



Bayerisches Ärzteblatt

Mit amtlichen Mitteilungen der Ministerien

Herausgegeben von der Bayerischen Landesärztekammer

Nummer 9

Zur Kenntnis genommen:

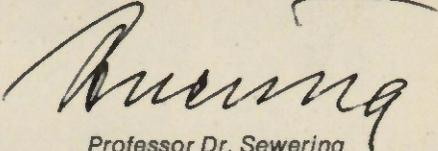
Es ist möglicherweise nicht allgemein bekannt, aber dennoch unstreitig, daß der Arzt die Behandlung eines Patienten ablehnen darf, wenn er die Überzeugung gewinnt, daß ein ausreichendes Vertrauensverhältnis zwischen ihm und dem Patienten nicht herzustellen ist. Der Arzt kann also dem Patienten nahelegen, einen anderen Arzt aufzusuchen. Daraus ergibt sich schon die erste Einschränkung: ein anderer Arzt muß in zumutbarer Entfernung zur Verfügung stehen. Natürlich entfällt das Recht der Ablehnung stets in einem Notfall. Hier würde sich der Arzt einer Verweigerung der Hilfeleistung schuldig machen, wenn er nicht tätig wird.

Wille und Bereitschaft des Arztes sind aber nicht immer und allein entscheidend. Sie gelten bei einem bewußtlosen oder handlungsunfähigen Patienten. Hier hat der Arzt nach dem Grundsatz der Geschäftsführung ohne Auftrag entsprechend dem mutmaßlichen Willen des Patienten zu handeln. Es wird stets davon auszugehen sein, daß der Patient will, daß sein Leben gerettet, seine Gesundheit wieder hergestellt wird. Dies gilt auch für Selbstmörder. Ist der Patient aber handlungs- und urteilsfähig, entscheidet er allein darüber, ob er behandelt werden will oder nicht. Lehnt er die Behandlung ab, trotz eingehender Aufklärung über deren Notwendigkeit und die Folgen ihrer Unterlassung, so ist das verbindlich für den Arzt. Eine Ausnahme muß erwähnt werden. Jeder Bürger muß Maßnahmen dulden, wenn seine Erkrankung für sich allein oder im Zusammenhang mit seinem Verhalten eine Gefährdung für andere Menschen darstellt, also bei ansteckenden Erkrankungen. Aber auch hier sind enge Grenzen gesetzt. So kann eine Operation nicht erzwungen werden, selbst wenn sie zur Ausheilung führen würde. Eine Zwangsabsonderung in bestimmten Fällen bedarf eines richterlichen Beschlusses.

Was uns derzeit in diesem Zusammenhang besonders besorgt, ist die Anwendung dieser Grundsätze auf das Verhalten des Arztes gegenüber einem Sterbenden oder einem hoffnungslos zu Tode Erkrankten oder Verletzten.

In der letzten Zeit sind beunruhigende Meldungen durch die Presse gegangen. So hat ein schwedischer Arzt die Einrichtung von Freitod-Kliniken vorgeschlagen. Drei Kategorien von Menschen sollten das Recht haben, um Todeshilfe zu bitten und in speziellen Kliniken schmerzlos sterben zu dürfen: unheilbare Kranke mit schweren Leiden, alte Menschen, die meinen, lange genug gelebt zu haben, und Verzweifelte, die nicht länger leben möchten. Der schwedische Kollege meint, diese Menschen sollten sich an Kommissionen wenden können, die aus besonders geschulten Ärzten und Psychiatern zusammengesetzt sind. Solche Kommissionen sollten dann entscheiden, ob Todeshilfe gewährt oder abgelehnt wird. Angeblich würden in Schweden ein Viertel der Ärzte für die Einrichtung solcher Todeskliniken sein. In England hat ein Kollege sogar vorgeschlagen, eine Todespille für Greise einzuführen. Wenn die Presse richtig berichtet, wäre er sogar für deren zwangsweise Anwendung.

Angesichts solcher bestürzenden Vorschläge ist es um so erfreulicher, daß die Schweizerische Akademie der medizinischen Wissenschaften den Mut hatte, Richtlinien zur Sterbehilfe zu erarbeiten. Sie können nachgelesen werden im „Deutschen Ärzteblatt“, Blatt 31 vom 4. August 1977. Die Aussagen und Empfehlungen der schweizerischen Kollegen sind ein wertvoller Beitrag zu einer besonders schwierigen Thematik. Sie halten sich an die allgemein anerkannten Grundsätze ärztlichen Verhaltens, Krankheiten zu heilen oder zu bessern, Schmerzen zu lindern und dem Patienten bestmöglich beizustehen, wenn Heilung oder Lebensrettung nicht mehr möglich sind. Ist der Patient noch urteils- und entscheidungsfähig, so gilt auch in dieser letzten Phase seines Lebens seine eigene Entscheidung. Lehnt er die ärztliche Behandlung ab, so muß sie unterbleiben. Entscheidungen, die niemand dem Arzt abnehmen kann, muß er treffen, wenn der Patient selbst seinen Willen nicht mehr äußern kann. Die schweizerischen Kollegen haben auch hier die entscheidende Grenze nicht angetastet: Der Arzt darf niemals aktiv den Tod eines Patienten herbeiführen. Seine Entscheidung, ärztliche Maßnahmen einzustellen oder zu unterlassen, hat zur Voraussetzung, daß er nach seiner Überzeugung am Lager eines Sterbenden steht, der Tod also nicht mehr aufzuhalten ist. Der Respekt vor der Persönlichkeit des Sterbenden, so sagen die Schweizer, kann die Anwendung medizinischer Maßnahmen als nicht mehr angezeigt erscheinen lassen. Damit ist der Bereich ärztlichen Handelns eindeutig definiert zwischen einer sogenannten „aktiven Sterbehilfe“, also dem bewußten Töten, und der medizinischen Assistenz, welche nichts anderes bewirkt, als den Sterbevorgang zu verlangsamen. Der Patient muß in jeder Lebenslage und jedem Alter sicher sein, daß sein Arzt niemals zur „Todesspritze“ greifen, eber auch niemals seinen ärztlichen Auftrag, zu helfen und Schmerzen zu lindern, vergessen wird, wenn der Weg zum ewigen Frieden keine Umkehr mehr erlaubt. Nur bei Beachtung dieser Grenzen ist das Vertrauensverhältnis des Patienten zu seinem Arzt auch in der Zukunft gesichert.


Professor Dr. Sewering

30. Bayerischer Ärztetag in München

Vollversammlung der Bayerischen Landesärztekammer am 7./8./9. Oktober 1977

Ort und Zeit der Arbeitstagungen: *Samstag, dem 8. Oktober 1977, 9 Uhr s. t., und Sonntag, dem 9. Oktober 1977, 9 Uhr c. t., im Sheraton Hotel, München 81, Arabellastraße 6*

Die Verhandlungen finden in geschlossenen Sitzungen statt, zu denen außer den Delegierten der Kammer nur Ärzte als Zuhörer gegen Ausweis Zutritt haben.

Stimmübertragung ist nach dem Kammergesetz nicht zulässig.

Tagesordnung:

1. Tätigkeitsbericht der Bayerischen Landesärztekammer
2. Finanzen der Bayerischen Landesärztekammer
 - 2.1 Rechnungsabschluss 1976
 - 2.2 Entlastung des Vorstandes
 - 2.3 Haushaltsvoranschlag 1978
 - 2.4 Beitragsordnung
3. Ärztliches Berufsrecht
 - 3.1 Neulassung der Berufsordnung für die Ärzte Bayerns
 - 3.2 Neulassung der Weiterbildungsordnung
4. Nachwahl in den Finanzausschuß der Bayerischen Landesärztekammer
5. Bayerische Akademie für ärztliche Fortbildung
6. Besetzung der Berufsgerichte und des Landesberufsgerichtes für die Heilberufe mit nichtrichterlichen Beisitzern und deren Stellvertreter
7. Wahl des Tagungsortes des 32. Bayerischen Ärztetages 1979

Das Prostatakarzinom

Diagnostik und Therapie

von W. Mauer mayer

I. Häufigkeit des Prostatakarzinoms

Das Prostatakarzinom ist nach dem Lungen- und Magenkarzinom das dritthäufigste Karzinom des Mannes. Die Altersverteilung (Tab.) zeigt, daß Erkrankungen vor dem 50. Lebensjahr äußerst selten sind. In einer Sammelstatistik von Balogh und Szendrői über 15 770 Fälle trat das Prostatakarzinom in den ersten vier Lebensjahrzehnten nur in 0,3 Prozent aller Fälle, 1,66 Prozent der Erkrankungen wurden in der Altersgruppe zwischen 45 und 54 Jahren registriert. Der absolute Gipfel mit 51,2 Prozent der Gesamtzahl lag in der Altersgruppe über 75 Jahren.

II. Die Symptomatik des Prostatakarzinoms

Typische Frühsymptome für diese Karzinomerkrankung fehlen leider. Wie bei der überwiegenden Mehrzahl anderer Krebsarten, verläuft das Anfangsstadium ohne bemerkbare Störungen. Die Miktionsbeschwerden, die durch ein Karzinomwachstum der Vorsteherdrüse hervorgerufen werden können, unterscheiden sich in keiner Weise von denen der gutartigen Adenomatose. Der einzige verwertbare Hinweis auf das Vorliegen einer Karzinomerkrankung ist in einigen Fällen die rasche Verschlechterung der Miktion, die gelegentlich von diskreten Anfangsbeschwerden bis zur Harnsperre in einem halben Jahr ablaufen kann.

Die typischen Spätsymptome des Prostatakarzinoms, wie Schmerzen

in der Dammgegend, ausstrahlend zur Glans penis, gehäufte, plötzlicher und imperativer Harndrang tags und nachts, Hämaturie und Hämospemie, ischialgieforme Beschwerden und Schmerzen in der Lendengegend deuten meist schon auf einen weit fortgeschrittenen Tumor hin. Laboruntersuchungen, die eine Frühdiagnose des Prostatakarzinoms ermöglichen, existieren leider nicht. Die Bestimmung der Phosphatasen (alkalische, saure und saure Prostataphosphatase) ist für eine sichere Frühdiagnose unbrauchbar.

III. Pathologische Anatomie

Das Prostatakarzinom geht in der überwiegenden Zahl der Fälle von Drüsen aus, die im Bereich der dorsalen Drüsenanteile in der Nähe der Prostatakapsel liegen (Abb. 1).

Diese Karzinomherden werden im Sektionsmaterial bei der Serienuntersuchung der Drüsen älterer Männer über 65 Jahren in etwa einem Drittel der Fälle gefunden. Obwohl diese Zellgruppen alle histo- und zyto-

logischen Merkmale eines Prostatakarzinoms aufweisen, sind sie in einer großen Zahl von Fällen biologisch nicht aktiv. Wann, unter welchen Bedingungen und Einflüssen diese Karzinomnester zu aktiven Prostatakarzinomen werden, ist bis jetzt unbekannt. Aus diesen Sektionsbeobachtungen leitet sich auch die Vorsicht einiger Autoren ab, bei älteren Männern zur Belebung der Potenz Testosteron zu verordnen, da dieses Hormon möglicherweise latente Herde aktivieren könnte. Ein Beweis für diese These steht bisher allerdings aus.

Die Ausbreitungsstadien des Prostatakarzinoms:

Nach R. Flocks unterscheiden wir folgende Ausbreitungsstadien des Prostatakarzinoms (Abb. 2):

Unter dem Stadium 0 werden alle diejenigen Karzinome zusammengefaßt, die als Zufallsbefunde, ohne einen sicheren Infiltrationsnachweis, gefunden werden. Möglicherweise handelt es sich bei ihnen um die vorher schon beschriebenen inaktiven Karzinomherde. Wie schon gesagt, haben wir bisher keine Kriterien, ob

Altersverteilung des Prostatakarzinoms

Altersgruppe:	0-34	35-44	45-54	55-64	65-74	über 74	Gesamt
Zahl:	21	26	262	1781	5584	8097	15 770
Prozent:	0,13	0,16	1,66	11,29	35,13	51,24	100

Tabelle
nach Balogh, F. und Szendrői, Z. (1968)

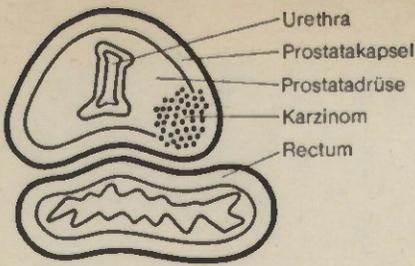


Abbildung 1

es sich hierbei um aktive oder um biologisch inaktive Karzinome handelt.

Das Stadium A ist der isolierte Knoten, der in einem der beiden Prostatalappen nachzuweisen ist.

Im Stadium B sind beide Prostatalappen befallen. Auch ein größerer Knoten in einem Lappen, der diesen ganz einnimmt, wird als Stadium B bezeichnet.

Im Stadium C ist es bereits zu einer Infiltration einer oder beider Samenblasen gekommen. Dieser durch einen Gewebsspalt präformierte Ausbreitungsweg ist die häufigste Infiltration in ein Nachbarorgan (Nachweis durch Vesikulographie).

Das Stadium D liegt dann vor, wenn Metastasen nachgewiesen werden können. Diese Klassifizierung ist *unabhängig* von der lokalen Ausbreitung der Geschwulst. Der Nachweis der Metastasen erfolgt durch folgende Methoden:

1. Röntgenuntersuchung des Skeletts
2. Ganzkörper Knochen-Szintigraphie
3. Lymphographie
4. Knochenbiopsie am Beckenkamm und/oder Sternalpunktion
5. Freilegung und Biopsie der ilioakalen Lymphknoten („Staging“ Operation)

Diese Stadieneinteilung, die sich bis zum Stadium D aus der reinen klinischen Diagnostik ergibt, mit der man meist nur die Spitze des Eisbergs erfaßt, bedarf nach dem neuesten Stand einer gewissen Revision, denn durch die lymphographische Metastasendiagnostik findet eine Verschiebung der Stadieneinteilung zugunsten der fortgeschrittenen Stadien statt. Nach Untersuchungen der Urologischen Universitätsklinik Berlin sah die Stadieneinteilung eines großen Kollektivs vor und nach Lymphographie so aus: Beim Stadium A war das Verhältnis mit 2 Prozent vorher und nachher unverändert. Beim Stadium B waren es vorher 13 Prozent, danach 10 Prozent, im Stadium C vorher 69 Prozent, danach 46 Prozent und im Stadium D waren es vorher 16 Prozent, danach 42 Prozent.

Der Malignitätsgrad des Prostatakarzinoms:

Wie bei anderen Karzinomen, spielt der Malignitätsgrad der Geschwulst

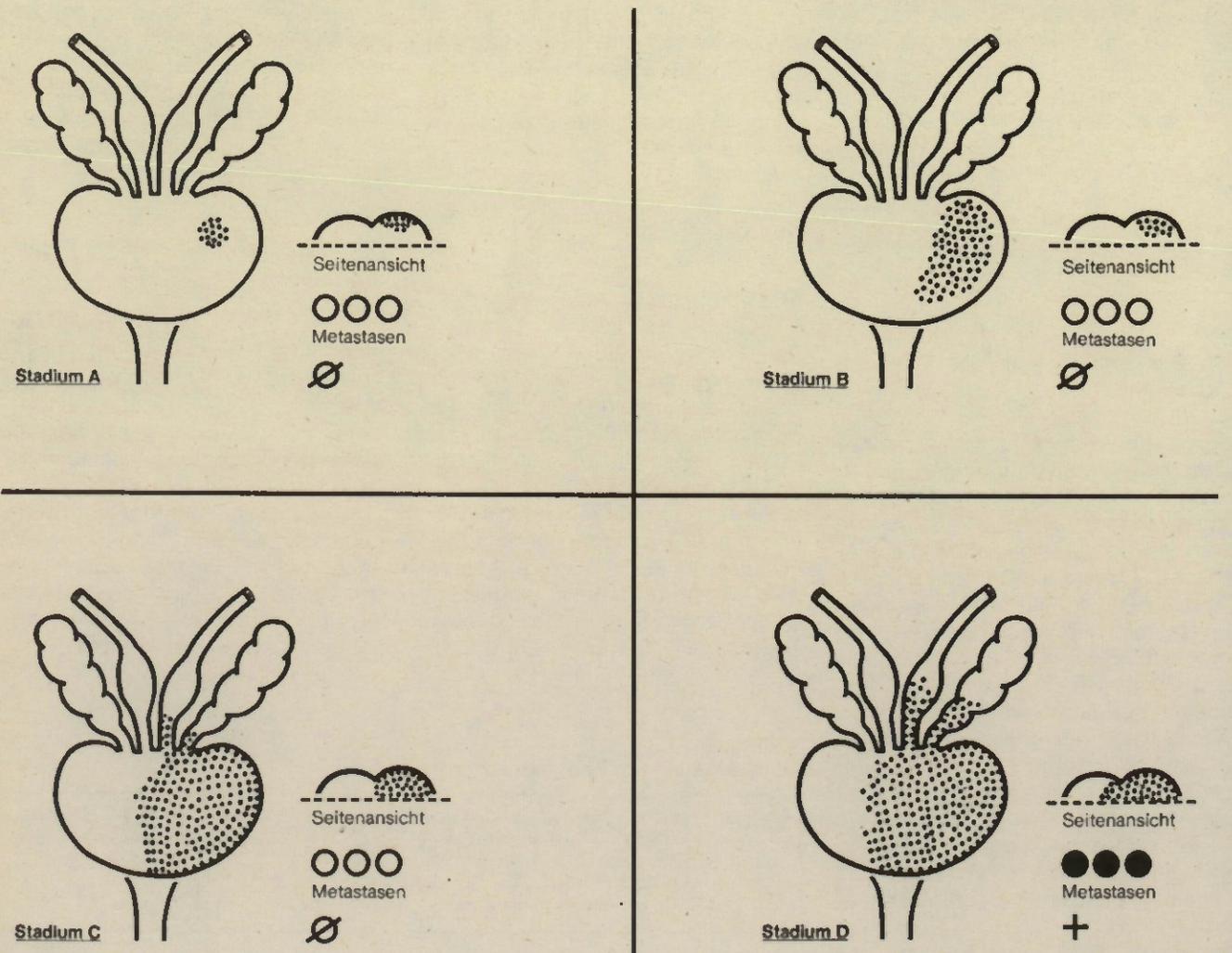


Abbildung 2

eine fast ebenso wichtige Rolle für die Überlebenszeit der Patienten, wie die lokale Ausbreitung und Streuung. Mit zunehmender Entdifferenzierung nimmt die Malignität der Geschwulst zu und die Kurabilität ab.

Die am weitesten ausdifferenzierten Tumoren sind die Adenokarzinome, die sich im histologischen Bild am meisten an das „Muttergewebe“ anlehnen. Eine Untergruppe des hochdifferenzierten Adenokarzinoms ist das weniger differenzierte Adenokarzinom. In weiterer Reihenfolge finden sich dann die solid anaplastischen Karzinome, die kribriformen und die sehr seltenen, schleimbildenden Neoplasmen. Neben der Beurteilung des *histologischen Aufbaues*, wird seit etwa zwei Jahrzehnten auch die zytologische Untersuchung zur Differenzierung der Tumoren angewandt, die durch die große Zahl saugbiopischer Proben zu einer echten Ergänzung, teilweise sogar zu einer Paralleluntersuchung der klassischen histologischen Diagnose geworden ist. (Siehe später unter Saugbiopsie, Abb. 3.)

Das Prostatakarzinom kann die Grenzen des Organs durch direkte Infiltration in die Umgebung überschreiten oder sich durch den Blut- oder Lymphweg ausbreiten. Knochenmetastasen sind fast ausnahmslos Folge einer venösen Ausbreitung. Die Reihenfolge der Häufigkeit des Befalls der verschiedenen Skeletteile ist: Becken und Kreuzbein, Lendenwirbelsäule, oberer Teil des Oberschenkels, Rippen, Skapula. Es handelt sich hierbei fast ausnahmslos um osteoplastische Metastasen.

IV. Die Diagnose des Prostatakarzinoms

Die rektale Untersuchung nimmt unter allen diagnostischen Maßnahmen die erste und wichtigste Stelle ein. Die „Fündigkeit“ dieser Untersuchung ergibt sich aus der pathologischen Anatomie des Prostatakarzinoms, das mit einer Häufigkeit von über 90 Prozent in der Grenzschicht zwischen dorsalen Anteilen der Drüse und der Prostatakapsel entsteht (Abb. 1). Gerade dieser Bereich ist jedoch durch die rektale Untersuchung gut palpabel, so daß die überwiegende Mehrzahl aller Prostatakarzinome, auch wenn sie noch klein und somit *kurabel* sind, durch eine sorgfältige und gekonnte, rektale

Untersuchung erkannt werden kann. Selbstverständlich ist der tastende Finger, auch wenn er noch so geübt ist, allein nicht in der Lage, ein Prostatakarzinom festzustellen. Dazu bedarf es weiterer, fortführender Untersuchungen. Mit der Verdachtsdiagnose eines Karzinoms ist jedoch durch den Untersucher ein wesentlicher Schritt für die weitere Diagnostik eingeleitet worden.

Geübte Untersucher können bis 90 Prozent richtige Diagnosen stellen, die dann durch Biopsie bestätigt werden. Das unterstreicht den Wert der rektalen Untersuchung als einfachstes Suchverfahren.

Die Durchführung der rektalen Untersuchung:

Es gibt mehrere Möglichkeiten mit dem tastenden Zeigefinger die Rückseite der Prostatakapsel zu betasten.

1. Untersuchung in Rückenlage

Der Patient ist in Rückenlage, winkelt beide Oberschenkel an den Oberkörper an und spreizt sie ab. Der Vorteil dieser Position liegt in der Möglichkeit der gleichzeitigen Palpation des Abdomens. Wir benützen diese Lage des Patienten in den Fällen, bei denen wir bei gleichzeitigem Verdacht auf ein Blasenkarzinom oder bei einem ausge dehnten Prostatakarzinom die Infiltration in die Umgebung feststellen wollen.

2. Untersuchung am stehenden Patienten

Die einfachste und häufigst angewandteste Palpationsmethode ist die am stehenden Patienten mit vorgebeugtem Oberkörper.

Die Eindringtiefe des Fingers ist hier geringer. Die Stellung ist für den Patienten unangenehm, das Austasten der dorsalen Anteile des Rektums ist von dieser Stellung aus schwierig.

3. Untersuchung in Knie-Ellenbogenlage

In dieser Stellung kann, besonders wenn die Abwinkelung im Hüftge-

lenk sehr stark durchgeführt wird, eine große Eindringtiefe des tastenden Fingers erreicht werden. Durch ihr Gewicht sinken die Organe des kleinen Beckens etwas nach vorne. Eine Austastung des unteren Mastdarmes ist auch hier gut möglich.

Bei älteren Patienten nimmt das Einnehmen dieser Stellung oft längere Zeit in Anspruch, es ist schwierig, schlecht bewegliche Kranke ohne eine Hilfskraft in diese Untersuchungsposition zu bringen.

4. Untersuchung in Seitenlage

In der rechten oder linken Seitenlage bei stark engewinkelten Oberschenkeln ist ebenfalls ein tiefes Eindringen des Fingers in den Mastdarm möglich. Man sollte sich jedoch angewöhnen, den Patienten immer nur in der rechten oder linken Seitenlage zu untersuchen, um sich das Untersuchungsergebnis besser und leichter einprägen zu können. Seitenverwechslungen sind dadurch ausgeschlossen.

Diese Palpationsform wird von uns bevorzugt, da sie sich aus der vorhergehenden Untersuchung des Patienten in Rückenlage, in der das Abdomen, das Genitale und die Bruchporten untersucht werden, ergibt.

Die Palpation der Prostata:

Der gut gleitend gemachte Finger (Einmalhandschuh mit zusätzlichem Schutz durch einen Gummifingerling) tastet zuerst die Gegend des äußeren Anlringes ab, nachdem durch Spreizen der Gesäßfalte die Analgegend betrachtet wurde. Das Vorhandensein äußerer Hämorrhoiden im Sphinkterbereich, das Vorliegen von Analfissuren und thrombosierten Hämorrhoidalvenen wird registriert.

Nach Erreichen der Vorsteherdüse wird zuerst durch Umfahren ihrer Grenzen die Größe und Ausdehnung des Organs bestimmt. Gleichzeitig kann dabei festgestellt werden, ob sich die Prostata gut gegen die Umgebung abgrenzen läßt. Nun erst gleitet der tastende Finger über das Organ selbst und vergleicht die Konsistenz des rechten und linken Lappens. Dabei wird nicht nur der Grad

der Vergrößerung und Vorwölbung zum Rektum registriert, sondern auch Veränderungen gegenüber der Symmetrie. Nach dieser Feststellung des Drüsenvolumens erfolgt der wichtigste Teil der Untersuchung, nämlich die Überprüfung der Konsistenz. Die normale Drüse hat etwa die Konsistenz des Daumenballens, wenn der Daumen abduziert ist. Für einen sehr genauen Vergleich ist es in diesem Stadium der Untersuchung nötig, mit dem Finger etwas kräftiger die Drüse einzudrücken, da sich nur dann tiefere Indurationen, die unter Umständen unter der Kapsel verborgen sind, palpatorisch nachweisen lassen. Auch hier gilt immer wieder der Grundsatz des Vergleiches zwischen beiden Seiten.

Der typische Knoten des Prostatakarzinoms, etwa eines Stadiums A, hebt sich oft deutlich in seiner Konsistenz vom übrigen Drüsengewebe ab. Nicht selten sind die Veränderungen jedoch kontinuierlich, ein scharf-randiges Übergehen von „hart“ in „weich“ ist nicht sicher festzustellen. Hier ist auch der geübte Untersucher manchmal nicht in der Lage mehr auszusagen, als:

„Verdächtige, diskrete Induration eines bestimmten Bezirks“.

Das große, ausgedehnte und weit fortgeschrittene Prostatakarzinom zu diagnostizieren ist auch dem Ungeübten ohne Schwierigkeiten möglich. Es ist hier aber ein *Umdenken* in dem Sinne nötig, daß der tastende Finger auf das Erkennen feinsten Nuancen „programmiert“ wird. Die „Reizschwelle“ dessen, was als *verdächtig* registriert wird, muß daher besonders niedrig sein. Durch dieses Vorgehen wird sich zwar die Zahl der weiterführenden, diagnostischen Maßnahmen, besonders der Saug- und Stanzbiopsien stark erhöhen, im gleichen Maße ist aber eine häufigere Frühdiagnose eines Prostatakarzinoms zu erwarten.

Der eigentliche Sinn der Vorsorgeuntersuchung ist ja nicht die Diagnose eines nur mehr palliativ behandelbaren, großen Karzinoms, sondern die Früherkennung des kleinen Neoplasmas, das einer kurativen Therapie zugeführt werden kann. Nach beendeter Prostatapalpation ist das Rektum in seiner ganzen Zirkumferenz auszutasten, um einen eventuell hier lokalisierten Tumor zu erfassen.

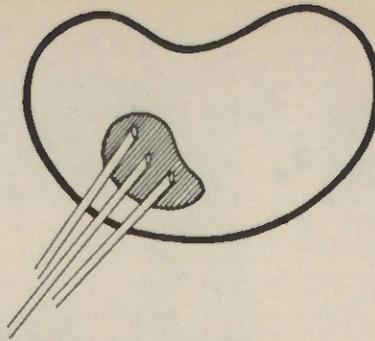


Abbildung 3 a
Saugbiopsie „fächerförmiges“ durchmusterern

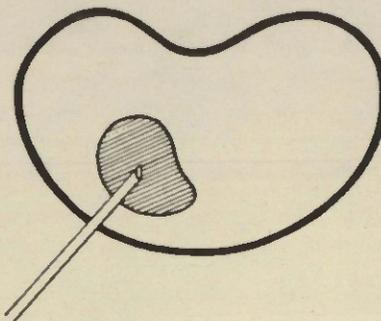


Abbildung 3 b
Stanzbiopsie gezielte Gewebeentnahme

Die Biopsiemethoden:

Grundsätzlich bestehen zwei Möglichkeiten der Biopsie der Prostata: (Abb. 3 a und b)

1. Die Saugbiopsie;
2. Die Stanzbiopsie.

Die *Saugbiopsie* ist eine Methode, bei der mit einer 0,6 mm dünnen Nadel unter Leitung des palpierenden Fingers die verdächtige Stelle *transrektal* punktiert wird. An diese dünne Nadel angeschlossen, ist eine Saugspritze, mit der unter kräftigem Sog und unter Hin- und Herschieben der Nadel im verdächtigen Bezirk Zellmaterial und Gewebesaft aus der Prostata abgesaugt wird. Dieses Material wird auf einen Objektträger aufgetragen und nach Fixation an ein zytologisches Institut eingeschickt. Der Vorgang läßt sich entfernt mit der Zellentnahme aus der Portio zur Früherkennung der Genitalkarzinome der Frau vergleichen.

Die zweite Methode ist die *Stanzbiopsie*. Mit einer etwas dickeren Nadel wird vom Damm aus, in selteneren Fällen auch durch das Rektum hindurch die verdächtige Stelle der

Prostata punktiert, und aus ihr ein feiner Gewebezylinder entfernt. Das Untersuchungsmaterial wird an ein pathologisches Institut zur histologischen Untersuchung eingeschickt.

Das „Treffen“ kleiner, isolierter Knoten, besonders dann, wenn sie am kranialen Rand der Drüse liegen, ist oft vom Damm her technisch schwierig. In diesen seltenen Fällen machen auch wir von der transrektalen Stanzbiopsie Gebrauch, die jedoch aus Gründen der Infektionsprophylaxe im Rahmen eines stationären Aufenthaltes erfolgen muß.

Die beiden erstgenannten Untersuchungsmethoden (transrektale Saugbiopsie und perineale Stanzbiopsie) können ambulant in Lokalanästhesie durchgeführt werden. Der Grad der Belästigung für den Patienten ist gering, Komplikationen sind nur äußerst selten zu erwarten; die Komplikationsquote liegt im Bereich weniger Promille.

Der Ausgangswert der Saugbiopsie ist von der Erfahrung des zytologischen Instituts abhängig. Wir selbst vertreten allerdings den Standpunkt, daß die Einleitung der sehr eingreifenden Therapie beim Prostatakarzinom erst dann gerechtfertigt ist, wenn beide Untersuchungsmethoden (Saug- und Stanzbiopsie, d. h. Zytologie und Histologie) übereinstimmend positiv sind. In wenigen Fällen haben wir bei mehrmals positiven Saugbiopsien *keine* positive histologische Untersuchung erhalten können. Hier wurde die endgültige Diagnosestellung durch eine perineale Probefreilegung der Prostata mit ausgedehnter Probeexzision aus dem verdächtigen Bezirk endgültig gestellt.

In den Fällen, bei denen durch beide Untersuchungsmethoden keine eindeutige Diagnosestellung möglich ist, müssen beide Untersuchungsverfahren unter Umständen wiederholt angewandt werden, bis endgültig entschieden ist, ob ein Karzinom auszuschließen oder anzunehmen ist.

(Schluß folgt)

Anschrift des Verfassers:

Professor Dr. Wolfgang *Mauermayer*, Direktor der Urologischen Klinik und Poliklinik rechts der Isar der Technischen Universität München, Ismaninger Straße 22, 8000 München 80

Der Gehschmerz - ein Energieproblem

DUSODRIL® bildet vermehrt Muskelenergie und senkt gleichzeitig den erhöhten Laktat Spiegel im ischämischen Gewebe:

Somit beseitigt **DUSODRIL®** die Ursachen des Gehschmerzes.



1)
O. Eiert et al.,
Therapiewoche 1976
23.3947

2)
B. R. Czapak
Inaugural-Diss.
München 1973

Dusodril® mehr Energie mehr Geleistung

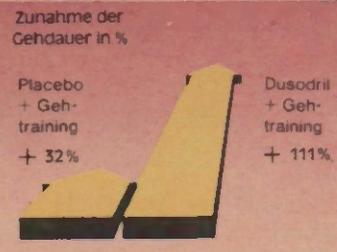
retard

bei peripheren Durchblutungs- und Nutritionstörungen

Auch bei Dauertherapie ausgezeichnet verträglich



Energieriche Phosphate im musc. gastrocnemius (1)



Steigerung der Gehstrecke bei Claudicatio intermittens (2)



LIPHA
Arzneimittel GmbH
Münchener Str. 61
4300 Essen
Tel. (0201) 23 33 43

Dusodril zur Basis- und Langzeitbehandlung.
Indikationen: Peripher funktionelle und organische Durchblutungs- und Nutritionstörungen; zerebrovasculäre Insuffizienz; organisches Psychosyndrom
Kontraindikationen: Frischer Herzinfarkt, manifeste Herzinsuffizienz.

Zusammensetzung	Neutrolonyl-Hydrogencitrat	Dusodril	Dusodril retard
	1 Dragee 1 Amp. à 5 ml	50 mg 40 mg	100 mg
Dosierung		3 x tgl. 1-2 Drag. 1-2 Amp. tgl. (6 m. 1. u. 1. x)	2-3 x tgl. 1-2 Drag.
Handelsformen	20 Dragees 80 Dragees 100 Dragees 5 Ampullen Anstaltspackungen	- DM 20,60 DM 20,90 DM 13,25	DM 11,95 DM 31,95 DM 48,45

Der medizinische Fortschritt im Spiegel von 60 Kongreßprogrammen*

von A. Schretzenmayr

Der jährlich zweimal stattfindende Augsburger Fortbildungskongreß für praktische Medizin kann Ende September 1977 mit den beiden Hautthemen:

„Erkrankungen des venösen Systems“ und „Pathologie des kleinen Beckens“ seine 60. Wiederholung feiern.

Aufbauend auf den über 400 Jahre alten Fortbildungsbestrebungen, die auf das Collegium medicum Augustanum und die Lehrtätigkeit des großen Vesalius zurückgehen, hat unser Augsburger Ärztekongreß 30 Jahre lang nicht nur im wissenschaftlichen und ärztlichen Leben Schwabens eine wichtige Rolle gespielt, sondern auch entscheidende Impulse der medizinischen Wissensvermittlung im bundesdeutschen Raum und darüber hinaus im Gebiet der deutschsprachigen Anrainer gegeben: Bedeutende medizinische Kongreßveranstaltungen des In- und Auslandes können cum grano salis als üppige Töchter der in Augsburg nach dem Zweiten Weltkrieg entwickelten Methodik und Thematik der ärztlichen Fortbildung angesehen werden. Seit Jahren bestehen zudem Kontakte zu Bestrebungen, diese reichen Erfahrungen auch auf der Basis der Europa-Gemeinschaft im Interesse einer modernen und effizienten ärztlichen Versorgung der europäischen Bevölkerung zum Tragen zu bringen.

Ein Jubiläum dieser Art, das zeitlich eine ganze Ärztegeneration umfaßt, fordert zu einem wissenschaftlichen Rückblick und Ausblick heraus. Wir gehen dabei von dem Gedanken aus, daß die Programme dieser 60 Kongresse, wenn sie wirklich Jahr

für Jahr die Ärzte über das Neueste und Aktuellste informierten, den Fortschritt der praktischen Medizin in diesen 30 Jahren widerspiegeln müssen, daß also die kaleidoskopartige Aneinanderreihung der etwa 1000 Referate dieser 60 Kongresse die Entwicklung der Nachkriegsmedizin aufzeigen wird.

Nun wäre es hier unmöglich über diese 1000 Referate im einzelnen zu berichten; aber wir können Zusammengehöriges integrieren und Schwerpunkte aufführen, um die gleichen Rückschlüsse zu erlangen: So waren die Programme der ersten Augsburger Ärztekongresse fast ausschließlich geprägt von dem kriegsbedingten Nachholbedarf an ärztlicher Fortbildung. Der weitaus größte Teil der Ärzteschaft war ja im aktiven Sanitätsdienst mindestens fünf, oft acht, zehn und mehr Jahre tätig, ohne die Möglichkeit einer ausreichenden Fortbildung zu haben. Gerade aber während der Kriegs- und Nachkriegsjahre kam eine der wichtigsten medizinischen Erfindungen dieses Jahrhunderts – die Sulfonamid- und Antibiotika-Therapie – zum Tragen und die ersten drei Augsburger Kongresse beschäftigten sich deshalb mehr oder weniger ausschließlich mit dieser neuen Therapieform.

Die Situation damals war ja äußerst kritisch für die Ärzte der Praxis: Namhafte Professoren verlangten, daß Penicillin ausschließlich der stationären Behandlung im Krankenhaus vorbehalten werden müsse, da die Ärzte der Praxis damit keine Erfahrungen hätten! Jeder Patient, der eine Penicillinspritze brauchte, sollte ins Krankenhaus eingeliefert werden! Welch eine Fehlbeurteilung im Licht der nachfolgenden Entwicklungen! Die ärztliche Fortbildung ist den richtigen Weg gegangen: Durch intensive Information mit Hilfe von Kongreß-Diskussionen, -Vorträgen,

Übungen am Krankenbett und praktischen Unterweisungen bekamen die Ärzte der Praxis innerhalb kurzer Zeit die Antibiotikatherapie in den Griff – sie ist zu einer der wirksamsten Waffen der Praxis gegen Infektionen und Seuchen geworden. Ein paar Beispiele aus den Kongreßprogrammen zu diesem Schwerpunkt: „Die Seuchen und ihre Abwehr“ (Ministerialdirigent Dr. habil. Hagen, Bonn); „Sulfonamide und Antibiotika“ (Professor Dr. Schmidt, Marburg); „Chemotherapie der Lungentuberkulose“ (Professor Heilmeyer, Freiburg).

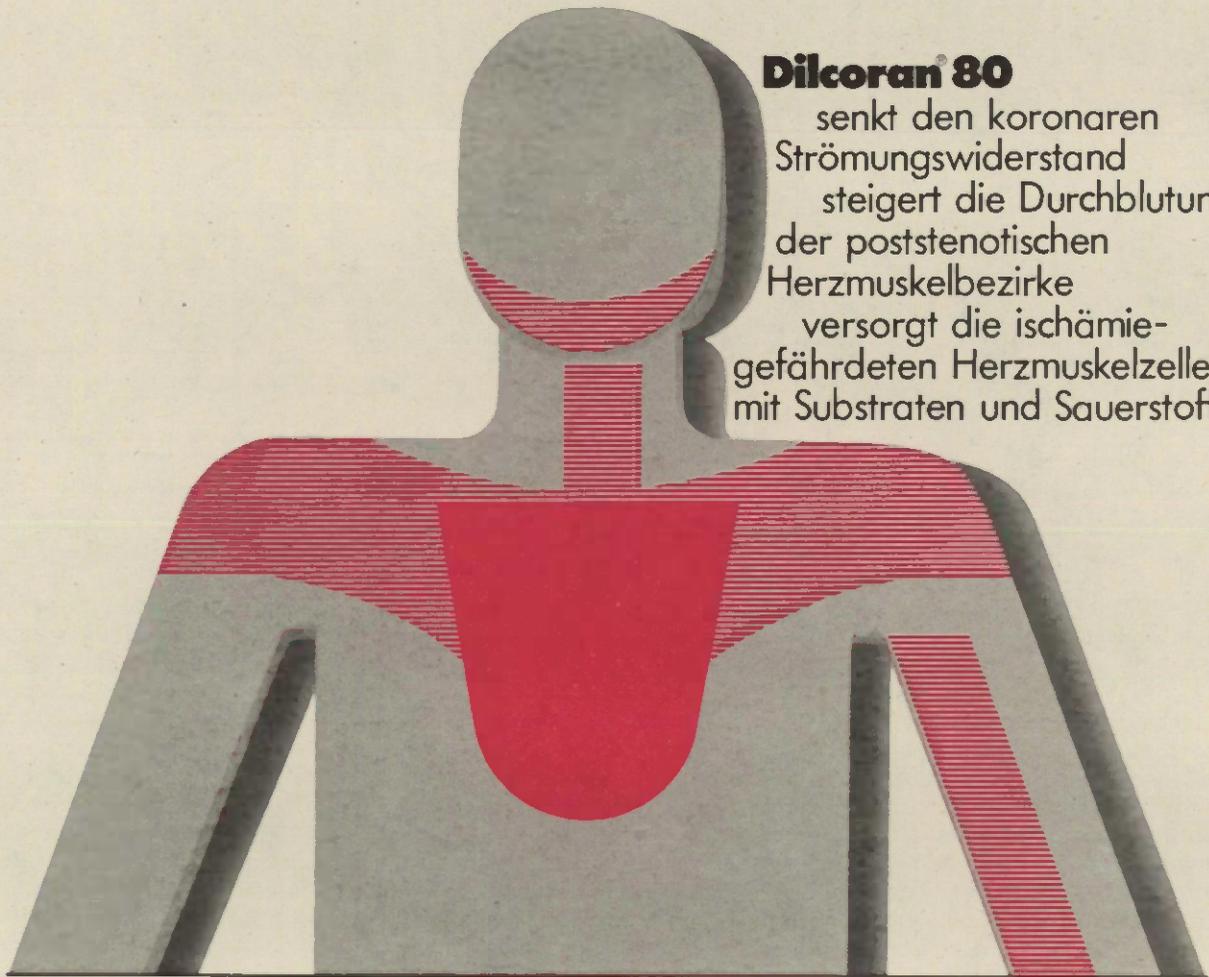
Ähnliches ereignete sich dann ein paar Jahre später bei der Neueinführung der Cortisontherapie zur Behandlung der rheumatischen Krankheiten, des Asthmas, der Allergien und vieler anderer Krankheitszustände: Durch intensive Fortbildung wurden, besonders durch Referate von Professor Heilmeyer, auf dem 10. und den folgenden Kongressen die Ärzte der Praxis mit diesem hochwirksamen, aber gefährlichen Medikament vertraut gemacht; Cortison-Schäden konnten so rechtzeitig vermieden und das Cortison gezielt dort eingesetzt werden, wo es wirksam und notwendig ist. Mit der „Friedrich-von-Müller-Gedächtnis-tagung“, dem 23. Augsburger Kongreß Frühjahr 1959 („Neue Entwicklungen der Sulfonamid-, Antibiotika- und Cortisontherapie“) wurde diese Thematik der zwei wichtigsten Arzneimittel unseres Jahrhunderts nochmals ausführlich dargestellt und abgeschlossen. Später waren nur noch kleinere Fortschritte und Korrekturen auf diesem Gebiet notwendig.

Die zwischen den ersten „Penicillinkongressen“ und den „Cortisonkongressen“ liegenden Veranstaltungen Nr. IV bis IX mußten andere, nicht minder dringende Nachholthemen aufgreifen.

*) Zum 60. Augsburger Fortbildungskongreß für praktische Medizin vom 23. bis 25. September 1977

Der Herzschmerz

Poststenotische ischämische Herzmuskelareale
verursachen pektanginöse Beschwerden.



Dilcoran® 80

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

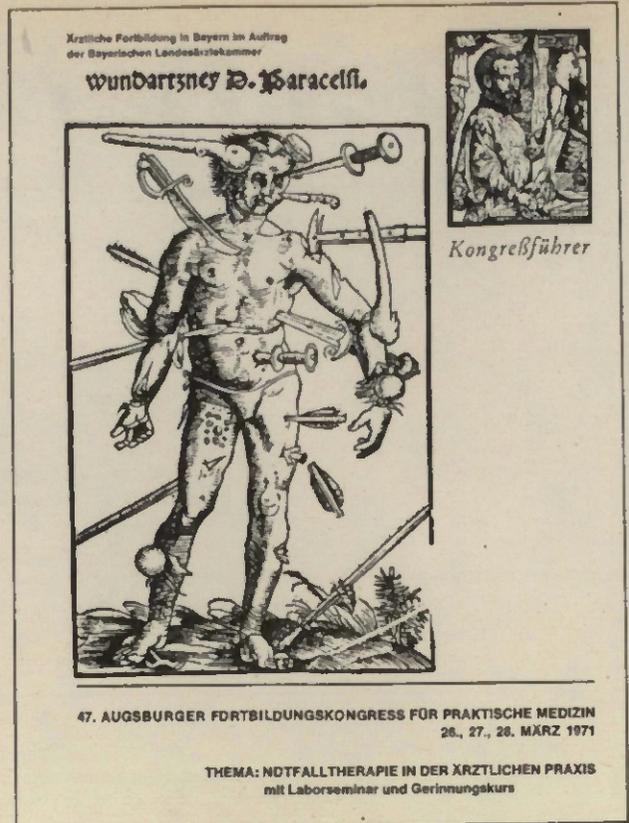
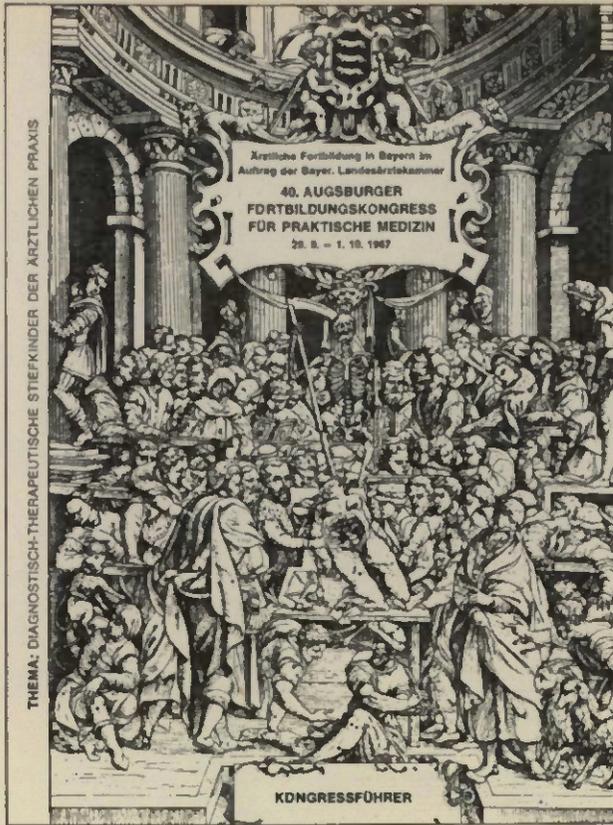
Das zuverlässige Langzeit-Nitrat

Dilcoran® 80

nimmt Ihren Koronarpatienten die Angst vor dem neuen Tag

Zusammensetzung: Dilcoran 80: 1 Oblong-Tablette enthält 80 mg PETN. Dilcoran 80 S: 1 Oblong-Tablette enthält 80 mg PETN, 45 mg Phenobarbital. Indikationen: Koronare Durchblutungsstörungen jeder Genese. Dilcoran 80 S bei Angina pectoris mit psychischen oder nervalen Komponenten. Kontraindikationen: Kollapszustände und Schock, frischer Myokardinfarkt. Bei Dilcoran 80 S zusätzlich Porphyrie. Nebenwirkungen und Begleiterscheinungen: 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 80/80 S verstärken. Die Einnahme von Dilcoran 80 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 80: 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.

GÖDECKE



Der 4. Kongreß referierte über die Geburtshilfe und Neonatologie; damals gab es ja noch viele Hausentbindungen, die Geburtshilfe und die Sorge für die Säuglinge lag noch weitgehend in den Händen der Ärzte der Praxis. Da heute alle Geburten in der Klinik erfolgen, ist diese Thematik in der Praxis und in den Kongreßprogrammen nunmehr durch die gynäkologischen, geburtshilflichen und pädiatrischen Vorsorgeuntersuchungen abgelöst (18., 23. und 35. Kongreß).

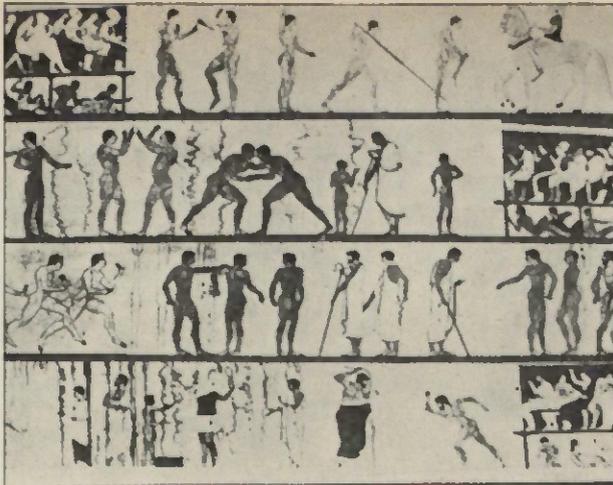
Sehr früh, nämlich schon beim 5. Augsburger Kongreß, taucht eine Thematik auf, die später immer wiederkehrt und heute noch nicht abgeschlossen ist: Die „Herzkreislaufstörungen.“ Schon damals wurde über „Chirurgie der Herzerkrankungen“ (Professor Frey, München), „Röntgen-Kinematografie des Herzens“ (Professor Janker, Bonn) und „Hypertonie“ (Professor Dennig, Stuttgart) gesprochen; der 16. (Zeitkrankheiten), der 18. (Mineralhaushalt), der 20. (Die Wassersucht) und der 29. Kongreß (Herzinsuffizienz) nahmen die Herzkreislaufthematik wieder auf, die sich in den späteren Jahren dann auf den Herzinfarkt, die angina pectoris sowie die arteriellen

und venösen Verschlußkrankheiten konzentrierte (39., 46., 51., 58. und 60. Kongreß).

Das Thema „Krankheiten des Blutes“ des 6. Kongresses war einem besonders aktiven Förderer der Augsburger Ärztekongresse, Professor Heilmeyer, Freiburg, auf den Leib geschrieben: In Günzburg geboren – schon seine Eltern und die Eltern des Verfassers dieser Zeilen kannten sich – war er immer wieder dorthin zurückgekehrt und zeigte großes Interesse für alles, was in der engeren Heimat vor sich ging. Wie gerne hätte er es gesehen, wenn die Augsburger Universitätspläne damals rascher vorangegangen wären – leider waren die Ulmer flinker als die Augsburger und haben es verstanden, die „Zugmaschine Heilmeyer“ vor den Wagen ihrer Universitätsträume zu spannen!

Die Programme der nun folgenden 30 bis 35 Kongresse waren überwiegend durch die Tatsache beeinflusst, daß sich in der Nachkriegsmedizin eine weitgehende Aufsplitterung in einzelne Spezialfächer und Subspezialitäten herauskristallisierte, die manche Unruhe in die praktische Medizin brachte. Der Spezialarzt,

von der Bevölkerung mit Vorschußlorbeeren bedacht, drängte in die freie Praxis; es mußte ihm dort der für die ärztliche Versorgung günstigste Wirkungskreis zugewiesen werden, andererseits durfte der für die ärztliche Versorgung unentbehrliche Allgemeinarzt nicht verdrängt werden; es ergab sich so für die Fortbildung die Aufgabe, auf wissenschaftlichem Gebiet die Arbeit der beiden Gruppen abzugrenzen und zu einer für den kranken Menschen optimalen Zusammenarbeit zu integrieren. So wurde die Neurologie und Neurochirurgie (8. Kongreß) selbständig, die Urologie und Nephrologie (9. Kongreß) folgte diesem Trend, die Rheumatologie (13. Kongreß) schloß sich an. Die Gastroenterologie meldete ihre Wünsche auf Spezialisierung an (10. Kongreß), die dann später (15., 41., 48., 49. und 57. Kongreß) durch den Siegeszug der Endoskopie beschleunigt wurde. Die Unfall- und Notfalltherapie wurde zu einem für den in der Praxis tätigen Arzt besonders wichtigen Teilgebiet; fünf Kongresse (7., 34., 47., 53. und 57. Kongreß) widmeten sich ausschließlich dem Notfallthema. Die Immunologie (43. Kongreß), die Intensivtherapie (44. Kongreß), die Langzeittherapie (48. und



50. AUGSBURGER JUBILÄUMS-FORTBILDUNGSKONGRESS
FÜR PRAKTISCHE MEDIZIN

22.-24. SEPTEMBER 1972

THEMA: SPORT UND MEDIZIN

Kongressführer



Kongressführer

52. AUGSBURGER FORTBILDUNGSKONGRESS
FÜR PRAKTISCHE MEDIZIN
21., 22., 23. SEPTEMBER 1973
MIT LABORSEMINAR

THEMA:
PHARMAKOTHERAPIE
MIT NEUEN
WIRKSTOFFEN

54. Kongreß) füllten die Programme, die über die Spezialisierungstendenzen in der Medizin orientierten. Der 27. Kongreß legte mit dem Thema „Die neuen Spezialgebiete und ihre Bedeutung für die Praxis“ die

Grundlagen für die praktische Nutzung dieses neuen Trends in der Medizin, der bis heute noch nicht abgeschlossen ist und der der Fortbildung eine wichtige neue Aufgabe zuteilt, nämlich dafür zu sorgen, daß

die praktische Medizin sich nicht in ein Nebeneinander von vielen Spezialfächern aufsplittet, sondern daß zum Wohl des Kranken eine ständige Zusammenarbeit, Integration und gegenseitige konsiliarische Hilfe

55. AUGSBURGER FORTBILDUNGSKONGRESS
FÜR PRAKTISCHE MEDIZIN, 21., 22., 23. MÄRZ 1975
MIT LABORFORTBILDUNG

THEMA: PSYCHIATRIE UND PSYCHOTHERAPIE
IN DER NICHTPSYCHIATRISCHEN UND
PSYCHIATRISCHEN SPRECHSTUNDE

Kongressführer

56. AUGSBURGER FORTBILDUNGSKONGRESS
FÜR PRAKTISCHE MEDIZIN 19., 20., 21. SEPT. 1975
MIT LABORFORTBILDUNG
THEMA: OER RHEUMAKRANKE
IN DER SPRECHSTUNDE
MIT LABORSEMINAR

Kongressführer

LUCAS CRANACH D. J.
„DER JUNGERMANN“

Kongreßführer



59. AUGSBURGER FORTBILDUNGSKONGRESS
FÜR PRAKTISCHE MEDIZIN 25.-27. MÄRZ 1977

THEMEN: DER ALTE MENSCH IN DER SPRECHSTUNDE
DIÄTETIK HEUTE

zwischen den einzelnen medizinischen Disziplinen gepflegt wird.

Der ständig steigende Wohlstand in den Nachkriegsjahren und seine gesundheitlichen Folgen nahmen ab 1960 wesentlich Einfluß auf die Kongreßgestaltung: „Das Wirtschaftswunder als Krankheitsursache“ lautete das Thema des 30. Kongresses (1962) und berühmte Referenten und berühmte Themen schmückten das Programm: „Krankheit und Umwelt“ (Professor Uehlinger, Zürich); „Zivilisation und Stoffwechsel“ (Professor Kühnau, Hamburg); „Soziologie des Wirtschaftswundermenschen“ (Dr. R. Tandler, Telgte/Westfalen); „Das Hyperaliments-Syndrom“ (Professor Volkheimer, Berlin); „Fettleber“ (Professor Siede, Frankfurt); „Das Arterioskleroseproblem“ (Professor Eggstein, Tübingen); „Jugend im Wohlstand“ (Professor Lempp, Tübingen); „Die Angst des Reichen und des Satten“ (Professor H. Hoff, Wien). Fünf weitere Kongresse (38., 40., 46., 50., 51.) beschäftigten sich mit diesen zeitbedingten Problemen und bauten Prävention, Diagnose und Therapie dieser häufigsten Krankheitsursachen weiter aus.

Ein heute in der Presse hochgespieltes Problem beschäftigte unsere

Augsburger Fortbildung schon seit dem 22. Kongreß (1958), nämlich die praktischen Fragen der Arzneimittelverordnung. Vier weitere Kongresse (28., 32., 37., 52.) brachten Ergänzungen und neue Erkenntnisse. Es geht dabei nicht nur um die heute im Vordergrund stehende Kostendämpfung, sondern um grundsätzliche Wandlungen in der Arzneiverordnung. Alle älteren Jahrgänge der Ärzte haben – überspitzt ausgedrückt – die Arzneiverordnung auf der Universität nach der „Frosch-Pharmakologie“ gelernt, d. h. das Tierexperiment bildete eine wesentliche Grundlage der Arzneikunde. Heute hat die „klinische Pharmakologie“ neue Gesetzmäßigkeiten bei der Arzneikunde entdeckt; es galt die Ärzteschaft der Praxis auf die Prinzipien der „klinischen Pharmakologie“ umzustellen. Sicher ist dabei auch die Kostenfrage zu berücksichtigen, wichtiger aber ist die Effizienz der Arzneiverordnung; denn eine unterdosierte oder gar unterlassene Arzneiverordnung reißt viel größere Löcher in den Geldsack und führt zudem oft zu Irreversiblen Schäden.

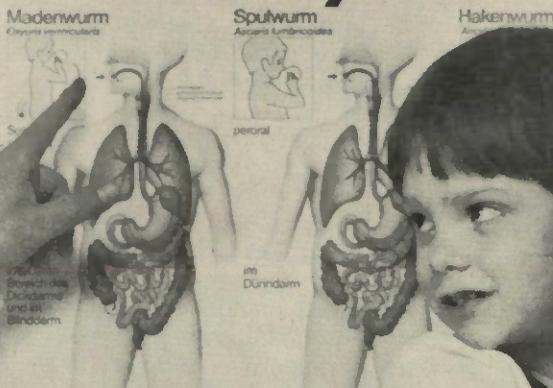
Es ist der Ärzteschaft der freien Praxis häufig zum Vorwurf gemacht worden, sie verordne nur Tabletten, kümmere sich aber nicht um die

Psychotherapie; wie unbegründet solche Pauschalvorwürfe sind, geht daraus hervor, daß sich drei Kongresse (42., 44., 55.) ausschließlich, fast jeder Kongreß jedoch auf Teilgebieten dem Studium der modernen Psychologie und Psychotherapie gewidmet haben. Daß auch das Krebsproblem nicht zu vernachlässigen war, liegt auf der Hand; ist doch der Arzt der Praxis diejenige Stelle, die als erste Instanz vom Patienten mit Krebsverdacht in Anspruch genommen wird und die dann den Krebskranken vor und nach Operation, Bestrahlung, Chemotherapie und Krebsklinik fortlaufend zu betreuen hat. Der 25. Kongreß hatte die Ehre, als Ehrengast und Festredner, den noch heute lebenden Gründer des deutschen Krebsforschungsinstituts in Heidelberg, Professor K. H. Bauer, zum Krebsproblem zu hören und seitdem steht dieses Thema praktisch bei jedem Kongreß zur Diskussion, ausschließlich dem Krebs gewidmet waren die 49. und 58. Veranstaltung.

Soweit die Thematik unserer 60 Augsburger Fortbildungskongresse. Lassen Sie mich einige Leitlinien zur Augsburger Fortbildungsmethode sagen, weil ja gerade in den letzten Jahren von nicht-ärztlicher Seite Vorwürfe in Presse und Rundfunk gegen die derzeitige Methode der ärztlichen Fortbildung erhoben wurden: Kongresse seien eine eltmodische Einrichtung, man müsse „moderne didaktische Methoden“, einsetzen, man müsse eine Zwangsfortbildung verlangen.

Kongresse, wie sie vor den beiden Weltkriegen praktiziert wurden, sind tatsächlich unmodern. Es ist gerade das Typische für unseren Augsburger Kongreß, daß er sich von diesen antiquierten Systemen gelöst hat und daß er die Fortbildungsmethoden durch den Einbau des interkollegialen Gespräches (Podiumsdiskussionen, Round-Table-Gespräch, Streitgespräch, Saaldiskussion mit Hilfe des Mikrofons an der langen Leine, seminaristische Einrichtungen usw.) sowie durch weitgehenden Einsatz audiovisueller Methoden bis hin zur Farbfernsehung modernisiert hat. Nur an einem hat Augsburg immer festgehalten, nämlich am *Congressus*, d. h. am Zusammentreffen, an der Aussprache, an der persönlichen Kontaktaufnahme bei der ärztlichen Fortbildung; diese menschlichen Beziehungen der Kongreßfortbildung können durch nichts,

Wurmzyklen.



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

Indikationen:
 Helmex® (Pyrantelpamoat) ist ein neues, hochwirksames Wurmmittel zur Eindosis-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.
Handelformen 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

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.

Das Helmex®-System
 Zur kostenlosen Anforderung

- Stempel und Unterschrift
- Wandtafeln mit Wurmzyklen
- Diagnostikstreifen
- mehrsprachige Patienten-Merkblätter
- Ärzte-Muster gemäß AMG § 34 (3)



Bitte ausschneiden und einwerfen an Pfizer GmbH, Abt. Roerig Pharmazeutika, Postfach 1349 - 7500 Karlsruhe 1

auch nicht durch die modernsten elektronischen Didaktikgeräte ersetzt werden und deshalb wird es auch in Zukunft weiterhin Augsburger Fortbildungskongresse geben; Ihre Effizienz ist in der Augsburger Form unbestritten und objektivierbar – die Kongreßfortbildung in der modernen Form ist auch heute noch neben der Fortbildung auf Kreisverbandsebene neben der medizinischen Monographie und der regelmäßigen Lektüre der medizinischen Zeitschriften die wichtigste Grundlage einer fortschrittlichen ärztlichen Wissensvermittlung.

Und nun zum Problem der Zwangsfortbildung für Ärzte. Wir wollen einmal ganz von der juristischen Frage, ob ein solcher Zwang nach dem Grundgesetz möglich und ob er praktikabel ist, absehen und auch nicht von der Aufbringung der riesigen Kosten einer Zwangsfortbildung sprechen. Wir wollen die entscheidende Frage in den Vordergrund stellen, ob die Effizienz der Erwachsenenfortbildung durch Zwang gegenüber der Effizienz bei freiwilliger Mitarbeit gesteigert werden kann. Jeder in der Erwachsenenbildung Tätige wird diese Frage verneinen. Besonders in der ärztlichen Fortbildung würde bei der großen Differenziertheit der Fortbildungsbedürfnisse ein Hineinzwängen der Ärzte in irgendwelche Standardkurse nur Nachteile in der Wissensvermittlung bringen. Die Vielschichtigkeit des heutigen Fortbildungsangebotes und die Möglichkeit der freiwilligen Auswahl durch den Arzt selbst, entsprechend seinem „Bedarf“, ergibt die besseren Voraussetzungen für die Effizienz bei der ärztlichen Fortbildung.

Wir wollen durchaus nicht zufrieden und gesättigt die Hände in den Schoß legen und den Eindruck erwecken, als seien Verbesserungen bei der Effizienz der ärztlichen Fortbildung gar nicht nötig. Im Gegenteil, die ständig sich übersteigernden Neuentdeckungen und Fortschritte in der praktischen Medizin erfordern eine weitere Steigerung der Fortbildungsanstrengungen. Diese Steigerung kann nicht durch Zwang, sondern durch eine Vermehrung der Motivation zur ärztlichen Fortbildung erreicht werden. Die bisher einzige Motivation zur ärztlichen Fortbildung ist eine ethische: Der Arzt fühlt sich als Betreuer seiner Kranken aus innerem Antrieb verpflichtet, diesem Kranken die bestmögliche Diagnose und Therapie zukommen zu lassen. Andere Motivationen, wie sie z. B. beim Beamten (Beförderung) oder bei anderen freien Berufen (Umsatzsteigerung) eine Rolle spielen, gibt es im ärztlichen Beruf nicht. Können wir zusätzlich zur ethischen neue Motivationen schaffen? Die englischen Ärzte haben mit Erfolg einen neuen Weg aufgezeigt: Jeder Arzt, der eine vorgeschriebene Zahl von Fortbildungsbemühungen nachweisen kann, erhält ab 45. Lebensjahr und unter gleichen Bedingungen ab 55. Lebensjahr eine prozentual höhere Vergütung seiner ärztlichen Leistungen durch den englischen (staatlichen) Gesundheitsdienst. Ich fürchte unsere Krankenkassen würden in Anbetracht der gestörten Partnerschaft mit den Ärzten hier nicht mitmachen; aber ein ähnlicher Gedanke könnte vielleicht im Zusammenhang mit der Altersversorgung der Ärzteschaft realisierbar sein. Im Bundesgebiet wurden in den letzten Jahren

auf Landesebene „Akademien für die ärztliche Fortbildung“ gegründet, auch in Bayern. Eine ihrer Aufgaben ist auch die Pflege der Motivation zur ärztlichen Fortbildung; die Mitgliedschaft in der Akademie wird von der Erbringung bestimmter vorgeschriebener Fortbildungsleistungen abhängig gemacht und diese Mitgliedschaft soll als Auszeichnung und Anerkennung auch in der Öffentlichkeit wirksam sein. Es wird von den Akademien über eine Steigerung der Motivation berichtet; der „große Erfolg“, den man sich erwartet hat, ist jedoch noch nicht zu verzeichnen. Zu wenig wird nach meiner Ansicht auf der Universität der Medizinstudent mit dem Problem der ärztlichen Fortbildung vertraut gemacht. Gerade im Studium könnte die „wissenschaftliche“ Motivation zur Fortbildung neben der „ethischen“ dem angehenden Arzt ans Herz gelegt werden: Jeder Medizinstudent wird heute mehr oder weniger zum Naturwissenschaftler erzogen, leider erlahmt später im Alltag der Praxis bei einem Teil der Ärzte dieses wissenschaftliche Interesse, das für viele andere eine wesentliche Motivation zum Besuch von Fortbildungskongressen bleibt. Diese Motivationen schon beim jungen Studenten zu wecken und zu erhalten, ist eine dringende Bitte der Fortbildung an die Universitätslehrer.

Eine besondere Motivation darf unser Augsburger Kongreß für sich in Anspruch nehmen, ich möchte sie die „historische“ Motivation nennen: Die eingangs erwähnte Tätigkeit des Collegium Medicum Augustanum, zu Vesals Zeiten begonnen und 1572 offiziell durch Vertrag mit der freien Reichsstadt Augsburg anerkannt als Berufsvertretung der Ärzte, betraut mit ethischen, praktischen und wissenschaftlichen Aufgaben, gibt auch heute noch den schwäbischen Ärzten und ihren Kollegen aus allen deutschsprachigen Gebieten Impulse, unseren beruflichen Vorfahren nicht nachzustehen.

Möge der Augsburger Kongreß in diesem Sinne auch weiterhin seine Aufgabe zum Wohl der Kranken und im Interesse der Volksgesundheit erfüllen.

Anschrift des Verfassers:

Professor Dr. med. A. Schretzenmayr,
Frohsinnstraße 2, 8900 Augsburg

Band 30 der von der Bayerischen Landesärztekammer herausgegebenen Schriftenreihe steht unseren Kollegen kostenlos zur Verfügung.

Dieser Band enthält Einführungen in ärztliche Fortbildungsveranstaltungen – Eine Auswahl (1961 bis 1972)

Schretzenmayr: Medizin ein lebenslanges Studium

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

Der endokrine Notfall*

von Peter C. Scribe

Aus der Medizinischen Klinik Innenstadt der Universität München (Direktor: Professor Dr. med. E. Buchborn)

1. Allgemeines

Es ist gar nicht so einfach, die endokrin-metabolischen Krisen aus dem größeren Zusammenhang mit der allgemeinen Intensivmedizin zu lösen. Prinzipiell kann jede endokrine Drüse durch Über- oder Unterfunktion zu einer akut vitalbedrohlichen Situation führen; eine Ausnahme machen hier nur die Gonaden. Prinzipiell sind endokrine Komata und Krisen als solche meist beherrschbar. Allerdings setzt dies den rechtzeitigen Einsatz der spezifischen Behandlungsmöglichkeiten voraus. Der auch heute noch allzu häufig deletäre Ausgang solcher Krisen wird nämlich wesentlich von sekundären Komplikationen — Aspirationspneumonie, Kreislaufversagen, Fehler bei der Infusionstherapie usw. — mitbestimmt. Vor allem diese Sekundärkomplikationen bedürfen der modernen allgemeinen Intensivtherapie, von welcher das Kapitel der Behandlung der endokrin-metabolischen Krisen schon aus diesem Grunde nicht zu trennen ist.

Ich werde versuchen, im folgenden die für die Praxis bedeutsamen diagnostischen und therapeutischen Probleme herauszuarbeiten.

2. Der Sonderfall Tetanie

Die häufigste endokrine Krise stellt ohne Zweifel die Tetanie dar. Die Tetanie bietet dabei gleich zwei Besonderheiten. Zum ersten besteht fast immer eine eklatante Diskrepanz zwischen geringer objektiver Lebensbedrohlichkeit und erheblicher subjektiver Verängstigung des Patienten.

ten. Zum zweiten handelt es sich in der weit überwiegenden Mehrzahl der Fälle gar nicht um eine endokrine Erkrankung, es besteht vielmehr „nur“ eine normokalzämische Hyperventilationstetanie.

Die Symptome des tetanischen Anfalles, d. h. also der manifesten Tetanie, sind im allgemeinen wohlbekannt, Karpalspasmus, schmerzhafte Muskelkrämpfe, Karpfenmund und Laryngospasmus. Es ist zu beachten, daß Spasmen der glatten Muskulatur u. a. auch einmal zu abdominalen Schmerzen führen, die an eine Gallenkolik denken lassen können. Ganz im Vordergrund steht ferner die eindrucksvolle Angst des Patienten. In einem solchen Anfall sollte man als erstes eine venöse Blutentnahme durchführen. Dabei muß man sich meist einer Handrückenvene bedienen, da die Kubitalvene infolge der krampfhaften Beugung des Unterarmes nicht zugänglich ist. Die entnommene Blutprobe benötigt man für die anschließende Kalziumbestimmung, da es entscheidend wichtig ist, eine hypokalzämische Tetanie von einer normokalzämischen zu unterscheiden. Bei der normokalzämischen Tetanie sollte nicht mit oralen Kalziumgaben und darf nicht mit Vitamin D oder AT 10[®] behandelt werden. Ich bin auch gegen Kompromißpräparate, besonders wenn diese keineswegs indifferent sind, wie Frubiase-Calcium forte[®]. Behandelt man eine normokalzämische Tetanie mit Vitamin D, so droht bei denjenigen Patienten, die dieser Behandlung konsequent folgen, eine Hyperkalzämie und diese Hyperkalzämie wird immer wieder lange übersehen und führt nicht selten zum vital bedrohlichen Hyperkalzämiesyndrom.

Im tetanischen Anfall ist man nun allerdings gelegentlich gezwungen, über die von der vorausgehenden Blutentnahme her noch liegende

Nadel Kalzium zu injizieren. Dies ist kein Widerspruch zu der Aussage, daß über 95 Prozent der tetanischen Anfälle normokalzämisch sind. Man kommt eben manchmal nicht darum herum, den hochgradig verängstigten Patienten durch die Kalziuminjektion zunächst von seinen Symptomen zu befreien. Wenn man dann weiß, daß es sich um eine normokalzämische Hyperventilationstetanie gehandelt hat, so wird man in einem nachfolgenden Gespräch in Ruhe das Problem der Hyperventilation erklären müssen. Ich versuche, den Patienten dabei klarzumachen, daß es sich um eine unwillkürliche, meist unbewußte Hyperventilation handelt, und daß die zuviel abgeatmete Kohlendioxid durch eine Plastikbeutelrückatmung im Beginn eines Anfalles wieder eingefangen werden kann. Der Patient soll einen fünf bis acht Liter fassenden Plastikbeutel zuerst aufblasen, ihn sich dann über den Mund halten und so langsam wie es geht, in diesen Beutel hinein- und aus ihm wieder herausatmen, wobei dieser größer und kleiner werden muß. Lernt ein Patient mit einer Hyperventilationstetanie die Benutzung dieses Plastikbeckens, so hat das sehr oft einen günstigen Effekt auf die auslösenden Angstzustände. Ich habe schon wiederholt erlebt, daß Patienten, die sich mit ihrem Plastikbeutel in der Westentasche sicher fühlten, nie mehr hyperventilationstetanische Anfälle hatten. In anderen Fällen kann es nötig sein, gegebene Konfliktsituationen psychosomatisch oder psychiatrisch anzugehen.

Von mindestens ebenso großer praktischer Bedeutung ist das sogenannte Hyperventilationssyndrom. Darunter verstehen wir durch Hyperventilation verursachte Beschwerden, die auftreten, ohne daß ein manifester tetanischer Anfall beobachtet oder anamnestisch angegeben wird bzw. ohne provozierbare

*) Vortag enläßlich der 16. Tagung der Vereinigung der Fachärzte für Innere Medizin Bayern e. V. in München.

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

Tetanie. Das Hyperventilationssyndrom kann u. a. abdominelle Beschwerden, die an z. B. Gallekoliken, oder kardiale Symptome, die an eine Angina pectoris denken lassen, aufweisen. Charakteristisch sind das Auftreten im Zusammenhang mit emotionaler Belastung, die oft sehr diskrete Hyperventilation, die Normokalzämie und das Ansprechen auf die Plastikbeutelrückatmung.

Das Kapitel über die Tetanie sei mit einem Hinweis auf den an sich seltenen akuten Hypoparathyreoidismus abgeschlossen. Besonders schwere Verlaufsformen wurden nach Entfernung eines oder mehrerer Epithelkörperchenadenome, also nach operativer Behandlung des primären Hyperparathyreoidismus, beschrieben, vor allem wenn die Skelettbeteiligung intensiv war. Auch nach Parathyreoidektomie wegen eines tertiären Hyperparathyreoidismus mit schwerer renaler Osteodystrophie wurden schwere Verlaufsformen des akuten Hypoparathyreoidismus beobachtet. Dabei kommen neben tetanischen Symptomen akute Verwirrheitszustände, psychotische Bilder und zerebrale Krampfanfälle zur Beobachtung. In diesen Fällen müssen die Kalziuminjektionen unter Umständen kurzfristig wiederholt werden. Gelegentlich ist zur Beseitigung der Hypokalzämie auch die Dauerinfusion von Kalziumglukonat, z. B. 100 bis 200 ml zwei-prozentige Lösung pro Stunde, unter Umständen tagelang erforderlich (zehn Ampullen 10% Kalziumglukonat à 10 ml mit 0,9% NaCl-Lösung auf 500 ml gebracht, ergeben eine zwei-prozentige Infusionslösung mit insgesamt 900 mg Kalziumionen). — Im allgemeinen, z. B. nach Strumaresektion, geht man aber mit der parenteralen Kalziumzufuhr beim akuten parathyreooprivem Hypoparathyreoidismus sparsam um, um den hypokalzämischen Reiz für eine Stimulierung des restlichen Parathyroidea-Gewebes nicht völlig zu nehmen. Es sollte nur so viel Kalzium gegeben werden, daß gerade noch keine Tetanie aufkommt.

3. Prävention absehbarer Verschlechterungen bei bekannten Grundkrankheiten

Eine bestehende *Hyperthyreose*, mit oder ohne Ophthalmopathie bzw.

bei bekanntem autonomen Adenom der Schilddrüse, stellen fast eine absolute Kontraindikation gegen die Anwendung jodhaltiger Röntgenkontrastmittel dar, da sonst die kritische Exazerbation droht. Müssen jodhaltige Röntgenkontrastmittel bei einem solchen Patienten oder kurz nach Behandlung einer Hyperthyreose aus zwingender Indikation gegeben werden, so sollte dies unter antithyreoidalem Schutz geschehen. Wir bevorzugen in diesen Fällen die gleichzeitige kompetitive Hemmung der Jodidraffung durch 900 bis 1500 mg Perchlorat (Irenat®) pro Tag, wobei zusätzlich die Organifizierung des Jodids in der Schilddrüse durch 120 mg Methimazol (Favistan®) blockiert wird. Diese Schutzmedikation wird vom Tag vor der Röntgenkontrastuntersuchung an einige Tage lang durchgeführt, bis damit gerechnet werden kann, daß der Großteil der im Kontrastmittel enthaltenen Jodmenge ausgeschieden ist.

Bei normaler Belastung wird die chronische primäre Nebennierenrindeninsuffizienz im allgemeinen mit 30 mg Cortisol (Hydrocortison®) p. o. über den Tag verteilt behandelt. Sowohl bei primärer als auch bei sekundärer Nebennierenrindeninsuffizienz erfordern außergewöhnliche Belastungen (Unfälle, Operationen, Infektionen usw.) eine erhebliche Erhöhung der Substitutionsdosis auf das Fünf- bis Zehnfache des Normalen. Bei vorhersehbarer Belastung, z. B. durch Operationen, ist diese Anpassung zwingend einzuplanen; gegen unvorhergesehene Belastungen kann der Patient durch einen entsprechenden *Medikamentenausweis* abgesichert werden.

Bei *Diabetikern* wird man absehbare Verschlechterungen dadurch zu vermeiden wissen, daß man die Insulinbehandlung auf die bekannte perioperative kombinierte Infusion von Glucose und Insulin umstellt. — Dem bewußtseinsgetrübten oder bewußtlosen Patienten mit *Diabetes insipidus* droht eine unter Umständen schnell lebensgefährliche Exsikkose, wenn keine adäquate Flüssigkeitszufuhr und Umstellung der Substitution mit antidiuretischem Hormon auf parenterale Zufuhr erfolgen (s. c. oder i. m.).

In der Praxis wäre manche Krise zu vermeiden, wenn bei den genannten

Beispielen konsequent *prophylaktisch* gedacht würde.

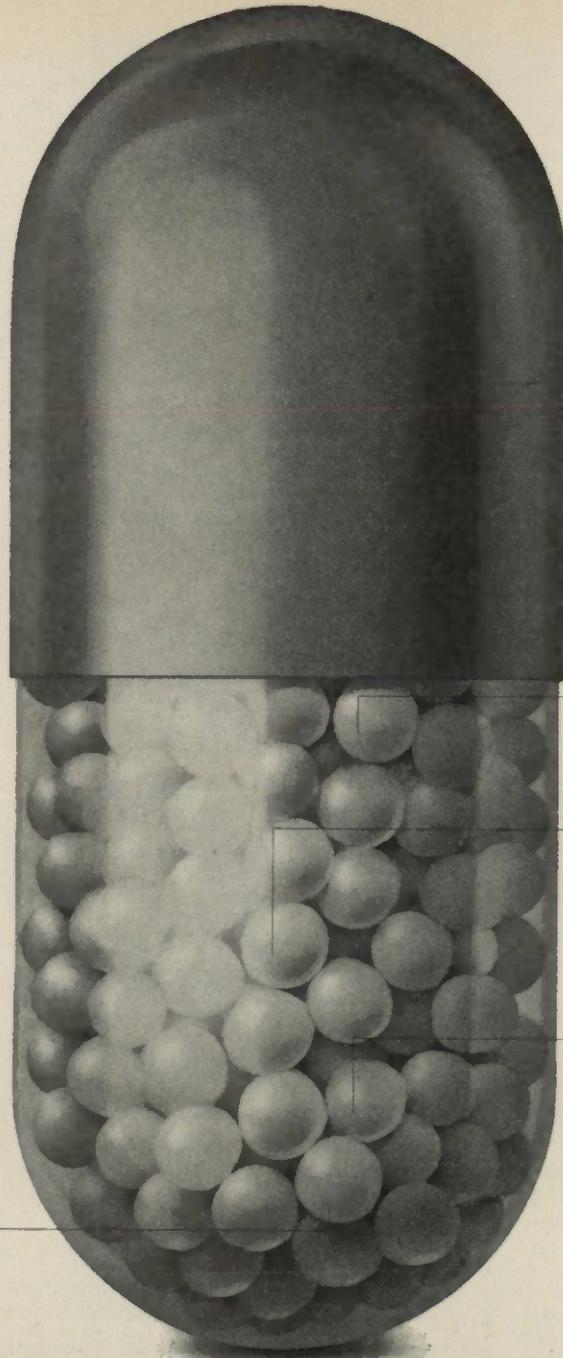
4. Erkennung kritischer Exazerbationen bei bekannter Grundkrankheit

Hier geht es um den richtigen Moment für das Umschalten von üblicher spezifischer Behandlung auf die spezifische *Krisentherapie*. Auch dem Erfahrenen fällt es manchmal nicht leicht, den Moment festzulegen, von dem an z. B. die Verschlechterung einer bekannten Hyperthyreose als bedrohlich im Sinne der drohenden oder eingetretenen Krise zu bezeichnen ist. Es muß ja nicht immer erst zum Basedow-Koma kommen. Eine kritische Verschlechterung rechtzeitig zu erkennen, ist aber deswegen so wichtig, weil mit dem Beginn der Gefahr von der Morbus-spezifischen Normalbehandlung auf die eigentliche Krisentherapie umgeschaltet werden muß. Das Kriterium der Bedrohlichkeit einer endokrin-metabolischen Erkrankung ist nur sehr schwer quantitativ zu definieren. Ohne Zweifel liegt hier auch eine der Wurzeln für die Widersprüchlichkeit der Angaben über die Prognose der einzelnen Krisen. Die Entscheidung darüber, ob eine bekannte endokrin-metabolische Erkrankung sich kritisch verschlechtert, wird immer eine klinische bleiben und auf der Grundlage der subjektiven Gewichtung der einzelnen Symptome basieren.

Ein nützliches funktionsanalytisches Kriterium für die Entscheidung der Frage, Krise oder nicht, ist in unserer Erfahrung das *Elektroenzephalogramm*. Man beobachtet im Zusammenhang mit dem Auftreten bedrohlicher Verschlechterungen vieler endokrin-metabolischer Erkrankungen das Auftreten unspezifischer Allgemeinveränderungen im EEG. Es handelt sich vorwiegend um kontinuierliche oder diskontinuierliche langsame Rhythmen im Sinne von Delta-Wellen. Solche Delta-Wellen konnten wir regelmäßig bei schwerer Thyreotoxikose, bei ausgeprägter Hyperkalzämie, bei Hypoglykämie (z. B. Tolbutamidbelastung beim Insulinom) und bei Nebennierenrindeninsuffizienz im Cortisolmangel beobachten. Diese EEG-Veränderungen sind nicht spezifisch für eine einzelne endokrin-metabolische Erkrankung; sie zeigen aber die zere-

Schnelles Einschlafen

Ungestörtes Durchschlafen



Pro Dorm und Pro Dorm retard regulieren psychisch oder somatisch bedingte Störungen des Wach-Schlaf-Zyklus.

Pro Dorm retard setzt – in therapeutischen Dosen verabreicht – den Wechsellenwert deutlich herauf und sichert regenerativen Schlaf von ausreichender Dauer.

Die Retard-Form vereint schnellen Wirkungseintritt mit kontrolliert verzögerter Wirkstofffreigabe und guter Verträglichkeit.

Das Pro-Dorm-retard-Prinzip: die optimale Lösung.

1 Jede Kapsel Pro Dorm retard enthält mehrere hundert winzige Chronodrugs. Diese haben einen löslichen Überzug unterschiedlicher Stärke.

2 Die Wirkstofffreigabe erfolgt protahiert in dem Maße, wie sich der Überzug im Resorptionsbereich löst.

3 Gegenüber konventioneller Applikation – eine Tablette wirkt nur etwa 4–5 Stunden (Einschlafeffekt) – ist eine Kapsel Pro Dorm retard über einen Zeitraum von 6–8 Stunden therapeutisch wirksam (Durchschlafeffekt).

4 Die schnelle Eliminierung bewirkt das frische Erwachen. In pharmakokinetischen Untersuchungen konnte nachgewiesen werden, daß die Ausscheidung der therapeutischen Dosis in 24 Stunden abgeschlossen ist (zum Vergleich: Barbiturate sind bei gleicher Dosierung noch nach 16 Tagen im Harn nachweisbar).

Pro Dorm[®] retard

Zusammensetzung: 1 Kapsel Pro Dorm retard enthält 200 mg Methaqualon, 2 Methyl-3-o-tolyl-4-(3H)-chinazolinon; 1 Tablette Pro Dorm enthält 300 mg Methaqualon, 2 Methyl-3-o-tolyl-4-(3H)-chinazolinon. **Indikationen:** Ein- und Durchschlafstörungen, Wiedereinschlafstörungen im Alter, Schlafstörungen bei Schmerzzuständen verschiedener Genese und bei Infektionskrankheiten mit Fieberzuständen. **Dosierung:** 1 Kapsel Pro Dorm retard oder 1 Tablette Pro Dorm kurz vor dem Schlafengehen mit etwas Flüssigkeit einnehmen. **Kontraindikationen:** Schwere Leberschäden, Epilepsie, Diabetes, Alkoholismus, Schäden des Nervensystems. Pro Dorm sollte während der Schwangerschaft nicht eingenommen werden. Auch für Kinder unter 14 Jahren ist es nicht geeignet. **Nebenwirkungen:** In vereinzelt Fällen und bei besonders empfindlichen Patienten sind leichte Paraesthesien beschrieben worden. In diesen Fällen ist zu empfehlen, die Dosis zu vermindern. **Hinweise:** Alkohol beeinflusst die Wirkung von Pro Dorm. Wie für alle Schlafmittel gilt auch für Pro Dorm, daß das Reaktionsvermögen (Straßenverkehr, Arbeitsplatz) am nächsten Morgen noch beeinträchtigt sein kann. Eine Tagesdosis von 300 mg und eine Anwendungsdauer von vier, höchstens acht Wochen sollte nur in begründeten Fällen überschritten werden. **Verschreibungsformen:** Pro Dorm retard: Packung zu 20 Kapseln DM 11,70; Pro Dorm: Packung zu 20 Tabletten DM 7,95; Preise inkl. MwSt. Ärztemuster, Literatur und Basisinformation durch: SCHÜRHOLOZ ARZNEIMITTEL GMBH, vorm. Chem. Fabr. Schürholz GmbH, Fritz-Berne-Straße 47, 8000 München 60



brale Beteiligung an der Symptomatik und damit die drohende oder bereits bestehende Gefahr, spricht Krise, an. Im Zweifelsfall entscheiden wir uns beim Vorliegen dieses Zeichens für den Einsatz der spezifischen Krisentherapie.

5. Differentialdiagnose der Krisen oder des Koma unbekannter Ätiologie

Strenggenommen müßte ich hier die Beschränkung auf die endokrinen Krisen aufgeben. Bei komatösen Patienten kommen differentiendiagnostisch natürlich zerebrale Erkrankungen, kardiovaskuläre Komplikationen, Intoxikationen, sowie metabolische und endokrine Krisen usw. in Frage. Selbstverständlich kann ich die erweiterte Differentialdiagnose hier nicht darstellen. Entscheidend ist einfach, daß man ein *diagnostisches Schema* für den Bewußtlosen parat hat und dies gilt in unterschiedlicher Differenziertheit für das breite Spektrum vom praktizierenden Kollegen bis zur ultramodernen Intensivstation. Diese Formel sollte beachtet werden:

$$p \times c \neq d \times c$$

$p \times c$ steht für Patient im Coma; $d \times c$ steht für Doktor in Confusion. Auf das Ungleichheitszeichen in der Mitte kommt es an, mit anderen Worten, man braucht ein klares Konzept für den Umgang mit dem komatösen Patienten und soll nichts Irgendwelchen Zufälligkeiten überlassen.

6. Laboratoriumsdiagnostik

Aus der Sicht des Laboratoriums sollte vom erstversorgenden Arzt eine genügend große *Blutprobe venös* entnommen werden, bevor z. B. unter dem Verdacht auf eine Hypoglykämie oder zur Diagnose ex juvantibus 50prozentige Glucose injiziert wird. Diese *Ausgangsbloodprobe* sollte zusammen mit der Information über die ergriffenen Notfallmaßnahmen an das weiterbehandelnde Krankenhaus geschickt werden. Diese Ausgangsbloodproben sind für die weitere Versorgung komatöser Patienten von großer Bedeutung und wir wünschen sie uns

daher nachdrücklich, sowohl vom praktizierenden Kollegen als auch von den Notärzten, als auch von den Stationen, auf denen es zur Krise kommt.

Im Falle einer endokrin-metabolischen Krise unterscheidet man:

1. Sofort vom Notfall-Labor in jedem Fall zu ermittelnde Meßgrößen (Tab. 1). Diese Werte sind für die there-

Notfall-Screening durch Sofortbestimmungen

	Blut-Glucose	Natrium / Kalium	Kalzium	Blut-pH	pO ₂	pCO ₂	Kreatinin i. S.	Osmolalität / Hämatokrit
Thyreotoxische Krise	+	+	+		+		+	
Myxödemkoma	+	++		+	+	++	+	+
Primäre NNR-Insuffizienz	++	++	+	+	+	+	+	+
Akutes Cushing-Syndrom	+	++		++	+	++	+	
Akute HVL-Insuffizienz	+	+		+	+	+	+	+
Kritischer Diabetes insipidus		+		+			+	++
Hypokalzämische Krise		+	++	+		+	+	+
Tetanischer Anfall		+	++	+		+		
Hochdruckkrise	+	+	+	+			+	
Hypoglykämie	++	+						
Coma diabeticum (3 Forman)	++	++		++	+	++	+	++

Tabelle 1

Verzögerte Laboratoriumsdiagnostik des Notfalles

Thyreotoxische Krise	Thyroxinbestimmung (eventuell T ₃ -RIA) sichern die Diagnose gegebenenfalls unter Berücksichtigung der Eiweißbindung (T ₃ -in vitro-Test)
Myxödemkoma	Thyroxin, T ₃ -in vitro-Test, basales TSH (RIA)
Primäre NNR-Insuffizienz	Der Ausgangscortisolwert reicht zunächst. Die schwere Erkrankung ist ein Stimulus von genügender Intensität, auf eine ACTH-Belastung kann zunächst verzichtet werden
Akutes Cushing-Syndrom	Cortisol-, eventuell Mineralocorticosteroidbestimmungen
Akute HVL-Insuffizienz	Zunächst Cortisol- und Thyroxinwerte
Kritischer Diabetes insipidus	Flüssigkeitsbilanz und -zufuhr unter Kontrolle der Ausscheidung und Osmolalität (Elektrolyte); Ausschluß gleichzeitiger HVL-Insuffizienz
Hyperkalzämische Krise	Phosphor und alkalische Phosphatase zur Einleitung der vielfältigen Differentialdiagnose
Tetanischer Anfall	Hypokalzämische und normokalzämische Tetania sind wesentlich hinsichtlich Differentialdiagnose und Therapie verschieden
Hochdruckkrise	s. a. Differentialdiagnose bei Hypertonie
Hypoglykämie	Entscheidend ist die Insulinbestimmung (RIA) in der zum Zeitpunkt der Hypoglykämie gewonnenen Probe
Forman des Coma diabeticum	Zusätzlich zu Blutglucose, pH und Osmolalität ist die Laktatbestimmung für die Diagnose der Laktatazidose erforderlich

Tabelle 2

peutischen Notfallmaßnahmen bestimmend.

2. Spezielle Hormon- und Stoffwechsellanalysen (Tab. 2). Diese Werte werden gezielt angefordert; es ist im allgemeinen ein Fehler, mit der Notfall-Therapie zu warten, bis diese Ergebnisse eintreffen.

In Tabelle 1 sind die *bekannt* endokrinen Krisen aufgeführt. Bei einigen dieser Krankheitsbilder ist die *rein klinische* Diagnose (1) ohne größere Schwierigkeiten möglich. So etwa bei der thyreotoxischen Krise, beim Myxödemkoma, bei der akuten primären Nebennierenrindeninsuffizienz und bei der Tetanie. Für die übrigen Notfälle gilt, daß die Spezifität ihrer Symptomatologie häufig für eine rein klinische Diagnose *nicht* ausreicht. In die gleiche Schwierigkeit kommt man auch bei relativ typischen Krisen, wenn sie entweder oligosymptomatisch sind oder in Kombination mit sonstigen vital bedrohlichen Erkrankungen auftreten.

Die in Tabelle 1 angegebenen Laboratoriumswerte sind für die überwiegende Mehrzahl aller endokrinen-metabolischen Krisen wichtig und werden daher *ungezielt* angefordert und *sofort* benötigt. Mit Doppelkreuzen ist angedeutet, welche Werte für die weitere Versorgung des Patienten von besonderer Bedeutung sind. Während des Eintreffens dieser Werte beginnt, wie bereits gesagt, die Behandlung nach gegebenem klinischen Verdacht.

Oberstes Gesetz: Es ist ein Fehler, bei klinischem Verdacht mit der gezielten Behandlung zu warten, bis die endgültige Sicherung durch Laboratoriumswerte, speziell Hormonanalysen, vorliegt. Uneingeschränkt gilt diese Regel für die thyreotoxische Krise, das Myxödemkoma, die akute Nebennierenrindeninsuffizienz, das hypophysäre Koma, den tetanischen Anfall und die Hypoglykämie; mit Einschränkungen gilt sie auch für die übrigen Krisen.

Die aus dem ersten venösen Zugang entnommene Probe dient sodann im weiteren Verlauf der *gezielten* laboratoriumsdiagnostischen Abklärung bzw. der nachträglichen Sicherung und spezielleren Differentialdiagnose.

Tabelle 2 nennt die wichtigsten Laboratoriumsmethoden, die inner-

halb der ersten Stunden und Tage „verzögert“ aus dem Laboratorium zurückkommen, während die spezifische Notfallbehandlung schon läuft. Die hier vorgeschlagenen Laboratoriumsuntersuchungen leiten selbstverständlich nur die speziellere Differentialdiagnose der einzelnen endokrinen-metabolischen Krisen hinsichtlich der zugrunde liegenden Erkrankungen ein.

7. Spezielle Intensivtherapie

Es bleibt nun noch die spezielle Intensivtherapie der endokrinen-metabolischen Krisen zu besprechen. Im Zweifelsfall würden wir ja wohl alle bei einer solchen Gelegenheit auf die einschlägigen Lehrbücher, Notfallbücher oder Spezialveröffentlichungen (1) zurückgreifen. Ich möchte mich auf ein einziges Beispiel beschränken, auf die Behandlung der hyperkalzämischen Krise.

Behandlung der hyperkalzämischen Krise:

A – Steigerung der Kalziurese:

1. Infusion von vier bis acht Liter (oder mehr) physiologische Kochsalzlösung zur forcierten Diurese (zentraler Venendruck!, Nierenfunktion!)

2. Furosemid (Lasix®) 80 mg alle zwei Stunden i. v. (Kaliumkontrolle!)

B – Hemmung des Knochenumsatzes:

1. Phosphatinfusion (Na_2PO_4 , KH_2PO_4 -Puffer nach Sörensen, pH 7,4) 500 ml mit einem Phosphorgehalt von 2 g in sechs Stunden (führt zu metastatischen Kalkausfällungen)

2. Calcitonin-Infusion

Glucocorticoide (2 x 50 mg Prednisolon i. v. pro die) sind besonders zu empfehlen, wenn die Möglichkeit einer Intoxikation mit Vitamin D besteht, oder bei metastasierenden Malignomen und ferner bei einer die Hormonbehandlung des metastasierenden Mammakarzinoms komplizierenden Hyperkalzämie. Glucocorticoide wirken auch über eine Verminderung der enteralen Kalziumresorption. – Für verzweifelte Fälle wird die Infusion von Mithramycin (Pfizer, Karlsruhe) empfohlen (bis zu 50 µg/kg in fünfpro-

zentiger Glucoselösung über sechs bis acht Stunden).

8. Überwachung des Verlaufes endokriner-metabolischer Krisen

Bei der Behandlung der endokrinen-metabolischen Krisen ist mit dem mehr oder weniger regelmäßigen Auftreten *bekannter sekundärer Komplikationen* zu rechnen. So erfordert etwa die bei der Insulinbehandlung eines initial hyperkaliämischen, ketoazidotischen Coma diabeticum ab der zweiten bis dritten Stunde zu erwartende Hypokaliämie eine sorgfältige parenterale Kaliumsubstitution mit 20 bis 40 mval/Std. Ein weiteres in diesem Sinne zu beachtendes Beispiel ist die Gefahr der Überwässerung bei der Behandlung der Addison-Krise, des Myxödem- und des hypophysären Koma. Von diesen Komplikationen abzugrenzen ist die Überwachung hinsichtlich therapeutischer Nebenwirkungen, wie etwa des aplastischen Syndroms durch antithyreoidale Medikamente.

Schließlich bereitet bei einigen der endokrinen-metabolischen Krisen die Notfalltherapie nur den Weg für eine eigentliche *kausale* Behandlung. So wird nach Normalisierung der Schilddrüsenhormonspiegel häufig eine subtotale Strumaresektion oder eine Radiojodtherapie indiziert sein. Die Notfalltherapie der hyperkalzämischen Krise dient der Verkleinerung des Operationsrisikos bei primärem Hyperparathyreoidismus (Exstirpation der Epithelkörperchenadenome). Die Notfalltherapie schafft ebenso erst die Voraussetzung für eine erfolgreiche operative Behandlung des Phäochromozytoms und des Insulinoms. Der Labordiagnostik kommt hier die Rolle der Entscheidungshilfe für den richtigen *Zeitpunkt* der kausal wirkenden Eingriffe zu.

Literaturhinweis

SCRIBA, P. C. und C. R. PICKAROT: Endokrinen-metabolische Krisen. Diagnostik und Intensivtherapie (1976) No. 2, S. 13 In: Diagnostik 9, 440 ff. (1976)

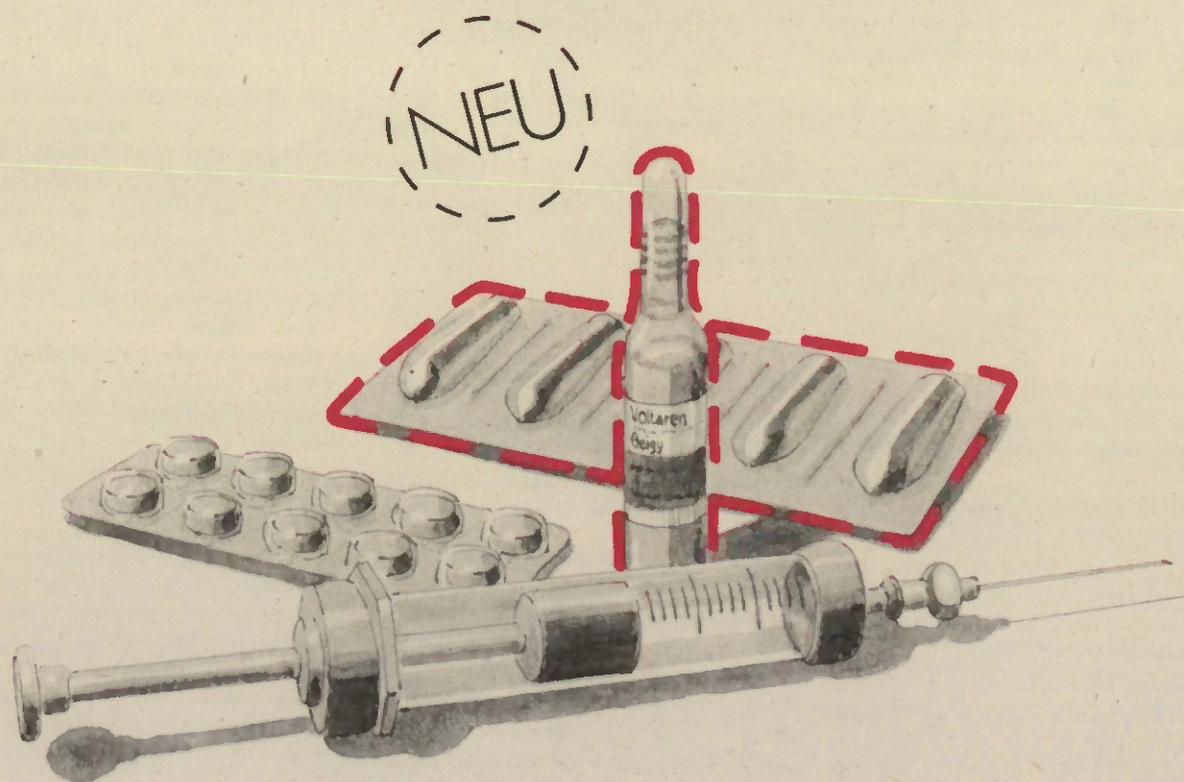
Weitere Literatur beim Verfasser.

Anschrift des Verfassers:

Professor Dr. med. Peter C. Scriba,
Leitender Oberarzt, Ziemssenstraße 1,
8000 München 2

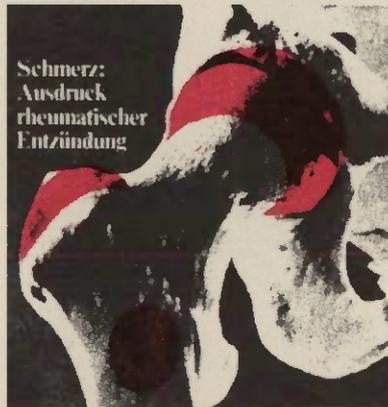
GEIGY informiert

® Voltaren jetzt auch als Ampulle und Suppositorium



**das erste Antirheumatikum
der neuen Generation in 3 Darreichungsformen**

Bei allen Erkrankungen des rheumatischen Formenkreises:



[®] Diclofenac - Natrium **Voltaren** ein Antirheumatikum der neuen Generation

- prompt analgetisch
- stark antiphlogistisch
- anerkannt gut verträglich

Zusammensetzung

Diclofenac-Natrium
Magensaftresistente Dragées mit 25 mg
Suppositorien mit 50 mg
Ampullen zu 3 ml mit 75 mg

Indikationen

Entzündliche und degenerative Formen des Rheumatismus

- chronische Polyarthrit
- Spondylitis ankylosans
- Arthrosen
- Spondylarthrosen

Extraartikulärer Rheumatismus

Nicht-rheumatische entzündliche Schmerzzustände

Kontraindikationen

Ulcus ventriculi et duodeni

Nebenwirkungen

VOLTAREN ist im allgemeinen gut verträglich, doch können zu Beginn der Behandlung mitunter gastrointestinale Reaktionen wie Aufstoßen, Neusea, epigastrische Schmerzen und Diarrhoe sowie leichtes Schwindelgefühl oder Kopfschmerzen auftreten. Diese Nebenerscheinungen sind gewöhnlich leichter Natur und bilden sich in der Regel, auch bei fortgesetzter Therapie, nach einigen Tagen zurück. Ganz vereinzelt sind auch exanthematische Hautreaktionen beobachtet worden.

Nach Verabreichung von Suppositorien wurde gelegentlich über lokale Nebenwirkungen wie leichtes Brennen oder Tenesmen berichtet.

Dosierung

Erwachsene erhalten:

Dragées

Initial 3mal täglich 1-2 Dragées, je nach Schweregrad der Schmerzen.

Für die Langzeittherapie genügt im allgemeinen 3mal 1 Dragée pro Tag.

Die Dragées sind zu oder nach den Mahlzeiten unzerkaut einzunehmen.

Suppositorien

Durchschnittlich 2 Suppositorien pro Tag, gegebenenfalls 3 Suppositorien.

Zur Vermeidung von Nachtschmerzen und zur Linderung der Morgensteifigkeit kann die Einnahme von Dragées während des Tages mit der Verabreichung eines Suppositoriums vor dem Schlaf kombiniert werden.

Hohe Wirksamkeit und gute Verträglichkeit
schließen sich in der Rheumatherapie nicht aus

Ampullen

Im allgemeinen 1 Ampulle pro Tag,
tief intraglutéal.

Bei schwereren Fällen können auch zwei
Injektionen pro Tag verabreicht werden.
(Injektionsstelle wechseln).

(Injektionsstelle wechseln).

Richtlinien bezüglich der Dosierung im Kindesalter liegen bisher nicht vor.

Später Übergang auf VOLTAREN Dragées oder Suppositorien.

Richtlinien bezüglich der Dosierung im Kindesalter liegen bisher nicht vor.

Besondere Hinweise

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

Patienten mit gastrointestinalen Beschwerden oder mit anamnastischen Hinweisen
auf Magen- und Duodengeschwüre sowie Kranke mit schwerer Leber- oder Nieren-
schädigung erfordern eine sorgfältige Überwachung.

Die chemische Herkunft der Wirksubstanz einerseits und die bisherigen klinischen
Erfahrungen andererseits lassen erwarten, daß das hämopoetische System und die
Leberfunktion durch VOLTAREN nicht geschädigt werden. Dennoch sollten bei Langzeit-
behandlung, analog dem Vorgehen bei anderen hochwirksamen Substanzen, Kontrollen
des Blutbildes und der Leberfunktion durchgeführt werden.

Handelsformen und Preise

Originalpackung mit

3 Ampullen zu 3 ml

30 magensaftresistenten Dragées

60 magensaftresistenten Dragées

100 magensaftresistenten Dragées

10 Suppositorien

Klinikpackungen

DM 11,65 iL AT

DM 18,90 iL AT

DM 33,75 iL AT

DM 49,85 iL AT

DM 11,15 iL AT

GEIGY

Einmal mehr: Ärztliche Fortbildung

von E. Kern

Wer für seine eigene Person noch Illusionen über den „Genossen Trend“, über die Absichten der Funktionäre des Staates und der großen Verbände gehegt haben konnte, dem sollten die Ereignisse der letzten Monate die Augen geöffnet haben: Wir sitzen alle in *einem* Boot. Wir Ärzte nämlich. Ob Allgemein- oder Facharzt, ob Chefarzt oder Landarzt, ob niedergelassener Großstadtkarnt oder Professor an einer medizinischen Fakultät: Wir alle sitzen im gleichen Boot. Unser Boot: Das ist die unteilbare eigene Verantwortung *eines* Arztes *einem* sich ihm anvertrauenden Patienten gegenüber, wie das im Hippokratischen Eid zusammengefaßt ist. Ein akademisch ausgebildeter Sozialmediziner in einem staatlichen Gesundheits„dienst“ wird diesen Eid nicht mehr abzulegen und zu berücksichtigen brauchen. Für ihn genügt es, wenn er zum Gehorsam auf die jeweiligen politischen Funktionäre verpflichtet und eingeschworen ist. Der Wind, der seit langem unser Boot zum Kentern zu bringen drohte, ist jetzt zum Sturm angewachsen. Die Systemveränderer, die Reformer um jeden Preis, die Allesgleichmacher sind angetreten, um unser Boot endlich und endgültig zu entern. Noch sind wir aber Ärzte und nicht Gesundheits- oder gar Sozialfunktionäre, noch sind wir nur unserem eigenen Gewissen und unserem Berufsrecht verantwortlich und verpflichtet, noch haben wir das Steuer selbst in der Hand. NOCH!

Tatsächlich sind wir Ärzte fast der einzige noch existierende Berufsstand mit Eigenverantwortung und Entscheidungsfreiheit, ohne Arbeitszeitrestriktionen, mit Freude an einem Beruf, der in vieler Hinsicht eher einer Berufung gleicht und der noch nicht staatlichen Funktionären und ihrer Willkür unterworfen ist und der

im allgemeinen auch ein der Leistung angemessenes Einkommen bringt. Kein Wunder, daß diejenigen, denen diese Abhängigkeit nur vom eigenen Gewissen ein Dorn im Auge ist, unseren Berufsstand und unsere relative Unabhängigkeit aus den Angeln heben wollen. Übrigens wird dies so gut wie nie mit einer besseren Patientenversorgung begründet, sondern stets mit mehr oder weniger verbrämten ideologisch-politischen Motiven; daß die Patienten sich nach Reformen *nicht* besser stehen, ist an den Erfahrungen anderer Länder, die uns in dieser Richtung vorausgegangen sind, hinlänglich bekannt und ersichtlich. Eines der lautesten Argumente gegen die Ärzteschaft ist momentan der Ruf nach mehr und besserer (und „besser“ bedeutet in den Augen der hier Gemeinten immer „verstaatlichter“) ärztlicher Fortbildung.

Tatsache ist, daß sich das medizinische Wissen und das ärztliche Können jeweils im Lauf weniger Jahre verdoppeln, und die Ausübung des Arztberufes erfordert heute ein lebenslanges Studium. Kein Arzt kann mehr für Jahrzehnte auf seinem Staatsexamenswissen verharren, wenn er seinen Verpflichtungen gegenüber seinen Patienten – eben gemäß dem Hippokratischen Eid – nachkommen will. Daß die Berufung auf eine uralte Tradition denjenigen, die hierin nur den „Muff von tausend Jahren“ zu sehen vermögen, ein Dorn im Auge ist, verwundert nicht – aber die Beziehung Patient-Arzt ist eben älter als alle heutigen politischen Vorstellungen.

Tatsache ist freilich auch, daß bei keinem anderen Berufsstand in vergleichbarer Situation der Schrei der Eiferer (und leider befinden sich unter ihnen auch einige Ärzte) nach staatlicher Lenkung und Kontrolle

einer solchen Fortbildung so laut erschallt: Nicht bei Juristen, nicht bei Architekten, nicht bei Naturwissenschaftlern, obwohl bei diesen und vielen anderen Berufen die obige Feststellung vom lebenslangen Lernprozeß genauso zutrifft: Und es ist die Frage, ob die Fehlkonstruktion eines Kernkraftwerkes, einer großen Brücke, oder, last not least, eines Gesetzes nicht genau so tödlich wirken kann wie eine ärztliche Fehhandlung.

Was unsere Situation betrifft, so ist es nicht fünf Minuten, sondern wenige Sekunden vor zwölf Uhr. Es muß nicht Einiges, es muß Entscheidendes unternommen werden, soll unser Boot nicht kentern und soll die Kritik der Außenstehenden noch rechtzeitig unterlaufen werden.

Leider leben wir in einer Zeit und in einem Staatswesen, wo formalistische Belege mehr gelten als die Wirklichkeit. Die Mehrzahl der heute praktizierenden Ärzte und selbst der medizinischen Universitätslehrer hätte nicht Medizin studieren können, wenn zu ihrer Zeit wie heute die Abiturnote das einzige Qualifikationskriterium gewesen wäre. Die Wirklichkeit eines jungen Menschen, der z. B. aus einer Landpraxis stammend die Anforderungen des ärztlichen Berufes *kennt* und sie in seinem Zukunftsleben neu verwirklichen möchte, zählt nichts gegenüber einer Benotung, die wieder einen anderen jungen Menschen, der die Realität des Arztseins nicht kennt und dem Medizin vielleicht nie etwas bedeutete, zum Medizinstudium verführt, nur weil er – vielleicht mehr oder weniger zufällig – eine sehr gute Abiturnote aufzuweisen hat. (Man wende nicht ein, dies sei heute das einzig mögliche Auswahlkriterium: Die Vorschaltung eines zweijährigen Alten- und Krankenpflegepraktikums

vor das Medizinstudium ließe mit Sicherheit die Motivation besser erkennen und auslesen!). Genauso gilt die Wirklichkeit eines Arztes, der sich immer erneut der Mühe unterzieht, Fachliteratur zu lesen, sich mit Kollegen über Problem-Patienten zu beraten und sich für diese nach Kräften zu bemühen, nichts gegenüber dem *Nachweis* einer solchen Fortbildung. Der Arzt „muß die Fortbildung gegenüber der Ärztekammer in geeigneter Weise nachweisen können“ – so beschlossen auf dem 79. Deutschen Ärztetag als Teil der neuen Berufsordnung. Schon aus diesem Beschluß ergeben sich ohne Frage zwei Probleme: Das eine ist die Gefahr, daß, Parkinsons Gesetz folgend, sich eine riesige Fortbildungskontrollbürokratie entwickelt – aber wem würde das nützen außer den Funktionären, die nach mehr Lenkung und Einfluß letztlich durch den Staat rufen. Das zweite Problem ist darin zu sehen, daß die Fortbildung, vor allem die Teilnahme an Tagungen, Kongressen usw., vom niedergelassenen Arzt beträchtliche finanzielle Aufwendungen und vom niedergelassenen wie vom Krankenhausarzt erhebliche Einbußen an Urlaubszeit erfordern. Dies ist in Anbetracht der Tatsache, daß die Steuer- und Abgabenbelastung auf der einen Seite immer höher, die Bereitschaft der Finanzämter und damit des Staates, Aufwendungen für die Fortbildung als steuerabzugsfähig anzuerkennen, immer geringer wird, ein echter *circulus vitiosus*, der auch als solcher gesehen und angesprochen werden muß.

Nun ist Zwang eine denkbar schlechte Lern- und Fortbildungsmotivation. Dem Zwang entziehen können wir Ärzte uns aber nur, wenn *alle* Ärzte sich der Wichtigkeit dieses Punktes und seiner Kritikanfälligkeit von außen ganz klar bewußt werden und dementsprechend handeln. Ganz abgesehen davon kann kein Arzt wissen, wie bald er in die unangenehme Situation kommen kann, daß die Frage nach seiner Fortbildung inkriminierend an ihn gestellt wird. Wer wie der Autor dieses Beitrages immer wieder als Gutachter bei Ärzteprozessen tätig werden muß, der weiß, wie entscheidend die Beantwortung gerade dieser Frage bei einer Gerichtsverhandlung zu Buch schlägt – und die Zahl der Prozesse und Schadenersatzforderungen gegen Ärzte wird mit Sicherheit in den nächsten Jahren rapide ansteigen.

Nicht wenige Menschen glauben heute mehr und mehr, ein einklagbares Recht auf Gesundheit und Gesundung zu haben und sie sehen im Arzt nur mehr den Erfüllungsgehilfen im Sinne eines Vertragspartners, den man bei Nichtgelingen einer Behandlung juristisch haftbar machen kann. In solchen Situationen ist es von größtem Gewicht, wie der beschuldigte Arzt auf die Frage nach seiner Fortbildung antworten kann – aber auch, wie ihm dies notfalls zu beweisen möglich ist.

Über die Gestaltung und Erneuerung der ärztlichen Fortbildung ist in den regionalen und überregionalen Fachzeitschriften in letzter Zeit viel und sehr Beherzigenswertes geschrieben worden. In Bayern hat die Gründung der Bayerischen Akademie für ärztliche Fortbildung diesem wichtigen Anliegen Rechnung getragen. Der strittigste und schwierigste Punkt wird auch für die Zukunft der *Nachweis* für den einzelnen Arzt sein; der Autor dieses Beitrages stellt zur Diskussion, ob uns wirklich nur der Weg bleiben wird, einen Fortbildungspaß einzuführen. Wäre das vielleicht doch schon der Weg in die Reglementierung des Arztes? Wer bessere Wege weiß, möge sich also bald zu Wort melden.

Ein Punkt, der nicht genügend gesehen und diskutiert wurde, dem aber höchste Aktualität zukommen dürfte, ist die Fortbildung der Krankenhaus- und Klinikärzte. „Fortbildung“ wird im allgemeinen so verstanden, daß sie auf den in eigener Praxis tätigen und damit selbstverantwortlichen Arzt gemünzt sei. Dementsprechend wird die Mehrzahl der Fortbildungsveranstaltungen auf der Ebene der Kreisverbände und durch eigene Fortbildungsinstitutionen durchgeführt. Wir müssen aber auch an die Ärzte in den Krankenhäusern und anderen Institutionen denken. Nur zu leicht wird diese Gruppe von Ärzten, meist einer spezialisierten Fachrichtung angehörend, ihre eigene Fortbildung jeweils auf ihr eigenes Fachgebiet beschränkt wissen wollen. Diese Tendenz ist verständlich, aber nicht akzeptabel und nicht zu verantworten. An keiner Krankenhaus- oder gar Klinikabteilung dürfte es an Fortbildungsmöglichkeiten für das eigene Fachgebiet fehlen, abgesehen von den zahlreichen regionalen und überregionalen Fachkongressen aller Art. Ganz sicher aber fehlt es für die klinisch tätigen Ärzte

Viele Symptome -eine Ursache:

Magnesium- Mangel



MAGNESIUM VERLA®

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

Kontraindikationen: Ausscheidungshemmung bei schwerer Niereninsuffizienz, Anuria. Mg-Ampullen: Myasthenia 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. Tachyarrhythmia 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-B₆-nitrat 2 mg, Vitamin B₁₂ 3 mg, Vitamin-B₁₂-hydrochl. 3 mg, Magnesium-Gehalt: 121,56 mg entspr. 10 mval.

50 Oragées 6,10 OM, 150 Dragées 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

an einer *interdisziplinären* Fortbildung. Wieweit werden Internisten über Fortschritte, aber auch Basiskenntnisse in der HNO- oder Augenheilkunde, wieweit Chirurgen über solche der psychiatrischen Fächer oder der Dermatologie, wieweit Neurologen über solche der akuten Unfallbehandlung orientiert? Im allgemeinen so gut wie nicht, was Ausnahmen, welche die Regel bestätigen, nicht ausschließen mag. Hier ist aber zunächst einmal zu bedenken, daß ja das Abwandern in die freie Praxis (noch!) den jüngeren Kollegen aller Fachrichtungen vom Krankenhaus und von der Klinik her offensteht — und wehe, wenn diese Möglichkeit verlorenginge! Daß sie zu selten genutzt wird, selbst wenn erkennbar ist, daß im Einzelfall die Spezialisierung den Kollegen in eine Sackgasse geführt hat (und dies ist gerade in allen operativen Fächern nicht allzuseiten der Fall!) und daß die Neigung, die große und großartige Zukunftsinvestition in eine eigene Praxis zu wagen, in der heutigen investitions- und risiko-feindlichen Zeit zu Unrecht gescheut wird, ist eine andere Sache. Jeder Kollege *jeder* Fachrichtung sollte aber fähig und willens sein, in einer Allgemeinpraxis zu vertreten und er sollte dann noch ein Glaukom oder eine Otitis media ebenso erkennen, wie er eine Herzinsuffizienz oder einen entgleiten Diabetes behandeln können sollte. Kann er dies bei einseitiger Ausrichtung auf ein Fachgebiet? Und *jeder* Arzt sollte wissen, wie er sich bei einem Unfall zu verhalten hat, sowohl gegenüber den akuten Komplikationen von Atmung und Kreislauf wie auch gegenüber Frakturen, Schädelverletzungen und Blutungen. Auch ein Gynäkologe, ein Ophthalmologe oder ein theoretisch tätiger Arzt kann Zeuge eines Unfalles werden und zu unmittelbarer sachkundiger Hilfeleistung aufgerufen sein.

Ganz abgesehen davon würde es den Zusammenhalt *aller* Ärzte fördern, wenn wir sowohl in der Fortbildung als auch im berufspolitischen Zusammenhalt einmal über Fachgebiete hinausschauen und uns für Probleme und Fortschritte anderer Gebiete mehr als bisher interessieren würden. Geht man davon aus, daß wir, wie eingangs erwähnt, alle im gleichen Boot sitzen — und wer könnte sich angesichts der neuesten Entwicklung dieser Einsicht entziehen? — so müssen wir mehr als bisher aus dem Elfenbeinturm jeder

Spezialisierung (und hieße sie Allgemeinmedizin!) heraustreten, wir müssen unsere gemeinsamen Aufgaben und Anliegen erkennen und sehen, damit aber eben auch eine allgemeine Fortbildung. Sie sollte auch und gerade im spezialisierten Klinikbereich stattfinden.

Daß eine solche Fortbildung nicht wissens-, sondern nur patientenbezogen aussehen kann, diese Erkenntnis beginnt sich langsam auch in Deutschland durchzusetzen. Ziel der Fortbildung ist nicht so sehr abfragbares medizinisches Wissen, sondern effektives ärztliches Handeln; Fortbildung sollte nicht so sehr die medizinischen Grundlagen, sondern ganz die Diagnose und Therapie in den Vordergrund rücken. Daß wir von diesem Ziel auch im Inhalt vieler Fortbildungsvorträge und -veranstaltungen noch weit entfernt sind, weiß jeder Kundige.

Praktisch könnte eine solche Fortbildung für Krankenhausärzte so gehandhabt werden, daß an zehn Nachmittagen oder Abenden im Jahr (unter Ausschluß nur der Urlaubsmonate) in jährlich wiederkehrender Folge allgemeinwichtige Themen behandelt werden. Ihr Sinn kann es im Krankenhaus- und Klinikbereich nicht sein, spezielle Kenntnisse verschiedener Fachgebiete auszubreiten — dies ist ja durch die Fachkongresse und die verschiedenen klinikinternen Fach-Fortbildungsveranstaltungen hinlänglich möglich. Sinnvollerweise müßten sich diese Veranstaltungen jeweils in folgende Abschnitte gliedern:

1. Diagnostik und Erkennung von Akutzuständen
2. Akutbehandlung, soweit möglich und sofort nötig
3. Indikation zur Einweisung in Spital- und Klinikbehandlung

Als zehn Themen, sich jedes Jahr wiederholend, würden sich zur Diskussion stellen:

1. Der unruhige, delirante und koma-töse Patient
2. Notmaßnahmen bei Unfällen
3. Akute kardiale und pulmonale Insuffizienz
4. Psychogene und psychiatrische Syndrome; Psychotherapie

5. Notfälle in der Pädiatrie und in der Frauenheilkunde

6. Infusionsbehandlung und Bluttransfusion

7. Erkrankungen des Binde- und Stützgewebes sowie der Haut

8. Ärztliche Gesprächsführung; Anamnesenerhebung; Sterbehilfe

9. Akute und nichtakute Abdominalerkrankungen

10. Probleme der Neurochirurgie, der HNO- und Augenheilkunde

Nur zu leicht wären diese zehn durch weitere 20 oder 30 überaus wichtige Themen zu ergänzen. Diese wurden gewählt, weil sie besonders häufig zu interdisziplinären Schwierigkeiten, zu Verzögerungen der Krankenseinweisung führen können und andererseits dem weniger Erfahrenen Fallgruben stellen. Als Beispiel sei nur die Fehltransfusion oder -infusion erwähnt, die so häufig zu juristischen Nachspielen führt und die *jeden* Arzt betreffen kann.

Die erwähnten Veranstaltungen im Krankenhausbereich sollten im Einvernehmen mit den ärztlichen Kreisverbänden bzw. in deren Auftrag durchgeführt werden und selbstverständlich auch den niedergelassenen Kollegen offenstehen. Bei dem Nachweis der Fortbildung — die in Zukunft ja auch für Fachärzte, Klinikärzte und Assistenzärzte aller Fachrichtungen obligatorisch sein wird — sollte es nach einhelliger Meinung der Mitglieder der Bayerischen Akademie für ärztliche Fortbildung so gehandhabt werden, daß nur die Hälfte der erforderlichen Punkte auf fachspezifischen Veranstaltungen (z.B. Fachkongressen) eingeholt werden kann, die andere Hälfte (dies würde pro Jahr mindestens drei Veranstaltungen betreffen) aber obligatorisch auf *allgemeinen* Fortbildungsveranstaltungen eingeholt werden muß.

Diese Ausführungen sind nicht der Stein der Weisen für die ärztliche Fortbildung. Sie können vielleicht aber ein Ansatzpunkt sein für eine weiterführende Diskussion, und für Versuche, die jetzige Situation zu verbessern.

Anschrift des Verfassers:

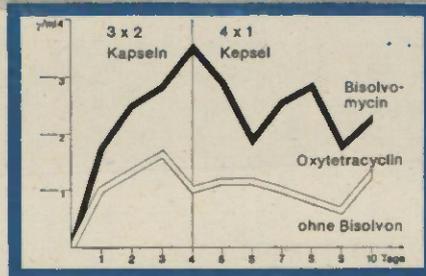
Professor Dr. Ernst Kern, Direktor der Chirurgischen Universitätsklinik, Josef-Schneider-Straße 2, 8700 Würzburg

Bisolvomycin®

bekämpft Bronchialinfekte

Bisolvomycin schafft maximale antibiotische Konzentrationen am Ort des Infektgeschehens

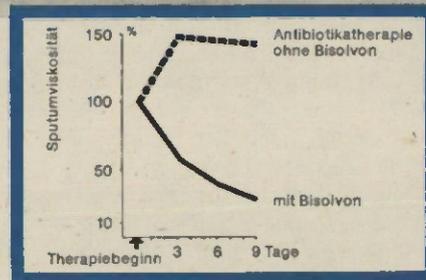
nach Kleber, A. G., Inaug. Diss., Bern 1970



Mit Bisolvomycin, der Kombination von Oxytetracyclin mit Bisolvon, werden im Bronchialsekret antibiotische Konzentrationen erzielt, die in den ersten vier Behandlungstagen dreifach höhere Werte aufweisen als bei alleiniger Antibiotika-Verabreichung ohne Bisolvon.

Bisolvomycin verhindert den Sekretstau durch umfassende Sekretolyse

nach Bürgi, H., Schweiz. med. Wschr. 95, Nr. B, 274-27B (1965)

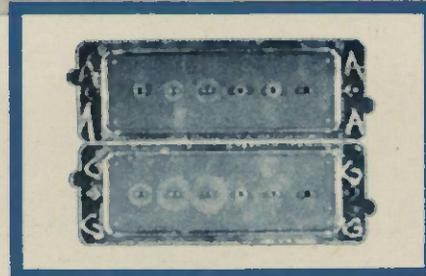


Die Bisolvon-Komponente in Bisolvomycin bricht die dichten Fasergerüste von sauren Mukopolysacchariden auf und rarefiziert sie. Das bewirkt eine drastische Viskositätssenkung des Schleimhautsekrets. Die Bildung eines Sekretstaus wird verhindert und damit der Gefahr von pulmonalen Komplikationen wirksam begegnet, denn persistierenden Keimen ist der Nährboden entzogen.

Bisolvomycin stärkt die immunologischen Abwehrkräfte im Atemwegsbereich

nach Bürgi, H., e. a., Ther. Umsch. 24, 116-11B (1967)

Hyland Immunoplates® Human, oben: Gamma-A-Immunglobulin-Test, unten: Gamma-G-Immunglobulin-Test. Von links nach rechts: Diffusions-



flächen 1 bis 3 von Testseren mit bekanntem Immunglobulingehalt (66, 197, 394 mg IgA/100 ml, 234, 701, 1402 mg IgG/100 ml), Diffusionsfläche 4 von Sputum vor Behandlung, Diffusionsfläche 5 von Sputum desselben Patienten nach Behandlung mit Bisolvon (24 mg p. o. während 3 Tagen). Bisolvon bewirkt eine Erhöhung des Potentials an Gamma-A-Globulinen, von deren Konzentration das Abwehrvermögen der Atemwegsschleimhäute abhängt.

Bisolvomycin® – sein Wirkprofil schafft Überlegenheit

Zusammensetzung

1 Kapsel enthält:
N-Cyclohexyl-N-methyl-(2-amino-3,5-dibrombenzyl)amin-hydrochlorid
Oxytetracyclin-HCl

4 mg
250 mg

Zur langfristigen Anwendung:
3 x 1 Kapsel täglich.

Auch hierbei ist eine Reduzierung (2 x 1 Kapsel) möglich, über die der Arzt zu entscheiden hat.
Nach Abklingen der Infektion hat sich die Weiterbehandlung mit Bisolvon®-Tabletten als zweckvoll erwiesen.

Nebenwirkungen, Begleiterscheinungen

Treten Magen-Darmerkrankungen auf, so ist je nach Schweregrad die Dosis zu reduzieren oder die Therapie vorübergehend zu unterbrechen.

Während der Schwangerschaft und bei schweren Leber- und Nierenfunktionsstörungen sollte Bisolvomycin wegen der Tetracyclin-Komponente nur bei strenger Indikationstellung verordnet werden.

Bei Kindern bis zum 8. Lebensjahr können durch Tetracyclin und damit auch durch Bisolvomycin Schädigungen der Knochen- und Zahntwicklung eufreten, in dieser Altersgruppe ist deshalb die Anwendung von Bisolvomycin nur bei vitaler Indikation anzuraten.

Besondere Hinweise

Die Gefahr eines Rezidivs und damit einer Verschlechterung des Krankheitsbildes ist bei der chronischen Bronchitis besonders groß. Deshalb sollte die sofortige Wiederaufnahme einer Bisolvomycin-Behandlung schon bei den ersten Anzeichen einer neuerlichen Infektion, die sich häufig in einer Verschlimmerung der subjektiven Symptome äußert, erfolgen.

Darreichungsformen und Packungsgrößen

Originalpackung mit 20 Kapseln
Originalpackung mit 40 Kapseln
Klinikpackung

DM 22,10
OM 39,75

Schulkinder erhalten die halbe Erwachsenendosis.

Unverbindliche empfohlene Preise lt. AT

Auf Bisolvomycin® ist Verlaß.

Thomae

Die ambulante Betreuung von Kindern mit Diabetes mellitus *

von Wolf E n d r e s

Aus der Kinderklinik der Universität München im Dr. von Haunerschen Kinderspital (Direktor: Professor Dr. med. K. Betke)

Die ambulante Betreuung beginnt bei der Entlassung nach einer stationären Ersteinstellung oder sofort bei Erstmanifestation. Hierzu gehört eine Fülle von Einzelheiten:

1. Erstinformation

Die Eltern und — sofern es alt genug ist — das Kind werden ausführlich über den Diabetes mellitus aufgeklärt. Sie erhalten einen Plan für die geregelte Kost, der am besten von der Diätassistentin erläutert wird. Austausch Tabellen müssen an Beispielen erklärt, nicht nur in die Hand gedrückt werden. Der Kostplan wird von Zeit zu Zeit entsprechend dem Kalorienbedarf des Kindes erneuert.

Der Mutter und gegebenenfalls auch dem Kind wird gezeigt, wie das Insulin aufgezo-gen und subkutan gespritzt wird. Die Mutter und gegebenenfalls auch der Patient üben mehrmals unter Kontrolle eines Arztes oder einer Schwester das Aufziehen und Injizieren. Das Aufziehen soll immer unter Kontrolle eines Erwachsenen vorgenommen werden. Es werden die geeigneten Injektionsareale (Außenseiten der Ober- und Unterarme, der Oberschenkel und zwischen den Schulterblättern) gezeigt, und es wird auf die mögliche Entstehung von Insulintumoren und Lipodystrophie hingewiesen.

Nach einer Demonstration, wie mit Clinitest-Tabletten und Glucotest-Streifen die Urinzuckerkonzentration bestimmt und mit Acetest der Urin auf Ketonkörper geprüft wird, führen die Mutter und gegebenenfalls das Kind diese Tests selbst aus. Es wird der Parameter „Restglucosurie“ erläutert und der wünschenswerte Bereich mit 0,25 bis 0,75 Prozent ange-

geben. Null Prozent heißt: die Blutglucosekonzentration kann zu niedrig sein. Zwei Prozent heißt: sie kann wesentlich höher als zwei Prozent sein (eventuell neue Clinitest-Farbskala verwenden, die — nach Verdünnung von zwei Tropfen Urin mit zehn Tropfen Wasser — reduzierende Zucker bis zu einer Konzentration von fünf Prozent anzeigt).

Es wird zuerst grundsätzlich und dann an Beispielen erläutert, welche Rückschlüsse aus den morgens, mittags und abends bestimmten Urinzuckerkonzentrationen auf die Faktoren Insulindosis, Ernährung und Blutglucosespiegel gezogen werden können. Anhand dieser Dynamik wird die eventuell täglich zu ändernde Insulindosis erkannt. Sehr selten wird die Insulindosis um weniger als zwei, selten um mehr als zwei Einheiten von Tag zu Tag verändert. Die Eltern bekommen ein Heft, in dem die Insulindosis, die Urinzuckerkonzentration und der Acetonnachweis vermerkt werden. In diesem Heft werden auch Hypoglykämien, Infekte, Schulausflüge usw. eingetragen.

Wir machen immer wieder auf die Gefahr besonders nächtlicher Hypoglykämien aufmerksam. Hypoglykämie-verdächtige Zeichen sind starkes Hungergefühl, Kopfschmerzen, Übelkeit, Schweißausbruch, Zittern, Blässe, Tachykardie, unruhiger Schlaf, Somnolenz, Bewußtlosigkeit und Krampfanfall müssen beim insulinabhängigen Diabetiker als sofort zu behandelnde Hypoglykämie aufgefaßt werden. Bei geringer Ausprägung der hypoglykämischen Symptome soll das Kind sofort Glucose-Tabletten oder Würfelzucker (ca. 20 bis 30 g) und danach Brot oder etwas Obst (ca. 10 bis 20 g) essen. Ist es bereits somnolent oder gar bewußtlos, wird von der Mutter 1 mg Glukagon i.m. gespritzt. Bei Anwesenheit einer Person, die i.v. injizieren kann, soll bevorzugt 20 bis 25 g^o/_o Glucose (ca. 0,5 g/kg) gespritzt werden.

Auch ohne Therapie kann es im Gefolge einer Hypoglykämie zu reaktiver Hyperglykämie mit Glukosurie kommen, so daß die Hypoglykämie, besonders wenn sie nachts auftritt, eventuell nicht erkannt und die Insulindosis dann irrtümlich noch erhöht wird.

Da die Kinder während fieberhafter Infekte meist weniger essen, wird daraus häufig der Schluß gezogen, es müsse dementsprechend weniger Insulin gespritzt werden. Tatsächlich jedoch steigt der Insulinbedarf während solcher Infekte.

Wir geben den Eltern die „Hinweise für die Erziehung diabetischer Kinder“¹⁾ von B. Sachsse und R. Sachsse mit. Sie dienen der Kurzinformation von Kindergärtnerinnen und Lehrern.

Nur wenige Apotheken führen die für Kinder günstigen 1-ml-Insulinspritzen (Form der Tuberkulinspritzen mit Graduierung in Insulin-Einheiten bis 40 E²), so daß diese das erste Mal separat rezeptiert (Tab. 1) und in Geschäften für medizinische Gebrauchsartikel besorgt werden müssen.

2. Praxis der ambulanten Betreuung

Je nach Stabilität des Diabetes bestellen wir uns die Kinder im Abstand von einer Woche bis zu drei Monaten wieder ein. In der nach Erstmanifestation meist auftretenden Erholungsphase der Beta-Zellen des Pankreas besteht nur selten eine Glukosurie. Trotzdem sollen weiterhin eine geregelte Kost eingehalten und morgens 2 E Insulin gespritzt werden. Somit erhofft man sich einerseits eine Ausdehnung

¹⁾ zu beziehen von der Fa. Höchst

²⁾ PRIMO-Insulin-Spritzen oder B-O PLASTIPAK-Insulin-Spritzen Combi 1 ml (mit eingeschweißter Kanüle der Größe 26)

*) Vortrag anlässlich einer Fortbildungsveranstaltung des Städtischen Krankenhauses München-Harlaching

Rp. Primo-Insulin-Spritzen	Nr. 200
Einweg-Kanülen Gr. 14	Nr. 200 (zum Aufziehen)
Einweg-Kanülen Gr. 26	Nr. 200 (zum Injizieren)
Einweg-Kanülen Gr. 12	Nr. 3 (zur i.v. Injektion von Glucose)
Einweg-Spritzen à 20 ml	Nr. 3 während einer Hypoglykämie)
Rp. z. B. Komb-Insulin-Hoechst CS	
Nr. 5 1 O.P.	
Merfen Tinktur farblos 300,0	
Pur-Zellin Nr. 1000	
(mit Behälter)	
Glukagon Novo à 1 mg	
Amp. Nr. 1 1 O.P.	
Clinitest-Tbl. Nr. 100 1 O.P.	
Clinitest-Tbl. Nr. 36 + 1 Pipette	
+ 1 Reagenzglas + 1 Farbskala 1 O.P.	
Glukotest-Streifen 1 O.P.	
Glucoselösung „Blotest“ 20 %	
1 Infusionsflasche à 250,0	
Dextrostix 1 O.P.	
Hämostiletten 1 O.P.	

Tabelle 1

dieser Erholungsphase und beugt andererseits der Hoffnung vor, es habe sich um eine Fehldiagnose gehandelt.

Während dieser „2 E-Phase“ sehen wir die Patienten nur, wenn sie ein neues Rezept benötigen. Sie werden gebeten, sofort in unserer Sprechstunde zu erscheinen, wenn sich die Erschöpfung der Beta-Zellen durch Wiederauftreten und Zunahme der Glukosurie bemerkbar macht. Zu diesem Zeitpunkt wird nochmals sehr ausführlich besprochen, wie zwischen Urinzuckerkonzentration und Insulindosis jongliert wird („Insulinvirtuosität“). Gegebenenfalls wird täglich telefonisch das weitere Vorgehen geplant.

Bevor die Kinder in unsere Sprechstunde kommen, geben sie im klinisch-chemischen Labor drei Urinproben ab und lassen sich Blut für die Glucosebestimmung abnehmen. Die Urinportionen wurden in den 24 vorherliegenden Stunden gesammelt (z. B. 7 Uhr bis 14 Uhr, 14 Uhr bis 20 Uhr, 20 Uhr bis 7 Uhr). Noch während die Kinder bei uns sind, erfahren wir die Ergebnisse der quantitativen Glucosebestimmungen. Als „sehr gut“ kann eine Glucoseausscheidung angesehen werden, die in 24 Stunden zwei Prozent der zugeführten Kohlenhydratmenge nicht überschreitet. Das wären z. B. 4 g bei einem sechsjährigen Kind, das 50 Prozent seiner Gesamtkalorien (1600) in Form von Kohlenhydraten (200 g) zugeführt bekommt. Meistens

jedoch kann die Glucoseausscheidung nur als „gut“ bezeichnet werden, wenn sie nämlich zwischen zwei und fünf Prozent liegt, seltener nur als „befriedigend“, wenn sie sich zwischen fünf und zehn Prozent bewegt. Da unsere Sprechstunde am frühen Nachmittag stattfindet, d. h. ein bis zwei Stunden nach dem Mittagessen, liegen die Blutglucosewerte meist hoch. Es hat sich gezeigt, daß dieser einmalige Wert ein unbrauchbarer Maßstab für die Stoffwechselkontrolle eines diabetischen Kindes ist. Diese Stoffwechselsituation läßt sich jedoch sehr empfindlich an den Uringlucosemengen zu verschiedenen Tageszeiten ablesen.

Folgende Untersuchungen sollten in größeren Abständen wiederholt werden:

Bestimmung von Körpergröße und -gewicht (vierteljährlich),

Messung des Blutdruckes (halbjährlich) und

Fundoskopie und gegebenenfalls Fluoreszenzangiogramm (jährlich).

Zweimal jährlich veranstalten wir Elternabende, an denen Erfahrungen ausgetauscht werden, eine wertvolle Hilfe vor allem für „Neulinge“.

Zu der Fülle von Einzelheiten, die behandelt werden müssen, gehören auch die Vermittlung von Ferienlagern für diabetische Kinder, Hilfe bei sozialen Problemen und psychischen Konflikten usw.

Zum Thema: Arzt und Unfall

Gerade in jungen und mittleren Jahren ist der Unfall die häufigste Ursache von Tod und Invalidität. Vor seinen materiellen Folgen schützt besonders umfassend die kumulative Unfallvorsorge der «Winterthur». Sie bedeutet wesentlich erhöhte Leistungen bei mittlerer und schwerer Invalidität. Also dann, wenn finanzielle Hilfe am wichtigsten ist.

Zahlreichen Unfallgefahren sind auch die Ehefrau und die Kinder des Arztes ausgesetzt. Ihnen bietet die «Winterthur» ebenfalls günstigen Unfallversicherungsschutz. In der Kinder-Unfallversicherung läuft beim Tode des Versicherungsnehmers die Versicherung für die Kinder ohne Beitragszahlung weiter.

Der Beitrag ist gering und außerdem von der Steuer abzusetzen. Ein Grund mehr, sich ausführlich zu informieren. Auch über das übrige Versicherungsprogramm der «Winterthur», das besonders auf die Bedürfnisse des Arztes abgestellt ist und umfassenden Schutz aus einer Hand bietet.

Bitte ausschneiden und einsenden an:

winterthur
versicherungen

Abteilung Ärzteversicherung
Leopoldstraße 34/38, 8 München 40
Telefon (089) 3836-1

Ich wünsche unverbindliche Auskunft über:

- kumulative Unfallvorsorge
- andere Versicherungssparten
- Ich bitte um Anlage Ihres Versicherungsordners für Ärzte

Adresse: _____

Zentrale Themen in der Behandlung des kindlichen Diabetes mellitus sind die Fragen

3. „Welches Insulin eignet sich am besten für dieses Kind?“ und

4. „Welche Ernährungsform hat sich als die für das diabetische Kind beste erwiesen?“

ad 3. Welches Insulin?

Wegen der geringeren Immunogenität verwenden wir nur noch hochgereinigte Insuline. Diese Insuline werden nach der Gelfiltrations-Chromatografie, durch die das Proinsulin entfernt wird, durch Ionenaustausch-Chromatografie gewonnen. Die Handelspräparate tragen bei Insulinen der Fa. Novo die Qualitätsbezeichnung „MC“ (Monocomponent), wobei die Insuline ausschließlich von Schweinen gewonnen werden, und bei Insulinen der Fa. Hoechst die Zusatzbezeichnung „CS“ und „CR“ (C = chromatografiert, S = Schwein, R = Rind).

Bei Kindern, die nur einmal täglich gespritzt werden müssen, haben wir gute Erfahrungen mit Monotard MC. Wegen der relativ spät einsetzenden Wirkung (s. Tab. 2) kommt es bei einigen Kindern am Vormittag zu starken Hyperglykämien. Bei solchen Kindern verwenden wir dann Intermediärinsuline wie Depot-Insulin Hoechst CS oder Semilente MC, eventuell sogar Komb-Insulin Hoechst CS. Bei den Insulinen der Fa. Hoechst bevorzugen wir wegen der geringeren Immunogenität die CS- gegenüber der CR-Qualität.

Übersteigt die Insulindosis 1 E/kg/KG, müssen ca. zwei Drittel der Gesamtdosis vor dem Frühstück und der Rest vor der Abendmahlzeit gespritzt werden.

ad 4. Welche Ernährung?

Die geregelte Kost hat sich als die sicherste Ernährungsform herausgestellt. Die Spätschäden, vor allem die Retinopathia diabetica mit Blindheit

haben auch Verfechter der freien Kost eindringliche Verfechter der geregelten Kost werden lassen.

Den Energiebedarf ermitteln wir aufgrund der Angaben der Deutschen Gesellschaft für Ernährung, 1973 (Tab. 3).

Die Kohlenhydrat-Zufuhr ist etwa die gleiche wie beim normalen Kind (45 bis 50 Prozent der Gesamtkalorien). Es hat sich gezeigt, daß die bisher geübte Fettrestriktion unnötig ist. Ca. 35 (-40) Prozent der Gesamtkalorien werden mit Fetten gedeckt. Das Eiweißangebot richtet sich nach dem Alter:

- im ersten Lebensjahr ca. 20 Prozent,
- im zweiten bis fünften Lebensjahr ca. 17 Prozent und
- nach dem fünften Lebensjahr ca. 15 Prozent der Gesamtkalorien.

Die Durchführung der geregelten Kost beinhaltet nicht unbedingt ständiges Abwiegen von Nahrungsmitteln, wenn Mutter und/oder Kind gelernt haben, das Gewicht bzw. den Anteil an Broteinheiten des entsprechenden Nahrungsmittels gut zu schätzen. Was nützt schon das exakte Gewicht eines Apfels, wenn sein Zuckergehalt nicht bekannt ist.

Besonders wichtig ist die regelmäßige Einnahme der Mahlzeiten. Die Zeiten sollten nicht mehr als eine Stunde variieren. Keine der Mahlzeiten sollte zu üppig sein, um keine zu starken Blutglucoseschwankungen hervorzurufen.

Die von uns empfohlenen sieben Mahlzeiten bestehen aus einem ersten, zweiten und dritten Frühstück, einem Mittagessen, einer Nachmittagsmahlzeit, einem Abendessen und einer Spätmahlzeit. Besonders problematisch ist das erste Frühstück für diejenigen Kinder, die es gewöhnt waren, nicht oder fast nichts zu frühstücken.

Literaturhinweis

- A. ROSENKRANZ: Diabetes mellitus im Kindesalter. Georg Thieme Verlag, Stuttgart (1976)
 Z. LARON: Treatment of Diabetes in Children: Revisited. Endocrinology I, Pediatric Annals 3, 63 (1974)

Anschrift des Verfassers:

Dr. med. Wolf Endres, wiss. Assistent, Lindwurmstraße 4, 8000 München 2

Gegenwärtig in der Universitäts-Kinderklinik München verwendete Insulinpräparate

Handelsname	Wirkungseintritt	Wirkungsmaximum	Wirkungsdauer	Zeit der Injektion vor der Mahlzeit
Actrapid MC (Novo)	20 min	2 bis 5 h	7 h	10 min
Komb-Insulin Hoechst CS und CR	1 h	1½ bis 4 h	14 h	20 min
Depot-Insulin Hoechst CS und CR	1 h	2 bis 6 h	16 h	20 min
Semilente MC (Novo)	1½ h	5 bis 10 h	16 h	20 min
Monotard MC (Novo)	2½ h	6½ bis 15 h	22 h	30 min

Tabelle 2

Altersgruppe (in Jahren)	Energiequotient (Kcal/kg KG)	mittleres Idealgewicht (kg)
1 bis 3	90	13,5
4 bis 6	80	20,5
7 bis 9	65	29,0
10 bis 12 Knaben	60	40,0
10 bis 12 Mädchen	50	41,0
13 bis 14 Knaben	50	52,2
13 bis 14 Mädchen	45	53,5

Tabelle 3



Die Wirkung von

NERV infant[®]

ist durch klinische Erfahrungen
bestätigt und in
Doppelblindversuchen
überzeugend belegt.

NERV infant[®]

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

Zusammensetzung:
Vit.-B₁-chloridhydrochlorid 0,14 g
Extr. Lupuli 16,00 g
Extr. Passiflorae fluid. 16,00 g
Extr. Piscidia fluid. 3,00 g
Extr. Viscii fluid. 13,00 g
Natrium inosylhexaphosphor. 2,90 g
Aeth. guajacol-glycerinat. 2,10 g
Natrium glycerinophosphor. aa 10,70 g
Sir. simpl. ad 1000,00 ml

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

Sirup: 100 ml AVK DM 7,45
250 ml AVK DM 14,85
500 ml AVK DM 25,05

B12 NERV infant[®]

Antianaemikum, wie NERVinfant, zusätzlich mit blutbildender und leistungssteigernder Wirkung.

Zusammensetzung:
Vit.-B₁₂-Cyanokomplex 1000 Gamme 0,14 g
Vit.-B₁-chloridhydrochlorid 0,14 g
Extr. Lupuli 16,00 g
Extr. Passiflorae fluid. 16,00 g
Extr. Piscidia fluid. 3,00 g
Extr. Viscii fluid. 13,00 g
Natrium inosylhexaphosphor. 2,90 g
Aeth. guajacol-glycerinat. 2,10 g
Natrium glycerinophosphor. aa 10,70 g
Aqua dest. ad 1000,00 ml
Sir. simpl. ad 1000,00 ml

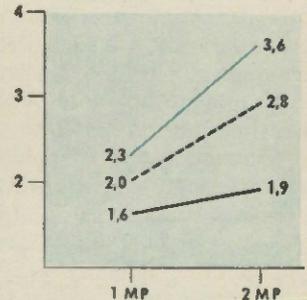
Hinweis für Diabetiker:
Die in 1000 ml enth. KH sind äquivalent 178,6 g Glucose;
1 Eßlöffel entspr. ca. 1,8 g Glucose.

Sirup: 100 ml AVK DM 7,55
250 ml AVK DM 14,95
500 ml AVK DM 25,20

Die
signifikanten
Ergebnisse:

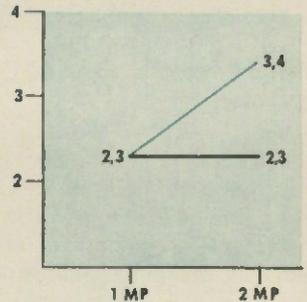
NERV infant[®]

hilft Schlafstörungen
zu beheben



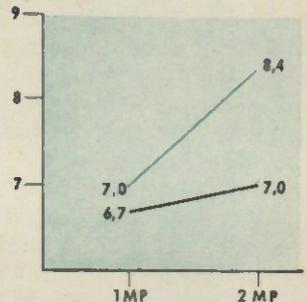
1 = starke Schlafstörungen
5 = keine Schlafstörungen

hilft Konzentrationsstörungen
zu vermindern



1 = starke, 5 = keine Konzentrationstörungen

hilft die Merkfähigkeit
zu verbessern



5 = mäßiges, 9 = sehr gutes rechnerisches Denken

— = Verumgruppe

— = Placebogruppe

--- = Behandlungseffekt

1 MP = erster Meßzeitpunkt

2 MP = zweiter Meßzeitpunkt

Muster auf Anforderung

**TOSSA
ARZNEI**

Arzneimittel so natürlich wie möglich
KURT MERZ · 6497 STEINAU

Neue Aspekte der Infektionskrankheiten für die Praxis

57. Ärztliche Fortbildungstagung Regensburg

Professor Dr. A. Windorfer,
Erlangen:

Diphtherie 1976

Jede Krankheit, die nicht dauernd vorhanden ist und die Menschen heimsucht, wird spätestens nach einigen Jahrzehnten vergessen. Sobald der plastische Eindruck des Krankheitsbildes nicht mehr von den Ärzten erlebt wird, geht — zwar nicht der Name — aber das Erkennen verloren. Dieser Zustand ist derzeit bei der Diphtherie entstanden.

Während 1893 noch ca. 75 000 Personen an der Diphtherie starben, erkrankten im letzten Jahrzehnt nur wenige und nur vereinzelt starben, so daß die Erkrankungen im Frühjahr 1976 überraschten, vor allem auch deshalb, weil von 42 Personen zehn starben.

Einige Bemerkungen zum klinischen Bild: Am häufigsten ist die Rachendiphtherie in ihrer mittelschweren bis schweren Verlaufsform. Zum Beginn sind oft lakunäre Beläge auf den Tonsillen, die durch Konfluieren zu gelblich-weißlichen Pseudomembranen zusammenfließen. Sie sind zunächst auf die Tonsillen begrenzt als „lokalisierte Form“. Wenn sie weiter übergreifen auf Uvula und Gaumen, sprechen wir von der schweren und „progredienten Form“. Die diphtherische Angina ist nicht sehr schmerzhaft, eine Tatsache, die man wissen muß, weil es sonst zur Täuschung kommen kann. Am gefährlichsten unter den Verlaufsformen ist die toxische oder maligne Diphtherie. Das Krankheitsbild kann sich schon in 12 bis 48 Stunden als primär toxische Diphtherie entwickeln. Oft ist dabei zu Beginn nur ein hauchartig grauer Überzug über den Tonsillen zu sehen, der sich aber dann rasch in dicke gelbliche und braune Beläge verwandelt. Im Vordergrund der toxischen Diphtherie steht der schlechte Allgemeinzustand durch die Kreislaufschwäche.

Das dritte Krankheitsbild ist die Kehlkopfdiphtherie, der diphtherische Croup. Er war im vorigen Jahrhundert am häufigsten, ist dann aber gegenüber der Rachendiphtherie immer mehr zurückgetreten. Das Diphtherietoxin schädigt das Herz und die Vasomotoren, das periphere Nervensystem und die Nieren.

Das Entscheidende bei der Therapie ist und bleibt das Diphtherieheilserum (neuerdings unnötigerweise als Antiserum bezeichnet). Vor Beginn aller therapeutischen Maßnahmen sind Rachen- und Nasenabstriche zu machen. Jedoch darf das Ergebnis der bakteriologischen Untersuchung für die Therapie nicht abgewartet werden. Das Serum muß möglichst frühzeitig gegeben werden, damit das freie Toxin nicht gebunden werden kann. Als Anhaltspunkt für die Dosierung kann gelten:

bei lokalisierter, mittelschwerer Diphtherie 250 AE/kg,

bei fortgeschrittener, schwerer Diphtherie 500 AE/kg,

bei prätoxischer Diphtherie 750 AE/kg,

bei toxischer Diphtherie 1000 AE/kg, und bei Diphtherie-Croup insgesamt 10 000 bis 20 000 AE.

Hat der Patient schon einmal tierisches Serum erhalten, so muß geprüft werden, ob eine Überempfindlichkeit besteht. Dies geschieht mit der Intrakutanprobe oder der Ophthalmoreaktion. In allen unsicheren Fällen oder bei allgemeiner Allergiebereitschaft führt man eine fraktionierte Serumgabe nach Besredka durch. Eine antibiotische Therapie mit Penicillin, Erythromycin, Ampicillin oder Tetracyclin kommt nur als Unterstützung der Serumtherapie in Frage.

Für unsere Diphtheriesituation ist das Wichtigste die Durchführung der Schutzimpfung. Die Grundimmuni-

sierung muß mit drei Injektionen erfolgen, möglichst im ersten Lebensjahr. Eine Auffrischimpfung sollte vor Einbringen in den Kindergarten oder in die Schule durchgeführt werden, bei den größten Kindern dann noch einmal mit zehn bis zwölf Jahren. In diesem Alter nur noch mit 0,2 ml Impfstoff. Bei Erwachsenen nur mit 0,1 ml, weil sonst starke Reaktionen zu erwarten sind. Der Impfschutz hält etwa fünf Jahre an.

Die Diphtherie ist und bleibt eine dauernde Gefahr für Kinder, aber auch für Erwachsene. Die Diphtherie ist keineswegs ausgerottet, sondern sie ist nur unterdrückt. Dies kann aber nur so bleiben, wenn alle Kinder und Jugendlichen gegen die Diphtherie durch Impfung geschützt sind.

Professor Dr. J. Meyer-Rohn,
Hamburg-Eppendorf:

Die derzeitige Situation bei den venerischen Infektionen

Die Morbidität der venerischen Infektionen hat in den letzten 70 Jahren oft geschwankt. Wellentälern durch Salvarsan, Sulfonamide, Antibiotika folgten Wellenberge durch unsichere Zeiten in Kriegen usw. In den letzten zehn Jahren sind die Geschlechtskrankheiten erneut angestiegen.

Immer wieder wird die Frage gestellt: Warum sind trotz der gewaltigen therapeutischen Fortschritte, die uns die Antibiotika gebracht haben, Geschlechtskrankheiten noch nicht ausgerottet? Zu den wesentlichsten Gründen gehören: Unkenntnis infolge mangelhafter oder ungeeigneter Aufklärung. Nachlassen elterlicher Aufsichtspflicht, bedingt durch die berufliche Tätigkeit beider Elternteile, Massentourismus mit häufigem Partnerwechsel. Pille statt Kondom! — ein besonders wichtiger Grund. Mangelnde Infektionsquellenermittlung aus Bequemlichkeit, Zeitmangel oder falsche Schonung des Patienten. Unzureichende Nachkontrollen des Patienten: Nach jeder erfolgreich behandelten Go müssen die Lues-Seroreaktionen durchgeführt werden. Therapie vor der Diagnose. Und häufig wird der Sexualpartner nicht gleichzeitig mitbehandelt.

Das klinische Bild von Syphilis und Gonorrhoe hat sich in den letzten Jahren nicht entscheidend geändert.

Der Primäraffekt der Syphilis ist nach wie vor indolent, genau wie die dazugehörige Schwellung der regionalen Lymphknoten. Die Exantheme werden heute bei Zunahme der Arzneimittelallergien öfter falsch gedeutet, was aber keine Änderung des klinischen Bildes bedeutet und durch den Ausfall der Lues-Seroreaktionen schnell korrigiert wird. Bei der Gonorrhoe gehören Komplikationen seit der antibiotischen Ära zu den Seltenheiten. Symptome der Gonorrhoe setzen beim Mann zwei bis vier Tage nach dem Geschlechtsverkehr in Form von Jucken in der Harnröhre, später Brennen beim Wasserlassen und dickrahmigem eitrigem Ausfluß ein. Dagegen wird die Gonorrhoe der Frau häufig erst bei Partnerinfektion durch die Infektionsquellenermittlung entdeckt, da die Beschwerden vielfach ausgesprochen gering sind. Während die Gonorrhoe beim Mann nur ausnahmsweise chronisch wird, ist das bei der Frau fast immer der Fall. Die Diagnose der Gonorrhoe muß bakteriologisch verifiziert werden. Sie gilt beim Mann als gesichert, wenn Anamnese, klinisches Bild und mikroskopisches Präparat (Gramfärbung) zusammenpassen. Bei Frauen reichen dagegen Färbepreparate für die Diagnose nicht aus; bei ihnen ist unbedingt eine Kultur anzulegen, wobei die Abstriche in ein Transportmedium gegeben werden müssen, worin sie bis zu 90 Stunden überleben können.

Auch bei der Therapie ergeben sich keine wesentlichen Änderungen. Alle Stadien der Lues werden heute drei Wochen lang mit täglich 1 Mega Penicillin behandelt. Dabei ist es wichtig, den Penicillinspiegel auf wirksamer Höhe zu halten; es darf also keine Unterbrechung durch Sonn- und Feiertage eintreten. Bei zuverlässigen Patienten wird man die Wochenenden durch orale Penicillinmedikation überbrücken; bei unzuverlässigen müssen Depot-Penicilline erfolgen.

Auch bei der Gonorrhoe ist Penicillin das Mittel der Wahl. Eine echte Penicillinresistenz konnte — auch weltweit gesehen — bis heute nicht nachgewiesen werden. Es sind lediglich Sensibilitätsverluste eingetreten, die durch eine höhere Penicillindosierung abgefangen werden können. In Eppendorf dosiert man das Penicillin mit 6 Mega E für den Mann und 12 Mega E für die Frau, über mehrere Tage verteilt. Die Frage, ob Penicillin auch peroral gegeben werden kann, ist vom Standpunkt des Pharmakologen mit ja zu beantworten. Dennoch bevorzugt der erfahrene Venerologe die intramuskuläre Applikation aus Gründen der Kontrolle der gerade bei Geschlechtskrankheiten nicht immer zuverlässigen Klientel. Bei Vorliegen einer Penicillinallergie gibt es eine Reihe von Ausweichmöglichkeiten: Erythromycin, Gentamycin, Tetracycline, Thiamphenicol, Spiramycin und Spectinomycin. Spectinomycin (Stanilo) hat anderen Antibiotika gegenüber noch den großen Vorteil, daß es eine gleichzeitig mit der Gonorrhoe erworbene Syphilis nicht beeinflußt und damit nicht kaschiert.

Yersinosen — differentialdiagnostisch wichtige Krankheiten

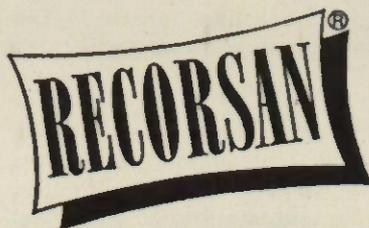
a) Professor Dr. W. Knapp,
Erlangen-Nürnberg:

Bakteriologisch-serologische Gesichtspunkte

Als Yersinosen werden heute — neben der Pest — die durch *Yersinia pseudotuberculosis* und *Yersinia enterocolitica* beim Menschen ausgelösten Infektionen verschiedenster Verlaufsformen zusammengefaßt. Erst seit etwa zehn Jahren wurden diesen Infektionserregern beim Menschen in Klinik und Praxis größere Beachtung geschenkt.

Die sicherste ätiologische Aussage ermöglicht bekanntlich der ein- oder mehrfache Erregernachweis. Er muß in Abhängigkeit von der klinischen Symptomatologie aus Operationsmaterial (Lymphknoten, Resektionsmaterial, Eiter), Stuhl, Blut oder Gelenkpunktat, im Todesfall aus Sektionsmaterial und bei Verdacht einer Lebensmittelinfektion aus Speiseresten oder Erbrochenem versucht werden. Die Isolierung und kulturell-biochemische Differenzierung der Erreger kann mit den üblichen bakteriologischen Untersuchungsmethoden bzw. den für die Diagnose von Enterobacteriaceae üblichen Verfahren erfolgen. Sie basieren vor allem für *Yersinia enterocolitica* auf den in der Salmonella- und Shigelladiagnostik bewährten Verfahren. Im Temperaturbereich von etwa 28°C wächst *Yersinia enterocolitica* schon innerhalb 24 bis 48 Stunden zu gut erkennbaren Kolonien aus. Die diagnostisch und epidemiologisch wichtige Eigenschaft beider Erregerarten, sich auch noch bei niedrigeren Temperaturen ($\pm 2^\circ\text{C}$) zu vermehren, läßt bei negativer Erstaussaat mit Hilfe der „Langzeit-Kälteanreicherung“ auch wenige im Untersuchungsgut vorkommende Keime erfassen, sofern in den folgenden ein bis drei Wochen weitere Aussaaten erfolgen.

Serologisch werden bei *Yersinia pseudotuberculosis* die sechs verschiedenen O-Typen (Gruppen) I bis VI unterschieden. Die Subtypen A und B innerhalb der Typen I, II, IV und V und die fünf Geißel-(H-)Antigene a bis e besitzen keine serodiagnostische, im Einzelfall aber epidemiologische Bedeutung. Differentialdiagnostisch wichtig sind die O- oder portaalantigenen Beziehungen zwischen *Yersinia pseudotuberculosis* Typ II bzw. IV mit Stämmen der Salmonella B- und D-Gruppen sowie zwischen Typ VI und *E.coli* O-Gruppe 55. Über die Einteilung von *Yersinia enterocolitica* in verschiedene Serogruppen besteht auf inter-



RECORSAN-LIQUID.

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

Altersherz, coronare Durchblutungsstörungen, Apoplexieprophylaxe
Hochdruckherz, Gastrokard-Syndrom

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

Recorsan-Gesellschaften Gräfelfing und Lüneburg

nationaler Ebene noch keine einheitliche Auffassung.

Von diagnostischer Bedeutung ist der Antikörpernachweis in Patienten-Sera, da die klinische Abgrenzung der durch beide Erregerarten ausgelösten Krankheitsverläufe oft unmöglich ist und darüber hinaus die Schwierigkeit ihrer differentialdiagnostischen Abgrenzung gegenüber Infektionen anderer Ätiologie, wie z. B. durch Salmonellen und Brucellosen, besteht. Bei Infektionen durch *Yersinia pseudotuberculosis* mit pseudoappendizitischem und septischem Verlauf werden in der Regel schon beim Auftreten der ersten akuten Symptome Agglutinine in signifikanter Titerhöhe, d. h. ab 1:80 bei Serumverdünnung, nachgewiesen. In der Mehrzahl der Fälle liegen die Titer zwischen 1:160 und 1:640; wesentlich höhere Titer sind nicht selten. Für Infektionen mit *Yersinia enterocolitica* entsprechender Verlaufsformen gilt diese Feststellung nicht in gleicher Weise. Signifikante Titer im Bereich von 1:80 bis 1:320 und höher werden häufig erst drei bis sieben Tage später ermittelt, so daß Kontrolluntersuchungen ratsam sind. Bei einer akuten Enteritis oder Enterokolitis, die nach den vorliegenden Beobachtungen wesentlich häufiger durch *Yersinia enterocolitica* als durch *Yersinia pseudotuberculosis* ausgelöst wird, ist der Antikörperbefund vielfach erst sieben bis zwölf Tage nach dem akuten Beginn positiv. Andererseits ist mit einem positiven Antikörpertiter bei negativen „rheumaserologischen“ Befunden schon beim Auftreten der ersten Symptome einer Infektarthritis, eines Erythema nodosum oder von Arthralgien nach einer Yersiniainfektion zu rechnen.

b) Privatdozent Dr. M. Eichelbaum, Bonn:

Klinische Bedeutung

Der Beweis, daß *Yersinia pseudotuberculosis* auch pathogen für den Menschen ist und die Infektion durch diesen Erreger beim Menschen ein pathologisch-anatomisch gut zu beschreibendes Krankheitsbild hervorruft, gelang 1953 Masshoff und Knapp. *Yersinia pseudotuberculosis* und *Yersinia enterocolitica* rufen beim Menschen eine Infektion hervor, die sich vornehmlich als akute, seltener subakute bis chronische

Enteritis, Appendizitis mit dem biopsischen Befund einer mesenterialen Lymphadenitis oder Ileitis terminalis acuta und selten einer schweren, zum Teil tödlichen, septischen Verlaufsform manifestiert.

Infektionen durch *Yersinia enterocolitica* sind dabei viel häufiger als durch *Yersinia pseudotuberculosis*. Der Infektionsmodus für den Menschen und die Dauer der Inkubationszeit sind bisher noch nicht sicher geklärt. In Anbetracht der Tatsache, daß die beim Menschen isolierten Stämme mit den bei Tieren gefundenen identisch sind, darf man annehmen, daß ein enger Zusammenhang zwischen tierischer und menschlicher Infektion besteht und diese oral durch engen Kontakt mit erkrankten Tieren oder den Genuß kontaminierter Speisen, wie Milch, Fleisch, Gemüse und auch Trinkwasser, erfolgt.

Bei der enteritischen Verlaufsform werden bei den meisten Patienten unterschiedlich starke, in wechselnder Häufigkeit auftretende Durchfälle mit und ohne Fieber, Erbrechen und heftigen Leibschmerzen beobachtet. Es findet sich in den meisten Fällen eine erhebliche Senkungsbeschleunigung und Leukozytose mit Linksverschiebung. Da erregerspezifische Symptome fehlen, ist eine Abgrenzung gegen entsprechende Infektionen mit Salmonellen, Shigellen und anderen darmpathogenen Erregern ohne Erreger- oder Antikörpernachweis nicht möglich. Häufig sind dabei, vornehmlich bei Frauen, Hautveränderungen im Sinne eines Erythema nodosum und/oder Erythema multiforme zu beobachten. Diese Veränderungen werden in 90 Prozent der Fälle nur bei Frauen beobachtet und zwei Drittel aller Fälle betrafen Frauen im Alter von 20 bis 40 Jahren. Nicht selten werden von den Patienten auch Gelenksbeschwerden angegeben.

Die pseudoappendizitische Verlaufsform, die mit einer mesenterialen Lymphadenitis und/oder einer akuten Ileitis terminalis einhergeht, ist vor allem aus chirurgischer Sicht und im Hinblick auf die Differentialdiagnose zum Morbus Crohn von erheblichem Interesse.

Das klinische Erscheinungsbild ist uncharakteristisch und ähnelt häufig einer akuten Appendizitis. Es setzt

akut mit Fieber, einer Leukozytose, Erbrechen, gelegentlichen Durchfällen und heftigen Abdominalschmerzen mit und ohne Abwehrspannung im rechten Mittel- und Unterbauch ein. Da der Verdacht auf eine akute Appendizitis besteht, ist eine Laparotomie häufig nicht zu umgehen. In den meisten Fällen ist die Appendix frei von entzündlichen Veränderungen. Dagegen finden sich im Ileozökalwinkel einzelne oder paketweise vergrößerte, teilweise miteinander verbackene Lymphknoten, die gelegentlich — vornehmlich bei Kindern — zu einem Invaginationssileus führen können. Die Darmschleimhaut im terminalen Ileum ist sehr häufig entzündlich verändert und zeigt das Bild einer akuten Ileitis terminalis. Sehr häufig wird dann die Diagnose der akuten Form eines Morbus Crohn gestellt.

Die septische Verlaufsform ist selten und in fast allen Erkrankungsfällen bestand eine schwere Grunderkrankung, wie Diabetes, Leberzirrhose oder Leukämie, was auch die mit ca. 50 Prozent sicherlich sehr hohe Mortalität erklären könnte. Insgesamt sind sicherlich nicht mehr als 40 bis 50 Fälle einer Sepsis durch *Yersinia enterocolitica* oder *pseudotuberculosis* berichtet worden.

Therapie:

In den meisten Erkrankungsfällen durch *Yersinia* kommt es auch ohne antibiotische Therapie innerhalb von ein bis vier Wochen zu einer Rückbildung des Fiebers und der anderen Krankheitssymptome. Beide Keime sind gegen die meisten Antibiotika empfindlich, jedoch gegen Penicillin, Ampicillin und Cephalosporine teilweise resistent. Da selbst beim Vorliegen einer Sepsis sehr gute Therapierfolge mit Tetracyclinen erzielt worden sind, dürften die Tetracycline das Antibiotikum der Wahl bei der Behandlung darstellen.

Professor Dr. G. Piekarski, Bonn:

Toxoplasmosis: Infektionsweg — Diagnose — therapeutische Konsequenzen

Manche dramatisierenden und unkritischen Publikationen, nicht zuletzt aber auch die gewiß schwierige Bewertung und Interpretation serologi-

Reguliert das **Auf** und **Ab** des Orthostatikers



Amphodyn® retard reaktiviert venös versacktes Blut, aktiviert die arterielle Versorgung und bringt Beschwerdefreiheit für den ganzen Tag.

Amphodyn[®]



retard

Indikationen: Bei allen essentiellen Formen der Hypotonie (insbes. bei Jugendlichen), bei allen symptomatischen Formen der hypotonen Dysregulation nach Infektionen, Operationen, Grippe, Geburten, Bettlägerigkeit.

Zusammensetzung: 1 Retardkapsel enthält Etilerfrinhydrochlorid 20 mg, Roßkastanienextrakt 150 mg lenth, 25 mg Aescin.

Kontraindikationen: Phäochromozytom, 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 Retardkapseln DM 44,75 · Anstaltspackung.

Reguliert doppelt:
Venös
und arteriell



scher Resultate und das Mißverständnis, das sich häufig durch Gleichsetzung von serologisch erwiesener Infektion mit einer Erkrankung an Toxoplasmose ergab, haben dazu beigetragen, daß eine starke Unsicherheit in der Beurteilung der derzeitigen Toxoplasmosesituation entstanden ist. So wurden fast alle Tiere in der Umgebung des Menschen als postnatale Infektionsquelle angesehen, aber alle diese Vermutungen haben sich mit Ausnahme der Katze als unrichtig erwiesen. Hutchison entdeckte 1965, daß im Katzenkot sehr resistente Toxoplasma-Stadien auftreten, die sich dann 1970 als Oozyten erwiesen, womit zugleich die Kokzidiennatur der Toxoplasmen erwiesen wurde. Diese Oozyten sind aber noch nicht so gleich mit der Defäkation infektionstüchtig, sondern erst nach einem Reifungsprozeß, d. h. nach zwei bis vier Tagen, in Abhängigkeit von den Außentemperaturen. Hier liegt der Grund dafür, daß die Katze unter unseren hygienischen Lebensverhältnissen als Infektionsquelle für den Menschen keine entscheidende Rolle spielt. Bei uns wird aber der Katzenkot mit Toxoplasma-Oozyten zur Infektionsquelle für die Schlacht- und Haustiere, wenn Futtermittel kontaminiert und damit die Schlachttiere mit Toxoplasmen infiziert werden. Rohes Schlachtfleisch, als Mettfleisch oder Beefsteak-Tatar genossen, wird damit zur Hauptinfektionsquelle für den Menschen, weil es eine Art von Dauerstadien, sogenannte Zysten, enthalten kann, die zur Infektion führen. Der behandelnde Arzt ist bei Patienten mit Verdacht auf Toxoplasmose im Rahmen seiner differentialdiagnostischen Überlegungen im hohen Maße auf serologische Ergebnisse angewiesen, weil die intrazelluläre Lebensweise in vitro nur in Verbindung mit einer Gewebekultur den Virusnachweis ermöglicht. Das älteste Verfahren ist die Komplementbindungsreaktion (KBR), allgemein bekanntgeworden ist der Farbttest nach Sabin und Feldmann (SFT), schließlich wird neuerdings der indirekte Immunfluoreszenztest (IFT) als einfachste Methode angepriesen; dessen Ergebnisse lassen sich grundsätzlich mit denen des Farbttestes gleichsetzen.

Bei standardisierten Methoden läßt sich folgende Interpretation der recht spezifischen serologischen Ergebnisse vertreten:

1. Bei negativen serologischen Ergebnissen liegt in der Regel keine Infektion vor.
2. Serologische Werte bis zum Titer 1 : 256 im SFT oder im IFT bei negativer KBR oder bei Titer bis 1 : 5 sprechen für eine latente Toxoplasmainfektion; sie erlauben allein keinen Verdacht auf Vorliegen einer spezifischen Erkrankung. Liegen Krankheitssymptome vor, sollte nach zwei bis drei Wochen eine Wiederholungsuntersuchung erfolgen, um zu prüfen, ob der Antitoxoplasmatiter inzwischen angestiegen ist.
3. Liegen die Antikörpertiter im SFT oder IFT über 1 : 256 und die KBR bei 1 : 10 und darüber, dann liegt begründeter Verdacht für eine manifeste akute oder chronische Toxoplasmose vor.

Aus mehreren größeren Studien ergeben sich folgende Vorstellungen über die klinische Bedeutung der kongenitalen Toxoplasmose:

1. Eine schon vor der Konzeption bestehende serologisch erwiesene Toxoplasmainfektion bedeutet, unabhängig von der Titerhöhe, keine Gefahr für die Frucht und ist nicht behandlungsbedürftig.
2. Die Titerkonversion, d. h. der Wechsel von negativem Befund vor der Schwangerschaft zu positiven Werten danach, spricht für eine frische Infektion der Mutter, womit eine gewisse Gefährdung des Kindes in utero verbunden ist. Sie ist am größten in der zweiten Hälfte der Schwangerschaft, eine schicksalshafte Erkrankung des Kindes ist damit aber keineswegs verbunden. Eine chemotherapeutische Behandlung ist in solchen Fällen zu empfehlen, obwohl die Wirksamkeit der medikamentösen Therapie noch nicht eindeutig gesichert ist.
3. Entscheidend wichtig ist der eindringliche Rat an alle Schwangeren, den Genuß von rohem Fleisch ebenso wie den Kontakt mit Katzen zu vermeiden.

Als chemotherapeutisch wirksam wird immer wieder die Kombination von Sulfonamiden mit Daraprim eingegeben. Als einziges wirksames Antibiotikum gilt Spiramycin. Ebenso hat sich Trimethoprim-Sulfamethoxazol bei der experimentellen Toxoplasmose als gut wirksam erwiesen.

Professor Dr. E. Jung und Privatdozent Dr. Anna Bojanovsky, Mannheim:

Moderne Antimykotike in der Dermatologie

Mit der zahlenmäßigen Zunahme der Hautmykosen in den letzten Jahren ist ein gewisser Gestaltwandel verbunden, die Erregerhäufigkeiten haben sich verschoben und die Therapie mußte sich anpassen. Die Hautmykosen durch Trichophyton haben sich in den letzten 30 Jahren gewandelt. Früher sind sehr viel mehr phlegmasische Infektionen aufgetreten, während heutzutage die aphlegmasischen Infektionen im Vordergrund stehen. Diese klinische Beobachtung geht parallel zu der mykologischen Tatsache, daß heutzutage Trichophyton rubrum der weitaus häufigste Keim ist, während früher Trichophyton mentagrophytes überwog. Trichophyton rubrum ist anspruchsloser, fermentativ weniger gut ausgerüstet und deshalb im wesentlichen auf die Keratinschichtung der Haut, der Nägel und der Haare begrenzt. Immunologische Abwehrreaktionen treten nur selten massiv zu Tage. Damit hat sich ein ganz wesentlicher Wandel in der Gestalt der Dermatomykosen vollzogen, die jetzt häufig bilande auftreten, deshalb inkonsequent behandelt werden und mehr oder weniger unerkannt persistieren. Sie stellen dann die Eintrittspforten für Pyodermien dar, insbesondere muß hervorgehoben werden, daß 25 Prozent der Erysipele als Eintrittspforte eine oberflächliche Mykose benutzen. Zur Behandlung der Dermatomykosen liegen viele Präparate vor, die eine ausreichende Penetration durch die Hornschicht und in die Epidermis haben. Die Behandlungsdauer muß so gewählt werden, daß nicht nur die klinischen Zeichen der Rötung, der Schuppung und das subjektive Zeichen des Juckreizes behoben sind, sondern sollte 10 bis 14 Tage weitergeführt werden, damit auch die Hornschicht vollständig erneuert und pilzfrei gehalten werden kann.

Die Candidose der Schleimhäute:

Reihenuntersuchungen haben ergeben, daß bei sogenannten gesunden Menschen kulturell Candidespezies gezüchtet werden kann. Dabei steht Candida albicans weit im Vordergrund. Dieser kulturelle Candidanachweis hat keine krankhafte Bedeutung, solange die Hefepilze

als Saphrophyten in beschränktem Ausmaße vorhanden sind. Anders wird es allerdings, wenn durch medikamentöse oder metabolische Umstellungen der saprophytäre Befall in einen parasitären Massenbefall umschlägt, welchem dann Krankheitswert zukommt. Dies ist der Fall bei einer Antibiotikatherapie, bei Hormonbehandlungen (Ovulationshemmung, Schwangerschaft) und bei Stoffwechselkrankheiten (Diabetes u. a.). Während bei einer Candidose infolge der Einnahme von Antibiotika die pathogene Candida-besiedelung, vor allem im Magen-Darmtrakt auftritt und von hier sowohl oral wie aboral auf die umgebenden Hautbereiche auswächst, spielt bei der hormonellen Situation die Candidose der Genitalorgane eine bevorzugte Rolle.

In den letzten Jahren sind auf der Schiene einer blanden, langdauernden Infektion mit Dermatophyten Mischinfektionen aufgetreten, wobei Hefe- und auch Schimmelpilze allein oder zusammen als Sekundärkeime auftreten. Sie vermögen zusammen mit den Dermatophyten die Hornschicht der Haut, der Nägel und der Haare zu durchdringen und eitrige Prozesse einzuleiten. Typische Lokalisationen für solche Mischinfektionen sind die Nägel, die Nagelbetten, die Zwischenzehenräume, Handflächen und Fußsohlen. Sie zeichnen sich durch eine besonders hartnäckige Therapieresistenz aus, da die klassischen und die herkömmlichen Antimykotika in der Regel nicht alle beteiligten Keime erfassen und so nur eine unvollständige Behandlung ermöglichen. Therapieresistente Verläufe oder Rezidive nach scheinbarer Besserung sind die Regel. Zur Therapie ist es sehr wichtig, daß hier Kombinationen oder Breitspektrumentimykotika lokal eingesetzt werden und die Therapie wiederum die klinische Besserung um mindestens zwei Wochen über-

dauert. Recht häufige ärztliche Kontrollen sind angezeigt, um eine konsequente Behandlung zu garantieren.

Die gegenwärtige Grippe-situation

a) Dr. H. Willers, Hannover:

Epidemiologie

Nachdem die großen „Plagen der Menschheit“ – Pest, Cholera, Gelbfieber und Pocken – durch bessere hygienische Bedingungen und durch Impfungen unter Kontrolle sind, bleibt die Influenza die letzte der großen Seuchen, der wir noch fast wehrlos gegenüberstehen. Wie ein Anachronismus erscheint es, daß die Influenza auch heute noch, genau wie vor Jahrhunderten, in Epidemien und Pandemien über die ganze Welt hinwegzieht. Diese Sonderstellung unter den Infektionskrankheiten ist der Eigenschaft des Influenzavirus zuzuschreiben, seine Antigenstruktur alle 10 bis 15 Jahre ändern zu können.

Der innere Anteil des Influenzavirus ist allen Influenza-A-Viren gemeinsam, er verändert sich nicht. Die Oberflächenantigene, das Hämagglutinin und die Neuraminidase, sind noch über längere Zeiten konstant und rufen die Bildung immunologisch wirksamer Antikörper hervor. Das veränderte Influenzavirus wird von den durch frühere Influenza-A-Infektionen erworbenen Antikörpern nicht mehr neutralisiert und eine erneute Influenzainfektion des Menschen ist möglich. Über die Ursache dieser Antigenvariationen im Sinne einer Antigen-shift, bei denen Influenzavirusstämme als neuer Subtyp mit völlig neuem Hämagglutinin oder Neuraminidase plötzlich auftauchen, gibt es mehrere Hypothesen. Einmal könnte eine Mutation die Ursache sein, zum anderen ist es möglich,

daß aus dem großen Influenza-A-Reservoir der Tiere und aus humanen Influenzastämmen durch genetische Rekombinationen völlig neue Influenzastämme entstehen, die dann zu Pandemien führen. Außer der Antigen-shift gibt es bei der Influenza A noch eine kleine Antigenvariation, als Antigen-drift bezeichnet. Im Verlauf einer Subtyp-Periode treten Antigenveränderungen vom ursprünglichen Subtyp auf, die wahrscheinlich auf einer Selektion von mutierten Viruspartikeln durch eine immune Population beruhen.

Beim Influenzavirus B gibt es ebenfalls eine Variation, aber nur im Sinne einer Antigen-drift; die Influenza B tritt nicht als Pandemie in Erscheinung.

Die Todesfälle kommen fast ausschließlich bei der Influenza A vor und betreffen vorwiegend die Altersgruppen über 60 Jahre. Besonders gefährdet sind offenbar kardiovaskulär vorgeschädigte Patienten und Menschen mit chronischen Erkrankungen. Auch Säuglinge unter einem Jahr sind mehr von Komplikationen betroffenen als andere Altersgruppen, obgleich die Gesamtzahl der Erkrankungen bei den Säuglingen klein ist.

b) Professor Dr. E. K. Kuvert, Essen:

Virologie – Impfprobleme

Zunächst einige Gründe dafür, warum die Influenzaschutzimpfung die Erwartung in der Vergangenheit nicht immer erfüllt hat: Zunächst einmal wurde immer noch der Begriff „Grippe-Impfung“ anstelle des sachlich einwandfreien, aber werbemäßig weniger wirksamen Begriffes „Influenzaschutzimpfung“ verwendet. Die Erwartungen, die bei dieser Terminologie geknüpft werden, nämlich Verhinderung der „Grippe“ bzw. jedes



...der rein natürliche Heilbrunnen

aus der Tiefe der Erde – STAATLICH FACHINGEN.

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

Staatl. Mineralbrunnen S. E. Zentralverw. 62 Wiesbaden 16, Wiesbadener Straße 77, Tel. (0 6121) 426 91 und 426 95

„grippalen Infektes“ sind sachlich nicht fundiert. Man sollte sich also daran gewöhnen, von der Influenza-schutzimpfung zu sprechen. Wegen der Antigenvariabilität des Influenza-virus ist die Impfstoffherstellung dadurch erschwert, daß man jeweils infektionsektuelle bzw. epidemie-nahe Stämme zur Zubereitung mit verwenden muß. Ein weiterer wichtiger Punkt ist, daß die Antigenkonzentration der Vakzine bislang nicht immer ausreichend war.

Daß diese Impfung dennoch in den vergangenen Jahren sich schon — trotz der aufgezeigten Mängel — als außerordentlich wirksam erwiesen hat, konnte von einer großen Zahl von Autoren unter Beweis gestellt werden.

Es kann sich also beim derzeitigen Stand der Dinge nicht um das „ob überhaupt“, sondern lediglich um das „wie noch besser“ bei der Influenzaschutzimpfung handeln. Die grundsätzliche Bedeutung und der hohe Wert dieser Impfung zur Verhütung von schweren gesundheitlichen Störungen im Einzelfall und volkswirtschaftlichen Schäden kann gar nicht mehr Gegenstand der Erörterung sein. Wenn man eine Versagerquote von zwei bis zehn Prozent bei den jetzigen Impfstoffen annimmt, dann ist die Influenzaschutzimpfung zur Zeit bei uns in der Lage, bei etwa 50 bis 60 Prozent der Impflinge eine vollständige Immunität und bei weiteren 30 bis 40 Prozent eine partielle Immunität für einen gewissen Zeitraum zu erzeugen. Diese partielle Immunität bewirkt zwar keinen Schutz vor der Infektion, ist aber mit großer Wahrscheinlichkeit in der Lage, einer schweren Erkrankung infolge dieser Infektion vorzubeugen.

Professor Dr. K. Wirth, Bonn:

Moderne Therapie der wichtigsten Wurmerkrankheiten

Dank des hohen hygienischen Standards und einer gut organisierten Überwachung der Lebensmittelherstellung und der Fleischbeschau sind in Mitteleuropa die Wurmerkrankungen selten geworden. In den letzten 10 bis 15 Jahren hat sich die Situation jedoch durch den Zustrom von Gastarbeitern aus den Mittelmeerlandern geändert, aber auch wegen der steigenden Zahl von Personen, die in tropischen oder subtropischen

Entwicklungsländern arbeiten und relativ häufig mit Wurmerkrankungen wieder zurückkommen. Meist handelt es sich um Infektionen mit Nematoden (Rundwürmer). Wegen der uncharakteristischen Symptome weist häufig nur die Eosinophilie im Differentialblutbild auf einen Parasitenbefall hin. An erster Stelle der Häufigkeit steht die Infektion mit Spulwürmern (*Ascaris lumbricoides*). In der Mehrzahl der Fälle ist der Verlauf symptomlos. Schwere Krankheitsbilder, wie kolikartige Bauchschmerzen, Ileus durch Zusammenballung von Würmern im Darm, treten nur bei massivem Befall auf und sind ausgesprochen selten. Die Infektion erfolgt durch orale Aufnahme der Wurmeier mit verunreinigten Gemüsen oder Salaten.

In feuchtwarmen Gebieten weitverbreitet ist der Befall mit *Trichuris trichiura*, dem Peitschenwurm, der nicht selten mit Askariden vergesellschaftet ist.

Bei *Enterobius (Oxyuris) vermicularis* werden die Wurmeier meist fäkal-oral aufgenommen.

In feuchtwarmen Gebieten sind die Hakenwürmer (*Ancylostoma duodenale* und *Necator americanus*) weit verbreitet. Wie auch bei den beiden vorangegangenen Wurmarten wird kein Zwischenwirt eingeschaltet. Nach Schätzungen sind etwa 700 bis 900 Millionen Menschen befallen, in manchen tropischen Gebieten liegt der Anteil bei 50 bis 80 Prozent der Bevölkerung. Bei massivem Befall steht Anämie im Vordergrund, da der Wurm etwa 0,03 bis 0,15 ml Blut pro Tag aufnimmt.

Ein ähnliches Verbreitungsgebiet wie Hakenwürmer besitzt der Zwergfadenwurm (*Strongyloides stercoralis*), dessen Larven ebenfalls perkutan eindringen und die den gleichen Weg nehmen wie Hakenwurmlarven.

Zur Behandlung der bisher erwähnten Wurmerkrankungen stehen einige Substanzen zur Verfügung, die die früher zum Teil nicht ungefährliche Therapie wesentlich vereinfacht haben. An erster Stelle sind hier die Piperazinsalze zu nennen, die sich vor allem bei Askariden und Oxyuren hervorragend bewährt haben. Meist genügt eine eintägige Einnahme, wobei es sich empfiehlt, bei Askariden die Kur nach zwei bis drei Wochen, bei Oxyuren etwa nach einer Woche

zu wiederholen. Nebenwirkungen sind selten. Kontraindikationen sind Leber- und Nierenerkrankungen sowie Krampfbereitschaft. Bephenium (*Alcopar*) ist eine weitere gegen Hakenwürmer und Askariden wirksame Substanz. Die Dosierung beträgt 5 g einmal täglich, unabhängig vom Körpergewicht. Bei Kindern, die weniger als 25 kg wiegen, wird eine Halbierung der Dosis empfohlen. Liegt ein Befall mit *Necator americanus* vor, sollte eine dreitägige Behandlung mit jeweils 5 g durchgeführt werden. Nebenwirkungen sind selten, als Kontraindikationen gelten lediglich Ulzera im Magen-Darmtrakt. Gut wirksam gegen Askariden und Oxyuren ist weiterhin Pyrantel pamoat (*Helmex*). Empfohlen wird eine Dosis von 10 mg/kg KG. Eine fast ausschließlich bei Oxyuren wirksame Substanz ist das Pyrinium pamoat (*Molevay*), das in einer Dosierung von 5 mg/kg KG in einer eintägigen Kur gegeben wird. Eine Wiederholung nach 15 bis 18 Tagen ist zu empfehlen. Thiabendazol (*Minzolum*) und Mebendazol (*Vermox*) sind, wenn auch in unterschiedlichem Ausmaß, gegen alle genannten Würmer wirksam. Die relativ neue Substanz, das Mebendazol (*Vermox*) übertrifft mit seinem Spektrum alle bisher bekannten Anthelmintika. Es ist sehr gut wirksam gegen Askariden und Oxyuren, gegen *Trichiuris* und Hakenwürmer und etwas weniger stark gegen *Strongyloides stercoralis*. Die Dosierung beträgt zweimal 100 mg täglich über drei Tage, bei Befall mit *Trichiuris* und *Ancylostomen* ist die Behandlung über vier Tage noch effektiver. Nennenswerte Nebenwirkungen sind nicht zu erwarten. Kontraindikationen sind nicht bekannt, in den ersten drei Schwangerschaftsmonaten sollte das Präparat jedoch nicht gegeben werden.

Die beiden Bandwurmart *Taenia saginata* (Rinderbandwurm) und *Taenia solium* (Schweinebandwurm) gehören zu den beim Menschen am häufigsten vorkommenden Bandwürmern, sie sind weltweit verbreitet, die Häufigkeit ist jedoch sehr stark von den EB- und Lebensgewohnheiten abhängig. Mittel der Wahl ist das Niclosymid (*Yomesan*), das eintägig in einer Dosierung von 2 g (vier Tabletten) gegeben wird.

Referent:

Dr. med. E. Weber, Bahnhofstraße 21, 8581 Creußen

Gegen Juckreiz,
Sonnenbrand,
Insektenstiche

Soventol® Gelee

kühlt — lindert — heilt



Weitere Indikationen

Pruritus, Pruritus bei Dermatosen, Urtikarie, Quallenverbrennungen.

Anwendungsweise

Soventol Gelee wird in dünner Schicht auf die Haut aufgetragen. Das Präparat ist farblos und verfärbt die Wäsche nicht.

Kontraindikationen

Sind nicht bekannt.

Zur besonderen Beachtung!

Bei großflächiger Anwendung, insbesondere auf entzündlich veränderte Stellen, kann es infolge perkutaner Resorption größerer Mengen von Soventol® zum Auftreten von Nebenwirkungen kommen. In sehr seltenen Fällen wurde bei Kindern das Auftreten von Unruhe- und Verwirrheitszuständen und Pupillenerweiterung, bei Erwachsenen dagegen vor allem von Müdigkeit mitgeteilt. Die Erscheinungen klingen nach dem Absetzen der Behandlung erfahrungsgemäß wieder vollständig ab.

Zusammensetzung

1 g Soventol® Gelee enthält 20 mg Bampin (N-Phenyl-N-benzyl-4-amino-1-methylpiperidin) lactat.

Handelsformen

20 g Orig.-Pckg. DM 3,15
50 g Orig.-Pckg. DM 6,25

Die ausgezeichnete Wirkung von

Soventol® Gelee

wird nun schon seit vielen Jahren nicht nur von Urlaubern, sondern auch von den „Daheimgebliebenen“ geschätzt.



Knoll AG
6700 Ludwigshafen

Senkung der Lipidspiegel - Verhütung von Gallensteinen - Nachsorge nach Herzinfarkt

26. Deutscher Kongreß für ärztliche Fortbildung in Berlin

Während der von G. Schettler, Heidelberg, geleiteten Großveranstaltung im Ausstellungsgelände am Berliner Funkturm, die zugleich zahnärztlicher Fortbildungskongreß sowie Fortbildungskongreß für Krankenschwestern und Krankenpfleger war und zu der auch ein umfangreiches Filmprogramm gehörte, hatte R. Aschenbrenner, Hamburg, den Festvortrag übernommen, der zur „Situation auf dem Arzneimittelmarkt“ Stellung nahm. Er befaßte sich u. a. mit der leidigen Frage, ob die Werbung der Pharmaindustrie die Verschreibungsgewohnheiten der Ärzte und besonders der Kassenärzte wesentlich beeinflußt oder nicht. Bei der jungen Medizinergeneration liege die pharmazeutische Industrie derzeit „unter Beschuß“. Von Dollery wurde die Einstellung der Ärzteschaft zur Pharmaindustrie als eine „merkwürdige Mischung von Bewunderung und Widerwillen“ definiert. Diese Verhaltensweise muß nach Aschenbrenners Ansicht historisch gesehen werden. Sir Hans Krebs habe in seinem Festvortrag in Wiesbaden 1972 deutlich zum Ausdruck gebracht, daß die Frage „Grundlagenforschung oder praktische Forschung?“ eine falsch gestellte Frage sei. Denn es sei kein Zweifel, daß unter den wirklich wirksamen Medikamenten, die in den letzten 40 Jahren entwickelt wurden, die große Mehrzahl — etwa 90 Prozent — in der Industrie und nicht in den Hochschulen oder freien Forschungsinstituten entwickelt wurde.

Zum Problem der Arzneiverordnung durch den Arzt meinte der Festredner, daß sich dieser wirklich in einer „permanenten Zwickmühle“ befindet und dem Werbedruck auf der einen sowie der Anspruchshaltung der Patienten auf der anderen Seite ausgesetzt ist. Diese Erwartungshaltung bestehe in besonders ausgeprägtem Maß bei den alten

Menschen bzw. bei den Rentnern. Sie hüten ihre Arzneimittelvorräte oft wie einen Talisman, wie einen Geleitbrief für ein langes Leben. Hinzu kommt, daß sie genügend Zeit haben, Meinungen über Medikamente auszutauschen, Gehörtes und Gesehenes zu besprechen und Zeitungsannoncen hingebungsvoll zu studieren. Auf diesem Sektor spielt deshalb die sogenannte Wunschverschreibung eine besonders große Rolle: In einer Untersuchung des EMNID-Institutes wurde festgestellt, daß 73 Prozent aller niedergelassenen Praktiker und Internisten sich ständig derartigen Patientenwünschen ausgesetzt sehen.

Wenn Politiker aller Parteien sich um die Gunst der Wähler bemühen und wenn der Leistungskatalog für die Versicherten immer mehr an Umfang zugenommen hat, dann sei es kein Wunder, daß diese Großzügigkeit im gesundheitspolitischen Angebot der Selbständigkeit, Sparsamkeit und Eigeninitiative der gesetzlich Versicherten nicht gerade förderlich war. Hier müsse man dem ebenso deutlichen wie selbstkritischen Beitrag von R. Luft zustimmen, der im vergangenen Jahr im „Deutschen Ärzteblatt“ erschien und den Titel trug: „Die Begehrlichkeit der Menschen wieder umsteuern“.

Zum wissenschaftlichen Programm des Berliner Fortbildungskongresses 1977 gehörte ein Beitrag von H. Kewitz, Berlin, über die *Senkung der Lipidspiegel*, wobei er darauf hinwies, daß über die Pathogenese der primären Hyperlipoproteinämien bestenfalls Vermutungen existieren, z. B. wird ein verlangsamter Abbau von Triglyzeriden in den Organen und eine verlangsamte Oxydation von Cholesterin in der Leber diskutiert. Da die Pathogenese nicht bekannt ist, kann es hier nur eine symptomatische und pragmatische

Therapie geben, die eine Dauerbehandlung sein muß, weil nur von einer nachhaltigen Senkung der Serumlipide eine Besserung der Arteriosklerose und eine Verhütung der Folgekrankheiten zu erwarten ist. Hierzu gehört außerdem, daß auch die anderen Risikofaktoren, vor allem Zigarettenrauchen und Hypertonie, wo sie vorhanden sind, gleichzeitig ausgeschaltet werden. Die gelegentliche Verordnung eines lipidsenkenden Pharmakons hat nach Kewitz Darstellung überhaupt keinen Sinn und sie kann nur zum Tragen kommen, wenn der Patient seine Ernährung auf eine lipidsenkende Kost umstellt. Diese läßt sich mit wenigen Grundsätzen skizzieren:

1. Kalorieneinschränkung, bis das Normalgewicht erreicht ist,
2. nur 30 Prozent des Kalorienbedarfes sollen durch Fett gedeckt werden, höchstens jedoch 80 g pro Tag,
3. zwei Drittel des Fettes soll in Form mehrfach ungesättigter Pflanzenfette zugeführt werden, weil die gesättigten Fettsäuren tierischer Herkunft die Resorption von Cholesterin im Dünndarm stärker fördern als die ungesättigten Fettsäuren auf pflanzlicher Basis,
4. der Alkoholkonsum sollte eingestellt oder zumindest stark eingeschränkt werden, weil er die Triglyzeridsynthese in der Leber fördert,
5. die Kohlenhydratmenge muß auf 40 Prozent des Kalorienbedarfes reduziert werden, um die kohlenhydrat-induzierte Fettsynthese zu vermindern,
6. cholesterinreiche Nahrungsmittel wie Eier, Butter, Käse, Leber und Nieren sollten weitgehend gemieden werden, damit die tägliche Cholesterinzufuhr unter 300 mg bleibt, weil erst unterhalb dieser Grenze ein Einfluß auf den Cholesterinspiegel zu erwarten ist.

Wenn trotz Einhaltung einer solchen Kostform innerhalb von sechs bis acht Wochen der Cholesterinspiegel noch immer über 250 mg und der Triglyzeridspiegel noch über 150 mg Prozent liegt, ist nach der Ansicht von Kewitz eine medikamentöse Behandlung angezeigt. Hier kommen drei Gruppen von Pharmaka infrage, nämlich Substanzen, welche die Resorption von Cholesterin oder Gallensäure im Darm hemmen (Sitoste-

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 Praxiseinrichtung 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

Hof/Saale:

1 Nervenarzt

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 Augenerzt

Es handelt sich um die Wiederbesetzung der derzeit verweisten Augenarztstelle. Die Stadt Neustadt bei Coburg hat 13000 Einwohner. Insgesamt sind ca. 20000 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 11 höhere 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, 11 höhere 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 Frenkenwald gelegene Gemeinde Wilhelmsthal zählt 1220 Einwohner, insgesamt sind ca. 4000 Menschen zu betreuen. Für den aus Gesundheitsgründen demnächst ausscheidenden Alleinarzt wird ein Nachfolger benötigt. Arztweis 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 Beyreuth.

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

1 Chirurg mit Unfallbehandlung (D-Arzt-Tätigkeit)

Einwohnerzahl: ca. 39000. 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.

Spasmo- Nervogastrol®

erfolgreich durch



prompte
Spasmolyse



anhaltende
Säurebindung



zuverlässigen
Schleimhautschutz

Zusammensetzung: 1 Tablette =
Butinolinphosphat 2 mg, Calcium-
carbonat 600 mg, Bism. subnitri.
150 mg.

Indikationen: Akute und chronische
Gastritis, Gastroduodenitis, Ulcus
ventriculi et duodeni, Krampf- und
Säureschmerzen.

Kontraindikationen: Glaukom,
Prostatahypertrophie mit Neigung zur

Restharnbildung, mechanische
Stenosen im Bereich des Magen-
darmkanals, Tachyarrhythmie,
Megacolon.

Hinweise: Nach der Einnahme von
SPASMO-NERVOGASTROL kann sich
der Stuhl gelegentlich durch Wismut-
sulfid dunkel verfärben. Diese Ver-
färbung ist ein natürlicher Vorgang
und ohne Bedeutung für den Patien-

ten. In seltenen Fällen kann die Ver-
kehrstüchtigkeit beeinträchtigt
werden.

Handelsformen und Preise:



24 Tabletten DM 6,80
50 Tabletten DM 12,20

Anstaltspackungen

Stand bei Drucklegung

HEUMANN
Arzneimittel
NÜRNBERG

Weißenburg, Lkr. Weißenburg-Gunzenhausen:

1 Nervenerzt

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 Oberpfalz

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

Amberg:

1 Nervenarzt oder Psychiater –
nur wenn Teilgebietsbezeichnung Psychotherapie
nachgewiesen werden kann

Die Stadt Amberg hat ca. 46 000 Einwohner, mit Einzugsgebiet rund 120 000 Einwohner. Amberg ist Facharztzentrum, Städt. Marienkrankenhaus mit 634 Betten, 2 Nervenärzte. Alle weiterbildenden Schulen am Ort. Notfalldienst über Notrufzentrale Amberg.

Auerbach, Lkr. Amberg-Sulzbach:

1 Allgemein-/Prakt. Arzt

Auerbach hat 5800 Einwohner (Einzugsgebiet rund 7500 Einwohner), 5 Kassenärzte. Diese Ausschreibung soll die Nachfolgebesetzung eines demnächst in den Ruhestand tretenden Allgemeinarztes regeln. Kreiskrankenhaus mit Chirurgischer und Interner Abteilung (Chirurg und Internist an kassenärztlicher Versorgung beteiligt). Nächste Fachärzte in Sulzbach-Rosenberg/Amberg und Pegnitz/Bayreuth. Ärztlicher Notfalldienst über Notrufzentrale Amberg. Weiterbildende Schulen in Auerbach, Eschenbach, Pegnitz.

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 Kreiskrankenhaus Eschenbach (chirurgische, interne, geburtshilflich-gynäkologische Abteilungen). Ärztlicher Notfalldienst über Notrufzentrale Weiden – Funkeinsatz – 8-Wochen-Turnus. Weiterbildende Schulen in Eschenbach/Weiden.

Krummennaab, Lkr. Tirschenreuth:

1 Allgemein-/Prakt. Arzt

Krummennaab und das Einzugsgebiet haben ca. 2000 Einwohner. Es handelt sich um eine Nachfolgebesetzung. Nächstes Facharztzentrum Weiden, Apotheke in Erbendorf. Ärztlicher Notfalldienst über Notrufzentrale Weiden – 7-Wochen-Turnus. Weiterbildende Schulen in Erbendorf.

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.

Wald, Lkr. Cham:

1 Allgemein-/Prakt. Arzt

Wald und das Einzugsgebiet haben ca. 2200 Einwohner. Nächste Fachärzte in Regensburg und Cham. Nächste Apotheke in Nittenau und Falkenstein. Ärztlicher Notfalldienst über Notrufzentrale Regensburg – 6-Wochen-Turnus. Weiterbildende Schulen in Nittenau und Roding.

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 haben ca. 2500 Einwohner. 1 Kassenarzt. Diese Ausschreibung soll die Nachfolgebesetzung regeln. Nächstes Facharztzentrum Weiden. Ärztlicher Notfalldienst über Notrufzentrale Weiden – 8-Wochen-Turnus. Weiterbildende Schulen in Neustadt/Waldnaab.

Weiden:

1 Nervenarzt oder Psychiater –
nur wenn Teilgebietsbezeichnung Psychotherapie
nachgewiesen werden kann

Die Stadt Weiden hat ca. 42 000 Einwohner, mit Einzugsgebiet ca. 140 000 Einwohner. Weiden ist Facharztzentrum. Städt. Krankenhaus mit 642 Betten, 2 Nervenärzte. Alle weiterbildenden Schulen am Ort. Notfalldienst über Notrufzentrale Weiden.

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

Walchenfeld, Lkr. Bayreuth: 1 Allgemein-/Prakt. Arzt
Warmensteinach, Lkr. Bayreuth: 1 Allgemein-/Prakt. Arzt
Weidhausen, Lkr. Coburg: 1 Allgemein-/Prakt. Arzt

Augenarzt:

Coburg: 1 Augenarzt

Hals-Nasen-Ohrenärzte:

Bayreuth: 1 Hals-Nasen-Ohrenarzt

Marktredwitz, Lkr. Wunsledel: 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 Unterfranken
 Hofstraße 5, Würzburg
 Telefon (09 31) 307 - 1

Allgemein-/Prakt. Ärzte:

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

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

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

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

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

Schweinfurt: 1 Allgemein-/Prakt. Arzt

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

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

Augenärzte:

Alzenau, Lkr. Aschaffenburg: 1 Augenarzt

Obarnburg, Lkr. Miltenberg: 1 Augenarzt

Kinderarzt:

Bad Neustadt, Lkr. Rhön-Grabfeld: 1 Kinderarzt

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

KASSENÄRZTLICHE VEREINIGUNG BAYERNS
 Bezirksstelle Mittelfranken
 Vogelsgarten 6, Nürnberg
 Telefon (09 11) 4 98 21 – 24

Allgemein-/Prakt. Ärzte:

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

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

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

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

Nürnberg-Langwasser: 1 Allgemein-/Prakt. Arzt

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

Nürnberg-West: 1 Allgemein-/Prakt. Arzt

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

Wittelshofen oder Welltingen, Lkr. Ansbach: 1 Allgemein-/Prakt. Arzt

Nervenarzt:

Neustadt/Alsch, Lkr. Neustadt/Alsch - 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 Oberpfalz
 Landshuter Straße 49, Regensburg
 Telefon (09 41) 7 50 71

Allgemein-/Prakt. Ärzte:

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

Hals-Nasen-Ohrenarzt:

Burglengenfeld,
Lkr. Schwandorf i. Bay.:

1 Hals-Nasen-Ohrenarzt

Hautarzt:

Weiden:

1 Hautarzt

Kinderarzt:

Sulzbach-Rosenberg,
Lkr. Amberg-Sulzbach:

1 Kinderarzt

Orthopäde:

Weiden:

1 Orthopäde

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

Bodenmais: Lkr. Regen: 1 Allgemein-/Prakt. Arzt

Deggendorf-Stadt: 1 Allgemein-/Prakt. Arzt

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

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

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

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

TIEFE FENNWIRKUNG

**NEUE
Packung**
250 ml DM 12,80



sichert schnelle Schmerzfreiheit bei Sportverletzungen, Verstauchungen, Prellungen an Muskeln und Gelenken.

Zur percutanen Schmerz-Therapie

Marament[®] Balsam

Zusammensetzung: 100 g Aethylenum chloratum, 2 g Oleum Pini Pumilionis, 0,2 g Methylum salicylicum, 1 g Camphore synthetics, 0,05 mg Toxine der Naja tripudians, Emulgator ad 125 g = 100 ml.

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

O.P. Flasche mit 100 ml DM 6,15; O.P. Flasche mit 250 ml DM 12,80. Dr. Wider & Co 725 Leonberg



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

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

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

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

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

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

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

Hals-Nasen-Ohrenarzt:

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

Hautärzte:

Daggendorf-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.

Augenärzte:

Kelheim: 1 Augenarzt

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

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

Allgemein-/Prakt. Ärzte:

Niederraunau, 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.



Die Lösung eines brennenden Problems

Zusammensetzung:
 100 g Salbe enthalten:
 Blamut. subnitric. 1 g, Myroxyt balsam. var. pereir. 2 g, Zinc. oxydat. 8 g, Benzocain 2 g, Urea pure 1 g, Natriumtetraborat 2 g
 1 Suppositorium enthält:
 Blamut. -subnitric. 120 mg, Myroxyt. balsam. var. pereir. 100 mg, Zinc. oxydat. 100 mg, Benzocain 40 mg.
Indikationen:
 Äußere und Innere Hämorrhoiden, Analfissuren, 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

rin und Cholestyramin), Hemmstoffe der Cholesterin- und Fettsynthese in der Leber (Clofibrat und Nikotinsäure) sowie Pharmaka, die den Abbau von Cholesterin oder dessen Ausscheidung mit der Galle steigern (D-Thyroxin).

Beta-Sitosterin ist das pflanzliche Pendant zu dem im Tierkörper vorkommenden Cholesterin, es wird im Gegensatz zu diesem im Dünndarm nur minimal resorbiert, jedoch behindert es die Resorption von Cholesterin. Dadurch fällt der Plasma-Cholesterinspiegel im Verlauf einiger Wochen um etwa 10 bis 20 Prozent ab. Die erforderliche Tagesdosis von etwa 10 g führt manchmal zu Magen-Darm-Symptomen, die jedoch harmloser Art sind. Beim Cholestyramin (z. B. Quantalan) handelt es sich um einen nicht resorbierbaren und nicht spaltbaren Ionenaustauscher, der Gallensäure bindet und dadurch die Mehrausscheidung von ca. 1 g Gallensäure täglich bewirkt. Für die Dauertherapie ist dieses Mittel weniger geeignet, außerdem lehnen es viele Patienten auch wegen des unangenehmen Amingeruches ab.

Durch Clofibrat (z. B. Atheroprone, Regelan, Skleromex) kann bei Dosen von 1,5 bis 2,0 g täglich der Triglyzeridspiegel um etwa 30 Prozent und der Cholesterinspiegel um 10 bis 15 Prozent gesenkt werden. Das Mittel wird relativ gut vertragen, doch muß beachtet werden, daß es wegen seiner starken Eiweißbindung andere Pharmaka, z. B. Marcumar, aus ihrer Albuminbindung verdrängt und so deren Wirksamkeit verstärkt. Im Vergleich zu Clofibrat werden Nikotinsäurepräparate verhältnismäßig schlecht vertragen. Die

Abnahme der Triglyzerid- und Cholesterinspiegel beruht hier auf einer Synthesehemmung in der Leber, die bei den Triglyzeriden schon nach fünf bis sechs Stunden, bei dem träger reagierenden Cholesterin erst nach einigen Tagen meßbar ist. Bei manchen Patienten kommt es unter dem Einfluß von Nikotinsäure zu einer Verminderung der Glucosetoleranz, deren Mechanismus noch nicht geklärt ist.

Vom D-Thyroxin wußte Kewitz zu berichten, daß dieses in einer Dosierung von 4 bis 8 mg täglich den Plasma-Cholesterinspiegel um 20 Prozent zu erniedrigen vermag, daß man jedoch zur Vermeidung einer unerwünschten Steigerung der Herzfrequenz mit kleinen Dosen von 2 mg anfangen und diese in zweiwöchentlichen Abständen allmählich steigern sollte. Nachdem sich jedoch in einer multizentrischen Studie in den USA herausgestellt hat, daß die Mortalität bei Reinfarktpatienten durch 6 mg D-Thyroxin täglich signifikant gesteigert wurde, kann das Mittel für Patienten, die bereits einen Infarkt durchgemacht haben, heute nicht mehr empfohlen werden.

In seinem Vortrag über *Auflösung und Verhütung von Nierensteinen* erwähnte R. Nagel, Berlin, daß in etwa 20 Prozent der Steinleiden Harnsäurekonkremente vorliegen. Da Harnsäure im sauren Milieu schwer und im alkalischen Urin leicht löslich ist, verbessern Substanzen, die den Urin alkalisieren (z. B. Uralyt-U), die Löslichkeit der Harnsäure so stark, daß Harnsäuresteine aufgelöst werden. Hierbei muß jedoch berücksichtigt werden, daß die Löslichkeit der Phosphate

bei einer Alkalisierung des Harns abnimmt und eine Ausfällung von Phosphaten stattfinden kann, falls der Harn zu stark alkalisiert wird. Deshalb muß bei einer längerfristigen Behandlung von Harnsäurekonkrementen das pH des Urins zwischen 6,2 und 6,8 liegen und darf 7,0 nicht übersteigen. In der Praxis bedeutet dies, daß die Patienten ihr Urin-pH mit dem Spezialindikatorpapier, welches der Medikamentenpackung beigelegt ist, dreimal täglich exakt bestimmen müssen. Ein Vierteljahr nach Auflösung eines Harnsäuresteins oder nach einer operativen Steinentfernung sollte eine Behandlung mit Allopurinol (Foligan, Zyloric) durchgeführt werden, welches in einer Dosierung von 200 bis 400 mg täglich dazu führt, daß weniger Xanthin zu Harnsäure oxydiert und so die Harnsäureausscheidung vermindert wird.

Wie Nagel weiter ausführte, gelingt eine Auflösung von Phosphatkonkrementen nur in statu nascendi. Bei der Prophylaxe nach Operation oder Steinabgang müssen drei Faktoren berücksichtigt werden, nämlich die Bekämpfung des Harninfektes, die Harnansäuerung sowie die orale Verabreichung von Aluminiumgel. Bei der Infektbekämpfung dürfen Tetrazykline oral nicht mit Aluminiumhydroxyd zusammen gegeben werden, weil sich dabei schlecht lösliche und nicht resorbierbare Komplexe bilden. Durch Harnansäuerung soll das pH in den sauren Bereich verschoben werden, in dem Phosphate gut löslich sind und nicht ausfallen. Dies gelingt z. B. mit Ammoniumchlorid bzw. Mixture solvens, wobei der Urin auf Werte unter pH 6,0 angesäuert werden soll. Eine Senkung der renalen

DR LANGE Photometer-System LP6

Ein Programm zur Entlastung der Laborarbeit



Das Dr. Lange Photometer-System LP6 bietet viele Möglichkeiten, mit den täglichen Anforderungen an das Labor optimal fertig zu werden. Nach dem Baukastensystem aufgebaut, dient es der Verbesserung und Vereinfachung der täglichen Routearbeit. Sein Vorteil: Die genaue Abstimmung des Photometers, seiner Zusatzbausteine, der Reagenzien und Kontrollseren aufeinander.

Die Dr. Lange Küvetten-Tests bieten Ihnen ein neues Konzept für die Zuverlässigkeit der Ergebnisse, die Sicherheit und die Zeitersparnis Ihrer Analysen im klinisch-chemischen Labor.

Alles kommt aus einer Hand – von Ihrem Fachhändler. Informieren Sie sich durch eine unverbindliche Vorführung.

Labor Schubert
Krankenhaus- und Laborbedarf
Lilienthalstraße 2-4
8460 Schwandorf
Tel.: 09431/30 66

Fromundstraße 34
8000 München 90
Tel.: 089/66 26 97

Phosphatausscheidung läßt sich durch orale Gaben von Aluminiumhydroxyd (Aludrox) erreichen, doch ist hierbei eine ausreichend hohe Dosierung von etwa 20 Tabletten täglich erforderlich, was von dem Patienten eine beträchtliche Disziplin verlangt.

Von den Kalziumoxalatsteinen, die mit 60 Prozent das größte Kontingent darstellen, sagte Nagel, daß deren Auflösung heute noch nicht möglich ist, daß man aber durch eine langfristige Kontrolle der Patienten unter Berücksichtigung verschiedener Stoffwechselfaktoren (Hyperkalziurie, Hypomagnesiurie, Hyperurikämie und Hyperurikosurie sowie Hyperoxalurie) durchaus eine Rezidivprophylaxe betreiben kann. Die Hyperkalziurie, die bei 25 Prozent der Kalziumoxalatsteinträger besteht, läßt sich durch Orthophosphat (z. B. Reducto) in einer Dosierung von 1,5 bis 2,5 g täglich senken. Hierbei muß jedoch darauf geachtet werden, daß kein Harnwegsinfekt vorliegt, weil es sonst zur Phosphatsteinbildung kommen kann. Eine bestehende Hypomagnesiurie kann durch orale Magnesiumzufuhr ausgeglichen werden. Bei gleichzeitig vorhandener Hyperurikämie bzw. Hyperurikosurie wird Allopurinol in einer Dosierung von 200 bis 400 mg täglich empfohlen. Wesentlich ist eine ausreichende Flüssigkeitszufuhr, die zu entsprechenden Harnmengen von mindestens 1,5 bis 2,0 l innerhalb 24 Stunden führen sollte. Diätetisch sollten Milch und Milchprodukte sowie Fruchtsäfte und stark oxalsäurehaltige Nahrungsmittel wie Obst und Gemüse eingeschränkt werden. Eine derartige rigorose Einschränkung wird von den Patienten allerdings kaum durchgehalten und sie dürfte bei der Harnsteinprophylaxe auch nur eine untergeordnete Rolle spielen.

M. Lepper, Höhenried/Obb., sprach über *Probleme der Psychosozialtherapie* beim Koronar-Kranken, wobei sie die dringende Empfehlung aussprach, den vom Gesetzgeber verlangten Grundsatz „Rehabilitation geht vor Rente“ dahingehend zu erweitern, daß die Forderung heißt, „Rehabilitation geht vor Rentenantrag“. Sie begründete dies damit, daß die Ablehnung eines Rentenantrages wegen Nichterfüllung der Voraussetzungen vom Patienten gewöhnlich als eine schwere Kränkung und als große Ungerechtigkeit empfunden

wird. Noch schlimmer sei es, wenn der Rentenantrag beim Versicherungsträger unerledigt liegenbleibt, bis – entsprechend der Gesetzgebung – Rehabilitationsmaßnahmen durchgeführt worden sind. Da die Patienten sehr wohl wissen, daß die Rentengewährung vom Urteil der Rehabilitationsklinik abhängt, üben sie nicht nur destruktive Kritik an allen Verordnungen, die der Besserung ihres Gesundheitszustands dienen, sondern sie verunsichern durch ihre negative Einstellung auch noch ihre Mitpatienten. Aufgrund der Erfahrung, daß die Gewährung einer Frührente nur in den seltensten Fällen den Wunschvorstellungen der Patienten entspricht, hält Lepper die psychologische Führung der Kranken in der Rehabilitationsphase nach Herzinfarkt für besonders wichtig. Dies sei aber nur möglich und aussichtsreich, wenn nicht von Anfang an das Verständnis für die vorliegende Situation durch ein zwanghaftes Rentenbegehren gestört wird.

Die Erstellung eines individuellen medikamentösen Langzeittherapieplanes nach überstandem Herzinfarkt und dessen Überwachung gehören nach den Ausführungen von K. Krüger, Tegernsee, zu den schwierigsten Aufgaben, mit denen der Arzt in Klinik und Praxis konfrontiert wird. Dies geht u. a. aus einer Heidelberger Studie hervor, wonach nur 58,7 Prozent der Infarkt-Patienten regelmäßig die ihnen verordneten Präparate einnehmen.

Neben den Nitraten und Beta-Blockern, deren kombinierte Anwendung nach Ansicht der meisten Kardiologen als die derzeit beste konservative Therapie der schweren Angina pectoris, besonders der instabilen Formen, gelten kann, zeichnen sich auch die sogenannten Kalzium-Antagonisten durch eine anti-anginöse Effektivität aus, die auf einer Hemmung des transmembranären Kalziumeinstroms beruht. Dadurch kommt es zu einer Dämpfung der mechanischen Herzaktivität und zu einer Tonuszunahme in den Koronarien, Arterien und Venen, was zu einer Sauerstoffeinsparung über eine kardiale und peripher-vasale Entlastung führt. Von der klinischen Wirkung her steht nach Krügers Darstellung Prenylamin (Segontin) nahe bei den Beta-Blockern, Nifedipin (Adalat) in der Nachbarschaft der Nitrate. Eine günstige Mittelposition wird dem Fendilin (Sensit) zuge-

schrieben, während das hervorstechende Merkmal von Verapamil (Isoptin) dessen starke antiarrhythmische Potenz ist. Kalzium-Antagonisten eignen sich vor allem für die Prophylaxe leichter bis mittelschwerer Formen der stabilen Angina pectoris; in der Kombinationstherapie mit Nitraten können Fendilin und Prenylamin Beta-Blocker ersetzen, wenn letztere kontraindiziert sind.

Bei jedem Infarkt-Rekonvaleszenten stellt sich die Frage nach einer eventuellen Digitalisierung. Krüger hält sie für obligat, wenn eine Belastungs- oder Ruheinsuffizienz besteht, außerdem beim gleichzeitigen Vorhandensein einer hypertensiven Kardiopathie sowie in den Fällen, wo nach einem überstandenen mittelgroßen oder großen transmuralen Infarkt eine Stützung des hypertrophierten und überlasteten Restmyokards notwendig erscheint. Handelt es sich hingegen um einen kleinen, transmuralen oder um einen intramuralen Infarkt, bestehen Beschwerdefreiheit und eine gute Leistungsfähigkeit, dann kann und sollte man auf eine Glycosidbehandlung verzichten. Bei bestehender Indikation empfahl der Vortragende, Glycoside aus der Digoxingruppe zu verwenden, weil diese gut resorbiert werden, die Wirkung relativ rasch eintritt und die tägliche Abklingquote etwa 20 Prozent beträgt. Als Erhaltungsdosen genügen für Bete-Methyl-Digoxin (Lanitop) 0,2 mg, für Digoxin (Lanicor) 0,375 mg und für Beta-Acetyl-Digoxin (Novodigal) 0,3 mg täglich. Höhere Erhaltungsdosen sind nur nach einer schweren Dekompensation, bei einem großen Hypertoniker-Herz, bei schneller Flimmerarrhythmie sowie bei besonders muskelkräftigen, athletisch gebauten Menschen erforderlich.

Zu dem umfangreichen *wissenschaftlichen Filmprogramm* des Berliner Fortbildungskongresses, welches als „medizinische Filmfestspiele“ deklariert wurde, gehörten insgesamt 41 Titel, darunter waren fünf Uraufführungen. Bei einer dieser Uraufführungen handelte es sich um von der Fa. Nattermann, Köln, präsentierten Streifen „*Lebererkrankungen – die Zelle als Brücke zu Diagnostik und Therapie*“, in welchem unter besonderer Berücksichtigung der elektronenoptisch erfaßbaren Veränderungen und der Membranbiologie versucht wird, das Verständnis für die Pathogenese und Diagnostik der

Die meisten Ärzte kennen uns bereits als führende Krankenversicherung des Ärztestandes. Deshalb möchten wir

in dieser Anzeige einmal nicht über Versicherungen reden und laden Sie zu einem kleinen Quizspiel ein.

Die „Weiße Dame“ spricht, auch wenn Sie nie ein Wort sagt.

Unsere Quiz-Frage:

Welche Bedeutung hatte die „Weiße Dame“ in der zeitgenössischen Medizin?
Bitte kreuzen Sie im Coupon Ihre Meinung an.



Quellenhinweis: Autobiografischer Roman von Daniele Varè, „Der Schneider himmlischer Hosen.“

Vereinigte
Krankenversicherung AG
Salus Krankenhauskosten-Versicherungs-AG

Vertragsgesellschaften Ihrer Ärztekammer
und des Marburger Bundes.
Generaldirektion
Leopoldstraße 24
8000 München 40

Ihr Quiz-Gewinn:



Unter allen richtigen Einsendungen
verlosen wir eine wertvolle
Original-„Weiße-Dame“ aus
Eifenbein (Größe ca. 20 cm,
Eisenbeschluß 15.11.1999
Rechtsweg
ausgeschlossen)

Meiner Meinung nach kann die „Weiße Dame“
nur folgende Bedeutung haben:
 Ägyptisches Schutzsymbol
gegen Fruchtbarkeit
 Chinesische Diagnosefigur
Gynäkologe in der
früheren Medizin

Adresse

KX2P

wichtigsten Lebererkrankungen zu erweitern und therapeutische Ansatzpunkte darzustellen. Vor Beginn der Uraufführung fand E. Wildhirt, Kassel, einer der wissenschaftlichen Autoren dieses Fortbildungsfilmes, Gelegenheit, einige Bemerkungen zur Problematik der Lebertherapie zu machen. Er gab zu bedenken, daß vor allem bei den chronischen Lebererkrankungen angesichts der diagnostischen Schwierigkeiten und des enorm langen Krankheitsverlaufes mit seiner großen Variationsbreite kaum eine Basis für eine vergleichende Therapie gefunden werden kann: In den vergangenen Jahrzehnten wurden zahlreiche prospektive Studien zur Therapie der chronischen Leberkrankheiten begonnen – nur wenige konnten vollendet werden, die meisten „starben eines unerfüllten Todes“, weil die Forderungen einfach nicht realisierbar waren.

Angesichts der Tatsache, daß auf dem Gebiet der Lebertherapie überkritische und auch nicht exakt belegbare Ergebnisse klinischen Langzeitbeobachtungen gegenüberstehen, vertrat Wildhirt den Standpunkt, daß sich der Arzt zwar von wissenschaftlichen Erkenntnissen leiten und auch eine kostenbewußte Therapie betreiben sollte, daß es jedoch nicht angebracht ist, aufgrund wissenschaftlich nicht stichhaltiger negativer Therapie-Kriterien zuungunsten der Patienten auf eine medikamentöse Behandlung ganz zu verzichten. Die Berufung auf eine angeblich „gesicherte Therapie“ verunsichere den Praktiker, der ja an der Front der täglichen Therapie steht und der dem „therapeutischen Imperativ“ unterworfen ist, mehr als sie ihm hilft. Der Kliniker sollte sich gerade heute – wo in der Behandlung sehr unterschiedliche Kriterien hinsichtlich der Wirksamkeit bestehen – mehr bemühen, dem praktisch tätigen Arzt Hilfen an die Hand zu geben, die ihn nicht irritieren, sondern die ihm echte begründete Anhaltspunkte für seine tägliche Arbeit liefern. Auf dem Gebiet der Lebertherapie bedeutet dies sicher keine Polypragmasie, wie sie bisher viel geübt wurde, wohl aber eine gezielte Monotherapie – je nach dem zugrundeliegenden Krankheitsbild.

Referent:

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

Kolposkopie und Zytodiagnostik

Notizen von der Gemeinschaftstagung der Spanischen Gesellschaft für Gynäkologie und der Deutschen Arbeitsgemeinschaft „Cervix uteri“

Die zentralen Gebiete, die auf Teneriffa behandelt wurden, waren die Kolposkopie und die Zytodiagnostik. Nach umfangreichen theoretischen Erörterungen folgten Seminare mit praktischen Übungen in diesen beiden Gebieten im Pathologischen Institut der Universität in La Laguna. Auf diese Weise wurde eine praxisnahe Arbeitstagung durchgeführt.

Auf dem Umweg über Amerika, wo die Kolposkopie eine steigende Anerkennung findet, und Australien, findet auch bei uns die Kolposkopie wieder reges Interesse. Besonders betont wurde, daß man auf die Essigsäure- und Jodprobe niemals verzichten sollte. Dort wo die Platten-Zylinder-epithelgrenze nicht einzusehen ist, muß man aus der Endozervix einen Zellabstrich anfertigen. Das trifft wohl für alle Frauen zu, die sich in der Postmenopause befinden.

Die meisten Veränderungen an der Portio beginnen mit einer Ektopie, der Heilungsverlauf läßt sich mit dem Kolposkop gut verfolgen. Die Vorstellungen von R. Meyer über die Entstehung der Ektopie werden heute weitgehend als überholt angesehen. Heute nimmt man an, daß der Entstehung der Ektopie ein hormonaler Vorgang zugrunde liegt.

Die tägliche Arbeit wird erleichtert, wenn man das folgende Schema stets vor Augen hat (Tab. 1).

Punktierung kommt dann zustande, wenn plumpe Gefäße bis an die Oberfläche heranreichen. Das, was Hinselmann als „Grund“ benannte, wird nach der neuen Nomenklatur mit „Punktierung“ bezeichnet.

Es ist wichtig, stets auf den Gefäßverlauf zu achten; Gefäßirregularität ist stets karzinomverdächtig.

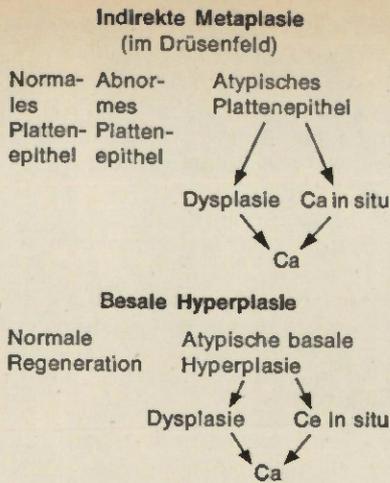
Eine aus dem Niveau hervorspringende Leukoplakie ist immer verdächtig; auch dann, wenn bei diesem kolposkopischen Befund die Zytodiagnostik negativ ausfällt, sollte man hier eine histologische Klärung herbeiführen.

St. Seidl, Hamburg, sprach über den Ablauf der indirekten Metaplasie. Die Abbildung zeigt deutlich den strukturellen Umbau von der normalen Zelle über die verschiedenen Zwischenstufen bis zum entwickelten Karzinom.

Die Hinselmannsche Einteilung entspricht nicht mehr dem heutigen Wissensstand. Man hat deshalb eine neue international anerkannte Einteilung vorgenommen, die in ihren fünf Gruppen sich an die zytologischen Einteilungen anlehnen und damit einen Vergleich mit dem zytologischen Befund erleichtert (Tab. 2).

A: Normal
Originales Plattenepithel (O)
Ektopie (E)
Transformationszone (T)
(früher Umwandlungszone)
B: Abnorm
Atypische U-Zone
Mosaik (M)
Punktierung (P)
Leukoplakie (L)
Atypische Gefäße (Verdacht auf Ca)
C: Nicht entscheidbar
Kolposkopie unmöglich, da Platten-Zylinder-epithelgrenze nicht einzusehen ist
D: Varia
Entzündung
Erosion
Jodnegativer Bezirk

Tabelle 1



Abbildung

Gruppe	Beurteilung	Kolposkopische Nomenklatur
0	Nicht euswertbar	Kolposkopie nicht beurteilbar
I	Negativ	Originäres Epithel
II	Negativ	Ektopie, Umwandlungszone (jetzt Transformationszone) Atrophie, Entzündung
III	Suspekt	Leukoplakie, Grund (jetzt Punktierung) Felderung (jetzt Mosaik) atypische Umwandlungszone (jetzt Transformationszone) Erosion, jodnegativer Bezirk
VI	Positiv	Gleiche Bilder, aber mit Niveauunterschied und/oder Gefäßatypien
V	Positiv	Endo- und/oder exophytische Veränderung mit Karzinomverdacht

Tabelle 2

Es wird berichtet, daß man immer häufiger bei Frauen unter 30 bei der zytologischen Untersuchung Dysplasien findet. Der Dysplasiengipfel lag 1964 bei 39 Jahren, er hat sich jetzt (1969) auf die 30jährigen verschoben. Breinl, Rüsselsheim, fand in 24 Prozent Präkanzerosen bei Frauen unter 30; allerdings enthält diese Zahl auch die leichten Dysplasien. Koinzidenz zwischen frühem regelmäßigen Geschlechtsverkehr und genitalem Infekt auf der einen Seite und dem Zervixkarzinom auf der anderen Seite scheint gesichert. Deshalb sollte jede Frau, die sexuellen Kontakt hat — ungeachtet ihres Alters — einmal im Jahr zytologisch untersucht werden.

St. Seidl, Hamburg, wies ferner darauf hin, daß in einem nicht ganz geringen Prozentsatz die Entwicklung

von der Dysplasie bis zum Karzinom in einer kürzeren Zeitspanne als einem Jahr ablaufen kann. Aus dieser Erfahrung sollte man die zytologische Untersuchung im einjährigen Intervall beibehalten.

Die Zahl der falsch negativen zytologischen Befunde liegt sehr unterschiedlich; sicher ist, daß diese Zahl weiter gesenkt werden sollte, worauf besonders Naujoks, Frankfurt, hinwies. Auch heute noch muß wiederholt darauf hingewiesen werden, daß stets getrenntes Material von der Endo- und Ektozervix entnommen werden muß. Es ist bekannt, daß jede Entzündung die Beurteilung erschwert, weil es zur Überlagerung mit Leukozyten kommt. In solchen Fällen sollte erst eine Behandlung und dann erst der Abstrich erfolgen. Die Kolpitis senilis sollte man vor

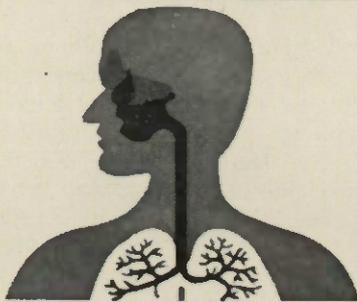
dem Abstrich mit Östrogen — am besten lokal — behandeln. Es soll aber nicht vergessen werden, daß bei alten Frauen eine ungenügende Zellabschilferung oder ein winziges verdächtiges Areal die Ursache für einen falsch negativen Befund sein kann.

Breinl, Rüsselsheim, zeigte, was die Hormonzytologie für die Praxis leisten kann. Die damit zu erbringende qualitative Übersicht reicht für die Hormonbehandlung in der Praxis meist aus.

Zusammenfassend kann man sagen: Die Arbeitstagung auf Teneriffa war sehr praxisbezogen und informativ.

Referent:

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



SEKRETOLYTIKUM bei SINUSITIDEN und SINOBRONCHITIDEN

Sinupret®

Indikationen: Akute, subakute und chronische Sinusitiden, Rhinosinusitis, Sinobronchitis, sinogene Kopfschmerzen, Rhinitis sicca et humida, Ozeene, Tubenkatarrh, zur Infektprophylaxe beim bronchitischen Syndrom. • **Kontraindikationen und Nebenwirkungen** sind bisher nicht bekannt. • **Zusammensetzung:** 100 g enthalten 29 g Mazerat aus: Rad. Gentian. 0,2 g, Flor. Primul. 0,6 g, Herb. Rumic. 0,6 g, Flor. Sembuc. 0,6 g, Herb. Verben. 0,018 g, Flor. Primul. 0,018 g, Herb. Rumic. 0,018 g, Flor. Sembuc. 0,018 g, Herb. Verben.

0,6 g - 1 Oragée enthält: Rad. Gentian. 0,006 g, Flor. Primul. 0,018 g, Herb. Rumic. 0,018 g, Flor. Sembuc. 0,018 g, Herb. Verben. 0,018 g, Vitamin C 0,010 g. • **Oosierung:** Erwachsene erhalten 3mal täglich 1 Teelöffel voll oder 2 Oragées, Kinder 3mal täglich ½ Teelöffel oder 1 Oragée. Steigerung der Oosis ist möglich und unbedenklich. • **Handelsformen:** Sinupret OP mit 100 ml OM 8,35, OP mit 60 Oragées OM 8,35, OP mit 240 Oragées OM 25,90; Großpackungen mit 500 ml, 1000 ml und 1000 Oragées.



BIONORICA KG · APOTHEKER POPP · NÜRNBERG

Basisdiagnostik des Hochdrucks

Empfehlungen des Ausschusses für Information und Fortbildung der Deutschen Liga zur Bekämpfung des Hochdrucks

Der Ausschuß für Information und Fortbildung der „Deutschen Liga zur Bekämpfung des hohen Blutdrucks“ hat Empfehlungen zur Basisdiagnostik des Hochdrucks ausgearbeitet. Sie sollen dem niedergelassenen Arzt Hinweise geben, welche diagnostischen Maßnahmen zweckmäßig sind, um eine primäre oder sekundäre Hypertonie – sie ist bei etwa jedem sechsten Hochdruck-Kranken zu erwarten

– zu erkennen und sich von der Schwere der Hochdruckerkrankung und möglichen zusätzlichen Risikofaktoren ein Bild zu machen. Die Empfehlungen wurden von 23 auf dem Hochdruckgebiet erfahrenen Ärzten erarbeitet und stellen ein Minimalprogramm unter dem speziellen Gesichtspunkt der Hypertoniediagnostik dar. Dieses Programm soll weder eine gründliche Allgemeinuntersuchung ersetzen

noch weitere, in der Erstdiagnostik für notwendig erachtete Maßnahmen oder weiterführende Untersuchungen ausschließen, wenn aufgrund der Basisdiagnostik eine definitive Beurteilung nicht möglich ist.

Die Empfehlungen sind in Form eines Schemas (mit einigen Erläuterungen) abgefaßt. Sie lauten wie in der Darstellung wiedergegeben.

Erläuterungen

Um zu klären, ob ein Hochdruck durch *Ovulationshemmer* ausgelöst oder verschlimmert worden ist, wird das Hormonpräparat versuchsweise für die Dauer von ca. drei Monaten abgesetzt.

Bei *Phäochromocytom* treten häufig Blutdruckkrisen auf, jedoch besteht in der Hälfte der Fälle ein Dauerhochdruck. Mit Sicherheit kann die Diagnose nur durch den Nachweis einer erhöhten Ausscheidung von Katecholaminen und/oder ihrer Metaboliten (Metanephrine oder Vanillin-Mandelsäure) im Urin gestellt werden. Derartige Untersuchungen sollten veranlaßt werden, wenn plötzliche Druckerhöhungen oder starke Blutdruckschwankungen, Schweißausbrüche, Tachykardien, Herzklopfen, Gesichtsrötung, Zittern, Brechreiz, Gewichtsverlust und Dyspnoe vorliegen, ferner – unabhängig vom Lebensalter – bei jeder Hypertonie, die gegenüber den üblichen Antihypertensiva therapieresistent ist.

In der Hochdruckdiagnostik sollte das *Ausscheidungsuurogramm* möglichst als Infusionsuurogramm mit Früh- und Spätaufnahmen vorgenommen werden, da es auf diese Weise gleichzeitig der wichtigste Suchtest für einseitige Nierenarterienstenosen ist.

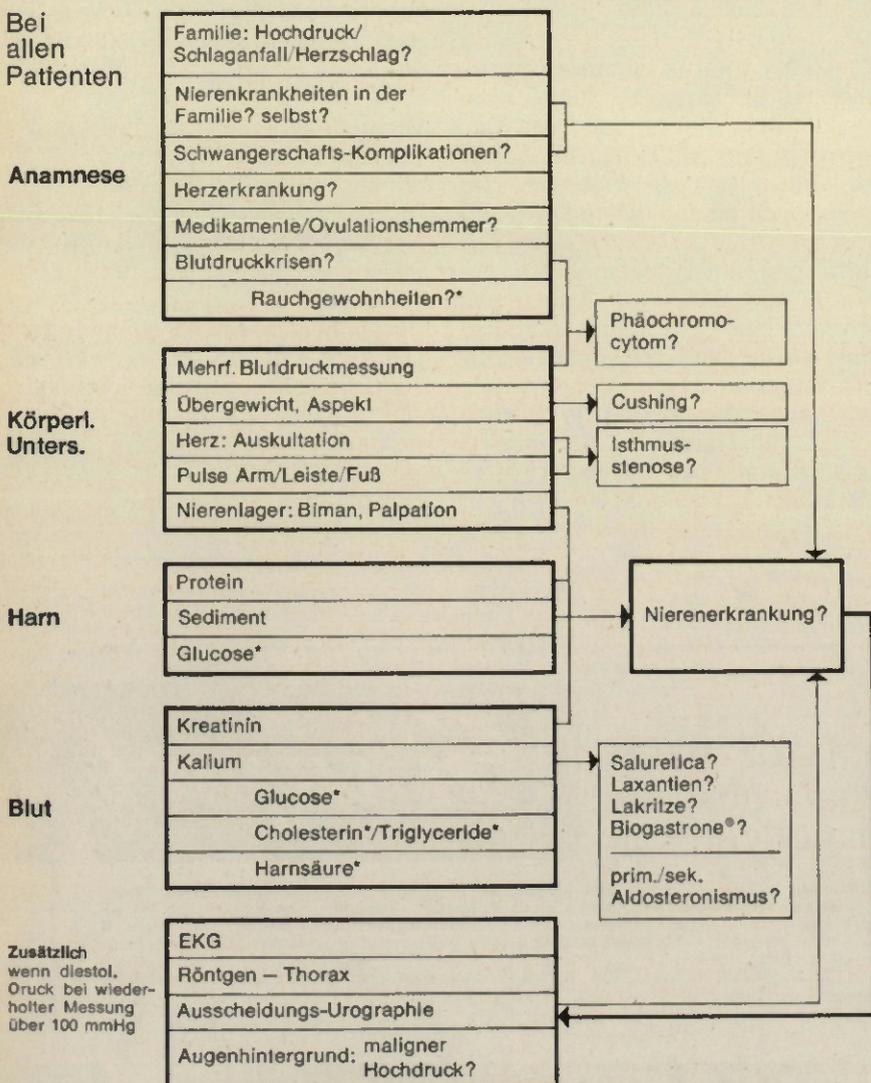
Die vorstehenden Empfehlungen sind als Merkblatt bei der Geschäftsstelle der Deutschen Liga zur Bekämpfung des hohen Blutdrucks e. V., Im Neuenheimer Feld 366, 6900 Heidelberg, kostenlos erhältlich. Sie können auch für Fortbildungs- oder Lehrveranstaltungen angefordert werden.

Für den Ausschuß
für Information und Fortbildung
Deutsche Liga zur Bekämpfung
des hohen Blutdrucks e. V.

K. D. Bock
Essen

R. Heintz
Aachen

Darstellung: Empfehlungen zur Basisdiagnostik des Hochdrucks



* Zur Hochdruckdiagnostik nicht unbedingt erforderliche, aber zur Erfassung weiterer kardiovaskulärer Risikofaktoren empfehlenswerte Untersuchungen.

Man stirbt, wie man lebt.

*Bewegungsmangel, Rauchen, Alkohol, falsche Ernährung, Übergewicht, Leistungszwänge:
Die Multiplikation der Risikofaktoren. Quittung: Koronarsklerose, Stenokardie, Angina pectoris, Herzinfarkt.*



Zur Prophylaxe und Therapie der koronaren Herzkrankheiten:

1. Adalat, 2. Adalat, 3. Adalat

Das Prinzip der Sauerstoffeinsparung.

Gezielte Reduzierung des Energieverbrauches durch Hemmung des kontraktilitätssteigernden Calcium-Einstroms in die Myokardzelle. Die regulative Anpassung des Herzens bleibt erhalten. Der myokardiale Sauerstoffverbrauch wird gesenkt.

Das Prinzip der Druckentlastung des Herzens.

Die Senkung des peripheren Widerstandes führt zur Druckentlastung des Herzens. Damit wird die Herzarbeit vermindert und parallel dazu der Sauerstoffverbrauch.

Das Prinzip der Mehrdurchblutung im poststenotischen Myokardbezirk.

Die durch Stenose gefährdeten Myokardbezirke werden vermehrt durchblutet. Als Ursachen werden lokale Kollateraldilatation und Verminderung des linksventrikulären Druckes angenommen.

*Adalat wird zuverlässig sublingual und enteral resorbiert.
Adalat hat eine schnell (2-3 Minuten) einsetzende und lang anhaltende Wirkung.*



Für die Dauerbehandlung im allgemeinen
Kapseln unzerkaut mit etwas Flüssigkeit ein-
nehmen. Durchschnittliche Tagesdosis 3mal
1 Kapsel, in besonderen Fällen bis zu 3mal täg-
lich 2 Kapseln, dabei Einnahmeabstand von
2 Stunden nicht unterschreiten. Bei drohendem
Angina-pectoris-Anfall zum raschen Wirkungs-
eintritt Kapseln zerkleinern.

stärken bzw. ergänzen. Die Therapie mit Herz-
glykosiden kann unter Adalat-Behandlung be-
gonnen oder fortgeführt werden. Inkompatibili-
täten mit anderen Arzneimitteln sind bei der
klinischen Prüfung des Präparates nicht zutage
getreten.

Kontraindikation:
Gesamte Schwangerschaft.
Zur Beachtung:
Adalat kann die Wirkung von blutdrucksenken-
den Präparaten und β -Rezeptorenblockern ver-

beginnt der Behandlung auf, sie sind zumeist
vorübergehender, meist leichter Natur. Ge-
legentlich kann es zu Kopfschmerz, Gesichts-
rötung, Wärmegefühl, Schwindel und Übelkeits-
erscheinungen kommen. Umfangreiche Labora-
torienuntersuchungen ergaben keine auf das
Präparat zurückzuführenden pathologischen
Abweichungen von den Normwerten.

Die durch Stenose gefährdeten Myokardbe-
zirke werden vermehrt durchblutet. Als
Ursachen werden lokale Kollateraldilatation
und Verminderung des links-
ventrikulären Druckes
angenommen.

Adalat ist gut verträglich. Unerwünschte Begleit-

Packungen mit 50 Kapseln DM 32,50
Packungen mit 100 Kapseln DM 59,30
sowie Anstaltspackung
Zusammensetzung:
1 Kapsel enthält 10 mg 1,4-Dihydro-2,6-
dimethyl-4-(o-nitrophenyl)-pyridin-3,5-dicar-
bonsäure-dimethylester (Nifedipin).

Phonetische Information für Gehörlose

„Taktile Wahrnehmung“ soll das taube Ohr ersetzen

Am Institut für Phonetik und sprachliche Kommunikation der Universität München (Vorstand: Professor Dr. Hans G. Tillmann) laufen zur Zeit drei verschiedene Forschungsprojekte, die sich unter verschiedenen Ansatzpunkten und Zielsetzungen mit der besonderen Problematik gehörloser Menschen befassen. Während es bei zwei dieser Forschungsvorhaben darum geht, mit Hilfe von neu konstruierten mechanischen oder elektronisch angeregten *Kommunikationsprothesen* einen zumindest teilweisen Ersatz für das fehlende Gehör zu schaffen, ist das dritte Projekt auf dem Gebiet der „perzeptiven Phonetik“ angesiedelt, die der Verarbeitung von Sprachschallsignalen im Gehirn nachgeht. Alle drei Projekte, teils vom Bundesministerium für Familie, Jugend und Gesundheit, teils von der Deutschen Forschungsgemeinschaft finanziert, haben also den gemeinsamen Hintergrund und Zweck, das Leben und den Alltag einer Behindertengruppe zu erleichtern, die heute noch weitgehend in einer Isolation permanenter Stille lebt. Allein in der Bundesrepublik gibt es rund 50 000 Gehörlose, davon zur Zeit etwa 8000 in Bayern und hierunter wiederum ca. 1000 Schüler.

Zunächst also ging man am Institut daran, ein einfaches taktiles Signalsystem für Gehörlose zu entwickeln, das aus einem Sender und einem Empfänger besteht, der etwa die Größe einer Streichholzschachtel hat und vom Gehörlosen wie eine Uhr am Arm getragen werden kann. Da der Gehörlose für akustische Reize ja nicht ansprechbar ist und ohne Hilfe von außen daher vom Blickkontakt abhängt, dient das Gerät gleichsam der Aufmerksamkeitssteuerung, indem es Signale durch Hautreiz (mechanische Vibration) vermittelt. Beispiel: Die Mutter kann durch einfachen Knopfdruck am Sender ihr im Garten spielendes Kind „ansprechen“ und herbeirufen, der Lehrer vor der Schulklasse kann auf dieselbe Weise ein gehörloses Kind aufrufen.

Auch beim zweiten Forschungsprojekt des Instituts geht es wieder um

taktile Wahrnehmung, die hier aber nicht durch mechanische, sondern durch elektrische (elektrokutane) Hautreizungen erzeugt wird. Davon abgesehen handelt es sich hier nicht um ein einfaches, sondern um ein komplexes Signalsystem, dessen verschiedene Entwicklungsstadien der auf diesem Gebiet arbeitende Dr. Hofmann-Reinecke mit Hilfe eines Stipendiums der Deutschen Forschungsgemeinschaft an den führenden einschlägigen Forschungsstätten in den USA studieren konnte.

Der Signalgeber, in Matrix-Form konstruiert, besteht hier aus einer Reihe von vergoldeten Kontakten, die in einem optimalen Abstand voneinander angeordnet sind. Die Signale, mit verschiedenen Programmen per Computer erzeugt, werden elektrisch übertragen und vom Gehörlosen als mehr oder minder intensives Kribbeln auf der Haut wahrgenommen. Zusätzlich wurde zu diesem Gerät von dem am Institut angestellten Techniker Dienbauer ein sogenanntes „interface“, eine Zwischenschaltung, gebaut, die zwischen Computer und eigentlichem Reizgeber liegt. In einer ersten Reihe von Testläufen bzw. Programmen werden nun einfache Reizsignale erzeugt, mit denen es möglich ist, die Aufnahmekapazität der Haut, einschließlich des signalverarbeitenden Nervensystems, auf derartige Reize zu testen. Zur Zeit werden hierfür verschiedene Computerprogramme erprobt. In einer zweiten Testreihe wird dann das vom Computer aufgenommene Sprachsignal so verarbeitet, daß auf der Haut entsprechende Reizbilder entstehen. Bis jetzt freilich ist es noch nicht gelungen, auf diese Weise eine einigermaßen verständliche „Sprache“ zu produzieren.

In dem Spezialgebiet der sogenannten *perzeptiven Phonetik* soll nun der Einfluß des dichotischen Hörens auf die phonetische Adaption untersucht werden. Zu diesem Zweck wurden zunächst mittels Computer einfache künstliche Sprachschallsignale erzeugt werden, und zwar die Lautfolgen ba, da und ga, sowie Signale, die mit ihren ekustischen

Werten genau zwischen diesen Lautfolgen liegen. Die Versuchspersonen werden dann aufgefordert, diese Signale als ba, da oder ga eindeutig zu identifizieren. Am Testergebnis interessiert speziell, welchen Konsonanten (b, d, g) die Testpersonen die Zwischenwerte zuordnen. Dies hinwiederum hängt, wie die Untersuchungen zeigen, auf eine systematische Weise von vorhergegebenen Lautfolgen ab, auf die man die Versuchspersonen vorher adaptiert hat (Adaptation bedeutet in diesem Zusammenhang so viel wie neuronale Ermüdungerscheinungen der Nervenzellen aufgrund oftmaliger Wiederholung ein und desselben Reizes, zum Beispiel „ba“).

Hierzu Professor Tillmann: „Während Adaptation bislang im allgemeinen in peripheren Bereichen des Nervensystems untersucht wurde, gestattet die Technik des dichotischen Hörens, zentralnervöse Adaptationsphänomene zu studieren bzw. davon auszugehen, daß die nachgewiesenen Effekte zentralnervöser Art sind. Hierin liegt die besondere Bedeutung dieser Untersuchungen, die sich noch einige Monate hinziehen werden.“

UM-Interna

Schutzimpfung gegen Röteln

Das Bayerische Staatsministerium des Innern teilt mit:

Nachdem die Gesundheitsämter bisher nur die Bevölkerung über die Bedeutung einer Rötelninfektion während einer Schwangerschaft aufgeklärt haben, bieten sie entsprechend einem Beschluß des Bayerischen Landtags im neuen Schuljahr erstmals den Mädchen der vierten Grundschulklassen die Rötelnimpfung in öffentlichen Terminen kostenlos an. Der öffentliche Gesundheitsdienst will damit erneut Anstoß zur breiteren Durchimpfung der weiblichen Bevölkerung geben. Es ist zu hoffen, daß viele Frauen anläßlich der Impfung sich mit der Frage nach einer Rötelnimpfung an ihre Hausärzte wenden, um die Indikation und Vorbedingungen der Schutzimpfung mit ihnen zu klären. In den öffentlichen Impfterminen werden außer an die Zielgruppe keine Impfungen verabreicht.



Dr. Platiel 65 Jahre

Man glaubt es eigentlich nicht, wenn man mit ihm zu tun hat, daß unser Kollege Dr. Anton Platiel, Schnellriederweg 6, 8190 Wolfratshausen, am 15. August 1977 bereits seinen 65. Geburtstag feiern konnte. Immer noch elastisch, liebenswürdig, freundlich, an allem, was in unserem Stande wichtig ist, interessiert, hilfsbereit, kollegial, verständnisvoll allen ärztlichen Anliegen gegenüber, so kennen wir unseren Kollegen Platiel seit langen Jahren.

Geboren als Sohn eines Arztes in Wolfratshausen, hat er 1936 in München das Staatsexamen abgelegt, Approbation 1937, Promotion im Jahre 1938, anschließend Tätigkeit im Krankenhaus Nymphenburg des Dritten Ordens in verschiedenen Abteilungen, wo er sich solide Kenntnisse angeeignet hat. Im Anschluß daran truppenärztliche Tätigkeit bis zur Lazaretteinweisung im September 1944. Nach November 1944 war er bis Kriegsende versetzt zur Sanitätsersatzabteilung sieben in Mies-

bach. Anschließend Beginn seiner Tätigkeit als freipraktizierender Arzt, zusammen mit seinem Vater.

Seine eigene Praxis begann Dr. Anton Platiel am 1. August 1946; er übt sie bis heute aus, hochgeschätzt und geachtet von Patienten und Kollegen.

Seine standespolitische Tätigkeit hat er bereits im Jahre 1946 als erster Vorsitzender des ÄKV Wolfratshausen, jetzt nach der Gebietsreform Wolfratshausen-Bad Tölz, aufgenommen. Seit vielen Jahren ist er auch Delegierter zur Bayerischen Landesärztekammer und Vertrauensmann der KVB-Bezirksstelle Oberbayern. Innerhalb der Bezirksstelle ist er in vielen Gremien verantwortlich tätig. Das Vertrauen seiner Kollegen berief ihn zum stellvertretenden Vorsitzenden der KVB-Bezirksstelle Oberbayern im Januar 1976. Im März 1977 wurde er als Nachfolger unseres verehrten Kollegen Dr. Seidl zum Vorsitzenden des Ärztlichen Bezirksverbandes Oberbayern gewählt.

Darüber hinaus ist Dr. Platiel seit 47 Jahren in führender Position im Bayerischen Roten Kreuz tätig. Er ist einer von jenen Kollegen, die trotz Auslastung in der Praxis immer noch Zeit für die Bewältigung heute besonders wesentlicher Probleme unseres Standes aufbringen. Dafür ist ihm die oberbayerische Ärzteschaft zu größtem Dank verpflichtet. Wir wünschen unserem Jubilar noch viele Erfolge in seiner beruflichen und standespolitischen Tätigkeit.

Dazu wünschen wir ihm die hierzu erforderliche Gesundheit und Standfestigkeit. Wir, die Kollegen in seiner nächsten Umgebung, freuen uns auf noch möglichst viele Jahre harmonischer und fruchtbarer Zusammenarbeit mit diesem liebenswürdigen, stets hilfsbereiten Arzt, für den kollegialität noch eine echte Verpflichtung ist.

Dr. Schloßer

Ernst-von-Bergmann-Plakette für Dr. Fischbach, Augsburg

Auf dem 25. Internationalen Fortbildungskongreß der Bundesärztekammer in Grado überreichte Professor Dr. Sewering an Dr. Gunter Fischbach, Landsberger Straße 62, 8900 Augsburg, die ihm vom Vorstand der Bundesärztekammer verliehene Ernst-von-Bergmann-Plakette.

Dr. Fischbach ist seit mehr als zwanzig Jahren Referent beim Sportärztlichen Seminar des Grader Kongresses. Er hat sich für die aktive Beteiligung des praktizierenden Arztes als Vorbild und als Gesundheitsberater für die Bevölkerung engagiert. Dr. Fischbach sieht seine Aufgabe darin, die Erkenntnisse der Sportmedizin in die Allgemeinmedizin und das Fach Innere Medizin zu übertragen und die aktive Sportausübung als biologische Notwendigkeit für alle Lebensabschnitte darzustellen.

Nicht nur eine große Anzahl von Arbeiten und Referaten zeigen diese Bestrebungen, sondern auch das persönliche tägliche Beispiel in seiner Praxis, in seiner Eigenschaft als Vertrauensarzt der LVA Schwaben und anderen medizinischen Gremien.

Leichte und
mittelschwere
Herz-
insuffizienzen

CONVASTABIL®

zur risikolosen Dauertherapie in der ambulanten Praxis.

Zusammensetzung: 100 g enthalten: Extr. II. Fol. Convallariae 65 g (1 mg Gesamtglycoside 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

Bundesverdienstkreuz 1. Klasse

Mit dem Bundesverdienstkreuz 1. Klasse des Verdienstordens der Bundesrepublik Deutschland wurden ausgezeichnet:

Dr. Hedda Heuser-Schreiber, Brünsteinstraße 13, 8203 Oberaudorf;

Professor Dr. Gerd Peters, Kraepelinstraße 2, 8000 München 40

Verdienstkreuz am Bande

Mit dem Verdienstkreuz am Bande des Verdienstordens der Bundesrepublik Deutschland wurden ausgezeichnet:

Dr. Anna Margareta Frentzel, Steinsdorfstraße 12, 8000 München 22;

Dr. Maria Giesen, Annaheim, Badstraße 14, 8113 Kochel;

Dr. Joachim Holz, Salinenstraße 21b, 8730 Bad Kissingen;

Dr. Albert Spaeth, Heilingbrunner Straße 14, 8490 Cham;

Dr. August Sturm, Am Rang 12, 8591 Brand

Dr. Hubert Wartner, Kumpfmühlensstraße 44, 8400 Regensburg

Professor Dr. Klaus Betke, Direktor der Kinderklinik im Dr. v. Haunerschen Kinderspital, Lindwurmstraße 4, 8000 München 2, wurde von der Finnischen Akademie der Wissenschaften zum Ausländischen Mitglied gewählt.

Professor Dr. Otto Braun-Falco, Direktor der Dermatologischen Klinik und Poliklinik der Universität München, Frauenlobstraße 9, 8000 München 2, wurde zum Ehrenmitglied der Finnischen Dermatologischen Gesellschaft gewählt.

Professor Dr. Hanns Hippus, Direktor der Psychiatrischen Klinik und Poliklinik der Universität München, Nußbaumstraße 7, 8000 München 2, wurde von der Deutschen Akademie der Naturforscher Leopoldina, Halle, zum Mitglied der Sektion Psychiatrie gewählt.

em. o. Professor Dr. Dr. h. c. Rudolf Zenker, Hauensteinstraße 14, 8000 München 90, wurde von der Società Italiana Di Chirurgia zum Ehrenmitglied gewählt.

Fakultät

München Universität

Zum „ordentlichen Professor“ wurden ernannt: Professor Dr. med. Friedrich Deinhardt, bisher am Rush Medical College Chicago (Nachfolge Professor Dr. Hermann Eyer); Professor Dr. med. Dr. med. dent. Dieter Schlegel, bisher ordentlicher Professor an der Medizinischen Hochschule Hannover (Nachfolge Professor Dr. med. Josef Heiss); Professor Dr. med. Wolfgang Wilmanns, bisher apl. Professor an der Universität Tübingen (Nachfolge Professor Dr. Walther Stich).

o. Professor Dr. med. Otto Braun-Falco, Direktor der Dermatologischen Klinik und Poliklinik, hat eine Berufung als Ordinarius für Dermatologie und Venerologie an die Medizinische Fakultät der Universität Zürich und als Direktor der Dermatologischen Universitätsklinik und Poliklinik des Kantonsspitals Zürich erhalten.

apl. Professor Dr. med. Sandor Marghescu, Leitender Oberarzt an der Dermatologischen Klinik und Poliklinik, hat den Lehrstuhl für Hautkrankheiten an der Medizinischen Hochschule Hannover vertretungsweise wahrgenommen.

Privatdozent Dr. med. vet. Rudolf Hebel, Abteilungsvorsteher an der Anatomischen Anstalt, wurde zum „außerplanmäßigen Professor“ ernannt.

Privatdozent Dr. rer. biol. hum. Hans-Konrad Selbmann, wissenschaftlicher Rat am Institut für Medizinische Informationsverarbeitung, Statistik und Biomathematik, wurde zum „Wissenschaftlichen Rat z. A.“ ernannt.

Zum „Leitenden Oberarzt“ wurden ernannt: Privatdozent Dr. med. Karl-ekkehard Kazner, Oberarzt an der Neurochirurgischen Klinik im Klinikum Großhadern; Privatdozent Dr. med. Friedrich Wilhelm Schildberg, Oberarzt an der Chirurgischen Klinik.

Zum „Oberarzt“ wurden ernannt: Privatdozent Dr. med. Klaus van Ackern, Institut für Anästhesiologie; Privatdozent Dr. med. Udilo Finsterer, Institut für Anästhesiologie; Pri-

vatdozent Dr. med. Klaus Jürgen Pfeifer, Chirurgische Klinik.

Dr. med. dent. Dr. med. Zdenek Camrda, Akademischer Rat an der Poliklinik für Zahnärztliche Prothetik, wurde zum „Akademischen Ober-rat“ ernannt.

Zum „Privatdozent“ wurden ernannt: Dr. med. Karlheinz Koczorek für „Innere Medizin“; Dr. Johannes Ring für „Immunologie“; Dr. rer. nat. Ernst Schmid für „Strahlenbiologie“; Dr. med. Eberhard Standl für „Innere Medizin“; Dr. med. Wolfgang Vogt für „Klinische Chemie“.

Technische Universität

Privatdozent Dr. med. Günther Wolfram, Oberarzt an der Medizinischen Poliklinik, wurde zum „ordentlichen Professor“ ernannt. Gleichzeitig wurde Professor Dr. Wolfram zum Leiter des Instituts für Ernährungswissenschaft bestellt.

Privatdozent Dr. med. Herbert Scholze, Leitender Oberarzt an der Chirurgischen Klinik und Poliklinik, wurde zum „außerplanmäßigen Professor“ ernannt.

Dr. med. Wolfgang Haas, Akademischer Rat an der Universität Münster, wurde an die Technische Universität München versetzt.

Dr. med. Bernd Landauer, Oberarzt am Lehrstuhl für Anästhesiologie, wurde der „Dr. habil.“ verliehen.

Bekanntmachung

Besetzung des Berufsgerichts für die Heilberufe bei dem Oberlandesgericht München

Ernst Wolf, Richter am Oberlandesgericht, wurde mit Wirkung vom 25. Juli 1977 auf die Dauer von fünf Jahren zum Stellvertreter des Vorsitzenden des Berufsgerichts für die Heilberufe bei dem Oberlandesgericht München ernannt.

**Erfolgreiche Forschung führt zu wirksamen Präparaten.
Wirksame Präparate machen die Therapie kostengünstig.**

Neu aus der Thomae-Forschung

Gastrozepin

Spezifischer Magensekretionshemmer

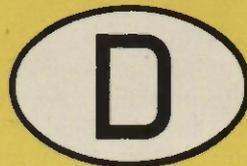
Eine Monosubstanz. Bei Ulcus und Gastritis.

Sekretionshemmend, soviel wie nötig. Auch während der Nacht.
Keine Blockierung physiologischer Regulationen im Gastrointestinaltrakt.
Keine Kontraindikationen bekannt.

Kurze Heilungszeit. Bei nur zweimal 1 Tablette täglich.

Die kostengünstige Therapie. Ergebnis der Thomae-Forschung.

GASTROZEPIN



Thomae

Zusammensetzung: 1 Tablette enthält: 5,11-Dihydro-11-[[4-methyl-piperazin-1-yl] acetyl]-6H-pyrido[2,3-b][1,4] benzodiazepin-6-on-dihydrochlorid 25 mg. **Anwendungsgebiete:** Akute und chronische Formen von Ulcus ventriculi und Ulcus duodeni, hyperazider Reizmagen, Gastritis, medikamentös bedingte Magenbeschwerden. **Dosierung und Anwendungsweise:** Zu Beginn der Therapie sind einmalig 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 Aushilung 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 ein wünschenswerter Beweis dafür zu warten, 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.

In Sorge um weiteren Kompetenzverlust

Besorgt um den Verlust von Zuständigkeiten der Länder an den Bund sind im Landtag Politiker aller Couleur. Sichtbarer Ausdruck dieser Sorge ist ein Antrag von zwanzig CSU-Abgeordneten unter der Federführung von Dr. Erich Schosser. Nach der Initiative, deren parlamentarische Behandlung noch ansteht, soll die Staatsregierung beim Bund daraufhinwirken, daß der bundesstaatliche Finanzausgleich mit dem Ziel verbessert wird, die Mitwirkung Bonns bei der Finanzierung von Länderaufgaben zu beseitigen. Mit anderen Worten: Die Antragsteller wollen das Institut der Gemeinschaftsaufgaben und die Investitionshilfen abgeschafft wissen. Die hierdurch im Bundeshaushalt freierwerdenden Mittel sollen künftig den Ländern bei der Umsatzsteuerverteilung und beim Länderfinanzausgleich zufließen. Ferner verlangen sie, daß die derzeitige Mitfinanzierung des Bundes beim kommunalen Verkehrsausbau beseitigt und die dafür vom Bund bisher bereitgestellten Mittel künftig den Ländern durch deren Beteiligung an der Mineralölsteuer überlassen werden. Schließlich soll ein Vorschlag der Enquête-Kommission „Verfassungsreform“ eingehend geprüft werden, ob der Anteil der Kommunen an der Einkommens- und an der Lohnsteuer erhöht werden kann.

Um die in diesem Antrag geforderten Änderungen zu erreichen, ist freilich eine Änderung des Grundgesetzes erforderlich. Bisher wurde es 34mal geändert mit der Folge, daß wichtige Kompetenzen von den Ländern weg auf den Bund verlagert wurden. Gerade diese Entwicklung wurde vom Landtag sechseinhalb Stunden lang aufgrund einer Großen Anfrage der CSU-Fraktion eingehend diskutiert. Die Föderalismusdebatte zeigte, daß alle im Landtag vertretenen Parteien grundsätzlich die Verlagerung vom Zuständigkeiten auf den Bund bedauern.

Vier Punkte wollte die CSU-Fraktion mit ihrer Großen Anfrage ge-

klärt wissen: Das Urteil der Staatsregierung über das gegenwärtige Länder-Bundverhältnis, über die Vorschläge der Enquête-Kommission und über eine Verlagerung von Kompetenzen im Bildungsbereich auf den Bund. Schließlich war nach den Möglichkeiten gefragt worden, die Stellung der Länder wieder zu stärken. In seiner Begründung erinnerte der CSU-Abgeordnete Dr. Schosser an den Artikel 178 der Bayerischen Verfassung, in dem es heißt: „Bayern wird einem künftigen deutschen demokratischen Bundesstaat beitreten. Er soll auf einem freiwilligen Zusammenschluß der deutschen Einzelstaaten beruhen, deren staatsrechtliches Eigenleben zu sichern ist.“ Diese Aussage, so Dr. Schosser, müsse allen Überlegungen zur Neugestaltung des Bundesstaates zugrunde gelegt werden. Der Parlamentarier verwies auch darauf, daß der Bayerische Landtag seinerzeit das Grundgesetz abgelehnt habe, weil ihm die föderativen Elemente zu gering erschienen. „Die damals schon zu geringe Qualität in föderativer Hinsicht – wie hoch war sie im Vergleich zu heute“, fragte Dr. Schosser und stellte fest: „Der Status heute – das ist ein Bundesstaat, dessen Gliedstaaten mit einem Rest von Staatlichkeit den Anschein eines föderativen Staatswesens aufrecht erhalten.“ Dieser Rest sei im wesentlichen die Kulturhoheit und die Polizeihohheit.

Scharfe Kritik übte er an den vor acht Jahren eingeführten Gemeinschaftsaufgaben, die überflüssig seien. Ihre Aufgabe könnten die Länder besser allein lösen, wenn man ihnen nur die entsprechenden Finanzmittel gäbe. Gerade mit dem Finanzierungsmodus der Gemeinschaftsaufgaben setze der Bund die Länder des öfteren unter Druck. Um die Länder wieder zu stärken, nannte Schosser eine Reihe von Grundforderungen: bessere Information und mehr Gehör für den Landtag, frühzeitige Unterrichtung über geplante Staatsverträge sowie

die Ablehnung der Gemeinschaftsaufgaben, der gemeinsamen Rahmenplanung von Bund und Ländern und neuer Bundesoberbehörden. Außerdem sollte der Bundesrat durch Bindung aller Bundesgesetze an ihn gestärkt und die Finanzverfassung geändert werden.

In seiner Antwort nannte Ministerpräsident Goppel als neuralgische Punkte im Bund-Länderverhältnis die eingeeengte Stellung des Bundesrates im Gesamtgefüge und die bundesfreundliche Ausgestaltung der Finanzverfassung. Schon Mitte der 50er Jahre habe sich mit der sogenannten „Politik des goldenen Zügels“ eine Vermischung der Aufgaben und der Finanzverantwortung angebahnt, die zu weitgehender Mischfinanzierung, Mischverantwortung und Mischverwaltung geführt haben. „Die Folge von alledem ist eine fortschreitende Entmachtung der Landesparlamente.“ Man müsse stattdessen wieder auf eine klare Trennung der Aufgaben- und Aufgabenverantwortung drängen.

Für die SPD erklärte Dr. Helmut Rothemund, gerade der Bayerische Landtag habe in einer besonderen Weise ein Wächteramt in bezug auf die Wahrung des Föderalismus zu erfüllen. Er wies aber auch darauf hin, daß die Länder die Grundgesetzänderungen durch ihre Zustimmung erst ermöglichten. Man stehe den Gemeinschaftsaufgaben zwar skeptisch gegenüber, müsse allerdings auch sehen, daß der Bund Möglichkeiten brauche, um der Verpflichtung aus dem Grundgesetz nachzukommen, gleichwertige Lebensverhältnisse im Bundesgebiet herzustellen. Wie Dr. Rothemund, so verlangte auch die FDP-Abgeordnete Ursel Redepenning eine bessere Information des Landtags über Bundesratsfragen. Sie erinnerte daran, daß der Sündenfall wider den Föderalismus mit der Großen Koalition in Bonn begonnen habe. Finanzreform, Einführung der Gemeinschaftsaufgaben und Änderungen, die Kompetenzen in Planungsbeiräte, Konferenzen und sonstige parlamentarisch nicht verantwortliche Kommissionen verlagerten, seien das Ergebnis gewesen, das zu der allseits beklagten Situation führte. Jetzt gelte es der Exekutive wieder Boden abzuräumen, was man ihr durch die eigene „Schlafmützigkeit“ überlassen habe.

Michael Gscheidle

Freundschaft und gute Literatur kennzeichnen das Jahres-treffen 1977 in Hamburg der Deutschen Schriftstellerärzte

Neben den notwendigen Dingen der Verwaltung, der Rechenschaft und der verantwortlichen Vorschau, außer Beratung und Beschluß wollen Schriftstellernde natürlich Selbstdarstellung, Selbstbeschwichtigung, Selbstbeweihräucherung und Selbstbefriedigung, wenn sie fabulieren. Das ist ihr Recht. Aber viele wünschen und brauchen auch die ehrliche Kritik der Freunde, der confrères. Nur so erklärt es sich, wie wesentlich und sichtbar das Gütesiegel ihrer Werke seit der Gründungsveranstaltung in Jagsthausen an Glanz gewonnen hat.

Es ist unmöglich, alle gelungenen Gedichte, Kurzgeschichten, Briefe, Essays und Prosastücke näher zu beleuchten. Ihrer wären zuviele. So seien nur die gefälligsten aufgezählt:

Bednara (Aesculapschlange und Medinawurm), Riebeling (Märchen: Für einen Tag), Emrich (Gegen die Versteppung der Seele mit den Trommeln der Freude), Prion (aus seinem Geburtsland Südwestafrika), Kaech (Blason de la diletta), Jörgensen (Stürme der Stille), Schwieter (Festvortrag über Trittelvitz), Hildebrandt (Rückzug aus dem Feld), Kirmse (Begegnung auf der Brücke), Wilberg (Erwartung), Rottler (nach dem modernen Gedicht kommt das neue Gedicht: Essay), Büniger (Der Mediziner), Jebens (Mutterliebe), Nyncke (aus Kalenderblättern), Picard (Standartenweihe), Schiller-Ileczko (Münchhausen), Steinmetz (Sonette), Siegel (in Memoriam), Reimers (Tiere), Leugermann (bloody mary), Engelke (Feier), Weitkamp (Halleluja), Schwalm (Luganer See), Wunderlich, unser derzeit Erfolgreichster (Äskulap, der Hausarzt im Olymp), Bolte (der Taxifahrer).

Die Moderatoren Bolte, Jörgensen, Rottler, Schwalm und Vescovi hatten kein allzuschweres Amt.

Allerdings war auffallend, bei den Beiträgen insgesamt gesehen, wie das Schwere, Schwarze, Ernste, Selbstmörderische und Melancholische bevorzugt worden war. Nachrufe, Totenblumen überwogen die blühenden Felder. Den eben aufbrechenden Flieder, die leuchtenden Maienkerzen der Kastanien übersah man. Übertönt wurden die Jubelhymnen der Vögel, der Dank fürs Dasein.

Man könnte der Meinung verfallen, der Schatten bestimme die Größe der Dichtung. Das Licht aber, die Freude und Lust am Leben stehe nur dem Leichtsinigen an, nur dem Leichtfertigen hübsch zu Gesicht. Dabei wäre eigentlich die Reihenfolge schon von der gewachsenen Sprache vorgeschrieben: Unangenehmes, Häßliches, Böses, Abscheulichkeit, Trauer werden zu unserer eigenen Entlastung, zur Warnung anderer oder zur Abschreckung des Feindes kurz gequält, stöhnend, schreiend herausgestoßen oder stumm verschluckt. Aber dem Schönen soll man glücklich all sein Vermögen widmen. Von ihm soll man alles und jedem glücklich mitteilen, soll sich, selber zur Freude damit befassen, um immer noch reicher zu werden.

Selbst in den Gemälden der Arztkollegen in Boskamps Galerie, wo wir uns wohl fühlten, ist ein Hang, eine Hingabe an das Zerfasern des Todes zu bemerken. Wo Schemen beschwört, wo Grabengel angebetet werden, stirbt eine hochentwickelte Kultur, lehrt die Geschichte. — Keine Angst! Es gibt noch Sonnenanbeter.

Wie erfrischend war doch im Schiffstheater das vorzügliche Kabarett. Es ließ uns vergessen, daß wir weder beim F. C. Sankt Pauli noch dortselbst auf der Reeperbahn kostbare Beine bewundert haben. — Sollte die

Neigung zur Schwermut der ständigen Gefahr der windgepeitschten Küste oder der Weite der Ebene zuzuschreiben sein, wie sie Rußland oder der Prarie zukommt. Oder etwa dem Drohen des Meeres, auf dessen Rücken wir eine Rundfahrt unternahmen, wo uns der einzige Kapitän der Welt steuerte, der nicht lügt. Er hat es uns selbst gesagt. —

Vielleicht ist der Menschenschlag an sich so ernst, der da platt spricht und sogar versteht und wie er es in hundert Symbolen der Vergänglichkeit in der größten und ältesten der Backstein-Gotik-Kirchen in Lübeck niedergelegt hat. War es nicht geradezu gleichnishaft für die Eitelkeit der Welt und für Verständnislosigkeit Übertölpelner gegenüber dem Humor, daß wir in dieser herrlichen Goteschule nicht jene feinen Kunstwerke bestaunen konnten, nur weil sie ein Malskat „verbrochen“ hatte. — Hier an dieser Stätte der Besinnung ließen wir uns erschüttert das ewige Auf und Ab von Leben und Sterben, von Ebbe und Flut und von der Vertreibung aus dem Paradies vorführen.

Rund ist die Welt und annähernd rund ihre Bahn. Ein Kreislauf das Leben. Der Zirkel vom Ursprung zur Zukunft wird sich schließen. Von hier aus setzte das Schicksal die Leute Lübecks, die Tatkraft der Hanseaten in Marsch, die Ostseeküste zu besiedeln, Städte zu gründen und zu befruchten. Hierher in die verbrannte Stadt kehren sie als geschundene Flüchtlinge vor den Russen in die Urheimat zurück nach Jahrhunderten. — Eben noch im Innersten getroffen von den zerschmetterten Glocken, die der Sog der Feuersbrunst die ganze Schreckensnacht läutete, berühren wir — abergläubig — die winzige Maus, ein Amulett.

Besondere Ergebnisse unserer Jahreszusammenkunft — von Bolte, Jebens, Schwieter und Co. trefflich vorbereitet, von Jörgensen straff beherrscht:

1. Das Archiv für die Werke der deutschen Arztschriftsteller versucht Theopold nach dem uns schmeichelnden Marbach zu legen;
2. Jahreshauptversammlung 1978 vom 25. bis 28. Mai 1978 in Bad Merгентheim;
3. Zuerkennung der Schauwecker-Plakette an den Präsidenten der

Weltvereinigung, an René Kœch, der fast regelmäßig (ebenso wie Marguerite de Miomandre und Emrich) uns Deutsche mit seiner Teilnahme auszeichnet und der sich ensonsten viele Verdienste um uns erworben hat: in erster Linie seine bezeugte Freundschaft zu uns und vielen unserer confrères.

Das ist eben jene Freundschaft, die ich zum Motto dieser Begegnung aufgestellt habe. Ihr ist wohl zu verdanken, daß sich schon am Vorabend die meisten Teilnehmer zur Table ronde de poésie eingefunden haben, zu dieser längst eingebürgerten Einrichtung. Diese ähnelt der Tafelrunde und dem Tabakskollegium der ersten Preußenkönige, hat vielleicht zum Vorläufer die Plüderelen am Kamin des durch Indiskretion mit dem Titel „Lügenbaron“ Gestempelten. Zu unrecht.

Berücksichtigt man den Zeitgeist, so sind viele seiner erfundenen unwahrscheinlichen Geschichten sicher nicht geneuso vorgetragen worden. Unterstellen wir, von unserer Warte aus betrachtet, diese Erzählungen seien psychoanalytische und psychotherapeutische Studien!

Versuchen wir nicht selbst, uns ständig am Schopf aus dem Sumpf zu heben und steigen wir nicht häufig auf die Kanonenkugel, um in eine ummauerte Stellung, eine verwehrte Festung einzudringen?

Sind wir nicht alle Münchhausens?
Wir Erzähler?

Dr. med. Alfred Rottler, Nürnberg

Kongresse

VI. Zentralkongreß für Medizinische Assistenzberufe der Bundesärztekammer

vom 23. bis 25. September 1977 in Augsburg

Leitung: Professor Dr. A. Schretzenmayr, Augsburg

Thema: Die Risikofaktoren: Erkennung und Bekämpfung aus der Sicht der Medizinischen Assistenzberufe

Veranstalter: Bundesärztekammer (Arbeitsgemeinschaft der Westdeutschen Ärztekammern) in Zusammenarbeit mit dem Deutschen Verband Technischer Assistentinnen und Assistenten e. V., dem Berufsverband der Arzthelferinnen e. V., der Vereinigung der staatlich anerkannten Diätassistentinnen und Ernährungsberaterinnen Deutschlands e. V. und dem Zentralverband Krankengymnastik e. V.

I. Seminarveranstaltungen

Krankengymnastik – Möglichkeiten zur Rationalisierung in der klinischen Chemie und Hämatologie durch Automation – Kinderradiologie – Fortschritte der diagnostischen klinischen Bakteriologie (mit anschließendem Praktikum) – Erwachsenen-Intensivpflege – Ausgewählte Testmethoden zur Leber- und Nierendiagnostik – Tonometrikurs – EEG – Refraktion und Perimetrie – Lungenfunktionsprüfungen – Bakteriologisch-serologisch-immunologische Möglichkeiten im kleinen und mittleren Labor – Hämatologie – Abrechnung – Elektrotherapie – Fortschritte der diagnostischen klinischen Serologie und Immunologie (mit anschließendem Praktikum) – Diagnostik verschiedener Parasitosen – Einführung in die Immunologie – Diätberatung für Diabetiker und Adipöse – EKG, Ergometrie, Telemetrie – Audiometrie

II. Veranstaltungen in Kliniken

III. Vorträge mit praktischen Demonstrationen

IV. Sonstige Veranstaltungen

Teilnahmeberechtigt sind alle Angehörigen der medizinischen Assistenzberufe, alle approbierten Ärzte, Zahnärzte und Tierärzte, Medizinalassistenten, Studenten der klinischen Semester und Apotheker.

Für die Kongreßteilnahme werden folgende Gebühren erhoben: für die Dauer des gesamten Kongresses DM 25,-; Tageskarte DM 15,-

Ort: Kongreßhalle Augsburg, Gögginger Straße 10

Auskunft und Anmeldung:

Kongreßbüro der Bundesärztekammer, Haedenkampstraße 1, 5000 Köln 41, Telefon (02 21) 47 28 234 (235)

zur phytohormonellen Therapie bei Mastodynie, Mastopathie, zyklisch bedingter Migräne

Indikationen: Mastodynie, Mastopathia fibrosa cystica, prämenstruelles Syndrom, Corpus luteum-insuffizienzbedingte Zyklus anomalies, zyklisch bedingte Migräne. • Kontraindikationen und Nebenwirkungen sind bisher nicht bekannt. • Zusammensetzung: 100 g enthalten: Agnus castus D 1 20 g, Caulophyllum thalictroides D 4 10 g, Cyclamen D 4 10 g, Ignatia O 6 10 g, Iris D 2 20 g, Lilium tigrinum D 3 10 g, Lupulinum D 8 10 g, Tinctura Condurango 10 g. • Dosierung: Es ist unerlässlich, 3mal täglich 25 Tropfen Mastodynon mindestens 3 Monate lang vor dem Essen, auch während der Menstruation, nehmen zu lassen. Bei Rezidiven ist eine Wiederholung der Behandlung im Laufe des Jahres nötig. Bei Hypermenorrhoe sowie bei Migräne sind u. U. atündliche Gaben von 15 Tropfen vorteilhaft. • Handelsformen: Mastodynon DP mit 30 ml DM 7,75, DP mit 50 ml DM 10,45, OP mit 100 ml DM 15,85; Großpackungen mit 500 ml und 1000 ml.

Mastodynon®

ANTIMASTOPATHIKUM



BIONORICA KG · APOTHEKER POPP · NÜRNBERG

Ärztliche Sofortmaßnahmen am Unfallort

am 24./25. September 1977 in Jättingen

Leitung: Dr. U. Heynan, München

Beginn: Samstag 12.30 Uhr — Enda: Sonntag 12.15 Uhr

Ort: Tagungs- und Ausbildungszentrum des BRK, Haus Jättingen, 8876 Jättingen

Auskunft und Anmeldung:

Bayerisches Rotes Kreuz, Referat III/1 — Sanitäts- und Gesundheitswesen, Holbeinstraße 11, 8000 München 86, Telefon (0 89) 92 41 - 3 14

Unfallmedizinische Tagung

am 24./25. September 1977 in Kempten

Leitung: Privatdozent Dr. J. Probst, Murnau

Themen: Trombosa und Embolia — Die Problemhürte nach Totalandoprothase — Fortschritte der Behandlung der posttraumatischen Osteomyelitis — Begutachtung und Barufshilfe nach Unfällen von Schulkindern

Auskunft:

Privatdozent Dr. J. Probst, Postfach 1380, 8110 Murnau, Telefon (0 88 41) 1 91

II. Interdisziplinäres Forum der Bundesärztekammer

vom 12. bis 15. Oktober 1977 in Köln

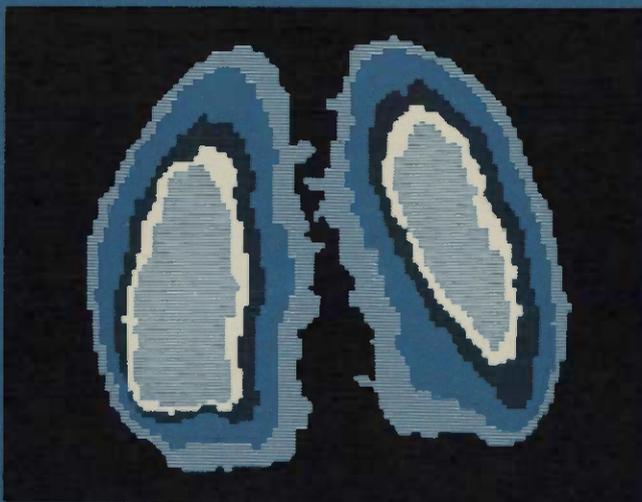
Thema: Fortschritt und Fortbildung in der Medizin (Hochdruck — Das Kind und seine Erkrankungen — Otorhinolaryngologie — Nierenerkrankungen — Geriatrie — Ophthalmologia — Endokrinologische Störungen — Probleme der Chemotherapie bakterieller Infektionen)

Auskunft:

Kongreßbüro der Bundesärztekammer, Postfach 41 02 20, 5000 Köln 41, Telefon (02 21) 47 28 234 (235)

Aminophyllin[®] retard

A 777



Lungen-Szintigraphie dokumentiert:

Bronchospasmolyse ist viel. Aminophyllin[®] ist mehr.

Aminophyllin[®] gibt Sicherheit, daß wiederbelüftete Lungenbezirke auch durchblutet werden.

Aminophyllin[®] ist ein geschütztes Warenzeichen.

Indikationen:

Bronchitisches Syndrom,
Asthma bronchiale,
chronische Bronchitis,
Emphysebronchitis.

Zusammensetzung:

Aminophyllin besteht aus 80,5
Teilen Theophyllin-Monohydrat
und 19,5 Teilen Athylendiamin.

Kontraindikationen:

keine

Dragees retard:

zu 350 mg
20 St. = DM 11,45
50 St. = DM 25,75
zu 175 mg
20 St. = DM 8,55
50 St. = DM 19,05

Zusätzlich im Handel:

Ampullen, Suppositorien, Tabletten.

 PROMONTA
HAMBURG

60. Augsburger Fortbildungskongreß für praktische Medizin

(In zeitlichem und räumlichen Zusammenhang mit dem VI. Zentralkongreß für medizinische Assistenzberufe)

vom 23. bis 25. September 1977 in Augsburg

Leitung: Professor Dr. A. Schretzenmayr, Augsburg

Kongreßplanung: Collegium Medicum Augustanum

Themen: Erkrankungen des venösen Systems — Pathologie des kleinen Beckens

Freitag, 23. September 1977

14.00 Uhr:

Klinische Visiten

20.00 Uhr:

Gemeinsame Eröffnung des 60. Augsburger Fortbildungskongresses und des VI. Zentralkongresses für medizinische Assistenzberufe — Filmabend

Samstag, 24. September 1977

Erkrankungen des venösen Systems

9.00 — 12.40 Uhr:

Einleitung

Professor Dr. Gumrich, Augsburg

Pathophysiologie der Venen

Professor Dr. Schneider, Tübingen

Neue Gesichtspunkte der Venenchirurgie

Professor Dr. Denck, Wien

Sklerosierungsbehandlung

Professor Dr. Fischer, Tübingen

Arthrosis und Varizen

Professor Dr. Mohing, Augsburg

Aktuelle Probleme der Thrombolyse

Professor Dr. Breddin, Frankfurt

Kompressionsbehandlung

Professor Dr. Santler, Wien

Langzeitbehandlung mit Strümpfen

Dr. Ellerbroek, Hamburg

14.00 — 15.30 Uhr:

Round-Table-Gespräch und Demonstrationen der Verödungs- und Kompressionsbehandlung Dr. Ellerbroek, Professor Dr. Fischer, Dr. Gillesberger

Röntgendemonstrationen

Phlebogr. Diagnostik

Dr. Klotz, Augsburg

Sonntag, 25. September 1977

Pathologie des kleinen Beckens

9.00 — 12.40 Uhr:

Einleitung

Professor Dr. Nikolowski, Augsburg

Pathologisch-anatomisches Referat

Professor Dr. Gössner, München

Chirurgisch-proktologisches Korreferat

Professor Dr. Mörl, Hamburg

Urologisches Korreferat

Professor Dr. Mey, Bamberg

Gynäkologisches Korreferat

Professor Dr. Lehmann, Ulm

Andrologisches Korreferat

Professor Dr. Adam, Tübingen

Dermatologisches Korreferat

Professor Dr. Brehm, Ludwigshafen

Psychiatrisches Korreferat

Professor Dr. Pödingner, Wil

14.00 — 15.30 Uhr:

Round-Table-Gespräch und allgemeine Diskussion

Auskunft und Anmeldung:

Sekretariat des Augsburger Fortbildungskongresses, Frohsinnstraße 2, 8900 Augsburg, Telefon (08 21) 3 37 77

Fortbildungsveranstaltung der Abteilung für Nuklearmedizin der Universität Würzburg

am 22. Oktober 1977 in Würzburg

Leitung: Professor Dr. W. Börner

Theme: Schilddrüsenerkrankungen — Diagnostik und Therapie in der Praxis

Beginn: 9.00 Uhr — Ende: 13.00 Uhr

Ort: Großer Saal der Hochschule für Musik, Hofstallstraße 6—8, Würzburg

Professor Dr. Breddin, Frankfurt

Kompressionsbehandlung

Professor Dr. Santler, Wien

Langzeitbehandlung mit Strümpfen

Dr. Ellerbroek, Hamburg

14.00 — 15.30 Uhr:

Round-Table-Gespräch und Demonstrationen der Verödungs- und Kompressionsbehandlung Dr. Ellerbroek, Professor Dr. Fischer, Dr. Gillesberger

Röntgendemonstrationen

Phlebogr. Diagnostik

Dr. Klotz, Augsburg

Sonntag, 25. September 1977

Pathologie des kleinen Beckens

9.00 — 12.40 Uhr:

Einleitung

Professor Dr. Nikolowski, Augsburg

Pathologisch-anatomisches Referat

Professor Dr. Gössner, München

Chirurgisch-proktologisches Korreferat

Professor Dr. Mörl, Hamburg

Urologisches Korreferat

Professor Dr. Mey, Bamberg

Gynäkologisches Korreferat

Professor Dr. Lehmann, Ulm

Andrologisches Korreferat

Professor Dr. Adam, Tübingen

Auskunft und Anmeldung:
Professor Dr. W. Börner, Abteilung für Nuklearmedizin der Universität Würzburg, Luitpoldkrankenhaus, Bau 9, 8700 Würzburg, Telefon (09 31) 2 01 38 68 / 69

2. Sportmedizinisches Filmforum

am 11. Dezember 1977 in München

Während der 11. Internationalen Tagung des Bayerischen Sportärzte-Verbandes e. V. vom 9. bis 11. Dezember 1977 findet am 11. Dezember 1977 des 2. Sportmedizinische Filmforum statt.

Veranstalter: Bayerischer Sportärzte-Verband e. V., München

Wissenschaftliche und medizinische Beratung: Chelarzt Dr. E. Goßner, Augsburg

Organisatorische Leitung: Deutsche Condor Film GmbH, München

Letzter Anmeldetermin: 15. Oktober 1977

Die Richtlinien und Formblätter zur Anmeldung können angefordert werden bei: Bayerischer Sportärzte-Verband e. V., Nymphenburger Straße 81/IV, 8000 München 19, Telefon (0 89) 18 35 03

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

5. bis 30. Juni 1978

A-Kurs für Arbeitsmedizin (Weiterbildung für die Erlangung der Zusatzbezeichnung „Arbeitsmedizin“ bzw. „Betriebsmedizin“) — wegen der starken Nachfrage eingeschoben

20. bis 22. September 1978

Arbeitsmedizinische Fortbildung

2. bis 27. Oktober 1978

C-Kurs für Arbeitsmedizin (Weiterbildung für die Erlangung der Zusatzbezeichnung „Arbeitsmedizin“ bzw. „Betriebsmedizin“)

27. November bis 8. Dezember 1978

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

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

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 (0 89) 41 47-294

I. Notfallmedizin 1978

12teiliger Fortbildungskurs für niedergelassene Ärzte

in Zusammenarbeit mit der Sanitätsakademie der Bundeswehr

Ort: Sanitätsakademie der Bundeswehr, Infanteriestraße 17, München

Zeit: jeweils Mittwochnachmittag 15.00 bis 18.00 Uhr

Vorgesehene Themen:

18. Januar 1978

Chirurgie I (Schock und Wiederbelebung)

1. Februar 1978

Innere Medizin I (Komatöse Zustände)

8. März 1978

Chirurgie II (Einschließlich praktischer Übungen)

5. April 1978

Chirurgie III (Einschließlich praktischer Übungen)

26. April 1978

Innere Medizin II (Kardiologische und pulmonale Notfälle)

14. Juni 1978

Innere Medizin III (Toxikologie)

21. Juni 1978

Neurologische und psychiatrische Notfälle

12. Juli 1978

Augen- und HNO-Heilkunde

20. September 1978

Kinderheilkunde aus pädiatrischer und kinderchirurgischer Sicht

11. Oktober 1978

Gynäkologische und urologische Notfälle

22. November 1978

Kopftraumatologie (Neurochirurgie – Mund-Kieferchirurgie)

29. November 1978

Round-Table-Gespräch: Differentialdiagnostische Probleme in der Notfallmedizin (Chirurgie, Innere Medizin u. e.)

Begrenzte Teilnehmerzahl

Teilnahme nur nach Anmeldung bei der Bayerischen Landesärztekammer möglich

II. Augenheilkunde

Kopfkrankenhaus 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, Tropfengabe, Verbund – Harmlose Augenveränderungen – Untersuchungsmethoden am Auge für den Allgemeinarzt – Akupunktur in der Augenheilkunde – Medikamentenschäden am Auge – Behandlung von Gefäßverschlüssen der Netzhaut – Hornhautüberpflanzung – Haftschelen.

Tagungsbeitrag: DM 20,- auf Kongreßkonto Nr. 2220 Castellbank, Würzburg (Professor Dr. Dr. 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 (09 31) 201 - 24 02

Oktober, November 1977

8. 10.

Innere Medizin, Würzburg

14. – 16. 10.

EKG Teil I, München

21. – 22. 10.

Phonokardiographie, München

21. – 23. 10.

Chirurgie, Starnberg

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

5. 11.

Gynäkologie, München

12. 11.

Augenheilkunde, Würzburg

25. – 26. 11.

Kardiologie München

1978 - Notfallmedizin, München

18. 1.

Chirurgie I

1. 2.

Innere Medizin I

8. 3.

Chirurgie II

5. 4.

Chirurgie III

26. 4.

Innere Medizin II

14. 6.

Innere Medizin III

21. 6.

Neurologische und psychiatrische Notfälle

12. 7.

Augen- und HNO-Heilkunde

20. 9.

Kinderheilkunde aus pädiatrischer und kinderchirurgischer Sicht

11. 10.

Gynäkologische und urologische Notfälle

22. 11.

Kopftraumatologie

29. 11.

Round-Table-Gespräch: Differentialdiagnostische Probleme in der Notfallmedizin (Chirurgie, Innere Medizin u. a.)

III. Chirurgie

Kraiskrankenhaus 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 Unterarmfraktur — Behandlung kindlicher Fraktur — Eingriffe an der Papilla Vataril — Behandlung des Morbus Crohn

Letzter Anmeldetermin: 11. Oktober 1977

Begrenzte Teilnehmerzahl

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.

Thema: 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, Re-

ferata 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 18.45 Uhr:

Referata: Plauropulmonale Eiterung und Rekonstruktion beim Ösophaguskarzinom — Fortschritte in der operativen Therapie des Magen- und Zwölffingerdarmgeschwürs — Rekonstruktive Chirurgie der Gallenwege — Therapeutische Indikation beim malignen Melanom — Die richtige Anlage und Pflege des Anus praeter — Kolitis in Differentialdiagnose und operative Behandlung — Atresien des Digestionstraktes — Therapeutische Indikation beim malignen Melanom — Fortschritte bei der Therapie des Osteosarkoms — Indikation und Ergebnisse der Koronarchirurgie — Frühzeitige operative Therapie kongenitaler Herzvitien — Heutiger 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. Kern

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 — Schilddrüsenmalignome — Differentialdiagnose des Morbus Crohn

Kolloquien, Demonstrationen im Operationsaal 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 a, 8000 München 2

3. Samstagseminar 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

(Fortsetzung Seite 907)

ZUSAMMENSETZUNG: In 100 g Salbe: Arnica 9,15 g; Calendula 9,15 g; Hamamelis 9,15 g; Echinacea angustifolia 9,15 g; Echinacea purpurea 9,15 g; Chamomilla 9,15 g; Symphytum 9,15 g; Bellis perennis 9,15 g; Hypericum 9,15 g; Millefolium 9,15 g; Aconitum D 1, Belladonna D 1 ana 0,05 g; Aesculus Clemat. 9,15 g; Mercur. solub. Helmen. D 1 ana 0,04 g; Hepar sulfur. D 1 0,025 g.
ANWENDUNG: Salbe mehrmals täglich einreiben oder auftragen.
HANDELSFORMEN UND PREISE (incl. MwSt.): Preisänderungen vorbehalten. Salbe (Reg.-Nr. 49 962) Salbe zu 21 g DM 3,65 - Salbe zu 84 g DM 12,-.
Weitere Darreichungsformen von Traumeel: Ampullen zur Injektion - Tropfen und Tabletten zum Einnehmen.

für offene und stumpfe Traumen
Hämatome, Prellungen,
Distorsionen

Traumeel®-Salbe

zur Therapie posttraumatischer und
postoperativer Weichteilschwellungen

Biologische Heilmittel Heel GmbH
Baden-Baden

-Heel

Wenn Sie Bluthochdruck feststellen...

MODURETIK®

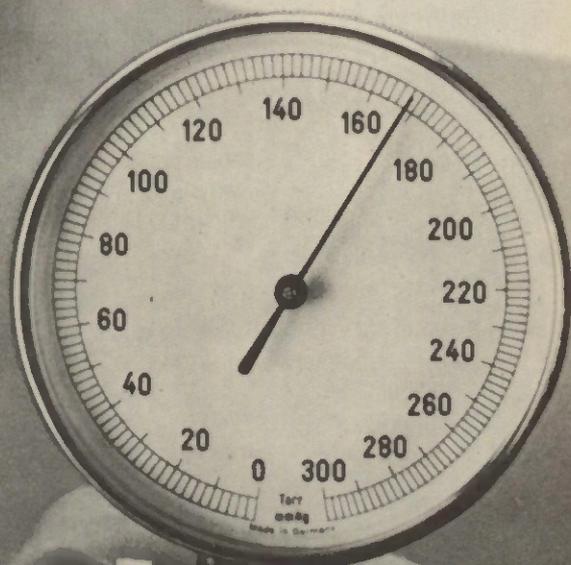
(Hydrochlorothiazid und Amlorid HCl)

MODURETIK senkt erhöhte Blutdruckwerte bei den meisten Patienten mit leichter bis mittelschwerer Hypertonie.

MODURETIK bewahrt das körpereigene Kalium; es schützt selbst bei langfristiger Einnahme vor nennenswerten Kaliumverlusten. Eine Kalium-Substitution ist nicht erforderlich.

Für die Mehrzahl der Patienten reichen eine oder zwei Tabletten MODURETIK täglich aus.

MODURETIK zählt heute zu den Basistherapeutika bei der Behandlung des Bluthochdrucks.



Zusammensetzung: Eine Tablette Moduretik® enthält 5 mg N-Amidino-3,5-diamino-6-chlor-pyrazin-2-carboxamid-hydrochlorid (Amlorid-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 mEq/l), Zugabe von kaliumsehemmenden Substanzen oder Kaliumsubstitution, Anurie, akute Niereninsuffizienz, progressive Nierenleiden, diabetische Nephropathie, Erhöhter Rest-N (>60 mg/100 ml), Überempfindlichkeit gegen eine der beiden Komponenten. Nicht empfohlen für Kinder. **Dosierung:** Bei kardial bedingten Ödemen und Hypertonie 1 x 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 Hyperkalämie 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

Nerigung 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 aufmerksame Durchsicht wir empfehlen.

MSD
SHARP & DOHME

1-78-MDR-77-G-017-J

Sozial- und Steuerpolitik

In Bonn will die Ruhe nicht einkehren. Noch immer macht die Politik Schlagzeiten, obwohl die meisten Akteure in den Urtaub gefahren sind. Über Kostendämpfung wird kaum noch gesprochen, dafür um so mehr über Arbeitslosigkeit, Konjunktur, Haushaltsdefizite und neue Steuersenkungen. Apel hat Anhänger und Gegner seiner Steuerpolitik mit der Ankündigung verblüfft, daß im Wahljahr 1980 die Progression bei der Lohn- und Einkommensteuer entschärft werden solle.

Ehrenberg hat große Mühe, sein Kostendämpfungsgesetz auch weiterhin als Erfolg zu verkaufen. Die Bürger merken plötzlich, daß die Kritik der Ärzte so unbegründet nicht war. Tagelang mußte über Rezeptgebühr und Härteklausele verhandelt werden, ehe sich Kassen und Ministerium einigten. Und die Kassen haben noch immer den Vorbehalt gemacht, die Absprachen rechtlich überprüfen zu lassen. Den Gesetzesmachern wird damit kein gutes Zeugnis ausgestellt.

Oder ein anderer Punkt, der Ärger macht: Wer mehr als DM 370,- verdient, muß sich selbst versichern; die Jugendlichen sind nicht mehr über die Familienhilfe abgesichert. Die Betroffenen standen praktisch über Nacht ohne Versicherung da, ohne es zu wissen. Der Bürger kann nicht mehr auf den Gesetzgeber vertrauen. Als auch bei den Studenten Unruhe entstand, interpretierten Ehrenberg und Rohde schnell, daß Bafög-Leistungen natürlich nicht gerechnet werden. Das ist rechtlich vermutlich unangreifbar, dennoch werden sich die anderen Betroffenen fragen, warum denn Studenten mit Bafög-Leistungen besser behandelt werden als alle anderen Bürger, die nicht vom Staat bedient werden sondern das Geld selbst verdienen. Die Erklärung liegt natürlich auf der Hand: Wenn auch Ausbildungsförderung beitragspflichtig würde, so hätte der Staat die Bedarfssätze und damit auch die Zahlungen zu erhöhen. Die Beiträge der geförderten Studenten wären dann praktisch aus dem Staatshaushalt zu zahlen. Die finanzielle Belastung würde nur vom Beitragszahler auf den Steuerzahler verlagert. Dennoch: den übrigen Betroffenen dieser Neuregelung wird

mehr Einsicht abverlangt, als ihnen zugemutet werden sollte.

Aber die Themen Kostendämpfung und Rentensanierung sind zunächst einmal in den Hintergrund gerückt. Das wird sich wohl erst wieder ändern, wenn gegen Ende des Jahres sichtbar werden sollte, daß Ehrenbergs Rentenbilanz zu optimistische Zahlen enthält und die Krankenkassen ihre Beitragssätze erhöhen. Das alles beherrschende Thema ist vielmehr die Frage, wie denn die Arbeitslosigkeit verringert werden kann. Zwar sind die Arbeitslosenzahlen in den letzten Monaten noch etwas gesunken. Dies war aber ausschließlich jahreszeitlich bedingt; konjunkturell hat die Arbeitslosigkeit eher wieder zugenommen, so daß im Jahresdurchschnitt wieder mit einer Million Arbeitsloser gerechnet werden muß.

Die Politiker sind ratlos, und sie werden nervös. Allenthalben werden Pläne entwickelt, wie die Arbeit gleichmäßiger verteilt werden kann. Die Forderungen nach Arbeitszeitverkürzung, Herabsetzung der flexiblen Altersgrenze, Babyjahr für berufstätige Mütter und expansiver Personalpolitik des öffentlichen Dienstes werden nachdrücklicher erhoben. Die Überzeugung, mit marktwirtschaftlichen Instrumenten eine kräftige Wachstumsphase einleiten zu können, schwindet, noch ehe die Möglichkeiten der marktkonformen Steuerung der Konjunktur ausgeschöpft sind. In allen Parteien gibt es diese widersprüchliche Diskussion. Wir stehen vor einem heißen politischen Herbst ...

Widersprüchlich ist auch die Steuerpolitik. Apels Steuerpaket ist nur ein

Beispiel dafür. Der Aufschwung hat an Schwung verloren. Es gibt keinen Zweifel, daß in dieser Lage allein Steuersenkungen angemessen wären. Was aber tut der Gesetzgeber? Er beschließt die Steuern zu senken und zu erhöhen. Was mit der einen Hand ausgegeben wird, wird mit der anderen Hand wieder kassiert. Mit einer konjunkturgerechten Steuerpolitik hat dies wenig zu tun. Die Erhöhung der Mehrwertsteuer paßt nicht in die konjunkturelle Landschaft. Da gibt es zwei Möglichkeiten: Die Unternehmen geben die Steuererhöhung über die Preise an die Verbraucher weiter, oder ein Teil der Steuer bleibt bei den Unternehmen hängen. Im ersten Fall steigen die Preise, was zu höheren Lohnforderungen der Gewerkschaften – und damit zu neuen Belastungen der Unternehmen führen könnte. Im zweiten Fall entpuppte sich die Mehrwertsteuer als zusätzliche Steuerlast für die Unternehmen. Man kann es drehen und wenden wie man will: Ein Beitrag zur Förderung der privaten Investitionen und damit zum Abbau der Arbeitslosigkeit ist diese Steuererhöhung jedenfalls nicht.

Dennoch wäre es falsch, dieses Steuerpaket nur negativ zu werten. Es verbessert eindeutig die Struktur unseres Steuersystems. Nachdem in den letzten Jahren ständig das Gewicht der direkten Steuern im Steuersystem erhöht worden ist, wird nun eine neue Weichenstellung vorgenommen. Das Steuerpaket ist das politische Signal, daß die direkten Steuern nicht weiter zu erhöhen sind. Wenn der Staat künftig mehr Geld brauchen sollte, so ist dieses nur noch über die Mehrwertsteuer und die Verbrauchssteuern aufzubringen.

Zur allgemeinen Überraschung hat Apel, kaum war sein Steuerpaket verabschiedet, neue Steuersenkungen für 1980 angekündigt. Die Absicht ist, für die Bezieher kleinerer und mittlerer Einkommen die Steuerprogression zu entschärfen. Schon der Durchschnittsverdiener wird von der Progression erfaßt. Die Einnahmen aus der Lohnsteuer wachsen doppelt so schnell wie die Einkommen der Arbeitnehmer, ein Problem von steigender politischer Brisanz. Aber bis dahin fließt noch viel Wasser in den Rhein und am Bonner Bundeshaus vorbei. Aber 1980 wird wieder der Bundestag gewählt ...

bonn-mot

IX. Innere Medizin

Medizinische Poliklinik Würzburg

Direktor: Professor Dr. H. Franke

am Samstag, 8. Oktober 1977

Beginn: 9.00 Uhr — Ende: 13.00 Uhr

Ort: Hörsaal der Medizinischen Universitäts-Poliklinik, Würzburg, Klinikstraße 8

Thema: Ergometrie — Koronare Herzkrankheit

Auskunft und Anmeldung:

Professor Dr. Polzien, Medizinische Poliklinik Würzburg, Klinikstraße 8, 8700 Würzburg, Telefon (09 31) 3 14 33

X. 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

XI. 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

XII. 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-, Vektorkardiographia — Belastungs-EKG — Harz-, Einschweemm-katheter — Herzschrittmacher — Lungenfunktion — Hämatologie — Angiologie

Themen:

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

Letzter Anmeldetermin: 14. Oktober 1977

XIII. Kardiologie

Deutsches Herzzentrum München, Klinik für Herz- und Kreislauferkrankungen
Direktor: Professor Dr. W. Rudolph

Klinik für Herz- und Kreislauferkrankungen im Kinderspital

Direktor: Professor Dr. K. Bühlmeier

unter Mitwirkung der Klinik für Herz- und Gefäßchirurgie

Direktor: Professor Dr. F. Sebening

Vorstand: Privatdozent Dr. U. Klein

Lothstraße 2 und 11, 8000 München 2

Malinert®

das Spezifikum gegen Rückenschmerzen

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

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-Dragees ermöglichen eine wirtschaftliche Therapie.

Deshalb Malinert®-Dragees u. N-Salbe

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

Indikationen: Wirbelsäulen-Syndrom, Schulter-Arm-Syndrom, Ischi-algie, Lumbago, Neuralgien, Myalgien, Wurzelneuritiden.

Zusammensetzung: 1 Dragee enthält: 200 mg Metamizol (= Phenylmethyl-pyrazolon-methyl-amino-methansulfonates Natrium), 250 mg Phenazonsalicylat (= Phenylmethyl-pyrazolon-salicylat), 7,5 mg Diphenhydraminhydrochlorid, 20 mg Coffein, 3 mg Aesculin, 10 mg Octolamin, 5 mg Pyridoxinhydrochlorid, 10 µg Cyanocobalamin.

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

Dosierung und Anwendungswiese: MALINERT-Dragees: Täglich 3mal 1 Dragee 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-Dragees): 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 (ll. A.T.): OP mit 20 Dragees, AV m. MwSt. DM 5,85
Packung mit 50 Dragees, AV m. MwSt. DM 13,10
OP mit 30g Salbe, AV m. MwSt. DM 6,70

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

MENADIER Hellmittel GmbH
2 Hamburg 50
Postfach 50 10 04

Einführungslehrgänge für die kassenärztliche Tätigkeit

Die Kassenärztliche Vereinigung Bayerns veranstaltet am

17. September 1977

29. Oktober 1977

26. November 1977

im Ärztehaus Bayern, Mühlbauerstraße 16, 8000 München 80, Einführungslehrgänge 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 Teilnehmergebühr ist am Tage des Einführungslehrganges zu bezahlen.

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 Visite - Kardiologischer Untersuchungskurs - Kardiologisch-röntgenologische Demonstrationen

Nachmittags Referate: „Bradykarde und tachykarde Rhythmusstörungen“

Programm B:

Kinderkardiologie (Professor Dr. Bühlmeyer) 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

XIV. 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. Singer

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:

Desensibilisierung 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 - Überlegungen 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

XV. Phonokardiographie

Stiftsklinik Augustinum, München

Direktor: Professor Dr. D. Michel

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

8. Chirurgisch-gastroenterologische Fortbildungsreihe

der Chirurgischen Klinik und Poliklinik rechts der Isar der Technischen Universität München (Direktor: Professor Dr. G. Maurer)

am 14. Oktober 1977 in München

Thema: Leber und portaler Kreislauf in der Chirurgie

Beginn: 18.00 Uhr c. t.

Ort: Hörsaal B des Klinikums rechts der Isar, Ismaninger Straße 22, 8000 München 80

Vorankündigung

9. Veranstaltung im Rahmen der Chirurgisch-gastroenterologischen Fortbildungsreihe (2. Audio-visueller Endoskopiekurs) am 17./18. November 1977

Auskunft und Anmeldung:

Privatdozent Dr. habil. G. W. Prokscha, Ismaninger Straße 22, 8000 München 80, Telefon (0 89) 41 40 - 21 95 oder 27 43

Symposium „Ärztlicher Dienst im Krankenhaus - aber wie?“

am 24. September 1977 in Bonn

Veranstalter: Friedrich-Thieding-Stiftung des Hartmannbundes, Verband der Ärzte Deutschlands

Themen: Sparsame Wirtschaftsprüfung und Motivation zu wirtschaftlichem Verhalten - Krankenhausfinanzierungsgesetz und Bundespflegegesetzverordnung aus der Sicht eines Verwaltungsdirektors (unter besonderer Berücksichtigung der Personalkosten im Krankenhaus) - Das Krankenhaus aus gesellschaftspolitischer Sicht - Praxiskliniken und Belegkrankenhäuser als Strukturelemente besserer Krankenhausversorgung - Weiterentwicklung von Krankenhausstrukturen

Auskunft:

Hartmannbund, Kölner Straße 54, 5300 Bonn-Bad Godesberg, Telefon (0 22 21) 37 30 45

Weiterbildungskurs des Deutschen Sportärztebundes

vom 2. bis 15. Oktober 1977 in Erlangen

Leitung: Dr. J. Heck, Erlangen

Ort: Sportzentrum der Universität, Geberstraße 123, Erlangen

Auskunft und Anmeldung:

Dr. J. Heck, Sportzentrum der Universität, Geberstraße 123, 8520 Erlangen, Telefon (0 91 31) 85 21 72

Schnell informiert

Forschungsreaktor der GSF von Uren-Literstop vorerst nicht betroffen

Die Gesellschaft für Strahlen- und Umweltforschung (GSF) betreibt in Neuherberg bei München seit August 1972 einen Forschungsreaktor Triga Mark III. Im Gegensatz zu den Kernkraftwerksbetreibern sind die Wissenschaftler der GSF nicht an der Wärme des Reaktors interessiert, sondern an seiner Strahlung. Vom Reaktortyp Triga gibt es mehrere baugleiche Anlagen in der westlichen Welt, die ähnlich dem Neuherberger Reaktor für biologisch-medizinische Forschungsvorhaben benutzt werden.

Der Forschungsreaktor Neuherberg wird auf den Gebieten Umweltforschung, Medizin und Strahlenbiologie, z. B. Untersuchung von Nutztieren auf Quecksilber, Arsen; Früherkennung von Mangelkrankheiten; Wirkung von Strahlung auf Lebewesen, eingesetzt. Neben den Wissenschaftlern der GSF steht der Reaktor auch in- und ausländischen Gästen aus Universitäten, Forschungszentren und der Industrie zur Verfügung. Hervorzuheben sind die Arbeiten des Forschungszentrums Cadarache, Frankreich, und der Gesellschaft für Kerntorschung, Karlsruhe, auf dem Gebiet der Reaktorsicherheit. Um eine maximale Auslastung des Forschungsreaktors Neuherberg zu ermöglichen, wird fast täglich in zwei Schichten gearbeitet. Die kürzlich von den USA und Kanada verfügte Ausfuhrstopps für angereichertes Uran treffen den Reaktor der GSF vorerst nicht so hart, da seine Brennelemente nur zu 20 Prozent mit Uran-235 angereichert sind — im Gegensatz zu den meisten anderen Forschungsreaktoren (Garching, Berlin, Jülich), deren Brennelemente zu 93 Prozent aus Uran-235 bestehen. Dazu kommt, daß erst Ende 1976 einige neue Brennelemente eingesetzt wurden. Laut Aussage des Leiters des Reaktors, Dr. Rau, würde der jetzt vorhandene Uranbestand ca. zwei Jahre ausreichen. Erst auf lange Sicht würde sich der Uranboykott vor allem auf die Arbeitsgebiete der GSF — Umweltforschung und Medizin — negativ auswirken.

Kostenentwicklung in der Arztpraxis

Die durchschnittlichen jährlichen Kosten in der ärztlichen Praxis stiegen nach einer soeben fertiggestellten Untersuchung des Zentralinstitutes für die kassenärztliche Versorgung in der Bundesrepublik Deutschland von 1974 auf 1975 von DM 108 000,— auf DM 123 000,—, d. h. um 14 Prozent. Der Anstieg im Bereich der Allgemeinmedizin lag bei nahezu 15 Prozent. Ein ähnliches Ergebnis erwartet das Zentralinstitut aufgrund einer Hochrechnung für das Jahr 1976. Das Zentralinstitut betont, daß diese erstmals bundesweit ermittelten Werte weit über den bisherigen Annahmen liegen. Es weist besonders darauf hin, daß 1976 aufgrund der Empfehlungsvereinbarung zur Kostenbegrenzung bei zugleich steigenden Arztgehältern die Umsatzsteigerung pro Arzt nur 2,4 Prozent betrug. Für das Jahr 1977 wird sogar ein Rückgang der Umsatzsteigerung auf weniger als 1 Prozent erwartet. Bei diesem Auseinanderklaffen der Kosten und der Umsatzentwicklung sind nach Auffassung des Zentralinstitutes strukturelle Auswirkungen sowohl auf dem Personal- wie dem Investitionssektor der Praxen zu erwarten.

(Fortsetzung Seite 913)

Bei Hyperhidrosis

besonders an den Füßen und damit in Zusammenhang stehende Hauterkrankungen

Antihydral

Antihydral®

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

Antihydral »M«®

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

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

Zusammensetzungen:

Antihydral enthält 13% Hexemethylen-tetramin in fettfreier, abtrocknender Salbengrundlage. Antihydral »M« enthält 10% Sulfur praec. und 10% Hexemethylen-tetramin in fettfreier, abtrocknender Salbengrundlage.

Kontraindikationen: Keine bekannt.

Zur Beachtung: Nicht auf offene Wunden auftragen!

Preise: Tuben mit 70 g DM 3,85

ROBUGEN GMBH · PHARMAZEUTISCHE FABRIK · ESSLINGEN/N



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

(Zusammengestellt aufgrund der Wochenmeldungen)

Wie auch in den früheren Jahren zu Beginn der sommerlichen Jahreszeit sank im Juni die Scherlechneldziffer merklich ab. Im Mai trafen noch 51 Erkrankungen, im Juni 27 auf 100 000 Einwohner, jeweils umgerechnet auf ein Jahr. Gleichzeitig stieg die Erkrankungshäufigkeit an übertragbarer Hirnhautentzündung, vor-

elliem sonstiger, nicht durch Meningokokken verursachter Formen. An diesen, meist virusbedingten Meningitisformen erkrankten im Mai durchschnittlich drei, im Juni sechs von 100 000 Einwohnern.

Nur geringfügig und weit schwächer als im Juni vorigen Jahres nahm im Berichts-

monat die Häufigkeit von Selmoneilose-Erkrankungen zu, nämlich von 33 Fällen im Vormonat auf 35 im Juni, jeweils auf 100 000 Einwohner. Die Erkrankungsziffer an Hepatitis infectiose (übertragbare Leberentzündung) ging von 24 im Mai auf 21 im Juni, jeweils auf 100 000 Einwohner bezogen, zurück.

Neuerkrankungen und Sterbefälle in der Zeit vom 30. Mai bis 3. Juli 1977 (vorläufiges Ergebnis)

Gebiet	1		2		3		4		5		6		7		8		9		10		11		12	
	Diphtherie		Scherlech		Kinderlähmung		Obertregbare				Gehirnentzündung		Typhus abdominalis		Paratyphus A und B		Bakterielle Ruhr ohne Amöbenruhr		Enteritis infectiose				Botulismus	
							Meningokokken-Meningitis		übrige Formen										Salmonellose		übrige Formen			
	E)	ST)	E	ST	E	ST	E	ST	E	ST	E	ST	E	ST	E	ST	E	ST	E	ST	E	ST	E	ST
Oberbayern	-	-	116	-	-	-	3	-	22	-	-	-	2	-	-	-	9	-	155	-	-	-	-	-
Niederbayern	-	-	16	-	-	-	3	-	1	-	1	-	-	-	-	-	-	32	-	7	-	-	-	
Oberpfalz	-	-	28	-	-	-	3	-	7	-	2	-	-	-	-	-	-	21	-	-	-	-	-	
Oberfranken	-	-	28	-	-	-	2	-	6	-	2	-	-	-	-	-	-	30	-	1	-	-	-	
Mittelfranken	-	-	24	-	-	-	2	-	16	-	-	1	-	1	-	3	-	25	-	1	-	-	-	
Unterfranken	-	-	19	-	-	-	4	-	6	-	1	-	-	-	-	-	47	-	2	-	-	-	-	
Schwaben	-	-	48	-	-	-	2	1	5	-	-	-	-	-	2	-	4	-	58	-	3	-	-	-
Bayern	-	-	279	-	-	-	19	1	63	-	6	-	3	-	3	-	16	-	368	-	14	-	-	-
München	-	-	37	-	-	-	1	-	11	-	-	-	2	-	-	6	-	57	-	-	-	-	-	-
Nürnberg	-	-	5	-	-	-	1	-	9	-	-	-	-	-	-	1	-	4	-	-	-	-	-	-
Augsburg	-	-	7	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	1	-	10	-	-	-	-	-	-
Regensburg	-	-	4	-	-	-	-	-	1	-	-	-	-	-	-	-	-	5	-	-	-	-	-	-
Würzburg	-	-	1	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	6	-	2	-	-	-	-
Fürth	-	-	1	-	-	-	1	-	1	-	-	-	1	-	-	1	-	4	-	1	-	-	-	-
Erlangen	-	-	2	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	1	-	-	-	-	-	-	-	-	-

Gebiet	13		14		15		18		17		18		19		20		21		22		23		24	
	Hepatitis infectiose		Ornithose				Malaria				Q-Fleber		Toxoplasmose		Mikrosporle		Amöbenruhr		Wundsterrkrampf		Verdachtsfälle von Tollwut ²⁾			
			Psittacose		übrige Formen		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	79	-	-	-	-	-	3	-	2	-	7	-	1	-	2	-	1	-	-	-	-	-	-	21
Niederbayern	11	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	2	-	-	-	-	-	1	1	-	-	-	-
Oberpfalz	12	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	17	
Oberfranken	9	-	-	-	1	-	1	-	-	-	-	-	2	-	2	-	-	-	-	-	-	-	33	
Mittelfranken	42	-	-	-	1	-	1	-	-	-	-	-	1	-	1	-	-	-	-	-	-	-	-	
Unterfranken	28	-	-	-	-	-	1	-	-	-	-	-	2	-	-	-	-	-	-	-	-	-	6	
Schwaben	34	-	-	-	-	-	3	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	3	
Bayern	215	-	-	-	2	-	9	-	2	-	7	-	8	-	5	-	1	-	1	1	-	-	80	
München	39	-	-	-	-	-	1	-	-	-	2	-	-	-	2	-	1	-	-	-	-	-	1	
Nürnberg	13	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	1	-	-	-	-	-	-	-	-	
Augsburg	6	-	-	-	-	-	3	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	
Regensburg	7	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	
Würzburg	1	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	1	-	-	-	-	-	-	-	-	-	2	
Fürth	2	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	
Erlangen	1	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	

*) 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.

Deutsche Apotheker- und Ärztebank auch 1976 wieder erfolgreich

Der Aufsichtsratsvorsitzende der Bank, Präsident Dr. Winter und der Vorstand begrüßten zu Beginn der Veranstaltung die gewählten Vertreter, die zahlreichen Gäste aus den berufsständischen Organisationen und Dr. Rainer Barzel, der in diesem Jahr als Referent gewonnen werden konnte.

In seinen Ausführungen zum Thema „Wirtschafts- und sozialpolitische Entwicklung in der Gegenwart und Zukunft“ nahm Dr. Barzel ausführlich Stellung zur wirtschaftspolitischen Situation in der Bundesrepublik Deutschland. Er führte die wirtschaftlichen Schwierigkeiten der Gegenwart darauf zurück, daß die Ordnungsprinzipien der Marktwirtschaft vernachlässigt und im Bereich der Wirtschafts-, Sozial- und Bildungspolitik auf marktwirtschaftliche Steuerungsmechanismen verzichtet wurde.

Der Vorsitzende des Vorstandes, Bankdirektor Walter Schlenkenbrock, dankte Dr. Barzel für seine Ausführungen und versicherte auch im Namen der anwesenden Repräsentanten der Heilberufe, daß die Notwendigkeit zur aktiven Mitwirkung bei der Lösung der anstehenden Probleme erkannt und die daraus erwachsende Verantwortung für den eigenen Bereich sowohl durch ein hohes Maß an Dienstbereitschaft als auch an realistischer Einschätzung des Machbaren übernommen wird.

Schlenkenbrock erstattete denn den Bericht des Vorstandes über das Geschäftsjahr 1976:

Mit einer Bilanzsummensteigerung um rund DM 400 Millionen auf DM 2,25 Milliarden hat die Bank ihre Stellung als größtes Institut im Genossenschaftssektor weiter ausbauen können.

Den herausragenden Posten auf der Aktivseite stellte wieder mit rund DM 1,6 Milliarden das Kreditgeschäft dar, wobei zu vermerken ist, daß diese Kredite voll durch Kundeneinlagen finanziert wurden. Durch eine besonders günstige Größenklassengliederung – 79,6 Prozent der Kredite überschritten DM 100 000 nicht und nur 0,2 Prozent bewegten sich über DM 1 Million, wurde das Kreditrisiko auf ein Minimum begrenzt. Hinzu kommt, daß für 50 Prozent des gesamten Kreditvolumens das typische Kreditrisiko nicht besteht. Existenzgründungsdarlehen z. B. werden durch eine 80prozentige Ausfallbürgschaft unterlegt.

Die Kundeneinlagen beliefen sich zum 31. Dezember 1976 auf über DM 1,9 Milliarden und lagen damit um nahezu DM 400 Millionen über den Ausleihungen. Die günstige Einlagenstruktur – 70 Prozent entfielen auf Termin- und Spareinlagen – ermöglichte jederzeit eine konkurrenzfähige Finanzierung der Ausleihungen. Allein die Spareinlagen in Höhe von DM 820 Millionen deckten 50 Prozent des Kreditvolumens.

Die in 1975 beschlossene Erhöhung des Geschäftsanteils von DM 500,- auf DM 1000,- wirkte sich zum Jahresende 1976 voll aus: Die Geschäftsguthaben erhöhten sich um 100 Prozent auf DM 52 Millionen. Das haftende Eigenkapital der Bank stellte sich auf ca. DM 130 Millionen = 5,8 Prozent der Bilanzsumme und lag damit um 0,8 Prozent über der traditionellen Richtgröße im Bankgewerbe.

Das Filial- und Zweigstellennetz wurde 1976 durch Neueröffnungen in Braunschweig, Kiel und Karlsruhe weiter ausgebaut. Zum Jahresende 1977 wird die Bank auch in Freiburg und Bad Segeberg vertreten sein.

Die vom Vorstandsmitglied Bankdirektor Richard Deutsch in einem detaillierten Bericht beantragte Erhöhung der Höchstgrenze für Kredite an berufsständische Abrechnungsstellen wurde angenommen.

Von den zurückgetretenen Mitgliedern des Aufsichtsrates wurden Dr. Bourmer, Pharmazierat Halbrodt und

Dr. Winter wiedergewählt. Neugewählt wurden Dr. Nitz und Dr. Oschika.

In der konstituierenden Sitzung des Aufsichtsrates im Anschluß an die Vertreterversammlung wurden Dr. Winter zum Vorsitzenden des Aufsichtsrates und Dr. Schlöggel und Apotheker Fellmann zu stellvertretenden Vorsitzenden wiedergewählt.

Erste Bilanz des Tumorzentrum Hannover

Ein halbes Jahr nach seiner Gründung im Januar 1977 zog das Tumorzentrum an der Medizinischen Hochschule Hannover jetzt eine erste Bilanz. Viele der gestellten Aufgaben konnten in den vergangenen Monaten durchgeführt werden. In regelmäßigen Abständen fanden onkologische Seminare zur speziellen Fort- und Weiterbildung niedergelassener sowie in Kliniken tätiger Ärzte statt, die sich mit der Behandlung, Betreuung und Nachsorge von krebskranken Patienten befaßten. Außerdem veranstaltete das Tumorzentrum seit Beginn des Sommersemesters 1977 wissenschaftliche Kolloquien, auf denen auswärtige Gäste und Mitglieder der Medizinischen Hochschule Hannover über neuere Ergebnisse auf dem Gebiet der Krebsforschung und Krebserkrankungen referierten.

Derzeit bereitet das Tumorzentrum Hannover ein Projekt vor, das interessierten Chef- und Oberärzten einen zwei- bis dreimonatigen Trainingskurs in den einzelnen onkologischen Bereichen der Medizinischen Hochschule Hannover ermöglichen soll. Darüber hinaus wird ein Katalog von Behandlungsplänen der verschiedenen Tumorarten erarbeitet, der allen interessierten Ärzten zur Verfügung gestellt werden kann. Folgende Behandlungspläne liegen bereits vor: für das Bronchialkarzinom, das Mammakarzinom, das Melanosarkom, die Leukämien, den Morbus Hodgkin und die urologischen Tumoren.

Apotheker fordern Senkung der Mehrwertsteuer bei Arzneimitteln

Die Arbeitsgemeinschaft der Berufsvertretungen Deutscher Apotheker (ABDA) fordert, im Rahmen der jetzt im Bundestag zur Diskussion stehenden steuerlichen Gesetzesänderungen den Mehrwertsteuersatz für Arzneimittel künftig auf 6,5 Prozent festzusetzen. Die ABDA weist darauf hin, daß die Realisierung des Steuerpakets der sozialliberalen Koalition, das eine Erhöhung der Mehrwertsteuer zum 1. Januar 1978 vorsieht, die Dämpfungsmaßnahmen der Kosten im Gesundheitswesen zum Teil kompensiere. Eine solche Maßnahme würde die Ausgaben der gesetzlichen Krankenversicherung allein im Arzneimittelbereich im Jahre 1978 zusätzlich mit DM 200 Millionen belasten. Dieser Betrag sei höher als der errechnete Entlastungseffekt für die Krankenkassen aus dem Gesetz über Regelungen auf dem Arzneimittelmarkt von 1976. Mit einer Ermäßigung des Mehrwertsteuersatzes auf künftig 6,5 Prozent könnte eine Entlastung der gesetzlichen Krankenversicherung von über DM 400 Millionen im Jahre 1978 erreicht werden. Dadurch könne die Bundesregierung selbst einen Beitrag zur Senkung der Arzneimittelausgaben der Krankenkassen leisten. In den meisten EG-Ländern gelte für Arzneimittel ein erheblich geringerer Steuersatz.

med-information

(Fortsetzung Seite 916)

Schutz mit Progressions-Effekt

Vorsorge ist das viel diskutierte Thema, seitdem die miserable Lage der gesetzlichen Rentenversicherung allgemein bekannt wurde. An dieser Stelle ist schon vor Jahren immer wieder Zweifel an ihrer Entwicklung angemeldet worden.

Zu den Vorkehrungen für die finanzielle Bewältigung von Wechselfällen des Lebens gehört auch die für die Arbeitsunfähigkeit. In diesem Bereich klaffen wohl noch die meisten Versorgungslücken.

Hier fehlte es bisher indes auch an Angeboten, die den Erwartungen der meisten Ärzte weiter entgegenkommen. So kann der Arzt auf Versicherungsleistungen bei Invaliditätsgraden von fünf bis fünfzehn Prozent ganz verzichten oder sie niedrig halten. Je nach Fachrichtung beeinträchtigen selbst höhere Invaliditätsgrade das Leistungsvermögen von Ärzten weniger gravierend als in anderen Berufen.

Für den Arzt kommt es also darauf an, einen sich stark steigernden Schutzzumfang gegen Arbeitsunfähigkeit aufzubauen. Dieser Absicht kommt eine neu konstruierte Unfallversicherung entgegen. Sie zahlt beispielsweise bei 25 Prozent Invalidität auch 25 Prozent der Grundversicherungssumme aus, leistet bei 50prozentigem Invaliditätsgrad bereits 100 Prozent und staffelt die Ansprüche weiter aufwärts bis zu 350 Prozent Auszahlung der Grundversicherungssumme bei einem Invaliditätsgrad von 100 Prozent.

Nehmen Sie als Beispiel eine Grundversicherungssumme von DM 70 000. Dann werden als Todesfallentschädigung DM 50 000 und bei 25prozentiger Arbeitsunfähigkeit ebensoviel Prozent der Grundversicherungssumme, also DM 17 500, ge-

zahlt. Der Anspruch auf die vollen DM 70 000 besteht bereits bei 50prozentigem Invaliditätsgrad, und DM 245 000 werden als Entschädigung bei 100prozentiger Invalidität fällig. Das sind 350 Prozent der Grundversicherungssumme DM 70 000. Als weitere Leistung ist bei dieser Grundversicherungssumme ein Unfallkrankentage- und Genesungsgeld in Höhe von DM 60 pro Tag zu erwarten.

Dafür zahlen Sie DM 95 im Quartal oder jährlich rund DM 362. Eingeschlossen ist die Infektionsklausel für Sie als Arzt, also die Einbeziehung einer beruflich zugezogenen Infektion als Ursache einer Arbeitsunfähigkeit.

Selten bei dieser Versicherungsart, nach dem neuen System aber mitzuversichern ist eine Übergangsent-schädigung bis zu zehn Prozent der Grundsumme. Dieser Betrag soll den leistungsarmen Zeitraum zu überbrücken helfen, bis die Voraussetzungen für eine Invaliditätsschädigung erfüllt sind.

In dieser kumulativen Form können Sie eine Grundversicherungssumme bis zu DM 200 000 abschließen. So bekämen Sie bei einem Invaliditätsgrad von 60 Prozent bereits 150 Prozent der Grundversicherungssumme oder DM 300 000, von 70 Prozent bereits 200 Prozent oder DM 400 000 oder maximal 700 000 bei 100prozentiger Invalidität.

Lassen Sie sich bei einem Gespräch über eine solche Versicherung über Summenanpassungsklauseln und Progressionsstaffeln informieren, damit Sie der laufenden Geldentwertung für einen solchen Fall entgegen-

Horst Beloch

Mehr Geschwätz als Gesetz

Jedes Gesetz kann nur so ernst genommen werden, wie seine einzelnen Bestimmungen auch durchsetzbar sind. Sonst bleiben sie Geschwätz wie so manche im Krankheitskostendämpfungsgesetz. Nur ein Beispiel: Mitverdienende Ehegatten mit einem Monatseinkommen von mehr als DM 370 — aus welcher Quelle auch immer — scheiden aus der Familienhilfe der gesetzlichen Rentenversicherung aus und müssen eigenen Krankenversicherungsschutz erwerben.

Das ist sogar eine der sehr wenigen zu begrüßenden Absichten des KVKG. Aber dabei bleibt es auch. Wer will das Gegenteil beweisen, wenn die Betroffenen eine falsche Auskunft geben? Selbst ein teurer Fahndungsapparat der gesetzlichen Krankenversicherung würde an die Grenzen der Schweigepflicht stoßen. Popularitätshascherei eines neu gemachten Ministers in einem durchgepeitschten und so unzulänglichen Gesetz, daß es zur Kurzlebigkeit verurteilt ist — jedenfalls, wenn Ehrenbergs Kabinettskollegen und das Parlament noch etwas auf sich und von sich halten.

Prosper

Kurz über Geld

REISESCHECKS IN SPANIEN werden im allgemeinen um zwei Prozent höher bewertet als eurocheques.

FÄLSCHUNGEN RUSSISCHER IKONEN werden jetzt vermehrt angeboten. Echtheitsbescheinigungen sind nicht unbedingt zuverlässig. Konsultation eines Fachmannes lohnt bei den Preisen zwischen DM 2500 und DM 50 000.

STEUERERKLÄRUNGS-AUFSCHUB ist ohne größere Schwierigkeiten für das Jahr 1976 noch bis 28. Februar 1978 zu erreichen.

ARCHITEKTEN-PROVISIONEN von Bauhandwerkern, die er vermittelt hat, bilden für den Bauherren einen wichtig Grund zur Architekten-Vertrags-Kündigung.

LEICHTSINN IST WERTPAPIERKAUF aus Privathand. Betrügerische Wertpapier-Reproduktionen werden jetzt an den immer mehr verbreiteten Farbkopiergeräten hergestellt.

Zur Normalisierung
psychisch-vegetativer
Störungen der Frau

Remifemin[®]

ein Phytotherapeutikum
zur problemlosen
Therapie bei

*Klimakterischen oder
postoperativen
Begleitstörungen*

*Für Ergänzung
einer notwendigen
Hormontherapie*

*Störungen in
der Pubertät*

*prae- und post-
menstruellen
Verstimmungen*



Zusammensetzung

Perkolat Rhiz. Cimicifugae, eingestellt auf 4% Gew./Vol.
Trockenextraktgehalt.
1 Tablette enthält: Extr. Rhiz. Cimicifugae sicc. 2 mg.

Indikationen

Klimakterische oder postoperative Ausfallserscheinungen,
Schwangerschaftsbeschwerden, Störungen in der Pubertät,
Prä- und postmenstruell zum psychischen und vegetativen
Ausgleich, ferner zur Unterstützung der Hormontherapie.

Dosierung

Es empfiehlt sich, längere Zeit 3mal täglich 10 – 30 Tropfen
Remifemin unverdünnt, möglichst auf Zucker, oder 3mal
täglich 1/2 bis 1 1/2 Tabletten im Munde langsam zergehen zu
lassen. Zweckmäßigerweise steigert man die Dosis allmäh-
lich, um bei eintretendem Erfolg wieder langsam auf niedri-
gere Gaben zurückzugehen.

Verordnung

50 ml Remifemin liquidum
50 Remifemin-Tabletten
Klinikpackungen

DM 11,—
DM 5,20



Schaper & Brümmer
Salzgitter · Ringelheim

Ausschreibung eines Wissenschaftspreises

Für die beste wissenschaftliche (veröffentlichte oder zur Veröffentlichung vorgesehene) Arbeit des Jahres 1977 zu dem Themenkreis „Kinderunfall“ (Unfallurheber- und Unfallfolgenforschung, Verhütung, Behandlung und Rehabilitation) schreibt das Komitee Sicherheit für das Kind einen von den Winterthur-Versicherungen gestifteten Wissenschaftspreis aus, der mit DM 10 000,- dotiert ist.

Der Preis wird einmalig anlässlich des zehnjährigen Bestehens des Komitees verliehen. Gegebenenfalls ist eine Teilung des Preises möglich.

Bewertet werden Arbeiten deutscher Autoren wie auch Arbeiten ausländischer Autoren, sofern sie auf Verhältnissen in Deutschland basieren.

Über die Zuerkennung des Preises entscheidet ein Preisrichterkollegium, dem Professor Dr. Hecker, Kinderchirurgie, Professor Dr. Lückert, pädagogische Psychologie, Dr. Munsch, Verkehr, und Professor Dr. Undeutsch, Psychologie, angehören.

Einschlägige Arbeiten mögen in dreifacher Ausfertigung bis zum 31. Dezember 1977 bei der Geschäftsführung des Komitees Sicherheit für das Kind, Leopoldstraße 34-38, Winterthur-Haus, 8000 München 40, eingereicht werden.

Das Profil des modernen Zahnarztes

Der moderne Zahnarzt gilt nicht mehr als eine Randfigur des Medizinbetriebes. Die Ansicht, daß sein Beruf anstrengend ist und wesentliche Qualifikationen voraussetzt, verieß sich den Ergebnissen von Umfragen zufolge in der Bevölkerung. Zwei Drittel der Bevölkerung wünschen bessere Informationen über Zahn-, Mund- und Kieferkrankheiten sowie über deren Frühbehandlung. Der moderne Zahnarzt hat immer mehr die Möglichkeit, in die Rolle des lebenslangen Hausarztes zu wachsen: Über 90 Prozent der Patienten möchte bei ihrem „alten“ Zahnarzt bleiben und nach Möglichkeit nicht wechseln.

med-information

Hufeland-Preis 1978

Für Arbeiten über Vorbeugende Gesundheitspflege ist der „Hufeland-Preis 1978“ ausgeschrieben worden.

Einsendeschluß ist der 31. März 1978.

Die Arbeiten dürfen weder den Namen des Verfassers enthalten noch durch irgendwelche Hinweise Rückschlüsse auf die Identität des Verfassers zulassen. Die Arbeiten sind in zwei Exemplaren einzureichen und mit einer Zusammenfassung zu versehen. Den Arbeiten ist ein Personalfragebogen beizufügen, der folgende Angaben enthält:

1. Vor- und Zuname
2. genaue Anschrift
3. Staatsangehörigkeit
4. Tag der Approbation
5. Alter
6. genaue berufliche Stellung und Tätigkeit
7. Kennwort der Arbeit

Der vollständige Text der Ausschreibung kann angefordert werden bei: Stiftung „Hufeland-Preis“, Maria-Ablaß-Platz 15, 5000 Köln 1.

Johann-Georg-Zimmermann-Preis 1978

Die Gesellschaft der Freunde der Medizinischen Hochschule Hannover e. V. hat zur Förderung der internationalen Krebsforschung auch für das Jahr 1978 den Johann-Georg-Zimmermann-Preis in Höhe von insgesamt DM 50 000,- ausgeschrieben.

Das Thema umfaßt das gesamte Gebiet der Entwicklung von Methoden zur Feststellung der Geschwulstausbreitung.

An dieser Ausschreibung können sich alle Wissenschaftler aus dem In- und Ausland bis zum vollendeten 40. Lebensjahr beteiligen. Die zu dem genannten Thema einzureichenden Arbeiten dürfen noch nicht veröffentlicht und höchstens fünf bis sechs Monate vor der Ausschreibung zu einer Veröffentlichung eingereicht worden sein. Sie sollen ausschließlich in deutscher oder englischer Sprache abgefaßt werden.

Die Arbeiten sind bis 15. Januar 1978 bei der Geschäftsstelle der Gesellschaft der Freunde der Medizinischen Hochschule Hannover e. V., Am Hohen Ufer 6, 3000 Hannover 1, einzureichen.

Kneipp-Preis 1978

Das Kneipp-Heilmittel-Werk Würzburg hat auch für 1978 wieder den von Apotheker Luitpold Leusser ausgesetzten Sebastian-Kneipp-Preis in Höhe von DM 5000,-, für eine wissenschaftliche Arbeit aus dem Gebiet der Kneipp-Therapie, ausgeschrieben. Die Arbeiten können sich auf die Gebiete der Hydrotherapie, Bewegungstherapie, Phytotherapie, Diätetik und Ordnungslehre sowie Prävention und Rehabilitation erstrecken. Es können in sich abgeschlossene Original-Manuskripte oder bereits publizierte Arbeiten, die nicht älter als zwei Jahre sind, in doppelter Ausfertigung in deutscher, englischer oder französischer Sprache an Sebastian Kneipp Zentral-Institut, Postfach 5960, 8700 Würzburg, eingereicht werden.

Einsendeschluß: 1. März 1978

Grüße aus dem Himalaya

Das Deutsche Institut für Auslandsforschung, Gemeinnützige Fiduziarische Stiftung, Plinganserstraße 120 e, 8000 München 70, bietet folgendes an:

Für DM 100,- entweder

10 Farbdias, 3 Schwarz-weiß-Fotos oder 1 Ferbaufnahme (18 x 24) vom Mount Everest oder Nanga Parbat;

für DM 120,- ein Everest-Buch mit den Unterschriften der Expeditionsmitglieder von 1978.

Gegen Einzahlung von DM 30,- kann eine Grußkarte von der Ost-Grönland-Expedition 1977 (DM 10,-) sowie eine Karte von der Deutsch-Französischen Mount-Everest-Expedition 1978 (DM 20,-) erworben werden. — Sämtliche Fotokarten tragen den Expeditionsstempel, die Unterschriften der Teilnehmer und sind mit Luftpost-Sondermarken frankiert.

Für Spenden ab DM 30,- wird unaufgefordert eine Steuerquittung über den einbezahlten Betrag ausgestellt.

Einzahlungen können auf folgenden Konten vorgenommen werden: Postscheck: München 885-804, Herrligkoffer-Expeditionskonto, oder Bankverbindung: Herrligkoffer-Expeditionskonto Nr. 17/33 302 bei der Deutschen Bank in München.

Langzeitbehandlung bei Angine pectoris

Über Langzeitergebnisse bei der Therapie der Angina pectoris mit dem Wirkstoff Nifedipin (Adalat®, Bayer AG, Leverkusen) wurde unlängst in Dubrovnik auf einem Symposium unter Vorsitz von Professor Dr. H. Hochrein, Berlin, diskutiert.

Dabei hat sich gezeigt, daß die Wirkung von Adalat im Laufe längerer Therapie noch größer ist, efs bei Einzelgabe des Wirkstoffes angenommen werden konnte. Ob und inwieweit diese Langzeit-Therapieeffekte mit der Kalzium-Stoffwechselbeeinflussung in der Muskelzelle zusammenhängen, ist noch nicht völlig klar. Der periphere Effekt im Sinne einer nachhaltigen Entlastung des Herzens von Druck- und Volumenarbeit geht wohl sicher auf die klinisch so außerordentlich wirksame Verlangsamung der Kalziumpumpe in den glatten Gefäßmuskulzellen zurück. Das gilt auch für die Koronargefäße, solange dem durchblutungsfördernden Effekt keine sklerotischen Gefäßstenosen im Wege stehen. Adalat hemmt darüber hinaus auch den Einstrom des Kalziums in die Membran der Myokardzelle, verstopft aber wohl die Kalziumkanäle nicht vollständig. Deshalb kommt es unter Nifedipin nicht zu negativ inotropen Effekten im Myokard. Grundsätzlich genügt es heute nicht mehr, nur vom „Kalziumantagonismus“ zu sprechen.

Im übrigen wirken periphere Entlastung und vermehrte Blutzufuhr zum Myokard beim Adalat im Sinne einer therapeutischen Regulation zusammen, je länger konsequent behandelt wird. Andere Untersucher fanden bei Langzeittherapie mit Adalat ebenfalls zunehmende Befundverbesserung bis zu einem optimalen Zustand, der vom morphologischen Zustand der Gefäße bestimmt wird:

Sowohl Anfallhäufigkeit als auch Anfallschwere nehmen deutlich ab, die Belastbarkeit der Kranken wird besser. Pathologische ST-Strecken und erhöhter pulmonaler Kapillardruck normalisieren sich.

Kombinationen mit dem Arzneimittel einer eventuellen Begleittherapie (Antikoagulantien, Antidiabetika, Digitalisglycoside) und mit synergistisch wirkenden Medikamenten (Antihypertensiva, Betarezeptorenblocker, Nitroglyzerin) sind möglich und bei geeigneter Indikation durchaus vorteilhaft.

Bei der Therapie einer Angine pectoris, eines Herzinfarktes oder bei anginösen Beschwerden nach einem Herzinfarkt wird immer wieder vergessen, daß keine Behandlungsmaßnahme mehr zu bringen vermag als die morphologische Zerstörung der Koronargefäße und des Myokards überhaupt noch zuläßt. Weder Herzchirurgie noch Arzneimittel oder Rehabilitation können die sklerotisierten Koronargefäße „erweichen“ oder zerstörte Myokardzellen regenerieren.

Bei Angina pectoris mit hypertoner Kreislaufregulationsstörung sowie bei den zahllosen Angina-pectoris-Patienten mit gleichzeitiger latenter Herzinsuffizienz ist Monotherapie mit Adalat heute das Mittel der Wahl.

Bei latenter Herzinsuffizienz ist von Kombinationen mit Betarezeptorenblockern abzuraten. Dafür ist es in der Regel nicht notwendig, den unter Adalat stehenden latent herzinsuffizienten Kranken noch Herzglycoside zu verordnen.

Des erste Human-Tollwut-Hyperimmunglobulin entwickelt

Die Behandlung von Tollwut hat eine entscheidende Wende genommen: Das in den USA von den Cutter-Laboratories entwickelte und von den Troponwerken, Köln, in der Bundesrepublik vertriebene erste homologe Hyperimmunglobulin (vom Menschen) gegen Tollwut ist frei von all den gefährlichen Nebenwirkungen, die bei der bisherigen Behandlung mit heterologem Serum (vom Pferd) auftreten. Das neue Präparat Hyperab®, das während der letzten beiden Jahre am Institut für Virologie, Essen, getestet wurde, ist nun vom Paul-Ehrlich-Institut, Frankfurt, zugelassen und vom Bundesgesundheitsamt in Berlin registriert worden!

Bei der Behandlung mit Hyperab wurde kein Fall einer Serum-Reaktion berichtet. Da es sich um ein homologes Präparat handelt, sind ebenfalls keine anaphylaktischen Reaktionen bekannt. Hyperab interferiert nicht mit einer nachfolgenden Behandlung mit Pferdeserum, z. B. Tetanus-Antitoxin. Die Halbwertszeit beträgt 21 Tage, verglichen mit nur 9 Tagen bei heterologem Serum. Lediglich 20 I. E./kg Körpergewicht genügen, um bei einer Simultanbehandlung mit Aktivimpfstoff innerhalb von 24 Stunden einen ausreichenden Antikörperspiegel aufzubauen.

Die sofortige passive Immunisierung mit Hyperab sollte eingeleitet werden, wenn ein Mensch Kontakt mit einem Tier hatte, bei dem Verdacht auf Tollwut besteht. Sollte das Tier nicht auffindbar sein, ist nunmehr ohne das Risiko gefährlicher Nebenwirkungen eine prophylaktische Behandlung angezeigt. Sind die Viren in das Zentralnervensystem eingedrungen, ist eine Therapie mit heutigen Mitteln nicht mehr möglich, und der Patient ist nicht mehr zu retten. Daher ist eine sofortige Behandlung notwendig.

Die Troponwerke, Köln, haben den Ärzte-Service für die Bundesrepublik übernommen und das Präparat in einer Reihe von Tollwut-Behandlungszentren deponiert. In besonders dringenden Fällen kann Hyperab Tag und Nacht in Köln unter Telefon (02 21) 6 78 21 abgerufen werden.

Freie Stellen für Assistenz-ärzte

Wir empfehlen den leitenden Kollegen an Bayerischen Krankenhäusern bzw. der Krankenhausverwaltung, beim Bestreben, freie Stellen baldmöglichst zu besetzen, neben der Veröffentlichung entsprechender Stellenangebote im „Deutschen Ärzteblatt“ (Haedenkampstraße 5, 5000 Köln 41), sich auch an das örtlich zuständige Arbeitsamt zu wenden. Von dort aus kann dann die Zentralstelle für Arbeitsvermittlung der Bundesanstalt für Arbeit, Feuerbachstraße 42, 6000 Frankfurt 1, eingeschaltet werden, bei der Hunderte von stellensuchenden Kolleginnen und Kollegen registriert sind.

Buchbesprechungen

Atlas der Brustdrüsenkrankungen

Verf.: Dr. V. Berth, 195 S., 294 Abb. teils farb. in 477 Einzeldarst., 5 Teb., Belacron geb., DM 160,—. Ferdinand Enke Verlag, Stuttgart.

Mit diesem Werk wird eine synoptische Darstellung der Brustdrüsenkrankungen in Atlasform vorgelegt. Die einleitenden Kapitel behandeln wichtige Untersuchungsverfahren (Mammo-, Galakto- und Mikrokerdiographie, Thermographie, Histologie, Zytologie usw.) unter eingehender Berücksichtigung von Indikationsstellung, Durchführung und Aussegekraft. Dann folgt eine systematische Analyse aller morphologisch faßbaren Befunde mit eingehender Anleitung zur Bewertung und Differentialdiagnose. Als weitere Besonderheit sind die sehr eindrucksvollen Verlaufsstudien bei behandelten und unbehandelten Mammakarzinomen hervorzuheben.

Gastroenterologie

Verf.: P. H. Clodi / K. Ewe / F. H. Frenken / G. Gohrband / C. Hertarth / J. Horn / K. Krentz, 203 S., 9 Abb., 78 Teb., geb., DM 29,80. Springer Verlag, Berlin-Heidelberg-New York.

In diesem Band werden alle für den praktischen Arzt wichtigen Aspekte der Erkrankungen der Verdauungsorgane dargestellt. Die Auswahl erfolgte nach den Kriterien der Häufigkeit der Erkrankungen und der Dringlichkeit diagnostischer und therapeutischer Maßnahmen. Das Buch ist somit ein praxisbezogener Ratgeber für den niedergelesenen Arzt, aber in gleicher Weise auch für den jüngeren Klinik-Assistenten von Nutzen sowie für Ärzte aller Fachrichtungen im Notdienstesatz.

Chemotherapie metastasierender solider Tumoren und Hämoblastosen

Verf.: Prof. Dr. U. Essers, 83 S., kart., DM 16,80. Ferdinand Enke Verlag, Stuttgart.

Dieses Buch weist auf die Möglichkeiten der zytostatischen Therapie hin, damit nicht aus Unkenntnis Patienten zu früh aufgegeben werden, bzw. da zu früh resigniert wird, wo noch eine Verbesserung der Lebensqualität und Überlebensdauer möglich ist. Außerdem wird auf die Nebenwirkungen hingewiesen, damit diese früh genug erkannt und so gering wie möglich gehalten werden.

Vorsorgeuntersuchungen bei Säuglingen und Kleinkindern

Verf.: Dr. H. Schuster, 40 S., 31 Schwarzweißzeichnungen, 5 Tab., kart., DM 10,—. J. F. Lehmanns Verlag, München.

Die Vorsorgeuntersuchungen bei Kindern heben sich als überaus wertvoll erwiesen. Ihre Bedeutung steht und fällt mit der Sorgfalt ihrer Durchführung. Kinderärzte sind daran nur partiell beteiligt. Da bisher trotz der Studienreform die praktische Ausbildung nicht befriedigend intensiviert wurde, bleiben auch weiterhin Bedürfnis und Notwendigkeit der Fortbildung in der Ausführung von Vorsorgeuntersuchungen bestehen. Die Verfasserin liefert aus ihrer reichen Erfahrung dazu einen Beitrag, der dem Arzt für Allgemeinmedizin eine schnelle Infor-

mation ermöglicht. Gewiß wurden die Richtlinien seit dem 1. Januar 1977 wesentlich verbessert, die Besonderheiten der pädiatrischen Untersuchung berühren sie jedoch nicht. So ist zu hoffen, daß der Arzt auch künftig ein auf das Wesentliche beschränkte Beiheft zur Hand nehmen kann.

Dr. D. Harms, Erlangen

Innere Medizin in Praxis und Klinik

Band III Blut und blutbildende Organe, Immunologie, Infektionen, Physikalische Einwirkungen

Herausgeber: Prof. Dr. H. Hornbostel / Prof. Dr. W. Kaufmann / Prof. Dr. W. Siegenthaler, 2. überarb. Aufl., 747 S., 125 Abb., 147 Teb., geb., DM 220,—. Georg Thieme Verlag, Stuttgart.

Nach der 1. Auflage dieses Buches im Jahre 1973 und einem Nachdruck im Jahre 1974 erscheinen die vier Bände nun in 2. neu bearbeiteter Auflage.

Mit diesem Werk wird sowohl dem niedergelesenen als auch dem klinischen Internisten ein Aufriß des en Umfang und Bedeutung größten Gebietes der Heilkunde dargeboten.

Neben den klassischen Sparten Kardiologie, Pulmologie, Gastroenterologie, Urologie, Hämatologie und Endokrinologie werden auch immunologisch, toxisch, infektiös und physikochemisch bedingte Krankheiten abgehandelt. Die Krankheitsbilder sind didaktisch gut gegliedert — der Aufbau ist klar und übersichtlich. Eine Besonderheit stellt die Tatsache dar, daß jedes Krankheitsbild von einem Spezialisten beschrieben wurde. Die einzelnen nosologischen Feinheiten werden mit Ätiologie, Pathophysiologie, Klinik und Therapie detailliert vorgestellt, auch seltenere Syndrome sind berücksichtigt.

Prexils und Gipstechnik

Herausgeber: Dr. O. Wickl, 160 S., 237 Abb., davon 208 mehrfarb., Plastikeffektheftung, DM 39,80. Georg Thieme Verlag, Stuttgart.

Parallel zu den Fortschritten der operativen Knochenbruchbehandlung hat sich auch die Fixationstechnik mittels Gipsverband stetig weiterentwickelt. Die Autoren dieses Leitfadens heben die Erfahrungen ihrer Lehr- und Klinikätigkeit in einem umfassenden Band dargestellt. Sie heben klare Behandlungsrichtlinien erarbeitet, auf Fehler- und Komplikationsmöglichkeiten hingewiesen und den aktuellsten Stand der allgemeinen und speziellen Gipstechnik berücksichtigt. Wie ein roter Faden zieht sich das Motto „Aus der Praxis für die Praxis“ durch das gesamte Werk.

Kardiologische Notfälle in Klinik und Praxis — Band II

Verf.: Prof. Dr. J. A. Köhler, 80 S., 26 Abb. z. T. mehrfarb., 8 Teb., Leinen, DM 23,50. Verlag G. Witzstrock GmbH, Baden-Baden.

Eine kardiologische Notfallsituation sofort sicher in den Griff zu bekommen, ist für den Patienten von entscheidender Bedeutung. Ein nur um wenige Minuten verzögertes Einsetzen der Therapie kann die Prognose quoad vitam fraglich werden lassen. Es liegt also in der Hand des Erstarztes, durch rasches und gezieltes Handeln eine Soforttherapie einzuleiten, selbst wenn er sich den Umständen gemäß noch nicht auf eine sichere Diagnose stützen kann.

Zusammensetzung

1 Dragee enthält
0,1 g Propyphenazon
0,02 g Chininhydrobromid
0,02 g Phenylpyralinhydrochlorid
0,0013 g Diphenylpyralinhydrochlorid
Eigenschaften: Grippinon dient der symptomatischen Behandlung grippaler Erkrankungen. Es behebt unangenehme Begleiterscheinungen der Erkältung und hilft, den Krankheitsverlauf zu verkürzen. Die Exsudation in Nase und Rachen wird herabgesetzt.

Anwendungsgebiete: Zur unterstützenden Behandlung grippaler Infekte und von Erkältungskrankheiten.
Nebenwirkungen, Begleiterscheinungen: In Ausnahmefällen sind allergische Hautreaktionen nach Einnahme von Grippinon möglich. Grippinon kann die Wirkung von Alkohol verstärken.
Unverträglichkeiten und Risiken: Grippinon soll nicht während der Schwangerschaft eingenommen werden.
Besondere Hinweise: Grippinon kann das Reaktionsvermögen so weit beeinträchtigen,

daß es für den Straßenverkehr oder zur Bedienung von Kraftfahrzeugen oder Maschinen nicht mehr ausreicht. Dies gilt in verstärktem Maße im Zusammenhang mit Alkoholgenuß.
Arzneimittel sorgfältig aufbewahren!
Vor Kindern sichern!
Darreichungsformen, Packungsgrößen und Preise:
O P 20 Dragees 5,20 DM
A P 500 Dragees 71,- DM
Dosierung und Anwendungsweise:
Die Dragees sind mit etwas Flüssigkeit

leicht einzunehmen.

	Dosierung in Dragees		
	morgens	mittags	abends
Kleinkinder von 2 bis 5 Jahren	-	1	1
Schulkinder von 6 bis 12 Jahren	1	-	1-2
Jugendliche und Erwachsene	1	1	2-3

Rp Grippinon® grippale Infekte

allein in der Hand des Arztes

Fieber
Erkältung
Kopf- und Gliederschmerzen
Schnupfen, Heiserkeit
und gestörte Nachtruhe*

analgetisch
antiallergisch
antiphlogistisch
antipyretisch
und
sedativ*



*Nachtruhe ja
erst recht bei einem grippalen Infekt

SMITH KLINE
DAUELSBERG
GÖTTINGEN **SK&F**



Concentrin®

mit dem natürlichen **AFP-Wirkstoff-Komplex***

* Aescin + Flavonole + Phosphatide

bei Varizen, Thrombophlebitis, Ödemen und Stauungen der Extremitäten – Prellungen, Quetschungen, Hämatomen – (durch Spiel-, Sport- und Unfallverletzungen); zur Prophylaxe und Behandlung venöser Stasen.

in drei
Formen

Concentrin

zur Einreibung mit 5% AFP-Wirkstoff-Komplex und 10% 1,2-Propylenglykol in Isopropanol (65%ig)

Packung mit
50 ml DM 6,25 m.U.
250 ml DM 24,75 m.U.

Anstaltspackungen

Concentrin Spezial

zur Einreibung, für Teilbäder und Kompressen mit 10% AFP-Wirkstoff-Komplex und 10% 1,2-Propylenglykol in Isopropanol (65%ig)

Packung mit
100 ml DM 9,90 m.U.

Anstaltspackungen

Concentrin Gel

mit 15% AFP-Wirkstoff-Komplex zur modernen perkutanen Therapie

100 g Gel enthalten: 15 g Ext. Hippocast. e sem. spissum (mit 1,8 g Aescin), 10g 1,2-Propylenglykol

Tube mit 50 g DM 8,75 m.U.

Anstaltspackungen

Kontraindikationen: Keine



Der Autor möchte in dem zweiten Band seines kardiologischen Seminars vor allem dem Erstarzt die Symptome der häufigsten kardiologischen Notfallsituationen und die entsprechenden therapeutischen Sofortmaßnahmen vorstellen, um ihm die erforderliche Sicherheit zur Beherrschung der Gefahr zu geben, mit der er jederzeit konfrontiert werden kann. Das auf den praktischen Gebrauch ausgerichtete, klar konzipierte Buch stellt in sinnvoller Ergänzung zum ersten Band, eine wertvolle Hilfe für jeden Arzt dar, der nicht über ausreichende Erfahrungen in der kardiologischen Intensivpraxis verfügt.

Dr. H. Schruffer, Augsburg

Presse-Taschenbuch für Naturwissenschaft + Medizin 1977/78

Herausgeber: Boehringer Mannheim GmbH, 304 S., Taschenbuchformat, flex. PCV-Einb., DM 25,-. Kroll Verlag, Seefeld.

Auf 304 Seiten enthält das unter der Schirmherrschaft von Boehringer Mannheim herausgegebene Taschenbuch praktisch alles, was mit der Publizistik aus dem Bereich der Naturwissenschaft und Medizin zu tun hat: die Mitglieder der Union Internationale de la Presse Médicale, die Publizisten der deutschen medizinischen Journalistenvereinigungen, die Europäische Union der Gesellschaften der Wissenschafts-Journalisten, die Redakteure, die sich in der TELI zusammengefunden haben, die österreichischen und schweizerischen Wissenschaftsjournalisten-Klubs und die vielen freien Wissenschafts- und Medizinpublizisten mit ihren Spezialgebieten, Geburtsdaten, Privat- und Dienstschriften, Telefon und Telex.

Eine Fülle von weiteren Informationen für jeden publizistisch Tätigen bieten die Kapitel der Universitäten und Hochschulen sowie die ausführlichen Angaben der ärztlichen Standesorganisationen und die Bereiche der Wissenschaftspolitik des Bundes und der Länder. Die Zusammenstellung der wichtigsten Organisationen und Verbände sowie das Pseudonym- und Kurzzeichenregister erleichtern die Arbeit.

Die Steuern des Arztes

Steuerberatung für Ärzte, Zahnärzte und Tierärzte

Verf.: Dr. Ch. Sommer, 356 S., Kunststoff-Einb., DM 45,-. Forkel Verlag, Stuttgart.

Ziel dieses Buches ist einmal, den Arzt in übersichtlicher Form auf seine steuerlichen Möglichkeiten hinzuweisen und ihm zu einer bewußten und kritischen Planung und Kontrolle seiner steuerlichen Belange zu verhelfen. Gerade weil das Steuerrecht in Teilbereichen recht komplizierte Regelungen enthält, wurde besonderer Wert darauf gelegt, die den Arzt angehenden Bestimmungen leicht verständlich darzustellen. Das Buch soll aber auch dem Steuerberater Hinweise zur umfassenden Beratung seiner ärztlichen Mandanten geben und ihm eine rasche Klärung eultretender Zweifelsfragen in den verschiedenen Steuerarten ermöglichen. Zu diesem Zweck wurde besonderes Augenmerk auf die neuere Rechtsprechung gelegt. Auch eb 1977 wirksame Gesetzesänderungen (im Einkommensteuerrecht, Abgabenordnung 1977) sind berücksichtigt.

Würzburg und seine Schätze

Verf.: W. Dettelbacher / T. Schneiders, 168 S. davon 64 Kunst-
drucktafeln mit 37 Farbaufnahmen und 35 Schwarzweiß-
fotos, Bildtexte auf farb. Büttenpapier in Deutsch, Englisch
und Französisch, Einb. m. Farbfolienprägung, lem. Schutz-
umschl., DM 48,-. Arena Verlag, G. Popp, Würzburg.

Dieser Bildband des bekannten Fotografen Toni Schneiders
vermittelt ein eindrucksvolles Bild der Kunst- und Kulturstadt
Würzburg mit ihrer Jahrhunderte alten Tradition. Es gelang
ihm, Kostbarkeiten Würzburger Architektur, bildnerische Kunst
und Kleinkunst sowie städtebauliche Idyllen aufzuspüren, in
denen die Atmosphäre dieser Stadt spürbar wird.

Unterstrichen wird diese Absicht durch die ausführliche Ein-
leitung von Werner Dettelbacher der mit Sorgfalt und fundier-
ter Sachkenntnis eine Dokumentation von Aussagen bedeu-
tender Persönlichkeiten der Geistesgeschichte vom 18. Jahr-
hundert bis in die Gegenwart über deren Eindrücke ihrer
Begegnung mit Würzburg vorlegt.

Lebensraum Zoo

Tierparadies oder Gefängnis?

Verf.: Dr. L. Dittrich, 192 S., 40 einfarb. Abb., geb. DM 25,-.
Herder Verlag, Freiburg-Basel-Wien.

In diesem lebendig geschriebenen, auf mehr als zwanzig-
jährigen Tierbeobachtungen gestützten Buch wendet sich der
Verfasser an alle, die klare Informationen wünschen und hin-
ter die Kulissen moderner Wildtierhaltung schauen möchten.
Er beschreibt neuartige Gehege mit ihren Aussichtsplätzen,
Rückzugs- und Versteckmöglichkeiten und erklärt, warum
Känguruhs, Kamele, Hirsche, Affen und viele andere Tiere
Gräben, Zäune, Inseln als Gehegegrenzen, die sie von den
Besuchern und der „Freiheit“ trennen, fast immer respek-
tieren.

In weiteren Kapiteln macht er deutlich, warum vielerorts schon
seit Jahren ein striktes Fütterungsverbot für Zoobesucher
eingeführt werden mußte, wo andererseits Füttern und Strei-
cheln erlaubt ist und welche Nahrungsmittelprobleme bei
täglicher Fütterung von 1000 Zootieren gelöst werden müssen.
Der Autor beschreibt die Lengeweile von Zootieren mit zuviel
„Freizeit“ und wie ihre Apathie durch Spiele, Dressur und
Beschäftigungstherapien überwunden wird.

Vögel in Käfig, Voliere und Garten

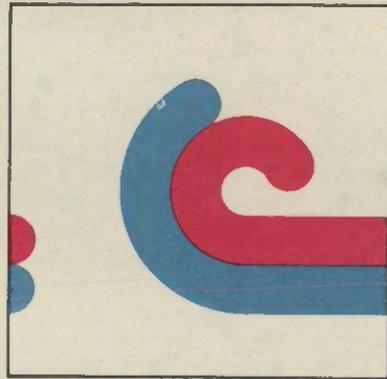
Verf.: O. v. Frisch, 144 S., 40 Farb., 60 Zeichnungen, Glanz-
einb., DM 26,80. Gräfe und Unzer Verlag, München.

In diesem umfassenden Hausbuch für die Vogelhaltung heute
hat der Verfasser seine eigene lebenslange Erfahrung im
Umgang mit Vögeln in anschauliche Beispiele für die Praxis
umgesetzt. Darüber hinaus sind aber auch alle neuen Er-
kenntnisse von Ornithologen, Tierärzten und Vogelzucht-
experten mit berücksichtigt worden. Im „Katalog der Heim-
vögel“ werden die beliebtesten Vogelarten ausführlich be-
schrieben und in brillanten Farbfotos vorgestellt mit genauen
Angaben über Anschaffungspreis, Unterbringung, Lebens-
erwartung, spezielles Futter und vieles andere mehr.

Eine interessante Neuheit ist der Sonderteil „Findelkinder“:
Hier erfährt der Vogelfreund was er tun muß, wenn er einen
verlassenen kleinen Piepmatz gefunden hat und ihn groß-
ziehen möchte.

Bayerisches Ärzteblatt 9/77

neu



Hildicon®

nicht hormonelles Anabolikum

- bei kataboler Stoffwechsellage
- allgemeinen Erschöpfungszuständen
- Vitamin B₁₂-Mangelscheinungen
- Rekonvaleszenz
- perniziöser Anämie

Zusammensetzung

1 Kapsel enthält:
Hydroxocobalamin-
monoacetat 0,515 mg
Coenzym B₁₂ 0,500 mg
Cytidin-5'-monophosphat-
Dinatriumsalz-Dihydrat 2,500 mg
1 Ampulle Trockensubstanz enthält:
Hydroxocobalamin-
monoacetat 1,031 mg
Coenzym B₁₂ 1,000 mg
Cytidin-5'-monophosphat
Dinatriumsalz-Dihydrat 5,000 mg
1 Ampulle mit Lösungsmittel enthält:
Lidocain-Hydrochlorid 20,000 mg
Natriumchlorid 5,000 mg
Wasser für Injektionszwecke
(Ph. Eur. II) ad 2 ml

Handelsformen und Preise

Originalpackung mit 20 Kapseln
DM 18,80 mit MwSt.
Originalpackung mit 100 Kapseln
DM 68,10 mit MwSt.
Originalpackung mit 5 Ampullen
lyophilisierter aktiver Substanz
und 5 Ampullen Lösungsmittel
DM 19,80 mit MwSt.
Anstaltspackung
von 10 x 5 + 5 Ampullen
DM 115,50 mit MwSt.

H. Trommsdorff
Arzneimittelfabrik, Trommsdorffstr. 2 - 6, 5110 Alsdorf, Rhl 1



Trommsdorff

Islamische Kunst

Verf.: A. Papadopoulo, aus der Serie ARS ANTIQUA – Große Epochen der Weltkunst – Band 2, Übersetzung und Bearbeitung der deutschen Ausgabe v. F. Duda-Lerm, 620 S., 1100 Illustrationen darunter 173 vierfarb. Abb. auf Kunstdrucktafeln, geb., Leinen, Subskriptionspreis für Bezieher der Reihe ARS ANTIQUA DM 250,-, Einzelbandpreis DM 280,-. Herder Verlag, Freiburg-Basel-Wien.

Die Islamische Kunst ist unter anderen Bedingungen entstanden als die Kunst Europas oder Asiens. Sie wurde in Gebiete mit hochentwickelten, eigenständigen Kulturen gebracht und von deren lokalen Traditionen mitgeprägt. Dennoch ist sie eine einheftliche und selbständige Erscheinung. Das verbindende Element ist die von Muhammad gestiftete Religion, die sich in verschiedenen Wellen zwischen 630 und 1500 in drei Kontinenten ausbreitete. Deshalb finden sich in der islamischen Kunst von Cordoba bis Samarkand, vom Atlantik bis zu den Grenzen Chinas Themen und Motive, die von demselben Geist, von derselben Ästhetik geprägt sind. Der Betrachter wird feststellen, daß dies Kalligraphie und Illuminierung eines Korans oder anderen Manuskripts ebenso betrifft wie den skulptierten Schmuck einer Moschee oder keramische Wandverkleidungen, Einrichtungsgegenstände wie ein Moschee-Minbar in Holz oder Marmor ebenso wie Türen aus Holz oder mit Bronze verkleidet, Moscheelampen aus emailliertem Glas oder Keramikgeschirr: in der islamischen Kunst gibt es keine Trennung nach Gattungen.

In seinem großen einleitenden Essay gibt der Autor, Professor an der Sorbonne, einen historischen Überblick, führt den Leser in die Islamische Ästhetik ein und behandelt alle Kunstformen.

Diesem 9 Kapitel umfassenden Essay, den 173 Farbbilder begleiten, folgt, wie bei allen ARS ANTIQUA-Bänden, ein Dokumentationsenteil mit knapp 1000 Schwarzweißabbildungen. Serien von Tafeln zur Architektur, zu Dekor und Kunsthandwerk, zu Miniaturen und Wandmalereien erlauben interessante Stilvergleiche. Ausführliche Bilderklärungen sowie eine Beschreibung von 88 Fundorten, illustriert durch mehr als 400 Fotos, Pläne und Grundrisse schließen sich an. Am Schluß des Werkes finden sich Kurzbiographien der wichtigsten Herrscher und Staatsmänner, Architekten, Künstler, Gelehrten und Philosophen, der Dichter, Weisen und Mystiker sowie ein Glossar, eine ausführliche Bibliographie und ein umfangreiches Register.

Das große Buch der Modellautos – International

Verf.: G. R. Williams, aus dem Englischen v. W. Peterich, 208 S., 187 Abb. davon 16 Farbs. Leinen, DM 45,-. Umschau Verlag, Frankfurt.

Dieses Buch gibt eine Übersicht über die breite Skala von Modellautos-, Räder- und Kettenfahrzeuge und zwar sowohl Einzelanfertigungen als auch Massenproduktionen.

Das Buch wendet sich nicht nur an die begeisterten Modellbauer, sondern auch an alle, die an der Geschichte des Automobils interessiert sind.

Ferner sind vom selben Autor erschienen:

Das große Buch der Modelleisenbahnen – International

Das große Buch der Modellfliegerei – international

Das große Buch der Schiffsmodelle – international

Baierische Chronik

Herausgeber: G. Leidinger, mit der ältesten Karte Bayerns aus dem Jahre 1523, 210 S., geb. DM 36,-. Eugen Diederichs Verlag, Düsseldorf.

Die Baierische Chronik des Aventinus, vielgerühmt und viel zu wenig bekannt ist das erste in deutsch geschriebene große Geschichtswerk des Humanismus. Nicht nur Bayern, auch Deutschlands Geschichte im Zeichen des Übergangs vom Mittelalter zur Neuzeit ist der Gehalt dieser Chronik. Ihr liegt ein Auftrag der bayerischen Herzöge Wilhelm und Ludwig zugrunde, eine „Weltgeschichte Bayerns“ zu schreiben.

Österreich farbig

Geleitwort v. H. Scheibenpflug, Zeittafel m. d. Geschichte des Landes von Dr. M. Neusser-Hromafka, 128 S. davon 96 farb., Zeichnungen m. Text, Leinen, DM 42,-. Umschau Verlag, Frankfurt.

Auf 96 Farbselten machen stimmungsvolle Aufnahmen von Meistern der Landschaftsfotografie Schönheit und Eigenart der neun österreichischen Bundesländer mit Ihren Hauptstädten und den typischsten Landschaften deutlich. Beispiele bedeutender Kunstdenkmäler lassen Österreichs Reichum an herrlichen Kunstwerken ehnen. Auch die bescheidenen Schönheiten des Landes, sei es eine Almhütte hoch in den Bergen, ein Bildstock am Wegrand, ein Erker an einem Bauernhaus oder ein kleiner Weg im herbstlichen Wienerwald, wurden in diesem Buch nicht vergessen.

Symbolismus und Jugendstil

Verf.: M. u. D. Gerhardus, 104 S., 73 vierfarb. Tafeln, geb., DM 36,50, Herder Verlag, Freiburg-Basel-Wien.

Mit diesem Werke kommt eine Stilrichtung dem gegenwärtig enthaltenen Trend zur Nostalgie entgegen, der das Interesse an der Kunst des ausgehenden 19. und beginnenden 20. Jahrhunderts noch verstärkt und der zudem durch rege Ausstellungstätigkeit auf diesem Gebiet noch gestützt wird.

Maly und Dietfried Gerhardus verbinden in ihrem drei Hauptkapitel umfassenden Einführungstext „Vielfalt der stilkünstlerischen Ansätze um 1900“, „Verfahren der Bildorganisation in Symbolismus und Jugendstil“, „Ideengeschichtlicher Hintergrund, gesellschaftlich-soziales Umfeld und Rezeption der Bildkunst um 1900“ sorgfältig recherchierte historische Information mit systematischer Interpretation.

Dem einführenden Essay folgen 73 Farbtafeln sorgfältig ausgewählter Bilder von mehr als 50 Künstlern aus 15 Ländern. Literaturhinweise, Kurzbiografien der vorgestellten Maler und die die Farbtafeln begleitenden kommentierenden Texte lassen ein abgerundetes Bild dieser Epoche entstehen.

Das große Tiefkühl-Buch

Selber Einfrieren von A–Z

Verf.: A. Wolter, 162 S., 50 Farbf., farb. Glanzleib. DM 29,80. Gräfe und Unzer Verlag, München.

In 18 Rezeptkapiteln findet die moderne Hausfrau Rezeptideen von A–Z mit wertvollen Tips, wie sie das jeweilige Produkt auch roh oder halbgar einfrieren kann, wie es am besten verpackt und am günstigsten weiterverwendet wird. Viele informative Zeichnungen helfen technische Vorgänge leichter zu verstehen.

Therapeutika

Metitex® 200 mg

Zusammensetzung:

1 Dragee: Ethacridinlactat 200 mg

Indikationen:

Prophylaxe und Therapie akuter und chronischer Darminfektionen sowie unspezifischer Diarrhöen.

Nebenwirkungen:

Vereinzelte rasch vorübergehendes Druckgefühl in der Magengegend.

Besondere Hinweise:

Siehe wissenschaftlichen Prospekt.

Dosierung:

Erwachsene am ersten und zweiten Krankheitstag jeweils 3 x 1 Dragee mit etwas Flüssigkeit nach dem Essen. Ab drittem Krankheitstag kann meist auf täglich 2 x 1 Dragee reduziert werden. Schulkinder (6 bis 14 Jahre) täglich 2 x 1 Dragee. Säuglinge und Kleinkinder (bis 6 Jahre) mit Metitex Kinder-Dragees behandeln. Zur Prophylaxe täglich 1 Dragee.

Handelsformen und Preise:

O. P. mit 20 Dragees DM 7,90; O. P. mit 50 Dragees DM 17,80; Anstaltspackung.

Hersteller:

Albert-Roussel Pharma GmbH, 6200 Wiesbaden

Tematex C Roche

Zusammensetzung:

Tematex® C Roche enthält in 1 g Crema als Wirkstoffe: 1 mg (0,1 Prozent) Diltucortolon-21-valerianat (6 α ,9-Difluor-11 β ,21-dihydroxy-16 α -methyl-pregna-1,4-dien-3,20-dion-21-valerianat) und 10 mg Chlorquinaldol (5,7-Dichlor-2-methyl-chinolin-8-ol).

Anwendungsgebiete:

Tematex C ist wegen seines Zusatzes an Chlorquinaldol besonders zur Anfangs- und Zwischenbehandlung von bakteriell und/oder durch Pilze oder Hefen infizierten Hautkrankheiten bestimmt, solange antzündliche Begleiterscheinungen im Vordergrund stehen. Hierzu gehören: von Bakterien oder Pilzen überlagerte Ekzeme und deren Straureaktionen (nummuläres, sabborrhisches und dyshidrotisches Ekzem; Ekzem bei varikösem Symptomenkomplex, jedoch nicht direkt auf Untarschenkalgeschwüre; Bakteriell, Ekzematid). Eitrige und schorfartige Ausschläge (Follikulitis, Impetigo, Erythrasma). Hautflechten (Tinea, Kandidosen, Pityriasis versicolor).

Außerdem wird Tematex C angewendet, um bei entzündlichen und allergischen Hautkrankheiten den beschriebenen Intaktionen durch Bakterien und Pilze vorzubeugen.

Tematex C Crema eignet sich besonders für akute und nässende Stadien, bei sehr fettiger Haut sowie zur Anwendung auf sichtbaren (Gesicht, Hände) und behaarten Körperstellen (z. B. Analbereich, Achselhöhlen).

Unverträglichkeiten und Risiken:

Tematex C darf zur lokalen Therapie wie andere kortikoidhaltige Zubereitungen nicht angewendet werden bei spezifischen Hautprozessen (Syphilis, Tuberkulose), Windpocken und Impfpockenreaktionen.

In den ersten drei Monaten einer Schwangerschaft sollten grundsätzlich keine kortikoidhaltigen Zubereitungen zum äußeren Gebrauch in großen Mengen oder über längere Zeit angewendet werden.

Eigenschaften, Nebenwirkungen, Begleiterscheinungen und besondere Hinweise:

Siehe wissenschaftlichen Prospekt.

Dosierung und Anwendungsweise:

Vom Arzt vorgeschriebene Behandlungsempfehlungen sind sorgfältig einzuhalten.

Falls vom Arzt nicht anders verordnet, wird zu Beginn der Behandlung die Tematex C Crema im allgemeinen 2 x, eventuell 3 x täglich dünn aufgetragen. Sobald sich das Krankheitsbild gebessert hat, genügt oft eine Anwendung am Tag. Ein Verband erübrigt sich in den meisten Fällen. Säuglinge und Kleinkinder bis zu 4 Jahren sollen besonders im Bereich der durch Windeln bedeckten Hautpartien nur bis zur Dauer von höchstens 3 Wochen behandelt werden.

Darreichungsform und Packungsgrößen:

Crema 20 und 50 g, außerdem Anstaltspackungen.

Hersteller:

Hoffmann-La Roche AG, 7889 Granzach-Wyhlen

Torrat®

Zusammensetzung:

1 Tablette enthält: Methypranol 20 mg; Butizid 2,5 mg

Indikationen:

Arterielle Hypertonie

Kontraindikationen:

Nichtkompensierte Herzinsuffizienz, AV-Block 2. und 3. Grades, ausgeprägte Bradykardie, obstruktive Atemwegsaffektionen (z. B. Asthma bronchiale, spastische Bronchitis), Cor pulmonale, allergische Rhinitis, Glottisödem, kardiogener Schock.

Auch bei Sulfonamid-Überempfindlichkeit, Coma hepaticum, therapiereisistenter Hypokaliämie darf Torrat nicht eingenommen werden.

Bei Patienten mit schwerer Zerebral- und Koronarsklerose und bei fortgeschrittener Niereninsuffizienz kann eine Blutdrucksenkung versucht werden, wenn diese allmählich und unter sorgfältiger Überwachung erfolgt. Bei eingeschränkter Nierenfunktion müssen die harnpflichtigen Stoffe im Serum laufend kontrolliert werden (z. B. mit Test-Combinationen Boehringer Mannheim: Creatinin, Harnstoff), da es zur Verstärkung einer Azotämie kommen kann.

Eigenschaften, Nebenwirkungen und Hinweise:

Siehe wissenschaftlichen Prospekt.

Dosierung:

Beginn mit 1 Tablette täglich. Bei unzureichender Wirkung kann die Dosis nach ca. 14 Tagen auf 2 x 1 Tablette täglich erhöht werden. Bei Bedarf kann im Abstand von 14 Tagen die Dosis weiter um jeweils 1 Tablette bis maximal 4 Tabletten täglich erhöht werden.

Handelsformen und Preise:

OP mit 20 Tabletten DM 16,85; OP mit 50 Tabletten DM 37,55; OP mit 100 Tabletten DM 66,75; AP mit 500 Tabletten.

Hersteller:

Boehringer Mannheim GmbH, 6800 Mannheim 31

Kongreßkalender

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

Oktober 1977

- 1.—2. **Beden-Beden:** Fortbildungstagung der Bezirkszahnärztekammer Karlsruhe. — Auskunft: Bezirkszahnärztekammer Karlsruhe, Postfach 54 80, 6800 Mannheim 1.
- 1.—2. **Mainz:** Internationaler Kongreß über Notfall- und Katastrophenmedizin. — Auskunft: Professor Dr. R. Frey, Langenbeckstraße 1, 6500 Mainz.
- 2.—25. **Erlangen:** Weiterbildungskurs des Deutschen Sportärztebundes. — Auskunft: Dr. J. Heck, Gebbertstraße 123, 8520 Erlangen.
- 3.—4. **Bed Neuheim:** Jahrestagung der Deutschen Gesellschaft für pädiatrische Kardiologie. — Auskunft: Professor Dr. H. W. Rautenburg, Feulgenstraße 12, 6300 Gießen 1.
- 3.—5. **Freiburg:** Herbsttagung der Gesellschaft für biologische Chemie. — Auskunft: Professor Dr. R. Jaenicke, Fachbereich Biologie der Universität, 8400 Regensburg.
- 3.—6. **Neuherberg:** Spezialkurs im Strahlenschutz beim Umgang mit offenen radioaktiven Stoffen für Ärzte. — Auskunft: Kurssekretariat des Instituts für Strahlenschutz der GSF, Ingolfstädter Landstraße 1, 8042 Neuherberg.
- 3.—28. **München:** A-Kurs für Arbeitsmedizin. — Auskunft: Bayerische Akademie für Arbeits- und Sozialmedizin, Pfarrstraße 3, 8000 München 22.
- 4.—6. **Salzburg:** Chirurgische Fortbildungstage. — Auskunft: Sekretariat der I. Chirurgischen Abteilung der Landeskrankenanstalten, Müllner-Hauptstraße 48, A-5020 Salzburg.
- 6.—7. **Hannover:** Jahrestagung der Deutschen Gesellschaft für Sozialmedizin e. V. — Auskunft: Frau U.-M. Stade, Akademie für Sozialmedizin, Karl-Wiechert-Allee 9, 3000 Hannover 61.
- 6.—8. **Aachen:** 11. Jahrestagung der Deutschen Gesellschaft für Biomedizinische Technik. — Auskunft: Professor Dr. S. Effert, Goethestraße 27—29, 5100 Aachen.
- 6.—8. **Köln:** Jahreskongreß der Deutschen Gesellschaft für Gerontologie. — Auskunft: Professor Dr. M. Bergener, Rheinische Landeslinik, Wilhelm-Grieslinger-Straße 23, 5000 Köln 91.
- 6.—9. **Bad Gleichenberg:** 20. Steirischer Ärztetag. — Auskunft: Ärztekammer für Steiermark, Radetzkystraße 20/1, A-8011 Graz.
- 6.—9. **Bad Laferberg:** Ärzteseminar Autogenes Training. — Auskunft: Kneipp-Bund e. V., Postfach 264, 8000 München 60.
- 6.—9. **Regensburg:** 59. Fortbildungstagung für Ärzte in Regensburg. — Auskunft: Ärztliche Fortbildung Regensburg, Altes Rathaus, 8400 Regensburg.
- 7.—8. **Murnau:** 15. Jahrestagung der Deutschen Gesellschaft für plastische und Wiederherstellungschirurgie. — Auskunft: Privatdozent Dr. J. Probst, BG-Unfallklinik, 8110 Murnau.
- 7.—8. **Salzburg:** Tagung der Österreichischen Gesellschaft für Unfallchirurgie. — Auskunft: Unfallkrankenhaus, Dr. Franz-Rehrl-Platz, A-5020 Salzburg.
- 8.—9. **Hennef:** Sportärzte-Fortbildungslehrgang. — Auskunft: Dr. D. Schnell, Otto-Willach-Straße 2, 5207 Ruppichteroth.
- 10.—14. **Lugano:** I. Verhaltenstherapiewoche. — Auskunft: Cadro Vita — Institut für Gesundheitsförderung, Postfach 52, CH-8700 Küsnacht.
- 10.—22. **Düsseldorf:** Universitätsseminar des Krankenhaus- und Gesundheitswesens — 9. Managementseminar. — Auskunft: Deutsches Krankenhausinstitut, Tersteegenstraße 9, 4000 Düsseldorf 30.
- 12.—15. **Köln:** II. Interdisziplinäres Forum „Fortschritt und Fortbildung in der Medizin“ veranstaltet von der Bundesärztekammer. — Auskunft: Bundesärztekammer, Postfach 41 02 20, 5000 Köln 41.
- 13.—15. **Erlangen:** 18. Symposium der deutschsprachigen Arbeitsgemeinschaft für Handchirurgie. — Auskunft: Professor Dr. J. Geldmacher, Krankenhausstraße 12, 8520 Erlangen.
- 13.—15. **Kiel:** Tagung der Deutschen Gesellschaft für Kreislaufforschung. — Auskunft: Professor Dr. Schäfer, I. Medizinische Klinik, Universitäts-Klinikum, Abteilung Spezielle Kardiologie, 2300 Kiel.
- 13.—16. **Hamburg:** 82. Kongreß der Deutschen Gesellschaft für Physikalische Medizin und Rehabilitation und Jahrestagung des Verbandes Deutscher Badeärzte. — Auskunft: Professor Dr. U. Jessel, Lornsenweg 9, 2280 Westerland.
- 14.—15. **München:** 2. Jahrestagung der Gesellschaft für Mikrozirkulation. — Auskunft: Professor Dr. M. Steinhäuser, Im Neuenheimer Feld 326, 6900 Heidelberg 1.
- 14.—16. **Ambach:** Ärztekurs C für homöopathische Medizin. — Auskunft: Dr. M. Stübler, Singerstraße 1, 8900 Augsburg.
- 14.—16. **Baden-Baden:** XXf. Herbsttagung für Balneologie. — Auskunft: Badeärztlicher Verein Baden-Baden, Gernsbacher Straße 13, 7570 Baden-Baden.
- 14.—16. **Bevensen:** Sportärztelehrjahrgang. — Auskunft: Ak. Dir. Dr. G. Schwarz, Sprangerweg 2, 3400 Göttingen.
- 14.—16. **Kassel:** 21. Fortbildungskongreß der Landesärztekammer Hessen. — Akademie für ärztliche Fortbildung. — Auskunft: Akademie für ärztliche Fortbildung der Landesärztekammer Hessen, Carl-Oelermann-Weg 1, 6350 Bad Nauheim.
- 14.—16. **München:** Fortbildungsseminar I in praktischer Elektrokardiographie (Einführungsseminar). — Auskunft: Bayerische Landesärztekammer, Mühlbauerstraße 16, 8000 München 80.

15. **Bayreuth:** Ärztliche Fortbildungsveranstaltung „Diagnostik und Therapie koronarer Herzerkrankungen“. — Auskunft: Frau Fischer, Ärztlicher Bezirksverband Obertranken, Bürgerreuther Straße 7, 8580 Bayreuth.
- 15.–16. **Bad Wiessee:** 25. Ärztlicher Fortbildungskurs in praktischer Medizin mit einem Laborkurs für Arztfrauen und Arzthelferinnen. — Auskunft: Dr. P. Dohrn, B182 Bad Wiessee.
- 15.–16. **Hamburg:** Tagung der Deutschen Rheuma-Liga. — Auskunft: Geschäftsstelle der Deutschen Rheuma-Liga, An den Meisterwiesen, 8031 Seefeld.
- 16.–22. **Baden-Baden:** Jahreshauptversammlung des Verbandes der Ärzte Deutschlands — Hartmennbund. — Auskunft: Verband der Ärzte Deutschlands — Hartmennbund —, Kölner Straße 40, 5300 Bonn-Bad Godesberg.
- 16.–22. **Mexico City:** 15. Internationaler Dermatologen Kongreß. — Auskunft: Professor Dr. G. Stüttgen, Augustenburger Platz 1, 1000 Berlin 65.
- 17.–20. **Erlangen:** 18. Einführungskurs in die gastroenterologische Endoskopie, Biopsie und Zytologie. — Auskunft: Kongreßbüro der Medizinischen Universitätsklinik, Frau Schatt, Krankenhausstraße 12, 8520 Erlangen.
- 17.–21. **München:** II. Kurs für Mikrochirurgie der Gefäße und Nerven. — Auskunft: Dr. E. Biemer, Ismaninger Straße 22, 8000 München 80.
- 17.–22. **München:** Fortbildungstagung „Klinische Zytologie“. — Auskunft: Professor Dr. H. J. Soost, Prinzregentenplatz 14, 8000 München 80.
- 21.–22. **Erlangen:** 12. Kurs für praktische Gastroenterologie. — Auskunft: Kongreßbüro der Medizinischen Universitätsklinik, Frau Schatt, Krankenhausstraße 12, 8520 Erlangen.
- 21.–22. **München:** Fortbildungskurs für Phonokardiographie (Teil I). — Auskunft: Bayerische Landesärztekammer, Mühlbeurstraße 16, 8000 München 80.
- 21.–23. **Starnberg:** Klinisches Wochenende. — Auskunft: Professor Dr. Werner Grill, Kreiskrankenhaus Starnberg, 8130 Starnberg.
- 22.–23. **Bad Homburg:** 22. Kongreß der Deutschen Gesellschaft für Zelltherapie e. V. — Auskunft: Deutsche Gesellschaft für Zelltherapie e. V., Blanchardstraße 22, 6000 Frankfurt.
- 24.–27. **München:** 10. Pädiatrische Fortbildung im Kinderkrankenhaus Schwabing. — Auskunft: Bayerische Landesärztekammer, Mühlbeurstraße 16, 8000 München 80.
- 24.–28. **Erlangen:** Fortbildungskurs für Chirurgie. — Auskunft: Bayerische Landesärztekammer, Mühlbeurstraße 16, 8000 München 80.
- 24.–28. **München:** Fortbildungsveranstaltung für Innere Medizin. — Auskunft: Bayerische Landesärztekammer, Mühlbeurstraße 16, 8000 München 80.
- 24.–28. **München:** 17. Fortbildungskurs für Innere Medizin. — Auskunft: Bayerische Landesärztekammer, Mühlbeurstraße 16, 8000 München 80.
- 24.–28. **München:** Klinische Fortbildungswoche für Innere Medizin. — Auskunft: Bayerische Landesärztekammer, Mühlbeurstraße 16, 8000 München 80.
- 24.–28. **Würzburg:** Fortbildungskurs für Chirurgie. — Auskunft: Bayerische Landesärztekammer, Mühlbeurstraße 16, 8000 München 80.
- 24.–29. **Wien:** 31. Österreichischer Ärztekongreß — Ven Swieten-Tagung. — Auskunft: Österreichische Ärztekammer, Referat für ärztliche Fortbildung, Postfach 213, A-1011 Wien 1.
24. 10.— 18. 11. **Berlin:** Arbeitsmedizinischer Grundlagenlehrgang — Stoffplan I. — Auskunft: Sekretariat der Akademie für Arbeitsmedizin, Soorstraße 83/84, 1000 Berlin 19.
- 26.–27. **Erlangen:** Fortbildung in praktischer Kardiologie. — EKG Seminar. — Auskunft: Dr. G. Klein, Medizinische Universitäts-Poliklinik, Östliche Stadtmauerstraße 29, 8520 Erlangen.
- 28.–29. **Erlangen:** Fortbildung in praktischer Kardiologie. — Klinische Visiten und Vorträge. — Auskunft: Dr. G. Klein, Östliche Stadtmauerstraße 29, 8520 Erlangen.
- 28.–30. **München:** Fortbildungsseminar II in praktischer Elektrokardiographie (Seminar für Fortgeschrittene) — Auskunft: Bayerische Landesärztekammer, Mühlbeurstraße 16, 8000 München 80.
30. 10.— 6. 11. **Baden-Baden:** Woche der Erfahrungsheilkunde. — Auskunft: Gesellschaft der Ärzte für Erfahrungsheilkunde, Blumenthalstraße 38, 6900 Heidelberg.

Beilagenhinweis:

Dieser Ausgabe ist ein Prospekt beigelegt der Firma Desitin-Werk, Hamburg

„Bayerisches Ärzteblatt“. Herausgeber und Verleger: Bayerische Landesärztekammer, Mühlbeurstraße 16, 8000 München 80, Telefon (089) 41 47-1. Schriftleitung: Professor Dr. med. Hans Joachim Sewering, Dr. med. Hermann Braun, Dr. med. Friedrich Kolb, Dr. med. Kurt Stordeur — verantwortlich für den Inhalt: Rita Horn. Die Zeitschrift erscheint monatlich 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. 52 52-802, Amt München, Bayerische Landesärztekammer (Abt. „Bayerisches Ärzteblatt“). Für Mitglieder im Mitgliedsbeitrag enthalten.

Anzeigenverwaltung: ATLAS Verlag und Werbung GmbH & Co. KG, früher Verlag und Anzeigenverwaltung Carl Gabler, 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. Scharfingher, München.

Druck: Druckerei und Verlag Hans Zauner jr., 8060 Dechau.

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

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

ISRN 0005-7126

Der Rheinsch-Bergische Kreis sucht zum nächstmöglichen Zeitpunkt

1 Kinderarzt/ärztin

oder einen in der Pädiatrie erfahrenen Arzt

für die Aufgaben eines Jugendarztes im nördlichen Teil des Kreises (Wermelskirchen, Burscheid, Leichlingen).

Geboten werden: Besoldung nach A 14 BO bzw. Vergütung bis 1e BAT, Möglichkeit zur Ausübung einer Nebentätigkeit, die üblichen sozialen Leistungen im öffentlichen Dienst, wie z. B. Beihilfen, Trennungsentädigung, Umzugskosten, gleitende Arbeitszeit.

Der Rheinsch-Bergische Kreis liegt im Naturpark Bergisch Land. In den Städten des nördlichen Kreisgebietes sind alle weiterführenden Schulen vorhanden. In unmittelbarer Nähe befinden sich mehrere Universitätsstädte.

Bewerbungen mit den üblichen Unterlagen werden erbeten an den **Dberkreisdirektor – Personalamt – Am Rübezahlwald 7, 5060 Bergisch Gladbach 2, Telefon (022 02) 133 61.**

Das **Krankenkhaus Wunsiedel im Fichtelgebirge** (Fachkrankehaus für Innere Medizin – 80 Betten) sucht einen

Oberarzt oder erfahrener Assistenzarzt

Wir bieten

- Vergütung nach BAT,
- alle sozialen Leistungen des öffentlichen Dienstes (wie Beihilfen in Krankheitsfällen, zusätzliche Alters- und Hinterbliebenenversorgung, Weihnachtsgeld, ggf. Trennungsentädigung und Umzugskostenvergütung),
- Beteiligung an den Liquidationseinnahmen des Leitenden Arztes,
- Bereitschaftsdienstvergütung nach Stufe C.

Der Leitende Arzt, Dr. Hohenberger, ist zu fünf Jahren Interner Weiterbildung ermächtigt.

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

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

Wohnung kann vom Arbeitgeber gestellt oder beschafft werden. Bewerbungen mit den üblichen Unterlagen werden erbeten an: **Leitenden Arzt Dr. Herbert Hohenberger, 8592 Wunsiedel, oder Landratsamt, 8592 Wunsiedel.**



Sicherheit in der Technik

Der TDV Bayern e. V. sucht für den Fachbereich **Mensch und Technik** in Augsburg und Nürnberg

Ärzte/Ärztinnen

die an einer abwechslungsreichen Tätigkeit im Bereich der **Arbeits- und Verkehrsmedizin** interessiert sind.

Wir erwarten:

Neben Flexibilität, Organisationsgeschick und alcherem Auftreten insbesondere die Fähigkeit, den ärztlichen Dienst entsprechend den Aufgaben, die das ASIG stellt, weiter auszubauen.

Wir bieten:

Einarbeitung durch erfahrene Kollegen (die Zusatzbezeichnung „Arbeitsmedizin“ kann erworben werden). Teamarbeit mit Psychologen und Technikern. Selbständige Tätigkeit und Aufstiegschancen. Außerdem geregelte Arbeitszeit, 5-Tege-Woche und neben einer aufgabengerechten Dotierung und Altersversorgung die besonderen Sozialleistungen eines modernen und fortschrittlichen Unternehmens.

Bewerbungen mit handgeschriebenem Lebenslauf, Zeugnisabschriften und Lichtbild bitten wir zu richten an den

Technischer Überwachungs-Verein Bayern e. V.

– Personal- und Sozialwesen –
Kaiserstraße 14, 8000 München 40

Beim **Kreiskrankenhaus Plattling/Isar** werden zum nächstmöglichen Zeitpunkt

Assistenzärzte

für die Chirurgische Abteilung (100 Planbetten) und die Medizinische Abteilung (102 Planbetten) eingestellt.

Das Krankenhaus ist 1970 neu erbaut worden und verfügt über moderne Einrichtungen.

Telefonische Rücksprache kann mit Herrn Chefarzt Dr. med. Görtler (Medizinische Abteilung) und Herrn Cheferzt Dr. med. Hartl (Chirurgie) unter der Nr. (099 31) 20 01 erfolgen.

Bewerbungen sind mit allen Unterlagen bei der **Personalstelle des Landratsamtes Deggendorf, Pfleggasse 18, 8360 Deggendorf**, einzureichen.

Beim **Kreiskrankenhaus Osterhofen** wird zum nächstmöglichen Zeitpunkt ein

Assistenzarzt

eingestellt.

Das Haus verfügt über 120 Planbetten mit einem angeschlossenen Pflegeheim von 54 Betten.

Die Bezahlung erfolgt nach BAT. Wohnmöglichkeit besteht im Ärztehaus.

Telefonische Rücksprache kann mit dem Leitenden Arzt, Dr. Anetsberger, unter der Nr. (099 32) 211 erfolgen.

Bewerbungen sind bei der **Personalstelle des Landratsamtes Deggendorf, Pfleggasse 18, 8360 Deggendorf**, einzureichen.

**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.

Das Kreis Krankenhaus St. Josef, Kötzing im Bayer. Wald sucht

Assistenzärzte

oder

Medizinalassistenten

für die

Innere Abteilung zum 15. 12. 1977

Chirurgische Abteilung zum 1. 10. 1977

Geburtshilflich-gynäkologische Abteilung ab sofort.

Die Chefarzte der Chirurgischen und der Geburtshilflich-gynäkologischen Abteilung sind zur Weiterbildung für je zwei Jahre ermächtigt. Das Krankenhaus ist modernst eingerichtet und hat drei Fachabteilungen, so daß eine gute Weiterbildung garantiert werden kann.

Die Zusammenarbeit unter den drei Abteilungen ist sehr gut. Insgesamt umfaßt das Haus 150 Betten.

Kötzing ist ein Fremdenverkehrsort im Bayer. Wald mit reichlich Sport- und Erholungsmöglichkeiten.

Die Bezahlung erfolgt nach BAT II, zusätzlich Bereitschaftsdienstzulagen.

Bewerbungen an:

Chefarzt Dr. Reinhold Heger (Innere Medizin),

Chefarzt Dr. Theodor Stern (Chirurgie),

Chefarzt Dr. Karlheinz Metsch (Gynäkologie),

8493 Kötzing, Postfach.

Der Landkreis Regen sucht für die Chirurgische Abteilung des Kreiskrankenhauses Viechtach zum 1. 10. 1977 oder später

1 Assistenzarzt

Vergütung erfolgt nach Vergütungsgruppe II; bei Nachweis einer fünfjährigen ärztlichen Tätigkeit nach Vergütungsgruppe I b. Daneben wird Bereitschaftsdienstvergütung nach den tariflichen Vorschriften gezahlt.

Der Chefarzt der Abteilung ist zur Weiterbildung für zwei Jahre ermächtigt.

Der Landkreis Regen bietet alle im öffentlichen Dienst üblichen Leistungen. Dienstwohnung (Küche, Wohn- und Schlafzimmer, WC/Bed) ist vorhanden. Bei Vorliegen der tariflichen Voraussetzungen wird Umzugskostenvergütung zugesagt.

Viechtach, das in landschaftlich schöner Gegend mit vielfältigen Sportmöglichkeiten liegt, verfügt über ein modernes Schulzentrum mit Gymnasium (meth.-naturw. und wirtschaftsw. Zweig) und Realschule.

Bewerbungen mit den üblichen Unterlagen werden erbeten an die Hauptverwaltung des Landratsamtes Regen, Schulgasse 2, 8370 Regen.

Wir suchen bei bester Vergütung

Mediziner

die neben Ihren täglichen Aufgaben noch einige Stunden nach Vereinbarung für **werksmedizinische Tätigkeiten** im Großraum München zur Verfügung stehen möchten. Wir würden uns freuen, wenn Sie mit uns Kontakt aufnehmen würden.

Zuschritten erbeten unter Nr. 331/661 an die Anzeigenverwaltung BAYERISCHES ARZTEBLATT, Sonnenstraße 29, 8000 München 2.

Zytologie

Pathologe

nur auf Zytologie spezialisiert, sucht noch Einsender für **gynäkologische oder extragenitale Zytologie**.

Zuschriften erbeten unter Nr. 331/660 an die Anzeigenverwaltung BAYERISCHES ARZTEBLATT, Sonnenstr. 29, 8000 München 2.

Frauenarzt

(4 Jahre tätig als Chirurg) 45, Pole, verheiratet mit einer Deutschen, perfekt deutschsprechend, seit Juli 1977 in München, **sucht geeignete Stelle im Großraum München in einer Klinik**.

Zuschriften erbeten unter Nr. 331/656 an die Anzeigenverwaltung BAYERISCHES ARZTEBLATT, Sonnenstraße 29, 8000 München 2.

Die Heilung von Hautleiden und -schäden

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

BEFELKA-ÖL

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

Ist von überzeugender Eindruckskraft

Arztmuster durch: 50 ml DM 4,50, 100 ml DM 7,60, 200 ml DM 13,50

BEFELKA-ARZNEIMITTEL, Postfach 1351, 4500 Osnebrück

JOSEF PONGRATZ

Ärzte-, Krankenhaus- und Laborbedarf

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

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

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

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 Ausstellung für

Röntgen- und Elektro-Medizin, Laborgeräte und Mobiliar

HÖLLERER KG

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

Neu: Euro-Signal

Und Sie sind immer zu erreichen



Sie sind künftig überall in Europa telefonisch erreichbar. Das handliche, flache Gerät tragen Sie in der Westentasche oder stecken es in die Autohalterung.

- Anwählbar vom Telefon, mehr nicht! Eine feine Sechse.
- Lösen Sie Ihre Kommunikationsprobleme, wählen Sie (09 11) 45 40 71

DEISS

Elektronik

Breitfeldstr. 53, 8500 Nürnberg

VBI

Immobilien-Gesellschaft der
Vereinigten Volksbanken mbH

In bester Lage, Fußgängerzone, in

Kaufbeuren/ Allgäu

Alpennähe, Einzugsgebiet ca. 60.000 EW, sind ab Ende 1977 oder später

2 Arztpraxen

günstig zu vermieten. 145 qm bzw. 160 qm. Auch als Gemeinschaftspraxis geeignet. Einflußnahme auf Raumeinteilung noch möglich. Sehr günstige Kredite zur Praxisgründung können wir beschaffen.

Geeignet für alle Fachrichtungen.

Keine Vermittlungsgebühr. Anfragen an



Obstmarkt 1 · 8950 Kaufbeuren
Telefon 08341/3966

Münchberg/Dfr.

Arztthaus

ca. 250 qm Wohnfläche einschließlich Praxisräume, Areal ca. 850 qm, zentral gelegen, zu verkaufen. Bis DM 200.000,- kann äußerst günstige Finanzierung gestellt werden. (Für Münchberg ist eine freie Kassenarztstelle ausgeschrieben.)

Zuschriften erbeten unter Nr. 331/659 an die Anzeigenverwaltung BAYERISCHES ARZTEBLATT, Sonnenstraße 29, 8000 München 2.

Für das Gebiet Altenkunstedt-Burgkunstadt-Weismain mit 15.000 Einwohnern wird ein

Praktischer Arzt

gesucht.

Es kann eine Wohnung mit 135 qm Wohnfläche und eine Praxis mit zwei Behandlungsräumen, Labor, Wertezimmer, Anmeldung, Personalraum mit Teeküche, Flur, WC, sowie Kellerraum, mit insgesamt 143 qm Nutzfläche, in einem Neubau im Sommer 1978 zur Verfügung gestellt werden.

Interessenten möchten sich bitte an die Firma **Michael Dechant, Bauunternehmen, Abt-Kneuer-Straße 3, 8621 Weismain, Telefon (09575) 234** wenden.

Privatklinik

bis zu 100 Betten, zu pachten oder zu übernehmen gesucht.

Zuschriften erbeten unter Nr. 331/633 an die Anzeigenverwaltung BAYERISCHES ARZTEBLATT, Sonnenstraße 29, 8000 München 2.

VIDOSON-Ultraschallgerät

(Siemens) Nr. USP, 10 W, 245 F, W 1092, wenig gebraucht, sowie

Lachgasautomat,

Modell A II (Geburtshilfe) abzugeben. Preis Verhandlungssache.

Zuschriften erbeten unter Nr. 331/664 an die Anzeigenverwaltung BAYERISCHES ARZTEBLATT, Sonnenstraße 29, 8000 München 2.

Karteiautomat

Baujahr 1975, 7,5 laufende Meter, DIN A 5 von Gemeinschaftspraxis umständehalber günstig abzugeben.

Zuschriften an:

Dr. Angerer/Mangold, Rehnhotstraße 17, 8230 Bad Reichenhall, Telefon (08651) 6 13 00.

Gegen Enuresis nocturna

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

Zusammensetzung pro Tabl.: Ferr. oxyd. sacch. 50 mg, Sojalezithin 1,7 mg, Calc. glyc. phosph. 25 mg, Extr. Rholis arom. 5 mg, Extr. Humuli lupuli 2,5 mg, Extr. chiniae 2,5 mg, Camph. monobr. 0,05 mg, 50 Tabl. 8,40 DM, 300 Tabl. 39,50 DM.

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

Praxisräume

ca. 100 qm, auch für Fecherzt geeignet, sehr günstige Lage, Stadtmitte in Grefenau, Bayr. Wald, wegen Todesfall sofort zu vermieten.

Telefonische Anfragen unter (06552) 1267 oder Zuschriften erbeten unter Nr. 331/653 an die Anzeigenverwaltung BAYERISCHES ARZTEBLATT, Sonnenstraße 29, 8000 München 2.

Geschäftsbank

vermietet in zentraler Lage Bad Wörishotens

Praxis- bzw. Büroräume

ca. 230 qm, beliebig eufteilbar, auch teilweise vermietbar – Lift und eigene Parkplätze sind vorhanden –

Zuschriften erbeten unter Nr. 331/658 an die Anzeigenverwaltung BAYERISCHES ARZTEBLATT, Sonnenstr. 29, 8000 München 2.

Amberg/Dberplatz

Praxisräume

in Stadtzentrum (FGZ), Neubau, bezugstertig ca. 1. 4. 1978, Litt, 1. OG. ca. 120 qm, 2. OG. beliebige Fläche bis 250 qm, Raumaufteilung nach Wunsch des Mieters.

Anfragen: Telefon (09621) 15594.

BEFELKA - HERZ - KREISLAUF - DRAGEES

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

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

Arztmuster durch:

BEFELKA-ARZNEIMITTEL, Postfach 1351, 4500 Danabrück.

Privatklinik Gauting

- Offene Fachklinik für Nerven- und Gemütsleiden, Psychotherapie mit Sanatoriumscharakter
- Alle Kassen

Die Klinik ist landschaftlich schön und ruhig gelegen, S-Bahn-Anschluß, 15 Minuten vom Münchener Zentrum.

Leitender Arzt Dr. med. Ph. Schmidt
Bergstraße 50, 8035 Gauting, Telefon (089) 850 60 51
wochentags auch Telefon (089) 53 20 02

Seit mehr als 30 Jahren Partner des Arztes in der Medizin-Technik

- Schlüssellertige
Praxis-Einrichtungen

- Beratung

- Projektierung

- Finanzierung

- Kundendienst

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

KURT PFEIFFER KG

Burgschmietstraße 42, Postfach 150 160

8500 NÜRNBERG 15

Telefon (09 11) 3 77 31 - 34

- Röntgen-Apparate und
Untersuchungsgeräte

- Röntgen-Bildverstärker
mit Fernsehkette

- Labortechnik

- Hämodialyse

- EKG - EEG - Echo-EEG
- EMG



Fortbildung in Stichwörtern nach Leitsymptomen

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

Leitsymptom: Akute Bewußtseinsstörungen

Der Notfall: Schädel-Hirn-Traumen

bearbeitet von Professor Dr. H. Palleske

Symptomatik:

1. Bewußtseinsstörungen verschiedener Schweregrade von Desorientiertheit bis Koma.
2. Mehr oder minder stark ausgeprägte vegetative Dysregulation mit labilem Kreislauf, zentraler Atemstörung und Erbrechen.

Wichtige neurologische Symptome des schweren Schädel-Hirn-Traumas, insbesondere im Hinblick auf die Möglichkeit einer raumfordernden intrakraniellen Blutung sind:

1. Augenstörungen: Pupillomotorik (differente Reaktionen der Pupillen auf Lichteinfall, Anisokorie). Störungen der Blickkoordination. Blickdeviation.
2. Seitendifferente Spontanbewegungen, unterschiedliche Reaktion auf Schmerzreize der rechten und linken Extremitäten in Motilität und Tonus.
3. Krampfanfälle, klonisch, seitenbetont.
4. Hirnstammsymptomatik: Tonuserhöhung, spontane tonische Streckreaktion oder vollständiger Tonusverlust mit Reaktionslosigkeit.

Anamnese:

Zeitverlust durch anamnestische Erhebungen vermeiden! Dennoch anamnestische Daten für Sofortdiagnostik und Therapie in aufnehmender Klinik wichtig. Bis zum Transport des Verletzten Zeugenaussagen festhalten. Eventuell Vorerkrankungen, Alkohol- und Drogeneinfluß, Klärung der Frage, ob Unfall nicht Folge eines Bewußtseinsverlustes anderer Genese. Für spätere Fragestellungen: Unfallzeitpunkt, Ort und Hergang.

Sofortdiagnostik:

Häufig Polytrauma, deshalb äußere Inspektion zur Feststellung weiterer Verletzungen (Blutverlust!) notwendig. Schocksymptomatik? Atemstörung? Periphere Verlegung der Atemwege durch zurückfallende Zunge oder Aspiration: Patient ringt

nach Luft. Zentrale Atemstörungen (Hyperventilation, Hypoventilation): Atemexkursionen mühelos.

Neurologischer Befund: orientierende Untersuchung, ob Seitendifferenz vorliegt (s. o.). Augen: beiderseits reagierende Pupillen: keine unmittelbare Gefahr. Beiderseits lichtstarre Pupillen: meistens Hinweis auf schwerste zerebrale Läsion mit primär schlechter Prognose, schwere Stammhirnläsion. Pupillendifferenz: dringender Verdacht auf raumforderndes Intrakranielles Hämatom. Prüfen der Reaktionslage: Anrufen, Setzen abgestufter sensibler Reize durch seitengegrenztes Kneifen supra-klavikulär zur Differenzierung des Schweregrades der Bewußtseinsstörung. Ausmaß und Art der folgenden Reaktion seitengegrenzt beschreiben und schriftlich fixieren (z. B. gezielte oder ungezielte Abwehrreaktion, Anbeugen der Arme, Streckreaktion, keine Reaktion). Meningismus?

**Therapeutische
Sofortmaßnahmen:**

Atemwege freimachen, Güdel-Tubus oder Intubation. Eventuell Beatmung. Versorgen stark blutender Wunden. Stabile Seitlagerung. Infusion mit Plasmaexpander (Rheomakrodex). Autotransfusion durch Hochlagerung der Beine. Sofort: 10–20 mg Dexamethason i. V. Bei starker Unruhe, bei spontaner Streckreaktion und bei zerebralen Krämpfen 5–10 mg Valium i. V. (Eventuell Atemdepression beachten).

**Indikation für die
sofortige Über-
weisung zum ent-
sprechenden Fach-
arzt bzw.
in die Klinik:**

In jedem Fall rascher Transport in das nächste Krankenhaus, möglichst mit ärztlicher Überwachung. Erstbefund kurz schriftlich fixieren und mitgeben.

**Zusätzliche
Maßnahmen bzw.
Anordnungen:**

Schienen von Frakturen. Bei Verdacht auf Wirbelsäulenverletzung Lagerung und Transport sorgfältig überwachen (cave zervikale Frakturen).

**Differential-
diagnostische und
andere
Erörterungen:**

Differentialdiagnostische Schwierigkeiten:

1. Abgrenzung Alkohol- oder Drogeneinfluß gegenüber Hirntraumafolgen.
2. Anfälle, Apoplexien, Subarachnoidalblutungen, Herz-Kreislauf-Versagen können Unfallursache sein und ein Trauma bedingen oder einen Unfall vortäuschen.
3. Bei sekundärer Verschlechterung stets dringender Verdacht auf raumfordernde Blutung (z. B.: Patient wird morgens ohne Kenntnis eines Traumas bewußtlos im Bett aufgefunden). Cave „Diagnose“: „Patient schläft Rausch aus“.

Vordringliche Therapie beim schweren Schädel-Hirn-Trauma: Erhaltung vitaler Funktionen. Ineffiziente Atmung oder schlechte Kreislaufverhältnisse vergrößern das Ausmaß der primären Hirnschädigung. Aspirationsgefahr von Mageninhalt ist beim bewußtlosen Hirnverletzten groß. Länger haltender Schock beim Hirntrauma ungewöhnlich: dringender Verdacht auf zusätzliche innere oder äußere Verletzungen (Thorax- und Herzkontusion, Milz-, Nieren-, Leberrupturen, Frakturen mit erheblichem Blutverlust in die Muskulatur). Die Klinik des leichten Schädel-Hirn-Traumas (Commotio) mit kurzfristiger Bewußtseinsstörung, vegetativer Dysregulation und gewöhnlich ohne neurologische Ausfälle ist bekannt. Eine ärztlich gesteuerte Überwachung über etwa 24 Stunden ist wegen der Möglichkeit einer späteren raumfordernden Blutung grundsätzlich indiziert.

Im Zweifelsfall telefonischer Kontakt mit Spezialklinik (Neurochirurgie, Neurologie).

Leitsymptom: Atemnot

Der Notfall: Zentrale Atemnot

bearbeitet von Professor Dr. K. Hutschenreuter

Symptomatik:

1. **Dyspnoe.** Subjektiv – bei erhaltenem Bewußtsein –: Lufthunger, Beklemmungsgefühl, Unruhe. Objektiv: laborierte Atmung mit maximaler Anstrengung der Atem- und Atemhilfsmuskulatur, gesteigerter Frequenz, eventuell auch gestörtem Rhythmus und paradoxen Thoraxbewegungen.
2. **Zyanose.** Voraussetzung: mindestens 5 g% reduziertes Hb im Kapillarblut. Bei Anämien mit weniger als 5 g% Gesamt-Hb Zyanose trotz schwerster Hypoxie oder gar Anoxie unmöglich!
3. **Kreislaufzeichen.**
 - a) Pulsfrequenz. Zunächst reflektorische Tachykardie zur Steigerung des Herzzeitvolumens, später durch hypoxiebedingten zentralen Vagusreiz Bradykardie, Herzblock und Herzstillstand.
 - b) Blutdruck. Anfangs Anstieg, ausgelöst durch Hyperkapnie und gleichzeitige Adrenalinausschüttung, schließlich Abfall als Ausdruck zunehmenden Kreislaufversagens.
4. **Pupillenveränderungen.** Schwerer O₂-Mangel lähmt den M. constrictor pupillae: Mydriasis; zudem Verlust der Pupillenreaktion auf Lichteinfall bis zur Pupillenstarre.
5. **Zerebrale Symptome.** Angst, gesteigerte Motorik, Verwirrtheit, zunehmende Bewußtseinstrübung (Somnolenz, Sopor) bis zum Bewußtseinsverlust (Koma).

Anamnese:

1. **Unfallverletzungen** (Straßenverkehr, Betrieb, Haushalt, Sport). Hinweise aus der Umgebung (Zeugen) und Aufschlüsse aus eindeutig nachweisbaren Verletzungsfolgen.
2. **Erkrankungen.** Befragen des Patienten selbst und seiner Angehörigen über frühere oder bestehende Krankheiten, z. B. Hochdruck, Gefäßerkrankungen, Apoplexie, Anfallsleiden, Stoffwechselstörungen (Diabetes?), Tumorleiden (Metastasen?), Infektionskrankheiten (Enzephalitis), Bewußtseinsveränderungen.
3. **Vergiftungen.** Asservierung von Giftesten, Erbrochenem und Urin.

Sofortdiagnostik:

Erster Grundsatz: Mit Hilfe von Inspektion, Palpation und Auskultation feststellen, ob der Patient (genügend) atmet.
Atembewegungen (Brustkorb, Bauch/Zwerchfell, Hilfsmuskulatur)?
Aussehen (rosig, blaß, zyanotisch)?
Atemgeräusche (rasselnd, ziehend, schnarchend)?

Zweiter Grundsatz: Bei unzureichender oder gar sistierender Atmung hat die Therapie (künstliche Beatmung!) absoluten Vorrang vor weiterer diagnostischer Abklärung!

Therapeutische Sofortmaßnahmen:

Oberstes Gebot ist die Aufrechterhaltung oder Wiederherstellung vitaler Funktionen! Deshalb kommt den Sofortmaßnahmen zur Beseitigung einer akuten Elementargefährdung die führende Rolle zu. Dabei ist das Primat der Atmung unbestritten und der Zeitfaktor von ganz entscheidender Bedeutung (Anoxietoleranz des menschlichen Gehirnes und damit auch die Chance auf eine erfolgreiche Wiederbelebung auf drei bis maximal fünf Minuten begrenzt).

Zur Beseitigung akuter und bedrohlicher Atemstörungen sind im wesentlichen **drei Aufgaben** zu erfüllen:

1. Die Luftwege schnell freizumachen,
2. die Atemwege auch auf Dauer offenzuhalten und
3. erforderlichenfalls unverzüglich künstliche Beatmung einzuleiten und aufrechtzuhalten.

Freimachen und Freihalten der Luftwege:

- a) Ohne technische Hilfsmittel. Starke Zurücknahme des Kopfes in den Nacken, Vorhalten des Unterkiefers (Handgriff nach v. Esmarch-Heiberg), stabile Seitenlage, eventuell Reinigung von Mund und Rachen durch Auswischen mit den Fingern.
- b) Mit technischen Hilfsmitteln. Einführen eines Mund- oder Nasen-Rachen-Tubus, Beseitigung einer Kiefersperre mit kräftigem Holzspatel, Entfernen von Fremdmaterial (Blut, Speichel, Schleim, Erbrochenem) aus Mund und Rachen mit geeigneter Absaugvorrichtung, – falls entsprechendes Instrumentarium zur Hand – transglottisches Absaugen unter laryngoskopischer Sicht.

Künstliche Beatmung:

- a) Ohne technische Hilfsmittel. Atemspende (Mund-zu-Nase- oder Mund-zu-Mund-Beatmung); wenn nicht durchführbar (z. B. schwere Gesichtszertrümmerung) manuelle Thoraxkompressionen mit oder ohne Armzug (z. B. Sylvester, Thompson, Holger-Nielsen, Schäfer).
- b) Mit technischen Hilfsmitteln. Indirekte Mund-zu-Mund-Beatmung über Zwillings-tubus oder Orotubus, manuelle Beatmung mit Atembeutel über Maske (oder Endotrachealtubus). Auf dem Transport möglichst Beatmung mit Gerät unter Zusatz von Sauerstoff.

Indikation für sofortige Klinikeinweisung:

Jede zentrale Atemnot, welche mit einfachen Mitteln nicht sogleich und dauerhaft beseitigt werden kann.

Zusätzliche Maßnahmen bzw. Anordnungen:

Im Vergleich zu den bereits angeführten Maßnahmen nur von relativ untergeordneter Bedeutung, wie z. B.

i. v. Injektion von 20 mg (oder auch mehr) Furosemid (Lasix) zur Hirnödem-Prophylaxe und -Therapie oder bei zentralem Lungenödem,
langsame i. v. Injektion von ca. 10 mg Diazepam (Valium) bei motorischer Unruhe, insbesondere aggressiven Alkoholvergifteten.

Differential- diagnostische und andere Erwägungen:

Bei jedem bewußtlosen Patienten und bestimmten Verletzungen (Thoraxtraumen) sowie hirnanorganischen Erkrankungen muß stets mit Atemstörungen gerechnet werden. Besonders asphyxiegefährdet sind Kranke oder Verletzte, bei denen sowohl eine primär zentralbedingte Atemnot besteht als auch die Möglichkeit einer mechanischen Luftwegverlegung gegeben ist.