



Bayerisches Ärzteblatt

Zur Kenntnis genommen:

Das sogenannte (und engebliche) Kostendämpfungs- und Strukturverbesserungsgesetz zeigt seine tatsächlichen und von uns vorausgesagten negativen Auswirkungen schon in den ersten Wochen seit dem Inkrafttreten. Seit 1. Juli muß in der Apotheke pro Medikament eine Mark bezahlt werden, wobei Kinder und Schwangere ausgenommen sind. Man hat den Eindruck, daß diese Zahlung im großen und ganzen, wenn auch mit Murren, noch hingenommen worden wäre. Das Gesetz sieht aber vor, daß die Krankenkasse in besonderen Härtefällen von dieser Gebühr befreien kann. Eine Herausnahme bestimmter Personengruppen hat die Koalition abgelehnt. Die Bundesvorstände der Krankenkassen haben eine Regelung vereinbart, nach der soziale Tatbestände mit dem laufenden Bezug von Arznei-, Verband- und Heilmitteln für mindestens drei Monate als Befreiungstatbestand gekoppelt werden. Will ein Versicherter betreit werden, so darf er monatlich nicht mehr als DM 620,— verdienen. Dieser Betrag erhöht sich bei den Ehegatten und jedem mitversicherten Familienangehörigen um DM 185,—. Bruttoeinkommen von Ehegatten werden zusammengerechnet. Darüber hinaus werden auch Versicherte befreit, wenn sie mehr verdienen, aber die Zahlung „aus anderen Gründen, z. B. Belastung durch Pflege- oder Unterbringungskosten, Fehlen ausreichender Mittel zum Lebensunterhalt, eine unzumutbare Härte“ bedeuten würde.

Hier nun beginnt die Grotteske. Die Zahlung von einer Mark pro Medikament steht unter dem Motto der Kostendämpfung. Jeder Versicherte, der zum vorbezeichneten Personenkreis der „besonderen Härtefälle“ gehört oder der glaubt, ein Härtefall zu sein, muß nun einen Antrag an die Krankenkasse stellen und dazu alle erforderlichen Angaben in einem umfangreichen Formular eintragen. Die Kasse kann diese Angaben nicht einfach ungeprüft zur Kenntnis nehmen, also müssen auch entsprechende Nachweise gefordert werden. Antrag für Antrag ist damit durch die Kasse zu prüfen. Eine Lawine an Zeitaufwand und Verwaltungskosten!

Die Zeiten des alten Wohlfahrtsamtes, wo jeder Bittsteller auch noch das Hemd ausziehen mußte, wollte er eine Unterstützung bekommen, feiern tröhliche Urständ.

Damit aber nicht genug. Es muß ja auch nachgewiesen werden, daß der antragstellende Versicherte „voraussichtlich für einen Zeitraum von mindestens drei Monaten laufend Arznei-, Verband- und Heilmittel benötigt“. Also folgt als weiterer Schritt eine Anfrage an den Arzt, ob diese Voraussetzung zutrifft. Der Arzt könnte aufgrund des Zustandes am Tage der Anfrage antworten. Was antwortet er, wenn der Zeitraum des Medikamentenbedarfes nicht vorhersehbar ist? Was heißt überhaupt „laufend“? Ist das eine Verordnung jede Woche, jeden Monat, alle sechs Wochen? Für die Beurteilung der Belastung und damit der Zumutbarkeit ist das aber eigentlich entscheidend. Sollte der Arzt mindestens drei Monate bescheinigen, wie lange gilt dann die Betreuung, welche die Kasse auspricht? Gilt sie unbefristet, dann entstehen erhebliche Ungerechtigkeiten, wird sie betristet, dann steigt der Verwaltungsaufwand ins Ungemessene. Man kann es drehen und wenden, wie man will: Hier offenbart sich die stümperhafte und verlogene Machart, welche das ganze Gesetz kennzeichnet. An den Arzt werden dabei unzumutbare Fragen gestellt, für deren Beantwortung jede klare Beurteilungsgrundlage fehlt. Statt Kostendämpfung wird Kostenaufblähung betrieben.

Es steht aber noch mehr ins Haus. Laut Gesetz sollen ja bestimmte Arzneimittel oder Arzneimittelgruppen, „die ihrer allgemeinen Anwendung nach bei geringfügigen Gesundheitsstörungen verordnet werden, nicht oder nur bei Vorliegen besonderer Voraussetzungen zu Lasten der Krankenkasse verordnet werden dürfen“. Was stellt man sich darunter eigentlich vor? Wie will man „besondere Voraussetzungen“ definieren? Soll womöglich der Arzt im Einzelfall entscheiden, ob sie gegeben sind oder nicht? Man kann nur gespannt sein, welche Lösungsvorschläge dazu auf den Tisch kommen. Eines sei schon heute vorausgesagt: Diesen Schwarzen Peter wird die Kassenärztenschaft den Vätern des Gesetzes nicht abnehmen! Wir lassen uns nicht zu allen sonstigen Erschwernissen auch noch den permanenten Konflikt zwischen Arzt und Patient in unser Sprechzimmer manipulieren. Hier kann nur ein hartes Nein unsere Antwort sein.

Es genügt uns, was sonst noch im Zusammenhang mit Arzneiverordnungen auf uns zukommt, als da sind Transparenzlisten und Höchstbetrag. Dem Kassenarzt soll damit die Möglichkeit gegeben werden, „preisgünstig“ zu verordnen. Gleiche Wirkstoffe und ihre Preise sollen aufgelistet werden. Daß damit die torschende Pharmaindustrie Schaden nehmen muß, ist zwar nicht unser Geld, aber wir und unsere Patienten würden die Leidtragenden sein, wenn der Fortschritt der Arzneitherapie ins Stocken geriete. Von Bioverfügbarkeit, Verträglichkeit, Reinheit war bisher nicht die Rede. Setzen wir also unsere Hoffnungen auf die Fachkommissionen, welche diese Listen erstellen sollen. Der Traum vom „billigen“ Arzneimittel dürfte dann rasch zerrinnen.

Zu guter Letzt noch der Arzneimittel-Höchstbetrag. Seine geistigen Väter wollten den Betrag, um welchen wir durch unsere Verordnungen den vereinbarten Höchstbetrag überschreiten, am liebsten gleich von der Gesamtvergütung abziehen. Die Rechtswidrigkeit war zu offensichtlich. Man ersetzte die gesetzliche Kollektivhaltung durch den Einzelregreß. Nach Mischnick (FDP) soll der Überschreibungsbetrag durch Einzelregresse „nicht unbedingt bis auf den letzten Pfennig“ hereingebracht werden.

Ehrenberg erklärte dann im Bundesrat, daß weder der Umfang der Einzelprüfung noch ein Ausgleich vorgeschrieben sei. Stimmt das, dann trägt man sich nur, warum das ganze unwürdige Theater überhaupt gemacht wird. Es war doch einmal davon die Rede, daß eineinhalb Milliarden Mark jährlich allein bei den Arzneimitteln eingespart werden sollen? Da träumte man offensichtlich noch davon, im Kollektivregreß ganz einfach die Kassenärzte zur Ader zu lassen. Wird dieser Betrag aber nicht eingespart, wo sollen ihn dann die Kassen hernehmen? Von den „Leistungsanbietern“, wie es im modernen Sozialversicherungsjargon heißt, oder von den Versicherten? Alles in allem: Ein miserables Gesetz. Ein Jammer, was der deutschen Krankenversicherung, den Versicherten und ihren Ärzten hier angetan wird.

Professor Dr. Sewering

„Mit Genugtuung zur Kenntnis“

AOK-Antrag gegen Professor Dr. Sewering auch vom Berufungsausschuß eindeutig zurückgewiesen

Der Vorstand der Bundesärztekammer nahm in seiner Sitzung vom 15. Juli „mit Genugtuung zur Kenntnis“ — wie es in der offiziellen Verlautbarung wörtlich heißt —, daß der Berufungsausschuß für Ärzte — Bayern nach eingehender Beratung am 13. Juli den Antrag des Landesverbandes der Ortskrankenkassen in Bayern, auf Entziehung der Kassenzulassung von Professor Dr. Sewering, abgelehnt hat.

Die Berufungsverhandlung war alleine vom AOK-Verband beantragt worden, weil dieser eine Revision des Spruches des Zulassungsausschusses vom 21. März dieses Jahres erreichen wollte, nachdem der gleiche Antrag des Landesverbandes der Ortskrankenkassen bereits in erster Instanz zurückgewiesen worden war.

Während die Kassenärztliche Vereinigung Bayerns auf sämtliche Presseanfragen keinerlei Angaben über das noch nicht offiziell vorliegende Ergebnis der Berufungsausschußsitzung machte, wurde „Der Spiegel“ in gewohnter Weise von gewisser Seite informiert und berichtete schon in seiner Ausgabe vom 18. Juli detailliert:

„Der ‚Berufungsausschuß‘ für Ärzte der Kassenärztlichen Vereinigung Bayerns, deren Chef Sewering ist, lehnte den Antrag am Mittwoch letzter Woche mit 5 : 2 Stimmen ab. Die Vertreterin der Innungskrankenkasse, die Verwaltungsamtmännin Mathilde Schmid, hatte sich auf Sewerings Seite geschlagen und mit den Ärztevertretern des Ausschusses gestimmt. Die Bayerischen Ortskrankenkassen werden jetzt das Sozialgericht anrufen.“

Die Informanten des „Spiegel“ hatten verständlicherweise nicht verraten, daß diesem aus sieben Mitglie-

dern bestehenden Berufungsausschuß neben den drei Ärzten und drei Kassenvertretern ein zum Richteramt befähigter Unparteilicher mit Stimmrecht angehörte.

Der Landesverband der Ortskrankenkassen ließ nicht nur unmittelbar nach dieser Niederlage — ohne die schriftliche Zustellung des Entscheides durch den Berufungsausschußvorsitzenden, Obersozialgerichtsrat a. D. Ferst, abzuwarten — rechtswidrig zusammen mit dem Ergebnis der Verhandlung verlauten, daß er jetzt Klage beim Sozialgericht erheben werde. Schon am Vormittag des Verhandlungstages wurde eine solch prophylaktische Ankündigung der Presse gegenüber gemacht, konnte jedoch nach dem Ergebnis des Berufungsausschusses die klare Mehrheit dieses Gremiums nicht einschüchtern.

„Das Schauspiel, das der AOK-Verband noch am Tage der Berufungsverhandlung mit seiner Presseerklärung aufgeführt hat, müßte auch den allerletzten mitdenkenden Leser davon überzeugen, daß die AOK-Kampagne tatsächlich keinerlei sachliche Basis hat und daß man wirklich nur von einem politischen Amoklauf einer Handvoll AOK-Funktionäre sprechen kann“, heißt es dazu in der jüngsten Ausgabe des „Deutschen Ärzteblattes“. Dieses weist auch darauf hin, daß der LdO Bayern noch am 28. Februar und am 7. April dieses Jahres deutlich machte, daß er seine Hoffnungen mindestens in den Berufungsausschuß setze. Damals wurde vom Landesverband der Ortskrankenkassen angekündigt, daß im Berufungsausschuß dank dessen Zusammensetzung „eine Mehrheitsentscheidung gewährleistet“ sei.

Hatte der AOK-Verband also offensichtlich die Ablehnung seines An-

trages in erster Instanz erwartet und die Hoffnungen auf den Berufungsausschuß gesetzt, so war die wut-schäumende Enttäuschung über die erneute Niederlage in einer Presseerklärung erkenntlich. Dem Berufungsausschuß und damit auch dem Vorsitzenden Richter wurde nicht nur eine Verletzung des Grundgesetzes, sondern auch ansonsten rechtswidriges Handeln vorgeworfen und gar Begünstigung Professor Sewerings unterstellt. Das „Deutsche Ärzteblatt“ nennt dies einen unerhörten Vorgang, „der auch vom Recht jeden Bürgers auf Urteilsschelte nicht mehr gedeckt wird und der eine außerhalb jeden vernünftigen Verhaltens und Handelns zu diagnostizierende Geisteshaltung der bayerischen AOK-Spitze offenbart“.

Diese Kommentierung ist um so treffender, als der Landesverband der Ortskrankenkassen in seiner Verlautbarung über die Niederlage und Ankündigung des Schrittes zum Sozialgericht ganz offen zugibt, daß sich jetzt endlich für den LdO die Möglichkeit ergebe, seine Anwürfe gegen Professor Sewering der Öffentlichkeit vorzuführen. Dies ist eine Scheinheiligkeit, weil allzu durchsichtig ist, von welcher Seite bestimmte Presseorgane über die Aktionen des LdO gegen Professor Sewering laufend fast „druckfertig“ informiert wurden.

Der Vorstand der Bundesärztekammer hat in seiner Sitzung vom 15. Juli in Köln die neuerliche Zurückweisung der Klage gegen Professor Sewering insbesondere auch deshalb „mit Genugtuung“ zur Kenntnis genommen, weil er, „nach Analyse und Wertung aller über die Praxisführung von Professor Sewering erstellten Rechtsgutachten“, bereits Anfang Mai dieses Jahres erklärt hatte, „daß keine Grundlage für den Vorwurf einer Verletzung kassenärztlicher Pflichten durch Professor Sewering gegeben war und ist“.

Auch der Vorstand der Kassenärztlichen Bundesvereinigung hatte sich zur gleichen Zeit bei einer Sitzung des Länderausschusses, dem Vertreter aller Kassenärztlichen Vereinigungen der Bundesrepublik angehören, auf denselben Standpunkt gestellt.

Nur der Landesverband der Ortskrankenkassen in Bayern stoppt seinen Amoklauf nicht.

Maligne Tumoren im Kindesalter — Neuroblastom

von G. F. Wündisch

Aus der Kinderklinik und Kinderpoliklinik der Technischen Universität München im Krankenhaus München-Schwabing (Direktor: Professor Dr. med. H. Hilber)

Unter dem Begriff *Neuroblastom* (auch *Neuroblastoma sympathicum*) werden heute maligne Tumoren des sympathischen Nervensystems zusammengefaßt, die bislang auch als Sympathogoniom, Sympathoblastom oder Sympathikoblastom bezeichnet wurden.

Häufigkeit

Mit einem Vorkommen zwischen 7 und 15 Prozent aller kindlichen malignen Erkrankungen stellt das Neuroblastom nach den Leukosen und den Tumoren des zentralen Nervensystems die dritthäufigste maligne Erkrankung im Kindesalter dar. Das bedeutet, daß etwa 17 von 10000 Neugeborenen vor dem Erreichen des 16. Lebensjahres an einer solchen Geschwulst erkranken. Der Tumor kommt damit etwas häufiger vor als der Wilms-Tumor. Das Neuroblastom ist ein typischer Tumor des Säuglings- und Kleinkindesalters. 80 Prozent der betroffenen Kinder sind jünger als fünf Jahre, 50 Prozent jünger als zwei Jahre und ein Drittel der Fälle manifestiert sich im ersten Lebensjahr. 90 Prozent der befallenen Kinder sind unter zehn Jahren, selten ist die Manifestation im Altersbereich von 10 bis 15 Jahren. Familiäres Vorkommen wurde vereinzelt beschrieben, häufiger ist das Zusammentreffen von Phäochromozytomen in Familien von Neuroblastom-Patienten.

Entstehung und pathologische Anatomie

Das Neuroblastom leitet sich von den embryonalen Vorläuferzellen des sympathischen Nervengewebes, den Sympathogonien, ab. Im Laufe der normalen embryonalen Entwicklung

wandern diese Zellen von der Neuralleiste aus und bilden unter Ausreifung schließlich das sympathische Nervensystem. Auf jeder Entwicklungsstufe der Sympathogonien bis zur ausgereiften sympathischen Ganglienzelle kann der Tumor entstehen, was auch die häufig anzutreffende unterschiedliche Ausreifung bedingt. Der Tumor kann also überall dort entstehen, wo sympathisches Nervengewebe vorhanden ist, er wird besonders häufig im Bereich der Nebenniere und des sympathischen Grenzstranges als Primärtumor angetroffen, kann dort jedoch sehr klein bleiben und erst durch seine Metastasen klinische Symptomatik verursachen. Grundsätzlich abzutrennen ist das Phäochromozytom, das im Verlauf der Entwicklung von den Sympathogonien bis hin zum reifen Phäochromozyten entstehen kann. Dieser Tumor ist im Kindesalter sehr selten und soll hier nicht besprochen werden.

Histologisch

besteht das Neuroblastom aus einer Mischung von Sympathogonien, Sympathoblasten und reifen Ganglienzellen, wobei im einzelnen Tumor die Anteile verschieden stark ausgeprägt sein können, so daß verschiedene Differenzierungsgrade unterschieden werden:

1. Das unreife Neuroblastom

besteht vorwiegend aus unreifen Sympathogonien; das sind kleine runde lymphozytenähnliche Zellen, die oft rosettenartig angeordnet sind und teilweise eine angedeutete weitere Differenzierung im Sinne von erkennbarer Faserbildung aufweisen.

2. Das Ganglioneuroblastom

Hier liegen neben unreifem Gewebe auch Sympathoblasten (größere plasmareichere Zellen mit ovalem Kern) wie auch ausgereifte Ganglienzellen vor.

3. Das Ganglioneurom

Hierbei handelt es sich um gutartige Tumoren aus ausgereiftem sympathischen Nervengewebe, also der Definition nach nicht mehr um maligne Neuroblastome. Von Wichtigkeit ist, daß offensichtlich bei einem Teil der entstandenen malignen Neuroblastome eine *Ausreifung* zu *benignen Ganglioneuromen* erfolgen kann.

Eine weitere auffallende Besonderheit des Neuroblastoms besteht darin, daß dieser Tumor — obwohl er zu den bösartigsten des Kindesalters zählt — sich *spontan völlig zurückbilden* kann und damit ausheilt. Dies ist mit Sicherheit auch bei bereits weit disseminierten Neuroblastomen belegt. Die Häufigkeit einer Spontanremission wird mit zwei bis vier Prozent der Fälle angegeben und sie wird meist nur bei Kindern in einem Alter unter 12 bis 15 Monaten beobachtet.

In diesem Zusammenhang ist zu erwähnen, daß es neben klinisch manifesten Neuroblastomen auch klinisch inapparente, nur histologisch nachweisbare Nebennierenneuroblastome gibt, das sogenannte „Neuroblastoma in situ“. Bei Sektionen von im Säuglingsalter an anderen Krankheiten verstorbenen Kindern wurde das „Neuroblastoma in situ“ bis zu 40mal häufiger angetroffen, als es statistisch zu erwarten gewesen wäre. Dies hat zu der begründeten Annahme geführt, daß nur ein kleinerer Teil dieser „In-situ-Neuroblastome“

sich im weiteren Verlauf zum klinisch manifesten malignen Neuroblastom entwickelt, ein vermutlich größerer Teil durch spontane Remission sich zurückbildet und klinisch nie manifest wird.

Immunologische Aspekte

Die Zusammenhänge der Ursachen, die einerseits zur Manifestation des Tumors, andererseits zu seiner Ausreifung oder gar zu seiner Rückbildung führen können, sind heute noch nicht ausreichend geklärt, um sie therapeutisch nutzbar zu machen. Sie sind jedoch Gegenstand eingehender Forschungsarbeit, die bereits zu vielen Einzelergebnissen geführt hat, welche die immunologischen Beziehungen zwischen Organismus und Tumorzellen beim Neuroblastom beleuchten. Erwähnt werden soll hier lediglich, daß Lymphozyten von Neuroblastom-Patienten zytotoxisch auf Tumorzellkulturen von Neuroblastomzellen wirken, daß Plasma von Neuroblastom-Patienten das Wachstum von Neuroblastomzellen in der Kultur hemmt und daß andererseits Plasma von Patienten mit floridem Neuroblastom die Zytotoxizität der eigenen Lymphozyten gegenüber dem Tumor in der Gewebekultur aufhebt. Für die Tumorausreifung, die auch in der Gewebekultur beobachtet werden kann, wird die Wirkung des sogenannten Nervenwachstumsfaktors (NGF, Nerve Growth Factor) diskutiert.

Lokalisation

Aufgrund ihrer Abstammung vom sympathischen Nervengewebe entstehen Neuroblastome im Bereich des gesamten sympathischen Grenzstranges, im Bereich der sympathischen Ganglien und im Bereich der Nebennieren, aber auch im sympathischen Nervengewebe von Organen (z. B. Lunge, Leber, Haut). Ca. 70 Prozent der Neuroblastome manifestieren sich retroperitoneal, davon über die Hälfte in der Nebenniere, ca. 15 Prozent im thorakalen, zehn Prozent im zervikalen Grenzstranggebiet und fünf Prozent im Beckenbereich.

Bei oft großer Tumorausdehnung bzw. früher Metastasierung und sehr kleinem Primärtumor ist häufig der

primäre Entstehungsort nicht zu bestimmen, wes auch seinen Ausdruck in unterschiedlichen Angaben des Entstehungsortes, besonders bei retroperitonealen Neuroblastomen findet.

Fokale Ausbreitung und Metastasierung

Neuroblastome, die primär in der Nebenniere entstehen, können relativ langsam wachsen, bleiben gut eingekapselt und sind bei der Diagnose häufig teilweise schon verkalkt und werden oft erst gefunden, nachdem Metastasen die klinische Symptomatik verursachen.

Häufig jedoch kommt es bei schnellem Wachstum zu einer massiven Invasion und Infiltration umliegender Gewebe mit durch die entsprechende Lokalisation bedingter klinischer Symptomatik (vgl. unten). Besonders hingewiesen werden muß auf die Möglichkeit des Vordringens von retramediastinalen und retroperitonealen Neuroblastomen durch die Foremine intervertebralia in den Wirbelkanal (sogenannten „Sanduhrtumoren“) mit extraduraler Kompression des Rückenmarkes.

Das Neuroblastom ist ein *früh metastasierender Tumor*; zum Zeitpunkt der Diagnose sind bereits in 70 bis 80 Prozent der Fälle Metastasen vorhanden, die Metastasierung erfolgt in *Lymphknoten*, sowie *hämatogen* in das *Knochenmark*, den *Knochen*, die *Leber* und in die *Haut*. *Lungenmetastasen* sind äußerst *selten* und erst in Spätstadien vorhanden. Es gibt Neuroblastome, die ausschließlich in die *Leber* (Typ Pepper) oder ausschließlich in die *Haut* (Typ Smith) oder vorwiegend in den *Knochen* (Typ Hutchinson) metastasieren. Bei sicher „pränatal“ entstandenen Neuroblastomen, d. h. also bei Säuglingen, in denen der Tumor in den ersten sechs Lebensmonaten manifestiert wird, ist eine deutliche Bevorzugung des Typ Pepper (Lebermetastasen) und des Typ Smith (Hautmetastasen) erkennbar, während bei älteren Säuglingen und Kleinkindern der Typ Hutchinson mit Knochenmetastasen, hier besonders in den Schädel und in die Orbita, vermehrt vorkommen kann. Es ist jedoch zu betonen, daß ab dem ersten bis zweiten Lebensjahr meist eine Mischform der drei Metastasentypen vorliegt, wobei der Befall des Kno-

chenmarkes in über 50 Prozent der Fälle nochmals zu betonen ist. *Hirnmetastasen* kommen nicht vor, wohl aber Metastasen in die *Meningen* mit Ausdehnung nach außen, ohne in das Gehirn einzudringen.

Biochemie des Neuroblastoms (Stoffwechselwirkungen)

Die neoplastischen Neuroblastomzellen sind ebenso wie die reifen Sympathikuszellen (adrenerge Neurone) in der Lage, *Katecholamine* zu *synthetisieren* und zu *sezernieren*. Aus Phenylalanin entsteht über Thyrosin *Dopa* (3,4-Dihydroxyphenylalanin), aus diesem *Dopamin*, woraus dann *Noradrenalin* und *Adrenalin* entstehen. Der Abbau kann über zwei Enzymsysteme auf verschiedenen Wegen vorgehen, so daß neben den sogenannten *Metanephrinen* vor allem *Homovanillinsäure* (HVS) und *Vanillinmandelsäure* (VMS) entstehen. Aufgrund vorhandener Untersuchungen ist anzunehmen, daß es sekretorisch inaktive Neuroblastome nicht gibt. Durch die Bestimmung von *Vanillinmandelsäure* (VMS) und *Homovanillinsäure* (HVS) und *Dopamin* lassen sich praktisch alle Neuroblastomformen erfassen. Die beim Vorliegen eines Neuroblastoms vermehrte *Katecholaminausscheidung* läßt sich im 24-Stunden-Urin nachweisen und stellt mit das wichtigste Kriterium für das Vorliegen eines Neuroblastoms dar. Ebenso wichtig ist die Bestimmung der *Katecholaminausscheidung*, die Beurteilung eines Therapieerfolges und für die Verlaufskontrolle (vgl. unten).

Klinik

Die klinische Symptomatik ist durch die Variabilität des primären Tumorsitzes, durch die vielfältige Möglichkeit der Metastasierung und durch die Stoffwechselwirkung des Tumors sehr unterschiedlich. *Allgemeinsymptome* können ebenso im Vordergrund stehen, wie Symptome durch den *Tumor* selbst bzw. *seiner Metastasen*.

Allgemeinsymptome

Ein Teil der Kinder bietet zunächst die unspezifischen Symptome des „*kranken Kindes*“, wie *Vitalitätsver-*

lust, Müdigkeit, Appetitlosigkeit, Gewichtsverlust, Blässe bzw. Anämie, erhöhte BKS, unklare Wechseln des Fiebers, Perioden von Schwitzen mit und ohne Fieber, wechselnde Schmerzen in Gelenken und Knochen der Extremitäten. Wenn sich auch diese Symptome, besonders bei jüngeren Kindern, schließlich meist anderen Krankheitsursachen zuordnen lassen, vor allem rezidivierenden viralen und bakteriellen Infekten, so wird dieses allgemeine Symptomenbild mit wechselnder Betonung der Einzelsymptome doch relativ häufig in der Anamnese von diagnostizierten Neuroblastomen gefunden. Bei länger dauerndem bzw. rezidivierendem oder sich verstärkendem Vorhandensein der genannten Symptome muß daher das Neuroblastom in die Differentialdiagnose mit aufgenommen werden. Dies erscheint um so wichtiger, da erfahrungsgemäß Neuroblastome trotz vorhandener Symptome meist erst spät, d. h. in fortgeschrittenen Stadien mit weitest schlechterer Prognose, diagnostiziert werden.

Symptome durch die Tumorlokellisation bzw. durch Metastasen

Das häufig schnelle Wachstum und die frühe Metastasierungsneigung der Neuroblastome verursachen zwar „spezifischere“ Symptome, die jedoch ebenfalls ein weites Spektrum umfassen. Hierher gehören:

– **Tastbarer oder sichtbarer Tumor** des Abdomens (Vorwölbung, Auftreibung). Dies kann durch den Primärtumor, häufig auch schon durch metastatische Infiltration umliegender Lymphknoten oder Organgebiete bedingt sein. Typisch, wenn auch relativ selten, kann – besonders bei Säuglingen – eine durch diffuse Metastasen vergrößerte Leber vorhanden sein.

– **Leibschmerzen:** Diese können gelegentlich und stark einsetzen, meist sind sie dumpf und leicht, dabei in der Intensität wechselnd und geben rückblickend häufig den Anlaß, den abdominalen Tumor zu entdecken.

– **Knochenschmerzen:** Diese führen häufig zur Entdeckung röntgenologischer Veränderungen im betroffenen Bereich und anderer Skelettanteile (also Knochendestruktionen durch Metastasen). Knochenschmerzen sind nicht selten das erste und

und einzige Symptom eines bereits metastasierten Neuroblastoms. Zusammen mit den genannten Allgemeinsymptomen sind Knochenschmerzen, anfänglich auch ohne röntgenologische Veränderungen, ein häufiges und wichtiges Symptom.

– **Periphere Lymphknotenmetastasen:** Diese kommen relativ häufig in der Zervikalregion bei sonst noch latentem Neuroblastom vor.

– **Subkutane Hauttumoren (Knoten) und intramuskuläre Weichteiltumoren:** Als Metastasierungsfolge (gelegentlich bläulich verfärbt) werden sie, besonders im frühen Säuglingsalter, gefunden.

– **Durchfälle:** Therapieresistente Durchfälle unklarer Genese, bedingt wahrscheinlich durch die Stoffwechselwirkungen des Tumors, sind ein seltenes, aber typisches Symptom.

– **Protrusio bulbi** (ein- und doppelseitig), kombiniert mit *periorbitalen Hämatomen:* Dies wird beobachtet bei Metastasierung in die knöcherne Orbita und sind ebenfalls ein seltenes, aber typisches Symptom.

– **Husten und Dyspnoe** werden bei thorakalem und mediastinalem Befall gesehen.

– **Miktions- und Defäkationsstörungen** finden sich bei im kleinen Becken gelegenen Tumoren.

– **Neurologische Symptome:** Je nach Sitz bzw. Metastasierung des Tumors ist eine weitreichende neurologische Symptomatik bekannt; erwähnt werden sollen, das Horner-Syndrom bei Befall des zervikalen Grenzstranggebietes, *Querschnittssymptomatik* verschiedener Ausprägung bei durch die Foramina Intervertebralia in den Wirbelkanal vordringenden Neuroblastomen (von zunächst flüchtigen Sensibilitätsstörungen über neuralgische Schmerzen bis hin zum kompletten Querschnittssyndrom reichend). Eine seltene neurologische Manifestation stellt das *Myoklonus-Qpsoklonus-Syndrom* (sogenannte zerebellare Enzephalopathie) dar. Es wird angenommen, daß dieses Syndrom durch die Hormonwirkungen des Tumors bedingt ist.

– Weitere *katecholaminabhängige Störungen*, wie krisenhafte Blutdruckerhöhung, Hautrötungen, Tachykardien, sind möglich, aber selten. Mäßige Blutdruckerhöhung, dabei in wechselnder Höhe, aber nicht

Mutterkornalkaloide
von Sanorania!

Bewährte, wirksame
Therapie zu minimalen
Preisen!

DH- Ergotamin retard

50 Tabl. 22.50

2,5 mg Dihydroergotaminmethansulfonat

Indik.: Hypotonie, Migräne.
(im Wechsel mit Migrexa zur
Anfallsbehandlung.)

DH- Ergotoxin forte

50 Tabl. 37.-

2 mg Dihydroergotoxinmethansulfonat

(Je 0,67 mg Dihydroergocristinmethansulfonat, Dihydroergocorninmethansulfonat, Dihydroergokryptinmethansulfonat.)

Indik.: Cerebralsuffizienz, Hypertonie;
vaskul. Kopfschmerzen wie Migräne
(im Wechsel mit Migrexa), Schwindel,
Ohrensausen, Vergesslichkeit,
Durchblutungsstörungen.

Preiswerteste
Präparate!! It.
transparenz
telegramm 1/77

anfallsweise, sich steigend, wird häufiger beobachtet.

— *Agranulozytische und panzytopenische Symptome* finden sich bei ausgedehnter Metastasierung in das Knochenmark.

Diagnose

Wie jeder maligne Tumor, sollte auch das Neuroblastom so früh wie möglich diagnostiziert werden. Deshalb ist es notwendig, bei Vorhandensein einzelner oder mehrerer der beschriebenen klinischen Symptome das Neuroblastom in die diagnostischen Überlegungen miteinzubeziehen, um es entweder (häufiger) zunächst auszuschließen, oder (seltener) schließlich bestätigen zu können.

Bei vorhandenem Verdacht ermöglicht die Besonderheit des Neuroblastoms, stoffwechsel- bzw. hormonaktiv zu sein,

1. *einen gezielten Suchtest* durch die Bestimmung der *Katecholamin-ausscheidung* im Urin (vgl. oben):

Dieser Untersuchung kommt zur Bestätigung eines bestehenden Verdachtes eine besondere Bedeutung zu, nachdem praktisch *alle Neuroblastome vermehrte Katecholamin-ausscheidung* bzw. Katecholamin-metabolitenausscheidung im Urin aufweisen. Von klinischer Sicht her sind hierbei die wichtigsten Stoffwechselprodukte die *Vanillinmandelsäure (VMS)*, die *Homovanillinsäure (HVS)*, die *Dopamin* und die *Metanephrine* und weitere in bestimmten Einzelfällen zu untersuchende Metaboliten. Von Wichtigkeit ist, daß das Ausscheidungsmuster nach Konzentration und Verteilung der Metaboliten von Patient zu Patient verschieden sein kann. So ergibt die Bestimmung der Vanillinmandelsäure allein nur in ca. 30 bis 50 Prozent der Fälle einen positiven Nachweis, die Bestimmung von Vanillinmandelsäure und Homovanillinsäure in ca. 80 bis 90 Prozent, während der zusätzliche Nachweis von Metanephrienen und/oder Dopamin praktisch in allen Fällen von Neuroblastom einen positiven Nachweis ermöglicht. Diese laborchemischen Untersuchungen sind aufwendig und werden zuverlässig nur in bestimmten Laboratorien durchgeführt. Der Untersuchungsstelle ist

der Verdacht auf das Vorliegen eines Neuroblastoms unbedingt mitzuteilen, damit gegebenenfalls z. B. bei normaler VMS-Ausscheidung die weiteren Metaboliten nach einem bestimmten Untersuchungsplan bestimmt werden können. Für die Bewertung der erhaltenen Befunde ist es wichtig, daß für die verschiedenen *Altersgruppen* im Kindesalter *unterschiedliche Normgrenzen* bestehen, die zu beachten sind, um nicht falsch positive Werte anzunehmen. Am besten erfolgt die Bestimmung aus dem 24-Stunden-Sammelurin, wobei der zu sammelnde Urin anzusäuern ist. In Fällen, bei denen die Vanillinmandelsäure erhöht ist, hat sich als Suchtest, aber auch für die Verlaufskontrolle Einschränkungen (wegen hoher Fehlerquote), der sogenannte Spot-Test nach LaBrosse bewährt, da er einfach durchzuführen ist. Um falsch positive Werte zu vermeiden, ist vor und während des Urinsammelns phenolhaltige Kost (z. B. Vanilleeis, Früchte, bestimmte Gewürze, Schokolade) zu vermeiden.

2. *Der Knochenmarkspunktion* kommt in der Diagnose eine erhöhte Bedeutung zu, nachdem in 50 bis 70 Prozent der Fälle ein metastasierender Knochenmarksbefall vorliegt, der häufig durch eine Knochenmarkspunktion nachgewiesen werden kann. Die Tumorzellen liegen meist in Nesterform mit rosettenartiger Zellordnung vor, wobei gelegentlich auch angedeutete Neurofibrillenbildung zu finden ist. Daneben finden sich auch diffus infiltrierende Bilder, die dann Leukämie-ähnlich sein können.

3. *Röntgenaufnahmen* des Abdomens und des Thorax ergeben durch die Neigung der Neuroblastome zum Verkalken häufig einen weiteren Hinweis auf das Vorliegen eines Neuroblastoms.

Liegen entsprechende Allgemeinsymptome vor, kann somit schon eine Vielzahl von Fällen durch die unter 1. bis 3. genannten Untersuchungen die Diagnose gesichert werden.

Bei abdominalen Tumoren ist darüber hinaus erforderlich:

4. *ein i. v. Pyelogramm* und eventuell

5. *eine Arteriographie* und/oder

6. *eine Lymphographie*,

um weitere Aufschlüsse über die vorhandene Ausdehnung des Tumors zu gewinnen.

Auch wenn der Primärtumor oder sonst auffällige Metastasenherde durch klinischen Aspekt oder durch vorausgegangene Untersuchungen erkannt sind, ist in jedem Falle bei dem Metastasen-freudigen Tumor

7. *eine röntgenologische* und eventuell *szintigraphische* Untersuchung des gesamten Skeletts notwendig, um das Ausmaß einer vorhandenen Skelettmetastasierung zu erkennen.

8. *Probeexzision* mit nachfolgender histologischer Untersuchung führt dann zur Diagnose, wenn peripherer Lymphknotenbefall oder Hautmetastasen, eventuell auch periphere einzelne Osteolyseherde, das Leitsymptom bilden.

Weitere Untersuchungen sind dem Einzelfall entsprechend durchzuführen. Die gründliche Durchuntersuchung eines Kindes mit Neuroblastom erfordert neben einer allgemeinen Basisuntersuchung die Untersuchung des *Blutbildes* einschließlich *Thrombozytenwerte*, *Gerinnungsuntersuchungen* (als paraneoplastisches Symptom kommen auch Gerinnungsstörungen vor), Kontrolle der *BKS* (meist erhöht), des *Blutdruckes*, der *Elektrolyte* (Durchfälle), der *Leberwerte* (Lebermetastasen, Galleabflußbehinderung), auch eine subtile *neurologische Untersuchung*, die, je nach Befund, weitere neurologische und eventuell neuroradiologische Diagnostik notwendig machen kann.

Differentialdiagnose

Der Symptomenreichtum des Neuroblastoms kann weitreichende differentialdiagnostische Überlegungen nötig machen. Bei den Abdominaltumoren ist zunächst der *Wilms-Tumor* (hier meist nie Verkalkungen vorhanden) und andere *Nierentumoren* auszuschließen, ferner das abdominelle *Rhabdomyosarkom* sowie *Lebertumoren*. Von malignen Erkrankungen ist zu denken an das Vorliegen einer *Histiozytose X*, *Ewing-Sarkom*, *Lymphosarkom*, *Retinoblastom* sowie eventuell eine *Leukose* oder eine *Lymphogranulomatose*. Von nicht malignen Erkrankungen stehen vor allem das *rheumatische Fieber*, *Morbus Still*, und die *Osteomyelitis* im Vordergrund der Differentialdiagnose. In allen

Fällen kommt der Bestimmung der Ketylcholamine im Urin eine entscheidende Bedeutung zu (vgl. oben).

Stadieneinteilung

Auch für das Neuroblastom hat sich, wie bei anderen kindlichen Tumoren, der Wert einer klinischen Stadieneinteilung für Therapie und Prognose erwiesen. Nach Evans et al. wird das Neuroblastom in folgende Stadien eingeteilt:

Stadium I:

Tumor auf Ausgangsorgan (z. B. Nebenniere) oder -struktur begrenzt.

Stadium II:

Tumor geht über das Ausgangsorgan-/Gewebe in kontinuierlichem Wachstum hinaus, überschreitet jedoch nicht die Körpermittellinie. Homolateraler Lymphknotenbefall kann vorhanden sein.

Stadium III:

Tumor überschreitet in kontinuierlichem Wachstum die Mittellinie. Bilaterale regionale Lymphknoten können befallen sein.

Stadium IV:

Tumor mit disseminiertem Befall (Fernmetastasen) im Skelett, Lymphknoten, Weichteilen und anderen Organen usw.

Stadium IV-S:

Tumor entsprechend Stadium I oder II, jedoch mit Fernmetastasen nur in Leber, Haut oder Knochenmark, ohne röntgenologischen Nachweis von Skelettmetastasen (also kompletter Skelettstatus notwendig).

Retrospektive Studien haben die Berechtigung dieser Stadieneinteilung erhärtet. Besonders die Einführung des Stadiums IV-S hat durch seine relativ günstige Prognose seine Berechtigung erfahren. Unter dieses Stadium fallen insbesondere Säuglinge, vorwiegend mit Haut- und/oder Lebermetastasen.

Das Kriterium der „Mittellinie“ in der Einteilung nach Evans et al. blieb jedoch nicht unwidersprochen, so daß auch der Einteilung nach Pinkel et al., besonders für das Stadium II und III, Bedeutung zukommt. In der klinischen Stadieneinteilung nach Pinkel et al. bedeutet:

Stadium I:

Tumor lokal und völlig resezierbar.

Stadium II:

Tumor regional

- a) teilresezierbar,
- b) nicht resezierbar.

Stadium III:

Tumor generalisiert

- a) ohne Knochenmarkinfiltration,
- b) mit Knochenmarkinfiltrationen.

Stadium IV-S:

ist hierbei nicht vorgesehen.

Das Kriterium der Operabilität, wie es in der Einteilung nach Pinkel vermehrt Berücksichtigung findet, darf nicht unterschätzt werden, nachdem trotz Chemotherapie und Bestrahlung viele Studien gezeigt haben, daß die Entfernung von möglichst viel Tumor einen günstigen prognostischen Einfluß hat. Dies findet auch seinen Niederschlag in den Therapieempfehlungen, die zu einer stadiengerechten Therapie gemacht werden (vgl. unten).

Therapie

Operation, Bestrahlung und zytostatische Chemotherapie sind auch für das Neuroblastom die Grundlagen der Therapie. Die Besonderheiten, die der Tumor nach Entstehung und Ausbreitung bietet, sowie die unterschiedliche Prognose im Säuglingsalter gegenüber den übrigen Altersstufen erfordern für die einzelnen Tumorstadien eine gewisse Flexibilität, um eine adäquate Therapie zu finden.

Chirurgische Therapie

Den Tumor durch Operation völlig zu entfernen, ist auch beim Neuroblastom das erste Ziel der Therapie. Nach der Stadieneinteilung nach Evans gelingt es jedoch meist nur in den Stadien I und II. Für die Mehrzahl der Fälle im Stadium III ist dies nicht möglich. Das Bestreben, hier wenigstens möglichst radikal vorzugehen, um möglichst viel Tumor zu entfernen, kann dann von zweifelhaftem Wert sein, wenn die Größe des erforderlichen Eingriffes ein vermehrtes akutes Risiko schafft und die vorhandene postoperative schwierige Situation der Patienten den dann besonders erforderlichen

Viele Symptome -eine Ursache: Magnesium- Mangel



MAGNESIUM VERLA®

verhindert Mangel-situationen
in der
Wachstums-
und Entwicklungsphase
während
Schwangerschaft, Stillzeit
bei Einnahme
von Kontrazeptiva, Diät-kuren
zur Therapie bei
normocalcaemischer Tetanie
nächtlichen Wadenkrämpfen
Hyperlipidaemien, Migräne
zur Prophylaxe gegen
Calcium-Oxalatsteine
Thrombose
metabolischen Herzinfarkt.

Kontraindikationen: Ausscheidungshemmung bei schwerer Niereninsuffizienz, Anurie. Mg-Ampullen: Myesthenia gravis. Chronische Myokardschäden mit verlängerter Überleitungszeit, AV-Block. Mg hemmt die Reizleitung, deshalb ist die Injektion von MAGNESIUM VERLA bei gleichzeitiger Herzglykosid-Therapie nur in Fällen von Tachykardie bzw. Tachyarrhythmie angezeigt.

Zusammensetzung: Oragées (entspr. 40 mg Mg = 3,3 mval), Magnesium-L-glutaminic. 100 mg, Magnesium citric. 230 mg, Magnesium nicotinic. 5 mg, Ampullen zu 10 ml (entspr. 77 mg Mg = 6,3 mval), Magnesium-L-glutaminic. 1000 mg, Konzentrat (1 Beutel enthält) mono-Magnesium-L-aspartat 1803 mg, Vitamin-E-nitrat 2 mg, Vitamin B₆ 3 mg, Vitamin-B₁₂-hydrochl. 3 mg, Magnesium-Gehalt: 121,56 mg entspr. 10 mval.
50 Oragées 8,10 OM, 150 Oragées 15,30 OM ·
3 Ampullen 4,40 OM, 10 Ampullen 13,45 OM ·
Konzentrat 20 Beutel 8,85 OM, 50 Beutel 19,95

VERLA-PHARM

8132 TUTZING

Einsatz von Chemotherapie und Bestrahlung hinauszögert. Nach allgemeiner Übereinstimmung sollte hier eher zurückhaltend verfahren werden, jedoch die im Einzelfall maximal mögliche, dabei schonende Teilentfernung des Tumors versucht werden. Von Wichtigkeit ist in diesen Fällen mit verbleibendem Resttumor die Markierung der Tumorbegrenzung – soweit möglich – mit Metallclips zur Festlegung des späteren Bestrahlungsfeldes.

Bei primär nicht oder nur ungenügend operablen Tumoren kann die Bestrahlung und die Chemotherapie zu einer erheblichen Tumorverkleinerung und zum Verschwinden von örtlichen Metastasen führen. In dieser Situation kann eine zweite Operation (second look) von Nutzen sein, wobei aufgrund der vorhandenen Erfahrungen die Möglichkeit besteht, häufig den Tumor dann völlig zu entfernen.

Eine Tumorentfernung im Stadium IV, also bei vorliegenden Fernmetastasen, ist primär nicht anzustreben. Retrospektive Studien haben gezeigt, daß dies die Überlebenszeit und die Heilungschance nicht verbessert, da die entstandene postoperative Situation die Durchführung einer frühzeitigen und intensiven Bestrahlungs- und zytostatischen Chemotherapie meist hemmt.

Aus dem Gesagten geht hervor, daß vor der Entscheidung, ob und in welchem Ausmaß operiert werden muß bzw. kann, also präoperativ eine ausführliche Diagnostik (vgl. oben) durchgeführt werden muß, um die für diese Entscheidung notwendigen Informationen zu erhalten. Hat man sich zur Operation entschieden, fällt die Entscheidung über die Ausdehnung des Eingriffes (so radikal wie möglich, schonende Teilentfernung, eventuell nur Probeexzision) intraoperativ.

Bestrahlungstherapie

Die Bestrahlungstherapie nimmt bei dem mäßig bis gut strahlensensiblen Tumor eine besondere Stellung ein. Auf der einen Seite ist in den Stadien I und II, wenn vollkommene chirurgische Entfernung des Tumors möglich war (vgl. unten), eine nachfolgende Bestrahlung nicht in jedem Fall erforderlich, auf der anderen Seite gewinnt sie für alle Fälle, in denen der Tumor noch vorhanden ist, eine besondere Bedeutung. In all den Fällen, in denen eine totale

Entfernung des Tumors von vorneherein oder während der Operation nicht möglich erscheint oder ist, sollten allzu radikale chirurgische Maßnahmen hinter einer adäquaten Strahlentherapie zurückstehen, d. h., an Stelle des massiven chirurgischen Eingriffes muß in gewissem Umfange eine aggressive Strahlentherapie treten.

Dieses bedeutet jedoch nicht, daß der Tumor, der gut, wenn auch teilweise technisch schwierig, entfernt werden kann, unnötig belassen werden sollte.

Die Bestrahlung ist also grundsätzlich indiziert mit dem Ziel der Ausrottung des Primärtumors bzw. örtlicher Lymphknotenmetastasen nach inkompletter Operation. Bei von vorneherein nicht oder nur gering resezierbaren Tumoren besteht der Versuch einer kurativen Bestrahlungstherapie, im Erfolg kann sie jedoch häufig nur palliativ sein und günstigenfalls zur Verkleinerung des Tumors führen, der dann eventuell nochmals chirurgisch angegangen werden kann. Eine weitere wichtige Rolle der Bestrahlungstherapie besteht in der kurativen und/oder palliativen Bestrahlung von Fernmetastasen, insbesondere von schmerzhaften Knochenmetastasen.

Auf nähere Einzelheiten der Bestrahlungstherapie, wie Dosis und Dauer der Bestrahlung für die verschiedenen Tumorlokalisationen (Becken, Wirbelkanal, Thorax, Schädel, Orbita), Probleme der Bestrahlung des gesamten Abdomens (Niere, Leber), Bestrahlung von Lebermetastasen usw., kann im Rahmen dieses Berichtes nicht eingegangen werden.

Chemotherapie

Die positive therapeutische Wirkung von Zytostatika in der Behandlung des Neuroblastoms sind unbestritten, wenn auch, insbesondere in den höheren Stadien, ihr Einsatz zusammen mit Operation und Bestrahlung nicht in demselben Umfang eine Verbesserung der Prognose gebracht hat, wie dies z. B. beim Wilms-Tumor der Fall ist. Die wirksamsten Medikamente sind hierbei Vincristin und Cyclophosphamid (Endoxan®), die – schon allein angewandt – zur völligen Tumorregression führen können. Von großer Wirksamkeit ist auch Adriablastin (Adriablastin®), außerdem werden noch verwendet

Actinomycin D (Lyovac Cosmegen®) sowie DTIC (Dacarbazin®).

Die auf diesen Medikamenten beruhenden zytostatischen Therapie-schemata sind besonders für die höheren Stadien III und IV kompliziert, nicht ohne Risiko und müssen verantwortungsvoll gehandhabt werden. Sie können hier nicht im einzelnen weiter ausgeführt werden.

Zusammenfassend können für die klinischen Stadien nach Evans unter Berücksichtigung der Operabilität folgende therapeutische Leitlinien gegeben werden.

Therapie im Stadium I:

Operation

1. Bei totaler und sicherer Tumorentfernung keine weitere Therapie (Voraussetzung dabei sicheres Stadium I).
2. Bei inkompletter Tumorentfernung: Bestrahlung und Chemotherapie.

Therapie im Stadium II:

1. Operation, wenn Totalexstirpation von Tumor und befallenen Lymphknoten bzw. betroffenem Gewebe möglich und nachfolgend normale Katecholaminausscheidung besteht, eventuell keine weitere Therapie (fraglich), oder
2. bei inkompletter oder nicht möglicher operativer Tumorentfernung nachfolgend Bestrahlung und zytostatische Chemotherapie.

Therapie im Stadium III:

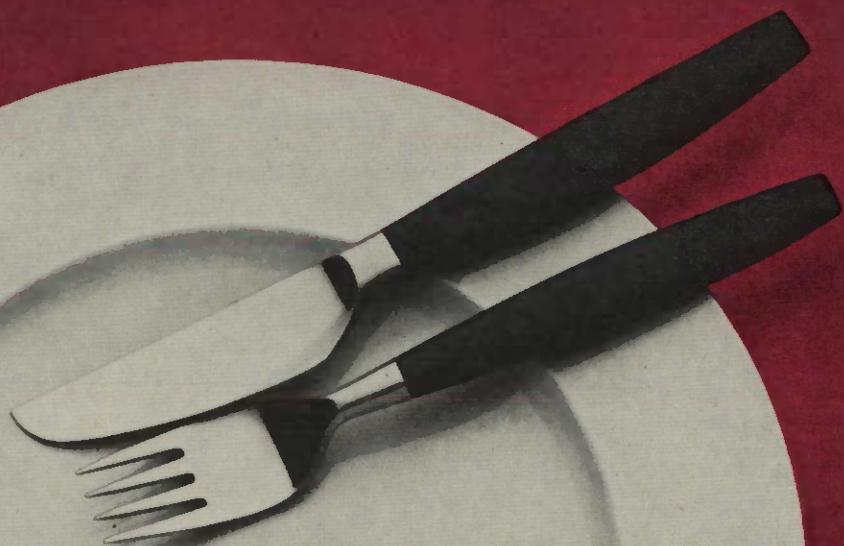
Operation, soweit möglich, Bestrahlung und zytostatische Therapie.

Therapie im Stadium IV:

Zytostatische Therapie (Mehrfachkombination). Operation, wenn möglich und sinnvoll. Bestrahlung, wenn nötig (z. B. schmerzhaftes Knochenmetastasen).

Therapie im Stadium IV-S:

Nachdem in diesem Stadium überwiegend Säuglinge vorkommen, die trotz der vorhandenen Haut- oder Lebermetastasen (seltener Knochenmarksbefall) in einem gewissen Prozentsatz eine Spontanremission des Tumors zeigen und andererseits die behandelten Kinder eine gute Prognose zeigen (vgl. unten), kann die Therapie insgesamt etwas behutsamer sein.



Pankreaplex[®]

unbekümmert
essen und verdauen

stimuliert die physiologische
Verdauungsleistung

stabilisiert die Funktionen
von Magen und Darm
ohne Enzymsubstitution

beseitigt störende
intestinale Symptome
in jedem Lebensalter

Indikationen: Sekretionsschwäche von Magen, Leber und Pankreas, Inappetenz, Gärungs- und Fäulnisdyspepsie, Meteorismus, Flatulenz, Roemheld-Komplex, Dysbakterie, Intestinale Begleitsymptome bei Diabetes.

Zusammensetzung: Percolat. 1=10:

Fruct. Cardui Mariae 3 ml, Cort. Syzygii 4 ml, Cort. Condurango 5 ml, Rad. Sarsaparillae 5 ml, Cholesterin 0,0001 g, Folsäure 0,01 g, Pancreatin hydrol. 0,5 g, Corrigentia ad 20 ml.

1 Dragée entspricht 10 Tropfen Liquidum.

Preise: Packungen: 60 Dragées 6,10 DM, 150 Dragées 11,95 DM, 20 ml Liquidum 5,75 DM, 50 ml Liquidum 11,60 DM



Schaper & Brümmer
Salzgitter-Ringelheim

Kinder im ersten Lebensjahr:

Stadium I und II:	Heilungsrate 80 bis 100 %
Stadium III und IV:	Heilungsrate 20 bis 50 %
Stadium IV-S:	Heilungsrate 50 bis 80 %

Kinder im zweiten Lebensjahr:

Stadium I und II:	Heilungsrate 50 bis 80 %
Stadium III:	Heilungsrate 20 bis 50 %
Stadium IV:	Heilungsrate 0 bis 20 %
Stadium IV-S:	Heilungsrate 20 bis 50 %

Kinder älter als zwei Jahre:

Stadium I:	Heilungsrate 50 bis 80 %
Stadium II bis IV:	Heilungsrate 0 bis 20 %
Stadium IV-S:	Heilungsrate 20 bis 50 %

Tabelle

Nachdem bei den überwiegend abdominellen und Primärtumoren eine Operation (oft zur Klärung der Diagnose) durchgeführt wird, ist es möglich, sich eventuell nur auf eine relativ kurzzeitig niedrig dosierte zytostatische Behandlung zu beschränken. Häufig erscheint jedoch auch eine Bestrahlung nötig, sie kann eventuell niedriger dosiert sein. Energische zytostatische Behandlung ist jedoch in jedem Fall mit Knochenmarksinfiltration indiziert. Der Empfehlung von manchen Autoren im Stadium IV-S, sich völlige Zurückhaltung aufzuerlegen und einen etwaigen spontanen Rückgang des Tumors abzuwarten bzw. erst dann therapeutisch aktiv zu werden, wenn der Tumor bzw. seine bestehenden Metastasen sichtlich größer werden und z. B. mechanische Probleme verursachen (Hepatomegalie mit Kompression der Vena cava inferior oder starke Hochdrängung des Zwerchfells usw.), sollte wohl nicht gefolgt werden. Es darf nicht vergessen werden, daß die relativ günstige Prognose im Stadium IV-S (vgl. unten) erst dann erreicht wurde, nachdem auch diese Kinder ausreichend therapiert worden waren. Kleinkinder jenseits des ersten Lebensjahres mit dem Stadium IV-S müssen in jedem Falle zytostatisch und mit Bestrahlung behandelt werden.

Prognose

Die Prognose des Neuroblastoms ist von vielen Faktoren unterschiedlich abhängig. Den größten Einfluß hat neben dem *Ausbreitungsgrad des Tumors* (klinisches Stadium) das *Lebensalter* des Kindes. Grundsätzlich

gilt: Je jünger das Kind, desto besser ist die Prognose. Daneben spielen eine teilweise in ihrer Auswirkung noch nicht völlig geklärte Rolle der *primäre Tumorsitz*, das *histologische Bild*, das *Muster der Katecholaminausscheidung* und *immunologische Faktoren*, die die Ausreifung des Tumors mit Verlust der Malignität bzw. seine Spontanremission bedingen. Vielerorts wird gerade dem letzteren Fragenkomplex vermehrte Aufmerksamkeit geschenkt, und es kann vermutet werden, daß die hier neugewonnenen Erkenntnisse der Grundlagenforschung demnächst für die Therapie nutzbar gemacht werden können.

Versucht man, für praktische Zwecke nach dem heutigen Stande der Erkenntnis und unter Anwendung der genannten Therapierichtlinien die Prognose nach Lebensalter und Tumorausbreitung festzulegen, so ergibt sich folgendes Bild (s. Tab.)

Angeichts dieser Verhältnisse, die eindeutig zeigen, daß die Prognose von Lebensalter und Tumorausbreitung abhängt, wurde kürzlich vorgeschlagen, die Einteilung der Neuroblastome nach den *prognostischen Faktoren in vier Risikogruppen* vorzunehmen (Gruppe I = Patienten mit zu erwartender Heilungsrate von 80 bis 100 Prozent, Gruppe II = Patienten mit Heilungsrate von 50 bis 80 Prozent, Gruppe III mit Heilungsrate von 20 bis 50 Prozent und Gruppe IV mit Heilungsrate von 0 bis 20 Prozent). Die Eskalation der therapeutischen Maßnahmen, insbesondere der Chemotherapie, soll dann entsprechend diese Einteilung vorgenommen werden (Winkler).

Eine risikogerechte Strategie der Therapie und eine Erfolgsanalyse nach diesen Parametern scheint nach den bisherigen Erfahrungen der Natur und dem Verhalten des Neuroblastoms mehr Rechnung zu tragen. Es ist zu hoffen, daß dadurch die teilweise noch sehr schlechte Prognose des Neuroblastoms weiter verbessert werden kann.

Für die weitere Betreuung gilt grundsätzlich das, was bereits in dem Abschnitt über den Wilms-Tumor ausgeführt wurde (vgl. BayÄbl. 5/1977, S. 440 ff). Besondere Bedeutung kommt der Kontrolle der Katecholaminausscheidung zu, womit der Therapieerfolg bzw. wieder auftretende Rezidive gut kontrolliert werden können. Mit Hilfe des Hausarztes/Kinderarztes bzw. „des Heilmatkrankenhauses“ muß eine lückenlose Betreuung durch ein pädiatrisch-onkologisches Zentrum erfolgen, wobei nochmals auf die Wichtigkeit einer reibungslosen Kooperation zwischen Klinik und Praxis hingewiesen werden soll.

Literaturhinweis

BACHMANN K. O.: Tumoren des sympathischen Nervensystems, in Hdb. d. Kinderheilkunde. Bd. VIII/2, Springer-Verlag, Berlin-Heidelberg-New York, 1972.

EVANS A. E. et al.: Diagnosis and Treatment of Neuroblastoma. Pediatric Clinics of North America, 23, 161, 1976.

JONES, P. G. et al.: Tumors of the adrenal gland and retroperitoneum, in: Tumours of Infancy and Childhood ed by P. G. JONES and P. E. CAMPBELL, Blackwell Scientific Publications, Oxford-London-Edinburgh-Melbourne, 1976.

KASER H.: Maligne neurogene Sympathicustumoren und Katecholaminstoffwechsel. Pädiatr. Fortbild. K. Praxis, 39, 1, 1974 (Karger, Basel).

LAMPERT F.: Krebs im Kindesalter. Urban und Schwarzenberg, München-Berlin-Wien, 1974.

NEIDHARDT M. K.: Tumoren im Kindesalter. Fortschr. Med. 92, 1387, 1974.

SCHIEVELBEIN H.: Phäochromozytom, Neuroblastom, Karzinoid und ihre Diagnostik. Beyer. Ärzteblatt 31, 14, 1976.

VOUTE P. A. et al.: Tumours of the Sympathetic Nervous System, in: Cancer in Children, ed by H. J. G. BLOOM, J. LEMERLE, M. K. NEIDHARDT, P. A. VOUTE, Springer Verlag, Berlin-Heidelberg-New York, 1975.

WINKLER K.: Klinik und risikogerechte Therapie des Neuroblastoms. Vortrag e. d. Krebskongreß d. Dtsch. Krebsgesellschaft, Hamburg 19.-21. Febr. 1976. Im Druck: Kongreßbericht S. Fischer Verlag, Stuttgart, 1977.

(Wird fortgesetzt)

Anschrift des Verfassers:

Dr. med. G. F. Wündisch, Oberarzt,
Kölner Platz 1, 8000 München 40

Diätetische Therapie des Übergewichtes einschließlich Risiken *

von Ch. Keller und N. Zöllner

Aus der Medizinischen Poliklinik der Universität München (Direktor: Professor Dr. med. N. Zöllner)

Übergewicht entsteht durch eine Energiezufuhr, die den tatsächlichen Energiebedarf überschreitet. Das Mißverhältnis von Energiebedarf und Energiezufuhr führen uns die detaillierten Erhebungen der Deutschen Gesellschaft für Ernährung im Ernährungsbericht 1976 vor Augen.

Am Anfang einer jeden Diättherapie der Fettsucht muß die Ermittlung des individuellen Energiebedarfes stehen, der bestimmt wird durch Geschlecht, Alter, Körpergröße und körperliche Betätigung.

Die Tabelle 1 weist den Energieumsatz pro Stunde in Abhängigkeit von der Schwere der Arbeit aus, wobei zu leichter Arbeit moderne Fabrikarbeit, Hausarbeit oder leichter Sport, zu mittelschwerer Arbeit manuelle Landarbeit, Gartenarbeit oder Radfahren und zu schwerer Arbeit Grubenarbeit, Arbeit am Stahlöfen oder Wettbewerbssport zählen.

Männer haben demnach einen Energiebedarf von 2100 bis allerhöchstens 3900 Kcal/Tag, Frauen entsprechend weniger, bei schwerster Arbeit nicht mehr als 3300 Kcal.

Tabelle 2 gibt die erforderliche Energie in Abhängigkeit vom Alter an, aber der tatsächliche Energieverbrauch liegt bei Männern und Frauen wesentlich höher. Im Ernährungsbericht ist der Verbrauch nach den Einkäufen ermittelt, d. h., Abfall in der Küche und beim Verzehr sind nicht berücksichtigt und dadurch ist der Unterschied zwischen Bedarf und Verbrauch von Energie besonders hoch. Männer zwischen 36 und 65 Jahren verbrauchen danach 3750 Kcal/Tag, Frauen 3040 Kcal/Tag.

*) Vortrag anlässlich der 16. Tagung der Vereinigung der Fachärzte für Innere Medizin Bayerns e. V. in München.

Die Referate dieser Veranstaltung werden in Band 43 der von der Bayerischen Landesärztekammer herausgegebenen Schriftenreihe veröffentlicht.

Tabelle 3 zeigt einen Grund für diese Überernährung: 1882 waren 40 Prozent der Erwerbstätigen Schwer- und Schwerstarbeiter, heute sind es noch neun Prozent, aber die Energiezufuhr ist so hoch, als gehörte der Großteil der Bevölkerung noch zu den Schwerstarbeitern.

Tabelle 4 gibt eine weitere Erklärung: einen tiefgreifenden Wandel in den Verzehrsgewohnheiten. Mit steigendem Wohlstand sind Fett- und Zuckerverzehr ständig gestiegen. 1850 wurden pro Jahr und Kopf der Bevölkerung 3 kg Zucker verzehrt, das entsprach weniger als einem Prozent der Gesamtenergiezufuhr, heute sind es 32 kg oder zwölf Prozent der gesamten Energiezufuhr. In den letzten 60 Jahren ist der Fettverzehr fast um 50 Prozent gestiegen.

Ganz wesentlich schlägt auch der steigende Alkoholkonsum zu Buche, der zwar Energie, aber keine lebensnotwendigen Nährstoffe liefert und bei Männern heute rund 480 Kcal/Tag liefert, bei Frauen rund 250 Kcal oder acht bis zwölf Prozent der Gesamtenergie. Männer im höheren Lebensalter beziehen heute mehr Energie aus Alkohol als aus Eiweiß, während bei älteren Frauen der Alkoholkonsum zwar abnimmt, aber der Zuckerverbrauch weiter zunimmt.

Die Schwierigkeiten einer effektiven diätetischen Behandlung liegen darin, den Patienten, der im allgemeinen unter seiner Fettsucht nicht leidet, zum langfristigen Verzicht zu motivieren und ihn zu sinnvolleren Ernährungsgewohnheiten zu erzie-

Energieumsatz in Abhängigkeit von der Tätigkeit

	Kcal pro Stunde	KJ pro Stunde
Leichte Arbeit	140 bis 290	600 bis 1200
Mittelschwere Arbeit	290 bis 430	1200 bis 1800
Schwere Arbeit	430 bis 570	1800 bis 2400 und mehr

Tabelle 1

(aus: Allgemeine und Spezielle Pharmakologie und Toxikologie, Herausgeber V. W. Forth, D. Henschler, W. Rummel, Mannheim - Wien - Zürich, 1975, S. 280)

Verbrauchszahlen Erwachsener in Abhängigkeit vom Alter

Alter (Jahre)	Kalorien (Kcal) pro Tag	
	Männer	Frauen
20 bis 30	3200	2300
30 bis 40	3104	2231
40 bis 50	3008	2162
50 bis 60	2768	1990
60 bis 70	2528	1817
70 +	2208	1587

Tabelle 2

(aus: „Calorie Requirements“ Food Agr. Organ. U.N. F.A.O. Nutr. Studies 15, 38 (1975))

Berufsschwere der Berufstätigen einschließlich Hausfrauen in Deutschland bzw. BRD (%)

	1882	1925	1950	1970
Leichtarbeit	21	24	58	66
Mittelschwere Arbeit	39	39	21	23
Schwere Arbeit	26	25	16	8
Schwerstarbeit	14	12	5	1
Gesamtbevölkerung (Mill.)	45,7	63,2	50,0	60,0
Erwerbstätige (Mill.)	16,9	32,0	32,2	39,7

Tabelle 3
(aus: Ernährungslehre und Diätetik, Band III, Stuttgart, 1974, S. 168)

Kalorienverbrauch in sechs Messenverpflegungensteilen zwischen 1785 und 1967

	1785	1790	1838	1842	1900	1967
Wochendurchschnitt (Kcal)	2476	1735	3052	2264	2762	3406
Fett (g)	48	8	65	19	73	126
Eiweiß (g)	66	53	111	64	111	121
Kohlenhydrate (g)	429	352	486	445	397	424

Tabelle 4
(aus: H. J. Teuteburg/G. Wiegmann: Der Wandel der Nahrungsgewohnheiten unter dem Einfluß der Industrialisierung, Göttingen, 1972, S. 172 - 174)

hen. Hier ergeben sich eine Menge psychologischer Probleme.

Zahlreiche Untersuchungen über den Dauererfolg der diätetischen Behandlung Fettsüchtiger zeigen den geringen Erfolg aller Bemühungen auf lange Sicht. Liebermeister berichtete 1968 über 40 Prozent erfolgreicher Behandlungen, Hartmann schätzte den Erfolg auf höchstens 30 Prozent, Rakow hingegen sah bei 41 von 80 Patienten mit ambulanter Nulldiät ein halbes Jahr nach Abschluß der Kur einen weiteren Gewichtsabfall.

Diese Zahlen erscheinen außerordentlich hoch, sind aber wohl so zu erklären, daß nur Patienten in solche Untersuchungsgruppen aufgenommen werden, die schon vor Beginn der Studie angefangen haben, ihr Gewicht zu reduzieren und so eine positive Auswahl darstellen. Auch die Beweggründe der Patienten, abzumagern, sind sehr schwer vergleichbar. Ein Patient, der vor Antritt der Kur eine große Summe Geldes bezahlen muß, um überhaupt ange-

nommen zu werden, wie zum Teil in Amerika üblich, wird eher erfolgreich sein, als ein älterer Übergewichtiger Diabetiker, der wegen einer Krankheit, die ihn lange Zeit nicht beeinträchtigt, auf liebgewordene Gewohnheiten verzichten soll.

Praktisch gehen wir bei der Behandlung so vor: Zunächst wird nach der Bornhardschen Formel das Sollgewicht des Patienten errechnet. Zur Erkennung seiner Ernährungsgewohnheiten wird über eine bis zwei Wochen ein Ernährungsprotokoll geführt. Darin sollen alle Mahlzeiten, auch die „kleinen Happen“ zwischendurch oder abends beim Fernsehen mit Gewichtsangaben aufgeführt werden. Oft stellt diese Maßnahme schon den ersten Schritt zum Erfolg dar, der Patient lernt seine Fehler erkennen, lernt Mengen und Kalorien der Speisen kennen und ändert sein Verhalten.

Das Ausmaß des Übergewichtes, komplizierende Krankheiten, der dringende Wunsch nach einer raschen Gewichtsreduktion bestimmen

die Höhe der erlaubten Kalorienzahl. Aus Energiebedarf und Energiezufuhr sowie dem Brennwert von einem Kilogramm körpereigenem Fettgewebe von 6000 Kcal kann man die benötigte Zeit bis zur Erreichung des Sollgewichtes vorausberechnen, vorausgesetzt, daß sich der Patient an die vorgeschriebene Diät hält.

Extrem übergewichtigen Patienten, die häufig an einer Herzinsuffizienz, einer Hypertonie oder einem Diabetes mellitus leiden, verordnen wir bevorzugt eine 300-Kalorien-Diät unter stationären Bedingungen. Auch bei dieser geringen Nahrungsmenge halten wir das Prinzip häufiger Mahlzeiten aufrecht, weil so kaum ein Hungergefühl aufkommt, die Insulinstimulation vermindert und die Lipogenese dadurch eingeschränkt wird.

Ein typisches Beispiel zeigt der Speiseplan (Tab. 5).

Die Nährstoffrelation beträgt hier rund 33 cal.% Eiweiß, 12 cal.% Fett, 55 cal.% Kohlenhydrate. Die kalorienfreie Flüssigkeit wird nicht beschränkt, im Gegenteil, es sollen wenigstens zwei Liter Kaffee, Tee oder Mineralwasser zugeführt werden. Um einem Vitamin- oder Spurenelementmangel vorzubeugen, wird mit einem handelsüblichen Präparat substituiert.

Während der Behandlung kommt es zu einem Anstieg der Serum-Harnsäure; Gichtiker können durch diesen Harnsäureanstieg sogar einen Gichtanfall erleiden. Deshalb muß dafür gesorgt werden, daß der Harnsäurespiegel im therapeutischen Bereich bleibt.

Als Ausdruck der Hungerazidose wird Aceton im Urin nachweisbar. Der tägliche Acetonnachweis ist der Beweis, daß sich der Patient an die vorgeschriebene Kost hält, das Verschwinden des Acetons im Urin deutet auf vermehrte Nahrungszufuhr hin.

Mit dieser Diät erreichen wir durchschnittlich eine tägliche Gewichtsabnahme von 300 bis 400 g, bis zu 1 1/2 kg Gewichtsverlust in den ersten Tagen der Diät sind durch den hohen Salz- und Wasserverlust üblich.

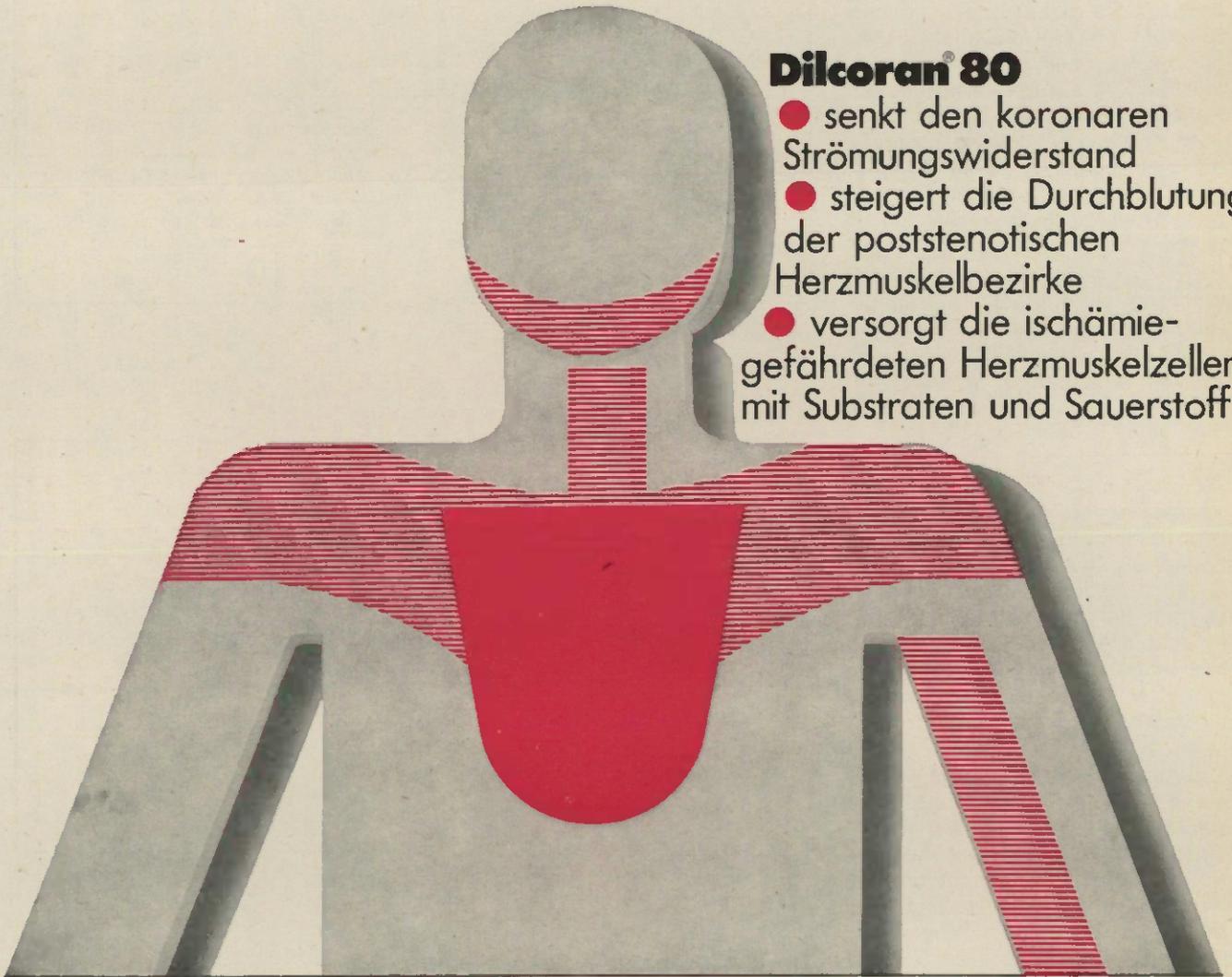
Hat der Patient eine zufriedenstellende Gewichtsreduktion erreicht, wird die weitere Abmagerungskur ambulant mit einer 800- bis 1200-

Der Herzschmerz

Poststenotische ischämische Herzmuskelareale
verursachen pektanginöse Beschwerden.

Dilcoran® 80

- senkt den koronaren Strömungswiderstand
- steigert die Durchblutung der poststenotischen Herzmuskelbezirke
- versorgt die ischämiegefährdeten Herzmuskelzellen mit Substraten und Sauerstoff



Das zuverlässige Langzeit-Nitrat

Dilcoran® 80

nimmt Ihren Koronarpatienten die Angst vor dem neuen Tag

Zusammensetzung: Dilcoran B0: 1 Oblong-Tablette enthält 80 mg PETN. Dilcoran B0 S: 1 Oblong-Tablette enthält 80 mg PETN, 45 mg Phenobarbital. Indikationen: Koronare Durchblutungsstörungen jeder Genese. Dilcoran B0 S bei Angina pectoris mit psychischen oder nervösen Komponenten. Kontraindikationen: Kollapszustände und Schock, frischer Myokardinfarkt. Bei Dilcoran 80 S zusätzlich Porphyrie. Nebenwirkungen und Begleitscheinungen: Bei allen Nitrat-Verbindungen können Kopfschmerzen unterschiedlicher Dauer und Stärke auftreten. Bei der Therapie mit PETN sind diese jedoch außerordentlich selten; sie klingen bei Fortführung der Therapie von selbst ab. Besondere Hinweise: Alkohol kann mögliche Nebenwirkungen von Dilcoran 80/B0 S verstärken. Die Einnahme von Dilcoran B0 S kann infolge des sedierenden Effektes das Reaktionsvermögen im Straßenverkehr beeinträchtigen. Dosierung und Anwendungsweise: Die Dosierung ist der Art und Schwere des Einzelfalles anzupassen. Näheres siehe wissenschaftlicher Prospekt bzw. Packungsprospekt. Handelsformen und Preise: Dilcoran B0: 50 Oblong-Tabletten DM 16,65 mit MwSt., 100 Oblong-Tabletten DM 31,20 mit MwSt., Anstaltspackung. Dilcoran 80 S: 50 Oblong-Tabletten DM 18,40 mit MwSt., 100 Oblong-Tabletten DM 34,35 mit MwSt., Anstaltspackung.

GODECKE

Kalorien-Diät weitergeführt. Der Patient wird einmal wöchentlich kontrolliert, wobei er die zu Hause weitergeführte tägliche Gewichtstabelle vorlegt; bei mangelnder Gewichtsreduktion wird auch wieder ein Ernährungsprotokoll geführt.

Weniger drastisch – und daher auch ambulant durchzuführen – ist unsere 600-Kalorien-Diät, die ebenfalls die übliche Nährstoffrelation einer normalen Mischkost berücksichtigt. 300 Kalorien werden aus der eiweißreichen Kartoffel bezogen, geschmackliche Abwechslung durch Gemüse- und Obstzulagen erreicht. Ein großer Vorteil ist die preisgünstige Eiweißquelle Kartoffel (Tab. 6).

Während bei langfristigen Abmagerungskuren durch geringe Nahrungszufuhr keine Todesfälle beschrieben worden sind, gibt es bei der drastischsten Reduktionskur, der Nulldiät, Berichte über Todesfälle.

1968 berichtete Spencer über zwei Todesfälle nach drei und acht Wochen totalem Fasten. Beide Patientinnen, 58 und 61 Jahre alt, waren an plötzlichem Kammerflimmern verstorben. Beide waren wegen schwerer dekompensierter Herzinsuffizienz stationär aufgenommen worden, beide hatten bei der Autopsie linkshypertrophierte Herzen.

1969 teilten Garnett und Mitarbeiter einen weiteren Todesfall mit. Eine 30jährige gesunde Frau war wegen eines Übergewichtes von 118 kg auf Nulldiät gesetzt worden und nach 30 Wochen Fasten und Erreichen ihres Idealgewichtes an plötzlichem Irreversiblen Kammerflimmern gestorben. Die Autopsie ergab in diesem Fall ein kleines Herz von 250 g. Histologisch war ein großer Teil der Myofibrillen auf mehr als die Hälfte ihres Durchmessers geschrumpft und elektronenmikroskopisch ließen sich schwere Strukturzerstörungen erkennen.

Ditschuneit und Mitarbeiter haben 1970 Untersuchungen über Stoffwechselveränderungen bei Nulldiät vorgelegt. Sie kamen zu dem Schluß, daß der limitierende Faktor der Fastendauer die Eiweißreserven des Körpers sind. Ein Eiweißverlust von 3000 g und darüber könne zu unerwarteten Todesfällen führen.

Die unvorhersehbaren Gefahren einer Nulldiät durch große Eiweiß-

300-Kalorien-Diät – Tagesplan

1. Frühstück	Kaffaa/Taa (mit Süßstoff) Vollkornbrot, 30 g, 1 Schaiba
2. Frühstück	1/2 Apfal, 30 g
Mittagessen	Kalbfleisch gedünstet, 30 g Paprikagamüse: Paprika, 100 g Petersilie, 1 Kaffeealöffel Zwiebel 10 g Salat: Kopfsalat, 30 g Gurka, 70 g Petersilie, Dill, Zitronensaft oder Essig
Nachmittag	Buttermilch, 100 ml
Abendessen	Tomatenquark: Magerquark, 50 g Milch, 20 g Tomatenmark, Salz, frische Kräuter Knäckebrötchen, 10 g, 1 Stück Kräutertee / Schwarzer Tee
EW 22,2 g – F 5,4 g – KH 40 g	

Tabelle 5

600-Kalorien-Diät – Tagesplan

1. Frühstück	Knäckebrötchen, 10 g, 1 Stück Käse (20 % Fett) 10 g
2. Frühstück	1 Joghurt, Natur
Mittagessen	Bircher Kartoffeln, 180 g 1 Ei pochiert
Nachmittag	1/2 Apfel, 50 g
Abendessen	Kartoffelsalat: Kartoffeln, 170 g Gurka, 50 g Paprika, 50 g Zwiebel, 20 g
Spätmahlzeit	1/2 Apfel, 50 g
EW 25,56 g – F 13,94 g – KH 99,69 g	

Tabelle 6

verluste des Körpers, ausgeprägte Elektrolytverschiebungen, schwere Ketose und unerwartete Todesfälle lassen uns diese Form der Gewichtsreduktion nicht mehr anwenden. Wir bevorzugen zur schnellen Gewichtsreduktion die viel physiologischere 300-Kalorien-Diät, die uns gleichzeitig die Chance gibt, falsche Eßgewohnheiten zu ändern, ein Verständnis für Mengen und Kalorien zu wecken und dadurch den Grundstein zu einer dauerhaften erfolgreichen Gewichtsreduktion zu legen.

Zusammenfassung

Das Ausmaß des Übergewichtes, komplizierende Krankheiten oder der dringende Wunsch des Patienten nach einer raschen Gewichtsreduk-

tion bestimmen die Höhe der erlaubten Energiezufuhr. Unter stationären Bedingungen verordnen wir eine 300-Kalorien-Diät, ambulant eine 600-Kalorien-Diät, auf fünf Mahlzeiten täglich verteilt. Eiweißverluste des Körpers, Elektrolytverschiebungen und Azidose halten sich so in ungefährlichen Grenzen, während unter Nulldiät Todesfälle beschrieben worden sind.

Der tägliche Gewichtsverlust bei einer 300-Kalorien-Diät beträgt 300 bis 400 g.

Literatur beim Verfasser.

Anschrift des Verfassers:

Dr. med. Christiana Keller und Professor Dr. med. N. Zöllner, Pettenkoferstraße 8a, 8000 München 2

Herzwirksame Glykoside – Vigilanzstörungen im Alter

Notizen von der 83. Tagung der Deutschen Gesellschaft für Innere Medizin in Wiesbaden

In seiner **Eröffnungsansprache** zum Internistenkongreß 1977 ging G. A. Neuhaus, Berlin, als Vorsitzender u. a. auf die vielerorts feststellbare Entfremdung in den Beziehungen zwischen Arzt und Patient ein. Er gab zu bedenken, daß die zunehmende Kompliziertheit unserer technischen Welt die Entwicklung von Eigengesetzlichkeiten fördert, die von dem einzelnen Menschen häufig nicht mehr verstanden werden. Er gerate zusehends in Abhängigkeit von einem Apparat, der von „Spezialisten ohne Geist und Herz“ betrieben wird und auf den er angewiesen sei. Aus der Analyse dieser Situation seien die Ängste eines Kranken verständlich, der unvorbereitet in die von ihm als seelenlos empfundene, administrativ über setzte Welt moderner Großkrankenhäuser gerät, in der er sich mehr geduldet als aufgehoben fühlt. Auch könne man die Situation eines Patienten nachempfinden, der in seiner Not individueller und damit verletzlicher reagiert, und der sich auf einer Intensivstation einem Personal ausgeliefert fühlt, das zwar die technischen Dienstleistungen mit hoher Perfektion ausführt, zu dem er aber wegen der komplizierten Schichtdienste keinen persönlichen Kontakt herzustellen vermag. Man dürfe sich nicht täuschen, so gab Neuhaus zu bedenken, daß das gesamte Personal in Großkliniken von den meisten Kranken mit einem System identifiziert wird, in dem jeder nur selten „Job“ ausfüllt, auch wenn dies im ärztlichen und pflegerischen Bereich meist in perfekter Weise geschieht.

Zu den Vorträgen über das erste Hauptthema „Herzwirksame Glykoside“ gehörte ein Beitrag von F. Grosse-Brockhoff, Düsseldorf, der zur **Glykosidbehandlung in Klinik und Praxis** Stellung nahm und sich dabei u. a. auch mit dem Problem der Vollwirkdosis befaßte. Er legte dar, daß die noch bis vor einigen Jahren mit 2 mg angesetzte Vollwirkdosis für Digitalisglykoside aufgrund

neuerer Erfahrungen niedriger veranschlagt werden muß. Die Vollwirkdosis in Höhe von 2 mg wurde am Modell der tachykarden Arrhythmie ermittelt, bei der zur Erreichung eines optimalen Effektes besonders hohe Dosen erforderlich sind. Inzwischen sei man zu der Erkenntnis gekommen, daß mit einer Vollwirkdosis von 1,3 bis 1,5 mg bei einer myokardialen Insuffizienz der gewünschte therapeutische Effekt erreicht werden kann, sofern keine Änderungen der Toleranz, der Pharmakokinetik bzw. des Metabolismus vorliegen. Diese Richtdosis gelte sowohl für die intravenöse als auch für die perorale Applikation. Mit der geringeren Vollwirkdosis erniedrigen sich auch die Erhaltungsdosen.

Wie Grosse-Brockhoff weiter zu berichten wußte, muß aufgrund neuerer Untersuchungsergebnisse engenommen werden, daß nicht nur beim Digitoxin, sondern auch beim Digoxin eine Dihydrisierung des Laktoringes beträchtliche Ausmaße (bis zu 50 Prozent) annehmen kann. Dies bedeutet, daß Patienten mit einer hohen Metabolisierungsrate von vorwiegend Dihydrodigoxin unter Umständen wesentlich größere Dosen dieses Glykosids benötigen, als es gewöhnlich der Fall ist. Hier eröffnet sich ein neues Gebiet der Pharmakokinetik. Jedenfalls unterstreichen diese Befunde eindringlich, daß nicht der Blutspiegel, sondern die beobachtete Wirkung oder Wirkungslosigkeit im Einzelfall das entscheidende Entscheidungskriterium für die jeweilig notwendige Dosierung bildet.

Angesichts der bekannt geringen therapeutischen Breite der Herzglykoside und der relativ hohen Nebenwirkungsquote dieser Pharmaka sah sich die Kongreßleitung veranlaßt, in einem dreistündigen Symposium die *möglichen Alternativen zur Digitalistherapie* zur Diskussion zu stellen:

Aus dem Vortrag von W. Kübler, Heidelberg, über **metabolische Aspekte**

der **Herzinsuffizienz** war zu entnehmen, daß das klinische Bild sowohl durch die herabgesetzte Kontraktilität der myokardialen Einzelzelle als auch durch die hierbei wirksam werdenden Kompensationsmechanismen bestimmt wird. Daran ist das Herz als Erfolgsorgan und als Sekretionsorgan für Noradrenalin beteiligt, doch findet dieser Kompensationsmechanismus und damit auch die therapeutische Anwendung der Katecholamine in den begleitenden unerwünschten Nebeneffekten seine Begrenzung. Von den reinen Alpha-Rezeptoren-Stimulatoren bzw. Vaso-konstriktoren (z. B. Hypertensin) wurde gesagt, daß diese bei der Herzinsuffizienz wegen der fehlenden Unterstützung des funktionsgestörten Myokards bei Zunahme des peripheren Widerstandes praktisch immer kontraindiziert sind, und daß auch die Gabe eines reinen Beta-Rezeptoren-Stimulators, wie z. B. Isoproterenol, im allgemeinen nicht empfohlen werden kann. Innerhalb der Gruppe der Katecholamine ist das Dopamin am ehesten geeignet, die Kompensationsmechanismen günstig zu beeinflussen. Diese Substanz führt zu einer Dilatation der Mesenterial- und Nierengefäße mit konsekutiver Steigerung der Diurese. Außerdem steigert sie die myokardiale Kontraktilität und den Gesamtwiderstand im großen Kreislauf, vornehmlich durch Konstriktion von Skelettmuskelgefäßen. Hingegen ist der Einfluß auf die Herzfrequenz und auf die Ektopienneigung geringer als bei Isoproterenol.

Wenn es darum geht, durch Reduzierung des peripheren Widerstandes eine Druckentlastung des Herzens zu erreichen, so eignen sich hierfür neben den Nitro-Verbindungen, die einen unmittelbaren Angriffspunkt an den glatten Gefäßmuskeln haben, auch Alpha-Rezeptorenblocker (z. B. Dibenzylran, Regitin). Diese vermögen das Krankheitsbild einer Herzinsuffizienz durch Reduktion des Füllungsdruckes und des peripheren Widerstandes bei gleichzeitiger Steigerung der Auswurf fraktion günstig zu beeinflussen, weshalb sie als Alternative bzw. als Ergänzung zur Digitalisbehandlung angesehen werden können.

K. H. Rahn, Maastricht/Niederlande, befaßte sich mit der Frage, inwieweit **Diuretika als Alternativen zur Digitalistherapie** in Frage kommen. Er wies darauf hin, daß gerade bei der Herz-

insuffizienz häufig Mechanismen wirksam sind, die den Effekt von Diuretika reduzieren. Die heute gebräuchlichen Mittel greifen im medullären Teil der Henleschen Schleife (stark wirksame Diuretika), im kortikalen Teil der Henleschen Schleife (Thiaziddiuretika) sowie im distalen Tubulus (kaliumsparende Diuretika) an. Bei der Herzinsuffizienz liegt im allgemeinen eine Verminderung des Glomerulumfiltrates und eine erhöhte Natrium- und Flüssigkeitsresorption im proximalen Tubulus vor. Beide Faktoren führen zu einem verminderten Angebot an Natrium und Flüssigkeit an die distalen Tubulusabschnitte, wodurch die Effektivität der Diuretika eingeschränkt wird. Als weiterer Faktor kommt noch hinzu, daß in vielen Fällen bereits vor Therapiebeginn oder während der Diuretikabehandlung ein sekundärer Hyperaldosteronismus entsteht.

Bei der Besprechung der einzelnen Medikamentengruppen vertrat Rahn die Auffassung, daß die schnell und stark wirksamen Präparate vom Typ des Lasix und Hydromedin nicht nur beim akuten Lungenödem indiziert sind, sondern auch dann, wenn mit Thiaziddiuretika kein ausreichender Effekt zu erzielen ist. Gegen die Anwendung von stark wirksamen Diuretika bei der Herzinsuffizienz vor einem Versuch mit Präparaten aus der Thiazidreihe wurde als Argument angeführt, daß von vielen Patienten die rasch einsetzende und relativ kurz dauernde Diurese als subjektiv unangenehm empfunden wird, und daß hierbei eine Elektrolytbilanzierung schwieriger ist. Hinzu kommt noch, daß wegen der ausgeprägten diuretischen Wirkung eher thrombotische Komplikationen infolge von starker Dehydratation befürchtet werden müssen.

Von den Nebenwirkungen der Diuretika wurde gesagt, daß die Verschlechterung der Glukosetoleranz nur bei weniger als zehn Prozent der behandelten Patienten nachweisbar und bei einem noch kleineren Prozentsatz klinisch relevant ist. Mit einem Anstieg der Serumharnsäure muß bei etwa 25 Prozent der mit Thiaziddiuretika behandelten Kranken gerechnet werden. Steigt unter einer entwässernden Behandlung der Serumharnsäurespiegel in den pathologischen Bereich an, sollte eine zusätzliche Therapie mit Allopurinol eingeleitet werden.

Die wichtigste unerwünschte Nebenwirkung der Thiazidpräparate und auch der stark wirkenden Mittel ist die Hypokaliämie. Bei Patienten, bei denen anamnestisch eine Neigung zur Kaliumverarmung besteht, bei gleichzeitiger Therapie mit Herzglykosiden sowie beim Vorliegen eines Aldosteronismus sollte nach Rahns Empfehlungen eine Kaliumverlustprophylaxe betrieben werden, die allerdings beim Vorliegen einer Niereninsuffizienz kontraindiziert ist. Sie kann in Form von diätetischen Maßnahmen, durch orale Zufuhr von KCl oder durch Verabreichung kaliumsparender Diuretika erfolgen. Als zweckmäßig bezeichnete der Vortragende die Anwendung von Kombinationspräparaten, die ein Thiaziddiuretikum und ein kaliumsparendes Diuretikum enthalten, wie dies beim Aldactone-Saltucin, Dytide H und Moduretik der Fall ist.

Im Rahmen einer Vortragsreihe über **Vigilanzstörungen im Alter** kam D. Bente, Berlin, zu Wort, der sich mit der *Bedeutung des EEG als Vigilanzindikator* befaßte und dabei zunächst einige Bemerkungen zur Definition machte. Er wies darauf hin, daß die Begriffe „Vigilität“ und „Vigilanz“ nicht identisch sind, sondern auf verschiedenen Ebenen liegen. Während Vigilanz (Wachheit) ein deskriptiver Begriff ist, welcher der Beobachtungssprache angehört, hat der Vigilanzbegriff, der von dem englischen Neurologen Head geprägt wurde, in seiner ursprünglichen Fassung den Charakter eines theoretischen Konstruktes. Er besagt, daß die Verfügbarkeit und der Organisationsgrad des adaptiven Verhaltens in Abhängigkeit vom dynamischen Zustand der neuralen Gesamttätigkeit und ihrer Regulierung steht.

Nach den Ausführungen von Bente kann man mit Hilfe von EEG-Untersuchungen das intermittierende Auftreten subvigiler Aktivitätsmuster und -phasen unter Ruhebedingungen erfassen, die als eine diskrete, jedoch psychophysiologisch bedeutsame Störungsform der Vigilanzregulierung zu deuten sind. Bei psychopharmakologischen Fragestellungen gibt die quantitative Untersuchung des hirnelektrischen Verhaltens psychophysiologisch wertvolle Aufschlüsse über Art und Richtung pharmakogener Wirkungen auf die Vigilanzregulierung. Als Beispiel hierfür wurden die Ergebnisse einer Langzeitstudie mit Piracetam (Normabrain, Nootrop)

erwähnt, über dessen EEG-Effekte noch wenig bekannt ist. Es handelte sich um eine Gruppe von elf Patienten jenseits des 60. Lebensjahres, die ein Jahr lang täglich mit 4,8 g Piracetam ohne jegliche Zusatzmedikation behandelt wurden. Beim Vergleich mit einer vorhergegangenen Placeboperiode ergab sich, daß unter Piracetam eine ausgeprägte spektrale Verschiebung auftrat, die durch eine Abnahme langsamer Frequenzanteile, eine deutliche Beschleunigung der Alpha-Frequenz mit besserer Ausprägung des Alpha-Gipfels und durch eine leichte Zunahme des Beta-Anteiles charakterisiert war. Bente betonte in diesem Zusammenhang, daß durch Piracetam nicht etwa Altersveränderungen im EEG, sondern Defizite der Vigilanzregulierung beeinflußt werden, die pathogenetisch vieldeutig sind und durch verschiedene Faktoren bedingt sein können.

In seinem Vortrag über **Klinik und Therapie der Schlaf-Wachstörungen** alter Menschen kam C. Maier, Zürich-Nänedorf, ebenfalls auf das Problem der Vigilanzsteigerung zu sprechen, welches sich ergeben kann, wenn bei vorbestehender Zerebralsklerose eine zweite Krankheit, z. B. ein Herzinfarkt, eine allgemeine Kreislaufdekompensation oder eine Infektionskrankheit, das Zerebrum zusätzlich geschädigt hat. Der Einsatz von Vasodilantien wird bei dieser Indikation von vielen Autoren abgelehnt mit der Begründung, daß es in akuten Fällen zu einer Minderdurchblutung des Gehirns zugunsten einer Verbesserung des Blutzufusses im übrigen Körper kommen kann. Hingegen weiß man von den Xanthinpräparaten einschließlich des Koffeins, daß sie zu einer Verengung der Hirngefäße führen und gleichzeitig erregend auf den Kortex und die tiefer liegenden Hirnzentren wirken. Von den Amphetaminen wurde gesagt, daß sie, am Vormittag gegeben, gelegentlich die psychische Aktivität verbessern. Wenn sich nach Gabe von Katovit oder einem ähnlichen Präparat jedoch die Stimmungslage verschlechtert, dann liegt mit großer Wahrscheinlichkeit eine endogene Depression vor, die mit Thymoleptika oder MAO-Hemmern erfolgreich eingegangen werden kann. Zu den Mitteln, denen eine verbesserte Utilisation von Glukose und eine Bereitstellung von ATP im Gehirn nachgesagt wird, gehören Centrophenoxin (Helfergin) und Pyritioxin (Ence-

Gesucht.

Der neue Weg zur Behandlung von Ulcus und Gastritis: Der spezifische Magen-sekretionshemmer.

Das Forschungsergebnis:

Gastrozepin®

Sekretionshemmend, soviel wie nötig. Auch während der Nacht.

Keine Blockierung physiologischer Regulationen. Keine Kontraindikationen bekannt.

Kurze Heilungszeit. Bei nur zweimal 1 Tablette täglich.

Die kostengünstige Therapie.

Neu aus der Thomae-Forschung

Gastrozepin®

Spezifischer Magensekretionshemmer

Zusammensetzung: 1 Tablette enthält: 5,11-Dihydro-11-[(4-methylpiperazin-1-yl)acetyl]-6H-pyrido[2,3-b][1,4]benzodiazepin-6-on-dihydrochlorid 25 mg. **Anwendungsgebiete:** Akute und chronische Formen von Ulcus vantriculi und Ulcus duodeni, hyperazider Reizmagen, Gastritis, medikamentös bedingte Magenbeschwerden. **Dosierung und Anwendungsweise:** Zu Beginn der Therapie sind einmally 2 Tabletten, dann jeweils morgens und abends 1 Tablette einzunehmen. Nach Eintritt der Beschwerdefreiheit, die mit Gastrozepin in der Regel schon nach wenigen Tagen erreicht wird, soll bis zur völligen Ausheilung noch 2 - 3 Wochen (je 1 Tablette morgens und abends) weiterbehandelt werden. Die Einnahme erfolgt am besten vor den Mahlzeiten mit einem Schluck Flüssigkeit.

Unverträglichkeiten und Risiken: Bisher keine bekannt. **Besondere Hinweise:** Gelegentlich kann die Therapie mit Gastrozepin eine Appetitanregung bedingen. Eine in seltenen Fällen auftretende Stuhlerweichung ist als wünschenswerter Beweis dafür zu werten, daß Magen- und Darmmotilität nicht gestört werden. In Tierversuchen wurde festgestellt, daß Gastrozepin auch bei hoher Dosierung keine teratogenen Eigenschaften besitzt. Trotzdem wird, wie bei allen neuen Arzneimitteln, von der Anwendung während der ersten 3 Schwangerschaftsmonate abgeraten. **Darreichungsformen und Packungsgrößen:** Originalpackung mit 20 Tabletten DM 12,50, Originalpackung mit 50 Tabletten DM 27,65. Klinikpackung. Unverbindliche empfohlene Preise lt. AT

phabol), ein Derivat von Vitamin B₆. Maier wußte zu berichten, daß er Centrophenoxin häufiger bei post-apoplektischen Zuständen versucht und dabei gelegentlich spektakuläre Resultate, aber auch vollständige Versager erlebt habe. Die Wirkungen von Pyrithioxin seien schwer zu beurteilen, weil sie offenbar erst nach einer Latenzzeit von mehreren Wochen in Erscheinung treten.

Aus der großen Zahl der *Kurzvorträge* sollen einige in knapper Form referiert werden:

Die Bedeutung von CEA-Bestimmungen beim Mammakarzinom liegt nach den Erfahrungen von R. Lamerz, München, u. a. darin, daß bei mastektomierten Patientinnen ohne Anhalt für Metastasierung in der Regel normale oder niedrig-pathologische CEA-Spiegel vorliegen (94 Prozent < 5 ng/ml) und daß bei rund der Hälfte der mastektomierten Patientinnen mit nachgewiesener Metastasierung mäßig bis deutlich pathologische CEA-Spiegel auftreten (57 Prozent > 3 , 45 Prozent > 5 ng/ml). Bei Verlaufsbestimmungen unter hormoneller bzw. zytostatischer Behandlung gehen in der Regel eine Progression mit einem CEA-Spiegelanstieg, eine Remission mit einem Spiegelabfall und ein stationärer Verlauf mit Persistenz oder Schwankungen des CEA-Spiegels einher. Diese Methode eignet sich deshalb beim Mammakarzinom lediglich als zusätzliche Screening-Methode zur Entdeckung einer Metastasierung; ihre wichtigste Indikation ist in der Therapie- und Verlaufskontrolle bei Patientinnen mit metastasierendem Mammakarzinom und initiiell pathologischer CEA-Konzentration zu sehen.

P. Krauseneck, Würzburg, berichtete über **zytostatische Beeinflussungsmöglichkeiten von Hirnmetastasen**, eine Methode, die häufig nur als ultima ratio zur Anwendung kommt, obwohl sie gegenüber Bestrahlung und Operation den Vorteil hat, daß sie systematisch wirkt und in der Regel weniger belastend ist. Bei neun Patienten, die nach dem Schweizer Schema behandelt wurden (Endoxan + Methotrexat + Prednison), konnte bei verhältnismäßig geringer Komplikationsrate eingünstiger Therapieeffekt der Polychemotherapie hinsichtlich Überlebensdauer, Überlebensqualität und temporärem Rückgang der neurologischen Ausfälle beobachtet werden. Durch Resistenzentwicklung bzw. neue Metastasierung wurde in einem Teil der Fälle der Therapieerfolg limitiert, doch könnten durch eine dem Primärtumor angepaßte Auswahl der zytostatischen Kombination und durch eine Intervalltherapie die Ergebnisse möglicherweise verbessert werden.

H. Heidrich, Berlin, berichtete über **Ergebnisse einer i.v. Langzeittherapie mit gefäßaktiven Pharmaka bei der arteriellen Verschußkrankheit**. Hundert Patienten erhielten 14 Tage lang i.v. Infusionen von 400 mg Bencyclan (Fiudilat), 400 mg Naftidrofuryl (Dusodril), 400 mg Pentoxifyllin (Trental) und 100 mg Raubasin (Lamuran). Dabei ergab sich, daß keine der geprüften Substanzen zu einer Änderung der Ruhedurchblutung führte, daß es aber unter Naftidrofuryl und Pentoxifyllin zu einer im Vergleich mit der Kontrollgruppe statistisch signifikanten Erhöhung des peak-flow kam, was als Maß der reaktiven Hyperämie gewertet werden kann.

R. v. Essen, Aachen, bezeichnete das sogenannte **präkordiale Mapping bei verbesserter Technik als eine wertvolle Methode zur Verlaufsbeurteilung beim akuten Herzinfarkt**. Hierbei können mit Hilfe einer elastischen Kunststoffplatte, in welche 48 Kupferelektroden eingelassen sind, über einen Wechselschalter jeweils sechs Ableitungen auf einem Sechs-Kanal-EKG-Schreiber registriert werden. Die Verlaufsbeobachtung über 48 Stunden zeigt, daß das „präkordiale Mapping“ eine Differenzierung zwischen Patienten mit einzeitigem Infarktgeschehen und solchen mit Reinfarkt bzw. Nekroseausdehnung möglich macht. Die Veränderungen im „präkordialen Mapping“ treten gleichzeitig mit der Klinik und Stunden vor einem zweiten Anstieg der CPK-Invasionskurve auf.

W. Schmeisser, Tübingen, untersuchte den **Gastrinspiegel unter Cimetidin bei Patienten mit peptischen Ulzera**. Er fand, daß eine vierzehntägige Behandlung mit dieser zu den H₂-Rezeptorenblockern gehörenden Substanz zu signifikant höheren basalen Ausgangswerten des Serumgastrin im Vergleich zu einer nicht-behandelten Kontrollgruppe führt. Die erhöhten Gastrinspiegel unter Cimetidin deuten darauf hin, daß es nach endgültigem Absetzen zu einem Reboundphänomen mit Hyperazidität kommt, was zum erneuten Auftreten eines Ulkus führen kann. Daraus wird die Empfehlung abgeleitet, daß die Cimetidin-Behandlung nach Abheilung des Ulkus mit einer langsam eusschleichenden Dosierung beendet werden sollte.

Referant:

Dr. med. D. Müller-Plettenberg,
Harzkampar Straße 1 a, 5600 Wuppertal 2

Leichte und
mittelschwere
Herz-
insuffizienzen

CONVASTABIL®

zur risikolosen Dauertherapie in der ambulanten Praxis.

Zusammensetzung: 100 g enthalten: Extr. fl. Fol. Convallariae 65 g (1 mg Gesamtglycosida pro ml, ber. als Convallatoxin), OXACANT® (Crataeg. oxyacanth.) 35 g.

Dosierung: 3 x täglich 20–30 Tropfen vor dem Essen in etwas Flüssigkeit einnehmen.

Bei Bedarf bis 3 x 40 Tropfen.

Handelsformen und Preise incl. MWSt.: Tropfen: Flasche 20 ml DM 6,50; 50 ml DM 12,95; 100 ml DM 21,95



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

Mehr Pflegebetten und mehr Hilfsdienste für den alten Menschen

von Erich G r a ß l

Der neuesten Vorausschätzung des Statistischen Bundesamtes zufolge wird die Zahl der über 75jährigen in der Bundesrepublik Deutschland von 1975 bis 1990 um 30 Prozent steigen, nämlich von ca. 2 910 000 auf ca. 3 759 000 (1).

Im einzelnen werden für die jeweiligen Jahrganggruppen folgende Zunahmeraten erwartet:

- Bei den 75- bis 80jährigen um 276 000 bzw. 17 Prozent;
- bei den 80- bis 85jährigen um 263 000 = 43 Prozent;
- bei den 85- bis unter 90jährigen um 170 000 = 51 Prozent;
- bei den über 90jährigen um 40 000 = 43 Prozent.

Beobachtungen und Erhebungen — auch in anderen Ländern — haben ergeben, daß unter den über 65jährigen ca. fünf Prozent Pflegefälle sind. Sie brauchen Pflege in Altenpflegeheimen, Pflegekrankenhäusern, in den verschiedenen Anstalten für geistig Kranke oder Behinderte. Chronische Erkrankungen, geistige Defekte als Folge von Alterskrankheiten (Zerebralsklerose) und körperliche Gebrechen stehen im Vordergrund. Mit Recht schreibt schon 1966 der Schweizer Professor Schär (2): „Mit der relativen Zunahme der Bevölkerung im Alter von über 65 Jahren wird auch die Zahl der Pflegebedürftigen chronisch Kranken zunehmen. Während im Jahre 1950 in der Schweiz mit einem Spitalbettenbedarf (für akut Kranke) von 66 auf 10 000 Einwohner und einem

Krankenheimbettenbedarf (für chronisch Kranke) von 19 auf 10 000 Einwohner gerechnet wurde, wird der Bedarf für 1970 mit 51 Spitalbetten und 30 Krankenheimbetten pro 10 000 Einwohner veranschlagt. Man ist sich bewußt, daß diese Bettenzahl nur ausreicht, wenn die häuslichen Behandlungs- und Betreuungsmöglichkeiten voll ausgeschöpft werden.“

Da die Berechnung bis 1990 schon bei den über 75jährigen einen Überhang von ca. 850 000 älteren Menschen aufweist, das Ansteigen der über 65jährigen noch gar nicht mitgerechnet, werden wir mit der *Neueinrichtung von ca. 50 000 bis 60 000 neuen Pflegebetten in der Bundesrepublik Deutschland in der nächsten Zeit rechnen müssen*. Da wir heute schon die Baukosten für einen Heimplatz mit DM 60 000 bis DM 70 000 beziffern, dürfte das Geld dafür gar nicht zur Verfügung stehen — zudem wäre es gar nicht sinnvoll. Vielmehr müßte es das Bemühen sein, freierwerdende Betten in den Krenkenhäusern (Abbau des Bettenberges durch Rückgang der Bevölkerung und kürzere Verweildauer) rein als Pflegeabteilungen für alte Menschen zu führen und dafür umzugestalten. Man wird auch trechten müssen, in den schon bestehenden Altenheimen Plätze für alte Menschen, die euch zuhause in der eigenen Wohnung oder bei den Kindern versorgt werden könnten, als Pflegebetten umzuorganisieren. Zweifellos ist eine Alten-Pflege-Betten-Bedarfsplanung notwendig. Es ist dies schon kein schönes Wort, erst recht kein schöner Begriff, aber es drückt klar

aus, daß wohl jedes Bundesland, sogar jeder Regierungsbezirk in einem Bundesland, eine solche Planung frühzeitig aufstellen und zur Durchführung bringen muß. Nur so können Fehl-, Unter- oder Überplanungen vermieden werden.

Bei der Umgestaltung von freigewordenen Trakten in Krankenhäusern und Kliniken als Pflegestationen, wird eine wesentlich einfachere Ausstattung mit Diagnostik, Labors und Geräten notwendig sein als in den Akut-Krankenhäusern, dagegen wird an Ärzten, an Schwestern und einfachem Personal kaum eine Einsparung möglich sein. Es werden sogar gerade die Hilfskräfte für Rehabilitationsmaßnahmen (Masseur, Bademeister, Orthopädisten) eine größere Bedeutung haben. Bei bestehenden Altenheimen wird bei der Umgestaltung von einfachen Altenplätzen zu Altenpflegeplätzen sogar eine medizinisch und personell aufwendigere Ausstattung unumgänglich sein.

Bei der Verringerung von Altenplätzen in den Altenheimen müssen konsequenterweise mehr alte Menschen in ihrer bisherigen Umgebung, ihrer bisherigen Wohnung, belassen bleiben. Dies ist eber nur möglich, wenn die Wohnungen „eltengerecht“ ausgestattet sind und eine gute ambulante Altenhilfe und Altenbetreuung besteht. Daher müssen die ambulanten Dienste für den alten Menschen in der Zukunft weiter verbessert werden. Dann könnten auch viel mehr leicht pflegebedürftige alte Menschen in ihren bisherigen Unterkünften bleiben.

Einen ersten Schritt dazu hat man neuerdings in München gemacht. Unter dem Motto „Die eigene Wohnung ist die erstrebenswerte Umgebung für den älteren Menschen“ hat der neue Altenplan das Ziel, daß das Altenheim nicht mehr Endstation sein wird, sondern nur vorübergehender Aufenthalt in Krisensituationen. Unter diesen Gesichtspunkten will man alle Altenheime modernisieren. Man will in großem Maße die „offene Altenhilfe“, die Nachbarschaftshilfen und ambulanten Pflegestationen fördern, in den Pflegestationen im Altenheim aber den noch rehabilitationsfähigen alten Menschen so zur Selbstversorgung erleiten, daß er später wieder in der eigenen Wohnung leben kann. Dazu muß natürlich die Pflegestation aus-

gebaut werden: intensive ärztliche Versorgung – die Erfahrungen der heutigen Geriatrie ausnützen – und Pflege, Krankengymnastik, Bewegungsförderung, Bewegungstherapie, Bewegungsbäder dienen dem gesundheitlichen Aufbau. So können viele ältere Menschen wieder zurück in die eigene Wohnung, und die Möglichkeit dazu wird sie in ihren Bemühungen anspornen. Sie haben wieder ein Ziel vor Augen! Das Altenheim ist dann nicht mehr Endstation! So werden dann auch wieder mehr Plätze frei für die echten Pflegefälle, vor allem auch zum Ausbau von alterspsychiatrischen Stationen (3).

Hand in Hand mit dieser Umstrukturierung der Altenheime muß der *Ausbau der Hilfsdienste für den alten Menschen* gehen. Man kann den deutschen Bürgern nicht vorwerfen, daß sie sich nicht um ihre Alten kümmern. Überall entstehen Einrichtungen, die dem alten Menschen dienen: Nachbarschaftshilfen, Sozialstationen, „Essen auf Rädern“, „Wäschewaschdienst“, Telefonketten, „Vorlese- und Schreibdienst“, Altenhilfkurse usw. All diese Einrichtungen dienen dem alten Menschen, der allein oder bei Angehörigen seinen Lebensabend verbringt. Denn von den alten Menschen über 65 wohnen nicht ganz vier Prozent im Altersheim, aber 58 Prozent wohnen allein in einer Wohnung, davon 35 Prozent mit dem Ehegatten und 23 Prozent allein. 32 Prozent wohnen bei den Kindern, davon zwölf Prozent als Ehepaar und 20 Prozent allein (4, 5).

Bei dem doch überraschend hohen Prozentsatz von älteren Leuten, die bei den Kindern wohnen – 32 Prozent – könnten *Altenhilfkurse* für die Angehörigen viel Gutes wirken. Von vielen Organisationen werden solche Altenhilfkurse – meistens acht Nachmittage lang – abgehalten und es wird nicht nur häusliche Krankenpflege erlernt, Bewegungsförderung und Werken mit dem alten Menschen gelehrt, sondern auch über die so wichtige Alternernährung und Altenführung gesprochen. Auch ganz menschliche Dinge, wie die Fußpflege beim alten Menschen, gehören zum Kursprogramm. Von immer mehr jungen, älteren und alten Menschen werden die Kurse besucht. Es gibt so viele junge und alte Menschen, die mithelfen wollen und denen es Freude bringt und Erfüllung, anderen beizustehen.

Bisher waren für die ambulante Pflege und Versorgung kranker und alter Menschen überall im Lande – vor allem bei den Kirchengemeinden beider Konfessionen – *ambulante Krankenpflegestationen* vorhanden. Leider sind die herkömmlichen *Gemeindepflegestationen* stark im Rückgang. Es ist schwierig, für die aus Altersgründen ausscheidenden Ordensschwestern und Diakonissen Nachwuchs zu finden.

So ist im „Gesundheitsprogramm der Bayerischen Staatsregierung“ (6) beispielsweise folgende Statistik aufgeführt:

– 1959 bestanden in Bayern noch 1565 Krankenpflegestationen mit 2672 vollausgebildeten Schwestern;

– 1973 bestanden in Bayern nur noch 1096 Krankenpflegestationen und 1627 ausgebildete Schwestern, also ein Rückgang um ein Drittel bei den Krankenpflegestationen und um rund 1000 Schwestern.

Es ist also notwendig, baldigst Ersatz zu schaffen bzw. in Anbetracht der Zunahme der alten Menschen darüber hinaus noch mehr dafür zu tun als bisher.

Dabei bieten sich zwei Möglichkeiten an:

1. Die *Sozialstation* und
2. die *Nachbarschaftshilfe mit freiwilligen Helfern*, wobei die Ideallösung das Zusammenwirken von Sozialstationen und ehrenamtlichen Kräften der Nachbarschaftshilfe ist (7).

Literaturhinweise

1. SCHMAUCH Jochen: Liegen unsere Akzente in der Altenerbeit richtig? „Begegnen und Helfen“, Heft 1/1977.
2. SCHÄR M.: Sozialmedizinische Aspekte des Alters in „Alterskrankheiten“, G. Thieme Verlag, 1966.
3. *Altenheim nicht mehr Endstation*, Münch. Merkur, 8. 3. 1977.
4. GRASSL Erich: Verbesserung der ambulanten Krankenpflege, Bayer. Ärzteblatt, 10/1975.
5. TEWS H. P.: Soziologie des Altern. Heidelberg, 1971.
6. *Gesundheitsprogramm der Bayerischen Staatsregierung* 1974.
7. GRASSL Erich: Nachbarschaftshilfen und Sozialstationen – menschliche Hilfe der Zukunft. Bayer. Ärzteblatt, 9/1973.

Anschrift des Verfassers:
Dr. med. et phil. Erich Graßl,
Schusterstraße 20, 8000 München 71



Dr. Ernst Bauer 75 Jahre

Am 24. Juli konnte Dr. Ernst Bauer, Vorsitzender des Ärztlichen Bezirksverbandes Mittelfranken und Vorstandsmitglied der Bayerischen Landesärztekammer, Händelstraße 2, 8500 Nürnberg, seinen 75. Geburtstag feiern.

Dr. Bauer wurde am 24. Juli 1902 in Nürnberg geboren. Das Studium der Medizin beendete er am 26. Juli 1926 und promovierte am 28. Juli 1928 in Würzburg zum Dr. med. Im Jahre 1931 erhielt er nach seiner Weiterbildung an verschiedenen Universitätskliniken die Anerkennung als Hals-Nasen-Ohrenarzt. Er ließ sich noch im gleichen Jahr als Kassenarzt in Nürnberg nieder und übte diese Tätigkeit – mit Unterbrechung von vier Jahren durch Kriegsdienst – bis zum September 1975 aus.

Sein Interesse an der ärztlichen Standespolitik und an den Aufgaben der ärztlichen Berufsvertretung führte ihn im Mai 1959 durch Wahl in das Amt des ersten Vorsitzenden des Ärztlichen Kreisverbandes Nürnberg und Umgebung. Im Juli 1959 wurde er zum ersten Vorsitzenden des Ärztlichen Bezirksverbandes Mittelfranken gewählt. Seit dieser Zeit gehört er der Bayerischen Landesärztekammer als Delegierter und Mitglied ihres Vorstandes an.

Seit 1956 gehört Dr. Bauer der Vertreterversammlung der Kassenärztlichen Vereinigung Bayerns an. Seit dieser Zeit hat er auch das Amt eines Vertrauensmannes der Bezirksstelle Mittelfranken der KVB. In den Jahren 1965 bis 1968 war er Stellvertretender Vorsitzender der

Bezirksstelle. Darüber hinaus wirkt Dr. Bauer in einer Reihe von Ausschüssen der Bezirksstelle Mittelfranken der KVB mit.

Dr. Bauer war weiterhin bis 1976 Obmann des Berufsverbandes der Hals-Nasen-Ohrenärzte Bayerns, Bezirk Mittelfranken, und von 1952 bis zur Auflösung 1974 Vorsitzender der Vereinigung operativ tätiger Fachärzte Mittelfrankens.

Im Landesverband Bayern des Hartmannbundes wurde Dr. Bauer 1973 zum Finanzbeauftragten berufen.

Der Jubilar trat unter weitgehender Hintansetzung seiner Person und seines Privatlebens stets mit besonderem Engagement und mit Tatkraft für die Belange der Ärzteschaft ein. In nahezu 50jähriger ärztlicher Tätigkeit hat er sich großes Vertrauen und Ansehen, auch bei seinen Patienten, erworben. Sein vorbildlicher Einsatz für die gesundheitliche Betreuung der Bevölkerung Nürnbergs und seiner Umgebung war Anlaß, ihm das Bundesverdienstkreuz am Bande zu verleihen.

Die bayerischen, insbesondere die mittelfränkischen Ärzte wünschen Ernst Bauer noch eine Reihe von guten und gesunden Jahren.

Dr. Hermann Goetz 75 Jahre

Am 21. Juni feierte Dr. Hermann Goetz, Eselbräustraße 1, 8070 Ingolstadt, seinen 75. Geburtstag.

Dr. Goetz wurde am 21. Juni 1902 in Aichach geboren. Nach dem Studium der Medizin in Würzburg machte er 1926 das Staatsexamen. Promotion und Approbation 1927. Er kann deshalb heuer auch sein 50-jähriges Doktorjubiläum feiern.

Von 1927 bis 1935 war Dr. Goetz als praktischer Arzt in Schiltberg tätig und ließ sich dann in Ingolstadt nieder.

Dr. Goetz war jahrzehntelang in den Landesorganisationen tätig, sowohl im Bereich der Kassenärztlichen Vereinigung Bayerns, Bezirksstelle Oberbayern, als auch im Kammerbereich, von 1956 bis 1972 auch als Vertrauensmann für Ingolstadt. Er war von 1970 bis 1976 Vorsitzender

des Ärztlichen Kreisverbandes Ingolstadt und wurde daraufhin einstimmig zum Ehrenvorsitzenden gewählt. Seit 1970 gehört der Jubilar der Bayerischen Landesärztekammer als Delegierter an. Besonderer Erwähnung bedarf die Mitwirkung von Dr. Goetz bei der Errichtung der Berufsschule für Arzthelferinnen und des Wochenendnotdienstes für Ingolstadt sowie die Ausrichtung des 27. Bayerischen Ärztetages.

Die bayerischen, insbesondere die oberbayerischen Ärzte wünschen Hermann Goetz weiterhin alles Gute, vor allem Gesundheit.



Dr. Fritz Keller 65 Jahre

Am 30. Juli 1977 vollendete das Vorstandsmitglied der Bayerischen Landesärztekammer Dr. Fritz Keller, Grünwaldstraße 7, 8750 Aschaffenburg, sein 65. Lebensjahr.

Dr. Keller wurde am 30. Juli 1912 in Dettelbach geboren. Das Medizinstudium erfolgte an der Universität Würzburg, Staatsexamen und Promotion 1937, Approbation 1938. Von 1938 bis 1943 war Dr. Keller an der Chirurgischen Abteilung des Städtischen Krankenhauses Aschaffenburg tätig. Von 1943 bis 1945 folgte sein Einsatz in Kriegs- bzw. Feldlazaretten an der Ostfront.

Nach neuerlicher Tätigkeit am Städtischen Krankenhaus Aschaffenburg ließ sich Dr. Keller 1946 als Chirurg und D-Arzt, zunächst mit Belegbetten, in Aschaffenburg nieder. Seit dieser Zeit ist er auch als Kassenarzt tätig.

In der ärztlichen Berufspolitik ist Dr. Keller seit Jahrzehnten tätig: Von 1951 bis 1976 war er Vorsitzender des Ärztlichen Kreisverbandes Aschaf-

fenburg, der ihn anschließend zum Ehrenvorsitzenden ernannte. Seit 1977 ist er zweiter Vorsitzender des Ärztlichen Bezirksverbandes Unterfranken. Dem Vorstand der Bayerischen Landesärztekammer gehört Dr. Keller seit 1955 an. Er ist auch seit dieser Zeit Delegierter zur Bayerischen Landesärztekammer.

Im Jahre 1954 errichtete der Jubilar eine Fachklasse für Arzthelferinnen-Anlernlinge an der Städtischen Berufsschule Aschaffenburg, wo 1959 die erste Prüfung für Arzthelferinnen in Bayern auf seine Initiative hin abgehalten wurde.

Seit 1954 ist Dr. Keller Mitglied des Landesausschusses der Bayerischen Ärzteversorgung. Es war wesentlich ihm zu verdanken, daß die Bayerische Ärzteversorgung 1960 einen Wohnblock mit 56 Wohnungen in Aschaffenburg errichtete.

Seit 1956 gehört Dr. Keller dem Stadtrat in Aschaffenburg an (CSU). Sein Aufgabengebiet ist dort das Gesundheitswesen, der Krankenhausbereich und Sportfragen.

In Würdigung seines Engagements in der Kommunalpolitik, im Ärztlichen Notdienst und der ärztlichen Fortbildung wurde Dr. Keller mit dem Bundesverdienstkreuz am Bande ausgezeichnet.

Ad multos annos!

Bayerischer Verdienstorden

Mit dem Bayerischen Verdienstorden wurden ausgezeichnet:

Dr. Victor Harth, Hainstraße 9, 8600 Bamberg;

Dr. Franz Ringer, St.-Georg-Straße 30, 8485 Sulzbach-Rosenberg;

Dr. Hans Steinkohl, Farchantstraße 19, 8000 München 70;

Dr. Ernst Wittermann, Hauptstraße 11 a, 8014 Neubiberg

Professor Dr. Heinz Seeliger, Vorstand des Instituts für Hygiene und Mikrobiologie der Universität Würzburg, Josef-Schneider-Straße 2, 8700 Würzburg wurde von der American Society for Microbiology zum Ehrenmitglied gewählt.

Bayerns Bezirke vor der Reform

Mit der Beratung im Senat begann noch vor der Sommerpause die parlamentarische Prozedur für die dritte große Kommunalreform in Bayern: die Bezirksreform: Nach der Landkreisreform sowie der Gemeindegebiets- und Verwaltungsreform soll sie den Schlußstrich unter die von Ex-Minister Dr. Bruno Merk erarbeitete umfassende Reform der kommunalen Selbstverwaltung in Bayern ziehen. Rechtzeitig vor seinem Ausscheiden aus dem bayerischen Kabinett und seinem Wechsel in das Bankfach hatte er den „Entwurf eines Gesetzes zur Stärkung der kommunalen Selbstverwaltung auf der Ebene der Bezirke“ noch herausgebracht. Damit steht gleichzeitig fest, daß die Bezirke als „dritte kommunale Ebene“ neben den Gemeinden sowie den Landkreisen und kreisfreien Städten erhalten bleiben. Wiederholt war in den letzten Jahren die Frage aufgeworfen worden, ob die Existenz der Bezirke neben der staatlichen Mittelinstanz des Regierungsbezirks noch sinnvoll sei. Mit der Einbringung des Gesetzentwurfes ist nun sichergestellt, daß die Bezirksparlamente ihre über 120jährige Tradition fortsetzen werden können.

Ohnehin sind sie in der Verfassung des Freistaates Bayern verankerte kommunale Gebietskörperschaften mit dem Recht, überörtliche Aufgaben der Daseinsvorsorge, die die Zuständigkeit oder den Einzugsbereich der Gemeinden und Landkreise übersteigen, im Rahmen der Gesetze selbst zu ordnen. Die parlamentarische Vertretung der sieben Bezirke Oberbayern, Oberpfalz, Oberfranken, Mittelfranken, Unterfranken sowie Niederbayern und Schwaben ist der Bezirkstag mit dem Bezirkstagspräsidenten an der Spitze. Die Bezirkstagspräsidenten selbst haben sich noch einmal zu einem kommunalen Spitzengremium zusammengeschlossen, der „Arbeitsgemeinschaft der Bezirkstagspräsidenten“, die gewissermaßen das gemeinsame Sprachrohr der sieben Bezirke darstellt. Die Bezirkstage als kommunale Parlamente auf Bezirksebene werden übrigens nicht bei den Kommunalwahlen bestimmt, die Wahlen fallen vielmehr mit den

Landtagswahlen zusammen, bei denen die Bezirksräte ebenfalls alle vier Jahre direkt von der Bevölkerung gewählt werden.

Die Aufgaben der Bezirke – ihre Zuständigkeit erstreckt sich auf das Gebiet des jeweiligen Regierungsbezirkes – liegen hauptsächlich auf dem sozialen und dem kulturellen Sektor, doch reicht ihr Engagement weit in andere Bereiche hinein: 1976 hatte das Budget der sieben Bezirke ein Volumen von rund 1,7 Milliarden Mark. Der größte Teil, 592 Millionen Mark, floß dabei allein in die überörtliche Sozialhilfe; die Aufwendungen hierfür steigen seit Jahren, sehr zur Sorge der Bezirke. Insgesamt unterhalten sie 13 Nervenkrankenhäuser mit rund 16 500 Betten. Zu ihrer Entlastung entstanden und entstehen Spezialkliniken für Drogenabhängige oder für kriminelle Geisteskranke. Alle Bezirke investieren hohe Summen für die Entflechtung und Modernisierung ihrer psychiatrischen Kliniken. Im Gesundheitswesen reichen die Aktivitäten der Bezirke darüber hinaus von einem Kinderzentrum, das auf Frühdiagnostik und die frühe soziale Eingliederung mehrfach behinderter Kinder spezialisiert ist, über eine kinder- und jugendpsychiatrische Klinik bis hin zur geplanten Übernahme eines Spezialkrankenhauses für die Nachbehandlung Krebskranker.

Im Schulwesen umfaßt der Beitrag der Bezirke die verschiedensten Fachschulen. Außerdem obliegt den Bezirken die Pflege und der Unterhalt von kleinen und mittleren Gewässern; sie unterstützen mit erheblichen Mitteln den Natur- und Landschaftsschutz, die Schaffung von Erholungsgebieten und die Förderung des Fremdenverkehrs. Schließlich sorgen sie für die Heimat- und Volksmusikpflege.

Mit der Bezirksreform soll die umfangreiche Palette der Aufgaben nicht erweitert, sondern im wesentlichen „komplettiert“ werden, wie es in der Begründung des Gesetzentwurfes heißt. Neue Aufgaben können nämlich schon deshalb nicht auf die Bezirke zukommen, weil dies nur auf Kosten anderer vorwiegend kommunaler Aufgabenträger möglich wäre. Ziel der Reform ist es, wie

die Bezirkstagspräsidenten es einmal ausdrückten, daß die „Bezirke bald Herr im eigenen Haus“ sein werden. Aus dem Nebeneinander der staatlichen Mittelinstanz „Regierungsbezirk“ und dem kommunalen Selbstverwaltungsorgan „Bezirkstag“ hatten sich Organisationsprobleme und damit Reibungsverluste ergeben, denn die Regierung erledigte die Verwaltungsgeschäfte des Bezirkes. Damit sollte ursprünglich eine eigene Verwaltung des Bezirkes eingespart werden. Tatsächlich hat sich im Laufe der Zeit eine eigene Verwaltung mit eigenen Bediensteten herauskristallisiert. In weitgehendem Maße nehmen die Bezirkstagspräsidenten Einfluß auf die Bezirksverwaltung, deren Sachausstattung sich wiederum unterschiedlich entwickelte. Zum Teil verfügen Bezirksverwaltungen über eigene Einrichtungen, zum Teil sind sie völlig eingegliedert.

Die Reform sieht nun vor, daß die Bezirkstagspräsidenten und ihre Stellvertreter künftig kommunale Wahlbeamte sein werden. Der Bezirkstagspräsident soll eine dem Ersten Bürgermeister vergleichbare Stellung erhalten. Ihm soll der Vollzug aller Beschlüsse des Bezirksparlaments und seiner Ausschüsse, die Erledigung der laufenden Angelegenheiten sowie die Vertretung des Bezirkes nach außen obliegen. Der Vorschlag des Innenministeriums, die Bezirksverwaltung organisatorisch in die Verwaltung der staatlichen Regierungsbezirke einzubinden, stößt freilich bei den Bezirkstagspräsidenten auf wenig Gegenliebe. Sie wollen zwar keine eigene Verwaltung aufbauen, doch möchten sie gegenüber den staatlichen Beamten in allen Bezirksangelegenheiten souverän bleiben. Auch lehnen die Bezirkstagspräsidenten die Regelung ab, daß ihnen „nach Maßgabe des Staatshaushalts“ Personal zur Verfügung gestellt wird. Sie wollen „in ausreichendem Umfang“ staatliches Personal haben und fordern schließlich ein Mitspracherecht bei der Ernennung des Regierungspräsidenten, die ihrerseits gegen eine solche Vorschrift nichts einzuwenden hätten. Die jetzt angelaufene Bezirksreform hat sicher nicht alle Wünsche der Bezirke erfüllt, für die Arbeitsgemeinschaft der Bezirkstagspräsidenten ist sie jedoch ein „optimaler Kompromiß“ auf dem Weg zum „Herrn im eigenen Haus“.

Michael Gscheidle

Kassenarzt in Bayern

Förderung der Niederlassung durch „Erweitertes Bayern-Programm“

Ein Arzt, welcher die Zulassung für einen der unter I aufgeführten Kassenarztsitze mit dem Ziel einer langjährigen Tätigkeit erwirbt, erhält die Zusicherung, daß seine Niederlassung im Rahmen des Erweiterten Bayern-Programms durch Vollfinanzierung eines Arzthauses zu besonders günstigen Bedingungen gefördert wird. Diese Kassenarztsitze bieten nach den Erfahrungen der Kassenärztlichen Vereinigung eine gute Existenzgrundlage. Dennoch sichert die KV diesen Kassenärzten für die Anlaufzeit von sechs Quartalen eine Umsatz-Garantie in der Höhe des durchschnittlichen Umsatzes der Arztgruppe zu. Weitere Hilfe bei der Praxiselrichtung wird in Aussicht gestellt. Interessierten Ärzten wird empfohlen, sich wegen weiterer Auskunft über örtliche Verhältnisse und unterstützende Maßnahmen mit der zuständigen Bezirksstelle der KASSENÄRZTLICHEN VEREINIGUNG BAYERNS (siehe jeweilige Angabe der Anschrift mit Telefonnummer) in Verbindung zu setzen.

I. Dringlich zu besetzende Kassenarztstellen

KASSENÄRZTLICHE VEREINIGUNG BAYERNS — Bezirksstelle Oberfranken

Bürgerreuther Straße 7 a — 9, Bayreuth, Telefon (09 21) 2 30 32

Bad Steben, Lkr. Hof:

1 Allgemein-/Prakt. Arzt

Im bayerischen Staatsbad Bad Steben wird ein weiterer Allgemein-/Prakt. Arzt benötigt. Die Anerkennung als Bade- bzw. Kurarzt oder der Erwerb der Anerkennung ist erwünscht. Die als Kleinzentrum eingestufte Markt-gemeinde hat 3300 Einwohner, mit Einzugsgebiet sind ca. 5000 Menschen zu betreuen. Die Zahl der Kurgäste — Kurkliniken der BfA und LVA am Ort — beläuft sich auf über 20 000 im Jahr. Grund- und Hauptschule in Bad Steben, Realschule und Gymnasium in der 8 km entfernten ehemaligen Kreisstadt Naila. Geeignete Praxisräume mit Wohnung stehen in günstiger Lage — Kurzentrum — zur Verfügung. Der Notfalldienst ist geregelt.

Ebersdorf-Frohnlach, Lkr. Coburg:

1 Allgemein-/Prakt. Arzt

Wiederbesetzung der vakanten Kassenarztstelle eines 2. Allgemein-/Prakt. Arztes. Es sind ca. 6000 Menschen zu betreuen, Entfernung nach Coburg 12 km. Dort alle höheren Schulen und gute kulturelle Einrichtungen, Landestheater. Praxisanbau an das Wohnhaus des Vorgängers kann übernommen werden. Eingearbeitete Sprechstundenhilfe würde für den Nachfolger tätig werden. Bei Wohnungs- und Baugrundsuche ist die Gemeinde be-hilflich.

Es handelt sich um die Besetzung einer zweiten Nervenarztstelle in Hof/S.. Die Stadt hat 55 500 Einwohner. Zum Einzugsgebiet gehört der gesamte Landkreis Hof einschließlich der ehemaligen Landkreise Naila und Rehau mit ca. 120 000 Menschen. Alle höheren Schulen, gute kulturelle Möglichkeiten, u. a. Theater in Hof. Stadtkrankenhaus und Privatkliniken am Ort.

Kulmbach:

1 Allgemein-/Prakt. Arzt

In der Kreisstadt Kulmbach (26 000 Einwohner) ist nach dem Ausfall zweier Ärzte die Niederlassung eines weiteren Allgemein-/Prakt. Arztes dringend angezeigt. Derzeit sind 10 Allgemein-/Prakt. Ärzte und sämtliche Fachgebiete in freier Kassenpraxis vertreten. Kulmbach ist eine renommierte Industriestadt mit bedeutenden Sehenswürdigkeiten (Plassenburg). Alle höheren Schulen und modernes Stadt- und Kreis Krankenhaus mit verschiedenen Fachrichtungen am Ort. Praxisräume (Eigentumswohnung) in guter Wohnlage können samt Inventar käuflich erworben werden. Wohnräume stehen ebenfalls zur Verfügung.

Neustadt bei Coburg:

1 Augenarzt

Es handelt sich um die Wiederbesetzung der derzeit verwaisten Augenarztstelle. Die Stadt Neustadt bei Coburg hat 13 000 Einwohner. Insgesamt sind ca. 20 000 Einwohner zu betreuen. In Neustadt bei Coburg existieren zwei Volksschulen, Staatliche Realschule, Mathematisch-naturwissenschaftliches Gymnasium. In Neustadt bei Coburg ist Puppenindustrie, Glasbläserindustrie beheimatet, ein Siemens-Werk beschäftigt 3000 Menschen. Hallenwellenbad, Freizeitzentrum wird derzeit gebaut. In der 15 km entfernten Stadt Coburg alle höheren Schulen, ausgezeichnete kulturelle Einrichtungen, Landestheater.

Rodach bei Coburg:

1 Allgemein-/Prakt. Arzt

In der als Thermalbad anerkannten Stadt Rodach bei Coburg ist die Stelle eines 4. Allgemein-/Prakt. Arztes zu besetzen. Die Stadt Rodach hat 5000 Einwohner, insgesamt sind ca. 9000 Menschen zu betreuen. In der 12 km entfernten Stadt Coburg gute kulturelle Einrichtungen, u. a. Landestheater, alle höheren Schulen, Fachhochschule.

Schönwald, Lkr. Wunsiedel:

1 Allgemein-/Prakt. Arzt

Infolge Ablebens des Stelleninhabers wird in Schönwald ein dritter Allgemein-/Prakt. Arzt benötigt. Das Städtchen Schönwald hat 4300 Einwohner, insgesamt sind ca. 6000 Menschen zu betreuen. Schönwald ist ein aufstrebender Fremdenverkehrsort im Fichtelgebirge, beheiztes Schwimmbad, bedeutende Porzellanindustrie am Ort. Neuwertige Praxis kann übernommen werden. Realschule, Math.-nat.-neuspr. Gymnasium sind in der 6 km entfernten Stadt Selb.

Wilhelmsthal, Lkr. Kronach:

1 Allgemein-/Prakt. Arzt

Die im Frankenwald gelegene Gemeinde Wilhelmsthal zählt 1220 Einwohner, insgesamt sind ca. 4000 Menschen zu betreuen. Für den aus Gesundheitsgründen demnächst ausscheidenden Alleinarzt wird ein Nachfolger benötigt. Arzthaus steht mietweise zur Verfügung, späterer Hauskauf möglich. Grund- und Hauptschule am Ort, Staatl. Realschule, math.-nat.-neuspr. Gymnasium sowie Kreis Krankenhaus in der 9 km entfernten Kreisstadt Kronach (gute Busverbindung).

Direkte Bewerbungen sind zu richten an den Zulassungsausschuß für Ärzte Oberfranken, Bürgerreuther Straße 7 a - 9, 8580 Bayreuth.

KASSENÄRZTLICHE VEREINIGUNG BAYERNS — Bezirksstelle Mittelfranken

Vogelsgarten 6, Nürnberg, Telefon (09 11) 4 96 21 — 24

Ansbach:

1 Chirurg mit Unfallbehandlung (D-Arzt-Tätigkeit)

Einwohnerzahl: ca. 39 000. Sitz der Regierung von Mittelfranken. Am Ort sind alle wesentlichen Fachgruppen vertreten, jedoch ist derzeit kein Chirurg in freier Praxis niedergelassen. Krankenhäuser und weiterführende Schulen am Ort.

Weißenburg, Lkr. Weißenburg-Gunzenhausen:

1 Nervenarzt

Einwohnerzahl: rund 16 100 (21 Kassenärzte), großes Einzugsgebiet; nach Praxisaufgabe aus Altersgründen kein weiterer Nervenarztsitz im Landkreis. Krankenhaus und weiterführende Schulen (Realschule, Gymnasium) am Ort.

Direkte Bewerbungen sind zu richten an den Zulassungsausschuß für Ärzte Mittelfranken, Vogelsgarten 6, 8500 Nürnberg.

KASSENÄRZTLICHE VEREINIGUNG BAYERNS — Bezirksstelle Unterfranken

Hofstraße 5, Würzburg, Telefon (09 31) 307 - 1

Wildflecken, Lkr. Bad Kissingen:

1 Allgemein-/Prakt. Arzt

Einwohnerzahl 2500, großes Einzugsgebiet, Verbandsschule mit Grund- und Hauptschule am Ort, Verkehrsverbindung mit Bahn- und Buslinie. Unterstützung durch die Gemeinde bei Praxisraum- und Bauplatzbeschaffung.

Direkte Bewerbungen sind zu richten an den Zulassungsausschuß für Ärzte Unterfranken, Hofstraße 5, 8700 Würzburg.

KASSENÄRZTLICHE VEREINIGUNG BAYERNS — Bezirksstelle Oberpfalz

Landshuter Straße 49, Regensburg, Telefon (09 41) 7 50 71

Furth i. Wald, Lkr. Cham:

1 Allgemein-/Prakt. Arzt

Furth i. W. hat ca. 10 000 Einwohner, 3 Allgemein-/Prakt. Ärzte — ein Allgemeinarzt hat aus Altersgründen seine Praxis aufgegeben. Chirurg und Internist am Kreiskrankenhaus beteiligt, 1 Frauenarzt. Nächste Fachärzte in Cham. Ärztlicher Notfalldienst über Notrufzentrale Regensburg — 6-Wochen-Turnus. Alle weiterbildenden Schulen am Ort.

Kirchenthumbach, Lkr. Neustadt/WN:

1 Allgemein-/Prakt. Arzt

Kirchenthumbach hat rund 2600 Einwohner (Einzugsgebiet rund 4000 Einwohner), ein Kassenarzt, nächstes Facharztzentrum in Weiden oder Bayreuth, nächste Fachärzte Chirurg, Internist, Frauenarzt in Eschenbach, nächstes Kreis Krankenhaus Eschenbach (chirurgische, interne, geburtshilflich-gynäkologische Abteilungen). Ärztlicher Notfalldienst über Notrufzentrale Weiden – Funkeinsatz – 8-Wochen-Turnus. Weiterbildende Schulen in Eschenbach/Weiden.

Schmidmühlen, Lkr. Amberg-Sulzbach:

1 Allgemein-/Prakt. Arzt

Schmidmühlen hat 2200 Einwohner (Einzugsgebiet rund 4500 Einwohner). 1 Kassenarzt (1 Apotheke). Die Praxis eines verstorbenen Arztes könnte übernommen werden. Nächste Fachärzte in Burglengenfeld und Amberg. Ärztlicher Notfalldienst – 4-Wochen-Turnus. Weiterbildende Schulen in Burglengenfeld.

Waldsassen, Lkr. Tirschenreuth:

1 Allgemein-/Prakt. Arzt

Waldsassen hat rund 9000 Einwohner, zugelassen 3 Allgemein-/Prakt. Ärzte, 3 Fachärzte (Int./Lunge). Kreis Krankenhaus mit chirurgischer und interner Abteilung, Chefärzte sind beteiligt. Nächstes Facharztzentrum Tirschenreuth. Ärztlicher Notfalldienst über Notrufzentrale Tirschenreuth – 8-Wochen-Turnus – Funkeinsatz. Weiterbildende Schulen in Tirschenreuth.

Waldthurn, Lkr. Neustadt a. d. Waldnaab:

1 Allgemein-/Prakt. Arzt

Waldthurn und das Einzugsgebiet hat ca. 2500 Einwohner. 1 Kassenarzt. Diese Ausschreibung soll die Nachfolgebesezung regeln. Nächstes Facharztzentrum Weiden. Ärztlicher Notfalldienst über Notrufzentrale Weiden – 8-Wochen-Turnus. Weiterbildende Schulen in Neustadt/Waldnaab.

Direkte Bewerbungen sind zu richten an den Zulassungsausschuß für Ärzte Oberpfalz, Landshuter Straße 49, 8400 Regensburg.

II. Weitere freie Kassenarztstellen

Bei Niederlassung und Kassenzulassung besteht die Möglichkeit, Grunderwerb und Bau eines Arzthauses mit Unterstützung des Wohnbauwerkes der Bayerischen Ärzteversorgung zu finanzieren. Interessenten wenden sich an die Kassenärztliche Vereinigung Bayerns zur Beratung im Einzelfall.

KASSENÄRZTLICHE VEREINIGUNG BAYERNS

Bezirksstelle Oberbayern
Mühlbauerstraße 16/II, München
Telefon (0 89) 41 47 247

KASSENÄRZTLICHE VEREINIGUNG BAYERNS

Bezirksstelle Oberfranken
Bürgerreuther Straße 7a – 9, Bayreuth
Telefon (09 21) 2 30 32

Augenarzt:**Allgemein-/Prakt. Ärzte:****Moosburg, Lkr. Freising:** 1 Augenarzt**Bischofsgrün, Lkr. Bayreuth** 1 Allgemein-/Prakt. Arzt

Direkte Bewerbungen sind zu richten an den Zulassungsausschuß für Ärzte Oberbayern, Mühlbauerstraße 16, 8000 München 80.

Münchberg, Lkr. Hof: 1 Allgemein-/Prakt. Arzt**Töpen, Lkr. Hof:** 1 Allgemein-/Prakt. Arzt

NEU
von Wellcome

Eusaprim[®] forte



2 x 1 Tablette täglich
bei akuten Infekten



*niedrige
Tageskosten!*

Einfache Dosierung



Wellcome

DEUTSCHE WELLCOME GMBH

Zusammensetzung: 1 Tablette Eusaprim[®] forte enthält 100 mg Timentoprim und 800 mg Sulfamethoxazol. **Indikationen:** Bakterielle Infektionen der Atemwege, der Harn- und absteigenden Harnwege, der Genitalorgane, des Magen-Darm-Traktes, der Hohl- und anderer Abszessen mit empfindlichen Erregern. **Kontraindikationen:** Schwere Leberschäden, schwere Nierenfunktionsstörungen (Anpassung) (Störung vom Serumkaliumspiegel), schwere Schädigungen des hämatopoetischen Systems, Sulfonamideunverträglichkeit, Schwangerschaft und erste vier Wochen der Stillperiode, erste vier Lebenswochen. **Wahrscheinungen:** Gelegentlich allergische Reaktionen (bei Langzeitbehandlung regelmäßige Blutbildkontrollen). **Dosierung:** Standard-Dosis für Erwachsene: 2 x 1 Tablette täglich, Minimal-Dosis und Dosis für Langzeittherapie (mehr als vierzehn Tage): 2 x 1/2 Tablette täglich. **Maximal-Dosis:** 2 x 1/2 Tabletten täglich. **Packungen und Preise:** (incl. MwSt.): 10 Tabletten 17,70 DM, 25 Tabletten 40,50 DM.

In dieser Jahreszeit häufig:

akute Infekte



Eusaprim[®] forte



Zuverlässige Therapie-Erfolge

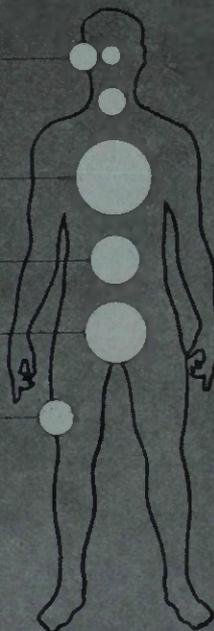
Hals-Nase-Ohren

Atemwege

Magen-Darm-Trakt

Urogenital-Trakt

Haut



Zusammensetzung: 1 Tablette Eusaprim[®] forte enthält 160 mg Trimethoprim und 800 mg Sulfamethoxazol. **Indikationen:** Bakterielle Infektionen der Atemwege, der Nieren und ableitenden Harnwege, der Genitalorgane, des Magen-Darm-Traktes, der Haut und andere Infektionen mit empfindlichen Erregern. **Kontraindikationen:** Schwere Leberschäden, schwere Nierenfunktionsstörungen (Anwendung abhängig vom Serumkreatininspiegel), schwere Schäden des hämatopoetischen Systems, Sulfonamidüberempfindlichkeit, Schwangerschaft und erste vier Wochen der Stillperiode, erste vier Lebenswochen. **Nebenwirkungen:** Gelegentlich allergische Reaktionen (bei Exanthemen Eusaprim[®] forte absetzen) und reversible hämatologische Veränderungen. Bei Langzeitbehandlung regelmäßige Blutbildkontrollen. **Dosierung:** Standard-Dosis für Erwachsene: 2 x 1 Tablette täglich. Minimal-Dosis und Dosis für Langzeittherapie (mehr als vierzehn Tage): 2 x 1/2 Tablette täglich. Maximal-Dosis: 2 x 1 1/2 Tabletten täglich. **Packungen und Preise (m. MwSt.):** 10 Tabletten 17,70 DM, 25 Tabletten 40,50 DM



DEUTSCHE WELLCOME GMBH · 3006 BURGWEDEL 1

Walschenfeld, Lkr. Bayreuth: 1 Allgemein-/Prakt. Arzt

Warmenstelnach,
Lkr. Bayreuth: 1 Allgemein-/Prakt. Arzt

Augenarzt:

Coburg: 1 Augenarzt

Hals-Nasen-Ohrenärzte:

Bayreuth: 1 Hals-Nasen-Ohrenarzt

Marktredwitz, Lkr. Wunsiedel: 1 Hals-Nasen-Ohrenarzt

Direkte Bewerbungen sind zu richten an den Zulassungsausschuß für Ärzte Oberfranken Bürgerreuther Straße 7 a – 9, 8580 Bayreuth.

KASSENÄRZTLICHE VEREINIGUNG BAYERNS
Bezirksstelle Mittelfranken
Vogelsgarten 6, Nürnberg
Telefon (09 11) 4 96 21 – 24

Allgemein-/Prakt. Ärzte:

Arberg, Lkr. Ansbach: 1 Allgemein-/Prakt. Arzt

Büchenbach, Lkr. Roth 1 Allgemein-/Prakt. Arzt

Großhabersdorf, Lkr. Fürth: 1 Allgemein-/Prakt. Arzt

Nürnberg-Langwasser: 1 Allgemein-/Prakt. Arzt

Nürnberg-St. Leonhard: 1 Allgemein-/Prakt. Arzt

Nürnberg-West: 1 Allgemein-/Prakt. Arzt

Thalmäbing, Lkr. Roth: 1 Allgemein-/Prakt. Arzt

Wittelsholen oder Ehingen,
Lkr. Ansbach 1 Allgemein-/Prakt. Arzt

Nervenarzt:

Neustadt/Aisch, Lkr. Neustadt/Aisch - Bad Windsheim: 1 Nervenarzt, möglichst mit Psychotherapie

Direkte Bewerbungen sind zu richten an den Zulassungsausschuß für Ärzte Mittelfranken, Vogelsgarten 6, 8500 Nürnberg.

KASSENÄRZTLICHE VEREINIGUNG BAYERNS
Bezirksstelle Unterfranken
Holstraße 5, Würzburg
Telefon (09 31) 307 - 1

Allgemein-/Prakt. Ärzte:

Alzenau, Lkr. Aschaffenburg: 1 Allgemein-/Prakt. Arzt

Bischolshelm,
Lkr. Rhön-Grabfeld: 1 Allgemein-/Prakt. Arzt

Gräfenhof,
Lkr. Main-Spessart: 1 Allgemein-/Prakt. Arzt

Grettstadt, Lkr. Schweinfurt: 1 Allgemein-/Prakt. Arzt

Kirchhelm, Lkr. Würzburg: 1 Allgemein-/Prakt. Arzt

Killingenberg am Main,
Lkr. Miltenberg: 1 Allgemein-/Prakt. Arzt

Mainstockhelm,
Lkr. Kitzingen: 1 Allgemein-/Prakt. Arzt

Mömbriß, Lkr. Aschaffenburg: 1 Allgemein-/Prakt. Arzt

Motten, Lkr. Bad Kissingen: 1 Allgemein-/Prakt. Arzt

Schweinfurt: 1 Allgemein-/Prakt. Arzt

Unsleben,
Lkr. Rhön-Grabfeld: 1 Allgemein-/Prakt. Arzt

Wüllershausen/Saale,
Lkr. Rhön-Grabfeld: 1 Allgemein-/Prakt. Arzt

Augenärzte:

Alzenau, Lkr. Aschaffenburg: 1 Augenarzt

Obernburg, Lkr. Miltenberg: 1 Augenarzt

Kinderarzt:

Bad Neustadt,
Lkr. Rhön-Grabfeld: 1 Kinderarzt

Direkte Bewerbungen sind zu richten an den Zulassungsausschuß für Ärzte Unterfranken, Holstraße 5, 8700 Würzburg.

KASSENÄRZTLICHE VEREINIGUNG BAYERNS
Bezirksstelle Oberpfalz
Landshuter Straße 49, Regensburg
Telefon (09 41) 7 50 71

Allgemein-/Prakt. Ärzte:

Burglengenfeld,
Lkr. Schwandorf I. Bay.: 1 Allgemein-/Prakt. Arzt

**Obertraubling,
Lkr. Regensburg:** 1 Allgemein-/Prakt. Arzt

Hals-Nasen-Ohrenarzt:

**Burglengenfeld,
Lkr. Schwandorf l. Bay.:** 1 Hals-Nasen-Ohrenarzt

Internist:

**Vohenstrauß,
Lkr. Neustadt/WN:** 1 Internist

Kinderarzt:

**Sulzbach-Rosenberg,
Lkr. Amberg-Sulzbach:** 1 Kinderarzt

Direkte Bewerbungen sind zu richten an den Zulassungsausschuß für Ärzte Oberpfalz, Landshuter Straße 49, 8400 Regensburg.

Viechtach, Lkr. Regen: 1 Allgemein-/Prakt. Arzt

Wittlbreit, Lkr. Rottal-Inn: 1 Allgemein-/Prakt. Arzt

Augenärzte:

Kelheim: 1 Augenarzt

**Landau,
Lkr. Dingolfing-Landau:** 1 Augenarzt

Hals-Nasen-Ohrenarzt:

Simbach/Inn, Lkr. Rottal-Inn: 1 Hals-Nasen-Ohrenarzt

Hautärzte:

Deggendorf-Stadt: 1 Hautarzt

Passau: 1 Hautarzt

Pfarrkirchen, Lkr. Rottal-Inn: 1 Hautarzt

Regen: 1 Hautarzt

Im gesamten Bereich Niederbayern ist der ärztliche Notfalldienst über Notrufzentralen — Funkeinsatz — geregelt.

Direkte Bewerbungen sind zu richten an den Zulassungsausschuß für Ärzte Niederbayern, Lilienstraße 5 — 7, 8440 Straubing.

KASSENÄRZTLICHE VEREINIGUNG BAYERNS
Bezirksstelle Niederbayern
Lilienstraße 5 — 7, Straubing
Telefon (0 94 21) 70 53

Allgemein-/Prakt. Ärzte:

Anzenkirchen, Lkr. Rottal-Inn: 1 Allgemein-/Prakt. Arzt

Bodenkirchen, Lkr. Landshut: 1 Allgemein-/Prakt. Arzt

Deggendorf-Stadt: 1 Allgemein-/Prakt. Arzt

**Eichendorf,
Lkr. Dingolfing-Landau:** 1 Allgemein-/Prakt. Arzt

Hofkirchen, Lkr. Passau: 1 Allgemein-/Prakt. Arzt

**Jandelsbrunn,
Lkr. Freyung-Grafenau:** 1 Allgemein-/Prakt. Arzt

Kösslarn, Lkr. Passau: 1 Allgemein-/Prakt. Arzt

**Perlesreut,
Lkr. Freyung-Grafenau:** 1 Allgemein-/Prakt. Arzt

Schöllnach, Lkr. Deggendorf: 1 Allgemein-/Prakt. Arzt

Siegenburg, Lkr. Kelheim: 1 Allgemein-/Prakt. Arzt

**Stallwang,
Lkr. Straubing-Bogen:** 1 Allgemein-/Prakt. Arzt

Tann, Lkr. Rottal-Inn: 1 Allgemein-/Prakt. Arzt

KASSENÄRZTLICHE VEREINIGUNG BAYERNS
Bezirksstelle Schwaben
Frohsinnstraße 2, Augsburg
Telefon (08 21) 31 30 31

Allgemein-/Prakt. Ärzte:

Niederrauau, Lkr. Günzburg: 1 Allgemein-/Prakt. Arzt

Oettingen, Lkr. Donau-Ries: 1 Allgemein-/Prakt. Arzt

Roggenburg, Lkr. Neu-Ulm: 1 Allgemein-/Prakt. Arzt

Nervenarzt:

Stadt Augsburg: 1 Nervenarzt
(Psychotherapie)

Direkte Bewerbungen sind zu richten an den Zulassungsausschuß für Ärzte Schwaben, Frohsinnstraße 2, 8900 Augsburg.



Dr. Heinz Schauwecker †

Der in Regensburg am 11. Oktober 1894 geborene Dichterarzt Dr. med. Heinz Schauwecker ist am 4. Juni 1977 von uns gegangen. In dem herrlichen mittelalterlichen Städtchen Berching in der Oberpfalz, in dem er seit dem 1. Januar 1939 wirkte, wurde er zu Grabe getragen.

Dr. Heinz Schauwecker war Arzt mit Leib und Seele. Dies wird allein schon dadurch bewiesen, daß er vom Beginn des ersten Weltkrieges an sechzig Jahre lang ununterbrochen aktiv im Roten Kreuz tätig war, um verwundeten, kranken und hilfsbedürftigen Menschen zu dienen. Nach seinem ärztlichen Staatsexamen im Jahre 1920 war er zunächst als Kassenarzt in Nürnberg und seit 1939 in Berching tätig. Dort betreute er neben seiner Praxis auch ein kleines Kreiskrankenhaus.

Das Milieu dieses malerischen alten Städtchens und seiner Menschen beflügelten ihn immer wieder, nicht nur zu seinem ärztlichen Wirken, sondern auch zu seinem weit über seine engere Heimat hinaus bekannt gewordenen dichterischen Schaffen. Schon 1919 begann er Gedichte zu schreiben und Erzählungen zu verfassen. Nicht weniger als 45 Werke sind im Druck erschienen.

Er war es auch, der im Jahre 1968 einen Bayerischen Landesverband der Schriftstellerärzte gründete und lange Jahre leitete. Er war auch Prä-

sident des Bundesverbandes Deutscher Schriftstellerärzte. 1969 wählte ihn der Kongreß der Weltunion der Schriftstellerärzte in Nizza zu ihrem Vizepräsidenten.

Sein unermüdlicher Einsatz im Roten Kreuz, sein ärztliches und dichterisches Wirken wurde durch zahlreiche Orden, Ehrenmitgliedschaften und Ehrenbürgerrechte gewürdigt. Beim 79. Deutschen Ärztetag in Düsseldorf am 11. Mai 1976 erhielt er die höchste Auszeichnung der deutschen Ärzteschaft, nämlich die Paracelsus-Medaille.

Nun ist er, einer der bedeutendsten Dichterärzte nach Carossa und Peter Bamm, für immer von uns gegangen. Zahllose Patienten danken ihm für seine Hilfe. Noch mehr Menschen aber sind ihm dankbar für die Freude, die er ihnen mit seinen dichterischen Werken geschenkt hat.

Die bayerischen Ärzte und insbesondere die Schriftstellerärzte werden ihn nicht vergessen.

Dr. Hermann Braun

Malinert®

das Spezifikum gegen Rückenschmerzen

MALINERT ist ein selektives, nicht steroidales Präparat gegen Rückenschmerzen, wie Wirbelsäulen-Syndrom, Lumbago, Myalgien, Wurzelneuralgien sowie gegen Schulter-Arm-Syndrom, Neuralgie, Ischialgie.

Die multiaktive Kombination in den Dragées ist dabei besonders preiswürdig bei belegter Wirksamkeit und Verträglichkeit. Zur speziellen Information des Kassenarztes dient:

Die Forderungen aus den „Arzneimittel-Richtlinien“ werden für MALINERT erfüllt

1. Therapeutische Wirksamkeit, Bioverfügbarkeit, Verträglichkeit von MALINERT sind in der Literatur belegt.
2. MALINERT-Drugées ermöglichen eine wirtschaftliche Therapie.

Deshalb Malinert®-Drugées u. N-Salbe

- für die preisbewußte Therapie
- in therapie-gerechten Abpackungen
- wirksam und verträglich

Indikationen: Wirbelsäulen-Syndrom, Schulter-Arm-Syndrom, Ischialgie, Lumbago, Neuralgien, Myalgien, Wurzelneuralgien.

Zusammensetzung: 1 Dragée enthält: 200 mg Metamizol (= Phenylidimethyl-pyrazolon-methylamino-methansulfonsäures Natrium), 250 mg Phenazonsalicylat (= Phenylidimethyl-pyrazolon-salicylat), 7,5 mg Diphenhydraminhydrochlorid, 20 mg Coffein, 3 mg Asaculin, 10 mg Octolamin, 5 mg Pyridoxinhydrochlorid, 10 µg Cynocobalamin.

100g MALINERT N-Salbe enthalten: 10g Äthylenglykolmonosalicylat, 1,250g Nicotinsäurebenzylester, 3g Campher, 1g Menthol.

Dosierung und Anwendungsweise: MALINERT-Drugées: Täglich 3mal 1 Dragée am besten nach den Mahlzeiten mit etwas Flüssigkeit. MALINERT N-Salbe: Morgens und abends auf den erkrankten Körperbereich auftragen und leicht einmassieren.

Kontraindikationen (für MALINERT-Drugées): Hepatische Porphyrie, Granulozytopenie, Überempfindlichkeit gegenüber Schmerzmitteln; Hämorrhagische Diathese, Magen- und Darm-Ulcera. Hinweis: Anwendung in den letzten 4 Wochen der Gravidität vermeiden.

Packungsgrößen und Preise (B. A. T.): OP mit 20 Dragées, AV m. MwSt. DM 5,85
Packung mit 50 Dragées, AV m. MwSt. DM 13,10
OP mit 30g Salbe, AV m. MwSt. DM 5,70

Muster und Literatur von MALINERT erhalten Sie auf Wunsch direkt durch uns.

MENADIER Heilmittel GmbH
2 Hamburg 50
Postfach 50 10 04

Sozialpaket angenommen

Ehrenbergs Sozialpaket hat den Adressierten erreicht: Bürger und Ärzte werden damit leben müssen. Ehrenberg wird dies für sich als Erfolg verbuchen. Aber in der Politik erweisen sich solche Erfolge im Nachhinein nicht selten als Mißerfolge. Die Zeche hat freilich fest immer nur der Bürger zu zahlen, selten der verantwortliche Politiker. Die Bürger vergassen zu schnell. Am 1. Juli treten zwei schlechte Gesetze in Kraft: das „Gesetz zur zweitgrößten Rentenanpassung und zur Verbesserung der Finanzgrundlagen der gesetzlichen Rentenversicherung“ und das „Gesetz zur Dämpfung der Ausgabenentwicklung und zur Strukturverbesserung in der gesetzlichen Krankenversicherung“, kurz Krankenversicherungs-Kostendämpfungsgesetz – KVKG genannt, ein Wortungeheuer.

Die Qualität des Gesetzes entspricht der des Titels. Mit diesem Gesetz werden keine Einsparungen erreicht, die nicht auch ohne dieses Gesetz oder mit einem vernünftigeren Gesetz erreichbar gewesen wären. Aber den galstigen Vätern dieses Gesetzes kam es ja nicht nur auf das Dämpfen des Kostenauftriebs, sondern nicht zuletzt auf die ideologiebestimmten Wachenstellungen an.

Den Rentnern und Beitragszahlern wird ein Gesetzeswerk oktroyiert, dessen Funktion es ist, die SPD/FDP-Koalition über diese Legislaturperiode und die nächsten Bundestagswahlen hinwegzubringen. Und die Politiker merken nicht einmal, was sie damit den Bürgern zumuten, deren Existenz und Lebensstandard im Alter an der Rentenversicherung hängt und die hauta mit hohen Sozialbeiträgen belastet werden. Die Entscheidung für dieses unzureichende Renten-Sanierungsgesetz bedeutet zugleich, daß in den nächsten zehn Jahren die Rentengesetze permanent verändert werden müssen. Niemand weiß heute, wie das Rentenrecht 1985 aussehen wird. Die Bürger werden das Vertrauen in ihre soziale Sicherheit verlieren.

Zum Schluß ging es in Bonn kaum noch um den Inhalt der Gesetze, sondern um Koalitionspolitik und persönliches Prestige. Um die Vorgänge bei der Verabschiedung des Sozialpaketes zu verstehen, muß man die Vorgänge bei der Verabschiedung des Steuerpaketes von Bundesfinanzminister Apel im Bundestag mit

in die Betrachtung einbeziehen. Der linke Flügel der SPD hat rebelliert und unmißverständlich demonstriert, daß die Regierung Schmidt/Genscher nicht nur von einigen Politikern auf dem rechten Flügel der FDP, sondern eben auch von ihm abhängt. Wenn man dazu berücksichtigt, daß Genscher mit Blick auf die Zusammensetzung seiner Bundestagsfraktion, mehr aber noch mit Blick auf die Parteibasis die Koalition mit der SPD nur um den Preis der Parteispaltung von sich aus aufkündigen kann, so wird deutlich, daß sich die politischen Gewichte in Bonn in den letzten Wochen verschoben haben, und zwar zum Nachteil der FDP und des Kanzlers und zugunsten der SPD-Bundestagsfraktion und ihres linken Flügels. Der politische Spielraum der „Macher“ Schmidt und Genscher hat sich deutlich verengt. Balde laufen an der strammen Leina der SPD-Fraktion, was sich vermutlich im Herbst noch deutlicher zeigen wird.

Doch nun zu den Vorgängen um Ehrenbergs Sozialpaket. Der Bundesrat hatte mit seinem Votum, den Vermittlungsausschuß anzurufen, die Voraussetzung dafür geschaffen, zumindest beim Kostendämpfungsgesetz zu erträglichen Lösungen zu kommen, denn dieses bedurfte nun einmal der Zustimmung des Bundesrates. Aber sowohl im Bundesrat als auch im Vermittlungsausschuß geben die Vertreter des Saarlandes und Niedersachsens den Ausschlag. In diesen beiden Ländern regiert die CDU mit der FDP. Genschers „Auflockerungs-Strategie“ hat dazu geführt, daß beide Landesregierungen im Vermittlungsausschuß durch die FDP-Minister Klumpp und Groß vertreten werden.

Die Mitglieder des Vermittlungsausschusses sind an Weisungen nicht gebunden, sie können am Ende ihre Entscheidung ohne die Rückkoppelung zu ihren Kabinetten treffen. Die Kabinette sind später zwar nicht formal an die Entscheidung ihrer Vertreter im Vermittlungsausschuß gebunden. Aber welcher Ministerpräsident kann es sich schon leisten, den Landesvorsitzenden seiner Koalitionspartei öffentlich zu brüskieren und zu desavouieren? Ministerpräsident Röder von der Saar hat dies erst gar nicht versucht. Und auch Niedersachsens Albrecht hat dies am Ende nicht gewagt. So haben der

saarländische Wirtschaftsminister Klumpp und der niedersächsische Innenminister Groß, deren Stärke gewiß nicht Sachkenntnis im Bereich der Sozialversicherung ist, unter dem Druck Genschers, der seinerseits wieder unter dem Druck Schmidts und der SPD-Fraktion stand, die Entscheidung zugunsten von Ehrenbergs Sozialpaket getroffen. Man wird ihnen zugute halten müssen, daß sie in dieser Schlüsselrolle sowohl sachlich wie politisch bei weitem überfordert waren.

Albrecht votierte für Hannover, damit zugleich aber auch für Ehrenberg, Genscher und die Bonner Koalition und gegen Kohl und Geißler. Der Versuch Kohls, CDU und FDP einander näher zu bringen, hat zunächst als gescheitert zu gelten. Um es zugespitzt zu sagen: Die SPD hat Genscher erpreßt, Genscher hat Groß erpreßt, Groß hat Albrecht erpreßt, und alle drei haben sich als politisch erpreßbar erwiesen. Das muß politische Langzeitwirkung haben.

Albrechts Entscheidung läßt sich gewiß begründen, wenn er glaubte, das Gesetz nicht scheitern lassen zu können. Albrecht sagte in Bonn, daß die in einem zweiten Vermittlungsverfahren überhaupt erzielbaren Verbesserungen das Scheitern der Koalition in Hannover, an der die Regierbarkeit des Landes bis zur Wahl 1978 hängt, nicht gerechtfertigt hätten. Erst die Zukunft wird zeigen, ob die Entscheidung für ein besseres Gesetz und für das damit verbundene politische Risiko für die Stabilisierung seiner politischen Karriere nicht besser gewesen wäre. Albrecht, so scheint es, hat an einer Waggabelung gestanden. Er hat den vermeintlich sicheren Weg gewählt. Dieser führt gewiß nicht steil nach oben, und schon gar nicht an die Spitze (in Bonn?), aber er umgeht das Risiko des frühen Absturzes.

immerhin hat Albrecht Ehrenberg ein Interpretationspapier abgetrotzt, was ihm das Gesicht zu wahren hilft. Ehrenberg hat vor dem Bundesrat namens der Bundesregierung einigen Gesetzesbestimmungen eine Auslegung gegeben, die nicht immer aus dem Gesetz selbst abzuleiten ist, die in dem einen oder anderen Fall durch den Gesetzestext kaum gedeckt erscheint. Der juristische Wert dieser Interpretationen, die nur mit Assistenz der FDP zustande kamen, ist umstritten. Man wird sehen. Politisch wird aber auf jeden Fall die FDP ins Obligo genommen. Und auch Ehrenberg wird künftig bei der Gesetzesanwendung, z. B. in der „konzertierten Aktion“, nicht mehr ganz frei sein.

bonn-mot

Abgabe von Ärztemustern

Beschluß des Bayerischen Obersten Landesgerichts, 4. Strafsenat, vom 31. März 1977 — RReg. 4 St 45/76

Leitsatz

StGB § 263; AMG § 9 Abs. 1 Nr. 11, § 28 Abs. 1, § 34 Abs. 3, § 45 Abs. 1 Nr. 6

1. Eine Krankenkasse ist geschädigt, wenn sie aufgrund eines Rezeptes ein Arzneimittel vergütet, das der Patient vom Arzt als (kostenloses) Ärztemuster erhalten hat.

2. Das Verbot der Abgabe von Arzneimitteln im Einzelhandel außerhalb von Apotheken gilt auch für die entgeltliche Abgabe sogenannter Ärztemuster an Patienten.

Sachverhalt

Der Angeklagte betreibt eine Praxis als Arzt für Allgemeinmedizin. Er hatte sich aus Ärztemustern ein umfangreiches Lager an Medikamenten angelegt. Diese Ärztemuster waren ihm von der pharmazeutischen Industrie zur Einführung kostenlos überlassen worden. Sie waren durch Aufdruck als unverkäuflich gekennzeichnet.

Aus diesem Lager belieferte der Angeklagte seine Kassenpatienten mit Medikamenten, wobei er jeweils das entsprechende Rezept ausstellte. In einigen Fällen ließ er sich auch die Eigenanteile (Rezeptgebühr) in Höhe von 20 Prozent, höchstens DM 2,50, aushändigen. Mit einem Teil dieser Rezepte bezog er aus einer Apotheke die darauf vermerkten Arzneimittel und ergänzte mit ihnen seine Vorräte.

Einen anderen Teil der Rezepte übergab er zwei auswärtigen Apothekern. Diese stempelten sie ab und reichten sie zur Vergütung an die gesetzlichen Krankenkassen weiter. Den

von den Krankenkassen vergüteten Betrag schrieben die Apotheker dem Angeklagten gut, der das Guthaben zum Ankauf anderer Medikamente sowie zum Erwerb von Gegenständen für die Praxis und für seinen persönlichen Bedarf verwendete. Von einem der beiden Apotheker erhielt der Angeklagte auch Bargeld ausgezahlt. Mit den aus den Apotheken bezogenen Arzneimitteln belieferte der Angeklagte auch Privatpatienten gegen Bezahlung.

Beide Vorinstanzen haben den Angeklagten wegen eines fortgesetzten Vergehens des Betruges (§ 263 StGB) in Tateinheit mit einem fortgesetzten Vergehen der unerlaubten Abgabe und des unerlaubten Vorrätighaltens von Arzneimitteln (§§ 1, 28, 45 Abs. 1 Nr. 6 AMG) verurteilt.

Aus den Gründen:

Die auf die Sachrüge gestützte Revision des Angeklagten ist unbegründet.

1. Ob Ärztemuster den aus der Apotheke bezogenen Arzneimitteln gleichwertig sind oder nicht, kann dahinstehen. Die Revision weist zu dieser Frage selbst zutreffend darauf hin, daß es sich insoweit um das Verhältnis zwischen dem Arzt und seinen Patienten handelt.

Wie die rechtlichen Erwägungen des angefochtenen Urteils indes erkennen lassen, hat das Landgericht nur solche Handlungen des Angeklagten als betrügerisch gewertet, die bei den gesetzlichen Krankenkassen einen Irrtum hatten entstehen lassen. Dementsprechend hat das Landgericht als Schaden auch nur den von den Kassen vergüteten Betrag von (mindestens) DM 11 000 angesehen und hierzu ausgeführt, daß die Krankenkassen die Rezepte nicht

honoriert hätten, wenn ihnen bekannt gewesen wäre, daß die Patienten nicht Arzneimittel aus der betreffenden Apotheke, sondern unverkäufliche Muster erhalten hatten.

Diese rechtlichen Erwägungen sind zutreffend.

Die Versorgung der Versicherten mit Arzneimitteln ist ein Teil der den Versicherten zustehenden Krankenhilfe (§ 182 Abs. 1 Nr. 1 b RVO). An dieser Versorgung mit Arzneimitteln ist der Kassenarzt insofern beteiligt, als ihm die Verschreibung übertragen ist (§ 368 Abs. 2 RVO).

Die Aushändigung der Arzneimittel dagegen ist Sache der Apotheken (§ 375 RVO). Daher betrifft der aus § 375 RVO abzuleitende Vergütungsanspruch der Apotheken auch nur solche Arzneimittel, die Apotheken aufgrund kassenärztlicher Verschreibungen den Patienten ausgehändigt haben.

Ärztemuster, die überdies gemäß § 9 Abs. 1 Nr. 11 AMG durch die Aufschrift „unverkäufliches Muster“ gekennzeichnet sein müssen und auch gar nicht für Apotheken bestimmt sind (§ 34 Abs. 3 AMG), gehören daher nicht zu den Sachleistungen, die von den Kassen vergütet werden müssen.

Ist sonach die Kasse nicht zu einer Vergütung verpflichtet, erleidet sie einen Vermögensschaden, wenn sie im Vertrauen auf die Richtigkeit der bei ihr eingereichten Rezepte die Ausgabe kostenloser Ärztemuster durch einen Arzt vergütet. In diesen Fällen hatte das Rezept auch nicht als Verschreibung, d. h. als Anweisung an eine Apotheke zur Ausgabe von Arzneimitteln an Verbraucher (§ 34 Abs. 1 AMG) gedient, sondern war vielmehr zur Täuschung der Kassen bestimmt.

Daß auf einen Teil dieser Rezepte von den Apotheken Arzneimittel ausgegeben worden sind, muß außer Betracht bleiben; denn Empfänger dieser Arzneimittel waren nicht die Patienten, sondern der Angeklagte.

Liegt der Schaden aber darin, daß die Kassen Vergütungen geleistet haben, zu denen sie nicht verpflichtet waren, kann es nicht darauf ankommen, ob die Ärztemuster den sonstigen Arzneimitteln gleichwertig sind oder nicht.

2. Da das Landgericht die Verurteilung des Angeklagten sonach auf sein Verhalten gegenüber den Kassen beschränkt hat, hat der an anderer Stelle im Urteil der Strafkammer erwähnte „bezüglich der einzelnen Personen und der Höhe ebenfalls nicht mehr feststellbare Gesamtbetrag an Rezeptgebühren“ außer Betracht zu bleiben, so daß es keiner weiteren Ausführung bedarf, ob der Angeklagte als „abgebende Stelle“ im Sinne des § 182 a RVO anzusehen ist und berechtigt war, die Verschreibungsgebühr zu kassieren, oder ob nicht auch insoweit dem Angeklagten betrügerisches Handeln anzulasten ist.

3. Der Angeklagte ist auch zu Recht wegen eines fortgesetzten Vergehens gegen das Arzneimittelgesetz 1961 verurteilt worden. Das Arzneimittelgesetz 1976 (BGBl. I 2445) kann außer Betracht bleiben, da es erst am 1. Januar 1978 in Kraft treten wird.

Die Vorschriften der § 28 Abs. 1, § 45 Abs. 1 Nr. 6 AMG stellen die Abgabe von Arzneimitteln „im Einzelhandel“ außerhalb von Apotheken unter Strafe.

Wie der Senat bereits entschieden hat, ist als Einzelhandel im Sinne dieser Bestimmung jede berufs- oder gewerbsmäßige, auf die unmittelbare Versorgung des Endverbrauchers gerichtete Tätigkeit zu verstehen (BayObLGSt 1974, 90). Eine solche liegt hier vor. Das gilt sowohl bei den aus den Apotheken bezogenen und an Privatpatienten weitergegebenen Arzneimitteln wie auch hinsichtlich der Ärztemuster.

Ärztemuster dürfen, soweit es sich um Arzneispezialitäten (§§ 4, 9 AMG) handelt, von Herstellern an Ärzte, Zahn- und Tierärzte ausgegeben werden (§ 34 Abs. 3 AMG), jedoch nur auf jeweilige Anforderung und in einem dem Zweck der Erprobung angemessenen Umfang. Damit soll, wie der bei Kloesel/Cyran „Arzneimittelgesetz“ und bei Zipfel „Arzneimittelrecht“ abgedruckte Ausschlußbericht zu § 34 AMG erkennen läßt, die Verwendung von Ärztemustern auf ein vertretbares Maß zurückgeführt werden (vgl. auch Kloesel/Cyran § 34 AMG Anm. 16).

Dr. jur. Otto Helmut Schmitt, München 90

Äskulap und Pegasus

Gesicht der Zukunft

Diese Überschrift gab der Schriftstellerarzt und Essayist Thomas Regau, alias Karlheinz Stauder (s. „Bayerisches Ärzteblatt“, 1974, Heft 12, S. 990 bis 992) dem Kapitel über den Tod seines Vaters, des um den Aufbau der Deutschen Ärzteschaft nach dem ersten Weltkrieg hochverdienten Geheimen Sanitätsrats Dr. med., Dr. rer. pol. h. c. Alfons Stauder (s. „Bayerisches Ärzteblatt“, 1962, Heft 12). Geheimrat Stauder war seit 1926 erster Vorsitzender des Deutschen Ärztevereinsbundes (Hartmannbund) und seit 1929 erster Vorsitzender des Verbandes der Ärzte Deutschlands. Er wurde 1933 im Dritten Reich unter entwürdigenden Umständen aus allen seinen Ämtern vertrieben. Sein Tod jährt sich zum 40. Male. Das nachfolgende Kapitel ist mit freundlicher Genehmigung des Verlages Glock und Lutz Nürnberg dem Buche seines Sohnes „Der Rückzug Gottes oder die Sache mit dem Menschen“ (Thomas Regau, S. 125/26) entnommen, wofür auch an dieser Stelle gedankt sei.

Dr. med. Robert Paschke, Emskirchen

Gesicht der Zukunft

von Thomas Regau

Und wieder ist eine Nachtstunde. Der Frost beschlägt die Fenster meines Münchener Arbeitszimmers. Die guten Nachtgespräche sind längst verstummt. Verrat hockt an allen Türen. Wir müssen flüstern. Der braune Cäsar hatte den Vater als den Repräsentanten der deutschen Ärzte zur Berichterstattung befohlen. Nach wenigen Sätzen machte die Erregung eines besserwissenden Narren jedes Gespräch unmöglich. Der neue Machthaber brüllte eine Stunde lang aus einer Fensternische. Dann war Vater entlassen. In dieser Stunde, in der die roten Fahnen rauschten und

die Fackeln der Macht glühten, hatte Vater den großen Zerstörer in Hitler erkannt. Er werde — so sagte der Vater wörtlich — auf seinen roten Altären alles hinschlachten, was nicht die gleiche Herkunft aus dem Lemuren-Bereich bezeugte wie er selbst.

Was Vater verschwieg, sagte in dieser Nacht sein Gesicht. Ich sah, wie hoffnungslos es versteinerte. Für Augenblicke trat noch der alte Fechter*) aus seinen Zügen hervor, der mich ausschickte zu ritterlichen Gelehrten wie Leo von Zumbusch und Max Borst, um ihnen Nachricht zu geben von dem Weltuntergang, der heraufzog. Aber schon wenige Tage später, als sich der Vater abgesetzt und aller Ämter beraubt sah, stündlich gewärtig, auch die Freiheit zu verlieren, schrieb sich die Verzweiflung um seinen Mund.

Er liebte Deutschland wie nur je ein Deutscher und gab es verloren, da es keinen Raum für Taten mehr gab, kaum noch Nachbarn für ihn.

Daß die braunen Henker um Julius Streicher ihm erdichtete Makel anhängen, da sie kein Fehl an ihm zu finden vermochten, daß sie ihm Selbstbereicherung durch Untreue nachsagten, ohne je Anklage zu erheben, traf ihn tiefer als alles zuvor. In seinem edelmännischen Denken hatte nicht ein Stäubchen Unredlichkeit Platz. So wuchs unter Demütigungen und Verfolgungen sein Antlitz heran, ein zukünftiges Gesicht, das mit seiner letzten Gestalt schon vertraut war: das Antlitz, das jetzt unter meinen Blicken erloschen war.

Ich schloß Vaters Augen. Lange ließ ich die Hände auf seinem Antlitz ruhen. Ich bin nicht auf alte Bilder, nicht auf Erinnerungen der Augen angewiesen. Ich trage sein Gesicht in meinen Händen.

*) Anmerkung des Schriftleiters: Stauder war in seiner Studenzeit als dreimaliger Senior des Corps Bavaria zu Erlangen einer der besten Fechter.

Klinische Fortbildung in Bayern

in Zusammenarbeit mit der Bayerischen Landesärztekammer

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

Bayerische Landesärztekammer, Frau Wanger, Mühlbauerstraße 16, 8000 München 80, Telefon (089) 4147-294

I. Arbeitsmedizinischer Wochenendkurs in Erlangen

(Einführung in die betriebsärztliche Tätigkeit – Arbeitsmedizinische Fechkunde § 4 ASiG)

Erlangen, Hörseal der Universitäts-Frauenklinik und der Medizinischen Klinik, Östliche Stadtmauerstraße

4. bis 8. November 1977 (Teil I) und

18. bis 20. November 1977 (Teil II)

Für diesen Arbeitsmedizinischen Einführungslehrgang wird eine Gebühr von DM 300,- erhoben.

Eine Teilnahme an der Veranstaltung ist nur nach vorheriger schriftlicher Anmeldung und erfolgter Bestätigung durch die Bayerische Landesärztekammer möglich. Begrenzte Teilnehmerzahl

Auskunft und Anmeldung:

Bayerische Landesärztekammer, Frau Dilling, 8000 München 80, Mühlbauerstraße 16, Telefon (089) 4147-293

II. Augenheilkunde

Kopf-Klinik Würzburg
Universitäts-Augenklinik

Direktor: Professor Dr. Dr. W. Leydhecker

Fortbildungstagung für Allgemeinärzte, praktische Ärzte und Kinderärzte am 12. November 1977

Beginn: 9.00 Uhr – Ende: 12.30 Uhr

Themen:

Erste Hilfe bei Verätzungen – Diagnose und erste Hilfe bei akutem Glaukom – Perforierende Verletzungen bei der Arbeit – Erste Hilfe bei Autounfall mit Verletzung der Umgebung des Auges –

Schielen ist eine Krankheit – Berufliche Konsequenzen einer einseitigen Schwachsichtigkeit – Augenverletzungen bei Kindern – Bindehautentzündung bei Neugeborenen – Fertigkeiten, die der Allgemeinarzt beherrschen sollte: Ektropionieren, Anfärben der Hornhaut, Tropfengebe, Verbend – Hermiöse Augenveränderungen – Untersuchungsmethoden am Auge für den Allgemeinarzt – Akupunktur in der Augenheilkunde – Medikamentenschäden am Auge – Behandlung von Getäßverschlüssen der Netzhaut – Hornhautüberpflanzung – Haftschalen.

Tagesbeitrag: DM 20,- auf Kongresskonto Nr. 2220 Cestelbank, Würzburg (Professor W. Leydhecker) erbeten.

Letzter Anmeldetermin: 17. Oktober 1977

Auskunft und Anmeldung:

Sekretariat Professor Dr. Dr. W. Leydhecker, Universitäts-Augenklinik Würzburg, Josef-Schneider-Straße 11, Telefon (0931) 201-2402

III. Chirurgie

Kreis-Krankenhaus Starnberg
Direktor: Professor Dr. W. Grill

Klinisches Wochenende vom 21. bis 23. Oktober 1977

Beginn: 8.00 Uhr – Ende ca.: 18.00 Uhr

Vorgesehen sind Operationen, Demonstrationen, Klinische Visiten sowie Vorträge mit folgenden Themen: Radiusfrakturen – Behandlung und Komplikationen der Unterarmtraktur – Behandlung kindlicher Frakturen – Eingriffe an der Papilla Veterli – Behandlung des Morbus Crohn

Letzter Anmeldetermin: 11. Oktober 1977

Begrenzte Teilnehmerzahl

Oktober, November 1977

14. – 16. 10.

EKG Teil I, München

21. – 22. 10.

Phonokardiographie, München

21. – 23. 10.

Chirurgie, Sternberg

24. – 28. 10.

Chirurgie, München

24. – 28. 10.

Chirurgie, Erlangen-Nürnberg

24. – 28. 10.

Chirurgie, Würzburg

24. – 28. 10.

Innere Medizin, TU München

24. – 28. 10.

Innere Medizin, Klinikum Großhadern

24. – 28. 10.

Innere Medizin, Universität München

24. – 27. 10.

Pädiatrie, München

28. – 30. 10.

EKG, Teil II, München

4. – 6. 11.

Arbeitsmedizin, Erlangen-Nürnberg, Teil I

5. 11.

Gynäkologie, München

12. 11.

Augenheilkunde, Würzburg

18. – 20. 11.

Arbeitsmedizin, Erlangen-Nürnberg, Teil II

25. – 26. 11.

Kardiologie München

IV. Chirurgie

Chirurgische Klinik der Universität München

Direktor: Professor Dr. G. Heberer

Fortbildungskurs für Chirurgie vom 24. bis 28. Oktober 1977

Täglich 8.00 bis 13.00 Uhr Beteiligung am Operationsprogramm: Abdominal-, Thorax-, Unfall-, Gefäß-, Hand- und Plastische Chirurgie. Teilnahme an Visiten aller Stationen.

Nachmittags Vorträge mit Diskussion. Themen: Traumatologie – Thorax- und Abdominalchirurgie

Letzter Anmeldetermin: 14. Oktober 1977

Begrenzte Teilnehmerzahl

V. Chirurgie

Chirurgische Klinik und Poliklinik der Universität Erlangen-Nürnberg

Direktor: Professor Dr. G. Hegemann

Fortbildungskurs für Chirurgie vom 24. bis 28. Oktober 1977

Teilnahme an einem ausgewählten Operationsprogramm, klinische Visiten, Referate aus den Spezialgebieten der Klinik und Beteiligung an den Arbeitsbesprechungen.

Themen:

Allgemein-, Bauch- und Thorax-, Kardio-, Kinder-, Hand- und Extremitätenchirurgie – Urologie

Täglich von 8.00 bis 16.45 Uhr:

Referate: Pleuropulmonale Eitration und Rekonstruktion beim Ösophaguskarzinom – Fortschritte in der operativen Therapie des Magen- und Zwölffingerdarmgeschwürs – Rekonstruktive Chirurgie der Gallenwege – Therapeutische Indikation beim Rektumtumor – Die richtige Anlage und Pflege des Anus praeter – Kolitis in Differentialdiagnose und operative Behandlung – Atrasien des Digestionstraktes – Therapeutische Indikation beim malignen Melanom – Fortschritte bei der Therapie des Osteosarkoms – Indikation und Ergebnisse der Koronarchirurgie – Frühzeitige operative Therapie kongenitaler Herzvitien – Hautiger Stand des Herzklappenersatzes – Stenosen und Verschlüsse supraaortaler Arterienäste

Letzter Anmeldetermin: 14. Oktober 1977

VI. Chirurgie

Chirurgische Klinik der Universitätsklinik und Poliklinik Würzburg

Direktor: Professor Dr. E. Karn

Fortbildungskurs für Chirurgie vom 24. bis 28. Oktober 1977

Täglich von 8.00 Uhr bis ca. 16.00 Uhr

Themen:

Septische Osteosynthesen – Hautersatz in der Traumatologie – Intraoperative maschinelle Autotransfusion – Chirurgie der Dünn- und Dickdarmpolypen – Selektive proximale Vagotomie ohne Pyloroplastik – Lungenembolieprophylaxe – Schilddrüsenmalignom – Differentialdiagnose des Morbus Crohn

Kolloquien, Demonstrationen im Operationssaal und in der Ambulanz sowie ein Vortragsabend (Thema: Aktuelle Probleme der Handchirurgie) werden durchgeführt. Teilnahme am Operationsprogramm, an den Visiten und an den täglichen Besprechungen möglich.

Letzter Anmeldetermin: 14. Oktober 1977

Begrenzte Teilnehmerzahl

VII. Praktische Elektrokardiographie

I. Medizinische Klinik und Poliklinik der Technischen Universität München, Klinikum rechts der Isar

Leitung: Professor Dr. C. S. So

Fortbildungsseminar I

vom 14. bis 16. Oktober 1977 (Einführungsseminar)

Fortbildungsseminar II

vom 28. bis 30. Oktober 1977 (Seminar für Fortgeschrittene)

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

Hörsaal C, Ismaninger Straße 22

Letzter Anmeldetermin: Teil I: 23. September 1977 – Teil II: 7. Oktober 1977

VIII. Gynäkologie

II. Frauenklinik der Universität München
Direktor: Professor Dr. K. Richter, Lindwurmstraße 2 e, 8000 München 2

3. Semestergeseminar am 5. November 1977

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

Thema: Gynäkologie im Kindes- und Jugendalter

Letzter Anmeldetermin: 21. Oktober 1977

IX. Innere Medizin

Medizinische Klinik II des Klinikums Großhadern

Komm. Direktor: Professor Dr. H. J. Karl
Klinische Fortbildungswoche für Innere Medizin vom 24. bis 28. Oktober 1977

Beginn: täglich 8.30 Uhr – Ende: ca. 17.00 Uhr

Ort: Kleiner Hörsaal auf Station F, Zimmer 202

Röntgendemonstrationen – Klinikkonferenzen – Klinische Visiten

Themen:

Gastroenterologie – Intensivmedizin – Endokrinologie – Immunologie – Stoffwechselerkrankungen

Letzter Anmeldetermin: 14. Oktober 1977

Begrenzte Teilnehmerzahl

X. Innere Medizin

I. Medizinische Klinik der Technischen Universität München, Klinikum rechts der Isar

Direktor: Professor Dr. H. Blömer
in Zusammenarbeit mit dem Institut für

Röntgendiagnostik der Technischen Universität München

Direktor: Professor Dr. H. Anacker

17. Fortbildungskurs für Innere Medizin vom 24. bis 28. Oktober 1977

Beginn jeweils: 8.15 Uhr – Ende: 18.00 Uhr

Praktika:

Phono-, Echo-, Vektorkardiographie – Belastungs-EKG – Harz-, Einschwammkatheter – Herzschrittmacher – Lungenfunktion – Hämatologie – Angiologie

Themen:

Diagnostische und therapeutische Fortschritte in der Kardiologie – Lungen- und Bronchialerkrankungen – Angiologie – Hämatologie

Letzter Anmeldetermin: 14. Oktober 1977

XI. Innere Medizin

II. Medizinische Klinik der Universität München, Ziemssenstraße 1

Direktor: Professor Dr. E. Buchhorn

Fortbildungsveranstaltung für Innere Medizin vom 24. bis 28. Oktober 1977

Beginn: 8.15 Uhr – Ende: ca. 16.00 Uhr

Themen: Endokrinologie – Nephrologie – Gastroenterologie – Kardiologie

Letzter Anmeldetermin: 14. Oktober 1977

Teilnehmerzahl begrenzt

XII. Kardiologie

Deutsches Herzzentrum München, Klinik für Herz- und Kreislaufkrankungen

Direktor: Professor Dr. W. Rudolph

Klinik für Herz- und Kreislaufkrankungen im Kindesalter

Direktor: Professor Dr. K. Bühmeyer

unter Mitwirkung der Klinik für Herz- und Gefäßchirurgie

Direktor: Professor Dr. F. Sebening

und des Instituts für Radiologie

Vorstand: Privatdozent Dr. U. Klein

Lothstraße 2 und 11, 8000 München 2

3. Klinisch-kardiologisches Wochenendseminar vom 25. bis 26. November 1977

Programm A:

Erwachsenen Kardiologie (Professor Dr. Rudolph) Beginn: täglich 8.30 Uhr – Ende: 17.30 Uhr (Lothstraße 11)

Vormittags Praktika: EKG-Kurs – Funktionsdiagnostik – Spezielle kardiologische Diagnostik – Spezielle Kardiologische Therapie – kardiologische Visiten – Kardiologischer Untersuchungskurs – Kardiologisch-röntgenologische Demonstrationen



Kaliumbewahrendes Saluretikum **MODURETIK**[®]

MODURETIK[®] wurde entwickelt, um Ödeme besser beherrschen zu können, bei gleichzeitig besserer Stabilisierung des Elektrolytgleichgewichts und des Säure-Basen-Gleichgewichts.

Zusammensetzung

Eine Tablette MODURETIK[®] enthält 5 mg N-Amidino-3,5-diamino-6-chlor-pyrazin-2-carboxamid-hydrochlorid (Amilorid-hydrochlorid) und 50 mg Hydrochlorothiazid.

Indikationen

Kardial bedingte Ödeme und digitalisierte Patienten mit Ödemen, Hypertonie, sofern die Nierenfunktion nicht beeinträchtigt ist, Leberzirrhose mit Aszites, MODURETIK[®] kann bei leichter bis mittelschwerer Hypertonie allein gegeben werden.

Bei Kombination mit Antihypertonika ist zu beachten, daß MODURETIK[®] deren Wirkung verstärkt. Deshalb kann bei zusätzlicher Gabe von MODURETIK[®] eine Reduktion der Dosis der blutdrucksenkenden Substanzen in Einzelfällen bis zur Hälfte der zu verabreichenden Antihypertonika-Dosis erforderlich werden.

Kontraindikationen

Erhöhter Serum-Kaliumspiegel ($> 5,5 \text{ mEq/l}$). Zugabe von kaliuresehemmenden Substanzen oder Kalium-

substitution. Anurie, akute Niereninsuffizienz, progressive Nierenleiden, diabetische Nephropathie, Erhöhter Rest-N ($> 60 \text{ mg/100 ml}$). Überempfindlichkeit gegen eine der beiden Komponenten. Nicht empfohlen für Kinder.

Dosierung

Bei kardial bedingten Ödemen und Hypertonie 1x täglich 1 Tablette MODURETIK[®]. Im Bedarfsfall kann die Dosierung bis auf 4 Tabletten/Tag gesteigert werden. Sobald eine ausreichende Diurese erreicht ist, kann die Dosis reduziert werden. Wie bei jeder diuretischen Therapie soll die Dosis dem Gewichtsverlust (0,5 bis 1 kg/die) und den Serumelektrolytwerten angepaßt werden.

Zu beachten:

Serumelektrolytwerte sind regelmäßig zu kontrollieren. Bei Nierenleiden kann sich eine Hyperkaliämie entwickeln.

Besondere Hinweise

Über die Anwendung von MODURETIK[®] während der Schwangerschaft liegen noch keine ausreichenden klinischen Erfahrungen vor. Thiazide treten in die Muttermilch über. Ist es nötig, MODURETIK[®] während der Laktation zu geben, sollte abgestillt werden. Der

Harnsäurespiegel bei Patienten mit Gichtanamnese ist zu kontrollieren, da die Auslösung von Gichtanfällen begünstigt werden kann. Vor Einleitung einer MODURETIK[®]-Behandlung ist der Zustand der Nierenfunktion bei Patienten mit Diabetes oder Diabetes-Verdacht sorgfältig zu kontrollieren. Ist die Durchführung eines Glukosetoleranztestes erforderlich, sollte MODURETIK[®] vorher abgesetzt werden. Ein latenter Diabetes mellitus kann unter der Verabreichung von Thiaziden manifest werden. Eine kaliumretinierende Therapie sollte bei Patienten mit Neigung zu Azidose (z. B. Diabetes mellitus) nur sehr vorsichtig eingeleitet und durchgeführt werden.

Handelsformen

und Preise lt. A. T.

20 Tabletten DM 14,40
50 Tabletten DM 29,55

Weitere Einzelheiten über Wirkungsweise, Anwendung und Vorsichtsmaßnahmen enthält die wissenschaftliche Broschüre, deren Aufmerksamkeit Durchsicht wir empfehlen.

MSD

SHARP & DOHME

Einführungslahrgänge für die kassenärztliche Tätigkeit

Die Kassenärztliche Vereinigung Bayerns veranstaltet am

17. September 1977

29. Oktober 1977

28. November 1977

Im Ärztahaus Bayern, Mühlbauerstraße 16, 8000 München 80, Einführungslahrgänge für 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 9. September 1977, 21. Oktober 1977 und 18. November 1977.

Die Teilnahmegabühr ist am Tage des Einführungslahrganges zu bezahlen.

Nachmittags Referate: „Bradykardia und tachykarde Rhythmusstörungen“

Programm B:

Kinderkardiologie (Professor Dr. Bühlmeier) Beginn: täglich 10.00 Uhr - Ende: 18.00 Uhr (Lothstraße 2)

Vormittags Referate: Angeborene Herzfehler, Vitien mit Links-Rechts-Shunt

Nachmittags Praktika: Kinderkardiologischer Untersuchungskurs - Demonstration der Röntgenbefunde - EKG-Befunde - Klinische Visite (Kinderstation und Intensivpflegestation) - Demonstration angiokardiographischer Befunde

Bei Anmeldung bitte Programm A oder B angeben

Letzter Anmeldetermin: 15. November 1977

Begrenzte Teilnehmerzahl

XIII. Pädiatrie

Kinderklinik- und Poliklinik der Technischen Universität München
Direktor: Professor Dr. H. Hilber

2. Kinderabteilung
Chefarzt: Dr. P. Schweier

Kinderchirurgische Abteilung
Chefarzt: Professor Dr. H. Singar

10. Pädiatrische Fortbildung im Kinderkrankenhaus Schwabing vom 24. bis 27. Oktober 1977

Täglich jeweils von 8.30 bis 17.00, bzw. 9.00 bis 18.00 Uhr

Klinische Demonstration und Fragestunde aller Abteilungen, Röntgen- und Klinische Visite vorgesehen.

Themen:

Desansibilisierung und ihre Erfolge - Respiratorische Notfälle - Stillen in heutiger Sicht - Schilddrüsendiagnostik im Kindesalter - Anämien im Kindesalter - Ungewöhnliche Infektionskrankheiten - Ursachen und Erscheinungsformen sowie therapeutische Maßnahmen bei Verhaltensstörungen - Überlagerungen zur Nachsorge chirurgisch behandelter Kinder: 1. Schädelhirntrauma - 2. Frakturen und Luxationen - 3. Abdominalchirurgie - Die Betreuung des herzkranken Kindes - Die psychischen Auswirkungen des Krankenhausaufenthaltes

Letzter Anmeldetermin: 14. Oktober 1977
Begrenzte Teilnehmerzahl

XIV. Phonokardiographie

Stiftsklinik Augustinum, München

Direktor: Professor Dr. D. Michal
Stiftsbogen 74, 8000 München 70

**Fortbildungskurs für Phonokardiographie
Teil I am 21./22. Oktober 1977**

Beginn: Freitag, 9.15 Uhr - Ende: Samstag, 12.00 Uhr

Letzter Anmeldetermin: 11. Oktober 1977

16. Fortbildungstagung der Akademie für ärztliche Fortbildung Berlin

vom 7. bis 11. September 1977
in Timendorfer Strand

Themen:

Probleme bei der kombinierten Arzneimitteltherapie - Klimakterium der Frau und des Mannes - Filmprogramm - Das Kind in der Sprechstunde des Arztes - Orthostatische Kreislaufregulationsstörungen - Laborprogramm für MTA und Arzthelferinnen

Anmeldeschluß: 1. September 1977

Auskunft: Akademie für ärztliche Fortbildung in der Ärztkammer Berlin, Augustenburger Platz 1, 1000 Berlin 65, Telefon (0 30) 45 05 640 oder 45 05 561

Frostig- und Bobath-Seminar

vom 17. bis 24. September 1977 in Augsburg

Veranstalter: Ärztliche Aktion pro infantibus a. V., Regensburg, Verband der Beschäftigungstherapeuten der BRD a. V. - Fachkreis Cerebralparese und allgemeine Pädiatrie - In Zusammenarbeit mit dem Spastikazentrum der Hassingstiftung, Augsburg

Themen: Behandlung entwicklungsge störter und behinderter Kinder unter besonderer Berücksichtigung des Frostigprogrammes und der Therapie auf neuropsychologischer Grundlage nach Bobath

Ort: Haus St. Ulrich, Kappelberg 1, 8900 Augsburg

Auskunft und Anmeldung:

Halga Traml, Spastikazentrum, Butzstraße 19 a, 8900 Augsburg 22, Telefon (08 21) 9 40 71

Sportärztliche Ausbildungstagung

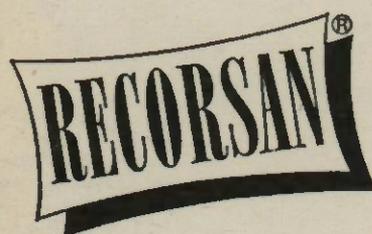
am 24./25. September 1977 in München-Grünwald

Leitung: Dr. P. Lenhart, Dr. H. Pabst, München

Thema: Freizeit, Fitness und Familie

Auskunft und Anmeldung:

Dr. H. Pabst, Ebertstraße 1, 8022 Grünwald, Telefon (0 89) 64 96 26



RECORSAN-LIQUID.

Rein pflanzliches Kardiotonicum für die kleine Herztherapie
Crataegus-Adonithherapie des Altersherzens

Altersherz, coronare Durchblutungsstörungen, Apoplexieprophylaxe
Hochdruckherz, Gestörtes Syndrom.

In 100 ml: Rutin subst. 0,6 g, Alkohol. Auszüge aus: Crataegus 37,5 g, Adonis,
Visc. alb. ää 8,7 g, Apium grav., Auricul. ää 7,3 g, Val. 13 g, Cola 4,3 g. · 30 ml DM 5,70

Recorsan-Gesellschaften Gräfelfing und Lüneburg

XIII. Internationaler Kongreß für Psychiatrie, Neurologie und Neurochirurgie

vom 17. bis 21. Oktober 1977 in Ankara

Die Hecettepe Universität in Ankara lädt zu dieser Veranstaltung alle im Ausland lebenden türkischen Ärzte ein.

Der Kulturettaché der Türkischen Botschaft, Utestraße 47, 5300 Bonn-Bad Godesberg, bittet alle türkischen Ärzte, ihre Adresse an die Botschaft zu senden, damit von hieraus die gesammelten Anschriften an die Universität weitergeleitet und die türkischen Ärzte nochmals persönlich zu dem Kongreß eingeladen werden können.

Unfallmedizinische Tagung des Landesverbandes Bayern der gewerblichen Berufsgenossenschaften

am 24./25. September 1977 in Kempten

Themen: Thrombose und Embolie – Fortschritte der Behandlung der posttraumatischen und postoperativen Osteomyelitis – Die Problemhüfte nach Totalendoprothese – Begutachtung und Berufshilfe nach Unfällen von Schulkindern

Auskunft:

Landesverband Bayern der gewerblichen Berufsgenossenschaften, Am Knie 6, 8000 München 60, Telefon (0 89) 88 97-371

Veranstaltungskalender der Bayerischen Akademie für Arbeits- und Sozialmedizin

21. November bis 2. Dezember 1977

Einführungslehrgang in die betriebsärztliche Tätigkeit (§ 4 ASiG, arbeitsmedizinische Fachkunde)

23. Januar bis 3. Februar 1978

Einführungslehrgang in die betriebsärztliche Tätigkeit (§ 4 ASiG, arbeitsmedizinische Fachkunde)

13. Februar bis 10. März 1978

B-Kurs für Arbeitsmedizin (Weiterbildung für die Erlangung der Zusatzbezeichnung

„Arbeitsmedizin“ bzw. „Betriebsmedizin“)

3. bis 14. April 1978

Lehrgang Epidemiologie und epidemiologische Methodik I und II

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

Für die Einführungslehrgänge in die betriebsärztliche Tätigkeit wird eine Gebühr erhoben. Alle anderen Veranstaltungen sind vorerst gebührenfrei.

Eine Teilnahme an den Veranstaltungen ist nur nach vorheriger schriftlicher Anmeldung und erfolgter Bestätigung durch die Akademie möglich. Platzreservierungen können ausschließlich in der Reihenfolge des Posteinganges berücksichtigt werden.

Das detaillierte Programm wird zum gegebenen Zeitpunkt bei vorliegender Anmeldung zugesandt. Änderungen und Neuaufnahmen von Veranstaltungen bleiben vorbehalten.

Zimmerbestellungen: Fremdenverkehrsamt der Stadt München, Rindermarkt 5, 8000 München 2, Telefon (0 89) 23 91 1

Auskunft und Anmeldung:

Bayerische Akademie für Arbeits- und Sozialmedizin, Pfarrstraße 3, 8000 München 22, Telefon (0 89) 21 84 259 - 260

Unsere Generic-Preise

Gültig ab
15. 1. 1977

Präparate	Handelsformen	DM Preise AVP mit MwSt	Indikationen und Zusammensetzung	Kontraindikationen
allopurinol 100 mg	50 Tabl. 100 Tabl.	8,25 15,75	Gicht, Hyperurikämie 1 Tablette enthält 100 mg allopurinol	Schwangerschaft
allopurinol 300 mg	20 Tabl. 60 Tabl.	9,75 21,50	1 Tablette enthält 300 mg allopurinol	Hinweis: Bei gleichzeitiger Einnahme von 6-Mercaptopurin oder Azathioprin ist deren Dosis auf ein Viertel zu reduzieren
cinnarizin forte 75 mg	60 Tabl. 100 Tabl.	8,00 13,00	Symptome cerebraler und peripherer Durchblutungsstörungen sowie vestibulärer Beschwerden 1 Tablette enthält 75 mg cinnarizin	Keine bekannt
etiiefrin 5 mg	50 Tabl.	8,90	Hypotonie und damit verbundene Kreislaufstörungen, Kreislaufversagen, Kreislaufkollaps, hypotone Zustände während und nach Infektionskrankheiten 1 Tablette enthält 5 mg etiiefrin	Phäochromocytom Thyreotoxikose Engwinkelglaukom Hinweis: Wirkungsverstärkung bei gleichzeitiger Anwendung trizyklischer Antidepressiva möglich
isosorbiddinitrat 5 mg	20 Tabl. 100 Tabl.	3,50 9,90	Durchblutungsstörungen der Herzkranzgefäße (koronare Herzkrankheit); zur Anfallsbehandlung bei Angina pectoris; zur Vorbeugung von Herzschmerzen auch nach Herzinfarkt 1 Tablette enthält 5 mg isosorbiddinitrat	Schock Hypotone Kollapszustände



Chemische Fabrik Tempelhof · Preuß & Temmler · Oberlandstraße 65 · 1000 Berlin 42

Lehrgang zur Vorbereitung auf die Amtserztprüfung

Bekanntmachung der Akademie für das öffentliche Gesundheitswesen im Bayerischen Staatsministerium des Innern vom 25. Mai 1977 — Nr. I E 11 — 5126/1 — 8/77 —

Die Akademie für das öffentliche Gesundheitswesen im Bayerischen Staatsministerium des Innern wird in der Zeit vom 26. September 1977 bis 17. März 1978 in München einen Lehrgang zur Vorbereitung auf die Prüfung für den höheren öffentlichen Gesundheitsdienst (Amtsarztlehrgang) abhalten. Die Teilnahme daran ist Voraussetzung für die Zulassung zur Amtsarztprüfung.

Zu dem Lehrgang können 30 Ärzte zugelassen werden. Zulassungsgesuche müssen *bis spätestens 10. August 1977* bei der Akademie für das öffentliche Gesundheitswesen im Bayerischen Staatsministerium des Innern, Odeonsplatz 3, 8000 München 2, eingehen. Dem Gesuch sind beizugeben

1. die Approbation als Arzt in Urschrift,
2. die Promotionsurkunde in Urschrift oder amtlich beglaubigter Abschrift,
3. Nachweise über die bisherige ärztliche Tätigkeit.

Eine Lehrgangsgebühr wird nicht erhoben.

Bereits im amtsärztlichen oder landgerichtsärztlichen Dienst in Bayern tätige Ärzte brauchen kein Bewerbungsgesuch einzureichen; sie werden zu dem Lehrgang dienstlich abgeordnet.

Forschungsprojekt zur Leistungs- und Finanzierungsstruktur der gesetzlichen Krankenversicherung

In der Bundesrepublik Deutschland stellt sich immer dringlicher die Frage, ob, wie lange und in welchem Umfang die Finanzierung unseres Gesundheitswesens, insbesondere im Rahmen der gesetzlichen Krankenversicherung, gesichert bleibt.

In dieser Situation werden von verschiedenen Seiten Kostendämpfungsmaßnahmen und Vorschläge zur Strukturveränderung unseres Systems der gesundheitlichen Sicherung vorgelegt, die aber ausnahmslos nicht auf exakten wissenschaftlichen, das Gesamtsystem einbeziehenden Untersuchungen beruhen.

Deshalb hat sich der Vorstand des Zentralinstituts für die kassenärztliche Versorgung, gemeinnützige Stiftung mit Sitz in Köln, entschlossen, einen Forschungsauftrag an das Institut für Gesundheits-System-Forschung, Stiftung des privaten Rechts mit Sitz in Kiel, unter Leitung von Professor Dr. med. Beske, zu erteilen.

Die wissenschaftlichen Untersuchungen werden im systemanalytischen Ansatz das Gesamtsystem unseres Gesundheitswesens sowohl auf der Angebots- als auch auf der Nachfrageseite einbeziehen. Sie sollen zu konkreten und fundierten Alternativen der Weiterentwicklung unseres Systems führen, orientiert an sachlich begründeten medizinischen und ökonomischen Zielvorstellungen und an den volkswirtschaftlich verfügbaren Ressourcen, insbesondere an den verfügbaren Finanzmitteln der gesetzlichen Krankenversicherung.

Mitteilung des Deutschen Zentralkomitees zur Bekämpfung der Tuberkulose

Vom Deutschen Zentralkomitee zur Bekämpfung der Tuberkulose wurde das Kompendium der Amerikanischen Lungengesellschaft „Diagnostic Standards and Classification of Tuberculosis and other Mycobacterial Diseases“ (Grundlagendiagnostik und Klassifikation der Tuberkulose und anderer Mykobakteriosen) ins Deutsche übertragen.

Diese Schrift ist zum Selbstkostenpreis von DM 2,50 zuzüglich Porto erhältlich bei der Geschäftsstelle des Deutschen Zentralkomitees zur Bekämpfung der Tuberkulose, Poppenhusenstraße 14 c, 2000 Hamburg 60.

Förderpreis der Deutschen Diabetes-Gesellschaft verliehen

Den Förderpreis der Deutschen Diabetes-Gesellschaft erhielt Dr. Fritz Stöckmann, Göttingen, für seine Dissertation „Direkte Messung der Synthese proteolytischer Enzyme im Penkrees der Ratte unter verschiedenen Ernährungsbedingungen und im Diabetes“.

Der von der Bayer AG, Leverkusen, und der Schering AG, Berlin/Bergkamen, gestiftete Förderpreis ist mit DM 11 000 dotiert. Von diesem Betrag stehen dem Preisträger DM 10 000 für seine weitere wissenschaftliche Ausbildung auf dem Diabetes-Gebiet und DM 1000 frei zur Verfügung. Mit diesem Preis wird jährlich ein junger Doktorand ausgezeichnet, dessen Dissertation von einer deutschen Hochschule mindestens mit der Note „Sehr gut“ beurteilt wurde.

Preis der Kind-Philipp-Stiftung für Leukämie-Forschung verliehen

Den Jahrespreis 1976 der vom Stifterverband für die Deutsche Wissenschaft treuhänderisch verwalteten „Kind-Philipp-Stiftung für Leukämie-Forschung“ erhielt Dr. Rudolf Eife, Immunologisches Labor der Kinderklinik der Universität München, für seine Arbeit „Genuine und iatrogene Immunstörungen bei der akuten lymphoblastischen Leukämie des Kindesalters“.

Der mit DM 10 000 dotierte Preis wird für hervorragende deutschsprachige Arbeiten zur Erforschung der Leukämie verliehen. Diese bösartige Blutkrankheit gehört neben den Unfällen zu den häufigsten Todesursachen im Kindesalter.

Albert-Knoll-Preis ausgeschrieben

Der von der Knoll AG, Ludwigshafen, gestiftete Preis ist mit DM 10 000 dotiert, wird für hervorragende Arbeiten auf dem Gebiet der Inneren Medizin verliehen und dient der Auszeichnung und Förderung von Ärzten und Ärztgruppen im deutschen Sprachraum. Die Arbeiten sollen möglichst noch nicht veröffentlicht worden sein und dürfen weder von anderer Seite mit einem Preis ausgezeichnet, noch zu einem anderen Preiswettbewerb eingereicht worden sein oder werden. Sie sind in vierfacher Ausfertigung anonym und mit einem Kennwort versehen bis zum 1. Oktober 1977 beim Schriftführer der Gesellschaft, Chefarzt Dr. P. Bockel, Evangelisches Krankenhaus, 6660 Zweibrücken/Pfalz, einzureichen. In einem verschlossenen Kuvert mit dem gleichen Kennwort sind Name, Klinik und Adresse des Autors bzw. der Autoren beizufügen.

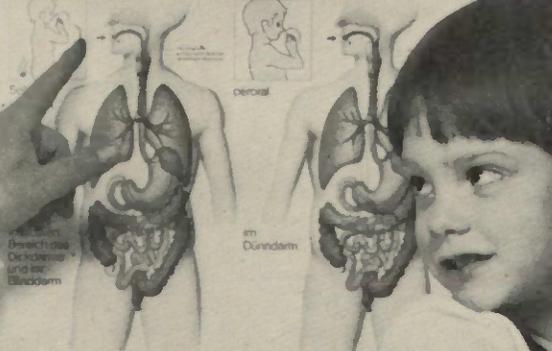
Einsendeschluß: 1. Oktober 1977

Wurmzyklen.

Madenwurm
Oxyuris vermicularis

Spulwurm
Ascaris lumbricoides

Hakenwurm
Ancylostoma duodenale



Symptome: Juckreiz im After
Diagnose: Ei-Nachweis durch Abstrich der Anus (Helmer Diagnostikstreifen)
Therapie: **Helmex** – wirksam gegen alle Maden-, S
 Mit einer einzigen Dosis.

Indikationen:
 Helmex® (Pyrantelpamoat) ist ein neues, hochwirksames Wurmmittel zur Einzeldosis-Behandlung von Infestationen mit Enterobius (Oxyuris) vermicularis (Madenwurm), Ascaris lumbricoides (Spulwurm), Ancylostoma duodenale und Necator americanus (Hakenwürmer) bei Kindern und Erwachsenen.
 Nach zur Zeit noch begrenzten klinischen Erfahrungen scheint Helmex® auch sehr wirksam zu sein bei Infestationen mit Trichostrongylus colubriformis.

Zusammensetzung:
 1 Kautablette bzw. 5 ml Suspension (– 1 Meßlöffel) enthalten 720 mg Pyrantelpamoat (entspr. 250 mg Pyrantelbase).

Dosierung:
 Kinder und Erwachsene erhalten in einer Dosis – ein einziges Mal 1 Tablette bzw. 1 Meßlöffel pro 25 kg Körpergewicht.

Zur Beachtung:
 Obwohl Helmex® nur wenig vom Darmtrakt resorbiert wird und Untersuchungen bei Tieren keine teratogenen Wirkungen gezeigt haben, ist Helmex® in der Schwangerschaft nur angezeigt, wenn dies aus ärztlicher Sicht notwendig ist. In seltenen Fällen kann es nach Einnahme von Helmex® zu Erhöhungen der Serumtransaminasen kommen, worauf bei Patienten mit Leberschaden zu achten ist.

Verträglichkeit:
 Helmex® ist gut verträglich. Nebenwirkungen, vor allem Erbrechen und Diarrhoe, sind selten. Gelegentlich kann es bei Erwachsenen zu Blähungen kommen. Zusätzliche Diät, Abführmittel oder Darmspülungen sind nicht notwendig.

Handelsformen und Preise:
 Packung mit 3 Kautabletten DM 11,95, Flasche mit 10 ml Suspension DM 9,25

Neu zur Familienbehandlung:
 Flasche mit 50 ml Suspension DM 31,75
 Klinikpackungen

Pfizer PFIZER GmbH · Karlsruhe
 Abt. Roerig Pharmazeutika

System **Helmex**®

Zuverlässige Wurm-Therapie durch Eindosis-Behandlung

- **Schnell einsetzende Wirkung** – bereits nach 15 Minuten stellen Ascariden ihre Spontanbewegung ein
- **Hohe Erfolgsquoten** 95% bis 100% – Erfolgsquoten bei Maden-, Spul- und Hakenwürmern



Helmex® wirkt sofort und gründlich. In einer einzigen Dosis.

Bitte ausschneiden und einbinden an Pfizer GmbH, Abt. Roerig Pharmazeutika, Postfach 4040 7500 Karlsruhe 1

Das Helmex®-System
 Zur kostenlosen Anforderung

Stempel und Unterschrift

Wandtafel mit Wurmzyklen

Diagnostikstreifen

mehrsprachige Patienten-Merkblätter

Ärzte-Muster gemäß AMG § 34 (3)

Merlus-Teusk-Förderpreis für junge Wissenschaftler

Auch in diesem Jahr wird von der Orgeon GmbH, Oberschleißheim bei München, der Merlus-Teusk-Förderpreis ausgeschrieben. Hiermit sollen vor allem junge Wissenschaftler bis zum 33. Lebensjahr angesprochen werden, die sich mit klinischen und klinisch-experimentellen Arbeiten auf dem Gebiet der Endokrinologie (ausgenommen Diabetes mellitus) um diesen Preis, der mit DM 15 000 dotiert ist, bewerben können.

Die Satzungen des Förderpreises sind beim Sekretär der Gesellschaft für Endokrinologie, Professor Dr. A. von zur Mühlen, Medizinische Hochschule Hannover, Dept. für innere Medizin, Abteilung für klinische Endokrinologie, Karl-Wiechert-Allee 9, 3000 Hannover 61, erhältlich.

Einsendeschluß: 15. Oktober 1977

Mitteilung des Normenausschusses Medizin

Normen DIN 55 515 Teil 1

Versandpackungen für medizinisches Untersuchungsgut; Begriffe, Anforderungen, Prüfung

DIN 55 515 Teil 2

Versandpackungen für medizinisches Untersuchungsgut; Ge-läße, Maße

Mit Ausgabedatum März 1977 sind die oben genannten Normen erschienen und können bei der Beuth Verlag GmbH, Burggrafenstraße 4-7, 1000 Berlin 30, bezogen werden.

Bei der Erarbeitung dieser Normen wurde bewußt eine alte Bestimmung der Postordnung sowie die Verordnung über die Versendung von Krankheitserregern aus dem Jahre 1917 verlassen, welche die Packmittelkombination Glas-Blech-Holz einschließlich auslaugendem Material vorschreiben. Durch das Verwenden von modernem Packmitteln, wie dickwandiges Glas, Spezialpappe und Kunststoff, wird den Sicherheitsansprüchen und der praktischen Handhabung jedoch weitaus besser Rechnung getragen.

Mit den jetzt fertiggestellten Normen sollen die zur Zeit noch geltenden Rechtsvorschriften dem Stand der Technik angepaßt werden.

Ratgeber „Wohin zur Kneipp-Kur“

Die Broschüre „Wohin zur Kneipp-Kur“, die vom Kneipp-Bund in Zusammenarbeit mit den Deutschen Kneipp-Heilbädern und -Kurorten entstanden ist, enthält detaillierte Auskünfte über das therapeutische und touristische Angebot dieser über 50 anerkannten Gesundheitszentren. Darüber hinaus sind die anerkannten Kneipp-Kurbetriebe im In- und Ausland aufgeführt.

Im Vorspann sind Informationen (Heilanzeigen) und spezifische Vorteile der Physiotherapie nach Kneipp beschrieben. Das Heft ist zu beziehen (Schutzgebühr DM 3,-) bei: Kneipp-Bund e. V., Postfach 264, 8000 München 60.

60. Augsburger Fortbildungskongreß für praktische Medizin

vom 23. bis 25. September 1977 in Augsburg

Pharmaindustrie

Somatogramm-Maßlatta

Für Kinderärzte hat der Alete Wissenschaftliche Dienst eine Somatogramm-Meßlatta entwickelt, die von Interessenten kostenlos angefordert werden kann. Sie gibt für Knaben und Mädchen die Minimal-, Mittel- und Maximalwerte von Körpergröße und Gewicht auf Basis des Lebensalters wieder und ist – im Untersuchungsraum an der Wand angebracht – ein nützliches Hilfsmittel.

Die auf der Meßlatta angegebenen Werte basieren auf einer Untersuchung von Dr. D. Kunze und Professor Dr. J. D. Murken von der Kinderpoliklinik der Universität München.

Film: Ischämie des Myokards

Mit weitem Vorsprung führt der Herztod die Mortalitätsstatistiken der westlichen Welt an. Hauptursache: Koronargeläßerkrankungen. Wie sie entstehen, welche Symptome sich zeigen, welche diagnostischen Notwendigkeiten zu beachten sind und welche therapeutischen Möglichkeiten dem Arzt zur Verfügung stehen, das zeigt ein 32-Minuten-Film der Knoll AG.

Der Film mit dem Titel „Ischämie des Myokards – Pathophysiologie, Klinik, Therapie“ – faßt den derzeitigen Stand der wissenschaftlichen Erkenntnisse zusammen. Er wurde von Norman P. Schenker unter Mitarbeit und Beratung von 19 In- und ausländischen Wissenschaftlern gedreht und soll noch in diesem Jahr in zwölf Sprachen synchronisiert werden. Der Film soll hauptsächlich auf Ärztekongressen, ärztlichen Fortbildungsveranstaltungen und Vorlesungen im In- und Ausland gezeigt werden.

100 Jahre Asche –

100 Jahre Pharmazie im Dienste des Menschen

Am 1. März vor genau 100 Jahren ließ der spätere Geheime Kommerzienrat Freiherr von Asche seine Fabrik „Pharmazeutische Präparate C. F. Asche & Co.“ handelsgerichtlich in Hemburg eintragen. Bereits zwei Jahre zuvor, 1875, hatte der Hemburger Geschäftsmann seine erste pharmazeutische Spezialität auf den Markt gebracht: die Asche Bronchial-Pestillen.

Dieses erste Präparat mit Markenartikel-Charakter hatte einen großartigen Erfolg, der den jungen Unternehmer ermutigte, einen industriellen pharmazeutischen Betrieb zu errichten.

Der Gründer setzte sich die Entwicklung rationeller Herstellungsmethoden zum Ziel. Das Hauptinteresse wurde in dem Unternehmen auf die Schaffung eines „komprimierten Arzneimittels“, auf die Tablette, gerichtet.

Nachdem die Schering AG an dem Unternehmen eine Beteiligung erworben hatte, wurden alte Gebäude grundlegend renoviert und neue errichtet – mit einem Gesamtkostenaufwand von rund 15 Mio DM. Einen zusätzlichen Markt konnte sich die Asche AG 1965 durch den Erwerb der Firma Menadier sichern.

Immobilienkauf unter Bayern-Aspekt

Wer jetzt ein Ein- oder Zweifamilienhaus oder eine Eigentumswohnung kauft, genießt dadurch Steuervorteile, auch wenn das Objekt älter ist. Bisher waren diese Vergünstigungen nur auf den Neukauf und den Ersterwerb beschränkt. Und der so viel zitierte 7b des Einkommensteuergesetzes (EStG) wirkt sich immerhin bemerkenswert aus. Dazu ein Beispiel:

Der Käufer ist verheiratet und hat als Jahreseinkommen DM 120 000 zu versteuern. Er erwirbt ein älteres Einfamilienhaus für DM 250 000. Der Verkehrswert des Gebäudes allein beträgt DM 200 000. Die Steuervergünstigung durch den 7b ist auf einen Höchst-Gebäudewert von DM 150 000 begrenzt. Für Zweifamilienhäuser beträgt er DM 200 000.

Im Beispiel des 250 000-DM-Objektwertes mit dem Haus für DM 200 000 wird für die Zuerkennung des 7b ein Betrag von DM 150 000 zugrundegelegt. Fünf Prozent davon, also DM 7 500, dürfen im Jahr des Kaufes und die folgenden sieben Jahre lang vom Einkommen abgesetzt werden, bevor die Einkommensteuerhöhe ermittelt wird.

Für ein Einkommen von DM 120 000 hat der Käufer bisher eine Einkommensteuer von DM 44 348 im Jahr geleistet. Nunmehr darf er davon DM 7 500 abziehen. Die verbleibenden DM 112 500 lösen nur noch eine Steuerforderung von DM 40 564 aus. Das sind DM 3 784 weniger als vorher. Sie summieren sich in den acht Jahren zu einer Gesamtsteuerversparnis von DM 30 272.

Wer die Höchstgrenze von DM 150 000 Gebäudewert beim Kauf einhalten kann, läßt sich auf diese Weise den Erwerb in Höhe von 20,18 Prozent vom Staat mitfinanzieren. Auch bei DM 200 000 macht die Steuerminderung noch 15,14 Prozent aus.

Im übrigen ist allgemein mit einem jährlich ansteigenden Einkommen zu rechnen. Dementsprechend klettert die Steuerforderung durch den Progressionstarif überproportional. So wirkt sich der Steuervorteil prozentual umso stärker aus.

Außerdem: Bisher war nur der Grunderwerb für Bauabsichten grunderwerbsteuerfrei. Für den Erwerb von Einfamilienhäusern und Eigentumswohnungen wird künftig bis zu einem Kaufpreis, Haus einschließlich Grundstück von DM 250 000, bei Zweifamilienhäusern bis zu DM 300 000, keine Grunderwerbsteuer fällig, sofern der Käufer, sein Ehegatte oder ein Verwandter in gerader Linie das Objekt binnen fünf Jahren mindestens ein Jahr lang bewohnt.

Bei höherem Kaufpreis wird nur eine Grunderwerbsteuer für die jene Summen übersteigenden Beträge fällig, bei einem Einfamilienhaus für DM 300 000, demnach nur von DM 50 000. Der Unterschied: Bisher waren DM 21 000, nunmehr sind in einem solchen Fall nur noch DM 3 500 Grunderwerbsteuer zu entrichten.

Zu beachten ist dabei: Bis zum 31. Dezember 1978 kann sich ein Käufer anstelle für jenes neue Bundesrecht für das alte bayerische Grunderwerbsteuerrecht entscheiden. Demnach muß das Objekt nicht selbst genutzt werden, aber der Käufer muß Ersterwerber sein, und die Wohnflächen-grenze ist einzuhalten. Unter diesen Voraussetzungen besteht wiederum keine Preisgrenze wie nach dem Bundesrecht.

Auf eine kurze Formel gebracht: Bundesrecht wird gewählt, wenn man ein altes oder die Wohnflächen-grenzen übersteigendes Haus, Bayern-Recht, wenn man ein neues Haus innerhalb der Wohnflächen-grenzen, aber ohne Beachtung von Preisgrenzen kauft.

Horst Beloch

... wird keinen kränken, unbedacht sagen — wer wolle es vertragen?, heißt es in einem Epigramm von Wilhelm Müller, 140 Jahre alt und so wahr wie je.

Wie so manchem Politiker, ist dieses kurze Sinngedicht offenbar auch dem gegenwärtigen Bundesarbeits- und Sozialminister unbekannt geblieben. Sonst hätte er sich die abstruse Forderung erspart, wonach Freiberufler Beiträge zur Arbeitslosenversicherung zahlen sollten.

Schweigen und Denken — dann wäre Ehrenbergs Unkenntnis über diesen Bevölkerungsteil sein Geheimnis geblieben. Ein Beitrag impliziert einen Anspruch. Wie aber sind die Voraussetzungen der Arbeitslosigkeit eines Freiberuflers?

Unbedacht sagen — das hat Ehrenberg indes vermieden, was die Beamten angeht. Sie hätten andernfalls auch zur Arbeitslosenversicherungskasse gebeten werden müssen. Aber wer will schon deren Gewicht als Wähler riskieren?

Prosper

Kurz über Geld

ALTE 5000-LIRE-SCHEINE UNGÜLTIG seit Ende Juli. Vorsicht: Neue 5000-Lire-Noten ebenfalls mit Columbus, aber mit drei Caravellen, auf den alten Scheinen nur mit einer.

SPARKASSEN- UND BANKSPARBRIEFE werfen teils jetzt bei gleicher Laufzeit mehr als der Bundes-schatzbrief ab. Vorteil des Bundes-schatzbriefes: Rückgabemöglichkeit schon nach erstem Jahr — mit 4 Prozent Zinsertrag.

OPTIMALES REISEZAHLUNGSMITTEL bleiben Reiseschecks über DM. Zuviele Bargeld in Auslandswährung birgt Abwertungsgefahr. Nach spanischer Peseta könnten noch andere Währungen devalvieren.

NEUER INVALIDITÄTSSCHUTZ sichert mit Invaliditätsgrad kumulierende Entschädigungen bis zu 350 Prozent der Grundversicherungssumme bei 100prozentiger Invalidität zu.

BEI KREDITAUFNAHME ist Längerfristigkeit der festen Zinszusage vorteilhafter als niedrigerer Zins bei kurzfristiger Dauer.

Die meldepflichtigen übertragbaren Krankheiten in Bayern im Monat Mai 1977*)

(Zusammengestellt aufgrund der Wochenmeldungen)

Die Zahl der gemeldeten Scharlecherkrankungen war im Mai etwas höher als im April; die auf 100 000 Einwohner berechnete Erkrankungsziffer stieg von 43 auf 51 Fälle, jeweils umgerechnet auf ein Jahr. Die Erkrankungshäufigkeit en

übertragbarer Hirnhautentzündung blieb gegenüber dem Vormonat unverändert.

In ähnlichem Umfang wie im Mai 1976 nahm im Berichtsmonat die Häufigkeit von Salmonellose-Erkrankungen zu. Im

April trafen 23, im Mai 33 Fälle auf 100 000 Einwohner. Nur geringfügig, nämlich von 23 auf 24 je 100 000 Einwohner, erhöhte sich gleichzeitig die Erkrankungsziffer an Hepatitis infectiosa (übertragbare Leberentzündung).

Neuerkrankungen und Sterbefälle in der Zeit vom 2. bis 29. Mai 1977 (vorläufiges Ergebnis)

Gebiet	1		2		3		4		5		6		7		8		9		10		11		12	
	Diphtherie		Scharlach		Kinderlähmung		Übertragbare				Gehirnentzündung		Typhus abdominalis		Paratyphus A und B		Bakterielle Ruhr ohne Amöbenruhr		Enteritis infectiosa				Botulismus	
							Hirnhautentzündung		Salmonellose										übrige Formen					
	E ¹⁾ ST ²⁾		E ST		E ST		E ST		E ST		E ST		E ST		E ST		E ST		E ST		E ST		E ST	
Oberbayern	1	—	209	—	—	—	2	—	6	—	—	—	—	—	—	—	—	—	123	—	—	—	—	—
Niederbayern	—	—	24	—	—	—	1	—	3	—	—	—	—	—	—	—	—	—	13	—	3	—	—	—
Oberpfalz	—	—	25	—	—	—	—	—	3	—	—	—	—	—	—	—	—	—	17	—	—	—	—	—
Oberfranken	—	—	38	—	1	—	3	—	3	—	—	—	—	—	—	—	—	—	25	—	5	—	—	—
Mittelfranken	—	—	29	—	—	—	2	—	7	—	—	—	1	—	—	—	—	—	24	—	—	—	—	—
Unterfranken	—	—	30	—	—	—	1	—	3	—	—	—	—	—	2	—	—	—	27	—	1	—	—	—
Schwaben	—	—	67	—	—	—	2	1	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	46	—	34	—	—	—
Bayern	1	—	422	—	1	—	11	1	25	—	—	—	1	—	2	—	—	—	275	—	43	—	—	—
München	—	—	89	—	—	—	—	—	2	—	—	—	—	—	—	—	—	—	65	—	—	—	—	—
Nürnberg	—	—	9	—	—	—	—	—	2	—	—	—	—	—	—	—	—	—	4	—	—	—	—	—
Augsburg	—	—	8	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	4	—	—	—	—	—
Regensburg	—	—	2	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	5	—	—	—	—	—
Würzburg	—	—	6	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	5	—	—	—	—	—
Fürth	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	1	—	—	—	—	—	1	—	—	—	—	—
Erlangen	—	—	2	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	3	—	—	—	—	—

Gebiet	13		14		15		16		17		18		19		20		21		22		23		24	
	Hepatitis infectiosa		Mikrosporidie		Malaria				Q-Fleber		Toxoplasmose		Trachom		Wundstarrkrampf								Verdachtsfälle von Tollwut ³⁾	
					Ersterkrankung		Rückfall																	
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	2	1	—	1	—	—	—	7	—	2	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	16
Niederbayern	10	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
Oberpfalz	22	1	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	1
Oberfranken	9	—	—	—	—	—	—	—	—	—	1	—	1	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	2
Mittelfranken	35	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
Unterfranken	25	—	—	—	—	—	1	—	—	—	—	—	—	—	1	1	—	—	—	—	—	—	—	2
Schwaben	18	—	—	—	3	—	—	—	—	—	1	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	4
Bayern	195	3	1	—	4	—	1	—	7	—	4	—	1	—	1	1	—	—	—	—	—	—	—	25
München	37	1	1	—	1	—	—	—	6	—	1	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
Nürnberg	17	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
Augsburg	6	—	—	—	3	—	—	—	—	—	1	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
Regensburg	4	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
Würzburg	3	—	—	—	—	—	1	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
Fürth	3	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
Erlangen	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—

*) 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.

Buchbesprechungen

Physiologie des Menschen – Band 14 Sensesmotorik

Herausgeber: Prof. Dr. O. H. Gauer / Prof. Dr. K. Kramer / Prof. Dr. R. Jung, 509 S., 152 Abb., U & S Taschenbuch, DM 19,80. Urban & Schwarzenberg Verlag, München-Berlin-Wien.

Für die Neuroanatomie ist es sicherlich nützlich, afferente und efferente Systeme zu trennen. Dagegen erlauben die Erfahrungen der klinischen und experimentellen Neurophysiologie die Übernahme dieses Ordnungsprinzips auf die Funktionsanalyse nicht mehr. Es gibt keine Motorik ohne sensorische Kontrolle. Die Untrennbarkeit soll mit dem Begriff Sensesmotorik dokumentiert werden, der gewissermaßen eine Kurzfassung von Senses-Telo-Memo-Motorik bedeutet.

In fünf wohl geordneten Kapiteln werden alle wesentlichen Aspekte der Bewegungsphysiologie einschließlich der Pathophysiologie kritisch dargestellt. Das umfangreiche Werk enthält neben den Ergebnissen neurophysiologischer Forschung die derzeit möglichen klinischen Bezüge. Am Schluß findet der Leser ein ergiebiges neurophysiologisches Glossar. Dieses leistungswertige Taschenhandbuch bietet dem Studierenden ausgezeichnete Grundlagen und dem Arzt reichlich Gelegenheit zu rascher Fortbildung. Zu loben ist ferner, daß der Preis einer Verbreitung nicht im Wege steht.

Dr. D. Harms, Erlangen

Aktuelle Probleme der klinischen Hepatologie

Herausgeber: A. Neumayr, 321 S., 137 Abb., 63 Tab., Leinen, DM 52,-. Verlag Gerhard Witzstrock, Baden-Baden.

Seit 1962 finden die früher in Bad Bartrich abgehaltenen Leberkolloquien im Abstand von drei Jahren in Vulpera/Engadin statt. Die 33 Referate des 5. Symposiums, von 65 schweizerischen, österreichischen und deutschen Hepatologen verfaßt, sind in dem ansprechend gestalteten Buch zusammengestellt.

Die Thematik ist breit und gefächert und bringt jeweils den aktuellen Wissensstand. Anfangs werden umweltbedingte Leberschäden an charakteristischen Beispielen wie Aflatoxin, Vinylchlorid und „Epping-Jaundica“ durch ein aromatisches Amin erläutert. Diese Belastung des Organs durch chemische Substanzen leitet zu der hepatotoxischen Wirkung über, die Arzneimittel vor allem bei chronischer Applikation entfalten. Die besonderen Beziehungen zwischen Leber und Nieren sind Gegenstand eines weiteren Beitrags. Eine Reihe von Referaten, so z. B. diejenigen, welche sich mit der Rolle der Leber bei Synthese der Gerinnungsfaktoren sowie deren Bedeutung bei der Diagnostik von Leberkrankheiten beschäftigen, ergänzen einander. Wo Überschneidungen nicht zu vermeiden sind, haben sie die für den Leser willkommenen Funktion der Wiederholung unter wechselnder Beleuchtung des Sachverhalts und unterschiedlicher Verteilung der Schwerpunkte.

Im Mittelpunkt des Buches stehen die neuesten Erkenntnisse über die Virologie der B-Hepatitis-Antigene mit den durch diese ausgelösten humoralen und zellbedingten Immunreak-

tionen; in angemessenem Zusammenhang damit Epidemiologie, HBAG-Bestimmungsmethoden und Prophylaxe der Virushepatitis. Dieser zentrale Problembereich ist eingerahmt von grundlegenden pathophysiologischen Ausführungen zu den hepatozytären und duktuären Mechanismen der Gallensekretion, außerdem von der Darstellung einer physiologischen Röntgendiagnostik der Gallenwege, ferner neuen Aspekten der pharmakologischen und chirurgischen Therapie des Gallensteinalters und schließlich von einer Abhandlung der pathologischen Grundlagen für eine druckadaptierte Arterialisierung des Pfortaderbettes bei der Behandlung der portalen Hypertension.

Es folgen die vielfältigen Wechselbeziehungen zwischen Leber und Endokrinum: Nebennierenrinde, hypophysäre und hypothalamische Steuerungscentren, Schilddrüse, Insulin, gastrointestinale Hormone, Renin/Aldosteron-Metabolismus, Androgene/Östrogene. Den Abschluß bilden Varia, wie z. B. die Induktion des Fremdstoffwechselabbauenden Enzymsystems und das primäre Hepatom, dessen Häufigkeit ebenso unterschätzt wird, wie die hier aufgewiesenen Möglichkeiten zu seiner frühzeitigen Diagnose und zu einer erfolgversprechenden chirurgischen Therapie.

Viele Beiträge – leider nicht alle – übernehmen aus der Vortragspraxis jene didaktisch vorteilhafte Gepflogenheit, der ausführlichen Darlegung oft recht komplizierter Sachverhalte und Zusammenhänge eine knappe Zusammenfassung folgen zu lassen, die beim Leser nach der Arbeit des Verstehens und Mitdenkens das Wesentliche mnemotechnisch fixiert. Im übrigen profitiert das Buch von seiner Herkunft aus einer Vortragsveranstaltung; die Frische der Diktion ist zumeist erhalten geblieben. Als weitere Positive sind der jeweils sehr ausführliche Literaturspiegel, die gute Bildqualität und die Anschaulichkeit der Grafiken hervorzuheben.

Dr. G. Hall, München

Ohr-Akupunktur

Verf. Dr. F. R. Bahr, 208 S., zahlr. Abb., Leinenb., DM 19,80. Schweizer Verlagshaus, Zürich

Dieses Buch wendet sich nicht, wie eingangs betont wird, an die ärztlichen Kollegen, denen die Problematik bereits bekannt ist, sondern vielmehr an die Öffentlichkeit, um verzeichnete Bilder aus ärztlicher Sicht zu korrigieren und auf die am häufigsten gestellten Fragen Antworten zu geben. Gleichzeitig wird auf die Haupteinwände näher eingegangen. Darüber hinaus wird an zahlreichen Beispielen der Wert dieser neuen ärztlichen Methode leicht verständlich und anschaulich verdeutlicht. Im Gegensatz zur Akupunktur, die aus Asien kommt und sich auf eine mehrtausendjährige Erfahrung gründet, stiftet die Ohr-Akupunktur eine europäische Errungenschaft dar und ist erst drei Jahrzehnte alt. Dr. Paul Nogier aus Lyon gilt als ihr Entdecker. Es wird geschildert, wie dieser Ende der sechziger Jahre den „aurikulo-kardialen Reflex“ entdeckte. Mit Hilfe dieses sogenannten Nogier-Reflexes war es möglich, die Wirkung der Ohrreizung auch am Gesunden zu überprüfen. Es wird gezeigt, daß ganz bestimmte Frequenzen auf ganz bestimmten Flächen der Ohrmuschel febrile Reaktionen, d. h. starke Nogier-Reflexe, auslösen. Eine kurze Abhandlung über die klassische chinesische Körper-Akupunktur soll die Unterschiede, aber auch die Gemeinsamkeiten mit der neuen Ohr-Akupunktur deutlich machen. Zweifel werden durch Berichte über eindrucksvolle Tierversuche zerstreut. Statt einer theoretischen Darstellung der Methoden

der Aurikulothérapie werden einige Fälle aus der Praxis anschaulich geschildert. Das Anwendungsspektrum der Aurikulothérapie ist so breit, daß die Aufzählung der Fälle, bei denen diese *nicht* in Frage kommt, schnell beendet ist. Zweifellos ertährt die moderne Anästhesie durch jene eine wertvolle Bereicherung. Inwieweit die vom Verfasser prophezeite Kostensenkung im Gesundheitswesen eintrifft, bleibt abzuwarten. Arbeitskreise verschiedener medizinischer Fachrichtungen befassen sich zur Zeit noch mit der klinischen Erprobung und der Erarbeitung gesicherter statistischer Materials. Bis zur Veröffentlichung dieser Ergebnisse bleibt dieses Buch eine empfehlenswerte Einführung. Durch Kostensenkung — Weglassung einiger farbiger Abbildungen, die nicht wesentlich zum Verständnis des Textes beitragen — könnte ein noch größerer Leserkreis angesprochen werden.

Privatdozent Dr. W. Bruckner, München

Chronisch obstruktive Lungenerkrankungen und Cor pulmonale

Herausgeber: K. P. Schüren / U. Hüttemann / R. Schröder, 281 S., 138 Abb., 59 Tab., kart., DM 19,—. F. K. Schattauer Verlag, Stuttgart.

Das von der Firma Beiersdorf, Hamburg, ermöglichte und von Wissenschaftlern aus Großbritannien, der Tschechoslowakei, der Schweiz, der USA und Deutschland in Berlin durchgeführte Symposium verfolgte den Zweck, zu einem Urteil über Wert und Bedeutung einer primär klinischen Differenzierung der chronisch obstruktiven Lungenerkrankung zu kommen. Wesentliche Erkenntnisse sind wohl nur von einer interdisziplinären Forschung zu erwarten. Dabei müssen zum einen auf der Grundlage von epidemiologischen Untersuchungen große Zeiträume erfaßt, zum anderen klinischer Verlauf sowie zeitabhängige Änderungen einiger maßgeblicher physiologischer Daten systematisch aufgezeichnet werden. Die Forschung wendet sich schließlich mit Hilfe der quantitativen Morphologie den Beziehungen zwischen Art und Ausmaß von anatomischen Veränderungen und deren pathophysiologischen Auswirkungen zu. Erste Ansätze einer so angelegten Forschung sind heute zu erkennen und Gegenstand der in diesem Buch zusammengefaßten Themen und Vorträge. Internisten, Pulmonologen, Röntgenologen, Kardiologen; aber auch Arbeitsmediziner und Bagutachter werden aus den Vorträgen Gewinn ziehen.

Dr. F. Sprenger, Würzburg

Nikolaus von Flüe

Eine Begegnung mit Bruder Klaus

Verf.: W. Nigg, 128 S., 48 Farbtafeln, 10 Schwarzweißabb., geb., DM 29,50. Verlag Herder, Freiburg-Basel-Wien.

In 48 Farbbildseiten, mit deren Bildern der Fotograf Toni Schneiders Leben und Umwelt des Nikolaus von Flüe nachzeichnet, und in zeitgenössischen Dokumenten und Berichten, die diese Bildfolge begleiten, gewinnt die Gestalt dieses Volksheiligen eine echte Lebendigkeit. Diese meisterhaften Bilder erweitern das „Lesebuch“ zu einem begeisternden „Schaubuch“ über einen Heiligen des 15. Jahrhunderts, der auch den Menschen des 20. Jahrhunderts vieles geben kann.

Gott sprach zu Abraham

Die Geschichte des biblischen Volkes und seines Glaubens

Herausgeber: E. Lessing/C. Westermann, 152 S., 72 Farbbilder, geb., DM 29,50. Verlag Herder, Freiburg-Basel-Wien.

Auf 72 brillanten Farbbildern das bekannten Magnum-Fotografen Erich Lessing erstehen vor dem Betrachter die Landschaften, Bauwerke und Gestalten der Bibel von der Verheißung an Abraham bis zur Zerstörung des jüdischen Staates im blutigen römisch-jüdischen Krieg. Besonders hervorzuheben ist, daß neben den Landschaften das biblische Geschehen nur archäologische Kunstwerke gezeigt werden, die aus der Zeit der jeweils behandelten Personen stammen. Einer der führenden Alttestamentler, Professor Claus Westermann, Heidelberg, stellt in seinem Essay „Das Alte Testament“ Wesen und Bedeutung des „Buches der Bücher“ heraus und bringt damit einen schwierigen Stoff auch theologisch nicht Vorgebildeten nahe.

Schach dem Abt

Verf.: H. Jensen, 336 S., geb., DM 19,80. Historischer Roman. Verlag Herder, Freiburg-Basel-Wien.

Dieser Roman um Anselm II., den Abt von Salem und Erbauer der Wallfahrtskirche Birnau, führt mitten hinein in das bunte und bewegte Leben des 18. Jahrhunderts. Dieses unterhaltsam und lebenswürdig geschriebene Buch ist das Beispiel eines gelungenen historischen Romans, in dem sich Geschichte und Dichtung auf ideale Weise ergänzen.

Lentinorm® stärkt die Sehkraft



Zusammensetzung:

Extr. Strychni DAB 6 0,02 mg;
Retinol 2.500 I.E.; Kal. Jod. 0,1 mg;
Calciumlactat 10,0 mg;
Coffein 3,0 mg; Testes sicc. 7,1
5,0 mg; Ovar. sicc. 7,1 5,0 mg;

Gland. thyreoid. sicc. 3,0 mg;
Menadion 0,5 mg; Aneurin-
chloridhydrochl. 1,0 mg; Ribo-
flavin 0,5 mg; Ascorbinsäure
5,0 mg.

Indikationen:

Sehchwäche infolge von Lin-
senstrübung, Netz- und Ader-
hauterkrankungen und Sen-
nervenschwäche.

Kontraindikation:

Jodüberempfindlichkeit.

Dosierung:

2-3 mal täglich 1 Dragee.

Handelsform:

50 Dragees OM 7,20 (inkl. MWSt.)



Mutter Teresa

Verf.: D. Doig, mit einem Geleitwort von G. Hüssler, aus dem Englischen von H. Schmidhüs, 192 S., 20 farbige und 54 schwarzweiße Abb. v. R. Rai / K. Singh / D. Doig, geb., DM 29,50. Verlag Herder, Freiburg-Besel-Wien.

Dieses Buch vermag die einzigartige Atmosphäre um Mutter Teresa einzutragen: Freude, Friede und Humor – obwohl sie von den schrecklichsten Slums der Welt umgeben ist. Betrotten von dem Leid und Elend der Ausgestoßenen, der Kranken und Sterbenden, begibt sie vor 27 Jahren mit ihrer Arbeit. Heute unterhält sie mit ihren „Missionerinnen der Nächstenliebe“ 32 Sterbehäuser, 67 Aussätzigenstationen und 28 Kinderheime. Ihre aufopferungsvolle Arbeit konnte der Verfasser von Anfang an aus nächster Nähe miterleben. Immer wieder hatte er Gelegenheit, mit ihr zu sprechen und authentische Aufzeichnungen zu machen.

Die Saar wie sie lecht

Hereusgeber: K. Conrath, 128 S., Schwarzweiß-Illustr., Leinen, DM 15,80. Weidlich Verlag, Frankfurt.

Die Palette des Humors im Seerlend ist breit – zahlreiche Berufsgruppen sind zu berücksichtigen; sie alle haben sich hier selbst beschrieben.

Die schwierige Grenzlandlage in Deutschlands Südwestwinkel hat den Saarmenschen geprägt, der sich bei allem Provinzgeist, Heroismus, eller Beuernschläue, Kurzsichtigkeit beim Blick über den Gartenzaun, Heimatliebe, stets seinen Humor bewahrt hat. Die Illustrationen stellen eine geglückte Ergänzung zu den Anekdoten und lustigen Begebenheiten dar.

Mein erstes Buch vom Körper

Verf.: Joe Keufmann, aus dem Amerikanischen von Barbere Blezinger, 96 S., über 120 farb. Illustr., lam. Pp., DM 22,-. Otto Maier Verlag, Ravensburg.

In dieser umfassenden, ganz auf den jungen Leser abgestimmten Darstellung des amerikanischen Autors steht alles Wissenswerte über Entstehung und Wachstum des Menschen, die einzelnen Körperteile und ihre Funktionen, Ernährung und Körperpflege. Natürlich werden auch Fragen wie Zeugung und Geburt eingehend behandelt. Diese „Aufklärung“ geschieht aber ohne Peinlichkeit und völlig selbstverständlich. Das Kind wird durch die – scheinbar locker dahingezeichneten – humervollen Zeichnungen engagiert, sich mit der dazugehörenden Sachinformation zu beschäftigen, die überschaubar und sprachlich unkompliziert vermittelt wird.

Der längste Marsch

Verf.: V. Kerelin, 160 S., geb., DM 16,80. Jugendliche ab 14 und Erwachsene. Verlag Herder, Freiburg-Besel-Wien.

Der Zweite Weltkrieg ist Geschichte, verdrängt aus dem Bewußtsein und schon fest vergessen. Die junge Generation lehnt den Krieg zwar mehrheitlich ab, aber politische Schlagworte allein bewirken wenig. Wer den Frieden sicherer machen will, braucht Erfahrungen und Kenntnisse über die Mechanismen der Gewalt, muß wissen, wie tief Krieg und Not das persönliche Schicksal eines jeden von uns verändern können.

Dem Autor geht es nie um vordergründige Spannung, sondern er versucht, Verständnis zu wecken für die besondere Situation Polens, das im September 1939 zwischen die Mahlstelne der Großmächte geriet.

Therapeutika

Aminophyllin® - Aminophyllin® retard

Zusammensetzung:

Theophyllin-Monohydrat und Äthylendiamin im Gewichtsverhältnis 80,5 : 19,5

Indikationen:

Störungen der Ventilation und Perfusion bei Atemwegobstruktionen: Asthma bronchiale, Status asthmaticus, chronische Bronchitis, chronische Emphysebronchitis und Atemnot bei Cor pulmonale und Asthma cordiale.

Kontraindikationen:

Beim Herzinfarkt dürfen die perenteren Darreichungsformen nicht verwendet werden. Die intravenöse Gabe ist bei Epilepsie kontraindiziert.

In Verbindung mit Ephedrin können Nebenwirkungen auftreten, oder vorhandene Nebenwirkungen verstärkt werden, hierauf muß besonders in der Kinderheilkunde geachtet werden.

Nebenwirkungen, Wirkungsweise, Langzeittherapie, Handelsformen und Dosisangabe:

Siehe wissenschaftlichen Prospekt.

Dosierung:

Erwachsene:

Schnell wirksame orale, rektale oder intramuskuläre Therapie 1–2 Tabletten 1–3 x täglich

1 Zäpfchen 1–3 x täglich

0,36 g (2 ml) intramuskulär 1–2 x täglich. Die Injektion ist durch die neutrale Lösung (pH 7) und durch Zusatz von Cinchocainhydrochlorid schmerzfrei. Zur Langzeittherapie 1 Retard Dragee 2 x täglich.

Kinder:

Für Kinder sind Kinderzäpfchen, Aminophyllin 80 und Aminophyllin 120 in der Dosierung von 1–2 x täglich 80 mg (Körpergewicht 10–15 kg) und 1–2 x täglich 120 mg (Körpergewicht 15–20 kg) angezeigt. Bei einem Körpergewicht von 20–40 kg erhalten Kinder 1–2 x täglich 1 Aminophyllin retard 175 Dragee.

Hersteller:

Promonta, 2000 Hamburg 26

Rythmodul®

Zusammensetzung:

1 Kapsel: 128,8 mg Disopyramid-dihydrogenphosphat entspr. 100 mg Disopyramid

Indikationen:

Zur kurativen und prophylaktischen Behandlung von heterotopen techykerden Herzrhythmusstörungen.

Kontraindikationen:

AV-, SA- und Schenkelblock, Ersatzrhythmen, unbehandelte Herzinsuffizienz, ausgeprägte Bradykardie, Sinusknoten-Syndrom, Engwinkelglaukom, Schockzustände, Überempfindlichkeit gegenüber der Substanz.

Nebenwirkungen:

Gelegentlich Mundtrockenheit, Akkommodationsstörungen, Miktionsstörungen, gastrointestinale Beschwerden; selten

Müdigkeit, Kopfschmerzen, Schwäche-, Schwindel- oder Op-
pressionsgefühl; in Einzelfällen allergische Hauterscheinun-
gen.

Besondere Hinweise:

Bei Herzinsuffizienz Rythmodul erst nach erfolgter Digitalis-
einstellung anwenden. Periodische EKG- und Blutdruckkon-
trollen. Bei Kontraktilitätsminderung oder EKG-Veränderun-
gen Dosisreduzierung oder Absatzen von Rythmodul. Bei ge-
störter Nierenfunktion Dosisreduzierung. Vorsicht bei Neigung
zu Harnretention. Bei gleichzeitiger Anwendung anderer Arz-
neimittel mit negativ inotroper, anti-cholinergischer oder sada-
tivar Wirkung sowie bei gleichzeitigem Alkoholgenuß kann
es zu additivem Effekt kommen. Während der Schwanger-
schaft, vor allem in den ersten drei Monaten und während
der Laktation strenge Indikationstellung. Vorsicht im Straßen-
verkehr. Bei Kindern nicht anwenden.

Dosierung:

Initial täglich 4 x 1 Kapsel, schrittweise Dosissteigerung bis
zu täglich 8 Kapseln möglich. Nach Besserung allmählich
Dosisreduzierung bis auf individuelle Erhaltungsdosis, meist
3 bis 4 x 1 Kapsel täglich. Einnahme über den Tag verteilt.

Handelsformen und Preise:

O. P. mit 50 Kapseln DM 20,50, O. P. mit 100 Kapseln DM 37,00

Hersteller:

Albart-Roussel Pharma GmbH, 6200 Wiesbaden

Calmoserpin®

Zusammensetzung:

1 Dragea enthält: Triamteran 50 mg, Hydrochlorothiazid
25 mg, Reserpin 0,125 mg

Anwendungsgebiete:

Hohar Blutdruck (Hypertonie)

Nebenwirkungen und Begleiterscheinungen, und besondere
Hinweise:

Siehe wissenschaftlichen Prospekt.

Unverträglichkeit und Risiken:

Calmoserpin darf nicht angewandt werden bei Sulfonamid-
überempfindlichkeit, Coma hepaticum, therapieresistenter
Hypo- und Hyperkaliämie, Niereninsuffizienz mit Anuria und
schweren Nierenfunktionsstörungen, es sei denn, daß der
Arzt es ausdrücklich gestattet hat.

Dosierung und Anwendungswaise:

Soweit nicht anders verordnet, ein Dragee täglich nach dem
Frühstück. Weitere Dosierung nach dem Blutdruckverhalten.

Handelsformen und Preise:

Originalpackung mit 30 Dragees DM 11,65, Originalpackung
mit 50 Dragees DM 15,65, Anstaltspackung mit 250 Dragees

Hersteller:

Roland Arzneimittel GmbH, 4300 Essen

Bei Orthostase-Beschwerden

Reaktiviert

venös versacktes Blut

Aktiviert

die arterielle Versorgung

Amphodyn®



8 München 40

Zusammensetzung: 1 Retardkapsel enthält Etilfrinhydrochlorid 20 mg, Roßkastaniextrakt 150 mg lenth. 25 mg Aescinl.
Indikationen: Bei allen essentiellen Formen der Hypotonie insbes. bei Jugendlichen, bei allen symptomatischen Formen der
hypotonen Dysregulation nach Infektionen, Operationen, Grippe, Geburten, Bettlägerigkeit. **Kontraindikationen:** Phäochroma-
zytom, Thyreotoxikose. **Anwendung und Dosierung:** Morgens vor dem Aufstehen 1 Retardkapsel. Nur selten braucht ein Patient am
frühen Nachmittag eine zweite. **Packungsgrößen und Preise:** 20 Retardkapseln DM 10,95 · 50 Retardkapseln DM 25,65 · 100 Retard-
kapseln DM 44,75 · Anstaltspackung.

retard
Reguliert doppelt:
Venös und arteriell.

Nortase

Zusammensetzung:

1 Kapsel Nortase enthält Lipasekonzentrat aus *Rhizopus oryzae* 125 mg, entsprechend 7500 Einheiten nach Desnuelle. Enzymkonzentrat aus *Aspergillus oryzae* 100 mg, entsprechend Proteasen 10 000 Einheiten nach Anson Amylase 700 Einheiten nach FIP.

Indikationen:

Erkrankungen der Bauchspeicheldrüse (akute und chronische Formen; nach operativen Eingriffen an diesem Organ) mit Zeichen des Enzymmangels, z. B. Fettstühle.

Unverträglichkeiten und Risiken:

Unverträglichkeiten sind bisher nicht beschrieben.

Dosierung:

Die Dosierung von Nortase wird je nach Schwere der Erkrankung vom Arzt festgelegt. Im allgemeinen reicht es aus, wenn insgesamt 4 Kapseln pro Tag auf die Mahlzeiten verteilt zum Essen unzerkaut eingenommen werden (z. B. morgens 1 Kapsel, mittags 2 Kapseln, abends 1 Kapsel). Sollte bei dieser Dosierung ein normales Aussehen des Stuhles nicht erreicht werden (weiterhin vermehrte Fettscheidung), so kann die Dosis auf täglich 6 Kapseln gesteigert werden (z. B. morgens 2 Kapseln, mittags 2 Kapseln, abends 2 Kapseln). Wenn auch diese Menge nicht ausreichend ist, (z. B. nach Operation an der Bauchspeicheldrüse), so kann die Einnahme von 12 Kapseln täglich (wieder auf die Mahlzeiten verteilt) notwendig sein.

Packungsgrößen:

50 Kapseln, 100 Kapseln, Klinikpackung.

Hersteller:

Asche AG, 2000 Hamburg 50

Vasptt

Zusammensetzung:

1 g Vasptt-Salbe bzw. Fettsalbe enthält 7,5 mg (0,75%) Fluocortin-Butylester.

Indikationen:

Entzündliche und allergische Hautkrankheiten. Wegen der fehlenden systemischen Wirkung vorzugsweise zur Behandlung von Säuglingen, Kindern, Schwangeren und Diabetikern sowie zur großflächigen und/oder langdauernden Anwendung. Salbe bei allen Hautzuständen, die weder nassend noch trocken sind; Fettsalbe vor allem bei chronischen und trockenen Prozessen.

Kontraindikationen und Risiken:

Spezielle Hautprozesse (Lues, Tuberkulose), Varizellen, Vekzinationsreaktionen. Bei bakteriell infizierten Hautkrankheiten und/oder bei Pilzbelastung ist zusätzlich eine spezielle Therapie erforderlich.

Nebenwirkungen und besondere Hinweise:

Siehe wissenschaftlichen Prospekt.

Dosierung:

Anfangs 2–3 x, später 1 x täglich dünn auftragen.

Packungen und Preis:

Tube mit 15 g Salbe, Fettsalbe DM 15,60; A. P. jeweils 10 Tuben zu 15 g

Hersteller:

Schering AG, 1000 Berlin / Bergkamen

Kongreßkalender

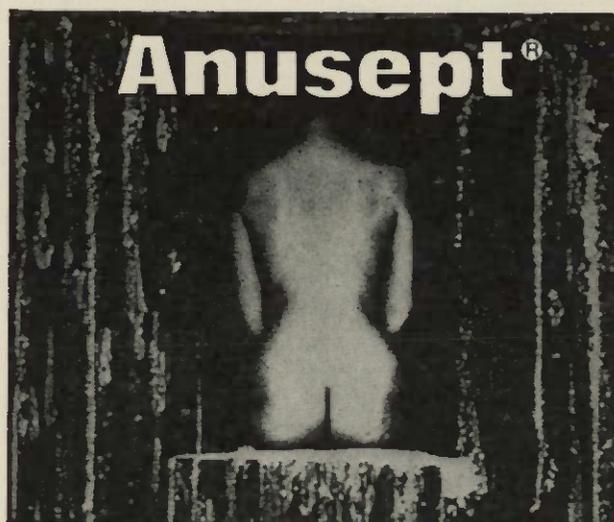
Die Termine der Kongresse manchmal geändert werden, empfehlen wir, auf jeden Fall vor dem Besuch einer Tagung sich noch einmal mit dem Kongreßbüro bzw. der Auskunftsstelle in Verbindung zu setzen.

September 1977

- 4.–8. **Kyoto:** 27. Kongreß der Internationalen Gesellschaft für Chirurgie. – Auskunft: Attn. Mr. Yenuimoto, c/o Mainichi Daily News, 1–1–1, Hitotsubashi, Chiyode-ku, Tokyo, Japan 100.
- 4.–9. **Amsterdam:** 9. Internationaler Kongreß für klinische Neurophysiologie. – Auskunft: Dr. F. Lopes da Silva, Medizinisch Fysisch Instituut TNO, de Costakade 45, Utrecht, Holland.
- 4.–9. **Helsinki:** 25. Internationaler Kongreß für Luft- und Raumfahrtmedizin. – Auskunft: Dr. Kumlin, c/o Finnair, Mannerheimintie 102, SF-00250 Helsinki.
- 4.–10. **Dublin:** 31. Generalfversammlung des Weltärztebundes. – Auskunft: Bundesärztekammer, Postfach 41 02 20, 5000 Köln 41.
- 4.–17. **Greda:** XI. Internationaler Seminarkongreß für praktische Medizin, veranstaltet von der Bundesärztekammer. – Auskunft: Kongreßbüro der Bundesärztekammer, Postfach 41 02 20, 5000 Köln 41.
- 4.–17. **Velden:** Internationaler Herbstkongreß für Ganzheitsmedizin. – Auskunft: Dr. V. Harth, Hainstraße 9, 8600 Bamberg.
- 7.–10. **Neptun:** VIII. Europäischer Kongreß für Klinische Gerontologie. – Auskunft: Nationelinstitut für Gerontologie und Geriatrie, Ministeria Celdaruseni, Straße Nr. 9, Sector 8, Postfach 1004, R-78.178, 7000 Bukarest, Rumänien.
- 7.–11. **Timmendorfer Strand:** 16. Fortbildungstagung der Akademie für ärztliche Fortbildung Berlin. – Auskunft: Akademie für ärztliche Fortbildung in der Ärztekammer Berlin, Augustenburger Platz 1, 1000 Berlin 65.
- 9.–10. **Bercelona:** Jahrestagung der Europäischen Neuro-radiologischen Gesellschaft. – Auskunft: Professor Dr. Wende, Lengenbeckstraße 1, 6500 Mainz.
- 9.–10. **Bonn:** 12. Fortbildungskurs für Endoskopische Magen-diagnostik der Europäischen Gesellschaft für Gastrokamere-Diagnostik. – Auskunft: Privatdozent Dr. R. Gugler, Medizinische Universitätsklinik, 5300 Bonn-Venusberg.
- 9.–10. **Hennover:** Internationales Luftrettungssymposium. – Auskunft: Dr. H. Brüggemann, Karl-Wiechert-Allee 9, 3000 Hennover-Kleeefeld.
- 9.–11. **Ambech:** Ärztekurs C für homöopathische Medizin. – Auskunft: Dr. M. Stübler, Singerstraße 1, 8900 Augsburg.

- 9.-11. **Amsterdam:** 13. Internationaler Kongreß für Epilepsie. — Auskunft: Federatie voor Epilepsiebestrijding, Brigittenstraat 22, Utrecht, Holland.
- 9.-11. **Innsbruck:** 2. Jahrestagung der Gesellschaft zum Studium des Schmerzes für Deutschland, Österreich und die Schweiz e. V. — Auskunft: Dr. G. Peuser, Institut für Anästhesiologie, Spitalgasse 23, A-1090 Wien.
- 10.-24. **St. Moritz:** II. Internationaler sportärztlicher Fortbildungskongreß. — Auskunft: Dr. K. Weber, Klosterstraße 23, 4970 Bad Oeynhausen.
- 11.-16. **Amsterdam:** 11. Weltkongreß für Neurologie. — Auskunft: Organisationszentrum, 16, Lenge Voorhout, Den Haag, Niederlande.
- 12.-14. **Kiel:** 74. Tagung der Deutschen Gesellschaft für Kinderheilkunde. — Auskunft: Professor Dr. H.-R. Wiedemann, Fröbelstraße 15, 2300 Kiel 1.
- 12.-16. **San Francisco:** V. Internationaler Kongreß über Arbeitsmedizin in der chemischen Industrie MEDICHEM. — Auskunft: Professor Dr. A. M. Thies, BASF AG, 6700 Ludwigshafen.
- 13.-16. **Groningen:** 15. internationale Jahrestagung der Gesellschaft für Nuclearmedizin. — Auskunft: Professor Dr. M. Woldring, 59 Oostersingel, Groningen, Holland.
- 13.-17. **Düsseldorf:** 11. Fortbildungsseminar des Berufsverbandes Deutscher Dermatologen. — Auskunft: Dr. H. Walther, Westliche 32, 7530 Pforzheim.
- 13.-17. **Genf:** 15. Zentraleuropäischer Kongreß für Anästhesie. — Auskunft: Institut für Anästhesiologie der Universität, Kantonsspital, CH-1211 Genf 4.
- 13.-17. **Würzburg:** 64. Kongreß der Deutschen Gesellschaft für Orthopädie und Traumatologie. — Auskunft: Professor Dr. A. Rütt, Brettreichstraße 11, 8700 Würzburg.
- 14.-17. **Heiligoland:** 10. Herbstsymposion. — Auskunft: Nordwestdeutsche Gesellschaft für ärztliche Fortbildung e. V., Hude 1, 2060 Bad Oidesloe.
- 14.-17. **Philadelphia:** 9. Internationaler Kongreß für pädiatrische Onkologie. — Auskunft: Children's Hospital, 34 Civic Center Bldg., Philadelphia, Pa. 19146, USA.
- 15.-17. **Erlangen:** 3. Ärztagung in der präklinischen und klinischen Geriatrie. — Auskunft: Arbeitsgemeinschaft Geriatrietagung, Rethsberger Straße 57, 8520 Erlangen.
- 15.-17. **Linz:** 9. Gemeinsame Tagung der Österreichischen und der Deutschen Gesellschaft für Internistische Intensivmedizin. — Auskunft: Professor Dr. W. Herbig, Krankenhausstraße 9, A-4020 Linz.
- 16.-17. **Köln:** 14. Jahrestagung der Deutschen Gesellschaft für Neuroendologie. — Auskunft: Neuroradiologie des Radiologischen Institutes der Universität, Joseph-Stelzmann-Straße 9, Haus 12/30, 5000 Köln 41.

- 17.-24. **Freudenstadt:** 53. Kongreß des Zentralverbandes der Ärzte für Naturheilverfahren. — Auskunft: Geschäftsstelle des Zentralverbandes der Ärzte für Naturheilverfahren e. V., Alter Weg 29, 7290 Freudenstadt.
17. 9. — **Ischia:** 10. Internationales Rheuma- und Vorsorge-Symposion. — Auskunft: Kongreßdienst Deutscher Kassenarztverband, Humboldtstraße 56, 2000 Hamburg 76.
- 18.-21. **Heidelberg:** 75. Tagung der Deutschen Ophthalmologischen Gesellschaft. — Auskunft: Professor Dr. Dr. h. c. Straub, Robert-Koch-Straße 4, 3550 Marburg.
- 18.-23. **Zürich:** 10. Internationaler Kongreß für Chemotherapie. — Auskunft: Dr. R. Lüthy, Dept. für Innere Medizin der Universität Zürich, Kantonsspital, Rämistrasse 100, CH-8091 Zürich.
- 18.-24. **Interlaken:** Fortbildungswoche des Europaeum Medicum Collegium. — Auskunft: Chefarzt Dr. R. Eglin, Höhenklinik Velbelle, CH-7270 Davos.
- 19.-23. **London:** Tagung der Europäischen Gesellschaft für Pathologie. — Auskunft: Mr. I. A. Banks, Wembley Conference Centre, Wembley Middlesex, London HA9 0DW, England.
- 20.-23. **Neuherberg:** Grundkurs im Strahlenschutz für Ärzte. — Auskunft: Kurssekretariat des Instituts für Strahlenschutz der GSF, Ingolstädter Landstraße 1, 8042 Neuherberg.



Die Lösung eines brennenden Problems

Zusammensetzung:
100 g Salbe enthalten:
Bismul. subnitric. 1 g, Myroxyl balsam. var. pereir. 2 g, Zinc. oxydat. 8 g, Benzocain 2 g, Urea pura 1 g, Natriumtetraborat 2 g.
1 Suppositorium enthält:
Bismul. subnitric. 120 mg, Myroxyl balsam. var. pereir. 100 mg, Zinc. oxydat. 100 mg, Benzocain 40 mg.
Indikationen:
Äußere und innere Hämorrhoiden, Analissuren, Analjuckreiz, Proktitis

Unverträglichkeiten und Risiken:

Nicht bekannt.

Dosierung:

Siehe Packungsbeilage und wissenschaftlicher Prospekt.

Handelsformen:

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

Anusept® - Neu von Kanoldt

- 20.—24. **Hamburg:** 15. Tagung der Gesellschaft für Anthropologie und Humangenetik. — Auskunft: Dr. F. W. Rösing, Von-Melle-Perk 10, 2000 Hamburg 13.
- 20.—24. **Stuttgart:** XXIX. Kongreß der Deutschen Gesellschaft für Urologie. — Auskunft: Professor Dr. Arnoldt, Katharinen-Hospital, Kriegsbergerstraße 60, 7000 Stuttgart 1.
- 21.—23. **Wien:** Gemeinsame Jahrestagung der Deutschen, Österreichischen und Schweizerischen Gesellschaft für Angiologie. — Auskunft: Professor Dr. E. Betz, Physiologisches Institut der Universität, 7400 Tübingen.
- 21.—25. **Melente:** 15. Tagung des Deutschen Ärztinnenbundes e. V. — Auskunft: Dr. f. Retzlaff, Königstraße 77, 2400 Lübeck.
- 23.—25. **Augsburg:** 60. Augsburger Fortbildungskongreß für praktische Medizin. — Auskunft: Sekretariat des Augsburger Fortbildungskongresses, Frohsinnstraße 2, 8900 Augsburg.
- 23.—25. **Augsburg:** VI. Zentrenkongreß für Medizinische Assistenzberufe, veranstaltet von der Bundesärztekammer. — Auskunft: Kongreßbüro der Bundesärztekammer, Postfach 41 02 20, 5000 Köln 41.
- 23.—27. **Schleswig:** 60. Wissenschaftlicher Kongreß der Deutschen Gesellschaft für Geschichte der Medizin, Naturwissenschaft und Technik e. V. — Auskunft: Dr. Ch. Hünemörder, Bundesstraße 55, 2000 Hamburg 13.
- 24.—25. **Bed Neuhelm:** Informations- und Einführungskurs in die Chirotherapie von Wirbelsäule und Gelenken. — Auskunft: Sekretariat der Deutschen Gesellschaft für Manuelle Medizin, Ostenallee 80, 4700 Hamm.
- 24.—25. **Grünwald:** Sportärztliche Ausbildungstagung „Freizeit, Fitneß und Familie“. — Auskunft: Dr. H. Pabst, Ebertstraße 1, 8022 Grünwald.
- 24.—25. **Innsbruck:** Klinisches Wochenende. — Auskunft: Chefsekretariat Frau Boida, Medizinische Universitätsklinik, A-6020 Innsbruck.
- 24.—25. **Kempten:** Unfallmedizinische Tagung LV Bayern der gewerblichen Berufsgenossenschaften. — Auskunft: Privatdozent Dr. J. Probst, Ärztlicher Direktor der Berufsgenossenschaftlichen Unfallklinik, 8110 Murnau.
- 24.—28. **Hamburg:** 7. Internationaler Kongreß der Gesellschaft für forensische Blutgruppenkunde. — Auskunft: Privatdozent Dr. H. H. Hoppe, Friedrichsberger Straße 60, 2000 Hamburg 76.
- 26.—28. **Göttingen:** 22. Jahrestagung der Gesellschaft für Medizinische Dokumentation, Informatik und Statistik. — Auskunft: Professor Dr. C. Th. Ehlers, Büsgenweg 4, 3400 Göttingen.
- 26.—28. **Lübeck-Tresemünde:** 36. Tagung der Deutschen Gesellschaft für Hygiene und Mikrobiologie e. V. — Auskunft: Professor Dr. R. Preuner, Medizinische Hochschule Ost, Abt. für Hygiene, Ratzeburger Allee 160, 2400 Lübeck.
- 26.—28. **Neuherberg:** Spezialkurs im Strahlenschutz an medizinisch genutzten Elektronenbeschleunigern für Physiker und Ingenieure im medizinischen Bereich. — Auskunft: Kurssekretariat des Instituts für Strahlenschutz der GSF, Ingolstädter Landstraße 1, 8042 Neuherberg.
- 26.—29. **Neuherberg:** Spezialkurs im Strahlenschutz bei der Untersuchung mit Röntgenstrahlen für Ärzte. — Auskunft: Kurssekretariat des Instituts für Strahlenschutz der GSF, Ingolstädter Landstraße 1, 8042 Neuherberg.
- 28.—30. **Genf:** 13. Jahresversammlung der Europäischen Gesellschaft zum Studium des Diabetes. — Auskunft: Institut für klinische Biochemie, Sentier de la Roserela, CH-1211 Genf 4.
28. 9.—2. 10. **Göttingen:** 32. Tagung der Deutschen Gesellschaft für Verdauungs- und Stoffwechselkrankheiten. — Auskunft: Professor Dr. W. Creutzfeldt, Humboldtallee 1, 3400 Göttingen.
- 29.—30. **Düsseldorf:** Seminar für Ärzte des öffentlichen Gesundheitsdienstes: Organisation des Gesundheitswesens in benachbarten Ländern. — Auskunft: Akademie für öffentliches Gesundheitswesen, Auf'm Hennekamp 70, 4000 Düsseldorf 1.
29. 9.—1. 10. **Heidelberg:** Symposium Ganzkörper-Computer-Tomographie. — Auskunft: Professor Dr. P. Gerhardt, Chirurgische Universitätsklinik, 6900 Heidelberg.
30. 9.—2. 10. **Mainz:** Internationaler Kongreß über Notfall- und Katastrophenmedizin. — Auskunft: Professor Dr. R. Frey, Langenbeckstraße 1, 6500 Mainz.

Beflagen-Hinweis:

Dieser Ausgabe ist ein Prospekt beigelegt der Firma **Destin-Werk, Hamburg.**

„Bayerisches Ärzteblatt“. Herausgeber und Verleger: Bayerische Landesärztekammer, Mühlbauerstraße 16, 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 mit regelmäßiger Verlegerbeilage „Bayerische Akademie für ärztliche Fortbildung“.

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 55 80 81, 55 82/41-48, Fernschreiber: 05/23 662, Telegrammadresse: atlaspress. Für den Anzeigenteil verantwortlich: Ernst W. Scharfshinger, München.

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

Alle Rechte, insbesondere das Recht der 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 Manuskripta 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.

ISSN 0005-7126



Am Städtischen Krankenhaus Weiden/Opf.

(Schwerpunkt-Krankenhaus, 642 Betten, 8 Fachabteilungen einschließlich pathologisch-anatomischem Institut) ist für das

zentrale Strahleninstitut
(Chefarzt Med.-Dir. Dr. Steinberger)

eine Assistenzarztstelle

durch Niederlassung eines ausscheidenden Kollegen zu besetzen.

Weiterbildungsmöglichkeiten in der Röntgendiagnostik (einschließlich Angiographie), Strahlentherapie (einschließlich Radio-Kobalt), Radio-Isotopendiagnostik.

Der Leiter des Instituts ist zur vollen radiologischen Weiterbildung ermächtigt.

Unterstützung seitens der Stadt Weiden hinsichtlich Wohnungsbeschaffung und Umzug. Sämtliche weiterbildende Schulen am Ort.

Vergütung nach BAT II/1 b, Nebeneinnahmen aus Bereitschaftsdienst und entsprechend dem Ausbildungsstand aus Anteilen der Chefarzthonorare.

Bewerbungen an des

Personalamt der Stadt
8480 Weiden i. d. Opf.

Telefon (09 61) 50 51, Nebenstelle 273

Das Kreis-Krankenhaus Moosburg

sucht zum alsbaldigen Dienstantritt

1 Oberarzt

für die Chirurgische Abteilung (84 Betten) als ständigen Vertreter des Chefarztes.

Geboten werden: Vergütung nach BAT mit Beteiligung am Liquidationserlös, Zusatzversorgung, Beihilfen.

Moosburg: 12 000 Einwohner, zwischen Freising und Landshut in einer reizvollen Umgebung gelegen, Mittelzentrum, weiterführende Schulen vorhanden.

Bewerbungen und Anfragen bitte an die **Verwaltung der Kreis-Krankenhäuser Freising und Moosburg, Meiburger Straße 29, 8050 Freising, Telefon (0 81 61) 6 93 47** oder an den **Chefarzt des Kreis-Krankenhauses Moosburg, Krankenhausweg, 8052 Moosburg, Telefon (0 87 61) 321.**

B E F E L K A® - A S T H M A - T A B L E T T E N

Ind.: Asthma — Bronchitis — Heuschnupfen — Grippe.

Zus.: Ephedrin 25 mg; Diphenhydramin (Antihistaminikum) 20 mg; Cofeinum 20 mg; 1-Phenyl-2,3-dimethyl-4-isopropyl-pyrazolon 300 mg.

Kontraind.: Akute intermittierende Porphyrie, Hypertonie, Thyreotoxikose, schwere organische Herzerkrankungen, Tachykardie, nephrogene Ausscheidungsstörungen, sklerotische Gefäßveränderungen, Prostatahypertrophie, Glaukom, dekompensierte diabetische Stoffwechsellage. Packung mit 20 Tabl. 4,55 DM, 50 Tabl. 9,90 DM.

Arztamuster durch:

B E F E L K A - A R Z N E I M I T T E L, 45 Osnabrück, Postfach 13 51

**Praxis-
gründung
leicht gemacht!**
Wenn Sie eine Praxis gründen wollen, sollten Sie
zunächst einmal mit uns sprechen,
denn hier sind wir Ihr
zuverlässiger Partner!

- Wir beschaffen Ihnen überall die geeigneten Räume
- Wir projektieren Ihre gesamte Praxis speziell für jede Fachrichtung
- Wir erstellen Ihre gesamte Einrichtung
- Wir vermitteln günstige Finanzierungen
- Wir decken Ihren Nachholbedarf zu günstigsten Preisen
- Prompter Techn. Service u. Kundendienst

rompel

Ing. Carl Rompel · 8 München 2
Rückertstr 5 · Tel. 089/530001-2

Seit über 50 Jahren der
zuverlässige Partner für
Arzt und Krankenhaus.

Am Orthopädischen Krankenhaus Schloß Werneck

sind ab sofort drei planmäßige

Assistenzarztstellen

(BAT II/1 a)

zu besetzen (davon 2 Stellen durch Neuschaffung). Gesucht werden Bewerber, die nach Ableistung ihrer chirurgischen Zeit die Weiterbildung zum Facharzt für Orthopädie anstreben oder den Facharzt bereits besitzen. Da ein großes, vor allem operatives Krankengut aus der klassischen Orthopädie und der Unfall-Orthopädie anfällt, können die Bewerber, die die Weiterbildung anstreben, in der vorgesehenen Zeit von 3 Jahren diese absolvieren. Für schon ausgebildete Kollegen besteht beste Möglichkeit, sich in der Operationstechnik weiter zu vervollkommen. Anästhesieabteilung im Hause. Sonderurlaub für spezielle Weiterbildung möglich. Der leitende Arzt ist voll zur Weiterbildung ermächtigt.

Die Klinik hat 170 Betten, liegt vor den Toren von Schweinfurt und in der Nähe von Würzburg und Bad Kissingen. Autobahnanschluß ist gegeben.

Finanzielle Sonderleistungen, Chefzulagen, Sondervergütung für Notfallversorgung, Bereitschaftsdienstvergütung und ausreichende Gutachterfähigkeit sowie Nebeneinnahmen (Unterricht an Schwesternschule) sind gewährleistet. Bestes Arbeitsklima. Bei der Wohnungsbeschaffung wird geholfen. Für alleinastehende Bewerber steht ein modernst eingerichtetes Appartementshaus am Schloßpark zur Verfügung.

Bewerbungen an den ärztlichen Direktor: **Professor Dr. Hübner, Orthopädisches Krankenhaus Schloß Werneck, 8722 Werneck/Ufr.**

Vom Markt Haag i. OB. wird angestrebt, daß sich in Haag i. OB.

ein Augenarzt

niederläßt. Von der Kassanärztlichen Vereinigung Bayerns, Bezirksstelle Oberbayern, wird die Niederlassung befürwortet. Der Markt Haag ist bei der Vermittlung von Wohn- und Praxisräumen behilflich.

Das Kreis-Krankenhaus Haag i. OB. stellt Belegbetten zur Verfügung.

Haag i. OB. liegt 50 km ostwärts von München im Schnittpunkt der beiden Bundesstraßen 12 und 15.

Zuschriften erbeten an

8092 Markt Haag i. OB., Telefon (0 89 72) 10 26.

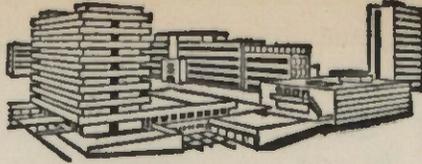
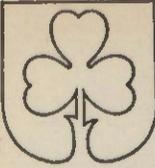
Das **Kreis-Krankenhaus Altötting** in Oberbayern (335 Betten) sucht für die Gynäkologisch-geburtshilfliche Abteilung (70 Betten, 1 Oberarztstelle, 4 Assistenzarztstellen, ca. 600 bis 700 Geburten jährlich, abdominale und vaginale Operationstechnik, Intubationsanarkose, Laparoskopie, Amnioskopie, CTG, MBU, Vidoson, reichliche Operationsmöglichkeit) eine(n)

Assistenzarzt (-ärztin)

Der leitende Arzt ist zur Weiterbildung für vier Jahre ermächtigt.

Das Arbeitsverhältnis richtet sich nach dem Bundes-Angestelltenarbeitsvertrag (BAT) vom 23. Februar 1961 in der derzeit geltenden Fassung. Die Vergütung erfolgt nach Vergütungsgruppe II/1 b der Anlage 1 a zum BAT. Der Bereitschaftsdienst wird gesondert vergütet.

Bewerbungen mit den üblichen Unterlagen sind zu richten an die **Verwaltung des Kreis-Krankenhauses, 8262 Altötting, Mühlendorfer Straße 16 a.**



2 Röntgen-Assistenzärzte

gesucht für Stadtkrankenhaus Fürth (830 Betten)
- Chefarzt der Radiologischen Abteilung:
Prof. Dr. Wendenburg -

Aufgabenbereich:

Röntgendiagnostische, strahlentherapeutische und nuklearmedizinische Versorgung der Medizinischen, Chirurgischen, Gynäkologischen und Geburtshilflichen, Urologischen sowie der Pädiatrischen Abteilungen. Der Chefarzt der Radiologischen Abteilung ist als Weiterbilder in der Radiologie voll und in der Strahlentherapie für ein Jahr ermächtigt. Bezahlung nach BAT. Zusätzliche Einnahmen durch Gutachtertätigkeit und Ärzte-Pool.

Bewerbungen mit Lebenslauf, Lichtbild und Zeugnissen über die bisherige Ausbildung und Tätigkeit bitte an:
Verwaltung des Stadtkrankenhauses Fürth,
Postfach 530, 8510 Fürth.

Das Kreis Krankenhaus Schrobenhausen sucht

MTA für Labortätigkeit

Berufserfahrung ist erforderlich.

Geboten werden: Tarifliche Vergütung, Zusatzversorgung, Schichtdienst, Vergütung für Bereitschaftsdienst, auf Wunsch Unterkunft und Verpflegung im Hause zu günstigen Bedingungen.

Bewerbungsunterlagen erbeten an die Verwaltung des Kreiskrankenhauses Schrobenhausen.

2 Arzthelferinnen

(17 1/2 und 18 Jahre alt) suchen zum 1. September 1977 eine Anfangsstelle nach Abschluß einer Berufsschule für medizinisch-kaufmännische Arzthelferinnen (mittleres Labor). Gute Zeugnisse sind vorhanden; nicht ortsgewunden.

Zuschriften erbeten unter Nr. 331/632 an die Anzeigenverwaltung BAYERISCHES ARZTEBLATT, Sonnenstraße 29, 80000 München 2.

JOSEF PONGRATZ

Ärzte-, Krankenhaus- und Laborbedarf

Individuelle und rationelle Gestaltung Ihrer Praxis. Fachliche Betreuung und Beratung durch unseren Kundenservice.

Resche Versorgung mit dem täglichen Praxisbedarf. Durch unser umfangreiches Angebot sind wir stets darum bemüht, Ihren Wünschen zu entsprechen. Besuchen Sie unsere Ausstellungenräume

Graflinger Straße 108, 8360 Deggendorf,
Telefon (09 91) 59 72

Die Heilung von Hautleiden und -schäden

Ekzem, Psoriasis, Lichen, Dermatitis, Neurodermitis, Pruritus, Prurigo, Crusta lectione, Favus, Pityriasis sowie von Intertrigo, Oekubitus, Traumen und Ulcera durch

BEFELKA-ÖL

Zus.: Öl. Hyperici 10 g, Öl. Calend. 5 g,
Öl. Chemom. 3 g, Öl. Oliv. 3 g, Öl.
Viol. tric 3 g, med. Weißöl 70 g, Arom.

Ist von überzeugender Eindringkraft

Arztmuster durch: 50 ml OM 4,50, 100 ml DM 7,80, 200 ml OM 13,50
BEFELKA-ARZNEIMITTEL, Postfach 13 51, 4500 Osnabrück

Augsburg: In wechsender Vorstadt

Praxisräume, etwa 100 qm

ZH BK 2 Wc, Erdgeschoß (langjähriger Praxisstandort), ein Allgemeinarzt zu verkaufen oder langfristig zu vermieten.

Zuschriften erbeten unter Nr. 331/645 an die Anzeigenverwaltung BAYERISCHES ARZTEBLATT, Sonnenstraße 29, 8000 München 2.

Gegen Enuresis nocturna

Ist NICOTON als Spezifikum seit vielen Jahren bestens bewährt und in allen Apotheken erhältlich!

Zusammensetzung pro Tebl.: Ferr. oxyd. sacch. 50 mg, Sojalezithin 1,7 mg, Calc. glyc. phosph. 25 mg, Extr. Rhols arom. 5 mg, Extr. Humull lupull 2,5 mg, Extr. chinae 2,5 mg, Camph. monobr. 0,05 mg. 50 Tebl. 8,40 DM, 300 Tebl. 39,50 DM.
Arztmuster durch: „ME O I K A“ Pharm. Präparate, Am Alten Weg 20, 8024 München-Deisenhofen

19jährige

Arztsekretärin

mit sehr gutem Abschlußdiplom (1,7), sucht dringend eine Stelle.

Elisabeth Trautmann, Am Ermis 13, 8875 Offingen, Telefon (0 82 24) 8 40.

120 bis 200 qm in Ebersberg

Halbe oder ganze Etage zu vermieten, besonders geeignet für

Haut- oder Nervenarzt

Zuschriften erbeten unter Nr. 331/548 an die Anzeigenverwaltung BAYERISCHES ARZTEBLATT, Sonnenstr. 29, 8000 München 2.

Praxis-Einrichtungen

sollte man von Fachleuten durchführen lassen. Praxisgerechte Grundrisse, Bauaufsicht, sowie fachmännische Montage und Einarbeitung sind für uns ebenso selbstverständlich, wie die spätere Betreuung Ihrer Praxis durch unsere leistungsfähige Service-Abteilung.

Nutzen Sie den Vorteil unserer ständigen Auslieferung für

Röntgen- und Elektro-Medizin, Laborgeräte und Mobiliar

HÖLLERER KG

Norikerstraße 2 - Wöhrdersee - 8500 Nürnberg, Telefon* 49 20 02, Telex 06-22 999 medho



Fortbildung in Stichwörtern nach Leitsymptomen

Eine Hilfe zur Schnellorientierung — Herausgegeben von Dr. F. C. Loch

Leitsymptom: Akute Bewußtseinsstörung

Der Notfall: Der apoplektische Insult

bearbeitet von Professor Dr. P. G. Scheurlen
Direktor der Medizinischen Universitätsklinik und Poliklinik
— Innere Medizin I — 6650 Homburg/Saar

Symptomatik:

Der apoplektische Insult im engeren Sinne („Schlaganfall“) wird durch Störungen der zerebralen Zirkulation verursacht. Akuität, Art und Ausbreitung der Durchblutungsstörungen bestimmen die Symptomatik, die von einer leichten Einschränkung des Sensoriums bis zum zerebralen Koma reichen und mit unterschiedlich ausgeprägten neurologischen Ausfallerscheinungen verbunden sein kann. Nach ihrer Pathogenese und Symptomatik lassen sich drei Krankheiten unterscheiden:

- A.: Intrazerebrale Massenblutung (Enzephalorrhagie)
- B.: Zerebrale Embolie mit Enzephalomalazie
- C.: Arterielle Thrombose bzw. Stenose mit Enzephalomalazie bzw. reversibler Ischämie

A. Die Symptomatik der Massenblutung beginnt akut. Meist kommt es sofort zu tiefer Bewußtlosigkeit; starke Kopf-, Nackenschmerzen und Erbrechen können vorausgehen. Innerhalb von Minuten oder Stunden entwickeln sich Halbseitenausfälle (Hemiplegie). Die Pupillen sind weit (manchmal nur einseitig an der Herdseite), es besteht Schnarchatmung. Bei Ventrikeleinbruch (etwa 60 Prozent der Fälle) beobachtet man reaktionslose Pupillen, Reflexverlust, Enthirnungsstarre, Hyperpyrexie.

B. Auch die Symptomatik der Hirnembolie entwickelt sich innerhalb von Minuten. Oft ist das Bewußtsein erhalten oder nur gering eingeschränkt. Die Atmung ist nicht gestört. Die neurologischen Ausfallerscheinungen sind eher begrenzt und bilden sich manchmal schnell wieder zurück. Kopfschmerzen gehören nicht zum typischen Krankheitsbild.

C. Thrombosen größerer Gefäße oder Hirnstamminsulte bedingen ausgedehnte neurologische Störungen und können mit Bewußtlosigkeit einhergehen; im allgemeinen entwickelt sich diese Symptomatik im Unterschied zu A. und B. eher allmählich und zeigt auch eine bessere Rückbildungstendenz. Kopfschmerzen werden meist nicht geklagt. Bei Zirkulationsschmerzen kleiner Gefäße bleibt die neurologische Symptomatik beschränkt und kann Bewußtlosigkeit fehlen. — Intermittierende zerebrale Durchblutungsstörungen können zu flüchtigen, reversiblen neurologischen Ausfällen führen, auch einmal zu einer nur Stunden dauernden Hemiparese oder Aphasie mit Bewußtlosigkeit bzw. bei Durchblutungsstörungen der Arteria basilaris zu Schwindelattacken

Anamnese:

und Sehstörungen. Diese Attacken können sich im Abstand von Tagen oder Wochen wiederholen.

Angehörige und – soweit möglich – Patienten sind nach früheren Insulten zu befragen. Die **Massenblutung** tritt bevorzugt bei Hypertonie und nach körperlicher Belastung auf; Hinweise können Symptome einer vorbestehenden Hochdruck-Enzephalopathie (häufige Kopfschmerzen, Affektlabilität, Vergeßlichkeit u. a.) sein. Herzkrankungen, Infarkte, Mitralstenose, Arrhythmien können auslösende Ursache einer **Hirnembolie** sein; der Verdacht wird verstärkt, wenn Embolien in andere Gefäßprovinzen (Niere, Extremitäten u. a.) vorausgegangen sind. – **Arterielle Thrombosen** werden bei älteren Patienten, besonders mit Diabetes mellitus, Arteriosklerose und Fettstoffwechselstörungen oder bei jüngeren Patienten mit Panarteriitis nodosa, Thromboangiitis obliterans (!) beobachtet und treten bevorzugt nachts oder am frühen Morgen auf (arterielle Hypotonie). Häufig werden als Prodromi Schlafstörungen, Schwindelzustände und die Zeichen allgemeiner Arteriosklerose beobachtet. Bei **intermittierenden Ischämien** ist auch eine Karotisstenose (Auskultationsbefund!), an ein Subklavia-Steal-Syndrom (Zunahme der zerebralen Durchblutungsstörungen bei Mehrbelastung der oberen Extremität) und das Takayasu-Syndrom zu denken. Thrombosen können bei jüngeren Frauen gelegentlich unter Östrogen-Behandlung (Antikonzeptiva!) auftreten.

Sofortdiagnostik:

Die Massenblutung ist aus dem klinischen Bild (Bewußtlosigkeit, ausgedehnte neurologische Ausfälle, akuter Verlauf) zu diagnostizieren. Im Insult ist die Blutdruckmessung meist wenig aufschlußreich. Durch eine genaue Untersuchung des Herzens, bzw. der Karotiden, können Hinweise auf eine Embolie bzw. arterielle Thrombose gewonnen werden. Nackensteifigkeit bzw. Meningismus sprechen für eine Massenblutung.

Therapeutische Sofortmaßnahmen:

Bei zerebralem Koma Absaugen, Lagerung auf die Seite, Katheterisierung, Pneumonieprophylaxe. Kein Aderlaß. Bei der **Massenblutung** Behandlung des Hirnödems mit hypertonen Lösungen (z. B. *Osmofundin* 20%), ggf. *Lasix* i. v.; bei hypertonen Patienten vorsichtige Blutdrucksenkung auf etwa 160 mm Hg systolisch (z. B. 0,5–1,0 mg *Reserpin* o. ä.). Beim **Hirninfrakt** und intermittierender **zerebraler Ischämie**: Ausreichende Digitalisierung; Ausgleich der Hypotonie oder Hypertonie; Steigerung der zerebralen Zirkulation mit *Rheomacrodex*-Infusionen (2 x 500 ml täglich). Im akuten Stadium Behandlung des Hirnödems. Bei intermittierender Ischämie ggf. Antikoagulantien.

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

Patienten mit intrazerebraler Massenblutung sind extrem transportgefährdet; etwa 90 Prozent der Massenblutungen enden primär tödlich. Eine Klinikeinweisung zur genaueren Diagnostik (Angiographie) ist geboten bei jüngeren Patienten mit Massenblutungen ohne Hypertonie (Verdacht auf zerebrales Angiom!), bei Patienten mit arteriellen Thrombosen bzw. intermittierenden Ischämien, damit ggf. gefäßchirurgisch bzw. neurochirurgisch interveniert werden kann.

Differentialdiagnostische und andere Erörterungen:

Eine der akuten Massenblutung ähnliche Symptomatik wird bei der akuten Subarachnoidalblutung beobachtet: Auch hier beginnt die Symptomatik plötzlich; es treten sehr starke Kopf-Nackenschmerzen („Schlag in den Nacken“) auf. Das Bewußtsein ist mehr oder weniger stark, jedoch meist nur kurzfristig gestört. Besonders betroffen sind jüngere Patienten mit Migräne-Anamnese. Der Liquor ist stark blutig (Cave größere Punktion), während bei der zerebralen Massenblutung eher weniger Blut dem Liquor beigemischt ist. – Bei der **Luftembolie** entwickelt sich schlagartig ein schweres Koma, oft mit epileptischen Anfällen, selten mit Herdstörungen. Bei der **Fetteembolie** setzt die Somnolenz gewöhnlich protrahiert, allmählich ein. Häufig bestehen Kopfschmerzen. Nach Injektion von *Depot-Penicillinen* kann – selten – eine reversible, plötzlich einsetzende Somnolenz mit akustischen und optischen Halluzinationen beobachtet werden. – Eine verschieden intensiv ausgeprägte Bewußtseinsstörung mit Kopfschmerzen, Erbrechen und unter Umständen Herdsymptomen kann bei **Hirnsinusthrombose** auftreten. – Kopfschmerzen, mehr oder weniger starke Beeinträchtigung des Sensoriums, Nackensteifigkeit und Fieber, jedoch keine Herdsymptome weisen auf eine **Meningitis** oder, bei stärkerer zerebraaler Symptomatik, auf eine **Enzephalitis** hin.

Leitsymptom: Der Schock

Der Notfall: Septischer Schock

bearbeitet von Professor Dr. P. G. Scheurlen
Direktor der Medizinischen Universitätsklinik und Poliklinik
– Innere Medizin I – 6650 Homburg/Saar

Symptomatik:

Der septische Schock entwickelt sich als ernste und gewöhnlich rasch einsetzende Komplikation von Infektionen mit gram-negativen, seltener gram-positiven Bakterien. Man beobachtet daher hohe Temperaturen und nicht selten Schüttelfröste. Kalte, blaße und feuchte Haut bzw. Akren, die wir bei anderen Schockformen sehen, gehören demnach nicht zum typischen initialen Bild des septischen Schocks; die Haut ist hier warm, erscheint gut durchblutet und ist, wenn keine starke allgemeine Schweißneigung besteht, trocken. Erst in späteren Stadien des septischen Schocks wird die Haut kalt und zyanotisch. Gewöhnlich besteht eine deutliche Hyperventilation. Blutdruckabfall und Tachykardie hat der septische Schock mit anderen Schockformen gemeinsam.

Relativ früh treten schwere Störungen der Hämostase auf, die durch einen Verbrauch an Gerinnungspotential (Gerinnungsfaktoren und Thrombozyten) und gesteigerte Fibrinolyse bedingt sind und zu schweren petechialen oder flächenhaften Hautblutungen bzw. zu Organblutungen führen.

Da der septische Schock bevorzugt bei hinfälligen, kachektischen oder durch andere schwere Krankheiten beeinträchtigte Patienten auftritt, können die allgemeinen Zeichen eines Schocks wie Unruhe, Blutdruckabfall, u. a. leicht übersehen werden.

Anamnese:

Der septische Schock tritt als Komplikation von Infektionen durch gram-negative Keime (besonders Koli, auch Proteus, Aerobacter, Klebsiellen, Pseudomonas und Meningokokken); seltener durch gram-positive Keime wie Staphylokokken, Pneumokokken und hämolytische Streptokokken auf. Septische oder pyämische Verläufe begünstigen die Freisetzung der Bakterien-Endotoxine, die für die Entwicklung des Schocks verantwortlich sind.

Besonders gefährdet sind Patienten, die in ihrer Abwehr geschwächt sind, z. B. bei Diabetes mellitus, unmittelbar nach größeren operativen Eingriffen, bei Kachexie, bei Verbrennungen, bei Agranulozytose oder Leukämien. Der septische Schock kann von einer Harnwegs- oder Gallenwegsinfektion, von einer Peritonitis, von einer (Meningokokken-) Meningitis oder von einem infizierten Abort (septischer Abort) ausgehen; gelegentlich entwickelt er sich auch nach Katheter-Infektionen oder Infektionen eines Tracheostoma.

Sofortdiagnostik:

Blutdruck und Pulsfrequenz sind – wie bei anderen Schockformen – zu kontrollieren. Temperaturverlauf oder Schüttelfröste, sowie Beschwerden und körperlicher Untersuchungsbefund können auf die auslösende Infektion hinweisen. Harnwegsinfektionen sind durch eine Untersuchung des Urins abzuklären. Für die Verlaufsbeurteilung des Schocks ist die Kontrolle der Urinmenge wichtig. Meist, aber keineswegs immer, findet man bei Septikopyämien eine starke Leukozytose, Linksverschiebung und toxische Granulationen.

Die Störungen der Hämostase (Verbrauchskoagulopathie) sind an einer Verminderung der Thrombozyten zu erkennen. Wenn eine Thrombozytenzählung nicht möglich ist, sollte die Retraktion geprüft werden. Nachblutungen, z. B. nach Venenpunktion, weisen auf eine gesteigerte Fibrinolyse hin.

Therapeutische Sofortmaßnahmen:

1. Schockbehandlung

- a) Freihalten der Atemwege und ggf. *O₂-Zufuhr*.
- b) Volumensubstitution, z. B. mit *Albumin* oder *Plasma*. Die Substitution sollte unter Kontrolle des zentralen Venendruckes erfolgen. *Dextran (Macrodex)-Infusionen* sollten nicht verwendet werden, da sie zusätzlich zu Gerinnungsstörungen führen können.
- c) Nur während der meist kurzfristigen initialen hyperdynamen Reaktion, d. h. wenn Haut und Akren gut durchblutet sind, kann zur Behebung der Hypotonie *Arterenol (1–10 µ/min.) als Dauertropfinfusion verabreicht werden*.
- d) Digitalisglykoside.

2. Antibiotika: Bei bekanntem Erreger ist eine adäquate antibiotische Behandlung durchzuführen. Ist der Erreger unbekannt, so sollte unmittelbar intensiv behandelt werden, z. B. mit *Gentamycin* (2–3 x 4 mg/24 Stunden i. v.) und *Cephalotin* (2–3 x 4 g/24 Stunden i. v.).

3. Da die Patienten stets unter quälender Unruhe und Angst leiden, sollten besonders für den notwendigen Transport ins Krankenhaus, Sedativa verabreicht werden.

Indikation für die Krankens- hauseinweisung:

Jeder Patient mit septischem Schock sollte in ein Krankenhaus eingewiesen werden. Die Einweisung sollte möglichst früh erfolgen, da sich lebensbedrohliche Komplikationen wie die Verbrauchskoagulopathie innerhalb weniger Stunden entwickeln können.

Wichtigste Aufgaben der Krankenhausbehandlung:

- a) Schockbehandlung und vor allem Korrektur des Säurebasenhaushaltes.
- b) Ggf. chirurgische Behandlung (Drainage oder Ausräumung von Abszessen, Empyemen, Behandlung des septischen Abortes u. a.).
- c) Sachgerechte Kontrolle und Behandlung der Hämostasestörung, d. h. der Mikrothrombenbildung und der Verbrauchskoagulopathie und Fibrinolyse.
- d) Kontrolle und Behandlung der durch die Hämostasestörung sich entwickelnden Komplikationen: Akute Niereninsuffizienz, akute Nebenniereninsuffizienz (Waterhouse-Friderichsen-Syndrom), Leberzelldystrophie, Mikrozirkulationsstörungen der Lunge mit akutem Cor pulmonale, Purpura fulminans und Purpura Moschowitz.

Differential- diagnostische und andere Erörterungen:

Fieberhafte Erkrankungen, Infektionen, Schüttelfröste und – mindestens im Initialstadium vorhandene – warme Haut und Akren lassen den septischen Schock von anderen Schockformen unterscheiden. Ein anaphylaktischer Schock, der z. B. bei der antibiotischen Behandlung fieberhafter Infektionen oder nach Verabreichung von Fremdeiweiß auftreten kann, äußert sich gewöhnlich zunächst mit urtikariellen Reaktionen, Frösteln, Dyspnoe, Rückenschmerzen, Erbrechen oder Durchfall sowie Reaktionen der Schleimhäute.

Der septische Schock kann unmittelbar und plötzlich unter dem Bild eines akuten Sanarelli-Shwartzmann-Phänomens bei gram-negativer Sepsis auftreten und zum Bild der Purpura fulminans, des Waterhouse-Friderichsen-Syndroms und des Moschowitz-Syndroms führen, doch ist stets davon auszugehen, daß auch diese Verläufe auf der Grundlage einer Infektion sich entwickeln. Andere Schockformen können sekundär in eine Verbrauchskoagulopathie übergehen.