



Fortbildung in Stichwörtern nach Leitsymptomen

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

Leitsymptom: Blutung

Der Notfall: Blutung aus Speiseröhre und Magen

bearbeitet von Professor Dr. P. G. Scheurlen

Symptomatik:

Hämatemesis-Bluterbrechen (rotes Blut oder Blutkoagula bzw. „Kaffeesatz“-Erbrechen). Blässe, feuchte kalte Haut, Schwäche, Tachykardie, Tachypnoe, Durst – als Zeichen der Hypotonie und Hypovolämie. Stuhl drang. Teerstühle nach fünf bis zehn Stunden bzw. früher bei großer Blutung (über 300 ml), dann auch breiige Teerstühle.

Anamnese:

Ösophagusvarizenblutung: Leberzirrhose bzw. portaler Hochdruck (Palpationsbefund, verstärkte Venenzeichnung, Leberhautzeichen, Aszites, Ödemneigung; anamnestische Angaben über Hepatitis oder verstärkten Alkoholkonsum.

Magen- bzw. Duodenalulkus: Saisonabhängige Beschwerden. Angaben über frühere Ulkuserkrankungen oder „gastritische“ Beschwerden. Typische Schmerzanamnese, z. B. Nüchternschmerz. Schmerzen lassen oft nach, wenn eine Blutung eingetreten ist. Medikamentenanamnese (Steroide, Butazolidin, Marcumar u. ä.).

Frühere Magenoperationen: Anastomosenulkus.

Ösophagitis: Refluxschmerzen, retrosternales Sodbrennen.

Gastritis erosiva: Alkoholabusus, Stress, zerebrale Insulte.

Mallory-Weiss-Syndrom: Schleimhauteinrisse des unteren Ösophagus und der Kardie nach starkem Erbrechen.

Magenkarzinom: Widerwillen gegen Fleisch, Gewichtsabnahme, „gastritische“ Beschwerden.

Sofortdiagnostik:

Überwachung von Blutdruck, Puls, Atmung, Urinausscheidung. Anamnestische und klinische Feststellung von Leber- bzw. Magenerkrankungen.

**Therapeutische
Sofortmaßnahmen:**

Labor: Hämatokrit, Hämoglobin (initial oft normale Werte, daher mehrfache Kontrollen innerhalb der ersten 12 bis 24 Stunden). Wenn möglich Notfall-Ösophago-Gastro-Duodenoskopie nach Stabilisierung des Kreislaufes. Die Röntgenuntersuchung ist demgegenüber von untergeordneter Bedeutung und weniger zuverlässig. Angiographische Untersuchungen nur in entsprechend eingerichteten Krankenhäusern möglich.

Volumensubstitution: Plasmaexpander z. B. *Macrodex* 500 bis 1000 ml. Blutentnahme für die Blutgruppenbestimmung. Kontaktaufnahme mit dem später hinzuzuziehenden Chirurgen.

Ösophagusvarizenblutung: Sengstaken-Sonde, unter Umständen auch diagnostisch verwertbar. Verabreichung von *Vasopressin*: 20 E innerhalb 20 Minuten in 200 ml Glucose infundieren (führt zu vorübergehender Blässe).

Magensondierung mit weichem Schlauch zur Entfernung von Blut und Koageln aus dem Magen; Spülung mit Eiswasser, das aber nur vorübergehend zur Blutstillung geeignet ist. Kontrolle weiterer Blutungen durch die liegende Sonde.

Bluttransfusion zur Restitution des Hämoglobins bis auf etwa 10 bis 12 g⁰/₁₀₀.

Lagerung des Patienten im Schock flach, wenn kein Schock besteht, mit leicht erhöhtem Oberkörper.

Sedierung (5 bis 10 mg *Valium* i. m. o. ä. unter Beachtung der Kreislaufsituation).

Nahrungskarenz.

Hämostyptika im allgemeinen ohne Erfolg.

**Indikationen für die
Überweisung zum
Facharzt
oder in die Klinik:**

Bei schweren Blutungen ist der Chirurg möglichst frühzeitig zu benachrichtigen.

Die Klinikeinweisung ist notwendig, wenn ein schwerer Schock bei perakuter Blutung vorliegt, wenn der Schock nicht zu beheben ist oder wenn innerhalb kurzer Zeit erneute Blutungsrezidive eintreten, besonders bei arteriellen Blutungen. Während des Transportes in die Klinik ist die Volumensubstitution fortzusetzen.

Die Klinikeinweisung ist auch notwendig, wenn eine geeignete Volumensubstitution oder das Einlegen von Sonden nicht möglich sind.

**Differential-
diagnostische und
andere
Erörterungen:**

Große, schwallartige Blutungen und Bluterbrechen treten meist bei Ösophagusvarizenblutungen und bei arteriellen Blutungen aus Ulzera bzw. Karzinomen ein. Meist schwächere Blutungen mit relativ starkem Erbrechen werden bei erosiver Gastritis und besonders beim Mallory-Weiss-Syndrom (meist kapilläre Blutung) beobachtet. Bei den differentialdiagnostischen Überlegungen ist wichtig, daß in der Häufigkeit, Ulcus duodeni, Ösophagusvarizenblutung, erosive Gastritis und Ulcus ventriculi häufiger, Mallory-Weiss-Syndrom und Karzinom relativ seltener zu ernsthaften Blutungskomplikationen führen.

Bei jeder Blutung ist daran zu denken, daß auch Blutungen aus dem Nasenrachenraum zu Bluterbrechen und kaffeesatzartigem Erbrechen führen können.

Aus dem Magen stammendes Blut riecht säuerlich und ist oft mit Nahrungsresten vermischt.

Eine Pseudo-Hämatemesis, d. h. Erbrechen rötlich gefärbter Nahrungsbestandteile, kann nach Genuß von Heidelbeeren, Rotwein, Rote Beete und Kirschen auftreten.

Leitsymptom: Atemnot

Der Notfall: Atemnot bei respiratorischer Insuffizienz I: mit Bronchialobstruktion

bearbeitet von Professor Dr. F. Trendelenburg, Dr. H. Abel

Symptomatik:

Führendes Symptom ist die **Dyspnoe**, verursacht durch **Obstruktion** der unteren Atemwege, die durch kurze **Anamnese** und **Untersuchung** sichergestellt werden muß.

Anamnese:

Zunächst müssen **verschiedene Krankheiten**, die ebenfalls zur Dyspnoe führen, mit einer **schematischen Kurzanamnese ausgeschlossen** bzw. geklärt werden:

1. Plötzlicher Beginn der Atemnot (Embolie?, kardial?) oder allmählicher Beginn (respiratorische Insuffizienz?)
2. Atemnot seit weniger oder mehr als zwei Stunden?
3. Beginn der Atemnot mit Schmerzen? Wo? (kardial? pleural? Pneumonie?)
4. Krampfadem (Embolie?)
5. Operation oder Unfall kürzlich durchgemacht (Embolie?)
6. Früher Milchschorf, juckende Hautausschläge, Heuschnupfen oder andere Allergien?
7. In der Jugend oder später ähnliche Anfälle von Atemnot ohne vorherige Anstrengung (Asthma?)
8. Kurzatmigkeit regelmäßig beim Treppensteigen oder auch bei langsamem Gehen (chronische Bronchitis? Emphysem?)
9. Öfter grün-gelblicher Auswurf? mit Fieber? Blutbeimengung? (Infekte o. a.?)
10. Krankheiten an Lunge, Herz, Niere, Leber oder Magen?
11. Erhöhter Blutdruck?
12. Einnahme von Herzmitteln, Antibiotika oder Hormonpräparaten (Corticosterolde)?

Sofortdiagnostik:

Klinisch: Sicherstellung der bekannten **Zeichen** der vorwiegend **expiratorischen Dyspnoe**. **Auskultatorisch** Giemen und Pfeifen, eventuell auch Rasselgeräusche. Atemgeräusch abgeschwächt (Emphysem), in malignen Fällen aufgehoben, bei Pneumonien bronchiale Zyanose (Hypoxämie); in schweren Fällen Verwirrung, Somnolenz, Schweiß, Tremor (Verdacht auf Hyperkapnie), Halsvenenstauung, Hepatomegalie, periphere Ödeme (Rechtsherzinsuffizienz).

Apparativ: Im **EKG** oft Zeichen der Rechtsherzbelastung (P-pulmonale, Rechtsdrehung der Herzachse, S-Zacken bis V₆). **Röntgen** (wenn möglich): Zeichen der Lungenvergrößerung, eventuell pneumonische Infiltrate.

Therapeutische Sofortmaßnahmen:

Vor Klinikeinweisung:

1. **Aminophyllin** (*Euphyllin*) 0,12 bis 0,24 g langsam i. v.
2. **Corticosterolde** 80 bis 100 mg *Prednisolon-Äquivalent* i. v. (z. B. *Urbason*, *Solu-Decortin-H*), in jedem Fall bei schon vorheriger Steroidbehandlung.
3. Bei starker **Unruhe** cave sedierende Medikamente (*Opiate*, *Barbiturate*, *Valium*) wegen Atemdepression. Besser Klinikeinweisung, Intubations- und Beatmungsmöglichkeit. Allenfalls 25 bis 50 mg *Atosil*.
4. **Digoxin** i. v. 0,2 bis 0,4 mg (z. B. *Lanicor* oder *Lanitop*) je nach kardialer Insuffizienz und Berücksichtigung einer Vor-Digitalisierung. Beta-Blocker (*Visken*, *Dociton*) wegen Gefahr der Bronchokonstriktion kontraindiziert.
5. **Sauerstoffgabe:** Bei schwerer respiratorischer Insuffizienz Gefahr der Atemdepression wegen konsekutiv verminderter Kohlensäure-Abatmung. In der Praxis Sauerstoffgabe (2 bis 3 l/min über Nasensonde) nur bei schwerer Hypoxämie mit kardialen Risiko. Sonst nur während des Krankentransportes und in der Klinik mit Beatmungsmöglichkeit.

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

Zusätzliche Maßnahmen (nur wenn keine Klinik-einweisung):

Differentialdiagnostische Erwägungen:

Wenn voraussichtlich keine Klinikeinweisung:

6. **Beta-Stimulantien:** Dosier-Aerosole (z. B. *Berotec*, *Sultanol*) nur bei leichteren Atemnotfällen; im Status asthmaticus erst, wenn die schwere Obstruktion sich löst. Versuch mit parenteraler Gabe (*Bricanyl* 0,5 mg s. c.), auf Tachykardie und Rhythmusstörung achten.
7. **Sekretolyse** (z. B. 2 Ampullen *Bisolvon* i. v.), dazu Dampf-inhalation und reichliche Flüssigkeitszufuhr (außer bei dekompensiertem Cor pulmonale).
8. **Antibakterielle Chemotherapie** mit Breitbandmitteln (z. B. 2 x 1 Ampulle *Vibramenös*, 2 x 1 g *Ampicillin* i. v. tgl.).

1. **Status asthmaticus**, d. h. jeder Asthmaanfall, der sich unter obiger Therapie nicht rasch bessert oder sich gar verschlechtert.
2. **Bewußtseinsstörungen** (Verwirrtheit, Somnolenz) mit Verdacht auf Kohlensäure-Narkose.
3. **Dekompensiertes Cor pulmonale**.
4. **Schwere Hypoxämie** und **Nachlassen der Ventilation**.

Notizen über verabfolgte Behandlung mitgeben!

Transport möglichst unter fachkundiger Begleitung!

Patient und Angehörige beruhigen. **Rezidivprophylaxe** durch **kausale** Behandlung (Absetzen des Rauchens, Antigen-Karenz oder -Desensibilisierung, Meiden physikalischer oder chemischer Atemwegsnoxen) oder **symptomatische** Therapie (intensive Chemotherapie von Infektschüben, Inhalationsbehandlung mit Dosier-Aerosolen, Expektorantien, Atemgymnastik, Behandlung des Cor pulmonale, eventuell ambulante Respirator-Behandlung).

Einer akuten respiratorischen Insuffizienz liegen folgende Krankheiten am häufigsten zugrunde:

1. **Chronische obstruktive Bronchitis** mit oder ohne Emphysem: chronischer Husten und Auswurf, allmählicher Beginn und Steigerung einer Belastungsdyspnoe mit oder ohne Anfälle akuter Atemnot. Meist Raucher, Infektschübe.
2. **Allergisches Asthma** (relativ akuter Beginn, Allergianamnese, meist Beginn in den ersten zwei Lebensjahrzehnten, nachweisbare Allergenexposition).
3. **Nicht-allergisches Asthma** (physikalische, chemische, psychische Stimulantien), **Infektasthma** (genuine oder überlagernde Infekte), Beginn eher in mittleren Lebensjahren mit allmählicher Steigerung.
4. **Das chronische Cor pulmonale** ist, wie schon der Name sagt, keine selbständige kardiale Krankheit, sondern pulmonal verursacht. Die Therapie richtet sich daher immer auf die pulmonale Grundkrankheit und nur symptomatisch auf die kardiale Störung. Digitalisierung wegen Hypoxämie vorsichtig, die meist irreversible Tachykardie ist kein Anhaltspunkt für fehlende Digitalis-Wirkung.

Mit der eingangs erwähnten **Kurzanamnese** und **orientierenden Untersuchung** müssen folgende Krankheiten ausgeschlossen werden:

1. **Stenosierung der oberen Luftwege** (s. Beitrag „Stenoseatmung“): in- oder auch expiratorischer Stridor, eventuell Heiserkeit, keine periphere Bronchialobstruktion.
2. **Asthma cardiale** (s. Beitrag „Atemnot bei kardialer Insuffizienz“): häufig begleitende Bronchialobstruktion, anamnestisch Hypertonie, Herzfehler, koronare Herzkrankheit.
3. **Lungenembolie** (s. Beitrag „Atemnot II“): oft auch reaktive Bronchialobstruktion, Beginn besonders akut, Pleuraschmerz, schwere bis schwerste Dyspnoe bei relativ freien Atemwegen, Tachykardie, Varizen, kürzlich durchgemachte Operation usw.
4. **Pneumothorax** (s. Beitrag „Atemnot II“): nicht immer körperliche Belastung vorangegangen, einseitiger physikalischer Befund (abgeschwächtes Atemgeräusch bei hypersonorem Klopfeschall), Diagnose bei gleichzeitigem Emphysem schwierig.
5. **Reizgasinhalation** mit nachfolgendem Bronchialasthma anamnestisch erfahrbar.

Leitsymptom: Blutung

Der Notfall: Blutung aus dem Nasenrachenraum, Mundhöhle-Rachen, Kehlkopf

bearbeitet von Dr. F. C. Loch

Symptomatik:

Wechselnd starke Blutung (hellrot) aus Mund und/oder auch aus der Nase, blasses Aussehen, Präkollaps, bei stärkerer und länger anhaltender Blutung teilweise bedrohliche Kreislaufsituation.

Anamnese:

Operative Behandlung wie ambulant durchgeführte Abtragung der hypertrophen Rachenmandel (Adenotomie),
Inzision eines Peritonsillarabszesses, Zahnextraktion,
Zustand nach vor kurzer Zeit durchgeführter Entfernung der Gaumenmandeln (Tonsillektomie), vorhergegangene Tumorbehandlung,
hämorrhagische Diathese,
Marcumar-Behandlung.

Sofortdiagnostik:

Inspektion des Rachens, die Spiegelung des Nasenrachenraumes (Postrhinoskopie) dürfte am Krankenbett nur in den seltensten Fällen möglich sein,
Prüfung der Luftdurchgängigkeit jedes Nasenloches einzeln (jeweils Zuhalten einer Seite),
Blutdruckmessung, Pulskontrolle,
Aussehen bzw. Allgemeinzustand des Patienten („Tumorfazies“).

Therapeutische Sofortmaßnahmen:

Oberkörper hochlagern (nicht flach hinlegen!),
Eisbeutel oder kalte Umschläge auf Nacken oder Stirn (reflektorische Kontraktion der Gefäße),
bei Zustand nach Inzision eines Peritonsillarabszesses bzw. nach Zahnextraktion Einlegen eines 1 bis 2 cm breiten Tamponadestreifens, bei Blutung aus einer

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

Zusätzliche Maßnahmen bzw. Anordnungen:

Differentialdiagnostische und andere Erörterungen:

Tonsillektomiewunde Versuch der Blutstillung mit zeitweiliger Druckkompression mittels Stieltupfer, getränkt mit lokal wirkenden, blutstillenden Mitteln (z. B. *Topostasin*) bzw. Versuch des Betupfens der blutenden Stelle mit dem oberflächlich ätzenden Mittel „*Albothyl*“ – ein Stieltupfer mit 2 bis 3 ccm – nicht zu viel – für 20 bis 30 sec auf die blutende Stelle drücken – die anschließend auftretende schmutzig-graue Verfärbung des Wundgebietes ist Ätzfolge und am nächsten Tage wieder verschwunden. Nur bei mäßiger Blutung sinnvoll!

Injektionen von Hämostyptika (z. B. i.v. oder i.m. *Orgastypin*, *Anvitoff*, *Revici*, *Clauden*, nur i.v. z. B. *Tachostyptan*, *Cyklokapron*, *Presomen* und *Calcium*);

Konaktion bei *Marcumar*-Patienten, gegebenenfalls Kreislaufstützung und Kreislaufauffüllung (Infusion mit Plasmaexpander).

Schwere Blutung mit großem Blutverlust,
nicht sichere Lokalisation der Blutung,
bei Zustand nach Adenotomie, weil hier meist ein stehengebliebener Rest adenoider Wucherungen Ursache der Blutung ist und eine Nachoperation erst zur endgültigen Bereinigung der Komplikation führt,
reduzierter Allgemeinzustand.

Beruhigung der Angehörigen, insbesondere über die Stärke des Blutverlustes,
gegebenenfalls Hinweis auf die Notwendigkeit der Weiterbehandlung durch einen Facharzt,
eventuell allgemeine robrierende Maßnahmen und Behandlung der Grundkrankheit bzw. Einleitung von Maßnahmen zur Abklärung derselben.

Hustenreiz oder Husten deutet auf eine primäre Blutung aus dem Bronchialbaum bzw. einen primären pulmonalen Prozeß hin; durch Hochhusten von Blut in den Nasenrachenraum kann Blutung aus der Nase bzw. aus dem hinteren Nasenabschnitt vorgetauscht werden.

Von den Nachblutungen nach Tonsillektomie ist meist nur die Frühblutung in der Regel so stark, daß eine bedrohliche Situation entsteht.

Blutungen nach der Krankenhausentlassung nach meistens achttägigem stationären Aufenthalt, die bei der Abstoßung des weißlichen Wundbelages entstehen können, verlaufen oft harmlos.

Nachblutungen nach Adenotomien werden immer seltener, nachdem heute in den meisten Fällen auch diese Operationen unter stationären Bedingungen in Intubationsnarkose durchgeführt werden.

Aufgrund der zunehmenden Zahl der Tumoren im Bereich der Nase, der Nasennebenhöhlen, des Nasenrachenraumes, der Tonsillen und des Kehlkopfes, die entweder – und – oder operiert oder mit Strahlen behandelt wurden, muß man besonders bei älteren Menschen vermehrt an diese Ursache von Blutungen denken, wobei der fortschreitende Zerfall der Tumoren zu Arrosionsblutungen führt, die das Ende meist beschleunigen.



Bayerisches Ärzteblatt

Mit amtlichen Mitteilungen der Ministerien, der Bayerischen Landesärztekammer und der Kassenärztlichen Vereinigung Bayerns

Herausgegeben von der Bayerischen Landesärztekammer

Nummer 4

Zur Kenntnis genommen:

Im Januarheft des „Bayerischen Ärzteblattes“ berichtete ich über die konstituierende Sitzung der Konzentrierten Aktion im Gesundheitswesen, die kurz vor Weihnachten stattgefunden hatte. Die erste Arbeitssitzung dieses Gremiums liegt nun hinter uns. Es ging diesmal um die Beratung von Orientierungsdaten und Empfehlungen für Wachstum und Begrenzung der Ausgaben der gesetzlichen Krankenversicherung. Bundesarbeitsminister Dr. Ehrenberg wies einleitend darauf hin, daß es die Aufgabe der Konzentrierten Aktion sei, die Kostenbremse zu gewährleisten. Gesundheit dürfe nicht immer größere Anteile des Volkseinkommens in Anspruch nehmen. Das Ziel sei Beitragsstabilität. Der Bundesarbeitsminister betonte, daß dies eine moderne ärztliche Versorgung nach seiner Meinung nicht ausschließe. Beides – also Beitragsstabilität und moderne ärztliche Versorgung – sei gleichgewichtig. Ehrenberg äußerte seine Zweifel an der Effizienz des Gesundheitswesens und am Nutzen der Hochleistungsmedizin, ohne darauf näher einzugehen. An einer Diskussion dieser Grundsatzfragen war an diesem Tag offensichtlich niemand gelegen. Es sollte je über Ausgaben und ihre Begrenzung gesprochen werden.

Die Ergebnisse der Beratung wurden inzwischen bekanntgegeben. Für die Veränderung der kassenärztlichen Gesamtvergütung ab 1. Juli 1978 für ein Jahr wurde eine Erhöhung um 5,5 Prozent je Versicherten empfohlen. Diese Prozentzahl haben die Verbände der gesetzlichen Krankenversicherung einvernehmlich mit der Kassenärztlichen Bundesvereinigung vorgeschlagen. Beide Seiten hatten sich schon im Vorfeld darüber geeinigt. Man geht davon aus, daß im genannten Zeitraum eine Erweiterung des Leistungsumfanges um rund drei Prozent eintreten wird, so daß für eine Erhöhung der Vergütung ärztlicher Leistungen ein Satz von 2,5 Prozent verbleiben würde.

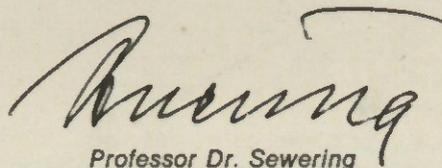
Auch zwischen der pharmazeutischen Industrie, den Krankenkassenverbänden und der Kassenärztlichen Bundesvereinigung wurde schon vor der Sitzung eine Übereinkunft über die Steigerung des Arzneimittelhöchstpreises erzielt. Im zweiten Halbjahr 1978 sollen die Ausgaben für Arzneimittel um nicht mehr als 3,5 Prozent gegenüber der Hälfte der Gesamtausgaben im Jahre 1977 ansteigen. Dieser Vorschlag wurde als Empfehlung der Konzentrierten Aktion übernommen.

Zwischen den Vertretern der Zahnärzte und den Verbänden der gesetzlichen Krankenversicherung war noch keine Absprache erfolgt. In der Diskussion zeigten sich deutliche Meinungsunterschiede darüber, ob bei der zahnärztlichen Versorgung eine Ausweitung des Leistungsumfanges angenommen werden muß. Eine Einigung darüber konnte nicht erzielt werden. Einer Empfehlung, die kassenärztliche Gesamtvergütung unter der Voraussetzung, daß keine wesentlichen Veränderungen der Leistungsmenge eintreten, um 2,5 Prozent zu erhöhen, konnten deshalb die Vertreter der Kassenzahnärzte noch nicht zustimmen. Damit ist die Empfehlung zunächst nicht wirksam geworden.

Als letztes wendete man sich den Kosten der Krankenhausbehandlung zu. Darüber gab es erwartungsgemäß eine lange Debatte. Es wurde einerseits die Auffassung vertreten, daß man die Kosten der Krankenhausbehandlung nicht ausklammern könne, weil sie je schließlich der mit Abstand größte Ausgabenposten der Krankenkassen sind. Die Krankenträger wiesen darauf hin, daß ihre Kosten weitgehend fremdbestimmt seien – z. B. die Personalkosten, welche allein 75 Prozent der Ausgaben der Krankenhäuser verursachen. Darüber hinaus meinten sie geltend, daß das Krankenhaustarifierungsgesetz den kostendeckenden Pflegesatz vorschreibe. Es sei deshalb nicht möglich, eine Zahl über den prozentualen Anstieg der Ausgaben für stationäre Behandlung zu beschließen. Es kam schließlich zu einem Kompromißbeschuß, der keine Steigerungszahl enthält, aber zum Ausdruck bringt, daß die Konzentrierte Aktion von der Erwartung ausgehe, die Einnahmementwicklung der gesetzlichen Krankenversicherung werde ausreichen, um die Krankenhäuser in die Lage zu versetzen, ihre Aufgaben voll zu erfüllen und ihre Leistungsfähigkeit unter Beachtung des medizinischen Fortschritts weiter auszubauen.

Schließlich wurde noch in einem Beschluß zum Ausdruck gebracht, daß sich auch die Ausgaben für die sonstigen Bereiche der gesundheitlichen Versorgung, insbesondere für Heil- und Hilfsmittel sowie für die Herstellung von Zahnersatz und Zahnkronen, im Rahmen der Ausgabenzuwächse der anderen Bereiche halten sollen. An alle Beteiligten, auch die in der gesetzlichen Krankenversicherung Versicherten, wurde der Appell gerichtet, zu weiterem kosten- und gesundheitsbewußten Verhalten beizutragen und damit Beitragsstabilität für 1978 zu sichern. Auch Bund, Länder und Gemeinden müßten hierzu beitragen.

Die Träger der gesetzlichen Krankenversicherung und der Arbeitsminister konnten nach dieser Sitzung zufrieden nach Hause gehen. Für die Vertragspartner der Krankenkassen ergeben sich viele Fragen, über die nachgedacht werden muß. Betrachten wir kurz unsere eigene Situation: Die Kassenärzte haben wiederholt erklärt, daß sie bereit sind, einer verschlechterten Wirtschaftslage Rechnung zu tragen. Die Honorarvereinbarungen für 1976 und 1977 mit einer Begrenzung des Honorarzuwachses und Leistungsumfanges machen dies deutlich. Die nunmehr empfohlene Begrenzung für Honorar- und Leistungsumfang auf nur 5,5 Prozent bis Mitte 1979 erfordert weitere Verzichte. Selbst wenn die Annahme zutreffen sollte, daß in der vereinbarten und empfohlenen Steigerungszahl eine Honorarerhöhung um 2,5 Prozent enthalten sein wird, kann nicht übersehen werden, daß wir im gleichen Zeitraum mit einem Kaufkraftverlust rechnen müssen, der von der Bundesregierung in ihrem Jahreswirtschaftsbericht mit 3,5 Prozent veranschlagt wird. Die Einnahmementwicklung der Kassenärzte deckt also nicht einmal den Kaufkraftverlust. Dazu kommt, daß die Risiken aus Morbiditätsschwankungen, unvermeidbaren Leistungsausweitungen und Zunahme der Zahl der Kassenärzte von uns getragen werden müssen. Das muß in besonderen Situationen hingenommen werden. Auf längere Sicht gesehen stellt sich hier aber die Frage nach der Existenzfähigkeit des Kassenerztes. Sie wird verschärft durch eine Nachwuchsschwemme, welcher ein echter Bedarf nicht mehr gegenübersteht. Dies wird ab sofort unser zentrales Thema sein. Hier geht es um Lebensfragen, die nicht nur die freipraktizierenden Ärzte, sondern letztlich alle Arztgruppen betreffen. Ihre Lösung verlangt unsere ganze Kraft.


Professor Dr. Sewering

Das Bronchialkarzinom

von H. B l e h e

Definition

Wir sprechen von einem „Bronchielkarzinom“ und meinen damit auch innerhalb des Lungengewebes gelegene Geschwülste. Es handelt sich um eine Vielfalt von Geschwulstarten. Die Unterscheidung zwischen autochthonen Geschwülsten und Metastasen muß gelegentlich offen bleiben. Ebenso kann die Unterscheidung zwischen primären Geschwülsten der Pleura und der Lunge Schwierigkeiten bereiten. Insgesamt handelt es sich um ein in vielen Dimensionen inhomogenes Substrat, wenn wir vom „Bronchielkarzinom“ sprechen. Der gemeinsame Nenner ist der Sitz im Bereiche der Bronchien und der Lungen.

Zur Epidemiologie

Einen Überblick zur Epidemiologie des Bronchielkarzinoms gibt die Abbildung 1. Die Krebshäufigkeit beim Mann ist etwa zehnmal höher als bei der Frau. Die Abbildung 2 zeigt vergleichend die Häufigkeiten in verschiedenen Industrieländern. In Deutschland ist das Bronchielkarzinom zumeist der häufigste Krebs beim Mann. Für die Gesamtbevölkerung liegt die Mortalität bei über 50

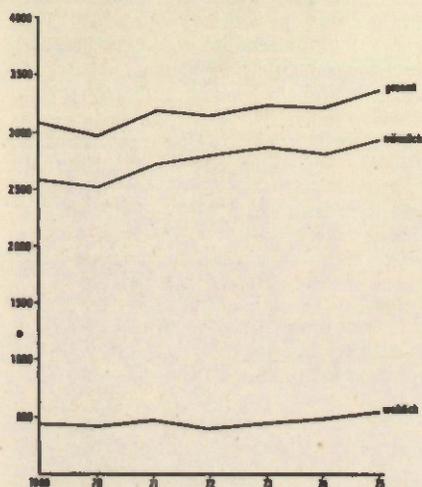


Abbildung 1
Todesfälle an bösartigen Neubildungen der Bronchien und der Lunge in Bayern

auf 100 000 (Abb. 3). Bei Männern über 60 Jahren ist eine Mortalität von 300 bis 400 auf 100 000 zu erwarten; auch da, wo ein sogenanntes Krebsregister besteht. Die Primärdaten sind oft nicht einfach zu gewinnen.

Der Zahlenunterschied zwischen Mann und Frau wird noch grevierender, wenn die Unterschiede in den histologischen Bildern hinzugenommen werden: Bei Frauen überwiegen drüsige Karzinome, beim Mann Plattenepithelkarzinome, kleinzellige Karzinome. Diese Unterschiede lassen darauf schließen, daß bei Frauen nicht selten auch Metastasen zu den „Bronchielkarzinomen“ gezählt werden.

Die Altersverteilung der Mortalität an bösartigen Erkrankungen der Lunge bzw. der Bronchien zeigt die Abbildung 4 (nach Brunner). Die Rechtsverschiebung, die Verschiebung in das höhere Alter, ist ein bemerkenswertes, zumindest weiter beobachtungswürdiges Phänomen.

Ätiologie

Hier etwas Spezielles zum Bronchielkarzinom sagen zu wollen, ist wahrscheinlich nur für einen kleinen Grenzbereich bedeutend. Herausragend ist das Problem „Rauchen und Lungenkrebs“. Daß kein einfaches Verhältnis von Ursache und Wirkung besteht, wird aus dem Verhältnis der Karzinome zwischen Mann und Frau deutlich. 10 : 1 entspricht nicht den Rauchgewohnheiten. Andere Faktoren treten hinzu. Wenn die nicht als exogen mit ausgelöst anzusehenden Adenokarzinome gesondert gewertet werden, verschleibt sich dieses Verhältnis ja in die Gegend von 15 : 1. Immer sollte nach Expositionen gegenüber Arsen, Asbest, Chromaten, Nickel, Isopropyl, Öl, Senfgas, Kohlentee, mineralischen Ölen und radioaktiven Substanzen (Urenbergbau) gefragt werden.

Außer Zweifel steht, daß das Rauchen, das Zigarettenrauchen, einen wichtigen ätiologischen Faktor darstellt.

Zur pathologischen Anatomie

Das Bronchielkarzinom ist durch eine Vielfalt histologischer Bilder gekennzeichnet.

Wir folgen gängigen Vorstellungen, wenn wir unterteilen in

- Plattenepithelkarzinome, verhornend und unverhornend,
- undifferenzierte Karzinome,
- Adenokarzinome,
- nicht differenzierbare Karzinome.

Beim Mann ist das Plattenepithelkarzinom wahrscheinlich die häufigste Form; bei den Frauen undifferenzierte und drüsige Karzinome.

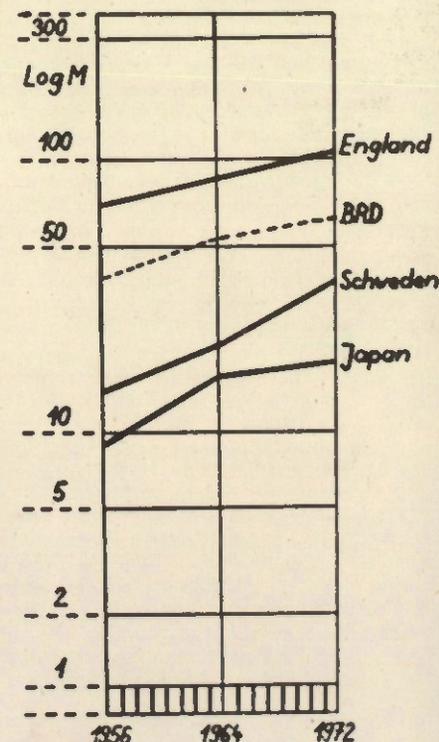


Abbildung 2
Mortalität an Bronchielkarzinom bei Männern in England, in der Bundesrepublik Deutschland, Schweden und Japan

100 000
Bevölkerung

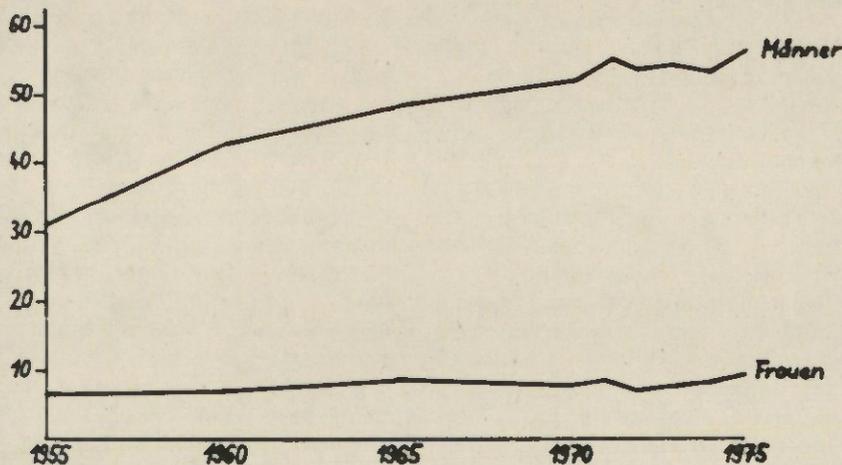


Abbildung 3
Mortalität an Bronchialkarzinom in Bayern von 1955 bis 1975

Als Verständigungsmittel bedienen wir uns des TNM-Systems: T bedeutet den Primärtumor, N die Lymphknoten und M Fernmetastasen. T 1 setzt einen kleinen (nicht über 3 cm) Tumor voraus, der die Grenzen des Organs einhält; unter T 2 ordnen wir größere Tumoren mit Sekundärveränderungen ein; wenn der Tumor die Lungen- oder Bronchusgrenzen verläßt und in die Brustwand, das Zwerchfell oder das Mediastinum und seine Organa eindringt, dann ist er unter T 3 einzureihen. N 1 bedeutet lokale Lymphknotenmetastasen, N 2 mediastinale Metastasen und M 1 beliebige Fernmetastasen.

Aus dieser Einteilung kann man auch Stadien machen, indem Stadium 1 den lokalisierten, gut operablen Tumor umgreift, Stadium 2 größere Tumoren mit lokalen Lymphknotenmetastasen und Stadium 3 große Tumoren mit Lymphknotenmetastasen oder Fernmetastasen.

Diese Einteilungen sind naturgemäß von begrenztem Wert. Die Einreihung hängt von der Zahl der durchgeführten Untersuchungen, von der Untersuchungsmöglichkeit und auch davon ab, ob operiert oder seziiert worden ist oder nicht.

Das gleiche gilt für Angaben zu peripheren oder zentralen Tumoren. Bei Röntgenreihenuntersuchungen etwa ist der periphere Tumor der häufigere. Im unausgelesenen Material sind wohl zentrale Karzinome, der Wirklichkeit entsprechend, die häufigeren.

Die Hauptmetastasierungsorgane sind Knochen, Leber, Hirn, Nebennieren.

Zur Diagnose

Die Diagnose des Bronchialkarzinoms ist schwierig. Die Morphologie der Geschwulst selbst wird sehr oft überlagert durch sekundäre Veränderungen. Die Krankheitszeichen sind unspezifisch. Es gibt keine kennzeichnenden Symptome und oft keine kennzeichnenden Bilder. Dem bunten mikromorphologischen Bild entsprechen makromorphologisch verschiedenartige Bilder. Diese werden weiter geprägt durch sekundäre Veränderungen und Mehrfacherkrankungen. Röntgenologisch ist der periphere Krebs als unregelmäßig sich auffasernder Herd mehr oder weniger charakteristisch. Das zerfallende Karzinom kann eine Tuberkulose vortäuschen. Krebskavernen sind oft nicht von tuberkulösen Kavernen oder Infarktkavernen zu unterscheiden. — Das zentrale Karzinom kann nicht gesehen werden, so lange es endobronchial wächst und so lange keine Verschluß- oder Stenosefolgen bestehen. Segmentatelektasen und Lappenatelektasen sind recht charakteristische Bilder.

Entscheidend ist, daß jede Art von Lungenverschattungen einem Krebs entsprechen kann und entsprechende weitere Untersuchungen veranlaßt werden sollten.

Die klinischen Zeichen und die Röntgenzeichen bilden die Verdachtsmo-

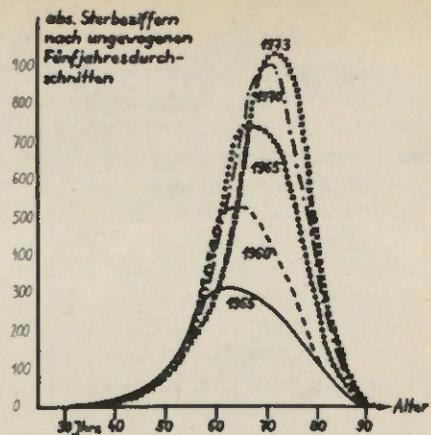


Abbildung 4
Mortalität an bösartigen Erkrankungen der Bronchien und der Lunge in der Bundesrepublik Deutschland nach Altersgruppen

mente für das Vorliegen eines Bronchialkarzinoms. Dabei spielt die Bewertung der Gesamtkonstellation für die größere oder geringere Wahrscheinlichkeit des Vorliegens einer krebsigen Erkrankung eine Rolle. Geschlecht, Alter, Exposition und etwaige Allgemeinzeichen werden jeweils selbstverständlich in die Überlegungen mit einbezogen.

Im allgemeinen ist durch ein negatives Röntgenbild der Verdacht nicht völlig entkräftet, wenn andere Indizien vorliegen. Gleichzeitig mit zytologischen Untersuchungen folgt die Bronchoskopie. Die Untersuchung mit Prismenoptiken schafft einen guten Überblick, bietet gute Lokalisierungsmöglichkeiten und bietet auch gute Bedingungen für zusätzliche instrumentelle Untersuchungen. Der Gebrauch der Fiberoptik kann manchmal nützlich sein. Die Makromorphologie der endobronchialen Geschwülste ist vielfältig: Sie kann von Verdickungen der Schleimhaut, von der Auslöschung der normalen Struktur bis zu blumenkohlartigen tumorösen Wucherungen reichen. Oft sind die Zeichen sehr diskret. Die Lymphangiosis carcinoma ist oft nur im histologischen Präparat zu erkennen. — Neben der makroskopischen Beurteilung und der Probeexzision ist die Gewinnung von Material für die zytologische Untersuchung nützlich. Herdpunktionen und -aspirationen, gezielte Entnahmen aus der Peripherie sowie Aspirationen aus vermuteten Lymphknoten ergänzen die Untersuchung.

Nachdem es nicht nur um die Ja-Nein-Entscheidung Krebs oder nicht geht, sondern auch darum, welche

Art, welcher Sitz, welche Ausdehnung, Vorhandensein von Lymphknotenmetastasen, Vorhandensein von Fernmetastasen, schließen sich oft sehr viele andere Untersuchungen an, die nicht anders verlaufen als bei jedem anderen Karzinom auch: Darstellung von Massen durch Computer-Tomographie; Versuch der Darstellung von Metastasen durch nuklearmedizinische Methoden sind häufig geübte Untersuchungen. Wer zur Mediastinoskopie eines sicheren oder vermuteten Karzinoms ja sagt, muß wohl auch alle weiteren Untersuchungen akzeptieren. Im Rahmen dieses Optimierungsprozesses zwischen Aufwand an Mitteln und Zeit, Leiden und möglicher erhöhter Sicherheit der Beurteilung sind subjektive Standpunkte notwendigerweise vorhanden; eine Generalisierung der Aussagen ist, bei rasch fließender Entwicklung, kaum möglich.

Die Sputum-Zytologie ist eine brauchbare Hilfsmethode. Allerdings sind zu einigermaßen sicheren Aussagen mehrfache Untersuchungen unter guten Bedingungen erforderlich. Der Wert der zytologischen Untersuchung wird dadurch eingeschränkt, daß reichhaltige Abschliffung für ein weiter fortgeschrittenes Karzinom in bronchusnaher Lage spricht. Es handelt sich damit um Erkrankungsformen, die auch anderweitig relativ gut diagnostizierbar wären.

Die makromorphologischen Hinweise, Wahrscheinlichkeitsdiagnosen, müssen ergänzt werden durch mikromorphologische Sicherung. Handeln auch ohne letzte Sicherung der Diagnose ist im ärztlichen Bereich häufig notwendig („Entscheidung unter Unsicherheit“).

Zur Therapie

Grundsätzlich ist wohl anzufügen, daß der Faktor „Therapie“, ärztliches Handeln, im Vergleich zu anderen Grunddaten eine eher geringe Größe ist. Größe des Karzinoms, Sitz des Karzinoms, Art des Karzinoms, Konstitution des Terrains und des Wirtes sind im Vergleich zu therapeutischen Eingriffen weit vorrangige Kriterien für die Überlebenserwartung.

Die *chirurgische Behandlung* wird nach wie vor als zweckmäßige Thera-

pie für die resezierbaren Geschwülste angesehen. Dabei ist resezierbar nicht gleichbedeutend mit Operabilität. Unter Operabilität ist auch die Größe des Risikos und die Größe des möglichen Gewinns mit inbegriffen. Wir sind nicht sicher, daß sehr ausgedehnte Resektionen das Leben wesentlich verlängern. Die Lappenresektion ist der Standardeingriff; bei zentrem Sitz kann die Pneumonektomie notwendig sein. Örtliche Bronchusresektionen können zu Gewebseinsparungen führen. Operabilität ist nur dann anzunehmen, wenn wir vermuten können – unter Zugrundelegung der uns zugänglichen Mittel –, daß keine Fernmetastasen vorliegen. Wir müssen unter Umständen die Indikation weiter stellen, wenn schwere Krankheitszustände oder Schmerzzustände durch die örtlichen Bedingtheiten vorhanden sind. Wir operieren auch kleinzellige Karzinome, trotz ihrer allgemeinen Malignität, insbesondere Metastasenhäufigkeit, wenn die Resektion mit geringem Risiko vorgenommen werden kann. Hier sind die Meinungen geteilt.

Es müßte dasselbe wohl auch für die *Strahlenbehandlung* gelten. Auch hier handelt es sich um einen lokalen Zugriff. Auch das Bronchialkarzinom ist nicht nur sehr begrenzt ein Organkarzinom, sondern eben zu meist eine „Systemkrankheit“ mit sehr oft unbekanntem Absiedelungen verschiedenster Größe. Die rationale Basis der chirurgischen und der Strahlenbehandlung besteht darin, daß nur das, was als Krebs gesichert ist und was als Krebs sichtbar und gekennzeichnet ist, behandelt werden kann.

Diese Behandlung richtet sich, wie oben gesagt, einmal nach dem zu erwartenden Nutzen: örtlichem Nutzen und Nutzen in bezug auf Überlebenschance bzw. Überlebensqualität. Eine Vielzahl von Gesichtspunkten spielt mit. Bei der Strahlentherapie ist eine gewisse „Elastizität“ zu fordern: Es muß auch der Mut dazu vorhanden sein, eine Behandlung abubrechen, wenn eine Wirkung nicht zu erkennen ist oder sich der Zustand rasch verschlechtert. Oft sind geringere Strehldosen ausreichend, um den gewünschten palliativen Effekt zu erzielen.

Die *Chemotherapie* des Lungenkrebses gibt unterschiedliche Erfolge. Die Nebenwirkungen sind oft

sehr erheblich. Ein entscheidender Einfluß auf die Überlebensdauer ist nicht mit Sicherheit zu erkennen. Außer Zweifel steht, daß der „systemischste Lungenkrebs“, das kleinzellige Karzinom, in manchen Fällen dramatisch beeinflußt wird durch eine geeignete Kombinationstherapie. Sichere Führungslinien können im übrigen nicht gegeben werden. Die individuelle Reaktion der einzelnen Krebsform, die individuelle Reaktion des jeweiligen Wirtsorganismus, ist nicht mit einem vernünftigen Grad von Wahrscheinlichkeit vorherzusagen. Um so wichtiger ist die sorgfältige Sammlung von Ergebnissen unter Berücksichtigung möglichst vieler Randbedingungen.

Ähnliches gilt für die *Immunotherapie* des Bronchialkarzinoms. Es steht außer Zweifel, daß Immunvorgänge für Entstehung, Verbreitung und Wachstum von Karzinomen einen wesentlichen Faktor darstellen. Die Auswahl der Fälle, Art der Therapie, vermutlicher Effekt einer Immunotherapie, etwa mit BCG, lassen sich nur schwer vorhersagen.

Wie gesagt, der Faktor „Therapie“ ist vermutlich neben den Größen, die dem Krebs selbst und ihrem Träger innewohnen, im gegenwärtigen Augenblick ein minder bedeutender Faktor. Die Größenordnung der Veränderung der Überlebenschance durch therapeutische Eingriffe ist nicht sehr beeindruckend. Wichtiger sind allerdings oft spektakuläre Einzelergebnisse, die ohne Zweifel auf die Therapie zurückzuführen sind. Bei diesem Stand der Dinge ist allerdings ganz entscheidend, daß der Kranke von einem Arzt individuell betreut und geführt wird und nicht der Anonymität vielfacher technischer Meinungen preisgegeben wird.

Ausblicke

Was im Augenblick ein möglichen Fortschritten sichtbar ist, gibt nicht Anlaß, für die nahe Zukunft entscheidende Änderungen zu erwarten.

Die Früherkennung ist ein Postulat, ein kategorischer Imperativ, ein ethisches Prinzip. In Wirklichkeit müssen wir zufrieden sein, wenn des Gros der symptomatischen, wahrnehmbaren Karzinome einigermaßen rechtzeitig erfaßt wird.

Die Empfindlichkeit unserer diagnostischen Methoden und ihre Treff-

sicherheit genügen nicht den Ansprüchen, die an eine Früherkennung zu stellen wären. Die Erkennung der „Systemkrankheit Bronchialkarzinom“ stellt fast unübersteigbare Schwierigkeiten. Die Methoden sind nur zum Teil durch den wirklichen Bedarf, sehr häufig jedoch durch Durchführbarkeit der Untersuchungen bestimmt. So wäre etwa der Forderung nach genereller Mediastinoskopie die Forderung nach genereller Laparoskopie, genereller Computer-Tomographie an die Seite zu stellen. Wie so oft in der Medizin geht Operationalität, technische Durchführbarkeit, vor den wirklichen Bedarf.

So müssen wir uns mit den kleinen Verbesserungen, mit dem geringen Zuwachs an Überlebenschance, an größerer Urteilssicherheit, an Unterlassung unnützer Maßnahmen begnügen. Der Durchbruch kann nirgendwo auf dem Gebiete der Forschung befohlen werden: Aber es können günstige Konstellationen für die Erhöhung von Wahrscheinlichkeiten geschaffen werden. Bis zum großen Durchbruch sind Klugheit und Menschlichkeit gute Führer in der Betreuung krebserkrankter Menschen.

Zusammenfassung

Das „Bronchialkarzinom“ ist kein einheitliches Krankheitsbild. Nach Sitz, Menge, Art und Dynamik handelt es sich um recht inhomogene Konstellationen, zu denen als weiterer variabler Faktor der Zustand des Organs und der Zustand des Gesamtwirtes hinzutreten. Damit ist jeder Erkrankungsfall als Individualität zu betrachten und individuell zu bewerten.

Das Bronchialkarzinom ist der häufigste Krebs beim Mann. Zwischen Mann und Frau bestehen nicht nur Häufigkeitsunterschiede wie 10 : 1, sondern auch Unterschiede in der Krebsform: beim Mann überwiegend Plattenepithelkarzinom, undifferenzierte Karzinome und kleinzellige Karzinome, bei der Frau sehr häufig drüsige Karzinome.

Beim Krebs des Mannes sind exogene Momente als häufig anzunehmen. Die Rauchgewohnheiten spielen eine wesentliche Rolle.

Die Erkennbarkeit des Krebses ist durch die mindere Empfindlichkeit der diagnostischen Methoden und die mindere Spezifität der Zeichen und Befunde gekennzeichnet. Das Röntgenbild ist vielfältig und mit vielen Krankheiten verwechselbar. Zum einigermaßen sicheren Ausschluß eines Karzinoms sind die invasiven Methoden, insbesondere die gekonnte Bronchoskopie mit allen Hilfsmethoden, unerlässlich. Besondere Schwierigkeiten bereitet die Erkennung des Ausmaßes der „Systemkrankheit Krebs“: Dem Bedürfnis nach möglichst vollkommener Information über örtliches Ausmaß und über Metastasierung stehen ein oft sehr großer Aufwand, Zeitverlust und Beängstigung des Patienten gegenüber. Ein großer subjektiver Entscheidungsspielraum für den einzelnen fachkundigen Arzt ist einzuräumen. Damit ist die Basis der Therapie unsicher. Die Ergebnisse in bezug auf Verlängerung des Überlebens und Art des Überlebens sind bei allen Therapieformen gegenüber der natürlichen Lebenserwartung nicht kategorial verändert. Eindrucksvoll sind Einzelergebnisse, insbesondere auch bei der Chemotherapie des kleinzelligen Karzinoms, auch wenn die globalen Ergebnisse unbefriedigend sind.

Menschliche Führung des Krebskranken auf der einen Seite, sorgfältige Registrierung der Behandlungsergebnisse auf der anderen Seite und uneingeschränkt weitergeführte Forschungsarbeit auf dem Gebiete des Krebses, auch bei nicht sichtbaren Durchbruchsmöglichkeiten, sind zu wünschen.

Schrifttum

- H. BLAHA, E. UNGEHEUER und G. KAHLAU: Kleinzellige Bronchialkarzinome. Georg Thieme Verlag, Stuttgart, 1965.
- H. BLAHA: „Bronchialkarzinom“ in „Krebsvorbeuge und Krebsfrüherkennung“. Urban & Schwarzenberg, München-Berlin-Wien, 1974.
- BREWER, L.A.: „Lung Cancer“ — Symposium. Chest, 71 (1977), 624 ff.
- DOLD, U. W. und SACK, H.: Praktische Tumorthherapie — Die Behandlung maligner Organ-tumoren und Systemerkrankungen. Georg Thieme Verlag, Stuttgart, 1976.
- HELLMANN, K.: Das Lungenkarzinom in der ambulanten Praxis. Monetskurse für die ärztliche Fortbildung, 27 (1977) Nr. 10.

Anschrift des Verfassers:

Professor Dr. med. H. Blaha, Ärztlicher Direktor des Zentralkrankenhauses Gauting der LVA Oberbayern, Unterbrunner Straße 85, 8035 Gauting

Mutterkornalkaloide
von Sanorania!

DH-
Ergotamin-
Tablinen[®] retard

Preiswerteste
Präparate!! It!
transparenz
telegramm 2/77

DH-
Ergotoxin-
Tablinen[®] forte

**Bewährte, wirksame
Therapie
zu minimalen Preisen.**

DH-Ergotamin-Tablinen retard

50 Tabl.
22.40

DH-Ergotoxin-Tablinen forte

50 Tabl.
36.20

DH-Ergotamin-Tablinen retard
1 Tablette enthält:
2,5 mg Dihydroergotamin-
methansulfonat.

Indikationen:
Hypotonie, Migräne.
(Im Wechsel mit Migrexa
zur Anfallsbehandlung.)

DH-Ergotoxin-Tablinen forte
1 Tablette enthält:
0,67 mg Dihydroergocristin-
methansulfonat,
0,67 mg Dihydroergocornin-
methansulfonat,
0,67 mg Dihydroergokryptin-
methansulfonat
= 2 mg Dihydroergotoxin-
methansulfonat.

Indikationen:
Hypertonie, Cerebral-
insuffizienz, vaskul. Kopf-
schmerzen wie Migräne
(im Wechsel mit Migrexa),
Schwindel, Ohrensausen,
Vergeblichkeit,
Durchblutungsstörungen.

S SANORANIA Dr. G. Strohscheer
1 Berlin 28

Tropische Infektionen als Gefahren des modernen Tourismus*

von H. J. Knüttgen

In der Bundesrepublik Deutschland hat sich die Zahl der Urlaubsreisen in der Zeit zwischen 1961 und 1973 von etwa 15 Millionen verdoppelt und ist seither weiter angestiegen. Im gleichen Zeitraum hat sich der Anteil der Auslandsreisen von 39 Prozent auf etwa 50 Prozent erhöht (Weise, 1977). Von den jährlich etwa 15 Millionen Deutschen, die eine Auslandsreise unternehmen, fliegen etwa eine Million in tropische Gebiete im engeren Sinne, also in entsprechende Länder Afrikas, Südamerikas, des asiatischen Kontinents und Ozeaniens. Nicht weniger als sieben Millionen Bundesbürger verbringen jährlich einen Urlaub in mediterranen Ländern. Mit anderen Worten, der praktizierende Arzt muß sich heute bewußt sein, daß etwa acht Millionen Deutsche mehrere Wochen in Gebieten verbringen, in denen nicht nur im ursprünglichen Sinne exotische, d. h. fremdländische, Krankheiten vorkommen, sondern auch hygienische Lebensbedingungen herrschen, an die Touristen im allgemeinen nicht adaptiert sein können, weder physisch, noch psychisch noch auch mit ihrem Infektabwehrsystem.

Unter tropischen Infektionen im Rahmen des hier behandelten Themas sollen übertragbare Krankheiten verstanden werden, die für ihren Fortbestand krankheitsökologische Voraussetzungen benötigen, die nur in warmen Ländern gegeben sind.

Als die für die Allgemeinheit gefährlichsten Infektionen, die von Reisenden eingeschleppt werden können, galten von altersher die früher sogenannten „quarantänepflichtigen“ großen Seuchen: Cholera, Gelbfieber, Pocken, Pest und das von Läu-

sen übertragene Fleck- und Rückfallfieber. Bei dem heutigen Lebensstandard in Mitteleuropa, wo in allen Ländern leistungsfähige öffentliche Gesundheitsdienste zur Verfügung stehen und ein hoher Stand der allgemeinen persönlichen Hygiene erreicht ist, stellt die Einschleppung einer dieser Infektionen keine wirkliche Bedrohung der Allgemeinheit dar. Das haben auch die während der letzten Jahre in der Bundesrepublik Deutschland registrierten 13 Einzelfälle von eingeschleppter Cholera gezeigt. Eine Ausbreitung ist in keinem Falle eingetreten. Die Pocken scheinen als Variola vera nur noch in einem begrenzten Herd im somalisch-äthiopischen Raum vorzukommen, so daß die Chancen für eine vollständige Ausrottung dieser Seuche trotz der kriegerisch ausgetragenen Differenzen der beiden Länder weiterhin noch optimistisch beurteilt werden können. Gelbfieber, Pest und die durch Läuse übertragenen Seuchen können sich unter normalen Verhältnissen bei uns nicht mehr ausbreiten. Insgesamt sind daher die früher quarantänepflichtigen Erkrankungen sowohl nach den bisherigen Erfahrungen als auch angesichts ihrer äußerst geringen Ausbreitungschancen keine ernsthafte Gefahr mehr für die Allgemeinheit.

Auch andere aus warmen Ländern mitgebrachte „tropische Infektionen“ finden im allgemeinen in der Bundesrepublik Deutschland keine Voraussetzungen für eine weitere Ausbreitung, stellen aber in zahlreichen Fällen ein auch von den behandelnden Ärzten zu oft unterschätztes lebensgefährliches Risiko für den einzelnen, aus dem Ausland zurückgekehrten Reisenden dar. Das kann am Beispiel der Malaria eindrucksvoll gezeigt werden. Die Verbreitung der Malaria ist durch die Ausrottungskampagnen der Weltgesundheitsorganisation (WHO) in zahlreichen Gebieten erheblich verringert worden. In viele dieser Länder, in denen die Malaria sehr er-

folgreich bekämpft worden war, ist sie inzwischen wieder zurückgekehrt, nachdem die Ausrottungskampagnen der WHO eingestellt worden sind und in den meisten Malaria-Ländern die kostspieligen systematischen Bekämpfungsmaßnahmen aus eigenen Mitteln nicht aufrechterhalten werden können. Von daher wird verständlich, daß während des letzten Jahrzehntes mit den wachsenden Touristenzahlen auch die Malaria-Einschleppungen in die Bundesrepublik Deutschland sprunghaft angestiegen sind: 1967 wurden 48 Ersterkrankungen registriert, 1970 waren es 54, 1974 bereits 135 und 1976 schließlich 203! Seit Beginn des Jahres 1977 bis zum 17. September wurden bereits 219 Malaria-Einschleppungen gemeldet. Im gleichen Zeitraum des Jahres 1976 waren es „nur“ 133 Erkrankungen gewesen (Weise, persönliche Mitteilung). Die Letalität der Malaria in der Bundesrepublik Deutschland beträgt durchschnittlich etwa sechs Prozent (Weise, 1977). In der Zeit von 1963 bis 1976 sind in unserem Lande nicht weniger als 58 Menschen an Malaria, genauer an der durch Plasmodium falciparum hervorgerufenen Malaria tropica gestorben. Jede Malaria aber, die rechtzeitig erkannt und behandelt wird, ist mit Sicherheit heilbar. Die genannten Zahlen sind daher alarmierend und, wie ich meine, eine echte Herausforderung. Wir müssen uns fragen, ob unser System der Versorgung von Patienten mit eingeschleppten exotischen Infektionen tatsächlich so funktioniert, wie es möglich wäre.

Unter diesem Gesichtspunkt möchte ich daher im folgenden außer der Malaria die Amöbiasis und besonders den Amöben-Leberabszeß sowie das Kala Azar etwas genauer besprechen, Infektionen, die von Touristen schon aus den Mittelmeerlandern mitgebracht werden können. Danach soll auf einige weitere exotische Infektionen wenigstens hingewiesen werden, mit deren Auftreten

*) Vortrag enlößlich des 28. Nürnberger Fortbildungskongresses der Bayerischen Landesärztekammer.

Die Referate dieser Veranstaltung werden in Band 44 der von der Bayerischen Landesärztekammer herausgegebenen Schriftenreihe veröffentlicht. Die Kassenärzte in Bayern werden diesen Band über ihre Bezirksstelle der KVÄ erhalten.

bei Rückkehrern aus warmen Ländern in der Praxis heute gerechnet werden muß.

Malaria tropica

Die häufigste und gefährlichste tropische Infektion ist die Malaria tropica (*Plasmodium falciparum*). Zunächst muß darauf hingewiesen werden, daß die euch unter Kollegen weit verbreitete Vorstellung, eine Malaria rufe in jedem Falle rhythmische Fieberanfälle hervor, gerade für die gefährliche Malaria tropica in den meisten Fällen nicht zutrifft. Der praktizierende Arzt muß also wissen, daß bei der Malaria tropica eine klar erkennbare Fiebrhythmik die Ausnahme und nicht die Regel ist. Die Temperaturen einer Tropica-Infektion sind meist unregelmäßig, ohne erkennbaren Fiebrhythmus, oft begleitet von häufigeren Remissionen, Schweißausbrüchen, Frostzuständen und Schüttelfrösten. Septische Temperaturen sind ebenso möglich wie eine konstant durchgehaltene Continua, die an Typhus abdominalis denken läßt, mit dem die fortgeschrittene Tropica auch die Bewußtseinstrübung gemeinsam haben kann. Andererseits kann die besonders gefährliche algide Form der Tropica auch mit subfebrilen oder bei exillarer Messung normal erscheinenden Temperaturen einhergehen. Der Fieberverlauf läßt also keinerlei Schlüsse auf die Diagnose oder auf die Schwere des Krankheitsbildes zu. Auch die übrigen Symptome, die sich im Verlaufe einer Tropica einstellen können, sind unspezifisch und sehr variabel, weil sie von dem jeweils am meisten durch die Infektion geschädigten Organ bestimmt werden. Daraus erklärt sich auch die Mannigfaltigkeit der häufigsten klinischen Verlaufsformen: zerebrale, komatöse, renale, kardiovaskuläre, biliöse und algide Malaria. Es ergibt sich daraus für die Diagnostik, daß jedes Fieber und jede Infektion, die nicht eindeutig auf eine andere Ätiologie zurückgeführt werden können und kurze Zeit (wenige Tage bis zu sechs bis acht Wochen) nach Rückkehr aus einem tropischen Lande auftreten, sofort den Verdacht auf eine Malaria tropica weckern müssen. Bei der heutigen Reisefrequenz muß zumindest bei jedem ungeklärten Fieber die Frage „Unde venis“ (Maegraith), die Frage nach

der Reiseanamnese zur Routine werden: „Waren Sie im Ausland? In den Tropen oder Subtropen? Wo, in welchem Lande? Wie lange waren Sie dort? Haben Sie draußen eine Malaria-Prophylaxe durchgeführt? Seit wann sind Sie wieder zurück? ...“ Damit ist die Möglichkeit einer Malaria mit in die differentialdiagnostischen Überlegungen aufgenommen und muß nach vorgegangenem Auslandsaufenthalt in Malaria-Gebieten konsequent zu Ende analysiert werden. Das muß frühzeitig geschehen, da eine voll entwickelte Tropica zu jedem Zeitpunkt schnell tödlich enden kann, und auch der Parasitenbefund im peripheren Blut die Schwere der Infektion und der Gefahr nicht sicher erkennen läßt. Von allen exotischen Infektionen, die von Touristen überhaupt mitgebracht werden können, erfordert nur die Malaria tropica die frühzeitige Erkennung und die ohne Zeitverlust eingeleitete spezifische Therapie. Bestehen Fieber und zunehmende Beschwerden bereits seit einigen Tagen und hat die anamnestische Exploration ergeben, daß der Patient vor wenigen Wochen in einem tropischen oder subtropischen Lande gewesen ist, so ist nach meiner Auffassung dringend anzuraten, unverzüglich eine spezifische Malaria-Therapie einzuleiten, nachdem man zuvor durch Abnahme von mehreren Ausstrichen und dicken Tropfen die Voraussetzung für eine einwandfreie Diagnostik gesichert hat. Im einzelnen empfehle ich, wie folgt zu verfahren:

1. Man fertigt drei bis vier dünne Blutausstriche an und die gleiche Anzahl dicke Tropfen (d. h. Ausbreitung eines kleinen Bluttröpfchens auf etwa Markstückgröße).
2. Sofort nach Anfertigung der Blutpräparate Beginn der spezifischen Malaria-Therapie mit vier Tabletten Resochin®, die in einer Dosis oder im Verlaufe von etwa 20 bis 30 Minuten und möglichst nicht auf leeren Magen eingenommen werden müssen. Sechs Stunden später weitere zwei Tabletten Resochin®. Damit ist die spezifische Therapie für die ersten 24 Stunden *lege artis* gegeben, in einer sicher wirksamen und ausreichenden Dosierung. Die unspezifische Behandlung wird nach bewährten Regeln wie bei anderen Infektionen durchgeführt.
3. Die zuvor angefertigten und luftgetrockneten Präparate werden mit Eilpost

an ein Tropeninstitut oder an ein anderes in parasitologischer Diagnostik erfahrenes Laboratorium geschickt, möglichst mit genauen Angaben über Reisezeit, das Reiseland, aus dem der Patient zurückgekehrt ist, die Aufenthaltsdauer und eventuell über Art und Dauer der durchgeführten Malaria-Prophylaxe. Zwei Stunden nach Eintreffen der Blutpräparate liegt das Ergebnis der Malaria-Untersuchung vor und kann telefonisch abgerufen werden.

Wurden im Blute Malaria-Parasiten gefunden, muß die spezifische Therapie mit je zwei Tabletten Resochin® einmal täglich für weitere zwei bis vier Tage zu Ende geführt werden. Handelt es sich nicht um eine Malaria, wird die Resochin®-Kur abgebrochen. Die im Vorzuge verabfolgten sechs Tabletten Resochin® haben dann dem Patienten nicht geschadet.

Da sich bei der Diagnostik und Differentialdiagnose erfahrungsgemäß immer Schwierigkeiten ergeben, möchte ich an dieser Stelle angelegentlichst empfehlen, in jedem Verdachtsfall von der Möglichkeit einer telefonischen Konsultation mit einem Tropeninstitut Gebrauch zu machen. Das gilt ebenso für alle Fälle, in denen Schwierigkeiten und Zweifel über ein Krankheitsbild auftreten, das sich nach der Rückkehr aus einem tropischen oder subtropischen Lande entwickelt hat. Telefonische Beratungen haben sich in unserem Bereich als sehr nützlich erwiesen, und wir betrachten sie als die schnellste, sicherste und brauchbarste Hilfe, die wir den niedergelassenen und in Krankenhäusern tätigen Kollegen anbieten können. Eingeschleppte exotische Infektionen sind praktisch ausnahmslos heilbar, wenn sie rechtzeitig diagnostiziert und sachgemäß behandelt werden. In einem Lande mit den technischen Möglichkeiten, wie sie in der Bundesrepublik Deutschland bestehen, sind Todesfälle durch Malaria vermeidbar, wenn nur frühzeitig an die Malaria gedacht wird und im Zweifelsfall von der Möglichkeit einer telefonischen Konsultation mit einem Spezialinstitut Gebrauch gemacht wird.

Besser als die richtige Behandlung ist die Verhütung der Malaria durch eine regelmäßige Chemoprophylaxe. Dazu empfehlen wir in den meisten Fällen für Erwachsene zur Zeit zwei Tabletten Resochin® und eine Tablette Pyrimethamin (25 mg) regel-

mäßig einmal wöchentlich. Die beiden Medikamente, die an verschiedenen Stellen des Malaria-Zyklus angreifen, haben eine synergistische Wirkung. Uns sind bisher keine Malaria-Durchbrüche nach regelmäßiger Anwendung dieser Prophylaxe bekanntgeworden.

Es gibt allerdings Länder, in denen Tropica-Stämme vorkommen, die gegen Chloroquine (z. B. Resochin®) und andere Medikamente resistent sind. In Südostasien gehören dazu Burma und die Länder östlich von Burma, insbesondere Thailand und Vietnam. In Südamerika ist Therapieresistenz bekanntgeworden aus Brasilien, Columbien, Guyana sowie einzelne Vorkommen in anderen Ländern. Als Prophylaktikum gegen therapieresistente Tropica-Stämme hat sich das Fansidar® bewährt, ein Kombinationspräparat mit 0,5 g Sulfadoxin und 25 mg Pyrimethamin pro Tablette. Als Dosierung für die Prophylaxe werden einmal zwei Tabletten alle zwei Wochen empfohlen. Ich würde empfehlen, als Malaria-Gebiete, bei deren Besuch eine Chemoprophylaxe anzuraten ist, vorsichtshalber alle warmen Länder zu betrachten, die vor Beginn der Bekämpfungskampagnen als Malaria-verseucht bekannt waren, mit Ausnahme der früheren Endemiegebiete in Europa und Nordamerika. In einzelnen dieser Länder mag sich dann diese Vorsicht als nicht mehr notwendig erweisen. Augenblicklich lassen sich aber präzise Angaben, wo es die Malaria noch oder wieder gibt, für weite Gebiete nicht mit hinreichender Sicherheit machen. In manchen Fällen kann es empfehlenswert sein, an Ort und Stelle darüber zuverlässige Informationen einzuholen.

Amöblasis

Nach der Malaria tropica müssen hier zwei weitere lebensgefährliche Infektionen kurz besprochen werden, die auch in der Bundesrepublik Deutschland mehrfach Ursache von Todesfällen gewesen sind: der Amöbenabszeß als Komplikation der Amöbiasis und das Kala Azar, die viszerale Leishmaniose. Beide Infektionen sind bereits in den Mittelmeerländern weit verbreitet und daher von besonderer Bedeutung als Gesundheitsrisiko für Urlauber.

Die Infektion mit Ruhramöben, Entamoeba histolytica, kommt zustande, wenn mit kontaminierten Speisen Zystenformen der Amöben aufgenommen werden, aus denen sich dann im Darmlumen vegetative, sogenannte Minuta-Formen entwickeln. Diese Minuta-Formen sind nicht pathogen und können spontan wieder verschwinden. In manchen Fällen aber halten sie sich Jahre und Jahrzehnte lang im Darm, ohne irgendwelche Krankheitssymptome auszulösen. Wenn sie sich aus unbekanntem Grund zu großen, invasiven Gewebsformen umwandeln und in die Darmwand eindringen, rufen sie eine lokalisierte oder ausgedehnte geschwürige Kolitis hervor. In vielen Fällen treten aber trotz des Eindringens der Amöben in und durch die Schleimhaut keine klinisch manifesten Symptome auf.

Die Untersuchung auf Amöben im Stuhl ist schwierig und sollte Spezialinstituten überlassen bleiben. Sowohl positive wie auch negative Fehldiagnosen bei der Untersuchung auf Amöben sind eher die Regel als die Ausnahme. In den letzten Jahren sind die serologischen Untersuchungsmethoden bei den invasiven und vor allem den extraintestinalen Formen der Amöbiasis zu wichtigen diagnostischen Hilfen weiterentwickelt worden.

Wenn klinisch eine Amöbenkolitis mit charakteristischen Schleimstühlen besteht, können die großen beweglichen Gewebsformen der Ruhramöben mit phagozytierten Erythrozyten leicht nachgewiesen werden. Therapeutisch sind heute sowohl die akuten als auch die chronisch verlaufenden Formen der Amöbenruhr ohne Schwierigkeiten mit Clont allein, oder in Kombination mit anderen Präparaten, z. B. Furamide oder auch Dehydroemetin, meist schnell und zuverlässig zu heilen. Unerkannte Amöbenkolitis wird oft jahrelang mit unzulänglichen Methoden therapiert. In einer Reihe von Fällen sind Patienten sogar operiert worden. Besonders gewarnt werden muß bei der Möglichkeit einer Amöbeninfektion auch vor der Anwendung von Corticosteroiden, die in kurzer Zeit eine verheerende Ausbreitung der Parasiten, auch über den Dickdarm hinaus, herbeiführen können.

In aller Regel dürften Dickdarmgeschwüre der Ausgangspunkt für alle Formen der extraintestinalen Amöbiasis sein. Insbesondere der Leberabszeß wird in den letzten Jahren auch in der Bundesrepublik Deutschland immer häufiger gefun-

den. Er gehört zu den lebensgefährlichen Erkrankungen, wenn er nicht oder zu spät erkannt bzw. nicht rechtzeitig spezifisch behandelt wird. Die Sterblichkeit der unbehandelten Fälle dürfte kaum weniger als 50 Prozent betragen. Die Leitsymptome sind: Fieber mit uncharakteristischem Kurvenverlauf; deutliche oder hohe polymorphkernige Leukozytose; starke Erhöhung der Senkungsgeschwindigkeit und meist spontane Schmerzen im rechten Oberbauch, die häufig in die rechte Schultergegend ausstrahlen; sehr charakteristisch ist auch eine starke Schmerzhaftigkeit bei Perkussion der Lebergegend. Fast immer ergeben die serologischen Tests eindeutige und oft entscheidende Befunde. Röntgenologisch findet man in typischen Fällen Hochstand und Bewegungseinschränkung der rechten Zwerchfellkuppe, eine lokalisierte Vorbuckelung, wenn der Abszeß in der Nähe des Zwerchfells gelegen ist und gelegentlich einen Begleiterguß im rechten Pleurawinkel. Szintigraphie und Sonographie sind wichtige diagnostische Methoden, durch die auch die Größe des Abszesses und seine genaue Lage zu erkennen ist. Bei Betasten der Zwischenrippenräume findet man in den meisten Fällen und häufig im neunten Interkostalraum eine umschriebene starke Schmerzhaftigkeit, die den Punkt anzeigt, an dem man bei diagnostischen oder therapeutischen Punktionen zweckmäßigerweise eingeht.

In etwa der Hälfte der Fälle werden solitäre Abszesse gefunden, aus denen gelegentlich 600 bis 800 ml und mehr Eiter abpunktiert werden können. Wenn multiple kleinere Abszesse vorliegen, besteht keine Indikation für mehrfache diagnostische Punktionen. Therapeutisch muß dringend empfohlen werden, möglichst konservativ zu behandeln, unter Umständen bei größeren Abszessen durch mehrfaches Abpunktieren der Abszeßhöhle. Offene chirurgische Behandlung sollte möglichst nicht ohne medikamentöse Vorbehandlung unternommen und nur bei besonderer Indikation erwogen werden, da sie mit einer höheren Sterblichkeit belastet ist. Medikamentös sind besonders bewährt Metronidazol (Clont®) und/oder Dehydroemetin, eventuell zusätzlich mit Resochin®. Bei rechtzeitiger Diagnose und richtig dosierter spezifischer Therapie kann in den meisten Fällen mit einer komplikationslosen

® Esimil

senkt Hochdruck

einmal täglich 1 Tablette



Zusammensetzung

1 Tablette ESIMIL enthält 10 mg Guenethidinsulfat und 25 mg Hydrochlorothiazid.

Indikationen

Alle Formen der arteriellen Hypertonie.

Kontraindikationen

Sulfonamid-Überempfindlichkeit, Coma hepaticum, therapieresistente Hypokaliämie, Niereninsuffizienz mit Anurie, Phäochromozytom, gleichzeitige Gabe von MAO-Hemmern.

Dosierung

1 Tablette täglich nach dem Frühstück. In Fällen unzureichender Blutdrucksenkung sollte nach einer Woche die Tagesdosis um ½ Tablette erhöht werden. In besonders

schwer beeinflussbaren Fällen kann eine Steigerung der Tagesdosis auf 2-3 Tabletten erforderlich werden. Erhaltungsdosis 1 Tablette täglich. In jedem Fall sollte die gesamte Tagesdosis morgens nach dem Frühstück eingenommen werden.

Besondere Hinweise

Bei zu hoher Dosierung kann es zu einem unerwünschten, stärkeren orthostatischen Blutdruckabfall kommen, der sich meist durch Hinsetzen oder Hinlegen mit Hochlagerung der Beine beheben lässt.

In seltenen Fällen können Durchfälle oder Ejakulationsstörungen auftreten. Bei Niereninsuffizienz ist eine sorgfältige

Überwachung des Elektrolythaushaltes und der Plasmakreatinin-Werte erforderlich. Eine latente Gicht bzw. ein latenter Diabetes mellitus kann manifest werden. ESIMIL darf nicht zusammen mit trizyklischen oder tetrazyklischen Antidepressiva gegeben werden.

Handelsformen und Preise

Originalpackung mit 20 Tabletten DM 11,77 iL.AT
Originalpackung mit 50 Tabletten DM 26,24 iL.AT
Anstaltspackung

GEIGY

Hellung gerechnet werden. Es muß betont werden, daß bei einem Amöben-Leberabszeß Stuhluntersuchungen auf Amöben negativ ausfallen können und auch im punktierten Eiter oft keine Parasiten gefunden werden. Der Erregernachweis spielt daher in der Diagnostik des Amöben-Leberabszesses keine wesentliche Rolle. Entscheidend sind der klinische Gesamtbefund, die serologischen Reaktionen und eventuell die Szintigraphie und/oder die Sonographie.

Kala Azar

Als dritte, unerkannt immer tödlich verlaufende exotische Infektion muß noch das Kala Azar, die viszerale Leishmaniose, genannt werden, deren Erreger (*Leishmania donovani*) ebenfalls schon in allen europäischen Mittelmeerländern verbreitet sind. Die Infektion wird durch Schmetterlingsmücken (Phlebotomen) auf den Menschen übertragen. Diese Mücken sind nachtaktiv und schlechte Flieger und stechen daher meist Menschen, die am Boden oder in Bodennähe schlafen. Die gewandelten Verhaltensweisen von Reisenden, besonders von jüngeren Touristen, bei denen sich Erlebnis- und Abenteuerreisen in Verbindung mit Camping und Zelten steigender Beliebtheit erfreuen, begünstigen daher auch die Infektion mit Leishmanien, und zwar sowohl mit *Leishmania donovani*, dem Erreger des Kala Azar, wie auch mit *Leishmania tropica*, dem Erreger der ungefährlichen Orientbeule, die aber langwierige und mit stärkerer Narbenbildung eheilende Hautgeschwüre verursacht.

Das Kala Azar verläuft subakut bzw. subchronisch und dauert meist mehrere Monate. Die Inkubationszeit kann zwei bis drei Wochen, aber auch zwei und mehr Jahre betragen. Die charakteristischen Leitsymptome des Kala Azar sind: Fieber, meist vom undulierenden Typ, im Tagesverlauf nicht selten mit zwei Temperaturspitzen; Lebervergrößerung und langsam, meist aber stetig zunehmendem Milztumor; ausgeprägte, oft hochgradige Leukopenie; zunehmende Hypergammaglobulinämie mit entsprechend erhöhter Senkungsgeschwindigkeit. Die Leishmanien vermehren sich in Zellen des

retikulo-histiozytären Systems. Nur selten werden sie auch in Monozyten des Blutes gefunden. Sie lassen sich aber meist schon frühzeitig in den Zellen des RHS in Knochenmark, Leber und Milz nachweisen, gelegentlich auch durch Punktion von Lymphknoten. Die Leishmanien stellen sich am besten nach Färbung mit Giemsa-Lösung dar, sind aber in guten histologischen Schnitten auch nach HE-Färbung nachweisbar. Auch bei Kala Azar sind die serologischen Methoden schon relativ frühzeitig positiv und insgesamt sehr zuverlässig in der Aussege. In jedem Falle müssen aber die Erreger nachgewiesen werden (s. u.). Im Beginn der Erkrankung können dazu im Einzelfall wiederholte Punktionen von Knochenmark oder Leber notwendig werden. Fällt die erste Punktion negativ aus, ist zu empfehlen, bei einer Wiederholung zur Sicherung des Erregernachweises auch Kultur und Tierversuch heranzuziehen.

Der Verdacht auf Kala Azar erhebt sich dann, wenn nach einem unter Umständen nur kurzem oder auch bereits längere Zeit zurückliegendem Aufenthalt in Mittelmeerländern oder anderen Endemiegebieten anhaltendes Fieber mit Remissionen während des Tages über längere Zeit bestehen bleibt, ätiologisch nicht sicher geklärt ist und sich therapeutisch gegenüber bewährten Behandlungsverfahren anderer fieberhafter Infektionen refraktär verhält. Da Leber- und Milzvergrößerungen bereits in frühen Stadien nachweisbar werden, sollte ein Patient mit entsprechender Anamnese und schon mehrere Wochen bestehenden bzw. rezidivierenden Fieberschüben stets auf Leishmanien und serologisch auf Kala Azar untersucht werden. Hinsichtlich der Therapie muß man wissen, daß Kala Azar-Erreger aus verschiedenen Endemiegebieten auf Therapeutika unterschiedlich ansprechen, was für die Dosierung und die Wahl der Präparate berücksichtigt werden muß. Die klassischen Heilmittel sind fünfwertige Antimonverbindungen (Solustibosan, Pentostam, Glucantime u. a.) sowie aromatische Diamidine (z. B. Pentamidine, Lomedine u. e.). Therapie und Erfolgskontrollen erfordern spezielle Erfahrung. Da die spezifische Therapie mit Antimonen und aromatischen Diamidinen keineswegs frei von Nebenwirkungen ist, darf auf den Erregernachweis nicht verzichtet werden.

Weitere exotische Infektionen

Aus den USA ist über mehrere Fälle von *Schlafkrankheit*, darunter einer mit tödlichem Ausgang, bei Teilnehmern an Safariunternehmungen in Ostafrika berichtet worden. Häufig werden derartige Infektionen sicherlich nicht vorkommen. Man muß aber bei den heutigen Reisegewohnheiten auch mit dieser unbehandelt stets tödlich verlaufenden afrikanischen Infektion rechnen.

Die westafrikanische Form der Schlafkrankheit (*Trypanosoma gambiense*) verläuft mit Fieberschüben und gleichzeitigen parasitären Phasen und dauert selten weniger als einhalb bis zwei Jahre, meist sogar länger. Die ostafrikanische Form (*Trypanosoma rhodesiense*) nimmt dagegen in unbehandelten Fällen einen subakuten Verlauf mit einer Dauer von meist etwa zwei bis vier Monaten bis zum Exitus, der aber auch schon nach wenigen Wochen oder aber erst nach sechs und mehr Monaten eintreten kann. Voraussetzung für eine Schlafkrankheit ist immer ein vorausgegangener Afrikaaufenthalt in ländlichen Gebieten, manchmal nur von kurzer Dauer. Der Nachweis, insbesondere von *Trypanosoma gambiense* im Blut oder in Lymphknotenpunktionen, kann schwierig sein und erfordert nicht selten Spezialverfahren, unter Umständen mit Einbeziehung von Kultur- und Tierversuchen. Serologische Methoden sind heute auch bei der afrikanischen Trypanosomiasis sehr leistungsfähig. Allerdings ist auch hier der Parasitennachweis unerlässlich, da auch die Schlafkrankheitsbehandlung nicht ohne Nebenwirkungen und nach Befall des ZNS mit relativ hohen Risiken belastet ist.

In Mittelmeerländern, auch in Südf frankreich, kommen Infektionen mit *Rickettsia conori* vor, die als *Fièvre boutonneuse* oder *Mittelmeerzecken-Fieber* bekannt sind. Die Leitsymptome sind Fieber, eine kleine Nekrose an der Zeckenbißstelle (*tâche noire*) und ein kleinfleckiges Exanthem. Die Erkrankung geht oft mit subjektiv schwerem Krankheitsgefühl einher, hat aber fast immer eine günstige Prognose. Therapeutisch sind Breitspektrumantibiotika zuverlässig wirksam. Da Hundezecken die Überträger sind, dürften Camping-Reisende mit einem Hund stärker exponiert sein.

Auch *Infektionen mit Würmern* spielen schon im Mittelmeergebiet eine Rolle, von wo Hakenwürmer oder

Strongyloidesinfektionen mitgebracht werden können. Der Parasitenbefall, der durch Eindringen von Larven durch die intakte Haut vom Boden her am häufigsten beim Barfußlaufen zustande kommt, kann bei Kindern Beschwerden hervorrufen. Bei Erwachsenen treten Krankheitserscheinungen nur nach ungewöhnlich schwerem Wurmbefall auf, der bei Touristen wohl selten vorkommen dürfte. Wenn unklare Bauchsymptome sowie Anämiezeichen auftreten, sollte eine Stuhluntersuchung vorgenommen werden. Allenfalls vorhandene intestinale Wurminfektionen können heute ohne Schwierigkeiten sicher beseitigt werden.

Dagegen können *Infektionen mit den verschiedenen Bilharziaarten* auch bei Erwachsenen zu chronisch-entzündlichen Veränderungen entweder der ableitenden Harnwege oder des Darmes und der Leber führen. Die Infektionen kommen beim Kontakt mit Wasser (beim Waschen, Baden, Schwimmen, Durchwaten von flachen Gewässern usw.) durch das Eindringen von Zerkarien, Larvenstadien, zustande, die frei im Wasser umherschwimmen und durch die intakte Haut in den Organismus eindringen. Meist werden Touristen, die sich nicht lange im Endemiegebiet aufhalten, nur schwach infiziert. Bei stärkerem Befall kann es zu schwereren entzündlichen Veränderungen mit Hämaturie und Zystitis (*Schistosoma haematobium*) oder zu Erkrankungen des Darmes und der Leber (*Schistosoma mansoni*) kommen. Beide Formen der Bilharziose werden oft lange Zeit verkannt und mit unzulänglichen Mitteln behandelt. Die Diagnose ist bei etwas schweren Infektionen aus der Untersuchung von Urin bzw. Stuhl auf Wurmeier einfach zu stellen, da die Eier wegen ihrer Größe nicht zu übersehen und außerdem an dem charakteristischen End- (*Schistosoma haematobium*) bzw. Seitenstachel (*Schistosoma mansoni*) leicht erkennbar sind. Eine Infektion sollte in jedem Falle behandelt werden, was heute meist ohne Schwierigkeiten durch eine Tablettenkur mit Ambilhar geschehen kann. Das Medikament, das fünf bis sieben Tage lang eingenommen werden muß, wird aber nicht immer ohne Nebenwirkungen vertragen.

Relativ selten werden auch *Infektionen mit Filarien* bei Touristen gefunden, die aus tropischen Gebieten zu-

rückkehren oder – seltener – im Mittelmeergebiet mit einer tierpathogenen Filarie infiziert wurden. Wegen der kurzen Exposition sind Filarieninfektionen bei Touristen fast immer ungefährlich und auch als Krankheitsursache von geringer Bedeutung. Immerhin können sie eine beunruhigende Eosinophilie und allergische Erscheinungen hervorrufen. Die meisten Filarien-Arten sind mit Diäthylcarbazine (Hetrazan®) ohne Schwierigkeiten abzutöten.

Es ist bereits darauf hingewiesen worden, daß die allgemein zunehmende Tendenz, abgelegene ländliche Gebiete zu bereisen und an der Lebensweise der eingesessenen Bevölkerung teilzunehmen, die Infektionsrisiken erhöht. Es gibt daher heute keine exotischen Infektionen mehr, die nicht von Rückkehrern aus warmen Ländern mitgebracht werden könnten. Erwähnt werden sollte in diesem Zusammenhang, daß in vielen Ländern des Fernen Ostens Zubereitungen aus ungekochten Fischen, Krabben und Krebsen sehr beliebt sind. Durch Genuß derartiger Gerichte kann es zum Befall mit verschiedenen *Leber-, Darm- und Lungenege/n* kommen. Touristen sollten sich überall in der Welt vor ungekochten Speisen aller Art hüten und sie als potentielle Infektionsquellen meiden.

Die gelegentlich von Patienten vorgebrachte Befürchtung, in einem tropischen oder subtropischen Lande möglicherweise mit *Lepra* infiziert worden zu sein, wird sich meist als gegenstandslos erweisen. Obschon in Einzelfällen Infektionen mit *Lepra* schon nach nur kurzdauernden Kontaktmöglichkeiten vorgekommen sein sollen (Weise, 1977), dürfte dieses Risiko für Touristen doch wohl nur sehr gering sein.

Zusammenfassung

Zusammenfassend kann festgestellt werden, daß angesichts der Massen von Auslandsreisenden und Touristen die Zahl der mitgebrachten gefährlichen oder gar tödlich verlaufenden Infektionen bemerkenswert gering geblieben ist. Die 58 Todesfälle an Malaria während der letzten zehn Jahre in der Bundesrepublik Deutschland, die bekanntgewordenen Todesfälle durch Leberabszesse und Kala Azar sollten aber als eine

60. Fortbildungsveranstaltung des Kollegiums für ärztliche Fortbildung Regensburg

vom 4. bis 7. Mai 1978

– Programmhinweis Seite 454 –

ernstzunehmende Herausforderung verstanden und angenommen werden. Wir dürfen der Frage nicht mehr ausweichen, ob für die rechtzeitige Erkennung und die richtige Behandlung der exotischen Infektionen alles getan wird, was unter den heutigen Verhältnissen in unserem Lande möglich ist. Das ist sicher nicht der Fall. Das eigentliche Risiko für den Touristen, der nach seiner Rückkehr erkrankt, ist daher weniger die exotische Infektion als solche, die bei rechtzeitiger Diagnose und spezifischer Therapie meist kein Problem darstellt, als vielmehr die offenbar noch in vielen Fällen unzureichende Erkennung und Behandlung der exotischen Infektionen in unserem Lande. Diesem bedauerlichen Mißstand kann dadurch auf einfache Weise abgeholfen werden, daß in jedem Verdachtsfall, d. h. bei jeder unklaren Infektionskrankheit, nach einem vorausgegangenen Aufenthalt in den Tropen, Subtropen oder in Mittelmeergebieten ein Spezialinstitut konsultiert wird, das fast immer, auch telefonisch, kompetent beraten und weiterhelfen kann. Wenn von dieser Möglichkeit hinreichend Gebrauch gemacht würde, dürften die im Grunde anachronistischen Sterbefälle an Malaria oder anderen exotischen Infektionen bis auf ungewöhnliche Einzelvorkommen reduziert werden können. Die Voraussetzungen dafür sind in der Bundesrepublik Deutschland gegeben.

Literatur kann vom Verfasser angefordert werden.

Anschrift des Verfassers:

Professor Dr. med. H. J. Knüttgen, Direktor des Tropenmedizinischen Institutes der Universität Tübingen, Wilhelmstraße 31, 7400 Tübingen

Diagnostik und Differentialdiagnostik von Leberkrankheiten

von H. Selmeir, J. Ohlen und M. Drescher

Aus der Klinik Wartenberg (Chefarzt: Privatdozent Dr. med. H. Selmeir) und der II. Medizinischen Klinik und Poliklinik der Technischen Universität München im Klinikum rechts der Isar (Direktor: Professor Dr. med. H. Ley)

Ziel einer sinnvollen und rationellen Diagnostik von Leberkrankheiten als Grundlage therapeutischer und prognostischer Überlegungen ist die Stellung einer individuellen, definierten Diagnose. Der verallgemeinernde Begriff des „Leberparenchymschadens“ ist zu wenig exakt, da er keine nähere Aussage zur Ätiologie, Pathogenese, pathologischen Anatomie und zur Prognose der vorliegenden Leberkrankheit beinhaltet.

1. Systematik

Von entscheidender Bedeutung für die Diagnose und Differentialdiagnose von Leberkrankheiten ist daher eine klare Systematik, die sich nach wie vor am besten an morphologischen Kriterien orientiert.

Die akute *Hepatitis* heilt in über 90 Prozent der Fälle folgenlos aus. Diese Ausheilung entspricht einer *restitutio ad integrum*; eine „posthepatitische Leberschwäche“ gibt es nicht. Als lediglich funktionelle Störung ohne eigenen Krankheitswert wurde von Kalk die posthepatitische Hyperbilirubinämie neben endere Bilirubinstoffwechselstörungen (Meulengracht, Crigler-Najjar) gestellt.

Je nach Verlauf und Schweregrad lassen sich anikterische, ikterische und nekrotisierende („Leberdystrophie“) sowie cholestatische akute *Hepatitis* unterscheiden. Besonders bei der Verlaufsform mit cholestatischem Einschlag kann sich das Problem einer differentialdiagnostischen Abgrenzung gegenüber intra- und extrahepatischen Cholestasen verschiedenster Genese ergeben (Verschlussikterus, sekundäre und primäre Cholangitiden, Drogen).

In fünf bis acht Prozent der Fälle von Hepatitisvirus-Infektionen kommt es zur Entwicklung einer *chronischen Hepatitis*. Diese chronischen Ver-

laufsformen scheinen nur nach Infektionen mit dem Virus B und den Viren der Non A-Non B-Gruppe entstehen zu können; die Existenz chronischer Virus A-Infektionen wird heute bezweifelt (Popper).

Die morphologische Definition einer chronischen *Hepatitis* beinhaltet eine entzündungszellige Infiltration der Portalfelder und eine Bindegewebsproliferation vom Portalfeld aus; die für akute Verlaufsformen typischen Veränderungen am Parenchym in Form von Einzelzell- oder Gruppennekrosen sind vergleichsweise geringer ausgeprägt. Wesentlich für Therapie und Prognose ist, hier eine Unterteilung zu treffen in:

1. Chronisch-persistierende Hepatitis
2. Chronisch-aggressive Hepatitis
 - 2.1. Langsame Progredienz
 - 2.2. Rasche Progredienz
 - 2.3. Nekrotisierende Verlaufsform

Bleibt die Kollagenvermehrung gering ausgeprägt und mit dem gleichzeitig enthaltenen entzündungszelligen Infiltrat im Portalfeld scharf gegen das Parenchym abgegrenzt – respektiert sie also die Integrität des Läppchenbaues – so liegt eine *chronisch-persistierende Hepatitis* vor. Die Diagnose ist jedoch erst nach 1½-jähriger Beobachtung des Krankheitsverlaufes bei Vorliegen von mindestens zwei vergleichbaren Biopsiepräparaten zu stellen, da z. B. im sogenannten postakuten Stadium einer protrahiert verlaufenden akuten *Hepatitis* ähnliche histologische Bilder und Enzym-Konstellationen im Serum beobachtet werden können. Die genaue Definition der chronisch-persistierenden *Hepatitis* ist deshalb bedeutsam, weil diese seltenere (ca. 30 Prozent der Fälle) und gutartigere Variante der chronischen *Hepatitis* therapeutisch unbeeinflussbar ist und in den meisten Fällen nach Jahren bis Jahrzehnten folgen-

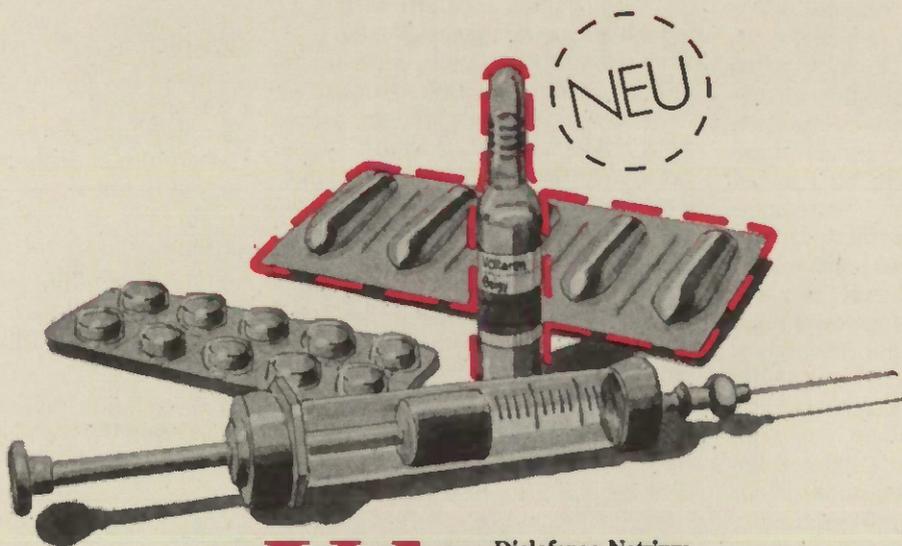
los ausheilt. Eine differente Therapie (Glucocorticoide, Immunsuppressiva) ist kontraindiziert. In fünf Prozent der Fälle muß aus Gründen veränderter immunologischer Toleranz gegenüber den Viren und ihren antigenen Komponenten, bedingt durch eine geänderte immunologische Reaktion des befallenen Organismus, mit einem Umschlag in eine aggressive Verlaufsform gerechnet werden.

Die *chronisch-aggressive Hepatitis* (Synonym: chronisch-aktive H.) weist im Gegensatz zur chronisch-persistierenden Verlaufsform histologisch eine aufgerissene und unscharfe Grenze zwischen verbreitertem Portalfeld und angrenzendem Parenchym auf. Am Parenchym treten vorwiegend läppchenperipher, vereinzelt auch läppchenzentral, *piecemeal-Nekrosen* („Mottenfraß“-Nekrosen) auf, woraufhin sich zellige Infiltrate und neugebildetes Kollagen in zerteilender Form in das Läppchen hinein ausbreiten. Im Gegensatz zur persistierenden Verlaufsform liegt hier also ein progredient sich entwickelndes Krankheitsbild vor.

Die morphologische Definition der Begriffe *chronisch-persistierend* und *chronisch-aggressiv* wurde 1968 von der sogenannten „Züricher Kommission“ vorgenommen; in diese Einteilung passen besonders schwere, nekrotisierende Verläufe mit Komaepisoden und akzelerierter Zirrroseentwicklung nicht hinein, weshalb von uns vorgeschlagen wurde (Selmeir, Vido, Wildhirt), diese Fälle als *chronisch-nekrotisierende Hepatitis* ergänzend der Nomenklatur zuzufügen.

Chronisch-aggressive sowie nekrotisierende *Hepatitis* können als Vorstadium der *hepatitischen Leberzirrhose* betrachtet werden, deren Charakteristikum der pseudolobuläre Umbau ist. Er resultiert aus der Regeneration verbliebener Paren-

Voltaren jetzt auch als Ampulle und Suppositorium



Diclofenac-Natrium
Voltaren

das erste Antirheumatikum der neuen Generation
in 3 Darreichungsformen

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

Zusammensetzung: Diclofenac-Natrium. **VOLTAREN:** Magensaftresistente Dragées mit 25 mg, Suppositorien mit 50 mg, Ampullen zu 3 ml mit 75 mg; **VOLTAREN 50:** Magensaftresistente Dragées mit 50 mg. **Indikationen:** Entzündliche und degenerative Formen des Rheumatismus — chronische Polyarthritie — Spondylitis ankylosans (M. Bechterew) — Arthrosen — Spondylarthrosen — Neuritiden und Neuralgien wie Zervikalsyndrom, Lumbago, Ischias — akuter Gichtanfall, Extraartikulärer Rheumatismus, Nichtrheumatische entzündliche Schmerzzustände. **Kontraindikationen:** Ulcus ventriculi et duodeni. **Nebenwirkungen:** VOLTAREN und VOLTAREN 50 sind im allgemeinen gut verträglich, doch können zu Beginn der Behandlung mitunter gastrointestinale Reaktionen wie Aufstoßen, Nausea, epigastrische Schmerzen und Diarrhoe sowie leichtes Schwindelgefühl oder Kopfschmerzen auftreten. Diese Nebenerscheinungen sind gewöhnlich leichter Natur und bilden sich in der Regel, auch bei fortgesetzter Therapie, nach einigen Tagen zurück. Bei den sehr seltenen Fällen, in welchen ein peptisches Ulkus oder gastrointestinale Hämorrhagien in Zusammenhang mit der Medikation gebracht wurden, handelt es sich vorwiegend um Patienten mit entsprechender Anamnese und/oder Begleitmedikation. Ganz vereinzelt sind auch exanthematische Hautreaktionen beobachtet worden. Nach Verabreichung von VOLTAREN Suppositorien wurde gelegentlich über lokale Nebenwirkungen wie leichtes Brennen oder Tensmen berichtet. **Dosierung:** Der empfohlene Dosierungsbereich von VOLTAREN und VOLTAREN 50 liegt zwischen 50 und 150 mg pro Tag, je nach Schwere der Erkrankung. Die jeweilige Tagesdosis sollte in zwei oder drei Einzeldosen eingenommen werden. Erwachsene erhalten im allgemeinen: **Dragées** VOLTAREN, Dragées mit 25 mg: Initial 3mal täglich 1–2 Dragées, Langzeittherapie: Im allgemeinen genügen 3–4 Dragées; ggf. ist eine weitere Dosisreduktion möglich. VOLTAREN 50, Dragées mit 50 mg: Initial 3mal täglich 1 Dragée, Langzeittherapie: Im allgemeinen genügt 2mal täglich 1 Dragée (morgens und abends); ggf. ist eine weitere Dosisreduktion möglich. Die Dragées sind zu oder nach den Mahlzeiten unzerkaut einzunehmen. **Suppositorien** Durchschnittlich 2 Suppositorien pro Tag, ggf. 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. **Ampullen** Im allgemeinen 1 Ampulle pro Tag, tief intragluttal. Bei schwereren Fällen können auch zwei Injektionen pro Tag verabreicht werden. (Injektionsseite wechseln). Später Übergang auf VOLTAREN bzw. VOLTAREN 50 Dragées oder VOLTAREN Suppositorien. **Richtlinien** bezüglich der Dosierung im Kindesalter liegen bisher nicht vor. **Besondere Hinweise:** Bis zum Vorliegen ausreichender Erfahrungen soll VOLTAREN bzw. VOLTAREN 50 bei bestehender Schwangerschaft noch nicht verordnet werden. Patienten mit gastrointestinalen Beschwerden oder mit anamnestischen Hinweisen auf Magen- oder Duodenalgeschwüre sowie Kranke mit schwerer Leber- oder Nierenschädigung erfordern eine sorgfältige Überwachung. Die chemische Herkunft der Wirksubstanz einerseits und die bisherigen klinischen Erfahrungen andererseits lassen erwarten, daß das hämatopoetische System und die Leberfunktion durch VOLTAREN bzw. VOLTAREN 50 nicht geschädigt werden. Dennoch sollten bei Langzeitbehandlung, analog dem Vorgehen bei anderen hochwirksamen Substanzen, Kontrollen des Blutbildes und der Leberfunktion durchgeführt werden.

Handelsformen und Preise: Originalpackungen mit

30 magensaftresistenten Dragées 25 mg	DM 14,95 lt. AT
60 magensaftresistenten Dragées 25 mg	DM 26,08 lt. AT
100 magensaftresistenten Dragées 25 mg	DM 38,96 lt. AT
20 magensaftresistenten Dragées 50 mg	DM 17,95 lt. AT
50 magensaftresistenten Dragées 50 mg	DM 37,44 lt. AT
10 Suppositorien	DM 10,85 lt. AT
3 Ampullen zu 3 ml	DM 11,32 lt. AT

Anstaltspackungen

Preissenkung

chyminseln und bewirkt die makroskopisch höckrige Oberfläche der zirrhotischen Leber.

Das *primäre Leberzellkarzinom* entwickelt sich in unseren geographischen Breiten überwiegend auf dem Boden einer zumeist posthepatitischen Leberzirrhose. Mit Zunahme der Überlebenszeit der Zirrhose-Patienten kommt es gehäuft zur Beobachtung, wobei als Pathomechanismus seiner Entstehung das Auftreten maligner Fehlregenerate diskutiert wird.

In der Praxis am häufigsten zu beobachten ist die *Fettleber*. Eine Fettleber liegt vor, wenn im histologischen Bild mindestens 50 Prozent der Hepatozyten Fett eingelagert haben; geringer ausgeprägt, wird der Befund als „Fettspeicherung“ bezeichnet. Die Fettleber tritt vor allem bei Alkoholabusus sowie beim zumeist übergewichtigen Diabetiker auf und wird folglich zu Recht häufig nicht als eigenes Krankheitsbild, sondern lediglich als ein Symptom der Grundkrankheit betrachtet. Beim Alkoholabusus kann es neben einer zelligen Infiltration der Portalfelder, möglicherweise durch eine direkte Fibroblastenstimulation, zu einer zusätzlichen Bindegewebsentwicklung kommen (Synonyme: „toxische Hepatitis“, „Fettleber-Hepatitis“), wobei durch fortschreitenden Parenchymbau letztlich wiederum die Leberzirrhose, in diesem Fall eine *toxische Zirrhose*, entsteht.

Die Aufschlüsselung ätiologischer Faktoren aller Leberzirrhosen hat gezeigt, daß sich in Mittel- und Nordeuropa, mit leichten regionalen Unterschieden durch andere Trinkgewohnheiten und sozio-ökonomische Verhältnisse, die Häufigkeit zwischen hepatitischen und alkoholischer Genese zugunsten letzterer verschoben hat. Galt bisher als kritische Grenze der über Jahre hinweg mit Regelmäßigkeit erfolgte tägliche Konsum von 80 Gramm Äthylalkohol (Pequinot und Thaler), so sind nach neueren Untersuchungen von Pequinot niedrigere Grenzen anzusetzen, wobei ganz offensichtlich die Alkoholverträglichkeit geschlechtsgebunden und bei der Frau beträchtlich niedriger ist. Danach stellen beim Mann 60 Gramm, bei der Frau 20 Gramm Äthylalkohol täglich bei über zehnjährigem Konsum die Grenze dar, oberhalb derer das Zirrhoserisiko exponentiell ansteigt.

Wesentlich ist jedoch, daß die Prognose des Patienten mit alkoholbedingter Leberzirrhose bei vollständiger Abstinenz entscheidend günstiger ist als für den Patienten mit hepatitischer Leberzirrhose; im ersten Fall beträgt nach Tygstrup die Überlebensrate nach fünf Jahren noch 83 Prozent.

Seltener zur Beobachtung kommt die *cholestatische Hepatose* („Drogen-Ikterus“) als allergische Reaktion des Organismus, z. B. auf Pharmaka, jedoch auch autoaggressiv ohne bislang faßbare Ätiologie. Hier scheint der mutmaßliche pathogenetische Weg über die *chronisch-destruierende Cholangitis zur primär-biliären Leberzirrhose* zu führen, von der überwiegend Frauen mittlerer Lebensjahrzehnte betroffen werden.

In der Literatur findet häufig eine „unspezifische Hepatitis“ ihren Niederschlag. Es handelt sich hierbei um die *Mitreaktion* der Leber bei extrahepatischen Grundkrankheiten, insbesondere bei Viruskrankheiten. Diese Mitreaktion kann zu einem passageren erheblichen Transaminasenanstieg führen, wobei jedoch stets eine folgenlose Ausheilung und niemals der Übergang in eine chronische Leberkrankheit stattfindet. Die Ausheilung verläuft morphologisch wie auch nach klinisch-chemischen Kriterien parallel zur Grundkrankheit.

Histologisch ähnliche Bilder können aber auch als Arzneimittelnebenwirkung beobachtet werden (z. B. durch Oxiphenolisatin in Laxantien, Methotrexat, Alpha-Methyl-Dopa).

2. Diagnostikgang

2.1. Klinische Untersuchung

Trotz der vorhandenen Möglichkeiten, durch klinisch-chemische Parameter Leberzellintegrität und Funktionen zu erfassen, ist eine sorgfältige Anamnese (heute insbesondere auch Alkoholanamnese) sowie die Erhebung eines somatischen Befundes erster diagnostischer Schritt; „eine vergrößerte und harte Leber ist krank, auch wenn alle Laborbefunde normal sind“ (Kalk). Es ist ein Charakteristikum gerade der chronischen Hepatitis und der Frühstadien der Leberzirrhosen, daß sie über lange Zeit klinisch wenig auffällig und mit ganz uncharakteristischen

Beschwerden (Müdigkeit, Leistungsunfähigkeit) einhergehen. Neben der sorgfältigen Erhebung des Palpationsbefundes weisen auch die sogenannten Leberhautzeichen (Spider-Naevi, Palmarerythem) auf das Vorliegen einer klinisch bisweilen symptomlosen chronischen Leberkrankheit hin.

2.2. Laboruntersuchungen

Die konventionelle *Labordiagnostik* von Leberkrankheiten kann heute in jedem entsprechend eingerichteten Labor der freien Praxis durchgeführt werden, wobei unter den Enzymbestimmungen optimierten Methoden aufgrund der besser standardisierten Reaktionsbedingungen und aussagekräftigeren Untersuchungsergebnisse der Vorzug einzuräumen ist. Sinnvoll ist jedoch eine Beschränkung auf wenige gezielte Untersuchungen; eine Labordiagnostik nach Art des „Gießkannenprinzips“ ist abzulehnen.

Im einzelnen empfehlen sich folgende Untersuchungen:

Zur Erfassung der Leberzellschädigung: GOT, GPT, Gamma-GT.

Zur Erfassung der Syntheseleistung der Leber: Cholinesterase, Thromboplastinzeit (Quick).

Als Cholestase-anzeigende Parameter: alkalische Phosphatase, Gamma-GT, Serum-Bilirubin.

Zur Erfassung der mesenchymalen Reaktion: Quantitative Bestimmung der Immunglobuline G, A und M.

Zur Prüfung der Exkretionsleistung der Leber: Bromthalein-Test.

Voll ausreichend für ein ungezieltes *Labor-Screening* zur Erfassung von Leberkrankheiten ist die Bestimmung von GOT, GPT, Gamma-GT (und bedingt ChE), bei Hinweisen auf eine Cholestase auch die der alkalischen Phosphatase. Schmidt und Schmidt haben gezeigt, daß bei Anwendung dieses sogenannten „kleinen Enzymmusters“ sich nur bei 0,6 Prozent der chronischen Hepatitiden aller Formen und 0,7 Prozent der Leberzirrhosen aller Formen und Stadien ausschließlich Normalwerte dieser Parameter finden lassen. Einschränkung soll hier jedoch betont werden, daß Laboruntersuchungen die morphologische Untersuchung und Klassifizierung durch Laparoskopie mit gezielter Leberpunktion

oder perkutane Leberbiopsie nicht ersetzen können.

Obligat bleibt bei der Diagnostik von Leberkrankheiten somit die Bestimmung der beiden Aminotransferasen GOT und GPT, wobei letztere nur im Plasma, erstere auch in den Mitochondrien lokalisiert ist, also in erhöhtem Maß erst beim völligen Zelluntergang in die Blutbahn ausgeschwemmt wird.

Die Bestimmung der GlDH als Lebermitochondrien-spezifisches Enzym kann weiter Aufschlüsse über die Schwere des Zellschadens bringen.

Die Zellmembran-gebundene Gamma-GT hat sich besonders zum Nachweis toxischer (alkoholtoxischer) Leberschädigungen bewährt; außerdem stellt sie den frühesten und sensibelsten Indikator intra- und extrahepatischer Cholestasen dar.

Differentialdiagnostisch wichtig bei Cholestasen ist weiterhin die Bestimmung der Gesamtkativität der Membran-gebundenen alkalischen Phosphatase, wobei jedoch berücksichtigt werden sollte, daß sich diese aus den Aktivitäten von Isoenzymen ossären, hepatobiliären und intestinalen Ursprungs zusammensetzt (Ohlen, Richter).

Die Cholinesterase ist zur Erstdiagnostik von Leberkrankheiten meist nicht notwendig, sondern als klinisch-chemischer Parameter zur Erfassung der Syntheseleistung bei Verlaufskontrollen von Leberzirrhosen geeignet.

Die Bestimmung der Elektrophorese ist ebenfalls nur zweckmäßig bei chronisch-aggressiven Hepatitiden und Leberzirrhosen, da nur hier Verschiebungen im Eiweißspektrum zu erwarten sind (Erniedrigung des prozentualen Anteiles der Albuminfraktion; breitbasiger Gamma-Globulin-Gipfel mit deutlicher Erhöhung des prozentualen Anteiles an der Serum-Eiweiß-Konzentration). Die Serum-elektrophorese tritt an Bedeutung aber zunehmend hinter der quantitativen Bestimmung der Immunglobuline zurück.

Die quantitative Bestimmung von IgG, IgA und IgM nach Mancini ist ebenfalls nur sinnvoll bei der chronisch-aggressiven Hepatitis und bei Leberzirrhosen verschiedener Ätiologie. Bei den progredient verlaufenen

Höchst- und Mindestbeitrag für das Jahr 1978

Der **Höchstbeitrag** zur Bayerischen Ärzteversorgung wird im Kalenderjahr 1978

DM 19 980,—

betragen, der **Mindestbeitrag**

DM 999,—

Der Höchstbeitrag orientiert sich bekanntlich gemäß den Bestimmungen des Körperschaftssteuergesetzes an der Entwicklung des Höchstbeitrages der Rentenversicherung.

den hepatitischen Krankheitsbildern (chronisch-aggressive Hepatitis, hepatitische Leberzirrhose) ist mit einem Ansteigen der Immunglobulin-G-Fraktion zu rechnen, alkoholtoxische Prozesse, vor allem im Finalstadium alkoholtoxischer Zirrhosen, sind mit einer IgA-Vermehrung verbunden, während die primär-biliäre Leberzirrhose in der Mehrzahl eine Erhöhung von IgM aufweist.

Die Bestimmung des Serumbilirubins (Gesamt-Bilirubin) zeigt Störungen seines Stoffwechsels und seiner Exkretion an. Als sensibler Funktions-test der mikrosomalen Konjugationskapazität der erkrankten Leberzellen dient weiterhin der Bromthalein-Test, vor allem bei Patienten mit Fettlebern, die sich einer morphologischen Diagnostik nicht unterziehen wollen. Ein weiterer Parameter zur Abschätzung der aktuellen Syntheseleistung der Leber ist die Thromboplastinzeit-Bestimmung nach Quick, in die entscheidend die Konzentration des Gerinnungsfaktors VII eingeht, der von allen Gerinnungsfaktoren mit zwei bis fünf Stunden die niedrigste Halbwertszeit hat. Anwendung findet die Quickwert-Bestimmung daher bei schweren Verläufen von Virushepatitiden oder zur Messung der verbliebenen Syntheseleistung bei fortgeschrittenen Leberzirrhosen.

Leber-Kranke entwickeln häufig *Ge-websantikörper* (Autoantikörper), von denen lediglich Antikörper gegen Mitochondrien (AMA) und Leberzellkerne (ANA) diagnostisch relevant sind; der Nachweis erfolgt immunfluoreszenzmikroskopisch mit entsprechend Antigen-reichem Tierge-

webe. Das Auftreten mitochondrialer Antikörper ist bei primär-biliären Prozessen (primär-sklerosierende Cholangitis und primär-biliäre Leberzirrhose) oft einziges immunologisch faßbares Leitsymptom. Der unspezifische Nachweis antinukleärer Antikörper ist besonders häufig bei rasch progredient verlaufenden chronisch-aggressiven Hepatitiden („Autoimmunhepatitis“) mit hohem IgG- und meist fehlendem serologischen Nachweis vorausgegangener Hepatitis-Virus-Infektionen zu führen.

Das Alpha-1-Fetoprotein gehört zur Gruppe der karzinofetalen Antigene und wird radioimmunologisch nachgewiesen (Normalbereich bis 15 ng/ml). Die klinische Bedeutung des Nachweises liegt vor allem in seiner fast regelhaft vermehrten, oft exzessiven Bildung beim primären Leberzellkarzinom, für das AFP-Spiegel über 800 ng/ml als pathognomonisch gelten (Alpert; Lehmann). Das Auftreten sehr viel geringerer und nur transitorischer Konzentrationserhöhungen im Serum wurde bei der Leberzirrhose und verschiedenen Verlaufsformen der Virushepatitis beschrieben (Ohlen, Richter, Lamerz).

Die Bedeutung des Nachweises von Virus-assoziierten Antigenen sowie deren Antikörpern wird in einem gesonderten Kapitel der Epidemiologie abgehandelt.

2.3. Laparoskopie und Leberbiopsie

Sowohl die Laparoskopie wie die perkutane Leberbiopsie (Leberblindpunktion) ist in der Hand des geübten Untersuchers eine für den Patienten wenig belastende und risikoarme Untersuchungstechnik. Mit Aus-

nahme der Fettleber empfiehlt sich zur morphologischen Erstdiagnostik von Krankheitsbildern der Leber stets die Laparoskopie, da nur mit ihr umschriebene Nekrosen erfaßt werden können oder die Differentialdiagnose, z. B. zu Lebertumoren, gestellt werden kann.

Indikationen für die perkutane Biopsie sind die Diagnostik der Fettleber sowie Verlaufsbiopsien. Mit fortschreitendem Parenchyumbau gewinnt die laparoskopische Diagnose Gewicht. In Finalstadien von Zirrhosen ist die Leberpunktion, sowohl perkutan wie unter Sicht, wegen der Gefahr der Nachblutung kontraindiziert.

2.4. Leberszintigraphie und Ultraschalldiagnostik

Beide Techniken vermögen im Einzelfall die Diagnostik von Leberkrankheiten wertvoll zu ergänzen, konventionelle Labor- oder biopsische Methoden aber nicht zu ersetzen. Die Indikation zur Leberszintigraphie als einer für den Patienten schonenden Methode ist im fortgeschrittenen Stadium der Leberzirrhose bei schon bestehenden Kontraindikationen für eine Laparoskopie gegeben sowie zur Differentialdiagnose raumfordernder Prozesse jeder Art, wobei ihr die Sonographie im Auflösungsvermögen überlegen ist. Die Leberszintigraphie ist nicht indiziert bei akuten Hepatitiden, Fettlebern und chronischen Hepatitiden, da durch sie keine weiteren diagnostischen oder prognostischen Aussagen hinsichtlich der Progredienz und der Aktivität des Prozesses möglich werden.

3. Epidemiologie

Die in den letzten Jahren gewonnenen Kenntnisse ermöglichen heute eine zum Teil recht genaue Charakterisierung der beteiligten Virusarten und ein erstes Verständnis der Pathogenese der Virushepatitis.

3.1. Virushepatitis A

Der 27nm große Erreger der Hepatitis A läßt sich durch sein assoziiertes HA-Antigen radioimmunologisch etwa eine Woche vor und zwei Wochen nach Auftreten des Ikterus im Stuhl nachweisen. Dauerausscheider und damit „Carrier“ wie bei der Virus B-Infektion wurden nicht be-

obachtet; man nimmt heute sogar an, daß es keine chronischen Hepatitis A-Verlaufsformen gibt (Popper). Schon zum Zeitpunkt des Auftretens des Ikterus gelingt der radioimmunologische Nachweis von Antikörpern gegen das HA-Antigen, die zunächst überwiegend der IgM-, nach vier Wochen und dann lebenslang fast ausschließlich der IgG-Klasse angehören. Ein Fehlen von Anti-HA zum Zeitpunkt des höchsten Transaminasenanstieges schließt daher mit hoher Wahrscheinlichkeit eine frische Hepatitis A-Infektion aus. Die Diagnose einer Virus A-Erkrankung erfolgt durch Nachweis des HA-Antigens im Stuhl während der ersten Erkrankungstage oder durch einen vierfachen Titeranstieg der Antikörper in zwei im Verlauf der Erkrankung abgenommenen Serumproben (Frösner).

Der Hauptübertragungsweg der Hepatitis A-Infektion ist, wenn auch prinzipiell parenteral möglich, nach wie vor fäkal-oral. Die Häufigkeit des Anti-HA-Nachweises in der Bundesrepublik Deutschland steigt von 13 Prozent bei den unter 20jährigen bis auf 92 Prozent bei den über 49jährigen (Frösner).

3.2. Virushepatitis B

Der Erreger der Hepatitis B ist 42 nm groß (Dane-Partikel) und besteht aus einer äußeren Kapsel und einem 27 nm großen Kern; Hüllmaterial und nacktes Virus sind Träger eigener Antigenitäten: HB-surface-Antigen (Australia-Antigen) mit seinen nur epidemiologisch bedeutsamen Subtypen und HB-cor-Antigen. Virus B-assoziiert läßt sich gleichfalls radioimmunologisch das HB_e-Antigen nachweisen, von dem bislang nicht geklärt ist, ob es Teil des Erregers selbst ist oder virusinduziert von der Wirtszelle gebildet wird. Bereits vier Wochen nach erfolgter Infektion läßt sich das HB_s-Antigen radioimmunologisch im Serum nachweisen; meist erst nach der klinischen Ausheilung wird sein Antikörper (Anti-HB_s) nachweisbar, um lebenslang zu persistieren.

HB_c-Antigen ist nur immunfluoreszenzmikroskopisch im Lebergewebe nachweisbar; noch in der Phase der klinischen Ausheilung tritt sein Antikörper (Anti-HB_c) im Serum auf.

Das HB_e-Antigen läßt sich kurz vor dem Höhepunkt der Erkrankung ra-

dioimmunologisch im Serum erfassen; sein Antikörper (Anti-HB_e) tritt ebenfalls schon während der klinischen Ausheilung im Serum des Patienten auf. Persistiert nun neben HB_s-Ag auch HB_e-Ag im Serum, so weist dies auf eine Chronifizierung der Virus B-Infektion hin, wobei der weitere Verlauf der Krankheit von der individuellen Immunantwort des befallenen Organismus abhängig ist.

Im Gegensatz zur Virus A-Infektion sind asymptomatische Virus B-„Carrier“ häufig; beim Nachweis des HB_e-Antigens sind diese als potentiell infektiös, bei Vorkommen des Anti-HB_e im Patientenserum als epidemiologisch unbedenklich anzusehen. Die Virushepatitis B wird vorwiegend parenteral durch Blut und Blutprodukte, durch sexuellen Kontakt, jedoch auch oral übertragen.

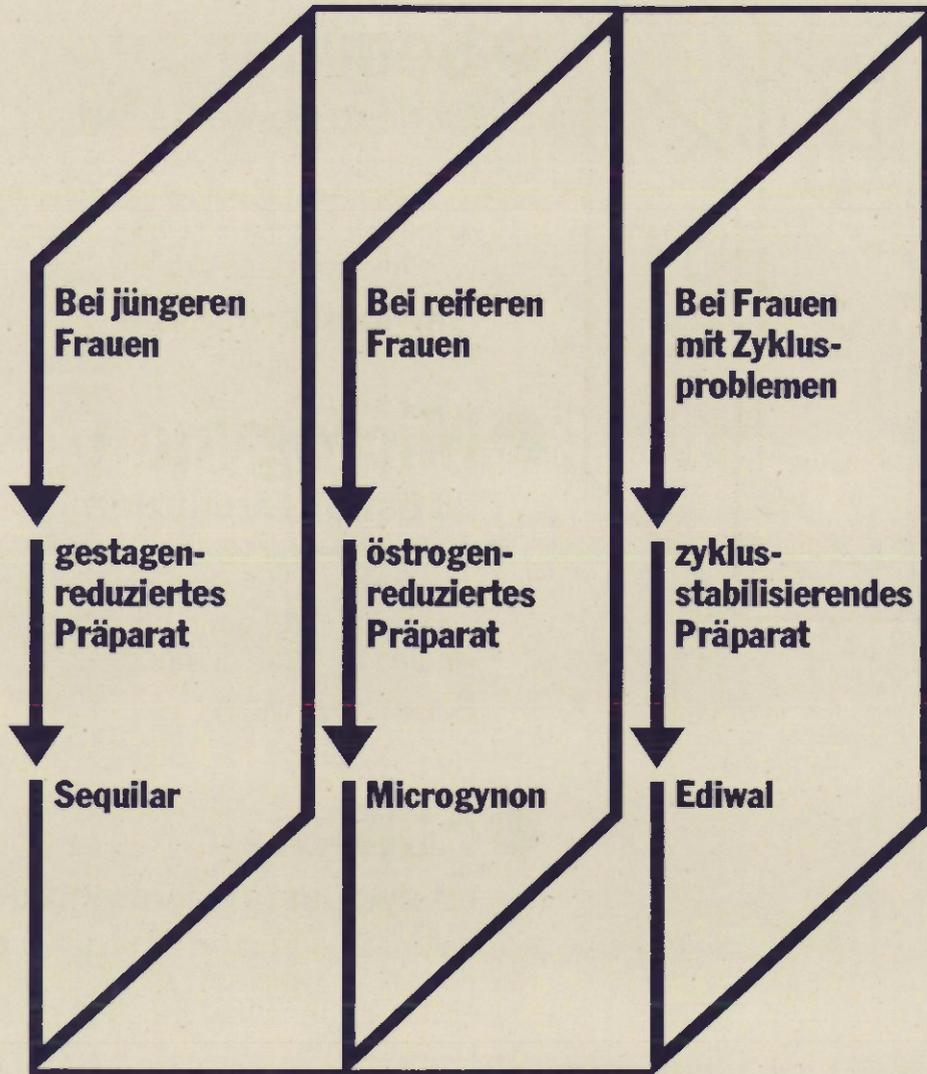
3.3. Virushepatitis Non A-Non B

Eine dritte Form viraler Hepatitiden stellt die Non A-Non B-Hepatitis dar, die zumindest in den USA die Hepatitis B als wichtigste Ursache der Posttransfusionshepatitiden (bis zu 90 Prozent) abgelöst hat und durch das Fehlen der vorgenannten Virus A- und B-assoziierten Antigene und deren Antikörper in Form einer Ausschlußdiagnostik diagnostiziert wird. Es erscheint denkbar, daß es sich hierbei um mehrere Erreger handelt, die derzeit erst in Ansätzen charakterisiert sind (Deinhardt). Die Epidemiologie der Non A-Non B-Hepatitis und die der Hepatitis B sind ähnlich: Übergänge in chronische Verlaufsformen scheinen auch hier stattzufinden.

3.4. Pathogenese

Die Pathogenese verschiedener Verlaufsformen einer Virushepatitis ist am eingehendsten für die B-Hepatitis untersucht. Der klinische Verlauf einer Hepatitis B wird entscheidend von immunpathologischen Reaktionen und der individuellen zellulären (und humoralen) Immunantwort des infizierten Organismus bestimmt. Eine überschießend starke Immunantwort führt zum Bild der fulminanten Hepatitis, eine starke Antwort zur akuten, klinisch unkompliziert verlaufenden Hepatitis mit rascher Elimination der befallenen Leberzellen und damit auch des Virus und seiner Antigene, eine schwache Reaktion zur anikterischen Hepatitis mit Virus-Persistenz, eine sehr

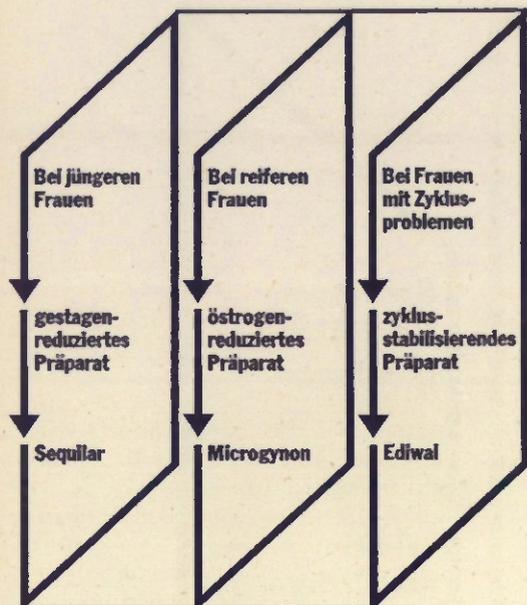
Schering-Kontrazeptiva-System für die praxisgerechte Verordnung



Sequilar Microgynon Ediwal

**...immer gleich die richtige Pille
von Schering**

Schering-Kontrazeptiva-System für die praxisgerechte Verordnung



● Sequilar

ist gestagenreduziert

darum auch für Frauen – unabhängig vom Alter –, die mit Beschwerden kommen, die durch Gestagene hervorgerufen bzw. verstärkt werden können – z.B.

Gewichtsprobleme

● Microgynon

ist östrogenreduziert

darum auch für Frauen – unabhängig vom Alter –, die mit Beschwerden kommen, die durch Östrogene hervorgerufen bzw. verstärkt werden können – z.B.

Brustspannen

● Ediwal

ist zyklusstabilisierend dosiert

darum für die Frauen – unabhängig vom Alter –, die mit Zyklusproblemen kommen, auch für Frauen post partum und post abortum.

Zusammensetzung: 1 Packung Microgynon® 21 enthält 21 Dragees zu je 0,15 mg D-Norgestrel und 0,03 mg Äthinylöstradiol. Microgynon 28 enthält in der Kalenderpackung zusätzlich 7 wirkstofffreie Dragees. 1 Packung Ediwal® 21 enthält 21 Dragees zu je 0,125 mg D-Norgestrel und 0,05 mg Äthinylöstradiol. 1 Packung Sequilar® 21 enthält 11 weiße Dragees zu je 0,05 mg D-Norgestrel und 0,05 mg Äthinylöstradiol sowie 10 orangefarbene Dragees zu je 0,125 mg D-Norgestrel und 0,05 mg Äthinylöstradiol. Sequilar 28 enthält in der Kalenderpackung zusätzlich 7 wirkstofffreie Dragees. Indikationen: Konzeptionsverhütung. Dosierung: Microgynon 21/Sequilar 21: Im ersten Zyklus täglich 1 Dragee vom 1.-21. Zyklustag (1. Tag der Menstruation = 1. Zyklustag). Nach einer Pause von 7 Tagen, in der es zur Entzugsblutung kommt, wird die Einnahme aus der nächsten Packung fortgesetzt. Microgynon 28/Sequilar 28: Ab 1. Zyklustag täglich 1 Dragee; keine Einnahmepause. Ediwal 21: Im ersten Zyklus täglich 1 Dragee vom 5.-25. Zyklustag (1. Tag der Menstruation = 1. Zyklustag). Nach einer Pause von 7 Tagen, in der es zur Entzugsblutung kommt, wird die Einnahme aus der nächsten Packung fortgesetzt. Nebenwirkungen: Vereinzelt Spannungsgefühl in den Brüsten, Magenbeschwerden, Übelkeit, Kopfschmerzen, Beeinflussung des Körpergewichts und der Libido, depressive Verstimmungen, Chloasma, Zwischenblutungen. Gründe für das sofortige Absetzen: erstmaliges Auftreten migräneartiger oder häufigeres Auftreten ungewohnt starker Kopfschmerzen, akute Sehstörungen jeder Art, erste Anzeichen von Thrombophlebitiden oder thromboembolischen Erscheinungen sowie geplante Operationen (6 Wochen vorher) und längere Immobilisation (z.B. nach Untällen), Auftreten von Ikterus, stärkerer Blutdruckanstieg, Schwangerschaft, Kontraindikationen und Risiken: Wie bei allen hormonalen Kontrazeptiva vom Typ der Gestagen-Östrogen-Kombinationen: schwere Leberfunktionsstörungen; idiopathischer Schwangerschaftsdiabetes oder schwerer Schwangerschaftspruritus in der Anamnese, Dubin-Johnson- und Rotor-Syndrom, vorausgegangene oder bestehende thromboembolische Prozesse, Sichelzellenanämie, Mamma- oder Korpuskarzinom (auch nach Behandlung), Fettstoffwechselstörungen; Herpes gestationis in der Anamnese, Otosklerose mit Verschlechterung in vorangegangenen Schwangerschaften, Einfluß auf die Wirkung bei gleichzeitiger Gabe anderer Medikamente siehe Prospekt. Besondere Hinweise: Ausführlichere Informationen zum Präparat enthalten die wissenschaftlichen Prospekte (z.Z. sind folgende Auflagen gültig: Microgynon 3. Auflage vom Oktober 1976, Ediwal 21 2. Auflage vom Juli 1976, Sequilar 3. Auflage vom Januar 1977), u.a. zu folgenden Themen: Notwendigkeit gynäkologischer Kontrolluntersuchungen, Einfluß auf die Scheidenthora, Beeinflussung der Leberfunktion, Thromboserisiko unter der Anwendung, Möglichkeit einer geringen androgenen Restwirkung, Wirkung auf Nebennierenrinden- und Schilddrüsenfunktion, Einfluß auf klinisch-chemische Normalwerte, Stoffwechselfunktionen und Blutdruck, Krankheiten, die sich wie in der Schwangerschaft verschlimmern können (Otosklerose, multiple Sklerose, Epilepsie, Porphyrie, Tetanie). Packungen und Preise lt. AT. (ab 1.1.1978): Microgynon 21: 1 x 21 Dragees DM 8,25; 3 x 21 Dragees DM 22,61; 6 x 21 Dragees DM 39,38. Ediwal 21: 1 x 21 Dragees DM 9,27; 3 x 21 Dragees DM 25,24; 6 x 21 Dragees DM 42,57. Sequilar 21: 1 x 21 Dragees DM 8,49; 3 x 21 Dragees DM 23,25; 6 x 21 Dragees DM 40,04. Microgynon 28: 1 x 28 Dragees DM 8,58; 3 x 28 Dragees DM 23,54; 6 x 28 Dragees DM 40,41. Sequilar 28: 1 x 28 Dragees DM 8,81; 3 x 28 Dragees DM 24,19; 6 x 28 Dragees DM 41,17.

SCHERING AG
BERLIN / BERGKAMEN

Dez. 77 ⑤

schwache Reaktion zur Virus-Persistenz ohne oder mit nur minimalem histologisch nachweisbaren Leberschaden („Carrier“). Liegt eine inadäquate Reaktion gegen die antigenen Komponenten des Hepatitis B-Virus vor, so führt dies zur chronisch-persistierenden oder zur chronisch-aggressiven Verlaufsform mit Virus-Persistenz.

Neben der radioimmunologischen Nachweisbarkeit der Virus B-assoziierten Antigen-Antikörper-Systeme im Serum ist es mit Hilfe spezifischer immunfluoreszenz-optischer Untersuchungen an Leberbiopsiematerial möglich, das Verhalten der antigenen Viruskomponenten auf Gewebeebene und die Effektivität der individuellen Reaktion des Immunsystems sichtbar zu machen (Bianchi; Drescher, Ohlen, Selmair).

3.5. Virushepatitis als Berufskrankheit

Für Medizinalpersonen in freier Praxis und in Krankenanstalten ist gutachterlich im Fall einer Hepatitisinfektion aufgrund der um Zehnerpotenzen höheren Hepatitishäufigkeit der Einzelnachweis des Infektionsganges nicht mehr gefordert. Bemerkenswert bleibt hierbei aber, daß das Infektionsrisiko um so höher liegt, je unerwarteter der Kontakt mit potentiell infektiösen Patienten ist, die sorgfältige Arbeit folglich eine entscheidende Rolle spielt. Entsprechend der hohen Hepatitisexposition ist unter Medizinalpersonen auch der Kreis gesunder HB_sAg-positiver Personen (Carrier) relativ größer als in der allgemeinen Bevölkerung. Hieraus dürfen jedoch keine beruflichen Nachteile entstehen; es wurde wiederholt nachgewiesen, daß trotz der theoretisch bestehenden Infektiosität (Serum, Ausscheidungen) dieser Virusträger in ihrer unmittelbaren Umgebung keine gehäuft Hepatitisserkrankungen aufgetreten sind.

Literatur bei den Verfassern.

Anschrift der Verfasser:

Privatdozent Dr. med. H. Selmair, Klinik Wartenberg, 8059 Wartenberg; Dr. med. J. Ohlen und Dr. med. M. Drescher, II. Medizinische Klinik und Poliklinik der Technischen Universität München im Klinikum rechts der Isar, Ismaninger Straße 22, 8000 München 80

Endokrine Notfälle *

von O. Bartels

Aus der Medizinischen Klinik mit Poliklinik der Universität Erlangen-Nürnberg (Direktor: Professor Dr. L. Demling)

Dysfunktion des Endokriniums führt zur Störung humoral regulierter Lebensvorgänge. Da vielfach hormonelle und nervöse Informationsübertragung zwischen den Zellen miteinander verzahnt sind, führen krankhafte Veränderungen der inneren Sekretion nicht nur zur Störung einer jeweiligen Hormonfunktion, sondern stets zur Störung eines im gesamten Organismus wirksamen *Regulationssystemes*. Daraus resultiert die so vielfältige, nicht immer leicht zu durchschauende Symptomatologie endokriner Erkrankungen.

Akute lebensbedrohliche Störungen der inneren Sekretion kommen glücklicherweise relativ selten vor. Zur unmittelbaren Lebensgefahr kommt es in der Regel durch eine krisenhafte Entgleisung des Stoffwechsels infolge exzessiver Hormonüberschwemmung oder infolge akuten Hormondefizits.

Endokrine krisenhafte Notsituationen gehören zu jenen bedrohlichen Situationen, die nicht nur sofortiger symptomatischer Therapie, sondern ganz besonders rascher Diagnosestellung und damit gezielter Behandlung bedürfen, nämlich der Zufuhr oder des Entzuges eines oder mehrerer Hormone. Nur frühzeitiger Behandlungsbeginn kann die vielfach schlechte Prognose endokriner Notfälle bessern. Das bedeutet für den Hausarzt bzw. den erstbehandelnden Notarzt in der Praxis und auch im Krankenhaus, daß überhaupt an die Möglichkeit einer endokrinen Krise gedacht wird. Diese Forderung erscheint selbstverständlich, erweist sich aber im klinischen Alltag als schwierig, da sich akute hormonelle Erkrankungen vielfach als „alltäglicher Routine-Notfall“ maskieren und so den Arzt fehlleiten.

Wir haben einmal die Einweisungsdiagnosen akuter Erkrankungen während eines Jahres auf unserer Intensivstation zusammengestellt, welche sich später als typische „maskierte“ Notfälle herausstellten (Tab.

1). Hier fällt auf, daß endokrine Entgleisungen — etwa hypertensive Krise, Coma hypoglycaemicum, thyreotoxische Krise, Hyperkalzämiesyndrom und Addison-Krise — besonders als akute zerebrovaskuläre Erkrankungen, als Psychosen oder akute gastrointestinale Erkrankungen verkannt wurden.

Zur Fehleinschätzung der Symptomatologie und Verknennung der augenblicklichen Gefahr führt sicher auch das seltene Vorkommen endokriner Notfallsituationen in der Klinik, erst recht im Patientengut des einzelnen Arztes. Während der letzten fünf Jahre wurden z. B. an der Medizinischen Universitätsklinik Erlangen rund 13 500 Notfälle behandelt, davon auf der Intensivstation 4500 Patienten. Davon wiederum entfielen auf lebensbedrohliche endokrine Notsituationen sieben Prozent aller Intensiv-Patienten. Zieht man jedoch davon die akuten Zuckerstoffwechselstörungen ab, verbleiben nur 0,4 Prozent endokrine Notfälle, welche einer Intensivbehandlung bedurften.

In Anbetracht dieser Situation ist es sicherlich für den Arzt besonders in der Praxis nicht sehr sinnvoll, sich die einzelnen akuten endokrinen Krankheitsbilder in allen Einzelheiten einzuprägen, da er diese doch infolge mangelnden Trainings im ärztlichen Alltag vergessen wird. Es ist wichtiger zu wissen, daß sich alle endokrinen Notfallsituationen — seien es Hormondefizitkrisen oder Hormonexzeßkrisen — durch eine ihnen *gemeinsame Konstellation* auszeichnen (Tab. 2):

Nämlich stets gemeinsames Auftreten von Störungen des Bewußtseins, der Psyche, des sensorischen und

*) Vortrag anlässlich der 17. Bayerischen Internisten-tagung in München.

Die Referate dieser Veranstaltung werden in Band 45 der von der Bayerischen Landesärztekammer herausgegebenen Schriftenreihe veröffentlicht. Die Kassenärzte in Bayern werden diesen Band über ihre Bezirksstelle der KVB erhalten.

Beispiele „maskierter“ akuter Notfälle

Erkrankung	Maske
Exogene Intoxikation	Trunkenheit Zerebrovaskulärer Insult
Rezidivierende Lungenembolie	Pneumonie Orthostatische Hypotonie
Kalium-Defizit	Koronare Herzkrankheit Herzinsuffizienz Dekompensierte Leberzirrhose
Akute exazerbierte chronische Pyelonephritis	Subileus, Appendizitis Akutes Abdomen
Pulmonal bedingte Hyperkapnie	Delirium tremens, Psychose Zerebrovaskulärer Insult Hirntumor
Sick-Sinussyndrom Karotissinussyndrom	Zerebroveskuläre Insuffizienz Krampfleiden, Angina pectoris
Perikarderguß	Rechtsherzinsuffizienz
Hypertensive Krise	Lungenödem Zerebrovaskuläre Insuffizienz
Hyperthyreote Krise	Akute Psychose, Herzinsuffizienz Akutes Abdomen
Hyperkalzämiesyndrom	Akute Psychose
Addison-Krise	Akutes Abdomen, Psychose
Akute Porphyrie	Psychose, akutes Abdomen

Tabelle 1

vegetativen Nervensystems, von Störungen der Herz- und Kreislauffunktion, von seiten des Intestinums und der Niere. Mit wenigen Ausnahmen – etwa Hypoglykämie oder hypothyreotes Koma – finden sich stets Exsikkosezeichen und vielfach Untergewichtigkeit.

Findet man einen Patienten vor, welcher multilokuläre Organstörungen und gleichzeitig neurologische, psychotische und/oder Störungen des Bewußtseins aufweist, dann besteht begründeter Verdacht auf eine *endokrine Krise!*

Dazu drei Beispiele:

1. Eine 39jährige Patientin wurde seit fünf Jahren wegen einer chronischen primären Nebennierenrindeninsuffizienz mit Corticoiden behandelt. Ihr Befinden war ausgezeichnet. Im Anschluß an eine Erkältung – weswegen die Patientin nicht den Hausarzt aufsuchte – zunehmende Wesensveränderung, schwere Besinnlichkeit, Perseverationstendenzen und auffallende Ermüdbarkeit. Wegen Erbrechens und Bauchschmerzen Krankenhauseinweisung. Von dort wegen zunehmend deliranter Exzitation im Wech-

Das Ulcus-Risiko im Gespräch:

„...Resultate erbringen den begründeten Nachweis für die Wichtigkeit der Magensäure in der Pathogenese des Duodenal-Ulkus und die Rechtfertigung für den Gebrauch von Antazida zu seiner Behandlung.“

PETERSON ET AL., THE NEW ENGLAND JOURNAL OF MEDICINE, VOL. 297, NUMBER 7, 341 (1977)

„Ohne Magensäure gibt es kein Ulcus. Dies ist als sogenannte **SCHWARTZ-DOKTRIN** bekannt: „keine Säure – kein Ulcus“ ... eine säurebindende Behandlung heilt normalerweise das Ulcus.“

ISENBERG, JAMA, BD. 233, NO. 6, 540 (1975)

Organbeteiligung und Krankheitserscheinungen bei endokrinen Krisen

		Somnolenz Koma	Psychiatrisch	Neurologisch	Vegetativ	Herz	Kreislauf	Magen-Darm	Niere	Exsikkose
Hormon	Exzeß									
	Hyperthyreote Krise	+	+	+	+	+	+	+	+	+
	Hyperkalzämische Krise	+	+	+	+	+	+	+	+	+
	Phäochromozytom	+		+	+	+	+	+		+
	Defizit									
	Hypothyreotes Koma	+	+	+	+	+	+	+	+	
Coma diabeticum	+		+	+	+	+	+	+	+	
Addison-Krise	+	+	+	+	+	+	+	+	+	

Tabelle 2

sel mit Dämmerzuständen und Auftreten spastischer Paraplegie Verlegung in eine Nervenklarinik, von dort wegen des Verdachtes auf funktionelle Psychose bei internistischem Grundleiden Verlegen in die Medizinische Klinik. Hier fielen bei der stark untergewichtigen, apathischen Patientin neben Exsikkose eine hypotone Tachykardie mit kalten, zyanotischen Akren und eine im Röntgenbild kleine Herzkonfiguration auf.

Nach mehrtägiger erhöhter Substitution von Nebennierenrinden-Hormonen ra-

sche Normalisierung der bedrohlichen Symptome von selten des Zentralnervensystemes, des Kreislaufes und des Abdomens. Drei Wochen später Entlassung aus der Klinik.

Diagnose: Akute Nebenniereninsuffizienz infolge grippalen Infektes mit unzureichender Hormonsubstitution bei primär chronischer Nebenniereninsuffizienz.

Die Patientin bot die typische Konstellation akuter Nebenniereninsuffizienz (Tab. 3): Akute Psychose, Über-

gang in Apathie und Somnolenz, extreme Adynamie, Hypotonie und Exsikkose, Erbrechen und Abdominalkoliken, drohendes Kreislaufversagen.

Obgleich die Patientin bekanntermaßen an einer chronischen Nebenniereninsuffizienz litt, wurde die drohende Krise verkannt, vermutlich wegen der ganz im Vordergrund stehenden primär abdominellen, dann psychiatrisch-neurologischen Symptomatik.

Ihre fertig-flüssige Antwort:

GELUSIL LIQUID

Kontern Sie das Ulcus-Risiko von Anfang an.

Wie das Ulcus-Risiko zunimmt:



Gelusil Liquid fertig-flüssig® gehört zur Ulcus-Therapie von Anfang an, denn:

- sofortige Einstellung des Magensaftes auf optimale pH-Werte
- anhaltender Magenschleimhautschutz durch zwei wirksame Schutzfilm-Gele
- weder laxierend, noch obstipierend – kein reaktiver Säurestoß – keine Alkalose
- angenehm im Geschmack und einfach in der Anwendung

Zusammensetzung: 1 ml Gelusil Liquid enthält 0,156 g Magnesiumaluminium-Silikathydrat $[Mg_2Al_2Si_2O_7 \cdot (OH)_2]$.

Indikationen: Akute und chronische Gastritis, Hyperacidität (Supersekretion), Säurebeschwerden verschiedener Art wie Pyrosis, saures Aufstoßen, nächtliche Säurebeschwerden und Nüchternschmerz, Ulcus ventriculi et duodeni, Therapie und Prophylaxe des „Streßulcus“, Gastropathia neurogenerica, verdorbener Magen nach Diätfehlern, Beschwerden nach Überforderung des Magens durch Alkohol, Nikotin, Kaffee und Süßigkeiten, medikamentös bedingte

Überäuerung und zur besseren Magenverträglichkeit verschiedener Medikamente, Stumpfgastritis, Reflux-Osophagitis, Entzündungen der Speiseröhre einschließlich Säureverätzungen.

Kontraindikationen: sind nicht bekannt.

Zur Beachtung: Hohe und längerdauernde Gaben von Gelusil Liquid können bei schwerer Niereninsuffizienz zur Hypermagnesiämie führen. Im Stadium der urämischen Stoffwechsellintoxikation ist – sofern nicht systematische Kontrollen des Plasma-Magnesiums

möglich sind – bei Verwendung von Gelusil Liquid Vorsicht geboten.

Handelsformen und Preise:
Packung mit 20 Btl. zu 6 ml Suspension
Packung mit 50 Btl. zu 6 ml Suspension
Flasche mit 200 ml
Anstaltspackungen

DM 10,71 m. MwSt.
DM 24,09 m. MwSt.
DM 13,29 m. MwSt.
Januar 1978/501/0

GÖDECKE AG · 1 Berlin 10

Symptomatik bei akuter Nebenniereninsuffizienz (Addison-Krise)

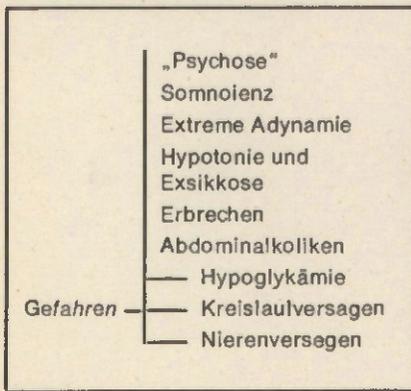


Tabelle 3

Die wichtigste Maßnahme bei einer drohenden Addison-Krise (Tab. 4) dürfte in der Praxis sein, überhaupt daran zu denken: Besonders bei Patienten mit chronischer Nebenniereninsuffizienz und bei Patienten nach Abschluß einer Cortison-Langzeittherapie.

Bei drohendem Kreislaufversagen ist als Notmaßnahme die intravenöse Injektion von 250 mg Solu-Decortin H und 0,5 mg Aidocorten angezeigt, bei längerem Transport ins Krankenhaus zusätzlich Wärme und Volumenzufuhr. Im Falle hypoglykämischer Symptomatik (Dextrostix!) zusätzlich 40 ml Glucose 50% intravenös!

In der Klinik stehen ganz im Vordergrund optimale Hormonsubstitution und Intensivpflege.

Therapeutische Maßnahmen in Praxis und Klinik bei akuter Nebenniereninsuffizienz

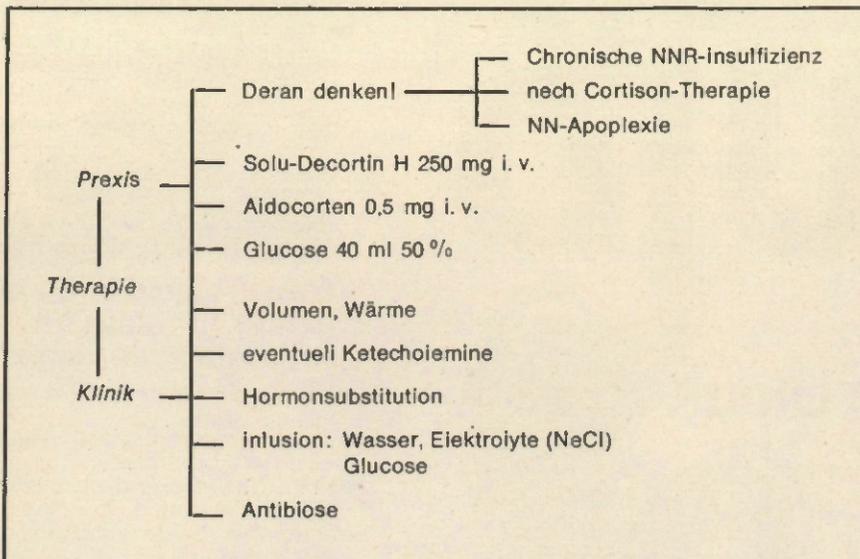


Tabelle 4

2. Eine 61jährige Patientin litt seit mehr als 10 Jahren an Kopfschmerzen, immer wiederkehrenden und nicht zu klärenden abdominellen Schmerzen sowie an depressiven Verstimmungen (welche auf die ständigen Kopfschmerzen zurückgeführt wurden) sowie an zunehmender Müdigkeit und Körperschwäche (welche wiederum auf die Depressionen zurückgeführt wurden). Wenige Tage vor Krankenhausaufnahme Erbrechen, starke Bauchschmerzen, zunehmende Apathie im Wechsel mit Verwirrheitszuständen und Halluzinationen, außerdem auffallend rasch zunehmende allgemeine körperliche Schwäche, besonders der unteren Extremitäten mit Gehunfähigkeit. Vom Heimatkrankenhaus Überweisung in die Medizinische Klinik wegen akuten Nierenversagens. Labormäßig fielen auf Serum-Calcium 9,9 mval/l, Hyponatriämie und Hypokaliämie sowie erniedrigtes Serum-Magnesium. Die Patientin verstarb an Herzversagen.

Diagnose: Hyperkalzämische Krise infolge akuten Hyperparathyreoidismus infolge Nebenschilddrüsenadenoms.

Zweifellos ist es schwer, in der akuten Situation die richtige Diagnose zu stellen, liegen doch – ähnlich wie beim ersten Beispiel – uncharakteristische Symptome vor (Tab. 5): Nämlich psychotisches Bild, uncharakteristische Myopathie mit auffallender muskulärer Schwäche, besonders der Beine, Erbrechen und Bauchschmerzen, schließlich Schockzustand und Nierenversagen.

Aber auch hier wieder die für einen endokrinen Notfall typische Befund-

Symptomatik bei hyperkalzämischer Krise (akuter Hyperparathyreoidismus)



Tabelle 5

konstellation: Vielfache Organbeteiligung, psychotisches Bild und neurologische Ausfälle!

Die stets bedrohliche Symptomatik wird praktisch immer zur unmittelbaren Krankenhauseinweisung führen. Wichtigste Maßnahme (Tab. 6) des behandelnden Arztes ist es zunächst, im Zusammenhang mit Anamnese und Befundkonstellation an die hyperkalzämische Krise zu denken und dann keinesfalls – auch bei Vorliegen schlechter Kreislaufverhältnisse – Digitalis zu geben, kann doch dadurch ein akuter Herzstillstand provoziert werden.

In der Klinik steht zunächst die Senkung des erhöhten Calcium-Spiegels im Vordergrund, wozu sich mehrere Mittel eignen; stets ist die Hämodialyse zu erwägen. Weiter sind von Bedeutung die Normalisie-

Therapeutische Maßnahmen in Praxis und Klinik bei hyperkalzämischer Krise infolge akuter Nebenschilddrüsenüberfunktion

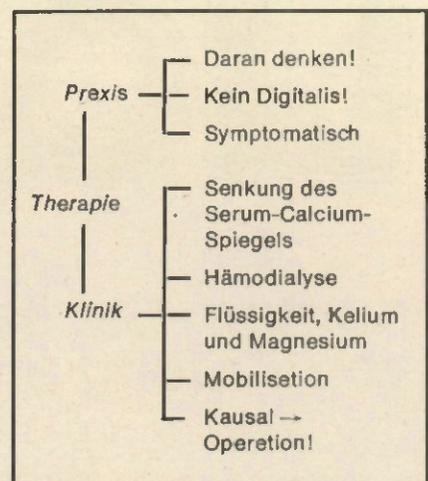


Tabelle 6

Symptomatik bei thyreotoxischer Krise (hyperthyreotische Krise)

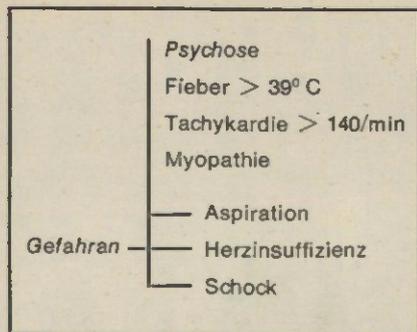


Tabelle 7

... rung des Wasser- und Elektrolyt- haushaltes — besonders Kalium und Magnesium! — und nach Überwin- den der akuten Krisensituation eine möglichst schnelle Diagnosestel- lung. In der Mehrzahl der Fälle liegt der akuten hyperkalzämischen Krise mit Serum-Calcium-Werten über 8 mval/l ein primärer Hyperparathyreo- idismus, meist ein isoliertes Adenom, zugrunde. Beweisend ist im Zusam- menhang mit dem Serum-Calcium- Befund stets der Nachweis erhöhter Parathormonsekretion. Es besteht dann imperative Operationsindika- tion.

Die Prognose des akuten Hyperpa- rathyreoidismus ist auch bei rascher Operation schlecht (Letalität mehr als 60 Prozent). Diese läßt sich si-

Therapeutische Maßnahmen in Praxis und Klinik bei hyperthyreoter Krise

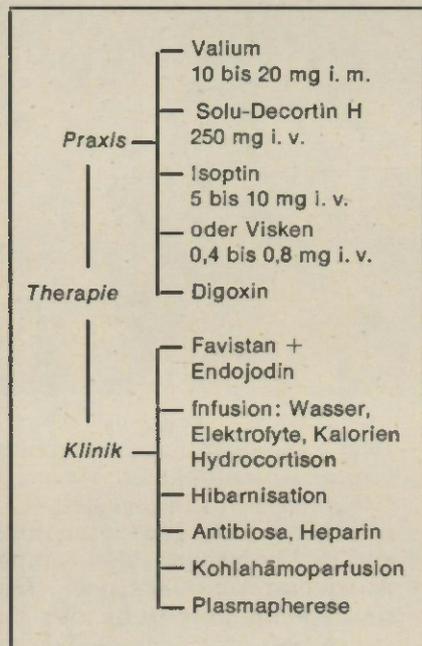


Tabelle 8

cherlich entscheidend senken, wenn wir häufiger an eine Überfunktion der Nebenschilddrüsen denken wür- den, besonders bei einer Reihe sich häufender, scheinbar alltäglicher Symptome, wie Nierensteine, Ma- gengeschwüre, schubartige unklare Bauchschmerzen, Müdigkeit, Kopf- schmerzen und Depressionen, Mus- kelschwäche, Kreuz- und Glieder- schmerzen!

3. Eine 54jährige Frau befand sich seit einigen Monaten wegen Herzinsuffizienz (absolute Arrhythmie!) in ärztlicher Be- handlung. Klagen über Schlaflosigkeit und Gewichtsabnahme! Wegen Fieber und unklaren Bauchschmerzen im Kran- kenhaus intravenöse Cholangiostogra- phie und Pyelographie. In den nächsten Tagen Temperaturanstieg bis 40° C, delirante Verwirrheitszustände und auf- fallende muskuläre Kraftlosigkeit. Bei Aufnahme der Patientin in der Medizinischen Klinik fielen neben einer Tachy- arrhythmia absoluta um 160/min der myasthenische Gesichtsausdruck (schlaf- fes, ausdrucksloses Gesicht, offener Mund, varstrichene Nasolabialfalten) der insgesamt ausgeprägt adynam wirken- den Patientin auf. Dabei schwache, et- was näsälnde Sprache mit mangelhafter Phonation des „R“ und Schluckstörun- gen. Die Patientin war nicht fähig, Kopf und Arme und Baine anzuheben!

Diagnose: Hyperthyreote Krise, ausge- löst durch diagnostische Jod-Zufuhr bei nicht erkannter Hyperthyreose!

Zugrunde lag der Entgleisung hier ein autonomes Adenom der Schild- drüse. Auch hier wieder die typi- sche Konstellation des endokrinen Notfalls (Tab. 7): Psychotisches Bild, zentralnervöse Störung (hier Schluckstörung mit Aspirationsge- fahr!), peripher-neurologische Sym- ptomatik im Sinne einer Myasthenie sowie kardiale Symptomatik!

Die hyperthyreote Krise kann meist mit klinischen Mitteln diagnostiziert werden. Mit dem Einsatz der Thera- pie (Tab. 8) kann in der Regel auch nicht bis zum Eintreffen beweisen- der Laborergebnisse gewartet wer- den. Im Vordergrund ärztlicher So- fortmaßnahmen stehen Sedierung, z. B. mit Valium 10 bis 20 mg i. m., prophylaktische Bekämpfung der stets drohenden thyreogenen rela- tiven Nebennierenrindeninsuffizienz, z. B. in Form von 250 mg Solu-De- cortin H i. v., und im Falle tachykar- der Rhythmusstörungen, besonders bei drohendem Lungenödem, Gabe

Befundkonstellation, bei der an eine endokrine Krise gedacht werden muß

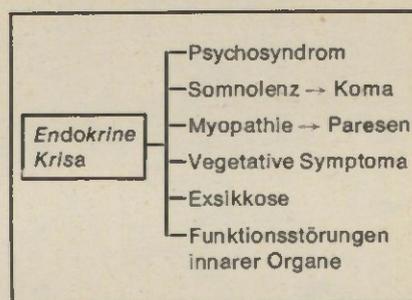


Tabelle 9

von Isoptin oder Sympathikolyse, z. B. mit Visken 0,4 bis 0,8 mg i. v., zusätzlich Digoxin.

In der Klinik steht die Blockade der thyreoidalen Hormonproduktion und Hormonsekretion im Vordergrund, zur raschen Elimination extrathyre- oidalen Schilddrüsenhormons ha- ben sich neuerdings die Kohle- hämoperfusion und Plasmapherese bewährt. Ist ein Koma eingetreten, beträgt die Letalität immer noch 30 Prozent.

Bei unserer Patientin wurde glück- licherweise die Diagnose früh ge- stellt, sie überlebte die Krise nach typischer Behandlung einschließlich zweimaliger Kohlehämoperfusionen.

Zusammenfassend läßt sich aus der Sicht des Notfalldienstes sagen, daß es wichtiger ist, überhaupt an die Möglichkeit einer endokrinen Krise zu denken, als etwa immer gleich entscheiden zu wollen, um welche Form einer endokrinen Notfallsituation es sich handelt. Bei allen lebens- bedrohlichen Situationen mit auffal- lend bunter Symptomatik ist an einen endokrinen Notfall zu denken (Tab. 9), insbesondere wenn ein Psychosyndrom, Somnolenz bis hin zur Bewußtlosigkeit, Myopathien bis hin zu Paresen, vegetative Sympto- me, Funktionsstörungen innerer Or- gane und Exsikkose zusammen auf- treten! Erste Maßnahme ist dann im- mer der Ausschluß oder die Behand- lung eines hypoglykämischen Syn- droms!

Literatur beim Verfasser.

Anschrift des Verfassers:
 Privatdozent Dr. med., Dr. med. habil.
 O. Bartels, Oberarzt, Krankenhaus-
 straße 12, 8520 Erlangen



Der Tod des Handlungsreisenden.

Der Handlungsreisende starb nach einer Überdosis eines kardiotoxischen Antidepressivums, das er in suizidaler Absicht eingenommen hatte.

Verständlich, daß deshalb eine Pharmakotherapie vorgezogen wird, die frei von kardiotoxischen Nebenwirkungen ist.

Das trifft auf TOLVIN zu.

Es zeigte bei der klinischen Erprobung keinerlei kardiotoxische Wirkung,

weder pathologische EKG-Veränderungen, noch eine Verminderung der Kontraktionskraft des Herzmuskels. Dies ist bei einem Selbstmordversuch mit einem Antidepressivum, wie er immer wieder vorkommt, von entscheidender Bedeutung. Ebenso fehlen die für andere Antidepressiva typischen atropinartigen Nebenwirkungen wie Mundtrockenheit, Erhöhung des intraokulären Drucks, Obstipation, Miktionsstörungen etc.

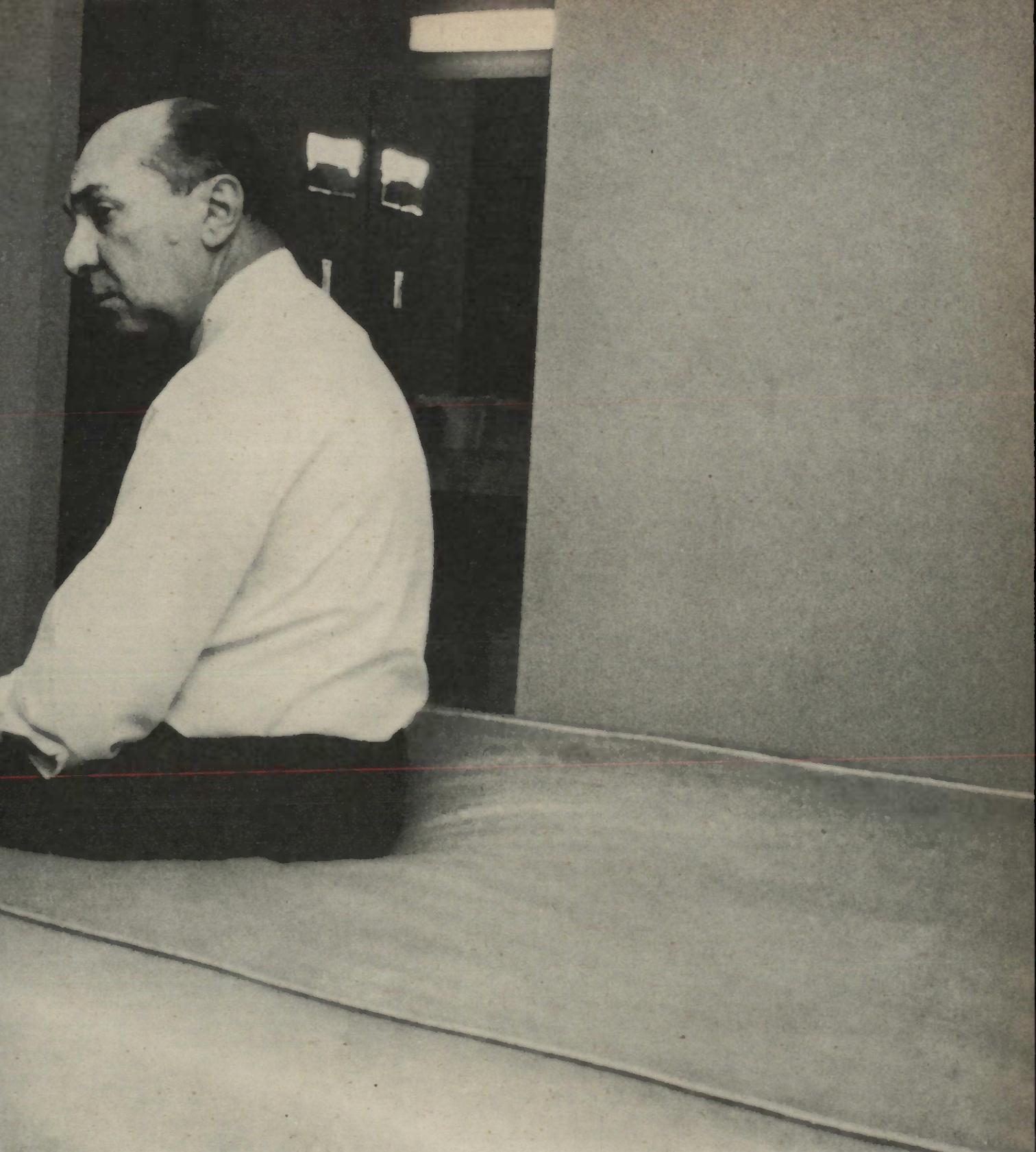
Die Wirkung von TOLVIN vollzieht sich in zwei Phasen: Auf die erste entspannende, durchschlaffördernde

folgt die eigentliche thymoleptische stimmungsaufhellende Phase.

Die innere Unruhe legt sich, die körperlichen Beschwerden treten meist zurück. Die bisher quälend empfundene Antriebsstörung läßt nach. Die Stimmungsaufhellung geht der Antriebssteigerung stets voraus oder verläuft parallel mit ihr.

Das ist wichtig, weil ohne Beseitigung der depressiven Verstimmung vorzeitige Aktivierung suizidale Tendenzen fördern könnte (einige Antidepressiva haben dieses Problem).

TOLVIN wirkt bei allen Formen



pression und deren Einzelsymptome wie Schlafstörungen, Angst, Niedergeschlagenheit, körperlichen Mißempfindungen, vegetativen Beschwerden und Antriebsschwäche.

Es gibt keine absoluten Kontraindikationen.

Fazit: TOLVIN ist ein sehr wirksames Antidepressivum, das der Arzt bei Bedarf verschreiben kann.

Zusammensetzung: 1 Filmtablette TOLVIN enthält 10 mg 1,2,3,4,10,14b-tetrahydro-2-methyl-dibenzo(c,f)pyridin (1, 2-a) azepinmonohydrochlorid.

Indikationen: Bei allen Depressio-

nen und depressiven Verstimmungen.

Dosierung und Anwendungsweise: Die Behandlung sollte mit 30 mg/die beginnen. Zur Erzielung der optimalen Wirkung ist danach eine Tagesdosis von 40 mg bis 80 mg TOLVIN erforderlich. In den meisten Fällen hat sich eine Tagesdosis von 60 mg als ausreichend erwiesen.

Kontraindikationen: keine absoluten.

Nebenwirkungen, Begleiterscheinungen: TOLVIN ist gut verträglich.

Darreichungsform und Packungsgrößen: 60 Filmtabl. zu 10 mg 27,35 DM

Organon GmbH, Mittenheimer Str. 62
8042 Oberschleißheim bei München

TOLVIN. Das sichere
Antidepressivum.



Organon

Der Aussagewert der Ergometrie *

von Jochen Witte

Aus der Medizinischen Klinik I der Universität München im Klinikum Großhadern
(Direktor: Professor Dr. G. Riecker)

Das Ziel einer Arbeitsbelastung des Gesamtorganismus ist die globale Funktionssteigerung zur Erfassung einmal der individuellen körperlichen Leistungsfähigkeit, zum anderen aber auch von speziellen Funktionsgrößen des Herz-Kreislauf-Lungen-Systems. In der klinischen Medizin soll damit ein im Ruhestand nicht oder nicht ausreichend diagnostizierbares Krankheitsbild objektiviert und möglicherweise auch quantifiziert werden. Der Anwendungsbereich einer Belastungsprüfung des Herz-Kreislauf-Lungen-Systems umfaßt:

1. Die quantitative Messung der maximalen Bruttoleistungsfähigkeit,
2. die objektive Erfassung einer Belastungsinsuffizienz des Herzens,
3. die Diagnostik der Koronarinsuffizienz,
4. die Darstellung belastungsinduzierter oder belastungsinduziert zunehmender Reizbildungs- und Reizleitungsstörungen,
5. die Diagnostik einer Belastungshypertonie oder Belastungshypotonie, eines hyperkinetischen Herzsyndroms, einer peripheren arteriellen Durchblutungsstörung im Frühstadium,
6. die Beurteilung des Erfolges therapeutischer Maßnahmen (Herzklappenersatz, koronarer Bypass, Aneurysmektomie, Schrittmacherimplantation, Medikamentenapplikation, Rehabilitationsverfahren),
7. die Prüfung der Lungenfunktion i. e. S.

Kontraindikationen ergeben sich aus Krankheitsbildern, welche schon im Ruhezustand eine eingeschränkte körperliche Leistungsfähigkeit bzw.

ein erhöhtes Untersuchungsrisiko erwarten lassen (Tab. 1). Das Ausmaß einer Belastung richtet sich nach der klinischen Fragestellung. Soll die individuelle *maximale* Leistungsfähigkeit gemessen werden, für welche alters- und geschlechtsspezifische Normwerte mit entsprechenden Streubereichen vorliegen, so wird man eine Arbeitsbelastung bis zu den sogenannten „Vita-Maxima“-Bedingungen anstreben, d. h. bis zur subjektiven Erschöpfung des Patienten. Zu den objektiven Parametern zählen die altersabhängige maximale Pulsfrequenz (als Faustregel gilt: 220 minus Lebensalter) sowie eine trotz steigender Belastung nicht weiter zunehmende Sauerstoffzunahme, die somit der maximalen Sauerstoffaufnahme entspricht. Als weitere objektive Parameter gelten ein Anstieg des Atemäquivalentes (d. h. des Quotienten aus Atemminutenvolumen und Sauerstoffaufnahme) auf über 30 und des respiratorischen Quotienten auf über 1 sowie

Kontraindikationen für Belastungsprüfungen

1. Ruheinsuffizienz des Herzens
2. Herzwandaneurysma
3. Aneurysme arterieller Gefäße
4. Myokarditis
5. Verdacht auf frischen Herzinfarkt
6. Crescendo-Angina pectoris, instabile Angina pectoris, Präinfarktsyndrom
7. Gehäufte, gekoppelte, polytope ventrikuläre Extrasystolen in Ruhe; Vorhofflimmern
8. Aortenstenosen
9. Respiratorische Insuffizienz in Ruhe; Cor pulmonale; Lungenembolie
10. Reduzierter Kräftezustand; akuter Infekt; Anämie; Azotämie; dekompensierter Diabetes mellitus
11. Neuromuskuläre Krankheiten; Skelettanomalien

Tabelle 1

eine metabolische Azidose mit pH-Abfall und Laktatanstieg. Die individuelle maximale Sauerstoffaufnahme ist somit ein Maß für die maximale körperliche Leistungsfähigkeit, für die auch der Begriff der „aeroben Kapazität“ verwendet wird. Teilfaktoren, welche die aerobe Muskelarbeit beeinflussen, gehen aus Abbildung 1 hervor. Die Werte für die maximale Sauerstoffaufnahme (Abb. 2) nehmen altersabhängig ab und liegen bei Frauen niedriger. Eine unterhalb des Streubereiches liegende maximale Sauerstoffaufnahme entspricht somit einer Einschränkung der globalen maximalen Leistungsfähigkeit. Sind extrakardiale Erkrankungen (z. B. des pulmonalen Gasaustausches, des peripheren Kreislaufes, des Bewegungsapparates usw.) ausgeschlossen, wird die Sauerstoffaufnahme des Gesamtorganismus im wesentlichen – und in linearer Korrelation zum Herzzeitvolumen – durch die Pumpleistung des linken Ventrikels bestimmt. Somit ist also eine nicht-invasive Abschätzung der linksventrikulären Funktion durch die Bestimmung der maximalen Sauerstoffaufnahme möglich, allerdings ohne daß aus dieser globalen Meßgröße ätiologische Schlußfolgerungen hinsichtlich valvulärer, koronarer bzw. myokardialer Ursachen ableitbar sind. Hier müssen zur weiteren differentialdiagnostischen Abklärung invasive Maßnahmen zum Einsatz kommen.

In Abbildung 3 sind – nach Untersuchungen von Musshoff – die unter Belastung physiologischerweise ansteigenden Parameter dargestellt: die linear mit zunehmender Wattzahl ansteigende Sauerstoffaufnahme bzw., ebenfalls linear, das Herzzeitvolumen. Die Pulsfrequenz als Funktion körperlicher Leistung liegt bei Sportlern im Vergleich zu Nichttrainierten bei gleicher Wattzahl relativ am niedrigsten, erklärbar durch das größere Schlagvolumen. Ein Anstieg des Schlagvolumens erfolgt nur bei geringer Belastung, die Kurve zeigt bei höheren Wattzahlen eine Abflachung. Trägt man den sogenannten Sauerstoffpuls (d. h. den Quotienten aus Sauerstoffaufnahme und Pulsfrequenz) gegen die Wattzahl auf, zeigt sich ebenfalls eine Abflachung der Kurve in höheren Leistungsbereichen. Der Sauerstoffpuls gilt als Beurteilungskriterium der körperlichen Leistungsfähigkeit auch bei solchen Patienten, die aufgrund

* Vortrag anlässlich der 17. Bayerischen Internisten-tagung in München.

Die Referate dieser Veranstaltung werden in Band 45 der von der Bayerischen Landesärztekammer herausgegebenen Schriftenreihe veröffentlicht. Die Kassenärzte in Bayern werden diesen Band über Ihre Bezirksstelle der KVB erhalten.

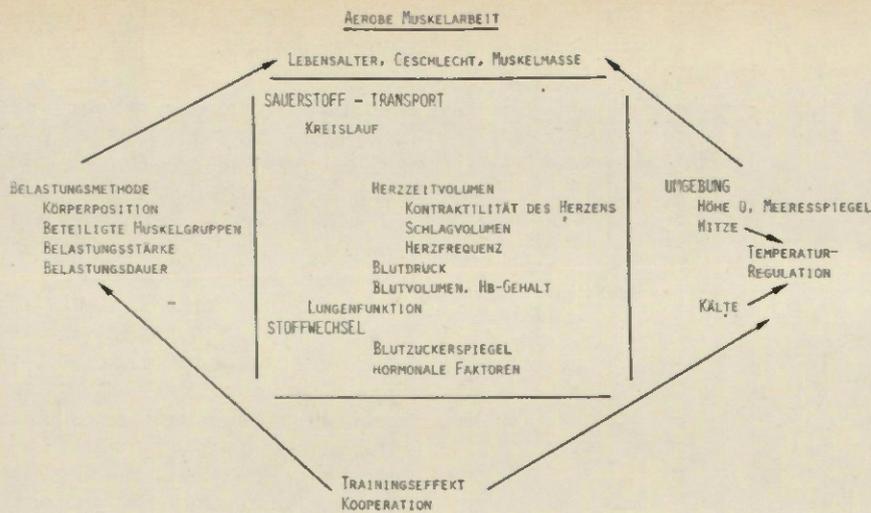


Abbildung 1
Faktoren, welche die aerobe Muskelarbeit beeinflussen

ihres Alters bzw. eines erhöhten Untersuchungsrisikos oder auch bei mangelhafter -Kooperation nicht maximal, sondern nur submaximal belastet werden können.

Wird von der *submaximalen* Belastung gesprochen, so muß aus Gründen der Standardisierung immer angegeben werden, wieviel Prozent der erwarteten Maximalbelastung erreicht wurden. Es bieten sich verschiedene Möglichkeiten, aus submaximalen Leistungswerten die Höchstleistung eines Patienten zu extrapolieren bzw. aus Nomogrammen zu

entnehmen. Jedoch muß darauf hingewiesen werden, daß in diese Berechnungsarten als wesentliche Fehlermöglichkeit die Herzfrequenz mit eingeht, welche bei Patienten mit eingeschränkter chronotroper Reserve, wie z. B. bei der koronaren Herzkrankheit bzw. der pathologischen Bradykardie, im Altersvergleich zu niedrig, umgekehrt bei Patienten mit hyperkinetischem Herzsyndrom zu hoch liegen kann.

Wird die Ergometrie im Rahmen der Diagnostik einer koronaren Herzkrankheit durchgeführt, so sollten

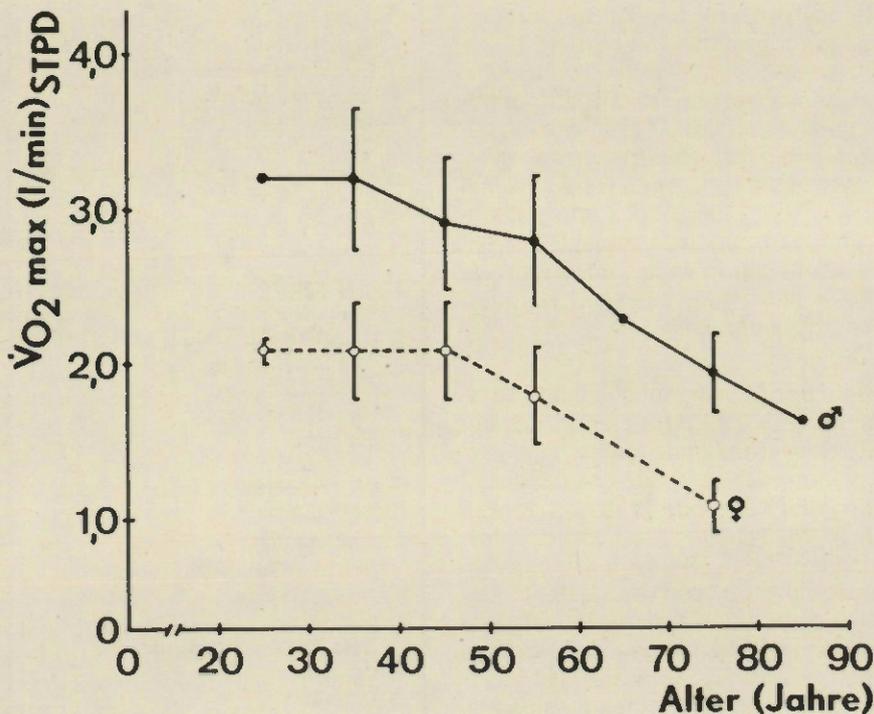


Abbildung 2
Normwerte für die maximale Sauerstoffaufnahme (WHO)

Viele Symptome - eine Ursache: Magnesium- Mangel



MAGNESIUM VERLA®

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

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

Zusammensetzung: Dragées (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 = 8,3 mval), Magnesium-L-glutaminic. 1000 mg, Konzentrat (1 Beutel enthält) mono-Magnesium-L-aspartat 1803 mg, Vitamin-B-nitrat 2 mg, Vitamin B₆ 3 mg, Vitamin-B₁₂-hydrochl. 3 mg, Magnesium-Gehalt: 121,58 mg entspr. 10 mval.

50 Dragées 5,91 DM, 150 Dragées 14,84 DM ·
3 Ampullen 4,28 DM, 10 Ampullen 13,10 DM ·
Konzentrat 20 Beutel 8,60 DM, 50 Beutel 19,29

VERLA-PHARM 8132 TUTZING

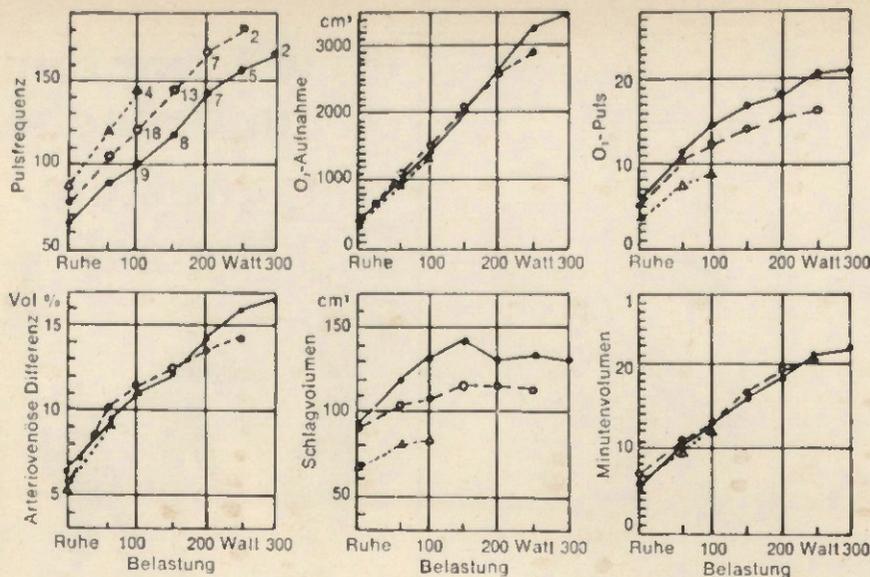


Abbildung 3
Pulsfrequenz, O₂-Aufnahme, O₂-Puls, arteriovenöse Differenz, Schlagvolumen und Herzzeitvolumen bei untrainierten Männern (o), Frauen (Δ) und Sportlern (●) in Abhängigkeit von der Belastungsstärke (nach Musshoff, 1959)

nach Empfehlung der Weltgesundheitsorganisation mindestens 75 Prozent, nach skandinavischen Autoren etwa 85 Prozent der erwarteten Maximalbelastung erreicht werden, bevor ein Belastungs-EKG als negativ befundet wird. Selbstverständlich dürfen diese Werte nur unter stren-

ger Beachtung der bekannten Abbruchkriterien angestrebt werden. Auf der anderen Seite wird die Aussagekraft der Ergometrie erhöht, wenn man sich bei fortlaufender EKG-Kontrolle auf dem Monitor stufenweise bis zur erwarteten Maximalbelastung vortastet. Die Kriterien einer belastungsinduzierten Koronarinsuffizienz sind in Tabelle 2 zusammengefaßt. Von Bruce wurde darauf hingewiesen, daß bei Verdacht auf eine koronare Herzkrankheit ein unzureichender Blutdruckanstieg, d. h. unter 130 mm Hg systolisch, statistisch signifikant die Wahrscheinlichkeit einer koronaren Herzkrankheit erhöht, ebenso wie ein unzureichender Herzfrequenzanstieg. Nach Untersuchungen von Roskamm treten belastungsinduzierte pektanginöse Beschwerden ohne ST-Streckensenkung in etwa 25 Prozent der Fälle mit einem positiven Koronarangiogramm auf.

Bei der Auswertung eines Belastungs-EKG ist die Kenntnis des klinischen Krankheitsbildes zur Vermeidung falsch-positiver oder falsch-negativer Befunde (Tab. 3) unerlässlich. In Tabelle 4 sind die unterschiedlichen Belastungsmethoden zusammenfassend dargestellt. Neben diesen sind auch die Belastungsstärke – von einigen Arbeitsgruppen in Watt/kg Körpergewicht angegeben –, der EKG-Ableitungsmodus, die Erfahrung des Untersuchers sowie natürlich die Bewertungskrite-

rien von Einfluß auf das Untersuchungsergebnis.

Die Wertigkeit dieser unterschiedlichen Methoden muß gemessen werden am Ausmaß der Übereinstimmung bzw. Nicht-Übereinstimmung mit dem koronarographischen Befund als Bezugsmethode. Es besteht eine signifikante Korrelation zwischen Koronarstenosen und ST-Streckensenkungen im Belastungs-EKG, streng genommen werden jedoch morphologischer Befund und Funktion miteinander verglichen ohne Berücksichtigung anderer Teilfaktoren, welche Sauerstoffangebot und Sauerstoffbedarf des Myokards mitbeeinflussen. Die Empfindlichkeit oder Sensitivität einer Methode (Tab. 5) ist ein Maß für die Wahr-

Kriterien einer belastungsinduzierten Koronarinsuffizienz

<p>A. Elektroerdlogrephisch</p> <ol style="list-style-type: none"> ST-Streckensenkung (horizontal oder deszendierend): $\geq 0,05$ mV in den Extremitäten- ebleitungen $\geq 0,1$ mV in den Brustwend- ebleitungen Aszendierende ST-Strecken, wenn sie 0,08 s nach dem J-Punkt 0,2 mV unter der Isoelektrischen liegen ST-Streckenhebung ($\geq 0,1$ mV) Negative U-Wellen Reizbildungs- und Reizleitungs- störungen (AV-Blockierungen, Schenkelblockbilder, Vorhof- flimmern, gehäuften ventrikuläre Extrasystolen) <p>B. Hämodynamisch</p> <ol style="list-style-type: none"> Systolischer Blutdruck e) < 130 mm Hg b) gleichbleibend c) ebfallend Herzfrequenz relativ zu niedrig <p>C. Subjektiv Angina pectoris</p>

Tabelle 2

I. Fetsch-positives Belastungs-EKG bei:

- Kardial:**
 - Rechtsherzhypertrophie
 - Linksherzhypertrophie
 - Asymmetrische Septumhypertrophie
 - Kongenitale Herzvitien
 - Erworbene Kleppenvitien
 - Mitralklappenprolaps
 - Rechts- und Linksschenkelblock
 - Kardiomyopathie (Peri-/Myokarditis)
- Extrakardial:**
 - Hypertonie
 - Hyperventilation
 - Hypokaliämie
 - Anämie, Hypoxie
 - Hb-O₂-Dissoziationsstörung
 - Viskositätserhöhung des Blutes
 - Postprandial nach kohlenhydratreicher Kost
 - Trichterbrust
 - Orthostasesyndrom
 - Frauen von der Menopause
 - Stoffwechselsteigerung (Hyperthyreose, Phäochromozytom, Fieber)
- Medikamente**
 - Digitalis
 - Diuretika (Thiazide, Furosemid)
 - Antiarrhythmika
 - Antidepressiva
 - Katecholamine
 - Nikotin

II. Fetsch-negatives Belastungs-EKG bei:

- Zustand nach Herzinfarkt**
 (Narbe ohne Ischämiezone)
- Medikamente**
 - Nitrate
 - Beta-Rezeptorenblocker
 - Verapamil
 - Nifedipin

Tabelle 3

MERCK: Kompetent für die Schilddrüse

Novothyral[®]

bevorzugt für die blande Struma

Novothyral:

Für alle Indikationen der Schilddrüsenhormon-Therapie, vorzugsweise bei blander Struma und zur Rezidivprophylaxe nach Strumaresektion; außerdem bei Hypothyreose, Thyreoiditis, Schilddrüsenmalignom (postoperativ) und zur Begleittherapie bei thyreostatischer Behandlung der Hyperthyreose.

Novothyral

L-Thyroxin + L-Trijodthyronin

HORMON
FORSCHUNG



MERCK

E. Merck Postfach 4119 8100 Darmstadt 1

Zusammensetzung: 1 Tablette enthält 100 µg L-Thyroxin (= Levothyroxin-Natrium) und 20 µg L-Trijodthyronin (= Liothyronin-Natrium). **Kontraindikationen:** Myokardinfarkt, Angina pectoris, Myokarditis, tachykarde Herzinsuffizienz. **Nebenwirkungen:** Überdosierungserscheinungen wie Tremor, Tachykardie, Hyperhidrosis, Durchfall oder Gewichtsabnahme erfordern eine Reduktion der Dosis. **Vorsichtsmaßnahmen:** Bei koronarer Herzerkrankung sollte die Therapie mit niedriger Dosis eingeleitet und in größeren Zeitabständen langsam gesteigert werden. Die Wirkung von Antikoagulantien kann durch Schilddrüsenhormone verstärkt werden, deshalb sind regelmäßige Kontrollen der Prothrombinzeit zu Beginn der Novothyral-Medikation erforderlich. Vor Beginn der Substitutionstherapie ist bei sekundärer Hypothyreose die häufig bestehende Nebennierenrindensuffizienz zu behandeln. Bei Diabetes mellitus ist der Blutzuckerspiegel in der Initialphase der Behandlung mit Novothyral in kürzeren Abständen zu kontrollieren. Bei gleichzeitiger Behandlung mit Colestyramin ist zu beachten, daß die Resorption von Schilddrüsenhormonen hierdurch vermindert wird. Novothyral sollte deshalb 4-5 Stunden vor der Colestyramin-Dosis eingenommen werden. **Diphenylhydantoin verdrängt L-Thyroxin aus der Proteinbindung.** Während der Novothyral-Therapie sollte Diphenylhydantoin nicht intravenös gegeben werden. **Anwendungshinweise:** Die mit Kreuzrillen versehenen Tabletten sind leicht teilbar, so daß die Dosierung dem individuellen Bedarf gut angepaßt werden kann. Die Einnahme erfolgt zweckmäßigerweise nach dem Essen, bei einer Tagesdosis bis zu 1 Tablette morgens nach dem Frühstück, bei höherer Dosierung als zweimalige Gabe morgens und mittags. **Anmerkung:** Bei einem Schilddrüsenhormon-Bedarf unter 1 Tablette Novothyral täglich kann Novothyral mite verordnet werden, wenn eine Teilung der Novothyral-Tablette vermieden werden soll. 1 Tablette Novothyral mite enthält 25 µg L-Thyroxin-Na und 5 µg L-Trijodthyronin-Na und entspricht damit im Hormongehalt ¼ Tablette Novothyral. **Handelsformen:** Novothyral[®] 50 Tabletten mit Kreuzrille DM 12,96, 100 Tabletten mit Kreuzrille DM 23,76. Ferner Anstalts-Packung, Novothyral[®] mite 50 Tabletten mit Kreuzrille DM 7,60. Ferner Anstalts-Packung. Apoth.-Abg'preise, Stand 1. 1. 1978. Weitere Informationen enthält der Wissenschaftliche Prospekt, den wir Ihnen auf Wunsch gerne zusenden.

I. Formen körperlicher Belastung

1. Kniebaugen
2. Handgrip-Verfahren
3. Trappen-Tast (Master)
4. Kletterstufe (Kaltanbach)
5. Laufbandergometer
6. Drahtkurbalergometer
7. Fahrradergometer
 - a) im Sitzen
 - b) im Liegen

II. Belastungsverfahren

1. Konstante Belastung
2. Diskontinuierliche Sarian steigende Belastung mit eingelagten Ruhepausen
3. Kontinuierlich steigende Belastung
4. Treppenförmig steigende Belastung mit relativem steady-state auf jeder Belastungsstufe

III. Belastungsstärke

1. Watt/kg Körpergewicht
2. Submaximal
3. Maximal

IV. EKG-Ableitungsmodus

Tabelle 4

scheinlichkeit der richtig positiven Voraussage; sie ist um so geringer, je höher der Anteil der falsch negativen EKG-Befunde liegt. Die Spezifität ist ein Maß für die Wahrscheinlichkeit der richtig negativen Voraussage einer Untersuchungsmethode und wird analog errechnet, d. h., je geringer der Anteil der falsch-positiven EKG-Befunde, desto höher ist die Spezifität. Eine Zusammenstellung von Sensitivität und Spezifität verschiedener Untersuchungsmethoden ergibt sich aus Tabelle 6. Für den Master-Test errechnet sich eine geringe Empfindlichkeit, ein positives Belastungs-EKG hat jedoch auch mit dieser Methode eine hohe Spezifität. Von Kaltenbach wurden hohe Werte auch für die Sensitivität gefunden. Das größte Kollektiv dieser Gruppe wurde von Niederer mit der Fahrradergometrie im Sitzen untersucht, die Werte liegen etwas niedriger. Von einer anderen Arbeitsgruppe wurde berichtet, daß die Spezifität bei Frauen signifikant niedriger liegt – 78 Prozent gegenüber 92 Prozent bei den Männern – d. h., es gibt einen höheren Anteil falsch-positiver Befunde bei Frauen. Je nachdem, welches Ausmaß einer ST-Streckensenkung als Kriterium für ein positives Belastungs-EKG zugrunde gelegt wird, ändern sich auch die Werte für Sensitivität und Spezifität: je strenger die Beurteilungskriterien für einen pathologischen Befund sind, d. h., je tiefer die ST-

Definition von Sensitivität und Spezifität

Sensitivität: Wahrscheinlichkeit der richtig-positiven Voraussage

$$\frac{\text{richtig-positiva Bal.-EKG}}{\text{richtig-positiva Bal.-EKG} + \text{falsch-negative Bal.-EKG}}$$

Beispiel: 100 pos. Koronarangiogramme, davon im Belastungs-EKG 90 pos. und 10 neg.

$$\frac{90}{90 + 10} = 0,9 \hat{=} 90\% \text{ Sensitivität}$$

Spezifität: Wahrscheinlichkeit der richtig-negativen Voraussage

$$\frac{\text{richtig-negative Bal.-EKG}}{\text{richtig-negative Bal.-EKG} + \text{falsch-positiva Bal.-EKG}}$$

Tabelle 5

Untersucher	Jahr	Pa-tien-ten	ST-San- kung (mm)	San- sivi- tät	Spe- zifi- tät	Bemerkungen
Schweitzer et al.	1974	101		39 %	87 %	Master-Test
Kaltenbach et al.	1975	180		95 %	96 %	Kletterstufe
Niederer et al.	1975	461		76 %	88 %	Fahrrad im Sitzen
Sketch et al.	1975	195		55 %	92 %	Männer
		56		53 %	78 %	Frauen
Martin, McConahay	1972	100	≥ 0,5	84 %	57 %	Laufband
			≥ 0,75	68 %	78 %	
			≥ 1,0	62 %	89 %	
			≥ 1,5	48 %	100 %	
Eigene Untersuchungen	1977	108	≥ 1,0	79 %	97 %	Fahrrad im Sitzen (Angina pectoris, Abbruchkriterien, ≥ 75 % der erwarteten Maximalleistung) Angiographisch ≥ 50 % Stenose Unauffälliges Ruhe-EKG

Nicht gewertet:
Zustand nach Herzinfarkt – Herzwirksame Medikamente – Rechts- und Linksherzhypertrophie – Blockbilder – Vitien, Kardiomyopathien – Labile Endstrecken – Extrasystolen

Tabelle 6

Untersuchungsmethode	Sensitivität (%)	Spezifität (%)	Autoren
Klinische Beurteilung	88–91	76	Kaleman et al. 1973
Ruhe-EKG	50	69	Cohn et al. 1972
Hypoxämia	72	33	Kassebaum et al. 1968
Vorhofstimulation	73	40	Keleman et al. 1973
Langzeit-EKG	91	78	Stern et al. 1975
Fahrradergometrie	79	97	Eigene Untersuchungen

Tabelle 7

Streckensenkung, desto höher wird der Anteil falsch-negativer EKG-Befunde. Umgekehrt nimmt jedoch die Spezifität des Untersuchungsergebnisses mit zunehmender ST-Streckensenkung zu. In den in Tabelle 6 angeführten Kollektiven sind zum Teil auch Patienten mit Zustand nach Herzinfarkt oder solche, die unter herzwirksamen Medikamenten untersucht wurden, mit einbezogen. Werden Patienten mit den bekannten Möglichkeiten falsch-positiver oder falsch-negativer Befunde nicht gewertet, so ergibt ein Vergleich mit koronarographischen Befunden nach unseren Untersuchungen eine Sensitivität von 79 Prozent und eine Spezifität von 97 Prozent für die Fahrradergometrie im Sitzen. Dabei wurden die üblichen Abbruchkriterien beachtet, andernfalls mindestens 75 Prozent der erwarteten Maximalleistung erreicht. Angiographisch lagen mindestens 50prozentige Stenosen bei unauffälligem Ruhe-EKG vor.

Der Aussagewert der Ergometrie muß natürlich auch an ihrem Stellenwert innerhalb anderer Untersuchungsmöglichkeiten gemessen werden. Die gleichen Parameter – Empfindlichkeit und Spezifität, wiederum gemessen am koronarographischen Befund als Bezugsmethode – sind in Tabelle 7 noch einmal für die genannten Untersuchungsmethoden gegenübergestellt: mit am höchsten liegen die Werte für die klinische Beurteilung, sie werden mit dem Ruhe-EKG, dem Hypoxämie-EKG und der – invasiven – Vorhofstimulation bei deutlich geringerer Spezifität nicht erreicht. Ähnliche Zahlen, wie für die Fahrradergometrie, ergeben sich für das Langzeit-EKG, allerdings auch mit einer geringeren Spezifität bei einem größeren apparativen und personellen Aufwand. Im Rahmen der nicht-invasiven Diagnostik der koronaren Herzkrankheit kommt somit der Ergometrie unter den genannten Untersuchungsmethoden ein hoher Stellenwert zu: sie objektiviert klinische Verdachtsmomente, umgekehrt wird ihr Aussagewert in Verbindung mit einer sorgfältigen klinischen Beurteilung wesentlich erhöht.

Literatur beim Verfasser.

Anschrift des Verfassers:

Dr. med. Jochen Witte, wissenschaftlicher Assistent, Marchioninstraße 15, 8000 München 70

Der Opiatabhängige in der Allgemeinpraxis *

von J. Benos

1. Einleitung

1.1. Die Zunahme der Drogensucht unter den Jugendlichen stellt in den letzten Jahren den ohnehin überforderten Allgemeinarzt vor neue Aufgaben. Einerseits will er seinem Patienten helfen, andererseits darf er sich nicht zum unfreiwilligen Lieferanten von Suchtstoffen machen (Nusselt und Salzher, 1976). Nicht alle Ärzte werden mit der neuen Aufgabe fertig. Mancher versucht mit missionarischem Eifer, den Abhängigen mit allen ihm zustehenden Mitteln von der Sucht zu befreien; er hält jeden Rückschlag für eine persönliche Niederlage und ist deprimiert. Man muß aber wissen, daß die Erfolgsergebnisse der absoluten Abstinenz weltweit gering sind.

1.2. Im westfälischen Institut für Jugendpsychiatrie in Hamm, eine der ältesten und erfahrendsten Einrichtungen für die Behandlung Drogensüchtiger in der Bundesrepublik Deutschland, sind nach der letzten Statistik für die Jahre 1970 bis 1974 elf Prozent der Drogensüchtigen absolut drogenfrei (Dittrich et al., 1976). Dies soll kein Grund zum Deprimieren sein, jede Therapieform abzulehnen und die Süchtigen mit Morphin oder Polamidon zu versorgen.

Die Katamnesen aus Hamm (Dittrich et al., 1976) zeigen, daß der größte Teil (74 Prozent) der behandelten Drogensüchtigen resozialisiert werden konnte (darunter wird von den Autoren die absolute und relative Drogenfreiheit, die Abnahme der Kriminalität und die berufliche Integration verstanden).

Wir müssen noch hinzufügen, daß das Leben der Drogensüchtigen durch die Therapie verlängert wird,

auch bei denen sie keinen Erfolg gebracht hat.

1.3. Die meisten jugendlichen Drogenabhängigen gehören dem Haschisch-LSD-Typ oder dem Heroin-Typ, welcher zur Polytoxikomanie neigt, an. Diese ist eine der gefährlichsten Arten von Drogensucht. Mit ihr wird der Praktiker wegen den Begleiterkrankungen und dem Wunsch nach Ersatzstoff am häufigsten konfrontiert.

Folgende Situationen führen den Drogensüchtigen in die Praxis:

1.3.1. Patient möchte von seiner Abhängigkeit befreit werden und bittet um Rat.

1.3.2. Patient kommt wegen der dringend zu behandelnden körperlichen Folgen der Sucht.

1.3.3. Patient kommt ohne Hinweis auf die Drogenabhängigkeit zur Erschleichung von Drogen oder Arzneiverschreibung.

1.3.4. Patient kommt mit ausdrücklichem Hinweis auf seine Abhängigkeit und versucht, die Verabreichung von Drogen oder Ersatzstoffen zu erreichen.

1.3.5. Patient kommt nach erfolgreicher Therapie zur Weiterbehandlung.

1.3.6. Der Arzt wird zu einem Drogensüchtigen wegen Entzugssymptomen oder Überdosis gerufen.

2. Diagnose der Opiatsucht

2.1. Die Einnahme von Opiaten führt bei einem geübten und langjährigen Süchtigen nicht immer zu einer nach außen erkennbaren Beeinträchtigung des Bewußtseins, so daß der Arzt es feststellen kann. Es ist sogar möglich, daß die psychologische Testuntersuchung ein normales Ergebnis zeigt, obwohl der Patient ein Durchgangssyndrom hat.

Die Unzuverlässigkeit gängiger psychologischer Testverfahren zeigt sich sogar in Fällen mit objektiver

(Fortsetzung Seite 398)

*) Obererbeitete Fassung eines Vortrages erhältlich des 28. Nürnberger Fortbildungskongresses der Bayerischen Landesärztekammer.

Die Referate dieser Veranstaltung werden in Band 44 der von der Bayerischen Landesärztekammer herausgegebenen Schriftenreihe veröffentlicht. Die Kassenärzte in Bayern werden diesen Band über ihre Bezirksstelle der KVB erhalten.

PRAXITEN®

der Sanfte unter den Tranquilizern, der den aktiven Menschen aktiv beläßt.

PRAXITEN wenn Angst, Unruhe, Spannung, Übererregtheit, Irritabilität nicht nur Zielsymptome, sondern auch auslösende, mitbedingende oder erschwerende Faktoren kardiologischer, gastrointestinaler, respiratorischer, allergischer, dermatologischer oder auch anderer Erkrankungen sind.

PRAXITEN

wenn Angst, Unruhe, Spannung zu Verhaltensstörungen führen.

PRAXITEN eliminiert in solchen Fällen die psychische Begleitsymptomatik weitgehend, gibt den Patienten die notwendige Distanz zu ihren Leiden, macht sie ruhig, ausgeglichen, entspannt und gibt ihnen durch diese Entlastungen ihre individuelle Aktivität zurück.

Indikationen

Praxiten ist bei allen Zustandsbildern angezeigt, bei denen Erscheinungen wie Angst, Spannung, Unruhe, Erregbarkeit, erhöhte Reizbarkeit und Schlafstörungen im Vordergrund stehen oder die damit einhergehen. Hierher gehören auch zahlreiche vegetative Syndrome, funktionelle Organstörungen und psychosomatische Erkrankungen.

Zusammensetzung 1 Tablette enthält 15 mg Oxazepam

Dosierung

Zur Erreichung einer optimalen Wirkung soll eine Anpassung der Dosierung an den Einzelfall erfolgen. Im allgemeinen 2 bis 4 mal 1 Tablette täglich. Berufstätige Patienten können, wenn es wünschenswert erscheint, auf die mittägliche Einnahme verzichten oder diese auf eine halbe Tablette beschränken. In entsprechend niedrigerer Dosierung kann Praxiten auch Kindern verordnet werden.

Kontraindikationen, Nebenwirkungen, Besonderheiten Außer der seltenen Myasthenia gravis sind keine Kontraindikationen bekannt.

Mögliche, jedoch nur selten und geringgradig in Erscheinung tretende, vorwiegend dosisabhängige Nebenwirkungen sind: Müdigkeit in den ersten Behandlungstagen, Schwindel, Benommenheit, Nausea, Appetitlosigkeit, Mundtrockenheit, Obstipation.

Die Möglichkeit des Auftretens einer initialen Tagesmüdigkeit und einer damit verbundenen Beeinträchtigung des Reaktionsvermögens ist insbesondere im Hinblick auf den Straßenverkehr zu beachten. Gleichzeitiger Alkoholgenuß sollte vermieden werden.

Packungsgrößen und Preise

20 Tabletten zu 15 mg DM 6,14 lt A.T.

50 Tabletten zu 15 mg DM 14,48 lt A.T.



WYETH-PHARMA

44 MÜNSTER (WESTFALEN) POSTFACH 8808



**Kinetik und Dynamik, harmonisch strukturiert,
sinnvoll und faszinierend geordnet:**

**ein künstlerischer Ausdruck für das
pharmakologisch-therapeutische Profil von**

PRAXITEN®

(OXAZEPAM 15 mg)

Häufigste durch unreine Injektionsbesteck verursachte akute Erkrankungen bei Drogensüchtigen

<p><i>Lokale Erkrankungen</i></p> <p>Venenthrombosen Lymphadenitis Gliederschwellungen durch Anaerobier Arterienthrombose durch i. e. Injektionen Aneurismen injizierter Arterien Furunkel und andere Hautinfektionen Gangrän</p> <p><i>Allgemeinerkrankungen</i></p> <p>Akute Hepatitis Bakterielle Endokarditis Septische Embolien Thromboembolien verschiedener Art in Herz, Lunge, Gehirn, Niere, Mesenterium mit entsprechender Symptomatik</p>
--

Tabelle 1

vom Untersucher feststellbaren Funktionspsychosen, die im Test keine Ausfallserscheinungen registrieren lassen.

Der langjährige Drogenkonsum führt wahrscheinlich zu einer Einübung verschiedener Handlungen, die für das tägliche Leben notwendig sind und mehr oder weniger automatisch durchgeführt werden.

Der äußere Eindruck und eine psychologische Untersuchung sind meist nicht geeignet zur Feststellung einer Drogensucht.

2.2. Als sicher gilt die Feststellung frischer Stichnarben in Ellenbogen oder Füße und das „Drogen-Screening“ – Urinuntersuchung

Häufigste chronische Erkrankungen bei Drogensüchtigen
(nach Häufigkeit)

<p>Kariöse Zähne Kreislaufstörungen Vegetative Störungen Chronische Hepatitis oder Hepatose Harnwegsinfektionen Gynäkologische Erkrankungen Heuterkrankungen Pankreatitis Geschlechtskrankheiten Leberzirrhose Herzerkrankungen Magen-Darm-Erkrankungen</p>

Tabelle 2

zum Drogennachweis —, die in vielen chemischen Labors und gerichtsmedizinischen Instituten durchgeführt werden. Notwendig ist die Anforderung eines geeigneten Röhrchens und das Aufschreiben des Entnahmedatums.

2.3. Da sich der heutige Opiat-Typ vom Typ Morphinisten alter Prägung unterscheidet (Benützung unsteriler Spritzen, Verleihen des Injektionsbesteckes, nur i. v. Applikation des Opiats usw. — hier verweisen wir auf Dickhöfer, 1974), ist mit vermehrtem Auftreten somatischer Erkrankungen zu rechnen (s. Tab. 1 und 2).

Die Feststellung dieser Erkrankungen, vor allem bei jungen Menschen, erwecken den Verdacht auf Drogengebrauch bzw. Opiatsucht.

2.4. Ein weiterer Hinweis auf Sucht oder Mißbrauch ist der wiederholte Arztbesuch mit Verlangen nach Schmerz- und Schlafmitteln oder Tranquilizer. Oft ist schon ein einziger Besuch verdächtig, wenn der junge Patient seinem Wunsch großen Nachdruck verleiht. Einige Drogenabhängige veranstalten ganze Rundreisen von einem Arzt zum anderen, um sich mit Ersatzstoffen zu versorgen.

Bei begründetem Verdacht dürfen die Patienten nicht unbeaufsichtigt im Arztzimmer bleiben und sämtliche herumliegenden Medikamente und Rezepte sind wegzuräumen.

2.5. Ein Teil der Drogensüchtigen gibt die Sucht offen zu und versucht somit, beim Arzt Mitleid zu erwecken. Sie verlangen entweder Polamidon oder die oben beschriebenen Ersatzstoffe. Sie geben an, Entzugserscheinungen zu haben und stark darunter zu leiden, oder sie wollen die Zeit bis zur Aufnahme in einer Spezialeinrichtung mit „weniger gefährlichen“ Stoffen überbrücken. Hier wäre Mitleid nicht im Sinne des Patienten.

Der Arzt muß die Angaben überprüfen und nur wenn der Süchtige eine Anmeldung oder Bestätigung der Therapieeinrichtung vorlegen kann, darf er etwas verschreiben, besser wäre es, Muster zu geben, um einer Rezeptfälschung vorzubeugen, z. B. ein leichtes Neuroleptikum oder ein Tranquilizer, am besten mit leichter neuroleptischer Wirkung. — Keup

(1973) hält Polamidon-Verordnungen als Kunstfehler. Auf keinen Fall Opiate verschreiben.

2.6. Dem Patienten muß klar gemacht werden, daß jemand, der unter Entzugserscheinungen leidet, in eine Spezialeinrichtung gehört, oder wenn da kein Platz vorhanden ist, vorläufig in ein Allgemeinkrankenhaus eingewiesen werden muß. Die Entwöhnung eines Opiat- und Kokainabhängigen soll nur in einer Fachklinik für Suchtkranke durchgeführt werden. Bemühungen, ambulant zu behandeln, schlagen fehl und müssen unterlassen werden.

Das Bundesministerium für Gesundheit in Bonn übersendet auf Anforderung eine Liste der Drogenberatungsstellen und Spezialeinrichtungen in der Bundesrepublik Deutschland.

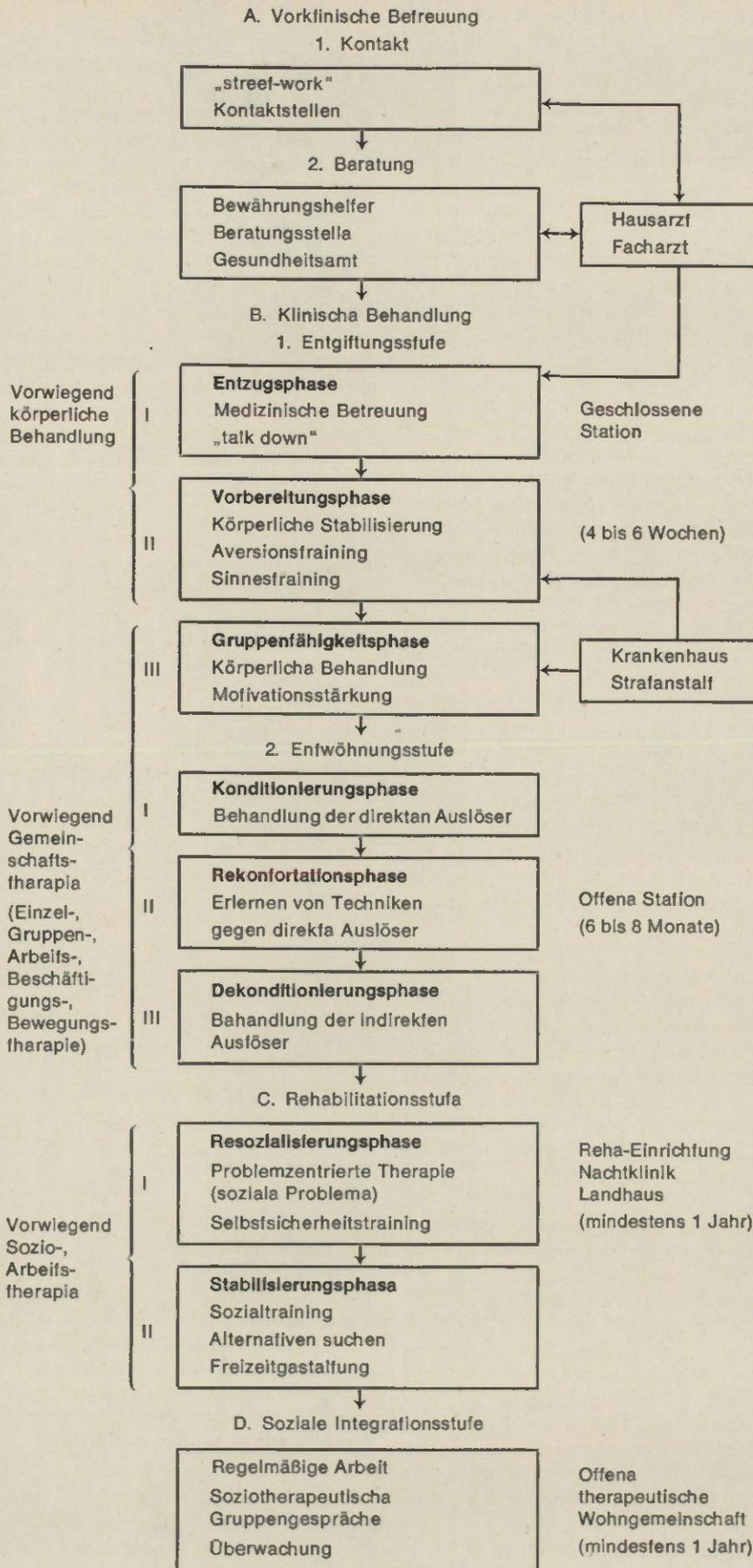
Die direkte Einweisung in eine nicht-klinische Einrichtung, ohne vorherige Entwöhnung, etwa Rehabilitationseinrichtung, Landhaus oder therapeutische Wohngemeinschaft birgt erhebliche Gefahren für den Patienten, zumal solche Häuser meistens nur ambulant ärztlich betreut werden, oft von einem überforderten Allgemeinarzt, der nicht die Zeit hat, eine psychiatrische Diagnostik zu betreiben, abgesehen davon werden vom Aufnahmeteam, dem kein Nervenarzt angehört, und nur in Ausnahmefällen ein Arzt anwesend ist, Aufnahmewillige als „unmotiviert“ oder „unangepaßt“ abgelehnt, oder Klienten als „therapieunwillig“ entlassen mit verheerenden Folgen für den Betroffenen, weil eine psychische Störung nicht erkannt wurde (Übersicht der genauen Reihenfolge der Behandlung, Tab. 3).

Weigert sich ein Patient, sich einer Behandlung zu unterziehen, muß er, unter Verweigerung sämtlicher Medikamente, an eine Drogenberatungsstelle verwiesen werden, um motiviert zu werden.

Als Beispiel eines falschen und richtigen ärztlichen Verhaltens zeigen wir folgende Fälle:

Der 20jährige H. J. M., Sohn einer wohlhabenden Familie in einer mittelgroßen Stadt, habe vor fünf Jahren erstmals bei einer Ausbildungstagung von Freunden Haschisch an-

Verlauf der vor- und nachklinischen Behandlung



geboten bekommen. Der Patient sei zum damaligen Zeitpunkt sehr sensibel gewesen, habe dann aus diesem Grund auch mitgeraucht. Anfangs habe er nur sehr unregelmäßig Haschisch geraucht, später jedoch zwei- bis dreimal in der Woche. Nach einem dreiviertel Jahr sei zum Haschisch auch Valeron und Heroin (geschnupft) hinzugekommen. Nachdem sich seine Freundin von ihm getrennt hatte, sei der Patient sehr deprimiert gewesen und habe vermehrt Drogen konsumiert. 1975 habe er weniger Haschisch geraucht, aber um so mehr Heroin geschnupft. Ende 1975 habe er sich das erste Mal Heroin gespritzt, anfänglich noch mit dem Schnupfen koordiniert, später jedoch ausschließlich gespritzt. Zum Schluß habe er täglich ein Gramm benötigt. Mit dem vermehrten Heroinkonsum sei ihm die Umwelt immer gleichgültiger und er selbst immer passiver und desinteressierter geworden. Er habe zwar immer versucht, ein „bürgerliches Leben“ trotz der Drogen zu führen, was ihm jedoch nicht gelang und es zu weiteren Schwierigkeiten gekommen sei. Der Patient habe auch versucht, sich selbst zu entziehen, dies sei ihm auch für die Dauer von drei Wochen gelungen, danach sei er aber bei der ersten direkten Konfrontation mit den Drogen wieder rückfällig geworden. Als körperliche Folgen des Drogenkonsums bezeichnet der Patient Schwindelanfälle, Kreislaufstörungen und Gewichtsabnahme. Psychische Folgen wären Nervosität, Schlaflosigkeit, Aggressionen, Hektik, Depressionen, Angst vor der Zukunft, zeitweise seien Freitodgedanken aufgetreten.

Aus den genannten Gründen ging er zum Hausarzt und bat um Rat. Er untersuchte ihn genau, ließ jedoch zusätzlich von einem Facharzt eine neuropsychiatrische Untersuchung durchführen. Er versuchte, den Patienten dreimal zu entziehen, was aber nicht gelang. Deswegen hat er dem Abhängigen empfohlen, sich in der Bezirksklinik Hochstadt anzumelden, was er auch tat. Nach Abschluß der Therapie begann er zu arbeiten. Er ist ein Jahr nach der Entlassung nicht rückfällig geworden.

Der zweite Fall, der 27jährige K. L., der drogensüchtig geworden ist, weil er täglich mit einem Süchtigen

Tabella 3

zur Arbeitsstelle und zurück (40 km) fuhr, begann mit den Opiatinjektionen im Jahre 1969. Als er vor einem Jahr kein Heroin mehr bekam, ging er zum Hausarzt, der ihm Polamidon verschrieb. Von ihm erhielt er regelmäßig seine Dosis. So glaubte er, daß Polamidon unschädlich sei, wenn der Arzt es verschrieb, und nie der Gedanke aufkam, sich behandeln zu lassen. Erst als der Hausarzt von der Kassenärztlichen Vereinigung gemahnt wurde und daraufhin das Polamidon-Rezeptieren unterbrochen wurde, versuchte es der Patient auf eigene Faust und kam über die Beratungsstelle in unsere Klinik.

Nach der Behandlung in einer Fachklinik muß der Patient, soweit keine Rehabilitation durchgeführt wird, in eine solche Einrichtung („day-top“, Lendhäuser, therapeutische Wohngemeinschaften) überwiesen werden. Hier ist das Angebot groß. Leider besteht hier kein einheitlicher Aufnahmemodus und kaum Zusammenarbeit mit den Fachkliniken.

2.7. Nach der Entlassung wird der Patient angewiesen, außer der Beratungsstelle auch den Hausarzt aufzusuchen. Therapiezentren empfehlen eine Umgebungsänderung; deshalb sieht der praktische Arzt zum ersten Mal entlassene ehemalige Süchtige in seiner Praxis. Die Persönlichkeit des Süchtigen macht ihn anfällig gegenüber Frustrationen des Alltags. Ein böses Wort des Arbeitgebers, Streit mit dem Ehepartner oder Freund/in, Verlust der Arbeitsstelle, aber auch schmerzhaft somatische Erkrankungen können zum Rückfall führen. Ein Ex-süchtiger muß mindestens fünf Jahre abstinent bleiben, um gefestigt zu werden. Er erscheint deswegen beim Arzt, um Tranquillizer zu erhalten. Er ist von seiner früheren Drogenkarriere gewohnt, jede unangenehme Gegebenheit mit Rauschgift zu umgehen. Er will versuchen, Mitleid beim Arzt zu erwecken. Im Interesse des Patienten dürfen keine suchtprovokierenden Stoffe verabreicht werden (Tranquillizer, Schlafmittel, Schmerzmittel), aber auch kein Bier oder andere alkoholische Getränke als Schlaftrunk empfohlen werden. Wenn wirklich eine schmerzhaft Erkrankung vorliegt, dann lieber einige Tabletten in die Hand geben, entsteht eine Packung oder ein Rezept. Hier muß der Arzt die krankmachende Situation oder die psychische Über-

lagerung des somatischen Morbus erkennen und beratend einwirken. Durch diese Maßnahmen kann eventuell einem Rückfall vorgebeugt werden.

3. Der Notfall

3.1. Gar nicht so selten kommt es bei einem Drogensüchtigen zur Intoxikation durch Überdosierung, durch unvorsichtiges Erhöhen der Drogen, Einnahme einer fremden Droge oder aus Selbstmordabsichten.

3.2. Da viele Opiatsüchtige auch Cannabis-Raucher sind, können Einnahme von Marihuana oder Haschisch-Lösungen sowie i. v. Injektionen von Extrakten zu Vergiftungen führen. Bei Inhalationen kommt es so gut wie nie zur Überdosierung. Die Symptome sind uncharakteristisch: Kopfschmerz, Übelkeit, Erbrechen, Oberbauchkoliken, Kreislaufstörungen, Blutdruckabfall, Hypoglykämie.

Zur Diagnose führen die zusätzlichen Symptome der Psychotomimetika, z. B. Angst, Geräuschempfindlichkeit und Halluzinationen. Bis zur Einweisung in das nächste Allgemeinkrankenhaus muß der Patient in einen ruhigen Raum gebracht werden und ein Tranquillizer erhalten.

3.3. Phantastike haben bei hoher Dosierung sympathikomimetische Wirkung. Das Intoxikationsbild wird durch eine schwere Funktionspsychose mit Pareidolien, Illusionen und selten echten, meist optischen Halluzinationen, die einen deliranten Charakter haben können, gekennzeichnet (Hasse, 1975).

Antidote, die die Wirkung von Phantastika neutralisieren, sind nicht bekannt. Die Psychose läßt sich mit Benzodiazepinen günstig beeinflussen. Kontraindiziert sind Barbiturate, Amyltriptilline und Reserpin-Derivate, weil sie die psychotomimetische Wirkung der Droge verstärken (Jarvik, 1971), und Phenothiazine, weil es durch die plötzliche Dämpfung des Sympathikotonus zum Herzstillstand kommen kann.

3.4. Die Kombination eines Amphetamins oder Weckamin-ähnlicher Substanzen mit Heroin oder Mor-

phin ist bei Opiatsüchtigen wegen der Potenzierung der Wirkung beliebt.

Die Überdosierung von Amphetaminen und Weckaminen entsteht dadurch, weil der Süchtige dem Zwang unterliegt, immer wieder in kürzeren Abständen – zum Schluß alle fünf Minuten – bei gleichzeitiger Dosiserhöhung injizieren zu müssen. Es kommt zu Hypothermie, Tachykardie, Brechreiz und Schweißausbruch. Das Bewußtsein ist nicht immer beeinträchtigt. Tonisch-klonische Krampfanfälle können ebenfalls vorkommen (Steinbrecher, 1975). Da die Ausscheidung durch die Nieren bei saurem Milieu auf 80 Prozent steigt (Beckett und Rowland, 1965), empfiehlt Hasse (1975) die Azidierung des Urins.

3.5. Die Therapie der Hyperdosierung von Hypnotika, Anelgetika und Sedativa ist aus der täglichen Praxis bekannt und kann hier wegen der Vielfältigkeit der Symptome und Therapie nicht behandelt werden.

3.6. Tilidin (Valoron) wird in den letzten Jahren vermehrt von Opiatsüchtigen mißbraucht. Die Intoxikationserscheinungen beginnen einige Stunden nach der oralen Einnahme und bestehen aus Speichelfluß, Übelkeit, Schwindelgefühle, Tachykardie, Hyperventilation und schließlich Durchgangssyndrome oder Bewußtseinstörung mit psychosomatischer Unruhe und Ataxie (Groh et al., 1971; Klapetek, 1973). Spezifisches Symptom ist das Verknäuen von Farben (Klapetek, 1973). Intoxikationen bis zur 20fachen Überdosierung der üblichen Dosis sind bis jetzt nach Angaben des oben genannten Autors gut abgelaufen.

Die psychosomatische Unruhe und Hyperventilation läßt sich meistens durch 5 mg Diazepam i. m. dämpfen. Wegen der eventuell auftretenden Hyperventilationstetanie muß man vorsorglich Calcium i. v. injizieren. Außerdem muß für die Beschleunigung der Diurese Sorge getragen werden. Klapetek (1973) empfiehlt fünfprozentige Glucose-Infusion.

3.7. Bei Opiatüberdosierung, die nicht nur wegen Selbstmordabsichten herbeigeführt wird, sondern bei Anfängern aus Versehen und bei erfahrenen Süchtigen nach erneuter

Der Kopf bleibt klar. Das Herz wird ruhig. Prent.

Mehr als jemals zuvor ist (wird) der Mensch gezwungen zu agieren. Jedoch niemals zuvor haben ihm so viele moderne Zwänge so wenig erlaubt, sich seinem Wesen und seiner Natur entsprechend abzureagieren. Er wird systematisch daran gehindert, seine natürlichen Reflexe auszuleben.

Die Folge:
Überschießende und gestörte Reaktionen von Herz und Kreislauf durch übermäßige Katecholamin-Ausschüttung.

Das Krankheitsbild:
z. B. Hypertonie
z. B. Herzrhythmus-Störungen
z. B. Angina pectoris
z. B. funktionelle kardiovaskuläre Störungen

Helfen Sie Ihrem Patienten mit einem guten Gespräch und sanfter Betablockade.

Moderne β -Blockade für die breite Anwendung in der Praxis:

PRENT®

ist kardioselektiv und hat die sympathikomimetische Eigenwirkung zugleich (I.S.A.)

Prent senkt die Frequenz und die Kontraktilität durch Blockade der β_1 -Rezeptoren am Herzen. Andere Rezeptoren, insbesondere die der Bronchien, bleiben im wesentlichen unberührt (Kardioselektivität).

Zusätzlich hat Prent die substanz-eigene Sicherung vor überstarker Wirkung (intrinsic sympathicomimetic activity = I.S.A.): Deshalb geringe Gefahr von abnormer Bradykardie und Myokard-Insuffizienz.



Zusammensetzung:

1 Tablette enthält 200 mg 3'-Acetyl-4'-(2-hydroxy-3-isopropylamino-propoxy)-butyranilid-hydrochlorid (Acebutolol).

1 Ampulle zu 5 ml enthält 25 mg Acebutolol.

Indikationen:

Hypertonie, Koronare Herzkrankheit, Funktionelle kardiovaskuläre Störungen; hyperkinetisches Herzsyndrom, Herzrhythmusstörungen.

Dosierung:

Im Durchschnitt Beginn mit 2mal 1 Tablette täglich; diese Dosierung ist zumeist auch als Erhaltungsdosis ausreichend. Falls notwendig, kann die Tagesdosis stufenweise auf 3mal 1 Tablette oder 2mal 2 Tabletten gesteigert werden. Bei akuten Rhythmusstörungen ist in der Regel die parenterale Gabe erforderlich: initial 12,5-25 mg (= 1/2-1 Ampulle) langsam intra-

venös unter sorgfältiger Kontrolle von Herzfrequenz und Blutdruck. Das weitere Vorgehen richtet sich nach dem klinischen Gesamtbild.

Verträglichkeit:

Prent ist gut verträglich. Gelegentlich können Müdigkeit, gastrointestinale Störungen, depressive Verstimmung, Bradykardie, Blutdruckabfall und Bronchospasmen auftreten.

Kontraindikationen:

Kardiogener Schock; AV-Block 2. und 3. Grades; dekompensierte Herzinsuffizienz. Bei obstruktiven Bronchialerkrankungen ist eine orale Anwendung von Prent unter sorgfältiger Kontrolle möglich. Dagegen sollte von einer

intravenösen

Applikation bei diesen Patienten abgesehen werden.

Zur Beachtung:

Die Vorsichtsmaßnahmen, die bei der Anwendung von β -Blockern zu beachten sind, gelten prinzipiell auch für Prent.

Anwendung in der Schwangerschaft:

Aus Vorsichtsgründen sollte Prent im ersten Trimenon der Schwangerschaft nicht angewandt werden.

Besonderer Hinweis:

Beim Auftreten von Müdigkeit, insbesondere bei gleichzeitigem Alkoholgenuß, kann das Reaktionsvermögen (z. B. Verkehrstüchtigkeit) eingeschränkt sein.

Bei Überdosierung:

Zunächst 1 mg Atropin i.v.; anschließend, falls notwendig, Orciprenalin (Alupent®) bis zum Wirkungseintritt, beginnend mit 0,5 mg langsam intravenös.

Boehringer Ingelheim

Handelsformen:

Packung mit 30 Tabletten zu 200 mg,

DM 19,47

Packung mit 60 Tabletten zu 200 mg,

DM 36,12

Packung mit 5 Ampullen zu 25 mg/5 ml,

DM 18,35



Stand bei Drucklegung Dez. 77

Injektion der üblichen Dosis bei längerer Abstinenz oder Einnahme einer reineren Substanz als vorher auftritt, muß man auf die auftretende Atemdepression und Herzstillstand achten.

Je nach Dosis ist die Bewußtseinslage entsprechend bis zum Koma beeinträchtigt. Die Pupillen sind extrem stark miotisch. Es besteht Bradykardie bis zum Herzstillstand und erhebliche Kollapsneigung mit kaum meßbaren Blutdruckwerten. Die Atemdepression setzt rasch ein und ist zusammen mit der Miosis und Bewußtseinseinträchtigung pathognomonisch. Bei solchen lebensbedrohlichen Zuständen gehört der Patient in ein Krankenhaus mit Intensivstation. Bis zur Einweisung muß für freie Respiration gesorgt und der Patient eventuell künstlich beatmet werden.

Bei Atemdepression und Herzsynkopen oder unerklärlichem Lungenödem muß man bei jungen Menschen immer an Opiate denken. Es kann lebensrettend sein.

Die Morphin-Antagonisten können bedrohliche Entzugssymptome verursachen. Bei der Verabreichung ist deswegen Vorsicht geboten. Hasse (1975) empfiehlt bei Atemlähmung Lofan, nicht mehr als 0,5 bis 1 mg, das in 20minütigen Abständen wiederholt werden kann, oder Narcan nach dem gleichen Schema 0,1 bis 0,7 mg. Wenn nach insgesamt 5 bis 10 mg Lofan oder 0,1 bis 0,4 mg Narcan keine Besserung eintritt, hat die Atemdepression eine andere Ursache. Wenn gleichzeitig Barbiturate eingenommen werden, kann es bei Lofan zur Verstärkung ihrer Wirkung kommen.

3.8. Beim Auftreten von abnormen Räuschen oder Psychosen gehören die Patienten immer in ein psychiatrisches Krankenhaus oder in eine Spezialklinik. Zur Beruhigung kann 10 bis 20 mg Diazepam oder 25 bis 50 mg Neurocil gegeben werden.

Literatur beim Verfasser.

Anschrift des Verfassers:

Dr. med. J. Benos, Direktor der Bezirksklinik Hochstadt, Behandlungszentrum für drogen- und rauchmittelabhängige Jugendliche und junge Erwachsene, Hauptstraße 13, 8621 Hochstadt am Main

Gesundheits-Sozial-Berufspolitik

Heroin sucht – frühzeitiger Zwang zur Therapie notwendig

Ein Diskussionsbeitrag

von Winfried Schmitz

Geschlossene Anstalten mit moderner therapeutischer Langzeitausrichtung und Arbeitsmöglichkeit für therapieunwillige Drogenabhängige gefordert. – Bundesweiter Zusammenschluß der Angehörigen Drogensüchtiger ähnlich der Organisation der „Lebenshilfe für geistig Behinderte“ notwendig. – Die freiwilligen Vereinigungen Alkoholgefährdeter mögen beispielhaft für andere ehemals Drogenkranke sein.

In der Bundesrepublik Deutschland steigt die Zahl der Herointoten ständig. Pressemeldungen der jüngsten Zeit ist zu entnehmen, daß jetzt auch Kinder der Heroinsucht verfallen. Die Maßnahmen der Drogensuchtprophylaxe (Aufklärung der Bevölkerung, Bekämpfung des Rauschgifthandels) können leider nur unzureichend verhindern, daß neue Kranke hinzukommen.

Drogenabhängige fügen sich selbst, ihren Angehörigen und unserer Gesellschaft schweren Schaden zu. Nur eine Minderheit dieser Suchtkranken ist therapiewillig, d. h., freiwillig zur Durchführung der notwendigen Langzeitbehandlung bereit. Die Motivation zu einer solchen Behandlung wird meist erst durch Leidensdruck (starke Entzugsserscheinungen, schwere Lebererkrankung oder sonstige Körperschäden) erreicht; das bedeutet, die Suchtkrankheit hat bereits einen schweren körperlichen und seelischen Defekt hervorgerufen, der irreparabel sein kann. Die bisherige therapeutische Konzeption ging davon aus, daß nur die Bereitschaft zur freiwilligen Behandlung eine Heilung herbeiführen kann. Folglich wurden entsprechende Drogenkliniken und Rehabilitationszentren auf freiwilliger Behandlungsbasis eingerichtet – leider blieb ihnen bahnbrechender Erfolg versagt. Drogensüchtige, die „motiviert“ waren, setzten häufig mehrmals zu Therapieversuchen an – in der überwiegenden Zahl der Fälle vergeblich, aber nicht „umsonst“: Oft mußten Unsummen Deutscher Mark durch Krankenkassen, Rentenversiche-

rungsträger oder die Sozialhilfverwaltung bezahlt werden, was sich letztlich als verlorenes Geld erwies. Manche Krankenkassen sind deshalb inzwischen dazu übergegangen, die Behandlungskosten für bestimmte Therapiezentren nicht mehr zu übernehmen.

Nur für die erwähnte Minderheit der behandlungswilligen Suchtkranken gibt es bundesweit Rehabilitations-einrichtungen, deren Bettenkapazität häufig nicht einmal voll ausgelastet werden kann.

Wie aber steht es mit der großen Mehrheit der Suchtkranken, die therapieunwillig ist und infolge krankheitsbedingter Uneinsichtigkeit in das bis jetzt bevorzugte Konzept einer Behandlung auf freiwilliger Basis nicht paßt?

Bisher hat man – sei es infolge des Freiwilligkeitsprinzips der Therapie oder vielleicht auch aus Furcht, undemokratisch zu erscheinen – nicht gewagt, diese Kranken, wenn sie nicht selbst- oder gemeingefährlich waren, frühzeitig zwangsweise der notwendigen Behandlung zuzuführen. Bestimmungen des Bürgerlichen Gesetzbuches, die hier hätten helfen können (Gebrechlichkeitspflegschaft gemäß § 1910 BGB, Entmündigung gemäß § 6 BGB), wurden nicht angewandt, obwohl bekannt ist, daß Drogensüchtige keinen von der Krankheit unbeeinflussten, also keinen freien Willen mehr haben: sie können folglich ihre Angelegenheiten nicht in ihrem wohlverstandenen Interesse regeln. Der

Lebensinhalt, das gesamte Wollen und Streben, ist auf die Beschaffung des Suchtmittels gerichtet. Die Persönlichkeit wird allmählich vollständig zerstört (man denke unter anderem an das breite Spektrum der Rauschgiftkriminalität!).

Das Staatliche Gesundheitsamt Bad Kissingen hat in den vergangenen Monaten auf Bitten von Angehörigen Drogenabhängiger den aufgezeigten Wesensveränderungen der Suchtkranken dahingehend Rechnung getragen, daß in gutachtlichen Stellungnahmen die Errichtung einer Gebrechlichkeitspflegschaft bei therapieunwilligen Heroinsüchtigen für notwendig gehalten wurde; die Gutachten beinhalten die Forderung nach Unterbringung in einer geschlossenen Anstalt, bis auch eine psychische Entwöhnung der Patienten zu erwarten ist: die Forderung nach einer Langzeittherapie (für ein bis zwei Jahre). Die Kranken wurden dann gegen ihren Willen vormundschaftsgerichtlich in einem Nervenkrankenhaus mit geschlossener Abteilung untergebracht. Leider endete das Heilverfahren in einem Fall damit, daß der junge Suchtkranke, der schon mehrere vergebliche Therapieversuche hinter sich hatte, wenige Wochen später – also ohne daß ihm die nach anerkannter wissenschaftlicher Meinung für den seelischen Entzug notwendige Zeit von ein bis zwei Jahren gegeben worden war – wieder aus dem Krankenhaus entlassen und den hilflosen, verzweifelten Eltern ungeheilt überantwortet wurde. In einem weiteren Fall – der junge Patient steht prognostisch vielleicht noch in einem günstigeren Suchtstadium – dauerte die Unterbringung auf der geschlossenen Abteilung des Krankenhauses nur acht Tage; während der anschließend auf einer offenen Station vorhandenen Ausgangszeit konnte sich der Suchtkranke mit anderen Angehörigen der Drogenszene außerhalb des Nervenkrankenhauses treffen.

Die Krankenanstalt erwies sich in diesem Rahmen als ungeeignet. Eine Umfrage des Staatlichen Gesundheitsamtes Bad Kissingen bei anderen Nervenkrankenhäusern erbrachte dann, daß es offenbar keine geeignete geschlossene Anstalt zur Langzeitbehandlung therapieunwilliger Heroinsüchtiger gibt: Sie passen nicht zu den übrigen Patienten und dem therapeutischen Angebot geschlossener Abteilungen herkömmlicher Nervenkrankenhäuser.

Wir können also in diesen Fällen – selbst wenn ein zwangsweises Behandlungsverfahren vormundschaftsgerichtlich angeordnet und die erforderliche Therapie so ermöglicht wird (was nach unserer Information auch noch nicht überall Eingang in die Rechtsprechung gefunden hat!) – den Patienten und ihren Angehörigen nicht helfen, da geschlossene Behandlungszentren fehlen. Dieser Notstand zwingt uns, die größere Chance des Heilerfolges einer frühzeitigen Suchtbehandlung zu verpassen, weil wir erst auf die Motivation des Patienten zur freiwilligen Behandlung durch ein fortgeschritteneres Suchtstadium (mit dann oft ungünstigerer Heilungsaussicht) hoffen müssen. Dabei sind die Fälle voraussehen, wo unsere Hoffnung nie erfüllt wird: Der Mediziner muß folglich solche Patienten derzeit entgegen der ärztlichen Ethik aufgeben – was im Einzelfall einer passiven Euthanasie nahekommt.

Die unzulängliche Behandlungsmöglichkeit teilen die Nervenkrankenhäuser mit den Akutkrankenhäusern, die wegen des unkooperativen Verhaltens der Suchtkranken häufig außerstande sind, den bezweckten körperlichen Entzug zu erreichen oder die bei Heroinsucht öfters vorkommende infektiöse Gelbsucht (Fischerhepatitis) fachgerecht zu therapieren. Wenn den Akutkrankenhäusern schließlich auf der Intensivstation als wichtigstes Behandlungsziel die Rettung eines in lebensbedrohlichem Zustand eingewiesenen Suchtkranken geglückt ist, muß dieser bei Therapieunwilligkeit wieder der Drogenszene zurückgegeben werden. Wir haben im Landkreis Bad Kissingen Kranke, denen auf diese Weise schon wiederholt das Leben geschenkt wurde, ohne daß sie zur seelischen Entwöhnung motiviert werden konnten; eine solche „verzettelte“ Behandlung stellt nach unserer Auffassung eine Verlängerung des Leidens dar, weil der Patient nicht zur notwendigen Fortführung der Therapie mangels einer geeigneten Anstalt gezwungen werden kann. Es liegt auch auf der Hand, daß diese und die folgenden, letztlich leider ebenfalls vergeblichen Behandlungsversuche zur Kostenexplosion im Gesundheitswesen beitragen: Jeder mit der Drogenszene Vertraute kennt Suchtkranke, die, vom Leidensdruck der Entzugerscheinungen geplagt, oft lediglich für

ANGINA PECTORIS

Nitroglycerin-Kapseln

0,8 mg
RHEINGOLD®

Nitroglycerin 0,8 mg in zerbeißenen Gelatine-Kapseln.

Preiswerteste
Präparate!

SIEHE
transparenz
telegramm 2/77

OP mit 30 Kapseln
zu 0,8 mg

4.37

OP mit 100 Kapseln
zu 0,8 mg

13.55

Indikationen: Angina pectoris, Koronarsklerose, Asthmacardiale, Gallensteinkolik, Pankreatitis, spastische Migräne, Kardio-Spasmus, zur Diagnose der echten Angina pectoris.

Dosierung: Beim Anfall 1-3 Kapseln perlingual.

HERZTHERAPIE

Digoxin

MINITABLETTEN 0,25 mg
RHEINGOLD®

0,25 mg Digoxin, kristallines Reinglykosid aus Digitalis lanata.

Preiswerteste
Präparate!

SIEHE
transparenz
telegramm 2/77

OP mit 100 Tabletten

6.94

OP mit 75 Tabletten

5.48

Indikationen: Alle Formen und Grade der Herzinsuffizienz, evtl. paroxysmale Tachykardie.

Dosierung: Bis zum Erreichen der Kompensation 0,25-0,5 mg alle acht Stunden. Als Erhaltungsdosis tägl. (0,25)-0,5(-0,6) mg insgesamt, möglichst auf 2-3 Einzeldosen verteilt. Bei Altersherzen hat sich eine Dauerbehandlung von 3 x tägl. 0,125 mg – 3 x ½ Tablette bewährt. Die Einnahme der Tabletten erfolgt am besten nach den Mahlzeiten mit etwas Flüssigkeit.



RHEINGOLD-ARZNEIMITTEL GMBH
+ Co KOMMANDITGESELLSCHAFT
4040 NEUSS AM RHEIN

wenige Tage freiwillig in ein Akutkrankenhaus gehen, sich dort – letztlich therapieunwillig – eine Linderung des Leidens versprechen oder auf die im Rahmen der körperlichen Entzugsbehandlung verabreichten, zentralnervös wirkenden Medikamente freuen. Bei erster Gelegenheit – noch während des stationären Aufenthalts oder kurz danach – setzen sie sich wieder den gefährlichen „Heroin schuß“.

Ebenso wie die Krankenhausärzte sind auch die niedergelassenen Ärzte bei der Behandlung dieser Problempatienten überfordert. Die Heroinsucht ist im Rahmen einer ambulanten Therapie in der Regel nicht zu beherrschen; der Hausarzt wird aber oft von Drogenabhängigen gebeten, ihnen zur Linderung der Entzugserscheinungen Beruhigungs-, Schlaf- oder starke Schmerzmittel zu verschreiben. In der hiesigen Drogenszene gibt es Heroinsüchtige, die für keine stationäre Entzugsbehandlung gewonnen werden konnten und daher zur Linderung des Leidensdruckes eine Zeitlang ein stark wirkendes, bisher nicht zu den Betäubungsmitteln zählendes Analgetikum ärztlich verschrieben bekamen: diese Kranken sind nun zwar vor einem Heroin töd bewahrt, aber von dem Schmerzmittel so stark abhängig, daß sie bei Unterbrechung der Einnahme unter starken Entzugserscheinungen zu leiden haben. Die Kranken machen jetzt ihre Ärzte, die nicht bereit sind, das Medikament ins uferlose zu verschreiben, für die Schmerzmittelsucht verantwortlich. Auch diesen therapieunwilligen Patienten konnte bisher nicht wirklich geholfen werden: Ein psychischer Defektzustand verbunden mit sozialem Abstieg und

Suchtmittelbeschaffungskriminalität (Rezeptfälschungen) wurde nicht verhindert.

Die Ärzte der Suchtberatungsstellen der Gesundheitsämter und anderer Einrichtungen konnten bisher bei Therapieunwilligkeit der Süchtigen ebenfalls nicht helfen: Mit solchen Patienten wurde häufig stundenlang nahezu sinnlos diskutiert; die Kranken, die dem beratenden Arzt oft teilnahmslos gegenüber saßen und dessen Worte nicht einmal erfassen wollten oder konnten, machten sich infolge beginnender Entzugserscheinungen lediglich Gedanken – wie sie vereinzelt ehrlich zugaben –, woher sie nach der Drogenberatung den nächsten „Heroin schuß“ beziehen würden.

Ärzte können derzeit leider ihrem therapieunwilligen Heroinsüchtigen oft nichts Besseres wünschen, als daß er zu einer längeren Haft verurteilt wird: So kann er überleben und es besteht sogar die Hoffnung, daß er den Weg zur Heilung findet. Welch ein Irrweg unseres derzeitigen therapeutischen Vermögens, da therapieunwilligen Kranken und deren Angehörigen nur über das kriminelle Verhalten des Patienten ein Rettungsring zugeworfen werden kann! Kranke gehören nach unserer Auffassung – krankheitsbedingt kriminell geworden – nicht in Haft, sondern in Krankenanstalten.

Als Konsequenz der gegenwärtigen Situation, die uns zum therapeutischen Nihilismus verurteilt, ergibt sich unserer Ansicht nach die Forderung, Patienten bei Therapieunwilligkeit zur Behandlung zu zwingen, sobald die Suchtkrankheit festgestellt wird. In der Bundesrepublik Deutschland sollten deshalb umge-

hend geschlossene Therapiezentren für Drogensuchtkranke eingerichtet werden. Es müßte selbstverständlich sichergestellt sein, daß die Kranken die Anstalten nicht unerlaubt verlassen und unliebsame Besucher nicht Rauschdrogen einschmuggeln können. Die Einrichtungen müßten eine dem neuesten Stand der Wissenschaft entsprechende Therapie betreiben – einschließlich Arbeitstherapie (beschützende Werkstätten!), die es ermöglicht, dem Kranken sogar eine Berufsaus- oder Weiterbildung zukommen zu lassen; es sollte hier aber auch der Zwang zu einer regelmäßigen Arbeit bestehen. Wichtig wäre es, daß Kranke in diese Behandlungszentren notfalls für Jahre aufgenommen werden; wir könnten dann hoffen, daß die Motivation zur Kooperation mit dem Therapeuten auch bei Patienten mit starken Wesensveränderungen schließlich noch erreicht wird. Während der stationären Behandlung in den Einrichtungen müßte geprüft werden, ob ein „suchtfreier“ Wille wieder anzunehmen ist und somit der Versuch eines Lebens in der Freiheit (falls noch erforderlich mit Anschluß an die therapeutische Kette des freiwilligen Behandlungsverfahrens) gestartet werden kann. Durch gesetzliche Regelungen wäre abzusichern, daß die Kranken nicht unnötig ihrer Freiheit beraubt werden. Bei Patienten, die außerhalb der geschlossenen Anstalt rückfällig würden, müßte die sofortige Wiederaufnahme in die Einrichtung erfolgen. Natürlich wird es auch bei einem solchen Behandlungsweg Kranke geben, denen letztlich – wie manchem anderen psychisch Kranken – nur mit einer Dauerasylierung in der Anstalt geholfen werden kann; hier hätten Heroinsüchtige jedenfalls eine Überlebenschance und

ÄRZTE-SPEZIALIST.

Ärzte sind in einer besonderen Vorsorge-Situation. Deshalb haben wir für Ärzte nicht nur besondere Tarife – wir haben auch besondere Berater – nur für Ärzte.

Sprechen Sie mit unserem Direktionsbeauftragten – er wird auf Ihren ganz persönlichen Vorsorge-Bedarf eingehen und kann Ihnen einen individuellen Vorschlag umgehend entscheidungsreif vorlegen.

Als führende Krankenversicherung des Ärztestandes bieten wir Ihnen:

- Einkommenssicherung: bis zu 500,- DM Krankentagegeld ohne zeitliche Begrenzung.
- Krankentagegeld bis 200,- DM.
- Krankheitskostenversicherung ohne oder mit Selbstbeteiligung.
- Individuelle Gestaltung des Versicherungsschutzes durch zahlreiche Varianten – auch für Familienangehörige.

den Schutz vor dem Abgleiten in die Kriminalität.

Das Vorhandensein solcher geschlossener Behandlungszentren hätte noch andere Vorteile:

Allein das Wissen um die Existenz der Einrichtungen könnte manchen Suchtkranken eher zu freiwilligen Schritten motivieren, dem aussichtsreichsten Weg der Behandlung. Heute zeigt der Süchtige in unserer Sprechstunde ein Selbstbewußtsein, das sicherlich nicht therapieförderlich ist, wenn er sagt: „Zur Behandlung zwingen könnt ihr uns ja doch nicht!“ Leider entspricht dies derzeit noch der Realität.

Der zwangsweise Abzug des Suchtkranken von der Drogenszene hätte neben den für ihn notwendigen therapeutischen Möglichkeiten noch den Vorteil für die Gesellschaft, daß das „infektiöse“ Potential der Kranken abnähme.

Wir halten für erforderlich, daß sich die Gesundheits- und Sozialpolitiker in Bund und Ländern für den Aufbau von Behandlungszentren der aufgezeigten Konzeption einsetzen. Man sollte hier nicht Scheuklappen tragen aus Furcht, die Demokratie erleide durch solche notwendigen Maßnahmen Schaden; sicherlich wird ihr geschadet, wenn der derzeitige Zustand der therapeutischen Hilflosigkeit bei dem beschriebenen Patientenkreis weiterhin bestehenbleibt. Es ist für den Kranken und seine Angehörigen unzumutbar, wenn in keiner Weise mehr geholfen wird. Die Politiker müssen endlich den Weg bereiten, damit wir Ärzte in diesem Bereich der Suchtkrankenhilfe wirkungsvoller arbeiten können.

Aus den im Rahmen dieses Diskussionsbeitrages aufgezeigten Gründen muß zur Ergänzung des bisher nahezu ausschließlich gültigen therapeutischen Konzepts „Warten auf eine Motivation des Patienten zur Behandlungseinwilligung“ die frühzeitige vorübergehende Zwangsbehandlung des therapieunwilligen Suchtkranken durch Schaffung geeigneter Behandlungszentren ermöglicht werden. Erst die Erfahrung kann dann zeigen, ob diesen restriktiven Maßnahmen künftig der Vorrang zu geben ist. Das therapeutische Prinzip des Zwangs, sei dieser nun kurzfristig oder langanhaltend bzw. wiederholt angewandt, kann wegen der Therapieresistenz der Suchtkrankheit auch kein Allheilmittel sein; wir sind aber der Überzeugung, daß dieses Prinzip Patienten retten wird, die jetzt noch – sich selbst überlassen – verloren sind, daß es außerdem vor dem stärkeren Abgleiten in die Kriminalität schützen und schließlich helfen wird, den Zulauf zur Drogenszene zu reduzieren.

Die Angehörigen der Suchtkranken sollten sich bundesweit ähnlich der Organisation der „Lebenshilfe für geistig Behinderte“ zusammenschließen; sie sollten die oft verständliche Scheu vor dem Bekennen ihres Familienproblems in der Öffentlichkeit ablegen, denn es handelt sich bei diesen ihren Kranken letztlich auch um – jedenfalls vorübergehend – Behinderte, denen dringend geholfen werden muß und kann. Die Angehörigen sollten bei Aufbau und Arbeit geeigneter Therapiezentren helfen; außerdem sollten sie Hand in Hand mit den zuständigen öffentlichen Institutionen dazu beitragen, daß die Suchtkran-

kenhilfe insgesamt künftig wirkungsvoller als bisher in Erscheinung tritt. Aufgabe des Zusammenschlusses der Angehörigen von Suchtkranken wäre es schließlich, sich für die Wiedereingliederung der ehemals Kranken in die Gesellschaft (Beschaffung von Arbeit, Abbau von Vorurteilen) einzusetzen.

Die ehemals Drogensüchtigen könnten bundesweit ähnliche Vereinigungen gründen, wie sie bei den ehemals Alkoholkranken bereits bestehen: Hilfe durch Selbsthilfe sollte beim Drogensuchtproblem nicht fehlen, wobei aber nicht verkannt werden darf, daß in den meisten Fällen vor der Selbsthilfe durch die ehemals Kranken die Entziehungskur stehen muß – sei sie nun freiwillig oder gezwungenermaßen durchgeführt.

Zum Schluß wollen wir betonen, daß der Drogensüchtige für uns immer ein Patient ist, dem geholfen werden muß – also nicht eine unliebsame Person, die über Einweisung in eine Anstalt aus dem Wege geräumt werden soll! Die Humanitas steht bei unserem Bemühen selbstverständlich im Vordergrund, auch wenn die Maßnahmen im einzelnen durch die bedauerlicherweise notwendige Beschränkung der Freiheit inhuman erscheinen mögen. In den Mittelpunkt unserer Bestrebungen stellen wir den hilflosen, kranken Menschen, dessen Persönlichkeit aufgebaut werden muß, um ihm in der Zukunft wieder ein menschenwürdiges Leben zu schaffen.

Es ist die Aufgabe unserer Gesellschaft, zu helfen, damit dem von der Krankheit Genesenen die vollständige Rehabilitation gelingt: Wir alle müssen bereit sein, den aus der Be-



Vereinigte
Krankenversicherung AG
Salus Krankenhauskosten-Versicherungs-AG

DIE SICHERHEIT DES ARZTES
individuell · zuverlässig · preisgünstig

COUPON

Ich möchte gerne ausführliche Informationen über den Gruppenversicherungsvertrag zwischen meiner Ärztekammer und der Vereinigten.

Name: _____

Anschrift: _____

Vereinigte Krankenversicherung AG, Generaldirektion
Leopoldstraße 24, 8000 München 40, Telefon (089) 389 31

Ich bin bereits versichert bei: Vereinigte Salus anderweitig

KX3A

handlung Entlassenen – wie schädlich auch immer sich die Krankheit vorher ausgewirkt hat – vorurteilsfrei wieder in unserer Mitte aufzunehmen: als Angehörigen in der Familie, als Arbeitnehmer im Betrieb, als Kollegen am Arbeitsplatz und als Freund im Freundeskreis.

Sollte der Appell an das soziale Gewissen unserer Gesellschaft nicht zur Hilfsbereitschaft aller motivie-

ren, mag der Egoismus den einzelnen zur Hilfe treiben: die eigene Familie kann morgen schon zu der großen Minderheit der Betroffenen gehören.

Anschrift des Verfassers:

Medizinaloberrat Dr. med. Winfried Schmitz, Staatliches Gesundheitsamt, Salinenstraße 1, 8730 Bad Kissingen

Krebsforschung an Niere und Leber

Zum Verhalten der Zellen in Tumoren

Am Pathologischen Institut der Universität München (Vorstand: Professor Dr. Max Eder) sind seit etwa zwei Jahren zwei Projekte der experimentellen Forschung im Gange, die unter verschiedenen Voraussetzungen und mit unterschiedlichem Arbeitsmaterial beide demselben Zweck dienen: Einblick in Entstehung und Wachstumsverhalten bösartiger Geschwülste zu gewinnen. Während es sich bei dem Vorhaben „Zellproliferation menschlicher Tumoren“ um ein Kapitel rein klinischer Forschung handelt, das in Zusammenarbeit mit der Urologischen Universitätsklinik und mit finanzieller Unterstützung durch das Bundesministerium für Jugend, Familie und Gesundheit durchgeführt wird, ist das von der Deutschen Forschungsgemeinschaft geförderte Projekt „Wachstumsregulation und Karzinogenese“ tierexperimentell mit Ratten angelegt.

Zum grundsätzlichen Verständnis klinischer Krebsforschung erläutert Professor Hartmut Rabes: „Ein Tumor ist ein außerordentlich heterogenes Gebilde, das sich aus den verschiedensten Zellpopulationen zusammensetzt – solchen, die morphologisch zu differenzieren sind, und anderen, die sich nur durch ihr Wachstumsverhalten voneinander unterscheiden. Voraussetzung für die Entstehung von Tumoren ist in jedem Fall die Zellproliferation, d. h. Zellteilung, von der man jedoch noch nicht weiß, in welcher Form sie Tumorentstehung und Tumorwachstum beeinflusst. So gibt es in bösartigen Tumoren z. B. ruhende Zellpopulationen, die sich der Behandlung

entziehen, während andere Zellfraktionen in derselben Umgebung bzw. innerhalb des gleichen Tumors eine außerordentlich hohe Proliferationsrate haben, die sie einer Behandlung mit Zytostatika oder Bestrahlung leichter zugänglich macht. Während man diese Unterschiede von Tier-Tumoren her längst kennt, waren sie bei menschlichen Tumoren einer Analyse aus naheliegenden Gründen bislang nicht zugänglich.“

Die in der Regel charakteristische Zusammensetzung jedes bösartigen Tumors aus ruhenden und wachsenden Zellen ist also eine wesentliche Ursache für die Schwierigkeiten bei der Krebsbekämpfung bzw. Krebstherapie. Um diesen äußerst komplizierten Vorgängen der Eigengesetzlichkeit verschiedenster Zellverbände im menschlichen Organismus näher auf die Spur zu kommen, wurde von Professor Rabes vom Pathologischen Institut und Privatdozent Dr. Peter Carl von der Urologischen Universitätsklinik in Zusammenarbeit mit Doktoranden eine neue Forschungsmethode entwickelt, die in zwei Phasen abläuft: Zunächst werden menschliche Tumoren unmittelbar nach deren operativer Entfernung mit radioaktiven Substanzen, die eine Markierung proliferierender Zellen erlauben, durchstrahlt – in diesem Fall Nierentumoren, die sich (weil gemeinsam mit der Niere selbst durch ein arterielles Gefäß versorgt) für die Zwecke dieser sogenannten Perfusion besonders gut eignen.

Hierzu Professor Rabes: „Ausgangspunkt bei der Nieren-Tumor-Perfu-

sion war die seit langem bekannte Methode der Perfusion von Leichen nieren zum Zweck einer späteren Transplantation. Auf ähnliche Weise werden die Nieren-Tumor-Perfusionen durchgeführt, nur mit dem Unterschied, daß hier eine körperwarme Perfusionslösung aus gruppen-gleichem Blut (unter Zusatz von verschiedenen chemischen Substanzen) verwendet werden muß, um die natürlichen physiologischen Bedingungen möglichst genau zu simulieren bzw. zu imitieren. Eine besondere Schwierigkeit besteht bei der ganzen Prozedur darin, daß die Perfusion des Nierentumors über die Nierenarterie unmittelbar nach der operativen Entfernung erfolgen muß, da sich andernfalls der physiologische Zustand des Organs in unkontrollierbarer Weise verändert.“ Nach mehrstündiger Durchströmung ist es dann möglich, Schnitte des Tumors mit Hilfe der Autoradiographie zu untersuchen und so die wachsenden von den nichtwachsenden Tumorzellen abzugrenzen. Diese autoradiographische Auswertung an Tumorganzschnitten ist außerordentlich zeitaufwendig und mühsam, da sie unter Umständen an bis zu hundert Einzelpräparaten des Tumors durchgeführt werden muß.

Obwohl die Arbeitsgruppe der Pathologen und Urologen auf diese Weise bis heute insgesamt 31 Nieren-Tumor-Perfusionen durchgeführt hat – eine beachtliche Zahl, wenn man bedenkt, daß wegen Tumorbefalls operierte Nieren nicht auf Abruf zur Verfügung stehen –, geben sich die Wissenschaftler hinsichtlich der bis jetzt erzielten Forschungsergebnisse zurückhaltend und vorsichtig.

Die Gesetzmäßigkeit der Zellteilung steht auch bei dem tierexperimentell angelegten Projekt „Wachstumsregulation und Karzinogenese“ im Mittelpunkt der Forschung, das in Zusammenarbeit mit einer auf dem Gebiet der Karzinogenese führenden wissenschaftlichen Gruppe unter Professor Magee und Dr. Swann vom Courtauld Institute of Biochemistry in London (Middlesex Hospital, Medical School) durchgeführt wird. Im Gegensatz zu den Arbeiten an tumorbefallenen operativ entfernten menschlichen Nieren geht es hier zunächst um die Erforschung der Regulation des natürlichen Wachstums der Rattenleber nach operativer Teilentfernung dieses Organs.

UM-Interna

Zu besetzende Kassenarztsitze in Bayern

Wir empfehlen Ihnen, sich in jedem Fall vor Ihrer Niederlassung mit der zuständigen Bezirksstelle der Kassenärztlichen Vereinigung Bayerns in Verbindung zu setzen und sich wegen der Möglichkeiten und Aussichten einer kassenärztlichen Tätigkeit beraten zu lassen. Dort erfahren Sie auch, wo und in welchem Umfang Förderungsmöglichkeiten bestehen.

Oberbayern

Titting, Lkr. Eichstätt:

1 Allgemein-/Praktischer Arzt

Wiederbesetzung der Allgemein-/Praktischen Arztstelle für ein Einzugsgebiet von ca. 3500 Einwohnern.

Altmannstein, Lkr. Eichstätt:

1 Allgemein-/Praktischer Arzt

Moosburg, Lkr. Freising:

1 Augenarzt

Bewerbungen bitte an die Bezirksstelle Oberbayern der KVB, Mühlbauerstraße 16, 8000 München 80, Telefon (0 89) 41 47 - 247.

Oberfranken

Betzenstein, Lkr. Bayreuth:

1 Allgemein-/Praktischer Arzt

Wiederbesetzung des verwaisten Einzelarztsitzes für ein Einzugsgebiet von ca. 3800 Einwohnern.

Lautertal, Lkr. Coburg:

1 Allgemein-/Praktischer Arzt

Wiederbesetzung des zum 30. Juni 1978 vakant werdenden Einzelarztsitzes für ein Einzugsgebiet von ca. 3100 Einwohnern.

Marktleugast, Lkr. Kulmbach:

1 Allgemein-/Praktischer Arzt

Wiederbesetzung einer zweiten Allgemein-/Praktischen Arztstelle für ein Einzugsgebiet von ca. 5000 Einwohnern.

Thurnau, Lkr. Kulmbach:

1 Allgemein-/Praktischer Arzt

Wiederbesetzung einer dritten Allgemein-/Praktischen Arztstelle für ein Einzugsgebiet von ca. 9000 Einwohnern.

Wirsberg, Lkr. Kulmbach:

1 Allgemein-/Praktischer Arzt

Wiederbesetzung des im Laufe dieses Jahres vakant werdenden Einzelarztsitzes für ein Einzugsgebiet von ca. 2200 Einwohnern mit Fremdenverkehr (Luftkurort).

Neustadt bei Coburg:

1 Augenarzt

Wiederbesetzung der verwaisten Augenarztstelle mit einem Einzugsgebiet von 20000 Einwohnern.

Bischofsgrün, Lkr. Bayreuth:

1 Allgemein-/Praktischer Arzt

Erkersreuth, Lkr. Wunsiedel:

1 Allgemein-/Praktischer Arzt

Töpen, Lkr. Hof:

1 Allgemein-/Praktischer Arzt

Walschenfeld, Lkr. Bayreuth:

1 Allgemein-/Praktischer Arzt

Warmensteinach, Lkr. Bayreuth:

1 Allgemein-/Praktischer Arzt

Weldhausen, Lkr. Coburg:

1 Allgemein-/Praktischer Arzt

Coburg:

1 Augenarzt

Markredwitz, Lkr. Wunsiedel:

1 HNO-Arzt

Bewerbungen bitte an die Bezirksstelle Oberfranken der KVB, Bürgerreuther Straße 7 a - 9, 8580 Bayreuth, Telefon (09 21) 2 30 32.

Mittelfranken

Weißenburg, Lkr. Weißenburg-Gunzenhausen:

1 Nervenarzt

Wiederbesetzung des altershalber frei gewordenen einzigen Nervenarztsitzes im Landkreis Weißenburg-Gunzenhausen (ca. 86 000 Einwohner).

Großhabersdorf, Lkr. Fürth:

1 Allgemein-/Praktischer Arzt

Hellsbronn, Lkr. Ansbach:

1 Allgemein-/Praktischer Arzt

Thalmäding, Lkr. Roth:

1 Allgemein-/Praktischer Arzt

Vorra, Lkr. Nürnberger Land:

1 Allgemein-/Praktischer Arzt

Wittelshofen, Lkr. Ansbach:

1 Allgemein-/Praktischer Arzt

Neustadt a. d. Aisch, Lkr. Neustadt a. d. Aisch-Bad Windsheim:

1 Nervenarzt, möglichst mit Psychotherapie

Bewerbungen bitte an die Bezirksstelle Mittelfranken der KVB, Vogelsgarten 6, 8500 Nürnberg, Telefon (09 11) 4 96 21 - 24.

Unterfranken

Alzenau, Lkr. Aschaffenburg:

1 Allgemein-/Praktischer Arzt

Aschaffenburg, Stadtteil Leider:

1 Allgemein-/Praktischer Arzt

Burkardoth, Lkr. Bad Kissingen:

1 Allgemein-/Praktischer Arzt

Haibach, Lkr. Aschaffenburg:

1 Allgemein-/Praktischer Arzt

Mömbris, Lkr. Aschaffenburg:

1 Allgemein-/Praktischer Arzt

Wülfershausen/Saale, Lkr. Rhön-Grabfeld:

1 Allgemein-/Praktischer Arzt

Alzenau, Lkr. Aschaffenburg:

1 Augenarzt

Schweinfurt:

2 Augenärzte

Bewerbungen bitte an die Bezirksstelle Unterfranken der KVB, Hofstraße 5, 8700 Würzburg, Telefon (09 31) 307-1.

Oberpfalz**Schmidmühlen, Lkr. Amberg-Sulzbach:**

1 Allgemein-/Praktischer Arzt

Besetzung einer zweiten Allgemein-/Praktischen Arztstelle für ein Einzugsgebiet von ca. 4500 Einwohnern.

Schwarzenfeld, Lkr. Schwandorf:

1 Allgemein-/Praktischer Arzt

Nachfolgebesetzung der vierten Kassenarztstelle für rund 8000 zu versorgende Einwohner.

Vlisseck, Lkr. Amberg-Sulzbach:

1 Allgemein-/Praktischer Arzt

Besetzung der dritten Kassenarztstelle bei einem Einzugsgebiet von ca. 7000 Einwohnern.

Waldthurn, Lkr. Neustadt/Waldnaab:

1 Allgemein-/Praktischer Arzt

Nachfolgebesetzung; Einzugsgebiet rund 2500 Einwohner.

Waldsassen, Lkr. Tirschenreuth:

1 Allgemein-/Praktischer Arzt

Nachfolgebesetzung der vierten Kassenarztstelle für ein Einzugsgebiet von rund 9000 Einwohnern.

Amberg:

1 Nervenarzt oder Psychiater — nur wenn Teilgebietsbezeichnung Psychotherapie nachgewiesen werden kann.

Besetzung einer dritten Nervenarztstelle in Amberg — zu versorgen sind mit dem Einzugsgebiet ca. 120 000 Einwohner.

Weiden:

1 Nervenarzt oder Psychiater — nur wenn Teilgebietsbezeichnung Psychotherapie nachgewiesen werden kann.

Besetzung einer dritten Nervenarztstelle in Weiden. Zu versorgen sind mit dem Einzugsgebiet ca. 140 000 Einwohner.

Obertraubling, Lkr. Regensburg:

1 Allgemein-/Praktischer Arzt

Stadt Schwandorf, Lkr. Schwandorf:

1 Anästhesist

Wörth/Donau, Lkr. Regensburg:

1 Frauenarzt

Stadt Schwandorf, Lkr. Schwandorf:

1 Hautarzt

Weiden:

1 Hautarzt

Stadt Schwandorf, Lkr. Schwandorf:

1 Internist

Bewerbungen bitte an die Bezirksstelle Oberpfalz der KVB, Landshuter Straße 49, 8400 Regensburg, Telefon (09 41) 7 50 71.

Niederbayern**Bogen, Lkr. Straubing-Bogen:**

1 Allgemein-/Praktischer Arzt

Deggendorf-Stadt:

1 Allgemein-/Praktischer Arzt

Dietersburg, Lkr. Rottal-Inn:

1 Allgemein-/Praktischer Arzt

Gerzen, Lkr. Landshut:

1 Allgemein-/Praktischer Arzt

Haibach, Lkr. Straubing-Bogen:

1 Allgemein-/Praktischer Arzt

Hunderdorf, Lkr. Straubing-Bogen:

1 Allgemein-/Praktischer Arzt

Jandelsbrunn, Lkr. Freyung-Grafenau:

1 Allgemein-/Praktischer Arzt

Lohberg, Lkr. Regen:

1 Allgemein-/Praktischer Arzt

Prienbach, Lkr. Rottal-Inn:

1 Allgemein-/Praktischer Arzt

Rain, Lkr. Straubing-Bogen:

1 Allgemein-/Praktischer Arzt

Schöllnach, Lkr. Deggendorf:

1 Allgemein-/Praktischer Arzt

Stallwang, Lkr. Straubing-Bogen:

1 Allgemein-/Praktischer Arzt

Teisnach, Lkr. Regen:

1 Allgemein-/Praktischer Arzt

Viechtach, Lkr. Regen:

1 Allgemein-/Praktischer Arzt

Regen:

1 Augenarzt

Deggendorf-Stadt:

1 Hautarzt

Passau:

1 Hautarzt

Regen:

1 Hautarzt

Bewerbungen bitte an die Bezirksstelle Niederbayern der KVB, Lilienstraße 5-7, 8440 Straubing, Telefon (09 42) 70 53.

Schwaben**Wertingen, Lkr. Dillingen:**

1 Allgemein-/Praktischer Arzt

Wiederbesetzung der verwaisten fünften Allgemein-/Praktischen Arztstelle für ein Einzugsgebiet von ca. 10 000 Einwohnern.

Bewerbungen bitte an die Bezirksstelle Schwaben der KVB, Frohsinnstraße 2, 8900 Augsburg, Telefon (08 21) 31 30 31



Tannalbin[®]

stoppt
Diarrhoen zuverlässig

Zusammensetzung

1 Tablette enthält 500 mg Tanninalbuminat.

Anwendungsgebiete

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

Gegenanzeigen

Nicht bekannt.

Nebenwirkungen, Verträglichkeit

Nach bisheriger Erfahrung erwies sich Tannalbin als gut verträglich, selbst bei längerdauernder Verabreichung über Wochen und Monate.

Zur besonderen Beachtung!

In den ersten 3 Monaten einer Schwangerschaft ist die Verordnung von Tannalbin – entsprechend den heutigen Auffassungen über den Arzneimittelgebrauch durch werdende Mütter – kritisch abzuwägen.

Dosierung

Soweit nicht anders verordnet, erhalten Erwachsene 1-2 Tabletten 1-2stündlich bis zum Eintritt der Wirkung, Säuglinge ab 3 Monaten 1-2 Messerspitzen Pulver bzw. ¼-½ Tablette 4-6mal täglich, ältere Kinder 1-2 Tabletten 4-6mal täglich in Schleimsuppe oder ähnlichem.

Handelsformen

20 Tabletten O.-P. DM 3,91
50 g Pulver O.-P. DM 6,38



KNOLL AG 6700 Ludwigshafen

Überlegungen zum Krankenhausfinanzierungsgesetz im Bundesarbeitsministerium

Die bisherigen Arbeitsergebnisse

von Hildegard Mandt

Mit der Vorlage des Referentenentwurfes zur Neufassung des Krankenhausfinanzierungsgesetzes (KHG) ist voraussichtlich in einigen Wochen zu rechnen. Inzwischen liegt ein zweiter Diskussionsentwurf vor, dieser ist jedoch wie der erste Entwurf noch unvollständig. Nach wie vor sind zahlreiche Paragraphen nicht formuliert. Vom Bundesarbeitsministerium wird auch dieser Entwurf als eine unverbindliche Gesprächsunterlage bezeichnet.

Bis zum Referentenentwurf hofft das Arbeitsministerium, insbesondere die nach wie vor zwischen Bund und Ländern im Hinblick auf die Planungs- und Finanzhoheit der Länder bestehenden Differenzen beseitigt zu haben.

Nach dem Grundgesetz ist der Bundesgesetzgeber nicht ermächtigt, Strukturfragen der Krankenhäuser zu regeln und/oder sonst in den Planungs-, Finanzierungs- und Gesetzgebungsbereich der Länder einzugreifen. Seine Kompetenz beschränkt sich bekanntlich auf „die wirtschaftliche Sicherung der Krankenhäuser und die Regelung der Krankenhauspflegesätze“. Auch das neue Krankenhausfinanzierungsgesetz kann damit nur ein Rahmengesetz bleiben. Allerdings ist es denkbar, daß durch finanztechnische Regelungen Strukturfragen mittelbar betroffen werden.

Duales System der Krankenhausfinanzierung

An den bisherigen tragenden Grundsätzen der Krankenhausfinanzierung in einem dualen System – die Investitionskosten werden durch die öffentliche Hand; die Betriebskosten

über die Pflegesätze finanziert – wird im Diskussionsentwurf festgehalten.

Allerdings sind die Schwergewichte sowie Einzelvorschriften geändert; ebenso weicht die Systematik von dem geltenden KHG ab. Insbesondere ist die Krankenhausbedarfsplanung (§§ 6, 7 KHG) jetzt vor den Vorschriften über die öffentliche Förderung aufgenommen und weiter ausgestaltet worden.

Krankenhausbedarfsplanung

Die Bedeutung der Krankenhausbedarfsplanung (§§ 5 ff des Diskussionsentwurfes, bisher §§ 6 und 7 KHG) wird durch diese systematische Umstellung mehr als bisher herausgehoben.

Neu ist:

- Daß die Länder zu „enger Zusammenarbeit“ mit der Krankenhausgesellschaft, den Spitzenverbänden der gesetzlichen Krankenkassen, den kommunalen Spitzenverbänden sowie den Ausschüssen des Verbandes der Privaten Krankenversicherung verpflichtet werden sollen. Bisher besteht hier gemäß § 6 Abs. 3 KHG nur ein „Anhörungsrecht“; andererseits wird aber auch künftig mit dem Wort „Zusammenarbeit“ kein „Einvernehmen“ gefordert, wie das die Krankenkassen und Krankenhausträger verlangen. Laut Begründung zum Diskussionsentwurf soll die „Zusammenarbeit“ soweit wie möglich rechtlich präzisiert werden. Die Letztverantwortung der Länder bei der Beschlußfassung über die Bedarfspläne soll dadurch nicht eingeschränkt werden.

- Daß in das bisherige „Anhörungsverfahren“ (§ 5 Abs. 3 des Diskus-

sionsentwurfes, bisher § 6 Abs. 3 KHG) die *Kassenärztlichen Vereinigungen* sowie die Verbände der Freien Wohlfahrtspflege aufgenommen werden.

Für die Kassenärztlichen Vereinigungen soll dies offenbar im Hinblick auf die notwendige Abstimmung der Bedarfsplanung in der ambulanten Versorgung mit der Krankenhausbedarfsplanung für den ambulanten Bereich erfolgen. Der entsprechende Passus im Diskussionsentwurf lautet: „Beim Aufstellen der Bedarfspläne sind die Kassenärztlichen Vereinigungen, die Verbände der Freien Wohlfahrtspflege und die sonstigen wesentlich Beteiligten im Lande anzuhören; die Landesregierungen bestimmen, wer als sonstiger wesentlich Beteiligter anzusehen ist.“ Die *Ärzttekammern*, die zur Zeit vor den Kassenärztlichen Vereinigungen als „wesentlich Beteiligte“ von den Landesbehörden angehört werden, sind – wie im alten KHG – nicht erwähnt.

Die *kommunalen Spitzenverbände* sind dagegen – wie das bisher bereits praktiziert wird – bei der Krankenhausbedarfsplanung *doppelt vertreten*: einmal durch die Krankenhausgesellschaften als Krankenhausträger; zum anderen als Gebietskörperschaften.

Im übrigen sind die Vorschriften über die Krankenhausbedarfsplanung und über die Krankenhausinvestitionen (§ 6, 6a des Diskussionsentwurfes) aufgrund der inzwischen gemachten Erfahrungen stärker konkretisiert worden.

Abstimmung auf Bundesebene, Beiräte

Angestrebt wird hier:

- Eine *Abstimmung der Planungsgrundsätze* der Länder auf Bundesebene unter Beteiligung der Krankenhäuser und der Krankenkassen oder soweit eine solche Abstimmung nicht zustande kommt oder nicht ausreicht durch Erlaß einer Rechtsverordnung des Bundes mit Zustimmung des Bundesrates (§ 7 des Diskussionsentwurfes). Hier ist mit Widerstand der auf ihre Eigenständigkeit bedachten Länder zu rechnen.

- Die *Fortschreibung* des Bund-Länderausschusses (§ 27 des Diskus-

sionsentwurfes) mit ähnlich formulierten Aufgaben wie bisher in § 7 KHG. Allerdings soll der Vorsitz nicht mehr zwischen Bund und Ländern wechseln (bisher § 7 Abs. 3 KHG), sondern allein beim Bund liegen. Dies ist offenbar ein weiterer Versuch zur Stärkung der Bundeskompetenzen.

- Die Zuordnung eines Bundesausschusses Krankenhäuser-Krankenkassen zum Bund-Länder-Ausschuß, der mit diesem eng zusammenarbeiten und dessen Beratungsergebnisse „angemessen“ berücksichtigen soll (§ 27 Abs. 3 des Diskussionsentwurfes). Im ersten Diskussionsentwurf war noch die Zuordnung eines Beirates vorgesehen. Dieser ist nunmehr nicht mehr enthalten, so daß davon ausgegangen werden kann, daß künftig nur Vertreter der Krankenkassen und Krankenhausträger in den Bundesausschuß berufen werden sollen.

Wie dieser Bundesausschuß sich im einzelnen zusammensetzen und wie er arbeiten soll, ist in § 27a noch nicht geregelt.

Finanzielle Förderung der Krankenhäuser

Die öffentliche finanzielle Förderung eines Krankenhauses soll – wie bisher – von der Aufnahme in den Krankenhausbedarfsplan abhängen (§ 8 Abs. 1 des Diskussionsentwurfes).

Neu ist:

- Daß bestimmte Krankenhäuser nach § 8 Abs. 3 Diskussionsentwurf gezwungen werden können, Aufgaben als Lehrkrankenhaus zu übernehmen.

- Daß Ausgleichszahlungen für Sozialpläne und zur Erfüllung bestehender Verträge bereitgestellt werden können, um eine Einstellung des

Krankenhausbetriebes oder eine Umstellung von Krankenhäusern auf andere Aufgaben (bei Ausscheiden oder Nichtaufnahme in den Krankenhausbedarfsplan) zu ermöglichen (§ 13a des Diskussionsentwurfes).

- Daß die Grundstückskosten in der Regel nicht gefördert werden, sondern vom Krankenhausträger selbst getragen werden (§ 9 Abs. 5 des Diskussionsentwurfes) sollen.

- Daß kleinere Baumaßnahmen sowie Instandsetzungs- und Instandhaltungskosten in die Pauschalen nach § 10 KHG einbezogen werden sollen; dafür ist eine Übernahme aller Anlagegüter mit einem Anschaffungspreis bis zu DM 800 in die Pflegesätze vorgesehen.

Der „Finanzierungsplafond“ in § 22 des Diskussionsentwurfes ist niedriger festgelegt als in § 22 des jetzigen KHG. Zwanzig Prozent der Bundesmittel sind nach § 23 des Diskussionsentwurfes für Modell- und Schwerpunktmaßnahmen oder ähnliches vorgesehen.

Erhalten bleiben soll die 100-Betten-Grenze aus § 8 Abs. 1 Satz 2 KHG (jetzt § 9 Abs. 2 des Diskussionsentwurfes). Hiergegen wie auch gegen die Regelung der belegärztlichen Versorgung sowie die Abgrenzung der Förderungsprinzipien haben FDP-Kreise dem Vernehmen nach bereits Einspruch erhoben.

Pflegesatzgestaltung

Bei der Pflegesatzgestaltung sollen Anreize für eine wirtschaftliche Betriebsführung und für die Vermeidung einer nicht notwendigen Inanspruchnahme von Krankenhausleistungen geschaffen werden (§ 16 Abs. 2 des Diskussionsentwurfes).

Laut Begründung soll durch die Regelung klargestellt werden, daß die Pflegesätze nicht eine bloße Abrech-

nung von Selbstkosten darstellen dürfen.

Wie bisher gilt:

- Werden Arzt oder Nebenkosten gesondert neben dem Pflegesatz berechnet, so ist dies bei der Bemessung der Pflegesätze „zu berücksichtigen“. Die Vorschrift betrifft die sogenannten „Kleinen Pflegesätze“ bei belegärztlicher Versorgung sowie – bisher durch Rechtsverordnung der Länder unterschiedlich geregelt – den Arztabschlag bei stationärer privater Behandlung (§ 16 Abs. 3 Diskussionsentwurf).

- Nicht geförderte Krankenhäuser sollen berechtigt bleiben, auch für Kassenpatienten Pflegesätze zu erheben, wenn diese nicht höher sind als in vergleichbaren geförderten Krankenhäusern (§ 17 Abs. 5 KHG; § 16 Abs. 6 Diskussionsentwurf). Dabei ist allerdings die Neufassung der §§ 371, 372 RVO in der Fassung des KVKG zu beachten, die es den Krankenkassen ermöglicht, mit Genehmigung ihrer Aufsichtsbehörde die Bezahlung von Krankenhauspflege in Krankenhäusern abzulehnen, die nicht in den Krankenhausbedarfsplan aufgenommen sind.

Einzelheiten der Pflegesatzgestaltung sollen wieder durch eine neue Bundespflegesatzverordnung festgelegt werden (§ 19 Diskussionsentwurf). Darin werden auch Einzelheiten über die Berücksichtigung von Abgaben liquidationsberechtigter Krankenhausärzte bei der Pflegesatzbemessung geregelt werden müssen und damit mittelbar – wie schon jetzt – des Liquidationsrechtes selbst.

Pflegesatzverfahren

Die Pflegesätze sollen zwischen Krankenhausträgern und gesetzlichen Krankenkassen bzw. deren Verbänden vereinbart und von den zuständigen Landesbehörden geneh-



RECORSAN-HERZSALBE

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

Cor: nervos, coronare und periphere Durchblutungsstörungen, pectanginöse Beschwerden, Segmenttherapie.

In 100 g Salbe: Extr. Crataeg. 2,2g-Valerian.17g.Tinct.Cornvall.0,8g.

-Castor.0,6g. Camph.1,0g. Menthol.0,5g. Nicotin.0,155g. O.P.30g DM 576

Recorsan-Gesellschaften Gräfelfing und Lüneburg

migt werden (§ 17 des Diskussionsentwurfes), wobei ein Selbstkostennachweis der Krenkenhausträger (§ 17 Abs. 2 Diskussionsentwurf) vorgesehen ist. Demit soll offenbar des Prinzip der vollen Kostendeckung (§ 2 Abs. 2 des Diskussionsentwurfes) gewährleistet werden. Allerdings kann dieses Prinzip der vollen Kostendeckung durch das in § 17 Abs. 4 Diskussionsentwurf vorgesehene Festsetzungsverfahren eusgehöhlt werden, je nachdem, wie es gehandhabt wird. Darin heißt es: „Kommt eine Vereinbarung über die Pflegesätze innerhalb von sechs Wochen nach Aufnahme der Verhandlungen nicht zustande, setzt die zuständige Landesbehörde die Pflegesätze auf Antreg eines Beteiligten fest, nachdem sie die vorgesehenen Pflegesätze mit den Beteiligten mit dem Ziel des Einvernehmens erörtert hat.“

Eine Anpassung der Krankenhauspflegesätze an volkswirtschaftliche Determinanten oder an die Grundlohnentwicklung bei den Krankenkassen ist entgegen den Forderungen der Kessenvertreter nicht im Entwurf verankert worden. Allerdings wurde in § 2 Abs. 3 eine Bestimmung übernommen, wonach bei der Anwendung des KHG die in der Konzertierte Aktion im Gesundheitswesen nach § 405 a RVO abgestimmten Orientierungsdaten, Vorschläge und Empfehlungen angemessen zu berücksichtigen sind. Darüber hinaus ist § 18 des Diskussionsentwurfes mit der Überschrift „Orientierungsdaten“ noch nicht formuliert. Für den Fall, daß die Orientierungsdaten zu niedrig angesetzt werden, wäre euch hier eine Aushöhlung der vollen Kostendeckung möglich. Hiergegen haben sich bereits — wie es heißt — die Länder ausgesprochen. Bedenken hiergegen dürften auch die Krankenhausträger und Ärzteorganisationen haben.

Rechtsstellung der Krenkenhausgesellschaften

Die Deutsche Krankenhausgesellschaft und die Krenkenhausgesellschaften der Länder sollen verpflichtet werden, die Krankenhäuser bei der Anwendung des Krenkenhausfinanzierungsgesetzes zu beraten und zu unterstützen, insbesondere im Hinblick auf eine bederfsgerechte Krankenhausversorgung, eine wirtschaftliche Betriebsführung und eine Zusammenarbeit untereinander sowie mit Einrichtungen der ambulanten und sonstigen gesundheitlichen Versorgung (§ 27 b Diskussionsentwurf).

Der zur Diskussion gestandene Vorschlag, den Krankenhausgesellschaften die Rechtsstellung von Körperschaften öffentlichen Rechts zu geben und damit für den Vertrags- und Ordnungsbereich einen ähnlichen Gleichstand herzustellen, wie er für das Kassenarztrecht bezüglich der Körperschaften der Ärzte und Krenkenkassen geschehen wurde, ist damit nicht aufgegriffen worden. Die Verwirklichung einer solchen Absicht hätte nicht nur gesundheitspolitische, sondern auch verfassungsrechtliche Probleme aufgeworfen, besonders bezüglich der Kompetenz des Bundesgesetzgebers.

Definition des Krankenhauses

In die Regelungen des Krankenhausfinanzierungsgesetzes sollen als Krankenhäuser auch Einrichtungen einbezogen werden, die zur stationären Versorgung Pflegebedürftiger erforderlich sind. In der Reichsversicherungsordnung sollen ergänzend Regelungen über Zuschüsse der Krankenkassen bei Unterbringung in Krankenhäusern getroffen werden.

Bei einer solchen Erweiterung der Leistungspflicht der gesetzlichen Krankenversicherung wäre eine erhebliche Steigerung ihrer Ausgaben mit möglichen Konsequenzen für den Beitragsatz nicht auszuschließen.

Im übrigen werden Krankenhäuser nach dem Diskussionsentwurf als Einrichtungen definiert, in denen durch ärztliche und pflegerische Hilfeleistung Krankheiten erkannt, behandelt oder gelindert werden sollen oder Geburtshilfe geleistet wird, und in denen die zu versorgenden Personen untergebracht und gepflegt werden können.

Anschrift der Verfasserin:

Dr. rer. pol. Hildegard Mandt, Winston-Churchill-Straße 1, 5300 Bonn 1

in memoriam

Dr. Stollreuther †

Am 17. Februar 1978 verstarb im Alter von 90 Jahren Dr. Karl Stollreuther, München. Der Verstorbene war jahrzehntelang in der ärztlichen Landespolitik tätig. Sein Rat und sein Wissen wurden allgemein geschätzt und beachtet. Wir werden ihm stets ein ehrendes Angedenken bewahren.

Des „Bayerische Ärzteblatt“ hat anlässlich des 90. Geburtstages Dr. Stollreuthers im Juli-Heft 1977, Seite 702, eine ausführliche Würdigung veröffentlicht.



■ Tilgt vor allem überschüssige Säure im Gesamtorganismus. Es stumpft abnorme Säurebildung im Magen ab. ■ Behebt und verhütet u. a. **Sodbrennen**, beugt Magenkrämpfen sowie der Bildung von Magengeschwüren vor. ■ Vermehrt z. B. auch die Diurese und verhindert Grief- und Steinbildung in den ableitenden Harnwegen.

Ad us. proprium Vorzugspreise. Auskunft und wissenschaftl.

Prospektmaterial unverbindlich durch:

Staatl. Mineralbrunnen S. E. Zentralvorw. 62 Wiesbaden 16, Wiesbadener Straße 77, Tel. (0 61 21) 4 26 91 und 4 26 95

Bei hypotonen Beschwerden:

Physikalische Therapie allein genügt nicht*



* Hammer, O.: Rehabilitation des Hypotonikers,
Therapiewoche 27, 6304-6309 (1977)

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, Robkastanienextrakt 150 mg lenth. 25 mg Aescinl.

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 10,68 · 50 Retardkapseln DM 24,80 · 100 Retardkapseln DM 42,45 · Anstaltspackung.

Reguliert doppelt:
Venös
und arteriell



8 München 40

Terroranalyse endete mit Eklat

Seit jeher ist es im Landtag Übung, auch Themen, die das bundespolitische Geschehen beherrschen, aus der Sicht der Landespolitiker zu diskutieren. Mit gutem Grund: Es geht dabei weniger um den politischen Schlagabtausch zwischen Regierungsparteien und Opposition in Bonn mit gewissermaßen vertauschten Rollen in München und umgekehrt; vielmehr wird dabei die föderale, oft leicht übersehene Komponente der bundespolitischen Diskussion deutlich. Die Landtagsdebatte zur inneren Sicherheit ließ diese Zusammenhänge wieder aufleuchten.

Innenminister Dr. Alfred Seidl stellte sie so dar: „Den Schutz der Bevölkerung durch Polizei und Verfassungsschutz hat das Grundgesetz grundsätzlich den Ländern anvertraut; hier liegt neben der Kulturhoheit die Domäne der Eigenstaatlichkeit der Länder. Die jüngsten Terrorfälle und der Streit um die Verbesserung des rechtlichen Instrumentariums zur Bekämpfung des Terrorismus haben die Verantwortung der Länder in der Öffentlichkeit etwas in den Hintergrund gedrängt.“

Anlaß für die Sicherheitsdebatte im Maximilianeum waren Große Anfragen von CSU und SPD. Ihre unterschiedlich akzentuierten Themenstellungen reichten von der allgemeinen Sicherheitslage über die bayerische Situation und Organisation, Personalstand und Ausrüstung der Polizei bis hin zur Verkehrssicherheit. Der Schutz von lebensnotwendigen Versorgungseinrichtungen wurde ebenso angesprochen wie die geltenden Gesetze gegen Terrorriminalität oder die Bund-Länder-Zusammenarbeit bei der Sicherheit.

Für Bayern zeichnete Innenminister Seidl zunächst ein relativ günstiges Bild der Sicherheitslage: die Kriminalitätsentwicklung stagniere, man habe den

geringsten Kriminalitätszuwachs aller Bundesländer. In der Aufklärungsquote liege der Freistaat seit Jahren erheblich über dem Bundesdurchschnitt und an der Spitze aller Länder. Seidl führte diese Situation auf mehrere Faktoren zurück: auf das „ungebrochene Verhältnis“ der Bevölkerung zu Recht und Gesetz, auf die Tatsache, daß es in Bayern weniger Eigentumsdelikte als anderswo und daß es keinen echten Kriminalitätsballungsraum gibt. Außerdem würden hier Straftaten alsbald abgeurteilt. Weiter hob er hervor: Die Polizeidichte sei mit 1 : 367 Einwohnern über der im Sicherheitsprogramm für die Bundesrepublik Deutschland empfohlenen Norm (1 : 400); außerdem habe Bayern als erstes Land seine Polizeiorganisation dem Sicherheitskonzept der Innenministerkonferenz angepaßt. Lobend äußerte er sich über die Zusammenarbeit der Sicherheitsbehörden: „Die Zusammenarbeit zwischen den Ländern bei der Bekämpfung der allgemeinen Kriminalität und der Terrorriminalität verläuft reibungslos, uneuffällig und wirksam. Probleme, insbesondere Kompetenzkonflikte, gibt es nicht.“ Sofern sie geboten schienen, habe man sich Kompetenzverlagerungen zugunsten des Bundes nicht widersetzt, meinte Seidl, lehnte aber eine Aushöhlung der Polizeihöhe, etwa durch ein Wessungsrecht des Bundeskriminalamtes oder eine eigene Bundespolizei, ab. Im Kampf gegen die Kriminalität befürwortete der Minister in Bund und Ländern ein einheitliches Polizeirecht einschließlich einer Regelung über den „Rettungsschuß“. Weiter befürwortete er die „Identitätsprüfungspflicht im Beherbergungsgewerbe“, fälschungs- und diebstahlsichere Kfz-Kennzeichen und schärfere versammlungsrechtliche Vorschriften.

Aus der Sicht des Justizministers ergänzte Dr. Karl Hillermeier mit der For-

derung nach der Möglichkeit der Verteidigerüberwachung, der Sicherheitsverwehrung rechtskräftig abgeurteilter Terroristen und schärferen Strafen bei Schwerstkriminalität. Auch die Beteiligung an einer terroristischen Vereinigung sollte als Verbrechen eingestuft werden.

An diesen, auch in der Bundestagsdebatte über die Anti-Terror-Gesetze geäußerten Vorschlägen schieden sich im Landtag die Geister. Dabei wurde die Strategie der Terroristen nahezu übereinstimmend dargestellt. Der Innenminister hatte etwa erklärt: „Mit den Terrorakten gegen Einzelpersonen soll gleichzeitig die Ohnmacht des freiheitlichen Rechtsstaates gegenüber seinen Feinden dargetan und das Vertrauen der Bürger in die Kraft unseres Staates erschüttert werden, sie wirksam zu schützen.“ Der FDP-Abgeordnete Dr. Gerhard Zech führte aus: „Den tanatisierten terroristischen Gewalttätern würde es genau ins Konzept passen, wenn wir unseren freiheitlichen demokratischen Rechtsstaat in einen Polizeistaat umfunktionieren würden. Dann hätten sie sich erst den bekämpften Gegner selbst geschaffen.“ Der SPD-Abgeordnete Günter Wirth schließlich meinte: „Gewalt ist immer reaktionär, gleich mit welchem politischen Mäntelchen sie bekleidet ist. Terror ist also kein Anhängsel einer bestehenden Weltanschauung.“ Beide Sprecher warnten davor, bei neuen gesetzlichen Regelungen zur Terroristenbekämpfung zu überziehen: Die Einschränkung von Grundrechten müßte mit Augenmaß und dürfte nicht mit Hysterie erfolgen. Demgegenüber sahen die CSU-Abgeordneten in den Bonner Gesetzen kein wirksames Mittel gegen die Terroristen.

Wie emotional geladen das Thema Terrorismus im Landtag war, zeigte der Eklat zwischen Regierungspartei und Opposition: In einer historischen Betrachtung der Ursachen des Terrorismus durch den CSU-Abgeordneten Peter Widmann glaubte die SPD, sich in die Nähe von Kommunismus und Terrorismus gesetzt zu sehen. Ihr Sprecher Alfons Braun fragte daraufhin die CSU, warum sie sich „nach 1945 eines neuen Firmenzeichens bedienen müßten“. Mit lautstarken Protesten reagierte die Union, die sich nun in die Nähe des Nationalsozialismus gerückt glaubte. Die Sitzung des Landtages mußte unterbrochen werden, erst nach Klarstellung durch die beiden Fraktionschefs konnte ein drohender Auszug durch die Regierungspartei gerade noch abgewendet werden.

Michael Gscheidle

Landesverband der Ortskrankenkassen setzt Rufmord an Professor Sewering fort!

Das Sozialgericht München verurteilte den Beschwerdeausschuß im Wirtschaftlichkeitsprüfungsverfahren, das von den Krankenkassen bisher durch Nichterscheinen ihrer Vertreter blockiert worden ist, tätig zu werden.

Wie nicht anders zu erwarten war, stellte der Landesverband der Ortskrankenkassen in Bayern in seiner Presseerklärung vom 10. März 1978 den Sachverhalt und die mündliche Urteilsverkündung unrichtig dar und hat damit die Öffentlichkeit falsch informiert.

Falsch ist, daß das Sozialgericht München der Klage der AOK München auf Erlass eines schriftlichen Regreßbescheides über rund 100 000 DM gegen Professor Sewering stattgegeben habe.

Richtig ist, daß das Sozialgericht München den Beschwerdeausschuß verurteilt hat, tätig zu werden. Dies verhinderten bisher die Kassenvertreter durch ihr Wegbleiben trotz zweimaliger Einberufung des Beschwerdeausschusses durch den Vorsitzenden.

Richtig ist, daß Professor Sewering in diesem Verfahren überhaupt nicht Partei war und daß die Gemeinschaftspraxis Professor Sewering und Dr. St. bis heute keinen Bescheid über eine Honorarkürzung erhalten hat.

Falsch ist auch, daß das Sozialgericht die Beschwerdeausschußmitglieder der Krankenkassen wegen ihres Verhaltens im Beschwerdeausschuß rehabilitiert habe.

Richtig ist, daß nach dem Urteil des Sozialgerichts nunmehr der Beschwerdeausschuß — wie es die Kassenärztliche Vereinigung Bayerns immer schon gefordert hat — erneut zusammentreten und über den Antrag der Krankenkassen in einem ordnungsgemäßen Verfahren entscheiden muß.

Die Pressemitteilung des Landesverbandes der Ortskrankenkassen in Bayern ist eine eindeutige Irreführung der Öffentlichkeit, gegen die sich die Kassenärztliche Vereinigung Bayerns mit allem Nachdruck verwehrt.

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

Bei Interesse stellen wir gerne auf Wunsch „Anleitungen zu gymnastischen Übungen“ zur Verteilung an Patienten zur Verfügung.

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

Zusammensetzung: 1 Dragee enthält: 200 mg Metamizol (= Phenylidimethyl-pyrazolon-methylpiperino-methansulfonates Natrium), 250 mg Phenazonsalicylat (= Phenylidimethyl-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 Anwendungsweise: 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.

Nebenwirkungen (bei MALINERT-Dragees): In seltenen Fällen wurden bekannt: Gastrointestinale Störungen (z. B. okkulte Blutungen), Asthmaanfälle, Leukopenie und Agranulocytose; Hautreaktionen, Mundtrockenheit, Miktionsbeschwerden.

Kontraindikationen (für MALINERT-Dragees): Hepatische Porphyrie, hämorrhagische Diathese, Magen- und Darm-Ulcera, Glaukom, Prostatahypertrophie, dekompensierte Herzinsuffizienz, Graviddität.

Hinweise:

a) für MALINERT-Dragees: Bei Kleinkindern Dosierung beachten. Selbst bei bestimmungsgemäßen Gebrauch Beeinträchtigung des Reaktionsvermögens, bes. mit Alkohol möglich.

b) für MALINERT N-Salbe: Nicht in Augen, auf Schleimhäute oder offene Wunden bringen.

Packungsgrößen und Preise (l. A. F.):
OP mit 20 Dragees, AV m. MwSt. DM 5,70
Packung mit 50 Dragees, AV m. MwSt. DM 12,73
OP mit 30 g Salbe, AV m. MwSt. DM 5,56

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

MENADIER Hellmittel GmbH
2 Hamburg 50
Postfach 50 10 04



Zur 200. Wiederkehr des Todestages Johann Andreas von Segner

Man kann in der heutigen Zeit, der Raketentechnik, schlecht umhin, ohne des großen Erfinders, Arztes, Mathematikers und Physikers Johann Andreas von Segner zu gedenken. Aus diesem Anlaß fand auch eigens in Halle, wo Segner 22 Jahre wirkte, ein internationales Segner-Symposium statt. Segner, der am 9. Oktober 1704 in Preßburg geboren wurde und einer alten Preßburger Adelsfamilie entstammte, studierte zuerst an diversen Hochschulen seiner Heimat (des damaligen Ungarns) und promovierte 1730 in Jena zum Doktor der Medizin. Zu erwähnen sei bereits eine im Jahr 1724 herausgegebene Gradualdissertation „De natura ac principis medicinae“. Genauso eine weitere Arbeit über die Harriottsche Regel. In Jena schließt sich Segner eng an die Ordinarien Georg Erhart Hamberger (1697 bis 1755) und Hermann Friedrich Telch-

meyer (1685 bis 1746) an und kehrt auf Drängen von Bél in die Heimat zurück, wo er zuerst in seiner Heimatstadt und später in Debrecen als Stadtphysikus arbeitet; jedoch hält es ihn nicht länger in seiner Heimat und er kehrt 1732 nach Jena zurück, um sich dort den Magistergrad zu erwerben und Vorlesungen zu halten. 1733 erhält er eine außerordentliche Professur an der philosophischen Fakultät. 1735 folgt er einem Ruf in die neugestiftete Universität Göttingen als Professor der Naturlehre und Mathematik. Zugleich wurde er auch Mitglied der medizinischen Fakultät und hielt medizinische Vorlesungen. In Göttingen dozierte Segner 20 Jahre, bis er mit dem Charakter als Geheimrat und mit dem preußischen Adelsdiplom als Professor der Naturlehre und Mathematik nach Halle berufen wurde. In dieser Stellung verblieb

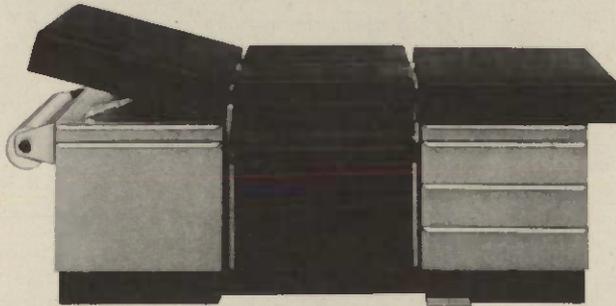
er bis zu seinem am 5. Oktober 1777 erfolgten Ableben.

Wes mecht nun eigentlich Segners Wirken euch in der heutigen Zeit noch so bemerkenswert, und veranlaßt Wissenschaftler erneut, seine Arbeiten zu analysieren? Segners bedeutendste Erfindung ist das nach ihm benannte Reaktionsrad, welches auf dem Abstoßprinzip beruht und der Vorläufer der heutigen Turbine ist. Alle Wissenschaftler der heutigen Raketentechnik berufen sich in ihren Arbeiten auf ihn, und anerkennen ihn als den eigentlichen Entdecker der Kräfte, die fähig sind, Raketen zu betreiben respektive sie in den Weltraum zu heben. Segner bewies schon damals als erster auf der Welt, daß ein derartig betriebener Motor sich auch im luftleeren Raum drehen bzw. bewegen, ja noch rascher, weil er keinen Luftwiderstand zu überwinden hätte. Mit Segner beginnt also die neue Ära der Reaktionstechnik, eine Entwicklung der heutigen Interplanetarraketen sowie der Düsenflugzeuge. Genauso dürfte es den wenigsten von uns bekannt sein, daß Segner bereits ein Vertreter der Emissionstheorie war, einem Vorläufer der heutigen Quantentheorie; ihm zu Ehren wurde von der Weltraumbehörde ein Krater auf dem Mond benannt. Zu erwähnen ist vielleicht noch, daß Segner der erste gewesen ist, welcher die Dauer des Lichteindrucks im Auge ziffernmäßig zu bestimmen suchte. Viele wissenschaftliche Erkenntnisse gehen auf ihn zurück, sei es die von Young ausgesprochene Kapillarenziehung, die Segner experimentell untermauerte. Segner war als Schriftsteller äußerst fruchtbar und als Zeitgenosse der großen Gelehrten des 18. Jahrhunderts dem Polyhistorismus sehr verbunden, was wir primär den Schriften seiner ersten Lebenshälfte entnehmen können. Später arbeitete er hauptsächlich auf dem Gebiet der Physik, Mathematik, Chemie und Astronomie. Seine medizinischen Schriften hören größtenteils um die Zeit der Berufung nach Halle auf. Trotzdem blieb Segner bis an sein Lebensende der Medizin treu und verarztete auch noch in Halle einen bestimmten Patientenkreis.

Besondere Verdienste um die Segner-Forschung erwarb sich in neuerer Zeit Professor W. Kaiser aus Halle, sowie auch Dipl. Ing. Lengyel und auch eine Gruppe von Wissenschaftlern seiner Heimatstadt.

Dr. v. Segner, Zenting/Ndb.

Die Liege, die Sie schon lange suchen



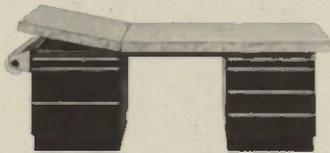
Recto-Kombi-Liege
Eine Untersuchungs-
liege, mit der Sie mehr als einmal
im Vorteil sind:



Hier sehen Sie die Varius-Liege, als einfache, normale Untersuchungs-
liege mit funktions-
gerechter, verstellbarer Kopfstütze.



Daß eine Untersuchungs-
liege nicht unbedingt
nur auf Füßen stehen muß, sehen Sie hier.
Unterbau-Elemente sind leicht zu montieren
und können rechts oder links ausgewechselt
werden. In den übersichtlich gestalteten
Schubladen können Sie alles grifftechnisch
bereithalten, was bei Untersuchungen stets
zur Hand sein sollte.



Mit diesem flexiblen Programm an Unterbau-
Elementen wird der tote Raum unter einer
Liege sinnvoll genutzt und Sie können auf
zusätzliche Rollwagen oder Abfalleimer - die
stets im Wege sind - verzichten.



**Die logische Weiterentwicklung der Unter-
suchungs-
liege zur Recto-Combi-Liege.**

Ein Element, das Sie mit drei Handgriffen umrüsten
können: Einhängen der Kniestütze, Hochklappen der
Bauchrolle, und Umklappen des Mittelteils. Nach Be-
endigung der Untersuchung genügt ein Druck auf den
Fußschalter und das Mittelstück senkt sich wieder in
die Ausgangsposition zurück. Sie haben wieder eine
formschöne, funktionsbereite Untersuchungs-
liege, die Ihnen durch die integrierte Spezialausstattung den
häßlichen Rectoscopy-Stuhl ersetzt. Die Recto-Kombi-
Liege ist so praktisch konzipiert, daß ein geringer
Wandabstand von nur 40 cm genügt. Überzeugen Sie
sich von dieser optimalen Kombi-Liege.
Lassen Sie sich von uns beraten. Wir verwirklichen,
was Sie von einer anspruchsvollen Praxis erwarten.

MED+ORG
PRAXIS-SYSTEM GMBH

Spittelstraße 37-39, 7220 VS-Schwenningen, Telefon 077 20/5031-32

Niederlassungen in:

Humboldtstraße 53, 2000 Hamburg 76, Telefon 040/2297711 · Sanddornstraße 21, 8070 Ingolstadt-Gerolfing, Telefon 0841/87321+87323
Görlitzer Straße 1 · 4040 Neuss 1 · Rheincenter · Telefon 02101/12767 · Babenhäuser Straße 29-33 · 6057 Oietzenbech (Arztelhaus) · Tel. 06074/27039

Rentenmisere als Dauerbrenner

Ehrenberg hat mit seinem neuen Senierungspekkt die Hürde des Kabinetts genommen. Jetzt hat der Bundestag das entscheidende Wort. Die Koalition tüt sich offensichtlich in des Unvermeidliche, nämlich die drastische Verminderung des Rentenzuwesses in den nächsten drei Jahren. Die Opposition wirft dem Kanzler Wortbruch vor, wes in polemischer Form die Tatseche umschreibt, daß der Kanzler nicht nur vor der letzten Bundestagswehl, sondern auch nach der Bundestagswahl die wirtschaftliche Entwicklung und damit auch die Finanzlage der Rentenversicherung falsch eingeschätzt hat. Sonst hätte er nicht vor einem Jahr versichern können, daß die Renten wenigstens im Ausmaß der Netto-Löhne angehoben und sich die Neurenten auch künftig an der Brutto-Lohnentwicklung orientieren würden und daß es weder Beitragserhöhungen noch einen Krankenversicherungsbeitrag geben werde. Heute sieht eiles anders aus.

Die Bestandsrenten werden in den nächsten drei Jahren um 12,5 Prozent anstatt um mehr als 20 Prozent erhöht. Die Neurenten werden wie die Bestandsrenten behandelt, der Rentenbeitrag wird 1981 um einen halben Prozentpunkt aufgestockt und von 1982 an soll es ein völlig neues System der Rentner-Krankenversicherung geben. Die Rentenversicherung spart bis 1982 rund 32 Milliarden DM ein, die Beitragseinnahmen werden um knapp 7 Milliarden DM verbessert.

In der 15jährigen Rentenbilanz schlägt diese Operation mit mehr als 240 Milliarden DM zu Buch. 1972, auf dem Höhepunkt der Reformillusionen, hatte man die Rentenversicherung mit rund 200 Milliarden DM belastet, ebenfalls auf 15 Jahre hochgerechnet. Nimmt man hinzu, daß schon zwei Konsolidierungsrunden hinter uns liegen, so zeigt sich das ganze Ausmaß der Korrekturen. Was 1972 und zuvor mit leichter Hand verteilt wurde, ist längst wieder eingesammelt worden. Nicht nur die veränderten Wachstumsbedingungen und die schwache Weltkonjunktur haben dazu geführt, sondern auch der Mangel an Augenmaß in der Reformpolitik. Zwei Ereignisse in jüngster Zeit haben auf dramatische Weise das Ende des Reformzeitalters signalisiert: das Desaster der Rentenpolitik und das eindrucksvolle Volksbegehren in Nordrhein-Westfalen gegen die Einführung der sogenannten „Kooperativen Schule“. Hoffentlich lernen die Politiker daraus.

Den Sozialpolitikern fällt dies offensichtlich schwer. Dies wird daran deutlich, wie die freiwillig Versicherten im Rentensystem behandelt werden sollen. Erst 1972 wurde die Rentenversicherung für alle Bürger, insbesondere für die Selbst-

ständigen und die Hausfrauen, geöffnet. Demals sprach man von liberalen Lösungen, heute stellt man die Selbständigen und Hausfrauen, die das Angebot des Gesetzgebers aufgegriffen haben, als Privilegierte und Schmarotzer des Sozialsystems hin, sofern sie nicht regelmäßig Beiträge entrichten. Aber diese Bürger sind der Rentenversicherung doch nicht beigetreten, um anschließend keine Beiträge zu zahlen. Wer einen Rentenanspruch erwerben will, muß wenigstens 180 Monate oder 15 Jahre mit Beiträgen belegt haben. Mit solchen Versicherungszeiten werden aber nur kleine Rentenansprüche erreicht. Das Eigeninteresse gebietet den freiwillig Versicherten die regelmäßige Beitragszahlung. Aber man sollte sie nicht in eine Zwangsjacke stecken, denn Selbständige und erst recht die Hausfrauen verfügen nicht über regelmäßige Einkommen. Man sollte ihnen die Chance lassen, immer dann Beiträge zu entrichten, wenn sie Geld übrig haben.

Die Bundesregierung vertritt die Auffassung, daß die freiwillige Versicherung in ihrer derzeitigen Ausgestaltung nicht mit dem Umlagesystem und nicht mit der Dynamisierung der Renten vereinbar sei. Dahinter steckt folgende Überlegung: Die Renten werden mit den Beiträgen und Steuern der jeweils Erwerbstätigen finanziert. Dieses Umlagesystem funktioniert nur, wenn das Verhältnis von Beitragszahlern zu Rentnern halbwegs stabil bleibt und die Versicherten regelmäßig ihre Beiträge zahlen. Zu diesem Umlagesystem paßt damit eigentlich nur die Pflichtversicherung, die freiwillige Versicherung ist ein Fremdkörper darin. Aber dies war auch schon 1972 so. Man kann nicht erst Bürger in ein Alterssicherungssystem locken und ihnen hin-

terher sagen, ihr paßt dort nicht hinein, und deshalb müssen wir euch die Versicherungsbedingungen verschlechtern. Damit wird gegen die Grundsätze des Vertrauensschutzes verstoßen.

Die Bundesregierung will nun für die freiwillig Versicherten die regelmäßige Beitragsleistung gewissermaßen zur Pflicht machen. Wer künftig dynamische Rentenansprüche erwerben will, der muß in Zeiträumen von jeweils drei Jahren in jedem einzelnen Jahr wenigstens den Gegenwert von 12 Mindestbeiträgen zahlen. Der Mindestbeitrag beträgt 1979 immerhin 72 DM, er wird künftig weiter steigen. 1979 müßte damit ein Beitrag von wenigstens 864 DM in die Rentenkasse gezahlt werden. Wenn nur in einem der drei Jahre ein zu geringer Beitrag geleistet wird, weil die Mittel fehlen, so geht die Rentendynamik für die in allen drei Jahren gezahlten Beiträge verloren. Sie werden dann nur als Beiträge zur Höherversicherung gewertet, in der es keine dynamischen Rentenanpassungen gibt.

Es ist kein überzeugender Grund zu sehen, die freiwillig Versicherten so zu behandeln, denn es muß ja auch berücksichtigt werden, daß sie schon heute gegenüber den Pflichtversicherten benachteiligt werden und ihre Versicherungsbedingungen schon in der letzten Sanierungsrunde verschlechtert wurden. Mit freiwilligen Beiträgen sind in der Regel keine Ansprüche auf beitragslose Zeiten (z. B. für Ausbildungsjahre und Kriegsdienst) zu begründen. Die Voraussetzungen für vorgezogene Altersruhegelder sind nicht zu erfüllen. 1977 wurde die beitragsfreie Krankenversicherung praktisch gestrichen, der verbleibende Zuschuß orientiert sich an der Höhe der Rente. Der Mindestbeitrag ist von 18 auf 72 DM erhöht worden. 1980 entfällt die Möglichkeit, Beiträge für zwei Jahre nachzuentrichten.

Es ist ganz offensichtlich: unter dem Einfluß der Gewerkschaften und der Ideologen soll die freiwillige Versicherung in Raten abgebaut werden, obwohl davon nicht die wirklich Reichen, sondern die Bezieher mittlerer Einkommen betroffen würden, die unter Konsumverzicht eine zusätzliche Sicherung aufbauen wollten. Wer die freiwillig Versicherten zu regelmäßiger Beitragszahlung bringen will, der muß vor allem dafür sorgen, daß die Rentenversicherung Vertrauen verdient. Die Politiker haben dieses Vertrauen in den letzten Jahren systematisch untergraben. Die neuen Maßnahmen sind nicht dazu geeignet, es zurückzugewinnen:

bonn-mot

Äskulap und Pegasus

Unser Confrère Dr. med. Robert Teischinger, Auweg 1, 8425 Neustadt/Donau, wurde am 5. Juli 1911 in Hamburg geboren. Er studierte in Berlin und München und bildete sich in München als Chirurg aus. Seit 1954 ist er als Arzt für Allgemeinmedizin und Krankenhausarzt in Neustadt an der Donau tätig.

An Hobbys beschäftigt er sich neben dem Beruf mit Nautik, Heimorgel und Holzarbeiten.

Bereits in der Schule bei den Lehrern, im Krieg und in der Klinik bei den Vorgesetzten, später bei Kollegen und in seiner Umgebung fiel er durch die unbequeme Gewohnheit auf, unpassende Bemerkungen in unseriöser Versform von sich zu geben. Es ist dies vielleicht eine besondere Form der Demonstrationspoesie, die aber in geistreicher Weise und mit Esprit vorgetragen sicherlich zur allgemeinen Erheiterung beitrug, wie er bei Lesungen in letzter Zeit schon viele Zuhörer mit seinen satirischen Versen amüsierte.

Neben Veröffentlichungen in der Standespresse sowie in der „Insel“ der „Münchener Medizinischen Wochenschrift“ erscheint in Kürze ein eigener Gedichtband „Gesammelte Werke“. Das durchgestrichene t ist kein Druckfehler, der Autor wollte damit wohl auf die besondere Eigenart seiner Gedichte hinweisen, in denen die echte Problematik mit einer geistvollen Kritik verbunden ist,

die meist erst im letzten Vers bei treffsicherer Beobachtung mit manchmal kräftigem Spott zur Wirkung kommt. Aber auch die graziösen Plaudereien eines Horaz werden manchmal erreicht, der es bisher wohl am feinsten verstand, „lächelnd die Wahrheit zu sagen“ (ridentem dice-reverum). Teischinger arbeitete auch in der Anthologie „Hellende Worte“ (1977, Verlag Bläschke, Darmstadt) mit. Ferner ist er Miteutor in der Anthologie „Moderne Lyrik – mal skurril“ (1977, Grosskurth-Bebra Verlag, Gauke).

Eines seiner Gedichte „Qualitätskontrolle“ erschien kürzlich im „Äskulap und Pegasus“ („Bayerisches Ärzteblatt“, 12/1977, S. 1268) anlässlich des Berichtes über die Lesung in Garmisch-Partenkirchen. Das Gedicht wurde damals von den Zuhörern mit viel Beifall bedacht.

Wir bringen nun einige Gedichte aus dem Schaffen Teischingers.

Dr. med. Robert Paschke, Emskirchen

Gleiches Recht für Alle

Ein ernährungs-physiologischer Beitrag

Ein Radl wird seit elten Tagen
Mit kühlem Bier nur gut vertrogen.
Wer täglich Keviar verschleckt
Verträgt das Zeug nur gut mit Sekt.
Zur Torte und zum Sahneschnee
Trinkt man bekenntlich nur Keffee.
Und Schinkenbrot mit fettem Speck

Spült man mit Schnaps am Besten weg.
Zur Plauderei beim Kerzenschein
Trinkt Rhein- man oder Moselwein.

Das Embryo, gut aufgeklärt
Hat sich bereits sehr laut beschwert
Und fordert auch in diesem Falle
Sehr deutlich: „Gleiches Recht für Alle!“

Und es erwartet ganz geneu
Zum Mutterkuchen jetzt Kakau.

Studien-Retorm

*Vorschlag zur künftigen Ausbildung als
Arzt für Kiefer-Chirurgie*

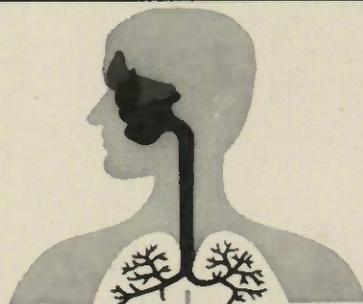
Zwei Semester Brückenbauer
Dreizehn Monat Zahnsteinhauer
Sieben Mont' oder echt
Löcher boh'r'n im Kohlenschacht.
Etwa ein Jahr Schweißen-Löten
Kursus im Bakterien-Töten
Drei Semester Theorie
Zähne zieh'n bei Mensch und Vieh.
Und dann soll er möglichst beld
In ein Forstent, tief im Weld
Zur Behendlung g'rad und schiefer
Unter-erst, dann Oberkiefer.
Und bevor er zugelesen
Zu den Deutschen Krankenkassen
Muß er ein Jahr ins Büro
(beim Finanzamt oder so).
Wenn er dann noch lebend ist
Wird er Kiefer-Spezialist.
Doch bevor er prektiziert
Wird er leider pensioniert.

Der Proctologe

Kennst Du das Land,
wo Hämorrhoiden blühen
Wo die Polypen wechsen
aus des Rectums Wand?
Wo warme Winde lau nech Süden ziehen
Dich, Proctologen Heimatland?

Das Du den Ring
der Hämorrhoiden überwunden

(Fortsetzung Seite 444)



SEKRETOLYTIKUM bei SINUSITIDEN und SINOBRONCHITIDEN

Sinupret®

enthält: Rad. Gentian. 0,006 g, Flor. Primul. 0,018 g, Herb. Rumic. 0,018 g, Flor. Sambuc. 0,8 g, Herb. Verban. 0,6 g - 1 Dregée
0,018 g, Vitamin C 0,010 g. • **Dosierung:** 3mal täglich $\frac{1}{2}$ bis 1 Teelöffel oder 1 bis 2 Dregées. • **Handelsformen:**
Sinupret OP mit 100 ml OM 8,55, OP mit 60 Dregées OM 8,55, OP mit 240 Dregées OM 25,95; Großpackungen mit
500 ml, 1000 ml und 1000 Dregées.



BIONORICA KG · APOTHEKER POPP · NÜRNBERG

**3x
schlucken.**

Digestivum



Choleretikum



Antiflatulans



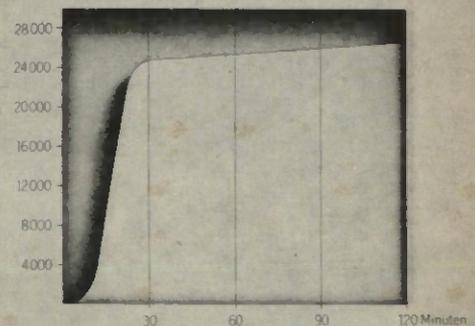
1x schlucken. Femkalon®

Wenn es um die Verdauung geht, halten die Patienten sich nicht an die Verordnung. Denn sie brauchen oft ein Mittel für die Enzymsubstitution, eins für schnelle Entschäumung und eins für die Gallensaftstimulation.

Femkalon macht die Therapie der Verdauungsinsuffizienz einfach einfacher. Femkalon erfaßt mit seinem Wirkspektrum den

gesamten komplexen Indikationsbereich Verdauungsinsuffizienz. Damit ist Femkalon zwar die Summe der Wirkung eines Digestivums, eines Choleretikums und eines Antiflatulans, aber nicht die Summe der Preise. Der Tagesdosis-Preis für Femkalon beträgt DM 0,97. (Bei 3 mal 1 Kapsel/die. Auf der Basis einer OP zu 50 Kapseln.)

Bestimmung der Freigabegeschwindigkeit von Lipase aus Femkalon-Kapseln (in vitro). pH = 6,0



Gut verdaut mit Femkalon®. Femkalon®, die Breitbandkapsel.

Zusammensetzung: 1 Kapsel enthält: Pankreatin 400 mg, entspr. Lipase 32.000 F.I.P.-Einheiten, Fel Tauri depuratum sicc. (Erg. B. 6) 50 mg mit mindestens 17,50 mg Gesamtscholsäure, Dimethylpolysiloxan 40 mg (mittleres Molekulargewicht 33.000). **Anwendungsgebiete:** Verdauungsbeschwerden besonders bei Fermentmangel; Pankreasfermentmangel infolge chronischer Erkrank-

kungen der übrigen Verdauungsorgane, Zustand nach Oberbauchoperationen mit Fermentmangel. **Gegenanzeigen:** Schwere Leberfunktionsstörungen, Verschuß der Gallenwege, Gallenblasen-Empyem, Coma hepaticum, Ileus. **Dosierungsanleitung:** Soweit nicht anders verordnet, 3mal täglich 1 Kapsel unzerkaut mit etwas Flüssigkeit zu den Mahlzeiten einnehmen. **Darreichungs-**

formen und Preise: 20 Kapseln DM 7,15; 50 Kapseln DM 16,20; 100 Kapseln DM 29,15; 500 Kapseln (10x50 Kapseln → Klinikpackung). (Apoth.-Verk.-Preis m. MwSt.)

NATRA PHARM
Arzneimittelgesellschaft mbH
Euphrator Straße 108A
5000 Köln 41
Tochtergesellschaft der
Hoffmann-La Roche Gruppe

Praxisvertreter gesucht

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

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

Bayerische Landesärztekammer – Vertretervermittlung

Telefon (0 89) 41 47 - 269 Frau Vöth

Den Sphincter,
der den Blick so eng verwehrt
Dann hast du, Proctolog'
Dain Raich gefunden
Dein schönes Land,
nach dem Dain Herz begahrt.

Ein Jader sucht sich seine Welt zu bauen
Er sucht die Seele oder forscht in Zoo's.
Er möchte tief
ins Land der Sterna schauen
Du, Proctologe, tief ins Raich des Po's.

Die Wanderniere

Das Wandern ist der Niere Lust
Sie wandert froh durch Bauch und Brust
Vorbei an Herz und Lunge
Vom Nabel bis zur Zunge.

Das Sonntags macht sie im Genick
Nach langem Marsch ihr Picknick
Und kommt sie zu den Zähnen
Dann sieht man sie beim Gähnen.

Daß dieses Umeinandergeh'n
Den Menschen stört, kann man versteh'n.
Besonders nachts beim Pennen
Fing stats sie an zu Rennen.
Sie rutscht und läuft mit voller Kraft
Vom Hals bis in den Stielalschalt
Und fand erst ihre Ruhe
Des Morgens in der Frühe.

Der arme Mensch bagab sich drum
Nach München in das Clinicum
Und schildert seine Leiden.

Es hat ihm dort mit Freuden
Der Wandernieren-Specialist
Chirurgisch, wie das üblich ist
In Vollnarkose, schnell und prompt
Die Wanderniere rausgenommen.

Man wollte denen, die studieren
Die Wanderniere demonstrieren
Doch leider war im Saal
Die Wandernierenschale
Mit ohne Niere drinnen leer.
Dies zu erklären war nicht schwer:
Die Niere um die's sich handelt
War einfach ausgewandelt.

Man fragt die Münch'ner Polizei
Ob ihr was aufgelassen sei
Und diese fand nach Tagen
Und umlangreichen Fragen
Den Zeugen Huber, Kasimir
Aus München-Giesing, vierte Tür
Katholisch, zwanzig Jahre
Der sagte: „Ja, so war es“:

„Sie wanderte mit leisem Song
Die Pettenkofer Straße entlang.
Ich sah noch, wie sie rammte
Das Schild beim Postscheckamt
Dann lief am Stachus sie äraund
Und war dann weg im Ändergrund.
I woas net, was das sollte.“
So stand's im Protokolle.

Man lorchte lange Zeit nach ihr
Der fortgelaufenen Wandernier'.
Die TIMES schrieb mal, im Norden
Sei sie gesichtet worden.

Laut PRAWDA wurde sie geseh'n
Nordwestlich der Victoriasseen.
Sie wanderte gemütlich
In Kompaß Richtung südlich.

Man meinte auch, daß was nicht stimmt.
Ihr Nierenbacken sei verkrümmt
Auch glaubte man zu meinen
Sie litt an Nierensteinen.
Auch sei es möglich, daß Banard
Bereits auf ihren Fersen war.
Er wollte mal probieren
Sie re- zu transplantieren.

Wenn mit dem Wandernierenleid
Die Niere durch die Lande zieht
Dann laß sie ruhig wandern
Von einem Ort zum andern.
Fixier' sie nicht mit fester Naht
Mit Seide oder Silberdraht
Denn daß die Nieren wandern
Das wird sich niemals ändern.

Fernseh-Reportage

„Herr Minister!“
– rief der Reporter – „Zur Frage
Die Sie auf der Fahrt
um die Welt dieser Tage
In 17 Nationen bisher diskutieren
Ganz kurz nur gesagt,
würde uns interessieren ...“

Der Minister legt langsam
die Stirn in Falten:
„Ich würde die Antwort darauf
so gestalten
Oder besser vielleicht,
wenn in Kürze ich sage
In Hinblick auf die Probleme der Tage
Die, wie Sie wissen, ich immer betonte
Und meine, daß unser Einsatz sich lohnte,
Hier liegt doch der Schwerpunkt,
ich sag's klar heraus ...“

Da machte es klick – – –
und die Sendung war aus.
Das sind so die Stunden
im täglichen Leben
Die uns wertvolle,
tiefe Erkenntnisse geben.

Glomeruläre
Nephropathien,
chronisch
renale
Hypertonie,
Entzündungen
und Spasmen
der Harnwege.

SOLIDAGO® Dr. Klein &

die Kapillarpermeabilität normalisieren, die Kapillarresistenz erhöhen.

Zusammensetzung: 100 g enthalten: Extr. fl. aus Herb. Solidag. virg. 50 g (stand. auf 1 mg Quercitrin pro ml), -Potentill. ansarin. 17 g, -Equisat. arv. 12 g, Rad. Rub. tinct. 15 g, Fruct. Petrosel. sat. 5 g; Ol. Junip. 1 g.
Dosierung: 3 x täglich 20–30 Tropfen in etwas Flüssigkeit einnehmen.

Handelsformen und Preise incl. MWST: Tropfen: Flasche



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

Fortbildungsveranstaltungen der Bundesärztekammer

12. bis 27. Mai 1978 in Montecatini Terme:

XVI. Internationaler Fortbildungskongreß (Seminar Kongreß)

Thema: Langzeittherapie in der ärztlichen Praxis als Schlüssel zur modernen Rehabilitation

4. bis 17. Juni 1978 in Greto:

XXVI. Internationaler Fortbildungskongreß

Thema: Langzeittherapie in der ärztlichen Praxis als Schlüssel zur modernen Rehabilitation

24. Juli bis 5. August 1978 in Davos:

VIII. Internationaler Seminarkongreß für praktische Medizin

Thema: Prävention, Diagnostik, Therapie, Rehabilitation

20. August bis 2. September 1978 in Greto:

XII. Internationaler Seminarkongreß für praktische Medizin

Thema: Rationelle Diagnostik und Therapie in der ärztlichen Praxis

28. August bis 9. September 1978 in Meran:

XXVI. Internationaler Fortbildungskongreß

Thema: Arzneimitteltherapie bei gastroenterologischen und abdominalen Erkrankungen

22. bis 24. September 1978 in Augsburg:

VII. Zentralkongreß für Medizinische Assistenzberufe (in zeitlichem Zusammenhang mit dem 62. Augsburger Fortbildungskongreß für praktische Medizin)

Auskunft und Anmeldung:

Kongreßbüro der Bundesärztekammer, Postfach 41 02 20, 5000 Köln 41, Telefon (02 21) 40 04 - 234 / 235

VII. Neuro-otologische Tagung

am 8. April 1978 in München

Themen: Heutiger Stand der Lärmexposition beim liegenden Personal – Probleme hörgeschädigter Kinder in der pädagogischen Ausbildung – Vestibularisdiagnostik in der Praxis (genügt das Frenzel-Schema heute noch?) – Das Hirnstammsyndrom – Schnelle akustische Hirnpotentiale (Ursprung und Möglichkeiten der klinischen Diagnostik) – Schnelle akustische Hirnpotentiale
Beginn: 9.00 Uhr – Ende: gegen 13.00 Uhr

Auskunft:

Privatdozent Dr. H. Chüden, Oberarzt an der Klinik und Poliklinik für Hals-, Nasen- und Ohrenkrankheiten rechts der Iser der Technischen Universität München, Ismaninger Straße 22, 8000 München 80, Telefon (0 89) 41 40 - 23 84

18. Bayerische Internistentagung

vom 17. bis 19. November 1978
in München

Leitung: Professor Dr. E. Wetzels, Rosenheim

Auskunft:

Professor Dr. E. Wetzels, 2. Vorsitzender der Vereinigung der Fachärzte für Innere Medizin Bayerns e. V., Medizinische Abteilung I, Städtisches Krankenhaus, 8200 Rosenheim, Telefon (08031) 395296

447

Korrigiert die Herzmetabolik

Strodival® perlingual

Die richtige perlinguale Applikation von g-Strophanthin gewährleistet eine vollwirksame, zuverlässig steuerbare und praktisch nebenwirkungsfreie Therapie Ihrer Linksherz-Patienten. Besonders beim akuten stenokardischen Anfall sollte STRODIVAL® perlingual wegen seiner Sofortwirkung Anwendung finden.

Strodival® mr magensaftresistent

Für Ihre schleimhautempfindlichen Patienten steht jetzt STRODIVAL® in Form der neuen magensaftresistenten Schluckkapsel zur Dauertherapie von Linksherzschäden zur Verfügung. Durch die enterale Resorption tritt die volle Herz Wirkung hierbei erst ca. 30 bis 40 Minuten nach der Anwendung ein. Für den akuten Anfall ist STRODIVAL® mr daher nicht geeignet.

Zusammensetzung: Eine Zerbiß-Kapsel Strodival® perlingual sowie eine Schluck-Kapsel Strodival® mr enthalten je 3,0 mg g-Strophanthin in oraler Phase.
Indikationen: Bei allen Formen von Linksherzschäden. **Kontraindikationen:** Hyperkalzämie, Kaliummangelzustände, Atrio-ventrikuläre Leitungsstörungen; Vorsicht bei gleichzeitiger Iv. Kalziumtherapie. **Besondere Hinweise:** Rechtsherzinsuffizienzen (bei vorliegenden Ödemen, Tachykardien und Tachyarrhythmien) brauchen gezielte Zusatzmaßnahmen. Bei Strodival® perlingual treten gelegentlich Mundschleimhautreizungen auf. In diesen Fällen sollte die magensaftresistente Form Strodival® mr angewandt werden. **Dosierung und An-**

wendungswiese: Individuell, bis zum bestmöglichen Erfolg, denn Strodival® kumuliert nicht. **Strodival® perlingual** in der Dauerbehandlung: Durchschnittliche Tagesdosis 2-4 mal täglich 1-2 Kapseln. **Strodival® perlingual** in der Sofortbehandlung: Beim Angina-pectoris-Anfall sofort 2-3 Kapseln zerbeißen; wenn notwendig kann diese Anwendung nach 10 Minuten mit gleicher oder geringerer Dosis wiederholt werden. **Strodival® perlingual**-Kapseln zerbeißen oder unter die Zunge legen bis der Kapselinhalt freigesetzt ist. Den Kapselinhalt einige Minuten auf die Mundschleimhaut einwirken lassen. Die Kapselhülle schlucken oder ausspucken. **Strodival® mr** sollte ebenfalls stets nach Bedarf und Erfolg bis zum Verschwinden der Herzsymptome dosiert werden. Im allgemeinen beträgt die Dosis 2 bis 4 mal täglich

1-2 Kapseln. Strodival® mr sollte möglichst auf leeren Magen unzerbeissen geschluckt werden. Morgens nüchtern und tagsüber 1/2 bis 1 Stunde vor den Mahlzeiten. **Handelsformen und Preise:** Strodival® perlingual: OP mit 30 Kapseln DM 588 inkl. MwSt., OP mit 100 Kapseln DM 1486 inkl. MwSt., OP mit 500 Kapseln DM 6230 inkl. MwSt. Strodival® mr: OP mit 30 Kapseln DM 599 inkl. MwSt., OP mit 100 Kapseln DM 1585 inkl. MwSt., OP mit 500 Kapseln DM 5599 inkl. MwSt. Verschreibungspflichtig.

A. HERBERT KG
Wiesbaden

Klinische Fortbildung in Bayern

In Zusammenarbeit mit der Bayerischen Landesärztekammer

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

Bayerische Landesärztekammer, Frau Wanger, Mühlbauerstraße 16, 8000 München 80, Telefon (089) 41 47-294

I. Notfallmedizin

Fortbildungskurs für niedergelassene Ärzte

In Zusammenarbeit mit der Sanitätsakademie der Bundeswehr

Ort: Sanitätsakademie der Bundeswehr, Inteneriestraße 17, 8000 München 40

Zeit: jeweils Mittwochnachmittag 15.00 bis 18.00 Uhr

Themen:

26. April 1978

Akute Herzrhythmusstörungen — Der akute Herzinfarkt — Notfallsituationen bei operablen Herzerkrankungen — Die akute respiratorische Insuffizienz

14. Juni 1978

Diagnostik und Therapie von Intoxikationen — Therapie durch Gittelimination — Therapie von Vergiftungen mit Antidoten — Münchener Vorsorgemaßnahmen für Gittuntätige

21. Juni 1978

Intensivmaßnahmen bei neurologischen Notfällen — Akute Bewußtseinsstörung — Akute psychiatrische Erkrankungen und deren Behandlung

12. Juli 1978

Das Trauma des Auges — Die akute Erblindung — Die Blutung im HNO-Bereich — Die Atemnot

20. September 1978

Erstversorgung kinderchirurgischer Notfälle — Akute Erstickungs- und Krampfzustände bei Kindern — Akutes Koma bei Kindern

11. Oktober 1978

Notfälle im weiblichen Genitalbereich — Geburtshilfliche Notfallsituationen — Urologische Traumatologie — Der urologische Notfall in der Praxis

22. November 1978

Diagnose und Therapie intrakranieller Verletzungen — Notfälle in der Neurochirurgie — Verletzungen der Oto- und Rhinobasis und ihre Versorgung — Verletzungen im Bereich der Mund-Kiefer-Gesichtschirurgie

29. November 1978

Round-Table-Gespräch

Begrenzte Teilnehmerzahl

Teilnahme nur nach Anmeldung bei der Bayerischen Landesärztekammer möglich

Letzter Anmeldetermin: jeweils 10 Tage vorher

II. Innere Medizin

Klinik Höhenried für Herz- und Kreislaufkrankheiten der LVA Oberbayern

Direktor: Professor Dr. M. J. Halhuber

Seminar über praxisnahe kardiologische Prävention und Rehabilitation vom 10. bis 15. April 1978

Auskunft und Anmeldung:

Sekretariat Cheferzt Dr. Lepper, Klinik Höhenried der LVA Oberbayern, 8031 Bernried, Telefon (0 81 58) 85 72 - 266

III. Echokardiographie

Städtische Klinik Augustinum München

Direktor: Professor Dr. D. Michel

Einführungskurs in die Klinische Echokardiographie (UKG) am 21./22. April 1978

Leitung: Oberarzt Dr. Alber

Zeit: Freitag, 21. April, 9.00 bis 17.00 Uhr (Theoretischer Teil) — Samstag, 22. April, 9.00 bis 12.00 Uhr (Praktische Übungen)

Stiftsbogen 74, 8000 München 70

Kursgebühr: DM 40,—

Letzter Anmeldetermin: 11. April 1978

IV. Kardiologie

Deutsches Herzzentrum München

Klinik für Herz- und Kreislaufkrankheiten (Direktor: Professor Dr. W. Rudolph)

Klinik für Herz- und Kreislaufkrankheiten im Kindesalter (Direktor: Professor Dr. K. Bühlmeier)

unter Mitwirkung der Klinik für Herz- und Gefäßchirurgie (Direktor: Professor Dr. F. Sebening)

April—Mai 1978

10. bis 15. April

Innere Medizin, Bernried

21./22. April

Echokardiographie, München

21./22. April

Kardiologie, München

28. bis 30. April

Praktische Elektrokardiographie, Teil II, München

29. April

Innere Medizin, Oberemmergau

29. April

Gynäkologie, München

6. Mai

Innere Medizin, Würzburg

Notfallmedizin — München

26. April 1978

14. Juni 1978

21. Juni 1978

12. Juli 1978

20. September 1978

11. Oktober 1978

22. November 1978

29. November 1978

und des Institutes für Radiologie (Vorstand: Privatdozent Dr. U. Klein)

Lothstraße 2 und 11, 8000 München 2

4. Klinisch-kardiologisches Wochenendseminar am 21./22. April 1978

Programm A:

Erwachsenen-Kardiologie (Professor Dr. W. Rudolph)

Beginn: jeweils 8.30 Uhr — Ende: jeweils 17.00 Uhr (Lothstraße 11)

Vormittags-Praktika: EKG-Kurs — Funktionsdiagnostik — Spezielle kardiologische Diagnostik — Kardiologische Therapie — Kardiologische Untersuchungstechnik — Kardiologische Visite — Kardiologischer Untersuchungskurs — Kardiologisch-röntgenologischer Kurs
Nachmittags-Referate: „Der kardielle Notfall“

Programm B:

Kinderkardiologie (Professor Dr. K. Bühlmeier)

Beginn: jeweils 10.00 Uhr — Ende: jeweils 18.00 Uhr (Lothstraße 2)

Vormittags-Referate: „Angeborener Herzfehler — Zyentische Vitien I“

Nachmittags-Praktika: Kinderkardiologischer Untersuchungskurs — Demonstration der Röntgenbefunde — EKG-Befunde — Klinische Visite (Kinderstation und Intensivpflegestation) — Demonstration engiokardiographischer Befunde
Begrenzte Teilnehmerzahl

Letzter Anmeldetermin: 11. April 1978

Erfolgreiche Forschung
führt zu wirksamen Präparaten.

Wirksame Präparate machen
die Therapie kostengünstig.

Gastrozepin[®]

Spezifischer Magensekretionshemmer



Eine Monosubstanz. Bei Ulcus
und Gastritis.

Sekretionshemmend, soviel
wie nötig. Auch während
der Nacht.

Keine Blockierung physio-
logischer Regulationen im
Gastrointestinaltrakt.

Kurze Heilungszeit.
Bei nur 2X1 Tablette täglich.
Die kostengünstige
Therapie. Ergebnis
der Thomae-Forschung.

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 Aushheilung 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 Appetitenregung bewirken. Eine in seltenen Fällen auftretende Stuhlerweichung ist als wünschenswerter Beweis dafür zu werten, daß Magen- und Darmmotilität nicht gestört werden. In Tierversuchen wurde festgestellt, daß Gastrozepin auch bei hoher Dosierung keine teratogenen Eigenschaften besitzt. Trotzdem wird, wie bei allen neuen Arzneimitteln, von der Anwendung während der ersten 3 Schwangerschaftsmonate abgeraten. **Darreichungsformen und Packungsgrößen:** Originalpackung mit 20 Tabletten DM 12,29, Originalpackung mit 50 Tabletten DM 26,96. Klinikpackung.

V. Praktische Elektrokardiographie

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

Leitung: Professor Dr. C. S. So

Fortbildungsseminar II vom 28. bis 30. April 1978
(Fortgeschrittenenseminar)

Beginn: Freitag, 16.00 Uhr

Ende: Sonntag, 12.00 Uhr

Hörseal C, Ismaninger Straße 22

Begrenzte Teilnehmerzahl

Letzter Anmeldetermin: 17. April 1978

VI. Innere Medizin

Rheumeklinik Oberammergau

Leitung: Dr. med. H. J. Albrecht

Fortbildungstagung am 29. April 1978

Beginn: 9.00 Uhr — Ende: 17.00 Uhr

Thema: Chronische Polyarthritiden

VII. Gynäkologie

II. Frauenklinik der Universität München

Direktor: Professor Dr. K. Richter, Lindwurmstraße 2 a, 8000 München 2

in Zusammenarbeit mit der Dermatologischen Klinik der Universität München

Direktor: Professor Dr. med. O. Breun-Felco

4. Semstags-Seminar am 29. April 1978

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

Thema: Erkrankungen der Vulva

Letzter Anmeldetermin: 19. April 1978

VIII. Innere Medizin

Medizinische Poliklinik der Universität Würzburg

Direktor: Professor Dr. H. Frenke

10. Fortbildungstagung am 6. Mai 1978

Beginn: 9.00 Uhr — Ende: 18.30 Uhr

Ort: Großer Saal der Hochschule für Musik, Hofstellstraße 6–8, Würzburg

Thema: Was ist gesichert in der modernen internistischen Therapie

Auskunft und Anmeldung:

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

Frühjahrstagung der Bayerischen Röntgengesellschaft

am 15./16. April 1978 in München

Leitung: Professor Dr. K. Decker, München

Themen: Schleganfell — Neuere Untersuchungsmethoden an Kopf und Hals — Der Zwischenfall in der diagnostischen Radiologie — Gastrointestinale Untersuchungen

Auskunft:

Professor Dr. K. Decker, Nußbaumstraße 7, 8000 München 2, Telefon (0 89) 51 60 33 37

Kolloquium des Instituts und der Poliklinik für Arbeitsmedizin der Universität München

gemeinsam mit dem Verband Deutscher Betriebs- und Werksärzte e. V., Landesverband Südbayern

am 20. April 1978 in München

Thema: Lichttechnische Probleme moderner Arbeitsplätze unter besonderer Berücksichtigung der Datensichtgeräte (Professor Dr. E. Hartmann, München) — Diskussion

Zeit und Ort: 18.15 Uhr — Kleiner Hörsaal der Medizinischen Universitätsklinik Innenstadt, Ziemssenstraße 1/II, Zimmer 251, München 2

Treffen der Neuroradiologen-Gesellschaft e. V.

am 14. April 1978 in München

Thema: Neue Geräte und Untersuchungen in der Neuroredologie ohne CT

Auskunft:

Neuroradiologen-Gesellschaft e. V., Nußbaumstraße 7, 8000 München 2, Telefon (0 89) 51 60 33 37 / 38

Sportärztliche Ausbildungstagung

am 22./23. April 1978 in München-Grünwald

Leitung: Dr. P. Lenhart — Dr. H. Pebst, München

Thema: Trainer - Arzt - Athlet — Leichtathletik-Frauensport

Auskunft und Anmeldung:

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

6. Arzthelferinnen-Fortbildungskurs der Bayerischen Landesärztekammer

vom 5. bis 7. Mai 1978 in Regensburg

Themen: Kostengerechte Laborarbeit — Neue Diagnostika — Geräteinformationen

Thematik der Praktika: Testsimplen® — Blutgerinnung — Enzymaktivitätsbestimmungen zur Herzinfarkt- und Leberdiagnostik — Fettstoffwechselfeldiagnostik — Das Moduteb®-System — Nieren-Diagnostik — Diabetes- und Gicht-Diagnostik

Ort: Deutsch-Amerikanisches-Institut, Heidplatz 8, Regensburg

Die Teilnahmegebühr von DM 10,- ist bei Kursbeginn zu entrichten.

Auskunft und Anmeldung:

Ärztlicher Kreisverband Regensburg, Fräulein Hiemer, Landshuter Straße 49, 8400 Regensburg, Telefon (09 41) 7 50 71

ZUSAMMENSETZUNG in 100 g Salbe: Arnica 0,15 g; Calendula 0,15 g; Hamamelis 0,15 g; Echinacea angustifolia 0,15 g; Echinacea purpurea 0,15 g; Chamomilla 0,15 g; Symphytum 0,15 g; Bellis perennis 0,15 g; Hypericum 0,15 g; Millefolium 0,15 g; Aconitum 0,15 g; Belladonna 0,15 g; Aristolochia clematis 0,15 g; Mercur. solub. Hahnem. 0,15 g; Hepar sulfur. 0,15 g, 0,025 g.

ANWENDUNG: Salbe mehrmals täglich einreiben oder auftragen.

HANDELSFORMEN UND PREISE (incl. MwSt.) Preisänderungen vorbehalten. Salbe (Reg.-Nr. 49962)

Tube zu 21 g DM 3,73 Tube zu 84 g DM 11,68

Weitere Darreichungsformen von Traumeel: Injektionslösung, Tropfen und Tabletten zum Einnehmen.

Jan. 1978

für offene und stumpfe Traumen
Hämatome, Prellungen,
Distorsionen

Traumeel®-Salbe

zur Therapie posttraumatischer und postoperativer Weichteilschwellungen

Biologische Hellmittel Heel GmbH
Baden-Baden

-Heel

11. Kolloquium der Bad Reichenhaller Forschungsanstalt für Krankheiten der Atmungsorgane

vom 16. bis 18. Juni 1978 in Bad Reichenhall

Themen:

Beta-Sympathikomimetika der neuen Generation — Akute Notfälle in der Pneumologie

Freitag, 16. Juni 1978

14.00 — 17.50 Uhr:

Beta-Sympathikomimetika der neuen Generation

Vorsitz: Professor Dr. D. Nolte, Bad Reichenhall

Einführung

Professor Dr. D. Nolte, Bad Reichenhall

Rezeptorbegriff und biochemische Grundlagen der Bronchospasmyse
Professor Dr. V. Sill, Hamburg

Pharmakologia und Biotransformation der modernen Sympathikomimetika
Professor Dr. W. Schmutzler, Aachen

cAMP-Spiegel unter Beta-Sympathikomimetika

Professor Dr. P. Endres, Mainz

Antiallergische Eigenschaften von Beta-Sympathikomimetika
Dr. H. Morr, Hamburg

Sekretolytische Eigenschaften von Beta-Sympathikomimetika
Professor Dr. J. Iravani und Professor Dr. G. N. Melville, Bochum

Bronchusselektivität neuer Beta-Sympathikomimetika
Professor Dr. R. Ferlinz, Mainz

Beta-Sympathikomimetika in der Pädiatrie
Dr. B. Gottschalk, Drasdan

Lungenfunktionsanalytische Objektivierung der Bronchospasmyse
Dr. G. Kaik, Wien

Computerszintigraphie und Bronchospasmyse
Professor Dr. R. Falix, Bonn

Schlußwort

Professor Dr. D. Nolte, Bad Reichenhall

Samstag, 17. Juni 1978

9.00 — 18.00 Uhr:

Festvortrag „Effizienz und Effektivität der modernen Medizin“
Professor Dr. H. Schaafer, Heidelberg

Akute Notfälle in der Pneumologie

Vorsitz: Professor Dr. H. Fabel, Hannover

Pathophysiologische Grundlagen der akuten respiratorischen Insuffizienz
Professor Dr. H. Fabel, Hannover

Akuter Asthmaanfall, Status asthmaticus
Privatdozent Dr. R. Wettengel, Bad Lipp-springe

Status asthmaticus (pädiatrische Aspekte)
Professor Dr. J. Wenner, Hannover

Akuter laryngotrachealer Verschluss
Professor Dr. J. Berandes, Wainheim

Schlafmittelintoxikation
Dr. G. Sybrecht, Hannover

Akute Intoxikation durch inhalative Noxen
Professor Dr. F. Muhar, Wien

Akute Lungenembolie

Privatdozent Dr. P. Nissen und Dr. W. Hartmann, Hannover

Pneumothorax

Professor Dr. L. Geisler, Gladback

Ein neues System zur Pneumothoraxbehandlung

Dr. C. Kopp, Basal

Hyperventilationssyndrom

Professor Dr. G. Weimann, Höxter

Sonntag, 18. Juni 1978

9.00 — 12.00 Uhr:

Medikamentöse Erstversorgung des bronchopulmonalen Notfallfalls in der Praxis
Professor Dr. P. v. Wichert, Hamburg

Indikation zur Intubation, Tracheotomie und Respiratortherapie
Professor Dr. H. Herzog, Basel

Notfallendoskopie

Dr. A. Perruchoud, Basal

Nutzen und Risiken der O₂-Therapie
Professor Dr. W. T. Utmer, Bochum

Rundtischgespräch:

Therapeutische Probleme bei akuten pneumologischen Notfällen

Schlußwort

Auskunft:

Professor Dr. D. Nolte, Chafarzt der II. Medizinischen Abteilung, Städtisches Krankenhaus, Riedelstraße 5, 8230 Bad Reichenhall, Telefon (0 86 51) 7 21

Infekte u. Kosten beherrschen

Antibiocin[®] 1 Mega

Kapseln

1 Mill I.E. Phenoxymethylpenicillin-Kalium
hochdosiertes Oral-Penicillin

Indikationen:
Infektionen mit Penicillin-empfindlichen Erregern; z. B. bei Angina, Tonsillitis, Sinusitis, Bronchitis, Bronchopneumonie, Otitis media, Abszesse, Furunkel, Phlegmone, Erysipel.

Zusammensetzung:
1 Kapsel enthält 1 Million I.E. Phenoxymethyl-Penicillin-Kalium (entspr. 653,6 mg, entspr. 589,5 mg Gesamtpenicillin nach Ph. Eur. II).

Dosierung:
Für Erwachsene und Schulkinder in der Norm 3 x 1 Kapsel täglich.

Kontraindikationen:
Penicillinüberempfindlichkeit. Vorsicht bei Patienten mit allergischer Diathese!

 DORSCH & CO. KG
8 MÜNCHEN 70

20 Kaps. **17,25**

Duobiocin[®]

Co-trimoxazol-480 mg Tabletten
Breitband-Bakterizidum

Zusammensetzung:
1 Tablette enthält: 80 mg Trimethoprim, 400 mg Sulfamethoxazol.

Indikationen:
Infekte der oberen Luftwege, der Nieren- und Harnorgane, des Magen-Darm-Traktes und der Haut, bei postoperativen Infekten.

Kontraindikationen:
Sulfonamidallergie, schwere Leber- und Nierenschäden, Blutbildveränderungen, Schwangerschaft und Stillzeit, erster Lebensmonat, Folsäuremangelzustände.

Hinweis:
Selten sind allergische Reaktionen, Hauterscheinungen und Magenbeschwerden. Bei Langzeittherapie Blutbildkontrollen! Nicht gleichzeitig Procain, Hexamethylenterramin-Präparate, para-Amino-benzoesäure-haltige Medikamente geben.

Bei eingeschränkter Nierenfunktion ist eine Dosisreduktion notwendig!

Standarddosis:
für Kinder über 12 Jahre und Erwachsene: Morgens und abends je 2 Tabletten.

20 Tabl. **8,60** 50 Tabl. **18,45**

Einführungslehrgänge für die kassenärztliche Tätigkeit

Die Kassenärztliche Vereinigung Bayerns veranstaltet am

15. April 1978

10. Juni 1978

30. September 1978

18. November 1978

Im Ärztahaus Bayern, Mühlbauerstraße 16, 8000 München 80, Einführungslehrgänge für die kassenärztliche Tätigkeit.

Beginn: jeweils 9.15 Uhr — Ende: jeweils 16.30 Uhr

Anmeldungen sind an die KVB-Landesgeschäftsstelle, Mühlbauerstraße 16, 8000 München 80, zu richten bis 7. April 1978, 2. Juni 1978, 22. September 1978 und 10. November 1978.

Die Teilnehmergebühr ist am Tage des Einführungslehrganges zu bezahlen.

Ärztliche Sofortmaßnahmen am Unfallort

am 29./30. April 1978, 24./25. Juni 1978, 4./5. November 1978

in Jettingen-Scheppach

Ort: BRK-Tagungs- und Ausbildungsstätte, Haus Jettingen, Hauptstraße 240, Jettingen-Scheppach

Auskunft:

Referat Sanitäts- und Gesundheitswesen im BRK-Präsidium, Holbeinstraße 11 c, 8000 München 86, Telefon (0 89) 9 24 11

95. Tagung der Deutschen Gesellschaft für Chirurgie

vom 3. bis 6. Mai 1978 in München

Kongresssekretär: Professor Dr. G. Maurer, München

Die Hauptvorträge des Kongresses sprechen ein weites Spektrum der modernen Chirurgie an. Im Forum werden schwerpunktmäßig die Themen Gastroenterologie, Schock, kardiovaskuläre Chirurgie, prä- und postoperative Therapie, Leber, Gallen, Pankreas, Traumatologie sowie Transplantation bearbeitet. Darüber hinaus findet ein Fortbildungsseminar für medizinische Assistenzberufe statt.

Auskunft:

Sekretariat Professor Dr. G. Maurer, Chirurgische Klinik und Poliklinik der Technischen Universität München im Klinikum rechts der Isar, Ismaninger Straße 22, 8000 München 80, Telefon (0 89) 41 40 - 1

60. Fortbildungsveranstaltung des Kollegiums für ärztliche Fortbildung Regensburg

vom 4. bis 7. Mai 1978 in Regensburg

Themen: Kolorektale Erkrankungen in Klinik und Praxis — Wandel der Medizin und aktuelle Fortschritte — Was ist Patienten- und kostengerechte Behandlung?

Ort: Vortragssaal Stadttheater, Arnulfsplatz, Regensburg

Auskunft, Anmeldung und ausführliches Programm:

Ärztliche Fortbildung Regensburg, Altes Rathaus, Zimmer 5 a, 8400 Regensburg, Telefon (09 41) 5 07 - 21 83

5. Internationaler Seminar-Kongreß Diagnostica — Therapeutica — Technica

vom 24. Juli bis 5. August 1978 in Montreux

Veranstalter: Deutsche Gesellschaft zur Förderung der Medizinischen Diagnostik a. V., Stuttgart

Am Freitag, 28. Juli 1978, findet um 20.00 Uhr ein berufspolitisches Seminar mit anschließender Podiumsdiskussion statt.

Vorsitz: Dr. Karsten Vilmar, 1. Vorsitzender des Marburger Bundes und Vizepräsident der Bundesärztekammer

Auskunft:

Deutsche Gesellschaft zur Förderung der Medizinischen Diagnostik a. V., Jahnstraße 32, 7000 Stuttgart 70, Telefon (07 11) 76 14 54

3. Oberstauferer Symposium für praktische Onkologie

am 1. Juli 1978 in Oberstauten

Veranstalter: Arbeitsgemeinschaft zur Förderung der Krebsbekämpfung in Bayern e. V., Ärztlicher Kreisverband Oberallgäu, Schloßbergklinik Oberstauten GmbH in Zusammenarbeit mit dem Tumorzentrum München

Leitung: Professor Dr. H. Ehrhart, München

Beginn: 9.00 Uhr — Ende: 12.45 Uhr

Themen:

Behandlungsmöglichkeiten des Bronchialkarzinoms

Privatdozent Dr. U. Dold, Gauting

Der gezielte Blutersatz im Krankheitsverlauf maligner Erkrankungen

Privatdozent Dr. W. Mempel, München

Behandlung des Diabetes mellitus als Zweitkrankheit bei Tumorerkrankungen

Dr. M. Locher, Oberstauten

Diagnostik und Therapie der Lymphogranulomatose

Privatdozent Dr. D. Huhn, München

Endoskopische Diagnostik bei malignen Tumoren im Gastrointestinalbereich

Professor Dr. J. Eisenburg, München, und Dr. M. L. Weinzierl, München

Auskunft:

Arbeitsgemeinschaft zur Krebsbekämpfung und Krebsbekämpfung in Bayern e. V., Mühlbauerstraße 16, 8000 München 80, Telefon (0 89) 41 47 - 285

Larynx-chirurgischer Operationskurs vom 14. bis 17. Juni 1978 in Erlangen

Leitung: Oberarzt Dr. W. Steiner, Erlangen

Themen: Stimmrehabilitation nach Laryngektomie — Funktionelle Neck dissection

Auskunft:

Dr. M. P. Jaumann, Universitäts-HNO-Klinik, Waldstraße 1, 8520 Erlangen, Telefon (091 31) 85 37 93 und 85 31 56

Tagung der Vereinigung Bayerischer Augenärzte

am 1./2. Juli 1978 in München

Themen: Medikamentenanwendung am Auge — Vergleichende Pharmakologie von Ophthalmoflogika — Eigenschaften von Trägersubstanzen — Neue Therapiemöglichkeiten

Der Tagung geht ein neuro-ophthalmologisches Praktikum mit begrenzter Teilnehmerzahl voraus.

Auskunft:

Sekretariat Professor Dr. H.-J. Merté, Augenklinik und -poliklinik der Technischen Universität München im Klinikum rechts der Isar, Ismaninger Straße 22, 8000 München 80, Telefon (0 89) 41 40 - 1

Schnell informiert

Bekanntmachung des Bayerischen Staatsministeriums des Innern vom 9. Februar 1978 - Nr. I Z 4 - 5135/1 - 1/78 -

Stellenausschreibung für den öffentlichen Gesundheitsdienst

Im öffentlichen Gesundheitsdienst sind Stellen für *beamtete* Ärzte zu besetzen, und zwar

im *amtsärztlichen* Dienst Stellen für ärztliche Mitarbeiter

bei den *Staatlichen Gesundheitsämtern* Ansbach, Aschaffenburg, Bamberg, Cham, Dingolfing, Eichstätt, Haßfurt, Hof, Karlstadt, Kelheim, Kulmbach, Miltenberg, Mühldorf a. Inn, Neumarkt i. d. Opf., Neustadt a. d. Aisch, Neu-Ulm, Pfarrkirchen, Regensburg, Rosenheim, Regen, Schweinfurt, Sonthofen, Straubing, Weißenburg, Würzburg, Wunsiedel;

im *tuberkulosefürsorgeärztlichen Dienst* (geeignet für Lungenärzte und Internisten mit der Teilgebietsbezeichnung Lungen- und Bronchialheilkunde, ferner Internisten oder Radiologen mit Erfahrungen auf dem Gebiet der Lungenkrankheiten)

bei den *Staatlichen Gesundheitsämtern* Bad Kissingen, Donauwörth, Hof, Landshut, Miltenberg, Neu-Ulm, Pfarrkirchen, Regensburg, Würzburg und außerdem an einem noch festzulegenden Gesundheitsamt in Oberbayern;

als *Röntgenschirmbildarzt* (fachliche Voraussetzungen wie im tuberkulosefürsorgeärztlichen Dienst)

bei den *Regierungen* Ansbach, Augsburg, Bayreuth;

im *Landgerichtsärztlichen Dienst* (mit selbständiger Tätigkeit in gerichtlicher Psychiatrie und gerichtlicher Medizin),

und zwar Chefstellen: Amberg, Coburg, Deggendorf, Memmingen, Traunstein, Weiden i. d. Opf.,

sonstige Stellen: Aschaffenburg, Augsburg, Kempten, München, Nürnberg, Regensburg, Traunstein.

Es können sich auch Ärzte bewerben, die erst kurze Zeit approbiert sind.

Der öffentliche Gesundheitsdienst bietet den Ärzten vielfältige und interessante Aufgaben mit der Möglichkeit, den jeweiligen besonderen Neigungen weitgehend Rechnung zu tragen. Den Ärzten wird auf Kosten des Dienstherrn eine umfassende Fortbildung auf den verschiedensten Gebieten vermittelt, z. B. Umwelthygiene, Verhütung und Bekämpfung übertragbarer Krankheiten, öffentliche Impfungen, Sozialhygiene (Jugendgesundheitspflege, Beratung Behinderter, soziale Psychiatrie), Gesundheitserziehung, ärztliche Gutachterstätigkeit usw. Die Weiterbildung mit dem Ziel der Anerkennung zum Führen der Gebietsbezeichnung „Öffentliches Gesundheitswesen“ ist möglich.

Bewerber, die schon Beamte sind und die Amtsarztprüfung abgelegt haben, werden als Beamte übernommen. Die übr-

(Fortsetzung Seite 457)

455

kostengünstig. beseitigt entzündungsschmerz kostengünstig. beseitigt entzündungsschmerz

neu
von Siegfried

Volltreffer gegen Entzündungs- Schmerz



neu. sus der siegfried-forschung. neu. sus der siegfried-forschung. neu. sus der siegfried

Steuerpflicht für alle Goldmünzen — und die Folgen

Vom nächsten Jahr an sollen nach der Absicht des Bundesfinanzministeriums alle Goldmünzen-Verkäufe mit der Mehrwertsteuer in Höhe von zwölf Prozent belastet werden. Davon ausgenommen sind lediglich Sammlermünzen mit einem sehr hohen Kurs im Verhältnis zu ihrem reinen Material-, also Goldwert. Dafür soll die Mehrwertsteuer auf sechs Prozent halbiert werden.

Daraufhin dürfte sich das Interesse in den nächsten Monaten auf jene Goldmünzen konzentrieren, die mehrwertsteuerfrei abgegeben werden dürfen, weil sie in ihren Herkunftsländern noch als gesetzliche Zahlungsmittel anerkannt werden.

Dieses Zugeständnis ist für die sowjetrussische Tscherwonez-Goldmünze praktisch die Garantie für einen höheren Absatz. Zu ihren Gunsten leistet die Bundesrepublik Deutschland sachlich völlig unerfindlich einen Steuerverzicht. Wider besseres Wissen entspricht das Bundesfinanzministerium der Behauptung der UdSSR, jener Tscherwonez gelte in der Sowjetunion als gesetzliches Zahlungsmittel.

Das kann für einzelne Bundesdeutsche sogar sehr gefährlich werden. Ahnungslos könnten sie daraufhin nämlich Tscherwonez-Münzen auf eine Reise in die UdSSR mitnehmen. Einfuhr von Gold in die Sowjetunion ist aber strafbar, und wer dort gar mit einer solchen Münze in einem Geschäft oder Hotel bezahlen wollte, dürfte mit größten Schwierigkeiten durch die Polizei und vermutlich sogar die Gerichte zu rechnen haben.

Im Verhältnis zu ihrem reinen Materialwert ist die Tscherwonez-Münze im übrigen empfindlich teurer als die ebenfalls mehrwertsteuerfreie Krüger-Rand-Münze aus Südafrika. Im letzten Jahr konnten gar nicht so viele „Krüger-Rand“ geprägt werden, wie sie vor allem auch aus den USA nachgefragt worden waren.

Trotz der vermutlich steigenden Nachfrage ist mit einer Verteuerung des Krüger-Rand und der Tscherwonez-Münze nur zugleich mit einer Goldpreiserhöhung zu rechnen. Sie sind im Grunde in unbegrenzter Anzahl nachzuprägen. Einen Seltenheitswert dürften sie daher kaum erreichen.

Knapp und damit teurer könnten nach der Ankündigung der Mehrwertsteuerpflicht für alle Goldmünzen vom nächsten Jahr an einige der Münzen werden, die in ihren Stammländern nach wie vor als gesetzliches Zahlungsmittel behandelt werden, aber deren Prägung längst eingestellt ist. Für sie könnte sich ein Sammlerwert mit der Folge entsprechender Preissteigerung im Laufe der Zeit einstellen.

Sie sollten darüber mit einem anerkannten Münzhändler oder einem Gold-Experten Ihrer Sparkasse oder Bank sprechen. Sie kennen die Auflagenhöhen und die Nachfrage nach einzelnen Münzen und wissen Ihnen demgemäß zum Kauf zu raten.

Goldmünzen dürfen Sie nur mit Hilfe eines Experten, niemals direkt privat oder gar von einem Spezial-Verandgeschäft erwerben. Alte deutsche Goldmünzen werden nämlich trotz Verbots privat nachgeprägt. Das einzige, was bei ihnen stimmt, ist der Goldgehalt. So haben Sie bei einem Verkauf solcher Münzen mit einem Abschlag von ca. 50 Prozent vom Einkaufspreis zu rechnen.

Gold ist allenfalls eine Rück-, keineswegs eine Geldanlage. Es wirft nämlich keinen laufenden Ertrag ab. Sie können also lediglich auf einen Wertehalt durch Goldpreissteigerungen zumindest im Ausmaß der Inflationsrate oder auf einen Gewinn durch eine starke Goldpreiserhöhung spekulieren. Wer spekuliert, muß indes auch das Risiko eines Verlustes einkalkulieren.

Horst Beloch

Inflationsproduzenten

Die Gewerkschaften fordern höhere Löhne, als ihre Mitglieder entsprechend höhere Werte zu erarbeiten vermögen. Der Unterschied zwischen feistungsgemäßer und der tatsächlichen Vergütung mindert den Kaufkraftschwund der DM.

Lohnsteigerungsrate minus dadurch bedingten Steigerungen der Lohnsteuer sowie der Sozialversicherungsabgaben ergibt den effektiven Lohnzuwachs. Aber nicht nur er, sondern auch die unmittelbar an die Arbeitslosen und die Rentner weitergegebenen Beiträge heizen den Konsum an.

So stößt eine verstärkte Nachfrage auf ein gleichgebliebenes Angebot mit der Folge von Preissteigerungen, weil der einzelne nach seiner Lohn-erhöhung mehr kauft. So kann die Mark weniger als vorher erwerben. Das ist Inflation. Aber dem zugegeben verspätet stabilitätsbewußten Kanzler und Gewerkschaftsmitglied sind die Hände gebunden, denn in die Tarithoheit der Sozialpartner darf er nicht eingreifen.

Genossen unter sich — ungenießbar für die Betroffenen, für alle.

Prosper

Kurz über Geld

SILBERMÜNZEN BEGEHRTER, und damit ziehen die Preise vor allem für tadellose und hochwertige Stücke spürbar an.

ZINS FÜR EINE MIETKAUTION hat der Vermieter nur aufgrund entsprechender ausdrücklicher Vereinbarung zu zahlen.

AUTOPREISE STEIGEN ebenso wie Reparaturkosten noch in diesem Jahr aufgrund bevorstehender Lohn-erhöhungen.

TEURER WIRD DAS BAUEN nach Experten-Meinung in diesem Jahr um mindestens zehn Prozent.

HÖHERE HYPOTHEKEN-TILGUNG verkürzt die Laufzeit und somit die Gesamt-Zinszahlung erheblich.

gen Bewerber werden zunächst als Angestellte (BAT) eingestellt.

Die Teilnahme am Amtsarztlehrgang ist kostenlos. Während des Lehrgangs laufen die Dienstbezüge weiter; daneben wird Trennungsgeld gezahlt. Nach der Amtsarztprüfung erfolgt die Übernahme in das Beamtenverhältnis. Die Laufbahn reicht vom Medizinalrat (A 13) bis zum leitenden Medizinaldirektor (A 16).

Trennungsgeld und Umzugskostenvergütung werden gewährt. Staatsbedienstetenwohnungen werden nach Möglichkeit vermittelt. Privatpraxis (ohne gesetzliche Krankenkassen) und vertrauensärztliche Nebentätigkeiten werden auf Antrag genehmigt.

Bewerbungen und jederzeit mögliche Anträge auf unverbindliche Vormerkung für künftig freiwerdende Stellen werden erbeten an:

Bayerisches Staatsministerium des Innern, Odeonsplatz 3, 8000 München 22, Telefon (0 89) 21 92, Durchwahl 655.

Ehrendoktorwürde für Professor Dr. Paul Matis

Professor Dr. med. Paul Matis, Geschäftsführender Gesellschafter des F. K. Schettauer Verlages, Stuttgart, wurde in Würdigung seiner grundlegenden wissenschaftlichen Erkenntnisse auf dem Gebiet der Chirurgischen Klinik, gerinnungshemmender Maßnahmen und gleichermaßen im Hinblick auf sein akademisches Wirken als Verleger die Ehrendoktorwürde des Fachbereiches Medizin der Technischen Universität München verliehen.

Wehl in der Arbeitsgemeinschaft Deutsches Krankenhaus

Für die Amtsjahre 1978/1979 hat die Mitgliederversammlung der Arbeitsgemeinschaft Deutsches Krankenhaus Professor Dr. med. Dr. phil. Hermann Hoffmann, Präsident des Verbandes der leitenden Krankenhausärzte Deutschlands, Dortmund, zu ihrem Vorsitzenden gewählt. Er löst in diesem Amt den bisherigen Präsidenten der Deutschen Krankenhausgesellschaft, Domkapitular Prälat Werner Mühlenbrock, eb. Geschäftsführer der Arbeitsgemeinschaft Deutsches Krankenhaus sind: Dr. Karf Jeute und Professor Dr. Hans-Werner Müller.

Medizin auf Englisch und Französisch

Speziell für Ärzte konzipiert sind zwei Intensivsprachkurse, die der Ausland Sprechendienst GmbH, Frankfurter Straße 50, 6072 Dreieich bei Frankfurt/M., neben einer Vielzahl von Ferien-, Intensiv- und Examenkursen in England, Irland, Malta, Frankreich, Spanien, Portugal, Italien und Ägypten anbietet.

Der Englisch-Kurs findet in Colchester statt und der Französisch-Kurs in Aix-en-Provence.

Der Prospekt kann kostenlos vom Veranstalter angefordert werden.

(Fortsetzung Seite 460)

457

kostengünstig. beseitigt entzündungsschmerz kostengünstig. beseitigt entzündungsschmerz

neu
von Siegfried

Volltreffer gegen Entzündungs-Schmerz

Corticoidfreies Antiphlogistikum der modernen Generation

Intensiv entzündungshemmend - bewährt auch in der Langzeittherapie

Hervorragend magenverträglich, keine Schädigung der Leber, der Nieren und des hämatopoetischen Systems.

Azapropazon

+ stark und rasch wirkendes Anagetikum · kein Aminophenazon
Dextropropoxyphen

+ löst muskuläre Verspannungen und fördert Mobilität
Phenprobamat

Dolo-Prolixan®

gezielt gegen den Krankheits-Rhythmus



20 mg Dextropropoxyphen, 1 blaue Filmtablette (für die Nacht) enthält 200 mg Azapropazon-Ohydret und 200 mg Phenprobamat (Gamsquil®). Indikationen: Zur symptomatischen Behandlung bei entzündlichen Erkrankungen des rheumatischen Formenkreises, besonders in extraartikulären Bereichen mit Muskelschmerzen, z. B. HWS-Syndrom, Schulter-Arm-Syndrom, Periarthritis humerocapularis, Lumbalgie und ischialgie sowie bei Gonarthrosen, Coxarthrosen, Spondyloosen und Spondylarthrosen; entzündliche Schwellungen nach chirurgischen Eingriffen in folgenden Bereichen: Kiefer, HNO, Orthopädie und Gynäkologie. Kontraindikationen: Akute Ulcera ventriculi et duodeni, Myasthenie. Während der Schwangerschaft sollte Dolo-Prolixan® nur unter strenger Indikationsstellung verabreicht werden. Nebenwirkungen: Gelegentlich können in geringem Maße Nausea, leichte Magenschmerzen, Magendruck zur Beobachtung kommen. Ein Absetzen des Präparats ist aber in den meisten Fällen nicht erforderlich. Dosierung: Morgens und mit-

neu. sus der siegfried-forschung. neu. sus der siegfried-forschung. neu. sus der siegfried

Die meldepflichtigen übertragbaren Krankheiten in Bayern im Monat Januar 1978 *)

(Zusammengestellt aufgrund der Wochenmeldungen)

Gegenüber dem Vormonat sank die Zahl der gemeldeten Scharlachkrankungen im Januar, wie dies auch zu Beginn früherer Jahre zu beobachten war, deutlich ab. Auf 100 000 Einwohner traten im Dezember vorigen Jahres 51, im Januar 36 Fälle, jeweils umgerechnet auf ein Jahr. Die Erkrankungshäufigkeit an über-

tragbarer Hirnhautentzündung blieb gegenüber dem Vormonat unverändert.

Dem auch bisher beobachteten jahreszeitlichen Verlauf entsprechend ging die Zahl der Salmonellose-Erkrankungen im Januar weiter zurück, allerdings nicht ganz so deutlich wie im Januar vorigen

Jahres. Die Erkrankungsziffer sank von 37 auf 32, jeweils auf 100 000 Einwohner. Praktisch ebenso häufig wie im Vormonat traten Erkrankungen an Hepatitis infaciiosa (übertragbare Leberentzündung) auf, nämlich 29 je 100 000 der Bevölkerung.

Neuerkrankungen und Sterbetäila in der Zeit vom 2. bis 29. Januar 1978 (vorläufiges Ergebnis)

Gebiet	1		2		3		4		5		6		7		8		9		10		11		12	
	Diphtherie		Scharlach		Kinderlähmung		Übertragbare				Gehirnentzündung		Typhus abdominalis		Paratyphus A und B		Bakterielle Ruhr (ohne Amöbenruhr)		Enteritis infectiosa				Botulismus	
							Hirnhautentzündung		Salmonellose										übrige Formen					
	Menigo-kokken Meningitis		übrige Formen		E		ST		E		ST		E		ST		E		ST		E		ST	
E)	ST)	E	ST	E	ST	E	ST	E	ST	E	ST	E	ST	E	ST	E	ST	E	ST	E	ST	E	ST	
Oberbayern	-	-	107	-	-	-	4	-	15	-	-	-	1	-	2	-	7	-	138	-	-	-	-	-
Niederbayern	-	-	31	-	-	-	-	-	2	-	1	-	-	-	-	-	-	-	16	1	-	-	-	-
Oberpfalz	-	-	14	-	-	-	1	-	3	1	1	-	-	-	-	-	-	-	16	-	-	-	-	-
Oberfranken	-	-	32	-	-	-	-	-	13	-	-	-	1	-	-	-	1	-	29	-	6	-	-	-
Mittelfranken	-	-	49	-	-	-	1	-	10	-	2	-	-	-	1	-	-	-	15	1	-	-	-	-
Unterfranken	-	-	28	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	1	-	25	-	3	-	-	-
Schwaben	-	-	41	-	-	-	3	-	1	1	-	-	-	-	-	-	4	-	27	-	3	-	-	-
Bayern	-	-	302	-	-	-	9	-	44	2	4	-	2	-	3	-	13	-	266	2	12	-	-	-
München	-	-	51	-	-	-	2	-	2	-	-	-	-	-	-	-	3	-	83	-	-	-	-	-
Nürnberg	-	-	20	-	-	-	1	-	3	-	-	-	-	-	-	-	-	-	3	-	-	-	-	-
Augsburg	-	-	2	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	1	-	5	-	-	-	-	-
Regensburg	-	-	3	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	1	-	-	-	-	-
Würzburg	-	-	2	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	1	-	1	-	-	-
Fürth	-	-	2	-	-	-	-	-	2	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	1	-	-	-	-
Erlangen	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	3	-	-	-	-	-

Gebiet	13		14		15		16		17		18		19		20		21		22		23		24	
	Hepatitis infaciiosa		Ornithose				Mikrosporle		Amöbenruhr		Malaria-				Toxoplasmosa								Verdachtsfälle von Tollwut ³⁾	
			Psittacosa		übrige Formen						Erst-erkrankung		Rück-fall											
	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	74	1	-	-	-	-	1	-	6	-	5	1	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	20
Niederbayern	8	1	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	3
Oberpfalz	19	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	1	-	-	-	-	-	-	-	-	15
Oberfranken	18	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	6
Mittelfranken	39	-	-	-	1	-	-	-	-	-	3	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	2
Unterfranken	34	1	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	2
Schwaben	49	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	2	-	1	-	-	-	-	-	-	-	-	-	6
Bayern	241	3	-	-	1	-	1	-	6	-	8	1	2	-	2	-	-	-	-	-	-	-	-	54
München	24	1	-	-	-	-	1	-	6	-	1	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	7
Nürnberg	18	-	-	-	1	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Augsburg	15	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	2	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Regensburg	1	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Würzburg	3	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Fürth	1	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Erlangen	3	-	-	-	-	-	-	-	-	-	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.

Mehr Blut
für die gefährdete Peripherie –
dadurch mehr Sauerstoff
im arteriellen Strombahngebiet

Tebonin[®]

ist ein umfassender
Angio-Aktivator

retard

Gefäßerweiterung _____

Durchblutungssteigerung _____

Aktivierung des Kollateralkreislaufs _____

Stoffwechselanregung im Endstrombahnbereich _____

Zusammensetzung:
1 retard-Dragee = 20 mg Extr. Ginkg. bilob.

Indikationen:
Periphere arterielle Durchblutungsstörungen (Stadien I und II der
chron. peripheren arteriellen Verschlusskrankheit), Zerebrale
Mangeldurchblutung und Mangelernährung.

Handelsformen und Preise:
Originalpackung 20 retard-Dragees DM 9,20
60 retard-Dragees DM 24,02
Bündelpackung 500 retard-Dragees (Preisänderungen vorbehalten)



Dr. Willmar Schwabe
Karlsruhe

Bei verschiedenen Formen
van Harninkontinenz

Inconturina®

wegen der synergetischen Wirkung der vorwiegend
pflanzlichen Bestandteile van

Inconturina®

var allem Straffung des Sphincter vesicae,
Schwächung des Detrusor, Spasmolyse, günstige Ein-
wirkung auf das Neuro-Vegetativum mit leichter Eu-
phorisierung durch das Hypericin auf photodynam-
ischem Wege.

Zusammensetzung:

100 ml Tropfen enthalten:

Extr. Hb. Hyperici aquos. (1:1) 24,0 ml, Extr. Hb. Sali-
dog. aquos. (1:1) 24,0 ml, Extr. Hb. Agrimon. aquos.
(1:1) 4,0 ml, Extr. Cort. Rhois orom. (fld. spir. 1:1)
20,0 ml, Extr. Gland. Lup. (fld. spir. 1:2) 4,0 ml, Tinct.
Flor. Lamii albi (1:5) 0,6 ml, Tinct. Hb. Vialae odor.
(1:3) 0,6 ml, Tinct. Hb. Violae tric. (1:3) 0,6 ml, Tinct.
Hb. Achill. mill. (1:3) 0,4 ml, Tinct. Hb. Equis. (1:3)
0,4 ml, Tinct. Hb. Linar. (1:3) 2,0 ml, Tinct. Fal. Populi
trem. (1:3) 2,0 ml, Tinct. Sem. Myristicae (1:10) 0,006
ml, Sepia D4 0,01 ml, Rhus tox. D4 0,0002 ml, Lycopa-
dium D1 0,001 ml, Kal. phosphar. D4 0,0001 ml.

Indikationen:

Die verschiedenen Formen van Harninkontinenz,
wie Altersinkontinenz, Enuresis nocturna (et diurna),
Reizblase funktioneller Genese, Prostatitis, unspezi-
fische Cystitiden. Postoperative, postpartale u. post-
apoplektische Inkontinenz, resp. solche cerebral-
sklerotischer Herkunft.

Dosierung und Anwendungsweise:

3 mal täglich 20-25 Tropfen, Kinder dem Alter ent-
sprechend weniger. In den ersten Behandlungstagen
empfiehlt sich eine Stoßtherapie mit doppelter Nor-
maldosis.

Kontraindikationen:

Keine bekannt.

Handelsformen und Preise:

Packung mit 30 ml DM 7,29

Packung mit 100 ml DM 19,94

Packung mit 250 ml DM 32,74

Inco / 01 / 78



Vertrieb:

Organothérapeutische Werke GmbH

Roonstraße 23 a · 7500 Karlsruhe 1

Presse-Prele des Bayerischen Landtages vergeben

Vier bayerischen Journalisten wurde für „hervorragende Ar-
beiten, die geeignet sind, die parlamentarische, demokra-
tische und föderalistische Staatsidee zu fördern“, der Presse-
Preis des Bayerischen Landtages zuerkannt. Mit dem zwei-
ten Preis wurde Michael Gscheldle, München, für seine regel-
mäßige Veröffentlichung „Landespolitik“ im „Bayerischen
Ärzteblatt“ ausgezeichnet.

Wilhelm-Werner-Prele verliehen

Der Vorsitzende der Wilhelm-Werner-Stiftung und Präsident
der Ärztekammer Hamburg, Dr. Arnold Rimpau, übergab
den Wilhelm-Werner-Preis für erfolgreiche Arbeiten auf dem
Gebiet der Krebsforschung und -bekämpfung. Den Preis in
Höhe von insgesamt DM 20 000,- erhielten zu je DM 10 000,-
Professor Dr. Robert R. Friis, Institut für Virologie an der
Justus-Liebig-Universität Gießen, und Privatdozent Dr. Klaus-
Rüdiger Trott, Strahlenbiologisches Institut der Universität
München.

24 Millionen für 223 Lepreprojekte

223 Leproprojekte in 62 Ländern Asiens, Afrikas und Latein-
amerikas will das Deutsche Aussätzigen-Hilfswerk (DAHW),
wie auf der letzten Vorstandssitzung beschlossen, im Jahre
1978 mit rund 24 Millionen DM unterstützen. Die Hilfe wird
über 600 000 Aussätzigen zugute kommen. 1,5 Millionen DM
sollen für die Leproforschung bereitgestellt werden, da es
bisher immer noch keinen Impfstoff gegen die Lepra gibt
und das bisher gebräuchlichste Mittel (DDS) nach Beobach-
tungen der letzten Zeit mehr und mehr zu Resistenzen ge-
führt hat. Die Verabreichung anderer und die Entwicklung
neuer Medikamente ist dadurch erforderlich. Die Förderung
des DAHW gilt auch wieder verstärkt der Ausbildung von
medizinischem Personal, der Bereitstellung von Ausbildungsmaterialien und der Gesundheitsaufklärung. In mehreren
Ländern wird das DAHW aufgrund der Situation in den be-
treffenden Staaten oder auf Bitten der Regierung kombi-
nierte Hilfsprogramme für Lepra und Tuberkulose, Lepra
und Trechom oder Kontroll- und Bekämpfungsmaßnahmen
unterstützen, bei denen die Lepra völlig in die allgemeinen
Gesundheitsdienste integriert ist.

Brot für die Welt



Hilfe zum Leben
Postscheck Köln 500 500-500

Buchbesprechungen

Depression

Biochemie – Klinik – Therapie

Verf.: Prof. Dr. W. Birkmayer, 92 S., 24 Abb., 2 Tab., Polylein, DM 12,-. Deutscher Ärzte-Verlag, Köln.

Das Erscheinungsbild der Depression hat sich in den letzten Jahrzehnten nicht nur sehr gewandelt, sondern die Zahl der Depressionen sowie die effektiv-emotionalen Dekompensationen, die wir mit dem Ausdruck „Depression“ belegen, haben in der letzten Zeit derart zugenommen, daß es eine vordringliche Aufgabe ist, den praktischen Ärzten bei der Konfrontation mit dem vielgestaltigen Bild der Depression zu helfen, indem ihnen eine Vorstellung der pathogenetischen Faktoren, eine Information des klinischen Bildes und Richtlinien zur zielgerichteten Therapie gegeben werden.

Im 1. Abschnitt „Biochemie“ werden kurz die biochemischen Ergebnisse aufgezeigt, im 2. Abschnitt „Klinik“ die daraus ableitbaren klinischen Bilder beschrieben und im 3. Abschnitt „Therapie“ die therapeutischen Möglichkeiten ausführlich dargelegt.

Lehrbuch der Neuraltherapie nach Huneke

Procaïn-Therapie

Verf.: Dr. P. Dosch, Geleitwort v. Dr. F. Huneke, 356 S., 98 Abb., 2 Porträts, 4 Tab., Leinen, DM 140,-. Karl F. Haug Verlag, Heidelberg.

Das Buch ist eine praktische Ergänzung zu F. Hunekes Monographie „Des Sekunden-Phänomen“ gedacht. In Stil und Inhalt ist es die unverfälschte Schule von Huneke. Der Stoff selbst ist gut geordnet, so daß jeder interessierte Arzt in der Lage ist, damit diese empirisch gefundene neuraltherapeutische Methode zu erlernen.

HNO-Erkrankungen

Verf.: Prof. Dr. H. Ganz, 164 S., 62 Zeichn., geb., DM 52,-, J. F. Lehmanns Verlag, München.

Das vorliegende „Fechelmanach der Hals-, Nasen- und Ohrenerkrankungen 1976“ will als Anschlußband an das HNO-Almanach 1972 verstanden sein. Als Hauptthema wurden die Randgebiete im HNO-Fach gewählt. Gerade diese werden im allgemeinen Schrifttum etwas vernachlässigt. Um so schwieriger ist es für den um Fortbildung bemühten Kollegen, eine entsprechende komprimierte und doch praxisnahe Information zu erhalten. Hier schließt das „Fachalmanach“ eine echte Lücke. Im einzelnen werden hochaktuelle Themen besprochen: Kryochirurgie, Geschmacksstörungen, Lärmschwerhörigkeit, Fluorid-Therapie der Otosklerose, intertemporale Fazialislähmungen, Weichteilverletzungen des Halses. Aber auch Grenzprobleme zwischen HNO- und Zahnheilkunde und Nasenbluten werden besprochen. Stets sind die Autoren bemüht, praxisnahe, verständlich und auf dem letzten wissenschaftlichen Stand stehend zu berichten. Ergänzt werden die Berichte durch Quellenverzeichnisse und Illustrationen zum besseren Verständnis. Am Schluß des Bandes befindet sich eine Fregeammlung (mit Antworten) zur Selbstkontrolle des Lesers. Dieses Almanach ist für den praktizierenden Fecherzt bestens geeignet, sein Wissen zu erweitern.

Dr. F. Sprenger, Würzburg

D-Pils Biergenuß nach Maß



Das konsequente,
herb-frische Diät-Bier.

Auch bei Diätbieren
gibt es Unterschiede.

Vergleichen Sie hier selbst:

1 Flasche (0,33 Liter) enthält:	D-Pils alkohol- reduziertes Diätbier	Stark- biera	Diät- Vollbiera	Voll- biera
Kalorien (kcal) ca.	100	210	140	145
Joule (kJ) ca.	420	880	580	610
Alkohol ca.	3,6%	5,3%	4,4-5,3%	3,6%
Belastende Kohlen- hydrate ca.	2% g	17% g	2% g	11 g

Hinter D-Pils steht die längste Brau-Erfahrung
in der Herstellung von Diätbieren.

D-Pils wird nach einem patentierten Verfahren
gebraut von den Brauereien:
Holsten Hamburg,
Wicküler Wuppertal,
Schultheis Weißenthurm/Rhein,
Schlossquell Heidelberg,
Spaten München.



Achten Sie
auf das große „D“
im Etikett.



Biergenuß
nach Maß.

Einführung in die Physik

Verf.: Professor Dr. H. Jehrreiß, 428 S., ca. 178 Abb., Polylein, DM 39,—. Deutscher Ärzte-Verlag, Köln.

Diese „Einführung in die Physik“ wendet sich an alle Studenten, zu deren Studiengang die Physik als Nebenfach gehört. Der Mediziner ebenso wie der Naturwissenschaftler benötigt im Studium des eigenen Faches wie in der späteren beruflichen Praxis einen gewissen Grundbestand physikalischen Wissens.

Speziell dem Medizinstudenten, der sich auf die Ärztliche Vorprüfung vorbereitet, ist mit dem „Gegenstandskatalog“ eine Information über den unbedingbaren Minimalbestand der von ihm erwarteten physikalischen Kenntnisse gegeben. Dieser Gegenstandskatalog ist — soweit er das Fach Physik betrifft — voll berücksichtigt worden. Der Physik-Gegenstandskatalog ist als Anhang abgedruckt und mit Hinweisen versehen, in welchen Buchkapiteln die jeweiligen Stichwörter im Zusammenhang behandelt werden. Im Buchtext sind die entsprechenden Abschnitte besonders markiert, die als Minimallehrstoff für Medizinstudenten angesehen werden.

Diese Abschnitte heben nur einen mäßigen Anteil am gesamten Buchtext. Was darüber hinausgeht, ist für den Mediziner größtenteils als Lesestoff notwendig, um den markierten Lernstoff zu verstehen. Teilweise war bei der Auswahl des zusätzlich gebotenen Stoffs auch die Rücksicht auf die Interessen der Naturwissenschaftler maßgebend.

Kohebitations- und Fertilitätsstörungen

Ein Leitfaden für die ärztliche Praxis

Verf.: Prof. Dr. W. Nikolowski / Prof. Dr. W. Pöldinger / Prof. Dr. Spechter, 130 S., 5 Abb., 16 Tab., brosch., DM 24,—. S. Kerger Verlag, Besel.

Das vorliegende Kompendium der Kohebitations- und Fertilitätsstörungen geht auf Seminare zurück, welche im Rahmen der Internationalen Fortbildungskongresse für praktische Medizin in Badgastein und Deves gehalten wurden. Bei diesem Werk handelt es sich weder um handbuchmäßige Beiträge noch um eine reine Aufzählung der Probleme über Diagnosestellung und Therapie, sondern um ein praxisbezogenes Kompendium, in welchem nur auf einschlägige Werke verwiesen wird. Dem Arzt für Allgemeinmedizin wird es damit in vermehrtem Maße möglich sein, diese Störungen in der Praxis zu behandeln.

Autogenes Training aus der Praxis

Verf.: Dr. G. Krepf, 44 S., 4 Zeichn., kart., DM 12,—. J. F. Lehmanns Verlag, München.

Der Verfasser, Arzt und Psychotherapeut, schildert nach einer kurzen theoretischen Einführung in Wesen, Ziel und Möglichkeiten des Autogenen Trainings einen Gruppenkurs, wie er sich ihm in seiner Praxis seit zehn Jahren bewährt hat. Moderne Erkenntnisse der Gruppen- und Tiefenpsychologie gehen in diesem verständlich geschriebenen Buch eine gute Verbindung ein.

Grenzen der Medizin

Herausgeber: Prof. Dr. M. Steinhausen, 126 S., 19 Abb., kart., DM 22,88. Dr. Alfred Hüthig Verlag, Heidelberg.

Der vorliegende Band entstand im Anschluß an ein Symposium, welches unter diesem Thema in Heidelberg anlässlich des vorangegangenen 78. Geburtstages von Professor Hans Schaefer stattfand. Das Thema selbst ist aus einer Arbeitsrichtung hervorgegangen, welche Hans Scheefer seit mehr als zehn Jahren durch eine Fülle von Publikationen entscheidend beeinflusst hat.

Leben müssen — sterben dürfen

Herausgeber: W. Höfer, 272 S., Leinen, DM 29,80. Gustav Lübbe Verlag, Bergisch Gladbach.

21 Autoren versuchen in diesem Buch, eine Antwort auf die Frage über das Recht des Menschen auf einen würdigen Tod zu „seiner Zeit“ zu geben. Der immer wiederholte Gewissenskonflikt von Ärzten und Angehörigen angesichts der Errungenschaft der Medizin mit ihren Möglichkeiten der Lebensverlängerung fordert von einzelnen und der Gesellschaft neue Einsicht und neue Verantwortung.

Schöne Deutschland

160 S., 96 Farbtafeln, Texte und Bildlegenden deutsch, englisch und französisch, Leinen, DM 38,—. Umschau Verlag, Frankfurt.

„Schönes Deutschland“ entdeckt die verzauberten, idyllischen Winkel der großen Städte von Hamburg bis München, den Zauber der Donautadt Passau oder der Bürgerhäuser Lüneburgs, die wilde Romantik des Harzes, die Melancholie des Niederrheins und die blühende Alpenwiese.

zur hormonfreien Therapie bei Mastodynie, fibrozystischer Mastopathie, zyklisch bedingter Migräne

Indikationen: Mastodynie, fibrozystische Mastopathie, prämenstruelles Syndrom, Corpus luteum-insuffizienzbedingte Zyklus anomaliesien, 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, Ignatis D 6 10 g, Iris O 2 20 g, Lillium tigrinum D 3 10 g, Lupulinum D 8 10 g, Tinctura Condurango 10 g. • **Dosierung:** 2mal täglich 30 Tropfen. • **Handelsformen:** Mastodynon OP mit 50 ml DM 10,45, OP mit 100 ml DM 15,95, Großpackungen mit 500 ml und 1000 ml.

Mastodynon®

ANTIMASTOPATHIKUM

BIONORICA KG · APOTHEKER POPP · NÜRNBERG

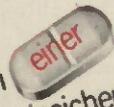


Die größere Chance für Ihre Hochdruckpatienten:

Blutdrucksenkung + Kardioprotektion*
bei Wohlbefinden im Alltag



Neueinführung

Erstmals β -Blockade und Salurese in  Tablette.
Das bedeutet: hohe Therapiesicherheit durch einfache Einnahme.



Klinische Studien mit verschiedenen Rezeptorenblockern zeigten, daß nicht nur das Risiko des Erstinfarkts, sondern auch das Risiko des Re-Infarkt-Häufigkeit reduziert werden kann. Diese kardioprotektive Wirkung konnte experimentell für Methypranolol (Blocker in Torrat) belegt werden.

Zusammensetzung:

Tablette Torrat enthält:
1 mg 1-(4-Acetoxy-2,3,5-trimethylphenoxy)-
isopropylamino-propan-2-ol (= Methypranolol)
und 2,5 mg Butizid.

Indikation: Arterielle Hypertonie.

Dosierung: Es empfiehlt sich, die Behandlung mit 1 Tablette täglich zu beginnen. Bei ausreichender 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.

Kontraindikationen:

dekompensierte Herzinsuffizienz, AV-Block 2. und 3. Grades, ausgeprägte Bradykardie, obstruktive Atemwegserkrankungen (z.B. Asthma bronchiale, spastische Bronchitis), Nieren- und pulmonale, allergische Rhinitis, Glottisödem, anaphylaktischer Schock, Sulfonamid-Überempfindlichkeit, Coma hepaticum, therapieresistente

Hypokaliämie.

Bei fortgeschrittener Niereninsuffizienz kann eine Blutdrucksenkung versucht werden, wenn diese allmählich und unter sorgfältiger Überwachung erfolgt.

Nebenwirkungen und Hinweise:

Bei jeder blutdrucksenkenden Behandlung kann vereinzelt Schwindelgefühl, Herzklopfen, Schweißausbruch oder Müdigkeit auftreten. Beschwerden von seiten des Magen-Darm-Kanals, wie Übelkeit, Brechreiz, kommen vereinzelt vor.
Bei latenter und manifester Herzinsuffizienz sollte vor der Behandlung bzw. beim Auftreten einer Herzinsuffizienz unter der Behandlung mit Torrat ausreichend digitalisiert werden.
Kaliumhaushalt, Blutzucker und Harnsäure sind wegen der Saluretika-Komponente regelmäßig zu kontrollieren.
Bei metabolischer Azidose muß die verminderte Ansprechbarkeit des Herzens auf sympathische Reize beachtet werden. Bei einer Narkose sind

die kardialen Wirkungen der β -Blocker-Komponente von Torrat und der Narkotika zu beachten.

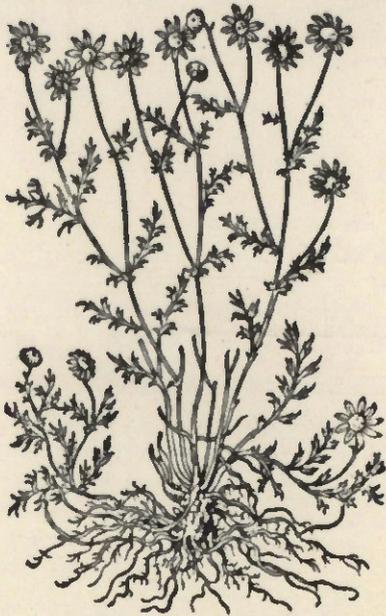
Bei rascher Blutdrucksenkung kann es, besonders zu Beginn der Therapie, zur Verminderung der Konzentrationsfähigkeit kommen. Patienten, deren Tätigkeit große Aufmerksamkeit erfordert (z.B. Kraftfahrer), sollten darauf besonders hingewiesen werden. Antidot: Bei Bradykardie: 1,0-2,0 mg Atropin i.v. injizieren, bei Atembeschwerden: 0,5-1,0 mg Orciprenalinsulfat (Alupent®, C. H. Boehringer Sohn, Ingelheim) langsam i.v. injizieren, evtl. Infusion.

Für Ihre Verordnung:

OP mit 20 Tabletten	DM 16,48
OP mit 50 Tabletten	DM 36,43
OP mit 100 Tabletten	DM 64,57
AP mit 500 Tabletten	

Weitere Informationen enthält der wissenschaftliche Prospekt (z.Z. gültige Auflage: Mai 1977). Auch informiert Sie gern unser Mitarbeiter im wissenschaftlichen Außendienst.

Chamillenöl. Oleum Chamomelinum.



Es wird auch von den erfahrenen Apothekern und Chymicis aus den Chamillenblumen ein schön blaues Öl destillirt, welches zu vielen innerlichen mangeln, sonderlich aber wider das grinnen gebraucht / etliche tröpflein in einer warmen Brähe / gar trefflich ist.

Aus: Das Dritte Buch Des. Andre. Bontfoler von der Exent. beschreib. Natur und Wirkung. (1590)

Perkamillon®

liquidum

Standardisierter alkoholischer (48 Vol. %) Auszug aus hochwertigen Kamillenblüten für alle Bereiche der Kamillenanwendung.

Zur schnellen Bereitung von Kamillentee zur Rollkur bei Gastritis;
für Mundspülungen/Pinselungen bei Stomatitis und zur täglichen Mundpflege.
Für Teil-, Sitz- und Vollbäder;
Umschläge, Spülungen und Einläufe.
Zur Aerosolvernebelung.

Zusammensetzung: 100 ml Extrakt sind standardisiert auf einen Mindestgehalt von 170 mg äther. Kamillenöl mit 3 mg Chamezuolen, Bisabolol/Bisabololoxid 50 mg, En-in-dicycloäther 20 mg.
Kontraindikationen: keine bekannt.



ROBUGEN GMBH · PHARMAZEUTISCHE FABRIK · ESSLINGEN/NECKAR

Handelsformen und Preise: b
OP Tropfflasche mit 30 ml DM 4,40
OP Tropfflasche mit 100 ml DM 9,80
AP mit 1, 5, 10 und 25 Liter.

D73121

Übungen in redtologischer Diegnostik

Band VIII: Notfälle

Verf.: Prof. L. F. Squire, deutsche Übersetzung v. Dr. G. Gollmann / Univ.-Prof. Dr. G. Gollmann, 240 S., 158 Abb., kart., DM 39,80. G. Thieme Verlag, Stuttgart.

Im Rahmen der Notfalldiagnostik kommt der Radiologie eine Schlüsselposition zu. Anhand von Leitsymptomen wie Atemnot, Brustschmerzen oder Hämatemesis muß der Röntgenologe binnen kurzer Zeit die Situation diagnostisch so weit zu klären versuchen, daß eine gezielte Therapie möglich wird. Anleitungen zum Bewältigen dieser Aufgabe werden von den Autoren vermittelt. In Form eines Übungsseminars demonstrieren sie typische Fälle in Wort und Bild. Die prexisorientierte Darstellung ist insbesondere dem jungen Arzt im Bereitschaftsdienst von größtem Nutzen.

Wechselbeziehungen von Odontonen und Tonsillen zu Organen, Störfeldern und Gewebssystemen

Verf.: Dr. R. Voll, 4. erw. Aufl., 200 S., DM 76,-. Medizinische Literarische Verlagsgesellschaft, Uelzen.

In diesem Buch werden die gesetzmäßigen Fernwirkungen von odontogenen Herden eingehend dargestellt. Diese Gesetzmäßigkeit konnte durch die jahrelange Beschäftigung des Autors mit der klassischen Akupunktur seit 1951 gefunden werden. Bei den gefundenen odontogenen Beziehungen gibt es obligate und fakultative Irritationen, beide Arten sind sowohl diagnostisch wie therapeutisch zu berücksichtigen und mit den anderen Arten der Kopferde, lymphogenen, otogenen, sinusidalen, in ihren gesetzmäßigen Beziehungen differentialdiagnostisch zu klären. Für den herdinteressierten Arzt und Zahnarzt dürfte das Buch eine wertvolle Bereicherung seiner Arbeit darstellen; für die gesamte Medizin ist die Arbeit über die Zusammenhänge von odontogenem Herd zu Organ-Gewebssystemen ein Novum.

Dr. F. Sprenger, Würzburg

Melerisches Elsaß

Verf.: M. Rieple, 248 S., 46 Fotos, Leinen, DM 29,50. Hellweg Verlag, Stuttgart-Bern.

Der für seine Übersetzungen französischer Lyrik mit dem Orden „Palmes Academiques“ ausgezeichnete Verfasser hat hier ein Werk geschaffen, das die Natur, Kunst, Geschichte und Sege des Elsaß zu einem großangelegten Gesamtbild verschmelzen läßt.

Dieses Land – für die Franzosen französisch, für die Deutschen deutsch – zu beschreiben, war eine dankbare Aufgabe für den Autor.

Edverd Munch Grephek

Herausgeber: W. Timm, Gestaltung v. K. Nicolai, 314 S., 250 Abb., davon 16 in Farbe, DM 49,-. Georg Westermann Verlag, Braunschweig.

Dieses Buch gibt einen repräsentativen Überblick über das graphische Werk des Künstlers, das im wesentlichen in den Jahren 1894 bis 1930 entstanden ist und mehr als 700 Blätter in allen Techniken umfaßt.

Munchs Bilder spiegeln die psychischen Spannungen und die existentielle Gefährdung des Menschen; sie sind Ausdruck der privaten Problematik des Künstlers und berichten zugleich von den Konflikten und der inneren Unruhe seiner Zeit.

Die große Enzyklopädie der Malerei

Malerei — Grafiker — Epochen — Stile — Museen der Welt —
8 Bände

Herausgeber: Prof. Dr. H. Bauer, Band 5: Ken — Mer, 360 S.,
Leinen, Vorbestellpreis DM 168,—. Verlag Herder, Freiburg —
Basel — Wien.

Besonders hervorgehoben sei der elfseitige Artikel über
Leonardo da Vinci, der einen guten Überblick über das Schaf-
fen dieses genialen Künstlers und Forschers gibt. Wie viel-
seitig er war, zeigt auch, daß man ihn in diesem Band mit
einer grotesken Zeichnung unter dem reizvoll bebilderten
Stichwortartikel „Karikatur“ findet. Mehrseitige Artikel sind
auch u. a. Klee und Kandinsky gewidmet sowie Kirchner,
Klimt und Kokoschka, Liebermann und Léger, Marc, Macke,
Menet und Magritte.

Hilfreich für alle, denen deren gelegen ist, moderne Stilrich-
tungen euseinanderheiten zu können, geben die Artikel über
Konkrete Malerei, Konstruktivismus, Kubismus, Magischer
Realismus und Lend Art hinreichende Informationen. Soweit
sich die von lichtdynamischen Effekten und mechanischer
Bewegung getragene „Kinetische Kunst“ in Abbildungen
überhaupt wiedergeben läßt, ist dies beim entsprechenden
Stichwort geschehen. Ein ienger Artikel gilt dem Thema
„Landschaftsmalerei“ und zeigt in eufschlußreichen Bildbei-
spielen, wie verschieden „Landschaft“ von den Künstlern
einzelner Epochen empfunden wurde.

In diesem Band kann man sich auch über die berühmten
Techniken „Kupferstich“ und „Lithographie“ orientieren und
nachschaun, welche Kunstwerke man in den Museen von
Kerlsruhe, Köln, Kopenhagen, Leningrad, Lissabon und
Madrid beim Besuch dieser Städte vorfindet. Auch größere
Abhandlungen über Kunstentwicklungen finden sich hier
wieder in Artikeln über die karolingische, koptische, keta-
lanische, koreanische, kenadische und vor allem kretisch-
mykenische Malerei.

Des USA-Buch

Verf.: H. W. Hennau, 188 S., 150 Farbabb., Peppband,
DM 29,80. Umschau Verlag, Frankfurt.

Für alle, die sich mit diesem Land beschäftigen wollen —
vor ihrer Reise, nach der Reise — ist dieser handliche kom-
plette Farbabbildband gedacht.

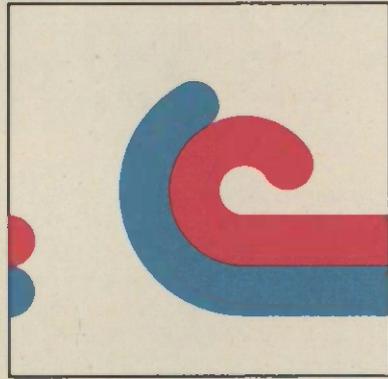
Der Autor, Schriftsteller und Fotograf in einer Person, Infor-
miert in einer kurzen Einleitung über das Land, die Men-
schen, die Nation. Daran schließt sich der Farbteil mit seinen
150 Abbildungen an.

Merkbuch für Mädchen

Verf.: M. Helm, 160 S. mit einfarb. Abb., Peppband, iem.,
DM 14,90. Verlag Herder, Freiburg — Basel — Wien.

Das Buch ist nach drei Gesichtspunkten gegliedert: Das
eigene Ich — Dahelme — Blick in die Welt. Zu jedem Themen-
kreis enthält es eine Reihe von Stichwörtern: Welchen Men-
schen bin ich begegnet? Welche Filme, welche Theater-
stücke, welche Fernsehsendungen habe ich gesehen? Welche
Bücher gelesen? Welches Konzert hat mich begeistert?
Welche Feste haben wir zuhause gefeiert? Wer hier schreibt,
macht sein eigenes Buch. Diese „Autorin“ gewinnt einen
Überblick über die wichtigsten Dinge, die von Tag zu Tag
geschehen, und kann sich zugleich Rechenschaft ablegen
über die eigene persönliche Entwicklung.

neu



Hildicon®

nicht
hormonelles
Anabolikum

- bei kataboler Stoffwechsellage
- allgemeinen Erschöpfungszuständen
- Vitamin B₁₂-Mangelercheinungen
- 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 18,20 mit MwSt.
Originalpackung mit 100 Kapseln
DM 65,06 mit MwSt.
Originalpackung mit 5 Ampullen
lyophilisierter aktiver Substanz
und 5 Ampullen Lösungsmittel
DM 18,01 mit MwSt.
Anstaltspackung
von 10 x 5 + 5 Ampullen
DM 111,27 mit MwSt.

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



Trommsdorff

Therapeutika

Baypen®

Zusammensetzung:

Baypen enthält als Wirkstoff Mezlocillin als Natrium-monohydrat.

Indikationen:

Baypen ist zur Behandlung systemischer und/oder lokaler Infektionen durch gramnegative oder grampositive Erreger, wie *E. coli*, Stämme der Klebsiella-Enterobacter-Serratia-Gruppe, Citrobacter, Indolpositive und Indolnegative Proteus-Arten, Providencia, Pseudomonas aeruginosa, gramnegative sporenlöse Stäbchen (Bacteroidaceae), Salmonellen und Shigellen, Haemophilus influenzae sowie Gonokokken und Meningokokken, ferner Streptokokken, Penicillin-G-sensible Staphylokokken, Pneumokokken, Enterokokken sowie Corynebakterien und Clostridien, angezeigt, z. B. Infektionen der Nieren und/oder der ableitenden Harnwege, in der Gynäkologie und Geburtshilfe, der Geschlechtsorgane einschließlich Gonorrhoe, des Magen-Darm-Traktes, von Knochen und/oder Weichteilen, der tiefen Atemwege, der Gallen-

wege, sowie Sepsis, Endokarditis, Endoplastitis, Meningitis, Peritonitis, infizierte Verbrennungen und Verletzungen, Infektionen und drohende Infektionsgefahr bei Patienten mit reduzierter Abwehrlage (z. B. unter Behandlung mit Immunsuppressiva bzw. im neutropenischen Zustand).

Kontraindikationen:

Penicillin-Überempfindlichkeit. Darüber hinaus sollte eine Überempfindlichkeit gegen andere Beta-Lactam-Antibiotika (z. B. mögliche Kreuzallergie mit Cephalosporin-Derivaten) auch als Kontraindikation für die Anwendung von Baypen gelten.

Wirkungsweise und besondere Hinweise:

Siehe wissenschaftlichen Prospekt.

Dosierung:

Durchschnittliche Tagesdosen bei Erwachsenen und Jugendlichen ab 14 Jahre:

Dosierungsgruppe I (ca. 80–100 mg/kg KG): Allgemeine und lokale Infektionen durch grampositive sowie empfindliche gramnegative Erreger (z. B. Stämme von *E. coli*, *Proteus mirabilis*; ferner *Haemophilus influenzae*, *Neisserien*); außerdem unkomplizierte Infektionen der ableitenden Harnwege: 3 x täglich 2 g; Gallenwegsinfektionen: 2–3 x täglich 2 g.

Dosierungsgruppe II (ca. 200–300 mg/kg KG): Allgemeine und lokale Infektionen durch gramnegative Erreger, speziell gramnegative Problemkeime; vor allem z. B. septische Krankheitsbilder, chronisch-rezidivierende Pyelonephritis: 3 x täglich 5 g oder 2 x täglich 10 g.

Dosierung im Kindesalter: 3 x täglich 75 mg/kg Körpergewicht.

Handelsformen:

Baypen pro injectione zu 2,0 g, 1,0 g und 0,5 g. Baypen pro infusione zu 5,0 g und 10,0 g.

Hersteller:

Bayer AG, 5090 Leverkusen

**Befreiendes
Abhusten
am Morgen.
Bei Asthma
und ähnlichen
Syndromen.**

Nächtliche Ruhe!



Trisan

Zusammensetzung:

5 ml (1 Kaffeelöffel) enthalten:
0,351 g Kalium jodatum
0,41 g Chloralum hydratum
0,0121 g Barbital Natrium

Anwendungsgebiete:

Nächtliche Anfälle von Asthma bronchiale, Emphysebronchitis, chronische asthmoide Bronchitis, Bronchiektasie, chronische Bronchitiden bei Silikose, Lungenabszeß.

Nebenwirkungen und Begleiterscheinungen:

Bei unsachgemäß hoher Dosierung kann es zu einer Reizung der Magenschleimhaut kommen. Anaphylaktische Reaktionen sind bei bisher nicht erkannter Jodüberempfindlichkeit möglich.

In ihrer Wirkung werden abgeschwächt: gleichzeitig verordnete orale Antikoagulantien, Griseotulvin und orale Kontrazeptiva.

Wechselwirkungen:

Bei der Kombination mit zentraldämpfenden Pharmaka ist mit einer gegenseitigen Wirkungsverstärkung zu rechnen.

Gegenanzeigen, Unverträglichkeiten, Risiken:

Jodüberempfindlichkeit, Thyreotoxikose, dekompensierte Herz- und Kreislaufinsuffizienz, Tuberkulose. Schwere Leber- und Nierenfunktionsstörungen, hepatische Porphyrien.

Besondere Hinweise:

Für Diabetiker ist zu beachten, daß 5 ml = 1 Kaffeelöffel 2,05 g Zucker (= 0,17 BE) enthalten. Dieses Arzneimittel kann das Reaktionsvermögen, z. B. im Straßenverkehr oder bei der Bedienung von Maschinen, beeinträchtigen; dies gilt im verstärkten Maße im Zusammenhang mit Alkohol.

Packungen und Preise:

Flasche mit 100 ml DM 7,58
Flasche mit 200 ml DM 13,61



Chemische Werke HOMMEL GmbH, 7840 Müllheim/Baden

Kidra

Zusammensetzung:

1 Tablette enthält 1 mg Dihydroergotaminmesilat.

Indikationen:

Hypotone und orthostatische Kreislaufstörungen, Migräne u. a. durch vaskuläre Fehlregulation bedingte Kopfschmerzen, Harnverhaltung, Herpes zoster und corneae.

Kontraindikationen:

Bestehen für die orale Anwendung nicht.

Eigenschaften und Hinweise:

Siehe wissenschaftlichen Prospekt.

Anwendung:

Falls vom Arzt nicht anders verordnet, je nach Schwere des Krankheitsbild und Ansprechbarkeit des Patienten, 2–3 x täglich 1–2 Tabletten vor den Mahlzeiten langsam im Munde zergehen lassen.

Handelsformen:

Packung mit 20, 50, 200 und 500 Tabletten.

Hersteller:

ICN Pharmazeuticals GmbH, 7500 Karlsruhe

Diabetes geht an die Niere

darum **Glurenorm**[®] das nicht harnpflichtige Antidiabetikum

Zusammensetzung:
1 Tablette enthält: 1-Cyclohexyl-3-[[p-[2-(3,4-dihydro-7-methoxy-4,4-dimethyl-1,3-dioxo-2(1H)-isochinolyliäthyl]phenyl)sulfonyl]harnstoff 30 mg.

Anwendungsgebiete:
Diabetes mellitus im mittleren und höheren Lebensalter, sofern diätetische Maßnahmen allein nicht ausreichten sind, den entgleisten Kohlenhydratstoffwechsel des Diabetikers zur Norm zurückzuführen.

Dosierung und Anwendungswise:
Glurenorm besitzt den besonderen Vorteil einer relativ großen Dosisaplanahme, der von 1/2 Tablette (15 mg) bis zu 4 Tabletten (120 mg) pro die reicht. Üblicherweise genügen im Mittel 45 mg Glurenorm am Tag. Wenn im allgemeinen auch mit 2 Glurenorm-Gabes pro Tag auskommen wird, so kann doch in besonders gelagerten Fällen eine 3malige Applikation pro die zum besseren Ausgleich und zur optimalen Stabilisierung des Blutzucker-Tagesprofils führen. Erfahrungsgemäß sollte bei täglich mehrmaliger Applikation die größte Glurenorm-Einzeldosis am Morgen verabreicht werden, wobei - wenn erforderlich - bis zu 2 Tabletten (60 mg) Glurenorm auf einmal zum Frühstück gegeben werden. Die Einnahme von Glurenorm sollte zu Beginn der Mahlzeiten erfolgen.

Neueinstellungen:
Im allgemeinen beginnt die Glurenorm-Behandlung mit 1/2 Tablette (15 mg) zum Frühstück. Wenn diese Dosierung für eine befriedigende Einstellung nicht ausreicht, so wird eine schrittweise Erhöhung ein jeweils 1/2 Tablette vorgenommen. Einzeldosen von mehr als 2 Tabletten (60 mg) sowie Tagesdosen über 4 Tabletten (120 mg) Glurenorm führen in der Regel nicht mehr zu einer Verbesserung der Blutzuckerkontrolle.

Umstellung:
Bei der Umstellung von anderen, gleichartig wirkenden oralen Antidiabetika kann man im allgemeinen davon ausgehen, daß eine Tablette Glurenorm einer Tablette anderer Sulfonharnstoff-Präparate entspricht. Die Wirkungsstärke einer Tablette Glurenorm (30 mg) ist etwa 1000 mg Tolbutamid vergleichbar. Aus dieser Dosierrelation läßt sich die jeweilige Anfangsdosierung von Fall zu Fall herleiten. Eventuell erforderlich werdende Dosisänderungen sind auch hier in Stufen à 15 mg (1/2 Tablette Glurenorm) empfehlenswert.

Nebenwirkungen, Begleiterscheinungen:
Glurenorm ist sehr gut verträglich. Im Verlauf einer Glurenorm-Behandlung kommt es nur sehr selten zu hypoglykämischen Reaktionen, allergischen Hauterscheinungen oder Unverträglichkeiten von seiten des Magen-Darm-Traktes. **Unverträglichkeiten und Risiken:**
Das Präparat darf nicht angewandt werden bei: Insulinmangeldiabetes; Coma und Præcoma diabeticum; erheblicher Stoffwechsellage mit Azidose; Schwangerschaft.

Besondere Hinweise:
Glurenorm wird in Form seiner Metaboliten im Mittel nur zu 5 % durch die Nieren ausgeschieden und daher auch von nierengeschädigten Patienten im allgemeinen gut vertragen. Liegt jedoch ein schwerer Nierenschaden vor, so ist natürlich die übliche sorgfältige Überwachung des Patienten erforderlich. Wie bei jeder medikamentösen Dauerbehandlung sollten in gewissen Abständen routinemäßig Laborkontrollen durchgeführt werden.

Um den bei Diabetikern gegebenen Risiko von Herz- und Kreislauferkrankungen zu vermindern, sollte der Patient auf die strikte Einhaltung der vorgeschriebenen

Diät hingewiesen und darauf aufmerksam gemacht werden, daß diese diätetischen Maßnahmen keinesfalls durch eine mächtige Veränderung der verordneten Glurenorm-Dosierung ersetzt oder ausgeglichen werden dürfen. Wie bei allen Arzneimitteln, die zur Tabletten-Behandlung des Diabetes mellitus benutzt werden, kann die Auslassung einer der üblichen Mahlzeiten oder die Nichtbeachtung der ärztlichen Dosierungsvorschrift den Blutzucker verstärkt senken und damit zu einer Beeinträchtigung der Konzentrationsfähigkeit führen. Die Behandlung der Zuckerkrankheit mit diesem Arzneimittel bedarf der regelmäßigen Kontrolle. Bis zur optimalen Einstellung bzw. bei Präparatwechsel sowie durch unregelmäßige Anwendung dieses Arzneimittels kann die Fähigkeit zur aktiven Teilnahme am Straßenverkehr sowie zum Bedienen von Maschinen beeinträchtigt werden. Sollte es zu einem hypoglykämischen Zustand kommen, so kann dieser meistens vom Patienten selbst durch Würfelzucker, Süßwaren oder zuckerhaltige Getränke behoben werden. Körperliche Anstrengung, Alkoholgenuss oder Einnahme bestimmter Medikamente, wie Salicylate, Sulfonamide, Phenylbutazone-Präparate, Tuberkulostatika, Chloramphenicol, Tetracyclinverbindungen, Coumarin-Derivate, Cyclophosphamid, MAO-Hemmer und β -Rezeptorenblocker, können die blutzuckersenkende Wirkung oraler Antidiabetika vom Sulfonharnstoff-Typ verstärken. Andererseits ist eine Abschwächung der blutzuckersenkenden Wirkung von Sulfonharnstoffen u. a. möglich bei gleichzeitiger Gabe von oralen Kontrazeptiva, Chlorpromazin, Sympathikomimetika, Kortikoiden, Schilddrüsenhormonen und nikotinabreihenden Präparaten. Hier kann eine Erhöhung der Glurenorm-Dosis erforderlich werden.

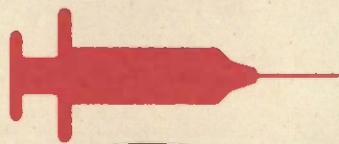
Darreichungsformen und Packungsgrößen:
OP mit 30 Tabletten DM 16,25, OP mit 60 Tabletten DM 28,94, OP mit 120 Tabletten DM 48,35. Klinikpackung.

Thomae

Der Rheuma Schub

„Initialtherapie“

ULTRA-
Demoplas®
Ampullen



**Soforteffekt
gegen Schmerz
und
Entzündung**

**Weiterbehandlung
mit
Demoplas® comp.
Dragées**

Zusammensetzung: ULTRA-DEMOPLAS Doppelampullen: Lösung I – 1 Ampulle zu 3 ml enthält: Phenylbutazon-Natrium 600 mg, Lidocain-hydrochlorid 30 mg, Lösung II – 1 Ampulle zu 1 ml enthält: Prednison 8 mg, Dexamethason 4 mg, Vitamin-B₁₂-Cyanokomplex 2500 µg, Lidocain-hydrochlorid 10 mg. 1 Dragée DEMOPLAS comp. enthält: Phenylbutazon 100 mg, Propyphenazon 130 mg, nat. Ascorbin (5 mg) in Extr. Ascor. Hippocast. 34 mg, Vitamin-B₁₂-nitrat 5,0 mg, Vitamin-B₁₂-hydrochlorid 2 mg, Vitamin-B₁₂-Cyanokomplex 4 µg. **Indikationen:** Zur umfassenden Initialtherapie akut entzündlich sowie degenerativ rheumatischer Muskel- und Gelenkerkrankungen, Rheumatoide Arthritis (= primär chronische Polyarthrit), M. Bechterew (im akuten Schub), Arthrosen, Spondyloosen, Spondylarthrosen, Osteochondrosen, Bandscheibensyndrom, Myalgien, Lumbotischalgien, Interkostal-Neuralgien, Schulter-Arm-Syndrom, Paravertebralis humero-scapularis, Periarthritis, Epicondylitis, Tendovaginitis, Tortikollis, Radikulitis, Neuritiden, Neuralgien, Thrombophlebitis (bei besonderer Indikationsstellung), Adhäsitis (unter Antibiotikaaufsicht). Demoplas comp. ist bei allen Entzündungsformen indiziert, bei denen eine Kortikosteroidenverwendung nicht in Betracht gezogen wird. **Kontraindikationen:** Überempfindlichkeit gegen Pyrazolinderivate, Ulcus ventriculi et duodeni, Leukopenie, hämorrhagische Diathese (Thrombopenie, Nierengulopathie), akute intermittierende Porphyrie, Neigung zu Krampfanfällen (Epilepsie, Tetanie), erstes Trimenon der Schwangerschaft, deutliche Krankheitszeichen bei hepatischer, renaler oder kardialer Insuffizienz. Zusätzlich für Ultra-Demoplas: Schwere Osteoporosen, Herpes simplex der Augen, Herpes zoster, Varizellen, vor und unmittelbar nach Schutzimpfungen, Lymphome nach BCG-Implantation, Amöbeninfektion, Bystrimykosen, Poliomylitis mit Ausnahme der bulbären/retrobulbären Form, hochgradige Hypertonie, Gravitätät. **Zur Beachtung:** Bei der Anwendung der Präparate kann es zu einer Wirkungsverstärkung von Antikoagulantien oder oralen Antidiabetika bzw. zu einer Retardierung bei anderen Medikamenten kommen. Bei längerer Anwendung der Präparate ist eine Blutbildüberwachung angezeigt. Auch kann eine gewisse Durststärkung und Wasserretention eintreten, die sich im allgemeinen ohne besondere therapeutische Maßnahmen zurückbildet. Die Einschränkung der Kochsalzaufnahme ist gegebenenfalls zu erwägen. Wegen der Kortikosteroidkomponente von ULTRA-Demoplas ist bei Diabetes mellitus, Infektionskrankheiten (Tuberkulose) und Psychosen eine besonders sorgfältige Kontrolle des Patienten notwendig. DEMOPLAS comp. sollte während der Schwangerschaft nur bei dringender Indikationsstellung verabreicht werden. **Handelsformen und Preise:** ULTRA-Demoplas: Packung: mit 3 Doppelampullen DM 20,92, DEMOPLAS comp.: Packung mit 30 Dragées DM 5,38, Packung mit 100 Dragées DM 15,61, Anstaltspackungen.

ADENYLCHIMIE GMBH · 1000 BERLIN 10

A 380/0 1/78

Moducrin®

Zusammensetzung:

1 Tablette Moducrin® enthält 25 mg Hydrochlorothiazid, 2,5 mg Amlilorid-HCl, 10 mg Timololmeleat.

Indikation: Hypertonie.

Kontraindikationen:

Bronchialspasmen (einschließlich Bronchialesthme), schwere chronisch-obstruktive Lungenerkrankung, Sinusbradykardie (Herzfrequenz < 50/min), AV-Block II. und III. Grades, dekompensierte Herzinsuffizienz, Rechtsinsuffizienz als Folge einer pulmonalen Hypertonie, Kardiomegalie, kardiogener Schock, gleichzeitige Verabreichung stark negativ inotroper Anästhetika, Hyperkaliämie (Serum-Kalium > 5,5 mval/l), Kalium-Substitution oder gleichzeitige Gabe anderer Kalium-sparender Substanzen ausgenommen bei schwerer und/oder refraktärer Hypokaliämie, Anurie, akute oder chronische Niereninsuffizienz, schwere oder progressive Nierenerkrankungen (Blut-Harnstoff-N > 30 mg/100 ml, Serumkreatinin > 1,5 mg/100 ml, Rest-N-Werte > 60 mg/100 ml), diabetische Nephropathie, Überempfindlichkeit gegen eine der Wirksubstanzen oder gegen Sulfonamid-Derivate.

Nebenwirkungen, Wirkungsweise, Anwendung, mögliche Begleiterscheinungen, Vorsichtsmaßnahmen und -hinweise:
Siehe wissenschaftlichen Prospekt.

Dosierung:

Einleitung der Behandlung mit 1 Tablette Moducrin® täglich. Frühestens nach drei Behandlungstagen mit 1 Tablette pro Tag kann, falls erforderlich, die Umstellung des Patienten auf eine Erhaltungsdosis von 2 Tabletten täglich erfolgen. Die Erhaltungsdosis von 2 Tabletten kann in einer einmaligen Gebe pro Tag verabreicht werden.

Handelsformen und Preise:

30 Tabletten DM 24,95, 60 Tabletten DM 42,39.

Hersteller:

Sharp & Dohme GmbH, 8000 München 80

Uroflux®

Zusammensetzung:

1 Dregée enthält: Extr. Fol. Betulee equos. sicc. 50 mg, Extr. Fol. Uvae ursi equos. sicc. 150 mg.

Indikationen:

Zur unterstützenden Behandlung von Infektionen der ableitenden Harnwege, wie Entzündungen des Nierenbeckens, der Blase und der Harnröhre.

Zur Situation, Therapieprinzip, Eigenschaften und Wirkungsweise:

Siehe wissenschaftlichen Prospekt.

Dosierung und Anwendungsweise:

Soweit nicht anders verordnet, 3 x täglich 1–2 Dregées unverkürzt mit reichlich Flüssigkeit nach dem Essen einnehmen.

Packungsgröße und Preise:

50 Dregées DM 5,—, 100 Dregées DM 9,—, 500 Dregées (10 x 50 Dregées = Klinikpackung)

Hersteller:

Nettermenn-Arzneimittel, 5000 Köln 30

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.

Mai 1978

- 1.-5. **Bad Brückeneu:** Lehrgang für physikalische Therapie. — Auskunft: Geschäftsstelle der Gesellschaft für Ärzte für Erfahrungsheilkunde e. V., Postfach 10 28 40, 6900 Heidelberg.
- 3.-6. **München:** 96. Tagung der Deutschen Gesellschaft für Chirurgie. — Auskunft: Deutsche Gesellschaft für Chirurgie, Geschäftsstelle, Kurfürstendamm 179, 1000 Berlin 15.
- 3.-7. **Freudenstedt:** 9. Diagnostisch-therapeutische Gespräche der Zeitschrift für Allgemeinmedizin. — Auskunft: Hippokrates Verlag, Neckerstraße 121, 7000 Stuttgart 1.
- 3.-7. **Malenta:** 7. Frühjahrssymposium. — Auskunft: Nordwestdeutsche Gesellschaft für ärztliche Fortbildung e. V., Hude 1, 2060 Bad Oldesloe.
- 4.-6. **Bonn:** Deutscher Röntgenkongreß. — Auskunft: Professor Dr. P. Thurn, Direktor der Radiologischen Universitätsklinik, 5300 Bonn-Venusberg.
- 4.-6. **Düsseldorf:** 13. Jahrestagung der Deutschen Diabetes-Gesellschaft. — Auskunft: Frau Dr. Dr. L. Herberg, Auf'm Hennekamp 65, 4000 Düsseldorf.
- 4.-6. **Erlangen:** Larynx-Chirurgischer Operationskurs. — Auskunft: Dr. W. Steiner, Waldstraße 1, 8520 Erlangen.
- 4.-7. **Regensburg:** 60. Fortbildungstagung für Ärzte. — Auskunft: Sekretariat der Ärztlichen Fortbildung, Altes Rathaus, 8400 Regensburg.
- 5.-6. **Bad Segeberg:** Jahrestagung der Deutschen Gesellschaft für Sprach- und Stimmheilkunde. — Auskunft: Professor Dr. P. Bieselski, Langenbeckstraße 1, 6500 Mainz.
- 5.-6. **München:** Fortbildungsseminar für medizinische Assistenzberufe im Rahmen des 95. Deutschen Chirurgen-Kongresses. — Auskunft: Professor Dr. Maurer, Ismeninger Straße 22, 8000 München 80.
- 5.-7. **Bregenz:** 21. Internationale ärztliche Fortbildungstagung Bodensee. — Auskunft: Ärztekemmer für Vorarlberg, Riedgasse 9, A-6850 Dornbirn.
6. **Würzburg:** 11. Fortbildungstagung der Medizinischen Poliklinik der Universität Würzburg. — Auskunft: Professor Dr. P. Polzien, Klinikstraße 8, 8700 Würzburg.
- 7.-11. **Hamburg:** 49. Jahresversammlung der Deutschen Gesellschaft für HNO-Heilkunde, Kopf- und Halschirurgie. — Auskunft: Sekretariat der Deutschen Gesellschaft für HNO-Heilkunde, Kopf- und Halschirurgie, Frau A. Karwel, Universitäts-HNO-Klinik, 5300 Bonn-Venusberg.



Tromcardin[®] FORTE

sichert den Ausgleich intrazellulärer Elektrolytverluste, wie sie kennzeichnend sind für

- Herzinsuffizienz
- Glykosidtherapie
- Herzinfarkt

Tromcardin FORTE optimiert die Leistung der Muskelzelle, speziell der Myokardzelle, macht die Glykosidtherapie sicherer und schirmt das Herz gegen Streß und kardionekrotische Noxen ab.

Der therapeutische Nutzen erweist sich eindrucksvoll in der Senkung der Nebenwirkungsrate der Glykosidbehandlung von 26,9% auf 5,72%.
(Tilsner, V.: MMW 112 (1970), 291)

Indikationen

Herzinsuffizienz, Rhythmusstörungen, Extrasystolien; Herzinfarkt-Prophylaxe und -Therapie. Digitalis-Intoxikation und -intoleranz, besonders beim Altersherz. Kalium-Mangelsyndrom, Magnesium-Defizit.

Kontraindikationen

Hochgradige Ausscheidungsstörungen und AV-Block.

Zusammensetzung pro Tablette

Kalium-D,L-hydrogen-aspartat · ½H₂O 360,42 mg
Magnesium-bis-D,L-hydrogen-aspartat · 4H₂O 360,57 mg

Dosierung (Richtwerte)

Initialdosis 3 × tägl. 2 Tabl.
Erhaltungsdosis 3 × tägl. 1 Tabl.

Handelsformen und Preis

Peckung mit 50 Tabletten DM 13,96
Anstaltspackung mit 500 Tabletten.



Trommsdorff

H. Trommsdorff
Arzneimittelfabrik
Trommsdorffstraße 2-6
5110 Alsdorf, Rhi 1

Weitere Informationen über die gesamte Tromcardin-Gruppe entnehmen Sie bitte unseren wissenschaftlichen Dokumentationen oder fragen Sie unseren Mitarbeiter im wissenschaftlichen Außendienst.

- 9.—10. **Tutzing:** 3. Wissenschaftliches Symposium der Deutschen Hauptstelle gegen die Suchtgefahren. — Auskunft: Deutsche Hauptstelle gegen die Suchtgefahren, Frau Göcke, Postfach 109, 4700 Hamm 1.
- 9.—12. **Tübingen:** 28. Tagung der Deutschen Gesellschaft für Mund-, Kiefer- und Gesichtschirurgie. — Auskunft: Professor Dr. Dr. N. Schwenzer, Osianderstraße 2—8, 7400 Tübingen, oder Professor Dr. Dr. E. Machtens, In der Schornau 23/25, 4630 Bochum 7.
- 10.—12. **Berlin:** Internationaler Kongreß zum Thema „Magenkerzlnom“. — Auskunft: Privatdozent Dr. H. G. Beger, Spandauer Damm 130, 1000 Berlin 19.
- 10.—12. **Hamburg:** Jahreskongreß der Deutschen Gesellschaft für Ästhetisch-Plastische Chirurgie. — Auskunft: Deutsche Gesellschaft für Ästhetisch-Plastische Chirurgie, Sekretariat, Manteuffelstraße 33, 2000 Hamburg 55.
- 12.—27. **Montecatini Terme:** XVI. Internationaler Fortbildungskongreß der Bundesärztekammer (Seminar-kongreß). — Auskunft: Kongreßbüro der Bundesärztekammer, Postfach 41 02 20, 5000 Köln 41.
- 14.—20. **Kyoto:** XXIII. Internationaler Kongreß für Ophthalmologie. — Auskunft: XXIII. Int. Congress of Ophthalmology, c/o Simul International Inc., Kowa Bldg. Nr. 9, 1-8-10, Akasaka, Minato-ku, Tokyo 107, Japan.
- 16.—20. **Berlin:** 27. Deutscher Kongreß für ärztliche Fortbildung in Verbindung mit dem 11. Deutschen Zahnärztlichen Fortbildungskongreß, dem 9. Fortbildungskongreß für Krankenschwestern und Krankenpfleger und der Internationalen pharmazeutischen und medizinisch-technischen Ausstellung. — Auskunft: Kongreßgesellschaft für ärztliche Fortbildung e. V., Klingsorstraße 21, 1000 Berlin 41.
- 17.—21. **Mannheim:** Tagung der Deutschen Gesellschaft für Kieferorthopädie. — Auskunft: Professor Dr. E. Hauser, Lenhartzstraße 9, 2000 Hamburg 20.
- 20.—21. **Hennef:** Fortbildungsveranstaltung des Deutschen Sportärztebundes. — Auskunft: Dr. D. Schnell, Otto-Willach-Straße 2, 5207 Ruppichterath.
- 21.—24. **Helsinki:** Kongreß der Europäischen Gesellschaft für Chirurgische Forschung. — Auskunft: Dr. Kallma, II. Chirurgische Klinik, Haartmanninkatu 4, 7-00290 Helsinki 29.
- 21.—24. **Innsbruck:** Internationaler Kongreß über Radio-Pharmakologie. — Auskunft: Kongreß GmbH, Rennweg 3, A-6020 Innsbruck.
- 22.—24. **Paris:** 11. Internationale Tagung für Kardiologie. — Auskunft: Professor J.J. Welti, Hôpital Fernand-Widal, 200, rue du Faubourg-Saint-Oenis, F-75475 Paris-Cedex 10.
- 22.—26. **Caracas:** 1. Internationaler Kongreß für Alkoholismus und Orogenabhängigkeit. — Auskunft: Or. S. Macles, c/o Min. de Sanidad y Asistencia Soc., Torre Sur-Centro Simo Bolívar, Caracas, Venezuela.
- 22.—27. **Mannheim:** 81. Deutscher Ärztetag mit Filmfortbildungsprogramm. — Auskunft: Bundesärztekammer, Kongreßbüro des 81. Deutschen Ärztetages, Postfach 41 02 20, 5000 Köln 41.
- 23.—26. **Interlaken:** Kongreß der Deutschen Gesellschaft für Bluttransfusion und Immunhämatologie. — Auskunft: Dr. K. H. Stürmer, Goethestraße 27—29, 5100 Aachen.
24. **Velden:** 13. Veldener Symposium. — Auskunft: Ärztekammer für Kärnten, Bahnhofstraße 22, A-9020 Klagenfurt.
- 24.—27. **Frankfurt:** Jahrestagung der Deutschen Gesellschaft für Arbeitsmedizin. — Auskunft: Dr. H. Loskant, Postfach 80 03 20, 6230 Frankfurt 80.
- 25.—27. **Velden:** 30. Kärntner Ärztetreffen. — Auskunft: Ärztekammer für Kärnten, Fortbildungsreferat, Bahnhofsstraße 22, A-9020 Klagenfurt.
- 26.—28. **Kiel:** Kongreß der Deutschen Sektion der Internationalen Liga gegen Epilepsie. — Auskunft: Professor Dr. H. Doose, Universitäts-Kinderklinik, 2300 Kiel.
29. 5.—2. 6. **Bremerhaven:** 28. Wissenschaftlicher Kongreß des Bundesverbandes der Ärzte des Öffentlichen Gesundheitsdienstes e. V. — Auskunft: Medizinaldirektor Dr. Doerks, Stadthaus 1, 2850 Bremerhaven.
29. 5.—10. 6. **Langeoog:** XXVI. Fortbildungskurs für praktische Medizin. — Auskunft: Akademie für ärztliche Fortbildung Niedersachsen, Berliner Allee 20, 3000 Hannover 1.
31. 5.—9. 6. **Neuherberg:** Spezialkurs für ermächtigte Ärzte. — Auskunft: Kurssekretariat des Instituts für Strahlenschutz der GSF, Ingolstädter Landstraße 1, 8042 Neuherberg.

Junli 1978

- 1.—3. **Madrid:** 1. Weltkongreß für Proktologie. — Auskunft: Dr. A. Casanove-Canovas, World Org. of Gastroenterology, Calle de Londres 17, Madrid 28, Spanien.
- 1.—3. **Madrid:** 5. Weltkongreß für gastrointestinale Endoskopie. — Auskunft: Dr. A. Casanova-Canovas, World Org. of Gastroenterology, Calle de Londres 17, Madrid 28, Spanien.
- 2.—3. **Eesen:** 19. Jahrestagung der Vereinigung Deutscher Strahlenschutzärzte. — Auskunft: Professor Dr. O. Messerschmidt, Ingolstädter Landstraße 2, 8042 Neuherberg.
3. **Baden-Baden:** 11. Rheuma-Seminar. — Auskunft: Professor Or. M. Frenke, Gernsbacher Straße 47, 7570 Baden-Baden.
- 3.—4. **Marburg:** 12. Deutscher Kongreß für Allgemeinmedizin. — Auskunft: R. Leitloft, Carl-Oelemann-Weg 5/7, 6350 Bad Nauheim.
3. **St. Englmar:** 4. Sportärztliches Seminar in Niederbayern. — Auskunft: Dr. H. H. Wernicke, Ludmillastraße 33, 8300 Landshut.
- 4.—10. **Klappholttal:** Ärztliche Fortbildung in der Gesundheitsvorsorge: Angst, Depression, Schmerz. — Auskunft: Professor Dr. Dr. U. Stockmeyer, Höhenbergstraße 2, 8132 Tutzing.

- 4.-10. **Wiesbaden:** 11. Internationales Symposium für Neuroendologie. — Auskunft: Professor Dr. S. Wende, Lengenbeckstraße 1, 6500 Mainz.
- 4.-17. **Gredo: XXVI. Internationaler Fortbildungskongreß der Bundesärztekammer.** — Auskunft: Kongreßbüro der Bundesärztekammer, Postfach 41 02 20, 5000 Köln 41.
- 4.-18. **Westerland:** 19. Seminar für ärztliche Fortbildung. — Auskunft: Nordwestdeutsche Gesellschaft für ärztliche Fortbildung, Hude 1, 2060 Bad Oldesloe.
- 5.-9. **Madrid:** 6. Weltkongreß für Gastroenterologie. — Auskunft: Dr. A. Casanova-Cenovas, World Org. of Gastroenterology, Calle de Londres 17, Madrid 28, Spanien.
- 5.-30. **München:** A-Kurs für Arbeitsmedizin. — Auskunft: Bayerische Akademie für Arbeits- und Sozialmedizin, Pfarrstraße 3, 8000 München 22.
- 7.-9. **Horní Bezděkov:** 4. Osteologisches Symposium der CSSR und der DDR. — Auskunft: Tschechoslowakische Medizinische Gesellschaft, J. E. Purkyně, Sokolská 31, CS-120 26 Prag 2.
- 8.-11. **Marseille:** 5. Internationale Tagung für Endokrinologie. — Auskunft: Pr. egr. Ph. Vague, Clinique endocrinologique, C. H. U. de la Timone, blvd. Jean-Moulin, F-13385 Marseille — Cedex 4.
9. **Murnau:** 5. Murnauer Unfalltagung. — Auskunft: Privatdozent Dr. Probst, BG-Unfallklinik, Postfach 1380, 8110 Murnau.

Bellagenhinweis:

Dieser Ausgabe sind Prospekte folgender Firmen beigelegt:

Gödecke AG, Freiburg
Ed. Emil Thome KG, München

„Bayerisches Ärzteblatt“. Herausgeber und Verleger: Bayerische Landesärztekammer, Mühlbauerstraße 16, 8000 München 80, Telefon (089) 4147-1. Schriftleitung: Professor Dr. med. Hana Joachim Sewering, Dr. med. Hermann Braun, Dr. med. Friedrich Kolb, Dr. med. Kurt Stordeur — verantwortlich für den Inhalt: Rita Horn.

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

Bezugspreis vierteljährlich DM 2,40 einschl. Postzeitungsgebühren und 6% = DM 0,14 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, Postfach, Sonnenstraße 29, 8000 München 2, Telefon (089) 5177-1, Fernschreiber: 05/23 662, Telegrammadresse atlaspress. Für den Anzeigenteil verantwortlich: Ernst W. Scherschinger, München.

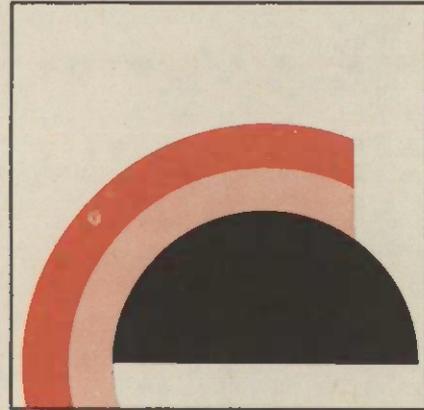
Druck: Druckerei und Verlag Hans Zeuner Jr., 8060 Dachau.

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

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

ISSN 0005-7126

Das eindeutig definierte Chologogum



Tromm Gallol®

bei gestörter
Leber-Galle-Funktion

- regt die Cholerese an
- fördert den Gallenfluß
- reguliert die Darmpassage

89,7% überzeugende Therapieerfolge

Zusammensetzung

1 Beutel mit 3,5 g Brause-Granulat enthält:
Cyclobutylol-Ne 70,00 mg
Cynarin 8,75 mg
getrocknetes
Magnesiumsulfat 679,00 mg
Sorbit 1050,00 mg

Doelierung

Zwei- bis dreimal täglich den Inhalt eines Beutels in einem halben Glas Wasser auflösen und vor den Mahlzeiten einnehmen. Bei Bedarf kann die Dosis verdoppelt werden.

Indikationen

Hepato-biliäre Dyspepsie, Dyskinesie der Gallenblase und Gallenwege, Cholecystitis und Cholangitis, Cholestase, Cholelithiasis, Postcholecystektomiesyndrom, Meteorismus, Obstipation, Roemheld-Syndrom.

Kontraindikationen

Akuter Steinverschluß Gallenblasenempyem, floride Hepatitis, schwere Ausscheidungsstörung mit Oligo- und Anurie.

Handelsform und Preis

Originalpackung mit 30 Beuteln DM 14,49 mit MwSt.

H. Trommsdorff

Arzneimittelfabrik, Trommsdorffstraße 2-6, 5110 Alsdorf, Rhi 1



Trommsdorff



Für die Chirurgische Abteilung des Kreiskrankenhauses Burgebrach (75 Betten), Landkreis Bamberg, wird zum nächstmöglichen Termin ein

Oberarzt

ge sucht.

Der Bewerber, Arzt für Chirurgie, muß in der Lage sein, den Chefarzt bei Abwesenheit zu vertreten. Die chirurgische Tätigkeit umfaßt die Allgemein- und Unfallchirurgie sowie Urologie. Das Haus ist zum DA-Verfahren und zur berufsgenossenschaftlichen Heilbehandlung zugelassen. Neben dem stationären Bereich besteht eine große Ambulanz. Die Einrichtung des Hauses ist modern, Intensivstation ist vorhanden.

Neben der Chirurgischen Abteilung besteht eine Innere Abteilung mit dem Schwerpunkt Gastroenterologie. Eine Schule für Krankenpflegehilfe ist angeschlossen.

Burgebrach liegt in landschaftlich schöner Gegend des Naturparkgebietes Steigerwald, 15 km westlich von Bamberg an der Bundesstraße 22 Bamberg-Würzburg. Weiterführende Schulen sind in Bamberg vorhanden.

Die Vergütung erfolgt nach BAT I e zuzüglich Bereitschaftsdienstatmosphäre und Nebeneinnahmen durch den Chefarzt sowie Gutachterstätigkeit. Im übrigen werden alle sozialen Leistungen des öffentlichen Dienstes gewährt.

Bewerbungen mit handgeschriebenem Lebenslauf, Lichtbild, beglaubigten Zeugnisabschriften, lückenlosem Nachweis der bisherigen Tätigkeiten und Angaben von Referenzen sind zu richten an Chefarzt Dr. Lotze, Kreis Krankenhaus, 8602 Burgebrach, Telefon (0 95 46) 2 12 oder Landratsamt, Promenadenstraße 2 a, 8600 Bamberg, Telefon (09 51) 8 53 24.

Die Stadt Penzberg sucht für die Innere Abteilung des Städtischen Krankenhauses (Grundversorgung) – Chefarzt Dr. Wehner –

Oberarzt

(Vertreter des Chefarztes)

Gesucht wird ein qualifizierter Internist oder ein kurz vor Ende der Weiterbildung stehender Kollege mit Erfahrung auf dem Gesamtgebiet der Inneren Medizin, möglichst auch in Endoskopie, Interner Röntgenologie und Intensivmedizin.

Das Krankenhaus verfügt über 80 Interne Betten, außerdem über eine Chirurgische Abteilung und über Belegarztbetten für Geburtshilfe und Gynäkologie. HNO- und Augenkrankheiten, Orthopädie.

Vergütung einschließlich Rufbereitschaft nach BAT, wesentliche Nebeneinnahmen durch regelmäßige Chefarztzulagen, Gutachten und Sonderuntersuchungen. Alle im öffentlichen Dienst üblichen Sozialleistungen.

Mithilfe bei der Wohnungsbeschaffung.

Penzberg (11 500 Einwohner) ist eine aufstrebende Stadt im oberbayerischen Voralpengebiet in reizvoller Seenumgebung im Süden von München an der Autobahn nach Garmisch gelegen, mit vielfältigen Freizeitmöglichkeiten zu jeder Jahreszeit.

Bewerbungen sind zu richten an die Stadt Penzberg, Personalamt, Rathaus, 8122 Penzberg.

Am Städtischen Krankenhaus Forchheim/Ofr.

mit 293 Betten, vier Hauptfachabteilungen und zwei Belegarzt-abteilungen sind für die

Innere Abteilung

mit 105 Betten baldmöglichst folgende Stellen zu besetzen

1 Oberarzt

2 Assistenzärzte

Geboten werden: Vergütung nach BAT I e für Oberarzt bzw. BAT II/1 b für Assistenzärzte und die sonstigen Sozialleistungen des öffentlichen Dienstes.

Wir suchen Mitarbeiter, die an einer harmonischen Zusammenarbeit und an klinischer Weiterbildung interessiert sind.

Der Chefarzt ist zur vollen Weiterbildung ermächtigt.

Forchheim, ca. 30 000 Einwohner, ist Eingangstor zur „Fränkischen Schweiz“ in der Nähe von Bamberg und der Universitätsstadt Erlangen-Nürnberg mit direktem Autobahnanschluß und hat alle weiterführenden Schulen.

Bewerbungen mit den üblichen Unterlagen erbeten an: Med. Dir. Dr. W. Albert, Chefarzt der Inneren Abteilung des Städtischen Krankenhauses, 8550 Forchheim/Ofr., Telefon (0 91 91) 761.

Das Krankenhaus der Carl von Heß'achen Stiftungen in 8783 Hammelburg/Ufr. sucht zum baldmöglichsten Eintritt

1 Anästhesisten

Vergütung der Anästhesisten erfolgt nach VergGr. I e BAT, zusätzlich Altersversorgung und Beihilfenversicherung. Darüber hinaus wird Liquidationsrecht bei sog. Hinzukäufen im Sinne des § 6 Bundespflegesatzverordnung eingeräumt bzw. nach Maßgabe der für die Chefärzte des Krankenhauses geltenden Abgabenregelung.

Das Krankenhaus ist in den Krankenhausbedarfsplan des Freistaates Bayern als bedarfsnotwendiges Krankenhaus aufgenommen und umfaßt 177 Plattenbetten für die Disziplinen Innere Medizin, Chirurgie und Gynäkologie mit Geburtshilfe. Es ist zum berufsgenossenschaftlichen Verletzungsartenverfahren zugelassen, wurde 1952 bis 1954 erbaut und 1964 bis 1966 erweitert.

Hammelburg ist eine Garnisonstadt mit rund 12 000 Einwohnern, liegt in landschaftlich reizvoller Umgebung am Südrand der Rhön. Günstige Verkehrslage nahe der Universitätsstadt Würzburg und der Kreisstadt des Großlandkreises Bad Kissingen. Alle weiterführenden Schulen am Ort.

Bewerbungen mit den üblichen Unterlagen werden erbeten an das Landratsamt – Zentralverwaltung der Krankenhäuser und Altenheime – 8730 Bad Kissingen.

Int. Oberarztstelle

an neuen Kreis Krankenhaus Bogen a. d. Donau/Ndb. (181 Betten) zu besetzen.

Auskunft erteilt Chefarzt Dr. W. Haseneier, Telefon (0 94 22) 17 41, privat 13 77.

Schriftliche Bewerbungen mit Lebenslauf, Zeugnisabschriften und Nachweisen über die bisherige Tätigkeit werden unter Angabe des frühesten Eintrittstermins an das Landratsamt Straubing-Bogen, Dienststelle Straubing, Postfach 179, 8440 Straubing, oder direkt an Chefarzt Dr. W. Haseneier, 8443 Bogen, Kreis Krankenhaus, erbeten.

Antriebstechnik für Baumaschinen, Ackerschlepper, Landmaschinen, Fahrzeuge

Wir gehören zur international bekannten Gruppe der Zahnradfabrik Friedrichshafen A.G. und sind mit rund 4000 Beschäftigten zur Zeit das größte Unternehmen in Ostbayern.

Als Nachfolger für unseren aus Altersgründen ausscheidenden Werksarzt suchen wir zur Jahresmitte 1978 einen

hauptberuflichen Werksarzt

Dieser sollte verantwortungsvolle Aufgaben der modernen Arbeitsmedizin übernehmen und den Anforderungen des Arbeitssicherheitsgesetzes entsprechen.

Sofern die Zusatzbezeichnung „Arbeitsmedizin“ nicht vorliegt, sind wir bei der Erlangung behilflich.

Die Einarbeitung wird dadurch erleichtert, daß unser langjähriger Werksarzt für eine Übergangszeit zur Seite steht.

Außer einer angemessenen Dotierung bieten wir Abschlußzertifizierung und Altersversorgung, sowie Möglichkeiten der Weiterbildung im arbeitsmedizinischen Bereich.

Ärzte, die sich für diese Position interessieren, bitten wir um ihre Bewerbung mit den üblichen Unterlagen an unsere Zentrale Personal- und Sozialwesen.

Zahnradfabrik Passau G. m. b. H. — ein Unternehmen der ZF-Gruppe

Die Landesversicherungsanstalt Niederbayern-Oberpfalz sucht für ihre vertrauensärztlichen Dienststellen Deggen-
dorf, Regensburg, Schwandorf, Straubing und Weiden je einen

Vertrauensarzt

(Bes.-Gr. A 14 — Obermedizinalrat, mit Aufstiegsmöglich-
lichkeiten zum Medizineldirektor, Bes.-Gr. A 15).

Neben einer sicheren Lebensstellung werden geboten:
Beihilfen bei Krankheits- und Geburtsfällen, 13. Monats-
gehalt, Unterstützung bei der Wohnungsbeschaffung,
Trennungsgeld und Umzugsvergütung im Rahmen
der gesetzlichen Bestimmungen, geregelte Arbeitszeit,
5-Tage-Woche.

Nebentätigkeit ist im Rahmen unserer Richtlinien mög-
lich.

Bewerbungen mit Lichtbild, Lebenslauf und Zeugnisab-
schriften werden erbeten an das **Personalreferat oder
den Landesvertrauensarzt der Landesversicherungs-
anstalt Niederbayern-Oberpfalz, Am Alten Viehmarkt 2,
8300 Landshut, Telefon (06 71) 81-1.**

Die Chirurgische Belegabteilung des Krankenhauses der Barmherzi-
gen Brüder Regensburg sucht einen

Arzt für Chirurgie

bis zum 1. Juni 1978, Vergütung nach Sondervereinbarung.

Ab sofort einen

Assistenzarzt

Vergütung nach AVR (BAT angelehnt). Zweijährige Weiterbildung
ist möglich.

Bewerbungen mit den üblichen Unterlagen an:

**Dr. med. E. Haustein, leitender Arzt der Chirurgischen Belegabteilung,
Krankenhaus der Barmherzigen Brüder, Prüfeningerstraße 86 a,
8400 Regensburg.**

VERSICHERUNGSDIENST ÄRZTE

Außendienstbeauftragter



Bevor Sie sich niederlassen, sollten Sie rechtzeitig mit uns sprechen.

Wir beraten Sie in allen Versicherungs-
fragen, wie z. B. Ärzthaftpflicht, Praxisabsicherung.

Büro München Süd,
Stiftsbogen 41, 8000 München 70, Tel. (089) 714 50 71
Büro München Nord,
W.-Friedmann-Bogen 10, 8000 München 50, Tel. (089) 141 40 47
Büro Erlangen,
Luitpoldstraße 50, 8520 Erlangen, Tel. (091 31) 2 82 55
Büro Weiden, Galgenbergstr. 31, 8480 Weiden, Tel. (09 61) 2 40 31
Rolf Grossmann,
Allgäuer Str. 7, 8944 Gröbenbach 2 - Zell, Tel. (083 34) 73 73
Georg C. Klughardt, Stiftsbogen 41, 8000 München 70,
Tel. (089) 714 50 71 oder (09 11) 83 42 89

Senden Sie diesen Coupon an unser
Büro München Süd, Stiftsbogen 41, 8000 München 70

Ein Beratungsbesuch
ist erwünscht

Ich erwarte Ihren Anruf
unter Telefon

Meine
Anschrift

Fachrichtung



Der Landkreis Streubing-Bogen sucht für die **Chirurgische Abteilung** des nach modernsten Gesichtspunkten neu erbauten **Kreiskrankenhauses Bogen** an der **Densu/Niederbayern (Chefarzt Dr. Dietl)** baldmöglichst einen

Assistenzarzt

Das Grundkrankenhaus in Bogen umfaßt 181 Betten. Die Chirurgische Fachabteilung versorgt 83 Betten ohne die Chirurgische Intensivstation. Wir bieten leistungsgerechte Vergütung, eine familiegerechte Wohnung, gutes Betriebsklima, beträchtliche Nebeneinnahmen durch Bereitschaftsdienst sowie preisgünstige Teil- bzw. Vollverpflegung.

Näheres über den Aufgabenbereich ist beim leitenden Krankenhausarzt und Chefarzt der Chirurgischen Abteilung, Dr. Dietl, zu erfahren, Telefon (0 94 22) 17 41 bzw. abends ab 21.15 Uhr (0 94 22) 22 61, privat.

Der leitende Krankenhausarzt ist zur Weiterbildung für zwei Jahre ermächtigt. Bogen ist Garnisonstadt in verkehrsgünstiger und landschaftlich bevorzugter Lage (Eingang zum Bayerischen Wald).

Schriftliche Bewerbungen mit Lebenslauf, Zeugnisabschriften, Lichtbild und Nachweisen über die bisherige Tätigkeit werden unter Angabe des frühest möglichen Eintrittstermins an das **Landratsamt Streubing-Bogen, Postfach 179, 8440 Straubing**, oder direkt an **Chefarzt Dr. Dietl, Kreiskrankenhause Bogen, 8443 Bogen**, erbeten.

Das Krankenhaus in 8783 Hammelburg (Ufr.) sucht zum baldigen Eintritt

1 Arzt für innere Medizin

als Oberarzt und stellvertretender Chefarzt

1 Assistenzarzt für die Chirurgie

Vergütung erfolgt nach BAT mit allen im öffentlichen Dienst üblichen Sozialleistungen, Bereitschaftsdienstvergütung, zusätzliche Altersversorgung und Beihilfenversicherung.

Weiterbildung ist gewährleistet durch den hierzu ermächtigten Arzt (zwei Jahre).

Das Krankenhaus ist in den Krankenhausbedarfsplan des Freistaates Bayern als bedarfsnotwendiges Krankenhaus aufgenommen und umfaßt 177 Plattenbetten für die Disziplinen Innere Medizin, Chirurgie und Gynäkologie mit Geburtshilfe. Es ist zum berufsgenossenschaftlichen Verletzungsartenverfahren zugelassen, wurde 1952 bis 1954 erbaut und 1964 bis 1966 erweitert.

Hammelburg ist eine Garnisonstadt mit rund 12 000 Einwohnern, liegt in landschaftlich reizvoller Umgebung am Südrand der Rhön. Günstige Verkehrslage nahe der Universitätsstadt Würzburg und der Kreisstadt des Großlandkreises Bad Kissingen. Alle weiterführenden Schulen am Ort.

Bewerbungen mit den üblichen Unterlagen werden erbeten an das **Landratsamt – Zentralverwaltung der Krankenhäuser und Altenheime – 8730 Bad Kissingen**.

Kreiskrankenhause im oberbayerischen Raum (neuerbaut, Chirurgie und Innere Abteilung hauptamtlich) sucht für seine **Geburtshilflich-Gynäkologische Belegabteilung** einen zweiten, gleichberechtigten

Belegarzt

Praxistätigkeit am Ort möglich.

Zuschriften erbeten unter Nr. 331/506 an die Anzeigenverwaltung **BAYERISCHES ARZTEBLATT**, Sonnenstraße 29, 8000 München 2.

Große Gemeinschaftspraxis (Allgemein) mit Röntgen, Labor und EKG sucht

Mitarbeiter

für 1/2 bzw. 1 Jahr. Anschließend Eintritt in die Gemeinschaftspraxis möglich. Gehalt nach Vereinbarung.

Interessenten möchten sich bitte an **Praxis Dr. med. K. Sedlmayer, Dr. med. G. Sommer, Bahnhofstraße 6, 8340 Pfarrkirchen, Telefon (0 85 61) 63 93**, wenden.

Internist

sucht Fachkollegen für langfristige Mitarbeit in Fachpraxis in Nürnberg. Spätere Umwandlung in Gemeinschafts-Praxis möglich.

Zuschriften erbeten unter Nr. 331/546 an die Anzeigenverwaltung **BAYERISCHES ARZTEBLATT**, Sonnenstraße 29, 8000 München 2.

Landesversicherungsanstalt Oberfranken und Mittelfranken

Für den ärztlichen Dienst – Oberbegutachtung – in unserer Hauptverwaltung Bayreuth suchen wir eine(n)

Arzt/Ärztin

mit umfassenden allgemeinmedizinischen Kenntnissen und Interesse an sozialmedizinischen Aufgaben als **Obergutachter** ab sofort oder zum nächstmöglichen Eintrittszeitpunkt.

Halbtagsbeschäftigung kann vereinbart werden.

Die Tätigkeit erstreckt sich auf die Oberbegutachtung von ärztlichen Gutachten im sozialversicherungsrechtlichen Bereich. Eine längere Praxis oder klinische Erfahrung, auch auf dem Gutachtensektor, wäre daher von Vorteil.

Die Vergütung erfolgt je nach Vor- und Weiterbildung nach den einschlägigen Bestimmungen des BAT.

Bei Erfüllung der laufbahnrechtlichen Voraussetzungen ist die Übernahme in das Beamtinnenverhältnis – Laufbahn des höheren Dienstes – möglich. Die Besoldung erfolgt im Rahmen des Bundesbesoldungsgesetzes.

Wir bieten außerdem:

- alle Vergünstigungen des öffentlichen Dienstes
- gute Aufstiegsmöglichkeiten
- 5-Tege-Woche (ohne Wochenend- und Bereitschaftsdienst)
- Ausübung von Nebentätigkeiten im Rahmen der Richtlinien
- Umzugskostenvergütung, Beihilfen.

Ihre Bewerbung mit den erforderlichen Unterlagen (Lebenslauf, Zeugnisse, Lichtbild, Nachweis über ärztliche Tätigkeit usw.) richten Sie bitte an die

Landesversicherungsanstalt Oberfranken und Mittelfranken – Personalreferat – Leopoldstraße 1 und 3, 8580 Bayreuth, Telefon (09 21) 60 72 26.

Unser Landesvertrauensarzt und Leiter des ärztlichen Dienstes, Abteilungsdirektor Dr. Pöhlmann, Telefon (09 21) 60 76 40, ist auch gern bereit, mit interessierten Bewerbern zur näheren Information ein erstes kollegiales Kontaktgespräch zu führen.

Dr. med. (Internist) als Oberarzt eines Sanatoriums gesucht

Als klinisch geführtes Privatsanatorium für biologische Ganzheitsbehandlung sind wir eines der führenden Sanatorien für Regenerationskuren mit 160 Betten in der reizvollen Umgebung der Rhön.

Zur Entlastung unseres Cheferztes suchen wir einen

Oberarzt

der als freier, selbständig arbeitender Partner sich in unser engagiertes, kollegiales Ärzteteam integriert.

Da wir Sie frei halten von jeglicher Verwaltungsarbeit, können Sie sich rein Ihren ärztlichen Aufgaben widmen.

Wir garantieren Ihnen ein hohes Basiseinkommen, das sich entsprechend Ihrem Einsatz und Können steigern wird.

Gründliche Einarbeitung in alle wichtigen Spezialgebiete der biologischen Medizin übernimmt unser Chefarzt persönlich.

Interessenten möchten sich bitte schriftlich oder telefonisch (0 97 41) 50 11 mit Herrn Dr. Wellmer, Chefarzt, in Verbindung setzen, damit zur Klärung weiterer Fragen eine persönliche Aussprache vereinbart werden kann.

Regena Sanatorium, 8788 Bad Brückenau

Arzthelferin

Mittlere Reife, einjährige Med.-Kaufm. Berufsfachschule, sucht zum 1. 8. 1978 Anfangsstelle.

Zuschriften erbeten unter Nr. 331/526 an die Anzeigenverwaltung BAYERISCHES ARZTEBLATT, Sonnenstraße 29, 8000 München 2.

Realschülerin sucht zum Schulende August 1979

Lehrstelle als Arzthelferin

im Großraum München.

Telefon (0 89) 67 15 62

Chirurg und OA sucht vor Niederlassung in freier DA-Praxis

Vertretung

In der Zeit vom 1. Juni bis 30. Juli 1978.

Telefon (00 41) 8 32 62

Deutsche, 35 Jahre, sucht

Gemeinschafts- praxis

Allgemeinmedizin. Raum Mittenwald/Garmisch ab 1979.

Zuschriften erbeten unter Nr. 331/534 an die Anzeigenverwaltung BAYERISCHES ARZTEBLATT, Sonnenstraße 29, 8000 München 2.

In Hof (Saale)

Praxisräume

rund 130 qm, zum Herbst zu vermieten. Verkehrsgünstige Lage, PKW-Stellplätze.

Zuschriften erbeten unter Nr. 331/552 an die Anzeigenverwaltung BAYERISCHES ARZTEBLATT, Sonnenstraße 29, 8000 München 2.

Am Städt. Krankenhaus in Kaufbeuren (Allgäu) mit 270 Betten wird für die Innere Abteilung (ca. 60 Betten) zum nächstmöglichen Zeitpunkt ein

Assistenzarzt (-ärztin)

gesucht.

Die Stadt Kaufbeuren (ca. 45 000 Einwohner) ist das kulturelle Zentrum des Ostallgäus und besitzt mit ihrer reizvollen Lage im Voralpengebiet einen hohen Freizeitwert.

Wir bieten Vergütung nach dem Bundes-Angestellten-Tarif (BAT) und die sonstigen Sozialleistungen des öffentlichen Dienstes wie Weihnachtsgeld, Urlaubsgeld, zusätzliche Altersversorgung, Beihilfen im Krankheitsfall und dgl. Auf Wunsch steht Ärzte-Appartement zur Verfügung.

Bewerbungen erbiten wir an das Personalamt der Stadt Kaufbeuren, Postfach 308, 8950 Kaufbeuren.

Der Landkreis Altheim-Friedberg sucht für sein Kreis-Krankenhaus in Altheim (146 Betten) zum nächstmöglichen Zeitpunkt

2 Assistenzärzte

für die Chirurgische Abteilung. Die Stelle kann auch von einem Assistenzarzt, der den Arzt für Allgemeinmedizin anstrebt, besetzt werden.

Die Chirurgische Abteilung verfügt über 60 Betten.

Weiterbildung für drei Jahre durch den hierzu ermächtigten Arzt. Alle weiterführenden Schulen, wie z. B. Gymnasium und Realschule, sind am Ort.

Hoher Freizeitwert (nach Augsburg in 20 Auto-Minuten, nach München in 30 Auto-Minuten).

Schriftliche Bewerbungen mit den üblichen Unterlagen werden erbeten an die Haupt- und Personalabteilung des Landratsamtes Altheim-Friedberg, Schloßplatz 7, 8890 Altheim.

Der Landkreis Regen sucht für die Chirurgische Abteilung des Krelekrankenhauses Viechtach zum 1. 7. 1978 oder später

elnen Assistenzarzt

Vergütung erfolgt nach Vergütungsgruppe II/1 b. Daneben werden Bereitschaftsdienstvergütung und alle im öffentlichen Dienst üblichen Sozialleistungen, einschließlich zusätzlicher Alters- und Hinterbliebenenversorgung gewährt. Bei Vorliegen der tariflichen Voraussetzungen wird außerdem Umzugskostenvergütung zugesagt.

Viechtach, das in landschaftlich schöner Gegend liegt, ist staatlich anerkannter Luftkurort mit vielfältigen Sportmöglichkeiten und verfügt über ein modernes Schulzentrum mit Gymnasium (math.-naturw. und wirtschaftsw. Zweig) und Realschule.

Bewerbungen mit den üblichen Unterlagen werden erbeten an die Personalverwaltung des Landratsamtes, Schulgasse 2, 8370 Regen.

Der Landkreis Unterallgäu sucht für das Krelekrankenhaus in 8939 Türkheim (70 Betten, davon 50 Chirurgie-Betten)

1 Arzt für Chirurgie

als Beleg- oder Anstaltsarzt für die Chirurgische Abteilung

1 Oberarzt

für die Chirurgische Abteilung

1 Assistenzarzt

für die Chirurgische Abteilung

Die Bezahlung erfolgt nach BAT und den im öffentlichen Dienst üblichen Leistungen einschließlich tarifgerechter Bereitschaftsdienstvergütung.

Schriftliche Bewerbungen mit den üblichen Unterlagen werden erbeten an den

Landrat des Landkreises Unterallgäu,
8948 Mindelheim, Telefon (0 82 51) 99 51.

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

Kollegin, möglichst Internistin

zur Mitarbeit gesucht. Internistische Gemeinschaftspraxis, süddeutsche Großstadt, Gute Honorierung. Auch Teilzeit, a. W. Dauerstellung. Kenntnisse in Röntgen, eventuell Endoskopie oder Nuklearmedizin erwünscht.

Zuschriften erbeten unter Nr. 331/529 an die Anzeigenverwaltung BAYERISCHES ÄRZTEBLATT, Sonnenstraße 29, 8000 München 2.

Deutscher Chirurg, 49 Jahre, hervorragende Ausbildung (Univ. Kl.), 10 Jahre OA an kommunalem Haus, Erfahrung in ges. Bauch- und Unfallchirurgie (thoraxchir., gefäßchir., neurochir. und urologische Noteingriffe) sucht

Oberarztposition

mit vertraglicher Chefnachfolge oder selbständige Tätigkeit in einem Team an großer Klinik, mittelgroßer Abteilung oder Privatklinik, eventuell auch Praxisgemeinschaft, D-Arzt und Belegbetten).

Zuschriften erbeten unter Nr. 331/542 an die Anzeigenverwaltung BAYERISCHES ÄRZTEBLATT, Sonnenstraße 29, 8000 München 2.

Vertretung für Lungenarztpraxis

in mittelgroßer Stadt in Süddeutschland, Internistisch ausgerichtet, sofort gesucht. Gute Bezahlung und Betreuung zugesichert, eventuell Übernahme möglich.

Zuschriften erbeten unter Nr. 331/537 an die Anzeigenverwaltung BAYERISCHES ÄRZTEBLATT, Sonnenstraße 29, 8000 München 2.

Lungenarztpraxis

In mittelgroßer Stadt in Süddeutschland, Internistisch ausgerichtet, Geräte nach neuestem Stand, Bildverstärker und Fernsehkette, eigener Schichtraum mit Röntgengeräte. Umstandshalber sofort abzugeben.

Zuschriften erbeten unter Nr. 331/538 an die Anzeigenverwaltung BAYERISCHES ÄRZTEBLATT, Sonnenstraße 29, 8000 München 2.

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. alcc. 20 mg; Extr. Scillae spir. alcc. 25 mg; Extr. Crataegi e flor. spir. alcc. 15 mg; Extr. Crataegi e fruct. spir. alcc. 50 mg; Extr. Rauwolfiae serp. spir. alcc., 40% Gesamtkaloid, 2,5 mg (entspr. 1 mg Gesamtkaloid); Extr. Arnicae e flor. spir. alcc. 3 mg; Khellin 0,75 mg; Hesperidinphosphat-Natrium 7,5 mg.

Packung mit 30 Drag. DM 5,62, 50 Drag. DM 7,75, 100 Drag. DM 13,55

Ärztemuster durch:

BEFELKA-ARZNEIMITTEL, Postfach 1351, 4506 Osnabrück.

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