



Fortbildung in Stichwörtern nach Leitsymptomen

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

Leitsymptom: Bewußtseinsstörung

Der Notfall: Coma diabeticum

bearbeitet von Dr. H. Jost und Professor Dr. P. G. Scheurlen

Symptomatik:

Als Prodromie oft Adynamie, Schlafbedürfnis, Kopfschmerzen, Appetitlosigkeit, starker Durst (Exsikkose), Polyurie, Brechreiz, Erbrechen, Durchfälle (auch nachts). Mit zunehmender Bewußtseinseintrübung Abdominalschmerzen („Pseudo-Peritonitis diabetica“). Tiefe, beschleunigte Atmung (Kussmaulsche Atmung), Aceton-Geruch der Atemluft. Trockene, gerötete Haut. Weicher Puls, Hypotonie. Pupillen eher weit, Bulbi weich.

Anamnese:

Das Coma diabeticum entwickelt sich gewöhnlich langsamer als das hypoglykämische Koma. Auslösende Ursachen sind Diätfehler, ungenaue oder ungenügende Behandlung mit Antidiabetika, Reduktion oder Weglassen von Insulin, besonders wenn infolge zunehmender Azidose sich eine Appetitlosigkeit entwickelt. Weitere Ursachen: Akute Entzündungen (z. B. symptomenarme Pyelonephritis), Medikamente wie *Glucocorticoide*, *Ovulationshemmer*, *Salidiuretika*.

Sofortdiagnostik:

Klinisch: Eintrübung des Bewußtseins, trockene, gerötete Haut, Aceton-Geruch der Atemluft, große Kussmaulsche Atmung, Oligurie und Exsikkose (Hautturgor!), eventuell „Durstfieber“.

Labor: Blutzucker-Schnelltest mit Teststäbchen (*Hämoglukotest*, *Dextrostix*); (Katheter-) Harnzucker (*Clinistix*). Nachweis von Aceton im Harn (*ACE-Test*). Ketosäuren im Serum und Harn (*Ketostix*).

Kontrolle des Wasser-Elektrolythaushaltes.

Therapeutische Sofortmaßnahmen:

500 ml *Laevulose* 5 Prozent als Dauertropfinfusion für den Transport (oder andere iso- oder hypotone Lösungen). Bei Schocksymptomatik mit nicht meßbaren Blutdruckwerten und Tachykardie: 500 ml *Dextran-40* oder andere Plasmaexpander. Nach Sicherung der Diagnose eventuell vor der Klinikeinweisung 48 E *Alt-Insulin* intravenös verabreichen (sämtliche Therapiemaßnahmen auf dem Einweisungsschein angeben!).

Indikation für die
Krankenhaus-
einweisung:

Zusätzliche Maß-
nahmen:

Differentialdiagno-
stische und andere
Erörterungen:

Jeder komatöse Zustand stellt eine lebensbedrohliche Situation dar und bedarf deshalb einer sofortigen Klinikeinweisung. In der Klinik: Insulin-Behandlung entsprechend der Blutzuckerkonzentration. Flüssigkeitssubstitution. Korrektur der Azidose. Kaliumsubstitution.

Es muß eine regelhafte Überwachung des Patienten während des Transportes gewährleistet sein, da Erbrechen auftreten kann und somit bei nicht sachgemäßer Lagerung des Patienten Aspirationsgefahr besteht.

Bei nicht gesicherter Diagnose darf kein *Insulin* verabreicht werden. Besteht auch nur ein geringer Verdacht auf einen hypoglykämischen Schock und ist eine Klärung durch den Blutzuckerschnelltest nicht möglich, werden probatorisch zunächst 40 ml 40prozentige *Glucose-Lösung* intravenös gegeben und die Reaktion des Patienten abgewartet.

Das hypoglykämische Koma entwickelt sich im allgemeinen rascher als das diabetische Koma. Auslösende Ursachen sind ebenfalls Diätfehler, besonders absolute oder relative Überdosierung von Insulin oder oralen Antidiabetika. Klinisch beobachtet man vorwiegend zentralnervöse Symptome (Verwirrtheit, Stupor, Delirien, Sehstörungen, epileptiforme Krämpfe), sowie Muskelzittern, Tachykardie, Heißhunger und vermehrtes Schwitzen. Die Haut ist meist feucht, und es besteht keine Exsikkose. Die Atmung ist normal (keine Kussmaulsche Atmung!), kein Aceton-Geruch. Gesteigerter Muskeltonus.

Bei Hyperglykämie ohne Aceton-Geruch und ohne Kussmaulsche Atmung muß auch an ein **hyperosmoleres Koma** gedacht werden, das meist bei älteren, bisher mit oralen Antidiabetika behandelten Patienten oder bei zuvor nicht bekanntem Diabetes mellitus auftritt. Mit Biguaniden behandelte Diabetiker entwickeln gelegentlich eine **Laktatazidose**, besonders wenn gleichzeitig die Nierenfunktion eingeschränkt ist, eine Herzinsuffizienz, eine Leberfunktionsstörung oder ein Alkoholabusus bestehen. Hinzuweisen sind stärkere Muskelschmerzen, vermehrter Brechreiz und ein rasch sich entwickelndes Koma.

Die Pseudo-Peritonitis diabetica kann zur Fehldiagnose einer **akuten abdominalen Erkrankung** führen, besonders auch weil im Coma diabeticum eine Leukozytose bestehen kann und andererseits akute abdominelle Erkrankungen auslösende Ursache eines Coma diabeticum sein können.

Kussmaulsche Atmung wird auch im Coma uraemicum und bei Salicylatvergiftung beobachtet.



Bayerisches Ärzteblatt

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

Herausgegeben von der Bayerischen Landesärztekammer

Nummer 8

Zur Kenntnis genommen:

Der August ist Urlaubsmonat in Bayern. Da soll man eigentlich keine schwerwiegenden gesundheits- oder sozialpolitische Themen ansprechen. Das haben wir uns besser für den Herbst auf. Außerdem ist es heute – an meinem Juli-Schreibetag – richtig heiß. Man war schon so an den Regen gewöhnt, daß einem direkt etwas abgeht. Wer kann schon bei Hitze arbeiten? Aber Sie lesen das ja im August – und da ist es sicher auch heiß. Dann sind wir wieder auf der gleichen Wellenlänge. Im übrigen wünsche ich Ihnen, liebe Kolleginnen und Kollegen, zusammen mit Ihren Familien recht gute Erholung, und viel Spaß in den wohlverdienten Ferien! Dazu ein kleiner Beitrag.

Wissen Sie, was Akupressur ist? Genieren Sie sich nicht, wenn Sie es nicht wissen. Mir war es bis vor wenigen Wochen auch unbekannt. Aber ich lese jeden Morgen – zeitlich sehr kurz bemessen – in einer Illustrierten. Da schrieb ein kollegialer Vertasser über Akupressur. Sie ist sozusagen eine Stiefschwester der Akupunktur. Aber viel sympathischer! Da wird nämlich nicht mit Nadeln gestochen – und womöglich auch noch gedreht –, sondern es wird nur mit dem eigenen Finger gedrückt und massiert. Sie glauben es nicht, was da alles erreicht werden kann. Zum Beispiel gibt es zwischen Oberlippe und Nase einen wichtigen Punkt. Wenn man den findet und massiert, hilft es gegen die Freßsucht, auch Appetit genannt. Wenn das allein nicht hilft, gibt es, wenn ich mich recht erinnere, noch einen Punkt oberhalb des Nabels, den man zusätzlich massieren muß. Die Herren können das völlig unauffällig unter der Krawatte machen. Zum Beispiel während einer Besprechung, der programmäßig ein frugales Mittags- oder Abendessen folgt. Sollte das noch nicht reichen, empfehle ich zusätzlich das alte FdH-Prinzip. Das hilft im Zweifelsfall immer. Es gibt aber noch weitere bedeutende Akupressurpunkte: unter dem Nabel, unter der Kniescheibe, zwischen Daumen und Zeigefinger. Sie zu massieren, hilft gegen Langeweile, schlechte Laune, für höchste Aktivität und so weiter. Das ganze ist keine neue Erfindung. Um Gottes willen, wo denken Sie hin? Es handelt sich ausschließlich um alte chinesische Weisheiten – also uralte und deshalb auch nicht anzugreifen. Entdeckt wurde das alles von einem Pionier der Akupunktur. Daß er es auch publiziert hat, finde ich deshalb so bewundernswert, weil das so selbstlos ist. Zum Akupunkturern muß man nämlich hingehen und dafür bezahlen, weil es nicht auf Krankenschein geht. Akupressur lernt man aus der Illustrierten – vermittelt von Experten – und macht es dann zuhause selbst. Ein klassischer Fall von Selbstbehandlung also. Wenn man nun bedenkt, wie die Menschen durch Akupressur reihenweise normalgewichtig werden, dazu psychisch ausgeglichen und leistungsfähig, dann ist absehbar, daß die Krankenkassen immer weniger Ausgaben für ärztliche Behandlung haben werden. Nachdem sie das Geld nicht für sich behalten wollen, werden die Vertreter der Krankenkassen in Bälde zu uns kommen und für die noch verbleibenden ärztlichen Leistungen höhere Honorare anbieten. Es sei denn, die Versicherten verlangen für die Akupressur-Selbstbehandlung eine Beitragsrückerstattung. Dann sind wir wieder die Lackierten. Für diesen Fall empfehle ich, daß wir nicht zur Feder, sondern zur Nadel greifen. Sie können nämlich darauf wetten, daß die Masse unserer Mitmenschen sogar zur Selbst-Akupressur schon zu bequem ist. Die werden dann – streng nach altchinesischer Vorschrift – mit Nadeln gepleckst, und das ohne Krankenschein.

Sollte auch dies nicht zum psychischen Normalgewicht führen, dann gibt es nur noch eine letzte Rettung: Vertrösten Sie Ihren Patienten und sagen Sie ihm, daß jetzt bald die Psychologen zur Psychotherapie zugelassen werden. Nur noch ein wenig Geduld. Frau Antje Huber bereitet in ihrem Hause, dem Bundesgesundheitsministerium, ein Psychologen- (oder Psychotherapeuten-) Gesetz vor. Wie man lesen kann, stehen schon 8000 bis 12 000 Psychologen in den Startlöchern, um auf die notleidende Menschheit loszuzustarten, damit sie von ihren psychischen Leiden, Drucken oder Zwängen endlich befreit werden. Übrigens: das zahlt dann die Krankenkasse. Wie meinen Sie? Dann käme erst die wirkliche Kostenexplosion? Keine Rede! Das Geld fließt ja nicht den Ärzten zu!

Jetzt ist es doch noch ein sehr ernstes gesundheitspolitisches Thema geworden. Wir werden uns im Herbst, wenn der Gesetzentwurf vorliegt, sehr eingehend damit zu befassen haben.

Für heute wünsche ich Ihnen – trotz allem – nochmals viel Freude und gute Erholung.

Professor Dr. Sewering

31. Bayerischer Ärztetag in St. Englmar

Vollversammlung der Bayerischen Landesärztekammer 6. bis 8. Oktober 1978

Eröffnung:

Freitag, 6. Oktober, 19 Uhr, in der Festhalle des Hotels „Haus Berghof“ — anschließend Empfang —

Ort und Zeit der Arbeitstagen:

Samstag, 7. Oktober, 9 Uhr s. t., und Sonntag, 8. Oktober, 9 Uhr c. t.

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

Stimmübertragung ist nach dem Kammergesetz nicht zulässig.

Tagesordnung:

1. Tätigkeitsbericht der Bayerischen Landesärztekammer
2. Finanzen der Bayerischen Landesärztekammer
 - 2.1 Rechnungsabschluß 1977
 - 2.2 Entlastung des Vorstandes 1974 mit 1977
 - 2.3 Haushaltsvoranschlag 1979
 - 2.4 Beitragsordnung
 - 2.5 Reisekostenordnung und Entschädigungen der Bayerischen Landesärztekammer
3. Bericht des Bayerischen Obersten Rechnungshofes (Rechnungsprüfung 1976)
4. Ergänzung der Weiterbildungsordnung
5. Änderung der Satzung der Bayerischen Landesärztekammer
6. Änderung der Wahlordnung der Bayerischen Landesärztekammer
7. Änderung der Meldeordnung für Ärzte bei den Ärztlichen Kreisverbänden
8. Neufassung der Mustersatzungen für die Ärztlichen Kreisverbände und die Ärztlichen Bezirksverbände
9. Besetzung des Berufsgerichtes für die Heilberufe beim Oberlandesgericht Nürnberg und des Landesberufsgerichtes für die Heilberufe bei dem Bayerischen Obersten Landesgericht mit ehrenamtlichen Richtern
10. Wahl des Tagungsortes des 33. Bayerischen Ärztetages 1980

Sekundäre Hypertonie — Vom Symptom Hochdruck zur Diagnose der einzelnen Formen*

von W. Vetter, W. Siegenthaler und H. Vetter

Aus dem Departement für Innere Medizin der Universität Zürich (Direktoren: Professor Dr. P. Frick, Professor Dr. A. Labhard, Professor Dr. W. Siegenthaler) und der Medizinischen Universitäts-Poliklinik Bonn (Direktor: Professor Dr. F. Krück)

Einleitung

Die arterielle Hypertonie zählt wegen ihrer weltweiten Verbreitung zu den modernen Zivilisationsseuchen.

In der ärztlichen Praxis ist sie eine der häufigsten Erkrankungen. So zeigten in einem von uns untersuchten poliklinischen Patientengut 10,4 Prozent einen pathologisch erhöhten Blutdruck (1).

Die Hypertonie zählt zu einem der wichtigsten kardiovaskulären Risikofaktoren. Sie ist oft an der Entstehung von Herzinfarkt, Hirnschlag und Niereninsuffizienz beteiligt. Man weiß heute, daß eine ausreichende Therapie das Auftreten dieser Spätfolgen der Hypertonie vermindert. Es ist deshalb zunächst notwendig, eine möglichst große Anzahl von Hypertonikern zu erfassen.

Hypertonieabklärungsprogramm

Vom Symptom hoher Blutdruck zur Diagnose der einzelnen Hypertonieformen führt das in der ärztlichen Praxis und in den Kliniken verwendete Abklärungsprogramm, welches neben Hypertonie-bezogenen Untersuchungen noch andere zur Erfassung weiterer kardiovaskulärer Risikofaktoren beinhaltet. Die Tabelle 1 zeigt ein von uns verwendetes Basisabklärungsprogramm, welches von der Schweizerischen Vereinigung gegen den hohen Blutdruck empfohlen wurde. Dieses Standardabklärungsprogramm der Hyperto-

nie besteht aus einer eingehenden Anamnese, einer klinischen Untersuchung, verschiedenen Serum- und Urinuntersuchungen und weiteren Zusatzuntersuchungen, wie EKG, Röntgen-Thorax und intravenöses Pyelogramm. Letzteres wird von uns in der Regel nur bei Patienten unter 35 Jahren oder/und bei solchen mit einer Erhöhung des diastolischen Blutdruckes über 110 mm Hg angefertigt.

Erbringt das Abklärungsprogramm anamnestisch, klinisch und laborchemisch keinen Hinweis für das Vorliegen einer sekundären Hypertonieform, so wird der Patient als essentieller Hypertoniker klassifiziert.

Als sekundäre Hypertonieformen folglich werden jene Hochdruckformen bezeichnet, bei denen das Standardhypertonieabklärungsprogramm (und eventuell noch andere Spezialuntersuchungen) eine Ursache der Erkrankung zutage fördert.

Im folgenden werden die wichtigsten Formen der sekundären Hypertonie besprochen.

Renale Hypertonie

Unter den sekundären Hypertonieformen ist die renale Hypertonie die häufigste. Die ganz überwiegende Mehrzahl der Patienten läßt sich in eine der beiden folgenden Gruppen einteilen:

1. Hypertonie bei Erkrankungen des Nierenparenchyms (wie z. B. Glomerulonephritis, Pyelonephritis, Zystennieren) und
2. Hypertonie bei Nierenarterienstenose

1. Hypertonie bei Erkrankungen des Nierenparenchyms

Auf diese Erkrankungen führt mitunter die Familienanamnese (familiäre Häufung bei Zystennieren, familiäre Glomerulonephritiden) und auch die persönliche Anamnese (rezidivierende Harnwegsinfekte bei Pyelonephritis). Klinisch imponieren Zystennieren oft durch palpable, stark vergrößerte Tumormassen in abdomine.

Die laborchemischen Untersuchungen zeigen mitunter (aber nicht immer) eine Einschränkung der Nierenfunktion mit pathologisch erhöhtem Serumkreatinin.

Die Urinuntersuchungen lassen bei Glomerulonephritis meist eine Proteinurie und eine Erythrozyturie, bei Pyelonephritis oft eine Leukozyturie mit Bakteriurie erkennen.

Die Behandlung der Hypertonie bei renal-parenchymatösen Erkrankungen unterscheidet sich nicht wesentlich von der der essentiellen Hypertonie. Zu beachten ist allerdings, daß Thiaziddiuretika bei stark eingeschränkter Nierenfunktion (Serumkreatinin > 2 mg %) weitgehend ihre Wirkung verlieren. In diesen Fällen empfiehlt sich die Gabe von Furosemid.

2. Hypertonie bei Nierenarterienstenose

Die Erkrankung betrifft Frauen häufiger als Männer. Bei jüngeren Patienten wird die Stenose überwiegend durch fibromuskuläre Dysplasie der Nierenarterie, bei älteren durch arteriosklerotische Gefäßveränderungen verursacht. In etwa 25 Prozent der Fälle läßt sich eine doppelseitige Stenose der Nierenarterie nachweisen. Klinisch läßt sich in 40

*) Vortrag anläßlich 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.

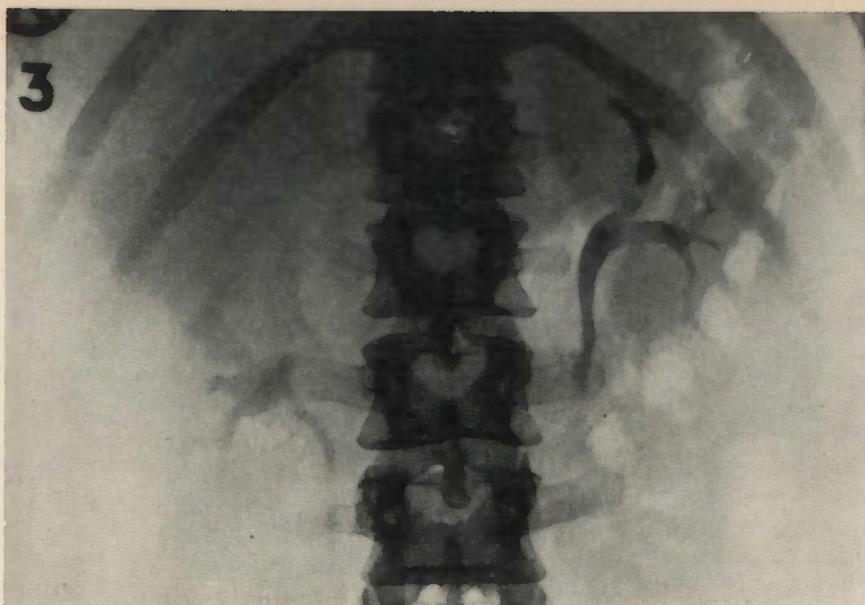


Abbildung 1
Intravenöses Pyelogramm einer 32-jährigen Patientin mit fibromuskulärer Stenose der rechten Nierenarterie. Die im abgebildeten Frühbild (drei Minuten-Aufnahme) nachweisbare schwächere Darstellung des rechtsseitigen Nierenbeckensystems ist auf das Vorliegen einer Nierenarterienstenose rechts stark verdächtig

bis 50 Prozent der Fälle ein systolisches Geräusch paraumbilikal oder über den Flankenregionen erfassen. Das Geräusch ist oft nur für den Geübten hörbar. Als praktischer Hinweis sei erwähnt, daß durch kurze körperliche Anstrengung (z.B. einige Kniebeugen) die Intensität des Systolikums stark zunimmt. Das Ge-

räusch ist allerdings nicht beweisend für die Nierenarterienstenose, da es auch in einem gewissen Prozentsatz (sieben Prozent) von Patienten mit essentieller Hypertonie vorkommt (2).

Als sehr wertvoll in der Diagnostik der Nierenarterienstenose hat sich

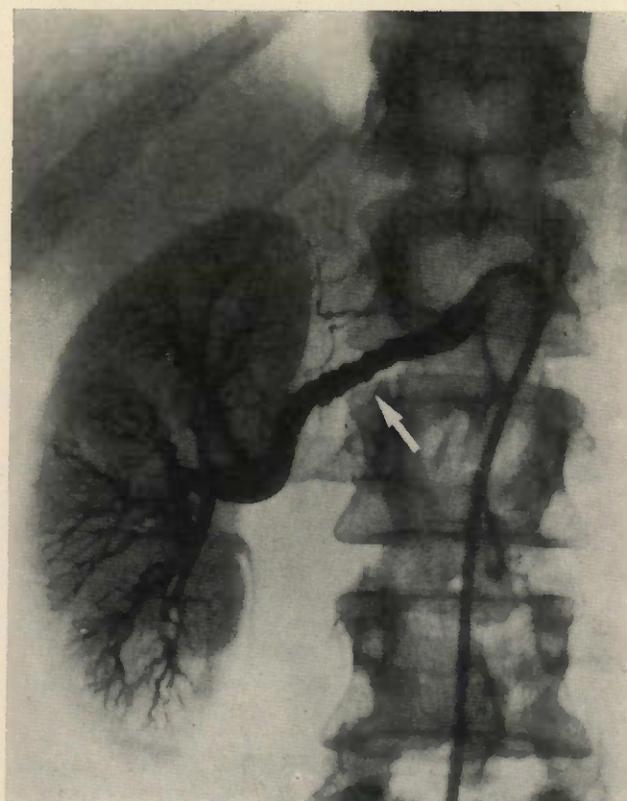


Abbildung 2
Selektive Arteriographie der rechten Nierenarterie bei einer 32-jährigen Patientin. Die im mittleren Drittel der Nierenarterie nachweisbare perlenkettenartige Stenosierung spricht für fibromuskuläre Dysplasie des Blutgefäßes

das intravenöse Pyelogramm einschließlich Frühurogramm erwiesen. Aufgrund der Minderdurchblutung jener Niere, welche der Stenose nachgeschaltet ist, verteilt sich das Kontrastmittel dann schneller in der gesunden als in der kranken Niere. In der Folgezeit erscheint es dann im Nierenbeckensystem der gesunden Seite schneller als auf der erkrankten Seite. Dieser in der Frühphase der Untersuchung nachweisbare Konzentrationsunterschied ist auf das Vorliegen einer Nierenarterienstenose auf der Seite mit schwächerer oder zunächst fehlender Darstellung (Abb. 1) des harnabführenden Systems sehr verdächtig.

Auch hier ist jedoch zu betonen, daß ein pathologischer Ausfall der Untersuchung auch bei etwa zehn Prozent der essentiellen Hypertoniker zu beobachten ist (2).

Die Diagnose wird gesichert durch die angiographische Darstellung der Stenose. Zuweilen zeigt der röntgenologische Befund eine perlenkettenartige Veränderung der Nierenarterie (Abb. 2). Eine derartige Veränderung spricht für fibromuskuläre Dysplasie des Blutgefäßes, während aortanahe, becherförmige Einengungen der Nierenarterie meist durch arteriosklerotische Umbauprozesse verursacht sind.

Grundsätzlich stehen entweder eine operative Korrektur der Stenose oder eine medikamentöse Therapie zur Verfügung. Bei der Indikation zu einem operativen Eingriff sollten jedoch neben den für jede Operation geltenden Richtlinien das Alter des Patienten und die Dauer der Hypertonie mit berücksichtigt werden.

Aortenisthmusstenose

Meist besteht eine Einengung im Anfangsteil der deszendierenden Aorta, wobei Grad der Stenosierung und Länge der Stenose variabel sind. Man unterscheidet – entsprechend der anatomischen Beziehung zum Ductus Botalli – eine präduktale (infantiler Typ) und postduktale (Erwachsenenform) Aortenisthmusstenose.

In einem von uns untersuchten Patientenkollektiv betrug die Häufigkeit der Aortenisthmusstenose 0,6 Prozent. Die Aortenisthmusstenose war damit hinter der Nierenarterien-

stenose die häufigste heilbare Hypertonieform.

Die Verdachtsdiagnose läßt sich schon durch Nachweis kräftiger Radialispulse und im Vergleich dazu auffallend schwachen Femoralispulse stellen. Bei jedem Hypertoniker (besonders aber bei jungen Patienten) sollten deshalb bei der klinischen Erstuntersuchung die Pulse an oberer und unterer Extremität untersucht werden. Auskultatorisch ist oft ein spätsystolisches spindelförmiges Geräusch im zweiten bis vierten Interkostalraum links parasternal zu erfassen, welches über den zweiten Herzton hinausreicht.

Das Systolikum ist in der Regel stärker im Rücken zu hören (zwischen beiden Schulterblättern links der Wirbelsäule). Röntgenologisch imponieren Rippenusuren, welche durch Arrosion des Knochens infolge starker Hypertrophie und Schlingelung der Interkostalararterien (Kollateralkreislauf) hervorgerufen werden. Die Diagnose wird durch Herzkatheterisierung gesichert.

Da die mittlere Lebenserwartung der Patienten aufgrund der permanenten Druckbelastung des Herzens und der Gefäße stark eingeschränkt ist, sollte jeder Patient mit Aortenisthmusstenose operiert werden.

Standardklärungprogramm der Hypertonie

1. Anamnese:

Familienanamnese:	Hochdruck Herzschlag Schlaganfall Nierenerkrankungen
Persönliche Anamnese:	Wie lange Hypertonie bekennt? Nierenerkrankungen Schwangerschaftskomplikationen Herzkrankung Medikamente (u. a. Ovulationshemmer) Blutdruckkrisen (Phäochromozytom?) Rauchgewohnheiten*)

2. Klinische Untersuchungen:	Mehrfache Blutdruckmessung Körpergröße und Körpergewicht Adipositas, Aspekt (Cushing-Syndrom?) Auskultation des Herzens Pulse: Arme, Leiste und Füße (Aortenisthmusstenose?) Palpation und Auskultation des Abdomens und der Nieren (Strömungsgeräusche) (Nierenarterienstenose?) Augenhintergrund
------------------------------	--

3. Urinuntersuchung:	Eiweiß (Nierenerkrankung?) Sediment Glucose*)
----------------------	---

4. Blutuntersuchungen:	Kreatinin (Nierenerkrankung?) Kalium (Aldosteronismus? Saluretika?) Glucose, Cholesterin, Harnsäure*)
------------------------	---

5. Weitere Untersuchungen:	EKG Röntgen - Thorax intervenöses Pyelogramm (einschließlich Frühurogramm) (nur bei Patienten unter 35 Jahren oder/und gleichzeitiger Erhöhung des diastolischen Blutdruckes über 110 mm Hg)
----------------------------	--

*) Untersuchungen zur Erfassung zusätzlicher Risikofaktoren.

Tabelle 1

(aus Faltblatt „Hypertonie 1977“ der Schweizerischen Vereinigung gegen den hohen Blutdruck)

Optimale Bioverfügbarkeit



Aldosteronantagonist
Spiro-Tablinen[®]
Spironolacton mikron. 100 mg

20 Tabl.

50 Tabl.

41.- 96.-

Kontraindikationen

Niereninsuffizienz mit Anurie, Hyperkaliämie, Hyponatriämie.

Nebenwirkungen

Magen-Darm-Beschwerden, Hautausschläge, Müdigkeit, Brustschwellungen (Gynäkomastie beim Mann), schmerzhafte Brustspannung, Regelstörungen, zunehmende Behaarung, und (u. U. irreversible) Vertiefung der Stimme bei Frauen sind, besonders bei längerer Therapiedauer, möglich.

Ovulationshemmer-Hypertonie

Die Diagnose wird aufgrund der anamnestischen Angaben vermutet. Man sollte deshalb jede junge Hypertonikerin nach der Einnahme von Ovulationshemmern fragen (s. Abklärungsschema der Hypertonie, Tab. 1).

Die Ovulationshemmer-Hypertonie ist nach unseren Erfahrungen mit einem Anteil von 0,5 Prozent die häufigste „endokrine Hypertonieform“ (1).

Die Diagnose wird dadurch gesichert, daß sich einige Monate nach Absetzen der Ovulationshemmer wieder normale Blutdruckwerte nachweisen lassen. In den von uns beobachteten Fällen kam es innerhalb von drei Monaten zu einer Normalisierung der systolischen und diastolischen Druckwerte (Abb. 3). In der Literatur sind bis zu acht Monate beschrieben.

Abschließend zwei praktische Hinweise:

1. Der Nachweis wiederholt erhöhter Blutdruckwerte bei einer Patientin, welche Ovulationshemmer nimmt, zwingt zu einem Absetzen des Medikamentes.

2. Bei vorbestehender Hypertonie ist die Gabe von Ovulationshemmern kontraindiziert.

Endokrine Hypertonieformen

Endokrine Hypertonieformen machen wahrscheinlich weniger als ein Prozent aller Hypertonien aus. Ihre Diagnose ist jedoch deshalb wichtig, da in den meisten Fällen die Hypertonie durch einen operativen Eingriff mit Beseitigung der zugrunde liegenden Ursache geheilt werden kann (3).

1. Primärer Aldosteronismus

Das Krankheitsbild des primären Aldosteronismus wird in 70 bis 80 Prozent der Patienten durch ein solitäres, Aldosteron-produzierendes Adenom der Nebennierenrinde (Conn-Syndrom) und in 20 bis 30 Prozent der Fälle durch eine idiopathische, bilaterale Nebennierenrindenhypertrophie verursacht. Beidseitige Adenome und Aldosteron-produzierende Karzinome sind selten.

Die Hauptwirkung des Aldosterons, des wichtigsten Mineralocorticoids des Menschen, besteht in einem Austausch von Kalium- und Wasser-

stoffionen gegen Natriumionen im distalen Nierentubulus. Aus der pathologischen Steigerung dieses Vorganges erklärt sich das Leitsymptom der Erkrankung, eine hypokaliämische Hypertonie.

Eine Hypokaliämie wird in fast allen Fällen beobachtet. In dem von uns verwendeten Hypertonieabklärungsprogramm führt deshalb immer ein abnorm tiefes Serumkalium auf die Verdachtsdiagnose. Besonders verdächtig sind ferner, wenn sich schon unter geringer Diuretika-Dosierung eine massive Hypokaliämie entwickelt oder tiefe Kaliumwerte auch noch mehrere Wochen nach Absetzen der Diuretika-Medikation nachweisbar bleiben.

Die Diagnose wird durch spezielle Hormonuntersuchungen (Bestimmung der Plasma-Aldosteron-Konzentration und der Plasma-Renin-Aktivität) gesichert.

Die Unterscheidung zwischen den beiden Hauptformen der Erkrankung (solitäres Nebennierenrindenadenom oder bilaterale, idiopathische Nebennierenrindenhypertrophie) gelingt mittels Nebennierenphlebographie oder/und Bestimmung der Aldosteron-Konzentration im Nebennierenvenenblut. Bei der Nebennierenphlebographie werden bei Vorliegen eines Adenoms die Nebennierenvenen durch den kleinen Tumor bogenförmig verdrängt (Abb. 4). Die Diagnose eines Adenoms wird gleichzeitig dadurch gesichert, daß sich im Nebennierenvenenblut der erkrankten Seite ein sehr hoher Aldosteron-Wert ermitteln läßt, während auf der nicht erkrankten Seite ein deutlich niedrigerer Wert beobachtet wird (s. Abb. 4).

Patienten mit solitärem Adenom werden einseitig adrenaletomiert. Eine operative Entfernung einer oder beider Nebennieren beeinflusst bei Patienten mit bilateraler Hyperplasie nicht oder nur ungenügend die Hypertonie. Diese Patienten werden von uns mit einer Kombinationsbehandlung, bestehend aus einem Thiaziddiuretikum (50 bis 100 mg Hydrochlorothiazid täglich) und Spironolacton (100 bis 200 mg täglich), behandelt.

2. Cushing-Syndrom

Die Diagnose einer Hypertonie bei Cushing-Syndrom bereitet im allgemeinen keine differentialdiagnosti-

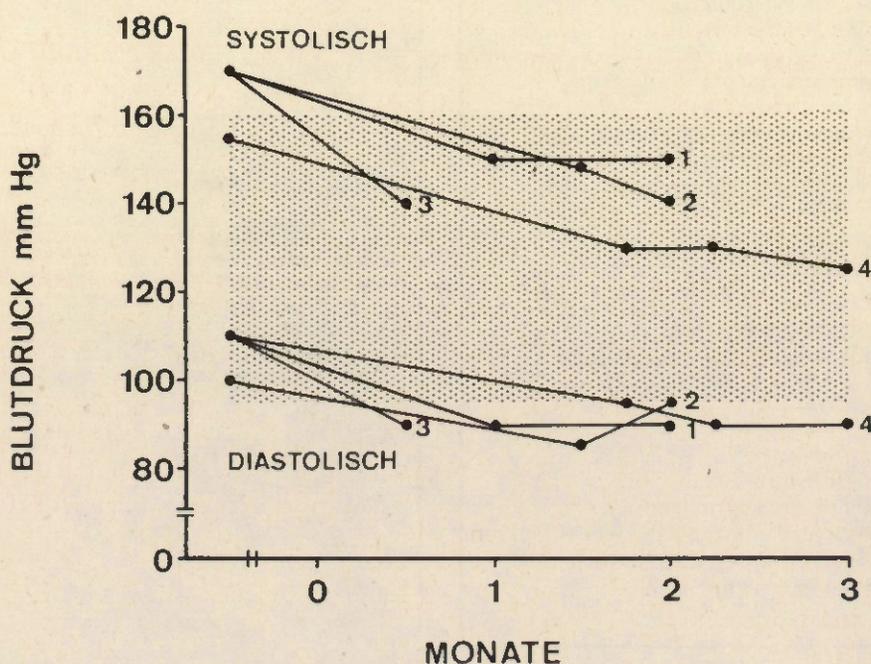


Abbildung 3
Verhalten des systolischen und diastolischen Blutdruckes bei vier Patientinnen nach Absetzen einer Ovulationshemmer-Therapie. In jedem der vier Fälle kam es innerhalb von drei Monaten zu einer Normalisierung der Druckwerte

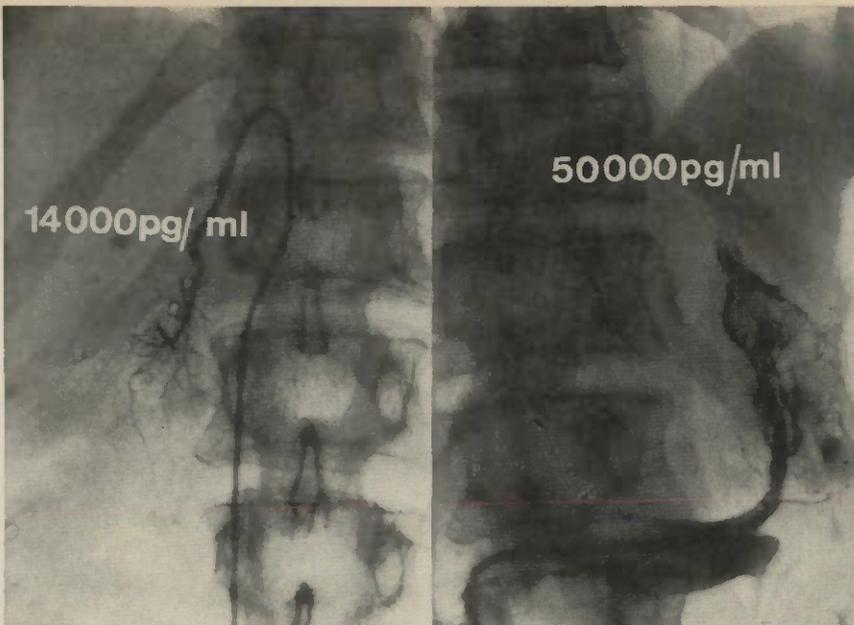


Abbildung 4
Nebennierenphlebographie bei einer 53jährigen Patientin mit primärem Aldosteronismus. Während sich die rechte Nebenniere unauffällig darstellt, ist in der linken Nebenniere eine bogenförmige Verdrängung der Blutgefäße zu beobachten. Die in beiden Nebennierenvenen ermittelten Aldosteron-Werte mit hoher Hormonkonzentration links und niedriger rechts sprechen ebenfalls für einen linksseitig Aldosteronproduzierenden Prozeß. Operativ fand sich ein kleines Adenom der linken Nebenniere

schon Schwierigkeiten, sobald die Grundkrankheit aufgrund der meist charakteristischen klinischen Symptome erkannt wurde (Abb. 5).

Die bei dieser Krankheit nachweisbaren klinischen und metabolischen Veränderungen sind überwiegend Folge der pathologisch gesteigerten Cortisol-Produktion.

Das Krankheitsbild wird in 70 bis 80 Prozent der Fälle durch eine Störung im Bereich des Hypothalamus-Hypophysen-Systems mit gesteigerter ACTH-Sekretion und konsekutivem Cortisolismus mit beidseitiger Nebennierenrindenhyperplasie verursacht. In etwa 20 bis 30 Prozent der Fälle findet sich entweder ein Cortisol-produzierendes unilaterales Adenom oder ein Karzinom der Nebennierenrinde. Ektope ACTH-Syndrome aufgrund von Produktion von ACTH oder ACTH-ähnlichen Substanzen durch maligne Tumoren sind selten.

Eine Hypertonie findet sich bei über 80 Prozent aller Patienten mit Cushing-Syndrom. Auch bei Cushing-Syndrom kann die Hypertonie schwer und in Einzelfällen maligne verlaufen.

Die Verdachtsdiagnose eines Cushing-Syndroms stellt sich bei Nach-

weis einer typischen klinischen Symptomatik mit Stammfettsucht, Hirsutismus, Akne, Büffelnacken, Striae rubrae, Muskelschwäche und Ecchymosen. Oft ist röntgenologisch eine ausgesprochene Osteoporose nachweisbar.

Die Diagnose wird durch den Nachweis einer ungenügenden Suppression der Cortisol-Produktion durch Dexamethason gesichert.

In dem von uns verwendeten Abklärungsschema wird die Verdachtsdiagnose durch den klinischen Aspekt gestellt (s. Tab. 1). Bei einigen Fällen läßt sich eine mehr oder weniger ausgesprochene Hypokaliämie nachweisen. Diese Hypokaliämie wird durch die zusätzlich gesteigerte Produktion von Mineralocorticoid-wirksamen Steroidhormonen verursacht. Eine massive Hypokaliämie sollte immer den Verdacht auf das Vorliegen eines Cushing-Karzinoms lenken.

3. Phäochromozytom

Ein Phäochromozytom fällt zuweilen durch eine anamnestisch oder klinisch nachweisbare anfallsweise Blutdruckerhöhung auf. Diese Blutdruckerhöhung kommt durch die rasche Freisetzung von Katecholaminen aus dem Nebennierenmarktumorzustande.

Im Rahmen des Hypertonieabklärungsprogramms sollte der Untersucher deshalb nach Blutdruckkrisen fragen (s. Tab. 1).

Es sei jedoch erwähnt, daß in der Hälfte der Fälle mit Phäochromozytom keine anfallsweise Erhöhung

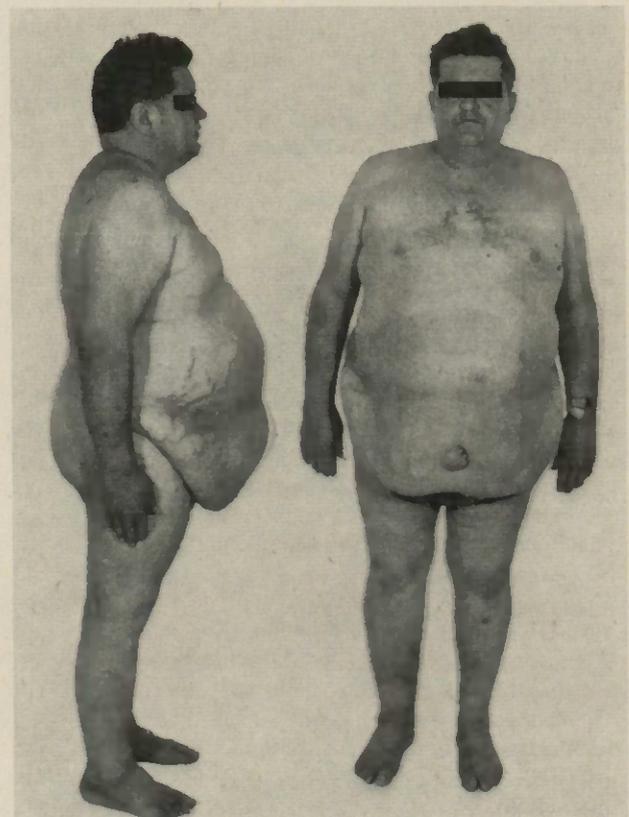


Abbildung 5
Typischer Cushing-Habitus (Stammfettsucht) bei einem 43jährigen Patienten mit hypophysär-hypothalamischer Form der Erkrankung

PAROXYSMALE FORM (n.37)	PERSISTIERENDE FORM (n.39)
KOPFSCHMERZEN 92%	KOPFSCHMERZEN 72%
SCHWEISSAUSBRUCH 65%	SCHWEISSAUSBRUCH 70%
HERZKLOPFEN 73%	HERZKLOPFEN 51%
BLÄSSE 60%	BLÄSSE 28%
ANGST 60%	ANGST 28%
ZITTERN 51%	ZITTERN 26%

Tabella 2
Prozantuales Auftreten verschiedener Symptome bei 37 Patienten mit paroxysmaler und 39 mit persistierender Form des Phäochromozytoms (Gifford, 1964)

des Blutdruckes (paroxysmale Form), sondern eine Dauerhypertonie (persistierende Form) beobachtet wird. Da weder die Bestimmung der Vanillinmandelsäure (VMS)-Urinxkretion noch die der Urinausscheidung von Adrenalin oder Noradrenalin zum Basisabklärungsprogramm der Hypertonie gehören, wird man Patienten mit persistierender Form des Phäochromozytoms zunächst verpassen, falls ausschließlich nach Blutdruckkrisen gefragt wird. Es sei deshalb darauf hingewiesen, daß die pathologisch gesteigerte Produktion

von Katecholaminen sowohl bei Patienten mit paroxysmaler als auch persistierender Variante noch andere krankheitstypische Symptome hervorruft (4), wie Kopfschmerzen, Schweißausbrüche, Herzklopfen, Blässe, Angst und Zittern (Tab. 2).

Nichts desto weniger ist die Diagnose eines Phäochromozytoms schwierig und die klinische Erfahrung zeigt, daß sie oft nicht im ersten Anlauf gestellt wird. Dies leitet über zum Problem des zweiten diagnostischen Blickes.

Einteilung der wichtigsten sekundären (heilbaren) Hypertonieformen nach Schwierigkeitsgrad der Diagnosestellung

Schwierigkeitsgrad Diagnosefindung	Sekundäre Hypertonieformen	Verdachtsdiagnose möglich durch
Meist einfach	Aortenisthmusstenose	Schwache Femoralispulse Systolisches Harzgeräusch
	Ovulationshemmer-Hypertonie	Anamnese
	Primärer Aldosteronismus Cushing-Syndrom	Hypokaliämie Klinischer Aspekt (Stammfettsucht)
Häufig schwierig	Nierenarterienstenose	Paraumbilicales Strömungsgeräusch i. v. Pyelogramm: verzögerte Kontrastmittelausscheidung der arkrankten Seite
	Phäochromozytom	Blutdruckkrisen Kopfschmerzen, Schweißausbruch usw. VMS-Ausscheidung erhöht

Tabella 3

Zweiter diagnostischer Blick

Die Diagnose essentielle Hypertonie sollte bei schlecht einstellbarem, therapieresistentem oder / und rasch progredientem Hochdruck neu überdacht werden, da sich häufig hinter derartigen Fällen noch unerkannte sekundäre Hypertonieformen verbergen. Diese erneute Evaluation bezeichnet man mit dem Ausdruck zweiter diagnostischer Blick. In Frage kommen in solchen Fällen vor allem sekundäre Hypertonieformen, deren Diagnose schwierig sein kann, wie z. B. Nierenarterienstenose oder Phäochromozytom. Im Zweifelsfalle sollte der praktizierende Arzt einen Spezialisten konsultieren bzw. den Patienten zu weiteren (meist aufwendigeren) Abklärungsuntersuchungen in eine Klinik überweisen.

Zusammenfassung

Sekundäre und insbesondere heilbare sekundäre Hypertonieformen sind selten.

Dies sollte den Arzt jedoch nicht zu einem diagnostischen Minimalismus verleiten, indem der Nachweis des Symptoms hoher Blutdruck schon zur Diagnose einer essentiellen Hypertonie ausreicht. Dieses Argument wiegt um so mehr, da ein einfaches Abklärungsschema meist genügt, den überwiegenden Anteil sekundärer Hypertonieformen zu erkennen. Die Diagnose einer sekundären Hypertonieform ist in der Regel nicht schwierig bei Aortenisthmusstenose, Ovulationshemmer-Hypertonie, primärem Aldosteronismus und Cushing-Syndrom (Tab. 3).

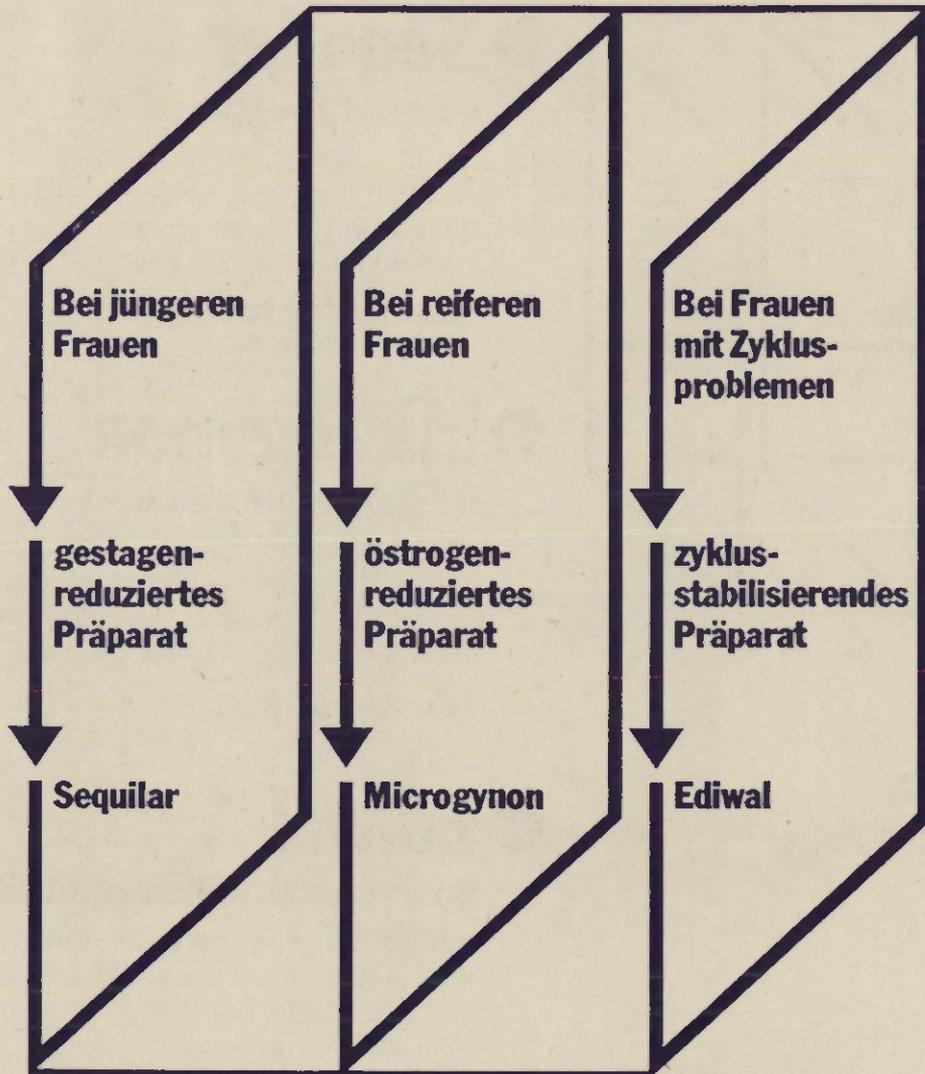
Der Verdacht auf das Vorliegen einer Aortenisthmusstenose wird gestellt durch Nachweis von auffallend schwachen Femoralispulsen und eines typischen kardialen Auskultationsbefundes.

Bei jeder Hypertonikerin im gebärfähigen Alter sollte nach Einnahme von Kontrazeptiva gefragt werden, um eine Ovulationshemmer-Hypertonie sicher auszuschließen.

Das Leitsymptom des primären Aldosteronismus ist eine Hypokaliämie, welche selbst nach mehrwöchigem Absetzen einer Diuretika-Medikation persistiert.

Die Diagnose einer Hypertonie bei Cushing-Syndrom wird gestellt durch Nachweis einer typischen klinischen

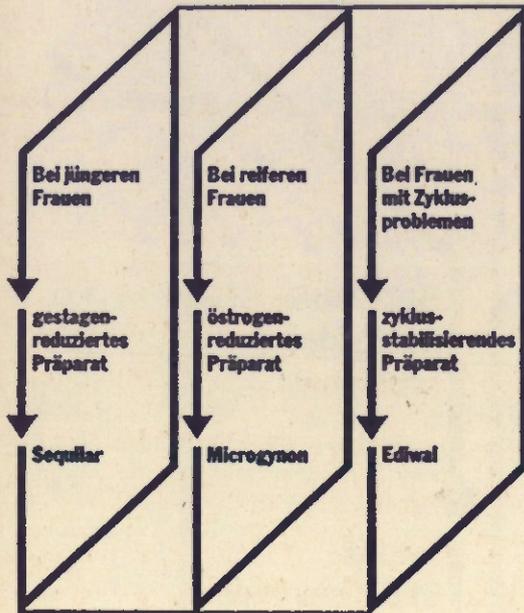
Schering-Kontrazeptiva-System für die praxisgerechte Verordnung



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 orangefarbige 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 (8 Wochen vorher) und längere Immobilisation (z.B. nach Unfällen), Auftreten von Ikterus, stärkerer Blutdruckanstieg, Schwangerschaft. Kontraindikationen und Risiken: Wie bei allen hormonalen Kontrazeptiva vom Typ der Gestagen-Östrogen-Kombinationen: schwere Leberfunktionsstörungen; idiopathischer Schwangerschaftslebererkrankungen oder schwerer Schwangerschaftspruritus in der Anamnese, Dubin-Johnson- und Rotor-Syndrom, vorausgegangene oder bestehende thromboembolische Prozesse, Sichelzellenanämie, Mamma- oder Corpuskarzinom (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 Scheidenflora, 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; 8 x 21 Dragees DM 39,38. Ediwal 21: 1 x 21 Dragees DM 9,27; 3 x 21 Dragees DM 25,24; 8 x 21 Dragees DM 42,57. Sequilar 21: 1 x 21 Dragees DM 8,49; 3 x 21 Dragees DM 23,25; 8 x 21 Dragees DM 40,04. Microgynon 28: 1 x 28 Dragees DM 8,58; 3 x 28 Dragees DM 23,54; 8 x 28 Dragees DM 40,41. Sequilar 28: 1 x 28 Dragees DM 8,81; 3 x 28 Dragees DM 24,19; 8 x 28 Dragees DM 41,17.

SCHERING AG
BERLIN / BERGKAMEN

Dez. 77 ☉

Symptomatik mit Stammfettsucht, Akne, Hirsutismus und Striae rubrae.

Die Diagnose einer sekundären Hypertonie kann bei einem gewissen Teil der Patienten mit Nierenarterienstenose und bei solchen mit Phäochromozytom schwierig sein (s. Tab. 3).

Eine Nierenarterienstenose fällt auf durch ein paraumbilikales Strömungsgeräusch und durch eine im intravenösen Pyelogramm nachweisbare verzögerte Ausscheidung von Kontrastmittel auf der erkrankten Seite, ein Unterschied, der oft nur auf den Frühbildern zu erheben ist. Besonders bei Patienten mit fehlendem Strömungsgeräusch und unauffälligem intravenösen Pyelogramm kann die Diagnose einer Nierenarterienstenose sehr schwierig sein.

Patienten mit der paroxysmalen Form des Phäochromozytoms fallen durch anfallsweise Blutdruckerhöhung (Blutdruckkrisen) auf. Bei Patienten mit Dauerhypertonie (persistierende Form) ist die Diagnose eines Phäochromozytoms sehr schwierig und gelingt oft nicht im ersten Anlauf.

Mit dem Begriff des zweiten diagnostischen Blickes schließlich bezeichnet man jenes Vorgehen, bei dem bei Nachweis von auffallender Therapieresistenz, schwer einstellbarer Hypertonie oder/und rasch progredientem Hochdruck erneut nach bisher nicht erkannten sekundären Hypertonieformen gefahndet wird.

Literaturverzeichnis

1. GREMINGER, P., VETTER, W., ZIMMERMANN, K., BECKERHOFF, R. und SIEGENTHALER, W.: Primäre und sekundäre Hypertonie in einem poliklinischen Patientengut. *Schweiz. med. Wschr.* **107**, 605–609, 1977.
2. MAXWELL, M. H.: Cooperative study of renovascular hypertension: Current status. *Kidney International* **8**, Suppl., 153–160, 1975.
3. VETTER, W., VETTER, H., BECKERHOFF, R., WITTASSEK, F., POULIAOIS, G., FURRER, J. und SIEGENTHALER, W.: Endokrine Hypertonie bei primärem Aldosteronismus und bei Cushing-Syndrom. *Schweiz. med. Wschr.* **106**, 1773–1777, 1976.
4. GIFFORO, R. W., KVALE, W. F., MAHER, F. T., ROTH, G. M. and PRIESTLEY, J. T.: Clinical features, diagnosis and treatment of pheochromocytoma: A review of 76 cases. *Mayo Clin. Proc.* **39**, 281–302, 1964.

Anschrift der Verfasser:

Privatdozent Dr. W. Vetter, Professor Dr. W. Siegenthaler und Privatdozent Dr. H. Vetter, Departement für Innere Medizin der Universität Zürich, Rämistrasse 100, CH-8091 Zürich

Diagnostisches und therapeutisches Vorgehen bei Morbus Hodgkin *

von D. H u h n

Aus der Medizinischen Klinik III der Universität München im Klinikum Großhadern (Direktor: Professor Dr. W. Wilmanns)

Prognose und optimale Therapie bei Morbus Hodgkin werden entscheidend vom Ausbreitungsstadium der Erkrankung bestimmt. Nur wenn die Ausdehnung des Hodgkin-Befalls beim einzelnen Patienten feststeht, kann ein individueller Therapieplan aufgestellt werden, der heute sogar in einzelnen Fällen eine Heilung des Patienten erhoffen läßt. Der behandelnde Arzt ist daher verpflichtet, bei seinem Hodgkin-Patienten die Ausdehnung der Erkrankung möglichst exakt festzulegen. Die diagnostischen Maßnahmen, die hierfür in Frage kommen, sind zum Teil sehr aufwendig und für den Patienten belastend oder sogar gefährlich. Bei jedem einzelnen diagnostischen Eingriff muß daher abgewogen werden: welchen Nutzen, welche Gefahren hat der jeweilige Patient zu erwarten?

Für die einheitliche Bezeichnung des Ausbreitungsstadiums hat sich ein 1971 in Ann Arbor festgelegtes Schema durchgesetzt (Tab. 1). Zusätzlich wird durch „A“ oder „B“ das Fehlen oder Vorhandensein folgender allgemeinen Symptome ausgedrückt: Sonst unerklärtes Fieber über 38° C; Gewichtsverlust von mehr als 10 Prozent in den sechs Monaten vor Klinikaufnahme; Nachtschweiß.

Untersuchungen zur Feststellung des klinischen Ausbreitungsstadiums

Welche „staging“-Untersuchungen sind nun für den Hodgkin-Patienten generell, welche in besonderen Fällen zu fordern, welche Resultate sind zu erwarten?

Es gibt keinen *Laborwert*, dessen pathologischer Ausfall spezifisch für Morbus Hodgkin wäre; nur wenige Befunde sind korreliert mit Aktivität, Ausbreitungsstadium und Prognose der Erkrankung. Von mehr als 1000

unbehandelten Patienten, die an verschiedenen Institutionen mit dieser Fragestellung ausgewertet wurden, ergab sich folgendes Bild: Als zuverlässigster Indikator erwies sich die Blutkörperchensenkungsgeschwindigkeit. Von großem Wert sind auch alkalische Serum-Phosphatase, Alpha-2-Globulin und absolute Lymphopenie. Diese Werte sind in etwa 80 Prozent der untersuchten Fälle vor der Behandlung erhöht, bei fortgeschrittenen Ausbreitungsstadien häufiger pathologisch als bei begrenzten, und sie normalisieren sich unter erfolgreicher Therapie. Andere Werte, wie absolute Granulozytose, alkalische Leukozyten-Phosphatase, Hämatokrit und Serum-Eisen geben zwar einen gewissen Hinweis für Krankheitsaktivität, Stadium und Prognose; falsch-positive oder -negative Werte sind aber sehr häufig.

Von besonderer Bedeutung ist die *alkalische Serum-Phosphatase*. Ihre Aussagekraft ist der anderer Leberenzyme überlegen. Die Untersuchung ihrer Isoenzyme in Verbindung mit einem sorgfältigen Staging einschließlich Leberbiopsie und Laparotomie ergaben, daß die erhöhten Enzymspiegel in der Regel aus der Leber, nicht aus dem Knochen stammen. Erhöhte Werte dieses Enzyms können bei fiebernden Patienten der „B“-Stadien auf unspezifischen Leberveränderungen beruhen, bei nicht-fiebernden Patienten machen sie einen Leberbefall und ein fortgeschrittenes Krankheitsstadium wahrscheinlich.

Laboruntersuchungen sind also für die Stadieneinteilung bei Morbus Hodgkin von begrenztem Wert; groß ist jedoch ihre Bedeutung zur Erkennung von Krankheitsaktivität und Früherkennung eines Rezidivs.

Die Interpretation *immunologischer Parameter* bei Morbus Hodgkin ist

*) Nach einem Vortrag, gehalten im Städtischen Krankenhaus München-Perlach.

strittig. Häufig und mit dem Ausbreitungsstadium der Krankheit korreliert findet sich eine Verminderung der Thymus-abhängigen („T“-) Lymphozyten im peripheren Blut. Diese Lymphozytenuntergruppe wird heute in den meisten Laboratorien aufgrund ihrer Fähigkeit bestimmt, mit Schafserthrozyten spontan Rosetten zu bilden. Überraschenderweise konnte nun bei den Hodgkin-Patienten nachgewiesen werden, daß die Verminderung dieser rosettenbildenden Lymphozyten im peripheren Blut nicht auf einem Defekt der Lymphozyten selbst beruht, sondern durch einen Serum-Faktor bewirkt wird, welcher die Rosettenbildung der Thymus-abhängigen Lymphozyten beeinträchtigt. Weiterhin wurde in früheren Jahren in zahlreichen Arbeiten bestätigt, daß die Fähigkeit der Lymphozyten des Hodgkin-Patienten beeinträchtigt ist, in vitro auf pflanzliche Mitogene mit einer Blastentransformation zu antworten. Auch diese Befunde beruhen möglicherweise nicht auf einer Anomalie

der Lymphozyten selbst, sondern werden durch beim Hodgkin-Patienten vermehrte Suppressorzellen verursacht, welche die Mitogen-Stimulierbarkeit der Patientenlymphozyten unterdrücken. Wir können also diese Befunde so zusammenfassen: Die heute gebräuchlichen Labortests scheinen einen Defekt im T-Lymphozytensystem des Hodgkin-Patienten zu belegen; dieser Defekt wird aber mit einiger Wahrscheinlichkeit durch Serum-Faktoren oder supprimierende Zellen vorgetäuscht oder zumindest verstärkt.

Die meßbaren Funktionen des B-Lymphozyten-Systems sind beim Morbus Hodgkin intakt oder sogar gesteigert: Wir finden bei diesen Patienten im Durchschnitt gegenüber Normalpersonen signifikant vermehrte Werte der Serum-Immunglobuline.

Von größter Bedeutung für die Stadieneinteilung sind *Röntgenuntersuchungen*. Zu fordern sind folgende Untersuchungen:

1. Thorax (a. p. und seitlich); bei geringstem Verdacht auf pathologische Veränderungen ergänzt durch entsprechende Tomogramme.
2. i. v. Pyelogramm; dies zur Diagnose von Hodgkin-spezifischen Veränderungen der Niere, von Verlagerungen der Ureteren durch Lymphknoten sowie zur Lokalisation der Nieren im Hinblick auf eine spätere abdominelle Bestrahlung.
3. Lymphographie von beiden unteren Extremitäten aus (unter Beachtung der Kontraindikationen).
4. Skelett, sofern klinische Beschwerden bestehen.
5. Magen-Darm bei klinischen Symptomen, auch im Hinblick auf die eventuelle Belastung des Magens durch Zytostatika und Corticoide.

Der Wert der Sonographie und der Computer-Tomographie zur Erkennung von Leberbefall und abdominalen Lymphknoten muß noch bestätigt werden.

Nuklearmedizinische Untersuchungen, insbesondere *Szintigramme*, sind bei Morbus Hodgkin nur von begrenztem Wert, weil die Hodgkin-Infiltrate in der Regel im befallenen Organ diffus und nicht tumorartig ausgebildet sind. Für Milz und Leber gilt, daß vergrößerte Organe häufig

ger Hodgkin-infiltriert sind, daß normale Organgrößen einen Befall jedoch keinesfalls ausschließen. Die – seltenen – Füllungsdefekte machen einen Hodgkin-Befall wahrscheinlich. Bei klinischem Verdacht eignet sich die Skelettszintigraphie als Screening-Untersuchung, deren positive Befunde dann röntgenologisch überprüft werden müssen.

Große Hoffnungen wurden in den vergangenen Jahren in die Ganzkörper-Szintigraphie mit Radiogallium gesetzt. Dieses Isotop soll sich mit einiger Spezifität in Lymphom-befallenem Gewebe anreichern. Da Gallium aber ebenfalls in Leber, Kolon und Knochenmark abgelagert wird, ist die Aussagekraft der Methode im Bauchraum begrenzt. Zuverlässiger sind die Ergebnisse im Thoraxbereich, wo durch Radiogallium in einem geringen Prozentsatz unvermutete Hodgkin-Herde diagnostiziert werden können.

Nicht zu umgehen sind bei Hodgkin-Patienten die *biopsischen Untersuchungen*, um einen Organbefall zu sichern. So ist der Befall der Leber in der Regel nur histologisch zu sichern. Leider sind falsch-negative Befunde bei der biopsischen Untersuchung dieses Organs häufig. Eine positive Ausbeute ist durch gezielte Entnahme bei Laparoskopie oder Laparotomie gegenüber der Blindpunktion zu erhöhen. Insgesamt liegt die Häufigkeit positiver Befunde durch Blindpunktion bei etwa 15 Prozent. Zur Diagnose eines Knochenmarkbefalls ist die histologische Untersuchung einer zytologischen weit überlegen. Leberblindpunktion und Knochenbiopsie spielen somit eine wichtige Rolle für die Stadieneinteilung des Morbus Hodgkin: Das Risiko für den Patienten ist gering, sofern die Kontraindikationen beachtet werden; die positive Ausbeute und somit die Diagnose eines Ausbreitungsstadiums IV ist beträchtlich; dem Patienten bleiben bei positivem Befund eingreifendere Untersuchungen erspart.

Explorative Laparotomie und Splenektomie

Nächste Stufe der Staging-Untersuchung bei Morbus-Hodgkin ist die explorative Laparotomie. Dieser Eingriff umfaßt die Inspektion des Bauchraumes, insbesondere auch der Leber; Biopsien vergrößerter

Stadieneinteilung nach der Ann-Arbor-Klassifikation

Stadium	Ann-Arbor-Klassifizierung 1971
I	Befall einer anatomicen Lymphknotenregion (I) oder lokalisierter extralymphatischer Herd (IE)
II	Zwei oder mehr anatomische Regionen gleichseitig vom Zwerchfell (II) oder solitärer extralymphatischer Herd und/oder ein oder mehr Lymphknotenregionen gleichseitig vom Zwerchfell (IIE). Milz kann bei Befall unterhalb des Zwerchfells mitbeteiligt sein
III	Befall anatomischer Regionen beidseitig vom Zwerchfell (III), Milz (IIIS) oder lokalisierte extralymphatische Herde (IIIE) oder beide (III SE) können mitbefallen sein
IV	Diffuser oder disseminierter Befall von ein oder mehreren extralymphatischen Organen oder Geweben mit oder ohne gleichzeitigem Lymphknotenbefall

Tabelle 1

Lymphknoten, besonders von Leberpforte, Milzhilus, Mesenterium sowie paraaortal; Milzexstirpation; Markierung aller Entnahmestellen durch Metall-Clips; Leberbiopsien. Alle Maßnahmen und Befunde sollten in ein besonderes Protokoll eingetragen werden. Der große Wert dieser Maßnahmen für die genaue Beurteilung des Ausbreitungsstadiums und der Prognose ist unbestritten. Zwar ist die Ausbeute an positiven Leberbefunden beschränkt und der Laparoskopie nicht wesentlich überlegen. Anders liegen die Verhältnisse jedoch bei Milz und abdominellen Lymphknoten, deren Befall bei etwa 30 Prozent der laparotomierten Patienten diagnostiziert werden kann. Eine Änderung des Stadiums infolge der explorativen Leparotomie und Splenektomie erfolgte im großen Krankengut von Kaplan (1) in 18 Prozent der Fälle, und zwar mit zwei Ausnahmen in ein fortgeschrittenes Stadium.

Für die Indikationsstellung zur Leparotomie wäre die Beantwortung der folgenden Frage wichtig: Läßt sich aus dem vor der Leparotomie diagnostizierten „klinischen“ Stadium ableiten, mit welcher Wahrscheinlichkeit mit einem zusätzlichen abdominellen Befall zu rechnen ist? Bei insgesamt 272 Patienten wurden an der Stanford-Universität (1) eine explorative Leparotomie und Splenektomie durchgeführt. Ein abdomineller Befall wurde durch die Leparotomie diagnostiziert: Bei ausschließlich links-supraklavikulärem Befall in 38 Prozent; bei rechts-supraklavikulärem Befall in acht Prozent; bei ausschließlich einseitig axillärem Befall oder bei mediastinalem Befall bei keinem Patienten. Ferner hatte der histologische Typ des Morbus Hodgkin einen deutlichen Einfluß auf die Häufigkeit einer abdominellen Lokalisation: Lymphozytenreiche und nodulär-sklerosierende Formen zeigten selten, gemischtzellige und Lymphozyten-arme wesentlich häufiger einen abdominellen Befall. Diese Befunde zeigen also: Bei links-supraklavikulärem Befall ist ein gleichzeitiger abdomineller Befall häufiger als bei rechts-supraklavikulärer Manifestation (Mündung des Ductus thoracicus links supraklavikulär); lediglich wenn die klinischen Untersuchungen zur Stadieneinteilung (einschließlich Lymphographie und Biopsien) ein Stadium I mit ausschließlich einseitig axillärem oder mit mediastinalem Befall erga-

ben, kann mit einiger Sicherheit auf eine explorative Leparotomie verzichtet werden.

Welche Vorteile hat nun der einzelne Patient aus diesem Eingriff und aus dem mit größerer Sicherheit diagnostizierten Krankheitsstadium zu erhoffen? Bei negativen Befunden kann unter Umständen auf eine abdominelle Bestrahlung verzichtet werden. Ist die Milz befallen, so wird der Patient von einem zuvor unbekanntem Herd befreit, dessen Bestrahlung mit Nebenwirkungen verbunden wäre. Ein Hypersplenismus oder andere unangenehme Auswirkungen einer Hodgkin-Milz werden verhütet. Ein negativer Einfluß der Splenektomie auf den Krankheitsverlauf an sich wurde durch kontrollierte Studien mit einiger Sicherheit ausgeschlossen. Das Operationsrisiko ist mäßig: Unter insgesamt etwa 500 Fällen aus der Literatur wurden zwei letale Komplikationen beobachtet. Die Morbidität durch diesen Eingriff liegt bei etwa zehn Prozent (Sekundärheilung, Pneumonie, Lungenembolie, Ileus, Pankreatitis). Der Blutverlust ist in der Regel gering, so daß Bluttransfusionen nicht gebraucht werden.

Nach Splenektomie können vorübergehend erhebliche Thrombozytosen auftreten, die insbesondere bei bettlägerigen Kranken eine Antikoagulantien-Behandlung erforderlich machen können. Die klinischen Angaben über eine vermehrte Infektanfälligkeit splenektomierter Hodgkin-Patienten sind widersprüchlich. Die

Erkrankungsrate an Herpes zoster scheint etwas zuzunehmen, während eine Umfrage nach der Infektionshäufigkeit bei 934 splenektomierten Hodgkin-Patienten aus zwölf amerikanischen Zentren ergab, daß nur bei 16 dieser Kranken Infektionen mit Bakteriämie beobachtet wurden, von denen sechs tödlich verliefen; mindestens sechs dieser 16 Patienten waren Kinder.

Aus den Überlegungen geht hervor, daß die Indikation zur explorativen Leparotomie und Splenektomie beim einzelnen Patienten sorgfältig geprüft werden muß. Wichtigste Frage bleibt bei allen Schritten der Diagnostik: Ergeben sich aus den Untersuchungen therapeutische Konsequenzen? Sind alle weniger belastenden und weniger gefährlichen Möglichkeiten der Diagnostik ausgeschöpft? Die Entscheidung des behandelnden Arztes für oder gegen eine explorative Leparotomie sollte im Einzelfall anhand aller zur Verfügung stehenden Argumente überprüft werden (Tab. 2).

Therapie

Das therapeutische Vorgehen bei Morbus Hodgkin läßt sich schwer in ein starres Schema pressen: so ist es zwar immer anzustreben, vor dem Therapiebeginn alle diagnostischen Maßnahmen zur Feststellung des Ausbreitungsstadiums abzuschließen; doch treten häufig Situationen auf, wo selbst dieser Grundsatz durchbrochen werden muß. So sollte

Argumente für und gegen eine explorative Leparotomie und Splenektomie

Explorative Leparotomie + Splenektomie	
pro	kontre
Histologie: gemischtzellig	Histologie: lymphozytenreich, nodulär-sklerosierend und Stadium I A, Mediastinum oder axillär
Positive oder fragliche Lymphographie	Erhöhtes Operationsrisiko; z. B. Adipositas, Zweitkrankheit, großer Mediastinaltumor
Vergrößerte Milz	Hohes Alter
Erhöhte alkalische Serum-Phosphatase bei negativer Leberblutpunktion	Kinder (erhöhte Infektanfälligkeit nach Splenektomie)
Kinderwunsch bei junger Frau	Keine therapeutische Konsequenz; z. B. Stadium III B oder IV

Tabelle 2

bei einem Patienten mit besonders ausgeprägtem Mediastinaltumor zunächst dieser Krankheitsherd, der den Patienten akut gefährdet, beseligt werden, bevor er eine Lymphographie oder Laparotomie gedacht werden kann. Auch läßt sich bei hochfieberhaften Patienten der „B“-Stadien ein sofortiger Therapiebeginn mit Corticoiden und Zytostatika oft nicht umgehen.

Strahlentherapie

Fast keine Rezidive des Morbus Hodgkin sind in Lymphknoten zu erwarten, welche mit 3500 bis 4000 rad innerhalb eines Zeitraumes von vier bis fünf Wochen bestrahlt wurden. Die geforderten hohen Dosen können bei den nötigen ausgedehnten Bestrahlungsfeldern nur mit Megavolt-Bestrahlungseinrichtungen verabreicht werden, ohne die gesunden Gewebe zu sehr zu schädigen. Müssen mehrere benachbarte Lymphknotenregionen bestrahlt werden, so ist es sehr unvorteilhaft, kleine Bestrahlungsfelder aneinanderzureihen: Die Felder können überlappen, so daß an den Berührungszonen zu hohe Bestrahlungsdosen erreicht werden, oder es können unterdosiert bestrahlte Zonen ausgespart bleiben. Es muß deshalb unbedingt angestrebt werden, mit wenigen großen Bestrahlungsfeldern auszukommen, die sorgfältig der Kontur der Lymphknotenketten angepaßt werden unter Abdeckung strahlenempfindlicher Organe. Das „Mantel“-Feld umfaßt so die zervikalen, supra-klavikulären, infraklavikulären, axillären, hilären und mediastinalen Lymphknoten; es muß bei Befall hoher zervikaler Lymphknoten durch Bestrahlung des Waldeyerschen Rachenringes ergänzt werden. Das „umgekehrte Y“ umfaßt die zöliakalen, paraaortalen, iliakalen und inguinalen Lymphknoten.

Bei der geringen Rezidivhäufigkeit im Bereich ausreichend bestrahlter Lymphknoten und im Hinblick auf die heutigen Vorstellungen über die Ausbreitung des Morbus Hodgkin muß die Strahlentherapie bei allen örtlich begrenzten Hodgkin-Erkrankungen gefordert werden: Das sind zumindest die Ausbreitungsstadien I und II. Im Stadium II a sollten zumindest die befallenen und daran angrenzenden Lymphknotenregionen in die Bestrahlung einbezogen werden; dabei ist zu berücksichti-

gen, daß bei links-supraklavikulärem Befall (und lymphographisch nachgewiesener Einmündung des Ductus thoracicus in diesem Bereich) die paraaortalen Lymphknoten mit bestrahlt werden sollten. Auch bei diesen begrenzten Ausbreitungsstadien dürfte eine Strahlentherapie unter Verwendung des „Mantel“- oder „umgekehrtes Y“-Feldes den aneinander gestückelten Feldern häufig vorzuziehen sein. Im Stadium II b ist eine Bestrahlung aller Lymphknotenregionen („Mantel“- und „umgekehrtes Y“-Feld) zu empfehlen. Sehr detaillierte Vorschläge über die Strahlen- und Zytostatika-Behandlung bei Morbus Hodgkin wurden von Kaplan (2) publiziert.

Die optimale Behandlung der Hodgkin-Patienten des klinischen Ausbreitungsstadiums III ist besonders umstritten. In diesem Zusammenhang soll kurz auf Vorstellungen der Arbeitsgruppe aus Chicago (3) eingegangen werden. Von dieser Gruppe werden zwei Unterformen des Stadiums III unterschieden: Stadium III 1 bedeutet eine Beschränkung des abdominellen Befalls auf Lymphknoten im oberen Abdomen, nämlich im oberen paraaortalen Bereich, am Milz- und Leber-Hilus; Stadium III 2 beinhaltet den ausgedehnten abdominellen Befall einschließlich parailiakaler und inguinaler Lymphknoten. Patienten des Stadiums III 1 zeigten gewöhnlich keine allgemeinen Symptome, während im III 2-Stadium häufig eine „B“-Symptomatik bestand. Aufgrund ihrer Erfahrungen kamen die Autoren zu dem Schluß, daß im Stadium III 1 eine Bestrahlung aller Lymphknotenregionen ausreichend ist, während im Stadium III 2 unbedingt eine Zytostatika-Behandlung angeschlossen werden muß. Häufig wird jedoch in Stadium III B mit ausgeprägter „B“-Symptomatik einer primären Zytostatika-Behandlung der Vorzug zu geben sein.

Bei den klinischen Ausbreitungsstadien III B (mit den oben genannten Einschränkungen) und im Stadium IV wird einer primären Zytostatika-Behandlung generell der Vorzug zu geben sein. Einigkeit herrscht gegenwärtig in folgenden Punkten: Zur Einleitung einer Remission sind Kombinationen verschiedener Zytostatika wirksamer als die Gabe eines einzelnen Mittels. Wird eine Remission erreicht, so muß anschließend noch über etwa eineinhalb

Medikament	Teg 1	Tag 8	Tag 14 bis 28
Vincristin	1,4	1,4	
Stickstoff-Lost	6	6	keine
Procarbacin	100 →		Therapie
Prednison	40 →		

Tabelle 3

Ein einzelner Zyklus des kombinierten Zytostatika-Programms nach da Vita („MOPP-Schema“). Die Dosen sind in mg/m² Körperoberfläche angegeben. Prednison und Procarbacin werden oral gegeben, Prednison nur im Zyklus 1 und 4. Sofern Cyclophosphamid statt Stickstoff-Lost verabreicht wurde, betrug die Dosierung 650 mg/m² am Tag 1 und 8

Jahre eine Remissions-erhaltende Behandlung weitergeführt werden. Die Gesamtprognose des Patienten ist abhängig von der Dauer der erreichten Remission, diese Dauer wiederum von der Vollständigkeit der ersten Remission. Die Gesamtprognose des Hodgkin-Patienten wird demnach sowohl von der Qualität der Remissions-einleitenden wie der-erhaltenden Therapie bestimmt. Für die Einleitung der Remission fand das von da Vita zuerst angewandte Therapieschema (Tab. 3) die meiste Verbreitung. Die Zytostatika werden in einem bestimmten Zyklus sechs Monate lang verabreicht. Jeder Zyklus wird 14 Tage lang durchgeführt, um dann von einem 14tägigen behandlungsfreien Intervall gefolgt zu werden. Stickstoff-Lost kann mit gleich guter Wirksamkeit durch Cyclophosphamid ersetzt werden. Die toxischen Nebenwirkungen der Behandlung machen eine genaue Überwachung des Patienten erforderlich (Knochenmarktoxizität, Neu-

Medikament	Tag 1	Tag 14	Tag 15 bis 28
Adriablestin	25	25	keine
Bleomycin	10	10	Therapie
Vinblastin	6	6	pie
DTIC	150, Teg 1-5		

Tabelle 4

Ein einzelner Zyklus des kombinierten Zytostatika-Programms nach Bonadonne. Die Dosen sind in mg/m² Körperoberfläche angegeben und werden i. v. verabreicht

rotoxizität). Dennoch kann die Behandlung in der Regel ambulant durchgeführt werden. Bei etwa 80 Prozent der Hodgkin-Patienten läßt sich mit diesem Therapieschema eine Vollremission erreichen. Gute Resultate wurden auch mit einer Modifikation des von de Vita angegebenen Schemas erreicht, bei welcher die zytostatische Behandlung in den ersten vier Wochen intensiviert wurde (4).

Von etwa gleicher Wirksamkeit und ohne Kreuzresistenz gegenüber dem von de Vita angegebenen Schema ist eine von Bonadonna (5) entwickelte Zytostatika-Kombination (Tab. 4).

Im Anschluß an die genannte Remissions-einleitende Behandlung, die ungefähr ein halbes Jahr dauert, wird eine Remissions-erhaltende Behandlung mit Vinblastin-Sulfat oder Procarbacin empfohlen. Liegen große Tumormassen vor, so können diese in einer Zytostatika-Pause oder im Anschluß an die medikamentöse Behandlung bestrahlt werden.

Das therapeutische Vorgehen bei Organbefall und bei Rückfällen muß individuell gestaltet werden. Sehr detaillierte Vorschläge sind in der bereits genannten Arbeit von Kaplan (2) enthalten.

Literaturverzeichnis

1. KAPLAN, H. S., R. F. OORFMAN, T. S. NELSEN und S. A. ROSENBERG: Staging leperotomy and splenectomy in Hodgkin's disease: Analysis of indications and patterns of involvement in 285 consecutive, unselected patients. *Net. Cancer Inst. Monogr.* 36, 291 (1975)
2. KAPLAN, H. S. und S. A. ROSENBERG: The management of Hodgkin's disease. *Cancer* 36, 796 (1975)
3. CESSER, R. K. et al.: Prognostic classification of Hodgkin disease in pathologic stage III, based on anatomic considerations. *Blood* 49, 883 (1977)
4. WILMANN, W., WILMS, K. und Th. KOOS: Langzeitremission bei fortgeschrittenen Stadien der Lymphogrenulomatose nach kombinierter Chemotherapie mit einem modifizierten de Vita-Schema. *Hämatologie und Bluttransfusion*. Bd. 18, Hrg. H. LÖFFLER. Maligne Lymphome und monoklonale Gammopathien. J. F. Lehmanns-Verlag, München, 1976.
5. BONADONNA, G., R. ZUCALI, S. MONFEROINI, M. de LENA und C. USLONGHI: Combination chemotherapy of Hodgkin's disease with adriamycin, bleomycin, vinblastine, and imidazole carboxamide versus MOPP. *Blood* 46, 252 (1975)

Anschrift des Verfassers:

Professor Dr. med. D. Huhn, Oberarzt,
Marchioninistraße 15, 8000 München 70

Akute Erkrankungen des Kindes

Leitfaden für den ärztlichen Notdienst

von Ina Butenandt und K. Mantel

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

A. Aufgabe des ärztlichen Notdienstes

Entscheidung zwischen zwei Möglichkeiten:

1. Es handelt sich um eine relativ *harmlose Erkrankung* — das ist häufig der Fall —; es genügt, die Mutter zu beruhigen und ihr Anweisungen für die notwendigen Maßnahmen zu geben.

2. Es handelt sich um eine wirklich *ernsthafte Erkrankung*, die die rechtzeitige Klinikeinweisung notwendig macht; d. h., man muß Erkrankungen erkennen, die das Leben des Kindes bedrohen oder ihm ernsthaften Schaden zufügen können.

B. Anamnese und Beobachtung des Kindes

Während die Mutter über die Erkrankung des Kindes — insbesondere über den *Krankheitsverlauf* und die *Dauer* der einzelnen Symptome — befragt wird (auch beim Kind ist es nicht unwichtig zu wissen, ob die Krankheitserscheinungen akut aufgetreten sind, schon länger bestehen, oder ob z. B. neue *beunruhigende Symptome* aufgetreten sind), sollte man sich durch sorgfältige Beobachtung des Kindes bereits einen *Gesamteindruck* verschaffen. Denn dies ist vielleicht der einzige Augenblick, wo das Kind noch nicht schreit oder sich gegen eine Maßnahme wehrt.

1. Beruhigende Eindrücke

Kräftig schreiendes Kind, heftig sich wehrend gegen Maßnahmen, rosiges Aussehen, ruhige Atmung, warme Extremitäten

2. Ernst zu nehmende Eindrücke

Ruhiges, mattes, apathisches Kind, vor sich hinjammernd, unnötige Be-

wegungen meidend, auffallende Atmung, blasses oder graues Aussehen, Berührungsempfindlichkeit des Säuglings (z. B. beim Entkleiden), „Nicht aufsetzen wollen“ des älteren Kindes

C. Genaue vollständige Untersuchung jedes erkrankten Kindes

Dies ist eine unumgängliche Notwendigkeit, da das Kind im Gegensatz zum Erwachsenen gar nicht sagen kann, was ihm fehlt, oder eben einfach „Bauchweh“ hat (das „Bauchweh“ kann genauso gut im Kopf oder Fuß sitzen!). Hierzu muß das Kind vollständig entkleidet werden. Die Untersuchung darf sich keinesfalls auf den Körperteil beschränken, der nach Meinung der Mutter erkrankt ist.

1. Betrachtung der Haut

z. B. Exanthem, Erythem, Petechien, Ikterus, Anämie, Zyanose, Schwellungen (bei Petechien an Meningokokkensepsis denken!)

2. Prüfung von Hautturgor und vor allem der Hautelastizität

(Verstreicht eine mit zwei Fingern am Bauch abgehobene Bauchfalte rasch, so ist die Hautelastizität noch normal). Besonders bei Säuglingen und Kleinkindern wichtig!

3. Untersuchung des Abdomens

Durch das Streicheln des Bauches — die streichelnde Hand sollte warm sein! — läßt sich so manches Kind beruhigen. Dabei verschafft man sich gleichzeitig einen Eindruck darüber, ob die Bauchdecken nur durch das Pressen beim Schreien hart erscheinen oder ob eine echte Abwehrspannung besteht. Durch sanftes Palpieren schließt man pathologische Resistenzen oder einen lokalisierten Druckschmerz aus. Feststellen der Lebergröße und ob die Milz

[®]Voltaren

Antirheumatikum



**hohe Wirksamkeit
gute Verträglichkeit
günstige Therapiekosten**

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 Polyarthritiden – 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 Tenesmen 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

Diclofenac-Natrium

ren 50

**vereinfacht
die Dosierung
bei Initial- und
Langzeittherapie**

**initial 3 x täglich 1 Dragée
Langzeittherapie:
1 morgens 1 abends**

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 intraglutäal. Bei schwereren Fällen können 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.

Vo 3, 78

GEIGY

tastbar ist; eventuell rektale Untersuchung.

4. Untersuchung von Herz und Lunge

Auf Herzfrequenz achten; eine Tachykardie über 200/min kann auch für den Säugling bedrohlich sein. Lautes pueriles Atemgeräusch ist normal. Zu achten ist außer auf pathologische Geräusche auf eine Seitendifferenz!

5. Lymphknoten abtasten

6. Ohren untersuchen

Beim Säugling stets Tragus auf Druckschmerz prüfen. Der Tragusdruckschmerz ist ein empfindliches Zeichen bei einer Otitis media. Bei größeren Kindern muß man im Zweifelsfall die Trommelfelle spiegeln.

7. Prüfung der Fontanelle

Vorgewölbte gespannte Fontanelle weist auf die Möglichkeit einer Meningitis. Eingefallene Fontanelle spricht für Wasserverlust.

8. Prüfung der Zeichen für Meningitis

Brudzinsky: Um den Brudzinsky zu prüfen, nimmt man den Kopf des Säuglings in die flache Hand und führt ihn mit einem sanften Ruck nach vorn. Zieht das Kind hierbei wiederholt die Beine an oder äußert es Schmerzen, so ist der Verdacht auf eine Meningitis begründet.

Dreifußphänomen: Bei älteren Kindern prüft man, ob sich das Kind willig aufsetzt, ohne sich mit den Händen nach hinten abzustützen, und ob es vielleicht sogar die Nase zu den Knien führen kann. Dann ist eine Meningitis so gut wie ausgeschlossen.

9. Mund- und Racheninspektion

Auf jeden Fall zum Schluß der Untersuchung, weil man sich das Kind dadurch meist verärgert. Kontraindikation: Schwerste Atemnot!

D. Häufige Krankheitssymptome

Sie beunruhigen die Mutter und machen möglicherweise eine Klinikweisung notwendig.

1. Stundenlanges Geschrei des jungen Säuglings

1.1. Ursachen:

Häufig Luftschlucken, Blähungen, Obstipation. Aber auch Ohrenschmerzen, akutes Abdomen

1.2. Besonders achten auf: Eingeklemmte Leistenhernie Hodentorsion

Jede Schwellung oder Verfärbung des Skrotums kann eine Hodentorsion bedeuten und muß ohne Verzögerung operiert werden! Denn bleibt die Blutzirkulation längere Zeit unterbrochen, so kann der Hoden nicht mehr gerettet werden. Kommt auch bei Neugeborenen und doppelseitig vor! Bei geringstem Verdacht Einweisung in kinderchirurgische Abteilung. Keine Zeit mit abschwellenden, entzündungshemmenden, kühlenden Salben und Umschlägen verlieren!

1.3. Beruhigende Symptome:

Gutes Trinken, kein Erbrechen

2. Nahrungsverweigerung, Erbrechen oder Durchfall

2.1. Ursachen:

Häufig Gastroenteritis, beginnender Infekt, acetonämisches Erbrechen; aber auch Meningitis, Invagination usw. bedenken.

2.2. Besonders zu achten auf:

Dehydratation

Beim Säugling und Kleinkind, das erbricht oder Durchfall hat, droht rasch die Gefahr der Dehydratation. Je jünger das Kind ist, um so rascher und um so empfindlicher reagiert es auf Wassermangel. Ein Säugling kann nicht dursten! Die Gefahr einer Dehydratation wird vom unerfahrenen Arzt nicht selten unterschätzt, wie wir immer wieder sehen. Ein junger Säugling, der abends noch in befriedigendem Zustand angetroffen wird, kann bis zum folgenden Morgen in einen lebensbedrohlichen Zustand geraten, wenn er inzwischen weiter erbricht oder weiter Durchfall hat.

2.3. Für die Entscheidung, ob das Kind noch zu Hause behandelt werden darf, sind zwei Dinge mit entscheidend:

Es muß noch gut trinken. Bei einem gut trinkenden Säugling ist die Gefahr einer ersten Erkrankung geringer einzuschätzen und die Chance gegeben, ihm genügend Flüssigkeit zuführen zu können. Die Mutter muß aber angewiesen werden, dem Kind auch über Nacht ausreichend Flüssigkeit anzubieten und es in die Klinik zu bringen, falls es weiter erbricht oder nicht trinkt.

Der Hautturgor bzw. vor allem die Hautelastizität müssen noch ausrei-

chend sein. Nach Ausschluß eines eingeklemmten Bruches, einer Invagination, einer Meningitis hat man dann noch Zeit für einen häuslichen Behandlungsversuch.

3. Fieber

Hohes Fieber ist das weitaus häufigste die Mutter beunruhigende Symptom.

3.1. Ursachen:

Häufigste Ursache Virusinfekt der oberen Luftwege und Angina

3.2. Besonders achten auf:

In jedem Einzelfall muß man sich durch eine gründliche Untersuchung überzeugen, daß nicht doch eine ernste Erkrankung zum Fieber führt. So ist das Symptom Fieber um so ernster zu bewerten, je jünger der Säugling ist, vor allem, wenn nicht eindeutige Hinweise auf einen Infekt der oberen Luftwege vorliegen. Eine *Nabelinfektion* mit der Gefahr einer Sepsis, eine *Harnwegsinfektion*, eine *Otitis media* und eine *Meningitis* müssen ausgeschlossen werden. Typische Zeichen einer Meningitis fehlen beim Säugling häufig. Erbrechen, gespannte Fontanelle, allgemeine Unruhe oder Schläfrigkeit oder Berührungsempfindlichkeit können darauf hinweisen. Bei hohem Fieber und Schluckbeschwerden ist auch an eine Epiglottitis zu denken.

4. Atemnot

4.1. Ursachen:

Krupp-Syndrom, Bronchitis, Bronchiolitis, Pneumonie, Fremdkörperaspiration, Asthma bronchiale

4.2. Besonders achten auf:

Stenosierende Laryngitis
Epiglottitis – höchste Eile geboten!

4.3. Krupp-Syndrom:

Das Krupp-Syndrom ist ein Sammelbegriff von Krankheiten mit dem gemeinsamen Symptom eines erworbenen *inspiratorischen Stridors*, d. h. inspiratorische Atemnot mit mehr oder weniger ausgeprägtem hörbarem inspiratorischen Geräusch und Einziehungen im Thoraxbereich. Das ziehende Geräusch bei der Einatmung spricht für eine hoch sitzende Stenose der Atemwege wie bei der stenosierenden Laryngitis, der Epiglottitis oder dem Fremdkörper im Larynx, Trachea oder Ösophagus.

4.3.1. Stenosierende Laryngitis:

Virusinfektion mit Einengung des subglottischen Raumes, eventuell

mit Tracheobronchitis. (90 bis 95 Prozent des Krupp-Syndroms). Typisches Alter sechs Monate bis vier Jahre. Heisere Stimme und bellender Husten sind hinweisend. Der Allgemeinzustand ist meist zunächst gut.

4.3.2. Epiglottitis:

Bakterielle Infektion mit *Haemophilus influenzae*. Der subglottische Raum ist meist nicht mitbetroffen. Daher keine Heiserkeit, kein bellender Husten! Dafür kloßige Sprache mit ausgesprochenen Schluckbeschwerden, eventuell Speichelfluß, Würgen. Die hochgradige inspiratorische Atemnot kann ohne deutlichen Stridor vorhanden sein. Meist mitgenommener Allgemeinzustand mit hohem Fieber wie bei Angina oder Pneumonie. Auch ältere Kinder und Erwachsene werden betroffen. Verlauf stürmisch bis foudroyant, daher beim geringsten Verdacht sofortige Klinikeinweisung!

Merke:

Periorale Blässe und Zyanose sind späte Alarmzeichen schwerster Atemnot! Tachykardie über 160/min beweist bereits die Atemnot. Keine Spatelinspektion bei schwerer Atemnot!

4.4. Asthmoide Bronchitis, Bronchiolitis, Asthmaanfall:

Typisch ist die Behinderung der Expiration mit expiratorischem Gie-men und verlängerter Ausatmung durch Obstruktion der unteren Luftwege. Beim Säugling und Kleinkind steht die Schleimhautschwellung und das vermehrte zähe Sekret im Vordergrund; Ursache ist meist eine Virusinfektion. Beim älteren Kind kommt der Bronchospasmus hinzu; Ursache kann auch eine allergische Reaktion sein.

5. Exanthem

Ursachen:

Die meisten Exantheme sind Zeichen einer Viruserkrankung, so daß sich eine Therapie erübrigt. Aber es muß auch an *Scharlach* gedacht werden, vor allem, wenn sich gleichzeitig eine Angina und eine dick weißbelegte Zunge findet.

Auch eine Meningokokkenmeningitis bzw. Sepsis darf man nicht übersehen. Sie kann mit unscheinbaren petechialen Hauteffloreszenzen beginnen und innerhalb weniger Stunden zum Tod führen, wenn die rechtzeitige Klinikeinweisung versäumt wird. Höchste Eile tut not!

6. Infektkrampf

Ursachen:

Tritt typischerweise im Kleinkindesalter auf, wird meist von Fieber begleitet und ist in der Regel Symptom einer Virusinfektion.

Zum Ausschluß einer Meningitis oder Enzephalitis muß das Kind immer in ein Krankenhaus eingewiesen werden, auch wenn der eigentliche Krampfanfall schon vorbei ist. Auch eine hyperpyretische Toxikose kann Ursache eines Krampfanfalles sein oder auch eine Vergiftung.

7. Vergiftungen

7.1. Ursachen:

Meist häuslicher Unfall des Kleinkindes. Jedes plötzlich auftretende unklare Krankheitsbild eines zuvor gesunden Kindes kann Folge einer akzidentellen Vergiftung sein; bei Schulkindern auch Folge eines Suizids!

7.2. Besonders achten auf:

Alkoholintoxikation. Tödliche Vergiftungen sind nach 1 ml/kg KG eines 100prozentigen Alkohols beschrieben; beim Erwachsenen dagegen erst bei 3,3 ml/kg KG.

Bei Verdacht auf Vergiftungen oder Suizid das Kind so rasch wie möglich durch die Eltern in eine Kinderklinik bringen lassen — oder beim ersten Anruf gleich die Telefonnummer einer Giftnotzentrale übermitteln (Giftnotruf München: Krankenhaus rechts der Isar: Telefon (089) 41 402-2 11).

Warten auf den Hausbesuch des Arztes bedeutet wertvollen Zeitverlust!

E. Therapeutisches Vorgehen

1. Blähungen des jungen Säuglings

Hat man alle anderen Gründe für das andauernde Geschrei eines Säuglings ausgeschlossen, so kann man davon ausgehen, daß es sich um Blähungen handelt. Man kann dann der Mutter den Rat geben, etwas Fencheltee zu füttern, das Kind gut aufstoßen zu lassen und ihm mit der Hand den Bauch beruhigend zu massieren. Günstig wirkt sich oft aus, wenn man den Säugling mit dem Bauch auf eine warme Wärmflasche legt, die allerdings nicht zu heiß sein darf! (Cave Verbrennungen und Verbrühungen!). Zusätzlich kann man zu jeder Mahlzeit ein leicht sedierendes und spasmolytisch wirkendes Medi-

kament verordnen (z. B. Carminativum Hetterich, 3 bis 5 Tropfen).

2. Obstipation

Hat man aufgrund der Anamnese und durch Tastbefund den Eindruck gewonnen, daß der Säugling obstipiert ist, so verordnet man am besten als erste Hilfe ein Glycerinzäpfchen. Auch Bauchschmerzen von Kleinkindern sind nicht selten Folge einer Obstipation und Blähungen und können dann ebenfalls am raschesten mit einem Glycerinzäpfchen (Baby-lax, Glycilax für Kinder) behoben werden.

3. Akuter Magen-Darminfekt mit Erbrechen oder Durchfall

Erstbehandlung im Säuglingsalter ist auf jeden Fall die sogenannte „Teepause“, d. h., das Kind erhält einige Mahlzeiten nur Tee und keine Milch, allerdings mit Salz und Zucker. Die Teepause wird — je nach Schwere der Erkrankung — einen halben bis einen Tag durchgeführt. Dabei muß der Tee zwar reichlich, aber in häufigen, eventuell stündlichen kleinen Mahlzeiten angeboten werden. Dabei ist es gleichgültig, ob man einen dünnen Schwarzen Tee, Fencheltee oder Kamillentee verwendet.

Zubereitung des Tees: Um den Salzverlust durch das Erbrechen oder den Durchfall auszugleichen, muß dem Tee Kochsalz, und zwar 3 g — etwa einen knappen gestrichenen Teelöffel — auf einen Liter Tee zugegeben werden (entspricht etwa einem Drittel isotoner Salzlösung). Außerdem muß dem Tee Zucker, am besten Traubenzucker, und zwar 5 g, d. h. einen guten Teelöffel, auf 100 g Tee, zugegeben werden, um den Katabolismus auf ein Minimum zu beschränken. Sonst gerät der Säugling sehr rasch in eine metabolische Azidose, d. h., er darf nicht nur nicht dursten, sondern er darf auch nicht hungern! Die Anweisungen zur Zubereitung des $\frac{1}{3}$ isotonen Salztees mit Glucose muß man der Mutter genau, am besten schriftlich, geben. Man kann sich aber die Anordnung durch das Rezeptieren von *Oralpädon* vereinfachen. 1 Tablette *Oralpädon* wird in 100 g Wasser gelöst und ergibt einen $\frac{1}{3}$ isotonen Ringerteetee mit 5 % Glucose.

Wichtig ist, daß nach der Teepause nicht gleich wieder die volle ursprüngliche Nahrung gegeben wird, weil es sonst leicht sofort wieder zum Durchfall kommt. Der Tee muß

schrittweise über ein paar Tage durch die Milchnahrung ersetzt werden. In schweren Fällen muß der Nahrungsaufbau mit einer Heilnahrung, z. B. von Aponti, Humana oder Milupa, erfolgen.

Entscheidend ist auf jeden Fall die Teepause, und daß der Säugling den Tee in ausreichender Menge erhält und auch bei sich behält. Ein zielloses Umsetzen von einer Milch auf eine andere — was immer wieder geraten wird — ist nutzlos und kann eher schaden.

Zur *Behandlung des Durchfalls* beim größeren Säugling eignet sich auch sehr gut Karottensuppe, der ebenfalls etwas Salz und Zucker zugegeben werden muß. Sie läßt sich am leichtesten aus einem Gläschen mit Frühkarotten herstellen, wenn die Mutter sie nicht selbst kochen will. Der Vorteil gegenüber dem Tee ist, daß die Kinder ein gewisses Sättigungsgefühl haben.

Den Durchfall älterer Kinder behandelt man am einfachsten mit reichlich geriebenen Äpfeln oder auch mit geschlagenen Bananen.

Medikamente beim Durchfall sind normalerweise nicht notwendig. Nur beim schweren Säuglingsdurchfall, der noch keine Klinikeinweisung verlangt, ist eine zusätzliche medikamentöse Behandlung mit Nebacetin® oder Colistin (1 Tablette pro 3 kg) notwendig.

4. Infekte der oberen Luftwege, Bronchitis

Beim Kleinkind handelt es sich in über 90 Prozent der Fälle um Virusinfektionen. Daher genügt eine symptomatische Therapie.

4.1. Fiebersenkung:

Bei Fieber über 38,5° bis 39°C z. B. mit Paracetamol-Zäpfchen (Benuron® 125 mg, 250 mg, 500 mg) vier- bis sechsstündlich. Bei stärkerer Unruhe Kombinationszäpfchen, z. B. Treupel® N für Säuglinge und Kinder, Meliobal® oder Allional® für Kinder. Eventuell Wadenwickel, aber nur, falls auch die Unterschenkel heiß sind, sonst besser Wickel am Oberschenkel oder Abdomen. Man beläßt die kalten Wickel zehn Minuten und erneuert sie dreimal.

4.2. Reichlich Flüssigkeit anbieten.

Beim Säugling z. B. in Form von Tee oder verdünnter Nahrung anstelle von Milch

4.3. Schleimlösende Medikamente

z. B. Bisolvon® oder einen Codein-freien Hustensaft

4.4. Antibiotische Behandlung:

Da die körperliche Abwehr im Bereich der Lunge gut funktioniert, ist eine antibiotische Behandlung nur selten notwendig. Scheint sie notwendig, so genügt in der Regel Oralpenicillin (z. B. Baycillin®- oder Iso-cillin®-Saft), dreimal 200 000 bis 500 000 E oder Erythromycin (z. B. Pädiathrocin® 50 mg/kg in drei Dosen). Ist die orale Behandlung nicht möglich, so empfiehlt sich zunächst die Gabe von Megacillin® i.m., einmal täglich.

Eine eindeutige Indikation für eine Behandlung mit Penicillin ist eine Angina, Scharlach, eine Otitis media oder eine Pneumonie. Versagt die antibiotische Therapie bei eitrigen Bronchitiden oder Pneumonien ist ein Behandlungsversuch mit z. B. Bactrim® oder Eusaprim®, bei Säuglingen mit Cephalexin (100 mg/kg in drei Dosen) angezeigt.

4.5. Bronchodilatation:

Bei der asthmoiden Bronchitis des Säuglings und Kleinkindes kann man eine Behandlung mit z. B. Asthmolysin®-Zäpfchen oder Perphyllon®-Zäpfchen o. ä. versuchen, obgleich der Bronchospasmus in dieser Altersgruppe nur eine geringe Rolle spielt.

5. Laryngotracheitis und Epiglottitis

Merke:

Je rascher die Progredienz beim Krupp-Syndrom, um so größer die Gefahr des Erstickens!

5.1. Leichte Form der Laryngotracheitis (Schweregrad I und II):

5.1.1. Sedierung: 1 bis 2 Chloralhydrat® Rectiolen

5.1.2. Corticosteroid: Rectodelt® 30 mg 1 bis 2 Supp., bei Bedarf nach drei bis vier Stunden erneut

5.1.3. Kaltluft mit oder ohne Wasserdampf

Bei Zunahme der Beschwerden (Übergang in Schweregrad III) ist Klinikeinweisung indiziert. Es besteht Verdacht auf Epiglottitis (Corticoide unwirksam).

5.2. Schwere Form der Laryngotracheitis (Schweregrad III und IV) und Verdacht auf Epiglottitis:

Merke:

Hat der Arzt am Telefon den Verdacht einer hochgradigen Atemnot beim Kind (ringt nach Luft, ist blaß und unruhig oder bereits schläfrig), so kann der Hinweis auf die jede Sekunde notwendig werdende Mund-zu-Mund-Beatmung dem Kind unter Umständen das Leben retten.

5.2.1. Beruhigung des Kindes, aber keine Sedativa, keine orale Flüssigkeits- oder Nahrungszufuhr

5.2.2. Corticosteroid: *Keine Injektion* (sie kann bei schwerer Atemnot Atemstillstand oder Reflexod auslösen). Rectodelt® 30 mg, 2 Supp. Wirksam eventuell bei stenosierender Laryngitis, schaden jedoch bei Epiglottitis nicht.

5.2.3. Transport in die Klinik unter ärztlicher Begleitung. Bei Atemstillstand: O₂-Beutel-Beatmung oder Mund-zu-Mund-Beatmung. — Nur der wirklich Erfahrene kann ein Kind mit einer entzündlichen Einengung im Larynxbereich intubieren. Notfalls leistet ein Metallblasenkatheter mit Ansatz zur Beatmung (Außendurchmesser 5 mm) gute Dienste.

6. Asthmaanfall

6.1. Bronchodilatation mit

6.1.1. selektiven Beta-2-Rezeptoren-Stimulantien

(Terbutalin = Bricanyl®, Salbutanol = Sultanol®, Fenoterol = Berotec®) z. B. Bricanyl® : 0,005 bis 0,01 mg/kg (= 0,1 bis 0,5 ml) subkutan;

Bricanyl® per os: 0,05 bis 0,075 mg/kg (= 2,5 bis 10 ml) (= 1/2 bis 2 Meßlöffel)

6.1.2. Theophyllin-Präparate

z. B. Asthmolysin®-Supp. für Kinder: 2 bis 4 pro Tag

Euphyllin®-Supp. für Kinder (80 oder 120 mg): 2 bis 4 pro Tag

Euphyllin® als Injektionslösung: 4 bis (7) mg/kg langsam (10 bis 15 Minuten) i.v.

Beim schweren Asthmaanfall können 6.1.1. und 6.1.2. kombiniert werden.

6.2. Sekretolyse

z. B. Bisolvonlösung® (Bromhexitol): dreimal 1 bis 4 ml per os

Unterstützend reichlich Flüssigkeit zu trinken geben!

6.3. Antiphlogistische und antiallergische Therapie

MERCK: Kompetent für die Schilddrüse

Hypothyreose

vorzugsweise L-Thyroxin =

Euthyrox®

Euthyrox

Reines L-Thyroxin

Zusammensetzung: 1 Tablette enthält 100 µg L-Thyroxin (= Levothyroxin-Natrium). **Indikationen:** Für alle Indikationen der Schilddrüsenhormon-Therapie, vorzugsweise bei Hypothyreose und zur Begleittherapie bei thyreostatischer Behandlung der Hyperthyreose; außerdem bei blander (euthyreoter) Struma zur Rezidivprophylaxe nach Strumektomie, Thyreoiditis, Schilddrüsenmalignom (postoperativ). **Kontraindikationen:** Myokardinfarkt, Angina pectoris, Myokarditis, tachykarde Herzinsuffizienz. **Nebenwirkungen:** Bei Überdosierungerscheinungen wie Tremor, Tachykardie, Hyperhidrosis, Durchfall oder Gewichtsabnahme erfordern eine Reduktion der Dosis. **Vorsichtsmaßnahmen:** Bei Herzkrankung 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 Euthyrox-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 Euthyrox in kürzeren Abständen zu kontrollieren. Bei gleichzeitiger Behandlung mit Colestyramin ist zu beachten, daß die Resorption von Schilddrüsenhormonen hierdurch vermindert wird. Euthyrox sollte deshalb 4-5 Stunden vor der Colestyramin-Dosis eingenommen werden. Diphenylhydantoin verdrängt L-Thyroxin aus der Proteinbindung. Während der Euthyrox-Therapie sollte Diphenylhydantoin nicht intravenös gegeben werden. **Anwendungshinweise:** Die mit Kreuzrillen versehenen Tabletten sind leicht löslich, so daß die Dosierung dem individuellen Bedarf gut angepaßt werden kann. Die Tagesdosis wird am zweckmäßigsten als einmalige Gabe morgens nach dem Frühstück verabreicht. **Handelsformen:** Euthyrox® 50 Tabletten mit Kreuzrille DM 10,54, 100 Tabletten mit Kreuzrille DM 17,53. Ferner Anstalts-Packung, Apoth.-Abg. Preise, Stand 11.1975. Weitere Informationen enthält der Wissenschaftliche Prospekt, den wir Ihnen auf Wunsch gerne zusenden.

HORMON
FORSCHUNG



MERCK

E. Merck, Postfach 1118, 6500 Merck, FRG

Corticosteroide, z. B. Rectodelt® 30 mg Supp. oder ein Prednison-Präparat oral oder parenteral: 2 bis 5 mg/kg

6.4. Sedierung

z. B. mit Chloralhydrat-Rectiolen, 1 bis 4 pro Dosis.

Merke: Nur bei noch nicht bestehender Ateminsuffizienz darf sediert werden!

Jedes andere Beruhigungsmittel, womit eigene Erfahrungen vorliegen, darf verabreicht werden (z. B. Valium® 5 bis 10 mg rektal oder oral, Adalin®)

6.5. Klinkeinweisung

bei Vorliegen eines Status asthmaticus!

7. Fremdkörperaspiration

Im Erstickungsfall nach Fremdkörperaspiration muß als Sofortmaßnahme der Rachen freigemacht werden. Es ist möglich, daß der Fremdkörper supraglottisch den Eingang der Trachea verlegt oder im Ösophaguseingang steckt und auf die Trachea drückt. Als zweite Maßnahme ist die Mund-zu-Mund-Beatmung durchzuführen. Diese Anweisung muß unter Umständen am Telefon den Angehörigen des Kindes in Ruhe klar verständlich gegeben werden. Sie kann lebensrettend sein!

Der ärztliche Notdienst sollte nur eingreifen, wenn noch akute Erstickungsgefahr besteht. Das „auf den Kopf stellen des Kindes“ und „auf den Rücken klopfen“ können nicht empfohlen werden, da ein bereits in einem Stammbronchus eingekleibter Fremdkörper wieder mobilisiert und in den gefährlichen subglottischen Raum transportiert werden kann. So kann erneut ein Erstickungsanfall ausgelöst werden.

8. Exanthem

Bei sicher allergischem Exanthem mit Quaddeln und Schwellungen am Körper Calcium per os oder i.v. In schweren Fällen Prednison 2 mg/kg i.v. oder i.m.

9. Infektkrampf

Er erfordert meist kein Eingreifen des Arztes, da er häufig schon vorbei ist, wenn der Arzt eintrifft. Wenn nicht, so führt man dem Kind am besten 1 bis 2 Chloralhydrat-Rectiolen oder ein Vallum-Zäpfchen ein. Die intravenöse Gabe von Valium®

ist zwar am besten, in der Praxis jedoch meist schwierig und mit dem Risiko der Atemdepression verbunden.

10. Vergiftungen

Gelegentlich ist der ärztliche Notdienst gezwungen, bei einem Hausbesuch plötzlich eine kindliche „Vergiftung“, d. h. einen Ingestionsunfall, behandeln zu müssen.

Zu empfehlen ist hier das pharmakologische Erbrechen, allerdings nur bei Kindern, die nicht bewußtlos sind. Kontraindiziert ist es außerdem bei Ätzstoffen und Petroliumdestillaten.

Ipecacuanha-Sirup (Ipecacuanha Fluidextrakt 2,1 ml – Glycerin DAB 3,0 ml – Zuckersirup ad 30,0 ml)

Dosierung:

Kinder bis zu zwei Jahren: 20 ml
Kinder älter als zwei Jahre: 30 ml

Merke:

Zusammen mit dem Emetikum muß unbedingt Tee oder Saft (100 bis 200 ml) gegeben werden: Nur ein voller Magen kann zum Erbrechen gebracht werden. Es dauert 20 bis 40 Minuten, bis das Erbrechen erfolgt.

Anschrift der Verfasser:

Dr. med. Ine Butenandt, Leiterin der pädiatrischen Intensivstation, und Dr. med. K. Mantel, Leiter der Abteilung für pädiatrische Anästhesie und kinderchirurgische Intensivtherapie, Lindwurmstraße 4, 8000 München 2

Pressemittlung der Ludwig-Maximilians-Universität München:

„Rote Zellen“ sprengen wieder Vorlesung

Die Reihe der Vorlesungsstörungen durch die marxistische Gruppe (Rote Zellen) geht weiter. Am Mittwoch, den 14. Juni 1978, wurde Professor Heinz Laufer (Politische Wissenschaft) durch eine Gruppe von 30 bis 40 Personen gezwungen, seine Vorlesung „Grundzüge des politischen Systems der Bundesrepublik Deutschland“ abzubrechen. Auch in den vergangenen Wochen war die Vorlesung von Professor Laufer regelmäßig gestört worden, bislang hatte er jedoch einen Abbruch vermeiden können.

Die Störungen verliefen nach dem bereits bekannten Muster: Ein Flugblatt „Galerie der großen Geister“ beschäftigt sich mit dem nach Ansicht der „Roten Zellen“: „verfehten Wissenschaftsbegriff“ des betreffenden Hochschullehrers. In den Vorlesungen werden dann permanente Fragen gestellt, die den Hochschullehrer dazu zwingen sollen, eine Radikalkritik am bestehenden politischen System zu äußern. Die meisten Störer bei Professor Laufer waren nicht Studenten der politischen Wissenschaft und wurden bei den Störungen soziologischer, psychologischer und pädagogischer Vorlesungen ebenfalls gesehen.

Sorge bereitet der Universität das zunehmend militantere Auftreten dieser Gruppe. Nur unter Inkaufnahme einer Massenschlägerei wäre es zur Zeit möglich, einzelne Störer zur Identifikation festzuhalten. Wortführer werden durch einen Ring von Anhängern gegen jeden Zugriff abgeschirmt.

Für die Universität bedeutet es eine unerträgliche Situation, daß sie dieser „Marxistischen Gruppe“, die sich die Zerstörung unserer Gesellschaftsordnung erklärtermaßen zum Ziel gesetzt hat, jetzt auch noch Räume für Veranstaltungen zur Verfügung stellen muß. Die Universität ist nämlich aufgrund einer Gerichtsentscheidung gezwungen, allen Gruppen, die bei den Hochschulwahlen kandidieren, dazu gehören auch die „Roten Zellen“, Räume für Veranstaltungen zu geben.

A/17-78

Ärzte in der Kommunalpolitik

Regierungsbezirk Oberbayern

Landkreis Altötting

Kreistag:

Dr. Bauer Konrad, Altötting
Kreisrat (FDP)

Dr. Paul Ernst-Günther, Raischach
Kreisrat (FWG)

Landkreis Bad Tölz-Wolfratshausen

Kreistag:

Dr. Baum Gerhart, Wolfratshausen
Kreisrat (FDP)

Dr. v. Sigriz Vinzenz, Reichersbeuern
Kreisrat (CSU)

Bad Tölz:

Dr. Diegmann Adalbert
Stadtrat (CSU)

Dietramszell:

Dr. Benzinger Kurt
Gemeinderat (FWG)

Eurasburg:

Dr. Stoll Karl Ludwig
Gemeinderat (FWG)

Geretsried:

Dr. Baum Gerhart, Wolfratshausen
Stadtrat (FDP)

Dr. Breitkopf Gerhard,
Wolfratshausen
Stadtrat (FWG)

Wolfratshausen:

Dr. Güllich Hermann
Stadtrat (FDP)

Dr. Lange Bert Thomas
Stadtrat (FWG)

Landkreis Dachau

Kreistag:

Dr. Mansour-Bithorn Rosemarie,
Dachau
Kreisrätin (FDP)

Dachau:

Dr. Lehn Heinrich
Stadtrat (ÜB)

Landkreis Ebersberg

Anzing:

Dr. Behrlenz Kurt
Gemeinderat (FWG)

Abtling:

Dr. Jell Hans
Gemeinderat (CSU)

Ebersberg:

Dr. Bruchholz Klaus
Stadtrat (ÜWG)

Dr. Scheiner Walter
Stadtrat (CSU)

Glonn:

Dr. Kreutzer Peter
Gemeinderat (CSU)

Markt Schwaben:

Dr. Geiss Claus
Gemeinderat (CSU)

Dr. Holley Georg
Gemeinderat (CSU)

Landkreis Eichstätt

Denkendorf:

Dr. Holtz Christian
Gemeinderat (FWG)

Landkreis Erding

Kreistag:

Dr. Boettger Fritz, Dorfen
Kreisrat (FWG)

Erding:

Dr. Graf Maximilian
Stadtrat (CSU)

Taukirchen:

Dr. Richtmann Karl
Gemeinderat (FWG)

Landkreis Freising

Kreistag:

Dr. Merkl Hans, Freising
Kreisrat (CSU)

Dr. Völlinger Gerd, Freising
Kreisrat (CSU)

Freising:

Dr. Völlinger Gerd
Stadtrat (CSU)

Moosburg:

Dr. Pongratz Wilhelm
Stadtrat (CSU)

Landkreis Fürstenfeldbruck

Kreistag:

Königer Ferdinand, Arzt,
Fürstenfeldbruck
Kreisrat (FWG)

Dr. Lampl Lorenz, Fürstenfeldbruck
Kreisrat (CSU)

Fürstenfeldbruck:

Königer Ferdinand, Arzt
Stadtrat (FWG)

Dr. Lampl Lorenz
Stadtrat (CSU)

Gröbenzell:

Dr. Seuß Fritz
Gemeinderat (CSU)

Olching:

Dr. Balletshofer Peter
Gemeinderat (CSU)

Landkreis Garmisch-Partenkirchen

Kreistag:

OMR Dr. Reich Gerhard,
Garmisch-Partenkirchen
Kreisrat (CSU)

Bed Kohlgrub:

Dr. Piechl Gunter
Gemeinderat (FWG)

Mittenwald:

Dr. Brunner Wolf
Gemeinderat (CSU)

Kreisfreie Stadt Ingoistadt

Dr. Hafner Anton
Stadtrat (CSU)

Dr. Hamann Elisabeth, MdL
Stadträtin (SPD)

Dr. Pfeiffer Anton
Stadtrat (CSU)

Landkreis Landsberg e. Lech

Utting:

Dr. v. Selzam Ekkehard
Gemeinderat (CSU)

Landkreis Miesbach

Kreistag:

Dr. Höfle Ludwig, Rottach-Egern
Kreisrat (FWG)

Dr. Rossteuscher Max, Schliersee
Kreisrat (FDP)

Bad Wiessee:

Dr. Schlaginweit Stefan
Gemeinderat (FWG)

Otterfing:

Dr. Kühnel Franx Xever
Gemeinderat (SPD)

Warngau:

Dr. Donhauser Walter
Gemeinderat (FWG)

Landeshauptstadt München

Dr. Keyser Ingeborg
Stadträtin (SPD)

Dr. Zimmermann Thomas
Stadtrat (CSU)

Landkreis München

Kreistag:

Dr. Döker Ingo, Unterhaching
Kreisrat (FDP)

Professor Dr. Murken Jan, Ottobrunn
Kreisrat (SPD)

Gräfelfing:

Dr. Fuchs Richard, Lochham
Gemeinderat (FWG)

Dr. Gerstmeier Henry-Marcel
Gemeinderat (FWG)

Dr. Hochstein-Mintzel Trude
Gemeinderätin (FWG)

Grünwald:

Dr. Weidenbach Edith
Gemeinderätin (CSU)

Höhenkirchen:

Dr. Kratschmann Konrad
Gemeinderat (FWG)

Neubiberg:

Dr. Buchberger Wolf
Gemeinderat (SPD)

Oberhaching:

Dr. Schallenberg Adolf
Gemeinderat (FWG)

Ottobrunn:

Dr. Joseph Karl Hans
Gemeinderat (CSU)

Professor Dr. Murken Jan
Gemeinderat (SPD)

Planegg:

Dr. Krejci Jorinde
Gemeinderätin (SPD)

Dr. Stoeger Wolfgang
Gemeinderat (FWG)

Unterhaching:

Dr. med. habil. Hofstetter Alfons
Gemeinderat (CSU)

Unterschleißheim:

Dr. Scheßl Friedrich
Gemeinderat (CSU)

Landkreis Rosenheim

Aschau:

Dr. Stocker Hans
Gemeinderat (CSU)

Bernau:

Dr. Graunke Heinz
Gemeinderat (UWG)

Brannenburg:

Dr. Sauer Jörg
Gemeinderat (CSU)

Kietersfelden:

Dr. Schnorrenberg Gerhard
Gemeinderat (UWG)

Kolbermoor:

Junkenitz Walter, Arzt
Stadtrat (FWG)

Oberaudorf:

Dr. Heuser-Schreiber Hedda
Gemeinderätin (FDP)

Prien:

Dr. Porzner Helmut
Gemeinderat (CSU)

Rimsting:

Dr. Scherer Josef
Gemeinderat (UWG)

Rosenheim:

Dr. Schildbach Axel
Stadtrat (FDP)

Dr. Weigl Andreas
Stadtrat (SPD)

Dr. Wimmer Josef
Stadtrat (CSU)

Landkreis Starnberg

Kreistag:

Dr. Gennewein Robert, Tutzing
Kreisrat (CSU)

Dr. Gröber Klaus, Berg
Kreisrat (CSU)

Dr. Hasslinger Claus, Starnberg
Kreisrat (FDP)

Dr. Hiltl Georg, Gauting
Kreisrat (CSU)

Dr. Niemöller Heinz, Gauting
Kreisrat (SPD)

Dr. Zimmermann Rudolf, Starnberg
Kreisrat (PWG)

Berg:

Dr. Gröber Klaus
Gemeinderat (CSU)

Feldafing:

Dr. Mahla Gerhard
Gemeinderat (CSU)

Gauting:

Dr. Hiltl Georg
Gemeinderat (CSU)

Dr. Niemöller Heinz
Gemeinderat (SPD)

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



Gilching:

Dr. Straus Hans Otto
Gemeinderat (ÜPG)

Krailling:

Dr. Kullmann Claus
Gemeinderat (FDP)

Possenhofen:

Dr. Heidinger Albrecht
Gemeinderat (PWG)

Stockdorf:

Dr. Erhard Otto
Gemeinderat (AUD)

Landkreis Traunstein

Kreistag:

Dr. Huber Franz, Traunstein
Kreisrat (CSU)

Dr. Pfaller Georg, Traunstein
Kreisrat (FDP)

Ruhpolding:

Dr. Amann Lorenz
Gemeinderat (CSU)

Dr. Fuchs Georg Rudolf
Gemeinderat (CSU)

**Regierungsbezirk
Niederbayern**

Landkreis Deggendorf

Hengersberg:

Dr. Piltzko Gunter
Gemeinderat (CSU)

Künzing:

Dr. Lepp Albrecht
Gemeinderat (Parteilfrei)

Plattling:

Dr. Kubelka Helmut
Stadtrat (SPD)

Landkreis Dingolfing-Landau

Kreistag:

Dr. Winklhofer Franz, Großköllnbach
Kreisrat (FWG)

Landkreis Kelheim

Kreistag:

Dr. Haid Dietger, Mainburg
Kreisrat (FWG)

Strobl Thilly, Ärztin, Neustadt/Do.
Kreisrätin (SLU)

Kelheim:

Dr. Frei Edmund
Stadtrat (FWG)

Mainburg:

Dr. Haid Dietger
Stadtrat (FWG)

Neustadt/Do.:

Strobl Walter, Arzt
Stadtrat (CSU)

Riedenburg:

Dr. Schwägerl Hans
Stadtrat (CSU)

Siegenburg:

Dr. Schmidt Heinrich
Gemeinderat (Interessengemein-
schaft Siegenburg)

Kreisfreie Stadt Landshut

Dr. Kölbl Ingeborg
Stadträtin (CSU)

Dr. Moratschek Hans
Stadtrat (CSU)

Dr. Schiller Klaus
Stadtrat (CSU)

Landkreis Regen

Bayerisch Eisenstein:

Dr. Gunder Walter
Gemeinderat (Parteilfrei)

Lindberg:

Dr. Lippmann Josef
Gemeinderat und 2. Bürgermeister
(CSU)

Landkreis Rottal-Inn

Kreistag:

Dr. Pack Wilhelm, Eggenfelden
Kreisrat (CSU)

Dr. Riederer v. Paar Rudolf, Schönau
Kreisrat (CSU)

Dr. Schönmetzier Franz, Pfarrkirchen
Kreisrat (FWG)

Landkreis Straubing-Bogen

Kreistag:

Dr. Kimmerling Walter,
Laberweinting
Kreisrat (ÜPW)

Konzell:

Dr. Aubele Franz
Gemeinderat und 2. Bürgermeister
(ÜPW)

Laberweinting:

Dr. Kimmerling Walter
Gemeinderat (ÜPW)

Schwarzach:

Dr. Dobler Robert
Gemeinderat (CSU)

Dr. Gerlach Karl-Josef
Gemeinderat (CSU)

Straubing:

Dr. Engelmann Volker
Stadtrat (FDP-FWG)

Dr. Hiendlmayer Karl
Stadtrat (CSU)

**Regierungsbezirk
Oberpfalz**

Landkreis Amberg-Weizbach

Kreistag:

Dr. Ibrahim Gamal,
Sulzbach-Rosenberg
Kreisrat (SPD)

Hahnbach:

Dr. Stuchlik Ute
Gemeinderätin (FDP/FWG)

Landkreis Cham

Blaibach:

Doerk Ortwin, Arzt
Gemeinderat (FWG)

Kötzting:

Dr. Hager Reinhold
Stadtrat (CSU)

Roding:

Dr. Engert Martin
Stadtrat (CSU)

Waldmünchen:

Dr. Lechner Susanne
Stadträtin (FWG)

Landkreis Neumarkt i. d. Opf.

Kreistag:

Dr. Kaiser Rudolf, Parsberg
Kreisrat (FWG)

Dr. Koch Hanns, Neumarkt
Kreisrat (FWG)

Berching:

Dr. Herbaty Brigitte
Stadträtin (CSU)

Dr. Schreiber Karl
Stadtrat (FWG)

Breitenbrunn:

Dr. Hingsamer Rainer
Gemeinderat (FWG)

Dietfurt:

Dr. Mühlbauer Erwin
Stadtrat (FWG)

Freystadt:

Dr. Norys Helga
Stadträtin (CSU)

Neumarkt:

Dr. Koch Hanns
Stadtrat (FWG)

Kreisfreie Stadt Regensburg

Dr. Adler Peter
Stadtrat (CSU)

Landkreis Schwandorf

Kreistag:

Dr. Hierstetter Felix, Schwandorf
Kreisrat (CSU)

Bruck:

Dr. Daffner Ludwig
Gemeinderat (FWG)

Dr. Nüzel Peter
Gemeinderat (CSU)

Maxhütte-Haidhof:

Dr. Kohn Siegfried
Stadtrat (SPD)

Nabburg:

Dr. Gilliar Eduard
Stadtrat (CSU)

Schwandorf:

Dr. Hierstetter Felix
Stadtrat (CSU)

Kreisfreie Stadt Weiden

Dr. Schaudig Paul
Stadtrat (FDP)

**Regierungsbezirk
Oberfranken**

Landkreis Bamberg

Bamberg:

Med. Dir. Dr. Einenkel Dietmar
Stadtrat (SPD)

Reg. Med. Dir. Dr. Wildenauer Eduard
Stadtrat (ÜBG)

Dr. Winkelmann Eduard
Stadtrat (CSU)

Lichteneiche:

Dr. Thoma Paul
Gemeinderat (CSU)

Zapfendorf:

Dr. Lutz Eugen
Gemeinderat (FL)

Landkreis Bayreuth

Bayreuth:

Med. Dir. Dr. Hamann Heinz
Stadtrat und 3. Bürgermeister (SPD)

Med. Dir. Dr. Raisch Walter
Stadtrat (CSU)

Dr. Schweingel Dieter
Stadtrat (FDP)

Med. Dir. Dr. Struck Ernst
Stadtrat (SPD)

Heinersreuth:

Dr. Rösch Karl
Gemeinderat (FWG)

Landkreis Forchheim

Kreistag:

Dr. Wölfel Christoph, Egloffstein
Kreisrat (CSU)

Ebermannstadt:

Dr. Maack Rolf Peter
Stadtrat (CSU)

Forchheim:

Dr. Pfeiffer Karlheinz
Stadtrat (FDP)

Landkreis Kulmbach

Kreistag:

Dr. Niederhellmann Hanskarl,
Kasendorf
Kreisrat (FDP-FWG)

Kasendorf:

Dr. Niederhellmann Hanskarl
Gemeinderat (FDP-FWG)

Neuenmarkt:

Wagner Adelheid, Ärztin
Gemeinderätin (CSU-WG)

Kulmbach:

Dr. Beyer Eduard
Stadtrat (WG-CSU)

Dr. Scheffel Heinrich
Stadtrat (WG)

Dr. Schreiber Hermann
Stadtrat (WG)

Landkreis Lichtenfels

Kreistag:

Dr. Nothum Elisabeth, Altenkunstadt
Kreisrätin (CSU)

Dr. Zwerenz Hans, Burgkunstadt
Kreisrat (CSU)

Altenkunstadt:

Dr. Nothum Elisabeth
Gemeinderätin (CSU)

Burgkunstadt:

Dr. Zwerenz Hans
Gemeinderat (CSU)

Marktzeuln:

Dr. Keppel Hans
Gemeinderat und 2. Bürgermeister
(FWG)

Landkreis Wunsiedel

Kreistag:

Dr. Geißendörfer Thomas,
Wunsiedel
Kreisrat (FDP)

Wunsiedel:

Dr. Heueis-Fuchs Vera
Stadträtin (SPD)

Regierungsbezirk Mittelfranken

Landkreis Ansbach

Kreistag:

Nützel Rudolf, Arzt, Rothenburg
Kreislrat (SPD)

Ansbach:

Dr. Eggers Jürgen
Stadtrat (CSU)

Landkreis Erlangen-Höchstadt

Kraistag:

Dr. Filler Rolf, Eckenthal
Kreislrat (FWG)

Adelsdorf:

Dr. Otto Walter
Gemeinderat (Bürgerblock)

Bubenreuth:

Dr. Richter Kristine
Gemeinderätin (SPD)

Dr. Bergner Dietrich
Gemeinderat (SPD)

Eckenthal:

Dr. Filler Rolf
Gemeinderat (FWG)

Erlangen:

Dr. Hubmann Max
Stadtrat (CSU)

Dr. Seiler Gotthilf
Stadtrat (SPD)

Landkreis Fürth

Kraistag:

Dr. Meier Hans, Langenzann
Kreislrat (FDP)

Fürth:

Dr. v. Frankenberg Manfred
Stadtrat (SPD)

Langenzann:

Dr. Meier Hans
Stadtrat (FDP)

Wachandorf:

Dr. Laykauf Rainer
Gemeinderat (CSU)

Dr. Walz Karlheinz
Gemeinderat (SPD)

Landkreis Neustadt a. d. Aisch-Bad Windsheim

Kraistag:

Dr. Lehnart Willy, Neustadt
Kreislrat (CSU)

Dr. Malcher Diatrich, Bad Windsheim
Kreislrat (CSU)

Bad Windsheim:

Dr. Malcher Dietrich
Stadtrat (CSU)

Diaspack:

Dr. Lehnert Willy
Gemeinderat (CSU)

Dr. Thuss Gunter
Gemeinderat (FWG)

Naustadt:

Dr. Pfeiffer Peter
Stadtrat (CSU)

Dr. Bulitta Arno
2. Bürgermeister (CSU)

Offenheim:

Dr. Luthardt Egon
Stadtrat (FWG)

Landkreis Nürnberger Land

Kreistag:

Dr. Reichel Klaus, Hersbruck
Kreislrat (CSU)

Dr. Braun Otto, Pommalsbrunn
Kreislrat (CSU)

Lauf:

Dr. Spiecker Hans
Stadtrat (FDP)

Landkreis Weißenburg/Gunzenhausen

Kreistag:

Dr. Flath Fritz, MdL, Muhr
Kreislrat (FDP)

Dr. Mederer Hermann,
Gunzenhausen
Kreislrat (UWG)

Büchenbach:

Dr. Werning Wolfgang
Gemeinderat (CSU)

Gaorgansgmünd:

Dr. Eber Fritz
Gemeinderat (CSU)

Pappenhalm:

Dr. Gmeinhardt Joachim
Stadtrat (SPD)

Regierungsbezirk Unterfranken

Landkreis Aschaffenburg

Kraistag:

Dr. Graupner Wolfgang, Mömbris
Kreislrat (SPD)

Aschaffenburg:

Dr. Keller Fritz
Stadtrat (CSU)

Dr. Klein Heinrich
Stadtrat (CSU)

Ob. Med. Rat Dr. Pfeiffer Helmut
Stadtrat (CSU)

Bassenbach:

Dr. Schmitt Karl
Gemeinderat (CSU)

Landkreis Bad Kissingen

Kreistag:

Dr. Pinker Ursula, Bad Brückenau
Kreislratin (CSU)

Dr. Raaz Erhard, Bad Kissingen
Kreislrat (CWG)

Bad Brückenau:

Dr. Pinker Ursula
Stadträtin (CSU)

Bad Kissingen:

Dr. Hacker August
Stadtrat (CSU)

Dr. Hildenbrand-Zierhut Dorothea
Stadträtin (Kissinger Block)

Dr. Piekarski Hanns Georg
Stadtrat (CSU)

Dr. Raaz Erhard
Stadtrat (WGK)

Landkreis Bad Neustadt a. d. Saale

Bad Naustadt:

Dr. Habermann Mathilda
Stadträtin (CSU)

Landkreis Kitzingen

Kitzingen:

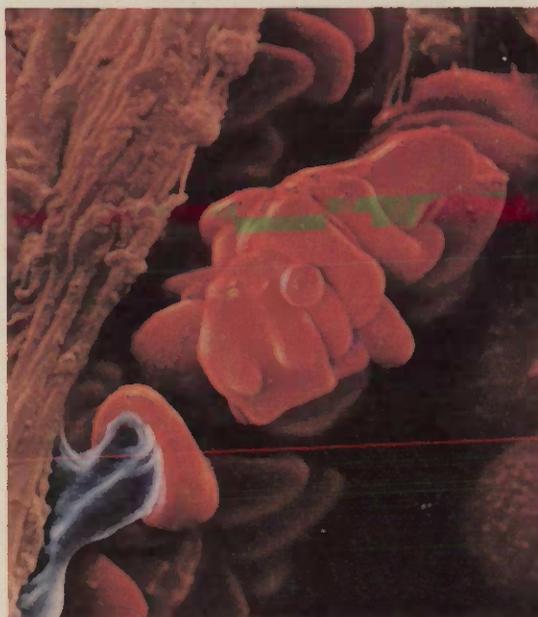
Dr. Kohler Juliana
Stadträtin (CSU)

Dr. Kohlmann Eugen
Stadtrat (CSU)

Dr. Oschmann Franz
Stadtrat (CSU)

Dr. Wagner Eduard
Stadtrat (SPD)

Echte Hilfe bei Venenleiden leisten Sie nur, wenn Sie den venösen Rückstrom be- schleunigen. Und das gelingt Ihnen mit **VENORUTON**®



In jedem Venenfall:
Venoruton®

Venenleiden sind multifaktoriell und progredient: Aber immer steht ein verlangsamter venöser Reflux im Drehpunkt des Circulus vitiosus. Venoruton kann den Rückstrom im Bein um mehr als 50% beschleunigen [Humanversuch 1]. Venoruton ist speziell mikrorheologisch aktiv: Es verbessert die Fließeigenschaften des Blutes bereits in der Endstrombahn, weil es die Aggregations-tendenz von Erythro- und Thrombozyten hemmt [2, 3, 4] und die Ödembildung bremst [5, 6]. Venoruton wirkt somit **antithrombotisch** und **stauungswidrig** – bei uneingeschränkter Verträglichkeit. Lit.: 1) E. Mühe, Habilitationsschrift. Erlangen 1973 – 2) H. Schmid-Schönbein et al., VASA 4, 263 (1975) – 3) D'A. Kok u. P. G. Watson in: Vision and Circulation, 3rd W. Mackenzie Mem. Symp. Glasgow 1.-4. 7. 1974. London 1976 – 4) H. Fischer, Internistische Praxis 17, 746 (1977) – 5) W. Felix, Dtsch. Med. J. 23, 403 (1972) – 6) W. Voelter und G. Jung (Hrsg.): Experimentelle und klinische Ergebnisse mit „O-(β-Hydroxy-äthyl)-rutoside“. Bln.-Hdb.-New York 1978, Springer.



Zusammen- setzung:

Venoruton-Präparate enthalten O-

(β-Hydroxyäthyl)-rutoside in unterschiedlicher Konzentration.

Indikationen: Variköse und postthrombotische Syndrome, chronisch-venöse Insuffizienz in allen Stadien.

Kontraindikationen: Nicht bekannt.

Konzentrationen, Handelsformen, Preise, Anwendung: Venoruton®-intens (500 mg/Dragee)

20 Dragees DM 19,01

50 Dragees DM 41,31

100 Dragees DM 76,46

Phlebologie: täglich 1-2mal

1 Dragee; Strahlentherapie:

täglich 2mal 1 bis 3mal

2 Dragees.

Venoruton® injectabile

(500 mg/5 ml)

5 Ampullen DM 14,10

10 Ampullen DM 24,-

1 Ampulle täglich oder jeden zweiten Tag im. oder langsam iv.

Venoruton® 300

(300 mg/Kapsel)

20 Kapseln DM 14,18

50 Kapseln DM 31,11

100 Kapseln DM 57,72

täglich 2mal 1 Kapsel.

Venoruton® retard

(300 mg/Dragee; kontinuierliche Wirkstoffabgabe)

20 Dragees DM 14,90

50 Dragees DM 32,70

100 Dragees DM 60,60

täglich 1-2mal 1 Dragee.

Venoruton® Gel

(2% g/g)

40 g Gel DM 8,55

100 g Gel DM 18,70

täglich 2mal dünn auftragen

und gut einstreichen.

Zyma GmbH
München

Landkreis Main/Spessart*Kreistag:*

Dr. Cremer Friedrich, MdL, Lengfurt
Kreisrat und Bürgermeister (SPD)

Dr. Vogtmann Waldemar, Karlstadt
Kreisrat (CSU)

Lohr:

Dr. Schreiber Fritz
Stadtrat (FDP)

Landkreis Miltenberg*Kreistag:*

Dr. Lang-Ihls Edith, Stadtprozelten
Kreisrätin (CSU)

Dr. Pfeifer Gottfried, Kleinwallstadt
Kreisrat (CSU)

Landkreis Schweinfurt*Schwanfeld:*

Dr. Römmelt Armin
1. Bürgermeister (CSU)

Schweinfurt:

Dr. Josef Hans-Otto
Stadtrat (CSU)

Kreisfreie Stadt Würzburg

Professor Dr. Braun Heribert
Stadtrat (CSU)

Dr. Fuchs Georg
Stadtrat (CSU)

Dr. Hoede Mareile
Stadträtin (FDP)

Ltd. Med. Dir. i. R. Dr. Vierheilig Hugo
Stadtrat (FWG)

**Regierungsbezirk
Schwaben****Landkreis Donau-Ries***Kreistag:*

Dr. Vogelgsang Klaus, Oettingen
Kreisrat (PWG)

Donauwörth:

Dr. Musiol Hubert
Stadtrat (CSU)

Landkreis Günzburg*Kreistag:*

Dr. Hempe Ulf, Günzburg
Kreisrat (FWG)

Dr. Oettle Ernst, Krumbach
Kreisrat (FWG)

Krumbach:

Dr. Langenbach Josef
Stadtrat (FWG)

Dr. Saurler Helmut
Stadtrat (CSU)

Kreisfreie Stadt Kaufbeuren

Dr. Leutner Josef
Stadtrat (FWG)

Dr. Zasche Richard
Stadtrat (FWG)

Kreisfreie Stadt Kempten

Dr. Schmidt Wilhelm
Stadtrat (FDP)

Landkreis Lindau/Bodensee*Kreistag:*

Dr. Fischer-Halbing Margarete,
Lindau
Kreisrätin (Freie Bürgerschaft)

Dr. Gülden Werner, Lindenberg
Kreisrat (CSU)

Dr. Zobel Klaus, Lindau
Kreisrat (FDP)

Grünenbach:

Dr. Duttler Klaus
Gemeinderat (CSU)

Heimenkirch:

Dr. Popp Gerhard
Gemeinderat (CSU)

Lindau:

Dr. Fischer Thomas
Stadtrat (FWG)

Dr. Zobel Klaus
Stadtrat (FDP)

Lindenberg:

Dr. Schirmer Ferdinand
Stadtrat (FWG)

Scheidegg:

Dr. Hergenhahn Peter
Gemeinderat (CSU)

Weiler/Simmerberg:

Dr. Ennemoser Dietmar
Gemeinderat (SPD)

Dr. Wagner Georg
Gemeinderat und 2. Bürgermeister
(FWG)

Kreisfreie Stadt Memmingen

Dr. Galm Dietmar
Stadtrat (CSU)

Dr. Kesslinger Antoinette
Stadträtin (FWG)

Dr. Stürmer Wilhelm
Stadtrat (SPD)

Dr. Wilhelm Jörg
Stadtrat (CRB)

Landkreis Neu-Ulm*Kreistag:*

Dr. Adamo Albrecht, Thalfingen
Kreisrat (SPD)

Thal:

Dr. Adamo Albrecht, Thalfingen
Gemeinderat (FDP)

Landkreis Oberallgäu*Fischen:*

Dr. Porzig Heinz
Gemeinderat (CSU)

Dr. Wollmann Bruno
Gemeinderat (SPD)

Immenstadt:

Dr. Ditterich Meinhard
Stadtrat (CSU)

Oberstaufen:

Dr. Brosig Karl-Heinz
Gemeinderat (CSU)

Dr. Hein Dieter
Gemeinderat (FWG)

Dr. Kraus Dieter
Gemeinderat (FWG)

Dr. Wendt Otto
Gemeinderat (FWG)

Oberstdorf:

Dr. Schall Heinz
Gemeinderat (SPD)

Sonthofen:

Dr. Garmann Wolfgang
Stadtrat (CSU)

Waltenhofen:

Dr. Schießmann Friedrich
Gemeinderat (UWG)

Landkreis Unterallgäu*Kreistag:*

Dr. Theissen Horst, Memmingen
Kreisrat (FDP)

Selbsthilfegruppen wachsen stetig

Anonyme Alkoholiker in 302 Gemeinden aktiv

Die Anonymen Alkoholiker (AA) verfügen jetzt über 800 Gruppen in 302 Gemeinden der Bundesrepublik Deutschland. Innerhalb Jahresfrist sind über 100 neue Gruppen entstanden. Gegenüber 1975 ergibt sich ein Zuwachs von 300 Gruppen oder 60 Prozent. In Hamburg sind die AA mit 42 Gruppen vertreten, in Berlin und Bremen mit je 36, in München mit 27, in Essen mit 14, in Frankfurt und Düsseldorf mit je 13 und in Stuttgart und Nürnberg mit je 12 Gruppen.

Die erste AA-Gruppe in der Bundesrepublik Deutschland ist vor 25 Jahren durch die Initiative amerikanischer Alkoholiker in München, mitten im Vergnügungszentrum Schwabing, entstanden. Den AA-Gruppen gehören ausschließlich „Betroffene“ an, nämlich Alkoholiker und Medikamentensüchtige. Es gibt keine professionellen Helfer. Die einzige Voraussetzung für die Zugehörigkeit ist der Wunsch, mit dem Trinken aufzuhören. Die Gemeinschaft kennt weder Mitgliederbeiträge noch Listen,

Gebühren, Nüchternheitsgelöbnisse oder Verpflichtungen. Von außen kommende Unterstützungen werden abgelehnt, die AA erhalten sich finanziell selbst. Gemäß ihren Traditionen sind die selbständigen Gruppen mit keiner Sekte, Konfession, Partei, Organisation oder Institution verbunden.

Mit den Gruppen der AA haben sich in den letzten Jahren die Gruppen der Angehörigen von Alkoholikern weiter ausgebreitet. Es gibt jetzt 306 dieser AL ANON-Gruppen und Kontakte, gegenüber 240 Gruppen vor einem Jahr.

Die AA-Gruppen versammeln sich wöchentlich mindestens einmal zu einem zweistündigen Treffen, Meeting genannt, dessen Besuch wie jede Aktivität in AA freiwillig ist.

In Kliniken, Heilstätten und Krankenhäusern sind 65 AA-Krankenhausgruppen tätig. Häufig sind die in die Krankenhäuser kommenden Anony-

men Alkoholiker selbst in stationärer Behandlung gewesen und können deshalb den anderen Kranken überzeugend ihre Erfahrungen mit den Schwierigkeiten vermitteln, denen der Alkoholiker nach der stationären Behandlung unausweichlich begegnet. Diese Arbeit der AA findet heute bei vielen Ärzten, Psychologen und Sozialarbeitern Anerkennung, die vorher in Unkenntnis der Selbsthilfegemeinschaft AA diese als eine Art Laienkonkurrenz der professionellen Heilbehandlung mißverstanden hatten.

Im Freistaat Bayern sind AA-Krankenhausgruppen in den folgenden Häusern tätig: Augsburg: Westkrankenhaus; Bischofswiesen: Klinik für Heilschlaf; Engelthal: Bezirkskrankenhaus; Gabersee: Bezirkskrankenhaus; Gauting: Privatklinik Dr. Schmidt und Zentralkrankenhaus; Haar: Bezirkskrankenhaus; Herrsching: Privatklinik Dr. Schindlbeck; Kaufbeuren: Nervenkrankenhaus; Lohr: Nervenkrankenhaus; Mainkofen: Bezirkskrankenhaus; München: Klinikum rechts der Isar und Universitäts-Nervenklinik; Regensburg: Nervenkrankenhaus.

Auch in den Justiz-Vollzugsanstalten sind die AA vertreten. In sieben Bundesländern gibt es 28 AA-Gruppen innerhalb der Gefängnismauern, allein in Bayern und Nordrhein-Westfalen je sieben.

- o. k. -

Candida Lokaliced[®] Creme

preisgünstig

30 g Tube

10,95

Hefe-spezifisches Antibiotikum

Antimikrobielle Nystatin-Creme mit spezifischer Wirkung gegen Hefen, sowie mit fungistatischem und bakterizidem Effekt.

Indikationen:
hochwirksam bei allen Arten von Hefeinfektionen (Candidiasis, Moniliasis) der Haut und der Schleimhaut, der Nägel und der behaarten Körperstellen. Außerdem bei Interdigitalmykosen, Balanitis, anorektalem Syndrom und Vulvitis.
Durch den Zusatz von Chlorhexidin-hydrochlorid werden grampositive und gramnegative Keime abgetötet. Eine Einwirkung auf Bakteriensporen erfolgt nicht.

Kontraindikationen:
Allergie gegenüber einem der Wirkstoffe.

Zusammensetzung:
100 g Creme enthalten: 10 Mill. I.E. Nystatin, 1,0 g Chlorhexidin-hydrochlorid, 0,5 g Dexpanthenol.

Handelsformen:
O.P. 30 g Tube DM 10,95



DORSCH & CO. KG
8000 MÜNCHEN 70

Ärztliche Zeugnisse bei krankheitsbedingten Schulversäumnissen

Häufige Anfragen aus Kollegenkreisen zu dem vorstehenden Thema zeigen, daß innerhalb der niedergelassenen Ärzteschaft keine ausreichende Klarheit darüber besteht, unter welchen Voraussetzungen ein ärztliches Zeugnis im Falle von Schulversäumnis erforderlich ist.

Nachstehend wird eine Zusammenstellung der für die einzelnen Schularten hierzu geltenden Bestimmungen wiedergegeben, die einem Schreiben des Bayerischen Staatsministeriums für Unterricht und Kultus entnommen ist:

Nach der allgemeinen Regel des § 17 Abs. 2 Satz 2 ASchO kann die Schule die Vorlage eines ärztlichen Zeugnisses verlangen, wenn die Erkrankung mehr als zehn Unterrichtstage andauert. Die Entscheidung liegt im pflichtmäßigen Ermessen des Schulleiters bzw. des zuständigen Lehrers. Die Schule wird von der Forderung nach einem ärztlichen Zeugnis namentlich dann absehen, wenn über die Tatsache der Erkrankung und deren Dauer andere gesicherte Erkenntnisse vorliegen.

Für die im folgenden genannten Schularten gelten die wörtlich zitierten Sonderregeln:

1. Wirtschaftsschulen

Nr. 17.2.1 der ergänzenden Bestimmungen zur Allgemeinen Schulordnung für die mindestens dreistufigen Wirtschaftsschulen (EBASchOW) vom 22. August 1975 (KMBI. I S. 1727), geändert durch Verordnung vom 4. August 1976 (KMBI. I S. 319):

„Die Schule kann die Vorlage eines ärztlichen Zeugnisses auch bei einer Erkrankung von weniger als zehn Unterrichtstagen verlangen, wenn sich krankheitsbedingte Schulversäumnisse auffälliger häufen oder an der Erkrankung eines Schülers Zweifel bestehen.“

2. Institute zur Erlangung der Hochschulreife (Kollegs)

Nr. 17.2 der ergänzenden Bestimmungen zur Allgemeinen Schulordnung für die Kollegs (EBASchOKol) vom 18. Juli 1975 (KMBI. I S. 1695):

„Ein ärztliches Zeugnis ist bei Verhinderung des Kollegbesuches von

mehr als fünf Unterrichtstagen vorzulegen.“

3. Fachoberschulen

Nr. 17.2.1 der ergänzenden Bestimmungen zur Allgemeinen Schulordnung für die Fachoberschulen (EBA-SchOFOS) vom 22. August 1974 (KMBI. S. 1349), zuletzt geändert durch Verordnung vom 9. August 1976 (KMBI. I S. 323):

„Die Schule kann die Vorlage eines ärztlichen Zeugnisses auch bei einer Erkrankung von weniger als zehn Unterrichtstagen verlangen, wenn sich krankheitsbedingte Schulversäumnisse auffällig häufen oder an der Erkrankung eines Schülers Zweifel bestehen.“

4. Berufsoberschulen

Nr. 17.2.1 der ergänzenden Bestimmungen zur Allgemeinen Schulordnung für die Berufsoberschulen (EBASchOBOS) vom 6. September 1974 (KMBI. S. 1565), zuletzt geändert durch Verordnung vom 2. August 1976 (KMBI. I S. 317):

„Die Schule kann die Vorlage eines ärztlichen Zeugnisses auch bei einer Erkrankung von weniger als zehn Unterrichtstagen verlangen, wenn sich krankheitsbedingte Schulversäumnisse auffällig häufen oder an der Erkrankung eines Schülers Zweifel bestehen.“

5. Technikerschulen

Nr. 17.2.1 der ergänzenden Bestimmungen zur Allgemeinen Schulordnung für die Fachschulen zur Ausbildung von Technikern – Technikerschulen (EBASchOTECH) vom 15. November 1974 (KMBI. S. 1887), geändert durch Verordnung vom 15. Januar 1976 (KMBI. I S. 21):

„Das Recht des Schulleiters oder des Klassenlehrers, auch bei Erkrankungen von weniger als zehn Tagen ein ärztliches Zeugnis zu verlangen, bleibt unberührt. Ein solches Zeugnis ist in der Regel anzufordern, wenn sich Versäumnisse auffällig häufen oder eine Entschuldigung wegen Krankheit aus besonderen Gründen der Überprüfung bedürftig erscheint.“

6. Berufseulbeuschulen

Nr. 17.2.1 der ergänzenden Bestimmungen zur Allgemeinen Schulordnung für die Berufsaufbauschulen (EBASchOBAS) vom 22. August 1974 (KMBI. S. 1427), geändert durch Verordnung vom 21. Januar 1976 (KMBI. I S. 24):

„Bei Teilzeitunterricht an einzelnen Tagen ist ein ärztliches Zeugnis bereits bei Erkrankungen von mehr als zwei aufeinanderfolgenden Schultagen vorzulegen. Das Recht der Schule, auch bei kürzeren Abwesenheiten ein ärztliches Zeugnis zu verlangen, wenn sich die Unterrichtsversäumnisse auffällig häufen, bleibt hiervon unberührt.“

7. Berufsschulen

Nr. 17.2.1 der ergänzenden Bestimmungen zur Allgemeinen Schulordnung für die Berufsschulen (EBASch-OB) vom 22. August 1974 (KMBI. S. 1401), geändert durch Verordnung vom 10. Dezember 1975 (KMBI. I S. 2022):

„Bei Teilzeitunterricht an einzelnen Tagen ist ein ärztliches Zeugnis bereits bei Erkrankungen über mehr als zwei aufeinanderfolgende Schultage, bei Blockunterricht bei Erkrankungen über mehr als fünf aufeinanderfolgende Schultage vorzulegen. Das Recht der Schule, auch bei kürzeren Abwesenheiten ein ärztliches Zeugnis zu verlangen, wenn sich die Unterrichtsversäumnisse auffällig häufen, bleibt hiervon unberührt.“

8. Fachakademien

8.1 Fachakademien der Ausbildungsrichtungen Augenoptik und Bauwesen

Nr. 17.2.1 der ergänzenden Bestimmungen zur Allgemeinen Schulordnung für die Fachakademien der Ausbildungsrichtung Augenoptik (EBA-SchOFek Augenoptik) vom 10. August 1976 (KMBI. I S. 328) und

Nr. 17.2.1 der ergänzenden Bestimmungen zur Allgemeinen Schulordnung für die Fachakademien der Ausbildungsrichtung Bauwesen (EBA-SchOFak Bauwesen) vom 25. Januar 1977 (KMBI. I S. 31), jeweils gleichlautend:

„Die Fachakademie kann die Vorlage eines ärztlichen Zeugnisses auch bei einer Erkrankung von weniger als zehn Unterrichtstagen verlangen, wenn sich krankheitsbedingte Schulversäumnisse auffällig häufen, oder an der Erkrankung eines Studierenden Zweifel bestehen.“

8.2 Fachakademien der Ausbildungsrichtungen Fremdsprachenberufe, Hauswirtschaft, Sozialpädagogik und Wirtschaft

Nr. 17.2.1 der ergänzenden Bestimmungen zur Allgemeinen Schulordnung für die Fachakademien der Ausbildungsrichtung Fremdsprachenberufe (EBASchOFekSpr) vom 4. Juni 1975 (KMBl. I S. 1499),

Nr. 17.2.1 der ergänzenden Bestimmungen zur Allgemeinen Schulordnung für die Fachakademien der Ausbildungsrichtung Hauswirtschaft (EBASchOFekH) vom 10. Oktober 1975 (KMBl. I S. 1971),

Nr. 17.2.1 der ergänzenden Bestimmungen zur Allgemeinen Schulordnung für die Fachakademien der Ausbildungsrichtung Sozialpädagogik (EBASchOFekS) vom 27. August 1975 (KMBl. I S. 1771) und

Nr. 17.2.1 der ergänzenden Bestimmungen zur Allgemeinen Schulordnung für die Fachakademien der Ausbildungsrichtung Wirtschaft (EBASchOFekW) vom 12. Mai 1976 (KMBl. I S. 145),

Jeweils gleichlautend:

„Das Recht des Schulleiters oder des Klassenlehrers, auch bei Erkrankungen von weniger als zehn Tagen ein ärztliches Zeugnis zu verlangen, bleibt unberührt. Ein solches Zeugnis ist in der Regel anzufordern, wenn sich Versäumnisse auffällig häufen oder eine Entschuldigung wegen Krankheit aus besonderen Gründen der Überprüfung bedürftiger scheint.“

Das Bayerische Staatsministerium für Unterricht und Kultus hat die Regierungen, Staatlichen Schulämter und verschiedene Schulen darauf hingewiesen, daß die Kosten für die aufgrund der Allgemeinen Schulordnung zu erbringenden ärztlichen Bescheinigungen und die etwa damit verbundenen ärztlichen Untersuchungen vom Schüler selbst und dem für ihn Unterhaltspflichtigen getragen werden müssen.

Wahlen bei den Anästhesisten

Am 3. Juni 1978 wurden anlässlich der 8. Bayerischen Anästhesisten-Tagung die Landesvorsitzenden der Deutschen Gesellschaft für Anästhesie und Intensivmedizin und des Berufsverbandes Deutscher Anästhesisten gewählt.

Deutsche Gesellschaft für Anästhesie und Intensivmedizin

Landesvorsitzender:

Professor Dr. med. Klaus Peter, München

1. Stellvertreter:

Privatdozent Dr. med. Gunter Tempel, München

2. Stellvertreter:

Chefarzt Dr. med. Dierich Wörner, Kempten

Berufsverband Deutscher Anästhesisten

Landesvorsitzender:

Chefarzt Dr. med. Othmar Zierl, München

1. Stellvertreter:

Chefarzt Dr. med. Eike Kipke, Ansbach

2. Stellvertreter:

Privatdozent Dr. med. Gunter Tempel, München

Wahlen im Marburger Bund

Auf der Jahresversammlung des Marburger Bundes, Landesverband Bayern, am 1. Juli 1978 wurden gewählt:

1. Vorsitzender:

Akademischer Rat Dr. med. Georg Fuchs, Würzburg (Wiederwahl)

2. Vorsitzender:

Dr. med. Gerhard Wündisch, München (Wiederwahl)

Dem Vorstand gehören weiter an:

Dr. med. Gerhard Dandorfer, Schweinfurt

Dr. med. Ansgar Hehn, Salz

Dr. med. Fritz Hauser, München

Dr. med. Franz-Josef Helmig, München

Dr. med. Rüdiger Hohenbleicher, Augsburg

Dr. med. Peter Holzer, München

Dr. med. Winfried Koller, München

Privatdozent Dr. med. Detlef Kunze, München

Dr. med. Frenz-Josef Oschmann, Kitzingen

Dr. med. Hannelore Siebold, Kempten

Dr. med. Günter Steurer, Ansbach

Dr. med. Friedrich Strobl, Ingolstadt



RECORSAN-HERZSALBE

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

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

In 100 g Salbe: Extr. Crataeg. 2,2g, Valerian. 1,7g, Tinct. Corv. 0,8g.

-Castor. 0,6g, Camph. 1,0g, Menthol. 0,5g, Nicotin. 0,155g.

O.P. 30g DM 576

Recorsan-Gesellschaften Gräfelfing und Lüneburg

Dr. Münsterer 90 Jahre

Am 19. Juni 1978 vollendete Dr. Frenz Xaver Münsterer, Bregenzer Straße 28, 8990 Lindau, als ältester praktizierender Kassenarzt in voller Rüstigkeit sein 90. Lebensjahr und zugleich sein 65. Berufsjahr. In Mainburg geboren, ließ er sich nach dem ersten Weltkrieg in Lindau-Aeschach als praktischer Arzt nieder. Im zweiten Weltkrieg war er als Sanitäts-offizier von 1939 bis 1945 im Einsatz an der Ostfront. Seine Umsicht und sein Mut brachten zehntausenden von verwundeten Soldaten durch ihren Abtransport in den Westen die Rettung vor der Gefangenschaft. Nach kurzem Aufenthalt im Gefangenenlager kehrte Dr. Münsterer nach Lindau zurück und wurde mit der ärztlichen Versorgung der französischen Besatzungstruppen beauftragt. Danach nahm er seine Praxis wieder auf. Nach Wiedererrichtung der ärztlichen Berufsvertretung übernahm Dr. Münsterer bis 1950 die Leitung der Ärzte- und Zahnärztekammer für das „Land Lindau“. Nach der späten Rückgliederung Lindaus nach Bayern widmete sich Dr. Münsterer wieder seiner Praxis. Der von seinen Patienten geschätzte Arzt steht ihnen heute noch täglich ab 7 Uhr morgens zur Verfügung. Seine körperliche und geistige Rüstigkeit verdankt er einer Mäßigkeit in seiner Lebensführung und reichlicher körperlicher Bewegung. Die ärztliche Berufsvertretung wünscht dem Jubilar noch viele gesunde Jahre.

Dr. Frhr. von Blomberg 70 Jahre

Am 19. Juli 1978 feierte Dr. Hans Frhr. von Blomberg, Schützenweg 1/1, 8170 Bad Tölz, seinen 70. Geburtstag. Kollege v. Blomberg ist seit 1. Juli 1949 als Kassenarzt in Bad Tölz niedergelassen. Von 1950 bis 1970 war er Vorsitzender des Ärztlichen Kreisverbandes Bad Tölz. Er hat sich als Arzt und Vertreter der Standesorganisation große Verdienste erworben.

Verdienstkreuz am Bande

Obermedizinaldirektor a. D. Dr. Blasius Freytag, Leiter der Walner-Schulen, Lindwurmstraße 73, 8000 München 2, wurde mit dem Verdienstkreuz am Bande des Verdienstordens der Bundesrepublik Deutschland ausgezeichnet.

Leider konnte Dr. Hermann Dettling, Diethofen, Mitglied des Ärztlichen Kreisverbandes Ansbach und Umgebung, das ihm vom Bundespräsidenten verliehene Bundesverdienstkreuz am Bande nicht mehr entgegennehmen, da er am 21. März 1978 verstorben ist.

Verdienstmedaille

Dr. Rudolf Reus, Allgemeinarzt, Deiselkühnerweg 11, 8472 Schwarzenfeld, wurde mit der Verdienstmedaille des Verdienstordens der Bundesrepublik Deutschland ausgezeichnet.

Bergmann-Plakette für Professor Blömer

Auf einer Fortbildungsveranstaltung der Vereinigung der Fachärzte für Innere Medizin Bayerns überreichte Professor Dr. Sewering am 10. Juli 1978 Professor Dr. Hans Blömer die ihm auf seinen Antrag hin vom Vorstand der Bundesärztekammer verliehene Ernst-von-Bergmann-Plakette.

Professor Dr. Hans Blömer, Direktor der I. Medizinischen Klinik der Technischen Universität München im Klinikum rechts der Isar, Ismaninger Straße 22, 8000 München 80, hat sich um die ärztliche Fortbildung in Bayern sehr verdient gemacht. Professor Blömer hat sich selbst und seine Mitarbeiter stets bereitwillig für die Fortbildung der niedergelassenen Ärzte zur Verfügung gestellt. So veranstaltet seine Klinik u. a. Fortbildungskurse für praktische Elektrokardio-

graphie mit jeweils bis zu 150 teilnehmenden Ärzten. Er selbst führte zahlreiche kardiologische Seminare bei Fortbildungskongressen der Bayerischen Landesärztekammer, ebenso wie auf internationalen Fortbildungskongressen der Bundesärztekammer in Davos, Meran, Montecatini und Grado durch. Die Zahl eigener kardiologischer Referate im Rahmen der ärztlichen Fortbildung liegt weit über 100. Professor Blömer veröffentlichte darüber hinaus etwa 110 wissenschaftliche Publikationen, verfaßte ein Lehrbuch und eine Monographie, führte in München die moderne Kardiologie ein und trug wesentlich zum Ausbau der Herzchirurgie in München bei.

Bergmann-Plakette für Dr. Schneiderhan

Auf einer Fortbildungsveranstaltung am 15. Juli 1978 in Immenstadt überreichte Professor Dr. Sewering Dr. Hermann Schneiderhan, Medizinaldirektor und Leitender Arzt des Sanatoriums Hirtenstein, 8981 Bolsterlang, und 1. Vorsitzender des Ärztlichen Kreisverbandes Oberallgäu, die ihm auf seinen Antrag hin verliehene Ernst-von-Bergmann-Plakette.

Dr. Schneiderhan hat sich um die ärztliche Fortbildung in Bayern über den Bereich seines Ärztlichen Kreisverbandes Oberallgäu hinaus verdient gemacht. Er gründete 1969 das regionale Fortbildungszentrum Oberallgäu, organisierte in den letzten neun Jahren über 160 Fortbildungsveranstaltungen, zum Teil aus Wochenendfortbildung, und leitete darüber hinaus über 20 ganztägige Symposien. Er hat es verstanden, die Oberallgäuer Fortbildung so attraktiv zu machen, daß bisher über 3600 Ärzte teilnahmen. Die Teilnehmerzahlen liegen mit an der Spitze der insgesamt acht regionalen Fortbildungszentren Bayerns. Sie gehören zum festen Bestandteil der ärztlichen Fortbildung in Schwaben, an der auch Kollegen aus dem angrenzenden Baden-Württemberger Raum teilnehmen.

Dr. Dr. Kurt Hemmerich, Maximilianstraße 10, 8000 München 22, wurde von der Deutschen Gesellschaft für Kiefer- und Gesichtschirurgie in Anerkennung seiner Verdienste auf kiefer- und gesichtschirurgischem Gebiet zu ihrem Ehrenmitglied gewählt.

Festkonzerte zum zehnjährigen Gründungsjubiläum

Das Bayerische Ärztorchester, dessen Konzerte hier in diesem Blatt seit 1975 mehrfach besprochen wurden, beging im Juni 1978 sein zehnjähriges Gründungsjubiläum mit Konzerten in Würzburg (5. Juni), Augsburg (6. Juni) und München (7. Juni).

Das Orchester hatte sich im Jahre 1968 als „Orchester Münchner Medizinstudenten“ konstituiert und trat erstmals unter dem Namen „Bayerisches Ärztorchester“ in der Weihnachtszeit des Jahres 1975 mit bereits sehr profilierter Qualität an die Öffentlichkeit.

Zehn Jahre — eine lange Zeit und ein schönes Jubiläum, denkt man an die Unzahl von äußeren Schwierigkeiten, mit denen ein Liebhaberorchester fertig werden muß, von der Fluktuation der meist jugendlichen Mitglieder bis hin zum Budget, das für Notenmaterial, für Instrumente, für Probenräume, für Kost und Logis während der Probenklausur und schließlich nicht zuletzt für Saalmieten strapaziert werden muß.

Apropos Liebhaberorchester. Der Rezensent hat vor einem Jahr referiert, daß sich unsere Mediziner Münchener Liebhaberorchestern einen vornehmen Platz unter den spielt hätten. Seit diesem letzten Auftritt in München am 21. Mai 1977 haben sich die Musiker und ihr Maestro noch in höchst bemerkenswerter Weise gesteigert; das saubere Spiel, der vorzügliche Wohlklang und die lockere Gelassenheit haben am 7. Juni 1978 eine so prachtvolle Musik ergeben, daß Reinhard Steinberg und seine Schar heute den Vergleich mit Professionellen nicht zu scheuen brauchen!

Die Festkonzerte in den ersten Junitagen des Jahres 1978 hatten leider gegen zwei sehr mächtige und artfremde Konkurrenten anzutreten: Gegen ein epidemisches Fußballfieber und gegen die Verlockung der Biergärten in einer der bislang schönsten Sommerwochen dieses

Jahres und dennoch war — mindestens in München — eine respektable Zahl von Musikfreunden gekommen, der Herkulesaal in der Münchener Residenz war fast voll besetzt!

Rossini

Mit der Ouvertüre zur Oper „Semiramis“ von Rossini gelang schon ein Auftakt mit Charme und Esprit.

Es gibt Spötter und Snobs, die bei Rossini immer dasselbe zu hören meinen. Sie mögen im Formalen nicht ganz unrecht haben. Aber denken wir an die immer gleichen niederländischen Genrestücke eines Brouwer oder Teniers, oder — um im Stil und im Zeitalter zu bleiben — an die unfehlbaren Wiederholungen der Turnerschen Seestücke: Im Detail sitzt neben dem viel zitierten Teufel auch das Entzücken und keine Ästhetik der Welt kann das delikate Detail des Echten und das dadurch erweckte Entzücken vermiesen! Und diese echt Rossinischen Details brachte Reinhard Steinberg mit aller Eleganz, sei es im schlemmerischen Auskosten der Tempiwechsel, sei es im irrlichternden Wechsel von Launen und Witz. Das Orchester bezauberte durch seine grazile Leichtigkeit, besonderes Lob dem Hornquartett und einmal ein kleiner Dank an die so oft überhörte Piccoloflöte: Eine Lerche in blauer Luft.

Liszt

Imponierend, wie Reinhard Steinberg zusammen mit Babette Hierholzer aus dem Klavierkonzert Nummer 1 in Es-Dur von Franz Liszt die so vollkommene Einheit schuf, die in dem abgeklärt wirkenden Werk steckt.

Steinberg packt das wuchtige Hauptthema kraftvoll an, die Solistin fällt ein und wir sind mitten in der Zauberwelt Lisztscher Virtuosität, in der sich aufblitzende Ideen von scheinbarer Scharlatanerie plötzlich in ge-

bändigte Form und Schönheit fügen. Frau Hierholzer zeigt sich den wildesten Passagen nicht minder gewachsen als den vorüberblitzenden Läufen und den rasenden Trillern. Die zierliche Pianistin verkörpert eine seltene Mischung aus brillanter Virtuosität und elfenhafter Zartheit, unter deren Händen lange Takte zu echten Wunderwerken musikalischer Schönheit wurden. Da gab es Töne, die sie gleichsam liebkosend festhielt wie ein Blütenblatt einen smaragd hellen Tautropfen.

Vom Thema des zweiten Satzes behaupten Kenner, es habe in irgendeiner Form beim Rosenkavalier-Walzer Pate gestanden. Bei dem Rezensenten klingen keinerlei Assoziationen dieser Art an. Kein Zweifel, daß Richard Strauß, diesem alten Fuchs, irgendeine der vor ihm erdachten Melodien nicht geläufig gewesen wäre — besonders wenn sie eingängig oder gar ergiebig war! Aber in der prächtigen Wiedergabe am 7. Juni 1978 gab es nichts, was paraphrasierend irgendwelche Erinnerungen an das explosive Temperament jüngerer oder älterer Herren aus der Welt des Rosenkavaliers geboten hätte. Dieser zweite Satz strömte vielmehr dahin wie die sanft fließende Ruhe eines perlklaren Gewässers über dem unvermittelt reglos und schillernd eine Libelle verharrt, um ebenso wie der Spuk einer unwirklichen Erscheinung zitternd zu entschwinden.

Der Rezensent kennt Interpretationen dieses Konzerts von anerkannten Spitzengrößen des pianistischen Olympos und traut sich festzustellen, daß dieser Liszt nicht selten mit letzter Perfektion erledigt wird — und dann erledigt ist, in des Wortes ambivalenter Bedeutung. Bei unserer Pianistin fesseelte die frische, unroutinierte Spielweise, die dieses Konzert zum unvergeßlichen Erlebnis machte. Alle guten Wünsche der Künstlerin, die wir noch oft zu hören hoffen!

Brahms

Die 2. Symphonie (D-Dur, op. 73) von Johannes Brahms gelang zum vollen Triumph Steinbergs und seiner Musiker. Die doppelsinnige Frage „Lieben Sie Brahms?“ blieb hier ungefragt. Steinberg brachte es fertig, nach den etwas zu blaß geratenen Einleitungstakten die fröhlich-lichthafte Stimmung dieser heiteren Sym-

phonie so unkompliziert und natürlich zu malen, daß die Lieblichkeit der Kärntner Lendscheft, in der das Werk entstanden war, lebhaftig wurde. Bestechend war es, wie sicher der Dirigent Plüsch und Pathos vermied und statt dessen mit dem samtweichen Klang seiner Streicher, mit den grüblerisch, fahlen Penseroso-Stellen der Bläser echte Empfindungen *el fresco* schuf: Nichts von den fetten Klangmassen, die leider oft für Brahms zu gelten haben, nichts von dem manirierten Mißklang, der Brehms oft genug in die nächste Nähe der Meister des Weltschmerzes der nachfolgenden Generation gerückt hat. Es wird mir noch lange im Ohr liegen, wie die Celli im ersten Satz das zweite Thema im Dreivierteltakt einstimmten; Verwirklichung des fellsinnigen Gedankens einer Gedichtzeile von Weinheber: „Ich bin nur Lied, ich töne.“

Es geht nicht, all die herrlichen Stellen aufzuzählen oder gar zu schildern, wo die Musik das Herz des Hörers zum Mitsingen (Oboen im dritten Satz!) und zum Mitschwingen brachte. Aber immer wieder bestach der schlanke Ton, die Transparenz, auch wenn alle Register gezogen waren. Und hier muß noch einmal die Meisterschaft des Dirigenten genannt werden, dem dies alles gelang, gelang in einer im Vergleich zu früheren Konzerten deutlich gereiften, merklich ruhigen und souveränen Art.

Idealisten und die Wirklichkeit

Die bayerische Ärzteschaft hat Anlaß, stolz zu sein auf dieses ihr Orchester, das gerade in einer Zeit mithilft, das richtige Bild des Arztes zu zeichnen, in der das Zerrbild zur gängigen Schablone geworden ist.

Dazu noch ein Wort. Die Musiker des Orchesters stehen tagsüber in ihrer Praxis, oder lehren und forschen oder studieren. Und daneben machen sie Musik. Natürlich, weil es ihnen Freude macht. Aber das ist nicht alles. Sie bringen eine Aussage zuwege, die überall gehört werden kann und überall gehört werden sollte. Ein Berufsstand, der sich dadurch auszeichnet, daß er unzählige Idealisten hervorgebracht hat und noch hervorbringt, verdient es nicht, zum Gaudium des Volksfestes vor den Rund- oder Hohlspiegel gezerrt zu werden. Die Wirklichkeit ist eben

immer anders. Das Bayerische Ärzteorchester ist ein Stück dieser Wirklichkeit! Nur: Horaz hatte seinen Maecenas und er breuchte ihn! Hier ist nun zwar weder die Stimmung noch der Platz für eine alberne Travestie: „Sagt mir, wo die Gönner sind, wo sind sie geblieben?“

Hier ist vielmehr Anlaß zu einer Bitte. Unsere Freunde im Bayerischen Ärzteorchester verdienen jede Art der Unterstützung. Es existiert ein „Verein zur Förderung des Bayerischen Ärzteorchesters e. V.“, eine gemeinnützige Institution, die Hilfe braucht, zu der ich hier aufrufe! Hier bietet sich die beste Gelegenheit für

Mäzene, den Idealismus der musizierenden Ärzte zu unterstützen.

Goethe schrieb (Venezianische Epigramme Nr. 17) über seinen großherzoglichen Gönner mit dem kergen Etat, den man in späteren Zeiten „Zivilliste“ nannte, das selbstbiographisch erschütternde Distichon

„Niemand frug ein Kaiser nach mir,
es hat sich kein König
um mich bekümmert und Er, war
mir August und Mäzen.“

Gründe zum Nachdenken und zum Handeln!

Walter ALBRECHT

Amtliches

Gehaltstarifvertrag für Arzthelferinnen

Zwischen der Arbeitsgemeinschaft zur Regelung der Arbeitsbedingungen der Arzthelferinnen, Haedekempstraße 1, 5000 Köln-Lindenthal, und dem Berufsverband der Arzthelferinnen e. V., Kempen, dem Verband der weiblichen Angestellten e. V., Hannover, der Deutschen Angestellten-Gewerkschaft, Hamburg, wird zur Ergänzung der §§ 8 und 11 des Manteltarifvertrages vom 8. Dezember 1976 folgender Gehaltstarifvertrag geschlossen:

§ 1

Gehaltstabelle für vollbeschäftigte Arzthelferinnen

Monatsgehälter in DM	
1. Berufsjahr	1238
2. Berufsjahr	1280
3. Berufsjahr	1322
4. Berufsjahr	1364
5. Berufsjahr	1406
6. Berufsjahr	1448
7. Berufsjahr	1490
8. Berufsjahr	1532
9. Berufsjahr	1554
10. Berufsjahr	1576
11. Berufsjahr	1598
12. Berufsjahr	1620
13. Berufsjahr	1643
14. Berufsjahr	1665
15. Berufsjahr	1687
16. Berufsjahr	1709
17. Berufsjahr	1731
18. Berufsjahr	1752
19. Berufsjahr	1775

20. Berufsjahr	1797
21. Berufsjahr	1820
22. Berufsjahr	1844
23. Berufsjahr	1866
24. Berufsjahr	1889
25. Berufsjahr	1911
26. Berufsjahr	1934

§ 2

Ausbildungsvergütung

(1) Die Ausbildungsvergütung beträgt:

im 1. Halbjahr monatlich	365 DM
im 2. Halbjahr monatlich	380 DM
im 3. Halbjahr monatlich	400 DM
im 4. Halbjahr monatlich	420 DM

(2) In besonderen Fällen kann auf Antrag der Sorgeberechtigten eine geringere Ausbildungsvergütung vereinbart werden.

§ 3

Zuschläge

(1) Für Mehr-, Sonntags-, Feiertags- und Nacharbeit sind Zuschläge zu zahlen, die nach Arbeitsstunden berechnet werden. Dabei wird ein Stundensatz

von 1/173 des Monatsgehaltes zugrunde gelegt.

(2) Der Zuschlag beträgt je Stunde:

a) für Mehrarbeit 25 Prozent

(Fortsetzung Seite 890)

Bald beginnt das Reisen

Urlaub und Reisen in nahe und ferne Länder bringen immer eine Umstellung in Essen und Trinken mit sich.

Magenbeschwerden wie Sodbrennen und Gastritis sind häufig die Folgen.

Gastrozepin in der Reiseapotheke verhilft schnell wieder zu unge-
trübter Urlaubsfreude.

GASTROZEPIN

D

Eine Monosubstanz. Bei Ulcus und Gastritis.

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

Kurze Heilungszeit. Bei nur zweimal 1 Tablette täglich.

Die kostengünstige Therapie. Ergebnis der Thomae-Forschung.

Gastrozepin®

Spezifischer Magensekretionshemmer

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, medikamentöse 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 Ausheilung noch 2 - 3 Wochen (je 1 Tablette morgens und abends) weiterbehandelt werden. Die Einnahme erfolgt am besten vor den Mahlzeiten mit einem Schluck Flüssigkeit. **Unverträglichkeiten und Risiken:** Bisher keine bekannt. **Besondere Hinweise:** Gelegentlich kann die Therapie mit Gastrozepin eine Appetit-
erregung 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:**
Originelpackung mit 20 Tabletten DM 13,50, Originelpackung mit 50 Tabletten DM 29,25. Klinikpackung. Preisänderung vorbehalten.

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.

Altmanstein, Lkr. Eichstätt:

1 Allgemein-/Praktischer Arzt

Moosburg, Lkr. Freising:

1 Augenarzt

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

Oberfranken

Marktleugast, Lkr. Kulmbach:

1 Allgemein-/Praktischer Arzt

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

Marktleuthen, Lkr. Wunsledel:

1 Allgemein-/Praktischer Arzt

Wiederbesetzung der aus Gesundheitsgründen verwaisten zweiten Allgemein-/Praktischen Arztstelle für ein Einzugsgebiet von ca. 5000 Einwohnern.

Schwarzenbach/Saale, Lkr. Hof:

1 Allgemein-/Praktischer Arzt

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

Stockheim, Lkr. Kronach:

1 Allgemein-/Praktischer Arzt

Wiederbesetzung des zum 30. Juni 1978 vakant gewordenen Einzelarztsitzes für ein Einzugsgebiet von ca. 5500 Einwohnern.

Trebgast, Lkr. Kulmbach:

1 Allgemein-/Praktischer Arzt

Wiederbesetzung des wegen Ablebens des Stelleninhabers verwaisten Einzelarztsitzes für ein Einzugsgebiet von ca. 3000 Einwohnern.

Neustadt bei Coburg:

1 Augenarzt

Wiederbesetzung der verwaisten Augenarztstelle mit einem Einzugsgebiet von 20 000 Einwohnern.

Bischofsgrün, Lkr. Bayreuth:

1 Allgemein-/Praktischer Arzt

Selb-Erkersreuth, Lkr. Wunsledel:

1 Allgemein-/Praktischer Arzt

Kronach:

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

Weidhausen, Lkr. Coburg:

1 Allgemein-/Praktischer Arzt

Coburg:

1 Augenarzt

Marktredwitz, 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

Ansbach:

1 Chirurg mit Unfallbehandlung (D-Arzt-Tätigkeit)

Wiederbesetzung der Chirurgenstelle in der Regierungshauptstadt Ansbach mit ca. 39 000 Einwohnern, wo derzeit kein Chirurg in freier Praxis niedergelassen ist.

Großhabersdorf, Lkr. Fürth:

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 Lelder:

1 Allgemein-/Praktischer Arzt

Geiselbach, Lkr. Aschaffenburg:

1 Allgemein-/Praktischer Arzt

Halbach, Lkr. Aschaffenburg:

1 Allgemein-/Praktischer Arzt

Mömbris, Lkr. Aschaffenburg:

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**Flossenbürg, Lkr. Neustadt/Waldnaab:**

1 Allgemein-/Praktischer Arzt

Wiederbesetzung der Allgemein-/Praktischen Arztstelle für ein Einzugsgebiet von 2000 Einwohnern.

Hirschau, Lkr. Amberg-Sulzbach:

1 Allgemein-/Praktischer Arzt

Nachfolgebesezung der vierten Allgemein-/Praktischen Arztstelle für ein Einzugsgebiet von ca. 8000 Einwohnern.

Miltach, Lkr. Cham:

1 Allgemein-/Praktischer Arzt

Nachfolgebesezung; Einzugsgebiet ca. 2500 Einwohner.

Neukirchen bei Sulzbach-Rosenberg, Lkr. Amberg-Sulzbach:

1 Allgemein-/Praktischer Arzt

Nachfolgebesezung; Einzugsgebiet rund 3000 Einwohner.

Plößberg, Lkr. Tirschenreuth:

1 Allgemein-/Praktischer Arzt

Nachfolgebesezung der Allgemein-/Praktischen Arztstelle für ein Einzugsgebiet von ca. 4000 Einwohnern.

Schmidmühlen, Lkr. Amberg-Sulzbach:

1 Allgemein-/Praktischer Arzt

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

Vilseck, 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

Nachfolgebesezung; Einzugsgebiet rund 2500 Einwohner.

Waldsassen, Lkr. Tirschenreuth:

1 Allgemein-/Praktischer Arzt

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

Amberg:

1 Arzt mit Zusatzbezeichnung Psychotherapie

Weiden:

1 Arzt mit Zusatzbezeichnung Psychotherapie

Stadt Schwandorf, Lkr. Schwandorf:

1 Anästhesist

Stadt Schwandorf, Lkr. Schwandorf:

1 Hautarzt

Weiden:

1 Hautarzt

Stadt Sulzbach-Rosenberg, Lkr. Amberg-Sulzbach:

1 Internist

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

Niederbayern**Arnbruck, Lkr. Regen:**

1 Allgemein-/Praktischer Arzt

Bogen, Lkr. Straubing-Bogen:

1 Allgemein-/Praktischer Arzt

Deggendorf-Stadt:

1 Allgemein-/Praktischer Arzt

Dietersburg, Lkr. Rottal-Inn:

1 Allgemein-/Praktischer Arzt

Halbach, Lkr. Straubing-Bogen:

1 Allgemein-/Praktischer Arzt

Haldmühle, Lkr. Freyung-Grafenau:

1 Allgemein-/Praktischer Arzt

Hunderdorf, Lkr. Straubing-Bogen:

1 Allgemein-/Praktischer Arzt

Jandelsbrunn, Lkr. Freyung-Grafenau:

1 Allgemein-/Praktischer Arzt

Ohu, Lkr. Landshut:

1 Allgemein-/Praktischer Arzt

Prienbach, Lkr. Rottal-Inn:

1 Allgemein-/Praktischer Arzt

Rain, Lkr. Straubing-Bogen:

1 Allgemein-/Praktischer Arzt

Saal, Lkr. Kelheim:

1 Allgemein-/Praktischer Arzt

Schöllnach, Lkr. Deggendorf:

1 Allgemein-/Praktischer Arzt

Stallwang, Lkr. Straubing-Bogen:

1 Allgemein-/Praktischer Arzt

Telsnach, 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 (0 94 21) 70 53.

Mehr Rechte für psychisch Kranke

Noch in der jetzt zu Ende gehenden Legislaturperiode des Landtages sollen die Unterbringung und die Betreuung psychisch Kranker auf eine neue Rechtsgrundlage gestellt werden. Die Staatsregierung hat dazu den Entwurf eines „Unterbringungsgesetzes“ vorgelegt, das seit April 1952 geltende Gesetz über die Verwehrung geisteskranker, geisteschwacher, rauschgift- oder alkoholisüchtiger Personen ablösen soll. Damit sollen die veränderte Einstellung der Gesellschaft gegenüber untergebrachten psychisch Kranken, die Forderung nach ausdrücklicher Normierung der Rechte der Unterbrachten und eine den modernen Erkenntnissen entsprechende Betreuung gesetzlich fixiert werden.

Die Regierungsvorlage trüchlich – wie das Verwehrungsproblem selbst – scheint politische Brisanz in sich zu haben: Im Landtag hat man ausdrücklich die Beratung des Entwurfes solange zurückgestellt, bis das Senatsgutachten zur Vorlage erstellt ist. Die zweite Kammer kam inzwischen zu dem Ergebnis, daß der Gesetzentwurf in wesentlichen Punkten nochmals überarbeitet werden müsse, weil der Entwurf „mit Perfektion in das Persönlichkeitsrecht der Patienten“ eingreife. Demgegenüber vertrat der Innenminister die Ansicht, eine im Grundgesetz ausgewogene Lösung vorgelegt zu haben.

Leitgedanke des Gesetzentwurfes ist es, so die Gesetzesbegründung, „die mit der Unterbringung verbundenen Eingriffe in die Freiheit des psychisch Kranken möglichst gering zu halten und seine Rechtsposition hinsichtlich Behandlung und Betreuung zu stärken“. Im Gegensatz zum Verwahrungsgesetz von 1952, in dem nur ein Behandlungszwang festgelegt ist, räumt das Unterbringungsgesetz in Artikel 19 dem Unterbrachten einen Rechtsanspruch auf Heilbehand-

lung ein. Die Frage dabei ist, inwieweit ein nicht entmündigter Patient gegen seinen Willen behandelt werden darf. Nach dem Gesetzentwurf hat der Unterbrachte die Pflicht, „eine nach den Regeln der ärztlichen Kunst gebotene und rechtlich zulässige Heilbehandlung zu dulden, soweit sie sich auf die psychische Erkrankung oder Störung des Unterbrachten bezieht oder zur Aufrechterhaltung der Sicherheit oder Ordnung in der Einrichtung notwendig ist“. In diesem Rahmen soll auch unmittelbarer Zwang ausgeübt werden können.

Gegen diese Vorschrift wurden im Senat Bedenken laut. Zwar vertrat als Sechserständiger Ministerialdirektor Dr. Schulz vom Narvenkrankenhaus Haar die Ansicht, die Zwangsbehandlung habe in der Praxis der letzten 26 Jahre nie zu ernststen Schwierigkeiten geführt und eine rechtliche Regelung ohne sie sei „unsinnig“. Im Senat wurde allerdings gefordert, derartige Maßnahmen seien nur mit dem Einverständnis des Betroffenen oder seines Vormunds möglich, weil die Zwangsbehandlung eines voll geschäftsfähigen Patienten auf erhebliche politische und verfassungsrechtliche Bedenken stoße, denn sie setze eine Entmündigung voraus. Ein Senatsmitglied erblickte in der Gesetzesbestimmung sogar einen Verstoß gegen die Grundgesetzerikale zum Schutz der Menschenrechte und der freien Entfaltung der Persönlichkeit. Der Senat kam deshalb zu der Empfehlung, daß zwar erst unerläßliche Behandlungsmaßnahmen auch ohne die Zustimmung des Patienten erlaubt sein sollen, die Weiterbehandlung jedoch in jedem Fall der Zustimmung bedürfe.

Zur ähnlichen Empfehlung kamen die Senatoren beim „Vorbereitenden Verfahren“ für die Unterbringung. Nach dem Wortlaut des Regierungsentwurfes soll

die Kreisverwaltungsbehörde, wenn sich Anhaltspunkte für die Notwendigkeit einer Einweisung ergeben, „ein schriftliches Gutachten eines Arztes am Gesundheitsamt darüber einholen, ob die Unterbringung aus medizinischer Sicht geboten ist“. Der Berichterstatter mahnte dazu, dieses Gutachten dürfe allein nicht maßgeblich sein. Stattdessen wurde verlangt, daß die Kreisverwaltungsbehörde „ein fachärztliches Gutachten vom Gesundheitsamt einzuholen“ habe. Auch die Vorschrift, daß der Arzt ohne Einwilligung des Patienten neben der Blutentnahme auch „andere körperliche Eingriffe“ vornehmen dürfe, stieß auf Bedenken. Die Verantwortlichkeit müsse dafür von vornherein genau festgelegt werden, um jeden Mißbrauch auszuschließen. Der Senat regte deshalb an, daß nur „einfache diagnostische Eingriffe“ erlaubt sein sollen.

Zum Schutz des Betroffenen sieht der Gesetzentwurf vor, daß das zuständige Gericht für das Unterbringungsverfahren einen Rechtsanwalt beordnen kann. Demgegenüber meinten die Senatoren, in jedem Fall sei ein Rechtsanwalt zu bestellen. Dies gelte insbesondere auch bei der vorläufigen Unterbringung. Sollte der Anwalt nicht gleichzeitig mit der Anordnung bestellt werden können, so sei die Bestellung unverzüglich nachzuholen.

Das neue Unterbringungsgesetz sieht weiter vor, daß unabhängige Besuchscommissionen die Einrichtungen daraufhin überprüfen, ob die Rechte der dort Unterbrachten gewahrt bleiben. Sie sollen mindestens alle drei Jahre einmal, in der Regel unangemeldet, die Einrichtungen besuchen. Dieses Intervall erschien dem Senat zu groß. Er empfahl kürzere Abstände zwischen den einzelnen Besuchen, zumal dies auch der Fluktuation in der Anstalt Rechnung trege.

Das neue Unterbringungsgesetz wird nach den Sommerferien im Landtag die parlamentarische Prozedur durchlaufen. Inwieweit die Vorstellungen der Senatoren dabei berücksichtigt werden, ist offen. Das Interesse des Landtages an einer Neuregelung der Unterbringung ist in der Vergangenheit bereits mehrmals dokumentiert worden, so bereits 1970, als der Sozialpolitische Ausschuß sich für ein neues Gesetz aussprach oder zu Beginn dieser Legislaturperiode, als die SPD-Fraktion einen Initiativgesetzentwurf über Hilfen und Schutzmaßnahmen bei psychischen Erkrankungen vorlegte.

Micheal Gscheid/a

Zur Normalisierung
psychisch-vegetativer
Störungen der Frau

Remifemin[®]

ein Phytotherapeutikum
zur problemlosen
Therapie bei

*klimakterischen oder
postoperativen
Begleitstörungen*

*Für Ergänzung
einer notwendigen
Hormontherapie*

*Störungen in
der Pubertät*

*prae- und post-
menstruellen
Verstimmungen*



Zusammensetzung

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

Indikationen

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

Dosierung

Es empfiehlt sich, längere Zeit 3mal täglich 10 - 20 Tropfen
Remifemin unverdünnt, möglichst auf Zucker, oder 3mal
täglich 1/2 bis 1 1/2 Tabletten im Mund langsam zergehen zu
lassen. Zweckmäßigerweise steigert man die Dosis allmäh-
lich, um bei einsetzendem Erfolg wieder langsam auf nied-
rigere Gaben zurückzugehen.

Verordnung

50 ml Remifemin liquidum DM 10,95
50 Remifemin-Tabletten DM 5,30
Kühlpackungen



Schaper & Brümmer
Salzgitter · Ringelheim

- b) für Sonn- und Feiertagsarbeit 50 Prozent
- c) für Arbeiten am Neujahrstag, dem 1. Mai sowie an den Oster-, Pfingst- und Weihnachtsfeiertagen 100 Prozent
- d) für Nachtarbeit 50 Prozent

(3) Besteht für dieselbe Zeit Anspruch auf mehrere Zuschlagssätze, so ist nur der höchste Zuschlag zu zahlen.

§ 4

Inkrafttreten und Laufzeit

(1) Dieser Gehaltstarifvertrag tritt rückwirkend am 1. April 1978 in Kraft. Er ersetzt den Gehaltstarifvertrag vom 4. Mai 1977.

(2) Dieser Gehaltstarifvertrag kann mit einer Frist von drei Monaten zum Quartalsende schriftlich gekündigt werden, frühestens zum 31. März 1979.

Frankfurt, den 29. Mai 1978

Besetzung des Landesberufsgerichtes für die Heilberufe bei dem Bayerischen Obersten Landesgericht

Bei dem Landesberufsgericht für die Heilberufe bei dem Bayerischen Obersten Landesgericht wurden mit Wirkung vom 1. Juni 1978 auf die Dauer von fünf Jahren bestellt:

1. Der Vorsitzende Richter am Bayerischen Obersten Landesgericht Johann Zitzmann zum Vorsitzenden;
2. der Vorsitzende Richter am Bayerischen Obersten Landesgericht Walter Hueber zum Stellvertreter des Vorsitzenden;
3. der Richter am Bayerischen Obersten Landesgericht Bruno Romanovszky zum berufsrichterlichen Beisitzer;
4. der Richter am Bayerischen Obersten Landesgericht Friedrich Mößner zum Stellvertreter des berufsrichterlichen Beisitzers;
5. der Richter am Bayerischen Obersten Landesgericht Dr. Erich Uschold zum Stellvertreter des berufsrichterlichen Beisitzers.

Äskulap und Pegasus

Jahrestagung des Bundes Deutscher Schriftstellerärzte

vom 31. Mai bis 4. Juni 1978 in Bad Mergentheim

Zum zweiten Mal war Bad Mergentheim Tagungsort des Bundes Deutscher Schriftstellerärzte. Der Verband, der 123 Mitglieder zählt, ist vor allem mit seinen aktiven Landesgruppen in den letzten Jahren mehr und mehr an die Öffentlichkeit getreten. Ein reich differenziertes Publikationsangebot, das von der Lyrik über die Satire, von Kindergeschichten bis zum historischen Roman reicht, war die Voraussetzung, mehrere Veranstaltungen für die Öffentlichkeit zu organisieren.

Dr. Michael Soeder (Achim Anderer) eröffnete den bunten Reigen der Veranstaltungen am 31. Mai 1978 im Kursaal mit einem Vortrag „Alkoholismus — ein Thema der schönen Literatur“. Gleichrangig in Qualität der Sprache und thematischen Gestaltung war der Festvortrag von Professor Dr. Theopold, Frankfurt-Höchst, „Dr. Owlglass — Arzt und Dichter“ am 1. Juni 1978. Professor Theopold verstand es auch hier wieder, eine beachtenswerte Gestalt der ärztlichen Schriftsteller-Szenerie in ihrer Differenziertheit darzustellen.

Die vorgesehene öffentliche Lesung vor Schülern und Eltern des Deutschordens-Gymnasiums fiel aus organisatorischen Gründen aus, oder — keiner sagte es deutlich — dem Eröffnungsspiel der Fußball-Weltmeisterschaft zum Opfer.

Rund 200 Senioren aus dem gesamten Stadtbezirk Bad Mergentheim hatten sich am Freitag, den 2. Juni 1978, im Kursaal zu einer Lesung eingefunden. Mit wienerischem Charme führte Dr. Kristl, Nürnberg, Regie und bereitete den Gästen bei Kaffee und Kuchen einen vergnüglichen Nachmittag, der ungeteilte Anerkennung fand.

Weniger Glück war der öffentlichen Abendveranstaltung des gleichen Tages beschieden. Ärzte und Publikum hatten sich vom Kabarett „Spötter in Weiß“ wohl mehr versprochen als ein gelegentliches Aufflammen von Humor und Selbstkritik, dem ein „Musical“ folgte, das nett war — aber mit dem Thema nichts zu tun hatte.

Die öffentlichen Veranstaltungen — und der Kongreß — fanden Sonntag, den 4. Juni 1978, ihren Abschluß mit einer Matinee in der Wandelhalle der Kuranlagen, moderiert von Dr. Hellmut Jebens, Hamburg.

Das interne Werkstattgespräch — moderiert von Professor Dr. Theopold, Frankfurt-Höchst, und Professor Dr. F. Schmid, Aschaffenburg, befaßte sich in diesem Jahr mit dem Thema „Ironie und Satire“; das Eingangsreferat ist untenstehend wiedergegeben.

Der Jahrestagung parallel lief eine Ausstellung von Aquarellen, Drucken und Ölgemälden „malende Ärzte“, organisiert von H. Boskamp.

Die **Mitgliederversammlung** am 3. Juni 1978 brachte zahlreiche Veränderungen im Bundesvorstand:

Neuer Präsident wurde Dr. Michael Soeder, Fredeburg,

1. Vizepräsident Dr. Alfred Rottler, Nürnberg,

2. Vizepräsident Dr. Hellmut Jebens, Hamburg,

Sekretärin des Bundesverbandes Dr. Hilja Siegel, Solingen.

Die Wogen, welche die Veränderungen an der Verbandsspitze am Vormittag hochgehen ließen, glätteten sich im Rahmen eines von Dr. Alfred Rottler, Nürnberg, geleiteten festlichen Abends.

Satire

von F. Schmid, Aschaffenburg

„Lächelnd die Wehrheit sagen“ und diese Wahrheit in einer „Seture“ – einer bunten Schüssel – anbieten, wer ein guter Weg, gute und schöne Früchte mit solchen, die weniger schmecken, anzubleiten → oder in bunter Vielfalt harte Nüsse zu servieren. Die Satire unterscheidet sich durch die gefällige Verkleidung ihrer Aussage von den enderen Formen des belehrenden oder kritisierenden Gedichtes, dem Haßgedicht, der Tirade, der Perodie, welche Kritik durch Übertreibung des Sachverhaltes übt, oder dem Lehrgedicht, welches die philosophische oder pädagogische Sentenz der sprachlichen Verkleidung überordnet.

Die Setura vermeidet deshalb in ihrer klassischen Form die direkte Aussage und verkleidet diese in der Buntheit der verbalen und formalen Möglichkeiten. Ihre Mittel sind die Transformation in die indirekte Beschreibung mit einer oft überraschenden Schlußpointe, die Verlegung der epostrophierten Gegenwartsprobleme in die Vergangenheit oder Zukunft oder in den Rahmen eines Gespräches in den Mund eines enderen; schließlich die Flucht in die Fabel. Wie könnte man sich selbst besser lächelnd die Wehrheit sagen, als in einer bunten Schüssel von Gründen, Entschuldigungen, Begatellisierung und Beichte die eigenen lebenswürdigen und enderen Schwächen spielerisch zu umschreiben, um damit die Kompromißlosigkeit eines Spiegels zu vermeiden.

Wes blieb einem niedrigen Beamten, dessen ganzes Lebensschicksal von der Gunst Maecenas ebhing, anderes übrig, als den Tadel em Steet und der Gesellschaft in indirekten Spott zu kleiden und durch ästhetische Überhöhung der Wirklichkeit, deren Schettenselten kontresthalt zu ekzentulieren. Wes G. Lucilius im 2. Jahrhundert vor Christi noch in aggressiver Form tut – die Verfellerscheinungen des römischen Lebens zu geiseln –, bleibt dem Klassiker der Satire Q. Horatius Flaccus verwehrt. Sein persönliches und Beemtenschicksal hängt en der Gunst eines Repräsentanten des Steates und Kaisers, an Maecenas, eines Steetes, dem er nur lächelnd und eut Umwegen sagen darf, was ihm daran mißfällt. Wenn Quintilian frohlockt, die „Satire sel gänzlich römisches Erzeugnis“, vernachlässigt er die kritischen Gesprächs Bions und die dialogischen Spitzfindigkeiten Menippos.

Griechische Vorläufer

Freilich hat sich der Stil der griechischen Vorläufer, der Kyniker mit der römischen Setire geändert, vervielfältigt, bereichert. Diogenes von Sinope übt nicht in verbaler Umschreibung, sondern durch seine konsequente Bedürfnislosigkeit praktische und konzessionslose Kritik an Konventionen, Normen und gesellschaftlichen Zwängen. Der aus dem syrischen Gadere stammende, ehemalige Sklave Menippos (3. Jh. v. Chr.) entwickelt später als wohlhabender Bürger von Theben eine Popularphilosophie, in deren Mittelpunkt die Fregwürdigkeit der Dinge, die Torheiten und Nichtigkeiten stehen. Satire und ihre bissige Schwester, die Polemik, werden in einem Gemisch aus Vers und Prose angeboten – eine ernstere nicht lächelnde Form, die im Rom des 1. Jahrhunderts vor Christi von Warro (= Saturae Menippae); Seneca dem jüngeren („Apocolocyntosis“) und G. Petronius („Satiricon“) nachvollzogen wird. Letzterer als „arbitrarius elegantiae“, also Schiedsrichter des feinen Geschmacks am Hofe Neros, zeichnet in seinem satirisch-parodistischen Schelmenroman ein kontrastreiches Sittengemälde seiner Zeit.

Die Setire gedeiht em besten im Zwielicht zwischen Steats- und Gesellschaftsdogma und dekadenten Randerscheinungen, in der Grauzone zwischen Diktatur und Freiheit. Je mehr die Normen zum Gesetz werden, um so mehr muß die Satire auf die indirekte Form eusweichen.

Im Mittelalter

Ist die Fabel oder das Tierepos äußere Form der Ständekritik; so im „Ysengrimus“ des Niverdus im 11. Jahrhundert oder „Reinhart Fuchs“ Heinrich des Glichesaere an der Wende zum 13. Jahrhundert – ein Vorbild für spätere „Reines Fuchs“. Die Sangespruchdichtungen Walther v. d. Vogelweide und Neitherts – ästhetische Varianten, deren Texte manches gemeinsam mit unseren heutigen Liedermachern haben, haben im späten Mittelalter die künstlerische Ausdrucksturm wieder über die kritische Sentenz erhoben. Zum ersten Mal taucht im M. de Cervantes „Don Quichote“ (1605 bis 1615) als weiteres Element der bunten Schüssel die setirische Zeichnung, die Karikatur eut. Die Widersprüchlichkeit im Wesen des mittelalterlichen Idols der Zeit wird nicht nur in Worten, sondern euch formal-plastisch gezeichnet.

Narrenliteratur

Wehrheiten an Fürstenhöfen durften nur „Narren“ sagen. Die Narrenliteratur übt Zeit-, Moral- und Gesellschaftskritik durch die Tarnkappe des Narren:

„Abnormales“ und Widersinniges wird als Wahrheit des Narren durch die überzeichnete Lächerlichkeit zu einem didaktischen Moralbarometer. Richtungswesend für die angehende Neuzeit wird S. Brants „Narrenschiff“ (1494) – eine Form der Setire, die sich mit herausragenden Einzelleistungen wie „Lob der Torheit“ (Erasmus v. Rotterdam, 1511) oder „Der ebenteuerliche Simplicissimus Teutsch“ (Grimmelshausen, 1669) bis in die Büttenreden der Faschings-, Fastnachts- und Kernevelsveranstaltungen der heutigen Zeit erstreckt.

Die Klassik und Romantik

beginnt Ordnung in die bunte Schüssel zu bringen (Ch. D. Grabbe: „Scherz, Satire, Ironie und tielere Bedeutung“, 1827). Die politische (H. Heine: „Deutschland ein Wintermärchen“, 1844) und die sozialkritische Satire in Form der Zauberpöppe J. Nestroy („Der böse Geist Lumpacivagabundus“, 1835) sind Vorstufen der pointiert menippischen Staats- und Gesellschaftskritik, die den Übergang des 19. und 20. Jahrhunderts bestimmt. Im Lichte der negativistischen Kritik moderner Schriftsteller en Staat, Gesellschaft, Sprache, eigenen Selbstbewußtseins wirken die Vorläufer noch tast konservativ-frömmelnd: So F. Wedekinds „Frühlings-Erwachen“ (1891), C. Sternheims „Die Hose“ (1911), H. Menns „Der Untertan“ (1914), die Literatursatire „Die Blechschmiede“ von Arno Holz (1902), Ch. Morgensterns „Galgenlieder“ (1905), W. P. Ketajews „Die Defraudanten“ (1927).

In der Folgezeit haben sich die menippischen Elementarzüge der Negation sprechlicher (Prose- und Versgemisch), gesellschaftlicher und moralischer Werte und Normen zu einer bis dahin nicht gekannten vulgären Perfektion verdichtet, wie sie in der Fäkeliensprache moderner Schrittsteller, Bühnen- und Film Autoren ihren letzten Ausdruck findet. Nicht mehr lächelnd die Wahrheit sagen, indirekt und künstlerisch zum Anliegen kommen, sondern direkt, brutal und mit teils obszöner Vokabular wird gepölpert – mitunter mehr ein Spiegel der eigenen Zerissenheit als ein Spiegel der Zeit.

Verloren wirkt in der Satire des 20. Jahrhunderts die teinsinnig verzeihende

Zeichnung menschlicher Schwächen eines E. Kästner oder E. Roth.

Viele Satiriker kommen aus niederen Sozialschichten, durchstoßen in ihrem Leben mit Fleiß, Geist und Erfolg mehrere Gesellschaftsschichten und bringen ihre Begegnungen aus diesen Schichten, die für sie Übergangspheasen sind in teils aggressiver Form – in der Kampfphase – teils in humorvoll ironisierender Fassung. Neben Menippos, dem ehemaligen Sklaven, Horez dem abhängigen Kleinbeamten, verkörpert B. G. Shaw eine klassische satirische Laufbahn. Als Sohn einer unter dem Alkoholismus seines Vaters leidenden Familie wird er Antialkoholiker, Nichttreuer und Vegetarier, mit 28 Jahren führendes Element einer sozialistischen Gruppe. Die negative, teils depressive Gesellschaftskritik Ibsenscher Prägung geht mit zunehmendem Erfolg und steigendem Selbstbewußtsein über in eine bejahende Philosophie des Willens. An Stelle des emotionalen Motivs der Aggression tritt die geistige Auseinandersetzung, die Aussagen in flottescharfem Dialog vorgebracht, die Doktrin in ironischen oder sarkastischen Witz verpackt.

Von Cervantes über die Moritansänger hat es lange gedauert, ehe sich die Satire eine weitere Ausdrucksform eroberte. Die Wirkung einer satirischen Sentenz wird durch eine Abstimmung zwischen Wort und Bild erhöht. Für die satirischen Zeitschriften ist „Der Kladderatsch“ tormales und zeitgeschichtliches Symbol, der die Bürger begleitete, solange sie um ihre Freiheit ringen mußten, 1848 bis 1944. Der „Simplicissimus“ (1896 bis 1944) fiel mit seinem comeback 1954 bis 1967 in eine gesellschaftliche Landschaft, die inzwischen durch die Werbung in ihrer Sinneswehnehmung so vergrößert war, daß die feine Satire eben keinen Platz mehr hatte.

Der „Eulenspiegel“ hatte nur in kurzer Notzeit (1928 bis 1933) Verbreitung gefunden – und wurde 1946 in der DDR neu ins Leben gerufen. Gegenüber bekannten ausländischen satirischen Zeitschriften ist die hier verbliebene „Pardon“ ein milder Abglanz der einstigen Bedeutung dieser Kunstform. In England erscheint „Punch“ seit 1841, in der Sowjetunion „Krokodil“ seit 1922, in der Schweiz „Nebelspalter“ seit 1875, in den USA „Mad“ seit 1952.

Die Satire braucht zur Existenz die gesellschaftlichen Probleme des Autors und seiner Zeit – dort, wo diese Triebfedern fehlen, verflacht oder verschwindet sie als Kulturelement.

Kongresse

17. Fortbildungstagung in Timmendorfer Strand

vom 6. bis 10. September 1978

Veranstalter: Akademie für Ärztliche Fortbildung in der Ärztekammer Berlin (Vorsitzender: Professor Dr. D. Lerche)

Hauptthemen:

Diagnostik und Therapie der Koronarsuffizienz (einschließlich Lebordemonstration) – Der Nieren-Kranke in der Praxis (einschließlich Leboridiagnostik in der Medizinischen Hochschule Lübeck) – Filmprogramm – Der Notfall in der Praxis (einschließlich Erste-Hilfe-Kurs in Ralsdorf/Kiel durch DRK Kiel)

Seminaristische und praktische Demonstrationen für Ärzte in Klinik und Praxis und ihre Mit Helfenden

Anmeldeschluß: 1. September 1978

Auskunft und Anmeldung:

Akademie für Ärztliche Fortbildung in der Ärztekammer Berlin, Augustenburger Platz 1, 1000 Berlin 65, Telefon (0 30) 45 05-640 oder 45 05-561

108. Tagung der Südwestdeutschen Dermatologen-Vereinigung

vom 6. bis 8. Oktober 1978 in München

Veranstalter: Dermatologische und Allergologische Abteilung im Krankenhaus München-Schwabing (Cheferzt: Professor Dr. H.-J. Bandmann)

Themen: Die Indikationen zur Schwangerschaftsunterbrechung aus der Sicht des Dermatologen – Klinik und Pathologie der Kontaktdermatitis – Krankendemonstration in Kurzvorträgen (Dialinik)

Auskunft:

Professor Dr. H.-J. Bandmann, Cheferzt der Dermatologischen und Allergologischen Abteilung im Städtischen Krankenhaus München-Schwabing, Kölner Platz 1, 8000 München 40, Telefon (0 89) 38 01 - 294

Arbeitsmedizinischer Fortbildungskurs (Wochenendlehrgang)

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

vom 3. bis 5. November 1978 und vom 10. bis 12. November 1978 in München

Anmeldung:

Bayerische Landesärztekammer, Frau Dillinger, Mühlbauerstraße 16, 8000 München 80, Telefon (0 89) 41 47 - 293

Fortbildungskurs für Laborhelfer(innen)

vom 6. bis 17. November 1978 in Nürnberg

Leitung: Dr. Weidemann, Nürnberg

Teilnahmevoraussetzung: Nachweis einer dreijährigen praktischen Tätigkeit im Laborbereich

Auskunft und Anmeldung:

Bayerische Landesärztekammer, Mühlbauerstraße 16, 8000 München 80, Telefon (0 89) 41 47 - 278

Fortbildungsseminar für HNO-Ärzte und Betriebsärzte

am 18. November 1978 in Erlangen

Theme: Lärmschäden des Ohres – Begutachtung der Prophylaxe

Auskunft:

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

Medica '78

10. Internationaler Kongreß mit Fachausstellung Diagnostica – Therapeutica – Technica

vom 22. bis 25. November 1978 in Düsseldorf

Auskunft:

Deutsche Gesellschaft zur Förderung der Medizinischen Diagnostik e. V., Jahnstraße 32, 7000 Stuttgart 70, Telefon (0 7 11) 76 14 54

NEU:

Indikationen:
zur aktiven Immunisierung
gegen Roteln, zur Ver-
hinderung der Röteln-
embryopathie.

Zusammensetzung:
Abgeschwächter, gefrier-
getrockneter Röteln-
Lebendimpfstoff aus dem
Virusstamm Wistar RA 27/3.
Das Virus wird aus Ge-
webekulturen mensch-
licher Zellen gewonnen.
Eine Dosis (0,5 ml) des ge-
lösten Impfstoffes enthält
mindestens 1000 GKID50.
Der Impfstoff enthält ge-
ringe Mengen Neomycin
und Polymyxin.

Nebenwirkungen:
Selten regionale Lymph-
knotenschwellungen,
Exantheme, Gelenk-
schmerzen und Unwohlsein.

Kontraindikationen:
Schwangerschaft, Allergie
gegen Neomycin und
Polymyxin, gestörte
Immunreaktionsfähigkeit.

Vorsichtsmaßnahmen:
Frauen im gebärfähigen
Alter müssen nach der
Impfung 3 Monate lang für
strikte Kontrazeption
sorgen (s. auch Packungs-
beilage).

Dosierung:
Eine Einzeldosis wird sub-
kutan verabreicht und ge-
nügt für eine vollständige
Immunisierung.

Handelsform:
Packung enthält Trocken-
substanz und Lösungs-
mittel (aq. pro inject.) in
Durchstechflaschen und
eine sterile Einmalspritze.
Preis: DM 23,65.



Wellcome

Deutsche Wellcome GmbH
3006 Burgwedel 1

RÖTELN- IMPFFSTOFF WELLCOME

STAMM WISTAR RA 27/3

- HOHE TITER
- GERINGE ALLERGIERATE

HILFT
EMBRYOPATHIEN VERHINDERN

PRÄTIKUM
DES INPEKTIONS- UND
IMPESCHÜTZES

Präktikum - Formblätter
Wellcome
Bei jeder Injektion
nach Anweisung
Eingeben

Wellcome
F. Wellcome
1978

Klinische Fortbildung in Bayern

In Zusammenarbeit mit der Bayerischen Landesärztekammer

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

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

I. Notfallmedizin

Fortbildungskurs für niedergelassene Ärzte

in Zusammenarbeit mit der Sanitätsakademie der Bundeswehr

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

Zeit: jeweils Mittwochnachmittag 15.00 bis 18.00 Uhr

Themen:

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

Teilnahme nur nach Anmeldung bei der Bayerischen Landesärztekammer möglich

Letzter Anmeldetermin:

jeweils 10 Tage vorher

Begrenzte Teilnehmerzahl

II. Augenheilkunde

Kopfklinikum Würzburg, Universitäts-Augenklinik

Direktor: Professor Dr. Dr. W. Leydhecker

Fortbildungsveranstaltung für Allgemeinärzte, Internisten und Kinderärzte am 18. November 1978

Beginn: 9.00 Uhr – Ende: ca. 13.00 Uhr

Themen: Neuere Untersuchungsmethoden, mit denen die Klinik dem Allgemeinarzt bei der Diagnose helfen kann –

Glaukom, Schielen und Brillenprobleme in der Praxis des Allgemeinarztes – Untersuchungsmethoden für den Allgemeinarzt – Differentialdiagnose häufigster Augensymptome – Erste Hilfe – Medikamentenschäden und nutzlose Therapeutika

Unkostenbeitrag: DM 25,- zugleich mit der Anmeldung auf Kongreßkonto Professor Dr. Dr. Leydhecker, Kto.-Nr. 2220 bei der Castell-Bank Würzburg.

Auskunft und Anmeldung:

Sekretariat Professor Dr. Dr. Leydhecker, Universitäts-Augenklinik Würzburg, Josef-Schneider-Straße 11, Telefon (09 31) 2 01 24 02

III. Chirurgie

Chirurgische Klinik und Poliklinik der Universität Erlangen-Nürnberg

Direktor: Professor Dr. med. F. P. Gall

Fortbildungskurs für Chirurgie vom 23. bis 27. Oktober 1978

Beginn: 8.00 Uhr – Ende: 16.45 Uhr

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

Kurzreferate über Themen aus der Abdominal-, Unfall-, Herz-, Gefäß-, Lungen-, Ösophagus-, Hand- und plastischen Chirurgie

Letzter Anmeldetermin: 13. Oktober 1978

Begrenzte Teilnehmerzahl

IV. Chirurgie

Chirurgische Klinik der Universität München im Klinikum Großhadern, Marchioninistraße 15

Direktor: Professor Dr. G. Heberer

Fortbildungskurs für Chirurgie vom 23. bis 27. Oktober 1978

Täglich 8.00 – 13.00 Uhr Beteiligung am Operationsprogramm

Nachmittags Vorträge

Themen: Indikationen, Taktik und Verfahrenswahl bei Bauch-, Thorax-, Unfall-, Gefäß-, plastischen und handchirurgischen Operationen

Letzter Anmeldetermin: 13. Oktober 1978

Begrenzte Teilnehmerzahl

1978

Notfallmedizin – München

20. September 1978

11. Oktober 1978

22. November 1978

29. November 1978

Oktober, November 1978

14. 10.

Innere Medizin, Würzburg

16. bis 20. 10.

Innere Medizin, I. Med. Klinik TU München

16. bis 20. 10.

Innere Medizin, II. Med. Klinik TU München

16. bis 20. 10.

Innere Medizin, Klinikum Großhadern, München

20. bis 21. 10.

Phonokardiographie, München

20. bis 22. 10.

EKG – Teil I, München

23. bis 27. 10.

Innere Medizin, Medizinische Klinik Innenstadt der Universität München

23. bis 26. 10.

Pädiatrie, München

23. bis 27. 10.

Chirurgie, München

23. bis 27. 10.

Chirurgie, Erlangen-Nürnberg

27. bis 29. 10.

EKG – Teil II, München

27. bis 29. 10.

Chirurgie, Starnberg

4. 11.

Gynäkologie, München

18. 11.

Augenheilkunde, Würzburg

24./25. 11.

Kardiologie, München

27. 11. bis 1. 12.

Chirurgie, Würzburg

V. Chirurgie

Chirurgische Abteilung des Kreiskrankenhauses Starnberg
Chefarzt: Professor Dr. W. Grill

Klinisches Wochenende vom 27. bis 29. Oktober 1978

Beginn: 8.00 Uhr – Ende: ca. 18.00 Uhr

Vorgesehen sind Operationsdemonstrationen, klinische Visiten sowie Vorträge mit folgenden Themen: Probleme der

(Fortsetzung Seite 900)

Sozialpolitische Skizzen

Erfolg und Mißerfolg liegen in der Politik oft eng bei einander. Ehrenberg hat dies unmittelbar vor der politischen Sommerpause erfahren müssen. Im Bundesrat hat er zwar sein neues Rentenpaket nach ergebnislosem Vermittlungsverfahren glett durchbringen können. Keine Stunde später „zerpflückte“ die Ländervertretung jedoch erbarmungslos seinen zweiten Gesetzentwurf zur Neuordnung der Krankenhausfinanzierung. Rund 70 Änderungswünsche wurden zu knapp 50 Paragraphen angemeldet. Sein Trost: Die Front der Länder ist nicht geschlossen. Nicht einmal die CDU/CSU-Länder stimmten einheitlich ab. Dem Minister verbleibt also noch die Chance, im Kompromißweg Mehrheiten zu finden. Diese Vorlage sollte man jedenfalls noch nicht ganz abschreiben. Ehrenberg hat gezeigt, wie zäh er verhandeln und feilschen kann.

Beim Rentengesetz hat die Union im letzten Durchgang im Bundesrat darauf verzichtet, den fälligen Einspruch einzulegen. Nach den vielen starken Worten in der Rentendebatte stellt dies eine Überraschung dar. Die Union hätte das Gesetz über den Bundesrat zwar nicht zu Fall bringen, aber den Kanzler doch zwingen können, die absolute Mehrheit aufzubieten. Das wäre zwar kein politisches, aber doch ein technisches Problem gewesen. Die Union hat darauf verzichtet. Für die CDU-Länder hat dies Sozialminister Frau Griesinger wie folgt begründet: Die Bundesratsmehrheit könne die Bundesratsmehrheit nicht zu einer neuen Konzeption zwingen; sie wolle sich mit einem Einspruch nicht dem Verdacht aussetzen, das Inkraftsetzen des Gesetzes zu verzögern. Diese Argumentation ist so neu wie das Verfahren; bislang hatte die Union keine Hemmungen, vom Recht des Einspruchs Gebrauch zu machen.

Die Vermutung liegt also nahe, daß andere Gründe ausschlaggebend waren. Die Koalition hatte sich bereits auf eine Sondersitzung des Bundestages Ende August eingestellt. Die Opposition wollte dem Kanzler kurz vor der Hessenwahl aber nicht die Chance bieten, seine Mehrheit und die Geschlossenheit der Koalition zu demonstrieren. Hinzu kam bei der Union wohl auch die Überzeugung, mit der Rentendebatte kein politisches Kapital mehr gewinnen zu können. Ehrenberg hat mit seinem Vorschlag, die Renten in den nächsten Jahren um 4,5 Prozent und zweimal um 4 Prozent zu erhöhen, zwar die Rentenformel außer Kraft gesetzt, aber den Rentnern doch ein akzeptables Angebot gemacht. Sie fühlen sich nach der heftigen Diskussion um Rentenkürzungen und Milliar-

den-Defizite noch gut bedient. Die Opposition ist einer politischen Fehleinschätzung zum Opfer gefallen. Dies kann nicht heißen, daß Ehrenbergs Konzept zur Sanierung der Rentenversicherung richtig und einleuchtend ist. Aber er hat nun, wenn die Gewerkschaften ihn nicht mit einer restriktiven Lohnpolitik hängen lassen, die Chance, ohne ein drifftes Sanierungsgesetz über die nächste Bundestagswahl hinwegzukommen.

Weniger Glück hat Ehrenberg bei der Arbeitslosenversicherung. Vor einem Jahr glaubte er, diese mit den Rentnerbeiträgen für die Arbeitslosen belasten zu können; er stellte sogar eine Beitragssenkung in Aussicht. Daraus wird nichts, im Gegenteil. Die Beiträge müßten angehoben werden. Die Bundesregierung hat darüber Ende Juli zu entscheiden. Dann nämlich steht sie vor der müßlichen Wahl, entweder höhere Beiträge oder höhere Bundesleistungen beschließen zu müssen. Wird Matthöfer ins Obligo genommen, so gibt es wiederum zwei Möglichkeiten: entweder die Nürnberger Anstalt erhält eine Milliarden-Finanzspritze in der Form eines Zuschusses oder in der Form eines Darlehens. Der zweite Finanzierungsweg, im Prinzip sicherlich falsch, böte politische Vorteile. Das Darlehen könnte, so absurd dies ist, den investiven Ausgaben des Bundes zugerechnet werden. Damit würde sich Matthöfers Spielraum für die Kreditaufnahme vergrößern. Und in der mittelfristigen Finanzplanung könnte Matthöfer so tun, als ob das Geld zurück käme. Mit solchen Bilanzierungskunststücken hat diese Regelung ja ihre Erfahrungen. Sie dürfte sie nutzen.

Bei der Krankenhausfinanzierung geht es vor allem um drei Punkte, nämlich

um die Einbeziehung der Krankenhauspflegesätze in die Empfehlungen der „Konzertierten Aktion“ im Gesundheitswesen, um die Frege, wer bei der Festlegung der Pflegesätze das letzte Wort hat und schließlich um die Frage, wie die betroffenen und interessierten Gruppen an der Krankenhausplanung beteiligt werden. Ehrenberg hatte im Krankenhausfinanzierungsgesetz den Vorschlag gemacht, auch für die Entwicklung der Pflegesätze Empfehlungen der „Konzertierten Aktion“ vorzusehen. Das Kostendämpfungsgesetz hat dies nicht vorgeschrieben, es schließt dies aber auch nicht aus. Ohne zusätzliche gesetzliche Regelung könnten solche Empfehlungen im Krankenhausbereich aber zu keinen rechtlichen Bindungen führen. Daher Ehrenbergs Initiative.

Vor dem Bundesrat warb Ehrenberg für seinen Vorschlag; die Mehrheit der Länder ließ ihn dennoch im Stich. Auch SPD-regierte Länder stellten sich gegen ihn, während Rheinland-Pfalz für Ehrenbergs Empfehlung votierte. Ehrenberg, das wurde deutlich, verspricht sich nicht nur einen kostendämpfenden Effekt. Vielmehr sieht er die Basis der „Konzertierten Aktion“ gefährdet, wenn es nicht gelingt, den Krankenhausbereich einzubeziehen. So sagte Ehrenberg, daß man den niedergelassenen Ärzten nicht zumuten könne, sich den Empfehlungen über ihren Einkommenszuwachs zu unterwerfen, wenn nicht auch für die Ausgaben der Krankenkassen für die stationäre Behandlung Bindungen eingeführt würden. Dahinter steckt die Sorge, daß sich die Kassenärzte zum ersten und letzten Mal den Vorschlägen der „Konzertierten Aktion“ unterworfen haben könnten. Ehrenberg hat zwar die „Konzertierte Aktion“ nicht angestrebt, aber er scheint inzwischen Geschmack an diesem politischen Instrument zu finden.

Die Länder sind dagegen nicht nur auf ihre Kompetenz für das Krankenhauswesen bedacht, die sie nicht weiter einschränken lassen wollen. Sie fürchten wohl nicht zu Unrecht, daß die „Konzertierte Aktion“ und die Stärkung der Position der Krankenkassen in den Pflege-satzverhandlungen das Prinzip der Kostendeckung im Krankenhaus aushöhlen könnte. Die Defizite im Krankenhauswesen blieben dann bei den Ländern und Kommunen hängen, während der Bund seit Jahren sein finanzielles Engagement, mit dem er sein Mitspracherecht in diesem im Krankenhauswesen erreicht hatte, verkleinert. Der Streit geht also um Kompetenz und Geld.

bonn-mot

Abdominal-Chirurgie (speziell Pankreas-Gallenwegs- und Dickdarmchirurgie) – Probleme der Traumatologie (speziell Erstversorgung von Unterschenkelfrakturen)

Letzter Anmeldetermin: 17. Oktober 1978
Begrenzte Teilnehmerzahl

VI. Chirurgie

Chirurgische Universitätsklinik und Poliklinik Würzburg

Direktor: Professor Dr. E. Kern

Fortbildungskurs für Chirurgie vom 27. November bis 1. Dezember 1978

Täglich von 8.00 Uhr – 16.00 Uhr

Themen: Chirurgie der Papille und des Leberhilus – Fortschritte in der Anus preeter-Versorgung (Kontinenzplastik) – Diagnostik und Therapie von Bandverletzungen des Knie- und oberen Sprunggelenkes – Probleme der Shuntchirurgie für die Hämodialyse – Therapie des Spontanpneumothorax – Posttraumatische Muskelischämien – Neue Behandlungsmethoden des Kryptorchismus

Letzter Anmeldetermin: 3. November 1978
Begrenzte Teilnehmerzahl

VII. Gynäkologie

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

5. Semstagsseminar am 4. November 1978

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

Theme: Ärztliche Aspekte der geplanten Elternschaft

Auskunft und Anmeldung:

Bayerische Landesärztekammer, s. oben und
Privatdozent Dr. H. J. Kümper, II. Frauenklinik der Universität, Lindwurmstraße 2 e, 8000 München 2, Telefon (0 89) 51 60 - 27 60

Letzter Anmeldetermin: 25. Oktober 1978

VIII. Innere Medizin

Medizinische Universitäts-Poliklinik Würzburg

Direktor: Professor Dr. H. Franke

2. Kardiologisches Seminar am 14. Oktober 1978

Beginn: 9.00 Uhr – Ende: 18.30 Uhr

Ort: Hörsaal der Medizinischen Universitätsklinik, Klinikstraße 8, 8700 Würzburg

Theme: Koronare Herzkrankheit – Ergometrie – Koronarographie

Auskunft und Anmeldung:

Professor Dr. P. Polzlen, Medizinische Universitäts-Poliklinik Würzburg, Klinikstraße 8, 8700 Würzburg, Telefon (09 31) 3 14 33

Letzter Anmeldetermin: 15. September 1978

IX. Innere Medizin

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

Direktor: Professor Dr. H. Blömer

in Zusammenarbeit mit dem Institut für Röntgendiagnostik der Technischen Universität München

Direktor: Professor Dr. H. Anacker

Fortbildungskurs für Innere Medizin vom 16. bis 20. Oktober 1978

Beginn: 8.15 Uhr – Ende: 17.00 Uhr

Praktik: Phono-, Echo-, Vektorkardiographie – Belastungs-EKG – Herzschrittmacher – Herz-, Einschwemmkatheter – Lungenfunktion – Hämatologisches und engiologisches Labor

Themen: Der drohende Herzinfarkt – Notfalltherapie von Herzrhythmusstörungen – Therapie der schweren Herzinsuffizienz – Tachykardie Herzrhythmusstörungen – Häodynamische Gesichtspunkte bei der Schrittmacherauswahl – Langzeitbeobachtungen bei Schrittmacher-Patienten – Diagnostik und Therapie der Endokarditis – Primäres und sekundäres Raynaud-Syndrom – Therapie der tiefen Venenthrombose – Lungensarkoidose, Diagnose und Therapie – Bronchoskopie und peribronchiale Lungenbiopsie – Fibrosierende Alveolitis, Diagnose und Therapie – Therapeutische Relevanz verschiedener Beta-Blockertypen – Das Mitralkleppenprolaps-Syndrom – Prophylaxe und Therapie der Lungenembolie – Klinik und Therapie der alkoholischen Kardiomyopathie – Klinische Bedeutung der Calcium-Antagonisten – Akute Leukämien – Bronchial- und Mammakarzinom – Nuklearmedizinische Untersuchungsmethoden in der Diagnostik der koronaren Herzkrankheit

Röntgendemonstration: Therapeutische Gefäßembolisation – Lungen- und Bronchielerkrankungen – Röntgenologische Erfassung des Lymphsystems – Memmakarzinom – Pathologisch-anatomische Demonstration

Letzter Anmeldetermin: 6. Oktober 1978

X. Innere Medizin

II. Medizinische Klinik der Technischen Universität München im Klinikum rechts der Isar, Ismaninger Straße 22

Direktor: Professor Dr. H. Ley

in Zusammenarbeit mit der toxikologischen Abteilung

Chefarzt: Dr. M. v. Clermann

und des Instituts für Röntgendiagnostik
Direktor: Professor Dr. H. Anacker

Fortbildungswoche für Innere Medizin vom 16. bis 20. Oktober 1978

Beginn: 9.15 Uhr – Ende: 18.00 Uhr

Themen: Diabetes mellitus: Neues aus Pethogenese und Therapie – Koryphäen-Killer-Syndrom und Hedri-Mellison-Syn-

drom – Des künstliche Pankreas – Die Alexithymie – ein neues psychosomatisches Prinzip – Neues zur Glucocorticoid-Therapie – Neue Aspekte zur Entstehung und Behandlung von Magen- und Zwölffingerdarmgeschwüren – Neue gastrointestinale Hormone – Notfälle bei Endoskopen – Die akut und chronische Pankreatitis – Die Ösophaguswandsklerosierung bei Ösophagusverizen – Neue Behandlungsmöglichkeiten der Leberzirrhose und der Leberparenchymschädigung durch Amöben – Therapeutische Möglichkeiten in der Toxikologie – Neue pathogenetisch-therapeutische Aspekte der chronischen Hepatitis – Serologische und immunologische Nachweismethoden der akuten Hepatitis – Die Behandlung der thyreotoxischen Krise – Immunsuppressionstherapie: Indikation und Durchführung – Neues zur Enzymdiagnostik innerer Krankheiten – Erkrankungen aus dem rheumatischen Formenkreis: Diagnostik und Therapie – Neue Aspekte bei der Behandlung mit der künstlichen Niere – Temporärer Leberersatz durch Pavianleber – Diagnose und Therapie der akuten Glomerulonephritis – Psychosomatische Betreuung der Heimdialyse-Patienten durch den Hausarzt – Schemata für die internistische Therapie von Neoplasmen

Röntgendiagnostik: Bronchialkarzinom – Embolisation von Ösophagusverizen auf engiographischem Weg – Hirntumoren – Moderne Pankreasdiagnostik – Lymphographie

Letzter Anmeldetermin: 6. Oktober 1978
Begrenzte Teilnehmerzahl

XI. Innere Medizin

Medizinische Klinik II der Universität München im Klinikum Großhadern
Kommissarischer Direktor: Professor Dr. H. J. Kerl

Klinische Fortbildungswoche für innere Medizin vom 16. bis 20. Oktober 1978

Beginn: täglich 8.30 Uhr – Ende: 17.00 Uhr

Ort: Kleiner Hörsaal auf Station F 8, Zimmer Nr. 202

Röntgendemonstrationen – Klinikkonferenzen – Klinische Visiten

Themen: Endokrinologie – Stoffwechsel – Gastroenterologie – Intensivmedizin

Letzter Anmeldetermin: 6. Oktober 1978
Begrenzte Teilnehmerzahl

XII. Innere Medizin

Medizinische Klinik Innenstadt der Universität München, Ziemssenstraße 1
Direktor: Professor Dr. E. Buchborn

Fortbildungsveranstaltung für Innere Medizin vom 23. bis 27. Oktober 1978

Beginn: 8.15 Uhr – Ende ca. 16.00 Uhr
Aktuelle diagnostische und therapeutische Themen aus Teilgebieten der In-

neren Medizin (Kardiologie, Gastroenterologie, Endokrinologie, Nephrologie) sowie Intensivmedizin und Immunologie in Seminaren und am Krankenbett
Letzter Anmeldetermin: 13. Oktober 1978
Begrenzte Teilnehmerzahl

XIII. Kardiologie

Deutsches Herzzentrum München, Klinik für Herz- und Kreislauferkrankungen
Direktor: Professor Dr. W. Rudolph
Klinik für Herz- und Kreislauferkrankungen im Kindesalter
Direktor: Professor Dr. K. Bühlmeier unter Mitwirkung der Klinik für Gefäßchirurgie
Direktor: Professor Dr. F. Sebening und des Instituts für Radiologie
Vorstand: Privatdozent Dr. U. Klein
8000 München 2, Lothstraße 2 und 11

5. Klinisch-kardiologisches Wochenendseminar am 24./25. November 1978

Programm A:

Erwachsenen Kardiologie (Professor Dr. W. Rudolph)

Beginn: täglich 8.45 Uhr – Ende: 17.00 Uhr (Lothstraße 11)

Vormittags Praktika: EKG-Kurs – Funktionsdiagnostik – Spezielle kardiologische Diagnostik – Kardio-chirurgische Therapie – Kardiologischer Untersuchungskurs – Kardiologische Visite – Kardiologisch-röntgenologischer Kurs

Nachmittags Referate: „Akute und chronische Herzinsuffizienz“

Programm B:

Kinderkardiologie (Professor Dr. K. Bühlmeier)

Beginn: täglich 10.00 – Ende: 18.00 Uhr

Vormittags Referate: „Angeborene Herzfehler, zyanotische Vitien II“

Nachmittags Praktika: Kinderkardiologischer Untersuchungskurs, Demonstration der Röntgenbefunde – EKG-Befunde – Klinische Visite (Kinderstation und Intensivpflegestation) – Demonstration anglo-kardiographischer Befunde

Bei Anmeldung bitte Programm A oder B angeben

Begrenzte Teilnehmerzahl

Letzter Anmeldetermin: 14. November 1978

XIV. Mechano- und Echokardiographie

Stiftsklinik Augustinum München
Direktor: Professor Dr. D. Michel
Stiftsbogen 74, 8000 München 70

Fortbildungskurs für Phonokardiographie – Teil II – am 20./21. Oktober 1978

Beginn: Freitag 9.15 Uhr – Ende: Samstag 12.00 Uhr

Letzter Anmeldetermin: 10. Oktober 1978

XV. Pädiatrie

Kinderklinik und Poliklinik der Technischen Universität München

Direktor: Professor Dr. H. Hilber

2. Kinderabteilung

Chefarzt Dr. P. Schweiher

Kinderchirurgische Abteilung

Chefarzt: Professor Dr. H. Singer

11. Pädiatrische Fortbildung im Kinderkrankenhaus München-Schwabing vom 23. bis 26. Oktober 1978

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

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

Themen: Vergiftungen und Verätzungen – Spezielle Fragen der Psychosomatik des Kindesalters – Diagnose und Therapie von Lern- und Leistungsstörungen – Pädiatrische Dermatologie – Säuglingsnahrungen - aktueller Stand – Meningismus – Meningitis – Blutungen im Magen-Darm-Bereich – Prognose kindlicher

Harnwegsinfekte – Pädiatrisch-onkologische Fragen

Letzter Anmeldetermin: 13. Oktober 1978

Begrenzte Teilnehmerzahl

XVI. Praktische Elektrokardiographie

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

Leitung: Professor Dr. med. C. S. So, Direktor der Kardiologischen Abteilung Fachklinik Rhein/Ruhr Essen

Fortbildungsseminar I vom 20. bis 22. Oktober 1978

(Einführungsseminar)

Fortbildungsseminar II vom 27. bis 29. Oktober 1978

(Seminar für Fortgeschrittene)

Beginn: Freitag 16.00 Uhr – Ende: Sonntag 12.00 Uhr

Hörsaal B, Ismaninger Straße 22

Letzter Anmeldetermin: Teil I: 12. Oktober 1978 – Teil II: 17. Oktober 1978

Internationale Fortbildungskongresse der Bundesärztekammer

20. August bis 2. September 1978 in Grado:

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 der Bundesärztekammer

Thema: Arzneitherapie bei gastroenterologischen und abdominalen Erkrankungen

22. bis 24. September 1978 in Augsburg:

VII. Zentralkongreß für Medizinische Assistenzberufe

Thema: Langzeittherapie aus der Sicht der medizinischen Assistenzberufe

24. bis 27. Januar 1979 in Köln:

III. Interdisziplinäres Forum „Fortschritt und Fortbildung in der Medizin“

Anmeldung und Auskunft:

Kongreßbüro der Bundesärztekammer, Postfach 41 02 20, 5000 Köln 41, Telefon (02 21) 40 04 - 2 34 und - 2 35

Einführungslehrgänge für die kassenärztliche Tätigkeit

Die Kassenärztliche Vereinigung Bayerns veranstaltet am

30. September 1978

18. November 1978

im Ärztehaus Bayern, Mühlbauerstraße 18, 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 18, 8000 München 80, zu richten bis 22. September 1978 und 10. November 1978.

Die Teilnehmergebühr ist am Tage des Einführungslehrganges zu bezahlen.

Die Sterbefälle nach Todesursachen in Bayern 1977

Nr. der ICD 1968 ¹⁾	Todesursachen	männlich	weiblich	zusammen	
		Zahl			auf 100 000 d. Bevölk.
000-136	Infektiöse und parasitäre Krankheiten	630	349	979	9,1
	darunter				
010-019	Tuberkulose insgesamt	456	153	609	5,6
140-199	Bösartige Neubildungen	12 652	12 809	25 461	235,5
	darunter				
151	des Magens	2 314	2 267	4 581	42,4
160-163	der Atmungsorgane	3 258	546	3 804	35,2
174	der Brustdrüse	12	1 867	1 879	17,4
180-182	der Gebärmutter	—	1 027	1 027	18,1 ²⁾
185	der Prostata	1 276	—	1 276	24,8 ²⁾
200-209	Neubildungen der lymphatischen und blutbildenden Organe	786	735	1 521	14,1
210-239	Gutartige Neubildungen und Neubildungen unbekanntes Charakters	738	945	1 683	15,6
240-279	Störungen der Drüsen mit innerer Sekretion, Ernährungs- und Stoffwechsellkrankheiten	1 791	3 093	4 884	45,2
	darunter				
250	Diabetes mellitus	1 457	2 622	4 079	37,7
280-289	Krankheiten des Blutes und der blutbildenden Organe	96	130	226	2,1
290-389	Seelische Störungen, Krankheiten des Nervensystems und der Sinnesorgane	1 164	1 045	2 209	20,4
	darunter				
290	senile und präsenile Demenz	29	36	65	0,6
390-458	Krankheiten des Kreislaufsystems	23 782	28 427	52 209	482,9
	darunter				
410	akuter Herzmuskelinfarkt	6 980	3 946	10 926	101,1
411-414	sonstige ischämische Herzkrenkheiten	4 261	5 370	9 631	89,1
425, 428	chronische nichtrheumatische Herzmuskelkrenkheiten	2 365	4 222	6 587	60,9
429	mangelhaft bezeichnete Herzkrenkheiten	112	152	264	2,4
430-438, 400.2	Hirngefäßkrenkheiten	6 476	9 942	16 418	151,8
460-519	Krankheiten der Atmungsorgane	4 517	3 257	7 774	71,9
	darunter				
470-474	Grippe	73	129	202	1,9
480-486	Pneumonie	1 282	1 484	2 766	25,6
466, 490, 491	Bronchitis	1 653	680	2 333	21,6
520-577	Krankheiten der Verdauungsorgane	3 993	2 837	6 830	63,2
	darunter				
531, 532	Magen- und Zwölfingerdarmgeschwür	367	203	570	5,3
560	Darmverschluß ohne Angabe eines Eingeweidebruchs	151	237	388	3,6
571	Leberzirrhose	1 962	740	2 702	25,0
570, 572-576	sonstige Krenkheiten der Leber, Gallenblase und der Gallengänge	586	729	1 315	12,2
577	Krankheiten der Bauchspeicheldrüse	203	157	360	3,3
580-629	Krankheiten der Harn- und Geschlechtsorgane	1 365	1 072	2 437	22,5
	darunter				
580-584	Nephritis und Nephrose	156	215	371	3,4
600	Prostatahypertrophie	376	—	376	29,1 ³⁾
630-678	Komplikationen in der Schwangerschaft, bei Entbindung und im Wochenbett	—	36	36	33,8 ⁴⁾
680-738	Krenkheiten der Haut und des Unterhautzellgewebes, des Skeletts, der Muskeln und des Bindegewebes	169	394	563	5,2
740-759	Angeborene Mißbildungen	290	233	523	4,8
760-779	Bestimmte Ursachen der perinatalen Sterblichkeit	517	395	912	8,4
780-796	Symptome und mangelhaft bezeichnete Todesurserchen	1 276	1 872	3 148	29,1
	darunter				
794	Altersschwäche ohne Angabe von Psychose	203	530	733	6,8
800-949	Unfälle und Vergiftungen	3 804	2 625	6 429	59,5
	darunter				
810-823	Kraftfahrzeug-Unfälle innerhalb und außerhalb des Verkehrs	2 287	882	3 169	29,3
850-877	Vergiftungen	46	19	65	0,6
880-887	Unfälle durch Sturz	780	1 424	2 204	20,4
950-959	Selbstmord und Selbstbeschädigung	1 538	875	2 413	22,3
960-999	Mord, Totschlag und sonstige Gewalteinwirkungen	146	104	250	2,3
	Sterbefälle insgesamt	59 254	61 233	120 487	1 114,3

¹⁾ ICD: Internationale Klassifikation der Krankheiten, Verletzungen und Todesursachen. — ²⁾ Auf 100 000 Einwohner gleichen Geschlechts. — ³⁾ Auf 100 000 männliche Einwohner im Alter von 50 Jahren und darüber. — ⁴⁾ Auf 100 000 Lebendgeborene.

Mitteilung des Bayerischen Statistischen Landesamts aus den Ergebnissen der Todesursachenstatistik. Diese stützt sich auf die Angaben über die Todesursache, die der Leichenschauarzt in der Todesbescheinigung macht. Aus ihnen wird nach von der Weltgesundheitsorganisation empfohlenen Regeln das sogenannte Grundleiden, das am Beginn einer zum Tode führenden „Kausalkette“ steht, berücksichtigt.

Die Sterbefälle nach Todesursachen in Bayern im Monat Februar 1978

Nr. der ICD 1968 ¹⁾	Todesursachen	Sterbefälle		
		1977		1978
		Monatsdurchschnitt	Februar	Februar
000-136	Infektiöse und parasitäre Krankheiten	82	79	104
	darunter			
010-019	Tuberkulose insgesamt	51	49	57
140-199	Bösartige Neubildungen	2 122	1 914	2 075
	darunter			
151	des Magens	382	331	340
160-163	der Atmungsorgane	317	303	313
174	der Brustdrüse	157	139	188
180-182	der Gebärmutter	86	71	85
185	der Prostata	106	111	112
200-209	Neubildungen der lymphatischen und blutbildenden Organe	127	122	136
210-239	Gutartige Neubildungen und Neubildungen unbekanntes Charakters	140	128	112
240-279	Störungen der Drüsen mit innerer Sekretion, Ernährungs- und Stoffwechselkrankheiten	407	420	491
	darunter			
250	Diabetes mellitus	340	360	396
280-289	Krankheiten des Blutes und der blutbildenden Organe	19	12	21
290-389	Seelische Störungen, Krankheiten des Nervensystems und der Sinnesorgane	184	176	235
	darunter			
290	senile und präsenile Demenz	5	5	9
390-458	Krankheiten des Kreislaufsystems	4 351	4 254	5 524
	darunter			
410	akuter Herzmuskelinfarkt	911	841	1 115
411-414	sonstige ischämische Herzkrankheiten	803	831	1 015
425, 428	chronische nicht-rheumatische Herzmuskelkrankheiten	549	562	798
429	mangelhaft bezeichnete Herzkrankheiten	22	19	16
430-438, 400.2	Hirngefäßkrankheiten	1 368	1 276	1 700
460-519	Krankheiten der Atmungsorgane	648	538	1 596
	darunter			
470-474	Grippe	17	21	257
480-486	Pneumonie	231	125	565
466, 490, 491	Bronchitis	194	199	393
520-577	Krankheiten der Verdauungsorgane	569	585	610
	darunter			
531, 532	Magen- und Zwölffingerdarmgeschwür	48	54	39
560	Darmverschluß ohne Angabe eines Eingeweidebruchs	32	35	42
571	Leberzirrhose	225	221	268
570, 572-576	sonstige Krankheiten der Leber, Gallenblase und der Gallengänge	110	123	92
577	Krankheiten der Bauchspeicheldrüse	30	29	25
580-629	Krankheiten der Harn- und Geschlechtsorgane	203	198	229
	darunter			
580-584	Nephritis und Nephrose	31	31	45
600	Prostatahypertrophie	31	27	27
630-678	Komplikationen in der Schwangerschaft, bei Entbindung und im Wochenbett	3	1	3
680-738	Krankheiten der Haut und des Unterhautzellgewebes, des Skeletts, der Muskeln und des Bindegewebes	47	57	48
740-759	Angeborene Mißbildungen	44	41	42
760-779	Bestimmte Urseuchen der perinatalen Sterblichkeit	76	64	64
780-796	Symptome und mangelhaft bezeichnete Todesursachen	262	267	329
	darunter			
794	Altersschwäche ohne Angabe von Psychose	61	74	68
800-949	Unfälle und Vergiftungen	536	504	436
	darunter			
810-823	Kraftfahrzeug-Unfälle innerhalb und außerhalb des Verkehrs	264	209	170
850-877	Vergiftungen	5	6	9
880-887	Unfälle durch Sturz	184	213	196
950-959	Selbstmord und Selbstbeschädigung	201	209	196
960-999	Mord, Totschlag und sonstige Gewalteinwirkungen	21	31	21
	Sterbefälle insgesamt	10 041	9 600	12 272

¹⁾ ICD: Internationale Klassifikation der Krankheiten, Verletzungen und Todesursachen

Mittellung des Bayerischen Statistischen Landesamts aus den Ergebnissen der Todesursachenstatistik. Diese stützt sich auf die Angaben über die Todesursache, die der Leichenschauarzt in der Todesbescheinigung macht. Aus ihnen wird nach von der Weltgesundheitsorganisation empfohlenen Regeln das sogenannte Grundleiden, das am Beginn einer zum Tode führenden „Kausalkette“ steht, berücksichtigt.

Die meldepflichtigen übertragbaren Krankheiten in Bayern im Monat Mai 1978 *)

(Zusammengestellt aufgrund der Wochenmeldungen)

Aufgrund eines örtlichen Ausbruchs erkrankten im Mai über 1000 Personen an Ruhr. Die Erkrankungsziffer stieg — auf 100000 Einwohner ganz Bayerns bezogen und auf ein Jahr umgerechnet — dadurch von 1 im April auf 100. Die Erkrankungshäufigkeit an Salmonellose nahm von 26 Fällen im April auf 42 im Mai, jeweils auf 100 000 der Bevölkerung, zu. Dage-

gen erkrankten an Hepatitis infectiosa (übertragbare Leberentzündung) etwas weniger Menschen als im Vormonat; die Erkrankungsziffer sank von 23 auf 20 je 100 000 Einwohner.

Ebenfalls etwas weniger Erkrankungen als im April wurden im Berichtsmonat an Scherlach gemeldet, die Ziffer ging von

38 auf 33 zurück. Sonstige, d. h. nicht durch Meningokokken verursachte Formen der übertragbaren Hirnhautentzündung treten geringfügig seltener auf, ihre Ziffer sank von 6 im April auf knapp 5 im Mai, je 100 000 Einwohner.

Neuerkrankungen und Sterbefälle in der Zeit vom 1. Mai bis 4. Juni 1978 (vorläufiges Ergebnis)

Gebiet	1		2		3		4		5		6		7		8		9		10		11		12	
	Diphtherie		Scherlach		Kinderlähmung		Übertragbare				Gehirnentzündung		Typhus abdominalis		Paratyphus A und B		Bakterielle Ruhr (ohne Amöbenruhr)		Enteritis infectiosa				Botulismus	
							Hirnhautentzündung		Salmonellosis										übrige Formen					
	Meningokokken-Meningitis		übrige Formen		E		ST		E		ST		E		ST		E		ST		E		ST	
E ¹⁾	ST ²⁾	E	ST	E	ST	E	ST	E	ST	E	ST	E	ST	E	ST	E	ST	E	ST	E	ST	E	ST	
Oberbayern	—	—	140	—	—	—	3	1	14	1	—	—	—	—	1	—	1025	—	236	1	—	—	2	—
Niederbayern	—	—	19	—	—	—	1	—	1	—	—	—	—	—	—	—	10	—	18	—	—	—	—	—
Oberpfalz	—	—	16	—	—	—	—	—	10	—	—	—	—	—	—	—	1	—	23	—	—	—	2	—
Oberfranken	—	—	35	—	—	—	2	—	6	—	2	—	—	—	—	—	1	—	15	—	7	—	—	—
Mittelfranken	—	—	39	—	—	—	6	2	5	1	1	—	2	—	—	—	5	—	47	—	—	—	1	—
Unterfranken	—	—	29	—	—	—	3	—	8	1	—	—	—	—	—	—	1	—	35	—	1	—	—	—
Schwaben	—	—	61	—	—	—	2	—	3	—	1	—	1	—	1	—	1	—	62	—	—	—	—	—
Bayern	—	—	339	—	—	—	17	3	47	3	4	—	3	—	2	—	1044	—	436	1	8	—	5	—
München	—	—	63	—	—	—	1	—	—	—	—	—	—	—	1	—	31	—	112	—	—	—	—	—
Nürnberg	—	—	8	—	—	—	1	—	4	1	1	—	1	—	—	—	1	—	11	—	—	—	—	—
Augsburg	—	—	4	—	—	—	1	—	—	—	—	—	1	—	—	—	—	—	9	—	—	—	—	—
Regensburg	—	—	1	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	3	—	—	—	—	—
Würzburg	—	—	1	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	5	—	1	—	—	—
Fürth	—	—	2	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
Erlangen	—	—	3	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	1	—	5	—	—	—	—	—

Gebiet	13		14		15		16		17		18		19		20		21		22		23		24	
	Hepatitis infectiosa		Ornithose				Malerie-Erkrankung		Toxoplasmosis		Wundstarrkrampf												Verdachtsfälle von Tollwut ³⁾	
			Palte-cose		übrige Formen																			
	E	ST	E	ST	E	ST	E	ST	E	ST	E	ST	E	ST	E	ST	E	ST	E	ST	E	ST	E	ST
Oberbayern	74	—	—	—	1	—	3	—	3	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	6
Niederbayern	15	—	—	—	—	—	—	—	—	—	1	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
Oberpfalz	15	—	1	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	17
Oberfranken	12	—	—	—	—	—	1	—	—	—	1	1	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	3
Mittelfranken	25	1	—	—	—	—	1	—	1	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	1
Unterfranken	36	—	1	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	6
Schwaben	28	1	—	—	—	—	3	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
Bayern	205	2	2	—	1	—	8	—	4	—	2	1	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	33
München	40	—	—	—	1	—	2	—	1	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	3
Nürnberg	13	1	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
Augsburg	7	—	—	—	—	—	2	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
Regensburg	8	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
Würzburg	6	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	3
Fürth	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
Erlangen	2	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—

*) Bericht des Bayerischen Statistischen Landesamtes.

1) „E“ = Erkrankungen (einschließlich der erst beim Tode bekanntgewordenen Krankheitsfälle) mit Ausschluß der Verdachtsfälle.

2) „ST“ = Sterbefälle.

3) Verletzungen durch ein tollwutkrankes oder tollwutverdächtiges Tier sowie Berührungen eines solchen Tieres oder Tierkörpers.

Schnell informiert

Dienstunfähigkeitsbescheinigung für Lehrkräfte

Die Landeselternvereinigung an Fachoberschulen in Bayern sowie der Gymnasien in Bayern und der bayerischen Realschulen haben sich an die Bayerische Landesärztekammer um Unterstützung ihrer Bemühungen gewandt, die Einstellung von Aushilfskräften für erkrankte Lehrkräfte zu erreichen, um zum Teil über Monate dauernde Ausfälle von Unterrichtsstunden zu vermeiden. Die Genehmigung der zuständigen Behörden in den erforderlichen Einstellungsverfahren von Hilfskräften nimmt in der Regel drei Wochen in Anspruch; deshalb ist die Einstellung einer Aushilfskraft unter dieser Zeit nicht möglich. Ärztliche Atteste enthalten auch bei längerer Erkrankung von Lehrkräften meist nur eine 14tägige Arbeitsunfähigkeit. Sofern Lehrkräfte zum versicherungsfreien Personenkreis gemäß §§ 169 und 172 RVO gehören, bestehen keine rechtlichen Bedenken, wenn nach Maßgabe des Einzelfalles die klare Äußerung in ein ärztliches Attest aufgenommen wird, daß eine mehr als dreiwöchige Dienstunfähigkeit angenommen werden kann.

Neuwahl des Vorstandes der Deutschen Gesellschaft für Mund-, Kiefer- und Gesichtschirurgie

Der neue Vorstand der Deutschen Gesellschaft für Mund-, Kiefer- und Gesichtschirurgie setzt sich wie folgt zusammen:

Präsident:

Professor Dr. R. Fries, Krankenhausstraße 9, A-4020 Linz

Vizepräsident:

Professor Dr. H. Obwegeser, Plattenstraße 11, CH-8028 Zürich

Past-Präsident:

Professor Dr. Dr. N. Schwenzer, Osianderstraße, 7400 Tübingen

Generalsekretär:

Professor Dr. Dr. E. Machtens, Knappschaftskrankenhaus, In der Schornau 23/25, 4630 Bochum 7

Schatzmeister:

Professor Dr. Dr. R. Rottka, Martinstraße 52, 2000 Hamburg 20

Carl-Korth-Institut für Herz-Kreislauferkrankungen gegründet

In Erlangen wurde anlässlich des 75. Geburtstages von Professor Dr. Carl Korth das „Carl-Korth-Institut für Herz-Kreislauferkrankungen“ gegründet. Damit sollen die Verdienste von Korth um die poliklinische und klinische Kardiologie gewürdigt werden. Korth war von 1946 bis 1972 Direktor der Medizinischen Universitäts-Poliklinik in Erlangen. Er hat entscheidend zur Entwicklung der klinischen Elektrokardiographie beigetragen und das erste elektrokardiographische Lehrbuch zu diesem Thema verfaßt. 1967 hat er ein Konzept der „Medizinischen Universitäts-Poliklinik von morgen“ vorgelegt, in dem der alternde Mensch in der ärztlichen Verantwortung einen bevorzugten Platz einnimmt. So ist ein wesentliches Anliegen des neuen Institutes auch die Erforschung des alternden Herz-Kreislauf-Systems im Hinblick auf seine Prävention, Diagnostik, Therapie und Rehabilitation.

Mit dem Aufbau und der Leitung des Institutes wurde Professor Dr. Erich Lang, Erlangen, beauftragt.

Bekanntmachung der Akademie für das öffentliche Gesundheitswesen im Bayerischen Staatsministerium des Innern vom 5. Juni 1978 (Nr. I E 11 - 5126/1 - 21/78)

Lehrgang zur Vorbereitung auf die Amtsarztprüfung

Die Akademie für das öffentliche Gesundheitswesen im Bayerischen Staatsministerium des Innern wird in der Zeit vom 2. Oktober 1978 bis 30. März 1979 in München einen Lehrgang zur Vorbereitung auf die Prüfung für den höheren öffentlichen Gesundheitsdienst (Amtsarztlehrgang) abhalten. Die Teilnahme daran ist Voraussetzung für die Zulassung zur Amtsarztprüfung.

Zu dem Lehrgang können 30 Ärzte zugelassen werden. Zulassungsgesuche müssen bis spätestens 10. August 1978 bei der Akademie für das öffentliche Gesundheitswesen im Bayerischen Staatsministerium des Innern, Odeonsplatz 3, 8000 München 22, eingehen. Dem Gesuch sind beizugeben

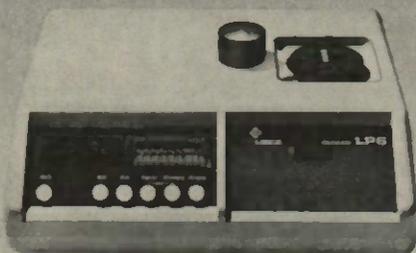
1. die Approbation als Arzt in Urschrift,
2. die Promotionsurkunde in Urschrift oder amtlicher beglaubigter Abschrift,
3. Nachweise über die bisherige ärztliche Tätigkeit.

Eine Lehrgangsgebühr wird nicht erhoben.

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

Dr. Lange Digital-Photometer LP6

für schnellere, genauere
und wirtschaftlichere Analysen



Gerade heute gehören photometrische Analysen in jedes Labor, damit im Entscheidungsfalle sofort die richtige Diagnose gestellt werden kann. Hierfür bieten wir völlig neue Perspektiven mit dem »LP6«. Denn das Anwendungsgebiet dieses Gerätes ist praktisch unbegrenzt. Sie werden mit unserem zuverlässigen »LP6« sicher und wirtschaftlich arbeiten.

Das »LP6«
setzt Maßstäbe.
Informieren Sie sich durch
eine unverbindliche Vorführung.

DR LANGE

Dr. Bruno Lange GmbH
Geschäftsstelle München
Rümannstraße 9-11
8000 München 40
Telefon 089 - 300 89 55

EG-Krankenheusausschuß tagte in Dublin

Auf der Vollversammlung des Ausschusses der Krankenhäuser der Europäischen Gemeinschaft in Dublin (Irland) ist der Hauptgeschäftsführer der Deutschen Krankenhausgesellschaft, Professor Dr. Hans-Werner Müller, für weitere zwei Jahre zum Präsidenten wiedergewählt worden. – Vizepräsident wurde erneut Professor Dr. J. A. Scott (Großbritannien).

Martin-Wassmund-Preis 1977 verliehen

Privatdozent Dr. Dr. Wolf Joachim Hölftje, Hamburg, wurde von der Deutschen Gesellschaft für Mund-, Kiefer- und Gesichtschirurgie für seine Arbeit „Die freie Fettgewebstransplantation mit mikrochirurgischer Gefäßanastomose im Tierexperiment“ der Martin-Wassmund-Preis 1977 verliehen.

Hufeland-Preis 1979

Für Arbeiten über Vorbeugende Gesundheitspflege ist der „Hufeland-Preis 1979“ ausgeschrieben worden. Einsendeschluß ist der 31. März 1979.

Die Arbeiten dürfen weder den Namen des Verfassers enthalten, noch durch irgendwelche Hinweise Rückschlüsse auf die Identität des Verfassers zulassen. Die Arbeiten sind in zwei Exemplaren einzureichen und mit einer Zusammenfassung zu versehen. Den Arbeiten ist ein Personalfragebogen beizufügen, der folgende Angaben enthält: Vor- und Zuname, genaue Anschrift, Staatsangehörigkeit, Tag der Approbation, Alter, genaue berufliche Stellung und Tätigkeit, Kennwort der Arbeit.

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

Albert-Knoff-Preis 1978 ausgeschrieben

Der von der Knoll-AG, Ludwigshafen, gestiftete Albert-Knoff-Preis der Saarländisch-Pfälzischen Internistengesellschaft ist mit DM 10 000 dotiert und wird für hervorragende Arbeiten auf dem Gebiet der Inneren Medizin verliehen. Die Arbeiten sollen möglichst noch nicht veröffentlicht worden sein und dürfen weder von anderer Seite mit einem Preis ausgezeichnet noch zu einem anderen Wettbewerb eingereicht worden sein oder werden. Sie sind in vierfacher Ausfertigung anonym und mit einem Kennwort versehen bis zum 1. Oktober 1978 beim Schriftführer der Gesellschaft, Chefarzt Dr. P. Bockel, Evangelisches Krankenhaus, 6660 Zweibrücken, einzureichen. In einem verschlossenen Kuvert mit dem gleichen Kennwort sind Name, Klinik und Adresse beizufügen.

Ludwig-Heilmeyer-Preis 1979 ausgeschrieben

Für besondere wissenschaftliche Arbeiten auf dem Gebiet der Inneren Medizin hat die Bayer AG, Leverkusen, auch für 1979 wieder die Ludwig-Heilmeyer-Medaille in Silber, verbunden mit einem Geldpreis von DM 6000, ausgeschrieben. Die Medaille ist vorwiegend als Förderpreis für jüngere Wissenschaftler gedacht. Noch nicht veröffentlichte wissenschaftliche Arbeiten auf dem Gebiet der Inneren Medizin (klinische, klinisch-experimentelle, therapeutische, jedoch keine tierexperimentellen Arbeiten) sind in dreifacher Ausfertigung bis zum 30. September 1978 an den Generalsekretär der Deutschen Gesellschaft für Fortschritte auf dem Gebiet der Inneren Medizin, Professor Dr. med. H. J. Holtmeier, Universität Hohenheim, Postfach 106, 7000 Stuttgart 70, einzureichen.

62. Augsburger Fortbildungskongreß für praktische Medizin

vom 22. bis 24. September 1978

Neues Malaria-Mittel mit Langzeitwirkung

Eine Einnahme von Mefloquin schützt bis zu einem Monat auch vor der gefährlichsten Malariaform, der Malaria tropica, selbst gegen Chloroquin- (u. e. Resochin-) resistente Parasitenstämme sind empfindlich. Über den weiten Weg bis zur Auffindung dieses Mittels berichtet die amerikanische Zeitschrift „Science“. Als Folge der vielen therapieresistenten Malariafälle war während des Vietnam-Krieges im Walter Reed-Forschungsinstitut der US-Armee ein großangelegtes Malariaprogramm begonnen worden. 300 000 verschiedene Substanzen testete man auf Malaria-Wirksamkeit, nur sieben Präparate und zwei Kombinationspräparate zeigten eine Wirksamkeit im Menschen. Mefloquin erwies sich als eines der effektivsten. Die Produktionskosten aller dieser Mittel sind allerdings so hoch, daß sie bisher nicht im großen Maßstab hergestellt wurden. 13 Jahre Forschungsarbeit scheinen vergebens. Hoffnungen, Mefloquin doch noch auf den Markt zu bringen, knüpft man an ein Programm der WHO über tropische Erkrankungen, an dem u. e. auch die Bundesrepublik Deutschland beteiligt ist.

– PID –

Rote Liste® 1977/78

Die Rote Liste® bietet einen Überblick über das derzeitige Arzneimittelangebot der Mitglieder des Bundesverbandes der Pharmazeutischen Industrie und wird allen praktizierenden Ärzten und den Apotheken kostenlos zugesandt.

In der Roten Liste® 1977/78 sind insgesamt 8350 Präparate mit 10 480 Darreichungsformen und 18 080 Preisangaben aufgeführt. Zu den wesentlichen Neuerungen gehören – entsprechend den Bestimmungen des am 1. Januar 1978 in Kraft getretenen zweiten Arzneimittelgesetzes – erweiterte Angaben über Nebenwirkungen und Wechselwirkungen mit anderen Mitteln. Außerdem wurden die Texte vereinheitlicht, die auf eine mögliche Beeinträchtigung des Reaktionsvermögens (z. B. Straßenverkehr) hinweisen. Da der therapiegerechten Packungsgröße im Hinblick auf das Gebot einer wirtschaftlichen Verordnungsweise besonderes Gewicht zukommt, kann sich der Arzt in der vorliegenden Ausgabe schon beim ersten Nachschlagen im „Alphabetischen Verzeichnis“ der Roten Liste® außer über Warenzeichen und Darreichungsformen auch über Packungsgrößen informieren.

Die Bezieher von Frelexemplaren, die bis Mitte Juli noch keine Rote Liste® erhalten haben, werden gebeten, sich direkt an den Editio Cantor Verlag für Medizin und Naturwissenschaften KG, Postfach 1310, 7960 Aulendorf (nicht an den Bundesverband der Pharmazeutischen Industrie), zu wenden. Zusätzliche Exemplare können direkt vom Verlag oder über den Buchhandel bezogen werden (Preis DM 40,-).

(Fortsetzung Seite 912)

Rentenversicherung mit neuen Regelungen

Die Genugtuung über eine relativ niedrige Inflationsrate darf nicht darüber hinwegtäuschen, daß selbst bei einer Geldentwertung von – wie gegenwärtig – jährlich rund zweieinhalb Prozent in zwölf Jahren 135,50 DM und in fünfzehn 146,20 DM gebraucht werden, um sodann soviel kaufen zu können, wie es heute für 100 DM gibt. Dieser Prozeß ist bei einer Kalkulation der voraussichtlichen Altersbezüge zu berücksichtigen.

Dabei muß auch davon ausgegangen werden, daß Ansprüche an die gesetzliche Rentenversicherung überhaupt nicht voraus berechnet werden können. Ihre Höhe hängt nicht zuletzt von dem Zeitpunkt ab, von dem an jene Ansprüche fällig werden und von dem Zeitraum, in dem sie sodann zu erfüllen sind.

So hat Professor Dr. Werner Greb von der Fachhochschule Köln, Fachbereich Versicherungswesen, kürzlich festgestellt, daß im Jahr 1990 wie gegenwärtig auf 1000 gesetzlich Rentenversicherte wie gegenwärtig etwas mehr als 500, im Jahr 2000 sogar 600 Rentner kämen. Zur Finanzierung wären 30 Prozent des Arbeitsentgelts als Beitrag notwendig. Als andere Möglichkeit der Bewältigung jener Schwierigkeiten könnten Höchstanwartschaften und Mehrfachrenten abgeschmolzen werden.

Wer freiwillige Beiträge an die gesetzliche Rentenversicherung zahlt, ist also nach dem gegenwärtigen Stand der Dinge und der voraussichtlichen Entwicklung mit Höchstbeiträgen kaum gut beraten. Für die freiwilligen Beiträge sind zudem die Neuregelungen durch das 21. Rentenanpassungsgesetz zu beachten.

So werden künftig freiwillige Beiträge bei der Ermittlung der Rentenbemessungsgrundlage und der Anzahl der anrechnungsfähigen Versicherungsjahre – also den Ausgangspunkten für die Festsetzung der Rentenhöhe – nur noch berücksichtigt, wenn sie für einen zusammenhängenden Zeitraum von drei Kalenderjahren entrichtet worden sind.

Jedes dieser Kalenderjahre muß mit freiwilligen Beiträgen belegt sein, die zusammen wenigstens dem Gegenwert von zwölf Mindestbeiträgen entsprechen. Das sind für das Jahr 1979 zwölfmal 72 DM oder insgesamt 864 DM. Dabei kommt es nur auf den Gesamtbetrag, nicht auf die Anzahl der in einem Kalenderjahr entrichteten Beiträge an. Zwei Höchstbeiträge genügen auch, deren Betrag ist höher als der von zwölf Monatsbeiträgen. Dadurch sollen die freiwillig Versicherten zu einer gewissen Kontinuität der Beitragszahlung veranlaßt werden.

Mit Wirkung vom 1. Januar 1981 an wird der Beitragssatz der Rentenversicherung von gegenwärtig 18 Prozent des Arbeitsentgelts auf 18,5 Prozent erhöht. Auch die freiwilligen Beiträge und die Beiträge der Höherversicherung werden zugleich ansteigen. Das gilt selbst dann, wenn diese Beiträge für zurückliegende Jahre, beispielsweise bei einer Sondernachzahlung nach dem Rentenreformgesetz, gezahlt werden. Falls z. B. für eine Sondernachzahlung Teilzahlungen vereinbart worden sind, so gilt vom 1. Januar 1981 an für die dann noch zu leistenden Zahlungen ebenfalls der erhöhte Beitragssatz.

Horst Beloch

Im Juni war die Inflationsrate der DM auf 2,4 Prozent gesunken, und diese Entwicklung wurde sehr beiläufig aufgenommen. Man vergißt, daß der vorangegangene hohe Kaufkraftschwund laut Bundeswirtschaftsminister Professor Schiller aus dieser Zeit „hausgemacht“ war. Kein Grund zur Dankbarkeit, daß ein niedrigerer, aber relativ noch hoher Geldwertverlust herrscht.

Jede Euphorie ohne Vorkehrungen auch gegen die noch herrschende Inflation kommt eines späteren Tages teuer. Tatenlosigkeit von heute in diesem Bereich ist später irreparabel.

Ein Beispiel: Bei zweieinhalbprozentigem Geldwertverlust brauchen Sie in zwölf Jahren 135,50 DM und in fünfzehn 146,20 DM, um sich soviel wie heute für 100 DM kaufen zu können. Bei vierprozentiger Inflationsrate betragen diese Werte bereits 163,20 DM bzw. 184,50 DM.

Lassen Sie sich durch unverantwortliche Bagatellisierungen des Kaufkraftschwundes am notwendigen Ausmaß Ihrer Vorsorge-Aktivitäten nicht hindern.

Prosper

Kurz über Geld

ZINSERHÖHUNGEN sind auch in absehbarer Zeit noch denkbar. Kreditaufnahme eilt, längerfristige zinsabwerfende Anlage hat Zeit.

BIS ZU 2 MILLIONEN DM ersetzt jetzt eine private Haftpflichtversicherung.

GESTREUTES RISIKO bietet ein Warentermin-Fonds, den ein Münchener Bankhaus überprüft hat, und über den es informiert.

KINDERGELD gibt es auch für über 18jährige Kinder in Ausbildung. Das wird oft übersehen.

HOCHVERZINSLICHE ANLAGEN in Auslandswährung bleiben weiterhin teils stark wechsellkursbedroht.

**Ein Laxans
soll nur hier wirken**

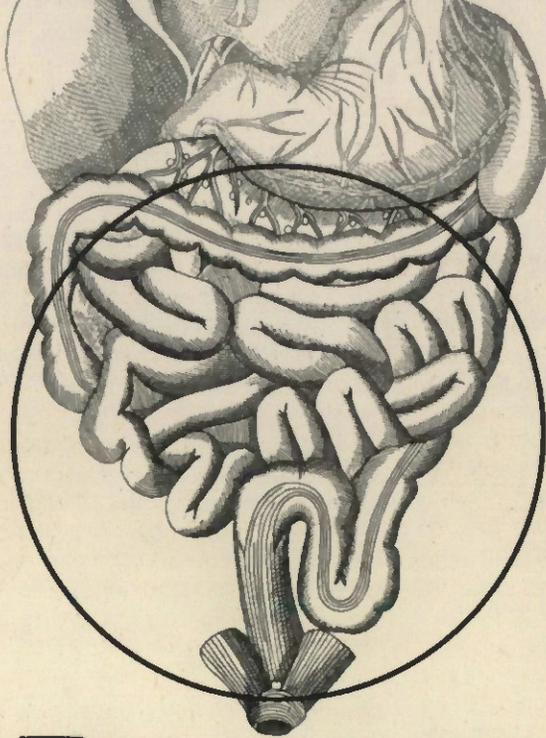


Abb. aus „Tabularium anatomicum“, B. S. Albinus und B. Eustachius, 1761.

Rheogen[®]

**Rein pflanzliches Abführmittel
tut es!**

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

Rheogen reguliert den Stuhlgang bei akuter und chronischer Obstipation.

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

Rheogen wirkt auf Dünn- und Dickdarm.

Leberschädigungen durch Rheogen sind nicht bekannt.

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

Kontraindikationen: Ileus; Abortus imminens. Kontraind. der Tropa-Alkaloide.
Dosierung: Erwachsene abends 1-3 Dreeges; Kinder ab 6 Jahren 1-2 Dreeges.



Handelsformen und Preise:
OP mit 30 Dreeges DM 2,90
OP mit 75 Dreeges DM 4,80
AP mit 250, 1000, 5000 Dreeges

ROBUGEN GMBH · PHARMAZEUTISCHE FABRIK · ESSLINGEN/N

Darlehen für junge Familien

Ab 1. Juli 1978 können in Bayern junge Ehepaare des „Darlehen junge Familien“ in Anspruch nehmen, des in zwei Teildarlehen gewährt werden kann, und zwar als

1. Heiratsdarlehen bei der Eheschließung in Höhe von DM 5000,— und
2. Familiengründungsdarlehen bei der Geburt des ersten Kindes in Höhe von ebenfalls DM 5000,—.

Diese Darlehen, für deren Verwendung kein Nachweis gefordert wird, können bei den Kreditinstituten beantragt werden. Das „Darlehen junge Familie“ bietet jungen Familien eine doppelte Hilfe des Staates. Einmal erleichtern staatliche Zinszuschüsse die Aufnahme des Darlehens, um Mehraufwendungen, die mit der Heirat und der Geburt des ersten Kindes verbunden sind, zu bestreiten; zum anderen entlasten staatliche Tilgungszuschüsse die Familien nach der Geburt von Kindern von einem Teil der fälligen Tilgung.

Die Gewährung des Heirats-, Familiengründungsdarlehens und der Tilgungszuschüsse ist nicht an Einkommensgrenzen gebunden. Ehepaare müssen aber zum Zeitpunkt der Antragstellung auf diese Darlehen ihren Hauptwohnsitz in Bayern haben, ein Ehepartner seit mindestens zwölf Monaten; letzteres gilt auch für unverheiratete Mütter. Ein Ehepartner oder die unverheiratete Mutter muß außerdem Deutscher sein.

Das „Darlehen junge Familie“ wird Ehepaaren gewährt, deren Ehe am 30. Juni 1978 oder später geschlossen wurde, und unverheirateten Müttern, deren erstes Kind am 30. Juni 1978 oder später geboren wurde. Dabei können Ehepaare bei der Eheschließung des Heiratsdarlehens und bei der nachfolgenden Geburt des ersten aus dieser Ehe hervorgegangenen Kindes des Familiengründungsdarlehens beanspruchen. Unverheiratete Mütter können die Darlehen in umgekehrter Reihenfolge, also zuerst das Familiengründungsdarlehen bei der Geburt des ersten Kindes und dann das Heiratsdarlehen bei späterer Heirat in Anspruch nehmen. Während zum Zeitpunkt der Eheschließung keiner der Ehepartner älter als 35 Jahre sein darf, um noch in den Genuß des Darlehens zu kommen, gilt diese Altersgrenze nicht mehr für die Inanspruchnahme des Familiengründungsdarlehens nach der Geburt des ersten Kindes und für die Gewährung der Tilgungszuschüsse. Wenn nur das Familiengründungsdarlehen für sich allein in Anspruch genommen wird, darf ebenfalls keiner der Ehepartner bei der Eheschließung älter als 35 Jahre gewesen sein. Unverheiratete Frauen dürfen zum Zeitpunkt der Geburt des ersten Kindes ebenfalls nicht älter als 35 Jahre gewesen sein. Auch für sie gilt diese Altersgrenze dann nicht mehr, wenn Tilgungszuschüsse für weitere Kinder oder bei späterer Eheschließung das Heiratsdarlehen in Anspruch genommen werden.

Die Laufzeit für das Heirats- und Familiengründungsdarlehen beträgt jeweils sieben Jahre. Das erste Jahr der Laufzeit ist tilgungsfrei. Nach Ablauf des Freijahres ist das Darlehen in gleichen Halbjahresraten zu tilgen, wobei der Darlehensnehmer auch berechtigt ist, mit dem Kreditinstitut monatliche Tilgung zu vereinbaren. Bei der Geburt von Kindern werden jeweils Zuschüsse zur Tilgung der Restschuld der Heirats- und Familiengründungsdarlehen gewährt. Die Tilgungszuschüsse betragen dabei für das erste Kind DM 1500,—, für das zweite Kind DM 2000,— und für das dritte und jedes weitere Kind DM 2500,—, jedoch nicht mehr, als zur vollen planmäßigen Tilgung des gewährten Heirats- und Familiengründungsdarlehens erforderlich ist.

— alpa —

Buchbesprechungen

Deutsches Krankenhaus Adreßbuch

16. Aufl., 442 S., geb., DM 67. Herausgeber Rombeck + Co. GmbH, Freiburg, in Zusammenarbeit mit der Deutschen Krankenhausgesellschaft, dem Bundesverband deutscher Privatkrankenanstalten e. V., der Fachvereinigung der Verwaltungsleiter deutscher Krankenanstalten e. V. und der Arbeitsgemeinschaft Deutscher Krankenhausapotheken, Berlin.

Im Deutschen Krankenhaus Adreßbuch sind alle deutschen Krankenanstalten enthalten, nach Postleitzahlen, Ortsalphabet und Bundesländern sortiert. Sonderverzeichnisse, die die Blutbanken, Blutkonservendepots, Apotheken, Dispensieranstalten, Dialysetationen und die Ausbildungseinrichtungen an Krankenanstalten aufführen, schließen sich an, ebenso detaillierte Adressen-Verzeichnisse der Behörden und Dienststellen der Gesundheits- und Sozialverwaltung sowie ein Verzeichnis der Verbände, Organisationen und Versicherungsträger.

Einführung in die Allgemeine Pathologie

Herausgeber: Prof. Dr. E. Grundmann, 198 S., 135 Abb., kart., DM 28,-. Gustav Fischer Verlag, Stuttgart.

Anfangs ist man versucht, vom Titel her dieses 1976 erstmals erschienene Pathologie-Buch als eines unter vielen abzutun, oder lediglich für medizinische Lernanfänger geeignet anzusehen. Beim Gebrauch des Buches wird man dann überrascht von der Fülle des Wissens, das übersichtlich und systematisch gegliedert dargeboten wird. Selten zeigt ein Autor eines Pathologiewerkes so deutliche Parallelen zur Klinik auf, selten wird so gut ausgewähltes Bildmaterial auf übrigen sympathischem Glanzpapier gebreht.

Nach Anfangskapiteln, wie Ätiologie und Pathogenese von Krankheiten und Zell-Gewebsschädigungen, zeigt der Autor, unterstützt von Koreferenten, Störungen der Differenzierung und des Wachstums, die Immunpathologie und pathologische Formen des Stoffwechsels auf; die Funktionsstörungen von endokrinen Organen werden abschließend behandelt.

Das vorliegende Buch ist also ein Werk, das wegen seiner Fähigkeit, mühelos Wissen zu vermitteln, nicht nur als Vorbereitung zur Ärztlichen Prüfung geeignet ist, sondern auch jedem Arzt zu empfehlen ist, der zum besseren Verständnis der Krankheiten gerne über den Zaun seines Fachgebietes in die Gefilde der Pathologie schaut.

Dr. M. Hausel, Amberg

Wörterbuch der Medizin

In zwei Bänden

Herausgeber: H. Schaldach, 1600 S., pro Band DM 14,80. G. Thieme Verlag, Stuttgart.

Das Wörterbuch der Medizin ist eine Taschenbuchausgabe des seit vielen Jahren in der DDR erscheinenden Medizinischen Wörterbuches von Zetkin/Schaldach. Zahlreiche Stichwörter wurden ergänzt oder neu aufgenommen, um diese Ausgabe entsprechend anzupassen. Das Spektrum umfaßt Sparten der klinischen Medizin, behandelt aber auch die theoretischen Fächer von der Anatomie bis zur Kybernetik und erläutert die wichtigsten Grundphänomene der Naturwissenschaften.

Der Rheuma Schub

„Langzeitbehandlung“

Demoplas[®] comp.
Dragées

**kostengünstige
Oraltherapie**

**Ca. 54 Pf. pro Tag
und
Rheumapatient**

Zusammensetzung: 1 Dragée DEMOPLAS comp. enthält: Phenylbutazon 100 mg, Propyphenazon 150 mg, Extr. Aescul. hippocast. e sem. sicc. 34 mg (entsprechend einem Aescingehalt von 5 mg), Vitamin-B₁-nitrat 3,0 mg, Vitamin-B₆-hydrochl. 2 mg, Vitamin-B₁₂-Cyanokomplex 4 µg. **Indikationen:** Stark schmerzhaft, entzündlich und degenerativ rheumatische Erkrankungen des Bewegungsapparates, Rheumatoide Arthritis (in primär chron. Polyarthritiden), M. Bechterew, Arthrosen, Spondylitosen, Spondylarthrosen, Osteochondrosen, Bandscheibensyndrom, Myalgien, Lumbo-lumbalgien, Interkostal-Neuralgien, Schulter-Arm-Syndrom, Periarthritis humero-scapularis, Periostitis, Epikondylitis, Tendovaginitis, Torticollis, Radikulitis, Neuritiden, Neuralgien und Thrombophlebitis. DEMOPLAS comp. ist bei allen Entzündungsformen indiziert, bei denen eine Kortisonanwendung nicht in Betracht gezogen wird, insbesondere auch zur Unterstützung einer Chemotherapie bei bakteriell und viral bedingten Entzündungen (z.B. Adnexitis). **Kontraindikationen:** Überempfindlichkeit gegen Pyrazolderivate, Ulcus ventriculi et duodeni, Leukopenie, hämorrhagische Diathese (Thrombopenie, Koagulopathie), akute intermittierende Porphyrie, Neigung zu Konvulsionen (Epilepsie, Tetanie), erstes Trimenon der Schwangerschaft, deutliche Krankheitszeichen bei hepatischer, renaler oder kardialer Insuffizienz. **Zur Beachtung:** Bei der Anwendung des Präparates kann es zu einer Wirkungsverstärkung von Antikoagulantien oder oralen Antidiabetika bzw. zu einer Retardwirkung bei anderen Medikamenten kommen. Bei längerer Anwendung des Präparates ist eine Blutbildüberwachung angezeigt. Auch kann eine gewisse Diuresehemmung und Wasserretention eintreten, die sich im allgemeinen ohne besondere therapeutische Maßnahmen zurückbildet. Die Einschränkung der Kochsalzaufnahme ist gegebenenfalls zu erwägen. DEMOPLAS comp. sollte während der Schwangerschaft nur bei dringender Indikationstellung verabreicht werden. **Handelsformen und Preise:** Packung mit 30 Dragées DM 5,58, Packung mit 100 Dragées DM 16,09; Anstaltspackung

ADENYL-CHEMIE GMBH · 1000 BERLIN 10

A 381/1 378

Die biologische Zukunft der Menschheit

Verf.: P. Overhage, 240 S., Paperback, DM 29,50. Verlag Josef Knecht, Frankfurt.

Der bekannte Anthropologe P. Overhage S. J. stellt die Frage nach der Zukunft des Menschen (als Frege nach der Steuerbarkeit seiner Evolution durch genetische Vorsorge) auf dem Boden der Entwicklungsgeschichte des Menschen in der Vergangenheit (seiner Homination) und der Verhaltensforschung in der Gegenwart. Während der Verfasser im ersten Kapitel offenbar seinem eigenen Fachgebiet am nächsten ist und über die Verhaltensforschung interessante Sachinformation bietet, präsentiert das dritte Kapitel im wesentlichen die utopischen und in der Presse vielgespiegelten Zukunftsvisionen von Müller, Lederberg, Huxley u. e., die auf dem Cibe-Symposium „Men and his future“ (1963) vorgetragen wurden. Positiv ist, daß der Verfasser diese Vorstellungen kritisch kommentiert, ihre Grenzen und ihre Problematik feststellt und die juristischen, philosophischen und ethischen Implikationen anspricht. Sein Anliegen ist, die Sorge für die kommenden Generationen nicht zu vergessen und die Evolution verantwortlich zu steuern. — Ein popularwissenschaftliches Sachbuch für Interessierte.

Dr. Helmut Plechowiak, München

Antibiotikatherapie im Kindesalter

Verf.: Dr. J. Pfenninger, 57 S., viele Tab., kart., DM 12,—. Verlag Hans Huber, Bern.

Auf 50 Seiten enthält dieser kleine, handliche Ratgeber in knapper, übersichtlicher Form das Wichtigste, was der Arzt über die Anwendung von Antibiotika beim kranken Kind wissen muß.

Gegliedert in fünf Abschnitte unterrichtet es den Leser über die aktuellen Antibiotika (I), ihre Anwendung bei bekanntem Krankheitsbild aber noch nicht identifiziertem Erreger (II), die antibiotische Therapie in der Neugeborenenperiode (III), über die antibiotische Therapie der Wehl bei bekanntem Erreger (IV) und abschließend über die Dosierung bei eingeschränkter Nierenfunktion.

Die tabellarische Darstellung und der knappe Text garantieren die sichere Orientierung auch im Eilfall. Das Bändchen kann wärmstens empfohlen werden.

Dr. M. Wolf, Waldkraiburg

Versorgungsausgleich in der Praxis

Mit Beiheft mit Tabellenwerten 1977

Herausgeber: Reg.-Direktorin U. Voskuhl / Min.-Rat Dr. F. Pappi / Reg.-Amtmann J. F. Niemeyer, 192 S., DM 24,80. Asgard-Verlag, St. Augustin.

Durch den Versorgungsausgleich bei Ehescheidung wird eine gleichmäßige Beteiligung der geschiedenen Ehegatten an den während der Ehe erworbenen Versorgungsansprüchen erreicht. Diese gleichmäßige Beteiligung bringt wesentliche Änderungen in der Rechtsstellung der früheren Ehegatten mit sich. In der Mehrzahl der Fälle wird der Mann von seinen Versorgungsansprüchen Teile abgeben müssen bzw. nicht unerhebliche Geldbeträge zur Schaffung einer Sicherung für seine Frau aufzubringen haben. Die Rechtsstellung der Frau wird dadurch verbessert, daß sie eigene Versorgungsansprüche und damit Rehabilitationsmaßnahmen sowie bei Berufs- bzw. Erwerbsunfähigkeit und im Alter eigene Renten aus der gesetzlichen Rentenversicherung mit Krankenversicherung der Rentner und Kinderzuschüssen erhält. Ihre Ansprüche hängen daher — bis auf die Erziehungsrente — nicht mehr vom Tod ihres früheren Ehemannes ab. Das

vorliegende Buch will als Kommentar verstanden sein für die Versorgungsprüfung des neuen Ehescheidungsrechts, da hier juristisches Neuland betreten wird. Jährlich neu erscheinende Beihefte mit Tabellenwerten bringen den Kommentar auf den letzten Stand.

Dr. F. Sprenger, Würzburg

Reichsversicherungsordnung

Sozialgesetzbuch mit Sozialpaket

Herausgeber: Min.-Dir. Heinz Ströer, 3. Aufl., 510 S., Bd. 5024 der Reihe „Beck-Texte im dtv“, kart., DM 9,80. Deutscher Taschenbuch-Verlag, München.

Dieses Taschenbuch enthält die gesamte RVO sowie die beiden ersten „parlamentarischen Lieferungen“ des Sozialgesetzbuches, das sukzessive an die Stelle der RVO treten wird. Der neueste Stand der Gesetzgebung wird durch das bereits eingearbeitete Krankenversicherungs-Weiterentwicklungsgesetz und das -Kostendämpfungsgesetz erreicht. Das fest 40 Seiten umfassende Stichwortverzeichnis erleichtert jedem, der mit dem Sozialrecht zu tun hat, die Benutzung.

In freier Wildbahn

Tierbeobachtungen in Ostafrika

Verf.: C. Moss, aus dem Englischen v. C. Gack und P. Miotk, 304 S., 48 Fotos, 1 Karte, Leinen, DM 34,—. Verlag Herder, Freiburg — Basel — Wien.

In diesem Buch beschäftigt sich die Verfasserin hauptsächlich mit Forschungen in Ostafrika, sie verwendet aber auch Untersuchungen aus anderen Teilen Afrikas.

Die Entdeckungen und Untersuchungen der Biologen machen das oft ersteunliche Verhalten der Tiere deutlich. So erfährt der Leser in diesem Buch vom Leben der Elefanten- und Löwenfamilien, von Scheinkämpfen der Giraffen, Freundschaften unter Pavianen, vom leonischen Temperament der Nashörner und der hierarchischen Ordnung der „Junggesellenherden“ bei den Impalaantilopen.

Das praktische Pflanzen- und Blumenbuch in Farbe

Herausgeber: D. Vogelehner, 576 S., 540 vierfarb. Abb., 66 Strichzeichn., geb., DM 39,50. Verlag Herder, Freiburg-Basel-Wien.

Mit 540 hervorragenden Farbfotos und 66 Strichzeichnungen reich illustriert, stellt dieses Buch 522 Pflanzen und Blumen vor. Damit wird ein umfassender Überblick über blühende und Blattpflanzen für Zimmer und Haus gegeben.

Der Benutzer erfährt zudem viel mehr als nur den Namen der Pflanzen und Blumen. So steht jeder Abbildung der Name (lateinisch und deutsch) gegenüber sowie die geographische Verbreitung, eine Beschreibung der Pflanze nach Form, Färbung und Größe, der Verwendungszweck der Pflanze, ihre Vermehrung, ihr Standort, Boden und Wasserbedarf.

Zusätzliche Randspaltensymbole machen auf einen Blick deutlich, ob die Pflanze mehr oder weniger Sonne bevorzugt, viel oder wenig gegossen werden möchte, wann sie blüht, ob Winterschutz erforderlich oder empfehlenswert ist und schließlich, ob sie im Haus bzw. Gewächshaus überwintert oder ganzjährig kultiviert werden kann.

Vervollständigt wird der praktische Führer durch ein Verzeichnis der Fachausdrücke und ein Register, in dem die gesuchte Pflanze sowohl unter ihrem lateinischen wie dem meist mehr bekannten deutschen Namen aufgefunden werden kann.

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.

September 1978

- 1.-2. **Graz:** Internationales Symposium Anästhesie. — Auskunft: Ärztekammer für Steiermark, Radetzkystraße 20, A-8011 Graz.
- 3.-8. **Rom:** 7. Internationaler Transplantations-Kongreß. — Auskunft: Cattedra di chirurgia sperimentale Università, Policlinico, Professor R. Cortesini, Umberto 1, Rom, Italien.
- 3.-9. **München:** 2. Internationaler Kongreß für Bakteriologie. — Auskunft: Kongreßzentrum, Messengelände, Postfach 12 10 09, 8000 München 12.
- 3.-16. **Velden:** Internationaler Herbstkongreß für Ganzheitsmedizin. — Auskunft: Dr. V. Herth, Heinsstraße 9, 8600 Bemberg.
- 4.-6. **Freiburg:** 16. Jahrestagung der Deutschen Gesellschaft für Kinderchirurgie. — Auskunft: Professor Dr. H. Singer, Kölner Platz 1, 8000 München 40.
- 4.-9. **Paris:** 5. Internationaler Kongreß für Anästhesiologie. — Auskunft: Congres Anesthésiologie, PMV-B. P. No. 246 — 92 205, Neuilly/Seine, Frankreich.
- 5.-8. **Glasgow:** 5. Internationaler Kongreß über Elektrokardiologie. — Auskunft: University Department of Medical Cardiology, Royal Infirmary, Glasgow, G4 0SF, Schottland.
- 6.-9. **München:** 65. Tagung der Deutschen Gesellschaft für Orthopädie und Traumatologie. — Auskunft: Privatdozent Dr. H. J. Refior, Harlechinger Straße 51, 8000 München 90.
- 6.-10. **Timmendorfer Strand:** 17. Fortbildungslegung für Ärzte in der Praxis und Klinik und ihre Mithelfenden. — Auskunft: Akademie für ärztliche Fortbildung, Augustenburger Platz 1, 1000 Berlin 65.
- 7.-12. **Bresille:** 21. Weltkongreß für Sportmedizin. — Auskunft: Dr. E. H. De Rose, Avenida Sen. Salgado Filho 135, 90 000 Porto Alegre, Brasilien.
- 9.-12. **Augsburg:** Frostig-Seminar 1978. — Auskunft: Helga Tremel, Butzstraße 19 e, 8900 Augsburg 22.
- 10.-20. **Norderney:** 16. Fortbildungsveranstaltung der Ärztekammer Nordrhein. — Auskunft: Ärztekammer Nordrhein, Tersteegenstraße 31, 4000 Düsseldorf.
- 11.-16. **Berlin:** Europäischer Kongreß über Schilddrüsenerkrankungen. — Auskunft: Professor Dr. H. Schlessner, Hindenburgdamm 30, 1000 Berlin 45.
- 12.-16. **München:** 42. Tagung der Deutschen Gesellschaft für Gynäkologie und Geburtshilfe. — Auskunft: Professor Dr. H. Graeff, Malstraße 11, 8000 München 2.

- 13.-16. **Freudenstadt:** 21. Kongreß für Neurotherapie nach Huneke. — Auskunft: Dr. J. Huneke, Am Müllerberg 24, 4934 Horn-Bad Meinberg 2.
- 13.-16. **Helgolend:** 11. Herbstsymposium. — Auskunft: Nordwestdeutsche Gesellschaft für ärztliche Fortbildung e. V., Hude 1, 2060 Bad Oldesloe.
- 15.-16. **Hamburg:** Kongreß der Deutschen Gesellschaft für Gerontologie. — Auskunft: Professor Dr. I. Falck, Sophie-Charlotten-Straße 115, 1000 Berlin 19.
- 16.-17. **Frankfurt:** Schönhals-Wochenend-Seminare. — Auskunft: Dr. Maria Rohde, 8034 Nebel 7.
- 16.-24. **Freudenstadt:** 55. Fortbildungskongreß des Zentralverbandes der Ärzte für Naturheilverfahren. — Auskunft: Zentralverband der Ärzte für Naturheilverfahren e. V., Alter Weg 29, 7290 Freudenstadt 1.
- 16.-30. **Ischle:** 11. Rheuma- und Vorsorge-Symposium. — Auskunft: Kongreßdienst Deutscher Kessenerzverband, Humboldtstraße 56, 2000 Hamburg 76.
- 17.-21. **Innsbruck:** 110. Versammlung der Gesellschaft Deutscher Naturforscher und Ärzte. — Auskunft: Professor Dr. E. Auhegen, Friedrich-Ebert-Straße 217, 5600 Wuppertal 1.
- 17.-23. **Erfangen:** Weiterbildungskurs des Deutschen Sportärztebundes. — Auskunft: Dr. J. Heck, Sportzentrum der Universität Erlangen-Nürnberg, 8520 Erlangen.

**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 Barbitol Natrium

Anwendungsgebiete:

Nächtliche Anfälle von Asthma bronchiale, Emphysebronchitis, chronische asthmoide Bronchitis, Bronchiektasie, chronische Bronchitiden bei Silikose, Lungenabszß.

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, Griseolavin 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.

Peckungen und Preise:

Flasche mit 100 ml DM 7,58
Flasche mit 200 ml DM 13,61



Chemische Werke HOMMEL GmbH, 7840 Müllheim/Baden

- 17.-23. **Tokyo:** 8. Weltkongreß für Kardiologie. — Auskunft: VIII. World Congress of Cardiology, 7-3-23 Roppongi, Minefo-ku, Tokyo 106, Japan.
- 18.-20. **St. Gallen:** 7. Kongreß der Europäischen Gesellschaft für Rhinologie. — Auskunft: Dr. F. Lendgraf, Telstraße 41, CH-8001 Zürich.
- 18.-21. **Washington:** 2. Weltkongreß für Nuklearmedizin. — Auskunft: World Federation of Nuclear Medicine, Suite 700, 1629 K Street N. W., Washington, D. C. 20 006, USA.
- 18.-22. **Hannover:** Jahrestagung der Internationalen Vereinigung der MS-Gesellschaften in Verbindung mit der Deutschen Multiple Sklerose Gesellschaft (Welttagung). — Auskunft: Organisations-Committee von der Deutschen Multiple Sklerose Gesellschaft, Sozialwerk Niedersachsen, Geibelstraße 60, 3000 Hannover.
- 18.-23. **Innsbruck:** 24. Praktischer EKG-Kurs. — Auskunft: Frau M. Boide, Medizinische Universitätsklinik, A-6020 Innsbruck.
20. **München:** Fortbildungskurs für niedergelassene Ärzte der Bayerischen Landesärztekammer in Zusammenarbeit mit der Sanitätsakademie der Bundeswehr. — Thema: Notfallmedizin (Kinderheilkunde aus pädiatrischer und kinderchirurgischer Sicht). — Auskunft: Bayerische Landesärztekammer, Mühlbaurestraße 16, 8000 München 80.
- 20.-22. **München:** Arbeitsmedizinische Fortbildung. — Auskunft: Bayerische Akademie für Arbeits- und Sozialmedizin, Pfarrstraße 3, 8000 München 22.
- 20.-23. **Burgheusen:** 8. Arbeitsmedizinische Gemeinschaftstagung deutschsprachiger Betriebs-, Werks- und Fabrikärzte. — Auskunft: Verband Deutscher Betriebs- und Werksärzte e. V., Liebfrauenstraße 30, 6096 Reunheim.
- 20.-23. **Essen:** XXX. Kongreß der Deutschen Gesellschaft für Urologie. — Auskunft: Privatdozent Dr. Eickenberg, Urologische Universitätsklinik, 4300 Essen 1.
- 21.-23. **Brüssel:** 10. Internationaler Kongreß für Kinder-Onkologie. — Auskunft: Organisationskomitee Hospital St. Pierre, 322 Rue Haute, B-1000 Brüssel.
- 21.-23. **Heidelberg:** Jahrestagung der Deutschen Gesellschaft für Angiologie. — Auskunft: Professor Dr. R. Hiid, Lendhausstraße 25, 6900 Heidelberg.
- 22.-24. **Augsburg:** 62. Augsburger Fortbildungskongreß für praktische Medizin. — Auskunft: Sekretariat des Augsburger Fortbildungskongresses für praktische Medizin, Frohsinnsstraße 2, 8900 Augsburg.
- 22.-24. **Augsburg:** VII. Zentralkongreß für Medizinische Assistenzberufe. — Auskunft: Kongreßbüro der Bundesärztekammer, Postfach 41 02 20, 5000 Köln 41.
- 22.-26. **Coburg:** 61. Jahrestagung der Deutschen Gesellschaft für Geschichte der Medizin. — Auskunft: Professor Dr. Hünemörder, Bundesstraße 55, 2000 Hamburg 13.
23. **Landshut:** Fortbildungsveranstaltung des Deutschen Sportärztebundes. — Auskunft: Dr. H. H. Wernicke, Ludmillastraße 33, 8300 Landshut.
- 23.-24. **Innsbruck:** Klinisches Wochenende. — Auskunft: Frau M. Boide, Medizinische Universitätsklinik, A-6020 Innsbruck.
- 25.-30. **Dubrovnik:** 19. Internationaler Kongreß über Arbeitsmedizin. — Auskunft: Institute for Medical Research and Occupational Health, 158 Mose Pljeda, P. O. Box 291, YU-41000 Zegreb.
- 25.-30. **Venedig:** 4. Kongreß der Europäischen Gesellschaft für Maxillo-Facial-Chirurgie. — Auskunft: Professor Dr. W. Koberg, Goethestraße 27-29, 5100 Aachen.
- 28.-30. **Hamburg:** 33. Tagung der Deutschen Gesellschaft für Verdauungs- und Stoffwechsellkrenkheiten. — Auskunft: Professor Dr. Otto, Mertinstraße 52, 2000 Hamburg 20.
- 28.-30. **Konstanz:** Kongreß der Deutschen Gesellschaft für Psychiatrie und Nervenheilkunde. — Auskunft: Professor Dr. Dr. H. Siedow, Psychiatrisches Landeskrankenhaus Reichenau, 7750 Konstanz.
28. 9.— 1. 10. **Senderbusch:** Sportärzte-Wochenendlehrgang. — Auskunft: Ak. Dir. Dr. G. Schwerz, Sprengerweg 2, 3400 Göttingen.
29. 9.— 1. 10. **Wien:** 4. Jahrestagung der Gesellschaft für Neuropädiatrie. — Auskunft: Dozent Dr. Groh, Währinger Gürtel 74-76, A-1090 Wien.
29. 9.— 2. 10. **Lugano:** 2. Therapie-Woche. — Auskunft: J. Tiesler und P. Sonderregger, Kraepelinstraße 10, 8000 München 40.
30. 9.— 1. 10. **Hamburg:** Schönhals-Wochenend-Seminare. — Auskunft: Dr. Meria Rohde, 8034 Nebel 7.

Belegenhinweis:

Dieser Ausgabe ist ein Prospekt beigelegt der Firma Gödecke AG, Frelburg

„Bayerisches Ärzteblatt“. Herausgeber und Verleger: Bayerische Landesärztekammer, Mühlbaurestraße 16, 8000 München 80, Telefon (089) 41 47-1. Schriftleitung: Professor Dr. med. Hans Joachim Sewering, Dr. med. Hermann Breun, Dr. med. Friedrich Kolb, Dr. med. Kurt Stordeur — verantwortlich für den Inhalt: Rita Horn. Die Zeitschrift erscheint monatlich mit regelmäßiger Verlegerbeilage „Bayerische Akademie für ärztliche Fortbildung“.

Laserbriefe 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 anhalten.

Anzeigenverwaltung: ATLAS Verlag und Werbung GmbH & Co. KG, Postfach, Sonnenstraße 29, 8000 München 2, Telefon (089) 51 77-1, Fernschreiber: 05/23 662, Telegrammadresse atlaspress. Für den Anzeigenteil verantwortlich: Ernst W. Scharschinger, München.

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

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

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

ISSN 0005-7126

Das Kreis Krankenhaus Wunsiedel im Fichtelgebirge (Fachkrankenhaus für Innere Medizin — 80 Betten) sucht zum baldmöglichsten Eintritt eine(n)

Oberarzt oder erfahrenen Assistenzarzt oder -ärztin

Wunsiedel ist Kreisstadt (10 700 Einwohner) und Sitz sämtlicher weiterführender Schulen. Stadt und Umland bieten aufgrund der Mittelgebirgslage hohen Wohn- und Freizeitwert.

Das Krankenhaus ist hervorragend ausgestattet und verfügt über alle modernen Einrichtungen für Diagnostik und Patientenüberwachung. Der leitende Arzt, Dr. Herbert Hohenberger, ist zu fünf Jahren interner Weiterbildung ermächtigt.

Wir bieten Vergütung nach BAT zuzüglich Bereitschaftsdienstvergütung nach Stufe C und Chefarztzulage aus dem Mitarbeiterpool.

Bewerbungen mit den üblichen Unterlagen richten Sie bitte an: Leitenden Arzt Dr. Herbert Hohenberger, Kreis Krankenhaus, 8592 Wunsiedel 1, oder Landratsamt, 8592 Wunsiedel 1.

Im Kreis Krankenhaus Plattling ist zum 1. Oktober 1978 die

Oberarztstelle

bei der Abteilung für Innere Medizin zu besetzen.

Das Kreis Krankenhaus ist ein modern ausgestattetes Haus (Inbetriebnahme 1970) der Versorgungsstufe I mit je 100 Betten in den Abteilungen für Chirurgie und Innere Medizin. Leistungsfähige Röntgengeräte und ein modernes klinisch-chemisches Laboratorium sind vorhanden.

Wir wollen diese Stelle an eine(n) Internist(in) mit Kenntnissen in den Teilgebieten Gastroenterologie und Endokrinologie vergeben.

Wir bieten Anstellung nach BAT I a, Bereitschaftsdienstzulage, auf Wunsch Pauschalierung und Beteiligung an der Mitarbeiterabgabe des Chefarztes.

Bewerbungen sind an das Landratsamt Deggendorf — Personalstelle —, Pfluggasse 18, 8360 Deggendorf, zu richten.

Mit dem Leiter der Abteilung, Herrn Chefarzt Dr. W. Göres, kann unter der Telefonnummer (09 91) 34-275 Verbindung aufgenommen werden.

Stadt Schwabmünchen

An der Innere Abteilung des Städtischen Krankenhauses Schwabmünchen (25 km südlich Augsburg) ist wegen Ernennung des bisherigen Stelleninhabers zum Chefarzt die Stelle des

Oberarztes

zum nächstmöglichen Zeitpunkt neu zu besetzen.

Das neu errichtete Krankenhaus (212 Betten) hat eine Innere und Chirurgische Fachabteilung sowie Belegabteilungen für Gynäkologie/Geburtshilfe und HNO. Die Innere Abteilung umfaßt 83 Betten einschließlich einer modernst eingerichteten Intensivstation. Die Abteilung ist neben Chefarzt und Oberarzt mit sechs Assistenzärzten besetzt.

Gesucht wird ein qualifizierter Internist mit Erfahrungen in der Endoskopie, Interner Röntgendiagnostik und Intensivmedizin.

Geboten werden: Vergütung nach I a BAT, Rufbereitschaftspauschale, Chefarztzulagen und Vergütung der Unterrichtstätigkeit an der Krankenpflegeschule.

Bei der Wohnungsbeschaffung wird Unterstützung zugesagt, alle weiterführenden Schulen am Ort.

Bewerbungen mit den üblichen Unterlagen werden erbeten an die Verwaltung des Städtischen Krankenhauses, Weidenherstraße 35, 8930 Schwabmünchen, Telefon (0 82 32) 20 84.

Der Landkreis Dingolfing-Landau sucht zum 1. Januar 1979 (gegebenenfalls früher) eine(n) deutsche(n)

Anästhesist(in)

Der (die) Bewerber(in) soll als Chefarzt in Assoziation mit dem am Kreis Krankenhaus Dingolfing bereits vorhandenen Chefarzt gleichberechtigt die gemeinsame Anästhesieabteilung der Kreis Krankenhäuser Dingolfing und Landau leiten.

Schwerpunkt der Tätigkeit wird das zum 1. Februar 1979 bezugsfertige, nach modernsten Gesichtspunkten erbaute Kreis Krankenhaus Landau a. d. Isar sein.

Zusätzlich sollen zwei weitere Planstellen für nachgeordnete Ärzte geschaffen werden, wovon eine Stelle bereits besetzt ist.

Das Kreis Krankenhaus Landau umfaßt folgende operative Abteilungen: Chirurgie (69 Betten), Geburtshilfe-Gynäkologie (20), HNO (10) und Augen (6); das Kreis Krankenhaus Dingolfing verfügt im operativen Bereich über derzeit Chirurgie (54, Erweiterung auf 75 geplant) und Geburtshilfe-Gynäkologie (40). An beiden Häusern wird eine interdisziplinäre Intensivstation von je sechs Betten betrieben.

Bezüglich der Vergütung ist ein zeitgemäßes dynamisiertes Garantieinkommen gedacht.

Die Stadt Landau a. d. Isar ist ein aufstrebendes Mittelzentrum und liegt verkehrsgünstig an der B 20 bzw. nahe der B 11 Landshut-Deggendorf in Niederbayern und verfügt über weiterführende Schulen und alle Einrichtungen für Freizeit und Daseinsvorsorge.

Bewerbungen mit den üblichen Unterlagen umgehend erbeten an:

Landratsamt Dingolfing-Landau — Personalabteilung —, Obera Stadt 3, 8312 Dingolfing.



Der Landkreis Bamberg stellt für sein Kreis Krankenhaus Burgebrach (125 Betten) zum 1. August 1978 und später einige

Assistenzärzte

ein.

Das Kreis Krankenhaus Burgebrach ist ein Krankenhaus der Grundversorgung. Es umfaßt eine Innere Abteilung mit 50 Betten und eine Chirurgische Abteilung mit 75 Betten. Die Innere Abteilung wurde vor drei Jahren eröffnet, sie ist modern ausgestattet. Möglichkeit zur Gastroskopie, Koloskopie, Laparoskopie mit Foto-Dokumentation, Ergometrie und Ultraschalldiagnostik. Gut ausgebaut Labor sowie Röntgenabteilung. Vielseitige Weiterbildung. Die Abteilung verfügt neben dem Chefarzt über vier Assistenten. Das Krankengut der Chirurgischen Abteilung setzt sich zusammen aus der Allgemeinchirurgie, Unfallchirurgie und Urologie, so daß ein breites Spektrum der Weiterbildung gewährleistet ist. Neben dem stationären Bereich besteht eine größere Ambulanz einschließlich D-Arzt-Verfahren. Der Stellenplan sieht für diese Abteilung vor: einen Oberarzt, fünf nachgeordnete Mitarbeiter. — Die Vergütung erfolgt nach Gruppe II BAT zuzüglich Zulage für Bereitschaftsdienst, Chefarztzulage nach Einarbeitung. Daneben werden alle Sozialleistungen des öffentlichen Dienstes gewährt. — Die leitenden Ärzte sind zur Weiterbildung für 3 Jahre ermächtigt. Wohnmöglichkeit für Ledige im Personalwohnheim. Bei der Wohnungssuche für Verheiratete sind wir behilflich. — Burgebrach liegt in landschaftlich schöner Gegend des Naturparkgebietes Steigerwald, 15 km westlich von Bamberg mit günstiger Verbindung zum Fernstraßennetz.

Bewerbungen mit Lichtbild, Lebenslauf, Prüfungszeugnissen und eventuell Tätigkeitsnachweisen werden erbeten an:

Chefarzt Dr. Volker Lotze, Kreis Krankenhaus, 8602 Burgebrach, Telefon (0 95 42) 257;

Chefarzt der Innere Abteilung Dr. Friedrich Winter, Kreis Krankenhaus, 8602 Burgebrach, oder

Landratsamt Bamberg, Promenadenstraße 2 e, 8600 Bamberg, Telefon (09 51) 8 53 24.

Das Kreiskrankenhaus Oettingen/Bay.-Ries sucht für seine Chirurgische Abteilung ab sofort oder später

1 Assistenzarzt, -ärztin 1 Med.-Assistent, -assistentin

Die Abteilung verfügt über 80 Betten. Das Kreiskrankenhaus ist als Unfallkrankenhaus zugelassen. Der Chefarzt ist für zwei Jahre zur Weiterbildung ermächtigt.

Die Vergütung erfolgt bei Medizinelassistenten nach BAT III, bei Assistenten nach BAT II, zuzüglich Bereitschaftsdienst und Assistenzgebühren. Bei ausländischen Bewerbern sind gute Deutschkenntnisse erforderlich. Alle sozialen Leistungen des öffentlichen Dienstes werden geboten. Hilfe bei der Wohnungsbeschaffung, Unterkunft und Verpflegung ist auch im Hause möglich.

Bewerbungen erbeten: Chefarzt Dr. med. P. Eisele, Kreiskrankenhaus, 8867 Oettingen/Bay.

Die Bayerische Bau-Berufsgenossenschaft
– Gesetzliche Unfallversicherung –
sucht für ihr Arbeitsmedizinisches Zentrum in München

Arbeitsmediziner/in

mit praktischen Erfahrungen und organisatorischen Fähigkeiten.

Soweit Bewerber die Zusatzbezeichnung „Betriebsmediziner“ noch nicht besitzen, sind wir bereit, jede mögliche Unterstützung durch entsprechende Weiterbildungsmaßnahmen zu gewähren.

Der Arbeitsmedizinische Dienst der Bayerischen Bau-Berufsgenossenschaft hat für ca. 28 000 Mitgliedsbetriebe mit etwa 375 000 Arbeitnehmern die im Arbeitssicherheitsgesetz festgelegten betriebsärztlichen Aufgaben zu erfüllen.

Bezahlung nach BAT I b/I e bzw. A 14/A 15 BesD.

Kein Nacht- oder Bereitschaftsdienst. Neben dem Gehalt werden alle im öffentlichen Dienst üblichen Sozialleistungen gewährt.

Kurzbewerbungen, die auf Wunsch vertraulich behandelt werden, bitten wir zu richten an die

Bayerische Bau-Berufsgenossenschaft, z. Hd. Herrn Rehn, Lorstraße 8, 8000 München 2, Telefon (0 89) 12 07 30.

Städtisches Krankenhaus Bobingen (bei Augsburg)

Wir suchen für die Chirurgische Abteilung unseres Hauses zum 1. Juli 1978 oder später

1 Assistenzarzt

In der modern eingerichteten Abteilung (78 Betten) wird in überdurchschnittlicher Frequenz die gesamte Allgemein- und Unfallchirurgie einschließlich Herzschrittmacher-Implantation betrieben. Sie ist zum Verletzungsartenverfahren voll zugelassen. Volle Anästhesieversorgung durch den Krankenhauszweckverband Augsburg (Professor Dr. Eckart). Wir wären vor allem an einem Kollegen interessiert, der einen Teil seiner Weiterbildung bei uns ableisten möchte. Die Stelle ist jedoch auch für die Weiterbildung zum Allgemeinarzt geeignet, da eine große Chirurgische und D-Arzt-Ambulanz vorhanden ist.

Stellenplan 1/1/4. Vergütung nach BAT. Bereitschaftsdienst Stufe C. Nebeneinnahmen durch Gutachten möglich. Wohnmöglichkeit im Personalhaus. Mithilfe der Stadtverwaltung bei der Wohnungssuche.

Gesamtbettenzahl des Hauses 172. Hauptamtliche Chirurgische und Interne Abteilung, Geburtshilflich-Gynäkologische Belegabteilung, HNO-Belegabteilung. Intensivstation mit sechs Betten.

Bobingen liegt von den nächsten Großstädten Augsburg und München 10 bzw. 65 km entfernt und hat 13 000 Einwohner.

Bewerbungen werden erbeten an Chefarzt Dr. med. K. Meyer, Städtisches Krankenhaus, 8903 Bobingen 1, Telefon (08234) 2044.

Die Behandlung v. Hautleiden u. -schäden

Ekzem, Psoriasis, Lichen, Dermatitis, Neurodermitis, Pruritus, Prurigo, Crusta lactea, Favus, Pityriasis sowie von Intertrigo, Dekubitus, Traumen und Ulcera mit

BEFELKA-ÖL

ist von überzeugender Eindringkraft

Zus.: Öl. Hyperici 10 g, Öl. Calend. 5 g,
Öl. Chamom. 3 g, Öl. Oliv. 3 g, Öl.
Viol. tric 3 g, med. Weißöl 76 g, Arom.

Ärztemuster durch: 50 ml DM 4,77, 100 ml DM 8,31, 200 ml DM 14,40
BEFELKA-ARZNEIMITTEL, Postfach 13 51, 4500 Osnabrück



Das Kursanatorium Sonnenalm in Scheldegg/Allgäu sucht ab Herbst 1978

Abteilungsarzt/ärztin

der/die in der Lage ist, den Chefarzt während der Abwesenheit zu vertreten. – Indikationsgebiet: Onkologische Nachkuren nach schulmedizinisch durchgeführter Carcinom-Behandlung (keine Pflegefälle). – Vielseitiges interessantes Aufgabengebiet; 150 Betten; vier ärztliche Planstellen. – Moderne Kurklinik mit Diagnostischer Röntgenabteilung, Labor, EKG, Kolposkopie, Physikalisch-Balneologische Abteilung, Hallenschwimmbad. Mit Gynäkologisch-Cytologischem Institut und Kreiskrankenhaus wird zusammengearbeitet. – Erwünscht ist ein deutschsprachiger Internist/Internistin, auch älteren Jahrgangs, oder Arzt/Ärztin mit guten internistischen Kenntnissen, der neben seinen Abteilungsarbeiten, ca. 55 Betten, vor allem die Interne Diagnostik übernehmen kann. Von großem Wert wäre Interesse an psychologischer Betreuung und/oder autogenes Training. – Die Vergütung erfolgt über tariflich nach freier Vereinbarung. Auf Wunsch Unterkunft und Verpflegung im Hause. – Der Kneipp-Kurort Scheldegg/Allgäu (800 m ü. d. M.) liegt an der Deutschen Alpenstraße in nächster Nähe des Bodensees, von Österreich und der Schweiz, mit hohem Freizeitwert. Höhere Schulen in Lindenberg (ca. 4 km entfernt). Zuschriften erbeten an:

Kursanatorium Sonnenalm GmbH., Kurstraße 5, 8999 Scheldegg, Telefon (0 83 81) 40 91.

EKG + Phono CARDIREX 3T

von Siemens günstig abzugeben.
Zuschriften erbeten unter Nr. 331/673
an die Anzeigenverwaltung BAYERISCHES ARZTEBLATT, Sonnenstraße 29, 8000 München 2.

Krankenhaus Fridolfing sucht

Anästhesist

halbtags vier- bis fünfmal wöchentlich, freie Honorarvereinbarung, eventuell Belegarzt-tätigkeit.

Angebote erbeten an Krankenhaus Fridolfing, Dr. med. Gerst-ecker, 8229 Fridolfing.



KLEINTRESOR

80 od. 120 x 48 x 55
feuersicher
Einbautresore ab
DM 313, –
Katalog „BY“ freil
W. Dreisörner
6000 Frankfurt/M. 50
Postfach 50 10 49
Tel. (06 11) 52 48 44