konsiliardienst; Organentnahme im Spenderkrankenhaus

Dritte Kategorie:

Krankenhäuser ohne eigene Diagnostik und ohne eigenem Neurolo-

**Organisation: Beschaffung von Organen Frischverstorber
Situation in München unter Mitwirkung auswärtiger Krankenhäuser**

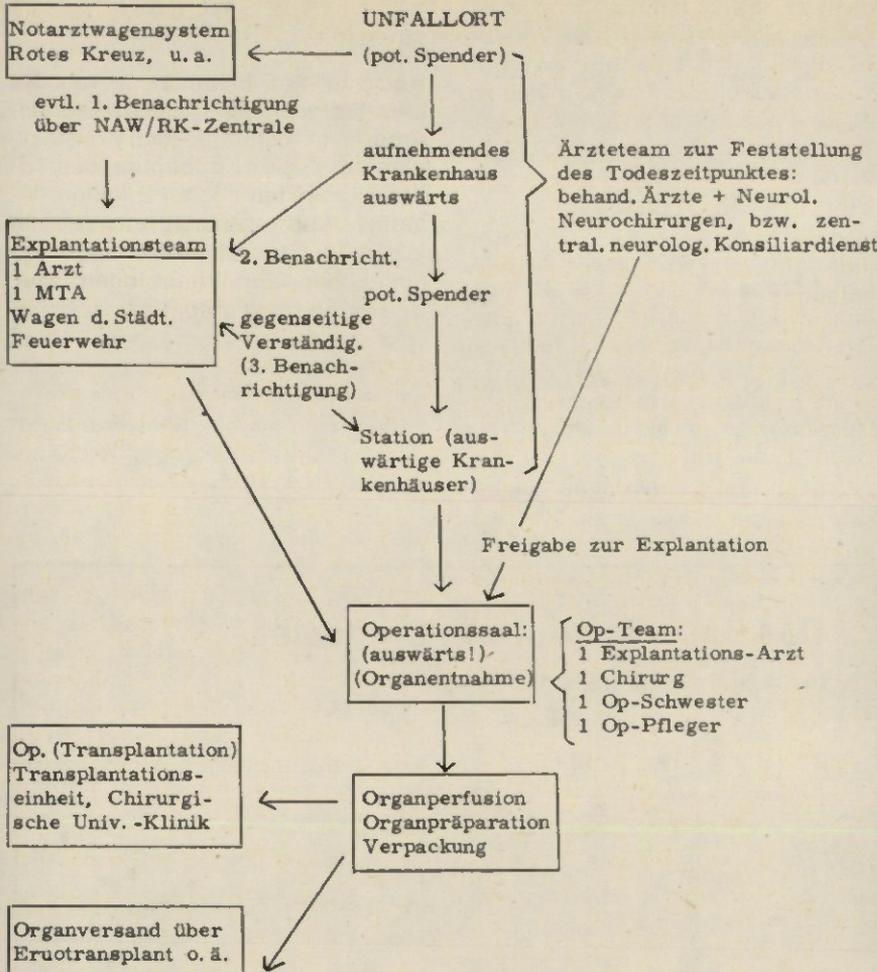


Tabella 2

gen bzw. speziell ausgebildetem Radiologen

Vorgehen:

Übernahme des potentiellen Spenders. Todeszeitpunktfeststellung und Organentnahme in der Chirurgischen Klinik der Universität

Die Vorstellungen über die Organisation bei der Beschaffung von Organen frisch Verstorber ist in der Tabelle 2 dargestellt.

VI. Zusammenarbeit mit dem Sonderforschungsbereich 37

Sprecher: Professor Dr. Dr. h. c. W. Brendel

Einer der günstigen Umstände bei dem Aufbau des Transplantationszentrums in München besteht in der Existenz des Sonderforschungsbereiches 37, in dem seit 1969 auf dem Gebiet der Immunologie, der angewandten Immunologie und der experimentellen Organtransplantation

intensive Forschungsarbeit geleistet worden ist. In zahlreichen Instituten Münchens ist inzwischen eine Reihe hervorragender junger Wissenschaftler herangewachsen, die in methodologischer und experimenteller Hinsicht von der wissenschaftlichen Grundlage der Transplantation, der Immunologie, her eine enge Zusammenarbeit mit einer klinisch tätigen Transplantationsgruppe bisher immer angestrebt haben.

Eine für die klinische Nierentransplantation sehr wichtige Kooperation findet mit denjenigen Instituten statt, welche die Methoden für die Gewebetypisierung wissenschaftlich ausgearbeitet haben und auch praktisch anwenden. So wird im Rahmen unseres Zentrums die HLA-Typisierung von Spender und Empfänger im Labor Privatdozent Dr. E. Albert (Kinderpoliklinik der Universität, Direktor: Professor Dr. H. Spieß) durchgeführt, die MLC-Typisierung in den Labors Privatdozent Dr. W. Mempel (Klinikum Großha-

Hypotonie
kostenbewußt
behandeln!

**Tonus-
forte-
Tablinen[®]**

Antihypotonikum
Etilefrin 25 mg

50 Tabl.

9.80

Indikationen

Hypotonie und damit verbundene Kreislaufstörungen, als Adjuvans bei Infektionskrankheiten, nach Operationen, in der Rekonvaleszenz, orthostatische Kollapsneigung, Wetter- und Föhnempfindlichkeit.

Kontraindikationen

Thyreotoxikose, Phäochromozytom.

Dosierung und Anwendungsweise

Erwachsene und Kinder nehmen möglichst morgens vor dem Aufstehen eine Tablette mit Flüssigkeit ein. Je nach Bedarf kann eine weitere Einnahme mittags oder am frühen Nachmittag erfolgen. In der Regel sind 2, höchstens 3 Tabletten täglich erforderlich.



**S SANORANIA Dr. G. Strahscheer
Berlin 28**

dern) sowie Dr. H. Grosse-Wilde (Institut für Hämatologie, Kommissarischer Leiter: Professor Dr. St. Thierfelder).

Die Durchführung und Überwachung der immunsuppressiven Therapie bei transplantierten Patienten erfolgt in enger Zusammenarbeit mit dem Institut für Chirurgische Forschung (Professor Dr. Dr. h. c. W. Brendel, Privatdozent Dr. J. Seifert und Dr. J. Ring).

Die anfallenden pathomorphologischen, pathohistologischen und pathohistochemischen Untersuchungen bei transplantierten Organen werden vom Pathologischen Institut der Universität München (Direktor: Professor Dr. M. Eder, Privatdozent Dr. K. Pielsticker) sowie Privatdozent Dr. G. Thoenes, Immunblologisches Labor, II. Medizinische Universitätsklinik, übernommen werden.

VII. Problematik des geschilderten Modellversuches

Der hier dargestellte Plan beim Aufbau eines Transplantationszentrums ist nicht frei von Problematik. Sicherlich ist die realistische Einsicht von Kuratorium und Krankenkassenverbänden in die derzeitigen Möglichkeiten bei der Behandlung chronisch Nieren-Kranker hoch einzuschätzen und zu bewundern. Ohne ihre Mithilfe wäre die Errichtung eines derartigen Zentrums in der Bundesrepublik Deutschland derzeit nicht denkbar. Die Probleme bestehen allerdings weiterhin, insbesondere auf dem Gebiet der Organentnahme; hier vor allem im Hinblick auf die derzeitige juristische Situation sowie im Hinblick auf die psychologische Situation der bei der Explantation beteiligten Ärzte.

Die weithin bekannte juristisch unklare Situation bei der Organentnahme, die durch ein neues Transplantationsgesetz in diesem Jahr geregelt werden sollte, ist durch wachsenden Widerstand gegen die Verabschiedung des Gesetzes weiterhin gegeben. Die Verabschiedung dieses Transplantationsgesetzes noch in dieser Legislaturperiode erscheint derzeit fraglich, d. h., zumindest in diesem und im nächsten Jahr wird die Entnahme von Organen bei frisch Verstorbenen weiterhin – zumindest in einem Teil der Fälle – durch Auftreten juristischer Schwierigkeiten gefähr-

det werden. Zu erwähnen ist in diesem Zusammenhang, daß beide Kirchen prinzipiell mit dem Modus der Organentnahme bei frisch Verstorbenen für Transplantationszwecke einverstanden zu sein scheinen. Außerdem ist erfreulicherweise eine zunehmende Bereitschaft zur Organspende nach dem Tode (in der Öffentlichkeit) zu verzeichnen.

Eine weitere Sorge in unserer Arbeitsgruppe besteht in der Befürchtung, daß die Mitarbeit der peripheren Krankenhäuser bei der Beschaffung von Organen nicht in dem erhofften Umfang erfolgen wird, wobei sicherlich im wesentlichen rein technische Probleme bei der Abwicklung der Explantation, insbe-

sondere bei weiten Distanzen zwischen Zentrum und auswärtigem Krankenhaus, eine Rolle spielen könnten.

Abschließend bleibt zu erwähnen, daß das geplante Transplantationsprogramm zum echten Prüfstein einer optimalen Kooperationsbereitschaft aller beteiligten Kliniken, Institute und Institutionen werden wird. Die Zukunft wird zeigen, ob die erzielten Ergebnisse den Erwartungen in dieses Zentrum entsprechen haben.

Anschrift der Verfasser:

Professor Dr. med. G. Heberer und Privatdozent Dr. med. W. Lend, Nußbaumstraße 20, 8000 München 2

Das Bayerische Ärzte-Orchester

Leitung: Dr. med. Reinhard Steinberg

Wolfgang Amadeus Mozart

Zeide – Das Serall

Deutsches Singspiel in zwei Akten, KV 344

Textneufassung: Kurt Wilhelm

Mitwirkende: Gisela Ehrensperger
Gudrun Hanken-Hellmann
Werner Compes
Ferry Gruber
Josef Knapp u. e.

Donnerstag, 17. Juni 1976, 11.00 Uhr (Matinee)

Freitag, 18. Juni 1976, 20.00 Uhr

im Cuvillies-Theater in München

Einstudierung zum Anlaß einer festlichen Veranstaltung der Medizinischen Fakultät der Ludwig Maximilians-Universität München.

Kartenbestellung:

Kategorie A – DM 35,-	Studenten und Medizinalassistenten:
B – DM 25,-	D – DM 20,-
C – DM 15,-	E – DM 10,-

Kartenbestellung erfolgt durch Einzahlung des jeweiligen Betrages auf das Konto-Nr. 00666800 – BLZ 70090606 (Bayerisches Ärzte-Orchester) bei der Deutschen Apotheker- und Ärztebank in München. Nach Eingang des Betrages wird dem Einzahler die Eintrittskarte von der Deutschen Apotheker- und Ärztebank postwendend zugesandt.

Bitte beachten, daß auf der Einzahlung deutlich eingegeben ist:

1. Anzahl der Karten in der gewünschten Kategorie
2. Datum der gewünschten Vorstellung
3. Name und Adresse in Druckbuchstaben

Wegen des kleinen Platzangebotes im Cuvillies-Theater können die Bestellungen nur in der Reihenfolge des Zahlungseingangs berücksichtigt werden.

Für Spenden wird herzlichst gedankt. Spendenbescheinigungen können zugeschickt werden.

Knochenmarktransplantation in der Pädiatrie

Probleme und Möglichkeiten

von G. F. W ü n d i s c h und H. J. K o l b

Aus der Kinderklinik und Poliklinik der Technischen Universität München (Direktor: Professor Dr. H. Hilber) und dem Städtischen Kinderkrankenhaus München-Schwabing (Leiter: Chefarzt Dr. P. Schweier) sowie dem Institut für Hämatologie der Gesellschaft für Strahlen- und Umweltforschung mbH, München (Leitung: Privatdozent Dr. St. Thierfelder)

Das Bestreben, Ersatz für Organe mit lebensbedrohlicher Funktionsuntüchtigkeit zu finden, hat einen großen Teil medizinischer Forschung der letzten Jahre richtungsweisend beeinflusst. Im Bereich der Organtransplantation wurden erhebliche Fortschritte erzielt, so insbesondere auf dem Gebiet der Nierentransplantation. Der Versuch, den Ausfall von Knochenmarksfunktion durch Gabe von Knochenmark zu beheben, reicht bis in die vierziger Jahre zurück. Zunächst wurde versucht, Knochenmark oral, intraperitoneal und intramedullär zu verabreichen. In den fünfziger Jahren stimulierten die atomare Bedrohung und das Bestreben, Möglichkeiten zu finden, dem Strehlentod nach Ganzkörperbestrahlung zu entgehen, die Forschung insbesondere in den USA. Ein erster Durchbruch wurde erreicht, als es gelang, letalbestrahlte Mäuse durch intravenöse Injektion von Knochenmarkszellen am Leben zu erhalten. Während man zunächst annahm, daß hierfür humorale, das Knochenmark stimulierende Faktoren verantwortlich sind, führten weitere Tierexperimente zu dem Ergebnis, daß das Anwachsen der übertretenen hämatopoetischen Stammzellen im Wirt und ihre Proliferation das Überleben ermöglichten. Es wurde auch klar, daß die Bestrahlung eine wesentliche Voraussetzung für das Anwachsen des transplantierten Markes mit sich brachte, da durch sie eine weitgehende Unterdrückung der immunologischen Reaktivität gegen fremdes Gewebe stattfindet. Dadurch war die erfolgreiche Transplantation von Knochenmark ermöglicht worden.

Für die Anwendung am Menschen erfolgte ein entscheidender Durch-

bruch nach einer langen Kette der experimentellen und klinischen Forschung, als es gelungen war (1966, 1969), die Panmyelopathie (Knochenmarkaplasie) eines Patienten durch intravenöse Infusion von Knochenmark eines eineiigen Zwillings zu beheben und damit zu heilen (isogene Knochenmarktransplantation).

Das Vorhandensein eines eineiigen Zwillings als Knochenmarkspender stellt eine Ausnahmesituation dar.

Fortschritte auf dem Gebiet der Gewebetypisierung und die Entwicklung von Methoden zur Vermeidung der Abstoßung (Wirt gegen Spender-Reaktion = host versus graft reaction = HVGR) sowie zur Unterdrückung der Reaktion des Transplantates gegen den Empfänger (Spender gegen Wirt-Reaktion = graft versus host reaction = GVHR) schufen die Voraussetzungen für die Transplantation von Mark genetisch unterschiedlicher Spender (allogene Knochenmarktransplantation). Die Gesamtheit der weitläufigen experimentellen und klinischen Forschung erbrachte für die therapeutische Anwendung der Knochenmarktransplantation bis heute folgende Ergebnisse:

1. Als Spender für eine allogene Knochenmarktransplantation kommen praktisch nur gewebesverträgliche Spender in Frage. Gewebesverträglichkeit bedeutet, daß Identität im HLA-System (human leucocyte antigens = wichtigste bekannte Histokompatibilitätsantigene) vorliegt. Des weiteren dürfen sich die Lymphozyten des Spenders und des Empfängers in der gemischten Lymphozytenkultur (MLC = mixed lymphocyte culture) nicht stimulieren. Beides kann heute in vitro unter-

sucht werden. Genetisch liegt der HLA-Locus und der MLC-Locus auf dem gleichen Chromosom. Deshalb sind die meisten HLA-identischen Geschwister auch MLC-negativ, so daß ihre Lymphozyten sich in der gemischten Zellkultur nicht stimulieren. In einer Familie sind nur vier Haplotypen möglich, so daß ein Patient mit einem Geschwister die Chancen von 1 : 4 besitzt, einen gewebesidentischen Spender zu haben. Mehrere Geschwister erhöhen diese Chance. Bis auf bestimmte Ausnahmen sollten Empfänger und Spender auch die gleiche Hauptblutgruppe im ABO-System aufweisen. Bei Unterschieden im ABO-System können ohne große Schwierigkeiten Spender mit der Blutgruppe 0 verwendet werden, ansonsten ist es möglich, durch einen vollen Plasmaaustausch beim Empfänger zur Entfernung der Isoagglutinine eventuell die Voraussetzungen für ein Anwachsen des Transplantates zu schaffen. In solchen Fällen wird jedoch die Methode sehr aufwendig und kompliziert.

2. Um eine Abstoßung des gespendeten allogenen Markes zu vermeiden (HVGR), muß darüber hinaus die Immunabwehr des Empfängers weitgehend supprimiert werden. Dies kann durch Ganzkörperbestrahlung oder durch massive zytostatische Behandlung vor der Transplantation geschehen. Einschränkend ist zu bemerken, daß diese „Konditionierung“ des Empfängers die Gefahr der Abstoßung nicht völlig bannet. Bei ca. 20 bis 30 Prozent der Patienten kommt es trotzdem zur Abstoßung. Dies wird durch das wahrscheinliche Vorhandensein von bislang durch die Gewebetypisierung nicht erfaßbaren weiteren Transplantationsantigenen erklärt, gegen die durch vorausgegangene Blut-

transfusionen eine Sensibilisierung des Patienten hervorgerufen werden kann. Ob sich die Abstoßungshäufigkeit durch zusätzliche Maßnahmen, wie Behandlung mit Antithymozytenglobuline, vermindern läßt, wird zur Zeit untersucht. Wegen der Gefahr einer Sensibilisierung sollten vor einer geplanten Transplantation Blutspenden von allen Verwandten, die die Gefahr einer Abstoßung erhöhen, nach Möglichkeit vermieden werden. Nach durchgeführter Transplantation kommen als Spender Familienmitglieder (Eltern, Geschwister) wegen meist guter Verfügbarkeit und zumindest teilweise Gewebsidentität bevorzugt in Frage. Diese Transfusionen müssen zur Vermeidung einer GVH-Reaktion mit 1500 bis 2000 rad in vitro bestrahlt werden, um die immunkompetenten Zellen des Spenders zu inaktivieren.

3. Ebenso ist das Problem der sekundären Reaktion des Transplantates gegen den Wirt (GVHR) trotz der Fortschritte auf dem Gebiet der Gewebetypisierung und der immunsuppressiven Therapie bislang nicht völlig bewältigt. Hierbei reagieren die immunologisch kompetenten Zellen des transplantierten Spendermarkes gegen die fremden Histo-kompatibilitätsantigene des Empfängers. Dies wird begünstigt durch die vorhandene bzw. die geschaffene immunoologische Suppression des Empfängers. Nach Anwachsen eines transplantierten Markes ist durch die GVH-Krankheit zu einem erheblichen Prozentsatz (bis zu 70 Prozent) der Erfolg der Transplantation gefährdet. Aus diesem Grunde wird zur Vermeidung bzw. Abschwächung einer drohenden GVH-Reaktion nach Transplantation Methotrexat in den ersten 100 Tagen in regelmäßigen Abständen gegeben. Auch dies kann das Entstehen einer GVH-Reaktion nicht immer verhindern. Mit Erfolg kann Antithymozytenserum angewendet werden. Klinisch ist die GVH-Krankheit gekennzeichnet durch Veränderungen der Haut (Exanthem bis zur nekrotischen Epidermolysen), der Leber (Ikterus bis zur flächenhaften Lebergewebsnekrose) und des Darmes (Enteritis bis zur Schleimhautzerstörung), wobei eine Letalität von 20 bis 30 Prozent besteht.

4. Die Zufuhr von Erythrozyten-, Thrombozyten- und insbesondere Granulozytenkonzentraten zur Sub-

stitution für den durch Erkrankung und Konditionierung panzytopenisch und weitgehend immunsupprimierten Patienten bzw. Empfänger stellt eine unter Umständen lebensentscheidende additive Therapie dar.

5. Die Bedeutung der Wirksamkeit einer Unterbringung des Patienten mit gnotobiotischen Bedingungen zur Verhinderung einer Infektion befindet sich derzeit noch in der Diskussion. Sicher erscheint jedoch, daß es vermieden werden muß, den Patienten sekundär zu infizieren, so daß zumindest die Prinzipien der Umkehrisolation anzuwenden sind. Gezielte antibiotische und mykostatische Therapie soll, wenn möglich, entsprechend dem Erregernachweis erfolgen. Besonders gefährdet neben bakteriellen und Pilzinfektionen sind die Patienten in der Posttransplantationsphase durch interstitielle Pneumonien (zum Teil hervorgerufen durch nachweisbare Infektionen mit *Pneumocystis carinii* und Zytomegalie-Virus). Die bei der GVH-Krankheit bestehende Immundefizienz begünstigt das Auftreten von interstitiellen Pneumonien.

Aufgrund oben genannter Vorstellungen haben insbesondere in den USA die Gruppe um Thomas und Storb in Seattle ein therapeutisches Konzept für Vorgehen bei Knochenmarktransplantationen erarbeitet, das ungeachtet aller noch bestehenden Schwierigkeiten bereits zu eindrucksvollen Erfolgen geführt hat: von 59 Patienten mit schwerer Knochenmarkplazie (Panmyelopathie) überlebten 26 bis zu einem Zeitraum von sechs Jahren. Für das Kindes- und Jugendalter (bis zu 18 Jahren) liegen die Verhältnisse günstiger. Hier konnten von 21 Patienten 17 erfolgreich transplantiert werden.

Diese Ergebnisse erhalten ihre Bedeutung durch den Umstand, daß die Panmyelopathie im Kindesalter bis heute eine sehr schlechte Prognose besitzt. Bei den schweren Verlaufsformen (gekennzeichnet u.a. durch Granulozytenwerte unter $1000/\text{mm}^3$, Thrombozytenzahlen unter $20\,000/\text{mm}^3$ und Retikulozytenwerte unter zehn Promille) besteht nach wie vor eine Letalität von 80 bis 90 Prozent im ersten Jahr nach Beginn der Erkrankung, wobei Fortschritte der antibiotischen Behandlung, der substituierenden Transfusionstherapie und leider auch die

Therapie mit Corticosteroiden und/oder Androgenen bis auf Einzelfälle keinen entscheidenden Fortschritt brachten.

Für die praktische Durchführung einer Knochenmarktransplantation zur Therapie der Knochenmarkplazie wurde folgende Strategie des Vorgehens entwickelt: Bei Diagnosestellung Gewebetypisierung der Eltern und der Geschwister des Patienten (HLA-System, MLC, Blutgruppe). Ist ein geeigneter Spender gefunden und die Indikation aus der Schwere des Krankheitsverlaufes zu stellen, erfolgt die Konditionierung des Patienten mit Cyclophosphamid mit einer Gesamtdosis von 200 mg/kg an den der Transplantation vorausgehenden vier Tagen (50 mg/kg/die), um die nötige Immunsuppression zu erreichen. 24 Stunden vor Beginn der Cyclophosphamid-Behandlung wird vom Spender gewonnenes Granulozyten-Thrombozytenkonzentrat gegeben, um durch die dadurch verursachte Immunstimulation eine größere immunsuppressive Wirkung der Cyclophosphamid-Behandlung zu erreichen. Am Tage der Transplantation wird dem Spender in Vollnarkose unter aseptischen Bedingungen durch multiple Beckenkammpunktionen und nachfolgender Markespiration das Mark entnommen, anschließend zweimal gefiltert und in eine Nährlösung verbracht. Die gewonnene Markflüssigkeit wird auf ihre Zellularität hin untersucht und dem Patienten intravenös infundiert (ca. 400 bis 600 ml). Zur Vermeidung einer GVH-Reaktion werden dem Empfänger am Tage 1, 3, 6, 11, 18 und sodann in wöchentlichen Abständen bis zum Tage 100 nach der Transplantation 10 bis 20 mg Methotrexat gegeben. Das Anwachsen des Transplantates kann zwischen dem zehnten und dem zwanzigsten Tag nach der Transplantation erwartet werden; bei erfolgreicher Transplantation ist die wieder beginnende Knochenmarkstätigkeit an dem Anstieg von Granulozyten und insbesondere Stabkernigen zu erkennen. Bei günstigem Verlauf kommt es dann zur allmählichen völligen Rekonstituierung der hämatologischen Funktionen des Empfängers. Von entscheidender Bedeutung in der ersten Phase nach Transplantation ist die Substitution des panzytopenischen Patienten mit Erythrozyten-, Granulozyten- und Thrombozytenkonzentraten, wie sie mit Hilfe eines Zellseparators ge-

wonnen werden können. Ebenso wichtig sind die pflegerischen Voraussetzungen und in gewissem Umfang die räumlichen Verhältnisse. Die Betreuung eines transplantierten Patienten erfordert einen erheblichen pflegerischen Aufwand durch qualifizierte Schwestern, der entsprechend zu organisieren ist. Gerade aber die subtile Pflege stellt einen wichtigen Faktor zum endgültigen Erfolg dar. Zur Vermeidung von Sekundärinfektionen des Patienten sind die Prinzipien der Umkehrisolation anzuwenden. Ob darüber hinaus eine Dekontamination des Patienten und Verbringen in ein Isoliersystem, also maximal mögliche gnotobiotische Bedingungen, entscheidende Vorteile bringen, ist zur Zeit nicht eindeutig geklärt. Die Möglichkeiten schneller und gezielter bakteriologischer und eventuell virologischer Untersuchungen sollte gegeben sein, um bei Bedarf den Patienten gezielt behandeln zu können. Allgemein bedeutet dies, daß eine Transplantation nur in Angriff genommen werden sollte in pädiatrischen Zentren, in denen ausreichende theoretische und klinische Erfahrungen mit stark immunsupprimierten Patienten bestehen.

Daß die Knochenmarktransplantation zur Behandlung der Panmyelopathie einen neuen therapeutischen Weg darstellen kann, soll kurz durch folgenden Krankheitsverlauf dargestellt werden:

Bei einem achteinhalbjährigen Knaben Auftreten von zunehmender Anämie, Granulozytopenie und Thrombozytopenie mit hämorrhagischer Diathese im Herbst 1974. Schließlich Einweisung in das Städtische Krankenhaus München-Schwabing und dort Diagnose aus Symptomen und Knochenmarkbiopsie eine Panmyelopathie (subtotale Knochenmarkaplasie). Unter mehrwöchigem Behandlungsversuch mit Steroiden und Oxymetholon weitere fortlaufende Verschlechterung. Nachdem bei der Gewebetypisierung der sieben Geschwister (zwei Brüder und fünf Schwestern) bei vier Geschwistern identische HLA-Typen und MLC-Identität festgestellt worden war, und die Parameter des Blutbildes sowie der Verlauf eine schwere Knochenmarkaplasie mit schlechter Prognose annehmen ließen, wurde die Indikation zur Knochenmarktransplantation gestellt. Von den in Frage kommenden Spen-

29. Bayerischer Ärztetag

vom 24. bis 26. September 1976 in Regensburg

dern der Geschwister wurde wegen des Alters der vierzehnjährige Bruder ausgewählt.

Die Transplantation wurde nach den oben beschriebenen Grundsätzen im März 1975 durchgeführt. Vierzehn Tage nach Transplantation konnte eine beginnende Knochenmarktätigkeit registriert werden. Einen Monat nach Transplantation waren keine substituierenden Transfusionen mehr erforderlich, die peripheren Blutwerte normalisierten sich. Eine Knochenmarkpunktion im Juni 1975 ergab den Befund eines Knochenmarkes von normaler Zelldichte mit normaler Verteilung der Erythro-, Granulo- und Thrombozytopenie bei noch verminderter Lymphopoese. Der Nachweis des Anwachsens des transplantierten Markes konnte durch serologische Untersuchungen erbracht werden. Eine komplizierende interstitielle Pneumonie konnte überwunden werden. Relativ spät trat eine chronisch verlaufende GVH-Reaktion ersten Grades auf, mit einer exanthematischen entzündlich-infiltrativen Hautreaktion und einer mäßigen Leberbeteiligung, die unter mehrfachem Einsatz von Antithymozytenglobulin und nachfolgender Behandlung mit Prednison und Azathioprin beherrscht und zum weitgehenden Rückgang gebracht werden konnte. Der Bub ist zum jetzigen Zeitpunkt über ein Jahr nach Transplantation voll hämatologisch rekonstituiert, zeigt eine normale Knochenmarkfunktion, hat zwischenzeitlich interkurrente Infekte gut überstanden und hat seit längerem den Schulbesuch wieder aufgenommen.

Insgesamt kann festgehalten werden, daß die Knochenmarktransplantation bei der schweren Panmyelopathie im Kindesalter immer dann, wenn ein geeigneter Spender vorhanden ist, nach dem heutigen Stande der Entwicklung als definitive Behandlungsform gelten kann. Die Entscheidung, ob und vor allem zu welchem Zeitpunkt die Trans-

plantation vorgenommen wird, ist im individuellen Fall trotzdem schwierig. Die Transplantation sollte dann erfolgen, wenn zunehmend die Prognose belastende Parameter aus dem klinischen Verlauf, den Blutbildwerten und dem bloptischen Merkbefund vorhanden sind. Zu langes Abwarten mit der Gefahr einer durch häufig notwendige Transfusionen vermehrten Sensibilisierung oder dem Entstehen einer septischen Agranulozytose kann denn den möglichen Erfolg zusätzlich gefährden bzw. den Eingriff unmöglich machen.

Die Methode der Knochenmarktransplantation wurde und wird auch zur Behandlung von therapierefraktär gewordenen akuten Leukosen eingesetzt. Die Verhältnisse liegen hierbei wesentlich komplizierter. Die „Konditionierung“ des Patienten muß neben der hochdosierten zytostatischen Behandlung noch durch eine Ganzkörperbestrahlung ergänzt werden. Bislang sind die Erfolge – prozentual gesehen – noch deutlich geringer als bei der Behandlung der Panmyelopathie. In Einzelfällen sind jedoch leukämiefreie Überlebenszeiten über einen längeren Zeitraum bis zu fünf Jahren beobachtet worden, jedoch auch Rezidive nach geglückter Transplantation in einem Zeitraum bis zu drei Jahren wurden beschrieben. Die vielschichtige Problematik der Knochenmarktransplantation bei akuten Leukosen soll hier nicht weiter besprochen werden. Mit der Weiterentwicklung der Methode ist jedoch auch hier für Leukosen nach Rezidiv unter bestimmten Voraussetzungen mit einer zunehmend erfolgreichen therapeutischen Anwendung der Knochenmarktransplantation zu rechnen.

Wesentlich günstiger stellt sich die Anwendung der Knochenmarktransplantation bei angeborenen schweren kombinierten Immundefekten dar. Die betroffenen Kinder sterben innerhalb der ersten zwei Lebens-

Vitacobal®

zur hochdosierten oralen **B12** Therapie bei

- psychischen Erschöpfungszuständen
- Neuropathien
- Vitaminsubstitution bei Antibiotikatherapie
- perniziöser Anämie

1 Kapsel enthält:

Hydroxocobalaminacetat (Vitamin B ₁₂ Depot)	350 µg
Vitamin-B ₁ -nitret	60 mg
Pyridoxinhydrochlorid (Vitamin B ₆)	100 mg
Nicotinsäureamid (Vitamin PP)	20 mg
Dimethylaminoäthanol- bitertret (DMAE)	30 mg



Wirkungsweise

Vitacobal enthält Vitamin B₁₂ Depot so hoch dosiert, daß selbst bei völligem Intrinsic-Faktor-Mangel und unter ungünstigen Resorptionsbedingungen durch die passive Diffusion der Tagesbedarf sicher gedeckt werden kann. Demit wird z. B. auch eine Perniziosa der oralen Behandlung zugänglich.

Vitacobal aktiviert den Zellstoffwechsel von Gehirn, Herzmuskel und Peripherie. Es gleicht das altersbedingte und bei bestimmten Diätformen bestehende Vitamindefizit aus. Es bessert die Konzentrations- sowie Merkfähigkeit und erhöht die psycho-physische Belastbarkeit. Für die Leber besitzt es eine Schutzwirkung, fördert die Peranchymregeneration und beschleunigt die Entgiftungsvorgänge. Bei Neuralgien unterstützt der Vitamin-B-Komplex die Wirkung von Analgetika.

Indikationen:

Erschöpfungszustände und Altersbeschwerden: Schnelle Ermüdbarkeit, reduzierter Allgemeinzustand.

Neuropathien: Als Adjuvans zu Analgetika bei Neuralgien, Neuritiden, Migräne und Herpes zoster.

Hepetopathien und Vitaminsubstitution bei Antibiotikatherapie: Posthepatitis-Syndrom, latente Leberinsuffizienz.

Anämie: Perniziosa.

Kontraindikationen

Grand mal Epilepsie.

Dosierung

Im allgemeinen genügt 1x täglich 1 Kapsel Vitacobal nach einer Mahlzeit. Die Dosierung kann unbedenklich erhöht werden. Vitacobal wird gut vertragen und sollte über einen längeren Zeitraum eingenommen werden, bei der Perniziosa deumend.

Packungen

20 Kapseln	10,60 DM
50 Kapseln	24,60 DM
Klinikpackung mit 250 Kapseln	

Apothekenpflichtig

SIEGFRIED
ARZNEIMITTEL
SÄCKINGEN



jahre, wenn ihr humoraler und zellulärer Immundefekt nicht korrigiert wird. Diese Korrektur kann durch transplantiertes Mark erreicht werden, wobei der bestehende Immundefekt die immunsuppressive „Konditionierung“ des Patienten erübrigen läßt. Knapp 30 erfolgreiche immunologische Rekonstitutionen sind bislang mitgeteilt. Auf die besondere Strategie und auch auf die hier vorhandene Problematik, insbesondere in der ersten Phase nach Geburt und die Schwierigkeiten, geeignete Spender zu finden, kann jedoch hier im einzelnen nicht eingegangen werden.

Zusammenfassend und abschließend muß festgehalten werden, daß

in der Methode der klinischen Knochenmarktransplantation eine neue Therapiemöglichkeit gegeben ist. Das Verfahren stellt heute noch insgesamt ein erhebliches Unterfangen dar, wobei das Gelingen an viele Voraussetzungen gebunden ist. Trotz der noch vorhandenen Schwierigkeiten bietet die Knochenmarktransplantation die Möglichkeit, hämatologische und immunologische Erkrankungen des Kindesalters von bislang infauster Prognose mit Aussicht auf Erfolg zu behandeln.

Literaturhinweise:

FLOERSHEIM, G. L. und STORE, R.: Knochenmarktransplantation bei aplastischen Anämien und akuten Leukämien. *Schweiz. med. Wochr.* 104, 3, 1974.

STORE, R.: Knochenmarktransplantation bei Panmyelopathie. *Blut* 30, 229, 1975.

THIERFLOER, S.: Experimental bone marrow transplantation. *Blut* 30, 1, 1975.

THOMAS, E. D., STORE, R., CLIFT, R. A. et. al.: Bone marrow transplantation. *New Engl. J. Med.* 292, 832, 1975.

Anschrift der Verfasser:

Dr. med. G. F. Wündisch, Kinderklinik und Poliklinik Schwabing der Technischen Universität München, Kölner Platz 1, 8000 München 40

Dr. med. H. J. Kolb, Institut für Hämatologie der Gesellschaft für Strahlen- und Umweltforschung mbH, Landwehrstraße 61, 8000 München 2

Langzeittherapie beim instabilen Diabetes mellitus *

von W. Gross und H. Zöllner

Aus der Medizinischen Poliklinik der Universität Würzburg (Direktor: Professor Dr. H. Franke)

Dr. Robert Schindlbeck zum 65. Geburtstag gewidmet

Die Abmagerung ist das älteste phänomenologische Kriterium des juvenilen Diabetes-Typs. Wegen der besseren Behandlungsmöglichkeit wird sie heute nicht mehr im gleichen Maße beobachtet wie in früheren Jahren. Die Fettleibigkeit gehört nicht zum Prototyp dieser Diabetesform. Die diabetische Stoffwechselstörung des Jugendlichen setzt gewöhnlich — durch Infekte provoziert — spontan ein. Auch akute Belastungen können zu einer erheblichen Verschlimmerung führen. Das erste auffällige Symptom ist daher häufig ein ketoazidotisches Koma. Diese Diabetesformen sind sofort als insulinempfindlich einzugliedern. (Tab. 1). Der Stoffwechsel ist relativ instabil, insbesondere in der Pubertät. Er ist durch Neigungen zu hypoglykämischen Zuständen gekennzeichnet. Häufiger als bei den anderen Formen resultiert daher gerade auf-

grund der Untergewichtigkeit eine Ketose. Schon nach fünf- bis zehnjähriger Krankheitsdauer kommen die ersten vaskulären Komplikationen in Form der diabetischen Mikroangiopathie zur Beobachtung.

Der Diabetes mellitus des Kindes ist eine relativ seltene Erkrankung und ist zahlenmäßig mit etwa ein Prozent der Diabetesmanifestationen in diesem Alter aufzufassen (Hürter). Auch hier sind die gleichen Kriterien wie beim juvenilen Typ zu beobachten. Es ist nicht das absolute Alter bei dieser Nomenklatur anzusetzen, sondern das Alter im Zeitpunkt des Auftretens der Symptome der Stoffwechselstörung. Der juvenile Typ umfaßt bereits zehn bis 20 Prozent der Diabetiker. Nach der Definition der WHO (1965) sind hier alle Fälle einzuordnen, die Insulin-bedürftig sind und eine Ketoseneigung haben.

Dieser Typ des Diabetes mellitus ist geradezu klassisch für die drei Säulen der Therapie, die Joslin beschrieben hat:

1. Diät
2. Insulin
3. Bewegung

Die Labilität des Diabetes mellitus tritt symptomatisch bei Infekten, bei Krankheiten der Verdauungsorgane und in Kombination mit endokrinen Störungen auf. Bei den exogenen Schwankungen sind vor allen Dingen Fehler in der Behandlung des Diabetes mellitus, z. B. Diät, iatrogenen Insulinismus und die mangelnde Kooperation des Patienten, zu berücksichtigen. Als labil wird ein Insulin-abhängiger und Insulin-empfindlicher Diabetes mit rasch wechselndem Verhalten des Kohlenhydrat-Stoffwechsels bezeichnet. Erkennbar ist dies an den Schwankungen der Glykämie (des Blutzuckers), der Glukosurie und der Ketonurie. Diese Erscheinungen können von Tag zu Tag und auch im Verlauf des Tages wechseln. Von einigen Autoren wird daher der labile Diabetes mellitus auch mit dem Begriff des Brittle-Diabetes gleichgesetzt. Ande-

*) Vortrag entliehen der 15. Tagung der Vereinigung der Fachärzte für Innere Medizin Bayern e. V. in München.

Die Referate dieser Veranstaltung werden in Band 41 der von der Bayerischen Landesärztekammer herausgegebenen Schriftenreihe veröffentlicht.

Der Erfolg einer lokalen Kortikoidtherapie wird entschieden:

1.

durch die Indikation

Entzündliche und allergische Hauterkrankungen jeder Art. Allergische und toxische Dermatitis, akute und chronische Ekzeme, Neurodermitis, Psoriasis vulgaris, Lichen ruber, Intertrigo.

2.

durch das Kortikoid

KABAN enthält das biologisch hochaktive Clocortolon, das chemisch dem körpereigenen Corticosteron nahesteht. Die Sofortwirkung und der Depoteffekt werden erreicht durch zwei unterschiedlich schnell resorbierbare Ester.

3.

durch die Salben- grundlage

Die Wahl einer gut verträglichen Salbengrundlage ist oft wichtiger als das „differente“ Heilmittel. (Kuschinsky)
KABAN Salbe und Creme sind hautadäquat, phasenadäquat und tiefenadäquat, mit optimaler Wirkungsentfaltung am Ort des krankhaften Geschehens.

darum **Kaban**[®] Salbe/Creme
für die erfolgreiche Ekzemtherapie

Zusammensetzung:

1 g Salbe bzw. 1 g Creme enthält: 1 mg Clocortolon-21-trimethylacetat, 1 mg Clocortolon-21-capronat, 25 mg Clemizolhexachlorophenat.

Indikationen: siehe oben

Kontraindikationen:

Variöle, Varizellen, Vekzinationsreaktionen, spezifische Hautprozesse (z. B. Haut-Tbc, Lues).

Dosierung:

Salbe oder Creme braucht täglich nur einmal dünn aufgetragen oder einmassiert zu werden. In schweren Fällen empfiehlt es sich, in den ersten Tagen die Applikation morgens und abends vornehmen zu lassen.

Zur Beachtung:

Bei großflächiger Anwendung, unter Okklusivverbänden sowie bei Säuglingen und Kleinkindern unter Windeln und Plastikhöschen bzw. im Bereich starker Heutellen ist wegen der Möglichkeit einer vorübergehenden Resorption systemisch wirkender Kortikoidmengen und einer evtl. Störung der Wärmeregulation Vorsicht angezeigt. Hier nach Möglichkeit nicht länger als maximal 3 Wochen behandeln!

Hinweis:

Wie bei anderen hochwirksamen Kortikoid-Externa können bei Anwendung über sehr lange Zeit in seltenen Fällen Nebenwirkungen wie Striae, Hautatrophien, Teleangiectasien und Hypertrichosen auftreten. Bei einer Dauertherapie ist darauf zu

achten und das Präparat gegebenenfalls abzusetzen. Bei mykotischen und starken bakteriellen Infektionen ist eine adäquate zusätzliche Therapie erforderlich!

Handelsformen:

Salbe und Creme
Tube mit 10 g
Tube mit 30 g
Tube mit 50 g

(Preise II. A. T.)

5,50 DM
13,20 DM
19,80 DM

ASCHE

2 HAMBURG 50 · POSTFACH 50 01 32

Charakteristische Merkmale der klinischen Haupttypen des primären Diabetes

Prototyp	Juveniler Typ	Erwachsenen-Typ
Bevorzugtes Manifestationsalter	Kindes- bis Jugendalter (meist < 25 Jahre)	mittleres bis höheres Alter (meist > 40 Jahre)
Beginn	akut oder subakut	meist allmählich
Klassische Symptome (Polydipsie-Polyurie)	vorhanden	fehlen häufig
Körpergewicht	häufig Untergewicht	meist Übergewicht
Stoffwechselverhalten	instabil	stabil
Ketoseneigung	ausgeprägt	selten, passager
Insulinempfindlichkeit	deutlich	vermindert
Insulin im Pankreas und Serum	fehlt oder minimal	subnormal bis erhöht
Reaktion auf Betytrotrope Sulfonamide	fehlt	deutlich
Vorherrschende Angiopathie	Mikroangiopathie	Arteriosklerose (oft bei Beginn)

Tabelle 1
(nach K. Jahnke)

re Autoren identifizieren den Brittle-Diabetes mit dem instabilen Diabetes. Eine dritte Gruppe beschränkt die Bezeichnung dieser Form auf nicht näher definierbare Faktoren. Der Brittle-Diabetes ist selten. Seine Häufigkeit wird auf etwa zwei Prozent der instabilen Diabetesformen geschätzt. Mit dem Auftreten einer Labilität der Stoffwechselstörung ist bei 10 bis 20 Prozent der Insulin-abhängigen Diabetiker zu rechnen. Derartige Beobachtungen machen wir vornehmlich bei kindlichen und jugendlichen Diabetikern, aber auch in jedem Alter können entsprechende Beobachtungen gemacht werden. Die Patienten dieser Gruppe zeichnen sich neben ihrer Grauzitität durch eine emotionale Labilität aus. Im allgemeinen rechnet man mit einem frühzeitigen Auftreten von Neuropathien, wogegen spät-diabetische Gefäßkomplikationen seltener sind. Es ist also eine Diabetesform, die auf kleine Änderungen der Insulindosis sowie auf relativ geringe exogene und endogene Belastungen anspricht (Tab. 2). Der Blutzucker verhält sich entsprechend wechselnd. Häufig ergibt sich als Ursache ein Fehler in der Nahrungsverteilung oder auch in der Führung des Diabetikers. Hier muß auf eine entsprechende ausgewogene Nahrung geachtet werden. Ein Hauptaugenmerk ist der Hyperinsulinierung zu widmen. Es muß beachtet werden, daß bei einem entsprechenden Insulinangebot der Blutzucker nicht so stark gesenkt wird, da dann die Gegenregulation des Organismus über-

schießend antwortet. Zur besseren Ausnützung der Glukose können Biguanide erforderlich bzw. hilfreich sein. Liegen bereits Sekundärschäden vor, sind Infekte und weitere Leiden (z. B. Niere, Lunge) besonders zu behandeln. Es muß vor allen Dingen darauf hingewiesen werden, daß bei jugendlichen der Insulinbedarf wechselnd sein kann, weil die körperliche Belastung unterschiedlich ist, wie wir es bei Studenten während der Semesterferien oder besonderer psychischer Belastung, z. B. im Examen, sehen.

Die Indikation zur Insulintherapie ergibt sich aus der Ketoazidose oder im Coma diabeticum, ferner ist der Erwachsenen-Diabetes mit vor dem 40. Lebensjahr auftretenden Symptomen in der Regel Insulin-bedürftig. — Weiterhin muß die instabile mit oralen Antidiabetika nur unzurei-

chend einstellbare Zuckerkrankheit älterer Patienten und der Erwachsenen-Diabetes im höheren Lebensalter bei Nachlassen der Wirkung der oralen Antidiabetika berücksichtigt werden. Es handelt sich also hierbei um die sogenannten Primär- oder Sekundärversager. — Eine einheitliche Beurteilung der Insulinwirkung ist nur schwer möglich. Sie hängt einerseits vom Grad der Stoffwechselstörung ab, andererseits kann sie auf das verwendete Insulin bezogen werden. Kleinere Mengen Insulin haben eine kürzere Wirkungsdauer als größere. Hierbei sei besonders darauf hingewiesen, daß eine zweizeitige Insulingabe (morgens und abends) das Blutzuckerniveau besser ausgleichen kann. Auch der Injektionsort kann die Insulinwirkung beeinflussen, was allerdings außerordentlich selten ist. Resorptionsunterschiede hinsichtlich der Resorptionsgeschwindigkeit sind bei subkutaner und intramuskulärer Injektion verneint worden, so daß beide Applikationsarten gleichwertig sind. Üblich ist im allgemeinen die subkutane Injektion. In Analogie zum Altersdiabetes bessert sich auch die Stoffwechsellage Zuckerkranker in jüngeren Jahren in Abhängigkeit vom Gewicht, d. h. bei Gewichtsabnahme (Abb. 1).

Seit der Kenntnis des Insulins und seiner therapeutischen Anwendung sind auch allergische Hautreaktionen bekannt. Im allgemeinen werden diese Reaktionen auch auf eine Verunreinigung der Insulinpräparate zurückgeführt. Es ist bis heute nicht gelungen, trotz vollendeter Reinigungstechniken diese Wirkungen vollkommen aufzuheben. Theoretisch können diese Reaktionen durch den „Pankreasextrakt“ Insulin, durch Resorptionsverzögerer, Desinfizienzien, Lösungsmittel, Lösungsstabil-

Ätiologische Einteilung des labilen Diabetes mellitus

Sekundär-labiler Diabetes

- a) symptomatisch bei
 - Infekten
 - Krankheiten der Verdauungsorgane
 - Endokrinopathien
- b) Exogen-induziert bei
 - Fehlern der Behandlung und Führung des Diabetes, insbesondere: iatrogenen Hyperinsulinismus
 - mangelnder Kooperation des Patienten

Primär (endogen)-labiler Diabetes
Brittle-Diabetes

Tabelle 2
(nach K. Jahnke)

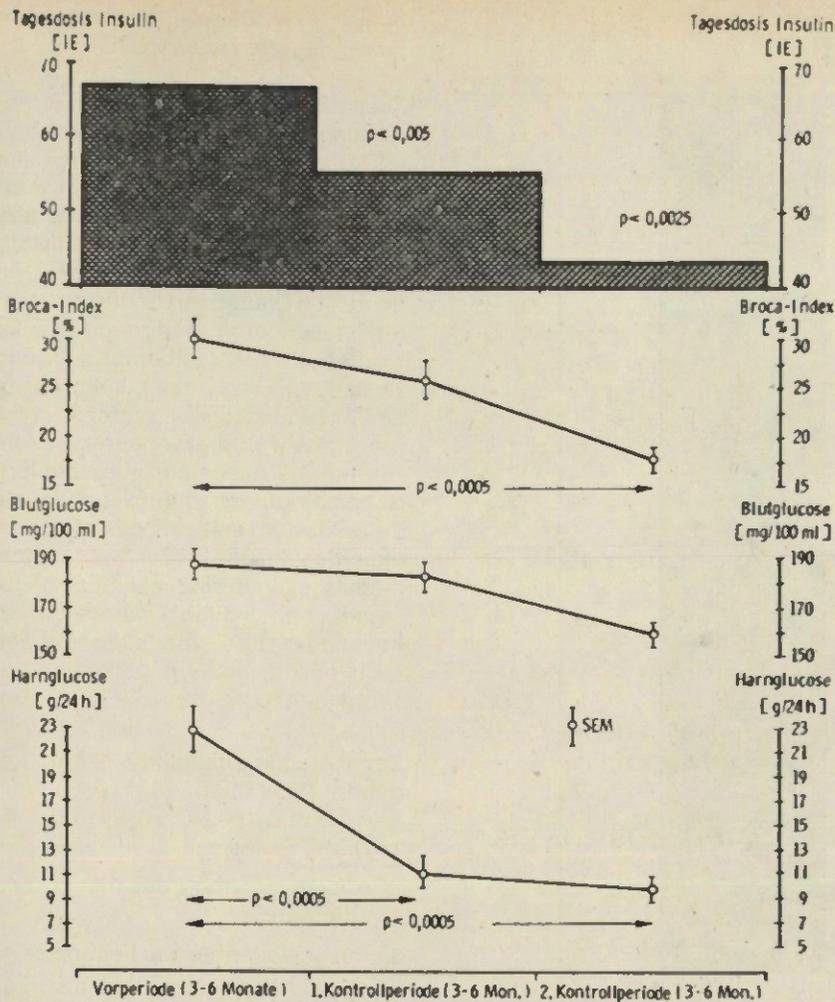


Abbildung 1
Einfluß der Gewichtsreduktion auf die Stoffwechsellage und den Insulinbedarf bei 77 übergewichtigen Erwachsenenendiebetikern (aus W. Kunkel und Mitarbeiter, Medizinische Welt, 23, 1973, 679)

satoren und Reinigungsmittel verursacht werden. Nach der älteren Literatur rechnet man zwischen 10 und 55 Prozent solcher allergischer Reaktionen.

Generalisierte Hauterscheinungen werden nur in 0,3 bis 0,4 Prozent beobachtet. Liegt dagegen eine Insulinresistenz vor, so ist dies im allgemeinen allein aufgrund der hohen Werte des Bedarfs an Insulin auffallend. — Insulin und Insulinresistenz mit und ohne Hautreaktionen können auch zu einem späteren Zeitpunkt gemeinsam auftreten. Dies ist um so mehr der Fall, wenn zeitweilig eine Insulintherapie unterbrochen wurde. Häufiger als diese Erscheinungen sind Spätreaktionen an der Injektionsstelle. Die Insulinresistenz wird mit ca. sechs Prozent geschätzt. Hierzu rechnen auch die gelegentlich bei hohen Dosen von Insulin auftretenden Störungen des Wasserhaushalts.

Beispiele für exogene Labilität

Bei einem ca. 30jährigen Mann, der mit zwei Injektionen eines Verzögerungsinsulins eine ausgewogene Stoffwechsellage bot, kam es im Verlauf der Erkrankung zu erheblichen Schwankungen der physischen Leistungsfähigkeit und des Zuckerstoffwechsels. Die erneute Erhebung der Anamnese zeigte dann Änderungen der beruflichen Tätigkeit. Während des Winters und im Frühjahr war die Stoffwechsellage ausgeglichen, jedoch während der übrigen Jahreszeit, wenn schwere landwirtschaftliche Arbeiten zu leisten waren, kam es zu hypoglykämischen Zuständen wechselnden Ausmaßes. Führend waren dann Sehstörungen, so daß bei einer Maschinenarbeit die Zustände rechtzeitig erkannt wurden und durch eine vorgezogene Mahlzeit behoben werden konnten. Wurde dagegen mechanisch Handarbeit verrichtet, so kam es zu den klassi-

schen Symptomen der Hypoglykämie mit Bewußtlosigkeit. In Abhängigkeit von der zu erwartenden Arbeitsleistung stellten wir die Insulindosis individuell ein, damit ein ausreichender Blutzuckerspiegel gewahrt werden konnte. Bei entsprechender Einsicht des Patienten läßt sich dies gut durchführen. Eine andere Schwierigkeit sind Emotionen, wie sie z. B. vor dem Abitur oder während einer Prüfung auftreten können. Hier bewährten sich uns leichte Tagessedativa, um damit insgesamt die vegetative Reaktionslage zu bremsen und das Blutzucker-Tagesprofil auszugleichen. — Wie schon oben ausgeführt, bewährt sich die zweimalige Injektion von Verzögerungsinsulinen auch in solchen Fällen.

Die Kontrolle derartiger Stoffwechsellagen erfolgt am besten durch Blutzucker-Tageskurven. Sollte dies nicht möglich sein, so wäre der Harn in getrennten Portionen unter Berücksichtigung des postprandialen Morgenblutzuckers zu überprüfen. Erhöhte morgendliche Blutzuckerwerte können auch als Zeichen nächtlicher Hypoglykämien mit reaktiver Erhöhung des Blutzuckers gewertet werden. Wenn Schlafstörungen auftreten, dann ist das reaktive Geschehen auf eine nächtliche Hypoglykämie zurückzuführen. Häufig findet sich dann auch ein zuckerfreier Morgenharn. — Ein weiterer Fehler, der einen instabilen Diabetes mellitus vortäuscht, ist auch ein zu langer Abstand zwischen morgendlicher Insulininjektion und der ersten Mahlzeit. Wir erlebten es, daß dieser Zeitraum durch eine Tätigkeit ausgefüllt wurde und Hypoglykämien die Folge waren. Da es verschiedentlich bei diesen Zuständen zu Frakturen der Arme kam, wurde ursprünglich eine vermehrte Fragilität des Skelettsystems vermutet und daher die Einweisung veranlaßt.

Tritt die Labilität des Blutzuckers postoperativ auf oder ist durch eine schwerere Erkrankung die Zuckerkrankheit kompliziert, so empfiehlt sich die Umstellung auf sogenanntes Altinsulin.

In den letzten Jahren hat man versucht, durch einen höheren Reinheitsgrad des Insulins der Situation des instabilen Diabetes mellitus zu begegnen (Abb. 2). Zu erwähnen sind ferner Insulinallergien und Insulinresistenzen. Die Zahl derartiger Zustände ist aber außerordentlich

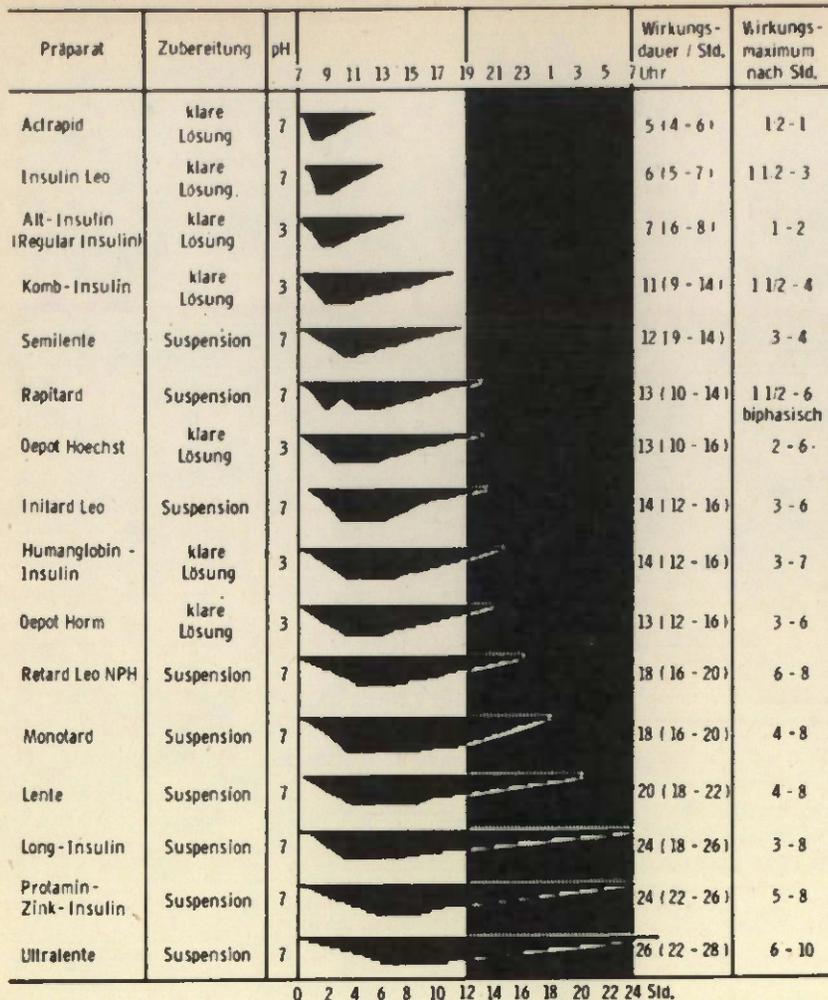


Abbildung 2
Synopsis von Zubereitung, Wirkungsdeuer und Wirkungsmaximum der 1974 verfügbaren Insulinpräparationen
(nach K. Schöffling, R. Müller, Handb. d. exp. Pharmakologie, Band 321, herausgegeben von E. Dörzbech, Springer, Berlin, 1971)

gering, wenn die oben angegebenen Kriterien der ausgewogenen Diät und der ausgewogenen Insulinierung sowie der körperlichen Bewegung beachtet werden.

So berichteten Court und Mitarbeiter, daß gehäufte hypoglykämische Reaktionen bei 132 Kindern gut beherrscht werden konnten, wenn Verzögerungsinsuline vom Typ des Ra-

pitard- bzw. Depot-Insulin-Acta-Rapitard gegeben wurden.

Zusammenfassend darf unter Heranziehung der Arbeiten von Mehnert (1975) ausgeführt werden, daß die Behandlung des Diabetikers auch heute noch nichts von ihrer Bedeutung verloren hat. Schwer einstellbare Insulinmangeldiabetiker (jugendliche Diabetiker) bedürfen unserer besonderen Führung. Häufig werden sie auch „überspritzt“, und zwar dann, wenn das Insulin nur in einer Tagesdosis verabfolgt wird. Hierdurch wird die Gegenregulation, wie bereits ausgeführt, übersteuert. Nebenwirkungen dürfen keinesfalls Veranlassung sein, bei einem Diabetiker das Insulin abzusetzen. Intermediärinsuline sind am besten geeignet, den labilen Diabetestyp zu behandeln und vor allen Dingen auch nächtliche Hypoglykämien zu vermeiden.

Der instabile Diabetiker bedarf folgender Richtlinien:

1. Diät
2. Ausgewogenheit der Insulin-Verabfolgung
3. Ausgewogenheit der Lebensweise
4. Psychische Führung, die eventuell durch entsprechende Medikamenten unterstützt werden sollte

Literatur beim Verfasser.

Anschrift der Verfasser:

Professor Dr. med. W. Gross und Privatdozent Dr. med. H. Zöller, Medizinische Poliklinik der Universität Würzburg, Klinikstraße 8, 8700 Würzburg

Solidago® >Dr. Klein<

Glomeruläre Nephropathien · Chronisch renale Hypertonie · Entzündungen und Spasmen der Harnwege

Zusammensetzung: Extr. fl. Herb. Solidag. virg. 50 g, -Potentill. anserin. 17 g, Rad. Rub. tinct. 15 g, -Equiset. erv. 12 g, Fruct. Petrosel. sat. 5 g; Ol. Junip. 1 g.

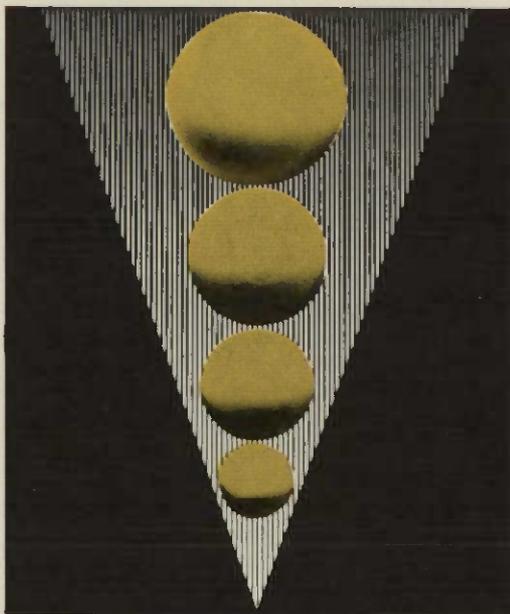
Dosierung: Bei mittlerer Dosierung 3 x täglich 20 Tropfen in etwas Flüssigkeit.

Handelsform und Preise (Incl. MwSt.): 20 ml 6,20 DM, 50 ml 12,45 DM, 100 ml 20,95 DM

Dr. Gustav Klein · Arzneipflanzenforschung · 7615 Zell-Harmersbech/Schwarzweid



Der Lipid-Senker



Lipo-Merz[®]

mit der Monosubstanz Etofibrat^{DBP} unübertroffen wirksam

Die rasche und nachhaltige Senkung von Cholesterin und Triglyzeriden – auch bei Patienten, die bereits mit anderen Präparaten vorbehandelt waren – ist eindrucksvoll.
Beweis: Größte europäische Feldstudie, die bisher für einen Lipidsenker durchgeführt wurde.

Quellenangabe:

Kaffarnik, H., Schnelder, J., Haase, W.: Multizentrische Studie über Etofibrat, Fortschritte der Medizin, im Druck.

Zusammensetzung: 1 Kapsel enthält: 300 mg Etofibrat I.N.N. = 2-(p-Chlorphenoxy)-2-methyl-propionsäure-[2-(nicotinoyl-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; Anglo- 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 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:

100 Kapseln DM 34,85 m. MWST.
Anstaltspackung 500 und 1000 Kapseln



Merz + Co.
Chemische Fabrik
6000 Frankfurt/M.
Eckenheimer Landstraße 100

Amputation oder Resektion beim Mastdarmkrebs *

von W. Schellerer

Aus der Chirurgischen Klinik mit Poliklinik der Universität Erlangen-Nürnberg (Direktor: Professor Dr. med. G. Hegemann)

Die Krebsgeschwulst des Rektums ist nur durch operative Entfernung heilbar. Bestrahlung und Chemotherapie sind keine kurativen Behandlungsmethoden. Dabei muß sich der Chirurg zwischen Amputation mit Dauer-Anus praeter oder Resektion mit erhaltenem kontinenten After entscheiden. Dies ist ein schwerwiegender Schritt, denn ein Anus praeter ohne zwingende Indikation bedeutet eine unverantwortbare Verstümmelung. Andererseits kann es dem Patienten das Leben kosten, wenn ein Anus praeter dort unterlassen wird, wo er notwendig ist.

Unter Rektum verstehen wir die untersten 16 cm des Dickdarmes. Zur Höhenlokalisation der Geschwulst unterscheiden wir nach der Viererregel:

- 4 cm analer Kanal (begrenzt durch die Ausdehnung des Sphinkter internus)
- 4 cm unteres,
- 4 cm mittleres und
- 4 cm oberes Rektumdr Drittel

Lymphogene Ausbreitung

Die *Kohlrausche Falte* liegt 8 cm hoch im Rektum und ist für den Lymphabfluß eine Wasserscheide. Wie *Westhues* (1934), *Gabriel, Dukes* und *Bussey* (1935) gezeigt haben, erfolgt die Lymphdrainage oberhalb 8 cm ausschließlich nach kranial. Sehr selten, nur bei Blockade durch kranial gelegene, tumorbehaftete Lymphknoten gibt es auch eine nach kaudal gerichtete Metastasierung.

Tumoren unterhalb der 8 cm hoch gelegenen *Kohlrauschen Falte* metastasieren auch hauptsächlich nach oben; zusätzlich aber mit der *Arteria haemorrhoidalis media* und *inferior* nach lateral in das Gebiet der *Hypogastrica* und nach kaudal bis in die Lymphknoten der Leistenbeuge.

Stuhkontinenz

Eine sphinktererhaltende Resektion ist nur dann sinnvoll, wenn eine ausreichende Stuhkontinenz erwartet werden kann.

Die Erhaltung von Dehnungsrezeptoren in der Wand des unteren Rektums zwischen 4 und 8 cm ist entscheidend für eine gute Reservoirfunktion durch Selbstadaptation der glatten Muskelwand an die zunehmende Kotfüllung. Die Schonung der Dehnungsrezeptoren in der Puborectalissschlinge und die Sensibilität des Epithels des analen Kanals sind wichtig, da nur so ein willkürlicher Sphinkterschluß durch *Externus* und *Levator* Muskulatur erreicht werden kann. Die Reservoirfunktion des Rektums vermindert sich, je tiefer reseziert wird, weil damit die Mobilisation mit Entnervung der glatten Rektummuskelwand nach kaudal geht. Da die Puborectalissschlinge das wichtigste Element des willkürlichen Sphinkterschlusses ist, hat man bei Resektionen oberhalb der Puborectalissschlinge eine bessere Kontinenz zu erwarten als bei tiefer gelegener Anastomose.

Amputation oder Resektion?

Die von *Miles* vorgeschlagene Amputation mit Wegnahme der *Levatores* und des ganzen Enddarmes sowie des kranialen Abflußgebietes bleibt unbestritten die Methode der Wahl für alle Tumoren unterhalb von 6 bis 8 cm, gerechnet von der Anokutangrenze. Die Amputation unter Mitnahme der kranialen und lateralen Paraproktien kann abdominoperineal oder perineo-abdominal oder auch synchron kombiniert durch zwei Operationsteams erfolgen. Früh- und Spätergebnisse sind bei diesen drei Methoden vergleichbar gut. Wir bevorzugen das synchrone Vorgehen und beginnen mit dem abdominalen Akt, denn hierbei ist die intraperitoneale Situation, wie Lebermetastasen, peritoneale Aussaat, inkurable Penetration in Nachbarorgane, zunächst abzuklären. So kann die Entscheidung Amputation oder Resektion nach Mobilisation

und Entfaltung des Rektums sicher getroffen werden.

Der Anus praeter belastet den Patienten lebenslang mit unfreiwilligem Kot- und Windabgang. Seit Jahrzehnten haben Chirurgen versucht, eine kontinente Kolostomie zu schaffen. Zur Lösung dieses Problems haben wir an der Erlanger Klinik einen neuen Weg beschritten und einen luft- und wasserdichten Magnetverschluß der Kolostomie entwickelt (1). Hierbei wird ein Magnetring subkutan vor der Muskelfaszie implantiert. Der durch diesen Ring nach außen geleitete Kolostumpf wird vier Wochen nach der Operation von einem magnetischen Deckel luft- und wasserdicht verschlossen.

Bei Tumoren oberhalb 12 cm ist die Resektion statt der Amputation heute allgemein üblich und nach pathologisch-anatomischen Befunden eine ebenso gute Krebsoperation wie die Amputation. Strittig bleibt das mittlere Rektumdr Drittel zwischen 8 und 12 cm (Abb. 1). Hier ist eine Resektion häufiger angezeigt, als dies bisher allgemein üblich war.

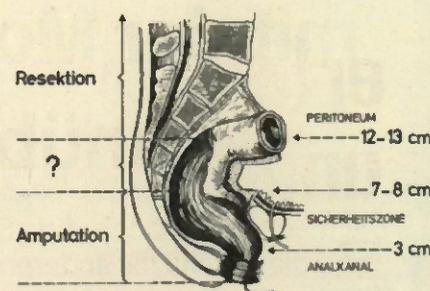


Abbildung 1
Amputation oder Resektion beim Rektumkarzinom?

Die Tendenz an unserer Klinik von der Amputation weg zur Resektion ist auf Abbildung 2 zu erkennen. Heute resezieren wir 60 Prozent aller Rektumkarzinome. Wenn rektal-digital die Geschwulst gerade mit dem Finger erreichbar ist, werden wir eine sphinktererhaltende Resektion versuchen. Die Resektion wird von uns nur als sogenannte anteriore Resektion nach *Dixon*, also durch alleinige Laparotomie vorgenommen.

*) Nach einem Vortrag, gehalten beim 18. Gastroenterologischen Informationskurs in München.

Hohe
Resorptionsquote
schneller
Wirkungseintritt
therapiegerechte
Abklingquote
beste
Verträglichkeit—
macht es den Patienten leicht,
die Dosierungsrichtlinien
konsequent einzuhalten.

Jetzt
auch
Novodigal
Tropfen

Novodigal®

erfolgreiche Therapie bei allen Graden und Formen der Herzinsuffizienz

Indikationen Klassische Aufwärtigungs- und Erhaltungstherapie jeder Herzmuskelschwäche mit oder ohne Frequenz- oder Rhythmusstörung. Absolute Tachyarrhythmie bei Vorhofflimmern. Supraventrikuläre paroxysmale Tachykardie. Frühdigitalisierung bei latenter bzw. Belastungs Herzinsuffizienz. Vorsorge-Digitalisierung bei alternden Menschen. Prä-, Intra- und postoperative Digitalisierung.

Kontraindikationen Absolut: Glykosidintoxikation, eitriventrikuläre Leitungsstörungen, paroxysmale Ventrikeltachykardie, idiopathische hypertrophische subaortale Stenose, geplante Elektrokonversion. Relativ: Bradykardie Rhythmusstörungen, Kaliummangelzustände, Hyperkalzämie, Carotissinusyndrom.

Zur Beachtung Jede Herzglykosidtherapie kann - zumeist dosisabhängig - zu Nebenwirkungen, z. B. Erbrechen, Rhythmusstörungen und Sehstörungen führen, die nach Absetzen des Präparates oder Dosisreduzierung vollständig reversibel sind.

Bei glykosidempfindlichen Patienten, u. a. bedingt durch Elektrolytstörungen (gleichzeitige Diuretika- oder Laxantien-Gabe), Hypoxie, hormonelle Störungen, empfiehlt sich eine einschleichende Anfangsdosierung mit Novodigal «milde». Bei Niereninsuffizienz mit verminderter renaler Filtrationsrate ist der Glykosidbedarf reduziert.

Bei jeder Glykosidtherapie ist von parenteralen Kalziumgaben wegen der potenzierenden Wirkung abzusehen. In den Frühstadien der Schwangerschaft entscheidet - wie bei allen Medikamenten - die Dringlichkeit der Therapie.

Ob erkrankungs- oder behandlungsbedingte Situationen zu einer vorübergehenden Beeinträchtigung der Verkehrstüchtigkeit führen, ist fallweise zu entscheiden. Dosierte Hinweise entnehmen Sie bitte dem wissenschaftlichen Prospekt.

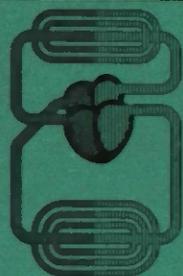
Handelsformen Novodigal Tabletten zu 0,2 mg 8-Acetyldigoxin. Packungen mit 50 Stück DM 5,90, 100 Stück DM 10,60. Anstaltspackungen

Novodigal Tropfen mit 0,1 mg 8-Acetyldigoxin in 10 Tropfen. Tropfflasche mit 30 ml DM 10,15, Anstaltspackung. Novodigal «milde» Tabletten zu 0,1 mg 8-Acetyldigoxin. Packungen mit 50 Stück DM 4,80, 100 Stück DM 8,50. Anstaltspackungen. Novodigal Ampullen zu 0,4 mg Digoxin 2 ml Packung mit 10 Stück DM 8,70, Anstaltspackung.

Nov 197

Belarsdorf AG · Unnastr. 48 · 2000 Hamburg 20

Aus dem
Herz-
Kreislauf-
Programm



PHARMA

HAMBURG

Neueste Literatur über klinische Erfahrungen mit Novodigal, seine hohe biologische Verfügbarkeit u. a., stellen wir Ihnen auf Wunsch gern zur Verfügung.

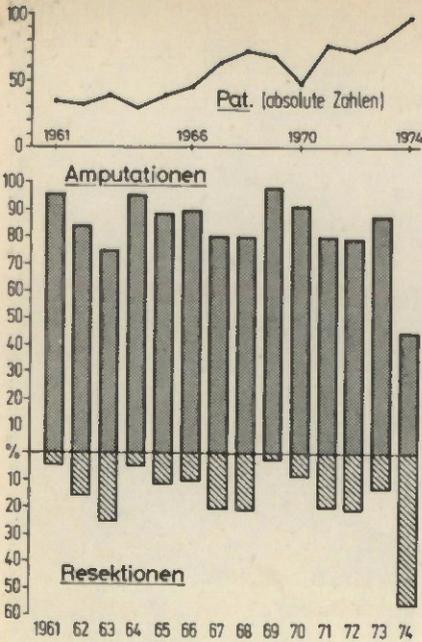


Abbildung 2
Rektumkarzinom-Operationen der Chirurgischen Universitätsklinik Erlangen (1961 bis 1974)

Andere Operationsmethoden

Die von *Madden* vorgeschlagene Koagulation des Tumors oder eine lokale Exzision etwa durch die heute aktuelle Rectotomia posterior nach *Mason* ist, wenn ein Anus praeter unbedingt vermieden werden soll, nur ausnahmsweise erlaubt. Nur bei kleinen polypoiden Tumoren, wenn der Tumor nicht exulzeriert und nicht unverschieblich gegenüber der Unterlage ist, darf diese Operation diskutiert werden.

Operationsergebnisse

Es liegen heute eindeutige Beweise dafür vor, daß die sphinktererhaltende Resektion im mittleren und oberen Rektumdrittel eine bessere Operation ist als die Amputation. Dies gilt unabhängig von der Größe

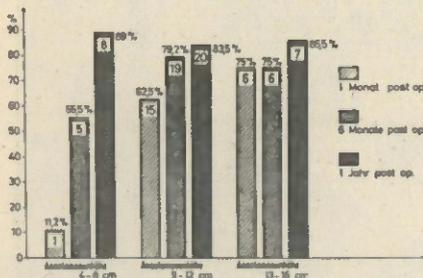


Abbildung 3*)
Entwicklung der Kontinenz nach Rektumresektion in Abhängigkeit von der Anastomosenhöhe (41 Patienten)

*) - Chirurgische Universitätsklinik Erlangen, 1975 -

des Tumors und für alle Krebsstadien.

Die Operationsletalität ist bei beiden Methoden gleich (6,5 Prozent) ebenso die Fünf- und Zehnjahresüberlebenszeit (2).

Die Kontinenz nach Rektumresektion ist besonders bei extrem tiefer Anastomose in den ersten Monaten öfters unzureichend (Abb. 3). Sie verbessert sich aber dann meist schnell, wie eigene Untersuchungen zeigen. Eine genaue Differenzierung des Kontinenzgrades unserer Patienten ergab, daß die meisten voll kontinent werden. Wenige haben eine ausreichende Teilkontinenz.

Nach Resektion treten weniger häufig Blasenstörungen auf (Abb. 4). Auch Störungen der Sexualsphäre fanden wir nach Resektion seltener als nach Amputation. Nach Amputation findet sich eine Zunahme an Erektionsstörungen um 39 Prozent, nach Resektion nur um 8,5 Prozent. Störungen des Sexuallebens bei Frauen sind nach Anlage eines Anus praeter psychisch bedingt und wesentlich häufiger feststellbar als nach der Resektion.

Lokalrezidiv

Lokalrezidive hängen nur von der primären Ausbreitung der Geschwulst und von der biologischen

AMPUTATION
(42 Pat. DA* 62,2 J)

RESEKTION
(45 Pat. DA* 61,7 J)

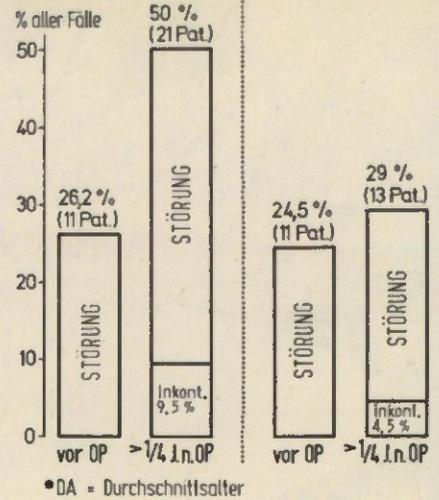


Abbildung 4*)
Blasenstörungen nach der Operation des Rektumkarzinoms

Wertigkeit ab, nicht von der Operationsmethode.

Beim Rektumkarzinom zeigen sich, unabhängig von der Operationsmethode, gleich häufig Beckenwandrezidive, und zwar in knapp 15 Prozent nach Amputation und 12 Prozent nach Resektion, bei *Dukes B*-Patienten. Im Stadium *Dukes C*, also bei Lymphknotenbefall, fanden wir häufiger Rezidive nach der Resektion (Tab. 1).

Einschränkend ist festzustellen, daß nach Resektion Rezidive bioptisch

Amputation n = 449 (1961 bis 1974)		Resektion n = 101 (1961 bis 1974)	
bis 1 Jahr	43 von 74 = 58 %	16 von 22 = 73 %	
bis 3 Jahre	70 von 74 = 94,5 %	20 von 22 = 90 %	

Tabelle 1*)
Die Zeitdauer zwischen Rektumkarzinom-Operation und Erkennung des Lokalrezidivs

Dukes	Amputation	Resektion
A	5 von 44 11,3 %	1 von 20 5 %
B	22 von 149 14,8 %	5 von 41 12,2 %
C	32 von 141 22,7 %	16 von 40 40 %
insgesamt	59 von 334 17,7 %	22 von 101 21,8 %

Dukes A: Der Tumor ist auf die muskuläre Wand des Rektums beschränkt
Dukes B: Der Tumor hat auf das Perirektum übergreifen, Metastasen fehlen
Dukes C: Die benachbarten Lymphknoten sind tumorbehaftet

Tabelle 2*)
Die Frequenz der Lokalrezidiva bei den verschiedenen patho-histologischen Befunden

zu sichern sind, nach Amputation meist nur klinisch. Dabei sind Kreuzschmerzen nach der Amputation pathognomonisch für ein Beckenwandrezidiv. Die Rezidive entwickeln sich zu 70 Prozent im ersten Jahr und zu 90 Prozent in den ersten drei Jahren nach der Operation (Tab. 2).

Jeder fünfte Patient, der eine anscheinend kurative anteriore Resektion im Stadium *Dukes B* und *C* erfahren hat, entwickelt später einen Darmverschluß durch das Rezidiv und muß schließlich doch noch amputiert werden und einen künstlichen Ausgang erhalten.

Rezidive nach Exstirpation eines Rektumtumors werden immer zu spät erkannt. Ein lokales Rezidiv nach Resektion hat auch bei später durchgeführter Amputation eine schlechte Prognose.

Bessere Ergebnisse sind, wie beim Rezidiv des Magenkrebses, nur dann zu erwarten, wenn das Rezidiv vor Auftreten klinischer Symptome frühzeitig erkannt wird. Um so etwas zu erreichen, muß nach Rektumresektionen im ersten Jahr monatlich, im zweiten Jahr alle drei Monate rektoskopiert werden. Wartet man zu, bis das Rezidiv klinische Symptome macht, ist die Prognose schlecht und nur 15 Prozent leben länger als fünf Jahre.

Operative Maßnahmen werden die Überlebenschance beim Rektumkarzinom wahrscheinlich nur noch unwesentlich verbessern. Ob eine zusätzliche Behandlung durch Strahlen oder Zytostatika weiterhelfen, ist in der Diskussion und derzeit noch nicht entschieden.

Der erfolgversprechende Weg, mehr Patienten mit Rektumkrebs zu retten, bleibt eine frühe Erkennung der Krankheit.

Eine solche Frühdiagnose ist mit den heute zur Verfügung stehenden Mitteln möglich und muß noch viel häufiger erreicht werden.

Literaturverzeichnis:

1. H. FEUSTEL und G. HENNIG: Kontinente Kolostomie durch Magnetverschluß. *Deutsch. Med. Wochr.* 19, 1975, 1063.

2. HEGEMANN, G.: Das Kolon- und Rektumkarzinom. 52. Tagung der Vereinigung der Bayerischen Chirurgen, München 16./19. 7. 1975.

Anschrift des Verfassers:

Privatdozent Dr. med. W. Schellerer,
Maximiliansplatz, 8520 Erlangen



Tonsilgon®

bei lymphatischen Reaktionen

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

Chronische Tonsillitis und chronische Pharyngitis

sind wichtige Indikationen in jedem Lebensalter

Basistherapeutikum bei lymphatischer Diathese und bei allen lymphatischen Reaktionen.

Zusammensetzung: 100 g enthalten 29 g Mazerat aus: Rad. Althae. 0,4 g, Flor. Chamomill. 0,3 g, Fruct. Cynosbat. 0,4 g, Herb. Equiset. 0,5 g, Fol. Jugland. 0,4 g, Herb. Millefol. 0,4 g, Cort. Querc. 0,2 g, Herb. Tarax. 0,4 g. - 1 Oragee enthält: Rad. Althae. 0,008 g, Flor. Chamomill. 0,008 g, Fruct. Cynosbat. 0,004 g, Herb. Equiset. 0,010 g, Fol. Jugland. 0,012 g, Herb. Millefol. 0,004 g, Cort. Querc. 0,004 g, Herb. Tarax. 0,004 g, Vitamin C 0,019 g. **Indikationen:** Lymphatische Diathese und ihre akuten Manifestationen (wie Tonsillitis catarrhalis, Pharyngitis lateralis); Schwellungen der Lymphknoten, besonders bei chronisch rezidivierenden Erkrankungen im Nasen-Rachenraum; Nachbehandlung nach Tonsillektomie. Chronische Racheninfekte. Zusatztherapie bei allen katarrhalischen Infekten. Zur Ergänzung der Chemotherapie. **Nebenwirkungen** wurden bisher nicht beobachtet. **Dosierung:** Zur Basistherapie gibt man Erwachsenen 3mal täglich 25 Tropfen oder 2 Oragees, Kindern 3mal täglich 15 Tropfen oder 1 Oragee über Wochen; bei akuten Katarrhen zunächst 5- bis 6mal täglich, nach Abklingen wieder 3mal täglich die gleiche Dosis 4 bis 6 Wochen lang.

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

BIONORICA KG · NÜRNBERG

Medizin und Recht *

von W. Weißbauer

Medizin und Recht stehen in vielfältigen engen Beziehungen zueinander. Es mag genügen, in diesem Zusammenhang die Bereiche der „Rechtsmedizin“ und des „Arztrechtes“ zu erwähnen.

Gleichwohl fällt es Ärzten und Juristen oft nicht leicht, sich der Gegenseite verständlich zu machen. Dafür gibt es viele Gründe. Allein schon die in den einzelnen Fachbereichen sich unterschiedlich entwickelnde Terminologie erschwert die Diskussion.

Vor allem aber gehen Juristen und Mediziner von weitgehend unterschiedlichen, ja sich diametral widersprechenden Denkansätzen aus. Der Jurist denkt in Tatbeständen und Begriffen, unter die er die Einzelfälle zu subsumieren versucht; er sieht dabei den Fall *ex post*, wertet also Geschehnisse, die in der Vergangenheit liegen. Der Mediziner geht dagegen vom Einzelfall aus, den er zu klassifizieren versucht; er denkt vorwiegend kasuistisch-pragmatisch und sieht dabei den Einzelfall *ex ante* mit seiner Vielzahl von Unwägbarkeiten.

Wechselseitige Interdependenzen

Trotz der unterschiedlichen Denkansätze bestehen zwischen den beiden Disziplinen nicht nur breite Berührungsfelder, sondern auch enge wechselseitige Interdependenzen. Dies möchte ich an einem Beispiel aufzeigen:

Das um die Jahrhundertwende in Kraft getretene bürgerliche Gesetzbuch hat bewußt darauf verzichtet, den Todesbegriff zu definieren, obwohl doch dieser Begriff von zentraler Bedeutung für unsere Rechtsordnung ist. Mit dem Tod als elementarem biologischen Ereignis endet die Rechtspersönlichkeit. Der Tote kann nicht mehr Träger von Rechten und Pflichten sein. Die Väter des bürgerlichen Gesetzbuches hielten gleich-

wohl damals – völlig zu Recht – eine Begriffsbestimmung für überflüssig. Solange die Menschen sich Gedanken über Leben und Tod machten, war das Ende der menschlichen Persönlichkeit identisch mit dem Stillstand von Herztätigkeit und Atmung. Dies bedurfte keiner Definition. Vertiefte physiologische Erkenntnisse und die Erfahrungen mit der Reanimationsbehandlung haben diesen Todesbegriff jedoch in Frage gestellt.

Als es nun um seine Neubestimmung ging, meinte der Gerichtsmediziner Spectabilis Spann, die Grenzziehung zwischen Leben und Tod entspreche nicht einem naturwissenschaftlichen, sondern einem gesellschaftlichen Bedürfnis, sie beinhalte eine Wertung, die nicht Sache des Biologen, sondern der Gesellschaft sei. Der Jurist Kohlhaas dagegen meinte, die Kriterien des Todes zu bestimmen sei in erster Linie eine medizinische Frage.

Beide Aspekte des Problems sind richtig, so widersprüchlich sie auch zunächst klingen.

Aus medizinisch-biologischer Sicht ist der Tod kein plötzlich eintretendes Ereignis, sondern ein fließender Übergang, der vom Funktionsverlust und dem Absterben einzelner Zellen bis zum Untergang ganzer Organe sowie schließlich zum Erlöschen des Lebens im gesamten Organismus, dem sogenannten Totaltod, führt.

Die Gesellschaft und damit der Jurist, der insoweit ihre Belange repräsentiert, benötigen klar definierbare und abgrenzbare Kriterien innerhalb dieser fließenden Übergänge, um einen Zustand zu fixieren, der als Individualtod im Rechtssinne zu gelten hat. Erarbeiten kann diese Kriterien letztlich nur die medizinische Wissenschaft. Sind sie aber einmal rechtlich anerkannt, so binden sie umgekehrt auch wieder den Arzt bei seiner Berufsausübung. Die Entnahme lebenswichtiger Organe, unter Umständen aber auch die Unterlassung von Behandlungsmaß-

nahmen, erfüllen nur dann nicht den Tatbestand der Körperverletzungs- und Tötungsdelikte, wenn der Betroffene im fraglichen Zeitpunkt im Rechtssinne bereits tot ist.

Zwischen Juristen und Medizinern konnte Übereinstimmung erzielt werden, daß der Organtod des Gehirns, der die Desintegration der gesamten Lebensvorgänge und damit zugleich das Ende der menschlichen Persönlichkeit bedeutet, künftig zumindest im Strafrecht anstelle des Organtodes des Herzens als Tod im Rechtssinne zu gelten hat. Nach diesem neuen Todesbegriff wird bereits heute in der Praxis verfahren. Daß wir das dürfen, verdanken wir der klugen Zurückhaltung des Gesetzgebers, der nicht durch eine Legaldefinition des Todes dem medizinischen Fortschritt den Weg verbaut hat.

Grenzen der Gesetzgebung

Gerade im Grenzbereich zwischen Recht und Medizin sollten wir uns freimachen von der Vorstellung, der Gesetzgeber sei berufen, alle drängenden Probleme zu lösen. Damit will ich nicht am Beruf unserer Zeit zur Gesetzgebung zweifeln. Ich möchte dies um so weniger, als ich doch in der Mitarbeit an der Bundesgesetzgebung seit mehr als zwei Jahrzehnten mein berufliches Hauptarbeitsfeld sehe. Der Gesetzgeber kann aber, wenn er seine Aufgabe ernst nimmt, nur das in Normen gießen, was zunächst zu Ende gedacht und zu Ende diskutiert ist.

Um bei unserem Beispiel zu bleiben: Über die einfachsten und zuverlässigsten Methoden zur Feststellung des Hirntodes scheint es immer noch begrenzte Meinungsverschiedenheiten innerhalb der Medizin und zwischen einzelnen Fachgebieten zu geben. Gleichwohl wäre der Ruf nach dem Gesetzgeber verfehlt. Er könnte bei der Festschreibung der Methoden nur eine Art Schiedsrichterfunktion ausüben. Noch vor dem Inkrafttreten der Norm wäre sie vermutlich durch neue wissenschaftliche Erkenntnisse überholt. Die Fixierung der Kriterien würde sich dann als fortschrittsfeindlich erweisen.

Im weiten Grenzbereich zwischen Recht und Medizin scheint es mir zur Zeit nicht allzu viele Gebiete zu

*) Nach einem Vortrag des Verfassers anlässlich seiner Ehrenpromotion in Erlangen.

DURCH FÄLLE

ein Fall für Mexaform plus

Zusammensetzung

1 Dragée enthält: 200 mg 5,7-Dichlor-6-hydroxychinolin (Helquinol) + 20 mg 4,7-Phenanthrolin-5,6-chinon (Phanquone);
1 Mikrotablette enthält: 20 mg Helquinol + 2 mg Phanquone; 1 ml Tropfen (ca. 20 Tropfen) enthält: 80 mg Helquinol + 8 mg Phanquone.

Indikationen

Enteritis, Enterokolitis bzw. Kolitis infolge bakterieller und parasitärer Darminfektionen, unspezifische Durchfälle. Bei Durchfällen infolge Antibiotika-Behandlung; bei operationsbedingtem Meteorismus.

Kontraindikationen

Hepatische oder renale Insuffizienz.

Nebenwirkungen

Unspezifische Nebenerscheinungen wie Übelkeit, Kopfschmerzen und Schwindelgefühl werden selten beobachtet. Überempfindlichkeitsreaktion der Haut kommen sporadisch vor. Das Vorkommen von peripherer Neuropathie, Myelopathie sowie von Optikus-schädigung ist bei Hydroxychinolin-derivaten verschiedener Art beschrieben worden, meist erst nach längerer, kontinuierlicher Verabreichung hoher Dosen.

Schon die ersten Anzeichen derartiger Störungen erfordern ein sofortiges Absetzen des Präparates.

Dosierung und Anwendungsdauer

Erwachsene: Durchschnittlich 3mal täglich 1 Dragée.
Schulkinder über 12 Jahre: 1-3mal täglich 1 Dragée.
Schulkinder vom vollendeten 6.-12. Lebensjahr: 1-2mal täglich 1 Dragée oder 10-20 Mikrotabletten.
Kleinkinder vom vollendeten 1.-6. Lebensjahr: 6-12 Mikrotabletten täglich oder 40-60 Tropfen.
Säuglinge bis 12 Monate: 3-5 Mikrotabletten oder 15-25 Tropfen täglich.
Akute Dermstörungen erfordern praktisch nie mehr als eine einwöchige Behandlungsdauer. Ist in seltenen Fällen eine Überschreitung der einwöchigen Behandlungsdauer (bis maximal vier Wochen) erforderlich, sollte diese stets unter ärztlicher Überwachung erfolgen.

Besondere Hinweise

Sollte MEXAFORM PLUS mit anderen hydroxychinolinhaltigen Medikamenten gemeinsam verabreicht werden, so ist darauf zu achten, daß bei Erwachsenen Hydroxychinolin-Tagesdosen von 750 mg, bei Kindern entsprechend weniger, nicht überschritten werden. Desgleichen darf nach der als maximal angegebenen Behandlungsdauer kein anderes hydroxychinolinhaltiges Medikament zur evtl. Weiterbehandlung verwendet werden.

Während der Schwangerschaft, besonders in den ersten 3 Monaten, soll MEXAFORM PLUS wie alle Arzneimittel nur bei strenger Indikationsstellung angewendet werden. MEXAFORM PLUS ist nur zur Anwendung beim Menschen bestimmt. Bei durchfallerkrankten Hunden und Katzen kann es wegen ertspezifischer Überempfindlichkeit zu Nebenwirkungen kommen.

Hendeleformen und Preise

10 Dragées	DM 4,20
20 Dragées	DM 7,45
50 Dragées	DM 17,20
Anstaltspackungen	
50 Mikrotabletten	DM 2,90
30 ml Tropfen	DM 7,20

C I B A

geben, auf denen uns der Gesetzgeber entscheidend weiterhelfen könnte. Wir haben, so meine ich, allzuviel Zeit und Mühe auf dogmatische Streitfragen verwandt und sind dabei in fruchtlose Konfrontationen geraten. Jahrzehntlang hat die Ärzteschaft erbittert gegen die rechtliche Qualifikation des ärztlichen Heileingriffs als Körperverletzung angekämpft. Damit wird sie im Prinzip Erfolg haben, wenn auch ein halbes Jahrhundert Strafrechtsreform insoweit bisher wenig mehr als ein Mäuslein geboren hat. Unverrückbarer als je steht heute jedoch der Leitsatz vom Selbstbestimmungsrecht des Patienten, von dem sich die gesamte Problematik der Einwilligung und der Aufklärungspflicht herleitet und auch die Ärzteschaft denkt nicht daran, ein selbständiges, vom Willen der Patienten unabhängiges Heilbehandlungsrecht für sich in Anspruch zu nehmen.

Epidemie der Haftpflichtprozesse und defensive Medizin

Während wir aber noch Zeit und Mühe darauf verwenden, die richtige dogmatische Einordnung des Heileingriffs zu finden, beginnt sich immer deutlicher eine Epidemie der Arzthaftungsprozesse auszubreiten. Eine große Versicherungsgesellschaft hat kürzlich berichtet, in den letzten fünf Jahren habe sich bei ihr die Zahl der Arzthaftpflichtprozesse mit Haftungssummen über DM 100 000 verzehnfacht und in rund 20 Prozent aller Haftungsfälle sei auch ein strafrechtliches Ermittlungsverfahren gegen den Arzt wegen fahrlässiger Körperverletzung oder fahrlässiger Tötung eingeleitet worden.

Die weitere Entwicklung kann deletär verlaufen, wenn sich das Konzept einer defensiven Medizin als Reaktion auf die Haftungsprozesse auszubreiten beginnt. Defensive Medizin bedeutet nichts anderes, als daß der Arzt bei der Abwägung von Heilungschancen und Behandlungsrisiken das eigene Risiko einzurechnen beginnt, das er im Falle eines Mißlingens läuft. Verzichtet der Arzt darauf, bei all seinem Handeln allein auf das Wohl des Patienten abzustellen, so ist dieser der Leidtragende. Er ist es auch deshalb, weil er es ist, der in einer Art Solidarhaftung die immer höheren Versicherungsprämien letztlich aufbringen muß.

Wir ahnen seit vielen Jahren, daß eine Epidemie der Haftpflichtansprüche auf uns zukommen wird, denn wir heben die Erfahrungen aus den USA, die uns in Zivilisationsproblemen meist ein Jahrzehnt voraus sind. Wir können uns nicht länger damit trösten, es werde schon nicht so schlimm kommen, weil es bei uns für diesen Bereich weder eine hochspezialisierte Anwaltschaft noch das System der Erfolgshonorare der Anwälte gebe und weil bei uns der unterliegende Kläger dem Arzt die Prozeßkosten zu ersetzen hat, also insgesamt ein viel höheres Kostenrisiko trägt als in den USA. Die Spezialisierung der Anwälte scheint bereits im Gange zu sein und die Rechtsschutzversicherungen lockern die Bremsen, die sich heute noch aus dem Kostenrisiko ergeben.

Erforschung der Zwischenfallursachen

Aber wo eine Epidemie droht, muß sich auch eine Epidemiologie entwickeln lassen. Wir haben es gelernt, den Epidemien mit den Methoden der Hygiene und Immunologie entgegenzutreten. Wir brauchen nicht mehr betend oder fluchend zu warten wie im Mittelalter, wenn die Beulenpest aus dem Orient anrückte. Wir müssen es lernen, die Haftpflichtansprüche, in denen der Patient zu *Recht* Schadensersatzansprüche erhebt, auf ein Minimum zu reduzieren, indem wir die Zwischenfallursachen zielbewußt und systematisch in der ganzen Bandbreite der medizinischen Fachgebiete erforschen. Wir müssen aber genauso lernen, Vorsorge dagegen zu treffen, daß die behandelnden Ärzte mit Haftpflichtprozessen überzogen werden, die von der Sache her nicht begründet sind, die aber deshalb zum Erfolg führen, weil der Arzt es versäumt hat, sich der erforderlichen Beweismittel zu versichern.

Wo auch immer die tieferen Ursachen liegen mögen, in der Wandlung der mehr patriarchalischen Beziehungen zwischen Arzt und Patient zu einem partnerschaftlichen Verhältnis oder in einem allgemeinen Vertrauensschwund, eines scheint mir sicher: Je größer die objektiven Heilungschancen durch den Fortschritt der Medizin werden, desto größer werden die Heilungserwartungen

und damit die Anforderungen an die Leistungsfähigkeit des behandelnden Arztes, aber auch die Störanfälligkeit, die Gefahr der Koordinationsmängel und der Organisationsfehler.

Lokalisation der Fehlerquellen

Um die Zahl der begründeten Haftpflichtansprüche zu vermindern, werden wir vor allem der Frage nachgehen müssen, wo passieren die Fehler, wie passieren sie und warum passieren sie.

Auf der Suche nach dem „Wo“, also bei der Lokalisation der Behandlungsfehler, wird uns die Statistik weiterhelfen können. Die Hoffnung, daß wir bereits damit wertvolle Anhaltspunkte gewinnen können, schöpfe ich aus einer Aufstellung über die Reihenfolge der Schadensursachen, auf die in den USA Kunstfehlerprozesse gestützt werden. Zu den häufigsten Ursachen gehören danach ganz banale Zwischenfälle. Relativ einfache Anweisungen und organisatorische Vorkehrungen müßten ausreichen, um sie weitgehend auszuschalten.

Die Zwischenfallsgenese

Sehr viel schwieriger wird es sein, das „Wie“ zu erforschen, also im einzelnen die Handlungsabläufe zu ermitteln, die zu den statistisch lokalisierbaren Haftungsansprüchen führen, und dabei schicksalshafte Zwischenfälle von denen zu unterscheiden, die sich bei Beachtung der gebotenen ärztlichen Sorgfalt vermeiden lassen. Dies ist vor allem deshalb so schwierig, weil nahezu jede eingreifende diagnostische und therapeutische Verrichtung ihre spezifischen Gefahrenquellen hat. Gleichwohl scheint mir die Bewältigung nicht unmöglich, denn es gibt besonders gefahrenträchtige Situationen und typische Geschehensabläufe, die sich weithin wiederholen.

Es sollte möglich sein, eine Methode zur Erforschung der Genese iatrogener Schäden systematisch und exemplarisch am Behandlungsablauf in einem Fachgebiet mit relativ gut überschaubaren Kontakten zwischen Arzt und Patient zu entwickeln. Dafür könnte sich etwa das Fachgebiet Anästhesie anbieten,

Neue Erkenntnisse über die Ursachenhäufigkeit der Hyperurikämie bestätigen die Schlüsselstellung eines trivalenten Therapeutikums.

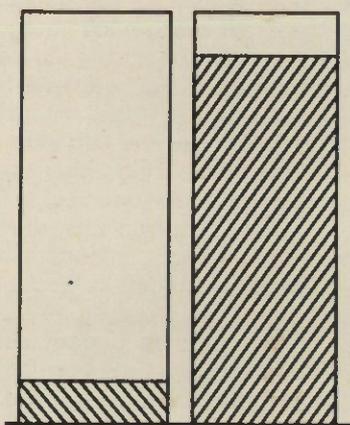
Seit kurzem hat sich die Lehrmeinung über die Ursachenhäufigkeit der Hyperurikämie völlig geändert. Heute stellen noch allgemeiner Auffassung (u. o. Mertz und Zöllner) Störungen im Purinstoffwechsel nur einen ganz geringen Anteil der Hyperurikämie dar, während die Harnsäure-Minderausscheidung die Regel ist.

Diese neue Erkenntnis der Ursachenhäufigkeit macht URICOVAC mit seiner Doppelwirkung auf die Ausscheidung noch wichtiger.

Bei 9 von 10 Ihrer Hyperurikämie-Patienten kann nach dieser Erkenntnis eine Ausscheidungsstörung angenommen werden. Hier greift Uricovac doppelt an -

verstärkt sowohl die renale wie die enterale Ausscheidung. Hinzu kommt die nachgewiesene Hemmung der Purinsynthese.

Die neue Ursachen-Relation lautet:



Nur 5-10%
an vermehrter
Harnsäurebildung.

90-95%
aller Patienten leiden
an Ausscheidungs-
störungen für Harn-
säure.

Gröbner, W. u. N. Zöllner, Med. Technik 95 (1975) 94

Denn URICOVAC ist der trivalente Harnsäuresenker:



1.
Behbung der Harnsäure-Min-
derausscheidung durch Steige-
rung der Harnsäureclearance.

2.
Hemmung der Purinsynthese
durch Hemmung der PRPP-Syn-
thetase und Aktivierung der Pu-
rin-Phosphoribosyltransferasen.

3.
Steigerung der enteralen Harn-
säureausscheidung.

URICOVAC. Ein ganzes System in einer Tablette.

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 Steindriehese 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

einmal weil es sich um ein Querschnittsfach mit vielseitigen Anbindungen handelt und zum anderen, weil die Anästhesie in der Frequenz und Schwere der iatrogenen Schäden mit an der Spitze aller ärztlichen Verrichtungen steht.

Eine Untersuchung, die sich am chronologischen Ablauf orientiert, also mit der Anamnese und der Verwertung der von anderen Stellen erhobenen Befunde im Rahmen der Voruntersuchung beginnt und die neuralgischen Punkte jeder Station analysiert, sollte auch Vorschläge entwickeln können, wie der Gefahr der Fehlbehandlung, der Koordinationsmängel und Organisationsfehler am besten vorgebeugt werden kann. Die Ergebnisse einer solchen systematischen Zwischenfallsforschung könnten dann in die Ausbildung, Weiterbildung und Fortbildung der Ärzte und der Assistenzberufe umgesetzt werden.

Die Schwankungsbreite in der ärztlichen Leistungsfähigkeit

Wenn ich vorschlage, euch das „Warum“ der iatrogenen Schäden zu erforschen, so denke ich dabei an einen Satz, den das Reichsgericht einmal ausgesprochen hat und der mich seit Jahren beschäftigt, ohne daß ich bisher Zeit gefunden hätte, mich mit der Immanenten Problematik näher auseinanderzusetzen. Das Reichsgericht meinte, auch der gewissenhafte Arzt arbeite nicht mit der Sicherheit einer Maschine und trotz aller Sorgfalt könne ihm ein Schnitt oder Stich mißlingen.

Diese Erkenntnis ist per se alles andere als sensationell; sie deckt sich mit der allgemeinen Lebenserfahrung. Und trotzdem muß uns dieser Satz zu denken geben, weil zivil- und strafrechtlich der Arzt auch für leichte Fehrlässigkeit einzustehen hat. Die Lösung des Problems scheint mir darin zu liegen, daß wir den einzelnen mißglückten Handgriff nicht isoliert beurteilen dürfen, sondern ihn rechtlich im Rahmen der Gesamtleistung des Arztes würdigen müssen, die – wie jede menschliche Leistung – einer gewissen Schwankungsbreite unterliegt. Vielleicht könnten uns arbeitsphysiologische Untersuchungen weiterhelfen, diese Schwankungsbreite – auch unter dem spezifischen Vorzeichen von Mehrarbeit, Bereit-

schaftsdienst und situationsbedingter Stress-Belastung – zu analysieren und dadurch die neuralgischen Punkte der Arbeitsbelastung zu erkennen.

Die Immanenten Risiken als Korrelet der Heilungschance

Kommt es trotz aller Prophylaxe zu einem Behandlungsfehler, der zu Schäden führt, so sollte es jeder Arzt als seine selbstverständliche Pflicht ansehen, von sich aus seinen Beitrag zur Schadenswiedergutmachung zu leisten, was u. e. schon dadurch geschehen kann, daß er gegenüber seiner Versicherung den Sachverhalt selbstkritisch darstellt.

Andererseits müssen wir in der breiten Öffentlichkeit die Einsicht zu wecken versuchen, daß nahezu jeder Eingriff in die Körperintegrität wegen der Unwägbarkeiten des physiologischen Geschehens mit Immanenten Risiken belastet ist, die auch der sorgfältige Arzt nicht zu beherrschen vermag. Die gelegentlich erhobene Forderung, dem Arzt für den Behandlungsmißerfolg die Verantwortung eine Art Gefährdungshaftung aufzubürden, läßt den altdeutschen Rechtssatz außer Betracht, wer den guten Tropfen hat, solle auch den bösen Tropfen haben. Eine Regelung, die dem Patienten die volle Heilungschance beläßt, dem Arzt aber das jeder Behandlung immanente Risiko zuweisen wollte, verteilte die Gewichte falsch und führte mit Sicherheit zu der bereits erwähnten defensiven Medizin.

Will man eine Sicherung gegen die unvermeidlichen Behandlungsrisiken, die bei uns heute freilich in weitem Umfang bereits durch die Sozialversicherungsträger gewährleistet ist, so muß man den Patienten gegen diese Risiken versichern, nicht den Arzt.

Des Problem der Beweisführung

Selbst sichern sollte sich der Arzt freilich in potenteren Formen, als dies meist geschieht, bereits nach der geltenden Rechtslage gegen Ansprüche, die zwar von der Sache her nicht begründet sind, wegen der Beweislastverteilung jedoch zum Erfolg führen. Dabei denke ich an eine zielbewußte Dokumentation der Behandlungsmaßnahmen, um die Um-

kehrung der Beweislast zu vermeiden, die sich ergeben kann, wenn unzureichende Aufzeichnungen dem Patienten die Beweisführung erschweren. Die bereits erwähnte Erforschung der Zwischenfallsgenese anhand des chronologischen Behandlungsablaufs könnte als wertvolles Nebenprodukt auch Vorschläge für die zweckentsprechende Dokumentation der einzelnen Behandlungsabschnitte liefern. Diese Dokumentation müßte nicht notwendig als zusätzlicher Bürokratismus die ärztliche Arbeit erschweren; z. B. könnte ein gut ausgearbeiteter Anamnesebogen als vorgetane Arbeit dem Arzt manche Mühe abnehmen.

Mindestens genauso wichtig erscheint mir die systematische Sicherung von Beweismitteln, mit deren Hilfe der Arzt den Nachweis führen kann, daß der Patient nach einer den Anforderungen der Rechtsprechung genügenden Aufklärung in den Eingriff eingewilligt hat. Meinen Vorschlag, Aufklärungsbroschüren und detaillierte Formblätter zu entwickeln, möchte ich heute nicht wiederholen. Damit bin ich den mir befreundeten Fachgebieten lang, wenn euch bisher nicht intensiv genug, auf die Nerven gegangen. Gerade vom Fachbereich Medizin in Erlangen geht nun jedoch eine Fülle wertvoller Initiativen aus, die mich hoffen läßt, nicht umsonst als Wanderprediger für diesen Gedanken durch die Lande gezogen zu sein. Da wir – wie stets bei bedeutsamen Unternehmungen – die bewundernswerte Dynamik des Erlanger Dekans mit in Rechnung stellen dürfen, sollte es uns gelingen, Mittel und Methoden zu finden, die es uns ermöglichen, den Anforderungen der Rechtsprechung Rechnung zu tragen, soweit sie in der Praxis erfüllbar sind.

Des Problem der Aufklärungspflicht

Die neuere Rechtsprechung zur Aufklärungspflicht hat freilich ganz offensichtlich zu einer weitgehenden Verunsicherung der Ärzte geführt. Niemand weiß heute mehr, so scheint mir, wo insbesondere bei diagnostischen Eingriffen, für die schlechthin eine strenge Aufklärungspflicht gelten soll, die Grenzen zwischen einem medizinisch nicht mehr vertretbaren „Zuviel“ und einem rechtlichen „Zuwenig“ an Aufklärung liegen sollen. Diese terra

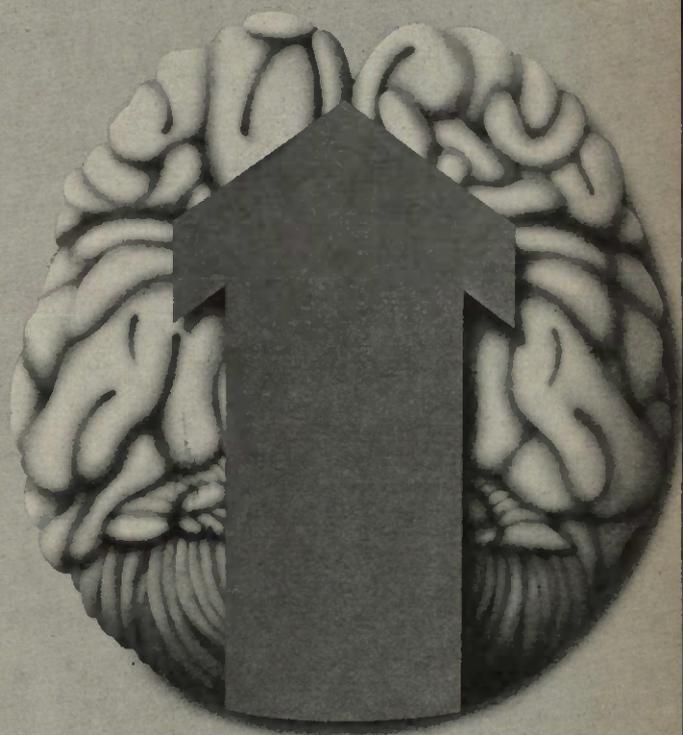
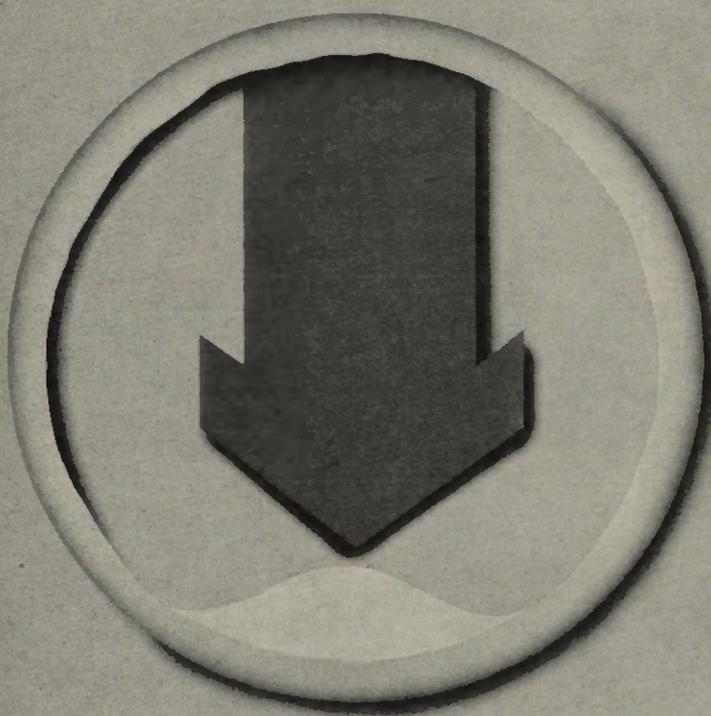
vasoatherolip[®]

stoppt die Atherosklerose

durch Senkung erhöhter Cholesterin-
und Triglyzeridwerte

schafft mehr Substrat ins Zielgebiet

durch Verbesserung der rheologischen
Eigenschaften



**Bei Atherosklerose, zerebralen und koronaren
Durchblutungsstörungen.**

Zusammensetzung: 1 überzogene Manteltablette enthält im Mantel: Alufibrat 500 mg, Nicotinsäure 50 mg. Im Retardkern*: Nicotinsäure 120 mg. (*hergestellt nach DBP 1492127) Indikationen: Hirn-Stoffwechselstörungen sowie Durchblutungsstörungen auf atherosklerotischer Basis im koronaren und peripheren Bereich, Hyperlipoproteinämien, diabetische Angiopathien, Prophylaxe von arteriellen Gefäßverschlüssen. Kontraindikationen: Schwere Leberfunktionsstörungen, schwere Nierenfunktionsstörungen, Gravidität, dekompensierte Herzinsuffizienz, frischer Myocardinfarkt, akute Blutungen. Nebenwirkung: Die Durchblutungssteigerung äußert sich manchmal in leichtem Wärmegefühl mit Prickeln und Hautrötungen im Gesicht und eventuell an anderen Körperteilen. Diese Reaktion ist jedoch unbedenklich. Hinweis: Da vasoatherolip die körpereigene fibrinolytische Aktivität steigert, sollte bei gleichzeitiger Antikoagulantien-Gabe der Quickwert laufend kontrolliert werden. In den meisten Fällen muß die Dosis der Antikoagulantien reduziert werden. Empfohlene Dosierung: 3mal täglich 1 überzogene Manteltablette. Handelsformen: Packung zu 100 überzogenen Manteltabletten DM 47,50.*
*Preise incl. MwSt.



Herz
Kreislauf
Fettstoff-
wechsel

Pharma Schwarz

GmbH

Mittelstraße 11

4019 Monheim

Incognita sollten wir zu Nutz und Frommen beider Disziplinen in einer Art Koordinatensystem zu erfassen versuchen. Die Tendenzen bei der Ärzteschaft schwanken nämlich zur Zeit zwischen einer extremen Vollaufklärung über alle denkbaren Risiken, auch wenn sie im Verhältnis 1 : 80 000 stehen, und der totalen Resignation, man könne den Anforderungen der Rechtsprechung doch nicht genügen und solle deshalb den Kopf in den Sand stecken.

Wir sollten versuchen, durch eine nähere Untersuchung und Erfassung der Risiken bei den einzelnen Eingriffen nach ihrer Schwere und Frequenz, dem behandelnden Arzt ein Hilfsmittel für die Aufklärung zu geben und zugleich damit der Rechtsprechung Anschauungsmaterial liefern, was Arzt und Patient noch zumutbar ist. An einer praktikablen Lösung des Aufklärungsproblems muß auch die Rechtspflege interessiert sein. Die Justiz ist mit einer Fülle von Prozessen auf allen Lebensgebieten belastet, die sie jede Vorsorge dankbar begrüßen läßt, die der Verhinderung von Rechtsstreitigkeiten dient.

Die ärztlichen Sorgfaltspflichten und die Aufklärungspflicht betreffen einen Teilbereich der Rechtsmedizin und auch innerhalb der ärztlichen Sorgfaltspflichten konnte ich nur ein Detailprogramm skizzieren, für das ich keineswegs ein Urheberrecht in Anspruch nehmen möchte.

Sorgfaltspflichten bei der Arbeitsteilung

Nicht weniger wichtig erscheinen uns — um nur ein Beispiel zu nennen — die Probleme der Arbeitsteilung und im Zusammenhang damit die Weiterentwicklung des Vertrauensgrundsatzes, dem wir im Verhältnis Chirurgie — Anästhesie ebenso intensiv wie akribisch nachgegangen sind. Die beiden Fachgebiete haben mit ihren Vereinbarungen in diesem Bereich Modelle geschaffen und Zeichen gesetzt, die für die Aufgabenteilung und Zusammenarbeit zwischen Ärzten verschiedener Fachrichtungen, aber auch zwischen Facharzt und praktischem Arzt Bedeutung gewinnen.

Mit dem Vertrauensgrundsatz und seiner Weiterentwicklung, etwa im Hinblick auf die anzustrebende Qua-

litätskontrolle, steht und fällt, so meinen wir, die aus einer Fülle gesundheitspolitischer Interessen dringend zu fordernde engere Zusammenarbeit zwischen niedergelassenen Ärzten und Krankenhausärzten in Diagnose und Therapie.

Grenzen des Behandlungsrechts und der Behandlungspflichten

In unmittelbarem Zusammenhang mit dem Problemkreis der ärztlichen Sorgfaltspflichten steht auch die Frage nach den Grenzen des ärztlichen Behandlungsrechts und der ärztlichen Behandlungspflichten. Sie reicht von der Prüfung, ob der Arzt eine bestimmte Behandlung noch durchführen darf, obwohl an anderer Stelle bereits bessere Behandlungsmöglichkeiten zur Verfügung stehen, bis zur Überlegung, ob für jeden Patienten die maximalen medizinischen Leistungen zur Verfügung gestellt werden können und umgekehrt, ob es nicht Situationen gibt, in denen es sich geradezu verbietet, das ganze Arsenal der medizinischen Technik noch einzusetzen.

Zumindest in einzelnen Bereichen haben sich die Möglichkeiten der Medizin schneller erweitert als unser Bewußtseinsstand.

Notwendige Kooperation zwischen Ärzten und Juristen

Wir müssen versuchen, die Fülle der Probleme im Grenzbereich zwischen Recht und Medizin zielbewußt und aus eigener Kraft zu bewältigen. Wir müssen dies in einer Atmosphäre allgemeiner Unruhe, die den Freiheitsraum der ärztlichen Berufstätigkeit mit hektischen Aktivitäten wie eine vielköpfige Hydra immer ernsthafter bedroht. Wir müssen es schon deshalb, weil jeder Hinweis auf Mängel im Gesundheitswesen den einen als Legitimation dient, unsere Gesellschaftsordnung als solche in Frage zu stellen, die anderen aber dazu verführt, uns von einer Reform in die andere zu stürzen.

Sehr viel leichter wird es uns fallen, die vielfältigen Probleme zu bewältigen, wenn es uns gelingt, die oft beschworene Konfrontation zwischen Juristen und Medizinern mehr und mehr in ein verständnisvolles Zueinander und Miteinander zu verwandeln. Dazu einen Beitrag zu leisten, ist das Ziel meiner Arbeit im medico-legalen Bereich.

Anschrift des Verfassers:

Ministerialdirigent Dr. med. h. c. W. Weißauer, Eckerstraße 34, 8050 Freising

Einführungslehrgänge in die kassenärztliche Tätigkeit

Die Kassenärztliche Vereinigung Bayerns veranstaltet am

12. Juni 1976

18. September 1976

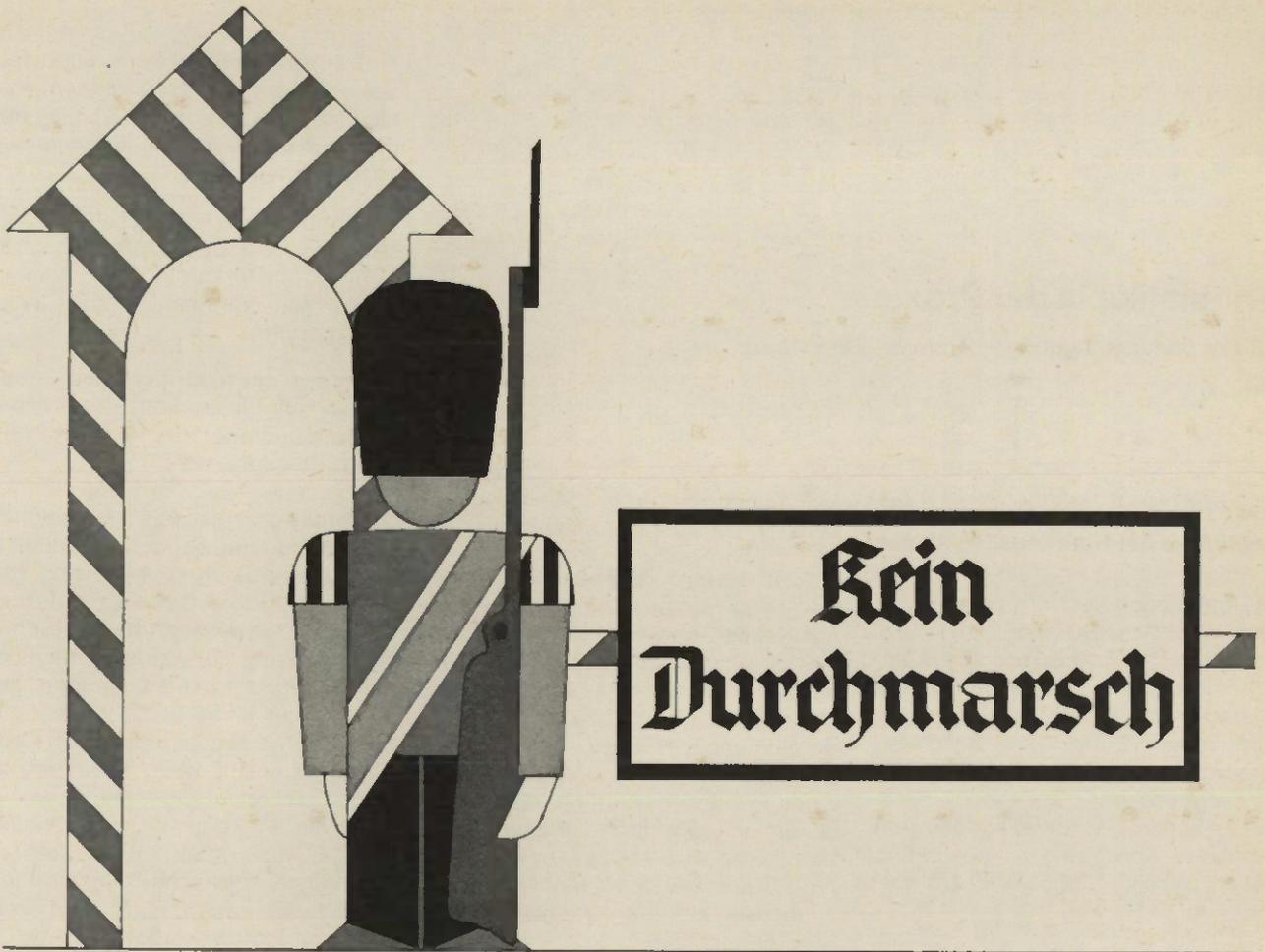
27. November 1976

Im Ärztehaus Bayern, Mühlbaurstreße 16, 8000 München 80, Einführungslehrgänge in die kassenärztliche Tätigkeit.

Beginn: jeweils 9.15 Uhr — Ende: jeweils gegen 16.30 Uhr

Anmeldungen sind an die KVB-Landesgeschäftsstelle, Mühlbaurstreße 16, 8000 München 80, zu richten bis 4. Juni 1976, 10. September 1976 und 19. November 1976.

Die Teilnahmegebühr ist am Tage des Einführungslehrganges zu bezahlen.



Tannalbin®

stoppt
Diarrhoen zuverlässig

Indikationen

Durchfälle jeder Genese und Art.

Dosierung

Erwachsene 1 - 2 Tabletten 1-2stündlich bis zum Eintritt der Wirkung.

Säuglinge ab 3 Monaten ¼ - ½ Tablette
4 - 6mal täglich, ältere Kinder 1 - 2
Tabletten 4 - 6mal täglich in Schleim-

suppe oder ähnlichem.

Bei schweren toxischen bzw. infektiösen Durchfällen empfiehlt sich die Kombination mit Antibiotika bzw. Sulfonamiden.

Zur besonderen Beachtung!

In den ersten 3 Monaten einer Schwangerschaft ist die Verordnung von Tannalbin — entsprechend den heutigen Auffassungen über den

Arzneittelgebrauch durch werdende Mütter — kritisch abzuwägen.

Zusammensetzung

1 Tablette enthält 500 mg einer gehärteten Gerbsäure-Eiweiß-Verbindung mit einem Gehalt von etwa 50% Gerbsäure.

Handelsform

20 Tabletten O.-P. DM 3,85



KNOLL AG Chemische Fabriken 6700 Ludwigshafen

Antibiotika in der Praxis

55. Fortbildungstagung für Ärzte in Regensburg

(Schluß)

Professor Dr. W. Höffler, Darmstadt:
Antibiotika bei Harnwegsinfektionen

Bei Infektionen der Harnwege ist das klassische Beschwerdebild (Dysurie, Pollakisurie) ebenso wie die klinischen Befunde (Klopfschmerz der Nierenlager, Fieber, Leukozytose, Linksverschiebung, BKS-Beschleunigung) nicht immer vorhanden. Diese sogenannten „weichen“ Parameter helfen bei der Diagnose und Verlaufsbeobachtung — besonders bei chronischen Fällen — kaum weiter.

Zu den sogenannten „harten“ Parametern gehören die Bestimmung der Zellausscheidung und der Keimnachweis. Die Zellausscheidung („ADDIS-Count“) wird in Form des Harnsedimentes bestimmt. Hieraus ergeben sich jedoch unzureichende Aussagen, da unterschiedliche Urinmengen zentrifugiert werden, der Urin, je nach Trinkmenge, mehr oder weniger konzentriert ist, unterschiedlich lange mit unterschiedlichen Tourenzahlen zentrifugiert wird, das Aufschütteln in unterschiedlichen Urinmengen erfolgt, und die Schichtdicke beim Betreten, je nach Zählkammer, wechselt. Deshalb sollte für die Zellzählung zentrifugierter Harn benutzt werden, der während der Nacht bis morgens sieben Uhr in einem hierfür mitgegebenen, verschließbaren Plastikgefäß gesammelt wurde. In der *Fuchs-Rosenthal-Kammer* werden fünf mittlere Felder zu je 16 kleinsten Quadraten ausgezählt (Inhalt 1 mm³) und anschließend die Zellausscheidung pro Stunde berechnet. Als normal sind hierbei Werte bis zu 0,2 Mill. Leukozyten pro Stunde und 0,12 Mill. Erythrozyten pro Stunde (ca. 5

Mill. Leukozyten bzw. 3 Mill. Erythrozyten in 24 Stunden) anzusehen.

Da die Harnröhre beim Mann und bei der Frau physiologischerweise mit Keimen besiedelt ist, kann jede transurethrale Methode zur Gewinnung des Urins durch sogenannten Mittelstrahl oder Katheter zu Verunreinigungen führen. Das einzige Vorgehen der Uringewinnung, das einer kritischen Prüfung standhält, ist die suprapubische Blasenpunktion. Diese wird somit zum Parameter, an dem alle anderen Verfahren zu messen sind. Im Krankengut des Referenten hatten 30 Prozent der Patienten mit Keimzahlen über 100 000 Keime pro ml Mittelstrahlurin kein infiziertes Blasenpunkat. Ohne letzteres wären diese also fälschlicherweise einer risikoreichen und teuren Therapie unterzogen worden. Bei Keimzahlen zwischen 10 000 und 100 000 fanden sich in 39 Prozent der Fälle infizierte Blasenpunkate, so daß dieser Befund keine Zuordnung zuläßt. Nur ein keimarmer oder -freier Mittelstrahlurin stellt eine wichtige Aussage dar, da hier das Blasenpunkat stets steril blieb. Es erscheint aus therapeutischen und diagnostischen Gründen sinnvoll, zwischen einer Pyelonephritis mit beweisbarer Beteiligung des Nierenparenchyms und einer Harnwegsinfektion zu unterscheiden. Auch die Phenacetinnieren müssen differentialdiagnostisch abgegrenzt werden. Da bei unkomplizierten Harnwegsinfektionen bzw. Pyelonephritiden in ca. 90 Prozent der Fälle Ampicillin-sensible Keime vorliegen, ist dies das Mittel der ersten Wahl. Generell verdienen Antibiotika mit hohen Plasma- und Harnspiegeln den Vorzug vor solchen, die allein hohe Harnspiegel bewirken. In die-

sem Zusammenhang können die Antibiotika in drei Gruppen eingeteilt werden:

1. Gruppe mit hohen Harn- und wirksamen Plasmakonzentrationen: Penicilline, Cephalosporine, Aminoglycoside, Tetracycline, Sulfamethoxazol-Trimethoprim.
2. Gruppe mit hohen Harn-, aber kaum wirksamen Plasmakonzentrationen: Nitrofurantoin, Nalidixinsäure, Kurzzeit-Sulfonamide (z. B. Euvitil®), Colistin.
3. Gruppe mit niedrigen Harn-, aber wirksamen Plasmakonzentrationen: Chloramphenicol, Erythromycin und Langzeitsulfonamide.

Um einer chronischen Pyelonephritis vorzubeugen, sollte die Indikation zur Katheterisierung sehr eng gestellt werden. Bei rezidivierenden Zysto-Pyelonephritiden junger Frauen kann die Dauerprophylaxe mit geringen Substanzmengen bei abendlicher Gabe (z. B. 1/2 Tablette SMZ/TMP abends vor dem Schlafengehen) sinnvoll sein. Dies betrifft insbesondere die sogenannte „week-end-cystitis“ bzw. „honey-moon-cystitis“, bei denen als einfachste Maßnahme reichliche Trinkmengen und Wasserlassen nach dem Verkehr empfohlen werden, um die in die Harnröhre einmassierten Keime wieder herauszuspülen. Die Genitalhygiene soll zwar sorgfältig sein, möglichst jedoch auf intensive Seifenwuschungen verzichten, da es hierdurch zu einer Schleimhautreizung und Veränderung der normalen Flora kommen kann. Hexachlorophenhaltige Intimspreys unterdrücken die grampositive Flora und ermöglichen ein Überwuchern gramnegativer Keime.

Professor Dr. St. Wysocki, Salem:

Antibiotika in der Chirurgie

Auch wenn die antibiotische Therapie im Einzelfall sinnvoll und wirksam ist, so bedeutet sie dennoch keine endgültige Lösung des Infektproblems. Sollte es diese einmal geben, wird sie wahrscheinlich auf immunologischem Sektor liegen. Die Häufigkeit postoperativer Infektionen ist heute nicht wesentlich geringer als vor fünfzig Jahren. Dies liegt nicht an der Unwirksamkeit der Antibiotika, sondern an den immer größeren und risikoreicheren Eingriffen

bei immer älteren und damit infektgefährdeteren Patienten mit Hilfe der neuen Operations- und Narkosetechniken. Einerseits bergen künstliche Beatmung oder parenterale Ernährung höhere Risiken für das Eindringen von Erregern, andererseits erhalten sie infektgefährdete Patienten am Leben, die ohne diese Möglichkeiten frühzeitig gestorben wären. Auch belastet die Implantation von Fremdkörpern und die Organverpflanzung mit Immunsuppression den Patienten mit einem hohen Infektrisiko.

Bei der Art der Infektionen überwiegen die durch Verweilkatheter induzierten Harnwegserkrankungen mit 36 Prozent. Es folgen Wundinfektionen mit 25 Prozent, Lungeninfektionen mit 15,5 Prozent sowie Haut- und andere Infektionen mit 7 bzw. 16 Prozent.

Das Spektrum der Infektionserreger hat sich im Laufe der Jahre ständig gewandelt. Waren es 1960 zu 50 Prozent noch hämolysierende Staphylokokken, so ging ihr Anteil 1973 auf 30 Prozent zurück, deutlich zugenommen haben *Aerobacter*, *Klebsiellen* und *Pseudomonas aeruginosa*. Im Harn sind Staphylokokken als Infektionserreger praktisch verschwunden, während sie bei aseptischen Operationen noch 80 bis 90 Prozent der Komplikationen verursachen.

Für die Anwendung von Antibiotika gelten bei chirurgischen Patienten andere Regeln als in der konservativen Medizin. Häufig ist die Entleerung von Eiterherden, die Ableitung von Wundsekreten nach außen, die Entfernung von Fremdkörpern und von devitalisiertem Gewebe zusammen mit der Ruhigstellung für den Erfolg der Infektbehandlung viel entscheidender als der Antibiotikaeinsatz. Durch die Chemotherapie wurden die alten Grundregeln der chirurgischen Wundinfektion nicht wesentlich geändert. Bei lokaler Anwendung von Antibiotika, z. B. in Abszesshöhlen, ist zu beachten, daß die in Abszessmembranen oder -schwarten liegenden Erreger von lokal gegebenen Chemotherapeutika kaum erreicht werden. Die zusätzliche Behandlung mit tryptischen Lösungen zur Beseitigung der nekrotisierenden Gewebe kann die Wirksamkeit unterstützen. Häufig sind desinfizierende Lösungen, wie Chloramin oder Rivanol, der lokalen Antibiotikaanwendung überlegen.

Die Indikationen für eine sinnvolle *Antibiotikaprophylaxe* sind auch nach dreißigjähriger Erfahrung mit diesen Substanzen nicht gesichert. Insgesamt wurden die an eine Prophylaxe gestellten Erwartungen enttäuscht. Eine Wunde, die mit der keimhaltigen Umgebung des Patienten in Verbindung steht, kann durch prophylaktische Antibiotikagabe nicht vor einer Keimbesiedelung bewahrt werden. Die Prophylaxe führt in diesen Fällen zu einer Selektion von resistenten Erregern, die dann letztlich das zu schützende Gewebsgebiet besiedeln und zu Komplikationen beitragen.

Zur Verhütung einer postoperativen Infektion im Operationsgebiet sollte die Prophylaxe auf 24 bis 48 Stunden beschränkt bleiben. Ob die während einer Operation in die Wunde gelangten Keime eine Infektion verursachen oder nicht, ist nach dieser Zeit im wesentlichen entschieden. Andererseits wird durch einen nur kurzzeitigen Einsatz der Antibiotika die Möglichkeit von Nebenwirkungen möglichst klein gehalten. Die Frage nach einer Prophylaxe und den jeweils einzusetzenden Mitteln ist nicht generell, sondern von Fall zu Fall in Abhängigkeit von dem durchgeführten Eingriff zu entscheiden. Auch gibt es fließende Übergänge zwischen Prophylaxe und frühzeitiger Therapie, so z. B. zur Verhütung posttraumatischer Infektionen, Trümmerverletzungen, Biß- oder Schußwunden. Bei allen mit Gewebszertrümmerungen einhergehenden Verletzungen ist eine Antibiotikaprophylaxe mit Penicillin G oder einem Penicillinase-festen Penicillin unbedingt indiziert. Das gleiche gilt für Amputationen bei arteriellen Durchblutungsstörungen.

Die Antibiotikaprophylaxe zur Verhütung einer postoperativen Pneumonie, einer Parotitis oder eines Harnwegsinfektes bei liegendem Dauerkatheter schadet mehr als sie nützt. Die Infekthäufigkeit wird nicht vermindert, die auftretenden Infektionen sind aber wegen resistenterer Erregerarten schwerer zu therapieren.

Professor Dr. H. A. Hirsch, Tübingen:
Antibiotikaprophylaxe?

Bezüglich der Antibiotikaprophylaxe besteht eine tiefe Diskrepanz zwischen dem, was als richtige Lehr-

meinung gilt und dem, was in der Praxis tatsächlich getan wird.

Aber auch die Lehrmeinungen sind geteilt. Auf der einen Seite wird die Antibiotikaprophylaxe rundweg abgelehnt, andere erkennen wenigstens Einzelfälle an, bei denen sie sinnvoll erscheint.

Die *gezielte Chemoprophylaxe* richtet sich gegen bestimmte Erreger oder Erkrankungen, wie Malaria, Tuberkulose, Gonorrhoe, Lues, Keuchhusten, Meningokokken-Meningitis, Scharlach usw.

Die *ungezielte Prophylaxe* richtet sich gegen alle in Frage kommenden Erreger bei abwehrgeschwächten Patienten oder in besonderen Situationen, wie Verletzungen, Verbrennungen, Operationen und bei Dauerkatheträgern. Die ungezielte Prophylaxe ist sicher weit weniger wirksam als die gezielte.

Bei der prophylaktischen Verabreichung von Medikamenten sollten folgende Kriterien berücksichtigt werden:

1. Ob die Behandlung wirksam ist,
2. welche Nebenwirkung sie hat und
3. was sie kostet.

Das erste der drei Kriterien wird gewöhnlich als selbstverständlich vorausgesetzt. Ausdrücke wie „unter Antibiotikaschutz“ oder „mit Antibiotika abschirmen“ lassen solche Zweifel kaum aufkommen. Es wird höchstens gefragt, ob die Antibiotikaprophylaxe notwendig ist. Diese Frage wird im Zweifelsfall mit „sicher ist sicher“ beantwortet. Dabei ist keineswegs sicher, daß die Chemoprophylaxe wirksam ist; sicher sind nur die Nebenwirkungen. Von diesen kommen allergisch-toxische Reaktionen, Veränderungen der natürlichen Körperflora und Selektion antibiotikaresistenter Keime in Betracht. Schließlich werden durch Antibiotikabehandlung Infektionen vor allem zu Beginn in ihrer Symptomatik verändert, so daß nicht selten folgenschwere diagnostische Fehler entstehen. Die Frage nach den Kosten erscheint insbesondere bei prophylaktischer Anwendung von Medikamenten durchaus berechtigt. Etwa 30 Prozent der Arzneimittelkosten in den Kliniken entstehen durch die Chemotherapie!

Die Indikationen zur Chemoprophylaxe können in vier Gruppen eingeteilt werden:

1. Indiziert ist die prophylaktische Antibiotikagabe bei Malariaexposition, Zahnextraktionen und Geburten bei Patienten mit rheumatischen Herzklappenfehlern, Hüftgelenkoperationen und zystischer Lungenfibrose.

2. Nützlich und sinnvoll erscheint der rechtzeitige Einsatz von Chemotherapeutika in der Herzchirurgie, bei Operationen in infiziertem Gewebe („Simultane Chemotherapie“), bei Infektionsgefährdeter Sektio, Hysterektomie, rezidivierenden Harnwegsinfekten, Meningitisverdacht, Liquorrhoe und Gonorrhoe-Kontakt.

3. Von fraglichem Nutzen sind die präoperativen Darmsterilisationen bei Operationen mit Eröffnung des Dickdarms, bei bedingt septischen Operationen, bei der Immunsuppression, bei Leukämien und bei gefährdeten Frühgeburten.

4. Als nutzlos und damit sinnlos hat sich die Chemoprophylaxe erwiesen bei bewußtlosen Patienten, Hirntraumatisierten, im Leberkoma, aseptischen Operationen, bei den geburts-

hilflichen Operationen, bei Patienten mit Verweilkatheter in der Blase und im Gefäßlumen.

Bei der Mehrzahl der Patienten, bei denen heute eine Chemoprophylaxe betrieben wird, erweist sich diese nicht nur als nutzlos, sondern für den Patienten und seine Umgebung als gefährlich (Hospitalismus).

Professor Dr. E. Lang, Wien:

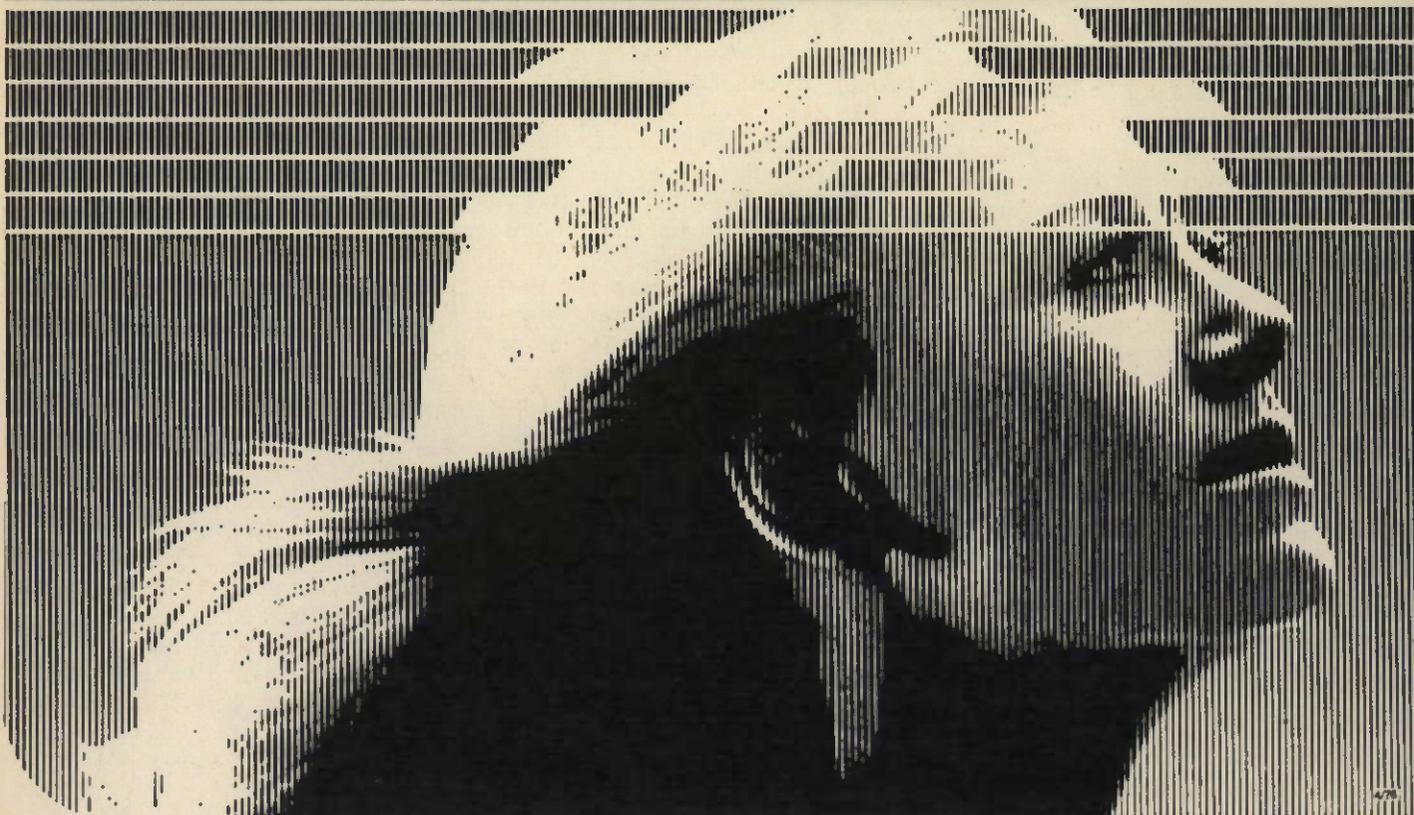
Langzeit- oder Intervalltherapie?

Da das ideale Antibiotikum, das alle Krankheitserreger erfassen könnte und selektiv nur die pathogenen Keime schädigen würde, wahrscheinlich nie entdeckt wird, stellt die Chemotherapie immer die Wahl des geringeren Übels dar. Zumindest in den Krankenhäusern ist bisher das Wettrennen zwischen der Resistenzentwicklung der Keime und der antibiotikaherstellenden Industrie eindeutig zugunsten der Keime ausgegangen. Es ist zu befürchten, daß wir bald Erreger kennenlernen werden, die gegen alle bekannten Antibiotika resistent sind. Einen Vorgeschmack hierauf erhalten wir bereits durch die Klebsiellen.

Bei einer manifesten Infektion mit all ihrer Symptomatik, Fieber, Leukozytose, purulentem Sputum, Bakteriurie, Leukozyturie steht die Indikation zur möglichst gezielten Antibiotikatherapie außer Zweifel. Demgegenüber scheint die bei den in der Praxis so wichtigen Indikationen der *chronischen Pyelonephritis* und *chronischen Bronchitis* oft über Monate durchgeführte Langzeittherapie keine signifikanten Vorteile zu bringen. Den unsicheren Therapievorteilen der länger dauernden Behandlung steht das erhöhte Risiko der toxischen und vor allem biologischen Nebenwirkungen der Chemotherapeutika gegenüber. So lehnen zahlreiche Autoren die Langzeittherapie bei diesen Indikationen ab und plädieren für intensive gezielte „Stoßbehandlung“.

Die „Stoßtherapie“, die zur Zeit der Exazerbation der Erkrankung mit möglichst bakterizid wirkenden Mitteln durchgeführt werden sollte, gibt möglicherweise bessere Chancen, in das schlecht durchblutete Gewebe und in die Herde zu penetrieren als häufig unterschwellig verabfolgte Langzeitmedikationen. Eine zu kurze Therapie bringt die Gefahr eines In-

Vasomotorische Kopfschmerzen...



fektrezidiv, eine zu lange das erhöhte Risiko von Nebenwirkungen mit sich. Da das hämatopoetische System besonders empfindlich auf toxische und allergische Noxen reagiert, sind ständige Überwachungen des Blutbildes, aber auch der Leber- und Nierenfunktionen sinnvoll.

Ein Patentrezept zur Beantwortung der Frage Kurzzeit- oder Langzeittherapie gibt es nicht; jeder Arzt muß individuell entscheiden, ob das Risiko der Nebenerscheinungen zum erhofften Therapieeffekt in einem verantwortbaren Verhältnis steht.

Dr. W. F. Jungi, St. Gallen:

Antibiotika bei Abwehrschwäche

Unter dem nur unscharf umrissenen Begriff der „Abwehrschwäche“ werden Störungen einer oder mehrerer Komponenten der komplexen körpereigenen Infektabwehr zusammengefaßt. Diese Störungen sind sehr mannigfaltig und von ganz verschiedener Wertigkeit. Eine daniederliegende Infektabwehr führt zu raschem Überhandnehmen von Infekten, deren Erregerspektrum von dem üblichen abweicht. Bei humoralen Stö-

rungen haben vor allem extrazellulär wirkende Erreger freie Bahn, z. B. Pneumo- und Meningokokken sowie Haemophilus influenzae. Bei zellulären Defekten können sich in erster Linie intrazellulär wirkende Keime, wie Mykobakterien, Listerien, Salmonellen, Viren, Pilze und Parasiten, frei entfalten. Einzelne typische, sonst seltene Erreger kommen gehäuft vor („Problemkeime“), sonst harmlose Infektionen mit fakultativ pathogenen Erregern werden lebensgefährlich. Die Infekte nehmen bei reduzierter Abwehrkraft rascher überhand als sonst, infiltrieren und disseminieren stärker und führen gehäuft zu septischen Verläufen. Dabei fehlen oft die typischen warnenden Infektzeichen.

Bereits bei Infektverdacht sollten die Erreger mit allen Mitteln gesucht werden, ohne jedoch zugleich mit einer ungezielten Antibiose zu beginnen. Diese kann meist bis zum erfolgten kulturellen Erregernachweis warten. Immer ist eine bakterizide Wirkung anzustreben.

Die klinische Infektabklärung erfolgt nach allgemeinmedizinischen Prinzipien. Es geht dabei um die Frage, ob ein lokalisierter Infekt vorliegt oder

Anhaltspunkte für eine Generalisierung bestehen. Fiebertyp, Lungenbefund, Haut- und Schleimhautveränderungen, abdominelle, urogenitale und zentralnervöse Störungen sind zu beachten. Laboratoriumsdiagnostisch stehen neben dem differenzierten weißen Blutbild die Kulturen von Blut, Urin und Rachenabstrich im Vordergrund.

Aufgrund der klinischen Befunde wird auf den zu erwartenden Erreger geschlossen und unmittelbar nach Einleitung der vorbesprochenen diagnostischen Maßnahmen mit einer sogenannten empirischen Behandlung begonnen. Die Meinungen sind geteilt, ob zuerst ein einziges Breitbandantibiotikum oder direkt eine Kombination synergistisch oder additiv wirkender Antibiotika gegeben werden soll. Penicilline, Cephalosporine und Aminoglykoside sind den bakteriostatischen Tetracyclinen, dem Erythromycin oder den Sulfonamiden vorzuziehen. Sehr gut bewährt hat sich dagegen die Kombination Trimethoprim-Sulfamethoxazol. Bei vermuteten grampositiven Erregern ist in erster Linie Penicillin, bei gramnegativen Ampicillin, bei Pseudomonasverdacht Carbenicillin und bei

... Migräne, Wetterfühligkeit?

Ergo-Lonarid®

tonisiert
die Hirngefäße

harmonisiert
das Vegetativum

befreit
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 Myokardschaden, Zustände, die mit Atemdepressionen einhergehen, Husten mit Gefahr der Sekretstauung, Lungenemphysem, Asthma bronchiale, chronische Obstipation, genetisch bedingter Mangel an Glucose-6-Phosphat-Dehydrogenase (Symptom: hämolytische Anämie), Porphyrie, akute Alkohol-, Schlafmittel-, Analgetika- und Psychopharmakaintoxikationen.

Zusammensetzung:

	Tabletten	Suppositorien
Dihydroergotaminatrat	0,5 mg	1,5 mg
4-Acetylamino-phenol	400,0 mg	400,0 mg
Codeinphosphat	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 Nierenerkrankungen sollte die Dosierung möglichst niedrig gehalten werden. Ergo-Lonarid sollte – wie alle Analgetika – nicht kontinuierlich über längere Zeit angewandt werden.

Packungen: (Stand Januar 1976)

	lt A. T.
20 Tabletten	DM 7,-
50 Tabletten	DM 15,30
10 Suppositorien	DM 9,35
Klinikpackungen	

Eine ausführliche Präparateinformation finden Sie in unserem wissenschaftlichen Prospekt (derzeit gültige Auflage 1/76)

Boehringer
Ingelheim



4a/76

Proteusverdacht Ampicillin und Carbenicillin in Kombination indiziert.

Erweist sich das später eintreffende Kulturergebnis als negativ (steril), wird bei klinischer Besserung die gleiche Behandlung für mindestens drei Tage über die Entfieberung hinaus fortgesetzt. Ist es zwischenzeitlich zu keinem Ansprechen auf die Behandlung gekommen, wird eine zweite empirische Medikation eingeleitet. Ist das Kulturergebnis positiv, muß entsprechend dem Befund die Behandlung korrigiert bzw. ergänzt werden.

Eine generelle Antibiotikaprophylaxe von Patienten mit Abwehrschwäche ist abzulehnen, da sie die Infektdiagnose verschleiert sowie einer Selektion resistenter Keime und Superinfektionen Vorschub leistet.

Dr. H. Otten, Wuppertal:

Sinn und Unsinn der Kombinationstherapie

Eine gleichzeitige kombinierte Antibiotikagabe ist nur unter kritischer Indikationsstellung begründet. Eine Polypragmasie kann zum Kunstfehler ausarten. Vorteile einer kombinierten Chemotherapie sind:

1. Eine Erweiterung des antimikrobiellen Wirkungsspektrums durch Ergänzung der individuellen Wirkungsbereiche der Einzelpräparate,
2. die Vermeidung bzw. Verzögerung von Resistenzentwicklungen in der Keimpopulation und
3. im Sinne eines Trefferprinzips sollen die Schädigungen den Erreger an verschiedenen Stellen erreichen und ihn somit in synergistischer Wirkungsweise ausschalten.

Die verwendeten Präparate sollten untereinander keine Parallelresistenz zeigen, keinen verschiedenen Wirkungstyp aufweisen (bakteriostatisch oder bakterizid), keine gleichgerichtete Toxizität zeigen, und sie sollten in ihren pharmakokinetischen Eigenschaften ähnlich sein sowie in jeweils ausreichend hoher Dosis vorliegen. Lediglich bei der gegenüber Pseudomonaskeimen zu beobachtenden synergistischen Wirkungssteigerung bei Gabe von Kombinationen zwischen Carbenicillin und Gentamycin ist theoretisch eine Dosisreduzierung zu verantworten.

Eine kombinierte Chemotherapie erscheint begründet bei der Tuberkulose, Bruzellose, Listeriose, bei Salmonellen und bei Pasteurellen-Infekten. Bei diesen Infektionen hängt der Therapieerfolg weitgehend davon ab, wieweit die Erreger gleichzeitig intrazellulär und extrazellulär erreicht werden. So sind die vorwiegend im extrazellulären Raum wirksamen Aminoglykosidantibiotika sinnvoll mit intrazellulär wirksamen Substanzen zu kombinieren, z. B. mit Beta-Lactamringantibiotika, also Penicillin oder Cephalosporinen.

Additive Wirkungssteigerungen bei Kombinationen können auch durch entsprechende Dosiserhöhungen jeder Einzelkomponente erzielt werden, soweit eine solche Dosiserhöhung von der Verträglichkeit her möglich ist. Unter dieser Sicht haben Kombinationen mit additivem Wirkungseffekt nur eine bedingte Berechtigung. Das Hauptargument für die Kombination additiv wirkender Substanzen ergibt sich mit der Erweiterung des Wirkungsspektrums. Typische Beispiele für diese Konzeption sind Kombinationen von Sulfonamiden mit Penicillin und Streptomycin mit Penicillin sowie Kombinationen von Penicillinen mit unterschiedlichen Wirkungsspektren. Die Neuentwicklung der Beta-Lactamringantibiotika hat die Streptomycin-Penicillinkombinationen verdrängt, zumal toxische Reaktionen den Streptomycineinsatz weitgehend eingeschränkt

haben. Sulfonamide und Penicilline haben sehr unterschiedliche pharmakokinetische Eigenschaften und machen eine sinnvolle Dosierung und Einhaltung von Dosierungsintervallen unmöglich. Außerdem wirkt Penicillin nur bei proliferierenden Keimen, Sulfonamide bewirken eine Bakteriose, also einen Stoffwechselstillstand der Erreger. Hier wird die Möglichkeit eines antagonistischen Effektes der Kombinationstherapie offenkundig!

Die chemotherapeutische Praxis steht häufig unter der Maxime einer Breitpektrumtherapie auf Verdacht, zumindest bis zur Kenntnis des Infektionserregers. Häufig wird hierdurch jedoch Unkenntnis und auch mangelndes Bemühen durch medikamentöse Möglichkeiten überdeckt. Die meisten bakteriellen Infektionen lassen sich durch Monotherapie ausreichend und sicher behandeln. Man muß eine Häufigkeitsbeziehung zwischen Krankheit und Erreger zugrunde legen und dann das erfahrungsgemäß beste Mittel wählen. Bei chronisch rezidivierenden Infektorerkrankungen ergeben sich vielfach erregerbedingte Sonderfälle. Jedoch sollte auch für die Praxis in diesen Fällen vermehrt die bakteriologische Diagnostik eingesetzt werden, ehe blind die Zuflucht zur breitwirkenden Kombinationstherapie gesucht wird.

Referent:

Dr. A. Paetzke, Nürnberg

Praxisvertreter gesucht

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

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

Bayerische Landesärztekammer Vertretervermittlung

Telefon (089) 41 47-269
Frau Vâth

60. Geburtstag Dr. Braun

Mehr als 200 Gäste erschienen zum Geburtstagsempfang des Vizepräsidenten der Bayerischen Landesärztekammer, Dr. Hermann Braun, am 17. April 1976 abends im großen Sitzungssaal des Ärztehauses Bayern. Die Reihe der Gratulanten eröffnete der Präsident der Bundesärztekammer und der Bayerischen Landesärztekammer, Professor Dr. Sewering. Er würdigte den Freund und Menschen, den Arzt und Berufspolitiker Braun, den er seit Jahrzehnten aus der Nähe erlebt hat. Dr. Braun, seit dreißig Jahren als Landerzt in der Oberpfalz tätig, lernte in dieser Zeit alle Seiten des Arztlebens kennen. Neben der Sorge um seine Patienten hat er sich aber auch von Anfang an um die Belange der Kollegen gekümmert. An seinem 60. Geburtstag kann man mit Freude feststellen, daß er sich dabei immer bewährt hat.

Dieser Würdigung schloß sich der bayerische Sozialminister Dr. Fritz Pirkel mit ehrenden Worten an. Er hob die Einsatzbereitschaft des Jubilars hervor, der sich bereits unmittelbar nach dem Kriege mit dem Aufbau des Bayerischen Roten Kreuzes in seinem Bereich befaßte und jahrzehntelang intensiv die Erste-Hilfe-Kurse für die Bevölkerung aktiv mitgestaltete.

Der nächste Festredner war Rechtsanwalt Burnhauser, Vizepräsident des Verbandes Freier Berufe in Bayern. Er überbrachte den Dank und die Glückwünsche der Angehörigen der freien Berufe.

Für den Bundesverband des Verbandes der Ärzte Deutschlands – Hartmannbund – sprach Dr. von Abel, der namens des Vorstandes die besonderen Verdienste von Dr. Braun würdigte und der Hoffnung Ausdruck gab, daß er seine Schaffenskraft noch viele Jahre dem Verband zur Verfügung stellen möge.

Dr. Kolb vertrat den Landesverband Bayern des Hartmannbundes. Er berichtete über die besonderen Verdienste des Jubilars beim Aufbau des Hartmannbundes in Bayern. Dr. Braun gründete 1950 den Bezirksverband Oberpfalz, 1971 wurde er als Nachfolger von Senator Dr. Dr. von Gugel zum 1. Vorsitzenden des Landesverbandes Bayern des Hartmannbundes gewählt und im Folgejahr zum ersten stellvertretenden Bundesvorsitzenden.

Abschließend dankte Dr. Braun allen Gratulanten herzlich für die ihm erwiesenen Ehrungen. Er bat darum, das ihm bisher entgegengebrachte Vertrauen weiterhin zu bewahren.

Modernes Arzneimittelrecht

Die vom Gesetzgeber angestrebte Reform des Arzneimittelrechts, die inzwischen als zweites Arzneimittelgesetz im Deutschen Bundestag verabschiedet wurde und noch der Zustimmung des Bundesrates bedarf, hat schwerpunktmäßig folgendes zum Inhalt:

– Statt des bisherigen Registrierungsverfahrens für neue Arzneimittel wird ein Zulassungsverfahren für alle Arzneimittel eingeführt. Für je-

des Arzneimittel muß, bevor es in den Verkehr gebracht werden darf, die erforderliche analytische Güte, die Wirksamkeit für die behaupteten Anwendungsgebiete sowie die Unbedenklichkeit nachgewiesen werden. Die Nachzulassung bereits vorhandener Arzneimittel soll möglichst „unbürokratisch“ gehandhabt werden, so daß die Forschungskapazitäten der Industrie dadurch nicht eingeschränkt werden. Außerdem gelten Übergangsfristen bis zu

15 Jahren nach Inkrafttreten des Gesetzes.

– Den Besonderheiten der homöopathischen Arzneimittel wird dadurch Rechnung getragen, daß für sie die Wirksamkeit nicht nachgewiesen werden muß, wenn keine Angaben über die Wirksamkeit bei bestimmten Krankheiten gemacht werden.

– Erstmals wird die Erprobung von Arzneimitteln an Menschen gesetzlich geregelt. Sie darf u. a. nur dann durchgeführt werden, wenn die Versuchsperson über alle Risiken aufgeklärt wurde und sich schriftlich mit der Erprobung einverstanden erklärt hat.

– Die Information der Verbraucher wird verbessert: In der Werbung, auf der Packung und in der dem Arzneimittel beiliegenden Gebrauchsinformation muß in verständlicher Form über Gegenanzeigen, Nebenwirkungen und Wechselwirkungen mit anderen Mitteln informiert werden. Zusätzlich sind Warnhinweise vorgeschrieben, insbesondere bei Arzneimitteln, die die Reaktionsfähigkeit im Straßenverkehr und am Arbeitsplatz beeinflussen können, oder die nicht während der Schwangerschaft genommen werden dürfen.

– Die Vorschriften über die Verschreibungspflicht werden verschärft. Es wird künftig möglich sein, auch solche Arzneimittel rezeptpflichtig zu machen, die zwar bei vorschriftsmäßiger Verwendung unbedenklich, bei Mißbrauch jedoch gefährlich sind.

– Ähnlich wie bei der KFZ-Versicherung wird jeder Hersteller bei einem Versicherer seiner Wahl eine Haftpflichtversicherung für durch Arzneimittel verursachte gesundheitliche Schäden abschließen müssen (versicherungsrechtliche Lösung). Dies gilt auch für den Fall, daß dem Hersteller keine Schuld nachgewiesen werden kann.

Alternativ standen hier zwei weitere Modelle zur Diskussion: eine Körperschaft des öffentlichen Rechts sowie ein von der Pharma-Industrie selbstverwalteter Fonds.

Peter Mandt, 5300 Bonn

Änderung der Bundesärzteordnung

Anpassung an EG-Recht

Die Bundesregierung hat dem Bundesrat einen Gesetzentwurf zur Änderung der Bundesärzteordnung zugeleitet, der am 14. Mai im sogenannten ersten Durchgang behandelt wurde.

Durch das Gesetz sollen die EG-Richtlinie für die *gegenseitige Anerkennung der Diplome, Prüfungszeugnisse und sonstigen Befähigungsnachweise des Arztes* und für Maßnahmen zur Erleichterung der tatsächlichen Ausübung des Niederlassungsrechts und des Rechts auf freien Dienstleistungsverkehr sowie die EG-Richtlinie zur Koordinierung der Rechts- und Verwaltungsvorschriften für die Tätigkeiten des Arztes vom 16. Juni 1975 in *innerstaatliches Recht* umgesetzt werden.

Außerdem soll das Gesetz den Entscheidungen des Europäischen Gerichtshofes Rechnung tragen, die die Notwendigkeit der *Aufhebung* der aus Gründen der Staatsangehörigkeit bestehenden *Beschränkungen für Staatsangehörige* der übrigen Mitgliedstaaten der *Europäischen Wirtschaftsgemeinschaft* für das Niederlassungsrecht und den freien Dienstleistungsverkehr bei den freien Berufen mit Ablauf der Übergangsfrist am 31. Dezember 1969 feststellen.

Im einzelnen enthält der Entwurf

– die *Gleichstellung* der nach der EG-Richtlinie der gegenseitigen Anerkennung unterliegenden ärztlichen Diplome, Prüfungszeugnisse und sonstigen Befähigungsnachweise mit den Ausbildungsnachweisen, die die Bundesärzteordnung für das innerstaatliche Recht vorschreibt;

– eine Regelung über die *Befugnis zum Erbringen von Dienstleistungen* durch Begünstigte der Richtlinien; außerdem

– eine Gleichstellung der Staatsangehörigen der übrigen Mitgliedstaaten der Europäischen Wirtschaftsgemeinschaft mit Inländern hinsichtlich des Zuganges zum ärztlichen Beruf.

Der Entwurf sieht außerdem in Berücksichtigung der anlässlich der

Verabschiedung der Richtlinien beschlossenen „Empfehlung zur klinischen Ausbildung des Arztes“ erweiterte Möglichkeiten für eine *vorübergehende ärztliche Tätigkeit im Geltungsbereich* des Gesetzes vor mit dem Ziel, unter bestimmten Voraussetzungen eine ärztliche Ausbildung zum Abschluß zu bringen. Hierdurch und durch Regelungen aufgrund *erweiterter Verordnungsermächtigung* sollen auch *Schwierigkeiten beseitigt* werden, die in den letzten Jahren wiederholt da-

durch aufgetreten sind, daß das *geltende Recht nicht die Möglichkeit* vorsieht, Personen, die ihr *Medizinstudium außerhalb des Geltungsbereichs* des Gesetzes abgeschlossen haben, zu einer zum Abschluß der ärztlichen Ausbildung zusätzlich erforderlichen beschränkten ärztlichen Tätigkeit zuzulassen. Gleichzeitig soll auch die Grundlage für eine *Erteilung der Approbation* als Arzt in solchen Fällen geschaffen werden – allerdings nur bei deutschen Staatsangehörigen, heimatlosen Ausländern und Staatsangehörigen der übrigen Mitgliedstaaten der Europäischen Wirtschaftsgemeinschaft.

Peter Mandt, 5300 Bonn

Personalia

Paracelsus-Medaille für Heinz Schauwecker

Am 11. Mai 1976 überreichte Professor Dr. Sewering auf dem 79. Deutschen Ärztetag in Düsseldorf dem praktischen Arzt Dr. Heinz Schauwecker, Berching/Oberpfalz, die Paracelsus-Medaille, die höchste Auszeichnung der Deutschen Ärzteschaft. Wir veröffentlichen nachstehend die in der Pfenarsitzung verlesene Laudatio:

„Die deutschen Ärzte ehren in Heinz Schauwecker einen pflichtbewußten Arzt, der seine Patienten über mehr als vierzig Jahre in guten und schlechten Zeiten betreut hat, und einen begabten Dichter und Schriftsteller. Zahlreiche Gedichte, historische Romane und meisterliche Novellen bezeugen sein Einfühlungsvermögen in die kulturelle und geschichtliche Tradition seiner Heimat, der Oberpfalz, sprechen aber auch von der Hingabe und dem Verständnis des Arztes für die ihm anvertrauten Menschen.

Das dichterische Schaffen Heinz Schauweckers zeigt ihn als empfindsamen Beobachter seiner Zeit und seiner Zeitgenossen. Als Arzt war er sich stets seiner sozialen Verpflichtungen bewußt. Er hat sich über sechzig Jahre aktiv für die Aufgaben des Roten Kreuzes eingesetzt, vor allem in den schweren Jahren des Ersten Weltkrieges. Auch ärztlichen Berufsorganisationen stellte er seine Mitarbeit viele Jahre hindurch zur Verfügung. Besondere Aufmerksamkeit widmete er seinen dichtenden

und schreibenden Berufskollegen, die ihn zum ersten Präsidenten ihres Deutschen Bundesverbandes beriefen.“

Heinz Schauwecker wurde am 19. Oktober 1894 in Regensburg geboren. Das Studium der Medizin beendete er Anfang 1920 und erhielt im gleichen Jahr die Approbation als Arzt. 1921 promovierte er zum Doktor der gesamten Heilkunde. Im selben Jahr ließ er sich in Nürnberg als praktischer Arzt nieder und wirkte dort zugleich als nebenamtlicher Schularzt und Flughafenarzt bis zum Jahre 1938. Anfang 1939 verlegte er seine Praxis nach Berching/Oberpfalz und war hier als praktischer Arzt und Krankenhausarzt bis zum Jahre 1963 tätig. Während dieser Zeit stellte er seine Mitarbeit viele Jahre hindurch den ärztlichen Organisationen zur Verfügung.

Bereits während des Ersten Weltkrieges, den er als Freiwilliger und junger Mediziner mitmachte, war er im Roten Kreuz eingesetzt. Auch nach Kriegsende widmete er sich

Principiis obsta!

Prostagutt®

im Frühstadium des Prostata-Adenoms
und bei anderen Prostatopathien

Prostagutt® bewährt
sich beim
prostatischen
Beschwerdekomplex
insbesondere bei
Miktionsstörungen,
weil es:

1. spasmolytisch
 2. dekongestiv
 3. analgetisch
 4. antiphlogistisch
- wirkt

Zusammensetzung:

100 g enth.: Tinct. Sabal serrulat. 30 g,
Tinct. Populi tremul. 30 g, Tinct. Urticae dioic.
30 g, Cantharis D3 1 g, Conium D4 1 g,
Aethanol 60% 8 g
1 Kapsel enth.: 10 mg Aethylester natür-
licher Fettsäuren von Sabal serrulat., 3 mg
Extr. Urticae sicc., 7 mg Extr. Populi sicc.

Indikationen:

1. Stadium des Prostata-Adenoms (früher
sog. Prostatahypertrophie), Sphinktersklerose,
Vor- und Nachbehandlung von
Prostata-Operationen, chronische Prostatitis,
Prostatopathie mit Kongestionen (Prostata-
neurrose, Prostatismus), Reizblase und
Harninkontinenz ohne Organbefund,
auch bei Frauen.

Dosierung:

3mal täglich 15-20 Tropfen bzw. 3mal
täglich 1 Kapsel.

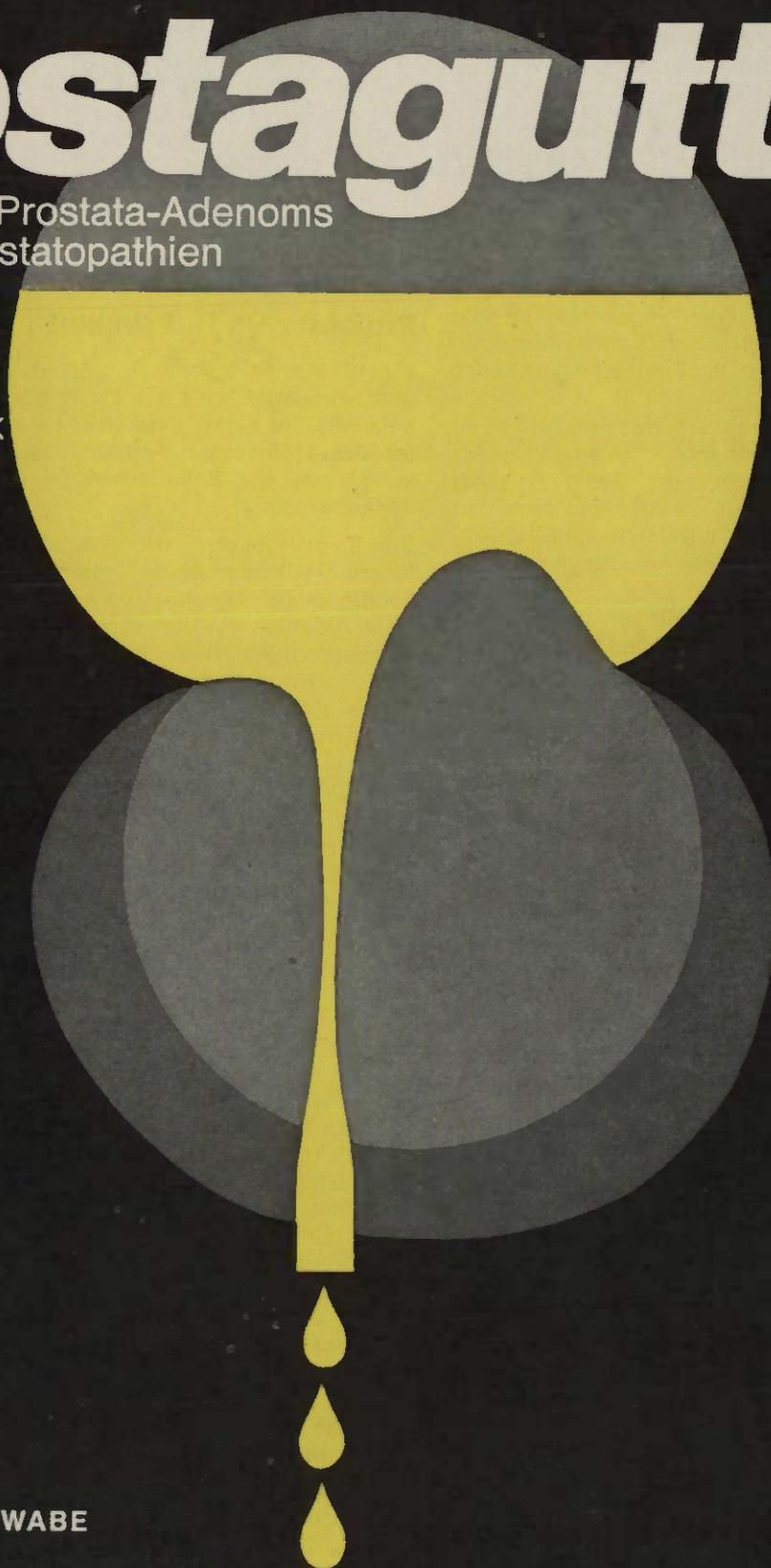
Packungen und Preise:

O.P. 20 ml DM 4.70, 50 ml DM 9.30,
100 ml DM 15.35
O.P. 60 Kapseln DM 8.90, 100 Kapseln
DM 13.30

Stand 1.1.1976



DR. WILLMAR SCHWABE
KARLSRUHE



der Rotkreuz-Arbeit und übernahm 1921 die ehrenamtliche Tätigkeit als Kolonnenarzt. Später bekleidete er in dieser Hilfsorganisation verschiedene Ehrenämter und gehört heute noch dem Vorstand des Bezirks Oberpfalz-Niederbayern des Bayerischen Roten Kreuzes an. Für diese ehrenamtliche Mitarbeit und seine dabei erworbenen Verdienste erhielt Heinz *Schauwecker* seit 1925 eine Reihe von Auszeichnungen.

Schon in jungen Jahren widmete sich Heinz *Schauwecker* der Dichtkunst und empfand Freude vor allem in der lyrischen Dichtung. Bei seinem dichterischen Schaffen hat ihm sein ärztlicher Beruf, der ihm unter den damaligen Gegebenheiten sehr viel abverlangt hat, wesentliche Anregungen und Eindrücke geschenkt.

Als erstes Werk erschien 1919 seine „Frankenmappe“. In den Jahren bis 1954 folgte eine Reihe lyrischer Werke, in denen vor allem seine Verbundenheit mit Berching und seinen Menschen zum Ausdruck kam.

Neben der Lyrik entstanden auch eine ganze Reihe von Prosawerken, von denen das erste bereits 1920 erschien. Unter diesen Werken sind besonders hervorzuheben seine historischen Romane. Im Oktober 1954 brachte er das Werk „Das unabdingbare Vermächtnis“ heraus, das als autobiographische Darstellung seine Rotkreuz-Erlebnisse wiedergibt. Mit diesem Werk wollte der Autor vor allem auch die Jugend ansprechen, sich der Verpflichtung zur Menschlichkeit stets bewußt zu sein.

Seine Novellen und kleinen Erzählungen gelten als Meisterwerke der Prosa.

Einen weiteren Teil seines schriftstellerischen Schaffens widmete Heinz *Schauwecker* dem Laienspiel. Hier sind besonders die geistlichen und heimatlichen Spiele zu nennen. Einige seiner Werke wurden vertont und verschiedentlich aufgeführt.

Der Bundesverband der deutschen Schriftstellerärzte wählte ihn im Jahre 1969 zum Präsidenten. In der „Union mondiale d'écrivains médecins“ gehörte er dem Präsidium als Vizepräsident an. Seinem Einsatz ist es zu verdanken, daß dieser Verband seinen Kongreß im Olympjahr 1972 unter seinem Vorsitz in Regensburg abhielt.

in memoriam



Professor Dr. R. Schubert †

Am 16. Mai 1976 verstarb plötzlich und unerwartet Professor Dr. René *Schubert*, der wissenschaftliche Leiter des Nürnberger Fortbildungskongresses der Bayerischen Landesärztekammer.

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 Fortbildungs-

kongresse 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.

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* 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.

Wir mußten Abschied nehmen von einem hervorragenden Arzt, einem erfolgreichen Organisator, von einem guten Menschen. Wir trauern um ihn und werden seiner stets ehrend gedenken.

Eine Partei kämpft um den Fraktionsstatus

In Bayern steht es nun höchststrichterlich fest: Die Geschäftsordnung des Landtages verstößt nicht gegen die Bayerische Verfassung, obwohl sie nicht allen Abgeordneten-Zusammenschlüssen im Parlament die gleichen Rechte einräumt. Mit dieser Entscheidung hat der Bayerische Verfassungsgerichtshof zum zweiten Mal innerhalb weniger Monate in Verfahren entschieden, mit denen die acht FDP-Abgeordneten im Landtag den von ihnen begehrten Fraktionsstatus erhalten sollten. Die noch am Ende der letzten Legislaturperiode überarbeitete Geschäftsordnung setzt bekanntlich als Quorum für die Fraktionsstärke zehn Mandate voraus, ein Punkt, der auch bei der Neufassung der Geschäftsordnung unverändert von der vorher gültigen übernommen worden war.

Sowohl auf der politischen Ebene im Parlament als auch über den Rechtsweg suchten die Liberalen deshalb die Wahlentscheidung vom 27. Oktober 1974 in bezug auf den Fraktionsstatus zu korrigieren. Gerade an ihn sind eine Reihe wichtiger parlamentarischer Funktionen und Rechte geknüpft. Nur Fraktionen haben beispielsweise Sitz und Stimme in allen Ausschüssen und im Präsidium, nur sie können Dringlichkeitsanträge stellen, Interpellationen einbringen und Aktuelle Stunden oder namentliche Abstimmungen beantragen; in außerparlamentarischen Gremien, etwa dem Landesgesundheitsrat, der Akademie für politische Bildung, dem Landessportbeirat oder dem Rundfunkrat, haben gleichfalls Abgeordnete nur als Fraktionsvertreter Zutritt. Schließlich steht eine Fraktion auch finanziell besser da: Nach eigenen Angaben sank der Zuschuß für die FDP-Geschäftsstelle im Landtag durch den Verlust des Fraktionsstatus von DM 200 000,- auf DM 60 000,-.

Kein Wunder also, wenn die Freien Demokraten seit über anderthalb Jahren vergeblich versuchen, auch in den Genuß dieser Vorteile zu kommen. Ihr Erfolg dabei war bisher bescheiden: Der Landtag, in dem die CSU fast eine Zwei-Drittel-Mehr-

heit besitzt, konzidierte der FDP neben einer verbesserten Regelung über die Redezeit nur Sitz und Stimme in den „großen Ausschüssen“ mit 25 Mitgliedern. Darüber hinaus war die Regierungspartei zu keinen weiteren Zugeständnissen bereit. Ihre Haltung begründete sie u. a. damit, daß – wie es der CSU-Abgeordnete Dr. Paul Wilhelm einmal ausdrückte – eine kleine Fraktion die Parlamentsarbeit erschwere: Bei einer Mitgliederzahl von acht Abgeordneten müßte die FDP in dreizehn Ausschüssen vertreten sein, was arbeitstechnische Schwierigkeiten mit sich brächte. Andererseits können die FDP-Abgeordneten das Recht der Gesetzgebung und das Kontrollrecht gegenüber der Staatsregierung durchaus auch ohne Fraktionsstatus wahrnehmen. Zu einer Senkung der Mindeststärke für Fraktionen war die CSU so nicht bereit, obwohl die FDP darauf verwies, daß in den einzelnen Bayerischen Landtagen die Fraktionsstärke zusammengerechnet vierzehn Jahre lang an ein Quorum von fünf und etwa ebensolange an zehn Abgeordnete gebunden war.

Zuletzt wurde diese Mindeststärke 1968 eingeführt und war bis zur Oktoberwahl 1974 auch nicht aktuell. Man rechnete ja nicht damit, daß fünf Prozent der Wählerstimmen nicht ausreichen könnten, um zehn Mandate zu erreichen. Daß dies trotzdem möglich war, liegt an einer Besonderheit des Bayerischen Wahlgesetzes, das dann auch Gegenstand einer ersten Verfassungsbeschwerde wurde. Das bayerische Wahlrecht wendet nämlich das *d'Hondtsche* Höchstzahlverfahren nicht landesweit, sondern in jedem der sieben Regierungsbezirke einzeln an. Hinzu kommt, daß die Stimmen für eine Partei unter den Tisch fallen, wenn sie in einem Regierungsbezirk keinen Bewerber durchbringt.

In ihrer Entscheidung über die Klage eines FDP-Anhänger, daß durch diesen Wahlmodus der Grundsatz der Wahlgleichheit verletzt sei, räumten die Verfassungsrichter ein, daß eine gewisse Benachteiligung klei-

nerer Parteien mit dem geltenden System verbunden sei. Sie stellten aber gleichzeitig klar, daß den Regierungsbezirken in ihrer Eigenschaft als Wahlkreise nicht nur die Funktion bloßer Abstimmungsbezirke zukomme, sondern daß sie nach der Verfassung die Bedeutung selbständiger Wahlkörper haben. Da die Verfassung die Auszählung nach Regierungsbezirken dringend gebiete, komme der Wahlgleichheit nur „regulierende Funktion“ bei der Ausgestaltung des Wahlsystems zu. Allerdings schlossen die Richter einen Ausgleich für jene Stimmen, die jetzt unter den Tisch fallen, nicht für alle Zeiten aus.

Um die Geschäftsordnung des Landtages selbst ging es dann in der zweiten Verhandlung: Die FDP war der Ansicht, daß die Parlamentsfraktion die Partei im Parlament sei, und ihr damit zwangsläufig die Fraktionsrechte zustehen. Zudem stelle die Mindeststärke von zehn Abgeordneten, wahrrechtlich gesehen, eine zweite Sperrklausel neben der Fünf-Prozent-Hürde dar.

Der Verfassungsgerichtshof, der die Klage abwies, stellte dazu fest, zwar seien Fraktionen mit den politischen Parteien eng verbunden und nähmen deren Interessen im Parlament wahr. Daraus könne man aber nicht folgern, daß jede politische Partei im Parlament sei. Vielmehr sei die Fraktion eine Gliederung des Parlaments. Die Richter bezweifelten nicht, daß bei der Fraktionsmindeststärke verfassungsrechtliche Schranken einzuhalten seien. So müßte sich der Landtag an sachlichen Gründen bei der Festlegung orientieren und dürfe nicht willkürlich, mißbräuchlich oder politisch entscheiden.

Gegenwärtig ist noch offen, welche Konsequenzen die FDP im Landtag aus dem Urteil ziehen wird. Ihre Sprecherin Dr. Hildegard Hamm-Brücher hat bereits angekündigt, daß man sich nach einer gründlichen rechtlichen Prüfung des Urteils entscheiden werde, ob man eine bereits seit Herbst 1975 beim Bundesverfassungsgericht vorliegende Klage aktivieren werde. Frau Dr. Hamm-Brücher selbst wird nach der Bundestagswahl wieder in die Bonner Politik einsteigen. Vielleicht bleibt ihrem voraussichtlichen Nachfolger Jaeger mit ihrem Ausscheiden aus der bayerischen Politik der Gang nach Karlsruhe erspart?

Michael Gscheidle

Das Abkommen zwischen der Kassenärztlichen Bundesvereinigung und den Spitzenverbänden der gesetzlichen Krankenkassen zur Begrenzung des Ausgabenzuwachses für die ärztliche Behandlung hat in Bonn durchweg ein positives Echo gefunden. Nur der SPD-Abgeordnete Glombig meinte, daß der Beitrag der Ärzte hätte höher ausfallen können. Es ist allerdings kaum zu erwarten, daß der Gesetzgeber zusätzliche Sparmaßnahmen beschließen wird; der Widerstand in der SPD-Fraktion ist groß. Dagegen hat das neue Arzneimittelgesetz die Zustimmung aller Fraktionen gefunden. Umstritten bleibt allerdings, wie im Falle von Arzneimittelschäden die betroffenen Patienten entschädigt werden sollen.

Es kommt selten vor, daß den Aktionen der Ärzteschaft von den Politikern Beifall gezollt wird. Eine Ausnahme von dieser Regel stellt die Reaktion auf das Abkommen der Kassenärzte und der Spitzenverbände der RVO-Kassen zur Begrenzung der Zuwachsrate des ärztlichen Honorarvolumens in den beiden kommenden Jahren dar. Sogar die Bundesregierung hielt es für richtig, nach der Kabinettsitzung Regierungssprecher *Grünewald* zu ermächtigen, die Vereinbarung zwischen der Kassenärztlichen Bundesvereinigung und den Kassenverbänden als einen wichtigen Beitrag der Selbstverwaltung zur Dämpfung des Kostenanstieges in der gesetzlichen Krankenversicherung zu würdigen.

Ähnlich positiv äußerten sich die Sprecher von FDP und CDU. *Schmidt* (Kempten) von der FDP und *Ketzer* von der CDU lobten das Verantwortungsbewußtsein und die Weitsicht der Vertragsparteien, die bewiesen hätten, daß das System der Selbstverwaltung funktionsfähig sei und sich auch in schwieriger Lage bewähre. Es zeige sich nun, daß es falsch wäre, wenn der Gesetzgeber die Rechte der Selbstverwaltung einschränken würde.

Differenzierter war das Echo bei der SPD. Der Sozialexperte der SPD-Bundestagsfraktion, *Glombig*, lud die Journalisten eigens zur Pressekonferenz, um zu sagen, daß die Empfehlungsvereinbarung von Kassenärzten und Kassenverbänden ganz auf der Linie der Vorstellungen der SPD liege. *Glombig* ließ auch durchblicken, daß er sich und seiner Fraktion das Verdienst zubilligt, maßgeblich zum Zustandekommen der Empfehlungsvereinbarung beigetragen zu haben. Er konnte es sich nicht verkneifen, hinzuzufügen, daß der Beitrag der Ärzte zur

Dämpfung des Kostenauftriebes in der Krankenversicherung bei der guten Einkommenslage der Ärzte ruhig etwas größer hätte ausfallen können. Die Begrenzung der Zuwachsrate des Honorarvolumens auf jeweils acht Prozent reicht der SPD also noch nicht; sie wäre wohl erst mit einer Vereinbarung auf der Null-Linie ganz zufrieden gewesen. Aber immerhin, so meinte *Glombig*, sei nunmehr sichergestellt, daß die Einkommen der Ärzte nicht rascher anstiegen als die der Versicherten, wobei natürlich niemand weiß, was sich 1977 an der Lohnfront abspielen wird.

Die Empfehlungsvereinbarung scheint allerdings die SPD nicht zu beflügeln, nun selbst noch einige Sparbeschlüsse mit dem Gesetzentwurf zur Weiterentwicklung der Krankenversicherung zu verbinden. *Glombig*, nach der „Oma auf Krankenschein“ und einer generellen Eigenbeteiligung bei Zahnersatz und Kieferorthopädie befragt, äußert nur Bedenken und spielt auf Zeitgewinn. Hier wird wohl nichts mehr zu erwarten sein, was die Kassen entlasten könnte. Dagegen bestehen nun doch beste Aussichten, daß das neue Arzneimittelgesetz zustande kommt, das in seiner jetzigen Form einen vertretbaren Kompromiß zwischen Anforderungen an die Arzneimittelsicherheit und der Gefahr einer Überbürokratisierung des Zulassungsverfahrens und einer Einengung des Wissenschaftspluralismus zu bringen scheint. Der Gesetzentwurf, der noch der Zustimmung des Bundesrates bedarf, hat folgende Schwerpunkte:

1. Alle neuen Arzneimittel werden statt der bisherigen Registrierung einem Zulassungsverfahren unterworfen. Voraussetzung für die Zulassung ist, daß Qualität, Wirksamkeit und Unbedenklichkeit des Arz-

neimittels nachgewiesen wird. Das Zulassungsverfahren stellt also eine präventive Kontrolle dar. Der Gesetzgeber ist sich bewußt, daß es völlige Arzneimittelsicherheit im Sinne von absoluter Unschädlichkeit nicht geben kann. Das Testat der Unbedenklichkeit kann daher im Regelfall nur bedeuten, daß die Nützlichkeit eines Arzneimittels seine Schädlichkeit übertrifft.

2. Alle bei Verkündung des Gesetzes im Handel befindlichen Arzneimittel gelten zwölf Jahre als zugelassen; die Verlängerung der Zulassung kann nur bei fehlender Wirksamkeit oder begründetem Verdacht schädlicher Wirkungen versagt werden.

3. Bei neuen nichtverschreibungspflichtigen Homöopathika kann statt der Zulassung die Registrierung beantragt werden; dann brauchen keine Nachweise über Wirksamkeit und Versuche an Tier und Mensch vorgelegt zu werden. Zusammen mit den von FDP und CDU durchgesetzten flexibleren Anforderungen bei der Zulassung ist mit diesen Bestimmungen wohl gesichert, daß auch Homöopathike in Zukunft eine Chance haben. Im übrigen hat der Bundestag deutlich gemacht, daß beim Wirksamkeitsnachweis nicht nach bestimmten Lehrmeinungen oder vorherrschenden Lehrmeinungen entschieden werden sollte.

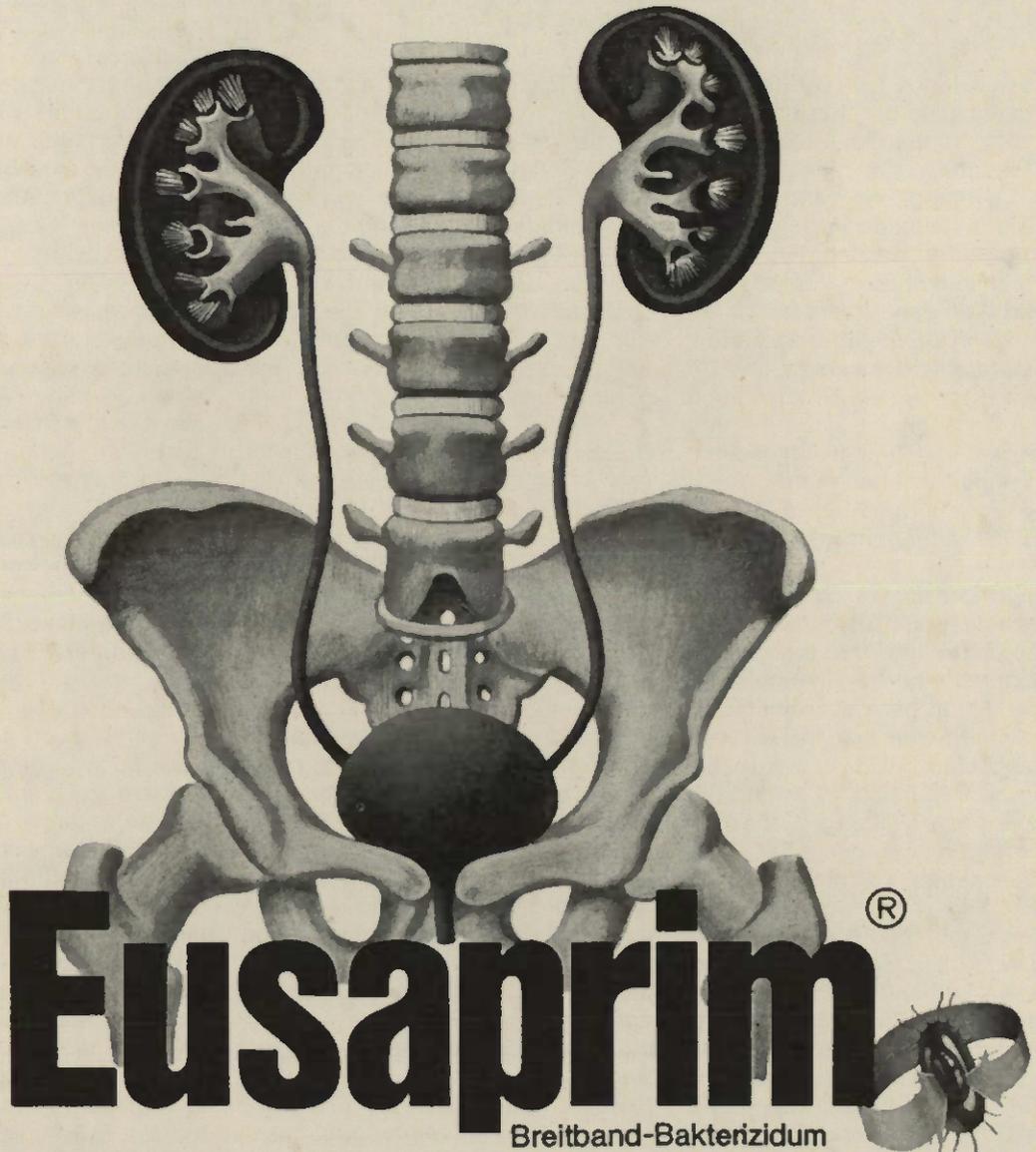
4. Mit dem Gesetz werden die Weichen für eine wirksame Dauerüberwachung der Medikamente gestellt. Das Gesetz enthält einen Stufenplan zur Sammlung und Auswertung von Schadensfällen. An die Ärzte wird appelliert, die Wirkungen von Arzneien zu beobachten und Verdachtsfälle rechtzeitig zu melden.

5. Umstritten ist nach wie vor das Verfahren zur Abgeltung der Arzneimittelschäden. Die Regierung hatte einen öffentlich-rechtlichen Fonds vorgeschlagen. Wirtschaftsministerium und CDU/CSU plädieren für einen privaten Fonds der Pharma-Industrie, und die Koalition hat sich schließlich für die Absicherung des Arzneimittelrisikos über einen Versicherungs-Pool entschieden. Beide Lösungen haben Vorteile. Der Pharma-Fonds verspricht die geringere Belastung; die Versicherungslösung entspricht mehr dem marktwirtschaftlichen System. Das letzte Wort wird hier der Bundesrat sprechen.

bonn-mot

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 Cotrimoxazol). Kinder-Suspension (5 ml) mit 1/2 und Kinder-Tabletten mit 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



Wellcome Deutsche Wellcome GmbH
3006 Burgwedel 1

Neue Applikationsform:
Eusaprim[®] Suspension für Erwachsene

Der Aufstand der Jungärzte — vor dreißig Jahren

von Erich Graßl

Nach den Kriegswirren von 1945 war die Ausnützung der Krankenhausärzte katastrophal. Man hielt an einer Stellenbesetzung fest, die aus einem vergangenen Jahrhundert war. Die anfallende Arbeit mußte aber bewältigt werden und dafür schuf man den ohne jegliche Bezahlung arbeitenden *Volontärarzt*. Es bestand ein Überangebot an Ärzten, die aus dem Kriege kamen, und jeder war froh, einen Unterschlupf, einen Arbeitsplatz zu finden — und tat so geduldig und fleißig seinen Dienst ohne Bezahlung und irgendwelche Vergütung. Wer sollte sich rühren und aufbegehren?!

Wie viele Zusammenschlüsse — so war auch der erste Zusammenschluß der Jungärzte und Assistenten ausgelöst durch eine Begebenheit, die ob ihrer Menschenunwürdigkeit zu einer Entgegnung schrie. — Eines Tages — Anfang 1946 — brachte das Städtische Gesundheitsamt und die Krankenhausverwaltung München eine Verfügung heraus, daß die vielen unbezahlten *Volontärärzte*, die Tag für Tag ihren Stationsdienst machten, Sonntagsdienst und Nachtdienst versahen, nicht mehr am Kasinoessen teilnehmen dürften. Das schlug dem Faß den Boden aus. Wir suchten nach einer entsprechenden Entgegnung und fanden sie bald. Es bestand damals in München eine Armenküche, die Volksküche, die für die notleidende Bevölkerung eingerichtet war. Wir ersuchten sie, ob sie nicht auch die *Volontärärzte* einiger Krankenhäuser mit versorgen könne. Sie sagte zu. Und so fuhr bald unter dem Anblick der Patienten der

Volksküchenwagen vor und brachte ins Krankenhaus die großen Pötte für die Assistenten. Kom das Essen, so meldeten wir uns mitten unter der Chefvisite ab und eilten zum Essen. Nach einigen Tagen ging der Krankenhausbetrieb so durcheinander, daß das Gesundheitsamt auf das Drängen der Chefärzte die Verfügung zurüchnahm und uns wieder beim Essen im Krankenhaus teilnehmen ließ.

Dieser Erfolg steifte uns den Rücken und so begannen wir bald mit den „Jungärzten“ sämtlicher Münchener und bald der bayerischen Krankenhäuser Fühlung aufzunehmen. Wir trafen uns, wählten Vertreter und formulierten unsere Forderungen. Ich wurde bald als 1. Landesvorsitzender der Jungärzte Bayerns gewählt und vertrat die Jungärzte im Vorstand der Bayerischen Landesärztekammer und bei den Ministerien. Bald hatten wir im Ärztlichen Kreis- und Bezirksverband München in der Bayerischen Landesärztekammer „Jungärzte-Referate“, die von den Kollegen *Richter* und H. J. *Siggelkow* geleitet wurden. Unter den eifrigen Mitarbeitern von damals möchte ich einige besonders verdiente Kollegen mit Dank erwähnen, die zum Teil heute Professoren sind: *Barthelmes* Heinrich, *Blömer* Karl, *Breitner* Josef, *Frühwein* Friedrich, *Hein* Karl Ernst, *Hellbrügge* Theodor, *Kleeberger* Eduard, *Mössner* Ernst, *Niedersteiner* Josef, *Roedel* Josef Wilhelm, *Scheppe* Karl Johann, *Schwemmlin* Ruben †, *Vogt* Dietrich †, *Weidinger* Relner, *Winkelmann* Wilhelm. Es waren noch

viele andere mehr, unsere Versemmungen hatten bis zu 400 Teilnehmer. Ich grüße sie — in Erinnerung an unsere gemeinsame Arbeit sehr herzlich, wo überall sie auch erbelten und wirken!

Wir konnten vieles erreichen, so den Versicherungsschutz der unbezahlten *Volontärärzte*, eine Auflockerung der Zulassungsbestimmungen, eine Verbesserung der Niederlassungsordnung, die in der damaligen Situation unbedingt notwendige Abstopfung des Medizinstudiums, eine Verbesserung des Bettenschlüssels an den Krankenhäusern u. a. mehr. Das Bayerische Staatsministerium des Innern brachte unter dem damaligen Leiter der Gesundheitsabteilung, Staatssekretär *Vetter*, Richtlinien heraus, die die Krankenhausträger ersuchten, wenigstens auf 30 Betten einen bezahlten Assistenten und einen bezahlten Hilfsassistenten anzustellen. Vielleicht kann sich mancher Kollege noch entsinnen, als wir im Hörsaal der Poliklinik in Anwesenheit von Presse und Rundfunk und einer großen Zahl von prominenten Persönlichkeiten und Professoren diese Richtlinien verkünden konnten.

Bald war es so weit, daß sich die Jungärzte nicht nur in Bayern, sondern auch in den anderen Bundesländern zusammenschließen konnten. Im Sommer 1947 — am 12. und 13. Juni 1947 — trafen sich in Marburg a. d. Lahn Jungärzte und Medizinstudenten sämtlicher Bundesländer einschließlich der Ostzone. Die bayerischen Jungärzte vertraten Kollege *Gassenmeyer* (Nürnberg), Kollege *Niedersteiner* (Garching) und ich, die Medizinstudenten der jetzige Medizinaldirektor *Mayer*. Gemeinsam verfaßten wir die „Marburger Resolution“; diese leiteten wir an sämtliche Landesministerien, sämtliche Hochschulen und Ärztekammern. Die „Marburger-Resolution“ forderte gerechten Lohn für die Arbeit der Jungärzte, Anpassung der Stellenbesetzung an die moder-



RECORSAN-HERZSALBE

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

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

In 100 g Salbe: Extr. Crataeg. 2,2g-Valerian. 1,7g-Tinct. Corv. 0,8g.
-Castor 0,6g. Camph. 1,0g. Menthol. 0,3g. Nicotin. 0,15Sg. O.P. 30g DM 5,35

Recorsan-Gesellschaften Gräfelfing und Lüneburg

nen wissenschaftlichen Bedürfnisse und Einführung eines Bettenschlüssels, der erheblich mehr Assistenten beschäftigte als bisher, ferner die Regelung des Medizinstudiums und der Ausbildung.

Von Anfang an hatte sich die Gesamtärzteschaft in ihrer Mehrheit hinter die Forderungen der Jungärzte gestellt. Viele der heute führenden ärztlichen Persönlichkeiten stammen aus dem Kreis, der die „Marburger-Resolution“ mitverfaßte, so der ehemalige Präsident der Bundesärztekammer Dr. Ernst Fromm, der frühere Hauptgeschäftsführer der Bundesärztekammer Dr. Stockhausen, der Hauptgeschäftsführer der Kassenärztlichen Bundesvereinigung Dr. Schlögel. Auch der Ordinarius für Frauenheilkunde an der Universität München, Professor Dr. Zander, gehörte dazu.

Von Bayern aus gingen dann auch die Vorbereitungen zur Gründung des „Marburger Bundes“ auf dem Berghaus Sudelfeld bei Bayrischzell.

Diese Arztgeneration, die sich in bitterster Not den um sie werbenden Gewerkschaften entzog und sich für ein freies und unabhängiges Arztum entschied, wird daran festhalten und darum kämpfen, solange sie lebt!

Von der jungen Generation von Ärzten heute, für die wir damals etwas mit vorgesorgt haben, glauben wir, sagen zu dürfen: „Wir vertrauen auf Euch! Kümmert Euch um die Berufs- und Standespolitik! Ihr habt damit das Schicksal Eueres Berufes und Euere eigene Zukunft in der Hand!“

Anschrift des Verfassers:

Dr. med. et phil. Erich Graßl, Boschetsrieder Straße 75, 8000 München 70

Äskulap und Pegasus

Bücher von Ärzten für Ärzte

Die nachfolgenden Buchbesprechungen sind eine Fortsetzung aus der April-Nummer, Seite 338 ff. Wegen Platzmangels konnten sie dort nicht mehr gebracht werden. Da jedoch mit den kommenden Monaten die Sommerferien beginnen, so wird vielleicht mancher Koflege für den Hinweis auf eine geeignete Ferienlektüre dankbar sein.

Besprechungen von Neuerscheinungen

Signum Dei

Antidot gegen den Alltag aus Erzählungen, Märchen, Gedichten und Holzschnitten um Gott Eros.

Verf.: Dr. F. Brettschneider, 165 S., Leinen, DM 22,—. Europäischer Verlag, Wien.

Das Buch beginnt mit vier eindrucksvollen Erzählungen, denen jeweils am Schluß als post scriptum die Ursache ihrer Entstehung, wie die Zeitungsmeldung oder ein Passus aus dem Schriftverkehr im Durchgangsarzt-Verfahren beigelegt ist. Dann folgen ebenfalls vier reizende Märchen, die durch ihre allegorische Lebensweisheit und den dazwischen aufblitzenden Humor den Leser erfreuen. Als Abschluß des ersten Abschnittes bringt der Autor unter „Geraimtes und Ungeraimtes“ Gedichte und Gedanken, die er selbst folgendermaßen analysiert: „Alle meine, einschließlich auch der Erzählungen, spärlich erdachten, gefundenen und entdeckten Variationen wollen lediglich den Unterschied zwischen der Schöpfung Mensch und zwar sich aufgeklärt, mutig und technisch vollendet ‚Liabanden‘ andeuten.“ Den Lesern von Boskamps Heften „aeskulap dichtet, aeskulap malt“ sind „Floh Flachshaar“ und „Liehaberei“ aus Heft 2/1972 in angenehmer Erinnerung. Im zweiten großen Teil des Buches sind die Drehbücher von zwei Fernsehspielen „Scharzando al fina. Ein Spiel nach dem Märchen Liehaberei“ und „Finala giosco. Romantisch verliebt Schelmanstück aus der Milchstraßenära“. Das Buch ist mit

gekonnten, schmissigen Bildern vom Autor selbst illustriert. Er hat auch ein Werk „Holzschnitta“ in Vorbereitung, ein Werk, dem nach den hier gesehenen Proben ein voller Erfolg zu wünschen ist, ebenso wie dem vorliegenden Buch zahlreiche Leser.

Wer raucht, denkt nicht, wer denkt, raucht nicht

Verf.: Dr. M. Bajog, 98 S., Oktav brosch. mit farb. Einband, DM 5,80. Verlag R. S. Schulz, Percha.

Das Büchlein ist für den Raucher wie für den Nichtraucher gleich interessant; für den Raucher, weil es ihm eine wertvolle Hilfe sein kann, diese sinnlose und schädliche Gewohnheit als solche zu erkennen, und für den Nichtraucher, weil es diesem wichtige Argumente an die Hand gibt, bei Diskussionen über das Rauchen seinen Standpunkt erfolgreich zu vertreten. Das Kultische und die Geschichte des Tabakrauchens werden ebenso abgehandelt wie die Ursachen, warum der Mensch überhaupt raucht. Auch die finanzielle Seite für den Staat, die Krankenkassen und den Raucher selbst wird nicht vergessen. Ausführlich kommen auch die ärztlichen Stimmen zu Wort, sowohl dagegen wie dafür, ebenso wie das umstrittene Mitrauchen. Man kann dem Verfasser nur zustimmen, wann er in seinem Nachwort sagt: „Wie ein roter Faden soll das Wort ‚Wer raucht denkt nicht, wer denkt raucht nicht‘ den Weg zum Nichtraucher vor-

ZUSAMMENSETZUNG Tabletten: 1 Tablette enthält: Cocculus D 4 210 mg, Conium D 3, Ambra D 6, Petroleum D 6 ana 30 mg.
Tropfen: In 100 ml: Cocculus D 4 70 ml, Conium D 3, Ambra D 6, Petroleum D 6 ana 10 ml.
ANWENDUNG Tabletten, Tropfen: 3-4 mal täglich 1 Tablette bzw. 5-10 Tropfen.
Handelsformen und Preise (incl. MwSt.): Preisänderungen vorbehalten. Packung zu 50 Tabletten DM 3,85, zu 250 Tabletten DM 12,85.
Tropfflasche zu 15 ml DM 4,—, zu 30 ml DM 6,20, zu 100 ml DM 18,95.
Weitere Darreichungsform: Injektionslösung bei schweren Schwindelzuständen

**Schwindel
verschiedener Genese**

Vertigoheel®

**Kinetosen (See-, Luft-
Autokrankheit)**

**Biologische Heilmittel Heel GmbH
Baden-Baden**

-Heel

zeichnen. Diese zwei Sätze beeinhalten in knapper Form alles, was zur suggestiven Beeinflussung des Rauchers erforderlich ist. Die psychoanalytische Beeinflussung findet eine fördernde Kraft in autolytischen Maßnahmen, d. h. in Selbstanalyse und in Autosuggestion. Der Gedanke wird hier zur Arznei, die sich günstig auf unser Unterbewußtsein auswirkt. Ich möchte den Titel als suggestiven Denkanstoß verstanden wissen. Gut gemeinte Denkanstöße ohne sachliche Informationen halte ich für wirkungslos. Erst wenn Suggestion, autogenes Training, wie Yoga, mit verständlicher Information gepaart werden, können wir mit einem echten Erfolg rechnen." Die Informationen, die uns der Verfasser im vorliegenden Büchlein gibt, sind klar, verständlich und flüssig geschrieben und sollten jedem Reucher zu denken geben. Es erhöht den Wert des Buches wesentlich, daß es von einem Arzt geschrieben ist, der „seine Befriedigung nicht nur darin findet, daß er mit einem gefüllten Wartezimmer seinen Unterhalt bestreitet, sondern der auch in die Breite wirken und sozusagen ‚dem Mann auf der Straße‘ Erkenntnisse vermitteln will, die er in der Praxis gesammelt hat."

Wegbegleiter

Maximen eines Arztes

Verf.: D. Dr. W. Freytag, Textwehl und Graphik Cherlotte Widmer, 44 S., 5 Farbabb., Leinen mit farb. Buchumschlag, DM 6,80. Amboss Verlag, St. Gallen.

Unser Kollege Freytag ist schon durch verschiedene Bücher bekanntgeworden, wie „Sex, Ehe, Gesellschaft“, 1971 (Herder Verlag), „Dreimal täglich heitere Medizin“, 1973, und „Heiteres und Ernstes aus meiner Sprechstunde“, 1975 (beide Bachtel-Verlag). Das vorliegende Bändchen gibt einen Ausschnitt aus der Fülle von jahrelangen Aufzeichnungen des Autors, die uns zum Nachdenken anregen. Sie sind kurz und prägnant und beleuchten mit einem blitzartigen Geistesfunken ein Problem: „Viele gescheite, gebildete Leute geben nach. So kommt es oft zur Vorherrschaft der Dümmeren mit stärkeren Nerven.“ Die Maximen sind in großen Lettern meist nur auf einer Seite gedruckt, so daß ein Blick genügt, sie zu erfassen. Dem Buch sind farbige, symbolhafte Bilder beigegeben. Die Ausstattung ist hervorregend. Man kann dem Werbeslogon des Verlags nur zustimmen: „Amboss-Funken sind mehr als kleine Geschenke."

Humor hilft heilen

Heitere Zeichnungen über Medizinisches

Verf.: Dr. B. Scheuer, Zeichnungen von E. C. Klaedtke Collin, 44 S., Oktav-Querformat, DM 6,80. Hamburger Ärzteverlag, Hamburg.

Der Autor schreibt in seinem Vorwort: „Manche kleine Schwäche macht den Mitmenschen erst besonders liebenswert. Es wäre viel gewonnen, wenn mehr Ärzte und Patienten sich gegenseitig als

einfache Mitmenschen mit kleinen Fehlern sehen würden. An tiefstem gegenseitigen Vorwürfen besteht seit langem kein Mangel. Deshalb möchte der Autor zur Abwechslung die Beziehung zwischen Heilkundigen und Patienten durch liebenswerten Humor auflockern.“ Unter den Kapiteln „Vorbeugen ist besser als heilen“, „Gesundheit und Lebensweise menschlich gesehen“ und „Woher kommt eigentlich die Kostenexplosion, wenn alles kostenlos ist“, werden humorvolle Zeichnungen mit treffenden Unterschriften gebracht, die auf lustige Weise ernste Themen behandeln. Einige Grußkarten zum Abtrennen sind eingefügt, am Schluß sind noch einige freie Blätter für Notizen und Telefonnummern. Ein Büchlein, das Spaß macht und für Patienten oder fürs Wartezimmer gut geeignet ist.

Frühere Ausgaben von Schriftstellerärzten

Lyrik

Worte an Dein Herz. Gedichte von Heinz Schauwecker. — Der bekannte Dichtertext und Ehrenpräsident der Deutschen Schriftstellerärzte beschreibt in zerfetzten, feinsinnigen Gedichten die mannigfachen Wege, die er gegangen ist. „Wir müssen Wege wandern / die unser Herz nicht will.“ Sein weises Bescheiden klingt in die Verse aus: „Herz, laß dein zweifelnd Fregen, / wie uns des Heil gescheh ... / du mußt nur liebend tragen; / dann ist Gott immer nehm!“ Ein Büchlein für stille Stunden. — 2. Auflage, 1962, Verlag Michael Laßleben, 8411 Kellmünz. Halbleinen, Oktav, 67 S., DM 2,80.

Irgendwie voller Geheimnisse von Aissy Leugermann. — Die Autorin, die in Bad Oeynhausen tätig ist, trat schon auf einigen Kongressen des Weltärzteverbandes (UEM) mit Beiträgen hervor. „Mit ‚Irgendwie voller Geheimnisse‘ hat jedoch Frau Dr. Aissy Leugermann ein auf ganz außerordentliche Weise faszinierendes Werk geschaffen. Vom Symbol des ‚Schatten‘ ausgehend, erinnert sie den Leser daran, daß alle Wirklichkeiten ohne jene zuerst nur schemenhaft sichtbar werdenden Realitäten, die hinter ihnen stehen, nicht wahrhaft vorhanden wären. Und schon im nächsten Vers wird die Meinung erkennbar, es zu bedenken, ‚daß es die Schatten sind, die vom Licht der Wendung zeugen!‘“ (G. Pretschke im Vorwort). — 1971, Europäischer Verlag, Premergasse 1, A-1090 Wien, Leinen mit Schutzumschlag von A/Leu, 63 S., DM 9,—.

Das Nachtklavier. Lyrik von Armin Jungling. Der Autor hat bereits zwei Lyrik-Anthologien der lebenden deutschen Schriftstellerärzte herausgegeben. Es ist daher selbstverständlich, daß er selbst Lyrik schreibt. „Die Dominanz des Gedankens, der sonst in der Prosa zu Hause ist, läßt Armin Jungling seine Poesie in der modernen Form der Prosalyrik gestalten. Die Geistigkeit und Spannung seiner Gedichte lebt von Un-

terschieden und Abständen, die anregen, ja subtil erregen. So ist es im ‚Nachtklavier‘, das dem Bend den Titel leiht, das Verstummen des Klaviers, als eines Abends der Strom ausfiel, und dann das Wiederertönen des Klaviers mit dem Angehen der Lichter, das zum Ereignis wird“ (Vescovi). — 1975, J. G. Blöschke Verlag, Sandstraße 38, 6100 Darmstadt, DM 9,80.

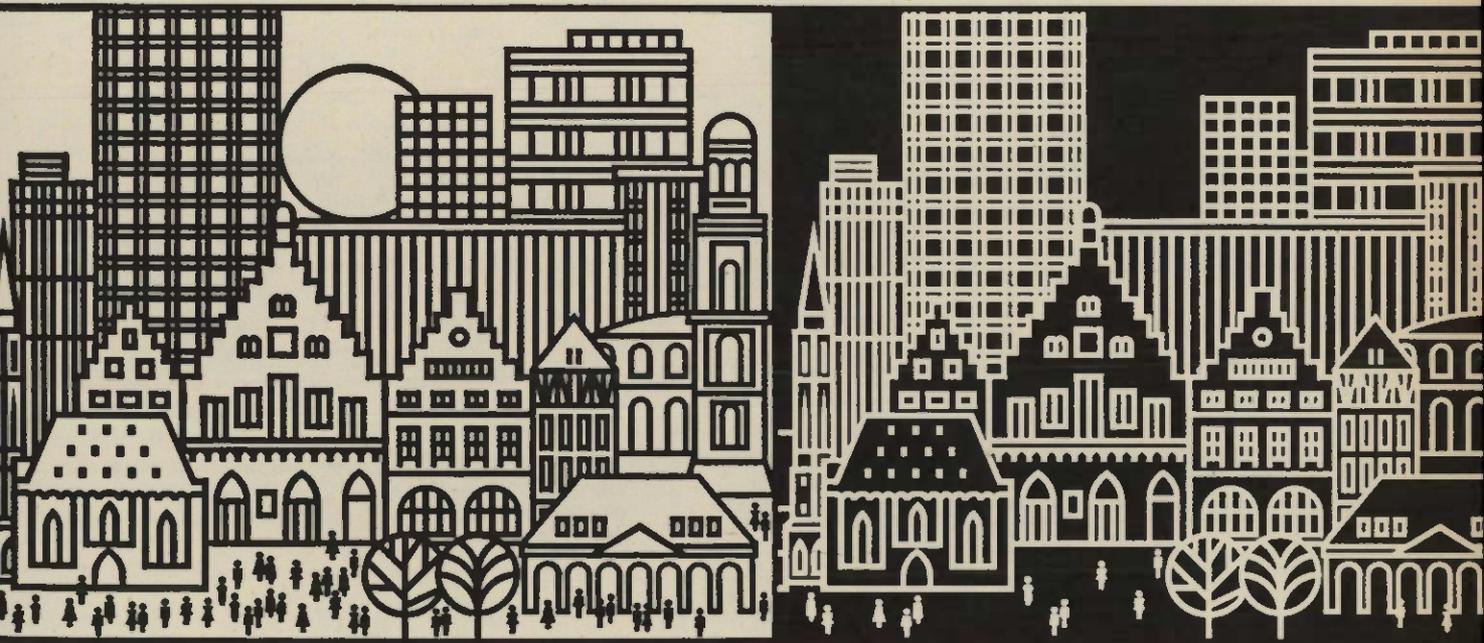
Das Innere Licht von Bernhard Rauch. Lebensweisheiten, kurz zu lesen und zum Nachdenken veranlassend, bringt uns der Autor, Nervenerzt und Psychologe, in verschiedenen flüssigen Versformen nahe. Ein Beispiel: „Die Methode. / Während Femulus Wagner mit sprüchen und wunderessenzen / nach gar langem bemühen halb nur ein Menschlein erschafft, / huscht der Schüer Mephistos in lauschiger mondnacht zum dirnlein, / und in viel kürzerer zeit ist es viel besser vollbracht.“ — 1971, Europäischer Verlag, Pramergasse 1, A-1090 Wien, Leinen mit Umschlag nach A/Leu. 62 S., DM 9,—.

Bilder aus der Elbmarsch. Gedichte und Gedanken von Karl Schwieter. Der Autor, der in den Vorbezirken Hamburgs als praktischer Arzt tätig ist, sagt in seinem Vorwort: „Den Freunden der Elbmarsch, Ihrem Land und ihren Leuten möchte ich dieses kleine Büchlein widmen. Wenn es hilft, den Blick zu schärfen für die Schönheit der Landschaft und der Heimat, und wenn es ein klein wenig Freude bereitet, dann hat es seinen Zweck erfüllt.“ Es sind tiefempfundene Stimmungsbilder von der Elbmarsch, verschiedene Gedichte sind in Platt. — Broschiert, 50 S. Zu beziehen durch Buchhandlung Boeisen, Alte Hoistenstraße 64, 2050 Hamburg 80, DM 6,—.

Die Stunde der Rose von Harro Feldtmann. Die Ballade, eine der schönsten Art von Dichtung, findet man nur noch selten. In seiner Novemberballade hat der Autor eine dichterisch eindrucksvolle, wenn auch schreckliche Erinnerung an einen Bombenangriff auf Freiburg/Br. geschaffen. In den drei übrigen Abschnitten findet er in ausgewogenen Versen zu schönen Naturschilderungen. — 1970, Europäischer Verlag, Premergasse 1, A-1090 Wien, Leinen mit Schutzumschlag-Entwurf Uwe Kuhl, 64 S., DM 9,—.

Sternschnuppen. Gedichte und Prose von Otto Bolte. Der Autor, Heutarzt in Hamburg, gibt dem Leser eine Auswahl seiner Gedichte und eine reizvolle, psychologisch mit großem Verständnis für den Menschen aufgebaute Geschichte, wie einem kinderlosen Ehepaar doch noch sein Wunsch in Erfüllung geht. Aus seinem Geleitwort: „Wenn die folgenden kleinen bescheidenen Versuche aus der Fülle des Immer wieder Im Guten wie im Bösen überquellenden Lebens einen Augenblick lang blitzlichtartig des aufleuchtenden lassen wollen, was der Verfasser mit momentaner Betroffenheit fesselte, so möchte er sie als ‚Impressionen‘, als

Entspannung für den Tag und Ruhe für die Nacht gewinnen



Adumbran[®]

beruhigt – entspannt – befreit von Angst

Zusammensetzung:

7-Chlor-1,3-dihydro-3-hydroxy-5-phenyl-2H-1,4-benzodiazepin-2-on

Anwendungsgebiete:

Im psycho-vegetativen Bereich: Störungen der Schlafrhythmik; 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

Anwendungsweise:

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 ($\frac{1}{2}$ Doppelkonus), 4–5 Jahren 2–3 mal 7,5 mg ($\frac{1}{2}$ Doppelkonus), ab 6 Jahren 1–3 mal 15,0 mg (1 Doppelkonus). Zur Behandlung von Schlafstörungen genügt $\frac{1}{2}$ bis 1 Doppelkonuszäpfchen am Abend. **Unverträglichkeiten und Risiken:** Das Präparat soll nicht angewandt werden bei 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:** Tabletten zu 10 mg OP mit 25 Tabletten DM 6,50 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 Unverbindl. empf. Preise lt. AT Dr. Karf Thomae GmbH Biberach an der Riss

„Sternschnuppen“ verstanden wissen. Am kurzen Glanz dieser letzteren erkennen wir den Urquell ihres Seins, den immer jungen Schöpfungsgelbst, genau so deutlich wie em steten Glanz von Sonne und Mond.“ — 1969, Europäischer Verlag, Pramergasse 1, A-1090 Wien, Leinen mit Umschlag-Entwurf Hannes Peherstorfer, 62 S., DM 8,50.

Das Menschenantlitz von Carl G. P. Hammann. Der Autor war 44 Jahre lang praktischer Arzt in Lindenberg/Allgäu. Infolgedessen ist das Buch „keine weltferne, nur eine besinnliche Stunde besingende Poesie, die im ‚Menschenantlitz‘ zu finden ist, sondern teilweise eine recht harte, dem erlebten und erlittenen Dasein immer entsprechende Verssprache, der jedoch, wie es der entroposophischen Weltanschauung des Autors entspricht, das stille Lächeln des wahrhaft weisen Menschen niemals fremd erscheint“ — G. Pratschke im Geleitwort). — 1971, Europäischer Verlag, Pramergasse 1, A-1090 Wien, Leinen mit Schutzumschlag — Entwurf A/Leu, 64 S., DM 12,—.

Erzählungen

Blätter im Wind. Erinnerungen und Gedanken von Heinz Schauwecker. In dem schmalen Bändchen erzählt der Dichter aus seinem Leben beschauliche und humorvolle Erlebnisse mit der ihm eigenen Lebendigkeit und stilvollen Ausdruckweise. Ein Büchlein, auf den Nachtschisch zu legen, um kurz vor dem Einschlafen sich nochmals eine geistige Ausspannung nach des Tages Rast zu gönnen. — 1962, 2. Auflage, Verlag Michael Laßleben, 8411 Kallmünz, Oktav, 67 S., DM 2,80.

Mein Kaleidoskop. Erzählungen, Erlebnisse, Einfälle von Heinz Schauwecker. Es sind interessante Rückblicke auf sein Leben, die uns der Dichter kaleidoskopartig gibt und die von der Erfahrung und der Weisheit des älteren Menschen aus allen Erlebnissen in ein Selbstbesinnen münden. An dem Leser zieht ein reiches, erfülltes Leben vorbei, das mehr im Geben als im Nehmen bestand. Und der Dichter gibt uns euch mit diesem Buche viel. — 1964, Verlag Michael Laßleben, 8411 Kallmünz, Leinen mit Schutzumschlag, 162 S., DM 8,—.

Merener Elegie von Hans Weigold. Umschlag und Illustrationen von Willy Uffig, Regensburg-Steffling. Der lange Zeit in Regensburg tätige Lungenfacharzt erzählt eine zarte Liebesgeschichte um eine Lungenkranke und deren Schicksale. Im Anschluß daran folgt eine Kurzgeschichte über ein vergessenes Heus im Seengebiet Oberitaliens, die in jenes Reich der Metaphysik führt, die wir bisher nur erahnen können, in deren Darstellung aber sich der Autor als Meister erweist. — 1971, Europäischer Verlag, Pramergasse 1, A-1090 Wien, Leinen mit Schutzumschlag, 32 S., DM 9,—.

Dr. med. Robert Paschke
8535 Emskirchen

Ausland

Das Gesundheitswesen in der UdSSR 1974

(Schluß)

Im Mai beschäftigte sich in Moskau eine Unionstagung mit dem Stand und der Entwicklung der gynäkologischen Versorgung. Da die Frauen die Hälfte aller Arbeitnehmer ausmachen, ist die Verhütung, Früherkennung und rasche Behandlung gynäkologischer Erkrankungen ein wirtschaftlicher Faktor. Dafür gibt es über 9000 Frauenberatungsstellen, in denen besonders werdende Mütter beraten und beobachtet werden, sowie zahlreiche Spezialstellen bei den Polikliniken. An den gynäkologischen Vorsorgeuntersuchungen gegen Krebs beteiligten sich noch zu wenig Frauen; selbst in den besten Republiken sind es unter 75 Prozent (Bundesrepublik: 25 Prozent). Das Ziel ist, einmal ausnahmslos alle Frauen in die regelmäßige gesundheitliche Kontrolle einbeziehen zu können, in die sogenannte Dispensaire-Betreuung, von der bisher nur bestimmte Gruppen (Schwangere, Frauen in bestimmten Berufen und mit bestimmten Krankheiten) erfaßt werden.

Zu den Maßnahmen, mit denen die Geburtenfreudigkeit (die unter der Legalisierung des Schwangerschaftsabbruches leidet) angeregt werden soll, gehört die Zahlung von Kindergeld. Im September beschloß der Ministerrat der UdSSR, den einkommensschwachen Familien mit einem monatlichen Prokopf-Einkommen von weniger als 50 Rubel für jedes unter acht Jahren alte Kind monatlich 12 Rubel zu zahlen. Die Mittel werden dem Budget der Staatlichen Sozialversicherung bzw. für die Kolchoz-Mitglieder, dem zentralisierten Fonds für die Sozialfürsorge der Kolchoz-Angehörigen entnommen. Insgesamt werden für diese Zwecke Ausgaben in Höhe von 1,8 Milliarden Rubel erwartet.

In den Großstädten wurde 1974 das Netz der Medizinisch-genetischen Beratungsstellen weiter ausgebaut. Ihre Aufgaben sind die Verhütung, Früherkennung und, wenn möglich, Einleitung der Behandlung von erblichen Krankheiten bei Kindern sowie die Beratung erbkranker Eltern.

In diesen Komplex, der von großer Bedeutung im Rahmen der Vorsorgemedizin ist, gehört auch die Feststellung und Bekämpfung von Substanzen in der Umwelt, durch die die Erbanlagen verändert werden können (mutagene Faktoren).

Ein weit geringeres Problem als die erblichen Krankheiten ist in der Sowjetunion der *Drogenmißbrauch* (Narkomanie), wenn man den Alkoholismus nicht dazurechnet. Ein Vertreter der UdSSR bei der WHO hat dieses immer noch erhebliche Nationalübel offenbar ausgeklammert, als er im März in Genf sagte, daß die Narkomanien in der UdSSR zwar kein gravierendes Problem darstellen, daß aber doch einzelne Fälle zu verzeichnen sind. Ihre nur geringe Anzahl ist (neben den „sozialen Verhältnissen“) auf die strengen Kontrollmaßnahmen zurückzuführen. Diese Maßnahmen sind noch verschärft worden. Der Oberste Sowjet der UdSSR hat am 25. April 1974 angeordnet, daß Herstellung, Erwerb, Aufbewahrung, Transport und Vertrieb von Narkotika, wenn diese Handlungen nicht legalisiert sind, ferner der Diebstahl von Narkotika, der Anbau von Narkotika-haltigen Mohn- und Hanfplanzen, die Bereitstellung von Räumen für den Genuß von Rauschgift und andere einschlägige Delikte mit Freiheitsentzug bis zu fünf, in schweren Fällen bis zu 15 Jahren bestraft werden. Der Bestrafung unterliegt auch die Neigung zum Genuß von narkotischen Stoffen. Wer narkotische Mittel ohne ärztliche Verordnung einnimmt, erhält eine Verwaltungsstrafe bis zu 50 Rubel. Eltern und Erziehungsberechtigte tragen die volle Verantwortung für den Mißbrauch von Narkotika durch Minderjährige. Rauschgiftsüchtige unterliegen (wie Alkoholiker) der Zwangsbehandlung und -entziehung und werden, wenn sie diese verweigern, gerichtlich für sechs bis 24 Monate in eine arbeits-therapeutische Anstalt eingewiesen.

Heilverfahren und Erholungsaufenthalte spielen für die Verhütung und Behandlung von Krankheiten in der Sowjetunion eine große Rolle. 1974 sollten diese Anlagen von 8,16 Mil-

tionen Werkstätigen in Anspruch genommen werden. Doch immer noch ist die Anzahl der Patienten, die fälschlich in einen bestimmten Kurort eingewiesen werden, zu hoch. Jährlich sind Fehlindikationen in 18 000 bis 20 000 Fällen zu verzeichnen. Darunter sind viele Schwerkranke, die stationärer Behandlung bedürfen. Um den moralischen und wirtschaftlichen Schaden durch derartige Kunstfehler zu vermindern, hat das Gesundheitsministerium der UdSSR im August befohlen, die an falschen Einweisungen schuldigen Ärzte persönlich zur Verantwortung zu ziehen.

Ein Großbauprojekt wurde 1974 begonnen, das auch von den Gesundheitsbehörden konzentrierte Anstrengungen verlangt: die BAM (Bajkalo-Amurskaja Magistral'), die Bajkalo-Amur-Eisenbahn. In seinem Befehl Nr. 755 umriß das sowjetische Gesundheitsministerium im August die konkreten Aufgaben für die medizinische Betreuung der Bauarbeiter, für die Hygieneaufsicht und den Seuchenschutz. An der Trasse werden Ambulatorien und Feldscher-Stationen eingerichtet. Die Ortschaften an der Strecke verstärken ihre Krankenhäuser und bilden mobile Ärztebrigaden, die in Notfällen, auch mit Hubschraubern, Hilfe leisten können. Koordinierte Maßnahmen gelten der Versorgung mit Trinkwasser, der Beseitigung von Abfällen und Abwässern, der Bekämpfung von Ungeziefer und Insekten, um endemische Krankheiten, wie z. B. die gefürchtete Zeken-Enzephalitis, zu verhüten. Durch

eine spezielle Kommission unter dem Vorsitz des Ersten Vertreters des sowjetischen Gesundheitsministers, S. P. Burenkov, sollen alle Maßnahmen koordiniert und kontrolliert werden.

1975 werden dem Verkehrsministerium aus den Absolventen der Hochschule und Fachschulen weitere 150 Ärzte und 200 Feldschere zur Versorgung der Bauarbeiter zugewiesen werden. Auch sie bringen kaum praktische Erfahrung in der medizinischen Tätigkeit mit, ebenso wie die jetzt schon an der Strecke tätigen Fachkräfte, die sich offenbar überwiegend aus jungen Freiwilligen rekrutieren. Ein großer Teil von ihnen kam beruflich und moralisch nicht genügend vorbereitet nach Sibirien. Die Arbeit an der Magistrale erfordert nicht nur gesunde, sondern sportliche und abgehärtete Menschen, die zu improvisieren verstehen, denn in der Aufbauphase fehlt es „an den Bequemlichkeiten der Zivilisation; es verläuft im strengen sibirischen Klima und bei ewigem Frost“ (Abramov).

In seinem Aufgaben-Katalog zu Beginn des Jahres hatte der Gesundheitsminister die hygienischen Forderungen auf die Schaffung gesunder Arbeitsbedingungen und ihre Angleichung an den wissenschaftlich-technischen Fortschritt in der Produktion, besonders bei neuen Industrie- und Bauvorhaben wie der BAM, sowie auf die Fragen des Umweltschutzes konzentriert. Nachdem im Mai 1973 ein neues Gesetz den Organen der staatlichen Hygiene-

aufsicht und des Seuchenschutzes erweiterte Rechte verliehen hatte, stehen im Berichtsjahr die Reinhaltung der Luft, des Bodens und besonders des Wassers von industriellen und kommunalen Abgasen, Abfällen und Abwässern im Vordergrund. Dazu gehört auch die Kontrolle der Pestizide und aller chemischen Verbindungen, aus denen Haushalts- und industrielle Güter gefertigt werden. Im Oktober 1974 fand in Moskau eine Beratung statt, auf der die Experten aus den RGW-Ländern sich über die einheitliche Normierung der Schadstoffe in der Umwelt einigten. Für die Festsetzung der zulässigen Höchstkonzentrationen ist von der experimentellen Prüfung der biologischen Wirkung chemischer Umweltfaktoren auszugehen, wobei kombinierte Einflüsse ebenso wie die Spätwirkungen besonders zu berücksichtigen sind.

Für den Schutz der Wasserreservoirs war das Grundlegende Wasserschutz-Gesetz von 1971 in den letzten Jahren schon durch verschiedene Anordnungen für die Reinhaltung der großen sowjetischen Ströme ergänzt worden. Im Februar 1974 wurde die Wasserschutz-Gesetzgebung abgerundet durch eine Anordnung des Obersten Sowjets der UdSSR, mit der die Verunreinigung auch des offenen Meeres unter Strafe gestellt wird: Wer bewußt oder fahrlässig in das Meer Stoffe gelangen läßt, die für die menschliche Gesundheit oder für die Lebewesen des Meeres schädlich sind (Öl), kann mit Freiheitsentzug bis



Dismenol®

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

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

Kontreindikation: Akute intermittierende Porphyrie.

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

zu zwei Jahren oder Zwangsarbeit bis zu einem Jahr oder Geldstrafe bis zu 10 000 Rubel bestraft werden. Ist durch die Verunreinigung ein erheblicher Gesundheitsschaden eingetreten, kann die Freiheitsstrafe bis auf fünf Jahre und die Geldstrafe auf 20 000 Rubel erhöht werden. Der Gesetzgeber beruft sich bei dieser Anordnung ausdrücklich auf die internationalen Abmachungen, denen die UdSSR verpflichtet ist.

In der medizinischen Forschung begannen 1974 die Vorarbeiten für die Aufstellung des neuen, auf fünf Jahre angelegten Planes der wissenschaftlichen Untersuchungen im Rahmen des nächsten Fünfjahresplanes (1976 bis 1980) der volkswirtschaftlichen Entwicklung. An den rund 300 medizinischen Forschungsinstituten und -laboratorien sind acht Prozent der Ärzte tätig. Sie arbeiten im laufenden Jahrfünft an 75 Schwerpunkt-Problemen, die von der Akademie der Medizinischen Wissenschaften der UdSSR zusammen mit dem Wissenschaftlichen Beirat des Gesundheitsministeriums aufgestellt worden waren. Die Akademie ist das Leitorgan der medizinischen Forschung. Mit ihren Ordentlichen und Korrespondierenden Mitgliedern und ihren 37 Forschungsinstitutionen leitet, koordiniert und überwacht sie die Ausführung der Forschungspläne. Ende 1973 waren an der Akademie fast 5000 wissenschaftliche Mitarbeiter beschäftigt, darunter 793 Doktoren und 2936 Kandidaten der Wissenschaft.

Auf der XXXV. Vollversammlung legte das Plenum der Akademiemitglieder im Februar 1974 die Richtlinien für die weitere Arbeit fest:

1. Mittel und Material sind auf die Lösung vorrangiger Probleme zu konzentrieren: Verhütung und Behandlung der Herz- und Gefäßkrankheiten, der Geschwulst- und der Viruskrankheiten; Entwicklung physiologisch aktiver Medikamente; Erforschung der erblichen Krankheiten; hygienische Aspekte des Umweltschutzes.

2. Die Untersuchungen der medizinisch-biologischen Grundprobleme sind zu erweitern: Physiologie und Morphologie des Menschen, biologische und medizinische Chemie, medizinische Genetik, allgemeine Pathologie, experimentelle und kli-

nische Pathophysiologie, medizinische Biochemie und Enzymologie, Endokrinologie.

3. Die Planung wissenschaftlicher Untersuchungen ist zu verbessern, besonders unter dem Aspekt ihrer Effektivität, und die Ergebnisse der Forschungen sind rascher in die Praxis umzusetzen.

4. Systematisch sollen in die Forschungspläne der Institutionen auch methodologische und ideologische Themen aufgenommen werden.

5. Die Heranbildung der wissenschaftlichen Nachwuchskräfte und ihre Erziehung im Geiste des sowjetischen Patriotismus und des Kommunismus ist zu verbessern; an ihr Können sollen höhere Anforderungen gestellt werden.

6. Die moderne Mathematik, Physik, Chemie und Technik sind stärker für biologisch-medizinische Untersuchungen zu nutzen; dazu gehören auch die Kinematographie und die wissenschaftlich-technische Information.

7. Die wissenschaftliche Zusammenarbeit mit dem Ausland ist zu verbessern, besonders die gemeinsame Bearbeitung aktueller Fragen.

8. Für wissenschaftlich-medizinische Publikationen ist mehr Papier anzufordern usw.

Bei der internationalen Zusammenarbeit liegt zwar immer noch das Schwergewicht auf den sozialistischen Ländern als Forschungspartner. Zunehmend gewinnen aber auch westliche Länder an Bedeutung, besonders die USA. Das 1972 geschlossene Abkommen über die Zusammenarbeit in Medizin und Gesundheitswesen wird mit konkreten Themen ausgefüllt. Während bei den Herz- und Kreislauferkrankungen, bei den Geschwulstkrankheiten und im Umweltschutz Fortschritte zu verzeichnen sind, gibt es bei der gemeinsamen Erforschung der Schizophrenie offensichtliche prinzipielle Schwierigkeiten. Meinungsverschiedenheiten in der Frage des ärztlichen Eingreifens gegen Dissidenten, Unterschiede im Stand der biochemischen Forschung, historisch bedingte Differenzen in der Auffassung der Schizophrenie und anderes lassen dieses gemeinsame Programm bereits im Vorstadium stagnieren.

Auf anderen Gebieten dagegen konnten 1974 Fortschritte erzielt werden. Im Mai trafen sich die Delegationen beider Länder in Leninograd, um ihre Meinungen und Erfahrungen zum Problem der Grippe und anderer Infektionen der Atemwege auszutauschen, wobei besonders die Frage der Schutzimpfung mit einer Lebendvakzine gegen Grippe interessierte. Am 28. Juni 1974 unterzeichneten die Außenminister beider Staaten ein Zusatzabkommen über die gemeinsame Entwicklung eines künstlichen Herzens. „In Anerkennung der großen Bedeutung, die der Erforschung und Untersuchung der Herzkrankheiten zukommt, die in beiden Staaten und in der ganzen Welt eine der Hauptursachen für die Sterblichkeit sind ...“, wurde beschlossen: „Beide Staaten werden die wissenschaftliche und technische Zusammenarbeit bei der Erforschung und Entwicklung eines künstlichen Herzens ... entfalten und vertiefen.“ Im Oktober fuhr eine sowjetische Delegation in die USA, um gemeinsam interessierende Fragen der Verwendung von Blut und Blutersatzstoffen bei Herzoperationen zu besprechen. Im gleichen Monat führte der sowjetische Gesundheitsminister selbst eine andere Delegation nach Nordamerika und unterstrich damit die Bedeutung, die die Sowjetunion diesem bilateralen Abkommen und den gemeinsamen, internationalen Forschungsarbeiten beimißt.

Mag dieses Bestreben auch dem alten Grundsatz entsprechen, von befreundeten ebenso wie von antagonistischen Systemen das Beste zum eigenen Nutzen zu übernehmen, so stimmt es zugleich im Berichtsjahr mit der außenpolitischen Tendenz überein, internationale, vor allem westliche Bündnisse und Abmachungen zu festigen und auszuweiten. Für die Innenpolitik der Sowjetunion waren in diesem Jahr die Stabilisierung der ideologischen Linie, die Weiterführung der in den Parteidirektiven festgelegten Programme und die Bekämpfung gewisser ökonomischer Schwierigkeiten charakteristisch. Auch diese Tendenzen werden in der Gesundheits- und Sozialpolitik reflektiert.

Literatur auf Anforderung.

H. Müller-Dietz

(aus „Mitteilungen des Medizinischen Literaturdienstes am Osteuropa-Institut der Freien Universität Berlin“ 1975, Nr. 1)

Geigy

ist stolz auf die

Neueinführung

seines

Antirheumatikums

der neuen

Generation



Muskel-
Schmerz

Schmerz: Ausdruck rheumatischer Entzündung

Gelenk-
Schmerz

Kapsel-
Schmerz

Sehnen-
Schmerz

Periost-
Schmerz

Neu

aus der Geigy-Forschung
für den Rheuma-Patienten

Eine ungewöhnliche Substanz:

außergewöhnliche Wirkung

bei hervorragender Toleranz

[®]**Voltaren** **Diclofenac Na**
Antirheumatikum, Antiphlogistikum

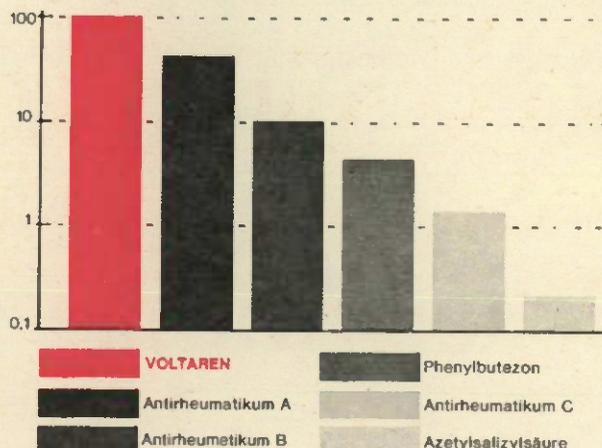
Aus der pharmakologischen Prüfung: Beleg Nr. 1

Die ungewöhnliche Substanz

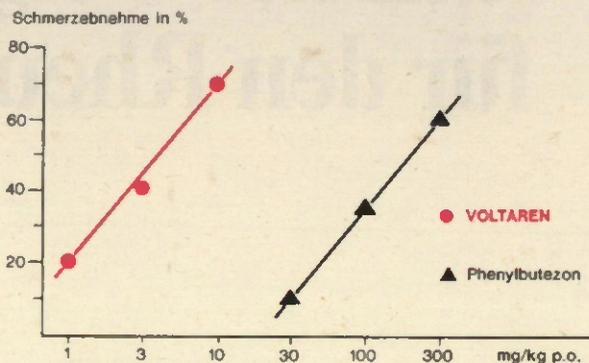
VOLTAREN zeigt in standardisierten experimentellen Versuchsanordnungen einen ausgeprägten entzündungshemmenden Effekt, der den von Azetylsalicylsäure und Phenylbutazon erheblich übertrifft und dem eines weiteren Standardantirheumatikums zumindest ebenbürtig ist. Als zweite wesentliche Wirkungskomponente ist der überlegene analgetische Effekt hervorzuheben. Darüber hinaus zeichnet sich VOLTAREN durch eine im Vergleich zu anderen Antirheumatika deutlich stärkere antipyretische Aktivität aus. Durch seine geringe akute Toxizität und seine hohe therapeutische Wirksamkeit besitzt das Präparat eine ungewöhnlich günstige therapeutische Breite. Die intensive antiphlogistische Wirkung von VOLTAREN zeigt sich eindeutig an verschiedenen Entzündungsmodellen; hier demonstriert am Carrageen-Ödem der Ratte:

Antinflammatorische Aktivität verschiedener nichtsteroidaler Antiphlogistika.

Auf der Ordinate ist die relative Wirksamkeit der untersuchten Präparate im Carrageen-Ödem der Ratte aufgetragen (mod. nach KRUPP, P., im Druck)



Auch die starke analgetische Wirkung von VOLTAREN zeigt sich in verschiedenen Modellversuchen. Für den experimentellen Nachweis dieser Wirkungsqualität eignet sich besonders der Strecktest an der Maus, dessen nachfolgend dargestellten Ergebnisse zeigen, daß VOLTAREN auch in dieser Versuchsanordnung eine dosisabhängige gründliche Analgesie bewirkt:

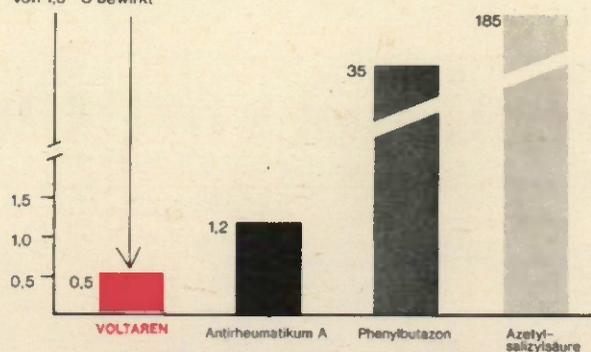


Analgetische Wirkung von VOLTAREN im Vergleich zu Phenylbutazon im Strecktest (Maus) (mod. nach KRUPP, P. u.e.; Vortrag 5. Int. Congr. Pharmacol. 23.-28.7. 1972)

Außer durch intensiven antiphlogistischen und analgetischen Effekt ist VOLTAREN durch eine ungewöhnlich starke fiebersenkende Wirkung ausgezeichnet. Experimentell läßt sich dieser Effekt an dem durch Injektion einer Hefe-Suspension induzierten Fieber belegen.

VOLTAREN ist in dieser Versuchsanordnung in wesentlich geringeren Dosen wirksamer als Phenylbutazon, Azetylsalicylsäure und weitere Antirheumatika:

Dosis in mg/kg, die eine Temperatursenkung von 1,5° C bewirkt



Antipyretische Wirkung von VOLTAREN und Vergleichssubstanzen im Hefelieber-Test (Ratte) (mod. nach ZIEL, R., KRUPP, P.; Int. J. clin. Pharmacol. 12, 186, 1975)

Außergewöhnliche Wirkung und hervorragende Toleranz schließen sich in der Rheumatherapie nicht mehr aus

Voltaren

Antirheumatikum, Antiphlogistikum

Aus der klinischen Praxis: Beleg Nr. 2

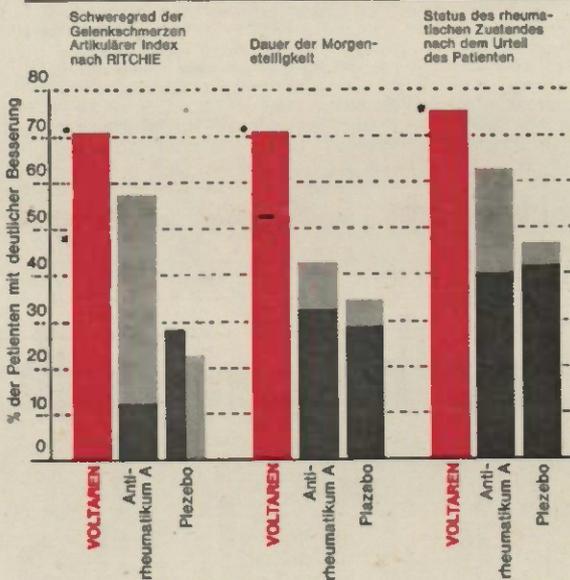
Die außergewöhnliche Wirkung

VOLTAREN wurde bisher in 21 Ländern an Tausenden von Patienten umfassend klinisch geprüft. Allein in der Bundesrepublik wurden bereits über 3 000 Patienten in Fechkliniken und Praxen mit VOLTAREN behandelt; dies meist unter Doppelblind-Bedingungen im Vergleich zu Placebo und mehreren herkömmlichen antirheumatischen Substanzen. VOLTAREN beeinflusst dank seiner überzeugenden, besonders rasch einsetzenden, intensiven antiphlogistischen und ausgeprägten analgetischen Eigenschaften Schmerz und Schwellung außergewöhnlich günstig und verbessert dadurch Gelenkfunktionen und Mobilität des Rheumatikers schnell und nachhaltig. Die hervorragend gute Verträglichkeit setzt neue Maßstäbe in der Therapie rheumatischer Erkrankungen.

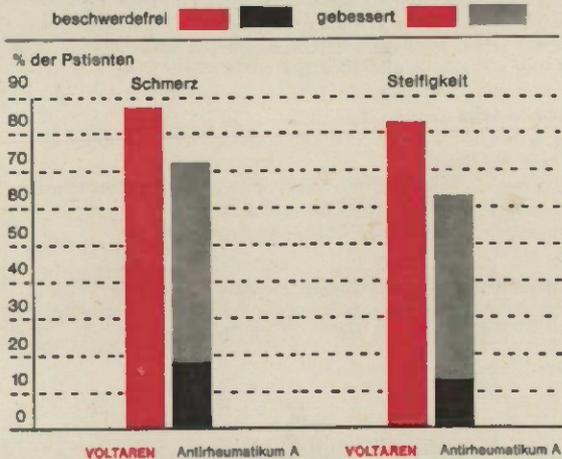
VOLTAREN wurde bisher mit außerordentlich ermutigenden therapeutischen Erfolgen bei folgenden Indikationen eingesetzt: chronische Polyarthritis, Spondylitis ankylosans, degenerativer Rheumatismus (Coxarthrose, Gonarthrose, Spondylarthrose und andere Arthroseformen), Lumbago, Weichteilrheumatismus.

Therapeutische Wirkung von VOLTAREN, Antirheumatikum A und Placebo bei chronischer Polyarthritis (multizentrische Doppelblindprüfung; Dosierung der beiden Wirksubstanzen: 3 x 25 mg pro Tag) (mod. nach DÜRRIGL, T. u.a.: J. int. med. Res. 3, 139, 1975)

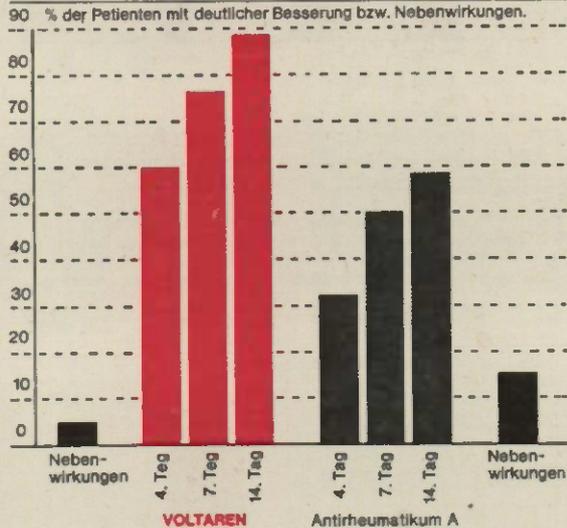
% der Patienten gebessert nach 1 Woche
% der Patienten gebessert nach 2 Wochen
P < 0,05*



Beeinflussung von Schmerz und Steifigkeit bei Patienten mit akuter und subakuter Lumbago (interindividuelle Doppelblindprüfung; Dosierung der beiden Wirksubstanzen 3 x 50 mg pro Tag) (mod. nach APPELBOOM, T., FAMAËY, J.: Brux.-méd. 1976; im Druck)



Besserung des Allgemeinzustandes bei Patienten mit Weichteilrheumatismus (multizentrische Doppelblindprüfung; Dosierung der beiden Wirksubstanzen 3 x 25 mg/die) (mod. nach CICCOLUNGHII, S. N. u.a.: Wien. med. Wschr. 125, 66, 1975)



Auch bei Entzündungs- und Schmerzzuständen nicht-rheumatischer Genese hat sich VOLTAREN durch seine rasche Entzündungshemmung und Schmerzstillung sowie Fiebersenkung außergewöhnlich bewährt, z.B. bei oberflächlicher Thrombophlebitis und postoperativen Entzündungs- und Schwellungszuständen.

Außergewöhnliche Wirkung und hervorragende Toleranz schließen sich in der Rheumatherapie nicht mehr aus

Voltaren

Antirheumatikum, Antiphlogistikum

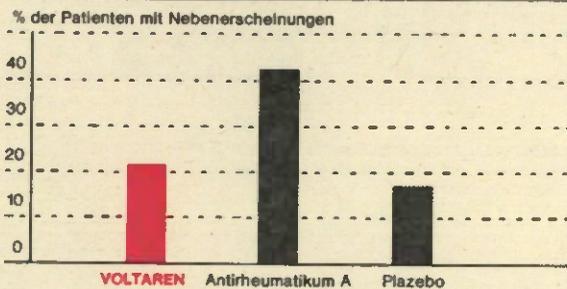
Aus der Erfahrung mit dem Patienten

Beleg Nr.3

Die hervorragende Toleranz

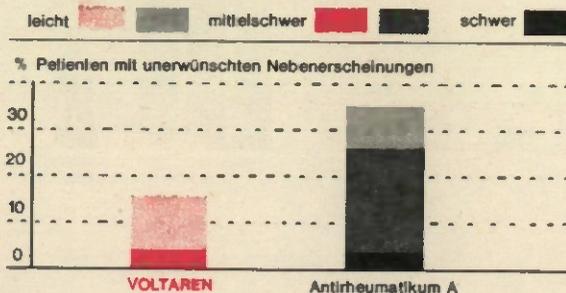
Da es sich bei VOLTAREN um ein Medikament handelt, das in vielen Fällen als Langzeittherapeutikum eingesetzt werden muß, wurde der Verträglichkeit größte Aufmerksamkeit gewidmet. Schon im Rahmen der ausgedehnten klinischen Prüfungen wurde immer wieder auf die hervorragende Toleranz hingewiesen. In einer speziell im Hinblick auf die Verträglichkeit in 28 Prüfungszentren durchgeführten übernationalen Doppelblindstudie wurden bei nur 6% der Patienten substanzbedingte Nebenwirkungen registriert. Zwischen der Verträglichkeit von VOLTAREN und Placebo ließ sich kein signifikanter Unterschied feststellen. Aufschlußreiche Ergebnisse zeigt eine in der Bundesrepublik Deutschland an 10 Rheumazentren doppelblind durchgeführte Prüfung bei Patienten mit chronischer Polyarthrit:

Nebenwirkungen und Behandlungsabbrüche bei Patienten mit cP: Doppelblindvergleich zwischen VOLTAREN, Antirheumatikum A und Placebo (mod. nach MIEHLKE, K.; in Vorbereitung)



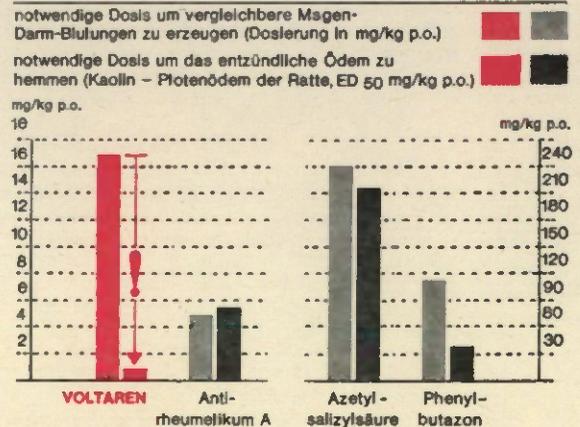
Auch in einer weiteren Doppelblindprüfung (Patienten mit Lumbago) ergab sich hinsichtlich Nebenwirkungen eine eindeutige Überlegenheit von VOLTAREN:

Prozentsatz der Nebenwirkungen bei Patienten mit akuter und subakuter Lumbago (interindividuelle Doppelblindprüfung; Dosierung der beiden Wirksubstanzen 3 x 50 mg pro Tag) (mod. nach APPELBOOM, T., FAMAËY, J.; Brux.-méd. 1978; im Druck)



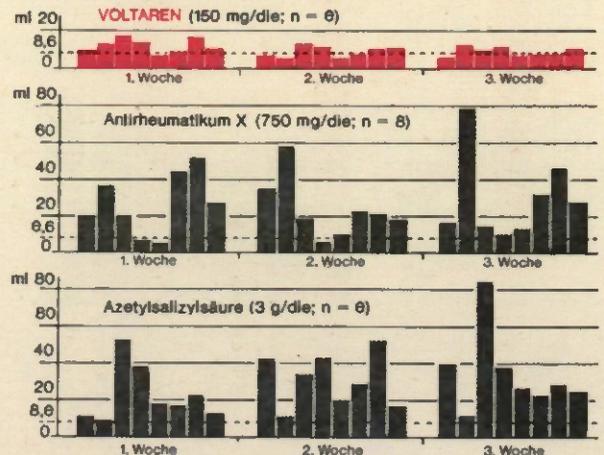
Bei jedem Antirheumatikum ist neben anderen Fragen der Verträglichkeit insbesondere die nach gastrointestinalen Nebenwirkungen zu beantworten. Bereits tierexperimentell hatte sich eine ungewöhnlich gute Toleranz gezeigt.

Gastrointestinale Toleranz (mod. nach MENASSÉ-GDYNYIA, R., KRUPP, P.: Toxicol. Appl. Pharmacol. (USA) 29, 389, 1974)



Bei Human-Studien zeigte sich in Übereinstimmung mit den Tierversuchen, daß VOLTAREN – im Vergleich zu anderen Substanzen – keine wesentliche Erhöhung des okkulten enteralen Blutverlusts verursacht.

Vergleichsstudie des gastrointestinalen Blutverlusts bei je 8 Probanden nach mehrwöchigen Gaben von VOLTAREN, Antirheumatikum X und Azetylsalicylsäure (mod. nach H. Uthgenannt; in Vorbereitung). Die Kolonnen stellen die Summe der täglichen Bluteusscheidung jedes Probanden pro Woche dar. Die gestrichelte Linie bei 6,8 ml entspricht dem Erfahrungswert des wöchentlichen Blutverlusts Gesunder ohne Medikation



Außergewöhnliche Wirkung und hervorragende Toleranz schließen sich in der Rheumatherapie nicht mehr aus

Voltaren

Antirheumatikum, Antiphlogistikum



Muskel-
Schmerz

Schmerz: Ausdruck rheumatischer Entzündung

Gelenk-
Schmerz

Kapsel-
Schmerz

Sehnen-
Schmerz

Periost-
Schmerz

Neu

aus der Geigy-Forschung

Diclofenac Na

[®]Voltaren

ein Antirheumatikum
der neuen Generation

- prompt analgetisch
- stark antiphlogistisch
- bestechend gut verträglich

Außergewöhnliche Wirkung und hervorragende Toleranz
schließen sich in der Rheumatherapie nicht mehr aus

Zusammensetzung

Magensaftresistente Dragées mit Diclofenac Na 25 mg

Indikationen

Entzündliche und degenerative Formen des Rheumatismus: chronische Polyarthritiden, Spondylitis ankylosans, Arthrosen, Spondylarthrosen, Extraartikulärer Rheumatismus, nicht-rheumatische entzündliche Schmerzzustände.

Kontraindikationen

Ulcus ventriculi et duodeni.

Dosierung

Erwachsene: Initial 3mal 1—2 Dragées pro Tag, je nach Schweregrad der Schmerzen.

Erhaltungsdosis: Im allgemeinen genügt 3mal 1 Dragée pro Tag.

Die Dragées sind zu oder nach den Mahlzeiten unzerkaut einzunehmen.

Richtlinien bezüglich der Dosierung im Kindesalter liegen bisher nicht vor.

Verträglichkeit

Voltaren ist im allgemeinen gut verträglich, doch können zu Beginn der Behandlung mitunter gastrointestinale Reaktionen wie Aufstoßen, Nausea, epigastrische Schmerzen

und Diarrhoe sowie leichtes Schwindelgefühl oder Kopfschmerzen auftreten. Diese Nebenwirkungen sind gewöhnlich leichter Natur und bilden sich in der Regel, auch bei fortgesetzter Therapie, nach einigen Tagen zurück. Ganz vereinzelt sind auch exanthematische Hautreaktionen beobachtet worden.

Besondere Hinweise

Bis zum Vorliegen ausreichender Erfahrungen soll Voltaren bei bestehender Schwangerschaft noch nicht verordnet werden.

Patienten mit gastrointestinalen Beschwerden oder mit anamnestischen Hinweisen auf Magen- und Duodenalgeschwüre sowie Kranke mit schwerer Leber- oder Nierenschädigung erfordern eine sorgfältige Überwachung.

Die chemische Herkunft der Wirksubstanz einerseits und die bisherigen klinischen Erfahrungen andererseits lassen erwarten, daß das hämatopoetische System und die Leberfunktion durch Voltaren nicht geschädigt werden. Dennoch sollten bei Langzeitbehandlung, analog dem Vorgehen bei anderen hochwirksamen Substanzen, Kontrollen des Bluthildes und der Leberfunktion durchgeführt werden.

Handelsformen und Preise

Originalpackung mit 30 magensaftresistenten Dragées

Originalpackung mit 60 magensaftresistenten Dragées

Klinckpackungen

DM 18.90 lt. AT

DM 33.75 lt. AT

Die meldepflichtigen übertragbaren Krankheiten in Bayern im Monat März 1976*)

(Zusammengestellt aufgrund der Wochenmeldungen)

Scharlachkrankungen wurden im März ebenso häufig wie im Februar gemeldet, nämlich 78 je 100 000 Einwohner, umgerechnet auf ein Jahr. Auch Fälle von übertragbarer Hirnhautentzündung traten in etwa gleichem Ausmaß wie im

Vormonat auf, und zwar sieben je 100 000 Einwohner.

Die Erkrankungshäufigkeit an Salmonellose ging im Berichtsmonat weiter zurück; von 30 Fällen im Februar sank sie

auf 24 Fälle im März, jeweils auf 100 000 der Bevölkerung. Auch an Hepatitis infectiosa (übertragbare Leberentzündung) erkrankten im März weniger Menschen als im Vormonat; auf 100 000 Einwohner entfielen 27 gegenüber 30 im Februar.

Neuerkrankungen und Sterbefälle in der Zeit vom 1. März bis 4. April 1976 (vorläufiges Ergebnis)

Gebiet	1		2		3		4		5		6		7		8		9		10		11		12	
	Diphtherie		Scharlach		Kinderlähmung		Übertragbare				Gehirnentzündung		Typhus abdominalis		Paratyphus A und B		Bakterielle Ruhr (ohne Amöbenruhr)		Enteritide infectiose				Botulismus	
							Hirnhautentzündung		Meningokokken-Meningitis										übrige Formen		Salmonellose			
	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	—	—	340	—	—	—	1	—	9	—	—	—	—	—	—	8	—	95	1	—	—	—	—	
Niederbayern	—	—	116	—	—	—	2	—	1	—	—	—	—	—	—	3	—	19	—	7	—	—	—	
Oberpfalz	—	—	44	—	—	—	1	—	17	—	—	—	—	—	—	—	—	30	—	1	—	—	—	
Oberfranken	—	—	78	—	—	—	3	1	12	—	—	—	—	—	—	1	—	10	—	—	—	—	—	
Mittelfranken	—	—	83	—	—	—	1	—	9	1	1	—	—	—	—	3	—	31	—	—	—	—	—	
Unterfranken	—	—	39	—	—	—	—	—	6	—	—	—	1	—	—	—	—	29	—	—	—	—	—	
Schwaben	—	—	114	—	—	—	3	—	3	—	—	—	1	—	—	2	—	39	—	—	—	—	—	
Bayern	—	—	814	—	—	—	11	1	57	1	1	—	2	—	—	17	—	253	1	8	—	—	—	
München	—	—	133	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	4	—	44	1	—	—	—	—	
Nürnberg	—	—	31	—	—	—	—	—	4	1	—	—	—	—	—	2	—	6	—	—	—	—	—	
Augsburg	—	—	7	—	—	—	1	—	1	—	—	—	1	—	—	—	—	7	—	—	—	—	—	
Regensburg	—	—	7	—	—	—	—	—	1	—	—	—	—	—	—	—	—	2	—	—	—	—	—	
Würzburg	—	—	2	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	8	—	—	—	—	—	
Fürth	—	—	6	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	1	—	—	—	—	—	
Erlangen	—	—	8	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	11	—	—	—	—	—	

Gebiet	13		14		15		16		17		18		19		20		21		22		23		24	
	Hepatitis infectiose		Ornithose				Mikrosporidie		Amöbenruhr		Q-Fieber		Toxoplasmosa										Verdachtsfälle von Tollwut ³⁾	
			Psittacose		übrige Formen																			
	E ST		E ST		E ST		E ST		E ST		E ST		E ST		E ST		E ST		E ST		E ST		E ST	
Oberbayern	90	—	—	—	1	—	—	—	1	—	—	—	1	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	11
Niederbayern	24	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	1
Oberpfalz	18	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	6
Oberfranken	24	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	5
Mittelfranken	27	—	—	—	—	—	—	—	1	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	18
Unterfranken	46	—	—	—	1	—	—	—	—	—	1	—	2	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	5
Schwaben	50	—	—	—	—	—	4	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	25
Bayern	279	—	—	—	2	—	4	—	2	—	1	—	3	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	71
München	42	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
Nürnberg	8	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
Augsburg	21	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
Regensburg	4	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
Würzburg	3	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
Fürth	1	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
Erlangen	5	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—

*) Bericht des Bayerischen Statistischen Landesamtes.

1) „E“ = Erkrankungen (einschließlich 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.

HNO-Fortbildungsseminar am 26. Juni 1976 in Erlangen

Leitung: Professor Dr. M. E. Wigand, Erlangen

Es werden Kurse in praktischer Audiologie, Neurologia, Phoniatrie und Endoskopie durchgeführt.

Auskunft:

Professor Dr. M. E. Wigand, Klinik und Poliklinik für Hals-, Nasen-, Ohrkrankheiten, Waldstraße 1, 8520 Erlangen, Telefon (0 91 31) 85 - 31 41

IV. Ärztliche Fortbildung Niederbayern

am 30. Juni 1976 in Landshut

Leitung: Professor Dr. F. Dürr — Professor Dr. J. A. Köhler, Landshut

Beginn: 17.00 Uhr

Thema: Moderne Aspekte der Arzneimitteltherapie in der Praxis (Film: Moderne Digitalisbehandlung — Allgemeine Grundlagen: Was sollte man über Bioverfügbarkeit, Kompatibilität, Wirkung und Nebenwirkung wissen? — Arzneimitteltherapie bei eingeschränkter Leber- und Nierenfunktion — Arzneimitteltherapie in der Schwangerschaft)

Auskunft:

Professor Dr. J. A. Köhler, Chefarzt der Medizinischen Abteilung des Städtischen Krankenhauses Landshut, Robert-Koch-Straße 1, 8300 Landshut, Telefon (08 71) 60 11

VIII. Fortbildungswoche für Praktische Dermatologie und Venerologie der Dermatologischen Klinik und Poliklinik der Universität München

in Verbindung mit dem Verband der Niedergelassenen Dermatologen Deutschlands e. V.

vom 26. bis 30. Juli 1976 in München

Leitung: Professor Dr. O. Braun-Falco, München

Themen: Dermatosen im Kindesalter — Behandlungsmöglichkeiten für Basaliom, spinocelluläres Karzinom und Keratoakanthom — Allergie-Diagnostik — Proktologia — Immundefektosen — Vom Symptom zur Diagnose — Akne — Therapie — Venerische Erkrankungen

Auskunft:

Professor Dr. S. Marghescu, Frauenlobstraße 9, 8000 München 2

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

in Zusammenarbeit mit der Bayerischen Landesärztekammer

vom 15. bis 17. Oktober 1976 und vom 22. bis 24. Oktober 1976 in München

Leitung: Professor Dr. C. S. So, München
Teil I — Einführungsseminar (15. bis 17. Oktober)

Teil II — Fortgeschrittenen-Seminar (22. bis 24. 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, Ismaninger Straße 22, München 80

Begrenzte Teilnehmerzahl

Letzter Anmeldetermin: 1. Oktober 1976

9. Pädiatrische Fortbildung im Kinderkrankenhaus Schwabing

Kindarklinik und -Poliklinik der Technischen Universität München (Direktor: Professor Dr. H. Hilbar), 2. Kinderabteilung (Chefarzt: Dr. P. Schweizer), 3. Kinderabteilung (Chefarzt Professor Dr. H. Singer)

in Zusammenarbeit mit der Bayerischen Landesärztekammer

vom 25. bis 28. Oktober 1976 in München

Programm:

Röntgenvisita — Klinische Visite in Gruppen — Derzeitige Behandlungsergebnisse bei der terminalen Niereninsuffizienz im Kindesalter — Derzeitiger Stand und Ergebnisse der Behandlung maligner Erkrankungen im Kindesalter — Möglichkeiten der poliklinischen Behandlung — Inhalative Allergie-Diagnostik — Diagnostik und Therapie von Wachstumsstörungen — Kinderchirurgische Visite (3. Kinderabteilung) — Verbrühungen und Verbrennungen — Die kombinierte Behandlung der Spaltbildungen des Gesichtes — Indikation zu urologischer Diagnostik und Therapie — Klinische Visite (2. Kinderabteilung) — Indikationen zur Adenotomie und Tonsillektomie — Probleme der Diagnostik und Therapie von Harnwegsinfektionen — Integration fachärztlich-pädiatrischer und psychologischer Diagnostik (mit Falldemonstration) — Klinische Demonstrationen aller Abteilungen — Röntgenvisita — Klinische Visite (2. Kinderabteilung) — Die chronisch-lym-

Auskunft und Anmeldung:

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

phozytäre Meningitis — Therapiekontrolle bei medikamentöser Langzeitbehandlung — Fragastunda mit Beteiligung aller Abteilungen

Begrenzte Teilnehmerzahl

Letzter Anmeldetermin: 15. Oktober 1976

16. Fortbildungskurs der I. Medizinischen Klinik der Technischen Universität München Klinikum rechts der Isar

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

vom 25. bis 29. Oktober 1976 in München

Direktor: Professor Dr. H. Blömer, München

Themen:

Myokardinfarkt — Neue diagnostische Methoden in der Kardiologie — Angiologia — Lungen-Bronchialerkrankungen — Kardiologie — Hämatologie

Praktika in folgenden Labors: Herzkatheder — Phonokardiographie — Echo-kardiographie — Belastungs-EKG — Vektorkardiographie — Herzschrittmacher — Lungenfunktion — Hämatologisches Labor — Angiologisches Labor

Begrenzte Teilnehmerzahl

Letzter Anmeldetermin: 15. Oktober 1976

Fortbildungskurs für Chirurgie an der Chirurgischen Klinik der Universitätsklinik und Poliklinik Würzburg

in Zusammenarbeit mit der Bayerischen Landesärztekammer

vom 8. bis 12. November 1976
in Würzburg

Direktor: Professor Dr. E. Karn, Würzburg

Es werden Kolloquien, Demonstrationen im Operationssaal und in der Ambulanz sowie ein Vortragsabend durchgeführt. Teilnahme am Operationsprogramm, an den Visiten und an den täglichen Röntgenvisiten ist vorgesehen.

Spezielle Themen:

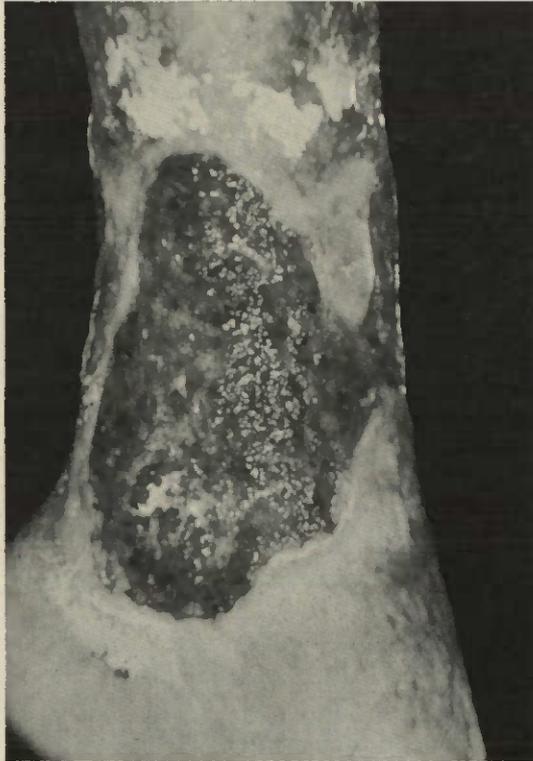
Nahtprobleme bei Darmoperationen — Entzündliche Dickdarmerkrankungen — Präkanzerosen des Dickdarmes — Bilio-digestive Anastomosen — Chirurgie der Milz und Spätveränderungen nach Splenektomie — Lokale Behandlung der Verbrennung — Weichteiltumoren

Maximale Teilnehmerzahl: 25 Personen
Letzter Anmeldetermin: 23. Oktober 1976

Testfall **Ulcus cruris**

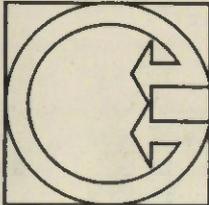
Bei Therapiebeginn

Nach 5 Wochen



B. Schnellen* behandelte abgebildetes Ulcus cruris lokal mit Cicatrex-Puder. Die Therapie wurde mit durchblutungsfördernden Maßnahmen unterstützt.

* Akad. Oberrat Dr. med. B. Schnellen, Univ.-Hautklinik, 74 Tübingen, Liebermeisterweg



cicatrex

heilt Wunden schnell

Indikationen:

Alle zu Infektionen neigenden Wunden.

Zum Beispiel: Schnittwunden, Schürfwunden, Rißwunden und Verbrennungen. Außerdem Ulcus cruris, Dekubitus und Hautinfektionen.



Wellcome

Deutsche Wellcome GmbH
3006 Burgwedel 1

Anwendung: 2 x täglich oder bei jedem Verbandwechsel.

Nebenwirkungen: Vereinzelt Wundbrennen.

Kontraindikationen: Überempfindlichkeit gegen die einzelnen Bestandteile.

Hinweis: Bei Resorption von Neomycin potentielle Toxizität für den Hörmerv (siehe auch Packungsbeilage und wissenschaftlichen Prospekt).

Zusammensetzung: 1 g enthält Glycin 10 mg, L-Cystein 2 mg, DL-Threonin 1 mg, Bacitracin-Zink 3,4 mg, Neomycinsulfat 4,7 mg.

Handelsformen und Preise* (mit MWST): Puder (mit resorbierbarer Maisstärke) 5 g 4,25 DM, 50 g 27,15 DM.

Salbe (reizlose Paraffingrundlage) 15 g 8,40 DM, 50 g 19,00 DM.

* unverbindlich.

5

4. Bobathseminar für Ärzte

vom 12. bis 25. September 1976 in Bodenmais

Veranstalter: Ärztliche Aktion pro Infantibus e. V., Regen, Mobiles Spastikerzentrum einer Vereinigung niederbayerischer Kinderärzte, Regen

Leitung: Dr. Karel Bobath, London

Organisation: Dr. Dr. H. Breumendl, Regen — Helga Tremel, Augsburg

Thema: Diagnostik und Therapie zerebraler Kinder

Ort: Stelgenberger Hotel „Sonnenhof“ und Kurheus, Bodenmais

Auskunft:

Helga Tremel, Spastikerzentrum, Butzstraße 19 a, 8900 Augsburg, Telefon (08 21) 9 40 71

Ärztliche Sofortmaßnahmen am Unfallort

16./17. Oktober 1976 und 8./7. November 1976 in Delsenhofen bei München

Leitung: Dr. U. Heynen, München

Zeit: Die Lehrgänge beginnen samstags um 12.30 Uhr und enden sonntags um 12.15 Uhr.

Ort: Lendeschule des BRK, Linienstraße 53—55, Deisenhofen bei München

Auskunft und Anmeldung:

Bayerisches Rotes Kreuz, Medizinelektion, Holbeinstraße 11, 8000 München 86, Telefon (0 89) 92 41 - 358

Veranstaltungskalender der Bayerischen Akademie für Arbeits- und Sozialmedizin

27. September bis 22. Oktober 1976
B-Kurs für Arbeitsmedizin (Weiterbildung für die Erlangung der Zusatzbezeichnung „Arbeitsmedizin“)

22. November bis 3. Dezember 1976
Arbeitsmedizinischer Fortbildungskurs (Einführung in die betriebsärztliche Tätigkeit — Arbeitsmedizinische Fechkunde § 4 ASiG)

24. Januar bis 18. Februar 1977
C-Kurs für Arbeitsmedizin (Weiterbildung für die Erlangung der Zusatzbezeichnung „Arbeitsmedizin“)

28. Februar bis 11. März 1977
Arbeitsmedizinischer Fortbildungskurs (Einführung in die betriebsärztliche Tätigkeit — Arbeitsmedizinische Fechkunde § 4 ASiG)

21. März bis 1. April 1977
Epidemiologie und epidemiologische Methodik I und II

3. bis 28. Oktober 1977
A-Kurs für Arbeitsmedizin (Weiterbildung für die Erlangung der Zusatzbezeichnung „Arbeitsmedizin“)

21. November bis 2. Dezember 1977
Arbeitsmedizinischer Fortbildungskurs (Einführung in die betriebsärztliche Tätigkeit — Arbeitsmedizinische Fechkunde § 4 ASiG)

Soweit nicht anders angegeben, finden die Veranstaltungen in der Bayerischen Akademie für Arbeits- und Sozialmedizin statt.

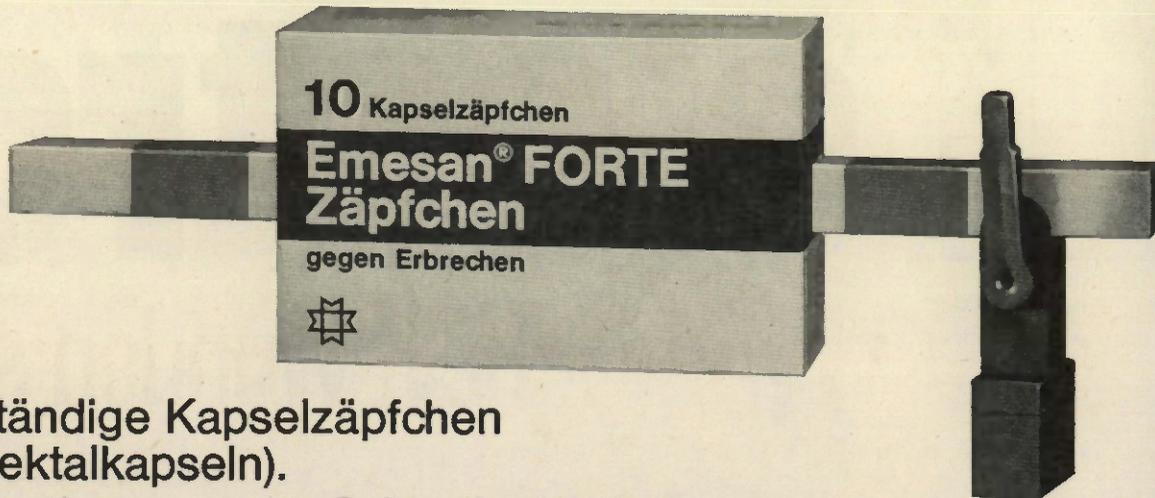
Für die Arbeitsmedizinischen Einführungslehrgänge wird eine Gebühr von DM 250,— erhoben. Alle anderen Veranstaltungen sind gebührenfrei.

Eine Teilnahme an den Veranstaltungen ist nur nach vorheriger schriftlicher Anmeldung und erfolgter Bestätigung durch die Akademie möglich.

Zimmerbestellungen: Fremdenverkehrsamt der Stadt München, Rindermarkt 5, 8000 München 2, Telefon (0 89) 2 39 11

Auskunft und Anmeldung:
Bayerische Akademie für Arbeits- und Sozialmedizin, Pfarrstraße 3, 8000 München 22, Telefon (0 89) 21 84 25 9 - 2 60

Die Barriere gegen Erbrechen!



- Wärmebeständige Kapselzäpfchen (Gelatine-Rektalkapseln).
- Hohe Resorptionsquote. • Schneller Wirkungseintritt.

Indikationen

Erbrechen verschiedener Genese: Kinetosen, Hyperemesis grav., Röntgenketer, postnarkotisches Erbrechen, Erbrechen bei Azetonämie, Keuchhusten, Migräne, vegetativ bedingtes Erbrechen.

Kontraindikationen

Glaukom, Prostatahypertrophie mit Neigung zur Restharnbildung, mechanische Stenosen im Bereich des Magen-Darm-Kanals, Tachykardien, Megakolon, schwere Zerebralklerose.

Hinweis

Emesan forte verstärkt die Wirkung von Alkohol (Kraftfahrer!)

	Zusammensetzung			
	Diphenhydramin	Chlorbutenol	Extr. Bellad.	Coffein
Emesan Säuglingszäpfchen	10 mg	25 mg	2,5 mg	—
Emesan Kinderzäpfchen	20 mg	50 mg	5 mg	—
Emesan Dragées (ab 7 Jhr.)	25 mg	—	10 mg	50 mg
Emesan forte Kapseln	50 mg	50 mg	10 mg	50 mg
Emesan forte Zäpfchen	75 mg	100 mg	10 mg	50 mg

Dosierung

1-2 Zäpfch. tgl.
1-2 (-3) Zäpfch. tgl.
1-2 (-3) Dragées tgl. (Erw. jeweils 2 Dr.)
1-2 (-3) Kapseln tgl.
1-2 (-3) Zäpfch. tgl.

Handelsformen und Preise

5/10 Zäpfch. DM 3,50/5,80
5/10 Zäpfch. DM 3,90/6,60
20 Dragées DM 5,30

10/25 Kapseln DM 4,60/9,60
5/10 Zäpfch. DM 5,15/8,75

Lindopharm KG Hilden RHO
Lizenz für Mova GmbH Wiesbaden



Schnell informiert

Krankenhausinfektionen

Die Zunahme von Krankenhausinfektionen stellt die verantwortlichen Ärzte und Gesundheitsbehörden vor neue Aufgaben in der Krankenhaushygiene. Als Anleitung für die Durchführung dieser Aufgaben wurde von einer Kommission des Bundesgesundheitsamtes eine Richtlinie für die Erkennung, Verhütung und Bekämpfung von Krankenhausinfektionen nach dem derzeitigen Stand der Wissenschaft erarbeitet. Sie beinhaltet Hinweise zur Erkennung von Krankenhausinfektionen, zur Verhütung und Bekämpfung solcher Infektionen durch funktionell-beuliche sowie durch betrieblich-organisatorische und hygienische Maßnahmen in Versorgungs- und technischen Bereichen und zur Durchführung von Sterilisation und Desinfektion.

Die Richtlinie ist im „Bundesgesundheitsblatt“ 19, Nr. 1 vom 9. Januar 1976, veröffentlicht. Die darin genannten Anlagen befinden sich in Vorbereitung und werden nach jeweiliger Fertigstellung im gleichen Organ bekanntgegeben.

Ärztinnenbund bittet um Kinderbücher für „fröhliche Krankenzimmer“

Viele Kinder sind Leseratten. Wenn sie des Pech haben, ins Krankenhaus zu kommen, ist ihr Bedarf an spannender Literatur besonders groß. Kinderärzte wissen, daß Bücher

zum Genesungsprozeß und auch zur Verhinderung von psychischem Hospitalismus beitragen können. Deshalb unterstützt der Deutsche Ärztinnenbund die Aktion „Das fröhliche Krankenzimmer“, mit der der „Arbeitskreis für Jugendliteratur“ um die Einrichtung von Kinderbibliotheken in Krankenhäusern wirbt.

Der Arbeitskreis in der Kaulbechstraße 40 in München ist auf Geldspenden und auf Buchspenden von Verlagen angewiesen, denn die Bücher müssen neu sein. Kranken Kindern kann man keine unsauberen und zerlesenen Bücher geben. Und es müssen auch fremdsprachige Bücher zur Verfügung stehen, denn auch Gastarbeiterkinder gehören zu den kleinen Krankenhaus-Patienten.

Prels für eine Ausstellung

Die wissenschaftliche Ausstellung über Steatocystoma multiplex aus der Dermatologischen Klinik und Poliklinik der Ludwig-Maximilians-Universität, München, von Professor Dr. Otto Breun-Falco, Privatdozent Dr. Gerd Plewig und Privatdozent Dr. Helmut H. Wolff wurde enläßlich der Tegung der American Academy of Dermatology in San Francisco mit einer Silbermedaille ausgezeichnet.

Alexander-Schmidt-Prels verliehen

Dr. Leopold Belleisen, I. Medizinische Universitätsklinik Gießen, erhielt für seine hervorragenden Arbeiten auf dem Gebiet der Wechselwirkung zwischen Kollagen und den geformten Elementen des Blutes den Alexander-Schmidt-Preis (DM 10 000,—; Stifter Dr. Thiemann GmbH, Lünen).

Marament[®]-Balsam

Schnelle Wirkung

gegen Schmerzen und Entzündungszustände bei Rheuma, Arthritis, Lumbago, Gicht, Ischias und Verstauchungen, bei Neuralgien, Rückenschmerzen und Schmerzen der Muskeln, Sehnen und Gelenke.

Sichere Anwendung

durch den neuen wirksamen Sicherheitsverschluß.

Weitere Vorzüge

Hautfreundlich, sparsamer Verbrauch, kein Verschmutzen oder Verfärben der Wäsche.

Zusammensetzung: 100 g Aethylenum chloratum, 2 g Oleum Pini Pumilionis, 0,2 g Methylum salicylicum, 1 g Camphora synthetica, 0,05 mg Toxine der Neja tripudians, Emulgator ed 125 g = 100 ml.

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

O.P. Flasche mit ca. 100 ml

DM 6,15



Dr. Wider & Co 725 Leonberg



Frenz-Volhard-Medaille verliehen

Professor Dr. Hans Serre, Direktor der Medizinischen Poliklinik der Universität Freiburg, wurde für seine überragenden Verdienste in Forschung und Lehre auf dem Gebiet der Nephrologie vom Deutschen Stifterverband für Nierenforschung e. V. die Frenz-Volhard-Medaille in Gold verliehen.

Hufeland-Preis 1975 verliehen

Mit dem Hufeland-Preis 1975 wurde die Mainzer Internistin Professor Dr. Ursel Theile ausgezeichnet. Der mit DM 10 000,- dotierte, seit 1960 jährlich von der Colonia Lebensversicherung AG/Deutsche Ärzteversicherung gestiftete Preis für bedeutende Beiträge zur vorbeugenden Gesundheitspflege wurde ihr für ihre Arbeit „Genetische Beratung – ein Experiment der Präventivmedizin“ verliehen.

Der „Hufeland-Preis“ trägt seinen Namen nach dem Arzt Christoph Wilhelm Hufeland (1762 bis 1836), der als Vorkämpfer der modernen Präventivmedizin bezeichnet werden kann.

Musiksommer zwischen Inn und Setzach

Für die Freunde der Musik finden in diesem Sommer wieder Konzerte im Inn-Chiem-Ruperti- und Salzachgau statt.

Freitag, 18. Juni 1976, 19.45 Uhr, Schloß Amerang:

100. Konzert, verbunden mit der festlichen Eröffnung des restaurierten Rittersaales

Samstag, 19. Juni 1976, 19.45 Uhr, Schloß Amerang:

Landshuter Hofmusik – Musik im Volk, in Bürgerhäusern und an Fürstenthöfen im 15. und 16. Jahrhundert

Vokal- und Instrumentalgruppe der Landshuter Hochzeit

Leitung: Hans Welch

Samstag, 19. Juni 1976, 19.30 Uhr, Ruhpolding, Pfarrkirche:

Pietro Torri: Sinfonie für Trompete und Streicher (Erstaufführung)

Johann Michael Haydn: Offertorium „Perfice gressus“ für Sopran und Orchester – Messe in honorem Sanctae Ursulae („Chiemseemesse“)

Solisten, Chor der Herz-Jesu-Kirche, München, Convivium Musicum München

Leitung: Josef Schmidhuber

Sonntag, 20. Juni 1976, 19.30 Uhr, Leufen, Stiftskirche:

– Programm wie Samstag, 19. Juni 1976, Ruhpolding, Pfarrkirche –

Samstag, 26. Juni 1976, 19.45 Uhr, Schloß Amerang:

Johann Sigismund Kusser: „Erindo“ oder „Die unsträfliche Liebe“ – Barockes Schäferspiel in drei Akten

Camerata musicale, München

Leitung: Richard Mader

Samstag, 26. Juni 1976, 19.30 Uhr, Burghausen, Aule:

Giuseppe Antonio Bernabei: Der Jahrmarkt (Kantate)

Franz Xaver Brixl: Der Schulmeister – heiteres Singspiel (Erstaufführung)

Tölzer Knabenchor und seine Solisten, Convivium Musicum München

Leitung: Gerhard Schmid-Gaden

Sonntag, 27. Juni 1976, 19.30 Uhr, Wasserburg, Rathausaal:

– Programm wie Samstag, 26. Juni 1976, Burghausen, Aule –

Die Veranstaltungen im Juli und August werden im Heft 7/1976 veröffentlicht.

Buchbesprechungen

Bücher zur Rezension

Die folgenden Bücher wurden uns zur Besprechung zur Verfügung gestellt. Kolleginnen und Kollegen, die besonders sechskundig und interessiert sind, können diese Bücher zur Besprechung im „Bayerischen Ärzteblatt“ von uns erhalten. Wir bitten um Benachrichtigung unter der Telefonnummer (0 89) 41 47 - 274.

1. Beese: Was ist Psychotherapie?
2. Biermann: Unsere kranken Kinder – neue Wege ihrer Behandlung (Psychologisch gesehen)
3. Bihler: Organisatorische und praktische Erfahrungen des Notarztdienstes
4. Binder: Gesundheit durch Entspannung (Schallplatte)
5. Böhme: Die gestörte Durchblutung (Schallplatte)
6. Bronisch: Multiple Sklerose
7. Dobereuer: Scriptum Geriatricum
8. Freidson: Dominanz der Experten – Zur sozialen Struktur medizinischer Versorgung
9. Freytag: Ärztliche Hilfe am Unfallort
10. Gastager: Heilen ohne zu entwerten – Anthropologische Grundlagen einer Rehabilitation durch die Psychiatrie (Psychologisch gesehen)
11. Gauer/Kramer/Jung: Atmung (Physiologie des Menschen, 6)
12. Geuer/Kramer/Jung: Muskel (Physiologie des Menschen, 4)
13. Geuer/Kramer/Jung: Sensomotorik (Physiologie des Menschen, 14)
14. Greuer: Taschenbuch der Antibiotika-Therapie
15. Gross/Schömlerich: Lehrbuch der Inneren Medizin
16. Hetzold: Wunschkind – Sohn oder Tochter
17. Hellmer: Jugendkriminalität
18. Hollmann/Hettinger: Sportmedizin – Arbeits- und Trainingsgrundlagen
19. Holzner: Pathologie des Menschen (Spezielle Pathologie, 4)
20. Klinge: Kardiologische Diagnostik in interner Klinik und Praxis
21. Krämer: Funktionelle Behandlung der Hüftdysplasie und Hüftverrenkung
22. Kuchen: Antiinfektiöse Chemotherapeutika in der Geburtsmedizin
23. Kunert: Wirbelsäule und innere Medizin
24. Lindner: Fortschritte der gastroenterologischen Endoskopie, Band 6
25. Matzdorff: Herzinfarkt – Prävention und Rehabilitation
26. Melzer: Grundbegriffe der Chemie – Ein Leitfaden für Krankenschwestern und medizinische Fachkräfte

(Fortsetzung Seite 572)

Reise-Risiken – finanziell gesichert

In der Reisezeit herrscht auch Hochsaison für Versicherungen. Unterwegs können manche Sicherheitsvorkehrungen nur unzulänglich sein, etwa die gegen den Verlust oder die Beschädigung des Reisegepäcks. Unterwegs nehmen die Aktivitäten, vor allem die ungewohnten, zu, und steigen damit die Risiken.

Einige Versicherungsarten reisen ohne Zuschlag mit, so die Lebens- und die Unfall- wie auch die private Haftpflicht-Versicherung. Die private Krankenversicherung gilt europaweit und weltweit für einen Monat. Eine Zusatzvereinbarung für die Kostenübernahme eines Kranken-Rücktransportes ist erwägenswert.

Vor Ihrer Abreise sollten Sie die Hausrats-Versicherungssumme auf den tatsächlichen Wiederbeschaffungswert Ihres Hausrats anheben. Wenn eine Unterversicherung festgestellt wird, muß die Versicherungsgesellschaft ihre Erstattung um den entsprechenden Prozentsatz kürzen. Vor einer Abwesenheit über länger als 60 Tage hinweg muß die Hausratsversicherungsgesellschaft informiert werden. Dadurch erhöht sich das Risiko. Eine Zusatzprämie wird fällig.

Vor dem Abschluß einer Versicherung für die Reise, welcher Art auch immer, sollten Sie beachten:

- Die Prämienunterschiede der verschiedenen Gesellschaften können sehr groß sein. Bei Vergleichen ist der Umfang der Leistung genau heranzuziehen. Das fällt Leuten häufig schwer. Am sichersten erfahren Sie den Unterschied von einem Fachmann der teureren Konkurrenz.

- Viele Versicherungen sind auch auf lediglich kurze Zeit, etwa einen Monat, einzugehen. Bedenken Sie,

ob sie nicht auch als Dauerversicherungen sinnvoll sind. Die Prämien für Versicherungsabschlüsse auf kurze Zeit sind sehr erheblich höher als relativ die Jahresprämien.

- Unterrichten Sie sich sehr eingehend über den Schutzzumfang, den Ihnen die einzelne Versicherungsbietet, und über die Haftungsausschlüsse. Der Schutzzumfang ist nicht selten viel weiter, als angenommen wird. So können Ersatzansprüche lediglich aus Unwissenheit versäumt werden.

- Unter manchen Umständen ist die Erstattung nur auf einen Teil der Versicherungssumme beschränkt. So beispielsweise für verlorene gegangene Wertgegenstände innerhalb der Reisgepäckversicherung. Spezialversicherungen, wie etwa die sogenannte Valorenversicherung, bieten dagegen vollen Schutz.

- Außerordentlich wichtig ist die Kenntnis des Verhaltens im Schadensfall. Dabei sind sehr viele Einzelheiten zu beachten. Wenn Sie sie nicht einhalten, kann oder muß Ihnen die Versicherungsgesellschaft sogar die Entschädigung versagen. Es ist ratsam, die Versicherungsbedingungen oder fotokopiert zumindest den Teil über die Verhaltensweise bei Schaden mitzunehmen, um keinen unter Umständen kostspieligen Fehler zu begehen.

- Zu den Reise-Unterlagen gehört auch die Fernsprechnummer der verschiedenen Versicherungen oder ihrer Vertreter. Im Zweifelsfall kommt ein Ferngespräch aus dem Ausland sehr viel billiger als eine Fehlhaltung, die zum Verlust des gesamten Anspruches an die Versicherungsgesellschaft führen kann.

Horst Beloch

Zuviel

Die Ärzte verschreiben zuviel Arzneimittel. So Nordrheins Sozialminister Farthmanns jüngster polemischer Beitrag zur Kostensteigerung im Gesundheitswesen.

Arznei- sind keine Genußmittel. Höherwertige Medikamente können volkswirtschaftlich sehr viel preiswerter als andere zu niedrigeren Preisen sein.

Das dürfte sogar ein Nicht-Mediziner mit dem Anspruch eul Kenntnisse wirtschaftlicher Zusammenhänge anerkennen. Und Sozialpolitiker sollten eigentlich auch in ökonomischen Kategorien zu denken vermögen.

Zuviel war tatsächlich die reformeuphorisch induzierte Anspruchsinflation. Sie hat die Kostensteigerung im Gesundheitswesen ausgelöst. Höchstens bruchteilig kann eine Erweiterung von Verordnungen daran beteiligt sein. Sie nun als wesentliche Ursache darzustellen, des ist zuviel!

Prosper

Kurz über Geld

GOLDMÜNZEN, die in ihren Herkunftsländern noch als gesetzliche Zahlungsmittel gelten, könnten ab 1. Juli mehrwertsteuerpflichtig und somit um elf Prozent verteuert werden.

WÄHRUNGSVORTEILE bei Auslandsreisen sind sehr problematisch. Vor hausgemachten Versuchen sollten Kreditinstituts-Experten konsultiert werden.

EISENBAHN - SONDERANGEBOTE in vielen europäischen Ländern. Einzel-Informationen durch die Bundesbahn und gute Reisebüros.

PERLEN-PREISSTEIGERUNGEN bei weiter steigender Nachfrage, aber verminderter Zuchtperlen-Ernte in Japan, zu erwarten.

FESTVERZINSLICHE WERTPAPIERE in nächster Zeit aufmerksam beobachten und rechtzeitige Abgabe erwägen. Dieser Markt ist sehr unsicher geworden.

Bei Hyperhidrosis

besonders an den Füßen und damit in Zusammenhang stehende Hauterkrankungen

Antihydral

Antihydral®

trocknet die gequollene Haut ab und kräftigt sie. Dadurch wird die Schweißsekretion normalisiert. Dieser Vorgang ist biologisch gesteuert. Sobald eine Normalisierung erreicht ist, hört dieser Effekt auf.

Antihydral »M«®

In feuchtwarmer Atmosphäre siedeln sich gerne Pilze an. Deshalb sind Körperstellen mit übermäßiger Schweißabsonderung vielfach mykotisch infiziert. In diesem Fall ist Antihydral »M« das Mittel der Wahl. Es entzieht den Pilzen durch Abtrocknen das günstige Milieu und enthält Schwefel als Fungizid. Der unangenehme Juckreiz wird rasch beseitigt.

Antihydral und Antihydral »M« trägt man 1-2mal täglich dünn auf und läßt es antrocknen.

Zusammensetzungen:

Antihydral enthält 13% Hexamethylentetramin in fettfreier, abtrocknender Selbstgrundlage.
Antihydral »M« enthält 10% Sulfur praec. und 10% Hexamethylentetramin in fettfreier, abtrocknender Selbstgrundlage.

Kontraindikationen: Keine bekannt.

Zur Beachtung: Nicht auf offene Wunden auftragen!

Preise: Tuben mit 70 g OM 3,85

ROBUGEN GMBH · PHARMAZEUTISCHE FABRIK · ESSLINGEN/N



27. *Merté:* Augenärztliche Fortbildung, Band 3, Teil 3 und 4 – Band 4, Teil 1
28. *Meyer-Hertwig/Bleifeld/Hegewald:* 1 mal 1 zum Entwurf von Diepositiven
29. *Neumeyr:* Aktuelle Probleme der klinischen Hepatologie
30. *Nusser/Trieb:* Dringliche Eingriffe bei internen Notfällen
31. *Pfenninger:* Antibiotikatherapie im Kindesalter – Tabellen für die Praxis und Klinik
32. *Plath:* HNO-Ratgeber für den praktischen Arzt
33. *Rachmann/Philips:* Arzt und Psychologe – Ein Programm zur Partnerschaft
34. *Roschke:* Die proktologische Sprechstunde
35. *Sechse R./Sechse B.:* Diabetes im Kindes- und Jugendalter – Ein Ratgeber
36. *Seelich/Gründig:* Allgemeine Chemie, Band 1 (Chemie für Mediziner und Biologen in zwei Bänden)
37. *Seipel/Loogen/Both:* His-Bündel-Elektrographie
38. *Siegrist:* Lehrbuch der Medizinischen Soziologie
39. *So:* Elektrokardiographie – Atlas und Auswertung
40. *Szám:* Cor pulmonale chronicum
41. *Scheibe:* Grundlagen der praktischen Chirurgie
42. *Scheidt:* Naturkundliche Harmonielehre
43. *Schliert/Wolfram:* Ernährungstherapie in der Praxis
44. *Schüren/Hüttemann/Schröder:* Chronisch obstruktive Lungenerkrankungen und Cor pulmonale
45. *Schuster:* Vorsorgeuntersuchungen bei Säuglingen und Kleinkindern
46. *v. Staehr:* Wie verhalte ich mich bei Schwangerschaft, Geburt und Rückbildung
47. *Stolzenberg:* Medizin zwischen Heil und Unheil oder: Besser leben durch umfassende Gesundheitspflege
48. *Wick:* Neurologie und Psychiatrie in der Praxis – Notfälle-Sprechstunde

Deutsches Krankenhaus Adreßbuch 1976

Herausgegeben in Zusammenarbeit mit der Deutschen Krankenhausgesellschaft, dem Bundesverband deutscher Privatkrankeanstalten e. V., der Fachvereinigung der Verwaltungsleiter deutscher Krankenhäuser e. V. und der Arbeitsgemeinschaft Deutscher Krankenhausapotheker, München. 14. Ausgabe, 420 S., geb., DM 62,- (für Krankenhäuser DM 32,-). Verlag Rombeck + Co GmbH, Freiburg.

Das Deutsche Krankenhaus Adreßbuch hat euch in diesem Jahr wesentliche Verbesserungen und Korrekturen erfahren, die einen guten Einblick in die deutsche Krankenhausstruktur sowohl für den mit dem Metier Vertrauten als auch für den Außenstehenden ermöglichen. Die einzelnen Daten für jedes Haus sind überarbeitet und aktualisiert worden.

Vom Verlag werden die Benutzer des Deutschen Krankenhaus Adreßbuches aufgefordert, alle Änderungen, Unstimmigkeiten und Unzulänglichkeiten mitzutellen, um ein möglichst aktuelles und zuverlässiges Nachschlagewerk schaffen zu können.

Medizinische Psychologie

Eine Einführung

Verf.: R. Battegay / U. Rauchfleisch, 200 S., DM 24,—. Verlag Hans Huber, Bern.

Den Autoren, Professor Battegay, leitender Arzt der Psychiatrischen Universitäts-Poliklinik Besel, und Dr. Rauchfleisch, Dipl. Psychologe, ist es gelungen, eine kurzgefaßte und didaktisch ausgezeichnete Einführung in die Medizinische Psychologie zu schreiben.

Des Vorhaben der Autoren, einen möglichst breiten Einblick in die verschiedenen Aspekte der Medizinischen Psychologie und der Allgemeinen Psychopathologie zu vermitteln, ist gelungen.

Vor uns liegt ein leicht faßliches, einführendes Buch in die medizinisch-psychologische Begriffswelt, in die Psychologie der Arzt-Patient-Beziehung und in die elementaren sozial-psychologischen Fragestellungen, wie sie dem praktizierenden Arzt täglich begegnen.

Einleitend werden das Krankheitserleben des Patienten, die Arzt-Patient-Beziehung, Einstellung und Verhalten des Arztes und die Krankheit als Symptom der Gruppe erörtert. Demnach klären die Autoren die Begriffe der Psychologie, der Medizinischen Psychologie und der Ganzheitsmedizin. Es folgen die Methoden der Psychologie, die Darstellung der verschiedenen Persönlichkeitsmodelle, der Triebentwicklung und der noetischen Funktionen.

In gesonderten Kapiteln werden Die Sprechende, Das Lernen und Die Intelligenz behandelt. Eingehendes erfährt man über die Psychotherapie durch den Nicht-Psychiater und über das ärztliche Gespräch. Ausführlich werden abschließend die Aufgaben, Ziele und Verfahren der klinisch-test-psychologischen Diagnostik dargestellt.

16 Seiten Literaturhinweise ermöglichen es dem Interessierten und nach der Lektüre des Buches sehr angeregten Leser, sich in speziellen Fragen weiter zu informieren.

Hervorzuheben sind die leichte Lesbarkeit und die klaren Begriffsdefinitionen, die das Buch zu einem kleinen Nachschlagewerk machen. Da die meisten praktizierenden Kollegen während ihres Studiums keine oder nur selten Vorlesungen über Medizinische Psychologie hören konnten, schließt das wärmstens zu empfehlende Buch eine Lücke in der Ausbildung.

Dr. M. Wolf, Waldkraiburg

Medizin im Wandel

Verf.: Prof. Dr. M. Blohmke, 40 S., 11 Abb. u. Teb., kart., DM 12,50 — Band 60 der Schriftenreihe „Arbeitsmedizin — Sozialmedizin — Präventivmedizin“. A. W. Gentner Verlag, Stuttgart.

In dem vorliegenden kleinen Buch, bei dem es sich um die Antrittsvorlesung der Autorin handelt, werden die grundlegenden Änderungen der Welt, in der wir leben und die sich daraus ableitenden Komplikationen für den Menschen dargestellt. Als Indikatoren dienen soziale Daten und Mortalitäts- und Morbiditätsziffern. Anhand dieser Zahlen kann dargestellt werden, daß sich sowohl die Bevölkerungsstruktur als auch das Krankheitspanorama in den letzten 25 Jahren stark verschoben haben und eine ständige Beobachtung dieser Zahlen für die Planung der medizinischen Versorgung der Bevölkerung unerlässlich ist.

Bayerisches Ärzteblatt 6/76

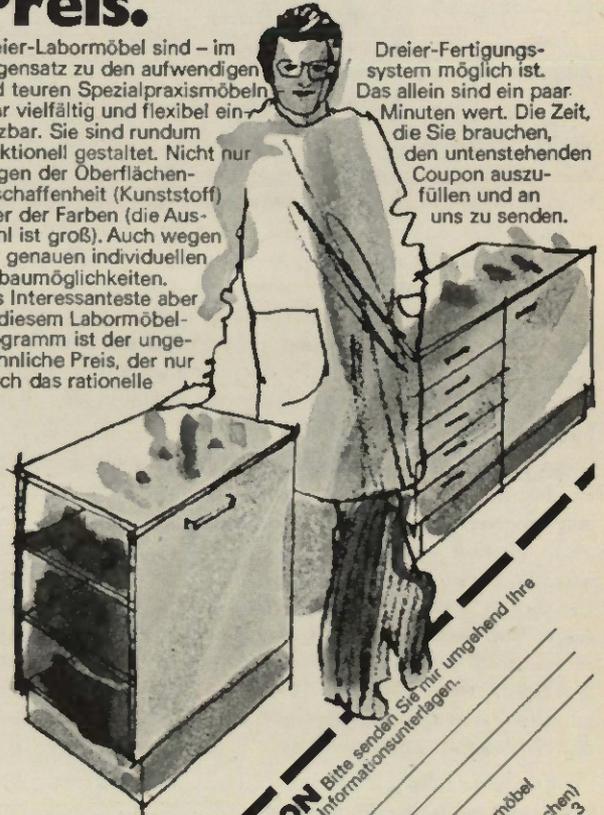
3er Labor

Dreier

Labormöbel von Dreier erheben hier einen ungewöhnlichen Anspruch. Den Anspruch der Perfektion — zu einem ungewöhnlichen Preis.

Dreier-Labormöbel sind — im Gegensatz zu den aufwendigen und teuren Spezialpraxismöbeln — sehr vielfältig und flexibel einsetzbar. Sie sind rundum funktionell gestaltet. Nicht nur wegen der Oberflächenbeschaffenheit (Kunststoff) oder der Farben (die Auswahl ist groß). Auch wegen der genauen individuellen Einbaumöglichkeiten. Das Interessanteste aber an diesem Labormöbel-Programm ist der ungewöhnliche Preis, der nur durch das rationelle

Dreier-Fertigungssystem möglich ist. Das allein sind ein paar Minuten wert. Die Zeit, die Sie brauchen, den untenstehenden Coupon auszufüllen und an uns zu senden.



COUPON Bitte senden Sie mir umgehend Ihre Informationsunterlagen.

Name _____
Ort _____
Straße _____

Dreier Labormöbel
Dreier KG
8013 Haar (bei München)
Hans-Stiefberger-Str. 3
Telefon
466407/467764

Psychiatrie in Stichworten

Verf.: Prof. Dr. H. *Dietrich*, 103 S., kart., DM 10,80. Ferdinand Enke Verlag, Stuttgart.

Mit der Psychiatrie in Stichworten, neu herausgegeben und eine an den Gegenstandskatalog adaptierte Auflage, liegt ein Buch vor, das in Stichworten ersteinlich vollständig des ganze Gebiet der Psychiatrie ebhendelt.

Dem Studenten im Examenssemester vermittelt es vor der Prüfung ein Konzentrat, das ihm Gelerntes ins Gedächtnis zurückeruft und ihm damit eine empfehlenswerte Hilfe vor dem Examen bringt.

Die Übersicht, die dieses Buch gibt, dürfte eueh dem praktizierenden Arzt eine große Hilfe sein, wenn er sich über des Gebiet der Psychiatrie schnell orientieren will.

Ein ausführliches Schrifttumsverzeichnis rundet nicht nur den Gesamteindruck vorteilhaft eb, sondern gibt auch die Möglichkeit, sich mit dem einen oder anderen Thema genauer zu befassen.

Auch den in der Krankenpflege tätigen Schwestern und Krankenpflegern kann der hohe informative Wert des Buches nützen und ein guter theoretischer Unterbau für ihre tägliche Arbeit am Kranken werden.

Daß dieses Buch mit viel Liebe zusammengestellt wurde, ist für den liebenswürdigen Professor Dr. Heinz *Dietrich* selbstverständlich.

Dr. H. Matusczyk, Prien

Ratgeber für Augenkenke

Verf.: Dr. R. *Kaden*, 192 S., 42 Abb., DM 5,—. W. Goldmann Verlag, München.

Wenn men derzeit einen Taschenatlas der Anatomie „eueh für den interessierten Laien“ herausgibt, darf men wohl daraus schließen,daß noch ein echtes Bedürfnis nach umfassender medizinischer Aufklärung besteht. Daß hierbei wohl die Grenze dessen überschritten wird, was eine populärwissenschaftliche Aufklärung leisten kann und soll, fliegt auf der Hand. Wer ständig im Kontakt mit Kranken steht, weiß, wie schwierig es ist, medizinische Fachausdrücke und Begriffsdefinitionen nicht nur zu verdeutschen, sondern dem Laien eueh verständlich zu machen.

Das kleine Büchlein „Ratgeber für Augenkenke“, des in der Goldmann Taschenbuchreihe Medizin erschien, wird ell diesen Anforderungen gerecht. Der Augenarzt *Kaden* versteht es, in dieser Broschüre kurz und prägnant alles darzustellen, was den Laien im Zusammenhang mit dem Auge interessieren könnte. Bau und Funktion des Auges, Erkrankungen des Auges und seiner Anhangsgebilde werden ebenso klar und verständlich für den Laien beschrieben wie Fragen, die Auge und Haftschele, Sonnenbrillen, Fernsehen und Führerschein betreffen. Alle Darlegungen sind neeh dem heutigen Stand der Wissenschaft beantwortet.

Einige kleine Mängel: Men sollte Hyperopie nicht mit Weitsichtigkeit verdeutschen, wie es im Abschnitt Schielbehandlung geschehen ist, sondern mit Übersichtigkeit. Oder, wenn man ausführlich über die Leser-Trabekulopunktur spricht, dann sollte man beispielsweise bei den Vorderkammerlinsen, die sich in der erwähnten Form nicht bewährt haben, doch auf die Binkhorst-Linse hinweisen, die in einigen Kliniken immerhin schon bei sieben Prozent der Aphaken eingepflanzl wird. Ob man in einer solchen Schrift eueh die Richtlinien der DOG für die Beurteilung der Fehrtauglichkeit in allen Einzelheiten auführen muß, darüber kann man getellter Meinung sein.

Man könnte noch eine Reihe solcher Punkte einführen, doch sind dies alles Kleinigkeiten, die den Gesamteindruck dieses handlichen und preiswerten Buches nicht schmälern können. Es ist wirklich ein Volltreffer, wie es ein Fechkollege bezeichnete, und kenn jedem Laien, der sich für das Auge als Gesunder oder Kranker interessiert, wärmstens empfohlen werden.

Dr. St. Kager, Nürnberg

Der gestörte Schlaf

Genese und Therapie

Verf.: Prof. Dr. H. *Kaiser*, 216 S., einige Abb., Polylein, Fechtaschenbuch Bd. 15, DM 14,—. Deutscher Ärzte-Verlag, Köln.

Mit dem Problem des Schlafes und seinen Störungen haben sich in den letzten Jahren Wissenschaftler verschiedener Fächer intensiv beschäftigt; eine große Zahl von Publikationen legt hiervon Zeugnis eb. Diese Veröffentlichungen sind allerdings meist so speziell, daß sie der Nichtfachmann kaum verstehen kann. Aus diesem Grunde setzt sich des vorliegende Taschenbuch zum Ziel, neue Erkenntnisse der Physiologie, Psychologie, Klinik, Pharmakologie und des Arztrechtes in einer ellen Ärzten verständlichen Form darzustellen und deraus Nutzenwendungen für des praktische Vorgehen zu ziehen.

Berlin unterm Hörrohr

Verf.: I. *Kleberger*, Einbandgestaltung und Illustration H. Kossatz, 96 S., Gfenzeinband, DM 9,80. erani Verlag, Berlin.

Schon die launigen Kapitel-Überschriften wie „Aber die Schnauze is nich dotzukrejen“, „Da jibt's nlscht zu ebern“ oder „Bleiben Se lieber bel's Du, det is vertraulicher“ zeigen an, daß es sich um eine lustige kleine Sammlung von Begebenheiten aus Ilse *Klebergers* Kassenpraxis handelt. Hier wird dem Patienten nicht nur „auf's Maul gescheut“, sondern auch vor allem „hingehört“. Denn wo beichtet men lieber als bel dem vertrauten Hausarzt? Ilse *Kleberger* kuriert nicht nur mit Medizinen und Tabletten, sondern eueh mit Humor.

Medizinische Psychologie

Verf.: *Rosemeier / Adler / Potthoff*, 340 S., 51 Abb., kart., DM 24,—. Ferdinand Enke Verlag, Stuttgart.

Das Unterrichtsfach „Medizinische Psychologie“ ist in der neuen Approbationsordnung für Ärzte für den vorklinischen Studienabschnitt vorgeschrieben und erhält durch eine Beteiligung von 20 Prozent em Prüfungsstoff der Ärztlichen Vorprüfung eine erhebliche Bedeutung im Rahmen des Medizinstudiums.

So war es notwendig, ein Lehrbuch herauszubringen, des sich mit dem Gegenstand „Medizinische Psychologie“ befaßt.

Dieses Buch, herausgegeben von den Berliner Dozenten *Rosemeier, Adler* und *Potthoff*, dürfte dafür elle Voraussetzungen erfüllen. Es wird nicht nur wertvoll sein für Medizinstudenten, die sich mit diesem neuen Fech befassen müssen, sondern auch für Studenten der Psychologie, die im Laufe ihres Studiums Medizinische Psychologie als Nebenfach haben.

Die Systematik des Arbeitstextes erfüllt die Forderungen des Gegenstandskataloges „Medizinische Psychologie“. Es wer sicher nicht sehr einfach für die drei Autoren, dieses Arbeitsgebiet dicht gedrängt zusammenzufassen und elle Probleme

Dauertherapie der Hyperurikämie und Gicht:



Die Summe* der Vorteile spricht für

Neu
als
Spezialität



**Nur
DM 15,70**

- * Retard-Wirkung**
langanhaltende Freisetzung des Primärwirkstoffes
- * Ausgezeichnete Verträglichkeit**
durch zeitgemäße Galenik
- * Einfache Dosierung**
1 x 1 Retard-Tablette täglich
- * Günstiger Preis**
senkt Therapiekosten entscheidend

Für die individuelle Einstellungstherapie:
Allopurinol Siegfried 100 mg

Zusammensetzung
1 Tablette Allopurinol Siegfried enthält 100 mg Allopurinol
1 Tablette Allopurinol-retard Siegfried enthält 300 mg Allopurinol

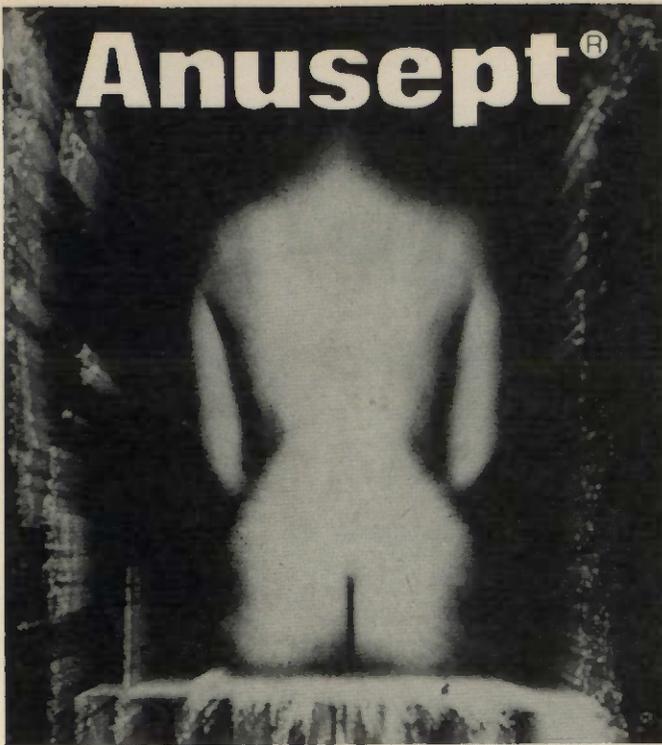
Dosierung
Allopurinol Siegfried 100 mg zur individuellen Einstellungstherapie bis zu 8 Tabletten täglich.
Allopurinol-retard Siegfried 300 mg: Standarddosierung 1 x 1 Retard-Tablette täglich

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 einer Mahlzeit mit reichlich Wasser können Magen-Darm-Störungen vermieden werden.

Packungen
50 Tabletten zu 100 mg DM 10,50
100 Tabletten zu 100 mg DM 19,50
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

Verschreibungspflichtig
Siegfried Arzneimittel Säckingen



Anusept®

Die Lösung eines brennenden Problems

1. **Benzocain** beseitigt als Lokalanaesthetikum rasch Brennen und Juckreiz
2. **Wismut** schützt die Schleimhaut vor Verletzungen und verschließt kleine Wunden
3. **Zinkoxyd** adstringiert und wirkt hämostyptisch
4. **Myroxylon** fördert die Proliferation und bindegewebige Umwandlung der Knoten.

Zusammensetzung:

100 g Salbe enthalten:
 Bismut. subnitric. 1 g, Myroxyl.
 balsam. var. pereir. 2 g, Zinc.
 oxydat. 8 g, Benzocain 2 g, Urea
 pura 1 g, Natriumtetraborat 2 g
 1 Suppositorium enthält:

Bismut. subnitric. 120 mg, Myroxyl.
 balsam. var. pereir. 100 mg, Zinc.
 oxydat. 100 mg, Benzocain 40 mg.

Indikationen:

Außere und innere Hämorrhoiden,
 Analfissuren, Analjuckreiz, Proktitis

Dosierung:

Siehe Packungsbeilage und wissenschaftlicher Prospekt.

Handelsformen:

Tube mit 40 g Anusept Salbe	DM 7,20
Packung mit 10 Anusept Zäpfchen	DM 5,80
Kombi-Packung mit 40 g Anusept Salbe und 10 Anusept Zäpfchen	DM 11,50

Arzneimittelfabrik Kanoldt
 Höchstädt-Donau



Anusept®

die klassische Arzneimittel-Kombination
 gegen alle Beschwerden des anorektalen
 Symptomen-Komplexes.

der Medizinischen Psychologia in dem Text unterzubringen. Literaturhilfen, umfangreiche Raglstar und basonders dia 110 Prüfungsfragen in Multiple-choice-Form sind jedem Kapitel zur Selbstkontrolle balgafügt.

Nicht nur für den Medizinstudenten wird dieses Buch alna nützliche Hilfe sein, sondern auch dar Lehre wird eine Untarlagala zur Varfügung gestallt, die als Leitlinie für dan Untarricht dienen kann.

Deshalb wird dieses Buch auch engebolen nicht nur für alle Madizinstudenten, sondern auch für Dozenten dar Madzini-schen Psychologie, Psychologen, Psychiatar, Neurologen, Pädagogan, Soziologen, Juristan und Studiarande der Heil-hilfsberufa.

Der Inhalt des Buches ist aufgegliedert in: Methoden, Persönlicheit, Hirnmechanismen, Diagnostik, Grundfunktionen, Entwicklung, Lernprozessa, Sozialverhalten.

Dr. H. Matusczyk, Prien

Schlösser in Franken

Rasidanzen und Landsitza im Fränkischen

Varf.: Franz *Prinz zu Sayn-Wittganstein*, unter Miterbelt von Marina *Fraiin von Bibra*, 332 S., 19 Abb. Im Text und einar Übersichlaskarte, 319 Abb., auf 160 Tafeln nach Aufnahmen von E. *Boudot-Lamotta*, Lainan, DM 78,-. C. H. Beck'scha Verlagsbuchhandlung, Münchan.

Die Mainlande zwischen Aschaffenburg und Beyreuth, zwischen Coburg und Nürnberg gehören zu den Geblatan, dia deutsche Geschichte salt dam Mittelalter tiefgraifand bastimmt heben und von Ihr nachhaltig geprägt worden sind. Nicht weniger als 146 Schlösser, Residenzen und Landsitza werden In knappar bau- und kunstgeschichtlicher Erläuterung, eber vor allam mit brillanten Fotos vorgestallt. Man kann dieses Buch auf mehrfacha Weise nutzen: als kundigen Führer zu vielen Kunststätten oder als einen enschaulichen Beitrag zu einem Stück deutscher Galstes-, Wirtschafts- und Sozialgeschichte.

Ruhe auf dar Flucht

Aquarella

Varf.: Dr. E. W. *Stiefvater*, mit alnar Einführung von Dr. A. *Zorger*, 123 S., Bildband mit 40 Aquarellen, davon 30 mehrfarblig, Pappband, DM 69,-. Karl F. Haug Verlag, Heidelberg.

Erich W. *Stiafvater* veröffentlicht hier erstmals elne Sammlung zarffarbiger, eigener Aquarelle. Es sind Werke seiner zweiten, privataren Existenz als schaffender Künstler.

Das Malen von Bildern bedeutet für Erich W. *Stiafvater* Aufbruch in „ain Land, in dam mehr Freiheit und Ruhe ist“. Selna Bilder setzen Kontrapunkla gegen Hast und Unrast unsarar Zait. In der Art seinar Verdichtung von Erlabtam, Gefühltam, Erschaulem kommt *Stiafvater* der Spiritualität einas Paul *Kiae* nahe. Baida gahören in den lebendigan galstesgeschichtlichen Raum dar Romantik mit Ihrem immer erneutan Aufbegahren gagan dia wachsenda Macht das Homo fabar und seiner sealanlosen Technokratia.

Stiafvaters Bildar wurzeln In fernöstlicher Naturphilosophia und christlicher Raligion. Sie sind von Poesia und Musikalitäät erfüllt. Dia sansiblen Rhythmen sainer Linien und Farben verleihen selbst noch seinen stillsten Bildern ein vibrierendes geheimes Leban. Dia Beschäftigung mit diesen Aquarellen vermittelt auch dam Batrachter das Glück dar Besinnung auf Wesentliches und damit „Ruha auf dar Flucht“.

Junge Tiere

Ihr Wachstum, ihr Verhalten, ihre Umwelt

Verf.: B. Stonehouse, aus dem Englischen von R. Keufmann, 168 S., über 180 farb. Illustrationen, geb. DM 36,-, Verlag Herder, Freiburg-Besel-Wien.

Betrachtet man das Tierreich als Ganzes, so findet man nur sehr wenige Tierarten, die ihre Nachkommen ernähren und beschützen. Viele Tierjunge leben von Geburt an entfernt von ihren Eltern, sehen und lernen nichts von ihnen und können sogar von ihnen getötet werden.

Der hier vorgelegte, mit über 180 instruktiven Farbaufnahmen ausgestattete Band zeigt die Jugendformen der verschiedensten Tiere und ihr Streben nach Unabhängigkeit und eigenem Lebensraum. Die Nachkommenschaft von Muscheln, Seeigeln und Krebsen wird darin ebenso untersucht wie diejenige von Fischen, Amphibien, Insekten bis hin zu Vögeln und Reptilien. Das letzte Kapitel behandelt die Säugetiere. Es beschreibt ein Charakteristikum ihrer Aufzucht: den unmittelbaren Kontakt zwischen Mutter und Jungen, die lange Zeitspanne elterlicher Fürsorge, ermöglicht nur durch ein höher entwickeltes Gehirn.

Euthanasie oder Über die Würde des Sterbens

Verf.: Dr. J. Wunderli, 188 S., kart., DM 18,-. Ernst Klett-Verlag, Stuttgart.

Aus der Vielzahl der in letzten Jahren zum Thema Euthanasie erschienenen Schriften ragt Jürg Wunderli's Buch als umfassendste und differenzierteste Auseinandersetzung heraus.

Der Leser kann es nur begrüßen, wenn der im deutschen Sprechgebrauch durch negative Besetzung im Dritten Reich pervertierte Begriff der Euthanasie im Einleitungskapitel mit allen seinen Implikationen exakt definiert wird und schief von der Pseudoeuthanasie, d. h. vom Töten des sogenannten unwerten Lebens, abgesetzt wird.

Ausgehend von der Erörterung der allgemeinen Problematik der Grundlagen und Berechtigung des ärztlichen Heilutreffes mit der Kernfrage der Höherwertigkeit der Lebenserhaltung oder Schmerzlinderung, widmet sich Wunderli der speziellen Situation im Sterben.

Die Euthanasie als Hilfe für das Sterben, d. h. „reinste“ und selbstverständliche Sterbehilfe, wird von der Euthanasie als Hilfe zum Sterben, also von Sterbehilfe mit lebensverkürzendem Effekt abgegrenzt, wobei auch fließende Übergänge mit einbezogen werden (aktive und passive Euthanasie). Die Verantwortlichkeit des Arztes und seine Solidarität mit dem Sterbenden bedingen eine Stellungnahme zum Wert des Lebens und zum Tod, auch zum eigenen Tod. Ehrfurcht vor dem Leben und Ehrfurcht vor dem Tod lassen Wunderli den Tod als letzte Möglichkeit menschlicher Selbstverwirklichung sehen. Der Tod kann so als Krönung des Lebens aufgefaßt werden. Die Würde des Sterbens und des Sterbenden als Folgerung der Würde des Lebens läßt Wunderli eine Stellung zum tabuisierten Tod technokratischer Medizin beziehen, die sich unpathetisch in der Forderung nach einem menschenwürdigen Sterben subsumieren läßt.

Diese von hohem menschlichen Ethos getragene Schrift (der Versuch einer Ethik des Sterbens) kann jedem Arzt, der dem Vorwurf des rein technokratischen Arztbildes gegenentgegenentwerfen möchte, empfohlen werden. Mit der Besinnung auf die spezifische ärztliche Ethik in neuen Bezügen wird Wunderli dem alten Anspruch der Ärzte als Ärztestand neu gerecht.

Dr. R. Blalek, Amberg

WERTSACHE SICHERHEIT.

Von der führenden Krankenversicherung des Ärztestandes.
Hohe Leistung zu besonders günstigen Beiträgen - 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 Versicherungsschutzes durch zahlreiche Varianten - auch für Familienangehörige.

DIE SICHERHEIT DES ARZTES
individuell · zuverlässig · preisgünstig

 **Vereinigte**
Krankenversicherung AG

Salus Krankenhauskosten-Versicherungs-AG

Vertragsgesellschaften Ihrer Ärztekammer
und des Marburger Bundes

Coupon

Ich interessiere mich für die Teilnahme
am Gruppenversicherungsvertrag

Name: _____

Anschrift: _____

Ich bin bereits versichert bei Vereinigte Salus anderweitig

Vereinigte Krankenversicherung AG
Generaldirektion, Leopoldstraße 24, 8000 München 40

Therapeutika

Airol Roche (Vitamin-A-Säure) – Akne-Therapeutikum

Zusammensetzung:

Airol® Roche (Vitamin-A-Säure) enthält als aktive Substanz 0,05 Prozent all-trans-Retinsäure (Tretinoin).

Indikation:

Akne vulgaris.

Kontraindikationen:

Rosazea, akutes Ekzem, akute Dermatitis.

Dosierung:

Die Creme ist mit einem Wattebausch oder mit dem Finger in ganz dünner Schicht, die Lösung mit einem Wattebausch, Wattestäbchen oder mit der Fingerspitze auf die befallenen Körperstellen aufzutragen.

Airol Roche Creme eignet sich für helle Hauttypen besser als für dunkle, da sie milder wirkt. Airol Roche Lösung kommt für dunkle Hauttypen bevorzugt in Frage. Die Initialtherapie-Dauer ist auf 6 bis 8 Wochen anzusetzen.

Eigenschaften:

Durch eine neuartige keratolytische Wirkungsweise auf die Haut einschließlich des gesamten Talgdrüsenfollikel epithels regt Airol Roche als Schälmittel nicht nur die Mitoseaktivität der Haut an, sondern bewirkt auch eine Verdünnung und Auflockerung der Hornschicht. Durch die Verdünnung des Stratum corneum hält die gute Schälwirkung auch nach längerer Behandlungsdauer unvermindert an, wodurch eine eventuell notwendig werdende Rezidivprophylaxe erleichtert wird.

Airol Roche führt zu guten kosmetischen Resultaten und kann mit diätetischen Maßnahmen sowie oraler medikamentöser Behandlung (z. B. ärztlich verordnete Antibiotika) kombiniert werden.

Hinweise:

In den ersten drei Wochen der Therapie mit Airol Roche tritt als unumgängliche Begleiterscheinung eine Reizung der behandelten Hautstellen auf, die sich durch Rötung, Schuppung und ein brennendes Gefühl in der Haut äußert. Diese Begleiterscheinungen lassen sich notfalls durch eine Verminderung der Dosierung mildern, meist klingen sie im Verlauf der Therapie spontan ab.

Im Falle einer Überdosierung von Airol Roche durch erhöhte Applikationsfrequenz oder zu starkes Auftragen, was zu dem Bild einer akuten Dermatitis mit Ödembildung und punktbis flächenförmigen Erosionen führen kann, sollte das Präparat seltener angewendet oder sogar für einige Tage abgesetzt werden.

Packungen und Preise:

20 g Creme	0,05 %	DM 8,65
100 g Creme	0,05 %	DM 35,15
50 ml Lösung	0,05 %	DM 12,75
250 ml Lösung	0,05 %	DM 49,90

Weitere Anstaltspackungen

Hersteller:

Hoffmann-La Roche AG, 7889 Grenzach-Wyhlen

Adiposetten®N – Appetitzügler zur unterstützenden Behandlung bei Übergewicht

Zusammensetzung:

1 Dragee enthält: D-Nor-pseudoephedrinhydrochlorid 10 mg

Anwendungsgebiet:

Unterstützung der Diät zur Herabsetzung des Körpergewichts.

Eigenschaften:

Übergewicht kann zu schweren gesundheitlichen Schäden wie Bluthochdruck, Herzmuskelschwäche, Fettleber sowie Gelenkerkrankungen führen und ist daher nicht nur ein kosmetisches Problem. Bei der Behandlung der Fettleibigkeit sollte im Mittelpunkt stets eine entsprechende Diät stehen. Erfahrungsgemäß sind jedoch nur wenige Menschen bereit, ihre erhöhte Nahrungsaufnahme einzuschränken. So haben Appetitzügler für die Gewichtsabnahme nach wie vor ihre besondere Bedeutung.

Im menschlichen Zwischenhirn befindet sich ein Zentrum, das die Nahrungsaufnahme regelt. Das in Adiposetten N enthaltene D-Nor-pseudoephedrinhydrochlorid, ein Ephedrin-abkömmling, führt zu einer Dämpfung des Hungerzentrums. Das bestehende Mißverhältnis zwischen Kalorienzufuhr und Kalorienbedarf Fettsüchtiger wird ausgeglichen.

Dosierung und Anwendungsweise:

Falls vom Arzt nicht anders verordnet, früh und mittags 1/2 Stunde vor den Mahlzeiten 1 bis 2 Dragees einnehmen. Die Behandlung sollte drei bis vier Wochen durchgeführt werden. Vor Beginn einer weiteren Kur soll eine Pause von zwei Wochen eingeschaltet werden, um dem Organismus Gelegenheit zur Anpassung an die neue Ernährungslage zu geben.

Nebenwirkungen und Begleiterscheinungen:

Im allgemeinen sind Adiposetten N bei bestimmungsgemäßer Anwendung gut verträglich. Gelegentlich können bei besonders disponierten Patienten Erscheinungen wie Unruhe, beschleunigter Herzschlag, Schweißausbrüche auftreten, die jedoch in der Regel nach Absetzen des Präparates verschwinden.

Unverträglichkeiten und Risiken:

Das Präparat soll nicht angewandt werden bei Bluthochdruck, Schilddrüsenüberfunktion, schweren organischen Herz- und Gefäßveränderungen, Rhythmusstörungen, Vergrößerung der Vorsteherdrüse, grünem Star, in der Schwangerschaft, bei gleichzeitiger Anwendung von Monoaminoxidasehemmern.

Besondere Hinweise:

In höherer Dosierung und über längere Zeit sollen Appetitzügler, die D-Nor-pseudoephedrinhydrochlorid enthalten, nicht ohne Anweisung des Arztes eingenommen werden.

In seltenen Fällen können Adiposetten N bei besonders disponierten Patienten, vor allem bei gleichzeitigem Genuß von Alkohol, die Fahrtüchtigkeit vorübergehend beeinträchtigen.

Handelsform:

OP 90 Dragees

Hersteller:

Dr. Rudolf Reiss Chemische Werke GmbH & Co. KG,
1000 Berlin 21

Fixomull® – Selbstklebender Mull

Materiäl:

Zellwollmull (Träger), hypoallergenes Polyacrylat (Klebmasse).

Eigenschaften:

Ausgezeichnet heutverträglich, schmerzlos und ohne Rückstände zu entfernen, luftdurchlässig, fest und dauerhaft klebend, strahlenindifferent, sterilisierbar (Autoclev, Gas), zugefest, eber rasterverschieblich.

Indikationen:

Breitflächige Abdeckung von Operations- und anderen Wunden jeder Art und Größe, postoperative Kompressions- und Entlastungsverbände, Befestigung von Sonden, Kethetern, Meßelementen usw.

Handelsformen:

Breiten 10, 15, 20, 30 cm, Rollen à 10 m

Hersteller:

Beiersdorf AG, 2000 Hamburg 20

Kendurel®-Plus

Antianämikum mit Vitaminen zur Förderung der Blutbildung

Zusammensetzung:

1 Filmtablette Kendural-Plus enthält: 525 mg Eisen(II)-sulfat (= 105 mg Fe⁺⁺ in Depotform), 562,3 mg Natriumascorbet (= 500 mg Ascorbinsäure), 30 mg Nicotinsäureamid, 10 mg Calcilumpantothemat, 6 mg Vit. B₁-nitret, 6 mg Vit. B₂, 5 mg Vit. B₆-hydrochlorid, 25 µg Vit. B₁₂-Cyanokomplex.

Indikationen:

Kendural-Plus ist indiziert zur Prophylaxe und Therapie von Eisenmangelzuständen jeder Genese mit oder ohne hypochrome mikrozytäre Anämie, besonders bei Patienten in höheren Lebensjahren und in der Rekonvaleszenz.

Kontraindikationen:

Eisenkumulation (Hämochromatosen, chronische Hämolyse), Eisenverwertungsstörungen (sideroachrestische Anämien, Bleianämien, Thelessämien).

Dosierung:

Täglich eine Filmtablette unzerkerut vor dem Frühstück.

Nebenwirkungen und Hinweise:

Wegen gegenseitiger Hemmung der Resorption ist eine gleichzeitige Gabe von Tetracyclin-Antibiotike zu vermeiden. Eine eventuell auftretende Dunkelfärbung des Stuhls ist unbedenklich. Wie alle Eisenpräparate sollte Kendural-Plus so aufbewahrt werden, daß Kinder keinen unsachgemäßen Gebrauch davon machen können.

Handelsformen und Preise:

15 Filmtabletten DM 11,45; 30 Filmtabletten DM 19,95; Klinikpackungen.

Hersteller:

Deutsche Abbott GmbH, 6507 Ingelheim/Rhein

Prosiston – bei allen schweren dysfunktionellen Blutungen des Mittel der Wahl

Schwere und lang anhaltende dysfunktionelle Blutungen kommen besonders bei Mädchen nach der Menerche und bei Frauen in der Prämenopause vor. Sie können zu erheblichen Blutverlusten führen, demit das Blutbild ungünstig beeinflussen und den Allgemeinzustand beeinträchtigen.

Besonders zur Behandlung dieser schweren Blutungen ist Prosiston, des als Wirkstoff pro Teblette die gesamte Tege-dosis von 6 mg Norethisteronacetat und 0,03 mg Ethinyl-estradiol (Äthinylöstradiol) enthält, entwickelt worden.

Zusammensetzung:

1 Teblette: 6 mg 17 α-Äthinyl-19-nortestosteron-acetat (Norethisteronacetat), 0,03 mg Ethinylestradiol.

Indikation:

Dysfunktionelle Blutungen.

Kontraindikationen und Risiken:

Herpes gestationis in der Anemnese, Schwangerscheft. Frauen mit folgenden Krankheiten sind sorgfältig zu überwachen: schwere Leberfunktionsstörungen; idioopathischer Schwangerschaftsikerus oder schwerer Schwangerschaftspruritus in der Anamnese, Dubin-Johnson- und Rotor-Syndrom, vorausgegangene oder bestehende thromboembolische Prozesse, Sichelzellanämie.

Dosierung:

Mit täglich 1 Teblette über 20 Tage wird innerhalb von 1 bis 4 Tegen, mitunter auch erst nach 5 bis 7 Tegen, eine nicht

Lentinorm® schärft die Sinne.

Zusammensetzung:

1 Drogée 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, Glond. Thyreoid. sicc. 3 mg, Testes sicc. 5 mg, Ovar. sicc. 5 mg, Coffein 3 mg, Kol. jod. 0,1 mg, Extr. Nucis vomicae DAB 6 0,02 mg, Calc. lact. 20 mg.

Kontraindikation:

Jodüberempfindlichkeit.

Dosierung:

2-3mal täglich 1 Drogée.

Handelsfarm:

Röhrchen mit 50 Drogées. OM 7,20 (inkl. Mwst)



Indikation:

Sehschwäche infolge von Linsenrübung (Altersstor), herabgesetzte Sehnerven- u. Netzhoutempfindlichkeit, Lichtscheu, Blendempfindlichkeit u. Nachtblindheit, Innenohrschwerhörigkeit, Ohrensousen, Schwindelgefühl. Altersbedingte Leistungsstörungen

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



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

organisch bedingte Uterusblutung zum Stehen gebracht. Etwa 1 bis 4 Tage nach Beendigung der Einnahme kommt es zu einer Entzugsblutung.

Um Rezidive zu vermeiden, während der nächsten drei Zyklen je 1 Tablette vom 23. bis 28. Zyklustag.

Nebenwirkungen:

Möglich sind: gelegentlich Übelkeit oder Magenbeschwerden sowie leichtes Spannungsgefühl in den Brüsten und geringe Zunahme des Körpergewichts.

Gründe für das sofortige Absetzen von Prosiston: erstmaliges Auftreten migräneartiger oder gehäuftes Auftreten ungewohnt starker Kopfschmerzen, akute Sehstörungen jeder Art, erste Anzeichen von Thrombophlebitiden oder thromboembolischen Erscheinungen, sechs Wochen vor geplanten Operationen und nach Unfällen für die Dauer der Immobilisation, Auftreten von Ikterus, stärkerer Blutdruckanstieg.

Packungen und Preise:

20 Tabletten DM 11,20

Hersteller:

Schering AG, 1000 Berlin 65

Tonus-forte-Tablinen®

Antihypotonikum

Zusammensetzung:

1 Tablette enthält 25 mg Etilerfrin-HCl (forte-Dosierung)

Indikationen:

Hypotonie und damit verbundene Kreislaufstörungen, als Adjuvans bei Infektionskrankheiten, nach Operationen, in der Rekonvaleszenz, orthostatische Kollapsneigung, Wetter- und Föhnempfindlichkeit.

Kontraindikationen:

Thyreotoxikose.

Eigenschaften:

Tonus-forte-Tablinen ist ein oral gut wirkendes Kreislaufmittel. Es hebt den erniedrigten Blutdruck auf normale Höhe und regt Herz und Gefäße an. Das Blutvolumen wird vermehrt und die Umlaufzeit verkürzt.

Dosierung und Anwendungsweise:

Erwachsene und Kinder nehmen möglichst morgens vor dem Aufstehen eine Tablette mit Flüssigkeit ein. Je nach Bedarf kann eine weitere Einnahme mittags oder am frühen Nachmittag erfolgen. In der Regel sind zwei, höchstens drei Tabletten täglich erforderlich.

Darreichungsform und Packungsgröße:

O.P. mit 50 Tabletten

Hersteller:

SANORANIA Dr. G. Strohscheer, 1000 Berlin 28

Ultracain® – Lokalanästhetikum zur Infiltrations- und Leitungsanästhesie

Zusammensetzung:

Ultracain 1%/2%: 1 ml enthält 10 mg/20 mg 4-Methyl-3-(2-propylamino-propionamido)-thiophen-2-carbonsäure-methylester-hydrochlorid (Carticainhydrochlorid). Ultracain 1%/2%:

Suprarenin: 1 ml enthält 10 mg/20 mg Carticainhydrochlorid und 0,006 mg Suprarenin® (Adrenalin-, Epinephrinhydrochlorid), entspr. 0,005 mg Base. Vorgenannte Lösungen enthalten p-Hydroxybenzoesäuremethylester als Konservans. Ultracain 5% hyperbar: 1 ml enthält 50 mg Carticainhydrochlorid und 100 mg Glukosemonohydrat.

Eigenschaften:

Ultracain ist das erste Lokalanästhetikum, dessen Wirksubstanz der Thiophen-Reihe angehört. Auffallend ist seine rasch (in 1 bis maximal 11 Min.) eintretende und zuverlässige Wirkung mit stark analgetischem Effekt sowie seine – gegenüber den Standardpräparaten der Amidreihe – schnellere, hauptsächlich renale Elimination bei guter Gewebs- und Allgemeinverträglichkeit. Wirkungsdauer bei den Lösungen ohne Suprarenin (Adrenalin): 60 bis 255 Min., bei Lösungen mit Suprarenin als Vasokonstringens: 120 bis 420 Min. (klinische Prüfung).

Indikationen:

Infiltrations- und Regionalanästhesie in allen gebräuchlichen Anwendungstechniken bei operativen Eingriffen, geburts-hilflicher Analgesie sowie zur Therapie.

Kontraindikationen:

Zubereitungen ohne Suprarenin: Intravenöse Anwendung bei Patienten mit Adams-Stokes-Syndrom, mit schweren Überleitungsstörungen oder hochgradiger myokardialer Insuffizienz. Lokalanästhetika, die ein Vasokonstringens enthalten, dürfen nicht i. v. angewendet werden. Übliche Kontraindikationen für den vasokonstringierenden Zusatz von Adrenalin zu Lokalanästhetika: paroxysmale Tachykardie, hochfrequente absolute Arrhythmie, Kammerengwinkelglaukom.

Nebenwirkungen:

Wie bei allen Lokalanästhetika: in ihrem Ausmaß dosisabhängige zentralnervöse Störungen. Während der geburts-hilfliche Anästhesie – insbesondere bei Parazervikalblockade (PCB) – können fetale Bradykardien auftreten: sorgfältige Kontrolle der kindlichen Herztöne ist indiziert

Hinweise:

Patienten mit Paragruppenallergie: das in den Ultracain-Zubereitungen (außer Ultracain 5% hyperbar) enthaltene Konservans p-Hydroxybenzoesäuremethylester berücksichtigen (trägt paraständige Hydroxygruppen) Cave: rückenmarksnaher Regionalanästhesie bei Patienten mit erhöhter vegetativer Labilität, mit Erkrankungen des ZNS, perniziöser Anämie oder chronisch-hypoxischen Zuständen. Ebenso nicht zu empfehlen: Parazervikalblockade (PCB) bei Gebärenden mit Präeklampsie, Blutungen im 3. Trimenon oder mit Amnionitis. Intravasale Injektion vermeiden: grundsätzlich erst nach Aspirationstest injizieren!

Dosierung und Anwendungsformen im Prospekt

Handelsformen und Preise:

Ampullen: Ultracain 1% bzw. Ultracain 2%-Suprarenin, jeweils: 5 x 5 ml, DM 7,50, nebst Anstaltspackung zu 100 x 5 ml, 5 x 20 ml, DM 24,65, nebst Anstaltspackung zu 100 x 20 ml

Ampullen: Ultracain 2% bzw. Ultracain 2%-Suprarenin, jeweils: 5 x 5 ml, DM 8,20, nebst Anstaltspackung zu 100 x 5 ml, 5 x 20 ml, DM 27,25, nebst Anstaltspackung zu 100 x 20 ml

Ampullen: Ultracain 5% hyperbar: 10 x 2 ml, DM 13,85, nebst Anstaltspackung zu 100 x 2 ml

Hersteller:

Hoechst AG, 6000 Frankfurt 80

neu
Paspertin + Pankreon

**Paspertase programmiert
den Verdauungsablauf**

Paspertase®

- beseitigt dyspeptische Beschwerden
- substituiert Enzyme
- normalisiert die Motorik



Indikationen

Funktionelle Oberbauchbeschwerden und dyspeptisches Syndrom bei: chronischer Gastritis, Sub- und Anazidität, Pankreasinsuffizienz, Leber- und Gallenwegserkrankungen.

Kontraindikationen
sind nicht bekannt.

Nebenwirkungen

In Einzelfällen kann nach Paspertase wegen des Gehaltes an Paspertin ein dyskinetisches Syndrom (Krampferscheinungen des Kopf-, Hals-, Schulterbereiches) auftreten. Diese Erscheinungen klingen nach Absetzen von Paspertase innerhalb weniger Stunden ab; durch i.v.-Injektion von Coffein oder Akineton® (WZ Knoll, Angaben des Herstellers beachten) können sie sofort beseitigt werden. In seltenen Fällen werden motorische Unruhe oder leichte Müdigkeit beobachtet.

Hinweis

Paspertase soll bei Kindern unter 14 Jahren, vor allem bei Kleinkindern, wegen der Möglichkeit des dyskinetischen Syndroms nur bei strenger Indikationsstellung angewandt werden.

Dosierung

3mal täglich 1-2 Dragees zu den Mahlzeiten einnehmen.

Packungen und Preise

20 Dragees DM 8.20 50 Dragees DM 18.65



**KALI-CHEMIE PHARMA GMBH
HANNOVER**

Wirkungsweise

Paspertase beseitigt funktionelle Störungen im Oberbauch und dyspeptische Beschwerden durch Normalisierung der Motilität von Magen und Dünndarm und gleichzeitige Substitution von Pankreasenzymen.

Zusammensetzung

1 Dragee enthält 212,5 mg Pankreatin, entsprechend 6 500 Amylase-, 8 000 Lipase- und 450 Protease-Einheiten nach F.I.P. und 5 mg Metoclopramid-Monohydrochlorid (Paspertin®).

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.

Juli 1976

- 2.-19. **Island - Nordkap - Spitzbergen:** 4. Schiffskongreßreise. - Auskunft: Internationales Seminar für ärztliche Fortbildung e.V., Hude 1, 2060 Bad Oldesloe.
- 3.-4. **Hennef:** Sportärzte-Fortbildungslehrgang. - Auskunft: Dr. D. Schnell, Otto-Willach-Straße 2, 5207 Ruppichteroth.
- 3.-4. **Würzburg:** 2. Sportmedizinisches Seminar. - Auskunft: Prof. Dr. K. W. Schneider, Josef-Schneider-Straße 2, 8700 Würzburg.
- 5.-9. **Bonn-Bad Godesberg:** Jahresversammlung der Deutschen Forschungsgemeinschaft. - Auskunft: Deutsche Forschungsgemeinschaft, Kennedeyallee 40, 5300 Bonn-Bad Godesberg 1.
10. 7. **München:** Fortbildungsveranstaltung des Deutschen Sportärztebundes. - Auskunft: Dr. H. Pabst, Ebertstraße 1, 8022 Grünwald.
- 11.-17. **München:** Weiterbildungskurs des Deutschen Sportärztebundes. - Auskunft: Dr. H. Pabst, Ebertstraße 1, 8022 Grünwald.
- 12.-23. **Isny-Neutrauchburg:** Einführungslehrgang in die manuelle Wirbelsäulenthherapie. - Auskunft: Dr. K. Sell, 7972 Isny-Neutrauchburg.
- 13.-18. **Tel Aviv:** 13. Weltkongreß für die Rehabilitation Behinderter. - Auskunft: Internationaler ärztlicher Kongreß-Reisedienst, Deutsches Reisebüro GmbH, Eschersheimer Landstraße 25-27, 6000 Frankfurt.
- 18.-24. **Hamburg:** V. Internationaler Kongreß für Endokrinologie. - Auskunft: Prof. Dr. K. D. Voigt, Martinstraße 52, 2000 Hamburg 20.
- 19.-31. **Devos:** VI. Internationaler Seminarkongreß für praktische Medizin, veranstaltet von der Bundesärztekammer. - Auskunft: Kongreßbüro der Bundesärztekammer, Postfach 41 02 20, 5000 Köln 41.
- 23.-24. **Erlangen:** 53. Tagung der Vereinigung der Bayerischen Chirurgen. - Auskunft: Prof. Dr. G. Hege-mann, Chirurgische Universitätsklinik, Maximiliansplatz, 8520 Erlangen.
- 28.-30. **München:** VIII. Fortbildungswoche für praktische Dermatologie und Venerologia. - Auskunft: Sekretariat Prof. Dr. S. Marghescu, Freudenlobstraße 9, 8000 München 2.
26. 7. - 7. 8. **Montreux:** 3. Seminar-Kongreß „Diagnostica-Therapeutica-Technica“. - Auskunft: Deutsche Gesellschaft zur Förderung der Medizinischen Diagnostik, Jahnstraße 32, 7000 Stuttgart 70.

August 1976

- 1.-3. **Luzern:** Schweizerische Krebsstagung. - Auskunft: Schweizerische Krebsliga, Viktoriastraße 94, CH-3013 Bern.

- 1.-6. **Melente:** Ferienkurs über manuelle Lymphdrainage nach Dr. Vodder. - Auskunft: Dr. F. Behnemenn, Albert-Mahlstedt-Straße 18, 2420 Eutin.
- 15.-19. **Helsinki:** XIII. Internationaler Kongreß für Innere Medizin. - Auskunft: Sekretariat, P. O. Box 3, SF-00291 Helsinki.
- 21.-22. **Pörschach:** Informations- und Einführungskurs in die Chirotherapie von Wirbelsäule und Gelenken. - Auskunft: Sekretariat des Ärzteseminars Hamm, Ostenallee 80, 4700 Hamm.
- 22.-28. **New York:** 6. Internationaler Kongreß für Transplantation. - Auskunft: Dr. F. Repaport, New York University Medical Center, 560 First Avenue, New York, N. Y. 10016.
- 22.-28. **Tokio:** 15. Kongreß des Internationalen Ärztinnenbundes. - Auskunft: Japan Medical Women's Assoc., 19 Kawada-cho, Ichigayan Shinjuku-ku, Tokyo/Jepan.
23. 8. - 4. 9. **Maran: XXIV. Internationaler Fortbildungskongreß der Bundesärztekammer - Lehrgang für praktische Medizin.** - Auskunft: Kongreßbüro der Bundesärztekammer, Postfach 41 02 20, 5000 Köln 41.
28. 8. - 3. 9. **Karlsruhe:** 28. Therapiekongreß und 28. Heilmittel-ausstellung. - Auskunft: Dr. P. Hoffmann, Kaiser-allee 30, 7500 Karlsruhe 1.
29. 8. - 11. 9. **Grado: X. Internationaler Seminarkongreß für praktische Medizin, veranstaltet von der Bundesärztekammer.** - Auskunft: Kongreßbüro der Bundesärztekammer, Postfach 41 02 20, 5000 Köln 41.

Bellagenhinweis:

Dieser Ausgabe ist ein Prospekt beigelegt der Firma:
C. H. Boehringer Sohn, Ingelheim

„Bayerisches Ärzteblatt“, Herausgeber und Verleger: Bayerische Landesärztekammer, Mühlabaurstraße 18, 8000 München 80, Telefon (0 89) 41 47-1. Schriftleitung: Professor Dr. med. Hans Joachim Sewaring, Dr. med. Hermann Braun, Dr. med. Friedrich Kolb, Dr. med. Kurt Stordeur - verantwortlich für den Inhalt: Rite Horn. Die Zeitschrift erscheint monatlich.

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

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

Anzeigenverwaltung: ATLAS Verlag und Werbung GmbH & Co. KG, früher Verlag und Anzeigenverwaltung Carl Gebler, Postfach, Sonnenstraße 29, 8000 München 2, Telefon 55 80 81, 55 82/41-48, Fernschreiber: 05/23 662, Telegrammadresse: atlas-schinger, München.

Druck: Druckerei und Verlag Hans Zeuner 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 beigelegt. Bei Einsendungen an die Schriftleitung wird das Einverständnis zur vollen oder auszugsweisen Veröffentlichung vorausgesetzt, wenn gegenständige Wünsche nicht besonders zum Ausdruck gebracht werden.

Beim Kreis Krankenhaus Neumarkt i. d. Dpf. ist baldmöglichst die Stelle des

Chefarztes der Anästhesieabteilung

zu besetzen.

Das neu erstellte Kreis Krankenhaus Neumarkt i. d. Dpf. verfügt über insgesamt 460 Betten mit zur Zeit drei Fachabteilungen (Chirurgie, Innere, Gynäkologie/Geburtshilfe) und drei Belegabteilungen (Augen, HND, Urologie).

Eine eigene Anästhesieabteilung soll mit der Anstellung eines Chefarztes neu geschaffen werden. Das Krankenhaus verfügt über eine Intensivabteilung mit zwölf Betten.

Besoldung und Arbeitsbedingungen werden durch Vertrag geregelt. Der Bewerber soll eine langjährige Erfahrung auf dem Gebiet der Anästhesie mitbringen und zur Facharztweiterbildung berechtigt sein.

Das Kreis Krankenhaus Neumarkt i. d. Dpf. ist vor zwei Jahren in Betrieb genommen worden und ist mit den modernsten technischen und medizinisch-technischen Geräten ausgestattet.

Neumarkt i. d. Dpf. (30.000 Einwohner) liegt verkehrsgünstig in reizvoller Juralandschaft an der Strecke Nürnberg-Regensburg, 36 km von Nürnberg entfernt und hat Autobahnanschluß. Die Stadt besitzt alle weiterführenden Schulen. Für die Freizeitgestaltung sind verschiedene Einrichtungen vorhanden, wie Freibad, Hallenbad, Tennisplätze, Reitbahn, Skilifte usw.

Bewerbungen mit den üblichen Unterlagen (hendgeschriebener Lebenslauf, Zeugnisablichtungen usw.) werden erbeten an den **Landrat des Landkreises, Landratsamt, Nürnberger Straße 1a, 8430 Neumarkt i. d. Dpf.**

Auf der **Chirurgischen Abteilung** des nach modernsten Gesichtspunkten neu erbauten **Kreis Krankenhauses Bogen a. d. Donau/Niederbayern** (Chefarzt Dr. Dietl) sind in den kommenden Monaten mehrere Stellen für

Assistenzärzte und Medizinalassistenten

zu besetzen.

Der leitende Arzt der Chirurgischen Abteilung (Facharzt für Chirurgie und Unfallchirurgie) ist zur Facharztweiterbildung für 2 Jahre (Chirurgie) ermächtigt. Wir bieten leistungsgerechte Vergütung sowie alle im öffentlichen Dienst üblichen Sozialleistungen unter voller Ausschöpfung aller tariflichen Möglichkeiten sowie preisgünstige Teil- bzw. Vollverpflegung und Unterkunft in einem modern eingerichteten Personalwohnheim. Im übrigen ist der Kreis bei der Wohnungsbeschaffung behilflich.

Im landschaftlich reizvollen Landkreis Straubing-Bogen gibt es neben sämtlichen Schulformen moderne Sport- und Freizeiteinrichtungen.

Bogen ist Garnisonstadt in verkehrsgünstiger und landschaftlich bevorzugter Lage (Eingang zum Bayerischen Wald).

Über Ihre Wünsche und unsere Vorstellungen unterhalten wir uns gerne persönlich. Bitte wenden Sie sich zunächst an den leitenden Krankenhausarzt, Chefarzt Dr. Dietl, Telefon (09422) 1741 oder 2261 - abends.

Schriftliche Bewerbungen mit den üblichen Unterlagen werden unter Angabe des frühesten Eintrittstermins direkt an **Chefarzt Dr. Dietl, 8443 Bogen, Kreis Krankenhaus**, erbeten.

Das Städtische Krankenhaus Weiden i. d. Opf.
- 640 Betten, acht Fachabteilungen -

sucht für seine Fachabteilung Anästhesie - Intensivpflege (Chefarzt Med.-Dir. Dr. Tawrel) ab 1. 7. 1976 oder auch später

1 Oberarzt (-ärztin)

mit Facharztenerkennung.

Nach Ablauf der üblichen Probezeit und bei vorhandenen Qualifikationen, kann dem Oberarzt (-ärztin) die Chefarztinfolge in Aussicht gestellt werden. Der bisherige Chefarzt tritt nach ca. vier bis fünf Jahren in den Ruhestand.

Außerdem sind auf genannter Abteilung

2 Assistenzarztstellen

baldmöglichst zu besetzen.

Es werden jährlich ca. 5000 Narkosen ausgeführt. Zur Anwendung kommen alle gebräuchlichen Narkoseverfahren. Das Haus verfügt ferner über ein Dialysezentrum und eine Internistische Intensivpflegestation.

Wir bieten: Vergütung nach Ia/Ib BAT bzw. II BAT, Bereitschaftsdienstvergütung, Beteiligung am Liquidationserlös des Chefarztes (Poolsystem), sämtliche Sozialleistungen des öffentlichen Dienstes, geregelte, durchgehende Arbeitszeit (40-Std.-Woche).

Die Stadt Weiden (ca. 45.000 Einwohner) liegt in der nördlichen Oberpfalz und hat alle weiterbildenden Schulen am Ort. Gute Sommer- und Wintersportmöglichkeiten.

Bewerbungen mit den üblichen Unterlagen bitte an: **Personalamt der Stadt Weiden i. d. Dpf., Rathaus, 8480 Weiden i. d. Opf.**

An der seit dem Jahre 1974 neu- und modernst eingerichteten Anästhesieabteilung des Städtischen Krankenhauses Forchheim, sind folgende Stellen zu besetzen:

1 Oberarzt 1 Assistenzarzt

Das Städt. Krankenhaus Forchheim hat 6 Abteilungen (Chirurgie, Anästhesie, Geburtshilfe und Gynäkologie sowie Belegabteilungen für HND und Augen) mit 293 Betten.

Forchheim, 25.000 Einwohner, auch Eingangstor zur Fränkischen Schweiz genannt, verfügt über sämtliche weiterführenden Schulen und liegt äußerst verkehrsgünstig nahe der Großstädte Bamberg (24 km), der Universitätsstadt Erlangen (14 km) und Nürnberg (33 km) und hat über den Frankenschnellweg gute Verbindung zur Autobahn Nürnberg-Frankfurt.

Geboten werden:

Vergütung nach BAT, sowie sämtliche Sozialleistungen des öffentlichen Dienstes, Rufbereitschaftspauschale und Poolbeteiligung.

Bewerbungen mit den üblichen Bewerbungsunterlagen sind zu richten an **das Haupt- und Personalamt der Stadt Forchheim, Postfach, 8550 Forchheim.**

Medizinisches Magazin in Süddeutschland sucht im fränkischen Raum

Arzt als Korrespondenten

Im freien Status und auf Honorarbasis.

Zuschriften erbeten unter Nr. 331/200 an die Anzeigenverwaltung **BAYERISCHES ARZTEBLATT**, Sonnenstraße 29, 8000 München 2.

Krankenhaus St. Josef Regensburg

Wir suchen für sofort oder später

Assistenzarzt (-ärztin) für Chirurgie

(Stationsarzt/-ärztin)

Unser allgemeines Krankenhaus hat 420 Betten – Fachabteilungen für Chirurgie, innere Medizin, Gynäkologie-Geburtshilfe, Neurologie, Nephrologie mit Dialysezentrum (sieben Behandlungsplätze) – Anästhesieabteilung mit interdisziplinärer Intensivbehandlungseinheit (zehn Betten) – Belegabteilungen für Urologie, HNO, Augen.

Unsere Chirurgische Abteilung umfaßt 100 Betten. Der Chefarzt ist zur vollen Facharztweiterbildung ermächtigt. Alle Voraussetzungen für eine vielseitige Weiterbildung (breite Allgemeinchirurgie, AO-Verfahren, TEP, D-Arzt-Verfahren, BG-Heilverfahren, Noterztwageneinsatz) sind gegeben.

Unser Stellenplan umfaßt für die Chirurgische Abteilung insgesamt acht ärztliche Planstellen.

Unser Angebot: Vergütung nach den Bestimmungen der AVR/BAT, hohe Bereitschaftsdienstvergütung, zusätzlich Zuwendungen durch den Chefarzt, weitere Nebeneinkünfte durch Gutachten, 13. Monatsgehalt, Beihilfen in Krankheits-, Geburts- und Todesfällen gemäß den für Beamte geltenden Beihilfebestimmungen, auf Wunsch Mithilfe bei der Wohnungsbeschaffung.

Ihre Bewerbung mit Lebenslauf, zwei Lichtbildern und glaubigen Zeugnisfotokopien erbitten wir an das

**Direktorium des Krankenhauses St. Josef des Caritasverbandes für die Diözese Regensburg e.V. Landshuter Straße 65, 8400 Regensburg
Telefon (09 41) 7 10 71**

Am Kreiskrankenhaus Vohenstrauß, Landkreis Neustadt an der Waldnaab ist ab sofort auf der Chirurgischen Abteilung die Stelle eines

Assistenzarztes (-ärztin)

bzw. eines

Medizinassistenten (-assistentin)

zu besetzen.

Die Bezahlung erfolgt nach Verg.-Gruppe II BAT I. d. F. f. Bayer. Landkreise. Der leitende Arzt ist zum Durchgangsarztverfahren sowie 2 Jahre zur Facharztweiterbildung ermächtigt. Die Stadt Vohenstrauß liegt in reizvoller Landschaft im Oberpfälzer Wald. Realschule und Hallenbad im Ort, Gymnasien können mit Schulbus leicht erreicht werden.

Bewerbungen mit den üblichen Unterlagen werden erbeten an den Chefarzt des Kreiskrankenhauses, 8483 Vohenstrauß/Opf.

Großes Industrieunternehmen mit dem Sitz in München sucht einen

Betriebsarzt

gemäß § 2 des Gesetzes über Betriebsärzte, Sicherheitsingenieure und andere Fachkräfte für Arbeitssicherheit vom 12. Dezember 1973.

Die Betreuung der Belegschaft in der Hauptverwaltung und in den in Oberbayern gelegenen Werken erfordert eine nebenberufliche Tätigkeit von durchschnittlich acht Stunden in der Woche.

Wir bitten um Kontaktaufnahme unter Nr. 331/162 an die Anzeigenverwaltung BAYERISCHES ARZTEBLATT, Sonnenstraße 29, 8000 München 2.



Landeshauptstadt München

An der Abteilung für Gefäßchirurgie des Städtischen Krankenhauses München-Neuperlach sind zwei Stellen für

Assistenzärzte

zu besetzen.

Gesucht werden zum 1. 8. 1976 ein Facharzt für Chirurgie bzw. ein unmittelbar vor der Facharztenerkennung als Chirurg stehender Arzt (der Bewerber soll über Erfahrungen auf dem Gebiet der Gefäßchirurgie verfügen); zum 1. 10. 1976 ein jüngerer Arzt, der sich in das Gebiet der Gefäßchirurgie einarbeiten will.

Geboten werden: Anstellung im Angestelltenverhältnis, Vergütungsgruppe II bzw. Ib BAT; zusätzliche Altersversorgung auf der Grundlage einer Gesamtversorgung nach beamtenrechtähnlichen Grundsätzen; Beihilfen, Essenszuschuß u. a. m.

Bewerbungen mit Lebenslauf, Lichtbild und Abschriften der Zeugnisse über Ausbildung und bisherige Tätigkeit werden erbeten an das Personalreferat der Landeshauptstadt München, Rathaus, Zimmer 333/III, Merlenplatz, 8000 München 2.

In der Gemeinde Neuendettelsau

ist zum 31. 12. 1975 eine praktische Ärztin ihre gutgehende Praxis aufzugeben. Die Gemeinde Neuendettelsau ist deshalb an der sofortigen Niederlassung eines(r)

Arztes (Ärztin) für Allgemeinmedizin

Interessiert.

Die Stelle wurde von der KVB in die Dringlichkeitsstufe I des Bayernprogrammes eingereiht. Die Frage des Notfalldienstes ist in Neuendettelsau geregelt (7-Wochen-Turnus). Bei der Beschaffung von Wohn- und Praxisräumen ist die Gemeinde behilflich.

Neuendettelsau mit rund 6500 Einwohnern und einem entsprechenden Einzugsgebiet liegt zwischen den Städten Ansbach und Nürnberg – mit direktem Autobahnanschluß – und hat derzeit alle weiterführenden Schulen am Ort, sowie ein Krankenhaus mit 202 Betten.

Interessierte Ärzte werden gebeten, sich umgehend mit der Gemeinde, Postfach 69, 8806 Neuendettelsau, Telefon (0 98 74) 12 16, in Verbindung zu setzen.

BEFELKA® - ASTHMA - TABLETTEN

Ind.: Asthma – Bronchitis – Heuschnupfen – Grippe.
Zus.: Ephedrin 25 mg; Diphenhydramin (Antihistaminikum) 20 mg; Coffeinum 20 mg; 1-Phenyl-2,3-dimethyl-4-isopropyl-pyrazolon 300 mg.
Kontraind.: Akute intermittierende Porphyrie, Hypertonie, Thyreotoxikose, schwere organische Herzerkrankungen, Tachykardie, nephrogene Ausscheidungsstörungen, sklerotische Gefäßveränderungen, Prostatahypertrophie, Glaukom, dekompensierte diabetische Stoffwechsellage.
Packung mit 20 Tabl. 4,55 DM, 50 Tabl. 9,90 DM.

Arztmuster durch:
BEFELKA-ARZNEIMITTEL, 45 Osnabrück, Postfach 13 51

Die Krankenanstalten des Landkreises Dachau

(15 km vor der Landeshauptstadt München – S-Bahn-Anschluß – Neubau mit 366 Betten) suchen zum 1. 7. 1978

1 Assistenzarzt für die Chirurgische Abteilung

Die Chirurgische Abteilung des Kreiskrankenhauses Dachau (Leitung: Priv.-Doz. Dr. Josef Schuster) verfügt über 139 Betten. Vergütung erfolgt nach den Tarifbestimmungen des BAT mit den üblichen Leistungen des öffentlichen Dienstes.

Bewerbungen mit den üblichen Unterlagen (Lebenslauf, Zeugnisabschriften und Lichtbild) werden erbeten an die **Verwaltung des Kreiskrankenhauses Dachau, Krankenhausstraße 15, 8060 Dachau.**

Beim **Bayarischen Polizeiverwaltungsamt in München** ist ab 1. Juli 1978 oder später die Stelle eines

Polizeiarztes

neu zu besetzen.

Die **Aufgaben** umfassen Untersuchungen und Gutachter-tätigkeit sowie prophylaktische Maßnahmen. Wöchentlich ein bis zwei Tage Außendienst. EKG-Kenntnisse und Kenntnisse in der Arbeitsmedizin erwünscht, jedoch nicht Bedingung.

Die **Einstellung** erfolgt im Beamtenverhältnis (A 13/A 14) oder im Angestelltenverhältnis (Verg.Gr. I b BAT).

Als Bewerber kommen auch Ärztinnen oder Versehrte in Frage. Nebentätigkeit kann gestattet werden.

Bewerbungen mit den üblichen Unterlagen werden erbeten an das **Bayarische Polizeiverwaltungsamt, Barbarastraße 4, 8000 München 40, Telefon (0 89) 18 90 81.**

Die **Gemeinde Reichertshausen**, Landkreis Pfaffenholten/Ilm, sucht dringend einen

Praktischen Arzt

Nach Abschluß der Gebietsreform wird Reichertshausen (3000 Einwohner) Sitz der Verwaltungsgemeinschaft Reichertshausen. In dem neu zu errichtenden Verwaltungsbau ist eine Apotheke und eine Arztpraxis vorgesehen. Interessenten wollen sich daher umgehend mit der Gemeinde Reichertshausen in Verbindung setzen, damit bei der Planung die detaillierten Wünsche für die Ausstattung der Arztpraxis und der Wohnung berücksichtigt werden können. Bezugstermin Frühjahr 1978. Reichertshausen ist Bahnstation, liegt an der B 13, 40 km nördlich von München, 7 km zur S-Bahnstation Petershausen. Reichertshausen hat eine neue Hauptschule und Kindergarten, sowie sämtliche kleinzentralen örtlichen Einrichtungen, überdurchschnittliche Siedlungstätigkeit, reizvolle Landschaft. In der Kreisstadt Pfaffenholten (7 km) sind alle weiterführenden Schulen, sämtliche Fachärzte und ein Krankenhaus (Neubau geplant).

Bewerbungen sind zu richten an: **Gemeindeverwaltung, 8069 Reichertshausen, Telefon (0 84 41) 23 89.**

In neuem, zentralgelegenen Kreis Krankenhaus in Niederbayern werden für die moderne Urologische Abteilung (30 Betten)

2 Assistenten

ab sofort gesucht.

Zuschritten erbeten unter Nr. 331/196 an die Anzeigenverwaltung **BAYERISCHES ARZTEBLATT, Sonnenstraße 29, 8000 München 2.**

Modernes Kreis Krankenhaus in Niederbayern sucht für die Erweiterung seines chirurgischen Teams einen jungen

Facharzt

für Chirurgie in nachgeordneter Lebensstellung.

Geregelte Arbeits- und Dienstzeit, alle drei Wochen eine Woche Rufbereitschaftsdienst. Jährlich zusätzlich zwei Wochen Fortbildungsurlaub. Jährliches Einkommen wesentlich über der tariflichen Bezahlung.

Zuschritten erbeten unter Nr. 331/201 an die Anzeigenverwaltung **BAYERISCHES ARZTEBLATT, Sonnenstraße 29, 8000 München 2.**

Das **Städtische Krankenhaus Bad Tölz/Obb.** (163 Betten) sucht ab sofort oder später für die neugeschaffene Planstelle

1 Assistenzarzt

für die Anästhesieabteilung, eventuell auch für Chirurgie und Innere Abteilung.

Die Vergütung erfolgt nach Verg. Gruppe II der Anlage 1 a zum BAT. Der Bereitschaftsdienst wird gesondert vergütet. Ein möbliertes Einzelzimmer mit Dusche und Balkon steht zur Verfügung.

Bewerbungen mit den üblichen Unterlagen erbeten an die **Verwaltung des Städtischen Krankenhauses, Krankenhausstraße 37, 8170 Bad Tölz, Telefon (0 80 41) 20 51, 20 52.**

Privatnervenklinik Dr. Ph. Schmidt

Gauting bei München

Vorortnähe München, in landschaftlich schöner Lage

Intime Atmosphäre, keine geschlossene Abteilung

Leitender Arzt Dr. Philipp Schmidt

Bergstraße 50, 8035 Gauting, Telefon (0 89) 850 60 51

Universitätsklinik in München sucht ab sofort oder später

1 med.-techn. Assistentin

für die Hochvolttherapie, Vergütung nach BAT VI b.

Bewerbungen an: Prof. Dr. med. J. Lissner, Direktor der Klinik und Poliklinik für Radiologie, Jlamssenstraße 1, 8000 München 2, Telefon (0 89) 51 60 - 24 00

Chirurgische Assistenzarztstelle

zum 1. 10. 1978 im Raum München/
Rosenheim gesucht von 32jährigem
deutschen Internisten, der den Facherz
für Allgemeinmedizin anstrebt.

Zuschriften erbeten unter Nr. 331/
182 an die Anzeigenverwaltung
BAYERISCHES ARZTEBLATT, Sonnen-
straße 29, 8000 München 2.

MTA – Laborleiterin –

29 Jahre, klinische Chemie,
sucht ab 1. 10. 1978 neue Stelle
im Raum München.

Zuschriften erbeten unter Nr.
331/167 an die Anzeigenverwal-
tung BAYERISCHES ARZTE-
BLATT, Sonnenstraße 29, 8000
München 2.

Arztheiferin

19. Examen 1976, sucht neuen
Wirkungskreis in München zum
1. 9. 1976 oder später, Ausbil-
dung in Allgemeinpraxis.

Zuschriften an: **Brigitte Reichert,**
Hauptstraße 26, 8751 Escheu,
Telefon (09374) 557

Approbierter Arzt sucht

neue Tätigkeit

in Kurklinik.

Dr. med. Dieter Heinzmann
Gisshubl 8, 8959 Schwengau

Feldeting am Sternberger See. In bester Lage sind im EG

135 qm als Praxisräume zu vermieten.

Um- und Ausbau nach eigenen Wünschen. Dazu können im 1. OG
weitere 120 qm für Praxisgemeinschaft oder als Wohnung ange-
mietet werden.

Zuschriften erbeten unter Nr. 331/181 an die Anzeigenverwaltung
BAYERISCHES ARZTEBLATT, Sonnenstraße 29, 8000 München 2.

Die moderne Arztpraxis

Einrichtungsvorschläge kostenlos. In meinen Ausstellungs-
räumen finden Sie Anregung für individuelle Praxisgestaltung.
Verabredungen auch zum Wochenende möglich.

Bewährter Kundendienst seit 25 Jahren und eben solange Er-
fahrung garantiert Ihnen eine sorgfältige fachliche Beratung.

Josef Pongretz, Arzt-, Krankenhauses- und Laborbedarf,
Gretlinger Straße 108, 8360 Deggendorf, Telefon (0991) 5972

zum 1. 3. 1977

Medizinassistentenstelle

für Innere Medizin im Raum Süd-
bayern gesucht.

Offerten mit Gehaltsangabe werden
erbeten unter Nr. 331/178 an die
Anzeigenverwaltung BAYERISCHES
ARZTEBLATT, Sonnenstraße 29,
8000 München 2.

Neumarkt bei Nürnberg

Praxisräume

zentral gelegen an Arzt zu ver-
mieten.

Zuschriften erbeten unter Nr.
331/132 an die Anzeigenverwal-
tung BAYERISCHES ARZTE-
BLATT, Sonnenstraße 29, 8000
München 2.

Alteingeführte Allgemeinpraxis

(Praxisräume in einem vom Wohn-
haus unabhängigen Anbau) aus
Altersgründen in zentraler, jedoch
ruhiger Lage nächst Krankenhaus in
Fürstenfeldbruck bei München ab
solort abzugeben.

Zuschriften erbeten unter Nr. 331/
175 an die Anzeigenverwaltung
BAYERISCHES ARZTEBLATT, Son-
nenstraße 29, 8000 München 2.

Internistische Praxis

In Großstadt Mittelfrankens aus
Altersgründen beldmöglichst
abzugeben.

Zuschriften erbeten unter Nr.
331/161 an die Anzeigenverwal-
tung BAYERISCHES ARZTE-
BLATT, Sonnenstraße 29, 8000
München 2.

120 oder 240 qm in Ebersberg

Heiße oder ganze Etage zu vermieten, besonders geeignet für

Haut- oder Nervenarzt

Zuschriften erbeten unter Nr. 331/208 an die Anzeigenverwaltung
BAYERISCHES ARZTEBLATT, Sonnenstr. 29, 8000 München 2.

Richten Sie bitte Ihren Anzeigenauftrag an:

ATLAS VERLAG UND WERBUNG GMBH & CO KG

Sonnenstraße 29, Postfach 200 111,

8000 München 2, Tel. (089) 55 80 81, 55 82 41 - 55 82 48

Praxisräume

in Sulzbech-Rosenberg/Opf. zu vermieten, eindeutig beste Ge-
schäftslage, Neubau, beziehb. Oktober 1976. Stadt mit 19000
Einwohnern.

Gesucht werden: 1 Praktischer Arzt, 1 Orthopäde, 2 Zahnärzte.

Ärzte bestimmter Sparten erhalten nicht nur Förderung der KV,
sondern auch der betriebseigenen Krankenkasse der orts-
essässigen Maximilianshütte.

Schneller & Co GmbH, Linprunstraße 2, 8000 München 2,
Telefon (089) 527720 oder 527721

SYSTEM
Arztform

Fordern Sie unverbindlich

Arztform-Information

mit Katalog über Baukasten-System

Kostenlose Praxisplanung

mit Funktionsvorschlägen und den
günstigen Baukasten-Preisen

Ihren Besuchs-Termin erwarten wir
Telefon 0 21 66-36 11 [4 60 61]

direkt an der BAB-Abfahrt Wickrath

Arztform-Medizin-Zentrum

405 Mönchengladbach 2, Postf. 313

Funktionelle Praxismöbel-Ausstellung

für Neueinrichtung, Umgestaltung, Ergänzung Ihrer Praxis



Wir zeigen Ihnen interessante
Einrichtungs-Kombinationen
in funktionsgerechtem Einsatz

Sprechzimmer, Anmeldungen,
Kartei, Labor, Behandlung,
Bestrahlung, Wartezimmer,
Polstermöbel, Raumtrennwände
und Elektromedizin
mit günstigen Baukasten-Preisen

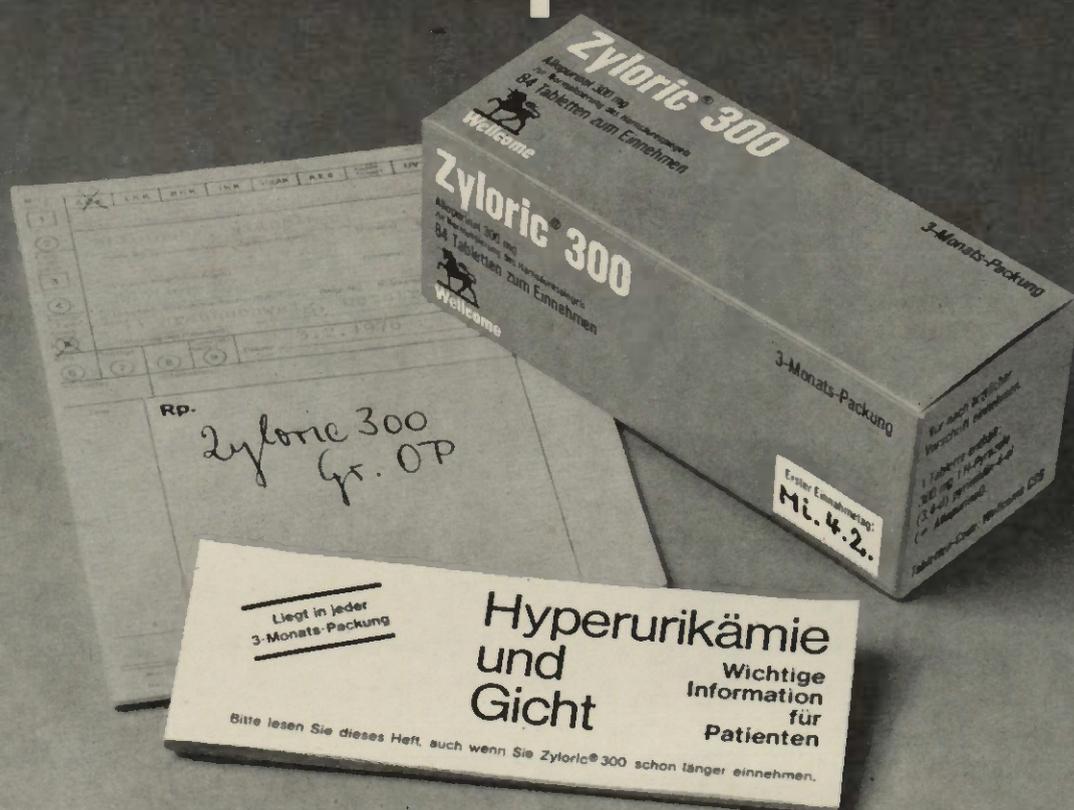
Anmelde- und Kartei-Zentrale, funktionell, preisgünstig im Kombi-Baukasten-System
Preis-Beispiel für Karteitrogstisch 155cm mit 6 Karteibahnen 482,-

Bitte Prospekt AZ

bevor Sie mit der Planung beginnen, kommen Sie zu uns

3-Monats Packung

senkt die Therapiekosten



Zyloric® 300

Den Harnsäurespiegel schonend normalisieren

Zusammensetzung: 1 Tablette Zyloric® 300 enthält 300 mg, 1 Tablette Zyloric® enthält 100 mg 1 H-Pyrazolo(3,4-d)pyrimidin-4-ol (Allopurinol). **Indikationen:** Hyperurikämie und Urikopathien wie Gicht, Uratnephrolithiasis. Verhinderung der Calciumoxalatsteinbildung bei gleichzeitiger Hyperurikämie. Erkrankungen mit starkem Nukleoproteinabbau. Röntgen- und Chemotherapie von Hämoblastosen und Tumoren. **Kontraindikation:** Während einer Schwangerschaft wird von der Behandlung mit Zyloric® abgeraten. Nur bei dringlicher Indikation kann die Behandlung ab 4. Schwangerschaftsmonat begonnen werden. **Nebenwirkungen:** Gelegentlich allergische Reaktionen. Vereinzelt Übelkeit und Brechreiz. **Dosierung:** Standard-Dosierung: 1 Tablette Zyloric® 300 täglich (nach dem Essen mit Flüssigkeit). Ist eine von der Standard-Dosierung abweichende Dosierung angezeigt, empfiehlt sich die Verabreichung von Zyloric® à 100 mg. Ausführliche Angaben im wissenschaftlichen Prospekt. **Hinweise:** Bei manifester Gicht können zu Beginn der Behandlung vereinzelt Gichtanfälle auftreten; hier empfiehlt sich die gleichzeitige Gabe von Colchizin oder Analgetika. Bei der Therapie der Gichtnieren und der Harnsäuresteine soll die tägliche Urinausscheidung mindestens 2 Liter betragen. Die Harnreaktion sollte annähernd neutral sein (pH 6,4–6,6). Bei der Behandlung mit dem Zytostatikum Puri-Nethol® (6-Mercaptopurin) oder dem Immunsuppressivum Imurek® (Azathioprin) muß deren Dosierung bei gleichzeitiger Gabe von Zyloric® auf 25% gesenkt werden. **Packungen und Preise*** (m. MwSt): Zyloric® 300: 30 Tabletten à 300 mg 39,20 DM, 84 Tabletten à 300 mg (3-Monats-Packung) 92,40 DM. Zyloric®: 50 Tabletten à 100 mg 29,50 DM.

*unverbindlich



Wellcome

Deutsche Wellcome GmbH
3006 Burgwedel 1

DURCH FÄLLE

ein Fall für Mexaform plus

A

Zusammensetzung

1 Dragée enthält: 200 mg 5,7-Dichlor-B-hydroxychinolin (Halquinol) + 20 mg 4,7-Phenanthrolin-5,8-chinon (Phanquone);
1 Mikrotablette enthält: 20 mg Halquinol + 2 mg Phanquone; 1 ml Tropfen (ca. 20 Tropfen) enthält: 80 mg Halquinol + 8 mg Phanquone.

Indikationen

Enteritis, Enterokolitis bzw. Kolitis infolge bakterieller und parasitärer Darminfektionen, unspezifische Durchfälle. Bei Durchfällen infolge Antibiotika-Behandlung; bei operationsbedingtem Meteorismus.

Kontraindikationen

Hepatische oder renale Insuffizienz.

Nebenwirkungen

Unspezifische Nebenerscheinungen wie Übelkeit, Kopfschmerzen und Schwindelgefühl werden selten beobachtet. Überempfindlichkeitsreaktion der Haut kommen sporadisch vor.
Das Vorkommen von peripherer Neuropathie, Myeopathie sowie von Optikusachädigung ist bei Hydroxychinolinen verschiedener Art beschrieben worden, meist erst nach längerer, kontinuierlicher Verabreichung hoher Dosen.

Schon die ersten Anzeichen derartiger Störungen erfordern ein sofortiges Absetzen des Präparates.

Dosierung und Anwendungsdauer

Erwachsene: Durchschnittlich 3mal täglich 1 Dragée.
Schulkinder über 12 Jahre: 1-3mal täglich 1 Dragée.
Schulkinder vom vollendeten 6.-12. Lebensjahr: 1-2mal täglich 1 Dragée oder 10-20 Mikrotabletten.
Kleinkinder vom vollendeten 1.-6. Lebensjahr: 8-12 Mikrotabletten täglich oder 40-60 Tropfen.
Säuglinge bis 12 Monate: 3-5 Mikrotabletten oder 15-25 Tropfen täglich.
Akute Darmstörungen erfordern praktisch nie mehr als eine einwöchige Behandlungsdeur.
Ist in seltenen Fällen eine Überschreitung der einwöchigen Behandlungsdeur (bis maximal vier Wochen) erforderlich, sollte diese stets unter ärztlicher Überwachung erfolgen.

Besondere Hinweise

Sollte MEXAFORM PLUS mit anderen hydroxychinolinhaltigen Medikamenten gemeinsam verabreicht werden, so ist darauf zu achten, daß bei Erwachsenen Hydroxychinolin-Tagesdosen von 750 mg, bei Kindern entsprechend weniger, nicht überschritten werden. Desgleichen darf nach der eis maximal angegebenen Behandlungsdeur kein anderes hydroxychinolinhaltiges Medikament zur evtl. Weiterbehandlung verwendet werden.

Während der Schwangerschaft, besonders in den ersten 3 Monaten, soll MEXAFORM PLUS wie alle Arzneimittel nur bei strenger Indikationsstellung angewendet werden.

MEXAFORM PLUS ist nur zur Anwendung beim Menschen bestimmt. Bei durchfallerkrankten Hunden und Katzen kann es wegen ertapezifischer Überempfindlichkeit zu Nebenwirkungen kommen.

Hendelformen und Preise

10 Dragées	DM 4,20
20 Dragées	DM 7,45
50 Dragées	DM 17,20
Anstaltspackungen	
60 Mikrotabletten	DM 2,90
30 ml Tropfen	DM 7,20

C I B A