



Bayerisches Ärzteblatt

Mit amtlichen Mitteilungen der Ministerien

Herausgegeben von der Bayerischen Landesärztekammer

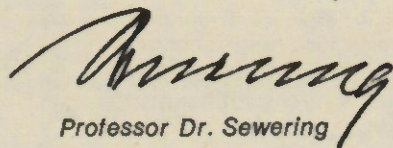
Nummer 7

Zur Kenntnis genommen:

Im März dieses Jahres hielt Professor Hans Maier, unser bayerischer Kultusminister, vor den freien Berufen einen Vortrag über das Thema „Bildung — Beruf — Bedarf“. Wir haben diesen Vortrag in Heft 5 des „Bayerischen Ärzteblattes“ veröffentlicht und jeder sollte ihn lesen. Dieser hervorragende Bildungspolitiker ist seit Jahren bekannt und geschätzt für seinen klaren Blick und seinen Mut, die Dinge beim Namen zu nennen. Schon Anfang der Siebzigerjahre war er Zielscheibe schwerer Angriffe, weil er bereits damals darauf hinwies, daß „einem unbegrenzten subjektiven Bildungsanspruchsrecht in unserer Gesellschaft Grenzen gesetzt seien“. Das war die Zeit, als unsere Bildungspolitiker sogar die Krankenschwester auf der Universität ausbilden wollten. Bei nicht wenigen beginnt sich Ernüchterung auszubreiten, um das Wort Ketzenjammer zunächst noch zu vermeiden. Das ist verständlich. Erklärte doch der Staatssekretär im Bundeswirtschaftsministerium, Martin Grüner, erst jüngst, der Einkommensvorsprung der Akademiker gegenüber Facharbeitern werde sich in den nächsten Jahren vermutlich sehr schnell verringern. Er äußerte die Befürchtung, daß in den Achtzigerjahren etwa 500 000 Akademiker keine Beschäftigung in den von ihnen erlernten Berufen finden würden. Der Bundeskanzler aber kündigte an, seine Regierung würde nach einem Wahlsieg den Numerus clausus mit wenigen Ausnahmen abschaffen. Also noch mehr Akademiker, die keine Berufschancen haben werden?

Bis zur Äußerung Grüners konnte man noch unterstellen, daß er das Ergebnis bildungspolitischer Fehlplanungen und Fehleinschätzung bekanntgab. Wenn aber trotz der von ihm offenbarten Prognose der Bundeskanzler die Aufhebung des Numerus clausus ankündigt, muß man daran zweifeln. Es drängt sich die Sorge auf, daß es sich hier um System handelt. Die Nivellierung der akademischen Berufe ist typisch für sozialistische Staaten und Gesellschaftsordnungen. Sie wird mit einer Überproduktion an Akademikern eingeleitet. Kultusminister Maier sagte in seinem Vortrag: „... Der akademische Taxifahrer oder Möbelpacker ist für mich keine Lösung.“ Dem kann man nur zustimmen. Es ist keine Lösung — wenn man das Wort positiv deutet, wie Maier. Aber es wird die „Lösung“ sein, wenn es so weitergeht. Eine neue Gesellschaftsordnung muß doch schließlich ihre Schetten vorauswerfen.

Übrigens wurde vor wenigen Wochen der Gründungspräsident unserer siebten Landesuniversität in Passau in sein Amt eingeführt. In der benachbarten Universitätsstadt Regensburg hat das offenbar einiges Unbehagen ausgelöst. Man hat dort den Eindruck, daß schon jetzt die Einrichtungen der Regensburger Universität, die ihren Lehrbetrieb vor einigen Jahren aufgenommen hat, nicht voll ausgelastet wären. So könnte man angeblich allein in Regensburg so viele Lehrer ausbilden, wie in ganz Bayern benötigt werden. Wenn man sich überlegt, daß Regensburg und Passau nur 120 Kilometer voneinander entfernt, also bei den heutigen Verkehrsverhältnissen Nachbarstädte sind, freut man sich tatsächlich, ob diese siebte Landesuniversität geographisch gesehen wirklich notwendig war. Vom Bedarf her braucht man diese Frage überhaupt nicht mehr zu stellen. Herr Grüner — siehe oben — hat darauf bereits die Antwort gegeben. Aber vielleicht gelingt es, diese neue Universität mit Studenten zu bevölkern, die sonst in München nur an unseren beiden Monsteruniversitäten studieren würden. Sie bräuchten es sicher nicht zu bereuen, in diese schöne Stadt zu gehen. Am Dreiflüsseck ließen sich romantische studentische Abende verbringen.



Professor Dr. Sewering

Konfrontation oder Kooperation zwischen KV und Krankenkassen?*

von Friedrich Kolb

Diese mir vorgegebene Fragestellung kann in wohlverstandener Interesse der Versicherten sowie der Vertragspartner Kassenärztliche Vereinigung (KV) und Krankenkassen nur im Sinne einer anzustrebenden Kooperation beantwortet werden. Ich unterstelle, daß beide Vertragspartner dieses Ziel immer vor Augen hatten, von den Krankenkassen, insbesondere den Ortskrankenkassen, wurde es nach meiner Ansicht aber sehr oft verfehlt.

Die fast 90jährige Geschichte der sozialen Krankenversicherung ist seit ihrer Gründung, also auch zu einer Zeit, als die KV und der Hartmannbund noch nicht existierten, bis heute gekennzeichnet durch ein ständiges Ringen der Partner Krankenkassen und Ärzte, was bei der unterschiedlichen Interessenlage nicht verwundert. Dieser Kampf spielte sich in Honorar- und Vertragsverhandlungen meist im Stillen ab, drang aber im Laufe der Jahre, wie derzeit, einige Male auch an die breite Öffentlichkeit. Es ging dabei fast immer gleichzeitig um Kompetenz- und Honorarfragen.

Sie erinnern sich noch an den Einzelvertrag zu Beginn der Sozialversicherung, den die Kassen quasi im Submissionsweg mit dem billigsten Arzt schlossen, der jederzeit kündbar war. Dabei war für unsere Kollegen um die Jahrhundertwende – vielleicht mehr noch als die geringe Honorierung – die Abhängigkeit des Einzelarztes von der jeweiligen Kasse und ihrem Vorstand ein Ärgernis, das zur Gründung des Leipziger Verbandes, des späteren Hartmannbundes, führte. Die Entwicklung ging über das „Berliner Abkommen“ 1913, die Gründung der KV 1931, die Ablösung des Einzelvertrages durch den Kollektivvertrag, die sehr mageren Nachkriegsjahre mit wesentlich niedrigeren Honoraren als in der Zeit vor dem Zweiten Weltkrieg (Durchschnittsumsatz eines Kassenarztes 1937: 17 500,-

RM, 1950: DM 10 000,-) zur Neuformulierung des Kassenarztesrechtes 1955 durch den Deutschen Bundestag. Dieses Kassenarztrecht beseitigte das durch die Pflichtversicherung, das Sachleistungssystem und die Möglichkeit der Honorarblockierung durch die Krankenkassen (wie nach der Währungsreform praktiziert) gegebene Übergewicht der Krankenversicherung, schaffte erstmals einen vernünftigen Interessenausgleich zwischen KV und Krankenkassen und bewahrte den Vertragsfrieden zwanzig Jahre lang. Es machte erstmals „die Spieße“ beider Partner – Krankenkassen und KV – gleich lang, wobei ein gewisser Vorteil für den, der zahlt, weil quasi naturgegeben, nicht vermeidbar war.

Ich zitiere im folgenden aus den Ausführungen Dr. Jungmanns, Präsident der Ärztekammer Niedersachsen und Ehrenvorsitzenden des Hartmannbundes, am 27. März 1976 in Bad Nauheim:

„Der Streit zwischen KV und RVO-Kassen ist aber noch nie so politisch und noch nie mit dem so klar erkennbaren Ziel geführt worden wie in den letzten Monaten mit dem Bestreben, die Rechtsstellung der Kassenärzte von Grund auf zu verändern, sie – genauer gesagt – so weit zurückzuentwickeln, daß die jahrzehntelange Entwicklung auf diesem Gebiet revidiert und die Sozialisierung der Ärzteschaft tatsächlich so unverhüllt angestrebt wird, wie das heute der Fall ist. Die durch das Kassenarztrecht von 1955 herbeigeführte ‚gemeinsame Selbstverwaltung‘ von Krankenkassen und Ärzten ist in der Sozialenquete (1974) als ein ‚System von imponierender Geschlossenheit und innerer Konsequenz‘ bezeichnet worden, in dem sich die divergierenden Kräfte der Ärzte und Krankenkassen ‚sozusagen in einem kybernetischen Regelkreis‘, d. h. in einem guten Gleichgewicht, befinden. Diese Beurteilung ist von den Ortskrankenkassen und vom DGB niemals anerkannt worden. Des zwischen Krankenkassen und Ärzten bestehende Gleichgewicht konnte ihnen schon deshalb nicht gefallen, weil das Auftragsmonopol von den Kranken-

kassen nach wie vor für sich selbst und über die Krankenkassen auch vom DGB selbst in Anspruch genommen wird.

Das Verhältnis zwischen den Krankenkassen und den Ärzten hat sich in den letzten Jahren immer mehr verschlechtert. Vielleicht muß man sogar sagen, daß dieses Verhältnis von politischen Kräften des Sozialismus, zu denen natürlich auch die entsprechenden Kräfte in den Massenmedien gerechnet werden müssen, systematisch untergraben worden ist.

Obwohl der Versicherte heute unmittelbarer Partner des Arztes ist, fühlen sich die Krankenkassen, nachhaltig unterstützt vom DGB, nach wie vor als Auftragsgeber der Ärzte. In den letzten Monaten muß jedenfalls auch dem letzten Kollegen klageworden sein, daß das Kassenarztrecht von 1955 heute keine unangreifbare Position mehr ist. Außer dem BdO und dem DGB wollen ihm auch einflußreiche Kräfte der SPD die Grundlagen entziehen.

Degegen wehren sich mit den Ärzten und Zahnärzten vor allem die Ersatzkassen und auch einflußreiche Leute in der FDP. In der CDU/CSU finden diese Absichten zwar auch keine Gegenliebe, doch gibt es hier bekenntlich auch einflußreiche Stimmen, die eine Änderung des geltenden Rechts – nun sagen wir – nicht ungern sehen würden.

Den gesellschaftspolitisch motivierten Bestrebungen nach einer Veränderung des Krankenversicherungssystems ist die wirtschaftliche Entwicklung zu Hilfe gekommen. Aufgrund einer illusionären Sozialpolitik ist es zu einer katastrophalen finanziellen Entwicklung in der gesamten Sozialversicherung gekommen.

Über alle parteipolitischen Richtungen hinweg sind Sozialpolitiker und Publizisten zu der Überzeugung gekommen, daß es so nicht weitergehen kann. Soziale Leistungen können nicht uferlos versprochen, aber auch nicht uferlos in Anspruch genommen werden, wenn das ‚Netz der sozialen Sicherung‘ nicht gerade dann reißen soll, wenn es seine Bewährungsprobe bestehen müßte.

*) Referat anläßlich der Hartmannbund-Versammlung am 22. Mai 1976 in Prien.

Über die Vorstellungen und Absichten der gesellschaftspolitischen Systemveränderer brauche ich hier kaum viele Worte zu verlieren. Es ist aber auffellend, daß die bisher ganz offen angestrebte Sozialisierung des Gesundheitswesens seit einiger Zeit aus den programmatischen Texten verschwunden zu sein scheint. Es wäre wohl reichlich naiv und sogar unverantwortlich, wenn wir daraus den Schluß ziehen würden, daß diese Ziele ad acta gelegt worden wären.

Verändert haben sich nicht die Ziele.

Verändert haben sich allenfalls die Mittel und Methoden.

Verändert hat sich vielleicht auch das Tempo, mit dem die Sozialisierung des Gesundheitswesens erreicht werden soll.

Der BdO will zu ‚einem neuen Selbst- und Rollenverständnis der Ortskrankenkassen‘ kommen, wobei sich die Ortskrankenkassen nicht mehr darauf beschränken wollen, die Kosten für die medizinische Versorgung aufzubringen.

Sie wollen endlich selbst bestimmen, welche Leistungen und wie die Leistungen in der medizinischen Versorgung erbracht werden sollen.

Was bei Herrn Töns und auch bei Herrn Schmidt (Alfred) als sozialistisches Funktionsdenken verständlich sein mag, das ist bei den Vertretern der Arbeitgeber schlechthin unverständlich, besonders wenn man die Forderung der Ausschaltung der Arbeitgeber aus der Selbstverwaltung der Krankenkassen kennt. Sollten die Ärzte für die Arbeitgeber in der Selbstverwaltung der Krankenkassen tatsächlich nur als Kostenfaktoren interessant sein und sich die Arbeitgeber aus diesem Grunde als die natürlichen Gegenspieler der Ärzte verstehen? Das wäre eine wahrhaft bemerkenswerte Verkennung der gesellschaftspolitischen Realitäten!

Während der DGB in einer vernünftigen gesellschaftlichen Ordnung auch für uns Ärzte ein durchaus akzeptabler Partner ist, ist er im Besitz der gesellschaftlichen Machtmittel, die er nicht nur im Gesundheitswesen anstrebt, um so unerträglich, je mehr er in den Ärzten nur die Erfüllungsgehilfen eines von ihm selbst beherrschten Systems sieht.

Diese Art der Sozialisierung ist für uns Ärzte aber nicht weniger abschreckend als die Sozialisierung durch einen totalitären politischen Sozialismus.“

Eine Kooperation mit den bayerischen Krankenkassen ist von der KVB in den letzten Jahren, unabhän-

gig von den vorgegebenen unterschiedlichen Interessenstandpunkten und trotz des klar erkennbaren Bemühens des BdO nach Systemänderung, in Sachfragen und gemeinsamen Verwaltungsaufgaben immer wieder angestrebt worden. Diese Zusammenarbeit war wegen der machtpolitischen Tendenzen des Landesverbandes der Ortskrankenkassen in Bayern (LdO) aber immer nur von kurzer Dauer. Dieser versuchte, seinen „Herrn-im-Hause-Standpunkt“ einseitig durchzusetzen, interpretierte getroffene Vereinbarungen und Absprachen anders wie die KV, schloß eigenmächtig Verträge und traf Absprachen mit medizinischen Einrichtungen, einzelnen Krankenhausträgern und einzelnen Ärzten, besonders im Raum München, unter Ausschaltung der KV und damit unter Bruch geltenden Rechts. Die von den Kassen angestrebte Änderung des Rechts der RVO wurde selbstherrlich vorgezogen. Die KV wäre dankbar gewesen, wenn in diesen Fällen die gemeinsame Aufsichtsbehörde für Krankenkassen und KV, das Bayerische Staatsministerium für Arbeit und Sozialordnung, energischer tätig geworden wäre.

Trotz dieser natürlich auch auf Bundesebene bestehenden erheblichen Gegensätze zwischen BdO und BdB einerseits und KBV andererseits schlossen die Partner des Bundesmantelvertrages am 27. April 1976 erneut eine Empfehlungsvereinbarung. In einer gemeinsamen Erklärung der Vertragsschließenden heißt es wörtlich: „Nach übereinstimmender Auffassung der KBV und der Bundesverbände der Krankenkassen haben ihre Selbstverwaltungen damit in einer für die Krankenversicherung wirtschaftlich schwierigen Zeit erneut unter Beweis gestellt, daß sie ohne gesetzgeberischen Eingriff einen wirksamen Beitrag zur Dämpfung des Kostenanstieges in dieser für die gesundheitliche Betreuung des größten Teiles unserer Bevölkerung lebenswichtigen Einrichtung leisten können. Die Partner der Empfehlungsvereinbarung sind sich einig in dem Bestreben, die Zusammenarbeit in allen wesentlichen Fragen des Gesundheitswesens zu intensivieren.“

Ob damit der Streit der vergangenen Jahre begraben und eine vertrauensvolle Zusammenarbeit von längerer Dauer eingeleitet wird, muß die Zu-

kunft erweisen. Im Interesse der Versicherten und zur Erhaltung der gemeinsamen Selbstverwaltung, des Kassenarztrechts und des finanziellen Status der Kassenärzte war die KBV zu dieser einschneidenden Vertragsempfehlung bereit. Völlig freiwillig oder leichten Herzens hat niemand vom Vorstand der KBV, einschließlich seines ersten Vorsitzenden, im Länderausschuß und in der Vertreterversammlung der KBV dieser Empfehlungsvereinbarung zugestimmt, wo sie bekanntlich mit 62 : 26 Stimmen angenommen wurde. Man wird also den Befürwortern dieser Empfehlungsvereinbarung nicht den Vorwurf machen können, daß sie leichtfertig oder aus persönlichen Motiven ohne genaue Prüfung einer – wie ich zugebe – einschneidenden Maßnahme zugestimmt und eine politische Entscheidung getroffen haben.

Mir als altem Hartmannbund-Mitglied fiel diese Zustimmung sicher nicht leicht. Ich bin aber überzeugt davon, damit im Interesse der Kassenärzte gehandelt zu haben.

Die Mehrheit in den Organen der KBV war der Ansicht, der allgemeinen Forderung einer „wirksamen Begrenzung des Kostenanstieges für ambulante Behandlung“ durch den Gesetzgeber im KVWEG durch eine freiwillige Vereinbarung zwischen den Vertragspartnern zuzukommen und weitergehende Änderungen durch den Gesetzgeber verhüten zu können. Das Presseecho dieser Empfehlungsvereinbarung war überwiegend positiv für die Ärzte.

Aber auch den Gegnern dieser Empfehlungsvereinbarung muß man lautere Motive, Engagement und faire, sachliche Argumentation bescheinigen. Die Zahl der Nein-Stimmen kann der KBV den Rücken bei den weiteren Verhandlungen und Auseinandersetzungen mit Krankenkassen und Politikern stärken.

Ob die Majorität oder Minorität der Vertreterversammlung der KBV die bessere, die politisch richtige Entscheidung getroffen hat, wird erst die Zukunft erweisen. Die Kassenärzte waren bisher immer bereit, wie die am 24. April 1976 von der Vertreterversammlung der Kassenärztlichen Bundesvereinigung beschlossene Empfehlungsvereinbarung mit Begrenzung des Honorarzuwachses

wiedermum beweist, in ihrer Honorarpolitik einer angespannten finanziellen Lage der Krankenversicherung Rechnung zu tragen.

Sie können aber nicht bereit sein, etwa beabsichtigte, weitere Veränderungen der Gesetzentwürfe zum Recht der RVO zu Lasten ihrer Rechtsstellung und ihrer materiellen Situation hinzunehmen, sich weiterhin als Haupt- oder Alleinschuldige an der Kostenexpansion verketzern zu lassen oder eine Primitivmedizin zum Schaden der Versicherten zu akzeptieren.

Die Kassenärzte bringen dieses Opfer in der Erwartung, daß alle anderen Leistungserbringer mitziehen. Ein Alleinverzicht der Kassenärzte wäre nicht nur unberechtigt und unzumutbar, sondern praktisch auch fast wirkungslos, weil der An-

teil der ambulanten Behandlung in den Ausgaben der Krankenkassen in den letzten Jahren laufend zurückgeht, derzeit lediglich noch 18 Prozent beträgt und für 1976 nur auf 17 Prozent geschätzt wird.

Die bayerischen Krankenkassen hatten die Empfehlungsvereinbarung vom 23. Juli 1975 nicht gegen sich gelten lassen und das Schiedsamt angerufen mit der Folge, daß ausschließlich in Bayern im zweiten Halbjahr 1975 jegliche lineare Erhöhung der ärztlichen Einzelleistung unterblieb. Diese Entscheidung traf das Schiedsamt, obwohl die bayerischen Kassenärzte mit ihrem Honorarvolumen knapp 20 Prozent unter dem Bundesdurchschnitt und die bayerischen Krankenkassen durchschnittlich um einen Prozentpunkt unter den Beitragssätzen des Bundesgebietes liegen.

Die KVB geht bei der jetzigen Bundesempfehlungsvereinbarung davon aus, daß diesmal in Bayern Schwierigkeiten mit den Krankenkassen nicht entstehen und die Vertragsverletzungen der Krankenkassen bereinigt werden. Damit wäre auch in Bayern der Weg frei für eine Zusammenarbeit der Partner Krankenkassen und KV, die im Interesse unserer Sozialversicherung und der Sozialversicherten zwingend geboten ist, eine Kooperation, zu der sich die KVB trotz aller negativen Erfahrungen mit ihren Vertragspartnern in der Vergangenheit uneingeschränkt bekennt.

Anschrift des Verfassers:

Dr. med. Friedrich Kolb, Bucherstraße 11, 8500 Nürnberg

Neue Aspekte zur hormonalen Kontrazeption *

von Ch. Lauritzen

Die letzte Entwicklung der hormonalen Antikonzeption ist dadurch gekennzeichnet, daß unerwünschte subjektive Nebenwirkungen, aber auch die seltenen, unter Umständen lebensbedrohenden Wirkungen im Vordergrund der Diskussion stehen. Als Folge der zahlreichen Nebenerscheinungen, der Veröffentlichung in der Leienpresse und der Notwendigkeit, ein Medikament über lange Zeit zu nehmen, macht sich bei einem Teil der Frauen eine gewisse „Pillen-Müdigkeit“ bemerkbar.

Herabsetzung der Östrogendosen

Die Industrie hat, vor allem aufgrund der Forderungen nach niedriger Dosierung der in der Pille enthaltenen Östrogene, neue oder geänderte Präparate mit niedrigeren Östrogen-

mengen in den Handel gebracht. Das gilt auch für die Sequenz- oder Zweistufenpräparate. Fast durchweg ist jetzt eine Dosis von 50 µg oder weniger Äthinylöstradiol in den Tabletten enthalten. Das Mestranol wurde teilweise aufgegeben. Dies ist offenbar mehr aus optischen Gründen geschehen, da dieses gegenüber Äthinylöstradiol etwas schwächere Östrogen an sich in einem entsprechend höheren Dosisäquivalent verabfolgt werden müßte. Die Herabsetzung der Östrogen-, teilweise auch der Gestagendosis, die ja hauptsächlich zur Vermeidung der tiefen Venenthrombose und der Thromboembolie sowie zerebraler Zwischenfälle erfolgt ist, hat jetzt mit Dosen von 30 µg Äthinylöstradiol meines Erachtens die Grenze des Möglichen erreicht. Durch die niedrigen Dosen sind neue Probleme, insbesondere das einer schlechteren Zyklusregulierung mit Durchbruchblutungen aufgetreten.

Die neuesten Veröffentlichungen scheinen zu zeigen, daß mit den niedrigeren Östrogendosen tatsächlich weniger Thromboembolien aufgetre-

ten sind. Meines Erachtens liegt das Optimum der Äthinylöstradioldosis bei 50 µg oder höchstens bei 40 µg, aber nicht darunter, sofern eine entsprechend wirksame Gestagendosis beigegeben ist. Bei der Sequenztherapie darf sicherlich die Dosis von 50 µg nicht unterschritten werden.

Risikofaktoren

Bei der Indikationsstellung hat man zur Vermeidung subjektiver Beschwerden, aber auch der objektivierbaren, zum Teil gesundheitsgefährdenden Nebenwirkungen gelernt, nicht nur in Kontraindikationen, sondern auch in sogenannten *Risikofaktoren* und *Patienten-Risikogruppen* zu denken. Risikofaktoren für die Thromboembolie und für zerebrovaskuläre Zwischenfälle sind beispielsweise: früheres Auftreten tiefer Venenthrombosen sowie Embolien, höheres Alter, starke Varikosis, Adipositas, Diabetes, Hypertonie, Hyperlipidämie, starkes Rauchen, Gefäßschäden oder Gefäßanomalien, Immobilisation und Vorliegen einer

*) Vortrag anlässlich des 26. Nürnberger Fortbildungskongresses der Bayerischen Landesärztekammer.

Die Referate dieses Kongresses werden in Band 40 der von der Bayerischen Landesärztekammer herausgegebenen Schriftenreihe veröffentlicht.

Blutgruppe A oder AB. Für das Auftreten einer Hypertonie sind die Risikofaktoren: familiäre Hypertension, Hyperlipidämie, Adipositas, Diabetes, erhöhter Blutdruck in vorausgegangenen Schwangerschaften von Bedeutung. Risikofaktoren für eine post-pill-Amenorrhoe sind späte Menarche, Zyklusanomalien, Anovulationen, Unter- und Übergewicht, Episoden vor starker Gewichtsabnahme oder Gewichtszunahme, auch freiwillige Hungerkuren, Einnahme von Psychopharmaka und vorausgegangene Psychotherapie-Anamnese. Als Kontraindikation zu wenig bekannt sind Erkrankungen der Gallenblase, nämlich Cholezystitis oder Cholelithiasis oder die Neigung zu solchen Erkrankungen, ferner die Pankreatitis. Risikofaktoren für die Entstehung eines Corpus- oder Mammakarzinoms sind Nulliparität, späte erste Schwangerschaft, Krebs-erkrankungen bei Mutter, Tanten oder Schwestern, Adipositas, Diabetes, anovulatorische Zyklusstörungen.

Bei Vorliegen dieser Risiken wird, wie z. B. auch in den Leitsätzen des wissenschaftlichen Beirates der Bundesärztekammer vom 11. September 1975, eine besondere Überwachung solcher Fälle gefordert. Zweifelloos ist es sehr schwierig, exakt zu sagen, welche Art von Überwachung im Einzelfall erforderlich ist und wie diese tatsächlich aussehen soll. Praktisch wird es darauf hinauslaufen, daß die Patientin häufiger einbestellt wird, und daß man gezielt diagnostische Maßnahmen einsetzt, wie Blutdruckmessung, Lipidbestimmung, Untersuchungen des Harns und des Harnzuckers sowie zytologische Abstriche aus dem Corpus uteri. Leider gibt es für die Erkennung einer Thromboemboliegefährdung heute noch keine zuverlässigen Tests. Ferner soll man der Patientin dringend nahelegen, bei jeder Art von Beschwerden und verdächtiger Symptomatik unbedingt umgehend den Arzt anzurufen oder aufzusuchen. Bei bestimmten Indikationen scheint auch eine begleitende Behandlung sinnvoll, wie etwa die Gabe von Cholagoga oder die Verabfolgung von salzreicher Diät, kohlenhydratarmer Nahrung und eine aktive Venenbehandlung, sei es durch physikalische oder medikamentöse Maßnahmen. Praktisch bedeutsam erscheint mir auch der Hinweis, daß eine depressive Verstimmung unter der Pille gelegentlich durch einen

Mangel an Vitamin B₆ bedingt sein könnte, und daß man durch eine entsprechende Substitution die Depressionen offenbar bessern kann. Zusätzlich sollte man nicht vergessen, unter Umständen das Präparat zu wechseln, also z. B. ein stärker gestagenbetontes Präparat in ein ausgeglichenes oder leicht östrogenbetontes Präparat umzusetzen.

Symptome, die Absetzen erfordern

Außerordentlich wichtig scheint mir die Kenntnis derjenigen Symptome, die ein sofortiges Absetzen der Pille erfordern, z. B. Kopfschmerzen und Sehstörungen, da diese als prämonitorisches Zeichen ernster Erkrankung angesehen werden können, und da es möglicherweise in einigen Fällen doch gelingen mag, hier die drohende Gefahr abzuwenden. Zum Absetzen zwingt auch das Auftreten von Ödemen, starkem Juckreiz oder von akuten Hauterscheinungen, die häufig einen Hinweis auf eine Störung der Leberfunktion wahrscheinlich machen.

Zum Absetzen der Pille vor Operationen ist zu bemerken, daß diese Regel auch heute noch gilt. Die Pille sollte also, wenn eine Operation langfristig geplant werden kann, sechs Wochen vor dem Eingriff abgesetzt werden. Ist jedoch eine Operation kurzfristig erforderlich, so kann man, da die Patientin ja nicht weiter einnehmen kann und da eine Entzugsblutung vermieden werden soll, die Hormonwirkung durch eine Injektion von Depo-Clinovir oder ein Östrogen-Gestagen-Präparat, wie z. B. Primosiston oder Gravibinon, ersetzen. Durch diese Spritzen wird das Gerinnungspotential nicht wesentlich nachteilig verändert. Es empfiehlt sich dann eine perioperative Thromboembolieprophylaxe mit kleinen Dosen von Heparin, z. B. zweimal 5000 bis 7000 I. E. pro 24 Stunden, durchzuführen.

Kriterien bei Erstverordnung

Bei der Erstverordnung oraler Kontrazeptiva oder für den Wechsel der Pille bei Unverträglichkeit wurden von einigen Autoren Kriterien erarbeitet, die eine individuell angepaßte Verschreibung einer Pille von bestimmter Zusammensetzung für einen besonderen Freuentyp ermög-

Breitband-
bakterizidum

Co-trim- Tablinen[®]

Co-trimoxazol 480 mg
Trimethoprim 60 mg, Sulfamethoxazol 400 mg

20 Tabl.

9.80

50 Tabl.

19.90

Also drastische
Kostensparnis

Normdosis	
morgens	abends
Hochdosis	
morgens	abends
Langzeitdosis	
morgens	abends
Kinderdosis individuell nach Alter!	
morgens	abends
bis	bis

Indikationen: Infektionen der Luftwege, der Nieren- und Harnorgane, des Magen-Darm-Traktes, der Haut u. a.

Kontraindikationen: Schwere Leber- und Nierenschäden, Blutkrankheiten, Sulfonamidüberempfindlichkeit, Schwangerschaft, Früh- und Neugeborene in den ersten Lebenswochen. Bei eingeschränkter Nierenfunktion darf das Präparat nur unter Kontrolle der Blutspiegelwerte in niedrigerer Dosierung verabreicht werden. Bei der Langzeittherapie soll das Blutbild regelmäßig kontrolliert werden. Sollte ein Folsäuremangel auftreten, muß eine entsprechende Substitutionsbehandlung durchgeführt werden. Hexamethylentetramin- und procainhaltige Präparate sollen nicht gleichzeitig eingenommen werden.

S SANORANIA Dr. G. Strohscheer
1 Berlin 28

lichen sollte. Es wurde von „östro- genbetonten“, hormonell ausgegli- chenen und „androgenbetonten“ Typen gesprochen und diese wur- den dem rundlich-vollbusigen Typ, dem sogenannten Normaltyp und dem mehr schlank-virilen Typ zuge- ordnet. Es hat sich inzwischen ge- zeigt, daß eine solche Zuordnung zu Hormontypen nicht objektiv zu belegen ist, beispielsweise durch Hormonbestimmungen. Dieses Kon- zept muß also verworfen werden. Was geblieben ist, ist die Auswahl des Präparats nach der Stärke sei- ner therapeutischen Wirkung auf be- stimmte Symptome. Bei Hyperme- norrhoe, Vorschmierer, Vorliegen von Endometriose oder Myomen wird man beispielsweise ein Präpa- rat mit starker Gestagenwirkung auswählen, um gleichzeitig diese Anomalien behandeln und normali- sieren zu können oder sie zum min- desten nicht zu verstärken. Bei Nei- gung zu einer Gewichtszunahme oder zu Müdigkeit, Depression und Libidoabnahme wird man keine Prä- parate mit starker Gestagenkompo- nente verordnen, da diese die ge- nannten Symptome verstärken wür- den. Bei Vorliegen von Akne, Se- borrhoe, Hirsutismus wird man eher ein östrogenbetontes Präparat, et- wa ein Sequenzpräparat, verordnen und die Nortestosteronkomponen- te möglichst vermeiden, um diese Symptome nicht zu verschlimmern, sondern womöglich zu bessern und zu beseitigen.

Pillenpause

Das Problem der Pillenpause muß unbedingt neu überdacht werden. Noch immer wird von vielen Ärzten das Absetzen der Pille nach etwa zwei Jahren für mehrere Monate empfohlen, häufig, ohne daß dann für eine gleich sichere Verhütungsmethode gesorgt ist. In den meisten anderen Ländern ist die Pillenpause nie üblich gewesen. Die Empfehlung stammt aus einer Zeit, wo man sich über die Langzeitwirkungen der Pille, insbesondere auf die spätere Fruchtbarkeit, nicht klar war. Nach- dem seither zwei internationale Ex- pertenkommisionen die Notwen- digkeit einer Pillenpause überein- stimmend verneint haben, sollte die Pillenpause auch bei uns — bis auf ganz wenige Ausnahmefälle — end- lich abgeschafft werden. Die Gründe für diese Forderung sind die folgen- den:

1. Die Pilleneinnahme führt durch- weg — auch bei Langzeitanwen- dung ohne Unterbrechung — nicht zu einer Herabsetzung der Fruchtbarkeit. Die Amenorrhoe- häufigkeit steigt mit der Länge der Pilleneinnahme nicht an. Das heißt, eine Patientin, die zur Ame- norrhoe nach Pilleneinnahme neigt, bekommt diese gleich häu- fig, ob sie die Pille ein halbes Jahr oder sechs Jahre einnimmt.
2. Ein großer Teil unerwünschter Schwangerschaften resultiert aus der Pillenpause. Aus holländi- schen Abtreibungskliniken wird berichtet, daß die Mehrzahl der deutschen Frauen, die dorthin zur Beseitigung einer unerwünschten Schwangerschaft kommen, in der Pillenpause schwanger wurden.
3. Phlebothrombose, Embolien, Ver- änderung der Gerinnungspara- meter, Gallenblasenerkrankun- gen und zerebrovaskuläre Zwi- schenfälle nehmen mit der Dauer der Pilleneinnahme nicht zu, Brustveränderungen nehmen so- gar ab. Dagegen ist das Risiko für solche Komplikationen am Anfang der Behandlung höher. Es kommt hinzu, daß die Patien- tin nach jedem Absetzen erneut durch die erste oft unangenehme Phase der Pilleneinnahme hin- durch muß, mit Übelkeit, Ge- wichtszunahme, Zyklusana- malien, bis sich nach einigen Mona- ten alles wieder eingespielt hat. Solche „hormonellen Wechselbä- der“ sind also prinzipiell abzu- lehnen. Die wenigen Symptome und Beschwerden, die mit der Dauer der Pilleneinnahme zuneh- men, wie Kopfschmerzen und Hy- pertension, sind keine Indikation für eine Pillenpause, sondern zum Absetzen.

Pille und die Brust

Der Bericht des Royal College of General Practitioners hat erneut ge- zeigt, daß orale Kontrazeptiva die Häufigkeit gutartiger Veränderun- gen in den Brüsten nicht erhöhen, sondern tatsächlich sogar verrin- gern. Dies gilt sowohl für die chro- nisch zystische Erkrankung der Brust, die Mastopathie, wie auch für die Fibro-Adenosis. Diese positive Wirkung der Pille ist von der Höhe der Gestagenosis abhängig. Je gestagenaktiver das Präparat ist, desto seltener treten diese Bruster-

krenkungen auf. Dagegen besteht offenbar keine Beziehung zur Östro- gendosis. Die Schutzwirkung der Pille wird bereits nach zwei Jahren deutlich und nimmt im dritten, vier- ten und fünften Jahr der Einnahme noch weiter zu. Brustneoplasmen waren bei Frauen, welche die Pille genommen hatten, nicht signifikant häufiger als bei Frauen, die keine oralen Kontrazeptiva genommen hatten.

Günstige Wirkungen der Pille

Es sollte über der Erörterung der Nebenwirkungen nicht vergessen werden, daß die Pille auch eine gan- ze Reihe positiver Wirkungen hat. Sie beeinflusst günstig die Oligo-Po- lymenorrhoe, die Hypermenorrhoe, Menorrhagie, verhindert das Auftre- ten einer durch Blutverlust beding- ten Eisenmangelanämie, bessert die Dysmenorrhoe, das prämenstruelle Syndrom, Akne, Seborrhoe, Hirsutis- mus. Sie verhindert die Bildung zys- tischer Ovarien, reduziert die Häu- figkeit gutartiger Brusttumoren und hat einen günstigen Einfluß auf die rheumatoide Arthritis.

Minipille

Die auf die Minipille gesetzten Hoff- nungen haben leider etwas ent- täuscht. Die Versagerrate liegt für Lynöstrenol zwischen 0 bis 0,9, für Norethisteron zwischen 1,4 bis 2,4, für Norgestrel zwischen 0 und 4,3. Bei Eintreten von Schwangerschaf- ten ist das Vorkommen von Extra- uterinegraviditäten mit 2,8 bis 4,1, gegenüber 0,8 Prozent normal, deut- lich erhöht. Man hat ja geglaubt, daß man hier ein Präparat habe, das den Zyklus gar nicht beeinflusst und die zentralen Regulationen unange- tastet läßt. Es hat sich aber gezeigt, daß die unregelmäßigen Blutungen, die anfangs eufreten, doch recht störend sind, daß in einem Teil der Fälle auch „silent menstruations“, also Ausbleiben der Regelblutung unter der Behandlung sowie Ame- norrhoeen, zu verzeichnen sind. Das häufige Vorkommen bis zu 50 Pro- zent von „silent menstruations“ bei Jugendlichen unter der Minipille scheint mir die Brauchbarkeit die- ses Präparates für junge Mädchen doch wesentlich zu begrenzen. Das gleiche gilt ja für die Notwendigkeit, die Pille mit absoluter Zuverlässig- keit immer zur gleichen Zeit mit einer Schwankungsbreite von ± 1

Reifekriterien bei jungen Mädchen

Kriterium	Reifa erreicht	Anmerkung
Gynäkologisches Alter	> 3 (bis 5) Jahre	= Jahre nach Menarche
Menstruationsrhythmus	26 bis 32 Tage	5 Jahre nach Menarche erreicht. Keine Oligo-Amenorrhoe-Episoden! Keine Hungerkuren!
Ovulation	Basaltemperaturanstieg 50% der Zyklen	> 37° C > 10 Tage mit 15 bis 17 Jahren erreicht
Tanner-Stadien	Brüste 5 Genitalbehaarung 5	3 Jahre nach Menarche erreicht
Genitale	altersentsprechend	keine Hypoplasie, kein Infantilismus
Knochenalter	> 13,6 Jahre	> 97% des Wachstums vollendet

Tabella 1

Die „Pille danach“ – Im Handel erhältliches Äthinylöstradiol in hoher Dosierung

Präparat	Anwendung
Progynon M (Schering) 0,2 mg Tabletten 20 und 250 Tabletten	5 x 5 = 25 Tabletten täglich, 5 Tage lang = 125 Tabletten insgesamt = 7 Packungen zu 20 = DM 35,70
Gynolett (Labopharma) 0,3 mg Tabletten 25 und 100 Tabletten	6 x 3 = 18 Tabletten täglich, 5 Tage lang = 90 Tabletten insgesamt = 4 Packungen zu 25 = DM 21,80
Anweisung:	Möglichst auf vollen Magen einnehmen Reichlich nachtrinken (Milch) Bei Bedarf Antiametika als Suppositorien oder Injektion Evtuell Behandlung mit Östrogen-Gestagen-Kombination (10 Tage lang) abschließen Cave: Bei Leber- Gallenschäden, Thromboembolie-Anamnese

Tabelle 2

Versagerraten der „Pille danach“ – Literaturübersicht

Autoran	Anzahl Zyklen	Östrogen	Versagerrate %
Morrison und van Wageningen (1967)	100	Diäthylstilböstrol (DS)	0
Kuchera (1971)	1000	DS	0
Haspals (1972)	2000	DS, Äthinylöstradiol (Äö), konjugierte Östrogene (Kö)	0,7
Döring (1971)	32	Äö, Kö	0
Massey und Mitarbalter (1971)	247	DS	1,6
MacKinnon (1972)	1100	DS	0
Schumacher (1972)	257	DS, Äö, Kö, Stilböstroidiphosphat (SP)	0
Yale-New Haven Studia (1972)	750	DS, SP, Äö, Kö	1,1
Gesamt:	5486		M = 0,5

Tabelle 3

Stunde einnehmen zu müssen. Gerade hierin zeigen sich junge Mädchen, trotz aller intensiven Betreuung und Ermahnung, auch gelegentlich unzuverlässig.

Junge Mädchen

Was die Verabfolgung der Pille bei jungen Mädchen betrifft, hat es sich zunehmend als notwendig erwiesen, hier bessere Kriterien für eine Reifebeurteilung solcher jungen Mädchen zu erarbeiten, um die Indikationsstellung, ob die Verabfolgung einer Pille ratsam ist, wesentlich zu verbessern (Tab. 1). Es ist bei der Verordnung von Ovulationshemmern für Jugendliche im allgemeinen zu fordern, daß ein Knochenalter von mindestens 13,6 Jahren besteht. Dies ist im allgemeinen mit Abschluß des 14. Lebensjahres gegeben. Das Knochenalter läßt sich durch eine Röntgenaufnahme der Handwurzelknochen relativ einfach und rasch feststellen. Zu dem genannten Zeitpunkt haben die Mädchen normalerweise bereits 97 Prozent ihres Wachstums hinter sich gebracht. Als Faustregel kann auch gelten, daß ein Mädchen über 14 Jahren mit einer Größe von mehr als 165 cm mit keiner wesentlichen Beeinträchtigung ihrer Endgröße mehr zu rechnen hat. Es ist nach unseren eigenen Untersuchungen sicher, daß die in den oralen Kontrazeptiva enthaltenen Östrogen- und Gestagenmengen nach diesem Alter das Wachstum nicht mehr signifikant beeinflussen. Einen guten zusätzlichen Anhalt für die Beurteilung der körperlichen Reife eines Mädchens gibt das sogenannte gynäkologische Alter, d. h. die Zeit in Jahren nach Eintritt der Menarche, insbesondere sollen hier keine Perioden von Oligo- oder Amenorrhoe vorgekommen sein. Die von Tanner angegebenen Stadien der Brustentwicklung und der Genitalbehaarung sind meines Erachtens wichtige Kriterien. Hier soll mindestens ein Stadium 4, wenn nicht 5 vorliegen. Die körperliche Reife wird im allgemeinen ausreichend sein, wenn das gynäkologische Alter mindestens drei Jahre beträgt. Die Forderung nach Messung der Basaltemperatur über einen Monat hin ist nach meinen Erfahrungen in vielen Fällen in der Praxis illusorisch, zumal die Methode keinesfalls als sicher angesehen werden kann und niemand voraussagen kann, ob nicht im folgenden Monat eine Ovulation eintritt. Genausowenig kann bei fehlendem

Gestagenpille denech

600 µg D-Norgestrel in einer Dosis
Muß in den ersten drei Stunden post
coitum eingenommen werden
Wirkungseintritt 4 bis 6h nach Einnahme
In Zervix-, Uterus- und Tubensekret
Pearl-Index = ~ 2
Subjektive Nebenwirkungen gering
Nur leichte Zyklusstörung
Wirkungsmechanismus nicht genau be-
kannt
Bei Versagen wahrscheinlich kein Risiko
für die Frucht

Tabelle 4

Anstieg der Basaltemperatur dem Mädchen sicher gesagt werden, daß eine Schwängerung nicht möglich sei. Ich begnüge mich daher meist mit den Kriterien der körperlichen Reife und einem gynäkologischen Alter von mehr als drei Jahren ohne Oligo-Amenorrhoe-Episoden.

„Pille danach“

Eine sehr wichtige Entwicklung ist für mich das Problem der Pille danach. Die bisherigen Untersuchungen mit Östrogenen haben gezeigt, daß diese Methode fast 100prozentige Zuverlässigkeit zeigt, wenn 5 mg Äthinylöstradiol innerhalb von 48 Stunden nach einem Verkehr fünf Tage lang eingenommen werden (Tab. 2). Die Sicherheit ist sehr hoch (Tab. 3). Hier gab es allerdings Verträglichkeitsprobleme, die durch Einnahme auf vollem Magen, Zufuhr von Antiemetika doch immer relativ gut beeinflußt werden konnten. Neuerdings wird darauf hingewiesen, daß die Verhütung einer unerwünschten Schwangerschaft nach dem Verkehr als Notbremse auch mit 600 µg D-Norgestrel möglich ist. Diese Dosis soll spätestens drei Stunden nach dem Verkehr eingenommen werden, und zwar einmalig. Die Verträglichkeit ist relativ gut. Gelegentlich treten Blutungsstörungen auf. Der Pearl-Index ist 2, es kommen Versager also gelegentlich vor, sind jedoch sehr selten, so daß die Gestagenpille offenbar im akuten Fall ein brauchbares Verfahren darstellt (Tab. 4).

Obwohl nicht zur hormonellen Kontrazeption gehörig, möchte ich doch auf eine Methode hinweisen, die von Lippes in den USA propagiert

wird. Er gibt an, daß die Einlage eines Intrauterinpressars am Morgen nach erfolgtem Verkehr in seinem Klientel offenbar immer zur Verhütung einer unerwarteten Schwangerschaft geführt habe. Obwohl hier noch eine größere Anzahl von Untersuchungen erforderlich scheint, soll man sich an dieses Verfahren vielleicht doch erinnern. Hierzu ist aber ebenfalls erforderlich, daß man anerkennt, daß die Schwangerschaft erst mit der Implantation eines befruchteten Eies beginnt.

Folgerungen

Insgesamt besteht bei Überdenken des Sachverhaltes und dem Studium der Literatur der Eindruck, daß die hormonale Kontrazeption, soweit es Östrogene und Gestagene betrifft, jetzt allmählich zu den Gren-

zen ihrer Möglichkeiten vorgedrungen ist, und daß weitere Verbesserungen, insbesondere solche grundsätzlicher Natur, nur noch in bescheidenem Umfang möglich sein werden. Wir müssen dennoch solche Verbesserungen, insbesondere bezüglich möglicher schädlicher Wirkungen, weiter suchen und sie euch in die Praxis einführen. Es bleibt aber zweifellos der Auftrag und das dringende Bedürfnis, auch andere, und wenn möglich, bessere Methoden als Alternative zur Pille zu entwickeln.

Literatur beim Verfasser.

Anschrift des Verfassers:

Professor Dr. med. Ch. Lauritzen, Direktor der Frauenklinik der Universität Ulm, Steinhövelstraße 9, 7900 Ulm

Strahlenschutzkurse

für den Erwerb der Fachkunde im Strahlenschutz gemäß Röntgenverordnung (RöV) vom 1. März 1973

Die Bayerische Landesärztekammer führt am 1. Wochenende im November von Freitag 5. bis Sonntag 7. November 1976 beim Institut für Strahlenschutz - Neuherberg/München - folgende Kurse durch:

- 1. Großer Grundkurs im Strahlenschutz (Ziff. 3.1.1)**
Beginn: Freitag 5. November — 14.00 Uhr
Ende: Sonntag 7. November — 13.00 Uhr
- 2. Komblierter Grund- und Spezialkurs einschließlich Praktikum (Ziff. 3.8.1)**
Beginn: Freitag 5. November — 14.00 Uhr
Ende: Sonntag 7. November — 13.00 Uhr
Dieser Kurs ist für alle röntgendiagnostisch-tätigen Ärzte bestimmt, die am Tag des Inkrafttretens der RöV (1. September 1973) bereits als Verantwortliche im Strahlenschutz tätig waren (u. a. niedergelassene Kollegen-Radiologen, Teilradiologen und Allgemeinärzte/Praktische Ärzte mit Röntgengenehmigung).
- 3. Informationsveranstaltung (Ziff. 3.8.2)**
Beginn: Samstag 6. November — 8.30 Uhr
Ende: Sonntag 7. November — 13.00 Uhr
Dieser Kurs ist für alle Ärzte bestimmt, die schon vor Inkrafttreten der RöV einen anerkannten Strahlenschutzkurs besucht haben.

Teilnahmegebühren:

1. Grundkurs	DM 100,—
2. Kombierter Grund- und Spezialkurs	DM 200,—
3. Informationsveranstaltung	DM 100,—

Ort der Veranstaltung: Institut für Strahlenschutz, Ingolstädter Landstraße 1, 8042 Neuherberg, Telefon (0 89) 38 74 211

Anmeldung und Auskunft: Nur im Institut für Strahlenschutz (Kurssekretariat)

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 Autsättigungs- und Erhaltungstherapie jeder Herzmuskelauffizienz 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, atrioventrikuläre Leitungsstörungen, paroxysmale Ventrikeltachykardie, idiopathische hypertrophische subaortale Stenose, geplante Elektrokonversion.
Relativ: bradykarde 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 Anlaufdosierung mit Novodigal «mite». 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 teilweise zu entscheiden. **Dosierung** Hinweise entnehmen Sie bitte dem wissenschaftlichen Prospekt.

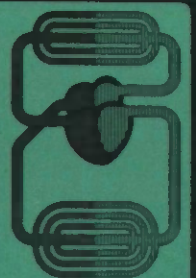
Handelsformen Novodigal Tabletten zu 0,2 mg ß-Acetyldigoxin
Packungen mit 50 Stück DM 5,90, 100 Stück DM 10,60
Anstaltspackungen

Novodigal Tropfen mit 0,1 mg ß-Acetyldigoxin in 10 Tropfen
Tropfflasche mit 30 ml DM 10,15, Anstaltspackung
Novodigal «mite» Tabletten zu 0,1 mg ß-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

Beiersdorf 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.

Neuere klinisch-kardiologische Funktionsdiagnostik

von Walter Nechwatal

Aus der II. Medizinischen Abteilung des Städtischen Krankenhauses München-Schwabing (Chefarzt: Professor Dr. E. König)

Zur Beurteilung der links- und rechtsventrikulären Dynamik ist die Bestimmung der Pumpleistung des Herzens, also das Herzzeitvolumen, von wesentlicher Bedeutung. Ebenso wichtig ist die Kenntnis der intrakardialen Drücke, unter welchen ein bestimmtes Herzzeitvolumen gefördert wird. Es ist bekannt, daß die Einschränkung der verschiedenen Funktionen des Herz-Kreislaufsystems im Ruhezustand nicht faßbar zu sein braucht. So können Förderleistung und ventrikuläre Füllungsdrücke bei einem schwer geschädigten Herzen im Ruhezustand normal sein; erst bei zusätzlicher Belastung zeigen Herzzeitvolumen oder intrakardiale Drücke die verminderten Reserven des Herzens auf. Um also eine Einschränkung der Funktionsbreite nachzuweisen, sind zusätzliche Belastungen für den Kreislauf erforderlich. Die körperliche Belastung in Form von Fahrradergometer-Arbeit hat die weiteste Verbreitung gefunden, weil sie exakt in Watt dosierbar und reproduzierbar ist und weil sie den alltäglichen Belastungen des Patienten näher kommt als andere Belastungsverfahren. Im allgemeinen wird die Ergometerbelastung nach dem „steady-state“-Prinzip durchgeführt, wobei bei jeder Belastungsstufe eine Ergostase der einzelnen Ventilations- und Kreislaufgrößen angestrebt wird.

Zur Bestimmung der intrakardialen Drücke und des Herzzeitvolumens ist das Einführen eines Herzkatheters notwendig. Noch vor wenigen Jahren war dies eine aufwendige und nicht ganz risikofreie diagnostische Methode. Für die kardiologische Funktionsdiagnostik im engeren Sinne war die klassische Herzkatheteruntersuchung daher ungeeignet. Sie blieb anderen Indikationen vorbehalten, vor allem der präoperativen Vitiendiagnostik. Die Einführung des Einschwemmkatheters

hat einen bedeutsamen Fortschritt für die Erfassung der Hämodynamik bei zahlreichen kardiovaskulären Störungen gebracht. Die ersten – sogenannten Mikrokatheter – hatten allerdings auch erhebliche Nachteile und sind heute nur noch von historischem Interesse. Eine entscheidende Verbesserung des Einschwemmverfahrens gelang 1970, als die Amerikaner Swan und Ganz (4) einen Katheter vorstellten, der sich durch einen aufblasbaren Ballon an der Katheterspitze auszeichnet.

Hämodynamische Grundlagen

Zum Zeitpunkt der Enddiastole jeder Herzaktion bestehen keine oder nur minimale Druckgradienten zwischen linkem Ventrikel, linkem Vorhof und Pulmonalvenen (Abb. 1). Diese Herzabschnitte stellen somit am Ende der Diastole eine funktionell einheitliche Kammer dar. Der Pulmonalarteriendruck wird zu diesem Zeitpunkt fast ausschließlich durch den pulmonalen Gefäßwiderstand bestimmt. Dieser ist unter physiologischen Bedingungen niedrig, und der Blutfluß während dieser Phase ist so gering, daß es zu einem Druckausgleich zwischen linkem Herzen und Arteria pulmonalis kommt: der diastolische Pulmonalarteriendruck nähert sich weitgehend dem linksatrialen Druck an. Bei normalem Lungengefäßgesamtquerschnitt ist also der Lungenarteriendruck während der Enddiastole etwa gleich dem linksatrialen Mitteldruck und dem linksventrikulären Füllungsdruck. Liegt jedoch eine Obstruktion der Pulmonalgefäße vor (Erhöhung des Lungengefäßwiderstandes), kommt es zu keinem vollständigen diastolischen Druckausgleich zwischen Arteria pulmonalis und linkem Vorhof, der Pulmonalarteriendruck wird unbrauchbar als Parameter für Drücke im linken Herzen.

Der Hauptvorteil der Ballonkatheter besteht darin, daß durch Okklusion einer Pulmonalarterie eine zuverlässige und artefaktarme Registrierung des Pulmonalkapillardruckes ermöglicht wird. Der Pulmonalkapillardruck (im folgenden mit PCP abgekürzt) entspricht weitgehend dem Druck im linken Vorhof. Dies gilt auch bei pathologisch erhöhtem Lungengefäßwiderstand: Durch die Okklusion eines Pulmonalarterienastes mit dem Blockerballon kommt es zu einer retrograden Drucktransmission vom linken Vorhof in die Katheteröffnung des Einschwemmkatheters. Damit liegt eine Meßgröße vor, die in guter Annäherung eine Aussage über die Höhe des links-

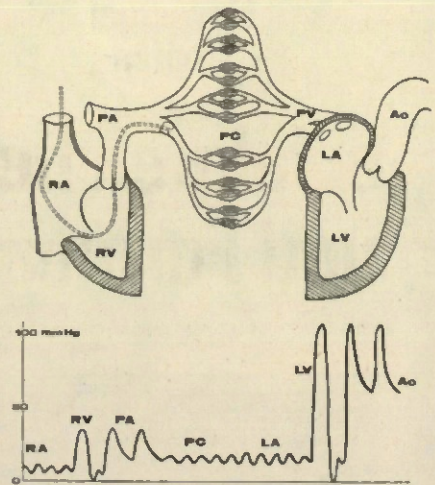


Abbildung 1

Schematische Darstellung der physiologischen Druckverhältnisse im rechten und linken Herzen sowie in den großen Gefäßen: rechter Vorhof (RA), rechter Ventrikel (RV), Arteria pulmonalis (PA), Pulmonalkapillardruck (PC), Lungenvenen (PV), linker Vorhof (LA), linker Ventrikel (LV) und Aorta (Ao). Die Spitze des Herzkatheters liegt in einem Pulmonalarterienast; der aufgeblasene Ballon verschließt das Gefäß (Einzelheiten siehe Text)

ventrikulären Füllungsdruckes gestattet. Der linksventrikuläre Füllungsdruck liefert zusammen mit dem Herzzeitvolumen bzw. Schlagvolumen entscheidende Informationen über den Funktionszustand des linken Herzens. Zwischen rechtsatrialem Druck bzw. zentralem Venendruck (= ZVD) und rechtsventrikulärem Füllungsdruck besteht eine ähnlich gute Korrelation wie zwischen den korrespondierenden Drücken des linken Herzens.

Zur Methodik

Simultanmessungen des PCP und des ZVD mit Hilfe eines Swan-Ganz-Einschwemmkatheters, der ein zusätzliches Lumen mit seitständiger Öffnung im Bereich des rechten Vorhofs oder der zentralen Venen besitzt, ermöglichen die Beurteilung der links- und rechtsventrikulären Füllungsdrücke während eines Arbeitsversuches. Wir verwenden eine Ausführung, mit der in Ruhe und während Ergometerbelastung das Herzzeitvolumen mit Hilfe der Thermodilutionsmethode bestimmt werden kann (1). Ein spezieller Computer berechnet die Fläche der Temperatur-Zeit-Kurve und zeigt das Herzzeitvolumen in Liter pro Minute innerhalb weniger Sekunden digital an. Einzelheiten zur Methodik sind in einer früheren Arbeit (2) zusammengefaßt.

Abbildung 2 zeigt ein Beispiel für eine Simultanregistrierung von EKG (V_5 und V_1), Thermodilutionskurve, Pulmonalarteriendruck bzw. PCP und rechtsatrialem Druck.

Aus den Meßergebnissen kann die Beziehung zwischen ventrikulären Füllungsdrücken und Pumpleistung des Herzens, die „Druck-Fluß-Beziehung“, hergestellt werden. Die Kenntnis dieser Relation ist besonders dann von hohem diagnostischen Wert, wenn eine beginnende, im Ruhezustand maskierte Funktionseinschränkung durch die Ergometerbelastung erkennbar und die eingeschränkten funktionellen Reserven quantitativ erfaßbar werden. Daraus ergeben sich die wichtigsten Indikationen für die Anwendung des Einschwemmkatheterverfahrens in der kardiologischen Funktionsdiagnostik (Tab. 1).

Diagnostik der Herzinsuffizienz und ihrer Vorstadien

(Einteilung nach H. Roskamm und Mitarbeitern [3])

Bei der „Kontraktionsminderung des Myokards“ besteht weder in Ruhe noch unter Belastung eine Einschränkung der Pumpleistung des Herzens; das Herzzeitvolumen ist also in Ruhe normal und steigt während des Arbeitsversuches adäquat zur geleisteten Arbeit an. Die Ven-

trikel arbeiten jedoch zur Aufrechterhaltung eines normalen Herzzeitvolumens unter erhöhten Füllungsdrücken, erkenntlich an pathologischen Erhöhungen des PCP bzw. ZVD. Auch bei der „Belastungsinsuffizienz“ oder „latenten Herzinsuffizienz“ werden im Ruhezustand normale hämodynamische Werte registriert. Hingegen steigt während Belastung das Herzzeitvolumen in Relation zur geleisteten Arbeit nicht adäquat an, d. h., die Förderleistung des Herzens kommt den Bedürfnissen der Peripherie nur unzureichend nach. Auch hier arbeiten die Ventrikel im allgemeinen unter erhöhten Füllungsdrücken – als Ausdruck eines nicht mehr voll effektiven Kompensationsversuches (*Frank-Starling-Mechanismus*). Bei der „manifesten Herzinsuffizienz“ schließlich besteht bereits im Ruhezustand eine reduzierte Förderleistung des Herzens mit einem Herzindex von weniger als $2,5 \text{ l/min/m}^2$ und/oder erhöhte ventrikuläre Ruhe-Füllungsdrücke.

Einen Sonderfall stellt die Koronarinsuffizienz dar, weil die akute Ischämie sich temporär in gleicher Weise auf die Druck-Fluß-Relation auswirken kann wie die chronische Herzmuskelschwäche. Bei Patienten, bei denen eine Koronarangiographie indiziert ist, hat sich die ergänzende Durchführung des Einschwemmkatheters besonders bewährt, um den Funktionszustand des Myokards bzw. Restmyokards noch besser beurteilen zu können. Dabei werden die morphologischen Verhältnisse des Kranzgefäßsystems und des linken Ventrikels sowie dessen Kontraktionsablauf mit den hämodynamischen Befunden des Einschwemmkatheters verglichen. Dadurch erhält man Informationen im Hinblick auf Rehabilitation und Indikationsstellung zu koronarchirurgischen Maßnahmen, die im Einzelfall entscheidend über die angiographischen Ergebnisse hinausgehen können.

Diagnose der pulmonalen Hypertonie

Aus den hämodynamischen Besonderheiten des kleinen Kreislaufes (s. o.) geht hervor, daß mit Hilfe des Einschwemmkatheterverfahrens eine Differenzierung der pulmonalen Hypertonie möglich ist: Bei einer primär vaskulär bedingten pulmona-

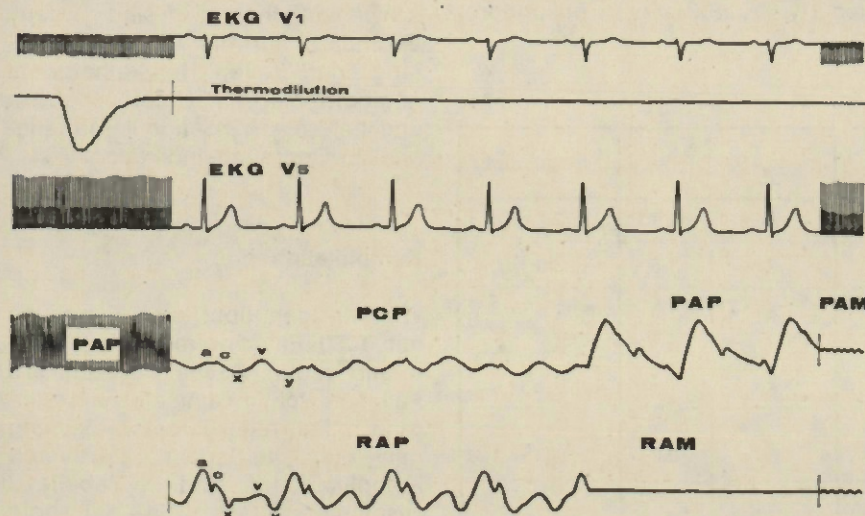


Abbildung 2

Beispiel einer simultanen Registrierung von EKG (V_1 und V_5), Thermodilutionskurve, Pulmonalarteriendruck (PAP = aktueller Druck, PAM = Mitteldruck) bzw. PCP und rechtsatrialem Druck (RAP = aktueller Druck, RAM = Mitteldruck). Die einzelnen Phasen des Druckverlaufes in den Vorhöfen sind gekennzeichnet (e-, c-, v-Welle, x- und y-Ta)

1. Funktionsdiagnostik der verschiedenen Stadien der Herzinsuffizienz a) Kontraktionsminderung des Myokards (= „Präinsuffizienz“) b) Latente Herzinsuffizienz (= Belastungsherzinsuffizienz) c) Manifeste Herzinsuffizienz
2. Diagnose der pulmonalen Hypertonie a) „aktive pulmonale Hypertonie“ bzw. Cor pulmonale b) „passive pulmonale Hypertonie“ bzw. Druckerhöhung in der Arteria pulmonalis bei linksventrikulärer Funktions Einschränkung und Vitium des linken Herzens
3. Verlaufskontrollen bei Herzerkrankungen Bewertung von therapeutischen Maßnahmen
4. Diagnose von Klappenerkrankungen des rechten Herzens
5. „Vorfalldiagnostik“ bei Klappenfehlern des linken Herzens und Shuntvitien Bewertung ihrer hämodynamischen Relevanz Vergleichende Kontrolluntersuchungen zur Beurteilung des Operationsergebnisses

Tabelle 1
Indikationen zur Rechtsherzkatheterisierung mit Hilfe von Einschwemm kathetern in der Funktionsdiagnostik des Herzens

len Hypertonie („aktive pulmonale Hypertonie“) liegt ein erhöhter diastolischer Pulmonalarteriendruck und Pulmonalarterienmitteldruck vor, während der PCP im Normbereich liegt. Daraus kann auf eine normale linksventrikuläre Funktion geschlossen werden, die Druckerhöhung in der Arteria pulmonalis ist auf eine Erhöhung des Lungengefäßwiderstandes zurückzuführen. Quantitativ wird der Widerstand in der pulmonalen Strombahn durch den Quotienten $\frac{PA_m - PCP}{HZV}$ ausgedrückt (normal bis zwei Einheiten).

Bei einer pulmonalen Hypertonie als Folge einer Druckerhöhung im linken Herzen (z. B. Linksherzinsuffizienz, Mitralklappenstenose) sprechen wir von einer „passiven pulmonalen Hypertonie“. Hierbei ist die Drucksteigerung im kleinen Kreislauf durch eine Erhöhung des PCP bedingt. Bei Mischformen von aktiver und passiver pulmonaler Hypertonie kann der Anteil der linksatrialen Druckerhöhung durch die Höhe des PCP genau abgegrenzt werden. Das Einschwemmverfahren zur sicheren Erkennung einer aktiven pulmonalen Hypertonie ist von besonderer

Einschwemm katheter	n ₁ = 600	%	n ₂ = 450	%	Insgesamt
Thrombophlebitis	20	3,3	5	1,1	2,4 %
Ballonruptur	14	2,3	7	1,5	2,0 %
Vanaspasmus	13	2,1	6	1,3	1,8 %
Reversibler Schankalblock	3	0,5	2	0,4	0,5 %
Reversibler Vorhofflimmern	2	0,3	0	0,0	0,2 %
Bedrohliche Rhythmusstörung	0	0,0	0	0,0	0,0 %

Tabelle 2
Komplikationen bei 1050 Rechtsherzkatheter-Untersuchungen mit Hilfe des Swan-Ganz-Einschwemm katheters. Die Komplikationsraten der ersten 600 Katheter (= n₁) und der weiteren 450 Untersuchungen (= n₂) bis zum 31. März 1976 sind getrennt angeführt

Bedeutung, da ein beginnendes Cor pulmonale nur in wenigen Fällen mit unblutigen Methoden diagnostiziert werden kann. In den frühesten Stadien der Druckerhöhung in der Arteria pulmonalis (z. B. bei chronisch obstruktiven Atemwegserkrankungen) versagen klinische und elektrokardiographische Untersuchungsmethoden völlig. Bei Registrierung der Druckwerte wird eine pulmonale Hypertonie in vielen Fällen erst während Ergometerbelastung manifest („latente Form des chronischen Cor pulmonale“).

Weitere Indikationen

Da die Einschwemm kathetermethode wenig belästigend und praktisch ohne Risiko ist, eignet sie sich auch zur wiederholten Anwendung innerhalb relativ kurzer Zeitabschnitte (vgl. Tab. 1). Dies ist immer dann angezeigt, wenn therapeutische Maßnahmen oder Änderungen des Schweregrades von Herzerkrankungen bewertet werden sollen. So kann der Effekt einer medikamentösen Behandlung sowohl im akuten Versuch als auch nach langfristiger Dauertherapie quantitativ erfaßt werden; dasselbe gilt für die Beurteilung des Operationsergebnisses nach kardiochirurgischen Eingriffen.

Bei Patienten mit Veränderungen am Klappenapparat kann die hämodynamische Relevanz der Läsion klinisch oft nicht ausreichend bestimmt werden. Die Befunde des Einschwemm katheters sind dann Grundlage für die Indikationsstellung zum „großen“ Herzkatheter mit angiographischen Untersuchungen und liefern ergänzende Informationen zur Operationsindikation.

Komplikationen

Wir verfügen über eine Erfahrung mit 1050 Einschwemm katheter-Untersuchungen. Davon wurde in 928 Fällen sowohl in Ruhe als auch während Fahrradergometerbelastung gemessen. Die dabei aufgetretenen Komplikationen sind in Tabelle 2 zusammengestellt. Die getrennte Betrachtung der Komplikationshäufigkeit der ersten 600 Katheter und der folgenden 450 Untersuchungen zeigt eine deutlich abfallende Tendenz mit zunehmender Erfahrung des Teams.

neu
Paspertin + Pankreon

**Paspertase programmiert
den Verdauungsablauf**

Paspertase®

- beseitigt dyspeptische Beschwerden
- substituiert Enzyme
- normalisiert die Motorik



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.L.P. und 5 mg Metoclopramid-Monohydrochlorid (Paspertin®).

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**

Besonders auffallend ist die geringe Anzahl von Rhythmusstörungen. Hierzu trägt das wichtigste Konstruktionsmerkmal des Swan-Ganz-Katheters bei, der luft- oder gasgefüllte Blockerballon. Durch ihn wird eine direkte Berührung der Katheterspitze mit dem Endokard bei der Ventrikelpassage vermieden und die auf die Endokardstrukturen einwirkende Kraft auf eine große Fläche verteilt.

Ballonrupturen führen zum Eindringen von kleinen Mengen Luft in das rechte Herz. Bei frühzeitigem Erkennen der Komplikation verläuft diese asymptomatisch und führt auch zu keinen hämodynamischen Alterationen; hingegen sollte bei klinischem Verdacht auf ein Shuntvitium CO₂ als Füllgas verwendet werden, um das Eindringen von Luft in den großen Kreislauf zu vermeiden.

Die in einigen Fällen nach der Untersuchung aufgetretenen Thrombophlebitiden am Oberarm waren ausnahmslos harmloser Art. Lebensbedrohliche Komplikationen oder bleibende Schäden wurden in keinem Fall beobachtet.

Die universellen Einsatzmöglichkeiten machen den Einschwemmkatheter zu einem festen Bestandteil in der kardiologischen Funktionsdiagnostik. Im Vergleich zu konventionellen Kathetermethoden liegt der besondere Vorteil in der Gefahrllosigkeit der Anwendung und geringen Belästigung des Patienten.

Literatur

1. FORRESTER, J. S., GANZ, W., DIAMOND, O., McHUGH, Th., CHONETTE, D. W. and SWAN, H. J. C.: Thermo-dilution cardiac output determination with a single flow-directed catheter. *Amer. Heart J.* 83, 306 (1972)
2. NECHWATAL, W., KONIO, E., EVERSMANN, A. und SALTNER, K.: Untersuchungen zur Frege der Belastungsherzinsuffizienz bei Hypertonie. *Z. Kardiol.* 64, 375 (1975)
3. ROSKAMM, H., WEIDEMANN, H., MEINECKE, B., PETERSEN, J. und REINOELL, H.: Die Olegnostik einer beginnenden Herzinsuffizienz mit Hilfe eines Einschwemmkatheterverfahrens. *Z. Kreisf.-Forsch.* 59, 119 (1970)
4. SWAN, H. J. C., GANZ, W., FORRESTER, J., MARCUS, H., DIAMOND, G. and CHONETTE, D.: Catheterization of the heart in man with use of a flow-directed balloon-tipped catheter. *New. Engl. J. Med.* 283, 447 (1970)

Anschrift des Verfassers:

Dr. med. Walter *Nechwatal*, II. Medizinische Abteilung des Städtischen Krankenhauses München-Schwabing, Kölner Platz 1, 8000 München 40

Arzt, Medizin und Öffentlichkeit*

von Otto B. Roegele

Überrascht und mit Sorge registrieren die Ärzte in unserem Land, daß ihnen aus Politik und „öffentlicher Meinung“ ein immer heftiger werdender Unmut entgegenschlägt. Wie haben sie das verdient? Warum trifft es gerade sie? Weshalb hat sich das bisher überwiegend respektvollfreundliche Klima so plötzlich verändert? Wer steckt hinter dieser „konzertierten Aktion“ gegen einen Berufsstand, dessen Zielvorstellungen, individuell wie gesellschaftlich, so eindeutig auf Heilen und Helfen ausgerichtet sind wie bei kaum einem anderen? Das sind Fragen, die sich nicht wenige Ärzte stellen, wenn sie einen Blick auf den Bildschirm oder in die Zeitung getan haben. An Politik nur mäßig interessiert, in politischem Denken nicht geschult und dies als Standesvorzug empfindend („in meinem Beruf hat man gar keine Zeit, sich um so etwas zu kümmern“), sind die meisten Ärzte geneigt, die Erklärung für den Stimmungsumschwung im Wirken finsterner Mächte, gegen die man nichts unternehmen kann, zu suchen und sich nach kurzer Denkpause wieder in die Berufsarbeit zu stürzen. Sie liefert nicht nur das beste Alibi, sondern auch Ablenkung und Gewissensfrieden.

Aber selbst solche Ärzte, die dem Problem mehr Aufmerksamkeit widmen, weil sie seine langfristigen Auswirkungen auch und gerade auf die Berufsarbeit, zumal auf die Beziehung zwischen Arzt und Patient, richtig einschätzen, stehen ihm oft ratlos gegenüber. Einer der Gründe hierfür ist das besondere, nicht sehr flexible Verhältnis des Arztes zur Öffentlichkeit als Begriff und als Dimension unseres modernen Lebens. Das hat mehrere Gründe, gute und weniger gute.

Schweigehaltung und Öffentlichkeitsscheu

Zu den besten Gründen gehört, daß der Arzt sich angewöhnt hat, sein Berufsgeheimnis mit besonderer Sorgfalt zu wahren, und zwar nicht nur, weil ihm das durch überlieferte Standesethik auferlegt und durch geltendes Recht zur Pflicht gemacht wird, sondern vor allem deshalb, weil er Verschwiegenheit als unentbehrliche Grundlage der Arzt-Patient-Beziehung und damit des erfolgreichen ärztlichen Handelns selbst erfahren hat. Diese Verschwiegenheit umfaßt nicht nur die Summe der einzelnen, ihm als Arzt anvertrauten oder bekanntgewordenen Sachverhalte; sie geht weit darüber hinaus, sie ist zu einer Haltung, zu einem Habitus des Arztes geworden. Wer so gründlich schweigen gelernt hat, wer so viel Respekt vor dem Segen des Für-sich-Behaltens auch ganz unverfänglicher, ja sogar erfreulicher Tatbestände in sich aufgebaut hat, tut sich verständlicherweise sehr schwer, in anderen Zusammenhängen und in anderen Lebensbereichen die Segnungen größtmöglicher Publizität zu erkennen und auszunutzen.

Wenn Schweigen zu den Grundhaltungen des Arztes gehört und gehören muß, weil Vertrauen ein unentbehrlicher Heilungsfaktor und Vertrauen ohne Berufsgeheimnis nicht denkbar ist, wenn diese Ausrichtung des Arztes auf die Person, das Individuum, seine private, ja intime Sphäre unbedingt beizubehalten ist, dann muß der richtige Umgang mit der Öffentlichkeit im Kontrast zu dieser Grundhaltung gelehrt und gelernt und in seinen Grenzen deutlich markiert werden. Während seiner gesamten Ausbildungszeit hat der Arzt das Allgemeine der Krankheit am einzelnen Kranken untersucht und studiert. Diese Art des

*) Aus „Therapie der Gegenwart“, 11/1975, Verlag Urban & Schwarzenberg, München.

Lernens hat ihn geprägt. So fällt es ihm schwer, Öffentlichkeitsarbeit zu verstehen und einzuüben, die vom Einzelfall völlig abstrahieren und eben gerade das in den Mittelpunkt rücken muß, was über das Individuum hinausgeht, was von allgemeiner Bedeutung, von „gesellschaftlicher Relevanz“ ist. Aber auf diese Unterscheidung kommt es an.

Nicht von der eigenen Sache reden?

Ein anderer, schon weniger guter Grund liegt in der weitverbreiteten Überzeugung, über die „eigene Sache“ solle man nicht reden. Der vielbeschäftigte Arzt lebt in der berechtigten Meinung, er habe mehr als sein Soll erfüllt, wenn er sich für seine Patienten nicht nur nach Vorschrift und im Rahmen festgesetzter Dienststunden, sondern bis zur Erschöpfung seiner Zeit und seiner Kräfte eingesetzt hat. Er reagiert unwirsch, wenn ihm dann auch noch zugemutet wird, über seine Verdienste zu sprechen, für sich und seinen Stand „Reklame zu machen“, gar sich gegen Angriffe von Leuten zu rechtfertigen, die von seiner Arbeitsleistung, seinem Verantwortungsdruck u. e. keine zutreffende Vorstellung haben (können). Unterschwellig trägt dazu bei, daß Ärzte bei uns ganz offiziell gehalten sind, keine Werbung zu treiben. Daran soll auch nichts geändert werden. Nur — es handelt sich um verschiedene Ebenen. Die Werbung von potentiellen Patienten für die eigene Praxis ist etwas anderes als Werbung im Sinne von „public relations“ für den Berufsstand.

So begreiflich es ist, wenn Ärzte der Ansicht sind, für die Wahrnehmung der Standesinteressen, für die Öffentlichkeitsarbeit der Ärzteschaft und für die Werbung um das Verständnis der Öffentlichkeit für die Besonderheiten des Arztberufs seien die hauptberuflichen Funktionäre der Standesorganisationen zuständig und auch ausreichend — diese Ansicht ist unzutreffend.

Feindbild und personale Erfahrung

Aus Untersuchungen, die das Bild der Unternehmer in der „öffentlichen Meinung“ analysieren, wissen wir inzwischen ziemlich genau, welche seltsamen Wege die Meinungsbildung geht. Fragt der Untersucher

ganz allgemein nach dem „Unternehmer-Image“, erfährt er von den meisten seiner Interviewpartner ungefähr das, was Gewerkschaften, deren Presse, Arbeiterpolitiker und andere Kritiker der Unternehmerschaft landauf, landab vorbringen. Bezieht der Interviewer seine Fragen jedoch nicht abstrakt-allgemein auf eine anonyme Unternehmerschaft, sondern auf den einzelnen, in Person bekannten Wirtschaftler, auf den jeweiligen Chef, Betriebsleiter, Eigentümer, dann fällt das Insgesamt der Antworten anders aus. Vom eigenen Boß haben die meisten Befragten eine sehr positive Meinung, die sie auch einleuchtend begründen können. Daß sie zwischen dieser Selbsterfahrung und der von ihnen übernommenen Feindbildpropaganda aus der politischen Debatte nicht von selbst eine Beziehung herstellen, daß sie den Gegensatz erst bemerken, wenn sie darauf angesprochen werden — und dann in der Regel mit Verblüffung reagieren —, gehört zu den Rätseln unseres Zeitalters, das sich zwar sehr aufgeklärt vorkommt, aber nur deshalb, weil es die vielen Dunkelzonen seines Bewußtseins nicht zur Kenntnis nimmt.

Man darf wohl die hier geschilderten Mentalitätsverhältnisse — *mutatis mutandis* — auf die Ärzte übertragen. Auch sie sollten sich vor dem Irrtum hüten, die „Imagepflege“ könne getrost den ehrenamtlichen und besoldeten Standesvertretern überlassen bleiben. Das Bild, das sich die breite Öffentlichkeit vom Arzt (als Typ) macht, wird entscheidend bestimmt durch die Summe der Bilder, die Millionen einzelner aufgrund eigener Begegnungen mit Ärzten, durchaus nicht nur in Klinik oder Praxis, in sich tragen. Die leibhaftige Realität der Arztpersönlichkeit, die sich der Erinnerung eingepägt hat, dürfte in der Regel sogar wirksamer sein als die in der öffentlichen Polemik gegeneinandergestellten Ideal- und Feindbilder.

Warum nicht über Geld sprechen?

Schließlich muß noch erwähnt werden, daß viele Ärzte sich scheuen, aus der Schweige-Haltung herauszutreten, weil sie — möglicherweise nach entsprechenden Erlebnissen — sich der Rhetorik und Dialektik der Partner und Gegner nicht gewachsen fühlen, weil sie fürchten, in der

Arena mit Dreck beworfen zu werden, und weil sie eine eigentümliche Scheu haben, vom Geld zu reden.

Nun ist es freilich so, daß es gar nicht mehr im Belieben der Ärzte liegt, ob sie eine öffentliche Debatte wünschen oder nicht, ob sie daran teilnehmen wollen oder nicht und ob vom Geld geredet werden soll oder nicht. Die Debatte ist längst im Gange, das Geld bildet einen ihrer Hauptgegenstände, und wenn die Ärzte sich an ihr nicht in ausreichendem Maß und mit ausreichender Wirkung beteiligen, ist mit an Sicherheit grenzender Wahrscheinlichkeit zu erwarten, daß sie sich gegen sie entscheiden wird.

Hier liegt der Punkt, an dem eine kritische Überprüfung auch der Öffentlichkeitsarbeit der Standesorganisationen einsetzen müßte. Aus der Defensive zu agieren, immer nur zu antworten, wenn man gefragt wird, stets nur zu argumentieren, wenn ein Angriff erfolgt ist — das kann heutzutage nicht als sachgerechte Öffentlichkeitsarbeit betrachtet werden. Erste Voraussetzung einer solchen ist eine aktive Informationspolitik, die sich die Themen der Auseinandersetzung nicht von anderen vorschreiben läßt, sondern selbst solche zur Erörterung stellt.

Der in Bielefeld lehrende Soziologe Niklas Luhmann hat in einem Aufsatz über die Eigentümlichkeiten des Kommunikationsprozesses in modernen (komplexen) Gesellschaften gezeigt, wie sehr es darauf ankommt, die begrenzte Kapazität an öffentlicher Aufmerksamkeit für bestimmte Themen zu gewinnen, wenn man die „öffentliche Meinung“ beeinflussen und damit Entscheidungen vorbereiten will. Da der Vorrat an Aufmerksamkeit nicht beliebig vergrößert werden kann, hat stets nur eine bestimmte Zahl von Themen die Chance, öffentlich erörtert zu werden. Die Themen sind es auch, die in einem recht weitgesteckten Rahmen bereits vorwegnehmen, wer bei dieser Debatte Gewinne machen kann: Solange alle Welt an die Notwendigkeit und Möglichkeit von Reformen glaubte, nahmen Parteien, Politiker und Programme, die solche Reformen verhießen, schon allein dadurch viele Zeitgenossen für sich ein. Seitdem hauptsächlich von der Leere in öffentlichen Kassen, von Inflation und Arbeitslosigkeit — zum Teil als

Folgen von Reformprojekten – die Rede ist, bläst der Wind diesen Parteien und Politikern ins Gesicht.

Solange die bildungspolitische Debatte von Stichworten wie Abiturienten-Defizit im internationalen Vergleich, Gründung neuer und Ausbau bestehender Universitäten, Hebung des Bildungsniveaus beherrscht wurde, segelten „progressive“ Politiker im Aufwind. Seitdem Themen wie Akademikerüberschuß, Lehrerschwemme, Versagen der Auslesemechanismen, Absinken des Leistungsniveaus, Numerus-clausus-Schäden diskutiert werden, seitdem überdies entdeckt wurde, daß die ganz auf Hochschulen und Gymnasien ausgerichtete „Bildungsreform“ den gesamten Bereich der beruflichen Bildung (und damit die große Mehrheit der jugendlichen Bevölkerung) völlig vernachlässigt hatte, sehen sich die eher konservativ-evolutionären Richtungen begünstigt.

Der Umschlag trat jeweils ein, obwohl sich weder an den handelnden Gruppen und Personen noch an den Tatsachen und grundsätzlichen Meinungspositionen etwas Wesentliches verändert hätte. Was sich dagegen verändert hat, ist der Stellenwert dieser Themen in der öffentlichen Debatte.

Auf die Themen kommt es an

Unter den Ursachen, die diesen hohen Rang der Themenwahl bedingen, ist der Umstand bemerkenswert, daß die „Karriere eines Themas“ in der Öffentlichkeit in der Regel einen bestimmten Verlauf nimmt. Wie es ubiquitäre Krankheitserreger gibt, deren Pathogenität von einer Reihe äußerer Faktoren abhängt, so machen auch fast alle Themen, die es eines Tages zur Ehre von Schlagzeilen in der Presse oder zu Bildschirmensationen bringen, lange Latenzzeiten durch. Fachleute wissen längst von ihnen, in Fachzeitschriften, auf Akademietagungen, in kleinen Kreisen werden sie jahrelang besprochen, ohne daß die breite Öffentlichkeit von ihnen Notiz nimmt. Oft ist ein spektakuläres Ereignis nötig, um ein größeres Aufmerksamkeitspotential zu aktualisieren; solche Ereignisse können übrigens durchaus artifiziell sein – man denke etwa an die Selbstbeziehungsaktion der französischen Abtreibedamen, durch die eine in-

ternationale Erörterung der Problematik des strafrechtlichen Schutzes des werdenden Lebens ausgelöst wurde. Wie lange, wie intensiv und mit welcher Heftigkeit diese Themen diskutiert werden, hängt natürlich vor allem von der Stärke der Interessen, vom weltanschaulich-politischen Engagement, von der politisch-taktischen Verwertbarkeit ab, aber auch von der „Feldstärke“ der nachdrängenden Themen. Den Höhepunkt in der „Karriere eines Themas“ bildet oft eine Parlamentsdebatte; dabei muß es sich zeigen, ob das jeweils damit befaßte Parlament seine Artikulationsfunktion tatsächlich erfüllt, ob die verschiedenen Standpunkte so vorgetragen werden, daß die Wahlbürger sich von ihnen repräsentiert fühlen können, ob nichts Wichtiges verschwiegen oder bagatellisiert wird – kurz: ob das Gewitter des parlamentarischen Streites die Atmosphäre klärt, die Möglichkeiten des Consensus sichtbar und damit Entscheidungen plausibel macht, die allen zugemutet werden können.

Wenn es aber so ist, daß die Wahl der Themen schon weitgehend über den Ausgang der Debatte entscheidet, weil sich mit bestimmten Themen bestimmte Vorstellungen verbinden, Urteile und Vorurteile, Sympathien und Antipathien, Emotionen und Allergien; wenn es so ist, daß die Entscheidung über die Wahl der Themen fällt, längst bevor Experten das Für und Wider begründen, Parteien ihre Stellungnahmen aushandeln und formulieren, Kirchen und Verbände sich dazu äußern können; wenn es so ist, dann muß auch eine Standesorganisation ihre Öffentlichkeitsarbeit in erster Linie auf einer aktiven Informationspolitik aufbauen, die aus eigener Initiative Themen aufwirft, das Feld der Auseinandersetzung zumindest mitbestimmt und nicht immer nur dort und (zwangsläufig) mit Verspätung auftaucht, wo andere bereits ein Spiel eröffnet haben.

Was heißt „aktive Informationspolitik“?

Aktive Informationspolitik braucht nicht aggressiv zu sein, obwohl es bei gewissen Gelegenheiten angezeigt sein dürfte, auch einmal offensiv zu werden. Warum hängen die Ärzte in ihren Wartezimmern nicht zum Beispiel ein Plakat auf, das

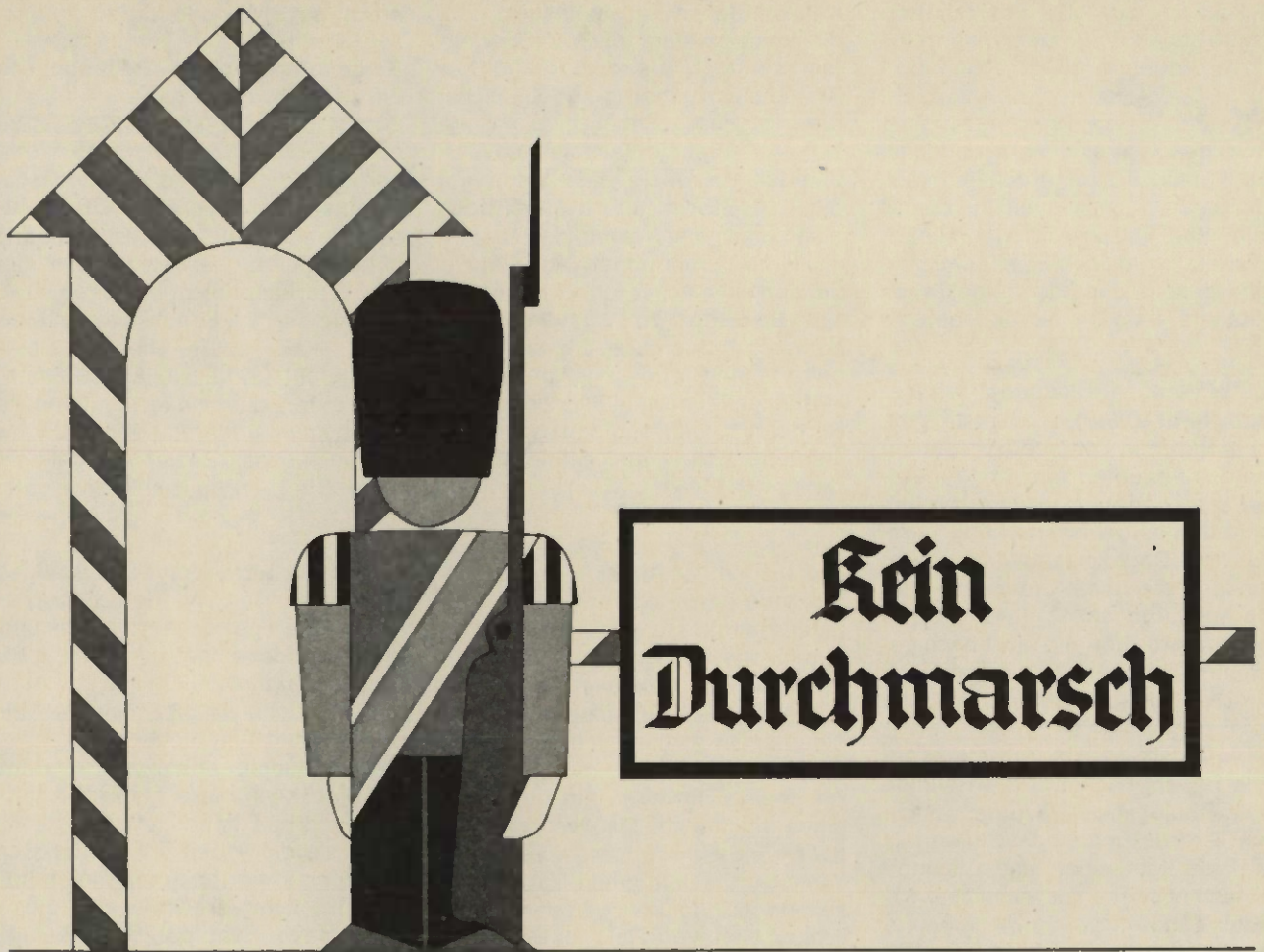
ohne Kommentar auf die Gagen von Stardirigenten, Filmschauspielern, Opernsängern, Quiz-, Talk- und anderen Fernsehmeistern sowie Fußballern hinweist und dabei Roß und Reiter nennt, das heißt Namen und Zahlen? Auch einem von der Propaganda gegen Millionenhonorare von Chefärzten beeindruckten Patienten dürfte es einleuchten, daß eine Abendgag von DM 15000 den Vergleich mit einem Operationshonorar von DM 3000 aushalten kann, zumal schwer einzusehen ist, daß ein Opertenauftritt ein so viel höheres Maß an Ausbildung, Erfahrung, Konzentration, Wissen, Können, Anstrengung, Verantwortung und Risiko erfordern sollte als eine große Operation. Ganz zu schweigen von den Riesensummen für Hit-„Sänger“, die offenkundig gar nicht singen können, für Fernsehunterhalter, die nur gähnende Langeweile, wenn überhaupt etwas ausstrahlen, und für Schauspieler, die nur sich selbst darstellen können.

Aktive Informationspolitik meint nicht unter allen Umständen, ja nicht einmal in der Regel, offensives oder defensives Vorgehen, sondern die schlichte Benachrichtigung der Öffentlichkeit über das, was geschehen ist, um Fakten aus erster Hand zu vermitteln, das eigene Urteil der Staatsbürger zu ermöglichen und Fehlinformationen zuvorkommen.

Die Aufgaben der Medizinjournalistik

Neben einer solchen, in der Regel an der Aktualität orientierten Informationsgebung und neben der vorhin beschriebenen Selbstdarstellung des Arztes muß noch eine dritte Form des Kontakts zwischen Ärzteschaft, Medizin und Öffentlichkeit mit Vorrang betrachtet werden: die Medizinjournalistik. Auch auf diesem Gebiet sind Hemmungen zu beseitigen, Barrieren zu öffnen, vielleicht sogar Barrikaden abzubauen, und zwar auf allen Seiten.

Viele Ärzte seufzen über die Schwierigkeiten, die es ihnen bereitet, mit Patienten umgehen zu müssen, die statt unerschöpflichen Zutrauens in die Kompetenz der Heilkunst eine Fülle halbverstandener, vielleicht sogar halbrichtiger Informationen über Krankheiten, Behandlungsmethoden und Medikamente in die Sprechstunde mitbringen, die den Arzt in



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



KNOLLAG Chemische Fabriken 6700 Ludwigshafen

gelegentlich komische, jedenfalls aber zeitraubende Debatten verwickeln und zuweilen unerschütterliche Vorstellungen über das ihnen zu Verordnende erfüllt sehen wollen. — Daß Ärzte nach wie vor sehr unbekümmert jene Presseerzeugnisse in den Wartezimmern auflegen, damit finanzieren und den Patienten empfehlen, durch welche dieses Halb- und Falschwissen vorzüglich verbreitet wird, gehört ebenfalls zu den Rätseln unseres aufgeklärten Zeitalters. — Was ist dagegen zu tun?

Daß es jene „vertrauende Unwissenheit“ (Max Müller) nicht mehr gibt, die in früheren Zeiten die Beziehungen des Patienten zum Arzt für beide Partner so einfach gemacht hat, sollte den naturwissenschaftlich geschulten Doctor medicinae nicht wundern. Nachdem die verschiedenen Aufklärungswellen mit tatkräftiger, erfolgreicher und nicht hoch genug zu lobender Hilfe der naturwissenschaftlich orientierten Medizin die Wissenschaft unter das Gesetz des empirisch-kausalen Denkens gestellt haben, nachdem die Religion „entmythologisiert“ wurde, nachdem Kirchen und Hochschulen, als für diese Lebensbereiche zuständige Institutionen, vor einer permanenten (und oft genug inkompetenten) Kritik nicht mehr geschützt sind, ist nicht einzusehen, weshalb ausgerechnet die Medizin und die Ärzteschaft einer Ausnahmeregelung unterliegen sollten. Wenn Zeus und Athene aus dem Olymp vertrieben worden sind, kann ein einsamer Altar für Asklepios nicht mehr verlangt werden.

Mehr, aber verantwortete Aufklärung

Wenn irgendwo, dann gilt hier, daß historische Prozesse mit weltanschaulichem Hintergrund sich nicht zurückdrehen lassen — und auch gar nicht zurückgedreht werden sollen. Die krisenhaften Zustände unserer Gegenwart lassen sich nur durch Bewegungen überwinden, die vorwärts gerichtet sind. Die Aufklärung auch über medizinische Gegenstände kann und soll nicht reduziert, wohl aber vervollständigt, korrigiert und verbessert, den Bedürfnissen angepaßt werden. Dabei geht es darum, daß die alte Unwissenheit, der alte (Volks-)Aberglaube nicht durch neue Mythologeme, die häufig aus vorzeitigen Erfolgsberichten

ungeduldiger Mediziner erwachsen, ersetzt wird, obwohl es eine unausrottbare Menschheitssehnsucht gibt, die immer wieder nach Zaubermitteln verlangt, die dem Elend der Krankheit schlagartig und möglichst ohne eigenes Bemühen ein Ende setzen — weshalb Bamfolin und Akupunktur, so wenig man beide auf dieselbe Stufen stellen kann, doch dies gemeinsam haben, daß sie weniger als Erfindungen der Sensationspressemacher oder der Medizinaußenseiter zu verstehen sind denn als Phänomene, die den Heilerwartungen der angstvollen und leidenden Menschheit antworten als Produkte „anthropologischer Konstanten“ also — und mithin unausrottbar sind.

Der Medizinjournalistik kommt in diesem Prozeß einer verantworteten, klug dosierten Aufklärung eine Schlüsselrolle zu. Sie sind kundige Mittler zwischen Wissenschaft und Publikum, und zwar nach beiden Richtungen. Diese Aufgabe hat ihre eigenen Gesetze, auch ihre eigenen Probleme. Daß Ärzte über ihren Beruf lieber schweigen als reden, ist eines von ihnen. Daß Journalisten über ein Selbstwertgefühl verfügen, das sich zu einem guten Teil auf ihre selbstgewählte, aber von der Öffentlichkeit bestätigte Rolle als Beobachter, Kritiker und Beurteiler der übrigen Menschheit gründet, ist ein anderes. — Die hier geschilderte, um der Deutlichkeit der Darstellung willen überspitzte Dichotomie sollte Ärzten nicht unbegreiflich sein; von der spezifischen Weltsicht der Chirurgen wird, gleichfalls etwas überspitzt, behauptet, sie teilten die Menschheit ein in solche, die operieren, und in solche, die sich operieren lassen; und es ist in der Tat stets von besonderem und zuweilen prickelndem Interesse für die ärztliche und nichtärztliche Umgebung, wenn ein Chirurg operiert werden muß, wen er sich da aussucht, denn einen bewelskräftigeren Ausdruck fachlichen und menschlichen Vertrauens kann man sich schwer vorstellen als diesen, selbst wenn die Überlebenden das Ergebnis gelegentlich eher mitleidvoll oder auch ironisch kommentieren müssen.

Dieses Selbstwertgefühl hilft den Journalisten, manches Ungemach ihrer Berufarbeit mit größerer Fassung zu ertragen, wissen sie sich doch im Dienste einer überpersönlichen Aufgabe, unter dem Regen-

bogen eben jener „öffentlichen Aufgabe“, von welcher der Gesetzgeber so oft spricht, ohne sie zu definieren. Die — freilich vergängliche — Farbenpracht dieses Regenbogens ist es auch, die Journalisten dafür entschädigt, daß sie nicht selbst zu den „Machern“ gehören, daß Politiker und Wirtschaftler, Verbandspräsidenten und Bischöfe sich in entscheidenden Augenblicken als ganz unbeeinflussbar erweisen und die Welt überhaupt nicht immer so läuft, wie sie nach journalistischer Meinung laufen sollte. Dieses Selbstwertgefühl führt zuweilen zu Zusammenstößen, die man sich auf andere Weise kaum erklären könnte. Davon ist auch das Beziehungsgeflecht Ärzteschaft — Publizistik nicht ganz frei.

Dem steht nicht entgegen, daß es zwischen Ärzten und Medizinjournalisten eine spezifische, berufs- und gegenstandsbedingte Affinität gibt. Das kommt nicht allein von der Ausbildung, denn es gibt tüchtige Medizinjournalisten, die kein reguläres Medizinstudium absolviert, sondern ihre Fachkenntnisse als Autodidakten erworben haben. Ärzte sollten, wenn sie die Arbeit der auf ihr Gebiet spezialisierten Journalisten beurteilen, nicht vergessen, daß diese mindestens zwei paradoxe Fähigkeiten in sich vereinigen müssen: den Lerneifer des Staatsexamenskandidaten, der es ihnen erlaubt, mit eigener Kraft selbst in schwierige Forschungsgebiete einzudringen, die vielleicht zur Zeit des eigenen Medizinstudiums noch nicht ausgebildet waren, und zugleich jene erfahrungsgesättigte kritische Distanz gegenüber behaupteten und vermuteten Ergebnissen, die es ihnen erlaubt, die Spreu vom Weizen zu sondern, und die es verhindert, daß sie zu Transporteuren von Falschmeldungen, Eitelkeiten, Selbstreklame und schlichter Spinnerei gemacht werden.

Richtige und falsche Erwartungen

Ärzte sollten und dürfen von Medizinjournalisten erwarten, daß diese eine zutreffende, einigermaßen vollständige und durchweg für Laien verständliche Information über ihr jeweiliges Thema liefern. Zweierlei dürfen sie jedoch nicht verlangen: ärztliche Fortbildung und eine Rundumverteidigung ärztlicher Standesinteressen.

Ärztliche Fortbildung, soweit sie sich der Druckmedien bedient, ist und bleibt die Domäne des Buches und der Fachzeitschrift. Natürlich schließt das nicht aus, daß ein Medizinjournalist, wenn er für ein Fortbildungsthema zuständig ist, darüber in der Fachpresse schreibt; aber die Regel dürfte das nicht sein. Die Gefahr von Mißverständnissen und Mißdeutungen ist eher dort gegeben, wo der Arzt in einer für das breite Publikum verfaßten Abhandlung Anstöße zu eigenen Weiterbildung wahrnimmt, dann aber die von ihm gewünschte Vertiefung vermißt. Die Grenzen sind hier überdies fließend; es gibt Aufsätze in großen Tageszeitungen, die der ärztlichen Fortbildung durchaus wirksam dienen, dafür meist weit über die Verständnissgrenze der Laienleser hinausgehen.

Rundumverteidigung der Standespolitik?

Schwieriger ist es mit der Erwartung der Ärzte, daß die mit ihrem Metier besonders verbundenen Journalisten auch die ärztliche Standespolitik zu vertreten hätten. Der Grund ist ebenso einfach wie rührend: Da Ärzte doch nur das Beste für alle wollen, können Leute, die – wie die Medizinjournalisten – fachkundig sind, doch gar nichts anders tun, als die ärztliche Standespolitik mit ihren Berichten und Argumenten stützen.

Medizinjournalisten besitzen aber ihre eigenen, sogar recht unterschiedlichen Ansichten über den gesamtgesellschaftlichen Rang und die „Sozialnützlichkeit“ der von der ärztlichen Standespolitik angestrebten Ziele. Von den Methoden, die

bei der Verfolgung dieser Ziele angewandt werden, haben diejenigen Medizinjournalisten, die mit den Zielen übereinstimmen, womöglich noch unterschiedlichere Ansichten. Dem einigermaßen Kundigen bleibt nicht verborgen, daß die Gleichung „ärztliche Standesinteressen“ und „Standespolitik der ärztlichen Berufsorganisationen“ nicht immer aufgeht.

Jedenfalls können Medizinjournalisten nur dann, wenn sie in der Lage sind, die jeweilige ärztliche Standespolitik als hilfreichen Beitrag zu einer allgemeinen Gesundheitspolitik zu begreifen, guten Gewissens und mit dem nötigen Engagement für diese eintreten. Nur dann kann die Argumentation auch überzeugend durchgeführt werden. Um mit einem Beispiel zu verdeutlichen, was gemeint ist: Wenn Medizinjournalisten die ärztliche Niederlassungsfreiheit zugleich als ein Element der Freiheit aller, zumal der freien Arztwahl, erkennen und darstellen können, werden sie diese und das von ihnen dazu Dargelegte wirksam vertreten können.

Das ist nicht in opportunistisch-kurzschlüssigem Sinne zu verstehen. Der Medizinjournalist muß zuweilen auch den Mut haben, seine Autorität für eine von ihm als richtig erkannte Sache zu strapazieren, wenn er damit zunächst nicht auf Verständnis und Gegenliebe stößt. Ein Medizinjournalist, der durch das Studium der Kranken- und Krankenhausstatistiken, durch eigene Erfahrung, durch Gespräche mit Ärzten und ein gewisses Maß von Nachdenken zur Einsicht gelangt ist, daß eine – vielleicht nach den Einkommensverhältnissen abgestufte –

Selbstbeteiligung des Versicherten an den Kosten seiner Heilung diese selbst fördert und beschleunigt, darf sich durch den Sturm der Entzündung, der ihm entgegenschlagen könnte, nicht davon abhalten lassen, für diese Einsicht einzutreten. Auch nicht durch den Vorwurf, er präsentiere einen Ladenhüter der Sozialpolitik; daß ein Vorschlag schon einige Male vergeblich eingebracht wurde, weil eine festgefügte Front von Gegnern ihn abwürgte, spricht weder gegen die Güte des Vorschlags noch gegen ein Gelingen beim nächsten Versuch; leere Kassen fördern die Einsicht. Aber auch nicht durch den Vorwurf, er betreibe soziale Demontage und wolle nur diese Kassen sanieren; gegen solche Mißverständnisse muß er sich rechtzeitig absichern, indem er keinen Zweifel daran läßt, daß die Stärkung des Heilungswillens für ihn das erste, die Verbesserung der Situation der Krankenkassen frühestens das zweite Argument ist. Die Liebe, so sagt man, geht durch den Magen; die Gesundheit geht zwar nicht durch die Brieftasche, aber eine kräftige angeborene Kollaterale führt da hindurch. Die Selbstbeteiligung halte manchen wirklich Kranken vom Arzt ab? Wer dieses Argument noch verwendet, kann die Statistik unserer Vorsorgeuntersuchungen nicht gelesen haben. Bei diesen gibt es keine Kosten für den Versicherten, an Aufklärung über die Nützlichkeit gebriecht es nicht; trotzdem wird in einem erstaunlich geringen Maß von ihnen Gebrauch gemacht. Warum? Weil es am Gefühl, krank zu sein, fehlt. Andersherum: Wer den Verdacht hat, daß ihm etwas fehlt, geht auch dann zum Arzt, wenn er etwas bezahlen muß. Es mag hartherzig klingen, ist aber wohl nicht unrich-

Lentinorm schärft die Sinne.

Zusammensetzung:

1 Dragée enth.: Vit. A 2500 I.E., Vit. K 0,5 mg, Vit. - B₁ - chloridhydr. 1 mg, Vit. B₂ 0,5 mg, Vit. C 5 mg, Gland. 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:

Jadüberempfindlichkeit.

Dosierung:

2-3mal täglich 1 Dragée.

Handelsform:

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



Indikation:

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

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



Chemische Fabrik Jade GmbH
2000 Hamburg 20
Salomon-Heine-Weg 48

Arzneimittelsicherheit:

Aminophenazonaustausch

Die Krewel-Spezialitäten

Migräne-Kranit® Tabl.

Ergo-Kranit®

Asthmo-Kranit®

Chinin-Veralgit®

Colfeo-Veralgit®

Dysmenalgit®

enthalten seit April dieses Jahres kein Aminophenazon mehr.

Der Hersteller tauschte es aus Gründen der Arzneimittelsicherheit gegen indikationsspezifische äquivalente Analgetika aus. Er folgte damit unverzüglich einer Empfehlung des Bundesgesundheitsamtes.

tig, wenn man hinzufügt: Der Gedanke an die Rechnung beschleunigt den Heilungsprozeß wahrscheinlich in einer größeren Zahl von Fällen, als er krankmachend oder krankheitsverlängernd wirkt – von den prophylaktischen Wirkungen dieses Gedankens ganz zu schweigen.

Der Arzt als Journalist

Zum Kapitel „Medizin und Öffentlichkeit“ gehört auch die schriftstellerische und journalistische Tätigkeit des Arztes. Gewohnt, sich über seinen Beruf überwiegend mit Ärzten zu unterhalten, findet der Arzt es oft schwierig, medizinische Sachverhalte allgemeinverständlich auszudrücken. Das gilt übrigens auch für das Gespräch mit Patienten und deren Angehörigen, zum Beispiel für die „Risiko-Aufklärung“, die das geltende Recht verlangt und die so ambivalente Effekte hervorbringen kann – wie die aus Amerika importierte Neigung, ärztliche „Kunstfehler“ einzuklagen, mit der Folge, daß immer mehr Ärzte risikoreiche Eingriffe ablehnen, womit den davon betroffenen Patienten gewiß nicht geholfen ist.

Der Arzt hat es aber auch deshalb in Deutschland schwerer als anderswo, wenn er zur Feder greift, um über ein Thema aus der Medizin zu schreiben, weil die Tradition einer auf Verständlichkeit angelegten Wis-

senschaftsschriftstellerei bei uns nicht sehr weit entwickelt ist. Bei uns existiert eine eher entgegengesetzte Tradition: Victor v. Weizsäcker pflegte zu sagen, eine Habilitation müsse, um den Beifall der Fachgenossen zu finden, grammatisch klar, stilistisch korrekt und inhaltlich unverständlich sein. Das gilt nicht bloß für den Universitätsbetrieb. Während in den angelsächsischen Ländern die bedeutendsten Gelehrten sich nicht zu schade sind, hin und wieder ein Buch oder einen Artikel für Nichtfachleute zu schreiben, während in Frankreich kein Wissenschaftler gute Rezensionen erwarten kann, wenn er nicht in den klassischen Regeln entsprechendes Französisch schreibt, gilt es in Deutschland als ein Ausweis besonderer Gelehrsamkeit, wenn der Autor ein eigenes, vom Umgangdeutsch möglichst abgesondertes Idiom benutzt. Zugegeben: Solche Sondersprachen tragen dazu bei, daß sich Schulen und Jüngerschaften bilden, die sich schon an der Art, zu reden, erkennen. Sie helfen auch bei der dann erwünschten Abgrenzung gegenüber der sonstigen wissenschaftlichen Welt. Aber der Verständlichmachung wissenschaftlicher Inhalte dienen sie gewiß nicht und sie wirken zumal dann befremdlich, wenn ihre Benutzer behaupten, der Öffentlichkeitscharakter von Wissenschaft sei ihr besonderes Anliegen.

An den Vegetationsspitzen der Forschung mag es vorkommen und le-

gitim sein, daß nur ein halbes Dutzend von Spezialisten versteht, um was es geht, und sachverständig mitsprechen kann. Um solche exponierte Lagen handelt es sich in unserem Zusammenhang aber nicht; sie können daher hier außer Betracht bleiben. Wo der Arzt jedoch als Adressat seiner Aussagen eine breite Öffentlichkeit im Auge hat, sich aber nicht zutraut, die ihr gemäße Ausdrucksweise zu beherrschen, kann er sich mit einem gleichfalls kooperationswilligen Medizinjournalisten zusammentun. Solche Teamarbeit wird um so nützlicher sein, je besser beide in ihrer Denk- und Arbeitsweise aufeinander eingestellt sind. Dabei wird die „Sprachbarriere“, an der manche gutgemeinte Publikation scheitert, innerhalb des Teams abgebaut, so daß der Leser ein Produkt in die Hand bekommt, das ihm zwar nicht die Mühe des Lesens und den Willen zum Verstehen abnimmt, wohl aber die durchaus vermeidbare Benutzung eines Fachwörterlexikons.

Solches Bemühen um Verständlichkeit und um die richtige Art von Aufklärung ist heute um so mehr geboten als das Gewisseste, was man über die Zukunftsentwicklung der Medizin und unserer Gesundheitspflege sagen kann, die Prognose ist: Es wird alles noch viel komplizierter werden, als es heute schon ist. Die Spezialisierung wird zunehmen, der Anteil der Technik, der Mathematik, der inframolekularen Chemie usw. wird wachsen. Die Möglichkeit, die elektronische Datenverarbeitung für Diagnostik und Therapie einzusetzen, wird vielleicht manchen Arbeitsvorgang beschleunigen und viele sicherer machen, aber auch sie wird die Komplexität des Ganzen, die Undurchschaubarkeit und Erklärungsbedürftigkeit eher steigern als verringern. Deshalb müssen die Instrumente vermehrt und geschärft werden, die dem Abbau von Komplexität, der Durchschaubarkeit und der Erklärung dienlich sind. Das wird nur gelingen, wenn Ärzte und Journalisten, wenn Fachleute für Medizin und Fachleute für Öffentlichkeitsarbeit, wenn Medizinwissenschaftler und Kommunikationswissenschaftler zusammenarbeiten.

Anschrift des Verfassers:

Professor Dr. phil., Dr. med. Otto B. Roega/a, Nymphenburger Straße 169, 8000 München 19

Klassische Dermatologie in heutiger Darstellung

55. Fortbildungstagung für Ärzte in Regensburg

Professor Dr. G. W. Korting, Mainz:

Einführung

Die Dermatologie ist von jeher ein exemplarisches Querschnitts- und Verbindungsfach. Keineswegs ist das Hautorgan nur Spiegel innerer Krankheitsvorgänge, und die moderne Dermatologie erschöpft sich auch nicht in optischer Information oder rein morphologischer Deskription, für die dann auch keine Therapie möglich wäre. Nicht die, wenn auch so wichtigen Randfächer, wie Phlebologie, Proktologie, Andrologie, Mykologie o. ä., sollen besprochen werden, sondern im wesentlichen die klinischen „Riesen“, wie etwa das Ekzem, die Psoriasis und die Akne. Dabei soll aufgezeigt werden, in welchem hohem Maße zu der ursprünglich vorzugsweise morphologischen Deskription nunmehr moderne Pathophysiologie und Ätiologieforschung, sowie endlich auch eine unbestreitbar effiziente Allgemein- und Lokaltherapie getreten sind.

Professor Dr. H. Holzmann, Mainz:

Neue Aspekte der Psoriasis-Krankheit

Die Schuppenflechte kann in jedem Lebensalter auftreten, beide Geschlechter werden gleichhäufig befallen und von einem unterschiedlichen Vorkommen bei verschiedenen Rassen wird berichtet. Unbestritten ist die Erbllichkeit der Disposition zur Psoriasis, jedoch ist es bis heute nicht gelungen, den genetischen Defekt klar zu charakterisieren. Zur Realisation der Krankheit sind Umwelteinflüsse in Form exogener Provokationsmethoden, wie mechanische, thermische, aktinische Reize, wie vorangegangene Dermatosen und endogene Faktoren, wie Infektionskrankheiten, psychische Stö-

rungen, endokrine Einflüsse, Alkohol- und verschiedenste Pharmaka verantwortlich. Aufgrund der Tatsache, daß bestimmte Transplantations- bzw. Histokompatibilitätsantigene mit Psoriasis überzufällig häufig korreliert sind, wird in der Pathogenese eine immunologische Reaktion vermutet. So besteht z. B. bei der Arthritis psoriatica eine positive Syntropie mit HL-A 27, im Gegensatz zur chronischen Polyarthrit. Von biochemischer Seite gibt es einmal Hinweise dafür, daß bei der Psoriasis eine Störung im Dehydroepiandrosteron-Stoffwechsel vorliegt und zum anderen ein Defekt des Adenylcyclase-Systems besteht. Hinweise auf eine Allgemeinerkrankung des manifesten Psoriatikers geben u. a. humorale Parameter, wie erhöhte Harnsäure, erniedrigter DHEA- und gesteigerter Androstendiolgehalt im Plasma, die im wesentlichen den Umfang der generalisierten Stoffwechselstörung bzw. das Ausmaß der extrakutanen Organmanifestationen bei dieser Krankheit widerspiegeln. Die Arthritis psoriatica kann als die mesenchymale Maximalvariante der Psoriasis-Krankheit aufgefaßt werden. Gehäuft familiär, ohne Geschlechtsunterschiede im dritten und vierten Lebensjahrzehnt beginnend, gehen Hauterscheinungen oft jahrelang der Gelenkbeteiligung voraus. Neben den Iliosakralgelenken werden bevorzugt die kleinen Extremitätengelenke befallen mit auffälliger Asymmetrie und schubweisem Verlauf. Die familiär vorkommende Spondylarthritis psoriatica wird neuerdings von der Arthritis psoriatica abgetrennt; im Gegensatz zu diesen maximalen Beteiligungen des Skelettsystems zeigen neuerdings knochenszintigraphische Untersuchungen mit Technetiumverbindungen in ca. 95 Prozent der Fälle pathologisch erhöhte Aktivitätsanreicherungen von Radionu-

kliden. Klinische Beobachtungen, elektromyographische und laborchemische Befunde geben Hinweise auf eine krankheitszugehörige, offenbar primäre Stoffwechselmyopathie. Über eine Beteiligung des Herz- und Gefäßsystems bei Psoriasis wird neuerdings aufgrund einer großangelegten Studie mehrerer amerikanischer Forschungsgruppen berichtet. So konnten okklusive Gefäßbleiden, wie Thrombophlebitis, Lungenembolien, zerebrovaskuläre Insulte und Koronarthrombosen, bei bis zu 30 Prozent der darauf untersuchten Psoriasis-Kranken festgestellt werden. Auch Beteiligungen von Leber, Milz und Pankreas müssen aufgrund mehrerer Untersuchungen angenommen werden. Sekundärkrankheiten kommen bei diesem Leiden gar nicht so selten vor. So findet man bei 20 bis 50 Prozent eine Hyperurikämie, die sich in eine sekundäre Gicht umwandeln kann. Auch sekundäre Amyloidosen vom periretikulären Ablagerungstyp werden beschrieben.

Die Diagnosestellung erfolgt vor allem bei nicht typischer Morphologie oft mehrdimensional. Dabei kann die Anamnese mit Hinweis auf Familiarität, früheres Vorkommen, Organmanifestationen sowie mit der Aufdeckung von Provokationsfaktoren einen wesentlichen Beitrag liefern. Der klinische Befund unter Berücksichtigung des Verteilungsmusters der Hautveränderungen, Prädispositionsstellen sind Ellbogen, Knie, Achillsehnen, behaarter Kopf und Kreuzbeinregion, einschließlich des Nagelbefalles und der Effloreszenzanalyse, hilft sicher am häufigsten bei der Stellung der Diagnose. Ein positives „Kerzenphänomen“ und das sogenannte „Phänomen des blutigen Taus“ sind wichtige diagnostische Zeichen. Bei stummer Anamnese und nicht typisch makroskopischem Aspekt kann die histologische Untersuchung eine wichtige Hilfe bedeuten.

Bei der Therapie muß man sich vor Augen führen, daß bei einer erblichen Dispositionskrankheit Heilung im eigentlichen Sinn nicht erzielt werden kann, sondern höchstens Erscheinungsfreiheit. Unabhängig von der Therapie muß erfahrungsgemäß mit einer Rezidivquote von 70 Prozent innerhalb drei Monaten und von 90 Prozent innerhalb eines Jahres ausgegangen werden. Zunächst müssen Provokationsfaktoren

ren ausgeschaltet werden, also z. B. Alkoholverzug, Tonsillektomie bei rezidivierenden Anginen oder Behandlung einer Hyperurikämie, Hyperlipidämie und eines Diabetes mellitus.

Neben der Anwendung von Dithranol (Cignolin) heben schnell wirkende Corticosteroidsalben einen festen Platz in der Lokalthherapie. Systematisch gegebene Glucocorticosteroide und Zytostatika sollten nur ausnahmsweise bei schwersten Formen versucht werden. Dagegen leistet das synthetische ACTH (Synacthen-Depot) erheblich mehr. Die Photochemotherapie wird vorläufig noch mit Zurückhaltung beurteilt, da bisher eine mutagene bzw. potentiell kanzerogene Komponente möglich ist.

Professor Dr. K. Bork, Mainz:

Die Kontaktdermatitis

Fast 20 Prozent aller Patienten, die von Dermatologen behandelt werden, leiden an der Kontaktdermatitis. Das Bild von der Entstehung der allergischen Kontaktdermatitis wurde in den vergangenen Jahren von immunologischer Seite erheblich erweitert, insbesondere aufgrund der neuen Erkenntnisse über spezifische und unspezifische Immunität und dabei vor allem über die Morphologie und Biochemie der sensibilisierten und nicht-sensibilisierten Lymphozyten. In der ersten, der Sensibilisierungsphase, die eine bis mehrere Wochen dauern kann, erwirbt der Patient seine spezifische Überempfindlichkeit gegenüber dem Kontaktallergen. Kontaktallergene sind normalerweise Moleküle, die eine oder mehrere leicht reagierende Gruppen tragen, die stabile Bindungen eingehen können mit Gewebsproteinen, Kollagenfasern oder auch z. B. Zellmembranen. Die in der Haut mit der Trägersubstanz konjugierenden Allergene erreichen in kurzer Zeit die regionalen Lymphknoten, denen bei der Entstehung des Kontaktekzems eine große Bedeutung zukommt. So wird die Sensibilisierung bei Meerschweinchen verhindert, wenn die regionalen Lymphknoten innerhalb von vier Tagen nach Applikation des Allergens auf die Haut exstirpiert werden. Für die Generalisierung der Sensibilisierung spielen die weite-

ren lymphatischen Organe eine bedeutende Rolle, denn exzidiert man sechs Tage nach dem Allergenkontakt auf der Haut die regionalen Lymphknoten, wird dadurch die Ausbreitung der Sensibilisierung auf das gesamte Integument nicht mehr verhindert. Die Kontaktallergie ist das klassische Beispiel einer Allergie vom verzögerten Typ, bei der eine Übertragung dieser Allergie nicht durch Serum, sondern durch Lymphozyten oder Lymphknoten- oder sogar Milzzellensuspension erfolgt. In der Auslösungsphase findet die Immunreaktion im oberen Korium, besonders im Papillarkörper, statt. Eine einfach auszulösende Kontaktdermatitis ist die Epikutantestung. Nach vorsätzlicher Allergenexposition kann man die Entwicklung der klinischen Symptome der Kontaktdermatitis bei Unverträglichkeit der entsprechenden Substanz beobachten. Es kommt zunächst zu Rötung, dann zu Schwellung und schließlich zu Papelbildung. Dies spiegelt die histologischen Veränderungen im Korium wider, nämlich die Gefäßerweiterung (die Rötung) das Ödem (die Schwellung), und die perivaskulären Infiltrate von mononukleären Rundzellen (die Papeln).

Eine einfache und klinisch wichtige Einteilung ist die nach der Körperregion. Eine wichtige Information ist dementsprechend die enamnestiche Angabe des Ortes des Beginns der Hautveränderungen. Im folgenden Überblick sind einige Kontaktdermatitiden und ihre Ursachen des täglichen Lebens in einzelnen Körperregionen stichwortartig zusammengestellt.

Kopfhaut: Auslöser sind Haarshampoo-kosmetika, -farbstoff, -lotionen und Nahrungsmittel, wobei die stärksten Hautveränderungen meistens in den benachbarten, nicht behaarten Bezirken zu finden sind, also an den Ohren, an der Stirn und im Nacken.

Stirn: Auslöser Haarwaschmittel und -tonika. Gelegentlich sieht man auch heute noch eine Hutbanddermatitis.

Augenlider: Zumeist mit ausgeprägtem Ödem und häufig ausgelöst durch Augenreiben mit Allergenen von den Fingerspitzen (Nagellack, Seifen, Antiseptika, aber auch Primäldermitis und durch Augentropfen und -salben).

Wangen und Kinn sind vielfach den gleichen Allergenen ausgesetzt wie die Augenlider, sie sind jedoch nicht so empfindlich und reagieren weniger rasch.

Lippen: Auslöser sind Lippenstift, Nickel der Lippenstifthalter, selten Zahnpasta und im übrigen sind die bei den Augenlidern genannten Ursachen möglich.

Äußeres Ohr: Nickel durch Untersuchungsinstrumente oder Kratzen mit Haarnadel aus Nickel. Auch hier spielen von den Fingerspitzen übertragene Allergene eine große Rolle, darüber hinaus Ohrtropfen, gegen Acrylmonomere bei Ohrhörern von Hörgeräten und Transistorradios. Auch Brillengestelle und Ohrclips können Nickel oder exotische Hölzer enthalten, die eine Kontaktdermatitis auslösen.

Nacken: Nickelunverträglichkeit an Verschlüssen von Halsbändern und Reißverschlüssen, Farbstoffe von Haarnetzen und Lack von Perlenketten und exotischen Hölzern.

In der **Achselregion** selten durch Deodorantien, die vor allem in den USA Neomycin enthalten.

Ca. zwei Drittel aller Kontaktdermatitiden sind ausschließlich oder auch an den **Händen**, z. B. bei Maurern, durch Chromat- und Zementunverträglichkeit.

Stamm: Durch Nickel und Gummi in Korsetttagen, Kunststoffen der Wäsche.

Kontaktdermatitiden des **Genitales** sind selten und sind dann meistens durch Antiseptika und durch Antimykotika bedingt.

An den **Oberschenkeln** spielen Unverträglichkeit von Nickel, Kobalt, Gummi und Nylontextilien eine gewisse Rolle.

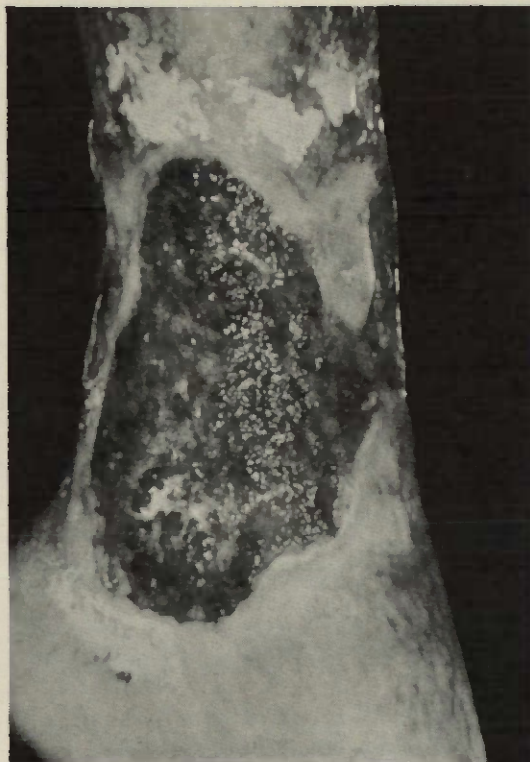
An den **Unterschenkeln** überwiegen die medikamentös ausgelösten Kontaktdermatitiden, z. B. durch Neomycin, Bencocain, Vioform, Nipaginester und Lanolin.

An den **Füßen** ist eine Kontaktdermatitis vielfach durch Schuhe und Socken, durch Antiseptika und antihydrotische Externa verursacht.

Testfall **Ulcus cruris**

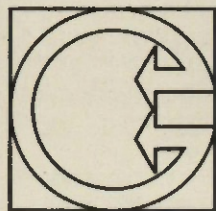
Bei Therapiebeginn

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 Hörnerv (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.

€

Professor Dr. R. Milbredt,
Frankfurt/Main:

Die Problematik neuer Exantheme und Exanthemkrankheiten

Exantheme sind Hautaffektionen, die größere Gebiete der Körperoberfläche generalisiert oder disseminiert befallen und die durchaus nicht nur aus generalisierten Erythemen, wie bei den bekannten Infektionsexanthen, bestehen müssen. Es sei hier nur an das Vollbild der Varizellen erinnert. Eine „Exanthemkrankheit“ liegt dann vor, wenn neben einem generalisierten „Hautausschlag“ mit mono- oder polymorphen Effloreszenzen unspezifische oder organbedingte Symptome einer Allgemeinerkrankung vorliegen. Neben den „klassischen, akuten Infektionsexanthen“ von Masern, Scharlach, Röteln, Rubeola scarlatinosa, Erythema infectiosum = Ringelröteln, Exanthema subitum, Varizellen und Variolen hat sich eine weitere Gruppe, nämlich die „neuen Exanthemkrankheiten“ herausgeschält, die durch Myxo-, Coxsackie- oder Echoviren hervorgerufen werden. Neben dem Grippeexanthem durch Myxoviren und dem Exanthem durch die Echoviren spielen die Krankheiten durch Coxsackie-Vireninfektion die Hauptrolle und sollen hier vorwiegend besprochen werden. Coxsackie-Viren wurden erstmals 1948 isoliert. Wir kennen A-Stämme mit 24 serologischen Typen und B-Stämme mit sechs Typen. Humen pathogen sind besonders A₅, A₉, A₁₆ und B₅. Häufig verlaufen die Infektionen inapparent und die Exantheme treten in der Regel nur bei Kindern bis zum vierten Lebensjahr auf. Die drei bekanntesten Erkrankungen durch Coxsackie-Viren sind die Herpangina Zahorsky, das Hand-Fuß-Mund-Exanthem und die Coxsackie-Virus-A₉-Infektion. Bei der Herpangina Zahorsky treten nur im Bereich des Gaumens und der Tonsillen Umgebung froschlauchähnliche Bläschen auf gerötetem Grund und sekundär sehr flache Ulzerationen auf. Vorwiegend werden Kinder befallen, die Krankheit selbst ist relativ symptomarm und von kurzer Dauer. Nicht selten ist die Herpangina eine Begleitkrankheit beim Exanthem subitum, Masern, Scharlach, Bronchopneumonien und bei der Poliomyelitis. Das Hand-Fuß-Mund-Exanthem oder auch die „vesikuläre Stomatitis mit Exanthem“ genannt, tritt ohne Prodromie und nach einer

Inkubationszeit von drei bis fünf Tagen, meist bei Kindern unter zehn Jahren, endemisch in den Sommermonaten auf. Typisch ist neben leichteren Temperaturen und einer Pharyngitis die Ausbildung von schmalen, roten Maculae in der Mundhöhle, die sich rasch in Bläschen mit einem Durchmesser von 1 bis 3 mm und später zu ephthoiden Läsionen entwickeln. Ebenfalls Bläschen mit einem diskreten entzündlichen Hof treten im Bereich der Hände und Füße sowie im Bereich der Extremitäten auf. Interessant ist der unterschiedliche Verlauf der Coxsackie-A₉-Infektion bei Kindern und jüngeren Erwachsenen. Die meisten Patienten klagen über ein viertägiges Fieber, Halsschmerzen und eine deutliche meningiale Reizung, wobei nicht selten die zervikalen und nuchalen Lymphknoten vergrößert sind. Bei Kindern treten, im Gegensatz zu den jüngeren Erwachsenen, rushartige Exantheme und gelegentlich auch Petechien und Bläschen auf. Da letztere mit Krusten und Närbchen abheilen, ist trotz des in der Regel leichten Verlaufes differentialdiagnostisch an Varizellen zu denken. Fast analog ist der dermatologische Befund bei einer Echovirus-Infektion Typ 9, deren Verlauf aber schwerer ist, außerdem wurden nur Erwachsene in mittlerem und höherem Lebensalter befallen. Als Richtlinien bei unklarem Exanthem und Verdacht auf das Vorliegen einer Coxsackie- oder Echovirusinfektion können folgende Punkte dienen:

1. Anamnestisch ist, wenn irgend möglich, ein Arzneimittel-exanthem auszuschließen.
2. Nicht nur die Haut, auch Schleimhäute und Lymphknoten sind zu untersuchen.
3. Kultureller Nachweis aus Rachen-spülflüssigkeit oder Stuhl gelingt nur selten.
4. Die zuverlässigste diagnostische Methode ist die serologische Differenzierung, wobei in zeitlichem Abstand zweimal Seren untersucht werden, denn nur Änderungen des Titers können einen absoluten Beweis erbringen.

Abschließend einige Worte über das Gianotti-Crosti-Syndrom, der sogenannten Akrodermatitis papulosa eruptiva infantum, die durch die Trias von lichenoid-papulösen Haut-

erscheinungen, einer Lymphadenitis und einer meist eukterisch verlaufenden Hepatitis charakterisiert ist. Die Leber ist wenig druckschmerzhaft, derb und mäßig bis deutlich vergrößert. In der Regel gelingt der Nachweis des Australia-Antigens im Serum bereits in den ersten Tagen nach Krankheitsbeginn, nur in wenigen Fällen ist das Australia-Antigen erst zehn bis maximal fünfzehn Tage nach dem Aufplatzen der Papeln positiv. Innerhalb von zehn bis maximal dreißig Tagen heilen die Hauterscheinungen mit einer pityriasiformen Schuppung ab, dagegen persistieren die vom Beginn an bestehenden indolenten, gut abgrenzbaren axillären und inguinalen Lymphknoten für zwei bis drei Monate.

Professor Dr. G. Brehm,
Ludwigshafen:

Blasenbildende Hautkrankheiten in Diagnostik und Therapie

Per definitionem verstehen wir unter Bläschen oder Blasen einen meist sichtbaren, manchmal aber auch nur mikroskopisch vorhandenen, mit Flüssigkeit gefüllten Hohlraum, der sowohl im Niveau der Haut liegen, aber auch öfter protuberierend dem Betrachter ins Auge fallen kann. Der Inhalt besteht aus mehr oder weniger eiweißreichem Exsudat oder Transsudat – ein vermehrter Gehalt an Leukozyten und Fibrin leitet dann über zum Begriff der Pustel. Blasenbildung ist auf traumatischem, thermischem, protolytischem, toxischem, allergischem Wege und durch Enzymblockade möglich. Man unterscheidet subkorneale, akantholytische-intraepidermale epidermolytische-subepidermale, spongiotische Blasenbildung in der Epidermis bei Viruserkrankungen.

Wie gehen wir nun bei der Diagnostik vesikulärer und bullöser Hauterkrankungen vor?

1. Auszuschließen bzw. zu bestätigen sind bullöse Erkrankungen durch äußere Ursachen, wie Sonneneinwirkung, mechanische Traumen, Verbrennungen, Erfrierung oder Insektenstiche. Das vulgäre Ekzem mit Spongiose und Blasenbildung ist meistens ein Kontaktstellen äußerer Schädigung lokalisiert, während die Dyshidrose vornehm-

lich eine Erkrankung der Handinnenflächen und Fußsohlen ist.

2. Innere Ursachen für das Auftreten von bullösen Hautveränderungen liegen z. B. bei der seltenen Bullosis diabetorum vor, die jedoch nur die unteren Extremitäten befällt und sich durch Blasen auf unveränderter Haut auszeichnet. Bei der Porphyria cutanea tarda liegt immer eine Lebererkrankung vor und die Blasen befinden sich an lichtexponierten Hautstellen. Ein bullöses fixes Arzneimittelexanthem ist genauso wie die blasenbildenden Viruserkrankungen Herpes simplex und Herpes zoster auszu-schließen.

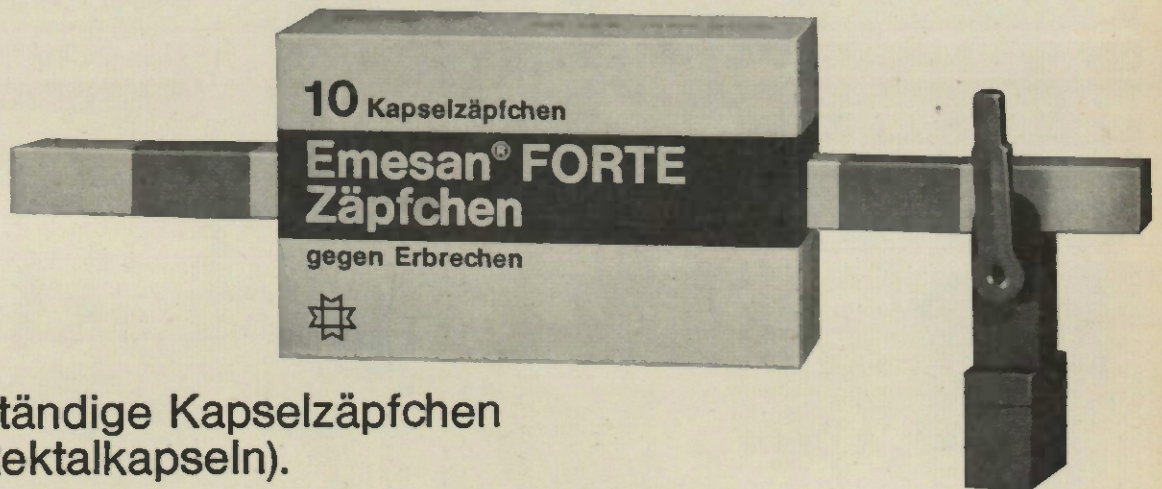
3. Das Vorhandensein von typischen Effloreszenzen einer Hautkrankheit, wie z. B. Lichen ruber-Papeln, beim Lichen ruber pemphigoides, multi-former Erytheme beim Erythema ex-sudativum multiforme oder Herde von Lupus erythematoses bei der seltenen bullösen Form helfen in der Diagnostik weiter.

4. Familiäres Vorkommen deutet auf das Vorliegen einer Epidermolysis bullosa oder eines Pemphigus benignus familiaris (Haily-Haily) hin.

Hat man alle diese Erkrankungen ausgeschlossen, so bleibt nur noch die große Gruppe der eigentlichen blasenbildenden Erkrankungen, wie Pemphigus-Pemphigoid-Gruppe und Dermatitis herpiformis *Duhring*, übrig. Das Alter des Patienten kann diagnostisch helfen, denn das Pemphigoid kommt vor allem vom sechsten bis neunten Dezennium, die Dermatitis herpiformis *Duhring* bei mittleren und jüngeren Jahrgängen vor. Morphologisch zeigen sich frische Blasen des Pemphigus vulgaris auf unversehrter Haut, beim Pemphigoid auf Erythem, während die Dermatitis herpiformis *Duhring* gruppierte Bläschenbildung mit starkem Juckreiz auf veränderter Haut, nicht selten mit urtikarieller Note, aufweist. Die Verschieblichkeit der Blasen-umgebung, die wir als *Nikolski*-Phänomen bezeichnen, ist lediglich bei der

Pemphigusgruppe positiv. Lebermetho-den, wie der sogenannte *Tzanck*-Test, eine Bluteosinophilie, eine epi-kutane oder perorale Belastung mit Jod helfen weiter. Histologisch kann man zwischen intrepidermalen und subepidermalen Blasen unterscheiden. Ist eine subepidermale Blase vorhanden, so kann die Unterschei-dung zwischen Pemphigoid und Dermatitis herpiformis *Duhring* manchmal unmöglich sein. Hier ge-stattet die Immunfluoreszenz eine sichere Abklärung. Die Behandlung der engeren Gruppe der blasenbil-denden Erkrankung erfolgt sowohl lokal wie auch systematisch. An sys-tematischen Mitteln verfügen wir heute über Corticoide, Immunsup-pressiva, Sulfone und Sulfonamide. Während die subkorneale Pustulose auf Sulfone und Corticoide an-spricht, hat die Pemphigusgruppe erst durch die Einführung der Corti-coide ihre schlechte Prognose quoad vitam verloren. Immunsuppressiva können hier helfen, Corticoide ein-zusparen. Der Pemphigus familiaris

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, Magekolon, schwere Zerebralsklerose.

Hinweis
Emesan forte verstärkt die Wirkung von Alkohol (Kraftfahrer!)

	Zusammensetzung			
	Ophanhydramin	Chlorobutenol	Extr. Gellied.	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	Handelsformen und Preise
1-2 Zäpfch. tgl.	5/10 Zäpfch. DM 3,50/5,80
1-2 (-3) Zäpfch. tgl.	5/10 Zäpfch. DM 3,90/6,60
1-2 (-3) Dragées tgl. (Erw. jeweils 2 Dr.)	20 Dragées DM 5,30
1-2 (-3) Kapseln tgl.	10/25 Kapseln DM 4,60/9,80
1-2 (-3) Zäpfch. tgl.	5/10 Zäpfch. DM 5,15/8,75

Lindopharm KG Hilden Rhld
Lizenz für Nova GmbH Wiesbaden



ist, wie viele genetisch gebundene Erkrankungen, schlecht beeinflussbar. Die Gruppe des Pemphigoid reagiert günstig auf Corticoide und Immunsuppressiva, während die Dermatitis herpetiformis *Duhring* einer Therapie durch Sulfone und Sulfonamide bedarf.

Privatdozent Dr. Plewig, München:

Das Akneproblem in der Praxis

Die große Zahl der Patienten in der täglichen Praxis und das sich rasch ändernde Bild in Pathogenese und Therapie rechtfertigen in hohem Maße dieses Fortbildungsthema. Sitz der Erkrankung Akne sind die großen Talgdrüsenfollikel, die besonders reichlich im Gesicht, an Brust, Rücken und den Oberarmen vorkommen. Der erste Schritt der Akne ist eine Störung der Hornzellen innerhalb des Haarfollikels, dann folgt ein nur histologisch sichtbarer Mikrokomedo und dann folgen geschlossener und später offener Komedo, der sich klinisch als Mitesser manifestiert, dessen schwärzliche

Färbung Melaninpigment und nicht Schmutz ist. Der Talgabfluß ist in einem Komedo immer frei, d. h., eine Verstopfung liegt in keinem Fall vor. In den Komedonen sind Corynebakterien nachweisbar, die in der Lage sind, die Seitenketten der Triglyzeride zu spalten und vor allem die Fettsäuren mit einer Kettenlänge $C_{12}-C_{14}$ führen zu entzündlichen Veränderungen. Die empirisch gefundene Antibiotikatherapie vernichtet einmal in ausreichender Dosierung die Bakterien und zum anderen hemmen die Tetracycline die Bakterienenzyme (Esterasen zur Triglyzeridspaltung).

Die Therapie wird durch drei klassische Akneformen (*Acne comedonica*, *Acne papulopustulosa* und *Acne conglobata*) bestimmt. Zur Schälbehandlung der *Acne comedonica* benutzt man heute die Vitamin A-Säure (*Airol*® und *Eudyna*®) in einer Konzentration von 0,05 Prozent ein bis zweimal pro Tag. Auch mit der konsequenten rein kosmetischen Behandlung (Ausdrücken der Komedonen) gibt es recht gute Ergebnis-

se. Die zweite Akneform, die entzündliche *Acne papulopustulosa*, wird auch mit einem Vitamin A-Säurehaltigen Präparat behandelt, aber zusätzlich gibt man das neue Präparat Benzoylperoxid®, das eine starke antibakterielle, antiphlogistische und Schälwirkung hat. Die schwerst zu behandelnde Form, die *Acne conglobata*, charakterisiert durch starke Abszedierungen, behandelt man auch zunächst mit Vitamin A-Säure und Benzoylperoxid und dann peroral Tetracycline, zu Beginn 2 g/die bis zur sichtbaren Reduzierung der Abszedierungen. Dem Kliniker oder Facharzt sollte die zusätzliche Behandlung mit einem Sulfon wegen der starken Nebenwirkungen vorbehalten bleiben. Zusätzlich kann man die Abszedierungen mit Steroiden, z. B. Volon-A-Kristallsuspension (10 mg Ampulle verdünnt mit Kochsalz im Verhältnis 1:3, behandeln. Man spritzt direkt in den Abszeß, bis er sich aufbläht. Nach ein bis zwei Injektionen kommen diese Entzündungen zur Ruhe. Niemals sollte man Zysten oder Abszesse mit dem Messer eröffnen.

Vasomotorische Kopfschmerzen...



Eine Sonderform ist die sogenannte Steroidakne, die hervorgerufen wird durch lokale Steroidbehandlung, wie sie noch heute in zahlreichen Akne-Kombinationspräparaten im Handel ist. Während die Nahrung auf die Akne keinen Einfluß hat, gibt es z. B. eine Acne mechanica, d. h., eine präexistente Akne kann durch mechanische Belastung ausgelöst werden.

Professor Dr. L. Illig, Gießen:

Neues auf dem Gebiet der chronischen Urtikaria, insbesondere physikalische Urtikaria

Urtikaria und *Quincke-Ödem* stellen nach *Schöpf* ca. 80 Prozent aller allergischen Reaktionen mit überwiegender Hautmanifestation dar. Da selbst nach gründlicher klinischer Untersuchung nur in einem kleinen Prozentsatz die Ätiologie geklärt werden kann, geraten selbst Fachärzte nicht selten in diagnostische und therapeutische Verlegenheit.

Wenn die Urtikaria auch allgemein als Musterbeispiel einer allergischen Sofortreaktion mit Antikörpern vom IgE-Typ angesehen wird, so mißlingt der Antigennachweis im Einzelfall so oft, daß z. B. *Doeglas* heute zwischen physikalischer, immunologischer und idiopathischer Urtikaria unterscheidet. Einen zuverlässigen Screening-Test zur Antigensuche gibt es nach wie vor nicht. Theoretisch bietet sich zwar der einfach ausführbare Intrakutantest an, aber wegen einer sehr hohen Rate von falsch positiven und falsch negativen Resultaten kommt er nur mit starker Einschränkung und für gezieltes Vorgehen, z. B. beim Verdacht auf Penicillin- oder Insektenstichallergie, in Frage. Am sichersten, aber umständlicher in der Durchführung und weitgehend an eine stationäre Beobachtung gebunden, sind der Eliminierungsversuch und der Expositionsversuch. Nahrungsmittel kommen als Antigen nur selten in Frage. So ist es nicht verwunderlich, daß 80 Prozent aller chronischen Urtikarien ungeklärt bleiben, drei bis acht Prozent zu

einer echten ätiologischen Abklärung führen und der Rest physikalisch ausgelöst wird. So sind zeitraubende und kostspielige Untersuchungen nur in Abhängigkeit von der Dauer und Schwere der Erkrankung und der Relevanz anamnestisch vorgebrachter Verdachtsmomente sinnvoll.

In Gießen geht man folgendermaßen vor:

1. Die Grunddiagnose Urtikaria wird rein morphologisch gestellt. Das Exanthem besteht ausschließlich aus Quaddeln, die trotz scharfer Begrenzung weich sind, niemals schuppen und verschieden groß sind. Sie kommen und gehen plötzlich innerhalb von Minuten oder Stunden, konfluieren oft und wechseln dabei ständig Form und Position. Nie sind Quaddeln zerkratzt, vielmehr erzeugen sie ein spezifisches Reibejucken.
2. Da die physikalische Urtikaria den Hauptanteil der abklärbaren Fälle ausmacht, wird diese ausge-

... Migräne, Wetterfälligkeit?

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 Myokardschäden, 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
Dihydroergotaminfartrat	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)

	It. 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**



4 a 76

geschlossen. Derzeit sind 20 verschiedene Auslösungsmechanismen bekannt, aber am häufigsten und von praktischer Bedeutung sind die Urticaria factitia (oder dermographische Urtikaria), die Druck-Urtikaria, die Kälte-Urtikaria und die eigenartige, durch allgemeine aktive oder passive Erwärmung auslösbare cholinergische Wärme-Urtikaria.

3. Folgende chemische Auslösungsmöglichkeiten sind bekannt: Arzneimittelantigene (Penicillin, Seren und Vakzine), Aspirin und Lebensmitteladditiva, Insektenstichantigene, selten Lebensmittelantigene, dann meist in Form von Protein und schließlich Parasiten, vor allem Eingeweidewürmer und Lamblien.

Da vor Ablauf von vier Wochen eine Spontanheilungschance von ca. 90 Prozent besteht, sollte man neben einer ausführlichen Antigenanamnese aufwendigere Diagnostik erst nach diesem Zeitraum einleiten, wie auch alle anderen aufwendigen klinischen Untersuchungen. Nach diesem Zeitraum sollte man bei einem begründeten Verdacht auf eine externe chemische Ursache in der Regel gleich einen Facharzt oder eine Hautklinik einschalten.

Therapeutisch sind kausale Möglichkeiten sehr begrenzt und gehören in die Hand des Facharztes oder einer Allergieabteilung. So bleibt vor allem bei allen ungeklärten und physikalischen Formen die symptomatische Behandlung und hier stehen die Antihistaminika an erster Stelle. Bewährt haben sich parenteral Synpen® und peroral Omeril®. Entscheidend ist nur eine ausreichend hohe und kontinuierliche Einnahme. Calcium ist zwar noch sehr beliebt, aber völlig überholt. Bei kurzfristigen, schweren Verläufen kann man guten Erfolg haben mit mittleren Prednison Dosen (15 bis 80 mg/die). Bei physikalischer Urtikaria sind Corticoide intern schließlich vollkommen wirkungslos. Beim allergischen Larynxödem haben sich kurz aufeinanderfolgende und wiederholte Gaben von Suprarenin, hohen Corticoid Dosen, Calcium und Antihistaminika bewährt. Nur in dem sehr seltenen Spezialfall des hereditären Quincke-Ödems versagt jede Pharmakotherapie. Hier ist eine sofortige Notfalleinweisung zur Intubation bzw. Frischplasmasubstitution erforderlich.

29. Bayerischer Ärztetag

vom 24. bis 26. September 1976 in Regensburg

Professor Dr. W. Thies, Berlin:

Sklerodermiforme Hautkrankheiten

Wir unterscheiden zwei Erscheinungsformen der Sklerodermie, nämlich die Scleroderma circumscripta oder Morphaea und die progressive Sklerodermie (progressive Systemsklerose). Bezüglich der Beziehungen zwischen beiden erscheint trotz weitreichender Gemeinsamkeiten (Histopathologie, Histochemie und ultrastrukturelle Befunde) die strikte Trennung nach wie vor gerechtfertigt, da die Morphaea durch ihren episodischen Charakter mit der Tendenz zur spontanen Rückbildung gekennzeichnet ist, die progressive Sklerodermie als Systemkrankheit des Gefäß- und Bindegewebsapparates nach Jahren oder Jahrzehnten einen deletären Verlauf nimmt. Darüber hinaus gibt es eine Reihe sklerodermiformer Krankheitszustände, die gelegentlich zu differentialdiagnostischen Überlegungen Anlaß geben.

Die Morphaea gilt vor allem als eine Erkrankung des jugendlichen Menschen mit Bevorzugung des weiblichen Geschlechtes. Der klinische Verlauf ist durch ein erythemetös-ödematöses Stadium gekennzeichnet, welches von einer Sklerosierung gefolgt ist. Initial besteht bei der typischen Morphaea ein mäßig entzündlicher hell-roter, später blau-roter Fleck, der nach Wochen oder Monaten zentral abblaßt und dann nur noch als blau-rötlicher Randsaum („lilac ring“) erhalten bleibt. Im Zentrum nimmt die Haut eine straffe Beschaffenheit an. Im Zuge der Rückbildung schwindet die Induration, der Erythemsaum wird von einer Hyperpigmentierung abgelöst, während das Zentrum meist depigmentiert erscheint. Der für die Frühstadien so charakteristische Erythemsaum fehlt lediglich bei der nodulären bzw. tuberösen und bei der subkutanen Variante der Morphaea. Varianten sind die kleinfleckige oberflächliche Morphaea, die Morphaea plana atrophicans, wobei es gelegentlich Abgrenzungsschwierigkeiten zum Lichen sclerosus et atrophicans gibt.

Bei der progressiven Sklerodermie können unter Berücksichtigung der Lokalisation und des Verlaufs zwei Formen unterschieden werden:

1. Die an den Akren mit einer Raynaud-Symptomatik beginnende und eher chronisch verlaufende, zu Akrosklerose und Sklerodaktylie führende Form und
2. die weitaus seltenere, generalisierte mit Fieber und Schweißausbrüchen beginnende arthritisch-rheumatoide Form, bei der meist eine Raynaud-Symptomatik vermißt wird und oft zahlreiche Herde unter rascher Ausdehnung am Stamm angetroffen werden.

Die Prognose dieses in seiner Symptomatologie mehr an akuten fieberhaften Gelenksrheumatismus erinnernde Leiden ist ausgesprochen ungünstig und läßt infolge gleichzeitig viszeraler Mitbeteiligung einen ziemlich raschen deletären Verleuf erwarten, während der Krankheitsverlauf bei der Akrosklerose mit durchschnittlich fünf bis zehn Jahren angedehnt wird. Die Behandlung der progressiven Sklerodermie ist nach wie vor problematisch. Eine zuverlässig wirksame Therapie gibt es bis heute nicht. Unter den Allgemeinmaßnahmen kommt dem Kälteschutz vorrangige Bedeutung zu, dazu gehört auch das Verbot kalter Getränke und Speisen. Ferner sollten eine langfristige physikalische Therapie (Warmwasserbäder, aktive Bewegungsübungen, Bindegewebsmassage, Moorpackungen) und gegebenenfalls Klimakuren durchgeführt werden. Medikamentös wurden Gestagene, Corticosteroide, Penicillinamin, Antimetaboliten, Immunsuppressiva, Plasmaexpander, Antimalariamittel, Hyaluronidase, Penicillin, durchblutungsfördernde Mittel und andere probiert, ohne daß mit einem dieser Medikamente ein entscheidender Durchbruch gelungen wäre.

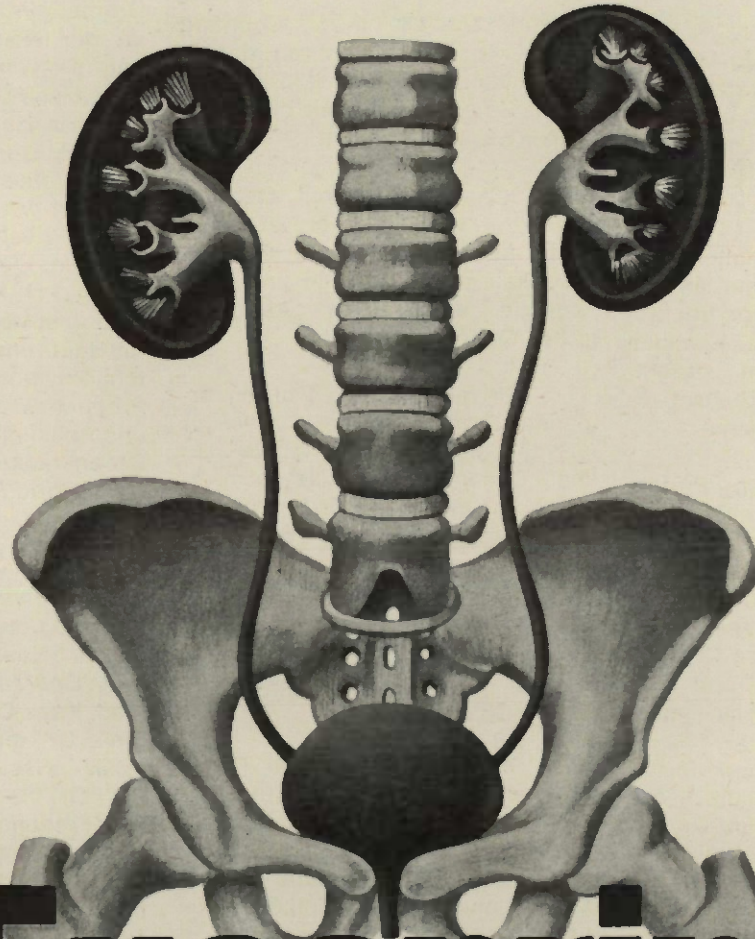
Referent:

Dr. med. E. Weber, Nürnberg

(Schluß folgt)

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 Exanthemen 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

Fakultät

München – Universität

epl. Professor Dr. med. Enno *Christophers*, Leitender Oberarzt an der Dermatologischen Klinik und Poliklinik, wurde zum „ordentlichen Professor“ an der Universität Kiel ernannt.

apl. Professor Dr. med. Günter *Fruhmann*, Abteilungsvorsteher an der Abteilung für Pulmonologie der Medizinischen Klinik I im Klinikum Großhadern, wurde zum „ordentlichen Professor“ für Arbeitsmedizin (neuer Lehrstuhl) ernannt.

Zum „außerplanmäßigen Professor“ wurden ernannt: Privatdozent Dr. med. Rudolf *Bedacht*, Leitender Oberarzt an der Chirurgischen Klinik; Privatdozent Dr. med. Hans *Walter Heldt*, Wissenschaftlicher Rat am Institut für Physiologische Chemie, Physikalische Biochemie und Zellbiologie; Privatdozent Dr. med. Wolfgang *Henigst*, Abteilungsvorsteher am Max-von-Pettenkofer-Institut für Hygiene und Medizinische Mikrobiologie; Privatdozent Dr. rer. nat. Karl *Hochstraßer*, Abteilungsvorsteher an der Klinik und Poliklinik für Hals-, Nasen- und Ohrenkrankheiten; Privatdozent Dr. med. Kurt *Holzmann*, Leitender Oberarzt an der I. Frauenklinik; Privatdozent Dr. med. Jan-Diether *Murken*, Leitender Oberarzt an der Kinderpoliklinik;

Privatdozent Dr. med. Heinrich *Wilhelm Naumann*, Leitender Oberarzt an der Klinik und Poliklinik für Hals-, Nasen- und Ohrenkrankheiten.

Privatdozent Dr. med. Ekkehard *Albert*, wiss. Assistent an der Kinderpoliklinik, wurde zum „Universitätsdozenten“ ernannt.

Privatdozent Dr. med. Wolfgang *Eicher*, wiss. Assistent an der II. Frauenklinik, wurde unter Berufung in das Beamtenverhältnis auf Probe zum „Oberarzt“ ernannt.

Privatdozent Dr. rer. nat. Gerhard *Müllholler*, Akademischer Rat am Institut für Physiologische Chemie, Physikalische Biochemie und Zellbiologie, wurde zum „Akademischen Oberrat“ ernannt.

Zum „Privatdozenten“ wurden ernannt: Dr. med. Richard *Goebel* für „Gynäkologie und Geburtshilfe“; Dr. med. Otmar *Gratzl* für „Neurochirurgie“; Dr. med. Volker *Herzog* für „Zellbiologie“, Dr. med. Detlef *Kunze* für „Kinderheilkunde“; Dr. med. Gotthard *Ruckdeschel* für „Medizinische Mikrobiologie“.

Würzburg

apl. Professor Dr. med. Elmar *Stöcker*, Pathologisches Institut, erhielt einen Ruf an den Lehrstuhl für Allgemeine Pathologie und Spezielle Pathologische Anatomie an der Freien Universität im Klinikum Steglitz, Berlin, und nahm den Ruf an.

apl. Professor Dr. med. Paul *Polzien*, Medizinische Poliklinik, wurde zum „Leitenden Oberarzt“ ernannt.

Privatdozent Dr. med. Klaus *Schmirgk*, Leitender Oberarzt an der Neurologischen Klinik, wurde zum „außerplanmäßigen Professor“ ernannt.

Zum „Oberarzt“ wurden ernannt: Privatdozent Dr. med. Günther *Cuniz*, Oberassistent am Institut für Anästhesiologie; Privatdozent Dr. med. Peter *Grub*, Oberassistent an der Neurochirurgischen Klinik und Poliklinik; Privatdozent Dr. med. Hans-Dieter *Klein*, wiss. Assistent an der Chirurgischen Klinik und Poliklinik; Privatdozent Dr. med. Volker *Lehmann*, Oberassistent an der Frauenklinik und Poliklinik; Privatdozent Dr. med. Lucius *Maiwald*, Oberassistent an der Medizinischen Klinik; Privatdozent Dr. med. Jost *Metz*, Klinik und Poliklinik für Haut- und Geschlechtskrankheiten; Privatdozent Dr. med. Werner *Prott*, wiss. Assistent an der Klinik und Poliklinik für Hals-, Nasen- und Ohrenkrankheiten; Privatdozentin Dr. med. Ingrid *Rietbrock*, Akademische Oberrätin am Institut für Anästhesiologie.

Zum „Privatdozent“ wurden ernannt: Dr. med. Frank Ludwig *Glötzer* für „Neurologie“; Dr. med. Reinhard *Goßrau* für „Anatomie“; Dr. med. Hans-Dieter *Klein* für „Chirurgie“; Dr. med. Hermann *Lenz* für „Hals-, Nasen- und Ohrenheilkunde“; Dr. med. Wolfgang *Mestwerdt* für „Frauenheilkunde und Geburtshilfe“; Dr. med. Anne-Marie *Mingers* für „Kinderheilkunde“; Dr. med. Hans-Joachim *Pusch* für „Innere Medizin“; Dr. med. Gerhard *Schröter* für „Medizinische Mikrobiologie“; Dr. med. Sabina *Wullstein* für „Hals-, Nasen- und Ohrenheilkunde“.

Hyperforat®

Depressionen, psychische und nervöse Störungen

Zusammensetzung:

Tropfen: Extr. fl. Herb. Hyperic. (Johanniskraut), stand. auf 2 mg HYPERICIN pro ml
Dragées: 1 Dragée à 0,5 g enthält: Extr. Hyperic. sicc. (0,5 mg Hypericin) 40 mg, Vit. B₆ 0,062 mg,
Lactofl. phosph. Na 0,072 mg, Niacinamid 0,51 mg, Ca. pantoth. 0,33 mg, Vit. B₁₂ 0,026 mg.
Ampullen: 1 ml: Extr. Hyperic. (1/2 mg Hypericin/ml) in physiologischer Kochsalzlösung.

Dozierung:

Tropfen: 3 mal täglich 20-30 Tropfen; Dragées: 2-3 mal täglich 1-2 Dragées; Ampullen: 1-2 ml i.v. oder i.m.

Kontraindikation: Photosensibilisierung

Handelsformen und Preise (Incl. MwSt.):

Tropfen: 30 ml DM 7,45; 50 ml DM 11,45; 100 ml DM 19,45 · Dragées: 30 Drag. OM 6,20;
100 Drag. DM 15,80 · Ampullen à 1 ml: 5 Amp. DM 6,35; 10 Amp. DM 16,80

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



Paracelsus-Medaille für Ernst Derra

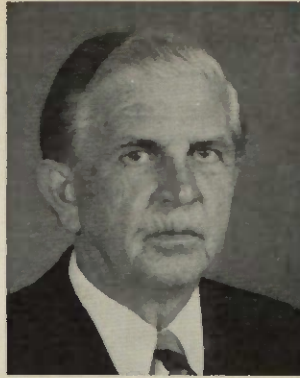
Am 11. Mai 1976 überreichte Professor Dr. Sewering auf dem 79. Deutschen Ärztetag in Düsseldorf Professor Dr. med. Dr. med. h. c. Ernst Derra, em. Ordinarius für Chirurgie an der Medizinischen Akademie in Düsseldorf, nunmehr Weiermühle/Obb., die Paracelsus-Medaille, die höchste Auszeichnung der Deutschen Ärzteschaft. Wir veröffentlichen nachstehend die in der Plenarsitzung verlesene Laudatio:

„Die deutschen Ärzte ehren in Ernst Derra einen um die medizinische Wissenschaft hochverdienten Arzt und akademischen Lehrer. Ernst Derra ist der Wegbereiter der deutschen Thorax- und Herzchirurgie in der Nachkriegszeit. Seinen hervorragenden Leistungen ist es zu verdanken, daß die deutsche Medizin auf diesem Gebiet wieder internationale Anerkennung genießt.

Er widmete sich mit Hingabe seinen Studenten, seinen ärztlichen Mitarbeitern war er Vorbild und Ansporn. Viele von ihnen haben sich auch ihrerseits um die ärztliche Versorgung und die medizinische Wissenschaft Verdienste und hohes Ansehen im In- und Ausland erworben.

Eine große Zahl von wissenschaftlichen Arbeiten bezeugt, daß Ernst Derra sich nie mit Erreichtem zufrieden gab. Zahlreiche Ehrenmitgliedschaften und Auszeichnungen medizinischer Gesellschaften vieler Länder bestätigen das große Ansehen, das er der deutschen Medizin erworben hat.“

Professor Derra wurde am 6. März 1901 in Passau geboren. Er studierte in München, Heidelberg und Wien Medizin. Nach langer und außerordentlich erfolgreicher Tätigkeit in Leipzig, Bonn und Düsseldorf hat sich Professor Derra nunmehr auf seinen Bayerischen Landsitz unweit von München zurückgezogen.



Eugen Goßner 65 Jahre

Am 3. Juli kann Dr. Eugen Goßner, Augsburg, der Vorsitzende des Bayerischen Sportärzte-Verbandes, seinen 65. Geburtstag feiern.

Der Jubilar studierte in München und Berlin Medizin, Staatsexamen und Promotion erfolgte in München 1936. Nach ärztlicher Tätigkeit in Oberschlesien und Lautrach war er von 1950 bis 1969 Chefarzt des Kreiskrankenhauses Augsburg-Haunstetten. Seitdem ist er Chefarzt der Zusam-Klinik der Landesversicherungsanstalt Schwaben.

Besondere Verdienste erwarb sich Dr. Goßner um den Aufbau der Sportärztlichen Seminare im Rahmen der Internationalen Fortbildungskongresse der Bundesärztekammer. Bis jetzt wurden 50 Seminare durchgeführt.

Seit 1951 ist Dr. Goßner Vorsitzender des Bayerischen Sportärzte-Verbandes. Er hat während dieser Zeit viele bayerische, deutsche und internationale Sportärztekongresse organisiert. Auch war er ärztlicher Einsatzleiter in den Sportstätten während der Olympischen Spiele in München.

Dr. Goßner ist Mitglied des Deutschen Senats für ärztliche Fortbildung, des Ausschusses für Gesundheitserziehung der Bundesärztekammer sowie des Collegium medicorum augustanum. Der Bayerischen Landesärztekammer steht er im Rahmen ihres Weiterbildungspremiens zur Verfügung.

Seine Verdienste um die Sportmedizin und die Aktivierung der Bevölkerung, gesund zu leben, wurden durch eine Reihe von Auszeichnungen gewürdigt.

Ad multos annos!

o. Professor Dr. Hubert Frohmüller, Direktor der Urologischen Klinik der Universität Würzburg, wurde zum korrespondierenden Mitglied der American Association of Genito-Urinary Surgeons gewählt.

Dr. med. et. phil. Erich Graßl, München, wurde das Ehrenzeichen des Deutschen Roten Kreuzes verliehen.

Senator Dr. Bernhard Kläss, MPH, Ministerialdirigent im Bayerischen Staatsministerium für Arbeit und Sozialordnung, wurde für seine Verdienste im öffentlichen Gesundheitswesen mit der Johann-Peter-Frank-Medaille ausgezeichnet.

Dr. Gabriel Mayer, Ärztlicher Leiter der Privatklinik Josefinum, München, wurde zum Vorstandsvorsitzenden des Bundesverbandes Deutscher Privatkrankenanstalten e. V., München, einstimmig wiedergewählt.

Professor Dr. Wolf Müller-Limmroth, Leiter des Instituts für Arbeitsphysiologie der Technischen Universität München, wurde vom Bundesminister für Arbeit und Sozialordnung in den ärztlichen Sachverständigen Beirat als Mitglied des Unterausschusses „Berufskrankheiten“ berufen.

o. Professor Dr. August Rütt, Direktor der Orthopädischen Klinik der Universität Würzburg, wurde zum designierten Präsidenten der Deutschen Gesellschaft für Orthopädie und Traumatologie für 1976/77 und somit zum Tagungsleiter der 64. Tagung dieser Gesellschaft gewählt.

o. Professor Dr. Theodor Heinrich Schiebler, Vorstand des Anatomischen Instituts der Universität Würzburg, wurde zum Associate Member of the Anatomical Society of Great Britain and Ireland und zum Ehrenmitglied der Jugoslawischen Anatomischen Gesellschaft gewählt.

o. Professor Dr. Heinz Seeliger, Vorstand des Instituts für Hygiene und Mikrobiologie der Universität Würzburg, wurde vom Kuratorium der Ernst-Rodenwaldt-Stiftung die Ernst-Rodenwaldt-Medaille in Gold verliehen.

Krankenhausplanung im politischen Widerstreit

Zwischen Regierungspartei und Opposition im Landtag gibt es in der Frage der Krankenhausplanung nur wenig Gemeinsamkeiten. Dies zeigte kurz vor Pfingsten erneut eine Debatte im Maximilianeum, als zwei Anträge von CSU und SPD zum Krankenhausbedarfsplan bzw. zur Krankenhausplanung im Freistaat verabschiedet wurden. Wie schon zuvor in den Ausschüssen für Sozialpolitik und für Landesentwicklung traten auch im Plenum in diesen Fragen unüberbrückbare Meinungsverschiedenheiten auf. Sie hatten sich in den vergangenen Monaten immer wieder gezeigt, als von seiten der SPD Anträge auf Änderung der Vorbehaltsvermerke im Krankenhausbedarfsplan gestellt wurden. 1975 gab es beispielsweise rund 15 solcher Initiativen, die meist abgelehnt wurden.

Der nun zur Debatte stehende Antrag zur Krankenhausplanung — er war vom sozialpolitischen Arbeitskreis der SPD-Fraktion unter Federführung von Walter *Dorsch* erarbeitet worden — hatte vier Forderungen zum Ziel: Die als Zielplanung im Landesentwicklungsprogramm ausgewiesene Anzahl der zu schaffenden Akut-Krankenhausbetten sollte reduziert werden; der Sanierung und Modernisierung als bedarfsgerecht anerkannter Krankenhäuser sei Vorrang gegenüber Neuplanungen einzuräumen; umgehend solle die Staatsregierung eine Zielplanung über die weitere Verwendung jener Häuser mit Vorbehaltsvermerk im Bedarfsplan vornehmen und ferner Vorstellungen entwickeln, wie nicht mehr zur Akut-Versorgung benötigte Betten im Rahmen eines integrierten stationären Versorgungssystems wirtschaftlich weiter verwendet werden können.

Der erste Punkt dieses Antrages hatte sich allerdings bereits erledigt, da Staatssekretär Dr. Wilhelm *Vorndran* vom Sozialministerium bekanntgab, daß die Staatsregierung bei ihren Planungen für die Akut-Kranken-

hausbetten bereits von geringeren Zahlen ausgehe. Das Landesentwicklungsprogramm schließlich enthalte gar keine Zahlen mehr, sagte *Vorndran*, ohne nähere Angaben zu machen. Die Problematik der Krankenhausplanung wurde auch im Landesentwicklungsausschuß unterstrichen. Dort hatte Walter *Dorsch* erklärt, bei der Bedarfsplanung habe man sich durch eine falsche Einschätzung der Bevölkerungsentwicklung um 8760 Betten verrechnet, was einen Milliardenbetrag ausmache. Zuvor schon hatte er kritisiert, daß der Krankenhausbedarfsplan nur einen ergänzten Ist-Zustand beschreibe, aber keine aussagekräftige Zielplanung enthalte. Dazu erwiderte das Sozialressort, die ganze Planung „steht auf unsicherem Boden“. Ende dieses Jahres werde jedoch der Plan entsprechend korrigiert; über den Bedarf in zehn Jahren habe man noch keine Zahlen.

Auch die weiteren Forderungen des SPD-Antrages stießen bei der Regierungspartei auf wenig Gegenliebe: So befürchtete der CSU-Abgeordnete Dr. Klaus *Rose*, dadurch solle die bayerische Krankenhausplanung „in eine andere Richtung“ gedrängt werden; sein Kollege Johann *Zehetmair* bezweifelte, daß wirklich etwas gespart würde, wenn man der Modernisierung grundsätzlich Vorrang gegenüber Neuplanungen gebe. Im übrigen, so ergänzte der Staatssekretär, überprüfe eine Arbeitsgruppe in seinem Haus alle Krankenhausneubauprojekte nochmals. Über die geriatrische Versorgung und die Verwendung nicht mehr benötigter Akut-Krankenhäuser habe sich die Staatsregierung bereits Gedanken gemacht; er könne jedoch nicht jetzt eine perfekte Liste für die Zielplanung für das Jahr 1985 und damit für die spätere Weiterverwendung vorlegen. Vielmehr sei man noch mittendrin in Modellversuchen. Insgesamt blieb nach den Ausschüßberatungen vom SPD-Antrag nur die Aufforderung an die Staatsregierung übrig, „der Sanierung und Mo-


dernisierung als bedarfsgerecht anerkannter Krankenhäuser in der Regel Vorrang gegenüber Neuplanungen einzuräumen“.

Mit dem SPD-Antrag wurde auch ein umfangreicher CSU-Antrag zum Krankenhausbedarfsplan beschlossen. Die von Dr. Klaus *Rose*, Franz von *Prümmer*, Dieter *Görlitz*, Dr. Elisabeth *Biebl* und anderen CSU-Abgeordneten eingebrachte Initiative fordert die Staatsregierung auf, die Kenntnis über inhalt und rechtliche Wirkungen des Krankenhausbedarfsplanes bei den Trägern so zu vertiefen, daß eine möglichst zügige Verwirklichung seiner Ziele sichergestellt ist. Außerdem soll die Staatsregierung bei Erhebungen des Bundes darauf hinwirken, daß Bayerns besondere Gegebenheiten als Flächenstaat berücksichtigt werden. Schließlich soll die Zahl der Krankenhausbetten zügig den Zielen des Bedarfsplanes angepaßt werden. Dabei fordern die Antragsteller, daß bei Neu- und Erweiterungsbauten der Ersatz überalteter Krankenhäuser bei gleichzeitiger Verbesserung der Betriebsgrößenstruktur im Vordergrund zu stehen hat. Schließlich wird verlangt, daß aufgelassene Anstalten bevorzugt für die Verwendung im sozialen Bereich vorgesehen werden, entsprechend den Geriatrie- und Psychiatrieplänen. Auf seiten der Opposition stieß dieser Antrag allerdings auf Skepsis: Er sei „Krankenhausprosa“ und „nur ein Beiwerk zum ursprünglichen SPD-Antrag“. Die CSU konkretisierte in ihm lediglich das, was im Krankenhausbedarfsplan realisierbar sei.

In der abschließenden Debatte im Landtagsplenum bezeichneten beide Seiten jeweils ihren Antrag spezifischer, konkreter und praktikabler. Die Position der Regierung umriß Staatssekretär *Vorndran* mit den Worten: „Unsere Aufgabe ist es, im Krankenhausbedarfsplan für den stationären Bedarf zu sorgen.“ Dabei stehe das Sozialministerium für jeden Krankenhausträger gerne zur Beratung in Fragen zur Verfügung, ob beispielsweise aus einem Krankenhaus ein Pflegeheim oder eine Drogenklinik gemacht werden könne. Das habe aber nur einen Sinn, wenn feststeht, daß das betreffende Krankenhaus für den akuten Versorgungsbereich nicht mehr benötigt wird.

Michael Gscheidle

Geigy
ist stolz auf die
Neueinführung
seines
Antirheumatikums
der neuen
Generation



**Schmerz:
Ausdruck
rheumatischer
Entzündung**

Muskel-
Schmerz

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**

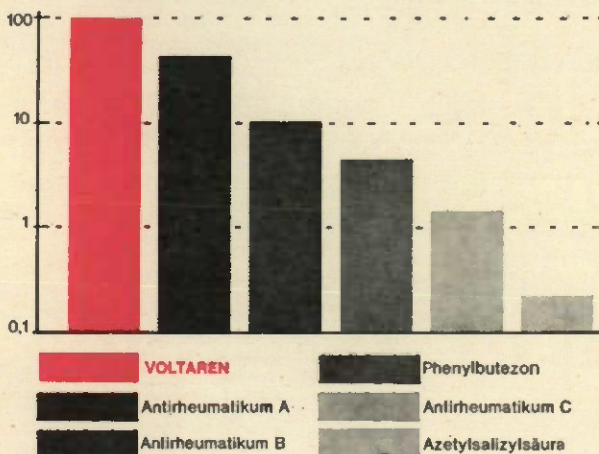
Antirheumatikum, Antiphlogistikum

Aus der pharmakologischen Prüfung: Beleg Nr. 1

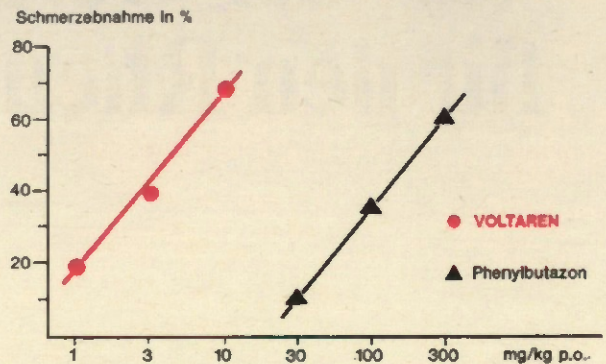
Die ungewöhnliche Substanz

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-Pfotenödem der Ratte:

Antinflammatorische Aktivität verschiedener nichtsteroidaler Antiphlogistika.
Auf der Ordinate ist die relative Wirksamkeit der untersuchten Präparate im Carrageen-Pfotenödem der Ratte aufgetragen (mod. nach KRUPP, P., im Druck)

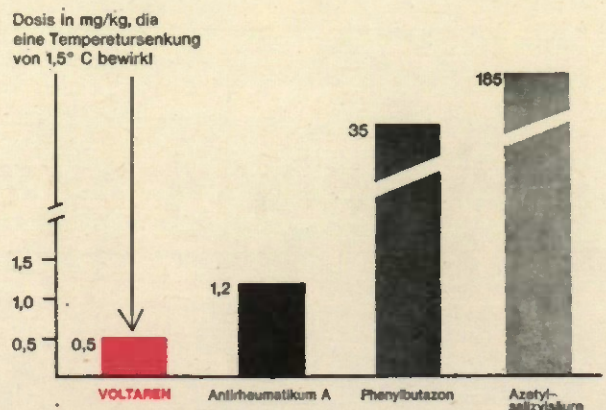


Auch die starke analgetische Wirkung von VOLTAREN zeigt sich an verschiedenen Modellversuchen. Für den experimentellen Nachweis dieser Wirkungsqualität eignet sich besonders der Strecktest an der Maus, dessen nachfolgend dargestellten Ergebnisse zeigen, daß VOLTAREN auch in dieser Versuchsanordnung eine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



Analgetische Wirkung von VOLTAREN im Vergleich zu Phenylbutazon im Strecktest (Maus) (mod. nach KRUPP, P. u.a.: Vortrag 5. Int. Congr. Pharmacol. 23.-26.7.1972)

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:



Antipyretische Wirkung von VOLTAREN und Vergleichssubstanzen im Hefefieber-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

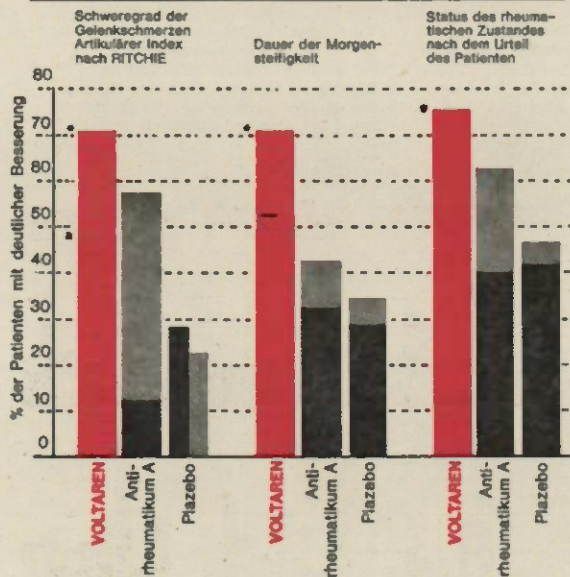
Aus der klinischen Praxis: Beleg Nr. 2

Die außergewöhnliche Wirkung

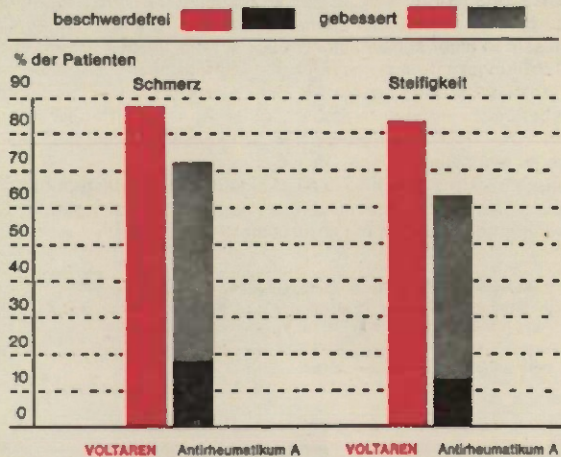
VOLTAREN wurde bisher in 21 Ländern an Tausenden von Patienten umfassend klinisch geprüft. Allein in der Bundesrepublik wurden bereits über 3 000 Patienten in Fechtkliniken und Prexen mit VOLTAREN behandelt; dies meist unter Doppelblind-Bedingungen im Vergleich zu Placebo und mehreren herkömmlichen entzündungshemmenden Substanzen. VOLTAREN beeinflusst dank seiner überzeugenden, besonders rasch einsetzenden, intensiven entzündungshemmenden 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 DÖRRIGL, T. u.a.: J. Int. med. Res. 3, 139, 1975)

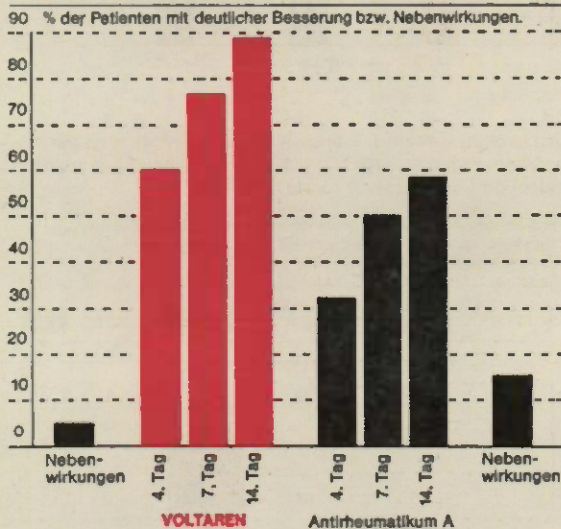
% der Patienten gebessert nach 1 Woche
% der Patienten gebessert nach 2 Wochen
P < 0,05*



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

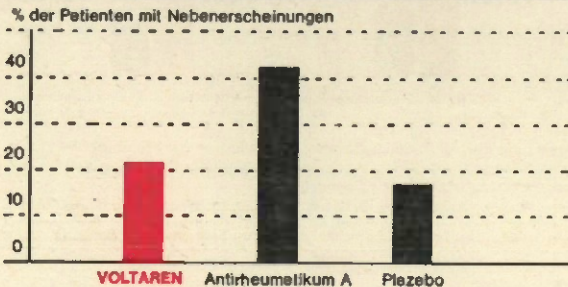
Aus der Erfahrung mit dem Patienten Beleg Nr.3

Die hervorragende Toleranz

Oft 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 Nebenerscheinungen 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 Polyarthritis:

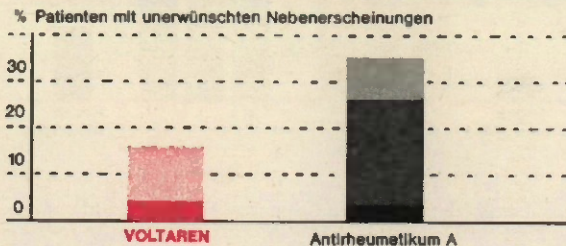
Nebenwirkungen und Behandlungsabbrüche bei Patienten mit cP; Doppelblindvergleich zwischen VOLTAREN, Antirheumatikum A und Placebo (mod. nach MIEHLKE, K.; in Vorbereitung)



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

Prozentsatz der Nebenerscheinungen 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.; *Drux.-med.* 1978; im Druck)

leicht mittelschwer schwer



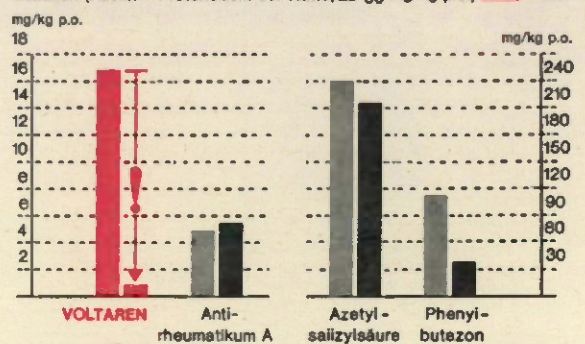
Bei jedem Antirheumatikum ist neben anderen Fragen der Verträglichkeit insbesondere die nach gastrointestinalen Nebenwirkungen zu beantworten.

Bereits tierexperimentell hatte sich eine ungewöhnlich gute Toleranz gezeigt.

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

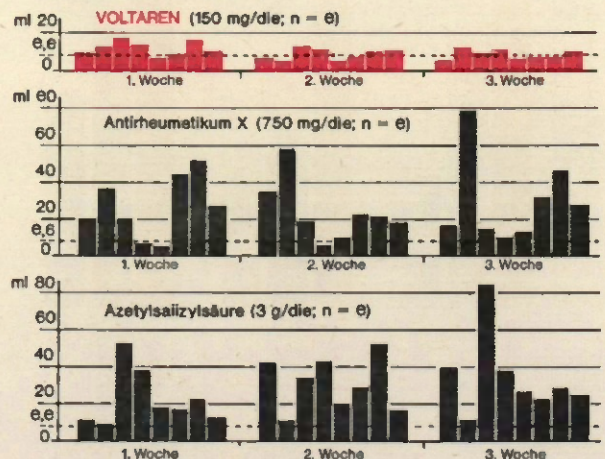
notwendige Dosis um vergleichbare Magen-Darm-Blutungen zu erzeugen (Dosierung in mg/kg p.o.)

notwendige Dosis um das entzündliche Ödem zu hemmen (Kaolin - Pfotenödem der Ratte, ED 50 mg/kg p.o.)



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.

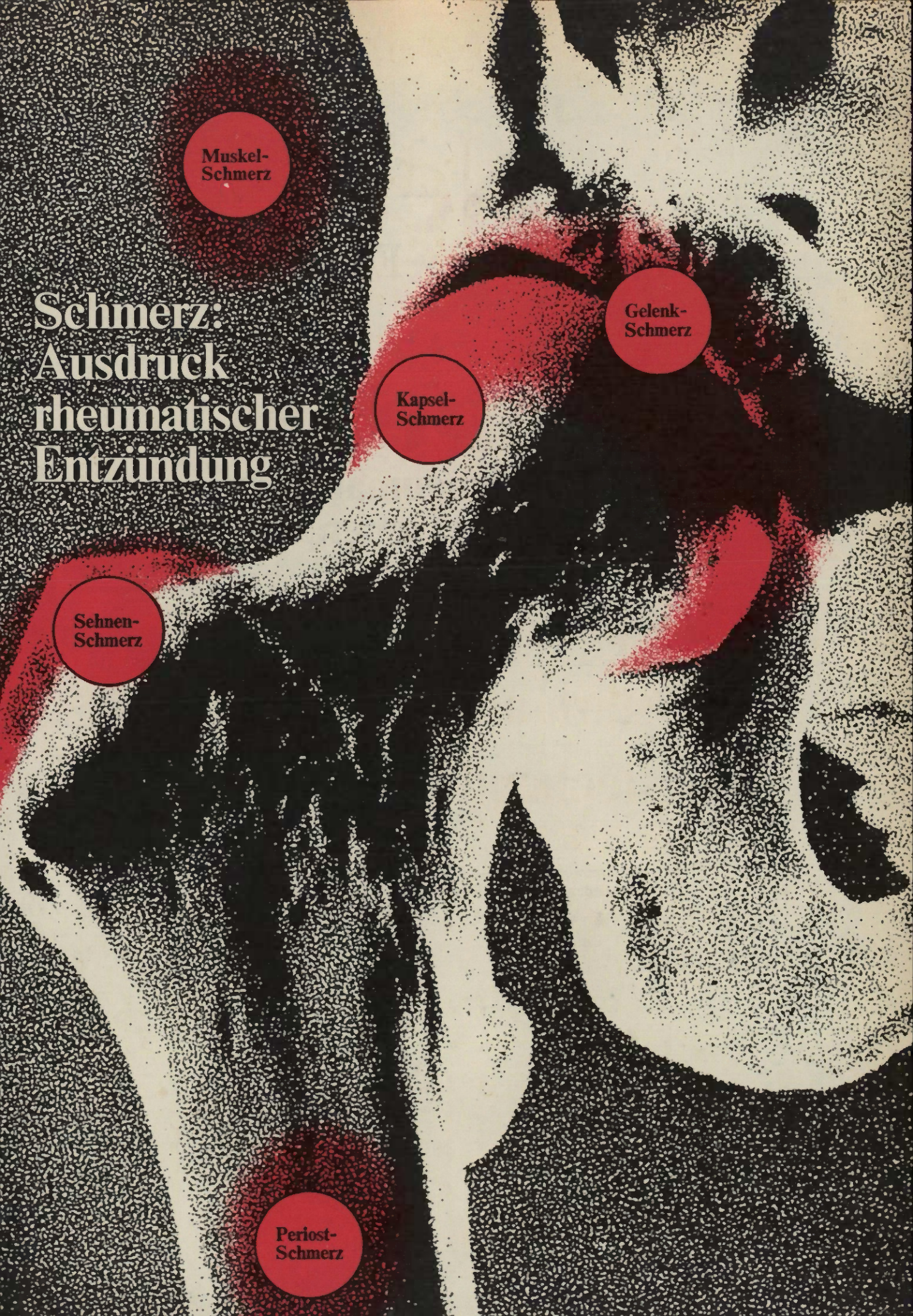
Vergleichsstudie des gastrointestinalen Blutverlusts bei je 8 Probanden nach mehrwöchigen Gaben von VOLTAREN, Antirheumatikum X und Azetylsalicylsäure (mod. nach H. Uthgenannt; in Vorbereitung). Die Kolonnen stellen die Summe der täglichen Blutausscheidung jedes Probanden pro Woche dar. Die gestrichelte Linie bei 8,8 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 Polyarthritis, 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 Anstoßen, Nausea, epigastrische Schmerzen

und Diarree 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 Blutbildes und der Leberfunktion durchgeführt werden.

Handelsformen und Preise

Originalpackung mit 30 magensaftresistenten Dragées
Originalpackung mit 60 magensaftresistenten Dragées
Klinikpackungen

DM 18,90 lt. AT
DM 33,75 lt. AT

Zum Krankenversicherungs-Neuregelungsgesetz

Im großen Schlußgalopp des Bonner Parlaments wollten die Sozialpolitiker nicht zurückstehen. Kurz vor dem Finale führten sie doch noch den Gesetzentwurf zur Weiterentwicklung der Krankenversicherung in die Maschinerie des Gesetzgebers ein. Was am Ende dabei herauskommen wird, ist noch keineswegs klar, denn mit einem Vermittlungsverfahren wird man rechnen müssen.

Dies signalisiert die Tatsache, daß die CDU/CSU-Fraktion dem vom sozialpolitischen Ausschuß mit den Stimmen der SPD/FDP-Mehrheit beschlossenen Gesetzentwurf nicht zustimmen will. Zunächst einmal fährt die CDU/CSU auf *PirkI*-Kurs; die Oppositionsfraktion im Bundestag hat sich bei ihren Änderungsanträgen an dem vom bayerischen Sozialminister im Bundesrat eingebrachten Initiativentwurf orientiert. Ein vernünftiger Kompromiß sollte möglich sein, zumal das Thema „Sicherstellung der ärztlichen Versorgung“ bei steigenden Niederlassungszahlen an politischer Brisanz verloren hat.

Die „Kostendämpfer“ werden mit dem Gesetzentwurf, so wie er vom sozialpolitischen Bundestagsausschuß verabschiedet wurde, nicht zufrieden sein. Monatelang ist in der Öffentlichkeit und in den Koalitionskreisen darüber geredet und beraten worden, was denn der Gesetzgeber zur Verlangsamung des Ausgabenanstieges in der Krankenversicherung tun könne. Eine Ergänzung des Gesetzes zur Weiterentwicklung der Krankenversicherung hätte sich angeboten, und die FDP hatte dies öffentlich angeregt. Aber es hat sich wieder einmal erwiesen, daß der Gesetzgeber wohl fähig ist, Leistungsverbesserungen und Ausgabenvermehrungen zu beschließen, für Sparbeschlüsse aber gibt es keine Mehrheiten.

Und auch zu einer Neuordnung der Rentner-Krankenversicherung hat sich der Gesetzgeber nicht aufraffen können. Das, was die Bundesregierung ihm als Lösungsvorschlag angeboten hatte, war, das sei zu seiner Entschuldigung gesagt, schlicht ungeeignet. Mit der Verlagerung der Kosten von der Rentenversicherung zur Krankenversicherung ist heute nichts mehr zu gewinnen. Beide Bereiche der Sozialversicherung sind

von Kostenexpansion und Defiziten bedroht.

So ist aus dem Gesetz zur Weiterentwicklung der Krankenversicherung nur ein Gesetzentwurf zur Weiterentwicklung des Kassenarztesrechtes geworden, über den die Entscheidung wohl erst nach einem Vermittlungsverfahren zwischen Bundestag und Bundesrat Ende Juli auf Sondersitzungen dieser beiden Gesetzgebungsorgane entschieden wird. Aber es ist kaum daran zu zweifeln, daß es zu diesem Rumpf- oder Schrumpfgesetz noch kommen wird. Was hat dies nun zu bedeuten?

Für die ärztliche Versorgung soll eine Bedarfsplanung eingeführt werden, und zwar in allen Ländern nach bundeseinheitlichen Kriterien. Während die Koalition die Verantwortung für diese Bedarfsplanung den Kassenärztlichen Vereinigungen übertragen will und nur ein Zusammenwirken mit den Kassen verlangt, will die Union die Kassen bei der Bedarfsplanung zu gleichberechtigten Partnern der Kassenärztlichen Vereinigungen machen.

Koalition und Opposition sind sich allerdings einig darüber, daß die Sicherstellung der kassenärztlichen Versorgung eindeutig Aufgabe der ärztlichen Selbstverwaltung bleiben soll. Die Kassenärztlichen Vereinigungen haben dafür zu sorgen, daß die in der Bedarfsplanung ausgewiesenen Arztsitze auch tatsächlich besetzt werden. Mit dem Gesetz werden den Kassenärztlichen Vereinigungen alle Möglichkeiten gegeben, die Niederlassung der Ärzte mit massiven finanziellen Anreizen zu steuern.

Den Vereinigungen wird auch das Recht eingeräumt, Eigeneinrichtungen zur medizinischen Versorgung zu schaffen. Ursprünglich sollte dies an die Zustimmung der Kassen ge-

bunden werden, jetzt ist nur noch das „Benehmen“ mit den Kassen herzustellen. Die Kassen haben also kein Veto-Recht. Dies ist nur konsequent, da der Entwurf für den Fall, daß alle Bemühungen zur Besetzung der im Bedarfsplan ausgewiesenen Arztsitze scheitern und auch die für ärztlich gut versorgte Gebiete im Gesetz vorgesehenen Zulassungssperren nicht zum Erfolg führen, den Übergang des Sicherstellungsauftrages an die Kassenverbände vorsieht. Gegen diese Verstärkung der Kassenposition ist allerdings die CDU/CSU, was im Vermittlungsverfahren eine Rolle spielen kann.

Mit dem Gesetz sollen auch die psychiatrischen Kliniken an der ambulanten Versorgung beteiligt werden. Die Koalition wünscht nur die Zustimmung der Kassen, die Union der Kassen und der Kassenärztlichen Vereinigungen. Prinzipiell sollen auch die Lehr-Krankenhäuser in die ambulante Versorgung einbezogen werden, soweit dies für die Ausbildung notwendig ist. Was diese Brems-Vorschrift taugt, wird man abwarten müssen. Zunächst einmal wird diese Vorschrift keine praktische Bedeutung haben, da deren Inkrafttreten an die Änderung der Approbations-Ordnung und die frühzeitige Ausbildung der Studenten am Krankenbett gebunden ist. Die Bundesregierung hatte aber erst Anfang dieses Jahres auf eine kleine Anfrage der Union hin wissen lassen, daß sie eine Änderung der Bundesärzteordnung und der Approbationsordnung für Ärzte mit dem Ziel einer Änderung der ärztlichen Ausbildung nicht in Betracht ziehe. Die Ausweitung der Ambulanz in den Lehr-Krankenhäusern steht damit zunächst nur auf dem Papier. Dennoch ist die prinzipielle Bedeutung des Ausschlußbeschlusses nicht zu verkennen.

Von praktischer Bedeutung für die Ärzte ist allerdings die Absicht des Gesetzgebers, den Vorsitz in den Schiedsstellen weiterhin dem Losglück und nicht den Sozialministern zu überlassen.

Erst die Zukunft wird zeigen, ob dieses Gesetz wirklich notwendig ist. Es könnte sich schon bald erweisen, daß es leichter ist, mit einem begrenzten Mangel an Ärzten fertig zu werden als mit einem Überschuß an Ärzten.

bonn-mot

Kongresse

Landesversammlung des Bayerischen Medizinischen Beamtenvereins e. V. am 9./10. Juli 1976 in Passau

Landesvorsitzender: Dr. Peter Schuch, Schwabach

Freitag, 9. Juli 1976 – 9.00 Uhr –

Programm: Sportunterricht heute für morgen – Sportunterricht und Schularzt – Freistellung vom Schulsport aus pädiatrischer Sicht – Fragen des Schulsports aus orthopädischer Sicht – Amtliche Untersuchung von Arzneimitteln in Bayern – Tuberkuloseinfektionsrisiko in Bayern (Situationsbericht eines Tuberkuloseintestprogramms) – Probleme der Trinkwasserverordnung aus lebensmittelchemischer Sicht – Diskussion

Samstag, 10. Juli 1976 – 9.00 Uhr –

Mitgliederversammlung (geschlossene Veranstaltung)

Ort: Kolpinghaus, Nibelungenstraße 13, Passau

Auskunft:

Medizinischer Direktor Dr. Peter Schuch, Bahnhofstraße 26, 8540 Schwabach, Telefon (0 91 22) 40 21

Klinische Fortbildung in Bayern

Samstagseminar der II. Universitäts-Frauenklinik München

zur Förderung der Zusammenarbeit von Klinik und Praxis

in Zusammenarbeit mit der Bayerischen Landesärztekammer und dem Berufsverband der Frauenärzte, Landesgruppe Bayern

am 6. November 1976 in München

Diraktor: Professor Dr. K. Richter, München

Thema: Die weibliche Harninkontinenz – Entstehung - Erkennung - Behandlung

Ort: II. Frauenklinik der Universität München, Lindwurmstraße 2 a, München 2

Beginn: 10.00 Uhr c. t. – Ende: ca. 17.00 Uhr

Letzter Anmeldetermin: 28. Oktober 1976

Auskunft und Anmeldung:

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

Internationaler Seminar-Kongreß für ärztliche Fortbildung

vom 30. August bis 11. September 1976 in Pörschach

Themen: Erkrankungen von Herz und Kreislauf in Diagnostik und Therapie – Gastroenterologia unter besonderer Berücksichtigung der Endoskopie und Krebsfrüherkennung – Notfallmedizin – Erkrankungen der Lunge und Atemwege – Stoffwechselerkrankungen – Präventivmedizin – Kurse für EKG – Phono-EKG und autogenes Training – Laborkurse – ausgewählte sozialmedizinische Themen

Auskunft und Anmeldung:

Berufsverband Deutscher Internisten e. V., Adolfsallee 25, 6200 Wiesbaden

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

vom 18. bis 21. Oktober 1976 in Erlangen

Leitung: Privatdozent Dr. H. Koch, Privatdozent Dr. W. Rösch, Dr. P. Frühmorgen, Erlangen

Auskunft:

Frau Schatt, Kongreßbüro der Medizinischen Universitäts-Klinik, Krankenhausstraße 12, 8520 Erlangen, Telefon (0 91 31) 85 33 74

11. Kurs für praktische Gastroenterologie am 22./23. Oktober 1976 in Erlangen

Leitung: Professor Dr. L. Demling, Erlangen

Auskunft:

Frau Schatt, Kongreßbüro der Medizinischen Universitäts-Klinik, Krankenhausstraße 12, 8520 Erlangen, Telefon (0 91 31) 85 33 74

17. Tagung der Deutschen Gesellschaft für Rheumatologie

gemeinsam mit der Österreichischen Rheuma-Liga

vom 28. September bis 2. Oktober 1976 in Regensburg

Themen: Psychosomatische Probleme in der Rheumatologia – Differentialdiagnose der versteifenden Wirbelsäulenerkrankungen – Rundgespräche „Hypothese und gesichertes Wissen“ (Immunologie, Biopsiadiagnostik, Epidemiologie, physikalische Therapie) – Fingerpolyarthrose – Wechselwirkung der Antirheumatika – Synoviorthese

Auskunft:

Erika Wolff, Kongreß-Sekretariat, Amselstraße 9, 8403 Bad Abbach

Fortbildungstagung der Deutschen Rheuma-Liga

am 2. Oktober 1976 in Regensburg

Themen: Ziele und Organisation der Deutschen Rheuma-Liga – Praktische Arbeit einer Beratungsstelle – Sozialleistungssystem – Funktionshilfen – Frühbetreuung

Auskunft:

Medizinische Direktorin Dr. J. Treichler, Kronprinzenstraße 19, 4000 Düsseldorf

2. Fortbildungskurs in praktischer Kinderkardiologie

am 23. Oktober 1976 in Erlangen

Leitung: Professor Dr. H. Gutheil, Erlangen

Auskunft und Anmeldung:

Sekretariat der Kardiologischen Abteilung der Kinderklinik der Universität Erlangen-Nürnberg, Loschgestraße 15, 8520 Erlangen, Telefon (0 91 31) 85 37 50

Einführungslahrgänge in die kassenärztliche Tätigkeit

Die Kassenärztliche Vereinigung Bayerns veranstaltet am

18. September 1978

27. November 1976

Im Ärztehaus Bayern, Mühlbauerstraße 16, 8000 München 80, Einführungslahrgänge in die kassenärztliche Tätigkeit.

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

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

Die Teilnahmegebühr ist am Tage des Einführungslahrganges zu bezahlen.

Klinische Fortbildung in Bayern

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

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

In Zusammenarbeit mit der Bayerischen Landesärztekammer

vom 25. bis 26. Oktober 1976 in München

Programm:

Röntgenvisite – Klinische Visite in Gruppen – Derzeitige Behandlungsergebnisse bei der terminalen Niereninsuffizienz im Kindesalter – Derzeitiger Stand und Ergebnisse der Behandlung maligner Erkrankungen im Kindesalter – Möglich-

keiten 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 – Röntgenvisite – Klinische Visite (2. Kinderabteilung) – Die chronisch-lymphozytäre Meningitis – Therapiekontrolle bei medikamentöser Langzeitbehandlung – Freigestunde 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 – Angiologie – Lungen-Bronchialerkrankungen – Kardiologie – Hämatologie

Praktika in folgenden Labors: Herzkatheder – Phonokardiographie – Echo-kardiographie – Belastungs-EKG – Vek-

torkardiographie – Herzschrittmacher – Lungenfunktion – Hämatologisches Labor – Angiologisches Labor

Begrenzte Teilnehmerzahl

Letzter Anmeldetermin: 15. Oktober 1976

Fortbildungskurs für Phonokardiographie – Teil I

in Zusammenarbeit mit der Bayerischen Landesärztekammer

am 22./23. Oktober 1976 in München

Leitung: Professor Dr. D. Michel, München

Letzter Anmeldetermin: 12. Oktober 1976

Auskunft und Anmeldung:

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

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

In Zusammenarbeit mit der Bayerischen Landesärztekammer

vom 6. bis 12. November 1976 in Würzburg

Direktor: Professor Dr. E. Kern, Würzburg

Es werden Kolloquien, Demonstrationen im Operationsaal und in der Ambulenz sowie ein Vortragabend durchgeführt. Teilnahme am Operationsprogramm, an den Visiten und an den täglichen Röntgenvisiten ist vorgesehen.

Spezielle Themen:

Nahtprobleme bei Darmoperationen – Entzündliche Dickdarkerkrankungen – 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

Dismenol®

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

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

Kontraindikation: Akute intermittierende Porphyrrie.

Nebenwirkungen wurden dem Hersteller bisher nicht bekannt.

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

AGPHARM LUZERN · Simons Chemische Fabrik, Gauting



Information über die neue Rechtslage bei Durchführung eines Schwangerschaftsabbruchs

Am 21. Juni 1976 ist das 15. Strafrechtsänderungsgesetz mit der Neufassung der Bestimmungen über den Schwangerschaftsabbruch in Kraft getreten. Der Text dieser Bestimmungen ist im „Bundesgesetzblatt“ Nr. 56 vom 21. Mai 1976 (S. 1213) veröffentlicht.

Das Gesetz bringt eine weitgehende Straffreistellung für die Schwangere auch für den Fall des Fehlens einer Indikation. Der Arzt, der einen Schwangerschaftsabbruch durchführt, ist jedoch nur dann nicht mit Strafe bedroht, wenn folgendes beachtet ist:

1. Es muß eine Indikation (medizinische, eugenische, kriminologische, Notlage-Indikation) zum Schwangerschaftsabbruch im Sinne des § 218 e StGB vorliegen und durch den Arzt festgestellt sein.
2. Die Schwangere muß mindestens drei Tage vor dem Eingriff von einer anerkannten Beratungstelle oder einem sachkundigen Arzt über die zur Verfügung stehenden sozialen Hilfen beraten worden sein (§ 218 b Abs. 1 Nr. 1). Eine erste Anerkennung von Beratungsstellen in diesem Sinne (meist caritativer Stellen) ist durch das Bayerische Staatsministerium für Arbeit und Sozialordnung erfolgt und im „Bayerischen Staatsanzeiger“ Nr. 25. vom 18. Juni 1976 veröffentlicht; die Ärztlichen Kreisverbände Bayerns sind darüber unterrichtet. Weitere Beratungsstellen sind noch nicht anerkannt. Für den einen Schwangerschaftsabbruch durchführenden Arzt empfiehlt es sich in jedem Falle, sich von der Schwangeren aus Beweisgründen eine schriftliche Bescheinigung über die „soziale Beratung“ vorlegen zu lassen. Diese Beratung ist im übrigen aus Sachgründen nur dort vorgeschrieben, wo der Schwangerschaftsabbruch nicht medizinisch angezeigt ist (§ 218 b Abs. 3).
3. Die Schwangere muß von einem Arzt über die ärztlich bedeutsamen Gesichtspunkte des Eingriffs beraten worden sein (§ 218 b Abs. 1 Nr. 2). Diese Beratung kann auch der Arzt durchführen, der den Schwangerschaftsabbruch später vornimmt. Die Beratung ist an sich selbstverständliche Voraussetzung für jeden Heileingriff. Auch über die Durchführung dieser Beratung sollte sich der Arzt, der den Schwangerschaftsabbruch vornimmt, eine schriftliche Bestätigung vorlegen lassen.
4. Das Vorliegen einer Indikation zum Schwangerschaftsabbruch muß ein (zweiter) am Eingriff unbeteiligter Arzt festgestellt haben (§ 219); die schriftliche Feststellung dieses Arztes muß dem Arzt, der den Schwangerschaftsabbruch durchführt, vorliegen.

Selbstverständlich muß unabhängig von diesen spezifischen Voraussetzungen für einen straffreien Schwangerschaftsabbruch — wie bei jedem ärztlichen Eingriff in die körperliche Integrität — die Einwilligung der Schwangeren vorliegen.

Die für den Arzt wesentlichen rechtlichen und beruflichen Überlegungen für den Fall eines Schwangerschaftsabbruchs sind ausführlich von HESS im „Deutschen Ärzteblatt“, Heft 25, vom 17. Juni 1976 (S. 1651) dargestellt; auf diese Ausführungen wird eindringlich verwiesen.

Bayerische Landesärztekammer

Schnell informiert

Vollzug der Bestattungsverordnung – Aushändigung der Todesbescheinigung

Das Bayerische Staatsministerium des Innern weist aus gegebenem Anlaß darauf hin, daß nach § 3 Abs. 3 der Bestattungsverordnung vom 9. Dezember 1970 (GVBl. S. 679) die Todesbescheinigung mit der Durchschrift sogleich demjenigen auszuhändigen ist, der die Leichenschau veranlaßt hat. Veranlaßt wird die Leichenschau von den in § 1 Abs. 1 Genannten. Darüber hinaus ist die Aushändigung der Todesbescheinigung an einen Dritten nur dann zulässig, wenn dieser vom Veranlasser der Leichenschau zur Entgegennahme ausdrücklich ermächtigt wurde.

Schwedens Ärzte sind teurer

Nach Feststellung der Stiftung Zentralinstitut für die kassenärztliche Versorgung in Köln kostet der Arbeitsplatz eines ambulanten tätigen Arztes im staatlichen Gesundheitswesen Schwedens DM 240 000,- pro Jahr bei einer 40-Stundenwoche des Arztes. In der Bundesrepublik kostet demgegenüber ein freiberuflich niedergelassener Arzt im Jahre 1975 durchschnittlich DM 210 000,-. Dieser Umsatz pro Praxis enthält zugleich die Kosten für durchschnittlich 2,6 Mitarbeiter in der Praxis (ohne mithelfende Familienangehörige) sowie alle Aufwendungen für Räume und Geräte. Die Arbeitszeit des deutschen Kassenarztes betrug 1975 durchschnittlich 55 Stunden.

Multimorbidität in der Allgemein-Praxis

Band III der Schriftenreihe des Zentralinstituts für die kassenärztliche Versorgung in der Bundesrepublik Deutschland

Die Eigenständigkeit und die Bedeutung des Faches „Allgemeinmedizin“ ist heute international wissenschaftlich wie gesundheitspolitisch unumstritten.

Nach wie vor mangelt es jedoch an empirischen, vor allem auch epidemiologischen Untersuchungen im Tätigkeitsfeld der Allgemeinmedizin. Das von der gemeinnützigen Stiftung Zentralinstitut für die kassenärztliche Versorgung, Köln, herausgebrachte Heft „Multimorbidität in der Allgemein-Praxis“ ist hier ein wesentlicher wissenschaftlicher Beitrag. Jedem praktisch tätigen Arzt ist das Phänomen der „Multimorbidität“, d. h. das häufige Nebeneinander von zwei oder mehr Krankheiten beim gleichen Patienten, bekannt. Diese Mehrfacherkrankungen sind vor allem bei älteren Patienten charakteristisch und viel häufiger als lehrbuchmäßige, präzise abgrenzbare Einzelarckerkrankungen.

Diesen zum Teil bekannten Zusammenhängen geht die von Privatdozent Dr. van Eimeren der Universität München durchgeführte Studie mit eingehenden statistischen Analysen aus großen Vorsorgeprogrammen quantitativ nach. Dabei geht es letzten Endes um mehr praktische als theoretische Interessen. Denn das Wissen um die Zusammenhänge bestimmter Erkrankungsbilder kann dem Arzt die Diagnostik wesentlich erleichtern helfen.

Die Untersuchung kann zum Selbstkostenpreis von DM 5,- bei Zentralinstitut für die kassenärztliche Versorgung in der Bundesrepublik Deutschland, Haedenkampstraße 5, 5000 Köln 41, angefordert werden.

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 Aethylanum chloratum, 2 g Oleum Pinii Pumilionis, 0,2 g Methylum salicylicum, 1 g Camphora synthetica, 0,05 mg Toxina der Naja tripudians, Emulgator ad 125 g = 100 ml.

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

O.P. Flascha mit 100 ml

DM 6,15



Dr. Wider & Co 725 Leonberg



Nebentätigkeitserlaß für privatärztliche Tätigkeit in Bundeswehrkrankenhäusern

Zur Zeit keine einheitliche Regelung

Die Bundesregierung kündigte einen „Nebentätigkeitserlaß“ für die privatärztliche Tätigkeit an Bundeswehrkrankenhäusern u. e. mit dem Ziel einer *einheitlichen Regelung* der Beteiligung der Mitwirkenden an den *Liquidationen der Ärzte* bei stationärer und ambulanter Behandlung von Zivilpatienten, die in Ausnahmefällen während der Dienstzeit zugelassen ist.

Bei der stationären Behandlung von Selbstzahlern steht den Leitenden Abteilungsärzten der Bundeswehrkrankenhäuser ein Liquidationsrecht im Nebenamt zu. Die *Beteiligung mitwirkender Ärzte* erfolgt auf der Grundlage der *Berufsordnung der Ärzte* nach dem Beschluß des 73. Deutschen Ärztetages. Das nichtärztliche Personal wirkt im Rahmen seiner Dienstaufgaben während der Dienstzeit mit. Der Liquidationsberechtigte führt von seinen *Honorareinnahmen* aus nebenamtlicher Tätigkeit 30 vom Hundert an den Dienstherrn ab. Dies entspricht nach Auskunft des Parlamentarischen Staatssekretärs *Schmidt* (Bundesverteidigungsministerium) vergleichbaren Regelungen an öffentlichen Krankenhäusern im zivilen Bereich.

Die Beteiligung der Mitwirkenden an den Einnahmen aus der ambulanten privatärztlichen Tätigkeit der Ärzte in Bundeswehrkrankenhäusern sei zur Zeit nicht gesondert geregelt. Ärztliches und nichtärztliches Personal werde grundsätzlich nur freiwillig tätig, die finanzielle Regelung erfolge im gegenseitigen Einvernehmen. *Peter Mandt, 5300 Bonn*

AM-Preis für Implantation des Herzschrittmachers verliehen

Mit dem Aachener und Münchener Preis für Technik und angewandte Naturwissenschaften, der von der Aachener und Münchener Versicherung AG 1975 gestiftet worden ist, wurden die Initiatoren der Implantation elektrischer Herzschrittmacher, Dr. Runi *Elmqvist* und Professor Dr. med. Ake *Senning*, ausgezeichnet.

Stipendium der Robert-Koch-Stiftung

Die Robert-Koch-Stiftung e. V., die seit 1907 besteht und die Erforschung der Infektionskrankheiten, insbesondere der Tuberkulose und anderer Volksseuchen fördert, stiftete dem Robert Koch-Institut des Bundesgesundheitsamtes in Berlin anlässlich seines 100jährigen Bestehens ein Stipendium in Höhe von DM 25 000,—.

Dieser Förderungsbetrag soll dem Forschungsprojekt eines Austauschstipendiaten des Kitasato-Instituts in Tokio zugute kommen, das mit dem Robert Koch-Institut seit den Zeiten Robert Kochs freundschaftlich verbunden ist.

Düsseldorfer Hygiene-Preis gestiftet

Um das Thema Hygiene in seiner Bedeutung für den einzelnen und für die Gemeinschaft stärker an die Öffentlichkeit heranzutragen, hat die Henkel & Cie GmbH jetzt einen „Düsseldorfer Hygiene-Preis“ gestiftet. Dieser wird mit DM 20 000,— dotiert sein und soll zum ersten Mal 1978 anlässlich der Düsseldorfer Hygienetage vergeben werden. Mit dem Preis sollen hervorragende wissenschaftliche, in der Bundesrepublik Deutschland veröffentlichte Arbeiten auf dem Gebiet der Hygiene ausgezeichnet werden. — Die Satzung und die Modalitäten für die Verleihung des Preises sind in Vorbereitung.

Explosion der Gesundheitskosten in Schweden

Zur Kostendämpfung im Gesundheitswesen hat die oberste Gesundheitsbehörde Schwedens in ihrem soeben erschienenen Perspektivplan für die achtziger Jahre eine drastische Beschränkung der Krankenhausleistungen vorgesehen. Statt dessen soll die ambulante Versorgung außerhalb der Krankenhäuser verstärkt ausgebaut werden. Wie das Zentralinstitut für die kassenärztliche Versorgung in Köln mitteilt, hatten Untersuchungen des staatlichen schwedischen Rationalisierungsinstitutes (spr) ergeben, daß zu viele Begattelfälle in schwedischen Krankenhausbetten liegen und auch die Poliklinikkosten für Patienten im Vergleich zur ambulanten Versorgung außerhalb der Krankenhäuser zum Teil unsinnig hoch liegen.

Ärzte in der Berufsgenossenschaft für Gesundheitsdienst und Wohlfahrtspflege

Die Berufsgenossenschaft für Gesundheitsdienst und Wohlfahrtspflege weist anhand der endgültigen Fassung ihrer Rechnungsergebnisse für das Jahr 1975 nach, daß wieder erhebliche Leistungen in der gesetzlichen Unfallversicherung im Rahmen einer sparsamen Haushaltspolitik erbracht wurden. Des Geschäftsjahrs 1975, des 45. vollen Geschäftsjahrs der BGW seit ihrer Gründung im Jahre 1929, verlief zufriedenstellend. Sowohl die Zahl der Betriebe als auch die darin versicherten Beschäftigten haben zugenommen. Die BGW erreicht ohne ehrenamtliche, aber unter Heranziehung der freiwillig Versicherten jetzt 1,2 Mio Vollbeschäftigte (1974: 1,14 Mio). Die Beitragsplattform hat sich mithin wesentlich verbessert; aber auch die Gehalts- und Lohnsummen und nachgewiesenen Unternehmerentgelte sind gestiegen. Im Jahre 1974 wurden DM 17,8 Milliarden Löhne und Gehälter und Unternehmerentgelte nachgewiesen, 1975 DM 20 Milliarden, wobei hier die gleichen Beitragshöchstgrenzen zugrunde liegen.

Die Finanzübersicht schließt mit einem Bruttoumlagesoll der gesamten Berufsgenossenschaft von rund DM 135 Mio. Das Umlagesoll liegt damit um rund DM 18 Mio über dem des Vorjahres (DM 117 Mio). Davon sind DM 10,6 Mio Fremdleisten, nämlich Konkursausfallgeld und DM 5 Mio berufsgenossenschaftliche Gemeinlast. Es verbleiben als BG-eigene Last DM 120 Mio. Im Vorjahr waren dagegen DM 109 Mio von der BGW für sich selbst aufzubringen. Die Steigerung beträgt rund zehn vom Hundert.

Die Ärzteschaft hatte als eigene Abteilung aufzubringen: Entschädigungen DM 13,7 Mio, für Arbeitsunfälle DM 7 Mio, für Berufskrankheiten DM 6,6 Mio, Unfallverhütung und Erste Hilfe DM 284 000,—. Im Jahre 1975 waren gemeldet: Ärztliche Praxen 49 728 mit 174 400 Pflichtversicherten und 12 500 freiwillig versicherten Ärzten (rund 25 vom Hundert der praktizierenden Ärzte). Der Beitrag für das Jahr 1975 beträgt DM 60,— für Versicherte, 1,5 Prozent des Jahresarbeitsverdienstes für freiwillig versicherte Ärzte. Damit tritt keine Änderung gegenüber dem Vorjahr ein.

Bankdirektor Karl Hennig 60 Jahre

Bankdirektor Karl *Hennig*, stellvertretendes Mitglied des Vorstandes der Deutschen Apotheker- und Ärztebank vollendete sein 60. Lebensjahr.

Musiksommer zwischen Inn und Salzach

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

Samstag, 3. Juli 1976, 19.45 Uhr, Schloß Amereng:

Pierre de Meriveux: Das Spiel von Liebe und Zufall – Komödie aus dem beginnenden Rokoko
Lore-Bronner-Bühne, München

Sonntag, 4. Juli 1976, 19.30 Uhr, Höglwörth, Klosterkirche:

Vokal- und Instrumentalwerke von Joseph *Haydn*, Wolfgang *Amadeus Mozart*, Johann Friedrich *EdeImenn* und Zeitgenossen aus Böhmen und Altbayern
Solisten, Kemmerorchester Musica Bavarica
Leitung: Alois *Kirchberger*

Samstag, 10. Juli 1976, 19.45 Uhr, Schloß Amereng:

Von Minne, Lieben und Maiden – die schönsten Liebeslieder der Renaissance, in Musik, Tanz und Gesang und auf historischen Instrumenten
Consort Franz *Tenta*, Salzburg

Sonntag, 10. Juli 1976, 19.30 Uhr, Beumburg, Stiftskirche:

Pietro Torri: Intraden für Trompeten, Peuken und Streicher (Erstaufführung)
Gaudentius Lenghamer: Aria „Corone sanctorum“ für Baß und Orchester
Wolfgang *Amedeus Mozart*: Missa solemnis C-Dur, „Dominicus-Messe“, KV 66, Fassung von 1776
Solisten, Chor der Herz-Jesu-Kirche München, Convivium Musicum München
Leitung: Josef *Schmidhuber*

Sonntag, 11. Juli 1976, 19.30 Uhr, Reitenhaslech, Klosterkirche:

Albericus Hirschberger: Reitenhaslecher Concerto C-Dur, Nr. 1
Gaudentius Lenghamer: Arie „Corone sanctorum“
Wolfgang *Amedeus Mozart*: Dominicus-Messe, KV 66
– *Ausführende wie Samstag, 10. Juli 1976, Baumburg, Stiftskirche* –

Samstag, 17. Juli 1976, 19.45 Uhr, Schloß Amereng:

Alpenländische und andere Volkslieder und -tänze aus alter und neuer Zeit
Münchner Kammerchor und Solisten
Leitung: Frenz *Arnold*

Sonntag, 24. Juli 1976, 19.45 Uhr, Schloß Amereng:

Georg Philipp *Telemann*: „Pimpinone“ oder „Die ungleiche Heirat“ – Scherzhaftes Spiel in drei Akten, dazu: zwei Intermezzi von *Monteverdi* und *Purcell*
Camerata musicale, München
Leitung: Richard *Mader*

Samstag, 24. Juli 1976, 19.30 Uhr, Baumburg, Stiftskirche:

2. Baumburg-Konzert
Das Württembergische Kemmerorchester Heilbronn

Leitung: Jörg *Faerber*

Veranstaltung in Zusammenarbeit mit dem Kulturkreis 72 e. V., Treunreut

Sonntag, 25. Juli 1976, 19.30 Uhr, Tittmoning, Stiftskirche:

Johann Sebastian *Bach*: Marienlieder und Orgelwerke
E. *Schlöter*, Orgel, Chorgemeinschaft Neubeuern
Leitung: Enoch zu *Guttenberg*

Freitag, 30. Juli 1976, 19.45 Uhr, Schloß Amereng:

Volksmusikabend
Kreuther Musikanten, Riederlinger Sänger, Fischbachauer Sängerinnen, Anreiter Dreigesang, Maultrommel-Duo *Mayr*
Sprecher: Fritz *Mayr*

Samstag, 31. Juli 1976, 19.45 Uhr, Schloß Amereng:

Werke von *Bach*, *Hoffmeister*, *Beethoven*, *Mozart*
Münchner Flötenquartett

Samstag, 31. Juli 1976, 19.30 Uhr, Marienberg, Wallfahrtskirche:

Joseph Haydn: Trio für Flöte, Oboe und Violoncello
Solowerke für Glasharmonike von *Gluck*, *Mozart*, *J. G. Neumann*, *Beethoven*, *Br. Hoffmann u. e.*
Wolfgang *Amedeus Mozart*: Quintett für Glasharmonike, Flöte, Oboe, Viola und Violoncello, KV 617
Solisten, Salzburger Mozartspieler

Sonntag, 1. August 1976, 19.30 Uhr, Seon, Klosterkirche:

– Programm wie Samstag, 31. Juli 1976, Marienberg, Wallfahrtskirche –

Samstag, 7. August 1976, 19.45 Uhr, Schloß Amereng:

Mozart-Serenaden
Selzburger Mozartspieler (in Oktettbesetzung)

Sonntag, 14. August 1976, 19.45 Uhr, Schloß Amereng:

Vokal- und Instrumentalmusik aus Kulturzentren der Renaissance – Musik, wie sie auf Tiroler Burgen, an den Höfen der Sceliger in Verona und der Este in Modene erklang von *Neidhart v. Reuenthal* bis *Vecchi*
Ensemble *Oswald* von *Wolkenstein*, Bozen
Gesellige Musik aus Madrid, Antwerpen, London, Trient und Leipzig
„Consort für alte Musik“, Fürstenfeldbruck
Leitung: Hans *Koch*

Sonntag, 21. August 1976, 19.45 Uhr, Schloß Amereng:

J. S. *Bach*, *Barriere*, *Blacher*, *Marcello*, *Eccle*
Barockquartett (drei Solisten der Berliner Philharmoniker und Peter *Clemete*, München)

In der Zeit vom 10. bis 17. Juli 1976 finden die „Neubeuerer Musiktage“ statt. – Prospekte über das Sekretariat für Neubeuern, Postfach, 8201 Neubeuern



RECORSAN-LIQUID.

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

Altersherz, coronare Durchblutungsstörungen, Apoplexieprophylaxe
Hochdruckherz, Gastrokard-Syndrom

In 100 ml: Rutin solub. 0,6 g, Alkohol. Auszüge aus: *Crataegus* 37,5 g, *Adonis*,
Visc. alb. 8,7 g, *Aplium grav. Auricul.* 7,3 g, Val. 1,3 g, Cola 4,3 g. · 30 ml DM 5,40

Recorsan-Gesellschaften Gräfelfing und Lüneburg

Andechser Konzerte 1976

Für die Freunde der Musik finden euch in diesem Sommer wieder die „Andechser-Konzerte“ statt.

Samstag, 3. Juli 1976, 20.00 Uhr, Fürstensaal:

Liederabend: Arie entiche — Lieder von Ernst Krenek und Hugo Wolf

Hanno Blaschke, Tenor, Paul v. Schilhawsky, Klavier

Samstag, 10. Juli 1978, 20.00 Uhr, Wallfahrtskirche:

W. A. Mozart: Divertimento Nr. 11, KV 251 — Konzert für Flöte und Harfe, KV 299 — Sinfonie Nr. 40, KV 550

Andreas Schwinn, Dboe, Gernot Woll, Flöte, Vladimir Haas, Harfe

Samstag, 17. Juli 1976, 20.00 Uhr, Wallfahrtskirche:

J. S. Bach: Sonata IV, BWV 1017 — Cantabile, ma un poco, Adagio, BWV 1019 a — Sonata V, BWV 1018, Sonata II, BWV 1015

Gerherth Hetzel, Violine, Franz Lehmendorfer, Cembalo

Samstag, 24. Juli 1976, 20.00 Uhr, Wallfahrtskirche:

G. F. Händel: Concerto grosso C-Dur — Orgelkonzert d-Moll, Dp. 7 Nr. 4

J. S. Bach: Konzert d-Moll für 2 Violinen, BWV 1043

J. Haydn: Divertimento F-Dur (Hob. III:10)

Eva M. Nagora und Chr. Milrad, Violine, K. Feit, Cello, A. Roidl, Orgel

Samstag, 31. Juli 1976, 20.00 Uhr, Wallfahrtskirche:

J. S. Bach: Duvertüre h-Moll, BWV 1067

C. Ph. Em. Bach: Sinfonie Nr. 3 C-Dur

L. Boccherini: Konzert für Violoncello B-Dur

J. Haydn: Divertimento Es-Dur (Hob. II:6)

Gernot Woll, Flöte, R. J. Buhl, Violoncello

Instrumentalensemble M. C. Reiter, München

Leitung: Michael Conrat Reiter

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

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

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

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

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

Buchbesprechungen

Wesentliche über Kinderchirurgie

Verf.: Prof. Dr. M. Bettex / Priv.-Doz. Dr. F. Kuffer / Priv.-Doz. Dr. A. Schärli, 351 S., 79 Abb., 2 Tab., kart., DM 49,-. Verlag Hens Huber, Bern.

Die drei Autoren der Berner Schule für Kinderchirurgie haben es unternommen, ein neuartiges Lehrbuch zu schreiben, in dem die wesentlichsten Kenntnisse dieses Faches in kurzen, übersichtlichen Kapiteln vermittelt werden. Stichwortartig werden die Begriffe der Pathologie, die Hauptmerkmale der Klinik, die wichtigsten diagnostischen Methoden und die Prinzipien der chirurgischen Therapie dargestellt. Fotos, Röntgenbilder, Skizzen und Tabellen ergänzen den Text.

Lehrbuch der Inneren Medizin

Verf.: Prof. Dr. R. Groß / Prof. Dr. P. Schölmerich, mit Beiträgen von 47 Mitarbeitern, 424 Abb., 648 Einzeldarst., davon 21 mehrfarb., 208 Tab., 69 farb. Abb. auf 11 Tafeln, geb., DM 100,-. F. K. Schattauer Verlag, Stuttgart.

Die vierte Auflage war erforderlich, um der Nachfrage gerecht zu werden. Über das Buch braucht kaum Lobendes gesagt zu werden, es hat in der deutschen medizinischen Bibliographie seinen festen Platz. Das kaum mehr überblickbare Gesamtwissen der Inneren Medizin ist in konzentrierter Form und übersichtlich dargestellt. Der Studierende wird es ebenso gern benutzen wie der unter Zeitdruck stehende niedergelassene Arzt und Kliniker.

Handbuch der Störwirkungen durch Pharmake

Prophylaxe und Therapie in der Praxis

Verf.: Prof. Dr. F. Hausbrandt / Prof. Dr. F. Gstimer, mit einem Geleitwort von Prof. Dr. H. Braunsteiner, 552 S., 8 Tab., Balacron, DM 132,-. Verlag für Medizin Dr. E. Fischer, Heidelberg.

Die Verfasser haben sich der großen Mühe unterzogen, die Nebenwirkungen gebräuchlicher Arzneimittel kritisch zu sichten und zu katalogisieren. Der Stoff ist übersichtlich gegliedert, so daß es dem in der Praxis tätigen Arzt möglich wird, unmittelbare Informationen zu gewinnen. Das ausführliche Literaturverzeichnis erlaubt ihm weiterhin, die Originalarbeiten einzusehen. Jeder Leser kann sicherlich eine Fülle von Anregungen daraus gewinnen.

Impfkompendium

Verf.: Prof. Dr. H. Spieß, 222 S., 22 Abb., 25 Tab., 4 Farbtafeln, flexibles Taschenbuch, DM 18,80. Georg Thieme Verlag, Stuttgart.

Das in zweiter Auflage vorliegende Kompendium hat durch Überarbeitung — besonders des theoretischen Teils — erheblich gewonnen. Klar und nach einheitlichen Gesichtspunkten werden alle Schutzimpfungen besprochen. Abschließend werden Hinweise zur Verhütung von Impfschäden gegeben sowie gesetzliche Bestimmungen angefügt. Mit seiner Meinung, daß die allgemeine BCG-Schutzimpfung Neugeborener hierzulande nicht mehr indiziert sei, stellt sich der Autor gegen die Empfehlungen der Deutschen Gesellschaft für Kinderheilkunde.

J. O.

(Fortsetzung Seite 659)

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

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

(Zusammengestellt aufgrund der Wochenmeldungen)

Im April wurden Scharlacherkrankungen weniger häufig als im März gemeldet; die auf 100 000 Einwohner bezogene Erkrankungsziffer sank von 78 auf 69, jeweils auf ein Jahr umgerechnet. Geringfügig stieg die Zahl der Erkrankungen an Meningokokken-Meningitis, während sonstige, meist virusbedingte Formen

der übertragbaren Hirnheutentzündung etwas weniger als im Vormonat auftraten. Auf 100 000 Einwohner entfielen im April zwei Fälle von Meningokokken-Meningitis und fünf Fälle von übrigen Formen der infektiösen Meningitis.

Weiter rückläufig war im April die Häufigkeit von Salmonellose-Erkrankungen. Auf 100 000 Einwohner trafen durchschnittlich 24 im März und 22 im April. Ebenso sank die Erkrankungsziffer an Hepatitis Infectiosa (übertragbare Leberentzündung), und zwar von 27 auf 25 Fälle je 100 000 der Bevölkerung.

Neuerkrankungen und Sterbefälle in der Zeit vom 5. April bis 2. Mai 1976 (vorläufiges Ergebnis)

Gebiet	1		2		3		4		5		6		7		8		9		10		11		12	
	Diphtherie		Scharlach		Kinderlähmung		Übertragbare				Typhus abdominalis		Paratyphus A und B		Bakterielle Ruhr (ohne Amöbenruhr)		Enteritis infectiosa				Botulismus			
							Hirnhautentzündung		Gehirnentzündung								Salmonellose		übrige Formen					
							Meningokokken-Meningitis		übrige Formen										E		ST			
E) ST)		E ST		E ST		E ST		E ST		E ST		E ST		E ST		E ST		E ST		E ST		E ST		
Oberbayern	-	-	249	-	-	-	12	-	6	-	2	2	1	-	1	-	-	-	67	-	-	-	-	-
Niederbayern	-	-	71	-	-	-	-	-	3	-	-	-	-	-	1	-	1	-	13	-	3	-	-	-
Oberpfalz	-	-	50	-	-	-	2	-	10	-	-	-	-	-	1	-	-	-	16	-	-	-	-	-
Oberfranken	-	-	36	-	-	-	1	-	13	-	1	-	-	-	-	-	-	-	14	-	-	-	-	-
Mittelfranken	-	-	37	-	-	-	-	-	2	-	-	-	-	-	-	-	-	-	26	-	-	-	-	-
Unterfranken	-	-	22	-	-	-	3	-	4	-	-	-	-	-	-	-	-	-	23	-	-	-	-	-
Schwaben	-	-	107	-	-	-	2	-	4	-	-	-	1	-	-	-	1	-	24	-	2	-	-	-
Bayern	-	-	572	-	-	-	20	-	42	-	3	2	2	-	3	-	2	-	183	-	5	-	-	-
München	-	-	79	-	-	-	1	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	25	-	-	-	-	-
Nürnberg	-	-	13	-	-	-	-	-	1	-	-	-	-	-	-	-	-	-	8	-	-	-	-	-
Augsburg	-	-	1	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	3	-	-	-	-	-
Regensburg	-	-	3	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	6	-	-	-	-	-
Würzburg	-	-	2	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	2	-	-	-	-	-
Fürth	-	-	6	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	2	-	-	-	-	-
Erlangen	-	-	7	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	5	-	-	-	-	-

Gebiet	13		14		15		16		17		18		19		20		21		22		23		24				
	Hepatitis infectiosa		Milzbrand		Amöbenruhr		Brucellose				Kindbettfieber bei oder nach Geburt		Caniculafieber		Malaria-Ersterkrankung		Toxoplasmose		Wundstarrkrampf		Verdachtsfälle von Tollwut *)						
							Bangsche Krankheit		übrige Formen																		
							E		ST		E		ST		E		ST		E		ST		E		ST		
E		ST		E		ST		E		ST		E		ST		E		ST		E		ST		E		ST	
Oberbayern	76	-	-	-	1	-	-	-	-	-	1	1	1	-	-	-	2	-	-	-	-	-	-	-	15		
Niederbayern	10	-	-	-	-	-	-	-	1	-	-	-	-	-	1	1	2	1	-	-	-	-	-	-	-		
Oberpfalz	13	1	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	1	-	-	-	-	-	-	-	2		
Oberfranken	14	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	1	-	-	-	-	-	10		
Mittelfranken	30	1	-	-	-	-	1	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	1		
Unterfranken	33	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	4		
Schwaben	34	-	1	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	9		
Bayern	210	2	1	-	1	-	1	-	1	-	1	1	1	-	1	1	5	1	1	-	-	-	-	-	41		
München	39	-	-	-	-	-	-	-	-	-	1	1	-	-	-	-	1	-	-	-	-	-	-	-	3		
Nürnberg	14	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-		
Augsburg	9	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-		
Regensburg	5	1	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-		
Würzburg	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	1		
Fürth	1	-	-	-	-	-	1	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-		
Erlangen	2	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-		

*) 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.

Rediologie

Kompendium für den ersten klinischen Studienabschnitt

Verf.: Prof. Dr. J. Lissner / Prof. Dr. O. Hug, ca. 200 S., 47 Abb., kart., DM 14,80. Ferdinand Enke Verlag, Stuttgart.

Dieses Kompendium der Radiologie, das gedacht ist als Lehrbuch für Studenten, die nach der neuen Approbationsordnung für Ärzte studieren, lehnt sich so stark an den Gegenstandskatalog an, daß es mit Vorteil zur Vorbereitung für des Staatsexamen benutzt werden kann. Trotz dieser strengen Ausrichtung für den Gegenstandskatalog werden nicht nur die geforderten Lerninhalte aufgezählt und erläutert. Vielmehr gibt dieses Buch mit seinen ausführlichen Darstellungen, insbesondere im strahlenbiologischen und physikalischen sowie auch im klinischen Teil (Strahlentherapie usw.), einen ersten kurzen Gesamtüberblick über das Gebiet der Radiologie.

20 Übungen zur Einführung in die Kardiologie

Verf.: Prof. Dr. W. Schweizer, 102 S., 30 Abb., kart., DM 32,-. Verlag Hans Huber, Bern-Stuttgart-Wien.

Das Buch ist für jene geschrieben, die sich in das Gebiet der täglichen Kardiologie einzuerbeiten wünschen. Die Übungen zeigen auch, wie weit man mit den einfachen, in jeder Praxis zur Verfügung stehenden Methoden kommt. Ferner wird versucht, darauf hinzuweisen, daß es in der Kardiologie nie um das Herz allein, sondern stets auch um den Menschen geht.

Jahrbuch für kritische Medizin

Band 1/Argument — Sonderband, AS 8, 284 S., brosch., DM 15,-. Argument Verlag, Berlin.

Das Jahrbuch gibt einen Überblick über den Stand der kritischen Diskussion in nahezu allen Bereichen des Gesundheitswesens. Es wendet sich an alle im medizinischen Bereich Tätigen und an alle an der Entwicklung des Gesundheitswesens Interessierten. Die Autoren der Aufsätze sind ausgewiesene Wissenschaftler ihres Fachgebietes und führen seit Jahren in engagierter Weise die Reformdiskussion im Gesundheitswesen der Bundesrepublik Deutschland an.

Geschichte Bayerns

Verf.: E. Deuerlein / B. Hubensteiner / G. W. Sente / G. Zimmermann / W. Zorn, 200 S., 56 Abb., 6 Karten, Stammtafeln und Tab., DM 24,80. Verlag Ploetz KG, Freiburg.

In dem vorliegenden Band erhält der Leser ein anschauliches Bild der 1000jährigen wechselvollen Geschichte des Landes und seiner Bewohner. Er beginnt mit Altbayern, den bayerischen Kernlanden zwischen Alpen, Donau und Naab, umgreift aber in ausgewogenen Abschnitten alle Gebiete des schwäbischen und fränkischen Raumes, die später unter dem Zepter Bayerns vereinigt wurden und heute zum Freistaat gehören. Mit der Darstellung des historisch-politischen Geschehens verbinden die Verfasser interessante kultur- und kunstgeschichtliche Betrachtungen.

Ein Laxans soll nur hier wirken

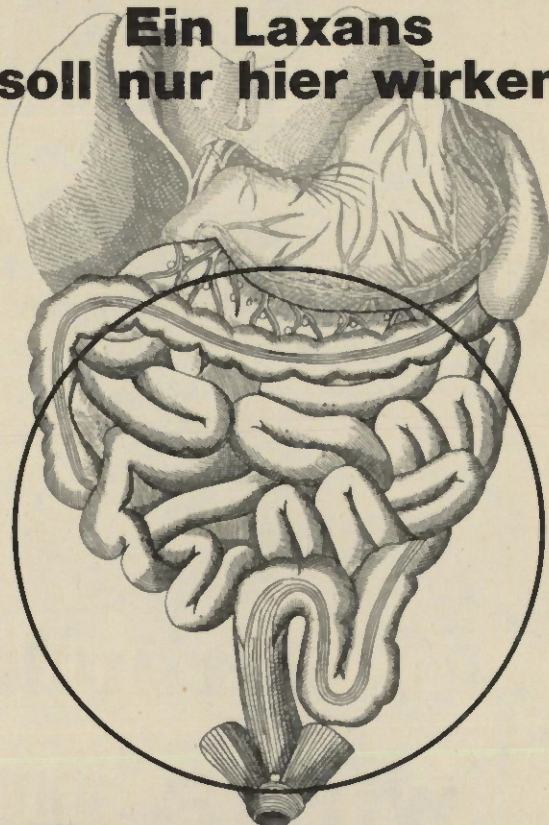


Abb. aus »Tabularum anatomiarum« B. S. Albini und B. Eustachii, 1781.

Rheogen®

Rein pflanzliches Abführmittel tut es!

Rheogen hilft zuverlässig bei allen Erkrankungen, bei denen eine Stuhlregulierung bzw. eine gründliche Darmentleerung erwünscht ist; bei langer Bettlägerigkeit, nach Operationen.

Rheogen reguliert den Stuhlgang bei akuter und chronischer Obstipation.

Rheogen eignet sich durch den Zusatz von Belladonna besonders bei spastischer Obstipation.

Rheogen wirkt auf Dünn- und Dickdarm.

Leberschädigungen durch Rheogen sind nicht bekannt.

Zusammensetzung: 1 Dragee enthält Rhiz. Rhei 20 mg, Extr. Aloe (harzfrei) 80 mg, Extr. Colocynth. 8 mg, Extr. Belladonn. 4 mg.

Kontraindikationen: Ileus, Abortus imminens. Kontraind. der Tropa-Alkaloide.

Dosierung: Erwachsene abends 1-3 Dragees; Kinder ab 6 Jahren 1-2 Dragees.



Handelsformen und Preise:
OP mit 30 Dragees DM 2,70
OP mit 75 Dragees DM 4,45
AP mit 250, 1000, 5000 Dragees

ROBUGEN GMBH · PHARMAZEUTISCHE FABRIK · ESSLINGEN/N

1 Valium Roche distanziert den Schmerz und hilft gleichzeitig, Analgetika einzusparen.

2 Valium Roche mindert oder behebt die Angst und dient der entspannenden Beruhigung.

3 Mit Valium Roche wird die Herzaktion ökonomischer und die Tendenz zur Vasokonstriktion geringer.

**Gründe, weshalb
wir Valium[®] Roche zur
Soforthilfe bei Ihrem
Herzinfarkt-
Patienten empfehlen.**

● Valium Roche
angstlösend – beruhigend – entspannend
vegetativ stabilisierend
seit Jahren preisstabil



Therapeutika

Valium Roche

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

Die Dosierung bei psychosomatischen Störungen beträgt: Täglich 2–3 mal 2–5 mg oral. Sind bei ambulanter Therapie (z. B. Berufstätige) höhere Dosen notwendig, empfiehlt es sich, den Schwerpunkt der Behandlung auf den Abend zu verlegen; z. B. abends 5 mg, tagsüber 2 mal 2 mg Tabletten unzerkaut mit Flüssigkeit einnehmen. Besonders in den ersten Behandlungstagen und vor allem bei älteren und körperlich geschwächten Patienten ist einschleichend zu dosieren (ab 2 mg oral täglich).

Hinweise:

Wie für alle psychotrop wirksamen Substanzen gilt auch für Valium Roche, daß man unter dem Einfluß seiner Wirkung keinen Alkohol genießen sollte, da die individuelle Reaktion im einzelnen nicht voraussehbar ist. Je nach Anwendung, Dosis und individueller Empfindlichkeit kann das Reaktionsvermögen (z. B. Fahrtüchtigkeit, Verhalten im Straßenverkehr, Maschinenbedienung) beeinflusst werden. Bei gleichzeitiger Gabe zentralwirksamer Pharmaka (Neuroleptika, Tranquillizer, Antidepressiva, Hypnotika, Analgetika, Narkotika) kann Valium Roche – besonders bei parenteraler Applikation – den sedativen Effekt dieser Präparate verstärken. Diese Wirkungsverstärkung ist gegebenenfalls therapeutisch nutzbar.

Für die parenterale Verabreichung von Valium Roche genügt in den meisten Fällen die im. Applikation. Sollte sich die iv. Darreichung als notwendig erweisen, ist eine Vene mit großem Lumen zu wählen und die Injektion sehr langsam (ca. 0,5–1 ml pro Minute) auszuführen. Bei zu schneller Injektion oder zu kleinem Lumen droht das Risiko einer Thrombophlebitis. Eine intraarterielle Injektion muß wegen Nekrosegefahr und deren Folgen mit Sicherheit vermieden werden.

Valium Roche ist stets allein zu injizieren, da es in der Mischspritze mit zahlreichen Medikamenten inkompatibel ist. Valium Roche bleibt in 5- bis 10-prozentiger Natriumchlorid-Infusionslösung genügend lange ohne Ausfällung von Wirksubstanz gelöst, wann folgendes beachtet wird: Die Ampullenlösung (nicht mehr als 4 ml) muß dem gesamten Volumen der Infusionslösung, das 250 ml nicht unterschreiten soll, unter gleichzeitigem gutem Vermischen zugesetzt werden, und mit der Infusion ist unverzüglich zu beginnen. Wie verschiedene andere Medikamente kann auch Valium Roche nach im. Injektion (nicht aber nach oraler oder iv. Verabreichung) einen Anstieg der Kreatinphosphokinase-Aktivität im Serum bewirken (Maximum 12–24 Stunden nach der Injektion). Diesem Umstand ist bei der Differentialdiagnose des Herzinfarktes Rechnung zu tragen.

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

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

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

Bei Verabreichung von Valium Roche an Gebärende in der zur Geburtserleichterung empfohlenen Dosierung kann bei Neu-, besonders aber bei Frühgeborenen, eine vorübergehende muskuläre Hypotonie in Erscheinung treten. Hohe Dosen (wie z. B. zur Eklampsiebehandlung benötigt) können bei den Kindern auch Hypothermie und eine Beeinträchtigung der Atmung hervorrufen. Während der Frühschwangerschaft sollte Valium Roche – entsprechend den heutigen Auffassungen über den Arzneimittelgebrauch durch werdende Mütter – nur bei zwingender Indikation angewendet werden. Dieser Hinweis ist rein vorsorglich; nachteilige Erfahrungen liegen nicht vor.

Kontraindikation: Myasthenia gravis.

Valium Roche: 7-Chlor-1,3-dihydro-1-methyl-5-phenyl-2-H,4-benzodiazepin-2-on in Form von 2 mg, 5 mg und 10 mg.

Packungen und Preise*:

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

Weitere Anstaltspackungen

* unverbindlich

Stend bei Drucklegung



Elastofix® – Hochelastischer Schlauch-Netz-Verband

Material:

Hochelastisches Spezialgewirk aus 55 Prozent Baumwolle, 20 Prozent Polyamid, 25 Prozent Gummifäden.

Eigenschaften:

Extrem elastisch in Längs- und Querrichtung, deshalb nur 4 Größen für alle Verbände, einfach und schnell anzulegen, schnürt nicht ein, sitzt druck- und feltenlos, verrutscht nicht, kann an jeder Stelle ein- und abgeschnitten werden, strehlenindifferent, sterilisierbar (Autoclev, Ges, Strehlen).

Indikationen:

Für fixierende Verbände jeder Art und Größe, speziell an anders schwierig zu versorgenden Körperregionen.

Handelsformen:

Spendekartons mit 25 m (gedehnt) Größe A, B, C, D

Hersteller:

Beiersdorf AG, 2000 Hamburg 20

Efudix Roche® – Zur spezifischen Lokalbehandlung präneoplastischer und neoplastischer Hautveränderungen

Zusammensetzung:

Efudix® Roche enthält in 20 g Salbe 1 g 5-Fluor-uracil in einer Öl-in-Wasser-Emulsionsgrundlage.

Indikationen:

Solare und senile Keratosen. Morbus Bowen. Prämaligne Veränderungen und oberflächliche Basaliome in strehlengeschädigter Haut.

Einzelne und multiple oberflächliche Basaliome, deren Lokalisation oder Ausdehnung eine Bestrahlung oder Operation problematisch erscheinen läßt.

Kontreindikationen:

Efudix Salbe darf während der Schwangerschaft nicht angewendet werden. Frauen, bei denen eine solche nicht mit Sicherheit ausgeschlossen werden kann, sind gleichfalls nicht mit Efudix Salbe zu behandeln. Überempfindlichkeit gegen Efudix Salbe.

Dosierung und Anwendungsweise:

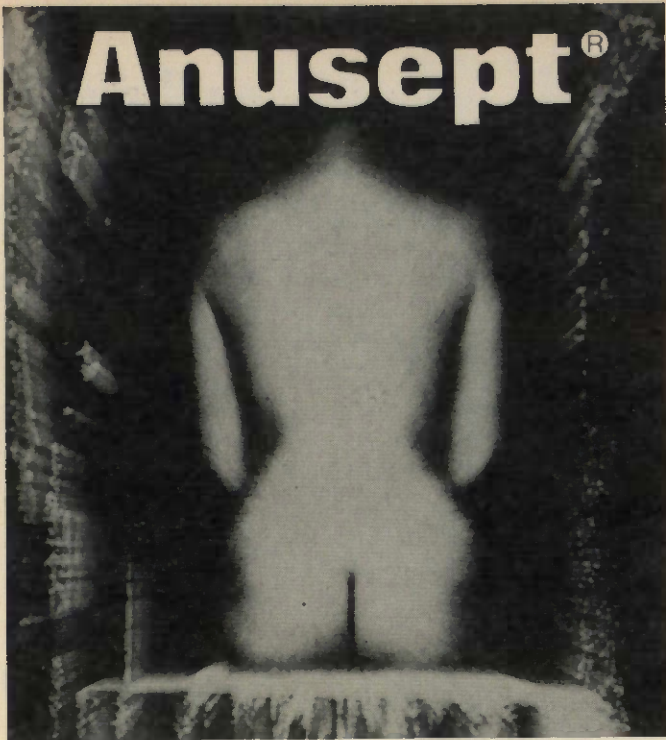
Efudix Salbe darf nur unter ärztlicher Kontrolle angewendet werden. Die Behandlung von senilen und solaren Keratosen erfolgt in der Regel ohne Verband, wobei die Salbe täglich 1- bis 2 mal in dünner Schicht auf die betroffenen Stellen aufgetragen wird. Bei den übrigen Affektionen empfiehlt sich das Anlegen eines Okklusivverbandes, der täglich gewechselt wird. Dieses Vorgehen ist auch bei Keratosen der Hände angezeigt.

Basaliome werden bis zum Auftreten einer Ulzeration, die übrigen Läsionen bis zur Erosion behandelt.

Eigenschaften:

5-Fluor-uracil ist ein fluoriertes Pyrimidin-Derivat, das zytostatische Wirkungen besitzt. Bei der experimentellen Untersuchung wurde beobachtet, daß es die Synthese von Nukleinsäuren in Bakterien und Tumorzellen beeinträchtigt. Dieser Effekt wird vor allem in Zellen deutlich, die sich schnell teilen und so in größerem Umfange 5-Fluor-uracil aufnehmen.

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. **Myroxyion** fördert die Proliferation und bindegewebige Umwandlung der Knöten.

Zusammensetzung:
100 g Salbe enthalten:
Bismut. subnitric. 1 g, Myroxyion.
balsam. var. peralr. 2 g, Zinc.
oxydat. 8 g, Benzocain 2 g, Urea
pura 1 g, Natrlumtatreborat 2 g
1 Suppositorium enthält:
Bismut. subnitric. 120 mg, Myroxyion.
balsam. var. peralr. 100 mg, Zinc.
oxydat. 100 mg, Benzocain 40 mg.
Indikationen:
Äußere und innere Hämorrhoiden,
Analfissuren, Analjuckreiz, Proktitis

Dosierung:
Siehe Packungsbeilage und wissenschaftlicher Prospekt.
Handelsformen:
Tuba mit 40 g Anusapt Salbe DM 7,20
Packung mit 10 Anusapt 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.

Hinweise:

Die mit Etudix Salbe behandelte Heuttläche darf insgesamt nicht mehr als 500 cm² (ca. 23 x 23 cm) betragen. Hat das zu behandelnde Areal eine größere Ausdehnung, dann muß ein Bezirk nach dem anderen behandelt werden.

Efudix Salbe darf weder mit Schleimhäuten noch mit den Augen in Kontakt kommen. Die Hände sind nach dem Auftragen von Efudix Salbe gründlich zu waschen.

Darreichungsform und Packungsgrößen:

20 g Salbe DM 14,25 – Anstaltspeckung

Hersteller:

Hoffmann-Le Roche AG, 7889 Grenzach-Wyhlen

Aspisol® – rezeptpflichtig

Zusammensetzung:

1 Injektionsflasche enthält in Trockensubstanz 0,9 g D, L-Lysin-mono-(acetylsalicylat), entsprechend 0,5 g Acetylsalicylsäure, und 0,1 g Glycin.

Indikationen:

Postoperative Schmerzen, posttraumatische Schmerzen, rheumatische Weichteil- und Gelenkschmerzen, Karzinomschmerzen, viszerale Schmerzen, Prämedikation bei diagnostischen und therapeutischen Eingriffen, Hyperthermien, thromboembolische und entzündliche Gefäßerkrankungen.

Kontraindikationen:

Salicylat-Überempfindlichkeit; hämorrhagische Diathese.

Anwendung und Dosierung:

Im allgemeinen eine Injektionsflasche langsam i. v., auch tief i. m. möglich; bei sehr starken Schmerzen und zur Prämedikation bei Eingriffen zwei Injektionsflaschen auf einmal i. v., maximale Tagesdosis zehn Injektionsflaschen. Zur antithrombotischen Behandlung pro Tag ein bis zwei Injektionsflaschen.

Nur frisch zubereitete klare Lösungen dürfen i. v. injiziert werden.

Wirkungsweise:

Die parenterale Applikation der wässrigen Lösung einer ASS-Lysin-Verbindung, die qualitativ dem Wirkungsspektrum der ASS entspricht, wirkt analgetisch um ein Vielfaches stärker als die entsprechende Menge oral verabreichter Acetylsalicylsäure. Die Wirkung tritt nach i. v.-Applikation nach wenigen Minuten ein, nach i. m.-Anwendung innerhalb von 30 Minuten. Die antipyretische Wirkung ist ebenso wie die entzündungshemmende bzw. entzündungsfördernde Wirkung stärker als nach peroraler Applikation einer gleich großen Menge von ASS.

Besondere Hinweise:

Bei Patienten mit floridem Ulcus ventriculi oder duodeni ist eine sorgfältige Überwachung erforderlich.

In den letzten vier Wochen vor dem errechneten Geburtstermin sollte die Aspisol-Therapie nur nach Abwägen des möglichen erhöhten Blutungsrisikos gegen den gewünschten therapeutischen Effekt durchgeführt werden.

Bei Operationen, bei denen intraoperativ eine absolute Blutstillung erforderlich ist, sollte Aspisol möglichst nicht präoperativ gegeben werden.

Handelsformen und Preis:

5 Injektionsflaschen mit 1 g Trockensubstanz + 5 Ampullen mit 5 ml Wasser für Injektionszwecke DM 13,90.

Hersteller:

Bayer AG, 5090 Leverkusen

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.

August 1976

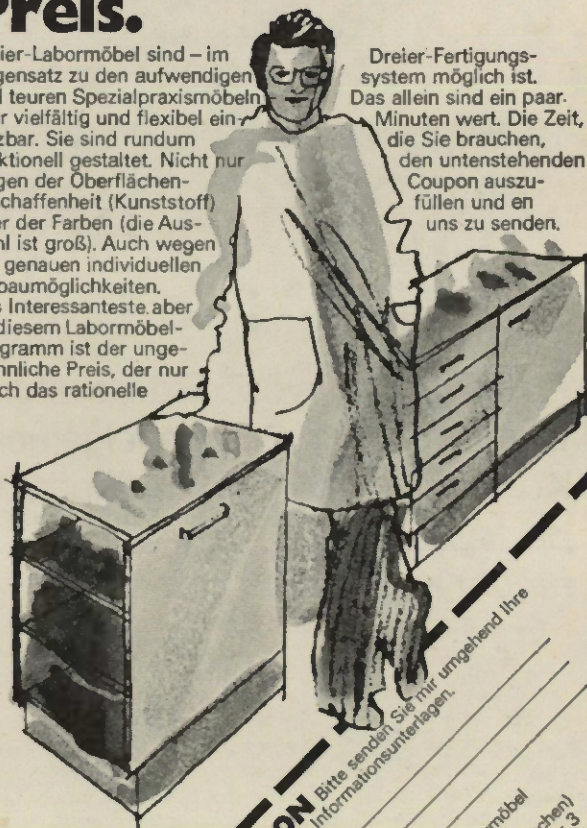
- 1.-3. **Luzern:** Schweizerische Krebsstagung. — Auskunft: Schweizerische Krebsliga, Viktoriestraße 94, CH-3013 Bern.
- 1.-6. **Malente:** Ferienkurs über manuelle Lymphdrainage nach Dr. *Vodder*. — Auskunft: Dr. F. *Bahnemann*, Albert-Mehlstedt-Straße 18, 2420 Eutin.
- 15.-19. **Helsinki:** XIII. 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. *Rapaport*, 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, Ichigayen Shinjuku-ku, Tokyo/Japan.
23. 8. — 4. 9. **Meren:** 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. Heilmittelausstellung. — Auskunft: Dr. P. *Hoffmann*, Kaiserallee 30, 7500 Karlsruhe 1.
28. 8. — 4. 9. **Brixen:** 4. Herbst-Seminar-Kongreß für Sozialpädiatrie. — Auskunft: Aktion Sonnenschein, Güllstraße 3, 8000 München 2.
29. 8. — 11. 9. **Gredo:** X. Internationaler Seminarkongreß für praktische Medizin, veranstaltet von der Bundesärztekammer. — Auskunft: Kongreßbüro der Bundesärztekammer, Postfach 41 02 20, 5000 Köln 41.
30. 8. — 11. 9. **Pörschach:** 25. Internationaler Fortbildungs-Seminar-Kongreß für Ärzte in Klinik und Praxis. — Auskunft: Bundesverband Deutscher Internisten e. V., Adolfsallee 25, 6200 Wiesbaden.

Dreier Labor

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 uns zu senden.



COUPON Bitte senden Sie mir umgehend Ihre
Informationsunterlagen.

Name _____
Ort _____
Straße _____

Dreier Labormöbel
Dreier KG
Hans-Steinberger-Str. 3
466407/A67764

Gefäßlehre Taf. III.

Fig. II.

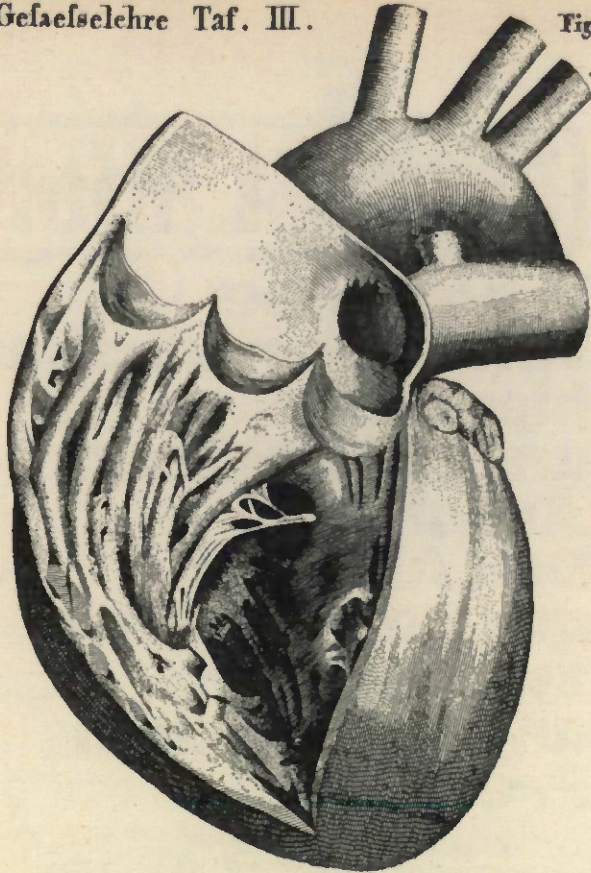
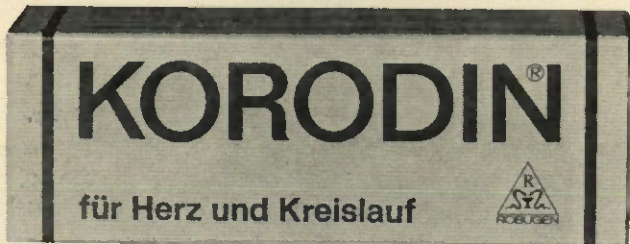
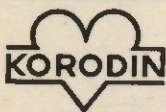


Abb. aus „Dr. H. Oesterreicher's Anatomischer Atlas“, 1929.



Altersherz, nervöse Extrasystolen,
Cor nervosum; Schwindelgefühl,
Kollapsneigung, Ohnmachtsanfälle
bei Hypotonie;
für die Kleine Herztherapie.

Dosierung: 3x tgl. 4–5 Tropfen auf einem Stück Zucker. Diabetiker nehmen Korodin auf einem Stückchen Brot. Nicht mit Wasser einnehmen! Bei Schwächeanfällen und drohendem Kollaps werden alle 15 Minuten 5 Tropfen gegeben, bis der Patient sich wieder erholt. Bewußtlosen verabreicht man 10 Tropfen unter der Nase.
Zusammensetzung: Extr. Crataegi fluid. 55,0 g, Menthol. 0,2 g, Camphor. 2,5 g, Tinct. Conveiler. 0,4 g, Tinct. Val. 2,0 g, Excip. ad 100 g.
Kontraindikationen: keine bekannt.



Handelsformen und Preise:
OP Tropfflasche mit 10 ml OM 3,50;
OP Tropfflasche mit 30 ml DM 8,30;
Großpackung mit 100 ml OM 21,45.

ROBÜGEN GM&H · PHARMAZEUTISCHE FABRIK · ESSLINGEN/NECKAR

- 1.–3. **Bretislava:** 4. Tschechoslowakischer Radiologenkongreß mit internationaler Beteiligung. – Auskunft: Slowakische Medizinische Gesellschaft, Mickiewiczova 1B, CS-88322 Bretislave.
- 3.–5. **Köln:** 10. Fortbildungskurs für endoskopische Magendiagnostik der Europäischen Gesellschaft für Gastroskopie-Diagnostik. – Auskunft: Chefarzt Dr. W. Möckel, Johann-Classen-Straße 50–70, 5000 Köln-Kelk.
- 5.–8. **Köln:** 73. Jahrestagung der Deutschen Gesellschaft für Kinderheilkunde. – Auskunft: Prof. Dr. H. Ewerbeck, Amsterdamer Straße 59, 5000 Köln 60.
- 5.–9. **Preg:** Internationaler morphologischer Kongreß und XXI. wissenschaftliche Konferenz der medizinischen Fakultät der Karls-Universität. – Auskunft: Kongreßbüro der Tschechischen Medizinischen Gesellschaft, Sokolská 31, CS-12 026 Prehe 2.
- 6.–11. **Kyoto:** 16. Internationaler Kongreß für Hämetologie. – Auskunft: Gyoichi Wakiseka, M. D., Kyoto International Conference Hall, Tekaralke, Sekyoku, Kyoto 606/Japan.
- 5.–11. **Kyoto:** 16. Internationaler Kongreß für Hämetologie-Nordrhein. – Auskunft: Ärztehaus Nordrhein, Tersteegenstraße 31, 4000 Düsseldorf 30.
- 5.–18. **Velden:** Internationaler Herbstkongreß für Ganzheitsmedizin. – Auskunft: Dr. V. Harth, Hainstraße 9, 8600 Bamberg.
- 6.–11. **London:** 3. Kongreß der Europäischen Gesellschaft für Klefer- und Gesichtschirurgie. – Auskunft: Secretariat, 3 rd Congress EAMFS, 100 Park Road, London NW 1 4 RN.
- 6.–18. **Berlin:** Sportärztekurs. – Auskunft: Dr. Lübs, Forckenbeckstraße 20, 1000 Berlin 33.
- 7.–12. **Devos:** 4. Weltkongreß „Collegium Internationale Chirurgie Digestivae“. – Auskunft: Prof. Dr. M. Allgöwer, Kentonspital, CH-4000 Basel.
- 8.–11. **München:** 27. Wissenschaftliche Tagung der Deutschen Gesellschaft für Lungenkrankheiten und Tuberkulose. – Auskunft: Prof. Dr. H. Blaha, Zentralkrankenhaus, 8035 Gauting.
- 9.–11. **Homburg:** Jahrestagung der Deutschen Gesellschaft für Neuroredologie. – Auskunft: Prof. Dr. U. Piepgres, Abteilung für Neuroredologie der Universitäts-Kliniken, 6650 Homburg.
- 11.–19. **Freudenstadt:** 51. Kongreß des Zentralverbandes der Ärzte für Naturheilverfahren. – Auskunft: Städtische Kurverwaltung, 7290 Freudenstadt.
- 11.–25. **tschle:** 9. Internationales Rheume- und Vorsorge-Symposium. – Auskunft: Kongreßdienst Deutscher Kessenerztverband, Behnhofstraße 16, 2000 Hamburg 73.

- 12.-15. **Berlin:** Jahrestagung der Deutschen Gesellschaft für Neurochirurgie. — Auskunft: Prof. Dr. W. Umbach, Hindenburgdamm 30, 1000 Berlin 45.
- 12.-18. **München:** X. Kongreß der Internationalen Akademie für gerichtliche und soziale Medizin. — Auskunft: Institut für Rechtsmedizin, Frauenlobstraße 7 e, 8000 München 2.
- 13.-18. **Regensburg:** Herbsttagung der Deutschen Physiologischen Gesellschaft. — Auskunft: Prof. Dr. Albers, Universitätsstraße 31, 8400 Regensburg.
- 14.-17. **München:** 2. Europäische Ernährungs-Konferenz. — Auskunft: Privatdozent Dr. G. Wolfram, Pettenkoferstraße 8 e, 8000 München 2.
- 15.-20. **Berlin:** 15. internationaler Kongreß für Nuklearmedizin. — Auskunft: Prof. Dr. K. Oeff, Hindenburgdamm 30, 1000 Berlin 45.
- 15.-20. **Helgoland:** 9. Herbst-Symposion (Theme: Der Mensch als Patient). — Auskunft: Nordwestdeutsche Gesellschaft für ärztliche Fortbildung, Hude 1, 2060 Bad Oidesloe.
- 15.-18. **Wiesbaden:** 63. Kongreß der Deutschen Gesellschaft für Orthopädie und Traumatologie. — Auskunft: Prof. Dr. H. Breitenfelder, Uhlenhorststraße 21, 3500 Kessel-W.
- 16.-18. **Lübeck-Tresemünde:** 7. Tagung der Vereinigung der Deutschen Plastischen Chirurgen. — Auskunft: Prof. Dr. G. M. Lösch, Retzeburger Allee 160, 2400 Lübeck 1.
- 17.-20. **Meinz:** 59. Wissenschaftlicher Kongreß der Deutschen Gesellschaft für Geschichte der Medizin, Naturwissenschaft und Technik. — Auskunft: Prof. Dr. Dr. R. Wineu, Postfach 3980, 6500 Meinz.
- 19.-23. **Regensburg:** 30. Kongreß der Deutschen Gesellschaft für Psychologie. — Auskunft: Dr. A. Vukovich, Lehrstuhl für Psychologie I, Universitätsstraße, 8400 Regensburg.
- 19.-25. **Interleken:** Fortbildungswochenende des Europaeum Medicum Collegium (Themen: Onkologie, Dermatologie, Nephrologie, Urologie). — Auskunft: Dr. R. Eglin, Oberer Burgheldenweg 3, CH-4410 Liestel.
- 20.-25. **Innsbruck:** 22. Praktischer EKG-Kurs. — Auskunft: Frau Boida, Sekretariat der Medizinischen Universitätsklinik, A-6020 Innsbruck.
- 20.-25. **Mainz:** internationales Symposion über Notfall- und Katastrophenmedizin. — Auskunft: Prof. Dr. R. Frey, Langenbeckstraße 1, 6500 Meinz.
- 20.-25. **Pörschach:** 8. Internationaler Kneipp-Ärztekonferenz. — Auskunft: Kneipp-Bund e. V., Postfach 264, 8000 München 60.
- 23.-25. **Preg:** II. Kongreß der Europäischen urologischen Gesellschaft. — Auskunft: Tschechische medizinische Gesellschaft, Sokolská 31, CS-12 026 Prehe 2.

VOR(SORGE)-KALKULATION.

Wie hoch sind bei Arbeitsunfähigkeit allein Ihre monatlichen fixen Kosten – in der Praxis und privat? Eine Vorkalkulation zeigt Ihnen bereits in groben Zügen den persönlichen Sicherheits-Bedarf.

Unser Direktionsbeauftragter informiert Sie gerne unverbindlich, wie Sie diesen Bedarf optimal decken können. Denn: Durch den Gruppenversicherungsvertrag mit Ihrer Ärztekammer kann er Ihnen sicher ein interessantes Angebot machen.

- ☑ 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

- 24.–26. **Schloß Weidenkam:** Ärztekurs C für Homöopathie des Deutschen Zentrervereins homöopathischer Ärzte. – Auskunft: Dr. M. Stübler, Singerstraße 1, 8900 Augsburg.
- 24.–26. **Augsburg:** 58. Augsburger Fortbildungskongreß für praktische Medizin (Themen: Tumorerkennung und Therapie, Arterien- und venöse Verschlusskrankheiten). – Auskunft: Sekretariat des Augsburger Fortbildungskongresses, Frohsinnstraße 2, 8900 Augsburg.
- 25.–26. **Innsbruck:** Klinisches Wochenende. – Auskunft: Frau Boida, Sekretariat der Medizinischen Universitätsklinik, A-6020 Innsbruck.
- 25.–27. **Cluj:** III. Nationalkongreß für Gastroenterologie. – Auskunft: III. Nationalkongreß für Gastroenterologie, Sekretariat III. Medizinische Klinik, str. Iesilor no. 16, Cluj, Rumänien.
- 25.–28. **Würzburg:** 1. Kongreß der Gesellschaft zur Erforschung und Bekämpfung von Schleifstörungen (GEBS). – Auskunft: Kongreß-Sekretariat, Dr. Jovanovic, Röntgenring 12, 8700 Würzburg.
- 26.–29. **Hennover:** 21. Jahrestagung der Deutschen Gesellschaft für Medizinische Dokumentation und Statistik. – Auskunft: Department für Biometrie und Medizinische Informatik, Medizinische Hochschule Hannover, Postfach 610180, 3000 Hannover 61.
- 26.–30. **Homburg:** 6. Internationaler Fortbildungskurs für klinische Anästhesie. – Auskunft: Prof. Dr. K. Huttschenreuter, Institut für Anästhesie der Universitäts-Kliniken, 6650 Homburg.
- 27.–28. **Innsbruck:** Übungskurs in klinischer Elektrokardiographie. – Auskunft: Frau Boida, Sekretariat der Medizinischen Universitätsklinik, A-6020 Innsbruck.
27. 9.–
1. 10. **Köln:** IX. Sportärzte-Aus- und Fortbildungslehrgang. – Auskunft: Dr. H. Liesen, Institut für Kreislaufforschung und Sportmedizin, Carf-Diem-Weg, 5000 Köln 41.
27. 9.–
2. 10. **Innsbruck:** Hämatologiekurs für Fortgeschrittene mit praktischen Übungen. – Auskunft: Frau Boida, Sekretariat der Medizinischen Universitätsklinik, A-6020 Innsbruck.
27. 9.–
22. 10. **München:** B-Kurs für Arbeitsmedizin. – Auskunft: Bayerische Akademie für Arbeits- und Sozialmedizin, Pfarrstraße 3, 8000 München 22.
28. 9.–
2. 10. **Regensburg:** 17. Tagung der Deutschen Gesellschaft für Rheumatologie. – Auskunft: Prof. Dr. H. Methies, Rheumazentrum, 8430 Bad Abbach.
28. 9.–
2. 10. **Hamburg:** 41. Tagung der Deutschen Gesellschaft für Gynäkologie und Geburtshilfe. – Auskunft: Prof. Dr. H. Maass, Martinstraße 52, 2000 Hamburg 20.
29. 9.–
2. 10. **Innsbruck:** 27. Kongreß der Deutschen Gesellschaft für Urologie. – Auskunft: Prof. Dr. Marberger, Anichstraße 35, A-6020 Innsbruck.
30. 9.–
1. 10. **Heidelberg:** Wissenschaftliche Jahrestagung der Deutschen Gesellschaft für Sozialmedizin. – Auskunft: Sekretariat der Deutschen Gesellschaft für Sozialmedizin, Im Neuenheimer Feld 326, 6900 Heidelberg.
30. 9.–
2. 10. **Hennover:** Jahrestagung der Deutschen Gesellschaft für Angiologie. – Auskunft: Prof. Dr. K. Alexander, Medizinische Hochschule Hannover, Medizinische Klinik, 3000 Hannover-Kleefeld.
30. 9.–
2. 10. **Lübeck-Travemünde:** 31. Tagung der Deutschen Gesellschaft für Verdauungs- und Stoffwechselerkrankheiten. – Auskunft: Prof. Dr. U. Ritter, Kronsforder Alee 71–73, 2400 Lübeck.
30. 9.–
3. 10. **Pavia:** VII. internationales Symposium für klinische Pharmakologie. – Auskunft: Internationale Gesellschaft für klinische Pharmakologie, Postfach 345, 8400 Regensburg 1.

Bellagen-Hinweis:

Dieser Ausgabe liegt ein Prospekt der Firma **Birkenstock, Bed Honnet**, bei.

„Bayerisches Ärzteblatt“, Herausgeber und Verleger: Bayerische Landesärztekammer, Muhlbastraße 18, 8000 München 80, Telefon (089) 4147-1. Schriftleitung: Professor Dr. med. Hans Joachim Sewering, Dr. med. Hermann Braun, Dr. med. Friedrich Kolb, Dr. med. Kurt Stordeur – verantwortlich für den Inhalt: Rita Horn. Die Zeitschrift erscheint monatlich.

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

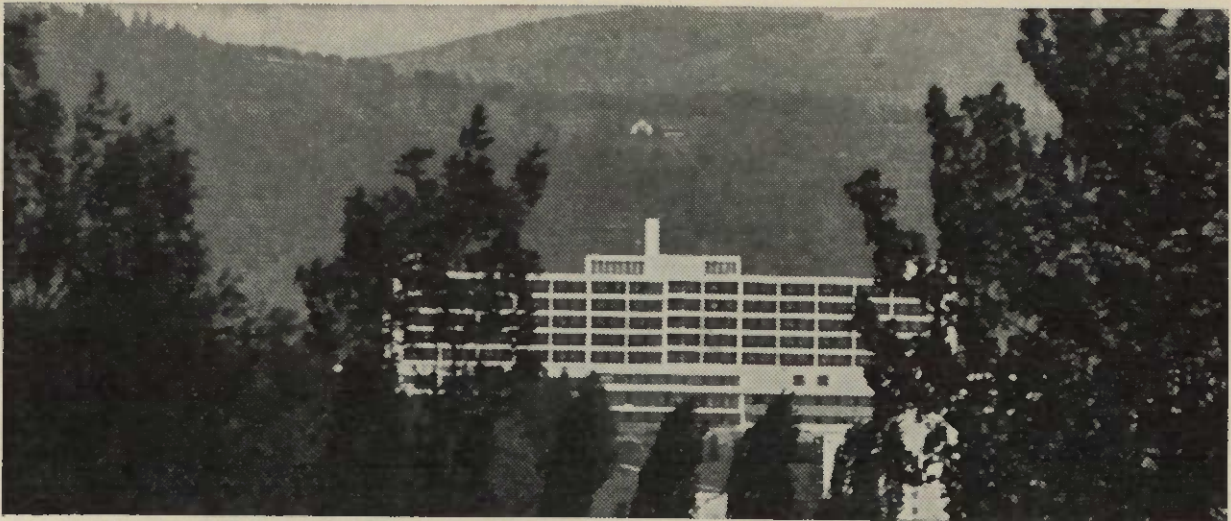
Bezugspreis vierteljährlich DM 2,40 einschl. Postzeitungsgebühren und 5,5 % = DM 0,12 Mehrwertsteuer. Postscheckkonto Nr. 5252-802, Amt München, Bayerische Landesärztekammer (Abt. „Bayerisches Ärzteblatt“). Für Mitglieder im Mitgliedsbeitrag enthalten.

Anzeigenverwaltung: ATLAS Verlag und Werbung GmbH & Co. KG, früher Verlag und Anzeigenverwaltung Carl Gabler, Postfach, Sonnenstraße 29, 8000 München 2, Telefon 558081, 5582/41-48, Fernschreiber: 05/23662, Telegrammadresse: atlaspress. Für den Anzeigenteil verantwortlich: Ernst W. Scharfingher, München.

Druck: Druckerel und Verlag Hans Zauner jr., 8060 Dachau.

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

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



DAS NEUE KREISKRANKENHAUS DEGGENDORF/DONAU

Im Herbst 1976 nimmt das neuerbaute Kreiskrankenhaus Deggendorf seine Arbeit auf. Ein Haus der Versorgungsstufe II mit über 500 Betten in allen entsprechenden Fachbereichen. Eine modernst ausgestattete Klinik in einer wunderschönen Hanglage mit Blick auf die Stadt, auf die Donau und die Berge des Bayerischen Waldes. Jetzt stellen wir das Fachkräfte-Team zusammen. Gesucht werden

zum 1. 11. 1976:

Oberarzt Röntgen

für die Röntgen- und Isotopen-Diagnostik. Vorausgesetzt werden praktische Erfahrungen in Neuroradiologie, Gefäßdiagnostik und Röntgendiagnostik mit Kindern.



zum 1. 12. 1976:

Assistenzärzte für Allgemein- und Unfallchirurgie

Das operative Zentrum umfaßt ca. 160 Plattenbetten und acht Operationssäle. Die Leitung hat Chefarzt Dr. med. Deiml. Der Aufgabenbereich umfaßt das ganze Spektrum der großen Chirurgie mit Thorax- und Gefäßchirurgie sowie der Unfallchirurgie (AO) einschließlich Endoprothetik, D-Arztverfahren und BG-Heilbehandlung. Die Errichtungen einer selbständigen Unfallchirurgischen Abteilung unter der Leitung von Dr. H. Heiböck ist für Dezember 1977 vorgesehen.



zum 1. 10. 1976:

Assistenzärzte für Anästhesie

In den echt modernst eingerichteten Operationssälen kommen Sie mit allen Bereichen der Anästhesie (Leitung: Chefarzt Dr. Renker) zusammen. Hier wie in der Intensivstation mit 22 Betten besteht die Möglichkeit umfassender Weiterbildung.

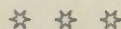
zum 1. 11. 1976:

Assistenzärzte für Innere Medizin

Die Fachabteilung Kardiologie und Pulmonologie (Leitung Priv.-Doz. Dr. Hilpert) umfaßt ca. 70 Betten. Kardiologische Kenntnisse sollten Sie daher schon haben.



Das neue Haus bietet erstklassige Weiterbildungs- und Aufstiegschancen. Bestausgestattete Arbeitsplätze, Sozialeinrichtungen, eigene Appartements für Ledige und Umzugshilfen. Ein sehr gutes Gehalt, tarifliche Zulagen und ein fortschrittliches Poolsystem. Dazu alle Anstellungsvorteile eines neuzeitlichen Schwerpunktkrankenhauses. Und ein attraktives Lebens-Umfeld: Deggendorf hat viele Vorzüge. Eine landschaftliche Traumkulisse an Donau und Bayerischem Wald. Mit vielen Naherholungsmöglichkeiten: Donauschiffahrt, Wassersport und Wintersport, Wald und Berge, barocke Städte und Kulturstätten. Deggendorf bietet zudem viele kommunale und kulturelle Einrichtungen, u. e. sämtliche weiterführenden Schulen. Dazu gute Verkehrsverbindungen. Hier läßt sich's gut leben und gut arbeiten.



Bewerben Sie sich bitte mit allen Unterlagen beim Landratsamt Deggendorf, Personalreferat, Pfluggasse 18, 8360 Deggendorf.

Das Krankenhaus St. Elisabeth, Dillingen, sucht für die

Gynäkologie/Geburtenhilfe

für sofort oder später

1 Oberarzt (Facharzt/Ärztin)

Gute operative Möglichkeiten, ca. 290 Geburten im Jahr; Vergütung nach AVR 1e (= BAT), hohe Bereitschaftsdienstvergütung. Alle Vergünstigungen wie im öffentlichen Dienst.

Wir sind ein freigemeinnütziges Krankenhaus, das insgesamt 220 Betten umfaßt. Für ledige Wohnraum im Hause, ansonsten sind wir bei der Wohnraumbeschaffung behilflich, günstige Mietpreise, Umzugskostenvergütung.

Dillingen/Donau ist eine reizvolle Kreisstadt mit besten schulischen Voraussetzungen und allen kulturellen Einrichtungen.

Bewerbungen an Ärztlichen Direktor Dr. Dr. Röt, Krankenhaus St. Elisabeth, 8880 Dillingen/Donau, Telefon (0 90 71) 28 74.

Das Kreis Krankenhaus Altötting in Oberbayern (335 Betten) sucht für die interne Abteilung eine(n)

Assistenzarzt (-ärztin)

Bewerber sollen möglichst Erfahrung oder Interesse an Nephrologie und Hämodialyse mitbringen.

Die Abteilung hat 120 Betten, internistische Intensivpflege, Hämodialyseeinheit, großes Labor, Röntgen und umfassende Endoskopie.

Der Leitende Arzt ist zur vollen Weiterbildung für das Fach Innere Medizin ermächtigt (einschließlich Röntgen-diagnostik).

Das Arbeitsverhältnis richtet sich nach dem Bundes-Angestelltenarbeitsvertrag (BAT). Die Vergütung erfolgt nach Vergütungsgruppe II/b der Anlage 1a zum BAT.

Bewerbungen mit den üblichen Unterlagen sind an die Verwaltung des Kreiskrankenhauses Altötting, Mühlendorfer Straße 16 e, 8262 Altötting, zu richten.

Das Kreis Krankenhaus Wunsiedel im Fichtelgebirge (Fachkrankenhaus für Innere Medizin - 80 Betten) sucht

einen Oberarzt und Medizinassistenten (-assistentinnen)

Wir bieten

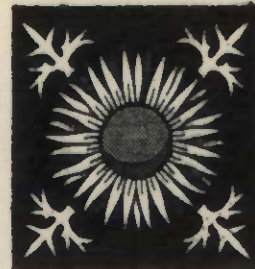
- Vergütung nach BAT (für Medizinassistenten über tariflich nach Vergütungsgruppe III),
- alle sozialen Leistungen des öffentlichen Dienstes (wie Beihilfen in Krankheitsfällen, zusätzliche Alters- und Hinterbliebenenversorgung, Weihnachtsgeld, gegebenenfalls Trennungsgeld und Umzugskostenvergütung),
- Beteiligung an den Liquidationseinnahmen des Leitenden Arztes,
- Bereitschaftsdienstvergütung nach Stufe C.

Die Klinik ist apparativ modernst eingerichtet (kardiologische Überwachung, Herzschrittmacher, Defibrillation usw. sowie Röntgenfernsehen, moderne Laborautomaten, alle üblichen endoskopischen Untersuchungen, Gastroskopie, Laparoskopie, Koloskopie).

Wunsiedel ist Kreisstadt (8000 Einwohner) und Sitz sämtlicher weiterführender Schulen. Stadt und Umland bieten aufgrund der Mittelgebirgslage hohen Wohn- und Freizeitwert.

Wohnung kann vom Arbeitgeber gestellt oder beschafft werden.

Bewerbungen mit den üblichen Unterlagen werden erbeten an:
Leitenden Arzt Dr. Herbert Hohenberger, 8592 Wunsiedel
oder Landratsamt Wunsiedel, 8592 Wunsiedel.



**RHÖN-KLINIKUM
BAD NEUSTADT/ÄAAL
IM NATURPARK BAYER. RHÖN**



Wir suchen für sofort oder nach Vereinbarung:

2 Stationsärzte

Wir stellen uns aktive Persönlichkeiten vor, die an Psychosomatik interessiert sind.

Wir bieten ein interessantes klinisches Arbeitsgebiet - nicht nur auf dem somatischen Sektor - sondern auch im Rahmen der Psychotherapie in Zusammenarbeit mit einem entsprechenden Universitätsinstitut.

Die Klinik verfügt über genügend Gruppenräume für die entsprechenden Therapien sowie Spiegelraum mit Fernsehüberwachung und Aufzeichnungsgaräten. Im Diagnostikum besteht die Möglichkeit zur Endoskopie, Ergometrie, EKG, Telemetrie, Spirometrie, Röntgen mit Fernsehkette und Inanspruchnahme eines großen klinischen Labors.

Eine bedeutend über dem Tarif liegende Vergütung, freiwillige soziale Leistungen, Hilfe bei der Wohnraumbeschaffung oder Unterkunft im Hause, Unfallversicherung, Umzugskosten - sowie selbstverständlich Erstattung der Vorstellungskosten.

Leiterin der Klinik: Dr. med. Rosemarie Schütz, Fachärztin für Innere Krankheiten - Psychotherapie -

Bewerbungen und Anfragen an:

RHÖN-KLINIKUM GmbH., Selzburger Leite 1, 8740 Bad Neustadt/Seete, Telefon (0 97 71) 50 41

Es fehlt dringend ein

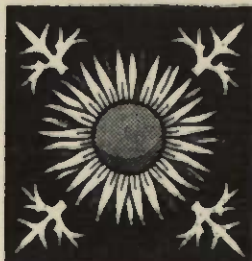
Dermatologe

In aufstrebendem Mittelzentrum (30 000 Einwohner) im ostbayerischen Raum. Verkehrsgünstige Lage. Großes Einzugsgebiet. Landschaftlich reizvoll (Donau/Wald). Alle weiterführenden Schulen.

Wir bieten:

Moderne Praxisräume (110 qm) vorteilhaft unterteilt im 1. OG einer Apotheke. Beste zentrale Lage. Günstiger Mietpreis. Beziehbar jederzeit ab Winter 1976/77.

Zuschritten erbeten unter Nr. 331/229 an die Anzeigenverwaltung BAYERISCHES ARZTEBLATT, Sonnenstraße 29, 8000 München 2.



**RHÖN-KLINIKUM
BAD NEUSTADT/SAALE
IM NATURPARK BAYER. RHÖN**



Wir suchen für sofort oder nach Vereinbarung

Stationsärzte

Wir stellen eine aktive und dynamische Persönlichkeiten vor. Wir bieten: Ein interessantes Arbeitsgebiet; In unserem Diagnostikum die Möglichkeit zur Endoskopie (Laparoskopie, Gastroskopie, Biopsie usw.) sowie Ergometrie, EKG (6-Kanal-Schreiber), Telemetrie, Spirometrie, Rheographie, Röntgen, Durchleuchten mit Fernsehkette und großes klinisches Labor.

Eine bedeutend über dem Tarif liegende Vergütung und exzellente Leistungen (z. B. Benutzung des Mineralsole-Hallen-Wellenbades mit Freibecken, Bowling, Sauna, verbilligte Verpflegung, Hilfe bei der Wohnungsbeschaffung oder Unterkunft im Hause, Unfallversicherung, Umzugskosten sowie Erstattung der Vorstellungskosten).

Bad Neustadt liegt im Naturpark Bayerische Rhön.

Sie finden eine kollegiale Arbeitsatmosphäre unter Leitung von Chefarzt Dr. med. K.-H. Roehl, Facharzt für innere Krankheiten.

Bewerbungen und Anfragen an:
RHÖN-KLINIKUM GmbH., Salzburger Leita 1,
8740 Bad Neustadt/Saale, Telefon (09771) 5041

Am Kreis Krankenhaus Vohenstrauß, Landkreis Neustadt an der Waldnaab, ist ab sofort auf der Chirurgischen Abteilung die Stelle eines

Assistenzarzte (-ärztin)

bzw. eines

Medizinalassistenten (-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/Dpf.

Im

Städtischen Krankenhaus Weiden I. d. Opf.
ist zum nächstmöglichen Termin in der **Chirurgischen Abteilung** (Chefarzt: O.-Med.-Dir. Dr. Weiß)
mit voller Facharztanerkennung die Stelle eines

Assistenzarzte (-ärztin)

neu zu besetzen.

Das Städtische Krankenhaus Weiden ist ein Krankenhaus der Hauptversorgung mit 642 Betten und acht Fachabteilungen (Chirurgie, Innere Medizin, Anästhesie, Geburtshilfe-Gynäkologie, Pädiatrie, Radiologie, Pathologie und Urologie). Die Vergütung richtet sich nach Verg.-Gr. II/1 b BAT mit zusätzlicher Bereitschaftsdienstvergütung; sonstige Sozialleistungen des öffentlichen Dienstes und Poolbeteiligung entsprechend dem Ausbildungsstand.

Die Stadt Weiden hat 43.000 Einwohner. Alle schulischen, gesellschaftlichen und sportlichen Einrichtungen sind vorhanden. In unserer reizvollen Umgebung finden Sie alle Möglichkeiten der Erholung sowie gute Sommer- und Wintersportmöglichkeiten. Die Verwaltung ist bei der Beschaffung einer Wohnung behilflich.

Bewerbungen mit den üblichen Unterlagen bitten wir zu richten an

Verwaltung des Städtischen Krankenhauses Weiden,
Postfach - 8480 Weiden in der Oberpfalz.

Praxisräume?

Einrichtung?

Planung?

Finanzierung?

Wirtschaftlichkeits-Analyse?

Kundendienst?

Start zur eigenen Praxis

Unsere neue Broschüre mit Planungskonzept für
Facharzt-Praxisgründungen erhalten Sie kostenlos und
unverbindlich gegen Einsendung dieses Coupons an:
C. H. F. Müller, Unternehmensbereich der Philips GmbH,
Abt. B 60, 2000 Hamburg 1, Postfach 10 46 40

Meine Anschrift:



Fachrichtung:



Medizinisch-Technische Systeme

MÜLLER

Für die Röntgendiagnostik, Strahlentherapie,
Nuklearmedizin und Medizinelektronik liefern wir ein
umfassendes Geräteprogramm.



Landkreis
Dachau

Beim Kreis Krankenhaus Dachau ist zum nächstmöglichen Zeitpunkt die Stelle des

Oberarztes

für die **Chirurgische Abteilung** durch einen Facharzt für Chirurgie neu zu besetzen.

Bewerber sollen über eine breite Erfahrung in der Allgemeinchirurgie sowie in der Unfallchirurgie verfügen. Ferner müssen sie in der Lage sein, den Chefarzt zu vertreten.

Der Landkreis Dachau unterhält zwei Krankenhäuser in Dachau (366 Betten – Betriebsbeginn 1970) und in Indersdorf (100 Betten – Betriebsbeginn 1958). Beide Häuser sollen auch in der Chirurgie eng zusammenarbeiten. Die Chirurgische Abteilung des Hauses in Dachau verfügt derzeit über 135 Betten. Eine interdisziplinäre Intensivpflegeabteilung ist vorhanden. Chefarzt für Chirurgie ist seit 1. 6. 1978 Privatdozent Dr. Josef Schuster.

Der Landkreis Dachau zählt knapp 100.000 Einwohner. Dachau liegt ca. 18 km nordwestlich vor München und ist mit der Landeshauptstadt unter anderem durch eine S-Bahn verbunden. Sämtliche weiterführenden Schulen befinden sich am Ort.

Bewerbungen mit den üblichen Unterlagen (einschließlich Lichtbild) werden unverzüglich erbeten an das **Landratsamt Dachau, Augsburgstraße 1, 8060 Dachau**, Telefon (081 31) 4004. – Persönliche Vorstellung nur auf Ersuchen.

**Anzeigenschlußtermin
für die September-Ausgabe
ist am 19. Juli 1976**

Die Stadt Schwabach sucht für das Stadtkrankenhaus (260 Betten) zum frühestmöglichen Zeitpunkt

1 Assistenzarzt (-ärztin)

für die Geburtshilflich-gynäkol. Abteilung (61 Betten). Die hauptamtlich geleitete Abteilung ist modern ausgestattet, hohe Operationsfrequenz (800), Laparoskopie, ca. 400 Geburten, Perinatalmedizin.

Stellenplan der Abteilung: Chef, 1 Oberarzt, 3 Assistenzärzte. Beidgeseitiges selbständiges Operieren kann zugesichert werden. Bei der Bewerbung werden im Fach vorgebildete Kollegen oder Kolleginnen bevorzugt. Der leitende Arzt ist für 3 Jahre zur Facharztweiterbildung ermächtigt.

Vergütung nach BAT, Bereitschaftsdienstvergütung nach den höchsten Sätzen. Mithilfe bei der Wohnungsbeschaffung.

Die kreisfreie Stadt Schwabach (33.000 Einwohner) ist Teil der Städteachse Erlangen-Nürnberg-Fürth-Schwabach und Sitz mittlerer und höherer Schulen. Gute Verkehrsverbindungen.

Bewerbungen mit den üblichen Unterlagen werden erbeten an das **Personalamt der Stadt, Postfach 1680, 8540 Schwabach**, Telefon (0 91 22) 50 51.

BEFELKA - HERZ - KREISLAUF - DRAGEES

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

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

Arztmuster durch:

BEFELKA-ARZNEIMITTEL, Postfach 1351, 4500 Osnabrück.

Urologe

mit bester Universitäts-Ausbildung sucht Niederlassungsmöglichkeit mit Belegbetten oder Assoziation in größerer Belegabteilung.

Zuschriften erbeten unter Nr. 331/224 an die Anzeigenverwaltung **BAYERISCHES ARZTEBLATT**, Sonnenstraße 29, 8000 München 2.

Psychiater

In ungekündigter Stelle, mit langjähriger klinischer Erfahrung sucht selbständige oder leitende Position.

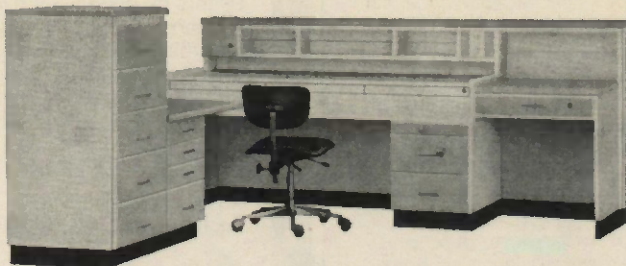
Zuschriften erbeten unter Nr. 331/211 an die Anzeigenverwaltung **BAYERISCHES ARZTEBLATT**, Sonnenstraße 29, 8000 München 2.

SYSTEM
Arztform

Fordern Sie unverbindlich **Arztform-Information** mit Katalog über Baukasten-System **Kostenlose Praxisplanung** mit Funktionsvorschlägen und den günstigen Baukasten-System-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 **Einrichtungskombinationen** in funktionsgerechtem Einsatz

Sprechzimmer, Anmeldungen, Kartei, Labor, Behandlung, Bestrahlung, Wartezimmer, Polstermöbel, Raumtrennwände und Elektromedizin mit günstigen Baukasten-Preisen

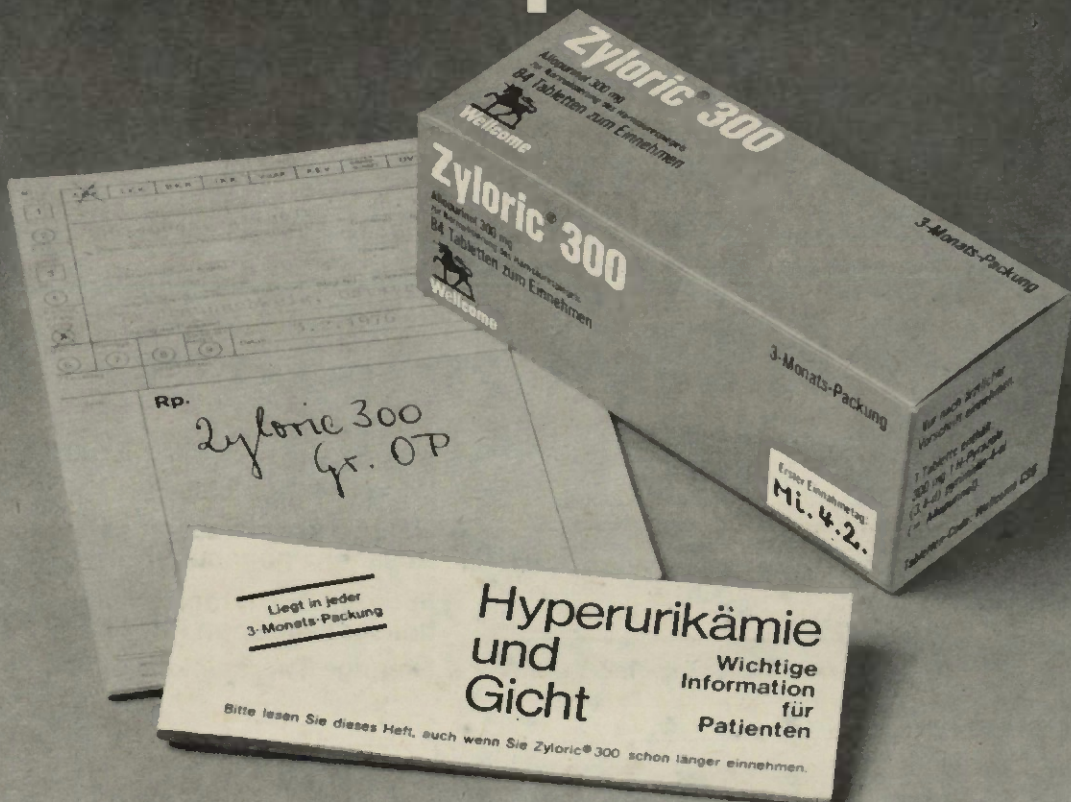
Anmelde- und Kartei-Zentrale, funktionell, preisgünstig im Kombi-Baukasten-System
Preis-Beispiel für Karteitrogstisch 155cm mit 6 Karteibahnen 482,-

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 6,4–6,8). 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

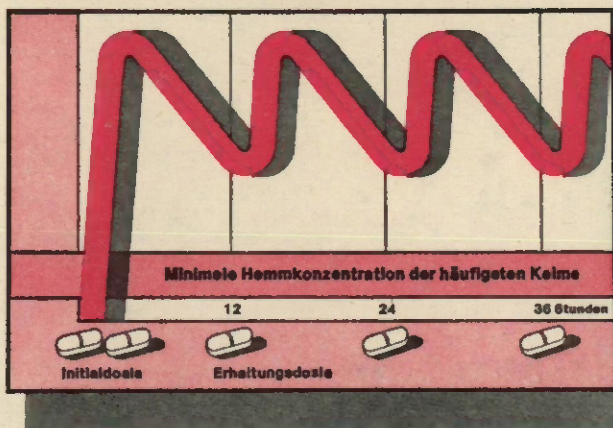


Deutsche Wellcome GmbH
3006 Burgwedel 1

*Jüngstes
Forschungsergebnis
in der Breitband-
Chemotherapie*

weniger ist mehr

Überzeugender therapeutischer Effekt bei



**niedriger Dosierung
und ausgezeichneter
Verträglichkeit**

- Praxisgerecht durch breites Wirkspektrum
- Hochwirksam auch noch bei Resistenz gegenüber Antibiotika
- In ca. 90 % Therapieerfolge bei der klinischen Prüfung
- Niedrige Therapiekosten

Supristol®

**Breitband-Chemotherapeutikum
mit bakteriziden Eigenschaften**

Zusammensetzung: 1 Filmtablette enthält: 400 mg Sulfamoxol, 80 mg Trimethoprim. 1 Kindertablette enthält: 100 mg Sulfamoxol, 20 mg Trimethoprim. 5 ml Saft (= 1 Meßlöffel) enthalten: 200 mg Sulfamoxol, 40 mg Trimethoprim.

Indikationen: Infektionen der Nieren und ableitenden Harnwege, der Atemorgane, des Magen-Darm-Traktes und der Gallenwege, im Hals-Nasen-Ohrenbereich sowie Infektionen in der Dermatologie mit sensiblen Erregern.

Kontraindikationen: Überempfindlichkeit gegen Sulfonamide oder Trimethoprim. Gleichzeitige Gabe von Hexamethylentetramin. Schwere Leberfunktionsstörungen, schwere Niereninsuffizienz und Störungen des Blutbildungssystems. Zum Geburtstermin und während der Stillzeit sowie Neugeborenen in den ersten 4 Lebensmonaten und Frühgeborenen darf Supristol® nicht gegeben werden.

Pharmakologische und toxikologische Untersuchungen haben keine Hinweise auf frucht-schädigende Wirkung im empfohlenen therapeutischen Dosierungsbereich ergeben. Dennoch sollte bei Schwangeren und Frauen, bei denen der Eintritt einer Schwangerschaft nicht auszuschließen ist, der therapeutische Nutzen sorgfältig gegen das nicht auszuschließende Risiko einer Beeinträchtigung der Fruchtentwicklung abgewogen werden.

Hinweise: Bei eingeschränkter Nierenfunktion nur unter strenger ärztlicher Überwachung. Bei Langzeittherapie sind Blutbildkontrollen angezeigt. Bei Veränderungen, die auf einen Folsäuremangel hinweisen, sollte eine Folsäurebehandlung durchgeführt werden. Bei Funktionsstörungen der Schilddrüse sollte diese überwacht werden. Gleichzeitige Verabreichung von Procein ist zu vermeiden.

Nebenwirkungen: In einzelnen Fällen kann es während der Behandlung mit Supristol® zu Übelkeit, Erbrechen oder Schwindelgefühl kommen. Gelegentlich können Arzneimittel-Exantheme mit Juckreiz und Quaddelbildung auftreten. In seltenen Fällen sind Blutbildveränderungen möglich, die meist leichter Natur sind. Nach Absetzen des Medikaments bilden sich die Veränderungen in der Regel ohne zusätzliche Maßnahmen zurück.

Dosierung: Erwachsene nehmen als Initialdosis 2 Filmtabletten ein, danach alle 12 Stunden 1 Filmtablette als Erhaltungsdosis. Weitere Hinweise siehe im Packungsprospekt. Packungsgrößen und Preise (einschl. MwSt.):

Filmtabletten:	Kindertabletten:	Saft:
D.P. 12 Stück DM 11,80	D.P. 12 Stück DM 3,75	D.P. 100 ml DM 11,70
D.P. 24 Stück DM 21,65	D.P. 24 Stück DM 6,90	Klinikpackung
D.P. 80 Stück DM 42,60	D.P. 60 Stück DM 14,20	



Nordmark-Werke GmbH Hamburg Werk Uetersen/Holstein



Chemische Werke Minden GmbH Minden/Westf.