



Bayerisches Ärzteblatt

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

Herausgegeben von der Bayerischen Landesärztekammer

Nummer 9

Zur Kenntnis genommen:

Im Kammergesetz steht, der Arzt sei verpflichtet, sich beruflich fortzubilden. Das ist – wie wir immer wieder betonen – keine gesetzliche Auflage, sondern eine selbstverständliche Feststellung. Sie gilt um so mehr, je weiter man sich von seinem Approbationsdatum entfernt.

Die Art und Weise, wie man sich als Arzt fortbildet, ist hingegen einer eingehenden und kontinuierlichen Diskussion wert. Was bringt die Literatur? Zeitschriften gibt es in Hülle und Fülle. Wie steht es mit ihrer Lesbarkeit, mit der Qualität der Wissensvermittlung? Was bringen Abend- und Wochenendveranstaltungen? Sind unsere großen Fortbildungskongresse thematisch und didaktisch richtig gestaltet? Eine Fülle von Fragen also, über die es sich lohnt, nachzudenken. Nur über eines sollte eigentlich kein Streit entstehen: Dem Arzt muß freigestellt sein, wie er sich fortbildet. Allein seiner persönlichen Entscheidung und Verantwortung muß es überlassen bleiben, zuhause zu lesen, Vorträge oder Kongresse zu besuchen, oder das eine mit dem anderen zu verbinden.

Das Interesse und die Teilnahme an den von der ärztlichen Berufsvertretung angebotenen Fortbildungsveranstaltungen wird um so größer sein, je besser und damit enziehender wir sie gestalten. Um diesem Ziel näherzukommen, hat der Vorstand der Bundesärztekammer soeben zur Unterstützung des Senats für ärztliche Fortbildung eine „Ständige Konferenz für ärztliche Fortbildung“ errichtet, in die jede Landesärztekammer einen besonders erfahrenen „Mann der Fortbildung“ entsenden soll.

Hier soll aber nochmals eine besonders wichtige Frage zur Diskussion gestellt werden: Bedarf es eines Fortbildungsnachweises für den einzelnen Arzt? Schon an dieser Stelle ist ein Einwand berechtigt und verständlich: Wieso überhaupt ein „Nachweis“ der Fortbildungsbemühungen oder gar ihrer Effektivität? Im Grunde genommen ist doch jeder von uns in seinem Beruf für sein Handeln voll verantwortlich und muß entscheiden, wie er dieser Verantwortung gerecht wird. Ebenso verständlich ist die Frage, ob es auch in anderen Berufen eine Forderung nach einem Fortbildungsnachweis gibt. Wir wollen jetzt nicht die gesamte Publizistik bemühen, um diese Frage zu beantworten. Uns allen ist bekannt, daß die Fortbildung der Ärzte und ihr Erfolg immer wieder öffentlich diskutiert wird. Ist das wirklich nur negativ zu werten, also ausschließlich oder vorwiegend Ausdruck von Mißtrauen? Das spielt sicher mit und ist auch nicht verwunderlich bei einer so massiven und destruktiven Agitation, wie sie in der veröffentlichten Meinung gegen die Ärzte betrieben wird. Es ist aber nicht der tiefere Grund.

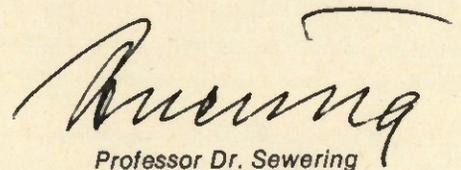
Mir fällt eine Episode ein, die mehr als zwei Jahrzehnte zurückliegt. Der Sozialpolitische Ausschuß des Bayerischen Landtages behandelte damals das Bayerische Gesetz über die Heilberufe (Kammergesetz). Bei irgendeinem Anlaß sagte der Vorsitzende, ein angesehener bayerischer Politiker und Mann der alten SPD: „Ja, meine Herren, wenn ein Jurist was falsch macht, liegt es bei den Akten, wenn ein Arzt was falsch macht, liegt es unter der Erde.“ Dieser so hingeworfene Satz hat eine tiefe Bedeutung. Er ist auch keine Abwertung für andere Berufe, schon gar nicht für die Juristen. Die Rechtsordnung, welche sie aufrecht erhalten und fortentwickeln, ist mit Sicherheit lebensnotwendig für uns alle, sowohl als einzelne wie als Gemeinschaft. Aber wenn sich der Mensch in die Hand des Arztes begibt, dann betrifft es ihn doch ganz persönlich. Die Frage: „Ist was, Herr Doktor?“ darf nicht als reine Neugierde verstanden werden. Sie ist eine elementare Lebensfrage unseres Mitmenschen. Deshalb sollten wir auch dafür Verständnis haben, wenn die Frage nach der Fortbildung des Arztes in der

Öffentlichkeit einen besonderen Stellenwert hat. Die Repräsentanz der deutschen Ärzte, der Deutsche Ärztetag, hat sich bei der Neufassung der Berufsordnung 1976 ausdrücklich dazu bekennt. Der Arzt muß in der Lage sein, seine Fortbildung gegenüber der Ärztekammer nachzuweisen. Damit sind wir aber bei der Frage, wie ein solcher Nachweis geführt werden soll.

Zwei Auffassungen stehen sich gegenüber: Man kann die Teilnahme an Fortbildungsveranstaltungen dokumentieren durch ein Testheft mit Stempeln. Das ist sicherlich ein praktikabler Weg. In einigen Kammerbereichen werden solche Hefte auch ausgegeben und von Kollegen geführt. Man muß sich darüber im klaren sein, daß damit nur eine Form der ärztlichen Fortbildung dokumentiert ist, nämlich die körperliche Anwesenheit bei Veranstaltungen. Der lesende, der sich vorwiegend zuhause fortbildende Kollege kommt ins Abseits. Die angeblich von niemand gewollte Reglementierung wird also vorprogrammiert. Schon 1974 habe ich die Frage gestellt, ob es der Entscheidungsfreiheit des Arztes nicht besser entspräche, wenn wir uns zu einem interkollegialen „Effektivitätsnachweis“ entschließen würden. Ich verstehe darunter nicht eine Prüfung in bewachten Sälen mit dem Risiko, durchzufallen. Wenn aber jeder von uns in Abständen, über die zu reden wäre, einen Fragebogen ins Haus bekäme – natürlich fachbezogen –, dann könnte man sich hinsetzen, allein oder mit anderen, und diese Fragen durchdenken. Entweder weiß man gleich, was darauf zu antworten ist, oder man befaßt sich mit der Materie – man erarbeitet die Antwort – und weiß dann Bescheid. Der Fortbildungseffekt wäre in jedem Fall sicher – und dies selbstverständlich ohne Risiko.

Fassen wir die Fragen noch einmal zusammen: Sollen wir Ärzte auch für die Zukunft jede Dokumentation unserer Fortbildungsbemühungen ablehnen, oder glauben wir, das Vertrauen unserer Patienten zu festigen, wenn wir guten Gewissens feststellen können, daß jeder von uns diesen Nachweis führt? Gehen wir den zweiten Weg, dann wäre über eine der beiden Möglichkeiten zu entscheiden, die dargestellt wurden: Testat der körperlichen Anwesenheit bei Fortbildungsveranstaltungen oder Effektivitätsnachweis in zumutbaren Abständen.

Die Diskussion darüber sollte frei und ohne Zeitdruck geführt werden.


Professor Dr. Sewering

Ein neuer Heilberuf?

Erste Informationen über den Entwurf eines Gesetzes über den Beruf des Psychotherapeuten

von Hans Joachim Sewering

Der Bundesminister für Gesundheit hat beteiligten oder interessierten Verbänden den Entwurf eines „Gesetzes über den Beruf des Psychotherapeuten“ zur Kenntnis gebracht und zugleich zu einer Besprechung eingeladen.

Die Bezeichnung des Entwurfes ist mißverständlich. „Psychotherapie“ ist nach bisherigem Verständnis eine ärztliche Leistung, die auch Heilpraktikern zugänglich ist. Hier geht es aber nicht um Ärzte, sondern um Psychologen, die nach diesem Gesetz, sofern sie die vorgesehene zusätzliche psychotherapeutische Ausbildung absolviert haben, zur Ausübung der Heilkunde auf dem Gebiet der Psychotherapie ermächtigt sein sollen.

Um es vorweg zu sagen: Die Ärzte haben keine Einwendungen dagegen, daß entsprechend vorgebildete Diplom-Psychologen (klinische Psychologen) psychotherapeutisch in der Krankenbehandlung tätig werden. Schon 1975 wurden zwischen Ärzten und klinischen Psychologen Grundsätze dafür erarbeitet. Sie enthalten zwei wesentliche Kernpunkte: Der Psychologe-Psychotherapeut wird tätig, wenn der Arzt somatische Ursachen „psychischer“ Störungen ausgeschlossen hat, und die psychischen Störungen, welche der Psychologe behandeln darf, eindeutig abgegrenzt sind. So sind z.B. akutpsychotische und symptomproduktive Psychosen oder Süchte im Entgiftungsstadium ausgenommen. Auch die Zusammenarbeit zwi-

schen den Psychologen und dem Arzt ist klar geregelt.

Leider hat das Bundesministerium für Gesundheit diese freiwillig vereinbarten Grundsätze nicht übernommen, obwohl sie geradezu gesetzesreif formuliert waren. Insoweit müssen die Ärzte dem Entwurf nachhaltig widersprechen. Dies nicht aus Konkurrenzgründen, sondern ganz einfach im Interesse der Patienten.

Völlig unverständlich ist es, wenn die Psychologen den Entwurf bekämpfen. Er sieht vor, daß ein Diplom-Psychologe nach abgeschlossenem Studium und Examen in einer dreijährigen Weiterbildung, die mit einer Prüfung abschließt, die Befähigung zum Psychotherapeuten erwerben kann. Diese Anforderung ist voll begründet. Das Studium der Psychologie kann für die Psychotherapie Grundlage sein. Man kann aber nicht einfach die psychotherapeutische Krankenbehandlung in dieses Studium integrieren. Noch eine weitere Dimension ist zu bedenken: Nach bisher unbestätigten, aber offenbar nicht unbegründeten Angaben warten zwischen 8000 und 12000 Psychologen darauf, in Zukunft Heilbehandler in Psychotherapie zu werden. Wenn man bedenkt, daß die gesamte ambulante Krankenversorgung durch rund 55000 Kassenärzte und einige Polikliniken der Universitäten erfolgt, dann stellt sich die Frage, ob hier die Relationen noch einigermaßen gewahrt sind. So viele „psychisch Gestörte oder Kranke“ kann es nicht geben,

wenn man Maßstäbe anlegt, welche die Kirche noch im Dorf lassen. Oder wird das „Potential der Behandlungsbedürftigen“ erst entdeckt?

Es ist nicht uninteressant, daß Psychologen herausgefunden haben wollen, welche große Zahl (ein Drittel?) aller Studenten psychotherapeutischer Hilfe bedürfen, oder daß bei den Arbeitslosen immer häufiger Verhaltensstörungen auftreten. Ihnen allen sei ein Psychotherapeut gegönnt, wenn sie wirklich nicht mit ihren Problemen fertigwerden oder keinen anderen Gesprächspartner für ihre Sorgen finden. Doch die Frage läßt sich nicht verdrängen: Wer soll das bezahlen? Womöglich die Krankenkassen? Die Kostenlawine ließe sich voraussehen! Diese Lösung dürfte nicht vertretbar sein. Sollte die Psychotherapie einem neuen Heilberuf und einem nicht übersehbaren Personenkreis eröffnet werden, dann muß zwingend auch der Krankheitsbegriff neu überdacht werden. Es muß eine Grenze gefunden werden zwischen dem, was der Gemeinschaft an Kosten angelastet werden darf, und dem, was der einzelne selbst aufzubringen hat. Es liegt auch im Interesse des einzelnen, zu wissen, daß nicht jede „seelische Krücke“ von der Gemeinschaft finanziert wird.

Anschrift des Verfassers:

Professor Dr. med. Hans Joachim Sewering, Mühlbaaurstraße 16, 8000 München 80

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 Empfäng –

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
 - 2.6 Bestellung des Prüfers
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

Ärzte kandidieren für Landtag und Bezirkstag

Folgende Kandidaten wurden uns bekanntgegeben:

Landtag

Christlich-Soziale Union:

Dr. Hartwig HOLZGARTNER , Internist Richard-Strauss-Straße 55, 8000 München 80	Wahlkreisliste Oberbayern Platz 130
Dr. Ernst Theodor MAYER , Nervenarzt, wiss. Assistent Dalandstraße 5, 8000 München 81	Wahlkreisliste Oberbayern Platz 136
Dr. Klaus REICHEL , Allgemeinarzt Hubertussteige 7, 8562 Hersbruck	Wahlkreisliste Mittelfranken Platz 123

Sozialdemokratische Partei:

Dr. Fritz CREMER , MdL, Allgemeinarzt Friedrich-Kirchhoff-Straße 19, 8771 Lengfurt	Wahlkreisliste Unterfranken / Stimmkreis 606 Main-Spessart Platz 1
--	---

Freie Demokratische Partei:

Dr. Gottfried BECKER , Pathologe Schmettererstraße 3, 8200 Rosenheim	Wahlkreisliste Oberbayern / Stimmkreis 129 Rosenheim-Ost Platz 15
Dr. Helmut BREITER , Arzt Oeschländer Weg 23, 8990 Lindau	Wahlkreisliste Schwaben Platz 19
Dr. Fritz FLATH , MdL, Allgemeinarzt Neuenmuhler Weg 10, 8823 Altenmuhler	Wahlkreisliste Mittelfranken / Stimmkreis 513 Roth Platz 1
Dr. Thomas GEISSENDÖRFER , Assistenzarzt Heinrich-Beer-Straße 10, 8592 Wunsiedel	Wahlkreisliste Oberfranken Platz 13
Dr. Wolfgang KEIL , Assistenzarzt Ludwig-Kal 8, 8700 Würzburg	Wahlkreisliste Unterfranken / Stimmkreis 611 Würzburg-Stadt Platz 3
Dr. Hans MEIER , Allgemeinarzt Prinzregentenplatz 9, 8506 Langenzenn	Wahlkreisliste Mittelfranken Platz 18
Dr. Hans Assa von POLENZ , Allgemeinarzt, Werksarzt Westendstraße 131, 8000 München 2	Wahlkreisliste Oberbayern Platz 60
Dr. Horst THEISSEN , Frauenarzt Kramerstraße 33, 8940 Memmingen	Wahlkreisliste Schwaben / Stimmkreis 713 Memmingen Platz 13

Bezirkstag

Christlich-Soziale Union:

Dr. Ingeborg HACKENBERGER , Obermedizinalrätin Martin-Luther-Straße 6, 8620 Lichtenters	Wahlkreisliste Oberfranken Platz 116
Dr. Otto SCHLOSSER , Internist Kaiserblickstraße 5, 8201 Stephanskirchen	Wahlkreisliste Oberbayern Platz 131

Sozialdemokratische Partei:

Professor Dr. Jan-Diether MURKEN , Kinderarzt, Leitender Oberarzt Eichendorfstraße 37 a, 8012 Ottobrunn	Wahlkreisliste Oberbayern / Stimmkreis 126 München-Land Süd Platz 9
--	--

Freie Demokratische Partei:

Dr. Peter DOHRN , Internist Drlessenstraße 15, 8182 Bad Wiessee	Wahlkreisliste Oberbayern Platz 56
Dr. Alfred ESSER , Frauenarzt Tegernseer Landstraße 110, 8000 München 90	Wahlkreisliste Oberbayern Platz 63
Dr. Anne MACEIZYK , Praktische Ärztin Frühlingstraße 18, 8354 Metten	Wahlkreisliste Niederbayern / Stimmkreis 201 Deggendorf Platz 8
Dr. Hans Karl NIEDERHELLMANN , Allgemeinarzt 8651 Kasendorf Nr. 125	Wahlkreisliste Oberfranken Platz 16
Dr. Rolf RINGERT , Kinderarzt Ringmauerstraße 20, 8755 Alzenau	Wahlkreisliste Unterfranken / Stimmkreis 602 Aschaffenburg-West Platz 3
Dr. Walter SCHMIDT , Frauenerzt Goethestraße 37, 8884 Höchstädt	Wahlkreisliste Schwaben / Stimmkreis 706 Dillingen Platz 14
Dr. Wilhelm SCHMIDT , Augenarzt Am Hohen Weg 17, 8960 Kempten	Wahlkreisliste Schwaben Platz 20
Dr. Klaus ZOBEL , Orthopäde Marktplatz 4, 8990 Lindau	Wahlkreisliste Schwaben / Stimmkreis 711 Lindau Platz 13

Die chronische Hepatitis

Zum heutigen Stand der Ätiologie, Pathogenese und Therapie

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

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

So einheitlich der Begriff „chronische Hepatitis“ aufgrund charakteristischer morphologischer Kriterien und vergleichbarer klinischer Symptomatik verschiedene Krankheitsbilder zusammenfaßt, so vielfältig ist die Ätiologie und so unterschiedlich die Pathogenese, die dieser Krankheit zugrunde liegen kann.

Als ätiologisch bedeutsam sind bislang erkannt:

– Infektionen mit dem Hepatitis B-Virus und den Hepatitisviren der Non A-Non B-Gruppe

– Bestimmte Medikamente und chronischer Alkoholkonsum

– Autoimmun-Hepatitis noch ungeklärter Genese (ob hier ein Kontakt mit Hepatitisviren oder Toxinen vorausgeht und ursächlich eine Rolle spielt, wird diskutiert)

– Hereditäre Stoffwechselkrankheiten (selten: Hämochromatose, Morbus Wilson, Alpha-1-Antitrypsin-Mangel, Galaktosämie)

Die experimentellen und klinischen Befunde der letzten Jahre haben gezeigt, daß Immunreaktionen ein wesentliches pathogenetisches Prinzip der Leberzellzerstörung bei akuten und chronischen Entzündungen darstellen. Der Nachweis humoraler und zellulärer Immunreaktionen gegenüber den antigenen Komponenten des Hepatitis B-Virus, das Vorhandensein humoraler und zellulärer Immunreaktionen gegenüber organ- und nicht organspezifischen Antigenen der Leber sowie das Auffinden angeborener oder passager auftretender Immundefekte ermöglichen ein erstes Verständnis der Immunpathogenese von Lebererkrankungen. Darüber hinaus rechtfertigen die neuen Befunde eine Klassifizierung chronischer Hepatitiden nach immunologischen Kriterien, die gleichberechtigt und ergänzend der

bisherigen Einteilung nach rein morphologischen Kriterien hinzugefügt werden sollten. Hierdurch werden entscheidende Aussagen zur Ätiologie, zur Pathogenese, zu Ursachen der Chronizität sowie zur Therapie und Prognose von chronischen Hepatitiden erst möglich.

1. Pathogenese

1.1 Virus-assoziierte chronische Hepatitis (HB_sAg-positiv)

In fünf bis acht Prozent der Fälle von Hepatitisvirus-Infektionen kommt es zur Entwicklung einer chronischen Hepatitis. Diese chronischen Verlaufsformen scheinen nur nach Infektionen mit dem Virus B und den Viren der Non A-Non B-Gruppe entstehen zu können; die Existenz chronischer Virus A-Infektionen wird heute bezweifelt (Popper).

Vorstellungen zur Immunpathogenese von Virus-assoziierten chronischen Hepatitiden bestehen bislang nur für Virus B-Infektionen, da es heute möglich ist, die antigenen Strukturen dieses Virus (HB_sAg, HB_cAg) immunfluoreszenzoptisch in biopsiertem Lebergewebe sichtbar zu machen¹ und die individuelle humorale und zelluläre Immunantwort des befallenen Organismus in radioimmunologischen und Zell-Testsystemen zu erfassen.

Bei einer *Virus B-Infektion* dringt der Erreger auf parenteralem oder oralem Weg in den Organismus ein und gelangt über das Blut in die Leberzelle und ihren Kern. Hier erfolgt die Virusproliferation und die Induktion der Mantelprotein-Produktion im endoplasmatischen Retikulum (HB_sAg); in der Folge verlassen Dane-Partikel (= komplette B-Viren) und im Überschuß gebildetes Hüllmaterial die befallene Zelle. Das entspricht klinisch

der ersten Phase der Inkubationszeit, in der nur die Virusproliferation stattfindet und – da das Virus und seine antigenen Komponenten nicht direkt zytopathogen sind – ein Leberzellschaden weder histologisch noch klinisch-chemisch nachzuweisen ist. Während Dane-Partikel und Hüllmaterial aus der Leberzelle geschleust werden, kommt es zum Einbau von spezifischen Antigenen des infektiösen Agens (Virus? HB_sAg? Lipoprotein? alteriertes zelleigenes Material?) in die Zellmembran der infizierten Zellen. Die aus den Leberzellen freigesetzten, nun zirkulierenden fremden Antigene werden von T-Lymphozyten erkannt, die daraufhin proliferieren und eine große Zahl sensibilisierter Lymphozyten produzieren. Diese wiederum können die in die Zellmembran infizierter Leberzellen eingebauten Antigene erkennen und mit ihnen reagieren, was zum Tod der Zelle und damit zur Vernichtung und Elimination des infektiösen Agens führt.

Modifikationen dieser zellulären Immunantwort aufgrund unterschiedlicher, wohl genetisch determinierter immunologischer Reaktionslagen verschiedener Individuen sind dann die Ursache für das breite Spektrum möglicher Verlaufsformen einer Hepatitis B-Erkrankung.

Bei der *akuten* Hepatitis liegt eine normale, normergische Antwort des Immunsystems vor, die um den Preis der Leberzellzerstörung zur Elimination von Virus-befallenen und HBAG-Komponenten-produzierenden Zellen führt, die Erkrankung damit limitiert und die Ausheilung einleitet.

Bei *chronischen* Hepatitisverlaufsformen können die antigenen Komponenten des Virus zwar teilweise, jedoch nicht vollständig eliminiert werden, was auf eine partielle Immunschwäche des befallenen Organismus gegenüber der Virus B-Infektion hinweist.

Bei der *chronisch-persistierenden Hepatitis* führt diese alterierte Immunantwort zu einem charakteristischen immunfluoreszenzoptischen Bild der Verteilung der antigenen Viruskomponenten im Lebergewebe: sehr geringer core-Nachweis (HB_cAg = nackter Virus, c = core) in den Zellkernen und deutliche Nachweisbarkeit von Hüllmaterial (HB_sAg, s = surface) im Zytoplasma der Leberzellen. Dies zeigt eine kontinuier-

liche, relativ gute Elimination von core-haltigen Zellen an, die ständig oder intermittierend zu leichten Transaminasenerhöhungen im Serum führt, bei offensichtlich weitgehender partieller Immuntoleranz gegen die surface-Komponente. Diesem chronisch-zyklischen Prozeß entsprechen eine HB_s-Antigenämie und das Fehlen von anti-HB_s im Serum. Als Zeichen der andauernden viralen Proliferation sind anti-HB_c und das e-Antigen (als dritte antigene virale Komponente oder Virus-induziert in der Wirtszelle gebildetes Antigen) im Serum nachweisbar.

Der partiell gestörten Immunantwort entspricht auch die klinische Erstmanifestation der Hepatitis, aus der dann die chronisch-persistierende Verlaufsform hervorgeht. Nach prospektiven Untersuchungen (Ohlen, Neiß) handelt es sich zumeist um klinisch leicht imponierende ikterische oder auch häufig anikterische Hepatitiden mit nur mäßigen Transaminasenerhöhungen. Vollständige Ausheilung nach klinischen, klinisch-chemischen und histologischen Kriterien ist möglich, wenngleich eine HB_s-Antigenämie auch in solchen Fällen fortbesteht. Andererseits sind – bedingt durch eine Änderung des immunologischen Status – Übergänge in chronisch-aggressive Verlaufsformen möglich.

Der Immunpathogenetische Mechanismus der ausschließlich HB_sAg-positiven *chronisch-aggressiven Hepatitis* (= CAH) wird wiederum aus einer alterierten Immunantwort gegen die Antigene des Virus verständlich: Einer im Vergleich zu akuten Hepatitisverläufen mäßigen, im Vergleich zu den chronisch-persistierenden Hepatitiden aber ungleich stärkeren T-Lymphozyten-Reaktivität entspricht bei der quantitativen Immunfluoreszenzoptischen Darstellung der HB_{s+c}-Komponenten im Lebergewebe der „Aggressions-Typ“ (Bianchi), für den der Nachweis beider Antigene in einzelnen Zellgruppen in mäßig starker Ausprägung und wechselndem quantitativen Verhältnis zueinander charakteristisch ist. Die Virusantigene können somit zwar teilweise, aber nicht vollständig eliminiert werden, was auf eine partielle Immunschwäche des Wirtsorganismus gegenüber *beiden* Antigenen des B-Virus hinweist und die Chronizität und Progredienz des Prozesses erklärt. Die ständige, je nach Reaktionslage des Immun-

systems varierende Zerstörung von Parenchymarealen kann klinisch-chemisch, immunologisch und histologisch verfolgt werden. Das HB_s- und HB_e-Antigen bleiben entsprechend der fortdauernden viralen Replikation im Serum nachweisbar; der HB_c-Antikörper-Titer bleibt infolge des dauernden Booster-Effektes durch Zerstörung core-haltiger Leberzellen ständig sehr hoch.

Ausheilungen – auch in diesen Stadien – sind noch möglich; häufiger jedoch ist die Progredienz zur Leberzirrhose. Nach Untersuchungen von Meyer zum Büschenfelde und seiner Arbeitsgruppe treten bei diesen progredienten Verläufen zu den geschilderten wohl noch Immunreaktionen anderer Art hinzu, z. B. Virus-induzierte Autoimmunreaktionen gegen hepatozelluläre Membranantigene, Immunreaktionen gegen Virus-induzierte Neoantigene in der Leberzellmembran oder eine partielle Autoimmunreaktion (Hapten-Carrier-Modell) gegenüber Virus-Protein-Komplexen. Es ist durchaus möglich, daß solche Reaktionen letztlich pathogenetisch wesentlicher und wirksamer sind als die Immunantwort des Organismus gegenüber den antigenen Komponenten des Virus.

1.2 Autoimmune chronische Hepatitiden (HB_sAg-negative CAH)

Die Befunde einiger Arbeitsgruppen deuten darauf hin, daß eine Virus B-induzierte Sensibilisierung gegen Leberzellmembran-Antigene Autoimmunmechanismen auslösen kann, die zur Verselbständigung des Krankheitsprozesses führen. Der Umstand aber, daß der überwiegende Teil autoimmuner chronisch-egressiver Hepatitiden HB_sAg-negativ ist, weist darauf hin, daß auch andere pathogenetische Mechanismen für die Auslösung und Unterhaltung der Autoaggression verantwortlich sein müssen. Hierfür sprechen vor allem die nachweisbaren humoralen Autoimmunphänomene und eine hohe Frequenz des Histokompatibilitätsantigens HLA 8 als Marker einer speziellen genetischen Immunreaktivität. Bei HB_sAg-negativer CAH ist in verschiedenen Ländern der Welt eine HLA 8-Frequenz (HLA = human leukocyte antigen) von mehr als 60 Prozent gefunden worden; bei HB_sAg-positiver CAH weicht die Frequenz der Nachweisbarkeit von HLA 8 mit etwa 20 Prozent nicht von der allgemeinen Norm ab (Meyer zum Bü-

schenfelde). Auch Geschlechtsunterschiede und Alter scheinen eine Rolle zu spielen; in HB_sAg-negativer CAH erkranken bevorzugt Frauen im 15. bis 25. Lebensjahr und in der Menopause, in der HB_sAg-positiven Form überwiegend Männer jenseits des 30. Lebensjahres.

Drei verschiedene humorale Autoimmunphänomene lassen sich bei HB_sAg-negativen chronisch-aggressiven Hepatitiden nachweisen: Antikörper gegen Kerne (= ANA), gegen glatte Muskulatur (= SMA) und gegen Mitochondrien (= AMA). Mit Hilfe dieser serologischen Marker können zwei Formen unterschieden werden (Berg):

- Die häufigere ANA- und SMA-positiv chronisch-aggressive Hepatitis (sogenannte lupoide Hepatitis) und
- die seltenere AMA-positiv chronisch-egressive Hepatitis, im Frühstadium oft als cholestatische Verlaufsform einer CAH auftretend. Die Abgrenzung von der primär-biliären Leberzirrhose kann erhebliche differentialdiagnostische Schwierigkeiten bereiten.

Die ANA-positiv chronisch-aggressive Hepatitis als Sonderform einer schwer verlaufenden chronischen Hepatitis mit frühzeitig auftretender exzessiver Hypergammaglobulinämie (IgG-Fraktion) wurde vor rund 30 Jahren als „lupoid“ Hepatitis in die Literatur eingeführt, weil wegen der rheumatoiden Begleitsymptomatik und des Nachweises von LE-Zellen ein Zusammenhang mit dem systemischen Lupus erythematoses (= SLE) vermutet wurde. Beide Krankheitsbilder aber schließen sich nach heutiger Kenntnis aus (Berg), da

- beim SLE keine oder nur diskrete morphologische Leberveränderungen zu beobachten sind,
- der Befall der Niere als ein häufiges Frühsymptom fast nur beim SLE auftritt und
- Spektrum und Spezifität der entnukleären Antikörper beim SLE sich wesentlich von dem der CAH unterscheiden.

Neben dem Nachweis von Autoimmunreaktionen gegen die genannten körpereigenen Strukturen sollen der Nachweis von einem leberspezifischen Membran-Lipoprotein (= LSP; Williams) und einem Leberzellmembranantikörper (= LMA; Meyer

zum Büschelfelde) spezifisch und pathognomonisch für das Vorliegen einer autoimmunen CAH sein; beide Testsysteme sind bisher jedoch nicht allgemein verfügbar.

Die Bedeutung der autoimmunen HB_s-Ag-negativen Verlaufsformen im Gesamtkollektiv chronischer Hepatitiden ist groß; nach Untersuchungen verschiedener Arbeitsgruppen sollen sie 25 Prozent der Fälle überhaupt diagnostizierter chronisch-aggressiver Hepatitiden und mehr betragen.

1.3 Drogenassoziierte chronische Hepatitiden

Medikamente können ein breites Spektrum akuter und chronisch werdender Leberschäden verursachen. Bei Anwendung morphologischer Kriterien zur Einteilung arzneimittelbedingter Leberschäden sind vor allem überwiegend „cholestatische“ („Drogenikterus“) von überwiegend „hepatitischen“ Formen zu unterscheiden; seltener sind Fettlebern verschiedener Ausprägung, Granulombildungen, sehr selten die Peliose und andere drogeninduzierte Gefäßveränderungen (z. B. Budd-Chiari-Syndrom), sowie Neoplasien.

Nach Dölle können grundsätzlich zwei Arten der schädlichen Wirkung von Arzneimitteln auf die Leber unterschieden werden:

a) Die *direkt* hepatotoxische Wirkung: Die Schwere der Schädigung und die Latenzzeit bis zum Auftreten der Symptome sind dosisabhängig; der Leberschaden ist reproduzierbar; Zeichen immunologischer Reaktionen fehlen.

b) Die *indirekt* hepatotoxische Wirkung infolge Hypersensitivitätsreaktion: Wenige exponierte Individuen reagieren; der Leberschaden ist nicht reproduzierbar; Auftreten und Schwere der Schädigung sind nicht dosisabhängig; Zeichen immunologischer Reaktionen sind nachweisbar.

Drogeninduzierte chronische Hepatitiden (in der Mehrzahl histologisch als chronisch-aggressiv imponierend) sind nach ein- bis zweijährigem Latenz-Abusus mit Oxyphenisatin, nach wiederholten Gaben von Tuberkulostatika (PAS, INH), Antihypertensiva (Alpha-Methyl-Dopa), Chlorpromazin, Methotrexat, Salicylat, Sulfmethoxazol und Indometacin sowie nach Exposition gegenüber Halo-

than nachgewiesen worden. Das Auftreten von antinukleären Antikörpern mit positivem LE-Zellen-Nachweis, z. B. nach Oxyphenisatin, und ein positiver Coombs-Test, z. B. nach Alpha-Methyl-Dopa, weisen auf induzierte Autoimmunreaktionen hin.

Pathogenetisch werden diese organlokalisierten immunologischen Reaktionen möglich durch Bindungen der zumeist niedermolekularen Medikamente oder ihrer oft hochreaktiven Abbauprodukte (z. B. Epoxyde) an Leberzellproteine. Das Organprotein wird damit zum Carrier und ein Antigen ist entstanden, das Autoimmunreaktionen zu induzieren vermag. Im allgemeinen ist diese Immunantwort selbstlimitiert; ein Absetzen der Medikamente führt zumeist zur (Defekt-) Heilung und zum Verschwinden der serologischen Autoimmunphänomene. Sehr wahrscheinlich jedoch können sich die drogeninduzierten Autoimmunreaktionen auch nach Therapieunterbrechung verselbständigen und die Entwicklung typischer autoimmuner chronischer Hepatitiden einleiten. Insgesamt sind arzneimittelbedingte chronische Hepatitiden selten, sie sollten aber in differentialdiagnostische Überlegungen mit einbezogen werden.

Der *alkoholbedingte* Leberzellschaden ist sicher zunächst toxisch, die Reaktion der Portalfelder toxisch-reaktiv einzuordnen. Zu dieser direkten Toxizität treten bei chronischem Abusus jedoch zunehmend Immunreaktionen gegenüber alkoholinduzierter Hyalinbildung (Leevy) und Autoimmunreaktionen gegen alterierte organlokalisierte Strukturproteine der Leber (Cochrane). Hieraus werden die progredient verlaufenden alkoholbedingten chronischen Hepatitiden verständlich, die bei Fortwirken der Noxe meist rasch in der Zirrhose enden. Wie bei arzneimittelinduzierten chronischen Leberschäden kann Abstinenz zu einer Selbstlimitierung der Immunreaktionen mit nachfolgender Defektheilung der Leber führen; unbeeinflussbar progrediente Verlaufsformen können auftreten.

2. Morphologie

Typische morphologische Kriterien sind für verschiedene Verlaufsformen chronischer Hepatitiden definiert; die Ätiologie ist jedoch im Ein-

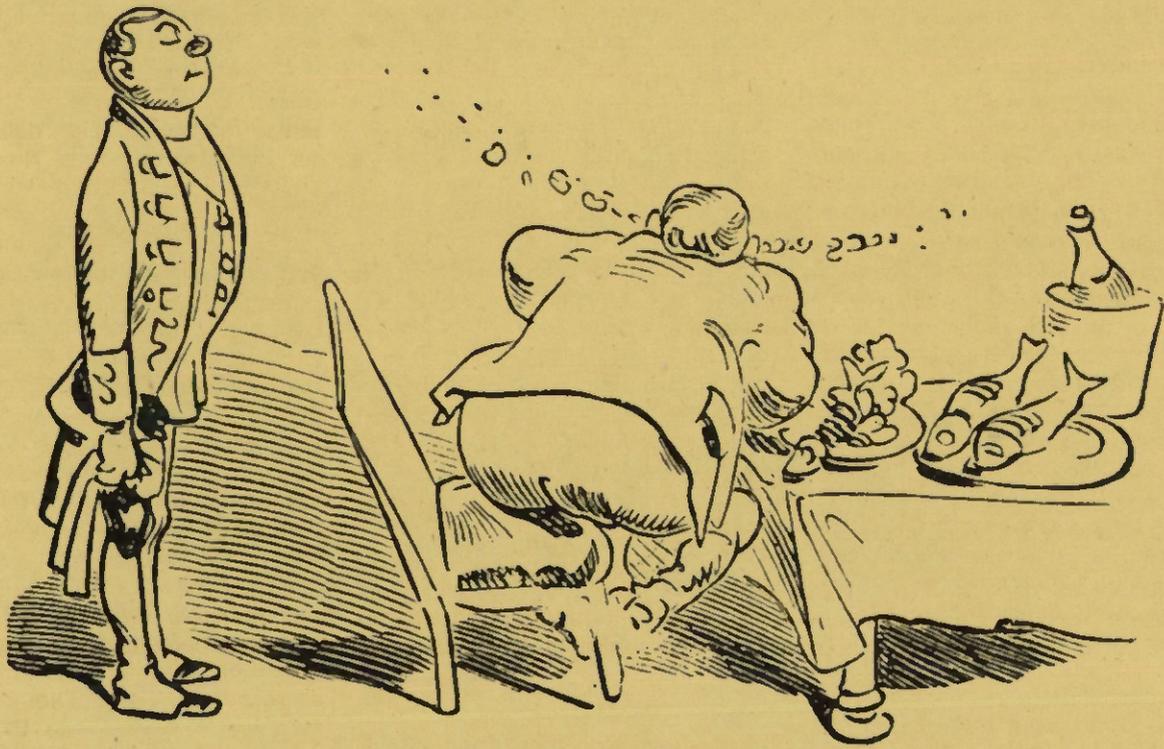
zelfall nicht immer aus dem histologischen Bild abzuleiten.

Bei chronischen Hepatitiden ist eine zunehmende Infiltration der Portalfelder mit Lymphozyten, Monozyten und Plasmazellen typisch, und damit von Zellen, die Träger spezifischer immunologischer Reaktionen sein können. Die chronische entzündungszellige Infiltration zeigt, daß entweder die verursachende Noxe noch fortbesteht bzw. der Infektionserreger persistiert oder ein durch die Primäursache entstandener Schaden nicht vollständig rückgängig gemacht werden kann.

Den zahlreichen einflußnehmenden Faktoren entsprechend reichen die morphologischen Varianten von der chronisch-persistierenden Hepatitis über die chronisch-aggressive Hepatitis mit langsamer und rescher Progredienz bis hin zu den nekrotisierenden Verlaufsformen und den Übergang in die Leberzirrhose. Ausheilungen und Übergänge in inaktive Formen einerseits und Progredienz zu hochaktiven und foudroyanten Verläufen andererseits kommen vor; die Dauer der Phasen der Exazerbation und der Remission sind jedoch für den Einzelfall nicht voraussagbar. Die Tatsache prinzipiell möglicher Übergänge der Verlaufsvarianten ineinander unterstreicht die Notwendigkeit, bereits diagnostizierte chronische Hepatitiden in zeitlichen Abständen, deren Intervall sich an der Klinik und an klinisch-chemischen und immunologischen Befunden zu orientieren hat, erneut zu biopsieren.

Die *chronisch-persistierende* Hepatitis zeigt laparoskopisch-makroskopisch eine uncharakteristische, zumeist glatte Oberfläche. Die Kollagenvermehrung bleibt gering ausgeprägt und mit dem gleichzeitig erhaltenen überwiegend lymphoplasmazellulären Infiltrat im Portalfeld scharf gegen das Parenchym abgegrenzt; die Integrität des Läppchenbaus bleibt gewahrt. Die Diagnose darf jedoch erst nach eineinhalbjähriger Beobachtung des Krankheitsverlaufes und bei Vorliegen von mindestens zwei vergleichbaren Biopsiepräparaten im Abstand von sechs Monaten oder mehr endgültig gestellt werden, da z. B. im sogenannten postakuten Stadium einer protrahiert verlaufenden akuten Hepatitis ähnliche histologische Bilder beobachtet werden können. In fünf Prozent der Fälle muß wegen einer ak-

Vergrippt nochmal!



»Vergrippt nochmal!«, ruft unser Schmöck,
»Wie krieg ich diese Krankheit weg?«

Und hustet, bis ihm der Salat
Aus beiden Ohren fliegen tat.

Kolton® grippale

Dragees und Saft

Indikationen: Erkältungskrankheiten mit Schnupfen, Grippe und fieberhafte Infekte der oberen Atemwege. Bei ketarrhellen Relzzuständen und Husten Kolton grippale Saft.

Kontraindikationen: Schwere Nierenfunktionsstörungen. Genetisch bedingter Mangel an Glukose-6-Phosphat-Dehydrogenase (Symptom: hämolytische Anämie).

Zusammensetzung: 1 Dragee enthält: Piprinhydrinat (Kolton®) 1 mg, Paracetamol 50 mg, Ascorbinsäure (Vitamin C) 50 mg, o-Äthoxybenzamid 150 mg, Coffein 10 mg. 1 Teelöffel (5 ml) enthält: Piprinhydrinat (Kolton®) 0,5 mg, Paracetamol 50 mg, Ascorbinsäure (Vitamin C) 50 mg, Natriumsalicylat 100 mg, Thymianfluidextrakt

DAB 6 500 mg, äthanolischer Fluidextrakt aus Eteukraut 50 mg.
Hinweise: Bei der erhöhten Dosierung während der Stoßtherapie ist von Kraftfahrern und Patienten, deren Tätigkeit Aufmerksamkeit erfordert, zu beachten, daß nach Einnahme von Kolton grippale Müdigkeit auftreten kann. Auch muß bei höherer Dosierung mit einer Verstärkung der Wirkung von Alkohol, Schlaf-, Beruhigungs- und Schmerzmitteln gerechnet werden.
Für Diabetiker: 1 Teelöffel (5 ml) Kolton grippale Saft enthält 1,5 g Glukose.

Handelsformen: OP mit 20 Dragees DM 5,35; OP mit 125 ml Saft DM 6,55.

tuell veränderten immunologischen Reaktionslage des erkrankten Organismus mit einem Umschlagen in aggressive Verlaufsformen gerechnet werden. Die Gründe für diese Änderung der immunologischen Reaktionslage sind unbekannt.

Die *chronisch-aggressive* Hepatitis (vorwiegend von Klinikern gebrauchtes Synonym: chronisch *aktive* Hepatitis) weist im Gegensatz zur chronisch-persistierenden Verlaufsform histologisch eine aufgerissene und unscharfe Grenze zwischen verbreitertem Portalfeld und angrenzendem Parenchym auf. Am Parenchym treten vorwiegend läppchenperipher, vereinzelt auch läppchenzentral, piece-meal-Nekrosen („Mottenfraß“-Nekrosen) auf, woraufhin sich zellige Infiltrate und neugebildetes Kollagen, vor allem bei Ausbildung von „Brückennekrosen“, in zerteilender Form in das Läppchen hinein ausbreiten. Im Gegensatz zur persistierenden Verlaufsform liegt hier also ein progredient sich entwickelndes Krankheitsbild vor. Entsprechend stellt sich bei der Laparoskopie der Oberflächenbefund der Leber mit Wellung und beginnender Höckerung bereits als ein Vorstadium der Leberzirrhose dar.

Die beschriebenen Hepatitisformen sind in klassischer morphologischer Ausbildung vor allem als Folgezustände von Virusinfektionen zu beobachten. Prinzipiell vergleichbare Bilder können bei den autoimmunen und drogeninduzierten chronischen Hepatitiden gefunden werden. Als Variante findet sich darüber hinaus, z. B. bei Frühstadien der „lupoiden“ Hepatitis, das typische Bild einer *chronisch-nekrotisierenden* Hepatitis (Selmair, Vido, Wildhirt) mit oft ausgedehnten läppchenzentralen und -peripheren Nekrosen und nachfolgender Ausbildung von Narbenlebern (Defektheilung und partielle Regeneration). Vor allem bei der AMA-positiven chronisch-aggressiven Hepatitis und bei einigen Fällen arzneimittelbedingter chronischer Hepatitiden kann das histologische Bild entscheidend von begleitenden cholestetischen Reaktionen geprägt sein.

3. Klinik

Die klinische Symptomatik HB_sAg-positiver chronischer Hepatitiden (mit Ausnahme nekrotischer Schübe bei nekrotisierenden Verlaufsformen) ist

subjektiv meist gering ausgeprägt und uncharakteristisch. Müdigkeit, Leistungsunfähigkeit, Inappetenz, Unverträglichkeit von Fett und Alkohol sowie Druckgefühle in der Lebergegend werden angegeben. Bei Patienten mit chronisch-persistierender Hepatitis fehlen häufig jegliche Krankheitszeichen; erst bei späteren Stadien aggressiver Verlaufsformen verstärken sich die geschilderten Beschwerden, und bei der klinischen Untersuchung fallen eine konsistenzvermehrte Leber, eventuell eine Milzvergrößerung und Leberhautzeichen auf. In den selteneren Fällen sind die Infektion mit dem Virus B und die Erstmanifestation der Hepatitis zu objektivieren; meist entwickeln sich die chronischen Verlaufsformen, vom Patienten unbemerkt, aus anikterischen oder klinisch sehr leicht verlaufenden ikterischen Hepatitiden.

Die ANA-positive autoimmune chronisch-aggressive Hepatitis („lupoid“ Hepatitis) tritt bevorzugt bei jungen Frauen von der Pubertät bis zum 25. Lebensjahr auf. Die klinische Erstmanifestation der zumeist schleichend begonnenen Erkrankung gleicht in ihrer Symptomatik der einer akuten Hepatitis. Endokrinologische Störungen, wie Dys- oder Amenorrhoe, können schon Monate vorher bestehen. Die Leber ist meist deutlich vergrößert und druckschmerzhaft. Häufig aber verläuft auch diese chronische Hepatitis schleichend und wird erst in einem späteren Stadium diagnostiziert. Die klinische Symptomatik entspricht denn der chronischer Hepatitiden anderer Ätiologie.

Die AMA-positive autoimmune chronisch-aggressive Hepatitis (cholestatische Verlaufsform) tritt vor allem bei Frauen mittlerer Lebensjahre auf. Der Beginn ist meist schleichend mit uncharakteristischer Symptomatik; die klinische Erstmanifestation kann wiederum mit dem Beginn einer akuten Virushepatitis verwechselt werden. Symptome einer Kollagenkrankheit scheinen bei dieser Form der Autoimmunhepatitis häufiger vorzukommen als bei der „lupoiden“ Hepatitis. Berg fand in seinem Patientengut Hinweise auf eine rheumatoide Arthritis, Sklerodermie, Sjögren-Symptomatik, auf eine Myokarditis und eine interstielle Fibrose der Lunge.

Die klinische Symptomatologie drogeninduzierter chronischer Hepatitiden beginnt meist zwei bis fünf Wo-

chen, oft aber auch erst Monate nach Beginn der Einnahme des Medikaments. Neben den früher genannten uncharakteristischen Beschwerden treten häufig Fieber, Exanthem, Juckreiz und Arthralgien auf. Nach Absetzen des Arzneimittels kommt es meist innerhalb von ein bis zwei Wochen zum Rückgang der klinischen Erscheinungen, wobei sich die speziellen, auf die Leber zu beziehenden Symptome häufig erst nach drei bis vier Wochen normalisieren (Dölle).

4. (Differential-)Diagnostik

Die Wertigkeit klinisch-chemischer und immunologischer Parameter und die Aussagekraft histologischer und immunfluoreszenzoptischer Untersuchungen bei der Diagnostik und Differentialdiagnostik chronischer Hepatitiden geht aus der voranstehenden ausführlichen Schilderung der jeweiligen Pathogenese und Morphologie hervor. Zum Diagnostikgang sei auf unsere frühere Arbeit in dieser Zeitschrift (Selmair, Ohlen, Drescher: Diagnostik und Differentialdiagnostik von Leberkrankheiten, Heft 4/1978, Seite 368) verwiesen.

Tabellarisch sind die entscheidenden Befunde noch einmal übersichtsmäßig zusammengefaßt (vgl. Tab.).

Diese Tabelle verdeutlicht, was einleitend gefordert wurde: Eine Differentialdiagnostik chronischer Hepatitiden muß heute nach morphologischen und immunologischen Kriterien erfolgen. Der zusätzliche Arbeitsaufwand für den Arzt ist gering: aus nur 20 ml Blut lassen sich in vielen Instituten die Hepatitis-Virus B-assoziierten Antigene und Antikörper, die humoralen Autoimmunphänomene ANA, SMA, AMA sowie die Immunglobuline G, A und M nachweisen oder ausschließen bzw. quantitativ bestimmen. Laparoskopie und Biopsie sind ohnehin – zumindest für die Erstdiagnostik chronischer Hepatitiden – obligat. Bei HB_sAg-positiven Verlaufsformen können durch die zusätzliche immunfluoreszenzoptische Untersuchung*) des

*) Die Autoren der vorliegenden Arbeit bieten an, in differentialdiagnostisch schwierigen Fällen diese immunfluoreszenzoptischen Untersuchungen durchzuführen. Anfragen sollten wegen der speziellen Behandlung des Biopsiepräparats vor der Gewebsentnahme erfolgen und sind zu richten an die Hepatologische Ambulanz (Dr. J. OHLEN) oder das Immunologische Labor (Dr. M. ORESCHER) der II. Medizinischen Klinik und Poliklinik der Technischen Universität München im Klinikum rechts der Isar.

Differentialdiagnostik chronischer Hepatitiden (= CH)

Histologie	HB _s Ag-positive CH		HB _s Ag-negative eutoimmune CH		Drogenassozierte CH
	CPH	CAH	CAH		toxisch-reaktiv bis CAH
Autoimmunphänomene ANA, SMA, AMA	fehlen	selten ANA	ANA, SMA „lupolide“ Hepatitis	AMA cholestatische Verlaufsform	ANA, AMA selten und passager
Virus B-assoziierte Ag-/AK-Systeme (Serum)	HB _s Ag-positiv anti-HB _c -positiv				
	HB _e Ag häufig positiv	HB _e Ag Immer positiv			
Immunfluoreszenz (Lebergewebe)	HB _s -Prädomi- nanz keum HB _c	HB _s - und HB _c - Äquivalenz			
Klinisch-chemische Parameter:	in Schüben		in Schüben stark bis sehr stark (nekrotisierende Verlaufsformen)		
e) Zellschaden (GOT, GPT)	gering bis mäßig	stark			
b) Syntheseleistung (ChE, Quick, Ger.faktoren)	meist normal	meist normal, erst in Spätstadien progredient vermindert			
c) Cholestase (Gamma-GT, AP)	fehlt	selten	selten, passager	mäßig bis stark	oft kombiniert („Drogenikterus“)
d) Mesenchymale Reaktion (Immunglobuline G,A,M)	normal	IgG mäßig bis stark erhöht	IgG stark bis sehr stark erhöht	oft IgG und M gleichzeitig er- höht	IgA bei Alkohol- etiologie häufig erhöht

Tabelle

(Abkürzungen und Einzelheiten s. Text)

Leberpunktzylinders auf Verteilung der HB_s- und HB_c-Komponenten im Gewebe entscheidende Aussagen zur Infektiosität des Patienten sowie zur Progredienz und damit zur Prognose der jeweils vorliegenden Erkrankung gemacht werden, die mit der Lichtmikroskopie allein nicht möglich sind.

5. Therapie und Prognose

Die Therapie entzündlicher Lebererkrankungen ist stets ein kontroverses Thema gewesen, weil zum einen kontrollierte Studien aus vielfältigen Gründen außerordentlich schwer durchzuführen sind und weil zum anderen bei einem so stoffwechselaktiven Organ wie der Leber die Besserung von Partialfunktionen nur schwer zu beweisen ist.

Die Basisbehandlung chronisch Leber-Krankter (Diät, Grad der körperlichen Belastung) entsprach häufig der persönlichen Anschauung der Therapeuten. Es besteht heute weitgehend Einigkeit, daß an einer spe-

zifischen Leberdiät nicht mehr festgehalten werden kann. Dem Patienten ist erlaubt, was er verträgt. Die Kost des chronisch Leber-Kranken soll normokalorisch und eiweißreich sein, das Fettlimit beträgt 75 Gramm täglich. Am Alkoholverbot sollte generell festgehalten werden. Eine Indikation zur Einschränkung der körperlichen Belastung des Kranken ergibt sich bei entzündlich-aktiven und progredienten chronisch-aggressiven Hepatitiden, wobei im Einzelfall individuell nach Krankheitsverlauf und Schweregrad entschieden werden muß; ein guter Parameter zur Überprüfung der Belastungsgrenze ist die Verlaufsbeobachtung der Serumaktivitäten der Aminotransferasen unter Belastung.

Bei der medikamentösen Behandlung chronischer Hepatitiden kann zwischen einer indifferenten Therapie, die beabsichtigt, die Leberzellfunktion zu unterstützen, und einer differentiellen Therapie mit Eingriff in das Immunsystem unterschieden werden. Letztere Therapieformen bedürfen einer klaren Indikationsstellung und Beachtung von Nebenwirkun-

gen, weshalb im folgenden lediglich hierauf eingegangen werden soll:

5.1 Behandlung der HB_sAg-positiven chronisch-persistierenden Hepatitis

Patienten mit CPH sind körperlich voll belastbar und uneingeschränkt berufsfähig.

Ebenso wie bei der akuten Virushepatitis ergibt sich niemals eine Indikation zur Einleitung einer immun-suppressiven Therapie mit Glucocorticoiden oder Azathioprin; diese differentiellen Behandlungsformen müssen hier sogar als kontraindiziert gelten. Dem Charakter der CPH entsprechend bleibt die Aktivität des Entzündungsprozesses in der Leber über viele Jahre hindurch unverändert, ohne eine Progredienzneigung wie bei der CAH zu zeigen; die CPH heilt zumeist nach Jahren bis Jahrzehnten folgenlos aus. Auf das Umschlagen in aggressive Verläufe in fünf Prozent der Fälle von CPH wurde hingewiesen, woraus sich die Notwendigkeit der ärztlichen Führung des Patienten mit Kontrolluntersuchungen (klinisch-chemisch und bi-

optisch) in größeren Abständen, je nach Verlauf, ergibt.

5.2 Behandlung der HB_sAg-positiven chronisch-aggressiven Hepatitis

Die HB_sAg-positive CAH führt keineswegs in allen Fällen zur posthepatitischen Leberzirrhose; mit einem Stillstand der Progredienz bis zur Ausheilung im Sinne einer inaktiven Residualfibrose kann in bis zu 50 Prozent gerechnet werden, wie Langzeituntersuchungen ergeben haben (Selmair, Vido, Wildhirt; Wildhirt, Ortman). Wesentlich erscheint, daß die Diagnose möglichst frühzeitig gestellt, die Indikation zur medikamentösen Behandlung eindeutig entschieden und der Patient entsprechend geführt wird.

Auf eine notwendige Beschränkung der körperlichen Belastung der betroffenen Patienten wurde eingegangen; sozialmedizinische Konsequenzen können sich hier bei aktiven und progredienten Verlaufsformen der CAH bei Berufen mit mittelschwerer und schwerer körperlicher Arbeit ergeben.

Die Literaturangaben über therapeutische Erfolge durch Glucocorticoide und Immunsuppressiva sind widersprüchlich; falls überhaupt für ein Medikament Therapieerfolge bei der CAH verifizierbar sind, so scheint dies für Prednisolon der Fall zu sein.

Ausgehend von der Pathogenese der HB_sAg-positiven CAH, bei der keine überschießende, sondern eine reduzierte Immunantwort des befallenen Organismus vorliegt, würde aber die eigentliche therapeutische Konsequenz eher in einer Stimulation und nicht in einer Suppression des Immunsystems, z. B. durch Prednisolon, liegen.

Therapieversuche an Einzelfällen mit Transferfaktor, der in mononukleären Leukozyten von Patienten mit durchgemachter Virushepatitis B vorhanden ist, ergaben jedoch uneinheitliche Ergebnisse. Auf die Hemmung der Transskription des viralen Genoms zielen weiterhin Therapieversuche mit Interferon, derzeit eine der erfolgversprechendsten Zukunftsaussichten bei der Behandlung der chronisch-aggressiven, HB_sAg-positiven Hepatitis. Die Bereitstellung

therapeutisch benötigter Dosen dieser spezie-spezifischen Glykoproteine, die nach viralen Infektionen in infizierten Zellen gebildet werden, bereitet jedoch noch Schwierigkeiten. Interferon scheint die Produktion von Dane-Partikeln zu unterdrücken; Greenberg und Mitarbeiter erreichten 1976 bei Patienten mit chronisch-aggressiver Hepatitis B eine vorübergehende Abnahme des Anti-HB_c-Titers und der DNS-Polymerase-Aktivität im Serum.

Es erscheint daher die Forderung berechtigt, die bisher zur Verfügung stehenden differenten Behandlungsformen (Immun- und Mesenchym-suppression) nur streng indiziert und erst dann einzusetzen, wenn nach mehrmonatiger Beobachtung ein eindeutig weiter aktiv und progredient verlaufender Krankheitsprozeß vorliegt. Von den meisten Therapeuten wird dem zusätzlichen Nachweis von Autoimmunphänomenen eine untergeordnete Bedeutung bei der Entscheidung beigemessen.

Die immunsuppressive Behandlung bei den dafür ausgewählten Fällen

Das Ulcus-Risiko im Gespräch:

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

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

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

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

von HB_sAg-positiver chronisch-aggressiver Hepatitis besteht in der Gabe von Prednisolon allein oder in Kombination mit Azathioprin. Die ausschließlich alleinige Verabreichung von letzterem ist wirkungslos. Prednisolon wird initial mit 30 bis 40 mg täglich dosiert und schrittweise zunächst um 5 mg, später um 2,5 mg bis zur Erhaltungsdosis von 5 bis 15 mg reduziert. Die Volldosis von Azathioprin beträgt 150 mg, die Erhaltungsdosis liegt bei 50 bis 150 mg. Die bekannten Cortison-Nebenwirkungen sind zu beachten (insbesondere: Cushing, Steroiddiabetes, Ulkus, Osteoporose, psychische Veränderungen), eine Beeinträchtigung der Hämopoese in der genannten Dosierung durch Azathioprin ist selten. Es handelt sich bei der immun-suppressiven Therapie der HB_sAg-positiven chronisch-aggressiven Hepatitis um eine ausgesprochene Langzeittherapie (bis mehrere Jahre), beide Medikamente bedürfen im Falle des Absetzens des langfristigen Ausschleichens, um eine Exazerbation des Entzündungsprozesses („Rebound-Phänomen“) zu vermeiden. Biopsische Verlaufskontrollen

sind wesentlich, da die Höhe der Enzymaktivitäten sowohl unter Glucocorticoiden wie unter Azathioprin im Sinne eines „kosmetischen Effektes“ beschönigt sein kann.

Auch über die mesenchymsuppressive Therapie der chronisch-aggressiven Hepatitis mit d-Penicillamin liegen widersprüchliche Literaturberichte vor. Gute Ergebnisse an einem größeren Kollektiv wurden von Wildhirt mitgeteilt. Die Dosierung erfolgt über Wochen einschleichend bis zur Volldosis von 1,8 g/Tag. Zu beachten ist der Vitamin B₆-Antagonismus des Medikamentes. Vitamin B₆ muß regelmäßig substituiert werden, um sensorischen Störungen (Geschmack) vorzubeugen. Wesentlichste Nebenwirkung ist eine pseudomembranöse Glomerulonephritis, früh erkennbar an einer Proteinurie; regelmäßige kurzfristige Urinkontrollen sind bei der Therapieeinleitung notwendig. Weitere Nebenwirkungen, etwa allergische Reaktionen, Leuko- und Thrombopenie oder intestinale Unverträglichkeiten des Pharmakons treten demgegenüber in den Hintergrund. Die komplette

hepatitische Leberzirrhose (nicht: Wilson-Zirrhose) ist ebensowenig eine Indikation für eine mesenchymsuppressive Therapie wie für Azathioprin. Auch die Behandlung mit d-Penicillamin muß über Monate bis Jahre durchgeführt werden, bei zu frühem Absetzen ist ebenfalls ein Rebound-Phänomen zu befürchten. Die Kombination mit kleineren Dosen von Prednisolon ist möglich und bei erheblich floriden Prozessen anzuraten. Grundsätzlich wird die Einleitung einer differentiellen Therapie unter stationären Kautelen empfohlen.

5.3 Behandlung der HB_sAg-negativen autoimmunen chronisch-aggressiven Hepatitis

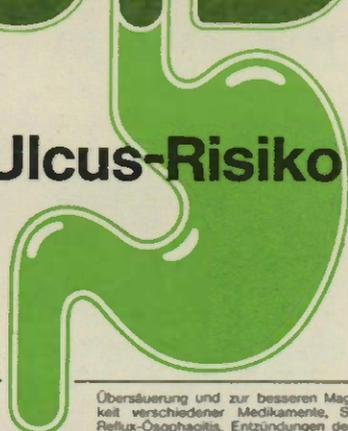
Basisbehandlung und sozialmedizinische Beurteilung sind mit den Gesichtspunkten, wie sie für die HB_sAg-positiv CAH dargelegt wurden, identisch.

Bei der HB_sAg-negativen autoimmunen CAH sind eindeutige Voraussetzungen zur Einleitung einer immun-suppressiven Therapie gegeben, wo-

Ihre fertig-flüssige Antwort:

GELUSIL LIQUID

Kontern Sie das Ulcus-Risiko von Anfang an.



Zusammensetzung: 1 ml Gelusil Liquid enthält 0,156 g Magnesiumaluminium-Silikathydrat [Mg₃Al₂(OH)₈Si₄O₂₀].
Indikationen: Akute und chronische Gastritis, Hyperacidität (Supersekretion), Säurebeschwerden verschiedener Art wie Pyrosis, saures Aufstoßen, nächtliche Säurebeschwerden und Nüchternschmerz, Ulcus ventriculi et duodeni, Therapie und Prophylaxe des „Streßulcus“, Gastropathia neurogenica, verdorbener Magen nach Dättheilem, Beschwerden nach Überforderung des Magens durch Alkohol, Nikotin, Kaffee und Süßigkeiten, medikamentös bedingte

Übersäuerung und zur besseren Magenverträglichkeit verschiedener Medikamente, Stumpfgastritis, Reflux-Osophagitis, Entzündungen der Speiseröhre einschließlich Säureverätzungen.
Kontraindikationen: sind nicht bekannt.
Zur Beachtung: Hohe und längerdauernde Gaben von Gelusil Liquid können bei schwerer Niereninsuffizienz zur Hypermagnesiämie führen. Im Stadium der urämischen Stoffwechsellintoxikation ist – sofern nicht systematische Kontrollen des Plasma-Magnesiums

Wie das Ulcus-Risiko zunimmt:

➤	Beschwerden nach Alkohol und Nikotin
➤	Reizmagen verdorbener Magen
➤	Säurebeschwerden Sodbrennen
➤	Hyperacidität
➤	Gastritis
➤	„Streßmagen“
➤	Ulcus

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

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

möglich sind – bei Verwendung von Gelusil Liquid Vorsicht geboten.
Handelsformen und Preise:
Packung mit 20 Btl. zu 6 ml Suspension DM 10,71 m. MwSt.
Packung mit 50 Btl. zu 6 ml Suspension DM 24,09 m. MwSt.
Flasche mit 200 ml DM 13,29 m. MwSt.
Anstaltspackungen Januar 1978/501/0

GÖDECKE AG · 1 Berlin 10

durch, falls die Therapie entspricht, prognostisch gute Behandlungserfolge bis zur Heilung erzielt werden können. Die Dosierung einer Kombinationsbehandlung von Prednisolon und Azathioprin, die Berücksichtigung von Nebenwirkungen und Verlaufskontrollen erfolgen wie im Kapitel 5.2 dargelegt. Es ist jedoch zu empfehlen, bei Therapiebeginn im nekrotischen Schub zunächst Prednisolon allein einzusetzen und erst bei einer Überwindung des hochfibrinogenen Prozesses mit Azathioprin zu kombinieren.

Abweichend von der Behandlung der HB_sAg-positiven CAH kann bei den HB_sAg-negativen chronischen Autoimmunhepatitiden das Absetzen der Immunsuppressiven Therapie meist leichter erfolgen; ein Rebound-Phänomen ist weniger zu erwarten, da das virologische Pathogenitätsprinzip entfällt.

5.4 Behandlung der drogenassoziierten und alkoholverursachten chronischen Hepatitiden

Abgesehen von foudroyant verlaufenden Krankheitsfällen ergibt sich keine Notwendigkeit der körperlichen Inaktivierung des Patienten. Differente therapeutische Maßnahmen mit Eingriff in das Immunsystem sind kontraindiziert. Die Behandlung besteht in der Vermeidung der Noxe, weitere Behandlungsmaßnahmen richten sich rein symptomatisch nach dem Einzelfall.

Literatur bei den Verfassern

Anschrift der Verfasser:

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

61. Fortbildungstagung in Regensburg

vom 12. bis 15. Oktober 1978

„Unter einem Dach“

62. Augsburger Fortbildungskongreß tagt gemeinsam mit dem VII. Zentralkongreß für die medizinischen Assistenzberufe in der Augsburger Kongreßhalle vom 22. bis 24. September 1978

von A. Schretzenmeyer

Augsburgs Frauen, repräsentiert durch berühmte Namen wie Agnes Bernauer und Philippine Welser, haben in der 2000jährigen Geschichte Augsburgs ihrer Heimatstadt viel Ruhm und Ehre eingebracht und der Welt bewiesen, daß Charme, Schönheit, Klugheit, Standhaftigkeit und Treue bei den Vertreterinnen des „schwachen Geschlechts“ sehr wohl miteinander vereinbar sind und Grundlage für erstaunliche Leistungen und Erfolge in dieser dem Mann vorbehaltenen Welt sein können.

Um so erstaunlicher ist die Tatsache, daß die Stadt Augsburg zwar immer eine Frauenklinik plante und im Rahmen des Neubaus des Zentralklinikums nun auch diesen Plan realisieren will, daß aber jahrzehntelang und bis zur Fertigstellung des Neubaus auch heute noch keine große, moderne und führende Klinik zur Verfügung stand und steht, in der die Leidensgenossinnen der berühmten Frauen Augsburgs Hilfe und Rat für ihre somatischen und psychischen Leiden finden konnten.

Ein oberflächlicher Beobachter könnte vermuten, die Augsburger halten nichts von ihrer ruhmreichen Geschichte und vor allem nichts vom Wohl und Wehe ihrer Frauen. Aber das Gegenteil ist der Fall, wie jeder Augsburger weiß. Der Mangel einer großen städtischen Frauenklinik hat sogar zu einem „Wunder“ auf dem Sektor der Frauenheilkunde Veranlassung gegeben und dieses Wunder sollte bei der Planung der ärztlichen Versorgung in Augsburg jetzt und später immer wieder ins Gedächtnis zurückgerufen werden und in Erinnerung bleiben: Die niedergelassenen Frauenärzte Augsburgs haben mit Hilfe der Augsburger Be-

legkrankenhäuser und mit Hilfe ihrer frauenärztlichen Praxen jahrzehntelang die Augsburger Frauen spezialärztlich versorgt und es sind in dieser langen Zeit keine Beschwerden über ungenügende gynäkologische Hilfe oder fühlbare Mängel auf dem Sektor der frauenärztlichen Betreuung bekanntgeworden.

Diese Tatsache muß als eine ganz besonders großartige Leistung aller in Augsburg niedergelassenen Ärzte für Gynäkologie und Geburtshilfe, aber auch aller derjenigen Ärzte anderer Disziplinen deutlich herausgehoben werden, die sich um die ärztliche Versorgung der Frauen Augsburgs bemüht haben.

Diese fast an ein Wunder grenzende Leistung der ärztlichen Praxen Augsburgs soll nun keineswegs der Anlaß sein, mit dem Bau und der Einrichtung einer großen frauenärztlichen Klinik in Augsburg noch länger zu warten; im Gegenteil, alle Ärzte und ganz besonders die Gynäkologen begrüßen es, daß endlich hier ein Wandel geschaffen wird und sind vor allem bereit, mit der neuen Frauenklinik intensiv zusammenzuarbeiten. Es waren ja viele Faktoren, die diese Leistung der Frauenärzte und aller niedergelassenen Ärzte überhaupt möglich machten. Es war die gute gynäkologische Ausbildung, das Können und der Fleiß der Frauenärzte, das Organisationstalent und das Entgegenkommen der Belegkliniken und ihrer Schwestern und Organisatoren, es war vielleicht auch ein bißchen die vom COLLEGIUM MEDICUM AUGUSTANUM geförderte ärztliche Fortbildung, die die Ärzte immer wieder an die Notwendigkeit erinnert hat, daß frauenärztliches Wissen stets gepflegt und gefördert werden muß, um eine



Philippine Welser
(450. Geburtstag in
Augsburg)
Eine der berühmten
„schönen Frauen“
von Augsburg

solche großartige Leistung in einer großen Stadt möglich zu machen.

Alle Ärzte, die an dieser Leistung teilgenommen haben, denken mit Freuden zurück an die fruchtbaren und erfolgreichen Jahre, die alle niedergelassenen Allgemein- und Fachärzte bis zur Fertigstellung der Augsburger Zentralkliniken in gemeinsamer Arbeit vollbracht haben; alle diese Ärzte warten auch mit großer Freude auf eine kollegiale und organisatorisch ausgewogene Zusammenarbeit zwischen den Ärzten der großen Klinik und den Ärzten der Praxis.

Ich bin sicher, daß alle Ärzte, besonders aber auch die niedergelassenen Gynäkologen, denen nunmehr ein Teil ihrer Verantwortung von der Klinik abgenommen wird, sich rasch in den neuen Aufgaben zurechtfinden werden und daß sie mit gleichem Mut und mit gleicher Hilfsbereitschaft bei der ärztlichen Betreuung der Bevölkerung Augsburgs mitarbeiten werden.

Den erfolgreichen Frauenärzten zu Ehren wurde beim 62. Augsburger Fortbildungskongreß des COLLE-

GIUM MEDICUM AUGUSTANUM ein Tag, nämlich Samstag, 23. September 1978, ganz gynäkologischen Problemen in Praxis und Klinik gewidmet. Dem modernen Trend der Gynäkologie entsprechend werden dabei die glänzenden Erfolge der gynäkologischen Hormonforschungen in den Vordergrund gestellt werden, selbstverständlich werden auch die praxisrelevanten Themen der Frauenheilkunde, insbesondere die interdisziplinäre gynäkologische Krebstherapie in Vorträgen, Diskussion, Podiumsgesprächen den Kollegen neues Wissen und neuen Mut bringen.

„Rationale Arzneimitteltherapie“ füllt das Programm des zweiten Kongreßtages (Sonntag, 24. September 1978). Daß innerhalb kurzer Zeit dieses pharmakotherapeutische Thema mehrfach bei den Augsburger Kongressen abgehandelt werden mußte, spricht für die Wichtigkeit der Thematik, aber auch für die Schwierigkeit, die in der ärztlichen Praxis durch die Fortschritte der Arzneimitteltherapie und insbesondere auch durch die Fortschritte in der Erforschung und Erkennung der Arzneimittelwirksamkeit in den letzten Jahren beobachtet werden konnten.

Eine Besonderheit der Augsburger Ärztekongresse wird 1978 zum zweiten Mal, wir hoffen wiederum mit Erfolg, praktiziert werden: Es wird in sämtlichen Räumen des großen Kongreßgebäudes sowie in Sälen und Räumen des Turmhotels und in den Augsburger Kliniken der „7. Zentralkongreß für die medizinischen Assistenzberufe“ (VII. ZMA) abgehalten werden, gewissermaßen unter einem Dach mit dem Ärztekongreß, zur gleichen Zeit, oft nebeneinander, oft sich überschneidend, häufig aber auch sich gegenseitig ergänzend und gegenseitig befruchtend. Die medizinischen Assistenzberufe haben sich in den letzten Jahren als eine unentbehrliche Hilfe für den niedergelassenen Arzt in seiner Praxis oder am Krankenbett oder in der Belegklinik erwiesen. Selbstverständlich sind die medizinischen Assistenzberufe auch aus einem intensiven Betrieb einer Klinik nicht mehr wegzudenken. Die große Bedeutung der medizinischen Assistenzberufe für den Fortschritt in der Medizin geht u. a. auch daraus hervor, daß die Ausbildung dieser Berufsgruppe immer intensiver gestaltet wurde und daß ganz besonders auf Ihre Fortbildung auch während ihrer Berufstätigkeit der größte Wert gelegt wird. Man darf sagen, daß ein in der Praxis oder im Krankenhaus tätiger Arzt die Fortschritte der Medizin nicht mehr voll zur Wirksamkeit bringen kann, wenn nicht die mit ihm zusammenarbeitenden Assistenzberufe ebenfalls dem Stand der modernen Medizin in ihrem Können und Wissen sich angepaßt haben.

Die Fortbildung der medizinischen Assistenzberufe ist demnach ebenso wichtig wie die ärztliche Fortbildung, erst aus dem Zusammenklang der gesamten Berufsgruppe wird das Beste für Wohl und Wehe des Patienten herausgeholt.

Mögen die Themen des Ärztekongresses und diejenigen des Zentralkongresses für die medizinischen Assistenzberufe dem Arzt und seinen Mitarbeitern in Praxis und Klinik Wissen, Können und Mut geben, um die großen gesundheitlichen Probleme zu meistern, die „der therapeutische Imperativ“ der Heilberufe dieser Berufsgruppe auferlegt.

Anschrift des Verfassers:

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

Wichtig wie Befunde sind auch die Gespräche. Wir sind dazu gefordert!

Der Arzt als Partner von Patient und Politiker

von G. Iversen

Zum Sprechen fähig sind wir gefordert zum Gespräch; es ist ja *Brücke* zu dem Nächsten. — Ärzten dient Gespräch als *Brücke* zu Rat-suchenden, zu Partnern im Sprech-zimmer — wie auch außerhalb!

Für die ursachengerechte Behandlung

des einzelnen Kranken ist das Gespräch mit ihm sicher ebenso wichtig wie der im Labor oder apparativ erhobene Befund. — Seine *diagnostische Funktion* und „Validität“ ist allerdings weder Laborparametern oder dem Registrieren von Temperaturen und Röntgen-Verlaufsserien oder EKG-Ableitungen vergleichbar noch den Ergebnissen einer psychologischen „Test-Batterie“. Seine *therapeutische Wirksamkeit* und Relevanz ist zweifellos schwerer zu objektivieren als die Erleichterung nach Punction eines Ergusses oder Verabfolgung eines Antineuralgikums.

Dennoch ist für den Patienten die Wirkung des Gespräches offenkundig: Er spürt danach Erleichterung, Beruhigung und eine Stärkung, die seinem Gesundheitswillen zugute kommt. Sein Fehlen empfindet er beunruhigend, auch wenn er sich selbst zu helfen versucht.

Wir wissen, daß *Krankheit wie Heilung* als „zwischenmenschliches Geschehen“ — als Ausdruck einer häufig recht komplexen *Interaktion* zu verstehen ist. Das adäquate Instrumentarium ist das Gespräch; wir sollten es deshalb sorgfältig — pfleglicher, aufmerksamer nutzen. Es ist soviel mehr als ein zeitaufwendiger Luxus.

Das verstehende Gespräch

kann die dem Menschen innewohnende Tendenz, sich zu verwirklichen, ebenso fördern, wie diese durch *Mißdeutungen* behindert, ja, bis zu einer kritischen Grenze blockiert werden kann. Darum ist jede schnelle Deutung einer Aussage gewagt — Interpretation allzu

leicht Willkür! A und O des hilfreichen Gespräches ist aufmerksames Horchen.

So ist es keine Frage, ob ein ärztliches Gespräch *Medizin* ist oder nur *Placebo*. Wird es wie ein Instrument als *Brücke* eingesetzt, dient es sicher dem Patienten und dem Arzt. Beide bilden — wie begrenzt auch immer — als Partner eine Interaktionsgemeinschaft. Deren Chancen gilt es, voll zu nutzen: mit dem Gespräch in Diagnostik und Therapie!

Auch Politiker

wissen natürlich um die Bedeutung des Gespräches; ihnen ist klar, wieviel davon abhängt, ob ihre Parteifreunde oder sympathisierende Gesprächspartner ihnen — bei der Wahl — Vertrauen schenken! Wird ihnen dies nämlich entzogen, muß zu gegebener Zeit eine neue „Garnitur“ von Mandatsträgern in den Kreis-, Land- oder Bundestag gewählt werden. Das sollten Politiker — als Realisten — nicht erst vor der Wahl bedenken, sondern besser früher. Sie sollten immer zum Gespräch bereit sein, zu dem auch sie gefordert sind.

Bereitschaft alleine genügt jedoch nicht:

Zum Gespräch gehört der Partner, der nur beim Selbst-Gespräch — wie das Wort besagt — dann und wann ersetzt werden kann durch das „Selbst“. Neben der eigenen Bereitschaft bedarf es also unverzichtbar einer Minimalbereitschaft auch beim Gegenüber; anderenfalls würde das Gespräch durch einen Monolog ersetzt; ihm fehlen alle Kennzeichen des durch Aussage und Antwort (aus verschiedenen Aspekten!) gekennzeichneten Gespräches.

Monologe *machen müde* — jedenfalls von dem Augenblick an, in dem das Zuhören schwierig wird. Das läßt sich aus einem Schweigen alleine noch nicht erkennen, ist doch ein aufmerksames Zuhorchen nur im Schweigen möglich. Auch Blick und

Gestik können eine vielsagende nonverbale Antwort sein. — Dennoch: als Ärzte sind wir im Gespräch letztlich auch auf verbalisierte Aussagen angewiesen; in ihnen drückt sich *praktizierte Partnerschaft* aus.

Partnerschaft

muß reflektiert, unter Umständen auch in Frage gestellt, sollte jedenfalls nicht als Phrase mißbraucht werden. — Aus einem Schlagwort wird so leicht kein Zauberwort. Folglich wird auch mit der Nennung des Wortes *Partnerschaft* weder die überhebliche Position des gänzlich Unangreifbaren ausgeräumt noch die scheel blickende Unterwürfigkeit des Benachteiligten; — weder das autoritäre Gehabe des Besserwissers, noch die Abhängigkeit des Weisungsgebundenen. Wer mit Partnerschaft *Gemeinsamkeit* assoziiert, kann zwar „Gleichberechtigung“ meinen, hat diese aber noch keineswegs erreicht.

Auch Ärzte, die sich als vertrauenswürdige Partner ihrer Patienten verstehen, müssen sich Fragen gefallen lassen:

● *Bin ich immer zur Partnerschaft mit dem Rat- oder Hilflosen bereit?*

● *Wann habe ich vielleicht Vorbehalte — und warum?*

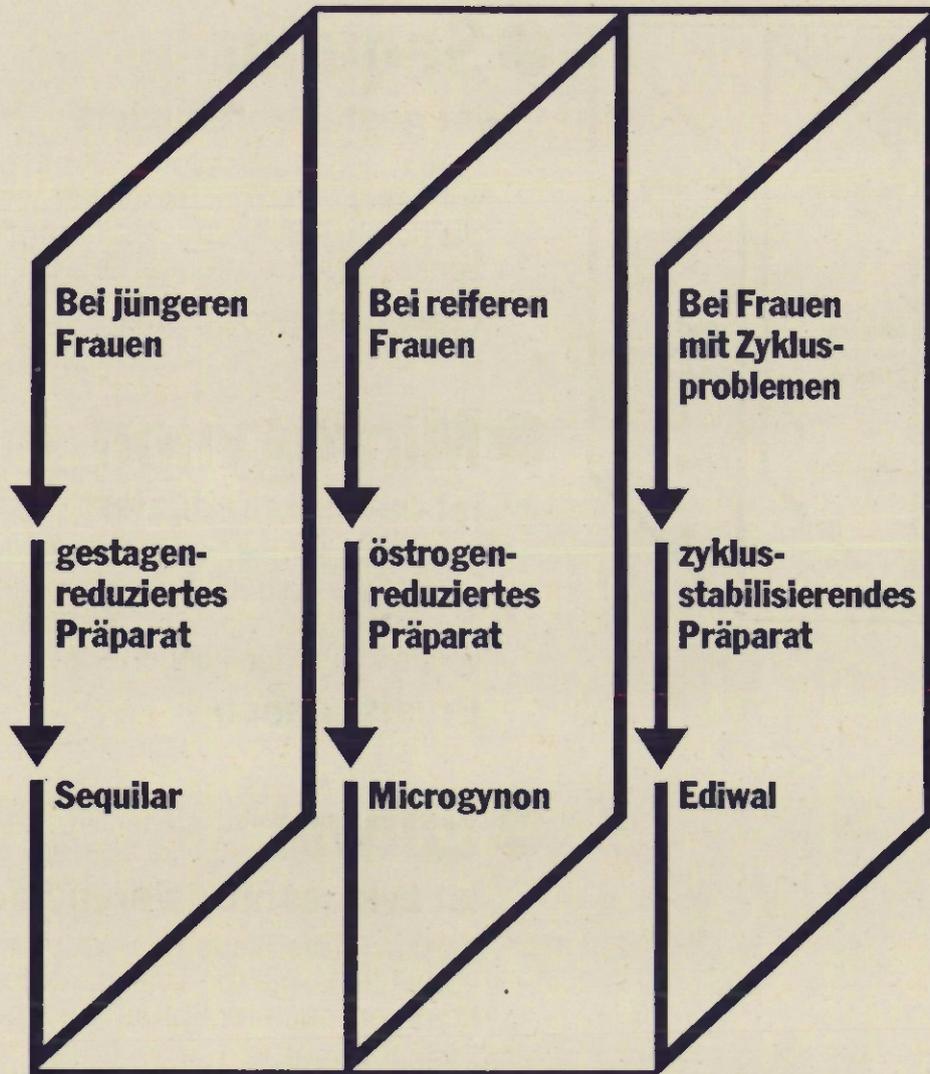
Die Antwort auf diese Frage läßt weder ein pauschalierendes Ja oder Nein noch ein Achselzucken zu. — Sie fordert nach kritischem Rückblick und der Vergegenwärtigung eigenen Erlebens zum Differenzieren auf. Daran könnte sich ein nächster Schritt anschließen.

„Arzt noch kein Partner!“ lautete kürzlich die Überschrift eines Zeitungsberichtes nach einer ersten öffentlichen Versammlung des neu gegründeten FDP-Ortsverbandes in A. Wir seien noch „weit davon entfernt, daß der Arzt der Partner des Patienten ist“, habe Professor Dr. H. konstatiert, einer jener Kritiker, denen offenbar Publizität wichtiger ist als die Förderung und Festigung eines Vertrauensverhältnisses zwischen Patient und Arzt.

Des Bemühen um Partnerschaft

will allerdings nicht *deklamiert* sein; es muß — im Praxis- und Klinikalltag — praktiziert werden! Die meisten Ärzte haben das zwar längst er-

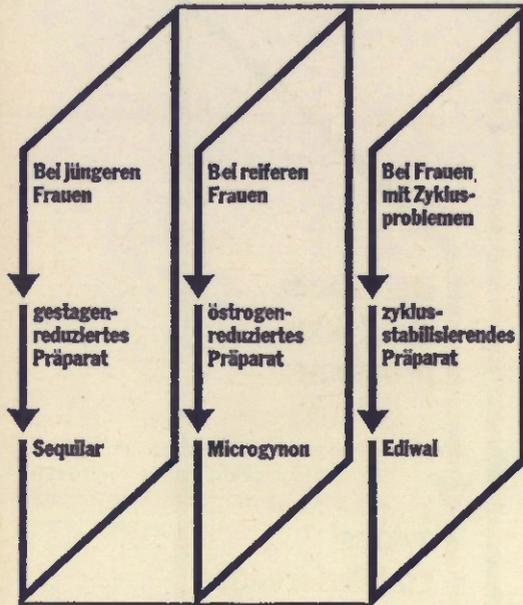
Schering-Kontrazeptiva-System für die praxisgerechte Verordnung



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 orangenfarbige 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 migänartiger oder häufigeres Auftreten ungewohnt starker Kopfschmerzen, akute Sehstörungen jeder Art, erste Anzeichen von Thrombophlebitiden oder thromboembolischen Erscheinungen sowie geplante Operationen (6 Wochen vorher) und längere Immobilisation (z.B. nach Unfällen), Auftreten von Ikterus, stärkerer Blutdruckanstieg, Schwangerschaft, Kontraindikationen und Risiken: Wie bei allen hormonalen Kontrazeptiva vom Typ der Gestagen-Östrogen-Kombinationen: schwere Leberfunktionsstörungen; idiopathischer Schwangerschaftsruhrer oder schwerer Schwangerschaftspruritus in der Anamnese, Dubin-Johnson- und Rotor-Syndrom, vorausgegangene oder bestehende thromboembolische Prozesse, Stichelzellenanämie, Mamma- oder Korpuskarzinom (auch nach Behandlung), Fettstoffwechselstörungen; Herpes gestationis in der Anamnese, Otosklerose mit Verschlechterung in vorangegangenen Schwangerschaften. Einfluß auf die Wirkung bei gleichzeitiger Gabe anderer Medikamente siehe Prospekt. Besondere Hinweise: Ausführlichere Informationen zum Präparat enthalten die wissenschaftlichen Prospekte (z.Z. sind folgende Auflagen gültig: Microgynon 3. Auflage vom Oktober 1976. Ediwal 21 2. Auflage vom Juli 1976. Sequilar 3. Auflage vom Januar 1977), u.a. zu folgenden Themen: Notwendigkeit gynäkologischer Kontrolluntersuchungen, Einfluß auf die 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: 1x21 Dragees DM 8,25; 3x21 Dragees DM 22,61; 8x21 Dragees DM 39,38. Ediwal 21: 1x21 Dragees DM 9,27; 3x21 Dragees DM 25,24; 6x21 Dragees DM 42,57. Sequilar 21: 1x21 Dragees DM 8,49; 3x21 Dragees DM 23,25; 8x21 Dragees DM 40,04. Microgynon 28: 1x28 Dragees DM 8,58; 3x28 Dragees DM 23,54; 6x28 Dragees DM 40,41. Sequilar 28: 1x28 Dragees DM 8,81; 3x28 Dragees DM 24,19; 6x28 Dragees DM 41,17.

SCHERING AG
BERLIN / BERGKAMEN

Dez. 77 ©

kannt; die daraus gezogenen Konsequenzen dürften allerdings recht unterschiedlich sein.

Eigentlich *müssen* Patient und Arzt immer Partner sein, weil sie ein gemeinsames Anliegen haben: *Erhaltung oder Wiederherstellung der Gesundheit des Patienten oder desjenigen, der es nicht werden möchte.*

Dieses Anliegen, Festigung oder Wiederherstellung der Gesundheit, läßt sich natürlich nur in gemeinsamer Verantwortung verwirklichen. Der Patient muß sich auf den Arzt und dieser auf den Patienten verlassen. Sonst wächst die Rate der Mißerfolge – und damit die beiderseitige Enttäuschung! – Um diese zu mindern, gilt es, neue Einsichten zu ermöglichen. Das gehört zu den Voraussetzungen einer tragfähigen Partnerschaft. In diesem Zusammenhang stellen sich drei Fragen:

1. Gibt es wichtige Hindernisse, die der Ausgestaltung einer auf Vertrauen abzielenden Partnerschaft im Wege stehen können?

2. Gibt es Fakten, auf die wir uns vielleicht bei der Ausgestaltung einer Partnerschaft stützen sollten und können?

3. Welche Möglichkeiten gibt es, das Vertrauen zu einer Partnerschaft zwischen Patient und Arzt zu fördern, entgegenstehende Hindernisse zu mindern?

Sicher können diese drei Fragen verschieden beantwortet werden; folglich bin ich mir darüber klar, daß auch meine Antworten subjektiv genannt werden können. Als Arzt habe ich aber gelernt, eine Diagnose erst nach sorgfältigen Feststellungen zu wegen und ein gegebenenfalls nötiges therapeutisches Konzept dann zu überprüfen, wenn ich nicht den gewünschten Erfolg habe. Diese Vorbemerkung ist mir im Blick auf die Weiterungen wichtig.

1. Gibt es wichtige Hindernisse,

die der Ausgestaltung einer auf Vertrauen abzielenden Partnerschaft im Wege stehen können? Zweifellos, ja!

Jede ins Auge gefaßte Partnerschaft kann z. B. durch Vorurteile behindert werden, die mit der Realität häufig noch weniger übereinstimmen als etwa eine Wetter-Vorhersage mit der am nächsten Tag erlebten Wirklichkeit! Hiernach ist es sinnlos, das Gespräch mit einem Ratsuchenden z. B. mit dem Vorur-

teil zu beginnen, dieser verstehe ja doch nicht, was der kluge Arzt ihm sagen will. Viel hilfreicher wäre es, wenn sich der Arzt vergegenwärtigt,

● daß der Patient als Ratsuchender kommt,

● daß der Ratsuchende – bei allem Lesewissen – einerseits keinen hinreichenden Informationsstand hat, andererseits aber über die eigenen Lebensverhältnisse zumeist mehr weiß als der Arzt,

● daß der Patient zu der Konsultation unter Umständen in einer ausgesprochen irritierten Verfassung kommt, so daß er nicht immer Wesentliches und Unwesentliches zuverlässig unterscheiden kann,

● daß der Ratlose schließlich seine Aussagen über Beschwerden, ihre Entstehung und deren gehäuftes Auftreten um so eindeutiger machen kann, je klarer und ruhiger die ärztlichen Fragen an ihn gerichtet wurden.

Insbesondere ein erstes Gespräch zwischen Patient und Arzt kann durch recht unterschiedliche Hindernisse eine „auf Vertrauen abzielende Partnerschaft“ beeinträchtigen: Zeitmangel, wiederholte Unterbrechungen durch die Sprechstundenhilfe oder das Telefon; aber auch schon die *kreuse Stirn* des Arztes kann zum unwägbaren Hindernis werden; natürlich erst recht ein vielleicht nicht böse gemeinter, aber jedenfalls so wirkender „*rauer Ton*“ bei *Aufforderungen, Anweisungen oder Verordnungen*. Die vom Arzt für richtig gehaltene Ergänzungsuntersuchung oder Behandlungsmaßnahme sollte darum lieber im Sinne einer nachdrücklichen Empfehlung artikuliert werden als im Sinne einer *Verordnung*.

Der *ärztlichen Empfehlung* zu folgen, dürfte ein einsichtiger Patient immer dann bereit sein, wenn ihm diese Empfehlung plausibel, also sinnvoll erscheint. Gerade das wurde ihm in den letzten Monaten allerdings durch Zeitungskommentare erschwert, die den Patienten immer häufiger zu *Mißtrauen und Zweifel* veranlaßt haben.

Sind nicht viele Ärzte vorwiegend aufs *Verdienen* bedacht? – Dienen ergänzende Untersuchungen vielleicht ausschließlich der *Profitmaximierung*? – Ist nicht bei einer erwogenen stationären Behandlung die Einweisung in ein „*seelenloses Krankenhaus*“ zu befürchten?

Die jahrelange Kritikflut konnte nicht ohne Auswirkungen bleiben; sie überschlug sich schon vor drei Jahren. Damals theoretisierte ein Theologe aus Mexiko – Iwan Illich – bei einem Frühjahrssymposium in Devos, den heutigen Medizinern sei „der Tod und das Sterben von mehr Menschen anzulasten als den Krankheiten“! Illichs Vortrag geb den Massenmedien und Magazinen, den Meinungsmechern und Manipulatoren durch Wochen und Monate immer wieder Stoff für eine Kritik, die ebenso unsechlich war wie peuschal formuliert. Daraus erwachsen denn in der Tat „*wichtige Hindernisse*“, die einer auf Vertrauen abzielenden Partnerschaft erheblich im Wege stehen!

Kritik kann sinnvoll sein,

wenn sie Fehler und Fehlentwicklungen mindert – wenn sie Gesundes, wirklich Fortschrittliches fördert –, wenn sie dem einzelnen oder der Gemeinschaft dient. *Daran sollten wir ihren Wert messen.*

Sinnwidrig wird Kritik aber dann, wenn sie destruktiv – eben nicht produktiv wirkt, wenn sie nur Kräfte dezimiert (die der Lösung einer gemeinsamen Aufgabe verloren gehen), wenn sie die Geduld der Kritisierten nur strepaziert, ohne irgendwelche Alternativen zu bieten.

Während Kritik an behebbaren Mängeln nicht nur offen möglich sein muß, sondern sogar nötig ist – stimmt eine *verallgemeinernde Kritik* fast nie! Auch aus vielen Einzelfällen abgeleitete Pauschalurteile treffen doch für des Gros der Ärzte nicht zu: ihre ständige Hilfsbereitschaft, ihr überdurchschnittliches Arbeitspensum, ihre oft erstaunlichen Heilungserfolge werden mit den heute üblich gewordenen *Pauschalurteilen* nicht gewürdigt – und dennoch beeinträchtigt. Während die Positivposten als selbstverständlich gelten und vielfach völlig unerwähnt bleiben, werden Negative so herausgestellt, daß daraus schließlich eine nicht zu verantwortende *Belastung der Vertrauensbasis zwischen Patient und Arzt* wird; ein gewichtiges Hindernis, das dem partnerschaftlichen *Miteneinander-nachdenken* im Wege steht.

Ein Trost

mag es für viele Ärzte unserer Zeit noch sein, daß Patienten zwar „*der*“ Ärzteschaft mißtrauen, ihrem Arzt einstweilen aber noch vertrauen. Dieser Trost darf uns nicht trügen.

Jedenfalls sollten wir bedenken, daß das hohe Ansehen des einzelnen Arztes besondere Erwartungen in bezug auf sein soziales Engagement nährt. Alle Vertreter der sogenannten sozialen Berufe sind ja auf besondere Weise der Sozietät ver-

pflichtet, also auch der Arzt. Mit der Entscheidung für seinen Beruf akzeptiert er einen „sozialen Imperativ“, der un bequem werden kann. — Wo aber anstelle dieses „sozialen Imperativs“ überhöhte Ansprüche, Unbescheidenheit oder Anmaßung Platz greifen, dort dürften sich bald auch Hindernisse entwickeln, die eine wirklich vertrauensvolle Partnerschaft zwischen Patient und Arzt beeinträchtigen.

2. Gibt es Fakten,

auf die wir uns vielleicht bei der *Ausgestaltung einer Partnerschaft* stützen sollten und können? — Leider wurde in den letzten Jahrzehnten der Begriff „Partnerschaft“ fast zu einem Allerweltswort, so daß es kaum einen menschlichen Bereich gibt, in dem davon nicht die Rede ist. Dabei reicht der Bogen von der Partnerschaft in einer konventionellen oder offenen Ehe bis zu manchmal recht strittigen Verhandlungen zwischen Tarifpartnern — von den Festveranstaltungen zwischen Partner-Universitäten bis zu unsicheren Geschäfts- oder Praxispartnern. Die Beziehungen zwischen Eltern und Kindern, zwischen Lehrern und Schülern, zwischen Vorgesetzten und Mitarbeitern werden gerne „partnerschaftlich“ genannt, wenn damit wenigstens ein Hauch von Fortschrittlichkeit erreicht wird.

Pseudo-partnerschaftliche Posen sind selbstverständlich kein Ersatz für wirkliches Vertrauen. Deshalb wirken Floskeln wie etwa „Nicht wahr — jetzt geht es uns schon sehr viel besser!“ hohl und abgegriffen. Eine joviale Aussage dieser Art ist ein Vorgriff, der beim Patienten eher Widerstand bewirkt. Stattdessen behält er seine Freiheit, wenn der Arzt nur sagt: „Heute sehen Sie besser aus, als beim letzten Mal — finde ich. Fühlen Sie sich auch so?“

Noch mag der Patient im Zweifel sein und besorgt, was die Kontrolle heute ergibt. Entsprechend vorsichtig ist seine Antwort.

Trotzdem: Neben Angst und Mißtrauen, neben der Neigung des Menschen zu Zweifel und Sorge erfahren wir immer wieder seine Bereitschaft zu Hoffnungen, Zuversicht und Vertrauen. Diese Tendenzen sind in ihm ebenso angelegt wie sein Sinn für Schönheit, Wahrheit, Leistungsfähigkeit, Gerechtigkeit, Ordnung und Harmonie.

Hieraus ergibt sich nicht nur ein natürliches menschliches Verlangen nach „Vortrefflichkeit“ (im Sinne einer „ver-

breiteten und vielleicht universellen menschlichen Tendenz“), sondern auch der folgerichtige Wunsch nach Partnerschaft und Vertrauen. Der Wunsch, dieses Vertrauensbedürfnis zu befriedigen, kann als „natürliches Recht“ betrachtet werden. Wenn wir aber etwas wünschen, was wir nicht haben — wann wir unsere Kräfte im Dienste der Bemühung organisieren, diesen Wunsch zu befriedigen, „funktionieren“ wir offenbar — nach Maslow — am besten. Weil die damit möglichen Erfolge Freude machen, wird über das Gewinnen von Vertrauen die Ausgestaltung einer Partnerschaft tatsächlich angeregt. Das ist ein Faktum, auf das wir uns stützen sollten!

Die genannten *grundlegenden Bedürfnisse* können nämlich als „innere Verstärker“ gelten; sie fördern also einen Lernprozeß das auf Befriedigung seiner Bedürfnisse eingestellten Menschen. Ob er sich Gesundheit wünscht oder Vortrefflichkeit, Selbständigkeit oder Vertrauenswürdigkeit — um dieses Ziel zu erreichen, ist der Mensch bereit, praktisch alles hierfür Erforderliche zu lernen respektive sich anzueignen. Dementsprechend aufgeschlossen ist unser Gegenüber.

Zweifellos ist Gesundheit (mit all ihren Werten!) zumelst eine *erreichbare Wirklichkeit*. — Auch *Vertrauenswürdigkeit und Partnerschaft* muß grundsätzlich als erreichbar gelten. Normalerweise werden sie denn auch ganz spontan als erstrebenswert empfunden.

Lassen wir uns diese Wirklichkeit nicht zerreden! Stellen wir *Behauptungen* unsere Haltung gegenüber: Bleiben wir — wie bisher — als Partner zum Gespräch bereit, vor allem mit Patienten, die auf uns — wie wir auf sie — hingewiesen, manchmal angewiesen sind. Diese Zuordnung von Patient und Arzt ist zwar allgemein bekannt; doch vertrauensvolle Partnerschaft ist weder selbstverständlich noch auf Zeit und Ewigkeit gesichert.

Offenbar gedeiht Partnerschaft zwischen dem durchschnittlichen Patienten und einem Arzt am besten „in einer warmen, freundlichen Beziehung“, die zugleich „das beste Medium für die Verteilung der besten psychologischen Medizin ist, die von allen Menschen gebraucht wird“ (Maslow, Motivation und Persönlichkeit, Walter-Verlag, Freiburg, 1977).

3. Welche Möglichkeiten gibt es,

das Vertrauen in eine Partnerschaft zwischen Patient und Arzt zu för-

dern, d. h., auch entgegenstehende Hindernisse zu mindern?

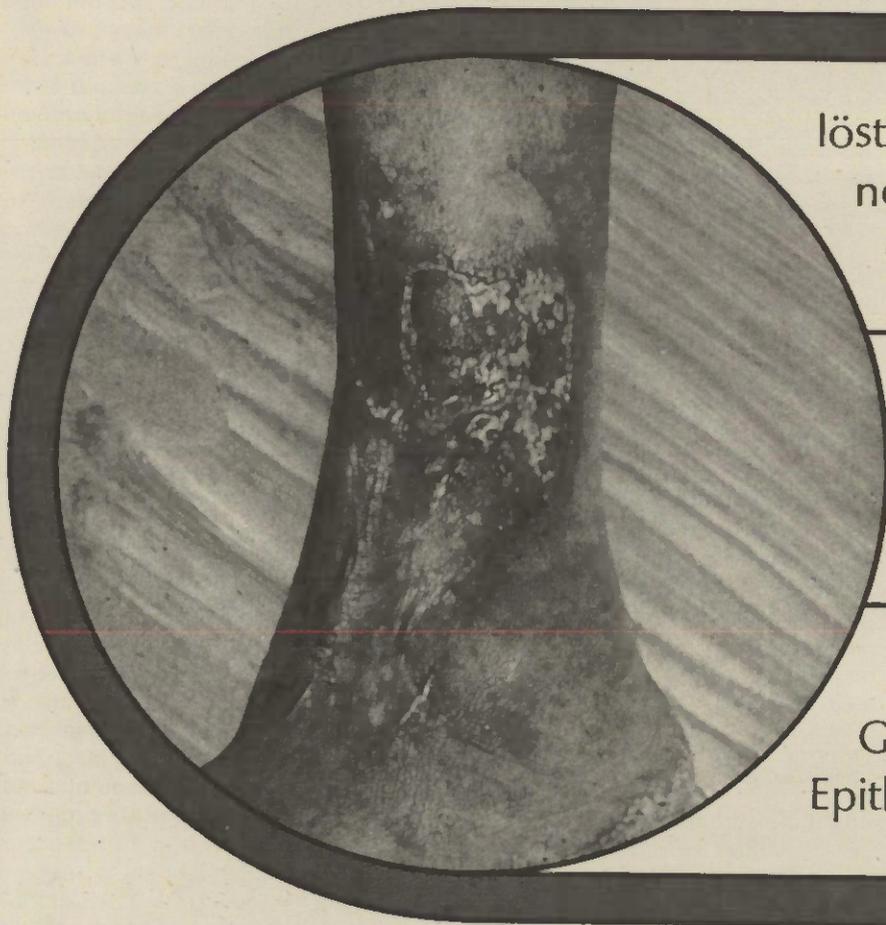
Vertrauen ist in jedem Einzelfall das Ergebnis einer ganz persönlichen menschlichen Beziehung. Folglich ist alleine mit der Fertigung eines Röntgenfotos, mit der Ableitung eines Elektrokardiogramms, mit der ergometrischen Überprüfung der Leistungsfähigkeit eines Patienten *noch kein nennenswerter Beitrag für die Herstellung einer Vertrauensbasis* geleistet (so wichtig die apparativ oder im Labor gewonnenen Untersuchungsdaten auch sein mögen). Kranksein läßt sich — im Unterschied zu Krankheitsbild und Symptomatik — nur erfassen, wenn wir *neben den somatischen Aspekten* auch die des *Erlebens und Verhaltens* kennen; deshalb müssen wir das Messen und Registrieren von Daten zur einwandfreien Beurteilung eines Patienten immer noch *durch das Verstehen ergänzen*. Wir müssen also einem Doppelaspekt Rechnung tragen, auf den z. B. bezüglich vieler kardiovaskulärer Störungen und Erkrankungen *Delius* immer wieder hingewiesen hat.

So selbstverständlich die Berücksichtigung der biographischen und psychosozialen Wurzeln für eine genügende diagnostische Abklärung (neben den somatischen Faktoren!) ist, so selbstverständlich gehört die Berücksichtigung der psychogenen Komponente eines Krankseins in das *Behandlungskonzept*. Wir müssen endlich die vor knapp 30 Jahren von *Alexander* (Psychosomatic Medicine, 1950) formulierte Forderung ernst nehmen:

„Die psychologischen Faktoren, welche physiologische Prozesse beeinflussen, müssen mit derselben Genauigkeit untersucht werden, wie dies beim Studium physiologischer Prozesse üblich ist. Das *zunehmende Wissen über die Relationen von Emotionen zu normalen und gestörten körperlichen Funktionen verlangt vom modernen Arzt, emotionelle Konflikte genauso real und konkret wie Mikroorganismen zu betrachten.*“

Eine Verfeinerung unserer apparativen und Labordiagnostik wird für unsere Patienten dann nur wenig bedeuten, wenn wir nicht gleichzeitig unser Einfühlungsvermögen schärfen, unsere Empathie mobilisieren und immer wieder unsere Bereitschaft stärken, den Patienten zu akzeptieren; und zwar „gleichgültig, welche Gefühle er hat — Angst, Verzweiflung, Unsicherheit, Ärger;

Ein Fall für Kamillosan®



löst schonend
nekrotisches
Gewebe ab

fördert die
Heilung
der Entzündung

fördert die
Granulation und
Epithelisierung

Kamillosan hat einen standardisierten hohen Gehalt an natürlichem Chamazulen und Bisabolol, den Hauptwirkstoffen der Kamille.

Zusammensetzung: 100 g Kamillosan enthalten 150 mg ätherisches Öl aus Kamillenblüten, eingestellt auf einen Mindestgehalt von 3 mg Chamazulen und 50 mg (-)- α -Bisabolol. 100 g Kamillosan-Salbe enthalten 400 mg Kamillen-Trockenextrakt mit 20 mg ätherischem Öl, eingestellt auf einen Mindestgehalt von 0,4 mg Chamazulen und 7 mg (-)- α -Bisabolol.

Indikation: Entzündliche Erkrankungen der Haut und Schleimhäute.

Unverträglichkeiten und Risiken: Im Augenbereich sollte Kamillosan wegen der Gefahr von Reizerscheinungen nicht angewendet werden. Erfahrungsgemäß können Medikamente zu einer Schädigung der Leibesfrucht führen. Schwangeren oder solchen Frauen, bei denen der Eintritt der

Schwangerschaft während der Anwendung des Medikamentes nicht auszuschließen ist, wird empfohlen, ärztlichen Rat einzuholen.
Besonderer Hinweis: Kamillosan enthält wie viele Pflanzenextrakte Alkohol. Es ist deshalb besonders bei Einläufen und bei Anwendungen als Tee bei Kindern auf die richtige Verdünnung zu achten.

Handelsformen:

30 ml	DM 4,94
100 ml	DM 11,50
20 g Salbe	DM 3,35
40 g Salbe	DM 6,00
100 g Salbe	DM 12,50
Anstaltspackungen	



Chemiewerk Homburg

Zweigniederlassung der Degussa Postfach 2514 6000 Frankfurt am Main 1

gleichgültig wie er sich ausdrückt – in Schweigen, Gesten, mit Tränen oder Worten . . . gerede so wie er ist" (Carl R. Rogers).

Gerade das fällt natürlich denjenigen besonders schwer, die bis dahin *die eigenen Schwierigkeiten noch nicht zu sehen oder gar anzunehmen bereit* waren. Das Erkennen und Akzeptieren eigener Schwierigkeiten und Mängel ist indessen quasi eine *Conditio sine qua non*; es ist deshalb so wichtig, weil wir nur über *diesan* Weg die Sprache verstehen lernen, in der ein Ratloser und -suchender zu uns spricht. Anderentalls reden wir zu leicht aneinander vorbei.

Das offene Gespräch,

das als „Brücke“ eine Annäherung an den Patienten ermöglicht, rührt ja – trotz noch eingehaltener Distanz – manchmal schon an sehr tiefe Schichten. Es *erschließt neue Möglichkeiten*, die wir nutzen, wirklich wahrnehmen sollten; das gilt auch dann, wenn wir sie nicht voll ausschöpfen können oder wollen.

Schon das gemeinsame Bedenken einer Frage kann entlasten – kann den Ratsuchenden eine Einsicht, Klarheit und – – Vertrauen finden lassen. Das setzt allerdings die ungestörte Sammlung unserer Gedanken voraus.

Ist uns *diese Möglichkeit und Notwendigkeit* – jederzeit und überall bewußt? Prüfen wir das Wirken unserer Worte entfernt nur wie bei Drogen? Die Sammlung unserer Gedanken und das Konzentrieren auf die Fragen, die gestellt sind, stärkt – mit der zunehmend breiter werdenden Gesprächsbrücke – das Vertrauen in die Partnerschaft; mit dem *Wachsen des Vertrauens wird die Partnerschaft stabiler!*

Regelmäßig wurde die vertrauensvolle Partnerschaft im Gespräch mit Patienten *dann gestärkt*, wenn ich meine *Aussagen ganz persönlich* machte! Wenn ich mich also weniger auf allgemeine Erkenntnisse, mehr auf persönliche Erfahrungen stützte, vielleicht auch darauf, daß ich einem nahen Angehörigen in einer vergleichbaren Situation den gleichen Behandlungsvorschlag gemacht habe.

Die Aussage des Arztes soll darum *durch persönliche Erfahrung oder Überzeugung voll gedeckt sein!* – Damit kann auch das entgegenstehende Hindernis eines latenden Mißtrauens gemindert werden. Das wird zur Folge haben, daß nunmehr der Patient seine Klagen und Beschwerden sowie die von ihm ver-

muteten Zusammenhänge offener be- kennen kann; sei es nun, daß er sich in seinem beruflichen Tätigkeitsfeld zurückgesetzt (gekränkt!) fühlt oder daß er unter familiären Spannungen leidet. Mit zahlreichen Publikationen wurde ja belegt, daß die geklagten Beschwerden oder Symptome bei 40 bis 50 Prozent der Patienten in Allgemeinpraxen und internistischen Fachpraxen auf *psychogene Komponenten* zurückzuführen sind.

Partnerschaftliches Miteinander hat auch etwas mit der Bereitschaft zur *Verantwortung der Beteiligten* zu tun. Das empfindet der Patient, der sich nun seinerseits gedrängt fühlen muß, für sein Verhalten, seine Aussagen, sein *Mitmachen Verantwortung zu übernehmen*. Aus dieser Mitverantwortung kann der Patient im Grunde so wenig entlassen werden wie der Arzt. Dies dem Patienten – in akzeptabler Form – klar zu machen, ist es gewiß in der Zeit.

Doch daraus ergibt sich eine logische Folge!

Zu gemeinsamer Verantwortung in Partnerschaft

kann niemand gezwungen werden. So wie darum der Beruf des Arztes ein *freier Beruf* bleiben muß, so muß für den Patienten die *freie Arztwahl* erhalten bleiben! – Um aber auf diese Weise ein „gesundheitsförderliches Klima“ zu erhalten, muß *der Arzt als Partner des Politikers* auch mit diesem zum Gespräch bereit sein! – Das wurde nicht zuletzt mit

gesetzlichen Novellen

in den letzten Jahren deutlich. Dem am 1. Januar 1977 in Kraft getretenen Krankenversicherungs-Weiterentwicklungsgesetz (KVWG), das die Voraussetzungen für eine Bedarfsplanung der ärztlichen Versorgung im ambulanten Bereich zur Behebung angeblich bestehender Unterversorgung schaffen sollte, folgte das Krankenversicherungs-Kostendämpfungsgesetz (KVKG). Bei seinem in-Kraft-treten am 1. Juli 1977 war durch freiwillige Empfehlungsvereinbarungen der gemeinsamen Selbstverwaltung von Krankenkassen und Ärzten die Kostenentwicklung im Gesundheitswesen bereits gedämpft, so daß es zusätzlicher Reglementierungen nicht bedurft hätte.

Jetzt liegt eine neue *Gesetzesnovelle* vor: Das *Krankenhausfinanzierungsgesetz* (KHG) soll das Krankenhauswesen in die Bestrebungen

zur Kostendämpfung einbeziehen. Doch scheint nicht nur dieses in Aussicht genommen zu sein.

Der sogenannte Krankenhausbedarfsplan benachteiligt im Zusammenhang mit § 371 der RVO – durch entsprechend auslegungsfähige Bestimmungen – ausgerechnet jene *kleinen Krankenhäuser*, die von sehr vielen Patienten im Sinne einer freien Arztwahl aufgesucht wurden!

Gerade bei solchen Krankheiten, die stationäre Behandlung des Patienten erfordern, sollte dessen *Wahlfreiheit* nicht eingengt werden: Er will sich selbst entscheiden, ob er in eine große Universitäts- oder städtische Klinik aufgenommen werden möchte; oder ob er ein privates oder konfessionelles Krankenhaus vorzieht. – Wie dürftig wirkt es in diesem Zusammenhang, wenn § 371 RVO abschließend vorschreibt: „Soweit möglich, ist den religiösen Bedürfnissen der Kranken Rechnung zu tragen“?

Wir müssen befürchten, daß sich die zitierten Bestimmungen „*wie ein Kahlschlag der privaten und vieler kleiner konfessioneller Krankenanstalten* auswirken“, so formulierte es Dr. Vilmar, gelegentlich seines Tätigkeitsberichtes. Wie er bin ich in Sorge um die „gewachsene Pluralität der Krankenhausträger“. Denn offenbar haften unserer pluralistischen Gesellschaft leider noch immer obrigkeitstaatliche Usancen an. Diese abzubauen, liegt im Interesse unserer Patienten, weil nur in der freiheitlichen Atmosphäre einer rechtsstaatlichen Demokratie mit unabhängigen Ärzten das gedeihen kann, was wir unter vertrauensvoller Partnerschaft zwischen Patient und Arzt verstehen.

Damit ich nicht mißverstanden werde, sei ausdrücklich betont, daß nicht etwa eine Unabhängigkeit gemeint ist, die den Angehörigen eines bestimmten Standes Privilegien sichert. Die Autonomie des Arztes hat – nach meiner Überzeugung – ihre Berechtigung nur in einer Partnerschaft, die sich auf Vertrauen stützt. Dieses im Gespräch mit Patienten und Politikern zu stärken, muß uns angelegen sein!

Anschrift des Verfassers:

Dr. med. G. Iversen, Internist, Psychotherapie, Bismarckallee 8-12, 2360 Bad Segeberg

Hochdruck bei einseitigen Nierenerkrankungen*

von H. Dobbelstein

Aus der II. Medizinischen Abteilung des Städtischen Krankenhauses München-Harlaching (Chefarzt: Professor Dr. med. H. Edel)

In den Empfehlungen der Deutschen Liga zur Bekämpfung des hohen Blutdruckes sind im diagnostischen Minimalprogramm bei Hypertonie Untersuchungen des Urinsediments, die Bestimmung von Serum-Kreatinin und -Kalium und fakultativ ein Ausscheidungsurogramm aufgeführt. Die Ergebnisse dieser Untersuchungen sowie die Auskultation der Nierenarterien sollen Anhaltspunkte für eine sekundäre renale Hypertonie liefern. Mit einer renalen Genese des Hochdruckes muß man bei etwa jedem sechsten Hypertoni-ker rechnen. Auch *fakultativ einseitige* Erkrankungen der Niere können ätiologisch für einen Hochdruck verantwortlich sein:

1. Pyelonephritische Schrumpfnieren oder Narben mit Ischämie
2. Hydronephrosen
3. Stenosen der Arteria renalis durch Arteriosklerose oder fibromuskuläre Hyperplasie
4. Stenosen von Segmentarterien
5. Renin-produzierende Tumoren
6. Zysten
7. Thrombosen oder Embolien einer Arteria lobularis
8. Kompressionen der Arteria renalis oder einer Segmentarterie durch Tumoren oder Aortenaneurysmen
9. Aneurysmen der Arterie renalis

Glomerulär bedingte Ischämien sind in der Regel doppelseitig.

Pethogenisch scheint bei einseitigen Nierenerkrankungen die verminderte Durchblutung der ganzen Niere oder eines Segmentes für den Hochdruck von ausschlaggebender Bedeutung zu sein. Dies trifft vor allem für die Nierenarterienstenosen zu, die ca. fünf Prozent der Hypertoniefälle verursachen. Um eine

Nierenarterienstenose und ihre hämodynamischen Auswirkungen zu objektivieren, stehen derzeit folgende diagnostische Maßnahmen zur Verfügung:

1. Die klinische Untersuchung, bei der sich nach unserer Erfahrung in etwa 30 Prozent der Fälle ein Stenosegeräusch, entweder um den Nabel herum oder am Rücken über den Nieren, auskultieren läßt.
2. Das Frühurogramm, wobei die Niere, deren Arterie stenosierte ist, in der Regel etwas kleiner ist als die der Gegenseite, und sich verzögert urographisch anfärbt, aber länger kontrastiert dargestellt bleibt.
3. Das Isotopnephrogramm, mit oder ohne Sequenzsintigraphie und seitengetrennter ¹³¹J-Hippuran-Clearance, wobei auf der stenosierte Seite die Durchblutungs- und Sekretionsphase verzögert und die Clearance eingeschränkt ist.
4. Die Angiographie, die bei einer arteriosklerotisch bedingten Stenose typischerweise proximal eine Einengung mit poststenotischer Dilatation, bei der fibromuskulären Stenose dagegen perlschnurartige Deformierungen einer oder beider Nierenarterien, die oft bis in die Peripherie gehen, zeigt.
5. Der Rapaport-Test, eine Funktionsuntersuchung, bei der die einseitige Verminderung des Urinvolumens und der relativen Natriumausscheidung sowie der Stamey-Test, bei dem die Verminderung der Harnausscheidung sowie die Erhöhung der PAH-Konzentration als diagnostisches Kriterium für die hämodynamische Wirksamkeit einer Stenose herangezogen werden.
6. Die Reninaktivität im peripheren Venenblut und in beiden Nierenvenen.

7. Die Nierenbiopsie, wobei vor allem die nicht stenosierte Seite histologisch untersucht wird, um eine Schädigung dieser Niere durch den Hochdruck auszuschließen.
8. Die Blutdurchfluß- und Druckdifferenzmessung während der Operation.

Welche Methoden sind die treffsichersten und von der Gefährdung des Patienten sowie vom finanziellen Aufwand her am ehesten zu beantworten?

ad 1.:

Die Auskultation der Nieren sollte bei keinem Hypertoni-ker versäumt werden.

ad 2.:

Ein Frühurogramm ist sinnvoll, wenn bei der Auskultation ein Stenosegeräusch zu hören ist, und wenn im Falle einer Nierenarterienstenose tatsächlich eine Operationsindikation gegeben wäre. Dies trifft zu, wenn es sich um einen jüngeren Patienten mit einer schweren therapieresistenten Hypertonie handelt, der prinzipiell zu einem operativen Eingriff bereit wäre. Wenn der Patient von vorneherein einen operativen Eingriff oder eine Angiographie ablehnt oder Allgemeinzustand und Alter einen chirurgischen Eingriff ausschließen, dann erübrigt sich auch ein Frühurogramm. Ein konventionelles Urogramm ist indiziert, wenn ein pathologischer Urinbefund vorliegt oder sich aus der Anamnese Anhaltspunkte für eine Nierenerkrankung ergeben. Bei jedem Hypertoni-ker ein Ausscheidungsurogramm durchführen zu wollen (das hieße in der Bundesrepublik Deutschland etwa 6,5 Mio. Urogramme), würde sicher die personellen, apparativen und finanziellen Möglichkeiten übersteigen.

(Fortsetzung Seite 958)

* Nach einem Vortrag anlässlich einer Fortbildungsveranstaltung des Städtischen Krankenhauses München-Kempfenhausen.

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 Polyarthritis – Spondylitis ankylosans (M. Bechteraw) – 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

VOLTAREN

**Ampullen
für
den
akuten
Fall**



**Ischialgien
Lumbalgien
HWS-Syndrom
akuter Gichtanfall**

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 intraglutaal. 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.

V 3 78

GEIGY

ad 3.:

Das Isotopennephrogramm erfreut sich bei vielen Radiologen, Internisten und Urologen großer Beliebtheit. Es wird aber immer häufiger in Frage gestellt, daß es sich als Screening-Methode bzw. zur gezielten Aufdeckung einer Nierenarterienstenose bei einem Stenosegeräusch empfiehlt. Ein Vergleich der Ausscheidungsurographie mit Frühkuren auf der einen und der Jod-Hippuran-Clearance auf der anderen Seite zeigt, daß sich die Unkosten für die Jod-Hippuran-Clearance auf die Hälfte des Minutenurogramms belaufen und die Aussagekraft, d. h. die Zahl falsch positiver und falsch negativer Befunde, bei beiden Methoden etwa identisch ist. Dabei muß natürlich berücksichtigt bleiben, daß das erzielte Ergebnis zum Teil auch von der Patientenauswahl und der Erfahrung des Radiologen sowie der apparativen Ausstattung abhängt. Trotzdem ist dem Minutenurogramm als Suchtest der Vorzug zu geben, da es gleichzeitig wichtige morphologische Informationen über andere ein- oder doppelseitige renale Hypertoniefaktoren geben kann (pyelonephritische oder hydronephrotische Veränderungen, Mißbildungen, Zysten, Tumoren usw.) und so das weitere Vorgehen entscheidend beeinflussen kann. Durch eine Kombination des Minutenurogramms mit der Isotopen-Clearance läßt sich die Treffsicherheit nicht wesentlich steigern, jedenfalls nicht in einem Maße, welches die Mehrkosten rechtfertigen würde. Welche finanziellen Größenordnungen die Suche nach einer renovaskulären Hypertonie und ihre chirurgische Therapie erreichen, haben McNeill und Mitarbeiter (3) in den USA berechnet. Unter der Voraussetzung, daß die Häufigkeit des renovaskulären Hochdruckes fünf Prozent beträgt, kostet die Entdeckung jedes einzelnen Falles ca. 3000 \$, wenn man bei jedem Hochdruck-Kranken ein Minutenurogramm und eine Isotopen-Clearance durchführen würde. Die chirurgische Heilung mecht dann pro Patient einen Aufwand von ca. 18500 \$ erforderlich. Der zweite, diagnostische Schritt sollte also das Frühurogramm sein. Da das Minutenurogramm ein relativ kostspieliger Suchtest ist, hat sich in der Praxis als brauchbarer Kompromiß zwischen materiellem Aufwand und diagnostischem Mehrertrag eine Auf-

nahmeserie nach zwei, sieben, fünfzehn und dreißig Minuten bewährt (H. P. Wolff).

ad 4.:

Eine Angiographie ist immer dann indiziert, wenn aufgrund der vorangegangenen Untersuchungen eine Nierenarterienstenose wahrscheinlich ist und der Patient zu einem operativen Eingriff bereit und geeignet wäre. Dieser Punkt sollte besonders beachtet werden, da die Operationsletalität nach den vorliegenden Sammelstatistiken um fünf Prozent liegt. Angiogramme sind auch dann indiziert, wenn es sich um einseitige parenchymatöse Nierenerkrankungen handelt, die sich durch das Ausscheidungsurogramm nicht ausreichend abklären lassen (z. B. Nierentumoren oder Zysten, Mißbildungen oder Schrumpfnieren usw.). Wenn das Renovasogramm eine einseitige renovaskuläre Erkrankung aufdeckt, stellt sich die zweite, oft schwierigere diagnostische Frage: wie kann man eine Aussage darüber erhalten, ob nach einem operativen Eingriff der Hochdruck geheilt ist, ob er also mit der einseitigen Nierenerkrankung im kausalen Zusammenhang steht, oder ob es sich um das relativ häufige, zufällige Zusammentreffen einer essentiellen Hypertonie mit einer arteriosklerotisch bedingten Nierenarterienstenose oder perenchymatösen Nierenerkrankungen handelt? Auf die verlässliche Beantwortung dieser Frage ist schon sehr viel Mühe und Phantasie verwandt worden.

ad 5.:

Die oben angeführten seitengetrenten Funktionsuntersuchungen der Nieren (Rapaport-, Stamey- und Howerd-Test) sind heute kaum mehr in Gebrauch, da die in jedem Fall notwendige Katheterisierung der Blase und der Ureteren eine Gefährdung des Patienten darstellt und ihre Aussagekraft nicht so groß ist wie die der seitengetrenten Reninbestimmung aus dem Nierenvenenblut.

ad 6.:

Zunächst ist darauf hinzuweisen, daß die Bestimmung der Reninaktivität aus dem venösen Blut keinerlei diagnostische Rückschlüsse auf die

Genese einer Hypertonie erlaubt. Die Reninaktivitäten müssen mit der Natriumbilanz bzw. mit der Natriumausscheidung im 24-Stunden-Urin unter „steady state“-Bedingungen in Beziehung gesetzt werden. Nur so lassen sich Normwerte aufstellen. Aber auch in dieser Weise korrelierte Reninbestimmungen lassen keinen beweiskräftigen Schluß bezüglich der Genese einer Hypertonie zu: Einerseits gibt es auch essentielle Hypertonien, die in bestimmten Stadien mit hohen peripheren Reninaktivitäten einhergehen, andererseits haben nahezu alle Antihypertensiva und Diuretika, mit denen die Patienten häufig vorbehandelt sind, einen Einfluß auf die Reninaktivität. Darüber hinaus sind Reninaktivitäten von der Körperlage, der Tageszeit, der Aktivität des adrenergen Systems u. a. abhängig. Renin-stimulierend wirken sämtliche Diuretika einschließlich der Aldosteronantagonisten, Renin-supprimierend Beta-Rezeptorenblocker, Reserpin, Alphametyldopa, Clonidin, Phentolamin, Guanethidin und Minoxidil. Ohne gesicherten Einfluß sind Natriumnitroprussid und Dihydralazin.

Um die hämodynamische Wirksamkeit einer Nierenarterienstenose festzustellen, wird die Reninaktivität im Blut beider Nierenvenen, sowie der Vena cava unterhalb und oberhalb der Einmündung der Nierenvenen bestimmt. Wenn es sich um eine hämodynamisch relevante Nierenarterienstenose handelt, liegt die

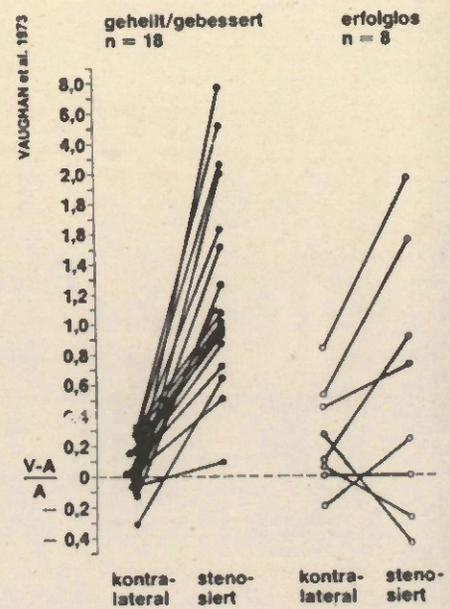


Abbildung 1

Reninaktivität auf der betroffenen Seite im Nierenvenenblut mindestens um den Faktor 1,5 höher als auf der gegenüberliegenden gesunden Seite. Seitenunterschiede werden unter Reninstimulation deutlicher. Deshalb werden von einigen Lebern zur Vorbereitung drei Tage lang dreimal zwei Tabletten eines Thiazid-Diuretikums verabreicht. Bei gleichzeitiger Bestimmung des arteriovenösen Quotienten beider Nieren wird die prognostische Treffsicherheit noch größer. Dabei erübrigt sich die Blutabnahme aus der Nierenarterie, da das Blut in der Vena cava unterhalb der Nierenvene oder Kapillarblut vergleichbare Reninaktivitäten wie in der Arteria renalis aufweist. Abbildung 1 zeigt die Ergebnisse von Vaughan, links die Befunde der Patienten, die durch die Operation geheilt wurden, rechts die Befunde erfolglos operierter Patienten. Bei den geheilten Patienten lag die e-v-Differenz ($\frac{v-a}{a}$) auf der nicht-stenosierte Seite um 0, d. h., die Reninproduktion war gedrosselt. Auf der stenosierte Seite dagegen betrug der Quotient $\frac{v-a}{a}$ mindestens 0,48. Wenn die arteriovenöse Differenz auf der scheinbar gesunden Seite über 0,48 liegt, so ist damit zu rechnen, daß durch die Hypertonie die Durchblutung der „gesunden Seite“ bereits infolge der sekundären Nephrosklerose beeinträchtigt ist, und diese „gesunde Seite“ für die Hypertonie mitverantwortlich ist.

Niedrige a-v-Differenzen auf der stenosierte Seite sprechen dafür, daß die Nierenarterienstenose hämodynamisch nicht wirksam ist, daß es sich also um eine zufällige Koinzidenz von Hochdruck und Nierenarterienstenose handelt. Dies ist bei älteren Leuten mit Arteriosklerose häufig zu beobachten. Wenn die genannten Kriterien erfüllt sind, d. h., wenn die Konzentration im Nierenvenenblut auf der betroffenen Seite doppelt so hoch liegt wie auf der gesunden Seite, und die arteriovenöse Differenz auf der gesunden Seite um 0 liegt, kann man von einem rekonstruktiven Eingriff mit größter Wahrscheinlichkeit (über 90 Prozent) eine Blutdrucksenkung erwarten.

ed 7.:

Histologische Befunde sind weniger aussagekräftig als die Ergebnisse der Reninbestimmung.

Die Ergebnisse rekonstruktiver Eingriffe bei fibromuskulären und arteriosklerotischen Nierenarterienstenosen in den Jahren 1959 bis 1976 an den Universitätskliniken Köln und München, die von F. W. Schildberg und H. Denecke (4) zusammengestellt und analysiert wurden, zeigen die Abbildungen 2 und 3. Bei 68 von 110 Patienten mit fibromuskulären Stenosen waren postoperativ die Blutdruckwerte normal, bei 25 war der Blutdruck deutlich gebessert, lediglich zehn Prozent der Fälle blieben unbeeinflusst. Dabei ist

zu berücksichtigen, daß ein Teil der Patienten zu einer Zeit operiert wurde, als keine seitengetrenten Reninbestimmungen möglich waren. Die heutigen Ergebnisse sind deshalb noch besser. Die Operationsletalität betrug bei einem mittleren Patientenalter von 31 Jahren 4,5 Prozent. Von den verstorbenen fünf Patienten waren allerdings drei über 40 Jahre alt und zwei hatten doppel-seitige Stenosen. Um die Operationserfolge richtig beurteilen zu können, muß man auch die Spätergebnisse kennen: Der Prozentsatz der Patienten mit postoperativ normalem Druck nimmt nämlich nach einigen Jahren wieder ab: Sechs bis siebzehn Jahre nach der Operation haben noch 52 Prozent der Patienten normale Blutdruckwerte.

Die Ergebnisse bei Patienten mit arteriosklerotisch bedingten Nierenarterienstenosen, die etwa 70 Prozent des Krankengutes ausmachen, sind wesentlich ungünstiger (Abb. 3).

Bei den arteriosklerotisch bedingten Nierenarterienstenosen waren unmittelbar postoperativ bei 47 Prozent die Blutdruckwerte normal (gegenüber 62 Prozent bei den fibromuskulären Stenosen),

33 Prozent der Fälle waren gebessert und 13,3 Prozent unbeeinflusst. Bemerkenswert ist, daß die Operationsletalität bei einem durchschnittlichen Patientenalter von 44 Jahren 7,6 Prozent betrug und daß die Spätergebnisse deutlich schlechter

Candida Lokalid[®] Creme

preisgünstig

30 g Tube

10,95

Hefe-
spezifisches
Antibiotikum

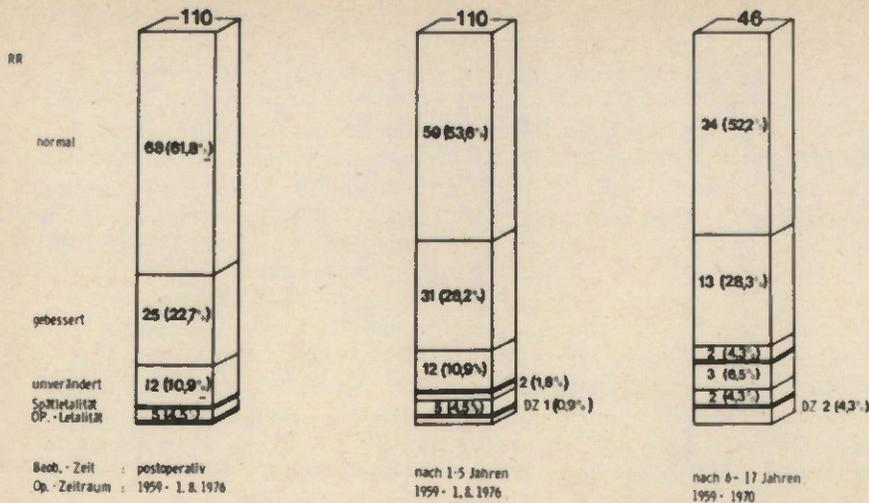
Antimikrobielle Nystatin-
Creme mit spezifischer
Wirkung gegen Hefen,
sowie mit fungistati-
schem und bakterizidem
Effekt.

Indikationen:
hochwirksam bei allen Arten von Hefe-
infektionen (Candidiasis, Moniliasis) der Haut
und der Schleimhaut, der Nägel und der
behaarten Körperstellen. Außerdem bei Inter-
digitalmykosen, Balanitis, anorektalem
Syndrom und Vulvitis.
Durch den Zusatz von Chlorhexidin-hydro-
chlorid werden grampositive und gram-
negative Keime abgetötet. Eine Einwirkung
auf Bakterienporen 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



BORSCH & CO. KG.
8000 MÜNCHEN 70



Chirurg. Universitätsklinik München (1962 - 1.8.1976) und Köln (1959 - 31.3.1973)

Abbildung 2

Renovaskulärer Hochdruck (DZ = Dunkelziffer)

Früh- und Spätergebnisse operativer Therapie bei fibromuskulärer Dysplasie (mittleres Operationsalter: 31,6 Jahre)

(nach Schildberg und Denecke)

sind als bei den fibromuskulären Stenosen:

Bereits ein bis fünf Jahre postoperativ beträgt der Anteil der Patienten mit normalem Blutdruck lediglich noch 25 Prozent. Gebessert bleiben 36 Prozent. Sechs bis sieben Jahre nach der Operation waren bereits die Hälfte der Patienten verstorben. Nur noch 21 Prozent hatten einen normalen und 22 Prozent einen gegenüber den präoperativen Werten gebesserten Blutdruck. Diese Spätergebnisse sollte man in die therapeutischen Überlegungen

mit einbeziehen, und zwar nicht erst, wenn man vor der Entscheidung zu operativem Vorgehen steht, sondern schon vor der Durchführung der für die Operation erforderlichen invasiven Diagnostik. Wie aus Abbildung 4 ersichtlich, ist das Alter der Patienten ein wichtiger Faktor für den Operationserfolg. In einer Serie, die Heberer 1967 veröffentlichte, resultiert die Gesamtoperationsletalität aus den sechs Todesfällen der Altersgruppe zwischen 41 und 63 Jahren. Bemerkenswert ist auch, daß von den operierten Patienten, die sechs bis

sieben Jahre nach der Operation verstarben, ein Drittel einen normalen Blutdruck, ein Drittel gebesserte und ein Drittel unbeeinflusste Blutdruckwerte hatten. Die Haupttodesursachen waren Herz- und Hirninfarkte.

Schlußfolgerung

Zu einer rekonstruktiven Operation sollte man Patienten um so mehr raten, je jünger sie sind, je schwerer die Hypertonie bzw. je schwieriger die konservative Einstellung des Hochdruckes ist und vor allem, wenn eine fibromuskuläre Stenose zugrunde liegt.

Einseitig parenchymatöse Erkrankungen der Niere

Bei einseitig parenchymatösen Nierenerkrankungen müssen die Überlegungen zur Indikation eines operativen Eingriffes noch differenzier-

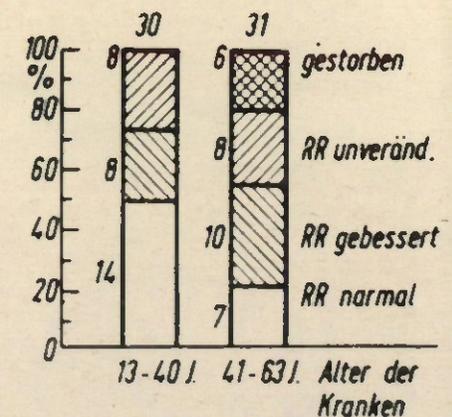
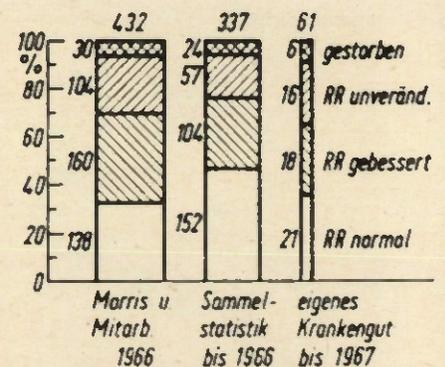


Abbildung 4

oben: Operationsergebnisse beim renovaskulären Hochdruck
unten: Altersabhängigkeit der Operationsergebnisse beim renovaskulären Hochdruck (Revaskularisation und Nephrektomie)
(aus Heberer, 1967)

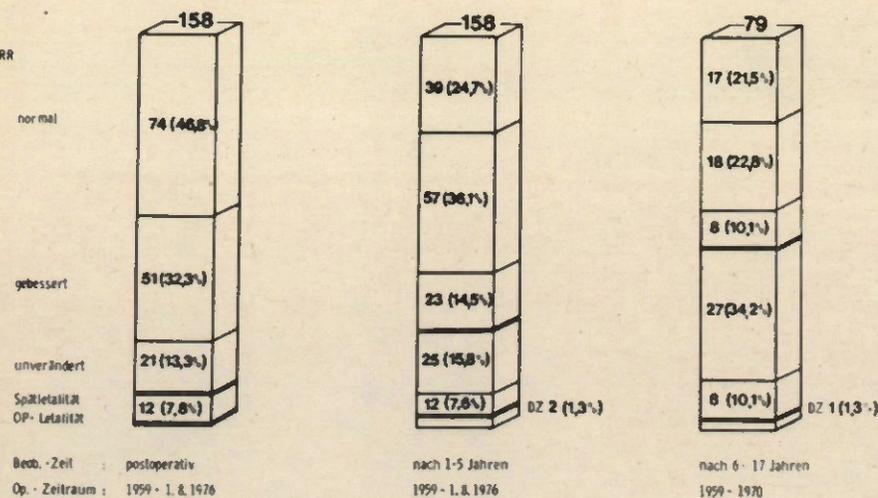


Abbildung 3

Renovaskulärer Hochdruck (DZ = Dunkelziffer)

Früh- und Spätergebnisse operativer Therapie bei Arteriosklerose (mittleres Operationsalter: 44,1 Jahre)

(nach Schildberg und Denecke)

Dysbakterie

Gärungs- und Fäulnisdyspepsien
Störungen im gesamten Verdauungstrakt

SULFredox[®] schafft Eubakterie ohne Diät

Die 2-Phasen-Wirkung



SULFredox enthält amphotere Mineralstoffe, welche die Redox-Systeme und pH-Werte im Verdauungstrakt wiederherstellen und aufrechterhalten.

Prophylaktisch verabreicht, stabilisiert SULFredox die physiologische Darmflora und deren Lebensmilieu. Biologisch-amphotere Salzgemische halten die Redox-potentiale im Gleichgewicht und ergänzen die Salzverluste, welche durch Schwitzen entstehen.

Indikationen:
Dysbakterie verschiedener Genese, chronische habituelle Obstipation und Diarrhoe, zur Wiederherstellung des Säure-Basen-Gleichgewichtes im Verdauungstrakt. Normalisierung des pH-Wertes und des Redox-Potentiales im Darmmilieu, dadurch gesunde Lebensbedingungen für die physiologische Darmflora. Umstimmungstherapie, Gärungs- und Fäulnisdyspepsien, Gastritis, Ulcus ventriculi et duodeni, Hepatopathien, Cholecystopathien, Pankreatopathien, Colica mucosa, Osteoporose, Akne vulgaris, Allergien, Adjuvans bei der internen Krebstherapie, Stoffwechsellstörungen, Roemheld'scher Symptomenkomplex.

Kontraindikationen:
Eisenkumulation (Hämochromatosen, chron. Hämolysen), Eisenverwertungsstörungen (Sideroachrestische Anämien, Bleianämien, Thalassämien).

Zusammensetzung:

1 Dragée SULFredox enthält:

Na-Al-Silikat 320,00 mg
Sulfur dep. 115,00 mg
Calc. carb. praec. 17,50 mg
Na-l-ascorbic. 30,00 mg

Ferr. glucon. 2,00 mg
Cobalt. chlorat. 0,25 mg
Mangan. chlorat. 0,25 mg
Saccharum lact. 235,18 mg

SULFredox entzieht den Dysbakterien den Nährboden, so daß die Eubakterien sich auf physiologischem Milieu entwickeln können.



Original-Packung
60 Dragées AVK DM 10,01
Kurpackung
250 Dragées AVK DM 30,48
Granulat
120 g AVK DM 5,85
Granulat
250 g AVK DM 11,09

Arzneimittel so natürlich wie möglich
KURT MERZ · 6497 STEINAU

TOSSA
ARZNEI

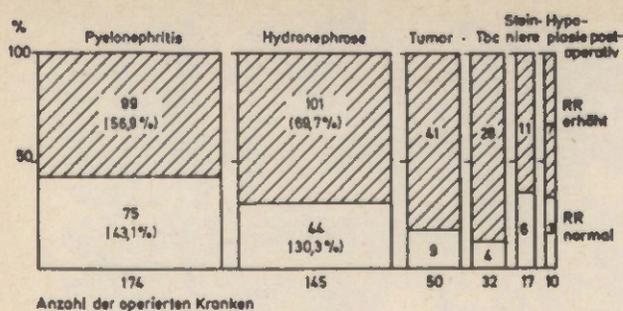


Abbildung 5
(nach Albrecht, Eigler und Lohmann)

Gesamtfunktion beträgt, ist die Frage zu klären, ob eine rekonstruktive Operation mit Wiederherstellung eines normalen Abflusses möglich ist. Der Grund dafür, daß die seitengetrennte Reninbestimmung bei den Hydronephrosen nicht die gleiche Treffsicherheit wie bei Nierenarterienstenosen hat, ist noch nicht hinreichend geklärt. Man kann annehmen, daß es, wie bei der Glomerulonephritis, außer dem Renin-Angiotensin-System noch andere drucksteigernde Pethomechanismen gibt. Die Indikation zur Nephrektomie sollte in solchen Fällen sehr zurückhaltend gestellt werden. Man sollte also zunächst einmal geduldig versuchen, den Hochdruck konservativ einzustellen. Dies ist mit den modernen Antihypertensiva auch in zunächst scheinbar therapierefraktären Fällen häufig möglich, zumal von vielen Patienten die konservative Therapie einer Nephrektomie trotz des relativ geringen Operationsrisikos vorgezogen wird.

ter sein als bei der Nierenarterienstenose. Auch hier gibt es zwar eindeutige Fälle, z. B. Nierentumoren, bei denen die Nephrektomie unabhängig von einer möglicherweise tumorbedingten Hypertonie indiziert ist, im übrigen ist die Fragestellung aber meist komplizierter.

Wurde im Ausscheidungsurogramm eine einseitige Verkleinerung der Nieren festgestellt, ist es — unabhängig von der Anamnese — sinnvoll, eine seitengetrennte Bestimmung der Reninaktivität im Nierenvenenblut — wie bei der Nierenarterienstenose — durchzuführen. Die Erhöhung der Reninaktivität auf der Seite der Schrumpfniere und eine gleichzeitige Suppression auf der anderen Seite erleichtert den Entschluß zur Nephrektomie wesentlich. Hayduk (Tübingen) hat mit Hilfe dieses Vorgehens die Erfolgsquote hinsichtlich der Blutdrucksenkung wesentlich verbessern können. Wenn man die Patienten nicht in dieser Weise selektioniert, dann ist nach einer Nephrektomie nur in ca. 30 Prozent der Fälle mit einer Normalisierung des Blutdruckes zu rechnen. Ein Grund dafür ist, daß zumindest bei Erwachsenen die essentielle Hypertonie und eine einseitige Nierenerkrankung relativ häufig koexistieren. Im Kindesalter ist die Erfolgsquote hinsichtlich der Hypertonie bei einseitiger Nephrek-

tomie wesentlich höher. Korreliert man den Effekt der Nephrektomie auf den Hochdruck nach einseitiger Nephrektomie mit verschiedenen renoparenchymatösen Erkrankungen, wie es Albrecht und Mitarbeiter getan haben (Abb. 5), so findet man die höchste Erfolgchance bei der pyelonephritischen Schrumpfniere (über 40 Prozent). Die geringsten Erfolgsaussichten durch Nephrektomie sind bei der Tuberkulose zu erwarten. Allerdings dürfte hier eine Nephrektomie aus anderen Gründen oft sinnvoll sein, zumindest dann, wenn die Nierenfunktion auf der betroffenen Seite bereits wesentlich eingeschränkt ist. Dies ist ein Argument für eine präoperativ durchzuführende seitengetrennte Clearance, unabhängig davon, ob es sich um eine pyelonephritische Schrumpfniere oder eine Hydronephrose handelt. Ist die Nierenfunktion der erkrankten Seite auf weniger als 15 Prozent der Gesamtfunktion eingeschränkt, so kann man mit gutem Gewissen diese Niere entfernen. Die chronische Hydronephrose, bei der in etwa 30 Prozent mit einem Operationserfolg gerechnet werden kann, hat dadurch eine Sonderstellung, daß hier auch die sekundäre Hypertonie seltener von einer Erhöhung der Reninaktivität im Nierenvenenblut begleitet ist. Wenn bei der Hydronephrose die Restfunktion über 20 Prozent der

Literaturverzeichnis

- EIGLER, F. W. und J. MEDRANO: Die operablen Hypertonieformen. *Fortschr. Med.* **11** (1974), 452.
- HAYOUK, K. et al: Special Patterns of Renovascular Hypertension. *Contr. Nephrol.* **3** (1976), 160.
- McNEIL, B. J. et al: Cost effectiveness Calculations in the Diagnosis and Treatment of Hypertensive Renovascular Disease. *New Engl. J. Med.* **293** (1975), 216.
- SCHILDBERG, F. W. und H. OENECKE: Renovaskulärer Hochdruck. *Oeläbchir. Symposium der Universitätsklinik München, 1977.* Im Druck.
- VAUGHAN, E. D. et al: Renovascular Hypertension: Renin Measurements to Indicate Hypersecretions and contralateral Suppression. Estimate Renal Plasma Flow, and Score for Surgical Cureability. *Am. J. Med.* **55** (1973), 402.

Anschrift des Verfassers:

Professor Dr. med. H. *Dobbelstein*, Oberarzt, Sanatoriumsplatz 2, 8000 München 90

Gebrauchsfertig und in kompletten Sätzen für sichere Ergebnisse bei Einzel- und Serienanalysen

Dr. Lange Tests

Überzeugen Sie sich von den wirtschaftlichen Vorteilen der Dr. Lange Tests.

Dr. Lange Tests zeichnen sich aus durch universelle Anwendbarkeit:

Sie sind problemlos photometrisch meßbar. Es können NP-Rundküvetten und Rechteck-Küvetten eingesetzt werden. Für die Messungen eignen sich alle Dr. Lange Photometer und Photometer anderer Hersteller.

DR LANGE

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

Fortschritte in der antibakteriellen Therapie

59. Fortbildungstagung in Regensburg

Dr. P. Schacht, Wuppertal:

Neue Entwicklungen und theoretische Grundlagen bei Penicillinen

Die Entdeckung der Sulfonamide und der Penicilline auf dem Gebiet der antibakteriellen Chemotherapie ist mit der Erfindung der ersten Flugapparate vergleichbar. Hier wie dort wurde ständig weitergearbeitet: modifiziert, verbessert und weiterentwickelt. Dies ist zwar nicht von gleicher Tragweite wie die Entwicklung des Grundprinzips, erfordert jedoch ebenfalls ein hohes Maß forscherscher Leistung. Heute dauert es ca. sieben bis zehn Jahre von der Synthese bis zur Verfügungstellung eines neuen Penicillins, da nach ge- glückter Synthese Fragen der groß- technischen Herstellung, der Rentabi- lilität geklärt und schließlich Ver- träglichkeit und Wirkung in Tier- und Humanversuchen überprüft werden müssen. Die Entwicklung zahlreicher Präparate in den letzten 30 Jahren ist bekannt – hier sollen nur die allerneuesten Präparate besprochen werden. Durch den Strukturwandel bakterieller Infektionen ergab sich die Notwendigkeit nach der Suche von Substanzen mit erhöhter Wir- kungsintensität.

Die wichtigsten der neuen Präparate sind Ticarcillin (Aerugipen®) und die beiden Acylureidopenicilline Azlocil- lin (Securopen®) und Mezlocillin (Baypen®). Eine vergleichende Über- sicht zeigt eine deutliche Steigerung der Aktivität bei Mezlocillin gegen die meisten gram-negativen Erreger mit Ausnahme von *Proteus mirabilis* und *Shigella*; hier ist die Aktivität aller Präparate vergleichbar gut. Gegen *Pseudomonas* besitzt das Azlocillin eine herausragende Aktivi- tät. Bei vergleichenden Aktivitätsan- gaben gram-positiver Erreger fällt die hohe Wirksamkeit der Acylurei- dopenicilline gegen Enterokokken auf. Mezlocillin und Azlocillin sind die ersten Penicilline, die eine nen- nenswerte Aktivität gegen Klebsle- llen besitzen; eine Sonderstellung hat das Azlocillin mit seiner hohen Aktivität gegen *Pseudomonas*. Die neuen Penicilline werden bei perora-

ler Verabreichung nicht in genügen- dem Maße resorbiert, somit bleibt ihr Einsatz auf die Klinik beschränkt. Carpenicillin, Ticarcillin, Azlocillin und Mezlocillin verhalten sich im Hin- blick auf Serum- und Gewebskon- zentration ähnlich. Die renale Clea- rance ist für alle vier Präparate ver- gleichbar, wie auch die Eiweißbin- dung mit 30 bis 50 Prozent. Die bis- herigen kinetischen Daten zeigen, abgesehen von der hohen Gallen- ausscheidung für Mezlocillin, keine für die Klinik entscheidenden Unter- schiede.

Privatdozent Dr. H. Lode, Berlin:

Neue Entwicklungen und theoretische Grundlagen bei Cephalosporinen

Cephalosporine sind bakterielle Beta-Lactamring-Antibiotika mit ei- nem breiten antibakteriellen Spek- trum. Der Wirkungsmechanismus der Cephalosporine entspricht dem der Penicilline: Hemmung der Biosyn- these der Bakterienzellwand durch Reaktion und Inaktivierung der Transpeptidase bei der proliferie- renden Bakterienpopulation. Uner- wünschte Wirkungen treten verhält- nismäßig selten auf. Seit 13 Jahren haben sich diese Antibiotika bewährt und sind äußerst beliebt, obwohl nach kritischer Würdigung der Ce- phalosporin-Eigenschaften im Grun- de nur wenige Indikationen verblei- ben: Anfangsbehandlung von Kran- kenhausinfektion ohne Keimnach- weis, Vorliegen einer Penicillinaller- gie (cave in 10 bis 14 Prozent Kreuz- Allergien), bei Ampicillin-resistenten Keimen, prophylaktisch bei einigen chirurgischen Maßnahmen (z.B. Herz- klappenprothesen, Gefäßoperatio- nen) und bei einigen pädiatrischen Infektionen wegen der guten Verträ- glichkeit. Kritisch anzumerken ist die große Zahl Cephalosporin-Präparate. Zu den bewährten Cephalosporinen (Cefalothin®, Cefaloridin®, Cephale- xin®) sind in den vergangenen Jah- ren Cefazolin®, Cefactin®, Cefapirin® und Cefradin® gekommen. Neu zu- gelassen und unmittelbar vor der Einführung stehende Substanzen für

die parenterale Therapie sind Cefa- mandol®, Cefoxitin® und Cefuroxim®, die sogenannten Cephalosporine der zweiten Generation. Grundsätzlich kann festgestellt werden, daß die drei letztgenannten eine verbesserte und verbreiterte Aktivität gegenüber Enterobacteriaceae aufweisen bei Abnahme der Wirkung im gram-positi- ven Bereich.

Der Vergleich der MIC-Werte gegen- über einer Vielzahl von frisch isolier- ten Bakterien ergab folgendes Er- gebnis: Bei den häufigsten gram- negativen Keimen wie *E. coli*, *Pro- teus mirabilis*, Klebsiellen und *Citro- bacter* bietet Cefamandol im Mittel die niedrigsten, therapeutisch reali- sierbaren Hemmwerte. Cefoxitin zeigt bei *Proteus vulgaris*, *Proteus morga- nii*, *Providencia* und *Serratia* eindeu- tige Vorteile, darüber hinaus weist dieses Antibiotikum die günstigste Aktivität gegen anaerobe Keime auf. Cefuroxim ähnelt in seiner Wirkung mehr dem Cefamandol und hat – wie dieses – zusätzliche günstige MIC-Werte gegen *Haemophilus* in- fluenza-Stämme, insbesondere auch bei Ampicillin-Resistenz. Auch die neuen Cephalosporine werden vor- wiegend über die Nieren ausgeschie- den.

Die Elimination läuft sowohl über die glomeruläre Filtration wie auch über die tubuläre Sekretion. Die Dosie- rung hat sich folglich der individuel- len Nierenfunktion des Patienten strikt anzupassen. Bei mäßiger Nie- renfunktionseinschränkung sollte die Dosis um das zwei- bis dreifache, bei fortgeschrittener auf das vier- bis sechsfache und bei präterminaler Niereninsuffizienz um das sieben- bis fünfzehnfache reduziert werden. Die Konzentration der Cephalosporine in den Gallenwegen steht in engem Zusammenhang zu den Serumspie- geln, dementsprechend weist z. B. das Cefazolin in den meisten Fällen therapeutische Konzentrationen auf. Sobald Gallenwegsabflußstörungen vorliegen, kann mit keiner wirksamen Cephalosporin-Konzentration mehr gerechnet werden. Die Diffusion der Cephalosporine in den Liquor cere- brospinalis ist gering – vielleicht mit Ausnahme des Cefacetrils. Grund- sätzlich sind daher Cephalosporine bei der bakteriellen Meningitis keine Mittel der ersten Wahl. Einige der häufigsten Nebenwirkungen der Ce- phalosporine stehen im Zusammen- hang mit ihrer Applikation: Schmer- zen bei der intramuskulären Injek-

tion, Phlebitis bei der intravenösen Gabe und gastrointestinale Symptome, insbesondere Diarrhoen nach oraler Verabreichung. Allergische Reaktionen stehen an zweiter Stelle der Nebenwirkung. Mit einer primär allergischen Reaktion muß in zwei bis fünf Prozent der Cephalosporine-Behandlung gerechnet werden. Bei Penicillin-Allergikern kann diese Frequenz bis zu 13 Prozent steigen.

*Professor Dr. P. Neumann,
Düsseldorf:*

Neue Entwicklungen und theoretische Grundlagen bei Aminoglykosiden

Neben das bekannte und bewährte Gentamicin sind in den letzten Jahren — alternativ bzw. auch ergänzend — Tobramycin, Sisomicin und Amikacin getreten. Mit der Entwicklung und Ausbreitung weiterer neuer Aminoglykoside, wie z. B. Netilmicin, ist in absehbarer Zeit zu rechnen. Als Folge dieser zunehmenden Vielfalt des pharmazeutischen Angebotes mit identischer Indikation beginnt sich — ähnlich wie bei den Aminopenicillinen und Cephalosporinen — eine gewisse Verwirrung und Unsicherheit in der Ärzteschaft abzuzeichnen, zumal die Unterschiede zwischen den einzelnen Präparaten vielfach nur gering und für den Arzt am Krankenbett nicht immer klar erkennbar sind. Der konventionelle klinisch-kasuistische Versuch ist zwar geeignet, um alternativ zwischen Wirksamkeit und Unwirksamkeit zu unterscheiden, erweist sich jedoch als unzureichend, wenn es — wie bei den neuen Aminoglycosid-Antibiotika — darum geht, graduelle Unterschiede präzise und qualitativ zu erfassen.

Nachfolgend soll daherversucht werden, mit den Resultaten eigener in vitro-Untersuchungen zur antibakteriellen Aktivität sowie mit den Ergebnissen klinisch-pharmakologischer Studien eine vergleichende Wertung zu gewinnen und die Differentialindikation der einzelnen Aminoglykoside zu definieren.

In einer vergleichenden Untersuchung der antibakteriellen Aktivität von Gentamicin, Sisomicin, Netilmicin und Amikacin an 192 frisch isolierten Stämmen von Enterobakterien und *Pseudomonas aeruginosa* bestätigt sich die besondere Effektivität von Amikacin gegen Erreger mit

Resistenz für die Aminoglykoside der sogenannten „Gentamicin-Gruppe“ sowie die weitgehende Übereinstimmung in den bakteriologischen Eigenschaften von Gentamicin, Sisomicin und Netilmicin. Netilmicin hat zusätzlich eine punktuelle überlegene Aktivität gegen Gentamicin- und Sisomicin-resistente Klebsiella- und (partiell) Coli-Stämme. In ihrem pharmakokinetischen Verhalten erweisen sich Gentamicin, Sisomicin, Netilmicin und Tobramycin als nahezu identisch. Bei vergleichbarer Eliminationshalbwertszeit und Recovery im Urin liegen bei derselben Dosierung (1 mg/kg) die Serumspiegel dicht beisammen. Damit rechtfertigt sich die einheitliche Festlegung von breakpoints zur Interpretation der Erregerempfindlichkeit mit 1 und 4 mcg/ml für diese vier Präparate der Gentamicin-Gruppe.

Für das grundsätzlich höher dosierte Amikacin (5 mg/kg) ergeben sich ca. fünfmal höhere Serumspiegel und damit breakpoints von 4 und 16 mcg/ml. Aus einer gemeinsamen Betrachtung von antibakterieller Aktivität und Serumspiegel in vivo resultiert die Erkenntnis, daß Gentamicin, Sisomicin, Tobramycin und Netilmicin trotz gradueller Wirkungsunterschiede ein grundsätzlich identisches Indikationsgebiet haben und alternativ und nach freiem Ermessen des behandelnden Arztes bei nachgewiesener Empfindlichkeit eingesetzt werden können. Amikacin hat wegen seiner überlegenen Wirkung auf Erreger mit Resistenz gegen die Aminoglykoside der „Gentamicin-Gruppe“ eine Sonderstellung und sollte wegen seiner hier eventuell lebensrettenden Bedeutung restriktiv nur in dieser Indikation zu Anwendung kommen.

Professor Dr. H. Knothe, Frankfurt: **Neue Entwicklungen und theoretische Grundlagen bei Trimethoprim und Sulfonamiden**

Als vor zehn Jahren Trimethoprim in Verbindung mit einem Sulfapreparat, dem Sulfamethoxazol (Bactrim®, Eusaprim®), in fixer Kombination in die Therapie eingeführt wurde, überwogen zunächst die kritischen Stimmen. Inzwischen sind in zahlreichen mikrobiologischen, pharmakokinetischen, vor allem aber auch klinischen Studien Beweise dafür geliefert worden, daß diese Kombination bei zahlreichen akuten und chroni-

schen Infekten, ebenso bei bestimmten spezifischen Infektionskrankheiten, vielfach das Mittel der ersten Wahl ist. Ausgezeichnete Wirkungen findet man bei Erkrankungen der ableitenden Harnwege, der Pyelonephritis, der chronischen Bronchitis, Gallenwegserkrankungen, aber auch bei der Bakterienruhr, bei Salmonellenkrankungen, der Sanierung von Typhus- und Paratyphusausscheidern. Die Quote der Nebenwirkungen (Hauterytheme 2,5 bis 3 Prozent, Thrombozytopenien und Leukopenien 2,5 bis 4 Prozent sowie Intestinalstörungen 5 bis 6 Prozent) ist in den letzten zehn Jahren konstant geblieben. Besonders für die Hauterytheme muß das Sulfonamid verantwortlich gemacht werden. Bei der Kombination ist das Trimethoprim der entscheidende Kombinationspartner. Der Wirkungsmechanismus ist seit Jahren bekannt; er besteht in der Hemmung der Reduktion von Folsäure zu Di- bzw. Tetrahydrofolsäure. Er greift damit etwas später in den gleichen Syntheseprozess ein wie die Sulfonamide. Das antibakterielle Wirkungsspektrum umfaßt eine große Zahl gram-positiver und gram-negativer Erreger. Resistent sind Bacteroidesspezies, Pseudomonasspezies, Spirochäten, Myobakterien. Ebenso wirkt Trimethoprim nur schwach auf Enterokokken, Neisserien und Clostridien. Trimethoprim allein führt von einem bestimmten Schwellenwert an zu einer irreversiblen Keimschädigung, wobei diese durch eine Heraufsetzung der Wirkstoffkonzentration aber nicht mehr gesteigert werden kann. Innerhalb der Sulfonamidgruppe ist die antibakterielle Wirkung hinsichtlich Wirkungsspektrum und Wirkungstyp weitgehend identisch. Es lassen sich zwar in der Wirkungsintensität in vitro-Unterschiede zwischen den verschiedenen Derivaten erkennen, die zweifellos keine klinische Relevanz besitzen. Der Unterschied der verschiedenen Sulfonamide liegt somit fast ausschließlich in ihren pharmakokinetischen Eigenschaften. Das antibakterielle Wirkungsspektrum der Sulfonamide umfaßt mehr oder weniger die gleichen Erreger, die durch Trimethoprim beeinflusst werden. Die Kombination von Trimethoprim mit einem geeigneten Sulfonamid führt bei empfindlichen Keimen zu einem einwandfreien synergistischen Effekt. Wichtig ist die Tatsache, daß bei Patienten mit Einschränkung der Nierenfunktion bei einer Kreatinin-Clearance unter 30 ml/min für Trimetho-

Kostbare Jahre
Weniger
Risiko

für Ihre Altershypertoniker



ASGOVISCUM[®] forte

rein pflanzlich, sorgfältig abgestimmt

- mildert Altershochdruck (ohne orthostatische Dysregulationen)
- stärkt das alte Herz (besonders wichtig beim Altershochdruck)
- beseitigt subjektive Hochdruckbeschwerden (Kopfdruck, Ohrensausen, Schwindelgefühl, Schlaflosigkeit, allgem. Unruhe)



INDIKATIONEN: Labile und essentielle Hypertonie, Herz-Kreislauf-Schwäche

DOSIERUNG UND ANWENDUNGSWEISE: 3 x 20 Tropfen bzw. 3 x 1 Kapsel täglich. Eine regelmäßige Anwendung über einen längeren Zeitraum ist anzuraten. Als Erhaltungsdosis genügen meist 1-2 Kapseln bzw. 2 x 10 Tropfen täglich.

NEBENWIRKUNGEN, BEGLEITERSCHENUNGEN: Asgoviscum forte zeichnet sich durch gute Verträglichkeit aus. Unerwünschte Nebenwirkungen sind nicht bekannt. Aus diesem Grunde ist das Präparat für die Dauerbehandlung besonders geeignet.

ZUSAMMENSETZUNG: Tropfen: 100 g enthalten Alkohol-Auszug 1,3 aus Herba Visco albi (Mistel) 45,0 g, Fructus Crataegi oxyc. et monogyn. (Weißdorn) 4,5 g, Radix Rauwolfiae serp. (eingestellt auf 1,2 mg Gesamt-Alkaloid/mg), Bulbus Alli sativi (Knoblauch) 0,15 g, Mono-, Di- und Tri-(hydroxymethyl)-rutin 1,0 g.

Kapseln: Eine Kapsel enthält Extract Visco albi (Mistel) 30,0 mg, Extract Crataegi e fruct. (Weißdorn) 6,0 mg, Extract Rauwolfiae serp. (eingestellt auf 1,2 mg Gesamt-Alkaloid/Kps.), Bulbus Alli sativi (Knoblauch) 1,0 mg, Rutin 10,0 mg.

HANDELSFORMEN UND PREISE: Packung mit 30 ml Tropfen DM 6,99; Packung mit 100 ml Tropfen DM 18,92; Anstaltspackung; Packung mit 30 Kapseln DM 6,64; Packung mit 100 Kapseln DM 17,99; Anstaltspackung.

Tageskosten der Dauertherapie DM 0,36

Rhein-Pharma
Arzneimittelwerk GmbH · Plankstadt

prim Dosisanpassungen erforderlich sind, die in der fixen Kombination auch das Sulfonamid betreffen. Schließlich noch ein Wort zur Resistenzsituation unter einer Therapie mit Trimethoprim/Sulfonamid. Weder mit Trimethoprim allein noch mit einer Sulfonamidkombination konnte bei einer Therapiedauer von vier bis zwölf Wochen die Entwicklung Trimethoprim-resistenter Bakterienstämme, vor allem von Enterobakterien, beobachtet werden. Was die Dosierung der Kombination angeht, sollte nicht die Schwere der Infektion den Modus der Dosierung bestimmen, sondern ausschließlich die Lokalisation des Prozesses sowie die Empfindlichkeit der oder die für die Erkrankung verantwortlichen Erreger. Hierbei müssen wir uns darüber im klaren sein, daß letzter Punkt nicht immer erreicht werden kann.

Professor Dr. K. H. Spitz, Wien:

Klinische Anwendung der neuen Chemotherapeutika in der Inneren Medizin

In letzter Zeit sind die schon etwas erstarrten Fronten im Bereich der antibakteriellen Chemotherapeutika wieder in Bewegung geraten. Davon sind vor allem die Beta-Lactam-Antibiotika Penicilline und Cephalosporine, die Aminoglykoside der Kanamycin- und Gentamycin-Gruppe und die Kombinationen von Sulfonamiden und Trimethoprim betroffen. Wenn man von den Eitererregern ausgeht und die sogenannten spezifischen Infektionen, wie Tuberkulose, Brucellose, Salmonellose usw., abzieht, so stellen sich in der inneren Medizin vor allem die chronischen Infektionen und die Sekundärinfektionen als Probleme dar. Dazu gehören die Harnwegsinfektionen, die chronischen pulmonalen Infektionen, chronische Osteomyelitis und septische Infektionen bei Immundefekten. Standen in den fünfziger Jahren die Staphylokokkeninfektionen auch als Sekundärinfektionen im Vordergrund, sind es heute vor allem die gram-negativen Stäbchenbakterien, die uns als Eitererreger Sorgen bereiten. Die Staphylokokkensituation, die Finland 1959 als weltweite Pandemie resistenter Erreger bezeichnete, konnte offensichtlich durch die Einführung der hochdosierten Penicillin-Therapie und die Oxacilline weitgehend beherrscht werden. Unter der Penicillintherapie fingen allerdings die Klebsiellen an, uns Schwierig-

keiten zu machen. Die Einführung der Cephalosporine konnte diese neuen Schwierigkeiten gut beherrschbar machen. Übrig blieben besonders bei Verbrennungen und Infektionen, bei Immunsupprimierten, vor allem Pyozyaneus und neue Erreger, die bislang nur als Saprophyten und Kommensalen galten, wie Serratia, Mimeo, Herellia und andere. Die Penicilline, insbesondere das in sehr hoher Dosierung gegen Pyozyaneus wirksame Carbenicillin, wurden durch die Ureidopenicilline Azlocillin und Mezlocillin überholt. Die Referate des 10. Internationalen Chemotherapie-Kongresses haben — ebenso wie eine Endokarditisstudie der Paul-Ehrlich-Gesellschaft — eindeutig die Überlegenheit der Kombination von Beta-Lactam-Antibiotika und Aminoglykosiden ergeben, so daß diese beiden Penicilline sicher am wirksamsten in Kombination mit gezielt gegebenen Aminoglykosiden wirken.

Bei den Cephalosporinen bietet sich heute eine Gruppe an, die man nach O'Callaghan als vierte Generation (Vortrag Lode, Seite 965, „zweite Generation“) bezeichnen kann. Danach stehen heute vier Generationen zur Verfügung:

1. Cephalotin
2. Cephaloridin und Cephazolin
3. Cephalixin und Cephradin
4. Cephoxitin, Cefuroxim, Cefamandol und weitere neue Cephalosporine wie HR 756 und CGP 7174 E

Das Cephalotin muß hochdosiert gegeben werden, da es eine extrem kurze Halbwertszeit von 40 Minuten hat. Cephaloridin und Cephazolin haben eine Halbwertszeit von einer Stunde bzw. zwei Stunden. Das erstere muß wegen seiner potentiellen Nephrotoxizität unter strenger Kontrolle gegeben werden. Cephalixin und Cephradin sind oral applizierbare Cephalosporine, wobei eine hervorragende Resorption eine für Beta-Lactame überraschende Eigenschaft darstellt. Die neuen Cephalosporine sind wohl nur parenteral, besser i. v. applizierbar, zeigen aber vor allem eine hochgradige Beta-Lactamase-Festigkeit und werden auch weniger metabolisiert. Diese Enzymfestigkeit der vierten Generation läßt vor allem in vitro eine unglaubliche Wirksamkeit über ein sehr breites Spektrum erkennen. Es ist bei einigen dieser Präparate schon

kaum mehr ein resistenter Erreger zu finden. Jedes dieser neuen Cephalosporine ist bemüht, sich in einer bestimmten Richtung zu profilieren: Cefuroxim imponiert z. B. mit seiner Wirksamkeit gegen neue Beta-Lactamase-bildende Gonokokken, Cefoxitin und seine Wirksamkeit gegen anaerobe Bakterien, Cefamandol und CGP 7174 E gegen Pyozyaneus, HR 756 gegen Indol-positive Proteus, Serratia und andere. Es wird schwer sein, entscheidende Unterschiede für die Praxis zu finden. Die noch sehr bescheidenen klinischen Ergebnisse zeugen wohl von hoher Wirksamkeit in vielen Bereichen. Allerdings wurden schon einige Rezidive, insbesondere bei Harnwegsinfektionen und Osteomyelitiden, gesehen. Wahrscheinlich bieten sich hier wieder gezielte Kombinationen mit Aminoglykosiden als rezidivverhindernd an. Die Aminoglykoside gehen von Streptomycin, Neomycin und Kanamycin aus. Das Gentamycin hat sich weltweit durchgesetzt und erst überraschend geringen Resistenzzuwachs gezeigt. Immer noch liegt die Resistenzquote bei 10 bis 20 Prozent, selbst beim Pyozyaneus. Tobramycin und Sisomicin liegen etwa auf derselben Linie. Netilmicin, Dibekazin und Amikacin scheinen im gezielten Einsatz einiges darüber hinaus zu bieten. Wie die Beta-Lactamasen bei den Penicillinen und Cephalosporin scheinen auch hier bakterielle Enzyme Ursache der Resistenz zu sein. Neun solcher Enzyme sind bekannt, die durch Acetylierung, Adenylierung und Phosphorylierung ein Unwirksamwerden des Aminoglykosid-Antibiotikums verursachen. Amikacin wird beispielsweise nur durch eines dieser Enzyme angegriffen. Kommt es zu einem gezielten Einsatz einer Kombination eines Beta-Lactams mit einem Aminoglykosid, so ist bei jedem Einsatz die sorgfältige Überprüfung der Nierenfunktion Voraussetzung, wobei gleichzeitig bei Aminoglykosiden stets auf Hör- und Gleichgewichtsstörungen geachtet werden muß.

Professor Dr. F. Daschner, Freiburg:

Neue Entwicklungen auf dem Gebiet der Antibiotikatherapie in der Pädiatrie

Es ist bekannt, daß der Pädiater allen Neuentwicklungen auf dem Medikamentensektor, so auch bei Antibiotika, zunächst einmal skeptisch gegenübersteht, bis entsprechende Er-

fahrungen, vor allem bei Früh- und Neugeborenen und deren meist lebensbedrohlichen Infektionen, vorliegen. Es sei nur erwähnt, daß gerade in der Pädiatrie die sogenannte Bioverfügbarkeit der verwendeten Medikamente von besonderer Bedeutung ist. Ein besonderes Problem stellt die Medikamentenunverträglichkeit dar. In der Freiburger Kinderklinik wurde eine Untersuchung durchgeführt, bei der festgestellt wurde, daß von mehreren 100 Antibiotikaverordnungen ca. zehn Prozent aller Antibiotika zusammen mit inkompatiblen Medikamenten verordnet wurden, d. h., daß zehn Prozent aller Antibiotika durch gleichzeitige Applikation anderer Medikamente entweder verstärkt oder vermindert wurden. Da in der Pädiatrie andere Applikationsarten problematisch sind, werden hier Medikamente bevorzugt, die sich in einer Infusion leicht parenteral applizieren lassen.

Bemerkungen zu den einzelnen Präparaten:

Penicillin G ist nach wie vor bei Angina das Mittel der Wahl und muß hier zehn Tage lang gegeben werden, auch wenn bereits nach drei bis vier Tagen die Symptome der Angina verschwunden sind, da nur durch eine zehntägige Therapie Spätfolgen, wie Nephritis, Karditis und rheumatisches Fieber, mit einiger Sicherheit verhindert werden können. Auch bei Otitis media, Sinusitis, Bronchitis und Bronchopneumonie gehören Oral-Penicilline zu den Mitteln der ersten Wahl. Mit der Verordnung von Ampicillinen sollte man auch in der Klinik zurückhaltend sein, da man bei sehr häufiger Verordnung nahezu zwangsläufig damit rechnen kann, daß durch Selektion der Krankenhausflora Klebsiellen als Erreger lebensbedrohlicher Infektionen gehäuft auftreten. Carbenicillin, immer noch ein ausgezeichnetes Antibiotikum, wird wohl in Zukunft von Ticarcillin, Azlocillin und dem noch nicht eingeführten Mezlocillin – auch in der Pädiatrie – weitgehend abgelöst werden. Wesentlicher Vorteil von z. B. Azlocillin bei der Verwendung bei Früh-, Neugeborenen und Säuglingen ist dessen geringer Natriumgehalt im Gegensatz zu Carbenicillin und Ticarcillin; hier handelt es sich nur um Mononatriumsalze. Da das Präparat nur halb so hoch dosiert werden muß wie Carbenicillin, ist die Natriumbelastung nur 25 Prozent. In Kliniken, in denen *Pseudomonas*

aeruginosa als Erreger von lebensbedrohlichen Infektionen vorherrscht, wird man in der Therapie von Früh- und Neugeborenen Ticarcillin bzw. Azlocillin, bei Vorherrschen von Klebsiella-Infektionen Mezlocillin bevorzugen, vor allem dann, wenn der Erreger noch nicht bekannt ist.

Bei den *Tetracyclinen* ist von keinen Neuerungen in den letzten Jahren zu berichten. Sie sind bis zum sechsten Lebensjahr kontraindiziert. Daß es auch heute noch notwendig ist, dies zu betonen, zeigt die Vielzahl von Tetracyclin-Säften und -Tropfen auf dem Markt, die, weil billig, auch häufig verschrieben werden.

Trimethoprim/Sulfamethoxazol haben sich einen festen Platz in allen Altersstufen der Pädiatrie jenseits der Neugeborenenperiode gesichert. Indikationsbereiche für diese Kombinationen in der Pädiatrie sind vor allem Harnwegsinfektionen, eitrige Bronchitis, Bronchopneumonie, Pneumonie, Otitis media und Sinusitis. Angina ist keine Indikation, auch wenn dies im Prospekt aufgeführt ist.

Bei sämtlichen *Cephalosporinen*, die sich bereits auf dem Markt befinden, liegen ausreichende Erfahrungen bei Kindern vor. Bisher konnte keine wesentliche, klinisch faßbare Überlegenheit eines Cephalosporins bei Kindern gezeigt werden. Bei Staphylokokkeninfektionen, die bei Kindern häufig lebensbedrohlich sind, sind Cephalosporine den Oxacillinabkömmlingen vorzuziehen.

Professor Dr. St. Wyszocki,
Heidelberg:

Klinische Anwendung der neuen Chemotherapeutika in der Chirurgie

Auch bei der Behandlung und Verhütung von chirurgischen Infektionen haben die Antibiotika ihre Bedeutung. Man muß sich jedoch davor hüten, im Vertrauen auf die Wirksamkeit der Antibiotika bewährte Grundregeln der chirurgischen Infektionsbehandlung und Infektionsverhütung zu vernachlässigen. Ruhigstellung, ausreichende Drainage und Fremdkörperentfernung bei der Infektbehandlung, Asepsis/Antisepsis und gewebeschonendes Operieren bei der Infektionsverhütung sind meist wesentlichere Faktoren als die Anwendung von Antibiotika. Antibiotika können bei chirurgischen Patienten kurativ bei einer bestehenden Infek-

Siegfried wählen,
heißt Qualität verordnen.

Allopurinol- retard Siegfried®

- **therapiegerecht**
langanhaltende
Blutspiegel des
Primärwirkstoffes
Allopurinol
- **patientengerecht**
minimiert Einnahmefehler
des Patienten
(1 Retard-Tablette
pro Tag)
- **preisbewußt**
minimiert die Tages-
therapiekosten



nur 1 Tablette täglich

Zusammensetzung: 1 Tablette Allopurinol-retard Siegfried enthält 300 mg Allopurinol. **Anwendungsgebiete:** Hyperurikämie und Gicht. **Gegenanzeigen:** Schwangerschaft und Stillzeit. **Nebenwirkungen:** Nur vereinzelt reagieren Patienten mit Juckreiz und Hauteruptionen (Urticaria), Temperaturanstieg, Eosinophilie, Leukopenie. In diesen Fällen ist Allopurinol abzusetzen. Bei Einnahme nach einer Mahlzeit mit reichlich Wasser können Magen-Darm-Störungen vermieden werden. **Packungen:** 28 Retard-Tabletten zu 300 mg OM 15,70, 84 Retard-Tabletten zu 300 mg OM 41,90, 100 Retard-Tabletten zu 300 mg DM 42,25.

Verschreibungspflichtig.



Allopurinol-retard Siegfried®
verordnen, heißt Kosten sparen.

tion oder prophylaktisch zur Verhütung einer Infektion gegeben werden. Indikationen zur kurativen Antibiotikaaanwendung bestehen bei allen, nicht lokal begrenzten oder abgekapselten Infektionen, wie Phlegmone, Lymphangitis oder Sepsis. Problematischer ist die Indikation zur Antibiotikaprophylaxe. Die Häufigkeit von postoperativen Pneumonien oder Harnwegsinfektionen kann durch eine Antibiotikaprophylaxe nicht vermindert werden. Wird jedoch eine Prophylaxe durchgeführt, so reichen 24 bis 48 Stunden, da nach dieser Zeit im wesentlichen entschieden ist, ob Erreger eliminiert werden konnten oder sich vermehrt haben. Diese nur kurzzeitige Prophylaxe mindert das Risiko von Nebenwirkungen der Antibiotika. Bei ausgedehnten Verletzungen, insbesondere wenn eine einwandfreie primäre Wundversorgung nicht möglich ist, ist die Indikation zur Prophylaxe relativ weit zu stellen. Bei allen gasbrandverdächtigen Verletzungen, wie Weichteilzertrümmerungen und offenen Knochenbrüchen, kann eine Penicillin G-Prophylaxe innerhalb der ersten sechs Stunden nach der Verletzung einen Gasbrand fast sicher verhindern. Auch Stich-, Schuß- und Bißverletzungen stellen häufig eine Indikation zur Antibiotikaprophylaxe dar, wenn man auch strenggenommen sagen muß, daß es sich hier nicht mehr um eine echte Prophylaxe handelt, da all diese Verletzungen primär kontaminiert sind und das Antibiotikum ja erst lange nach der Verletzung appliziert werden kann. Die Indikationen zu einer kurzzeitigen Antibiotikaprophylaxe ist auch gegeben, wenn eine hämatogene Streuung von Erregern zu befürchten ist. Bekannt und sehr wirksam ist die präoperativ begonnene Rheumaprophylaxe, z. B. bei Operationen von rheumatisch-bedingten Mitralstenosen. Aber auch in allen Fällen, in denen man in einem bereits infizierten Gebiet operieren muß, ist eine präoperativ begonnene Antibiotikaprophylaxe zur Verhinderung einer hämatogenen Streuung indiziert, z. B. bei der Ausräumung eines osteomyelitischen Herdes.

Welchen Stellenwert die einzelnen neuentwickelten Substanzen haben, kann man nicht global für die Chirurgie schlechthin festlegen. Für die Antibiotikaaanwendung in der ambulanten chirurgischen Praxis wird man die neuentwickelten Substanzen kaum benötigen. Die bewährten

Standardantibiotika sind hier fast ausschließlich ausreichend. In einem allgemeinen Krankenhaus, insbesondere auf Normalstationen, reichen ebenfalls die Standardantibiotika im wesentlichen aus und sollten als Antibiotika der ersten Wahl routinemäßig verwendet werden. Es ist wichtig, in jedem Krankenhaus eine Art Antibiotikastrategie zu verfolgen, die einige wenige Antibiotika berücksichtigt und die neuentwickelten möglichst für seltener auftretende Infektionen in Reserve zu behalten. Es ist sicher falsch, ein bewährtes Antibiotikum, dessen Vor- und Nachteile man in der klinischen Anwendung über Jahre hinaus kennt, nur deshalb sofort aus dem Antibiotikaplan zu streichen, weil man nun ein unwesentlich verbessertes Mittel zur Verfügung hat. Ganz anders sieht es unter Umständen in hochspezialisierten chirurgischen Zentren aus, insbesondere wenn chirurgische Intensivstationen betrieben werden. Hier müssen wir leider schon zu Beginn der Therapie mit primär resistenten Erregern rechnen, da es sich vorwiegend um Infektionen handelt, die im Krankenhaus erworben wurden. Auf solchen besonderen Stationen ist es erforderlich, immer wieder die auftretenden Infektionserreger statistisch zu erfassen, um bei Beginn einer Antibiotikatherapie, die fast immer blind begonnen werden muß, mit der höchstmöglichen Wahrscheinlichkeit das richtige Antibiotikum auszuwählen. Die Zahl der verfügbaren Antibiotika ist inzwischen so groß geworden, daß es selbst für den speziell chemotherapeutisch ausgebildeten Kliniker fast unmöglich ist, einen Überblick zu behalten. Der klinisch-praktisch tätige Chirurg, der nicht chemotherapeutisch spezialisiert ist, kann nur dann eine rationale und vernünftige Chemotherapie betreiben, wenn er sich auf einige wenige Antibiotika für die tägliche Routine beschränkt. Für den Einsatz der Antibiotika bei ungewöhnlichen Infektproblemen sollte er sich dann der Erfahrung eines speziell ausgebildeten Kliniklers oder Bakteriologen bedienen.

Dr. P. Joder, St. Gallen:

Klinische Anwendung der neuen Chemotherapeutika in der Praxis

Dieses Referat soll dem Praktiker den Weg zu einer rationalen Chemotherapie aufweisen, der die Gefahren einer unkritischen Chemotherapie zu

vermeiden erlaubt. Unter unkritischer oder falsch angewandter Chemotherapie versteht man eine Verordnung von Antibiotika bei banalen oder Virusinfekten, eine Verordnung ex juvantibus sowie eine falsch dosierte oder falsch kombinierte Therapie. Die Gefahren, die aus einer unkritischen Chemotherapie entstehen können, sind für den zu behandelnden Patienten:

1. Verschleierung von Krankheitssymptomen, die die richtige Diagnose erlauben würden.
2. Dies kann zum Versäumen eines chirurgischen Eingriffes führen.
3. Erregernachweis und gezielte Chemotherapie werden unmöglich.
4. Superinfektionen werden begünstigt.

Für die Allgemeinheit: Begünstigung der Entwicklung bakterieller Resistenz.

Der Weg zur rationalen Chemotherapie führt immer über die korrekte Diagnose, über Kenntnisse in Pharmakokinetik und Nebenwirkungen sowie über sorgfältiges Abwägen von Nutzen und Risiko eines Antibiotikumsatzes und über Wissen um allgemeine Therapiegrundsätze.

Einige Anmerkungen mit klinisch-praktischen Aspekten bei einigen Modellkrankheiten:

Bei der akuten *Pharyngitis und Tonsillitis* ist die wichtigste Aufgabe des Arztes die differentialdiagnostische Abgrenzung der Infektion Beta-hämolisierender Streptokokken von anderen Infektionen, in erster Linie von Viruspharyngitiden, die für 90 Prozent aller Pharyngitiden verantwortlich sind. Den Komplikationen des Infektes mit Beta-hämolisierenden Streptokokken kann nur durch möglichst frühzeitige Antibiotikagabe vorgebeugt werden. Dagegen sollen Viruspharyngitiden rein symptomatisch behandelt werden. Bei Streptokokken-Angina ist das Antibiotikum der Wahl Penicillin: einfach und sicher ist die Therapie mit Benzathin-Penicillin G: einmal 1,2 Mio E i. m. Eine Behandlung mit Oralpenicillin über zehn Tage ist gleichwertig. Bei Penicillin-Überempfindlichkeit soll auf Erythromycin viermal 250 mg täglich per os während zehn Tagen ausgewichen werden. Andere Antibiotika haben in der Streptokokken/Angina-behandlung keinen Platz.

Nicht jeder Koronarpatient ist ein Adalat-Patient, aber:

Es gibt mehr Adalat-Patienten, als Sie denken.



„Spätestens mit 45
entdeckt der Mensch
sein Herz.“

Bereits zwischen 45 und 50 hat jeder 2. Deutsche fortschreitende Koronarsklerose.

Deshalb wirksame Koronartherapie von Anfang an: Bei eingeschränkter Belastungstoleranz erhöht schon eine Kapsel Adalat (=10 mg) meßbar die Belastbarkeit.

Einschränkungen durch eventuelle Begleitkrankheiten und deren Therapie sind nicht bekannt.

Das komplexe Wirkspektrum macht Adalat zum universellen Medikament für das koronarkranke Herz – von Anfang an auf Dauer: Adalat wirkt nach Jahren noch so souverän wie am 1. Tag.

Deshalb Adalat[®] **von Anfang an.**

Indikation:

Behandlung und Prophylaxe der akuten und chronischen Koronarinsuffizienz (insbesondere Angina-pectoris, Zustand nach Herzinfarkt).

Verträglichkeit:

Adalat ist gut verträglich. Unerwünschte Begleiterscheinungen treten nur vereinzelt und eher zu Beginn der Behandlung auf: sie sind zudem vorübergehender, meist leichter Natur. Gelegentlich kann es zu Kopfdruck, Gesichtsrötung, Wärmegefühl, Schwindel und Übelkeitsercheinungen kommen. Umfangreiche Laboratoriumsuntersuchungen ergaben keine auf das Präparat zurückzuführenden pathologischen Abweichungen von den Normwerten.

Kontraindikation:

Gesamte Schwangerschaft.

Zur Beachtung:

Adalat kann die Wirkung von blutdrucksenkenden Präparaten und β -Rezeptoren-Blockern verstärken bzw. ergänzen. Die Therapie mit Herzglykosiden kann unter Adalat-Behandlung begonnen oder fortgeführt werden. Inkompatibilitäten mit anderen Arzneimitteln sind bei der klinischen Prüfung des Präparates nicht zutage getreten.

Dosierung und Anwendung:

Für die Dauerbehandlung im allgemeinen Kapseln unzerkaut mit etwas Flüssigkeit einnehmen. Durchschnittliche Tagesdosis 3 mal täglich 1 Kapsel, in besonderen Fällen bis zu 3 mal täglich 2 Kapseln, dabei Einnahmeabstand von 2 Stunden nicht unterschreiten. Bei drohendem Angina-pectoris-Anfall zum raschen Wirkungseintritt Kapseln zerbeißen.

Zusammensetzung:

1 Kapsel enthält 10 mg 1,4-Dihydro-2,6-dimethyl-4-fo-nitro-phenyl-pyridin-3,5-dicarbon säure-dimethylester (Nifedipin).

Handelsformen:

Packung mit 50 Kapseln DM 31,81
Packung mit 100 Kapseln DM 66,67
sowie Anstaltspackung



1.D.427

Bronchopulmonale Infekte: Sind die Infektionen des oberen Respirationstraktes in ca. 90 Prozent der Fälle durch Viren verursacht, so überwiegen bei den Infekten des unteren Respirationstraktes die bakteriellen Infekte mit 60 bis 90 Prozent. Die Differenzierung eines bakteriellen von einem viralen bronchialen Infekt wird klinisch aufgrund folgender Kriterien vorgenommen: Bei bakteriellem Infekt eitriger Auswurf, reichlich pathogene Keime im Sputum, Leukozytose und Linksverschiebung. Bei viralem Infekt trockener Husten, normale Leukozyten, Begleitsymptome wie Rhinitis, Pharyngitis, Konjunktivitis und Myalgien und epidemisches Auftreten. Die vorherrschenden Erreger beim bronchialen Infekt sind Haemophilus und Pneumokokken. Aufgrund ihres Wirkungsspektrums wie aufgrund vieler klinischer Studien empfehlen sich bei bronchialen Infekten als Mittel der Wahl die folgenden drei Medikamente: Aminopenicillin (z. B. Amoxicillin viermal 750 mg per os täglich), Cotrimoxazol (z. B. Bactrim® zweimal zwei Tabletten täglich) und Tetracyclin (z. B. Doxazylin® 100 bis 200 mg per os täglich). Die Therapie muß in voller Dosierung über zwei bis drei Wochen erfolgen. Bei Therapieversagen Antibiogramm und gezielte Therapie. Beim Vorliegen einer Pneumonie soll zuerst beurteilt werden, ob der Patient nicht besser im Krankenhaus behandelt wird. Wird die Behandlung ambulant eingeleitet, so kann bei atypischen Pneumonien ein Tetracyclin zur Anwendung kommen, während bei bakterieller Pneumonie – je nach Erreger, Beobachtungen

in der Sputum-Gramfärbung – Penicillin oder Cloxacillin angewendet werden sollte.

Die klinische Verdachtsdiagnose **Harnwegsinfekt** soll durch Sedimentuntersuchung, durch mikroskopische Keimzahl-schätzung sowie qualitative Urinbakteriologie gesichert werden, wobei die Therapie bei klinischer Pyelonephritis mit Aminopenicillin oder Cotrimoxazol eingeleitet werden soll, während eine reine Zystitis vorerst auch mit Sulfamethoxazole, Nalidixinsäure oder Nitrofurantoin behandelt werden kann. Keimzahl- und Sedimentskontrollen sind 48 Stunden nach Therapiebeginn, sowie eine Woche und ein Monat nach Therapieabschluß durchzuführen. Die Uringewinnung zur Urinkeimzahlbestimmung erfolgt am besten durch suprapubische Blasenpunktion.

Bei leisestem Verdacht auf **Meningitis** soll unverzüglich eine Krankenhauseinweisung veranlaßt werden. Während bei allen bisher besprochenen Krankheitsbildern ausschließlich aufgrund klinischer Überlegungen antibiotisch anbehandelt werden kann, muß bei der Meningitis die bakteriologisch-ätiologische Diagnose vor Therapiebeginn gestellt werden. Eine einzige Antibiotikugabe kann den später entnommenen Liquor cerebrospinalis bereits dermaßen verändern, daß die ätiologische Diagnose nicht mehr zu stellen ist.

Was ergeben sich abschließend für Konsequenzen für die Antibiotikatherapie des Praktikers? Im Zusam-

menheng mit der Diagnosestellung sollten stets die folgenden Fragen beantwortet werden: Liegt überhaupt ein bakterieller Infekt vor? Wo sitzt dieser bakterielle Infekt und läßt sich dieser bakterielle Infekt überhaupt mit Antibiotikatherapie heilen? Ist die Diagnose gestellt, so sind in Kenntnis von Pharmakokinetik sowie Wirkungen und Nebenwirkungen potentieller Nutzen und Schaden des zur Anwendung vorgesehenen Antibiotikums gegeneinander abzuwägen. Hat man sich zur Überzeugung durchgearbeitet, daß die Verabreichung eines Antibiotikums das kleinere von zwei Übeln darstellt, soll kraftvoll gezielt, voll dosiert und genügend lange behandelt werden. Die Hauptstützen der Antibiotikatherapie des Praktikers sollen folgende vier Medikamente sein: Penicillin (peroral, G, Depot), Aminopenicillin, Cotrimoxazol, Tetracycline (langwirkend). Die vorangehende Diskussion verschiedener klinischer Situationen hat gezeigt, daß in der Praxis mit diesen Grundmedikamenten meist auszukommen ist. Sehr selten, bei Penicillinallergie, wird Erythromycin, noch seltener, meist bei Problemkeimen, wird ein perorales Cephalosporin oder bei Infekten mit Penicillinase-festen Staphylokokken ein Penicillinase-festes Penicillin eingesetzt werden müssen. Ausschließlich in der Klinik sollen parenterale Cephalosporine und Aminoglykoside angewendet werden.

Referent:

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

ZUSAMMENSETZUNG Tabletten: 1 Tabl. enthält: Cocculus D4 210 mg; Conium D3, Ambra D6, Petroleum D8 ana 30 mg.
Tropfen: In 100 ml: Cocculus D4 70 ml; Conium D3, Ambra D6, Petroleum D8 ana 10 ml.
Injektionslösung: Cocculus D3 0,7 ml; Conium D2, Ambra D5, Petroleum D7 ana 0,1 ml; Meerwasser 32 g, Aque pro inject. ad 100 ml. (Amp. zu 1,1 ml).

ANWENDUNG Tabletten u. Tropfen zum Einnehmen: 3-4 mal täglich 1 Tablette lutschen, bei anfallsweisem Schwindel und Übelkeit Stoßtherapie (alle 15 Min. 1 Tabl. bzw. 5-10 Tropfen).
Injektionslösung: Bei anfallsweisem Schwindel und Übelkeit täglich, sonst 3-1 mal wöchentlich 1 Amp. i.v., i.m., s.c., l.c.

HANDELSFORMEN UND PREISE (incl. MwSt.) Preisänderungen vorbehalten.
Packung zu 50 Tabletten DM 4,14, zu 250 Tabletten DM 13,75, Tropfflasche zu 30 ml DM 8,50, zu 100 ml DM 18,14
Packung zu 5 Ampullen à 1,1 ml DM 7,69 · Packung zu 10 Ampullen à 1,1 ml DM 13,83

**Schwindel
verschiedener Genese
(besonders arteriosklerotisch bedingter)**

Vertigoheel®

**Kinetosen (See-, Luft-
Autkrankheit)**

**Biologische Heilmittel Heel GmbH
Baden-Baden**

-Heel

Eisenmangelzustände — Akute Lungenembolie — Chemotherapie von Viruserkrankungen

84. Tagung der Deutschen Gesellschaft für Innere Medizin in Wiesbaden

Für seinen **Festvortrag** zur Eröffnung des deutschen Internistenkongresses 1978, auf dem in fünf Parallelsitzungen ein riesiges Programm von mehr als 400 Vorträgen bewältigt werden mußte, hatte Kongreßpräsident Professor Dr. R. Gross, Köln, das ebenso vielschichtige wie anspruchsvolle Thema „Der Arzt zwischen Naturwissenschaft und Humanität“ gewählt, wobei er den Versuch unternahm, die vordergründigen Probleme und Schwierigkeiten der derzeitigen Medizin auf ihren philosophischen und zeitgeschichtlichen Hintergrund zu reduzieren mit dem Ziel, die Grundlagen heutiger Fehlentwicklungen zu erkennen, die gemeinsame Schuld an solchen Fehlentwicklungen deutlich zu machen und Möglichkeiten für Abhilfen aufzuzeigen.

Wiederholt ließ Professor Gross auch kritische und sorgenvolle Töne anklingen. So sprach er die Mahnung aus, der Arzt solle sich hüten, Daten über Kranke anzuhäufen, die keine zusätzliche diagnostische oder therapeutische Bedeutung haben. Die derzeit übliche Mathematisierung aller Ergebnisse habe zu bemerkenswerten Fehlurteilen geführt, wie kürzlich zwei systematische Nachprüfungen, die in zwei angesehenen angloamerikanischen medizinischen Zeitschriften veröffentlicht wurden, ergeben haben. Dies gelte nicht nur für die Mediziner, etwa in kontrollierten Therapiestudien, sondern ebenso auch für Betriebswirte, etwa bei der heute so beliebten Berechnung des Bettenbedarfes. In solchen Fällen werde das Ergebnis durch die mehr oder minder willkürlich eingegebenen Konstanten sozusagen vortabriziert und erhalte dann durch den Computer nur noch seine Weihe, die aber nicht mehr sei als eine Scheinobjektivität. Professor Gross hält es für notwendig, daß sich der Arzt ge-

genüber einer vermeintlichen oder echten Objektivität, wie sie den maschinellen Methoden anderer Disziplinen entspricht, eine Art kontrollierter und disziplinierter Subjektivität bewahrt. Leider stehe heute einem Überangebot von kognitivem Wissen ein Mangel an emotionaler Gesundheitserfahrung gegenüber. Hier müsse man Vescovi zustimmen, wenn er eine „Surobjektivität“ verlangt, die über die Befunde und Daten hinaus die Kommunikation mit dem leidenden Menschen gewährleistet.

Bei der Abhandlung des ersten Hauptthemas „Pathologie und Klinik des Eisenstoffwechsels“ kam u. a. Professor Dr. H. D. Waller, Tübingen, zu Wort, der über die **Behandlung von Eisenmangelzuständen** sprach und mit dem Hinweis begann, daß für die Beurteilung des Eisenverlustes und der daraus zu berechnenden Eisenmedikation nur die Abnahme des Hämoglobineisens und der Verlust des Speichereisens von Bedeutung ist, während das Transporteisen vernachlässigt werden kann. Änderungen im Bestand des Funktionseisens lassen sich nicht ohne weiteres abschätzen. Wenn es zu einer hypochromen Anämie gekommen ist, kann man damit rechnen, daß neben dem Defizit an Hämoglobineisen beim Mann etwa 800 mg und bei der Frau mindestens 250 mg Speichereisen ersetzt werden müssen.

Professor Waller stimmte mit anderen Autoren darin überein, daß die Bioverfügbarkeit zweiwertiger Eisenverbindungen deutlich besser ist als diejenige von dreiwertigen Präparaten. Die Erfahrung habe gezeigt, daß Fe(II)-Sulfat-haltige Präparate, wie z. B. Eryfer oder Ferro sanol, am besten resorbiert werden, sie werden deshalb auch als Teststandard für vergleichende Untersuchungen her-

angezogen. Bei der Dosierung oraler Eisenpräparate müssen Ursache und Ausmaß des Eisenmangels berücksichtigt werden. Die Absorptionsquote ist nicht konstant und nimmt mit steigender Eisensättigung des Organismus ab. Verschiedene Autoren konnten zeigen, daß bei Patienten mit Blutungsanämie während der Medikation von dreimal 100 mg Fe(II) täglich im Verlauf von sieben Wochen bei kontinuierlichem Hämoglobinanstieg die Absorptionsrate für Eisen von 17 Prozent auf 6 Prozent zurückgeht. Bei höhergradiger Anämie und fehlendem Nachweis von Knochenmarkhämosiderin stieg die Absorption zunächst bis zum zehnten Tag auf etwa 21 Prozent an, um dann ebenfalls auf 7 Prozent abzusinken. Bislang ist unklar, weshalb der Rückgang der Eisenresorption bereits bei einer Hämoglobin-Konzentration von etwa 12 g/dl kontinuierlich erfolgt. Allgemein gilt, daß sämtliche Eisenpräparate auf nüchternem Magen schlechter vertragen werden als auf vollem Magen, während sich die Absorbierbarkeit umgekehrt verhält.

In seinem Vortrag über **Sofortmaßnahmen bei akuter Lungenembolie** ging Professor Dr. K. D. Grosser, Krefeld, davon aus, daß nur an wenigen Zentren eine Maximaldiagnostik, d. h. intrakardiale Druckmessung, Angiographie und Szintigraphie, möglich ist. Deshalb müssen bereits beim Vorliegen einer Verdachtsdiagnose unverzüglich die therapeutischen Erstmaßnahmen eingeleitet werden. Hierzu gehört neben der richtigen Lagerung (Oberkörper etwas angehoben) die Ruhigstellung. Der Patient darf keinerlei Eigenaktivitäten entwickeln, auch passiv darf die Körperhaltung nicht verändert werden. Diese Verhaltensweisen sind lebenswichtig, da jede Bewegung eine weitere Embolie auslösen kann, die dann zum tödlichen Ausgang führen kann. Der Vortragende verglich die Situation, in der sich ein solcher Patient befindet, mit einer Bombe, die beim Aufschlag nicht explodiert ist, die aber bei der geringsten Erschütterung detonieren kann. In jedem Fall sollte eine Sauerstoff-Nasen-Sonde gelegt und ein venöser Zugang mit der Möglichkeit der Druckmessung des zentralen Venendruckes geschaffen werden.

Zu den weiteren Sofortmaßnahmen gehört die Injektion von Heparin. Abgesehen davon, daß hierdurch keine therapeutischen Wege verbaut wer-

den, kann durch eine solche Injektion die thrombotische Apposition an dem Embolus verhindert und das weitere Thrombenwachstum zum Stillstand gebracht werden; hinzu kommt noch, daß Heparin einen inhibitorischen Effekt auf die Serotonin-Wirkung ausübt, welche zu Bronchokonstriktion und Vasokonstriktion führen kann.

Professor Grosser kam es darauf an, zu zeigen, daß die meisten therapeutischen Maßnahmen, zu denen auch die Schockbehandlung mit Dopamin und eventuelle zusätzliche Gaben von Natriumbikarbonat gehören, in jedem Krankenhaus ohne besondere Einrichtungen einsetzbar sind.

Zur chirurgischen Behandlung, d. h. zur Entfernung eines Embolus aus der Lungenstrombahn, wurde gesagt, daß ein solcher Eingriff nur nach angiographisch gesichertem Befund durchgeführt werden darf. Nach Ansicht des Vortragenden spielt es keine wesentliche Rolle, ob die kardi-chirurgische Abteilung am Ort ist, da gewöhnlich noch genügend Zeit verbleibt, einen Patienten unter Beatmungsbedingungen in ein entsprechendes Zentrum zu verlegen, auch wenn dieses 30 oder 50 km weit entfernt ist. Die Entscheidung für oder gegen eine Embolektomie wird einerseits von lokalen Verhältnissen, andererseits auch von der Einschätzung des Schweregrades sowie von Kontraindikationen gegen eine Antikoagulantien- oder Thrombolysebehandlung ebhängig gemacht werden müssen.

Professor Dr. H. J. Eggers, Köln, sprach über **Fortschritte auf dem Gebiet der Chemotherapie von Virus-erkrankungen**. Wenn diese als unbefriedigend und schleppend bezeichnet werden müssen, so liegt dies nicht zuletzt an dem obligat intrazellulären Parasitismus eines Virus, welches zu seiner Vermehrung in bezug auf Bausteine, Stoffwechselleistungen und Energie völlig von der Wirtszelle ebhängig ist. Dies erklärt die Schwierigkeiten, Substanzen zu finden, welche selektiv nur den Infektionserreger treffen, die Wirtszelle aber unbehelligt lassen.

Eine gewisse Virusselektivität sollte auf der Basis quantitativer Unterschiede erreicht werden können. Auf diesem Prinzip beruht beispielsweise die Anwendung von Jod-Desoxyuridin (= IUdR), einem Nukleosid-Analogon, welches anstelle von Thymi-

din in die DNS eingebaut wird und zu vielfältigen Störungen, u. a. zu „Ablesefehlern“ bei der Transkription der Messenger-RNS führt, was wiederum zur Synthese fehlerhafter und in der Funktion beeinträchtigter Proteine führt. Allerdings ist die therapeutische Breite von IUdR gering, außerdem wurde experimentell auch eine Mutagenität dieses Virostatikums nachgewiesen. Deshalb hat es in der Humanmedizin fast nur topische Anwendung gefunden, speziell bei der Keratitis herpetica. Die systemische Anwendung von IUdR blieb biserschweren, lebensbedrohlichen Zuständen vorbehalten, beispielsweise der Herpesvirus-Sepsis bei Neugeborenen sowie der Herpesvirus-Enzephalitis.

Die Bedeutung von Adamantaminhydrochlorid (Amantadin, Symmetrel) beruht nach den Ausführungen von Professor Eggers darauf, daß dieses Virostatikum selektiv Influenzaviren, speziell solche von der A₂-Untergruppe, hemmt. Das Mittel kann sogar therapeutisch wirksam sein – vorausgesetzt, daß es in den ersten 24 Stunden nach Beginn der Krankheitserscheinungen appliziert wird. In Anbetracht der Grenzen der Influenzaschutzimpfung sollte Adamantaminhydrochlorid nicht unberücksichtigt bleiben. Derzeit ist allerdings noch nicht klar zu übersehen, inwieweit auch die neuen H1N1-Stämme auf diese Substanz ansprechen.

Beim Interferon handelt es sich um eine Gruppe von Proteinen bzw. Glycoproteinen mit Molekulargewichten um 20 000, die von der Zelle auf verschiedene Reize hin gebildet werden und die Vermehrung der meisten Viren in unterschiedlichem Ausmaß zu hemmen vermögen. Die Schwierigkeit liegt allerdings darin, daß Interferon nicht in ausreichenden Mengen herstellbar ist. Deshalb wurden große Hoffnungen auf die körpereigene Interferon-Produktion gesetzt, die durch entsprechende Induktoren, beispielsweise durch doppelsträngige RNS, in Gang gebracht werden kann. Berichte, wonach durch Interferon bei Zoster-Patienten mit malignen Tumoren die Ausbreitung der Effloreszenzen und der Schmerz günstig beeinflußt werden konnte, nannte der Vortragende ermutigend, gab jedoch zu bedenken, daß von einem Durchbruch solange nicht gesprochen werden kann, bis das Problem der Großproduktion von Interferon gelöst ist.

Zu den zahlreichen *Kurzvorträgen* des Internistenkongresses 1978 gehörte ein Beitrag von Dr. B. Niehues, Köln, über **Belastungsinsuffizienz unter Beta-Blockertherapie beim hyperkinetischen Herzsyndrom**. Bei der Untersuchung von acht jugendlichen Patienten im Durchschnittsalter von 21 Jahren, bei denen sich die Diagnose eines hyperkinetischen Herzsyndroms auf erhöhte Herzfrequenz in Ruhe, auf überschießende Blutdruckwerte in Ruhe und/oder unter Belastung sowie auf ein in Ruhe vermehrtes Herzzeitvolumen stützte, zeigte sich, daß unter einer Therapie mit Pindolol (dreimal 5 mg Visken, im Durchschnitt 17 Tage lang gegeben) subjektiv und objektiv eine deutliche Befundbesserung zu erreichen war. Diese Behandlung muß jedoch mit Vorsicht angewandt werden, da bei Belastung deutliche diastolische und mittlere Blutdruckanstiege zu verzeichnen waren, die eine Belastungsinsuffizienz anzeigen. Da vor allem bei jugendlichen Patienten die kardiale Leistungsbreite unter einer Beta-Blockade eingeschränkt ist, sollte das körperliche Training, welches zum Ziel hat, die sympathikotone Reaktionslage in eine mehr vagotone überzuführen, limitiert werden.

Dr. A. Stiehl, Heidelberg, berichtete über den **Einfluß essentieller Phospholipide (= EPL) auf Gallenzusammensetzung und Darmträglichkeit während der Behandlung mit Chenodesoxycholsäure (= CDC)**. Er konnte die von anderen Autoren gemachte Beobachtung, daß – EPL allein gegeben – die Gallensteinauflösung begünstigen, nicht bestätigen, doch fand er, daß eine der häufigsten Nebenwirkungen bei der Behandlung mit CDC, nämlich die Diarrhoe, durch EPL weitgehend vermieden werden kann. In einer prospektiven, kontrollierten Studie bei zehn Probanden, bei welcher der Einfluß von CDC (15 mg/kg KG) und einer Kombination von CDC und EPL (15 mg/kg KG Essentiale) auf die Darmträglichkeit untersucht wurde, ergab sich, daß während der Behandlung mit CDC allein zehnmal häufiger Durchfälle beobachtet wurden als während der kombinierten Gabe von CDC und EPL. Diese Ergebnisse stehen im Einklang mit den Beobachtungen von Wingate und Mitarbeitern, wonach CDC im menschlichen Jejunum eine Wassersekretion verursacht, die durch die gleichzeitige Gabe von EPL verhindert werden kann.

MERCK: Kompetent für die Schilddrüse

Novothyral[®]

bevorzugt für die blande Struma

Novothyral:

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

Novothyral

L-Thyroxin + L-Trijodthyronin

HORMON
FORSCHUNG



MERCK

E. Merck Postfach 4128 8100 Darmstadt 1

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

Frau Dr. G. Faust-Tinnefeldt, Mainz, untersuchte die **Azapropazon-Plasmaspiegel unter Kombinationstherapie bei rheumatischen Erkrankungen**. Bei insgesamt 30 Patienten wurde der Einfluß einiger Basistherapeutika (Imurek, Metalcaptase, Resochin) während einer Dauertherapie mit dem steroidfreien Antirheumatikum Azapropazon (Prolixan 300) überprüft. Dabei ergab sich, daß die mittleren Plasmaspiegelkonzentrationen dieses Mittels bei gleichzeitiger Behandlung mit den erwähnten Basistherapeutika keine nennenswerten Schwankungen aufwiesen. Außerdem wurde die Eliminationshalbwertszeit von Digitoxin nach einmaliger Verabreichung von 0,5 mg i.v. gemessen: Sie betrug während der Azapropazon-Medikation 7,0 (\pm 0,6) Tage und in der Kontrollperiode 6,4 (\pm 0,5) Tage, was keine statistisch signifikante Differenz darstellt.

Während eines *Symposiums* über **Die Haut als Ausdruck Innerer Erkrankungen** kam u. a. Professor Dr. H.-J. Heite, Freiburg, zu Wort, der sich mit der **Akanthosis nigricans** befaßte. Es gibt hier eine benigne Form, die ihre größte Häufigkeit im ersten Lebensjahrzehnt hat, während die maligne Form der Akanthosis nigricans häufig mit einem malignen Tumor vergesellschaftet ist und erst im mittleren und höheren Lebensalter auftritt, wobei Karzinome des Magen-Darmkanals zahlenmäßig im Vordergrund stehen. Nach den Erfahrungen von Professor Heite ist bereits in der Sprechstunde nach sorgfältiger dermatologischer Analyse und Erhebung einer kurzen Anamnese allein aufgrund einer phänomenologischen Betrachtungsweise eine Differenzierung der beiden Formen der Akanthosis nigricans möglich. Das Vorliegen einer Akanthosis nigricans maligna muß als ein kutan-paraneoplastisches Syndrom gewertet werden, welches die Existenz eines infausten, d. h. bereits metastasierenden Karzinoms anzeigt und in der Praxis bedeutet, daß eine aufwendige, den Patienten belastende Tumorsuche nichts einbringen wird. Aus diesem Grund ist das Symptomenbild der Akanthosis nigricans maligna für eine Frühdiagnose oder gar für eine Vorsorgeuntersuchung völlig ungeeignet.

Referent:

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

Weiterbildung in Allgemeinmedizin

von Hermann Breun

Im Jahre 1968 hat der Deutsche Ärztetag in der Weiterbildungsordnung gleichberechtigt neben den übrigen Gebieten die Allgemeinmedizin eingeführt. Dies geschah deshalb, weil man erkannt hatte, daß für die Ausübung der Allgemeinmedizin in der Praxis umfangreiche Kenntnisse und Erfahrungen erforderlich sind, die sich die früheren praktischen Ärzte autodidakt in einem jahrelangen Lernprozeß in eigener Praxis aneignen mußten. Man war der Meinung, daß auch dieses Gebiet wie die anderen lehrfähig ist. Darüber hinaus aber war für diesen Beschluß maßgebend, daß man erreichen wollte, daß kein Allgemeinmediziner ohne ausreichende Kenntnisse und Erfahrungen in die Praxis geht. Er sollte denn aber auch denselben Status erreichen wie der weitergebildete Facharzt.

Die Weiterbildungszeit wurde auf 4 Jahre nach der Approbation ausgelegt. Davon müssen 1½ Jahre in der Inneren Medizin abgeleistet werden, worauf ½ Jahr Pädiatrie anrechenbar ist. 1 Jahr ist für die Chirurgie vorgesehen, wobei ½ Jahr Gynäkologie angerechnet wird. Mindestens ¼ Jahr muß in der Praxis eines dafür ermächtigten Allgemeinarztes abgeleistet werden. Darüber hinaus stehen noch 1¼ Jahre zur Verfügung, die in einer Allgemeinpraxis durch Verlängerung der vorgenannten Fächer oder durch zusätzliche Fächer ergänzt werden können. Der Pflichtwehrdienst als Sanitätsoffizier kann dabei, soweit er als Truppenarzt abgeleistet wird, zur Hälfte auf diese Zeit angerechnet werden.

In Anbetracht dieser seit zehn Jahren bestehenden Regelung ist es sehr zu bedauern, daß in den letzten beiden Jahren bei der Zulassung für die Kassenpraxis in Bayern bei den Praktikern nur etwa 15 Prozent eine abgeschlossene allgemeinärztliche Weiterbildung hatten. Alle anderen

haben sich als praktische Ärzte niedergelassen.

Nicht nur alle ärztlichen Gremien, sondern in den letzten Jahren fast alle politischen Instanzen haben festgestellt, daß für eine gute ambulante ärztliche Versorgung eine ausreichende Zahl von qualifizierten Allgemeinärzten erforderlich ist. Der Bedarf an Allgemeinärzten — auch in Bayern — ist für die nächsten Jahre noch groß. Es gibt hier noch viele Gegenden, in denen Allgemeinärzte gebraucht werden und auch eine sichere Existenz finden. Dabei ist zu bedenken, daß in den nächsten Jahren durch die Altersstruktur der niedergelassenen praktischen Ärzte und Allgemeinärzte viele ausscheiden, so daß weitere Plätze für Nachwuchs an Allgemeinärzten frei werden.

Dies ist eine Feststellung, die ich gerade auch deshalb mache, weil bei den meisten anderen Gebieten in der niedergelassenen Praxis, besonders in Ballungszentren, der Sättigungsgrad längst überschritten ist. Dies trifft besonders für die Internisten zu.

Es bestätigt sich auch immer wieder, daß die Tätigkeit des Allgemeinarztes, besonders dann, wenn er eine qualifizierte Weiterbildung genossen hat und in der allgemeinmedizinischen Diagnostik und Therapie umfassend tätig sein kann, den zum ärztlichen Beruf echt Motivierten oft mehr befriedigt als die Tätigkeit in einem begrenzten Spezialgebiet. Dies trifft besonders für diejenigen zu, die ihre Praxis auf dem Lande ausüben. Hier hat nämlich der Allgemeinarzt einen festen Stamm von Patienten, die er von der Geburt bis zum Tode betreut. Außerdem lebt er dort mitten unter seinen Patienten, kennt ihre Charaktere, ihre Lebensgewohnheiten, ihre Arbeitsverhältnisse, ihre familiäre Situation und ihre Freizeitgestaltung

und kann daher viel besser die Krankheitsursachen erkennen und die Patienten umfassend betreuen.

Um die Weiterbildung zum Allgemeinarzt effizienter zu machen, hat die Deutsche Akademie der praktischen Ärzte schon seit längerem einen detaillierten Inhalt für diese Weiterbildung erstellt. Es bleibt zu hoffen, daß die zuständigen Gremien der Bundesärztekammer diesen Inhalt bald verabschieden und an die Landesärztekammern weitergeben.

Es wird häufig Klage geführt über angeblich fehlende Stellen für die Weiterbildung in Allgemeinmedizin. Für Bayern muß man feststellen, daß dies nicht zutrifft, weil sich die Bayerische Landesärztekammer schon seit 1971 sehr intensiv um die Weiterbildung in Allgemeinmedizin bemüht.

So gibt es bei uns 247 Allgemeinärzte, die für die Weiterbildung in Allgemeinmedizin ermächtigt sind. Wegen der wahrscheinlich zunehmenden wirtschaftlichen Sorgen, besonders im Zusammenhang mit dem KVKG, sollte man sich allerdings Gedanken darüber machen, wie die Beschäftigung von Assistenten in solchen Praxen auch für die Zukunft sichergestellt werden kann.

An vielen Städtischen und Kreiskrankenhäusern Bayerns — außerhalb der Großstädte — sind in ausreichender Zahl Assistenzarztstel-

len in Chirurgie, Frauenheilkunde und Geburtshilfe sowie Innerer Medizin vorhanden. Die Chefärzte bzw. Belegärzte dieser Krankenhäuser nehmen gerne Assistenten für kürzere Zeiten und sind auch daran interessiert, angehende Allgemeinärzte weiterzubilden. Gerade die Tätigkeit an diesen Häusern aber vermittelt jene Kenntnisse und Erfahrungen, welche die jungen Kollegen für ihre spätere Tätigkeit in freier Praxis in besonderem Maße qualifizieren. An vielen dieser Häuser besteht auch die Möglichkeit, auf verschiedenen Abteilungen tätig zu werden, so daß der junge Kollege hier die gesamte klinische Weiterbildung, d. h. die 18monatige interne und auch die 12monatige chirurgisch/gynäkologische Mindestweiterbildungszeit, gegebenenfalls auch die 15 Monate, in einem Gebiet nach freier Wahl am gleichen Ort ableisten kann. An vielen Häusern wurden hierzu eigene Rotationsstellen von den Krankenhausträgern eingerichtet.

Die Liste der ermächtigten Allgemeinärzte und der Krankenhäuser wird von der Bayerischen Landesärztekammer auf telefonische Anfrage gerne übersandt (Frau Rohwer-Kahlmann, Telefon [089] 41 47-290).

Anschrift des Verfassers:

Dr. med. Hermann Braun, Vizepräsident der Bayerischen Landesärztekammer, Mühlbauerstraße 16, 8000 München 80

Praxisvertreter gesucht

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

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

**Bayerische Landesärztekammer
Vertretervermittlung**

Telefon (089) 41 47-269
Frau Vöth

Der Codein-Typ

Jedes Analgetikum wirkt —
aber nicht bei jedem
Patienten gleich gut.



Der Codein-Typ ist aktiv, dynamisch, von leicht reizbarer Grundstimmung und neigt zum hyperkinetischen Syndrom. Erst der analgetische, schwach sedierende Codeineffekt führt bei ihm zur gewünschten Dämpfung der Schmerzrezeptoren.

Er braucht ein Analgetikum mit Codein.

Contraneural

Analgetikum und
Antipyretikum mit Codein

Zusammensetzung: 1 Tablette enthält Acid. acetylsalicylic. 250 mg, Phenacetin 250 mg, Codein. phosphoric. 0,6 mg, 1 Supp. für Erwachsene enthält Acid. acetylsalicylic. 400 mg, Phenacetin 400 mg, Codein. phosphoric. 19,2 mg, 1 Supp. für Kinder enthält Acid. acetylsalicylic. 100 mg, Phenacetin 100 mg, Codein. phosphoric. 4,8 mg, 1 Supp. für Säuglinge enthält Acid. acetylsalicylic. 50 mg, Phenacetin 50 mg, Codein. phosphoric. 2,4 mg. **Anwendungsgebiete:** Schmerzen verschiedener Ätiologie wie Kopf- und Zahnschmerzen, Schmerzen bei Menstruationsbeschwerden und klimakterischen Beschwerden, Schmerzen nach Operationen, Muskel- und Nervenschmerzen sowie rheumatische Beschwerden; zur Fiebersenkung und Linderung der Beschwerden bei Grippe, Erkältungskrankheiten und tieferhalten Erkrankungen. **Nebenwirkungen:** Okkulte gastrointestinale Blutungen (Anämie), Asthmaanfälle, Obstipation, Nierenschäden (Langzeitverabreichung), hämolytische Anämie, Methämoglobinämie bei Neugeborenen. **Gegenanzeigen:** Anwendung beim Säugling bis zum dritten Monat, genetisch bedingter Mangel an Glukose-6-Phosphat-Dehydrogenase (Symptom: Hämolytische Anämie), hämorrhagische Diathese, Schäden des hämatopoetischen Systems, Magen- und Darmulcers, schwere Nierenfunktionsstörungen, Krankheitszustände, bei denen eine Dämpfung des Atemzentrums vermieden werden muß, Langzeitverabreichung bei chronischer Obstipation, Salicylatallergie. **Hinweis:** Anwendung im ersten Trimenon und in den letzten vier Wochen der Gravidität vermeiden. **Werinneinweisung:** Dieses Arzneimittel kann auch bei bestimmungsgemäßem Gebrauch das Reaktionsvermögen soweit verändern, daß die Fähigkeit zur aktiven Teilnahme am Straßenverkehr oder zum Bedienen von Maschinen beeinträchtigt wird. Dies gilt in verstärktem Maße im Zusammenwirken mit Alkohol. **Dosierungseinstellung und Art der Anwendung:** Erwachsene bis zu 4mal täglich 1 Tablette oder bis zu 3mal täglich 1 Suppositorium für Erwachsene. Kinder bis etwa zum 6. Lebensjahr bis zu 2mal täglich 1 Suppositorium für Kinder. Schulkinder bis etwa zum 10. Lebensjahr bis zu 3mal täglich 1 Suppositorium für Kinder oder bis zu 3mal täglich 1/2 Tablette. Schulkinder bis etwa zum 14. Lebensjahr bis zu 3mal täglich 1/2 bis 1 Tablette. Säuglinge nach dem 3. Lebensmonat bis zu 2mal täglich 1 Suppositorium für Säuglinge. Die Tabletten sind möglichst nach den Mahlzeiten mit etwas Flüssigkeit einzunehmen. Bei magenempfindlichen oder zu Brechreiz neigenden Patienten empfiehlt sich die rektale Anwendung von Suppositorien. **Hendelsformen und Preise:** Packung mit 20 Tabletten DM 4,10 m. MWSt., Packung mit 5 Suppositorien für Erwachsene DM 3,24 m. MWSt., Packung mit 5 Suppositorien für Kinder DM 2,74 m. MWSt., Packung mit 10 Suppositorien für Kinder DM 4,37 m. MWSt., Packung mit 5 Suppositorien für Säuglinge DM 2,30 m. MWSt., Anstaltspackungen.



Dr. R. Pflieger
Chemische Fabrik GmbH, Bamberg

Mehr freiwillige Helfer im Sozialen Dienst

In dem im Dezember 1977 veröffentlichten Handbuch des Bayerischen Staatsministeriums für Arbeit und Sozialordnung „Soziale Dienste in Bayern“, Teil 2 „Ambulante Krankenpflege“, heißt es (1): „Eine bedarfsgerechte Versorgung der bayerischen Bevölkerung in Stadt und Land mit sozialen Diensten gehört zu den vordringlichen Aufgaben der Staatsregierung. Die ambulante Krankenpflege ist die größte und stärkste Säule der sozialen Dienste. Sie ist ein wichtiger Teil unseres Gesundheitssystems neben der ärztlichen Versorgung. In leichteren Krankheitsfällen leistet sie die notwendige pflegerische Versorgung. Bei schweren und langandauernden Erkrankungen kann sie die ärztliche Behandlung wesentlich, vor allem pflegerisch unterstützen. Dadurch kann sie Krankenhäuser entlasten. Nach Krankenhausaufenthalten mit intensiver Akutbehandlung können die ambulanten Krankenpflegedienste die pflegerische Nachsorge bis zur völligen Gesundung der Patienten übernehmen.“

In Bayern besteht ein weitreichendes Netz von pflegerischen Diensten. So ergab eine Erhebung, daß im Juni 1976 in Bayern insgesamt 1620 ambulante Pflegeeinrichtungen vorhanden waren. Diese teilen sich auf in 57 Sozialstationen (inzwischen schon auf 80 angewachsen), 1052 Krankenpflegestationen, 123 Haus- und Familienpflegestationen, 174 Dorfhelferinnenstationen, 5 Altenbetreuungszentren sowie 209 Nachbarschaftshilfen und Bürgerinitiativen. Daneben wurden 127 Mahlzeitendienste, 112 Altenwohnanlagen, 131 Altentagesstätten und rund 1600 Altenklubs gezählt. Allerdings hat das Versorgungsnetz in manchen Gebieten noch Lücken.

Insgesamt sind in den sozialen Diensten 8234 Personen tätig, davon sind 2138 Vollbeschäftigte, 448 Teilzeitbeschäftigte, 1941 nebenamtlich Beschäftigte. 3707 sind ehrenamtliche Mitarbeiter. Von staatlichen und kirchlichen Seiten wird immer wieder betont, daß es weiterhin gilt, mehr Menschen für die freiwillige

und ehrenamtliche Mitarbeit zu finden. Mit Recht verlangte der bayerische Arbeitsminister Dr. Pirkl schon im April 1975 in seiner Etatrede vom Bürger mehr Initiative zur Mitarbeit bei den Sozialdiensten und Nachbarschaftshilfen, wenn man nicht noch mehr Aufgaben anonymen Bürokratien übertragen wolle, womit man auch unseren Staat wesentlicher Werte der Menschlichkeit beraube. Immerhin spielen auch bei den Sozialstationen ehrenamtliche Kräfte immer mehr eine Rolle. Wie kürzlich der Staatssekretär im Ministerium für Arbeit und Sozialordnung, Dr. Vorndran, mitteilte (2), sind in den Sozialstationen durchschnittlich 7,5 Personen hauptberuflich, 7,1 Personen nebenberuflich und 7,0 ehrenamtlich tätig.

Auch das Zentralkomitee der deutschen Katholiken (3) hat in einer Erklärung alle Gläubigen, insbesondere aber die Pfarrgemeinderäte und Verbände zu einem verstärkten Engagement im ehrenamtlichen sozial-caritativen Dienst aufgerufen. Jeder Christ müsse sich von seinem Gewissen her zum Dienst für den Nächsten und zum Helfen gedrängt fühlen. Wörtlich heißt es: „Die so sehr angestrebte Perfektion organisierter und fachkundiger Hilfsmaßnahmen ist nicht in der Lage, spontane Hilfsbereitschaft und helfende Begegnung von Mensch zu Mensch zu ersetzen. Mancherorts haben bereits Sozialstationen zahlreiche gesundheits- und sozialpflegerische Aufgaben übernommen. Sie machen jedoch keineswegs den Einsatz freiwilliger Mitarbeiter in ihrem Wirkungsbereich überflüssig. Ohne den ehrenamtlichen Dienst werden Sozialstationen auf die Dauer zu Institutionen eines verbürokratisierten gesellschaftlichen Systems. Der Geist christlicher Caritas wird nur dann ihre Arbeit bestimmen, wenn eine Gemeinde sich durch eine Sozialstation nicht entpflichten läßt, die Dienste der Nächstenliebe durch ehrenamtliche Mitarbeiter mitzutragen. Im sinnvoll geordneten Miteinander von hauptberuflichen und freiwilligen Mitarbeitern liegt die Chance, persönliche Hilfen noch in-

tensiver zu leisten und den Hilfesuchenden näher zu sein. Hier haben die christlichen Gemeinden eine grundlegende Aufgabe.“ Und weiter heißt es im Aufruf des Zentralkomitees der deutschen Katholiken über die vielfältigen möglichen Dienste: „Das rechte Maß im Helfen, was notwendig zu tun ist und was nicht getan werden kann, muß gelernt und erfahren werden. Dies gilt für alltägliche Dienste, wie Entlastungshilfen im Haushalt und Besorgungen etwa bei alten und kranken Menschen, Krankenbesuche und Kontakte zu Behinderten, das Versorgen mit Lesestoff, Kinderbetreuung und Mitarbeit bei Ferienspielen bei Kindern, aber auch für komplizierte Aufgaben in Lebens-, Erziehungs- und Berufsfreigen, in der Konfrontation mit schwerer Krankheit, persönlichem Versagen, familiären Schickselsschlägen, Konfliktsituationen bei Schwangerschaften oder vielfältigen anderen materiellen und geistigen Nöten. Oft geht es dabei nicht so sehr um sofortige Abhilfe, sondern um eine Anleitung zur Selbsthilfe oder um Hinweise, wie und wo vorhandene Hilfsmöglichkeiten zu nutzen sind. Hier können die Bereitschaft zum Gespräch und zum Zuhören, ein besonnener Rat, eine vermittelnde Hilfestellung schon viel bewirken und zur Bewältigung der Not beitragen.“

So hat der freiwillige Helfer vor allem die Aufgabe, die Augen für Not in seiner Umgebung offen zu halten, vorbeugende Hilfen anzubieten, Kontakte zu organisierten Caritas und zu den Organen der staatlichen Sozialhilfe herzustellen und deren Hilfen zu unterstützen und zu begleiten.

Die besondere Stärke seines Dienstes sollte es sein, daß er stets personenbezogen ist und über sachliche Hilfen hinaus das Erlebnis brüderlicher Nähe vermittelt. Freiwilligen Helfern sollten alle Möglichkeiten des Erlernens oder der Vertiefung der Kenntnisse und Fähigkeiten im gegebenen Einsatzgebiet, z. B. durch Vorträge, Kurse oder praktische Übungen, geboten werden.“

Es gibt zwei Möglichkeiten der Mitarbeit von freiwilligen Helfern (4):

1. In den Sozialstationen, die ja ohne die Mithilfe von freiwilligen Helfern zu leicht den Kontakt zu den

Bei hypotonen Beschwerden:

Physikalische Therapie allein genügt nicht*



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

Amphodyn®



retard

Reguliert doppelt:
Venös
und arteriell

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

Zusammensetzung: 1 Retardkapsel enthält Etilerfrinhydrochlorid 20 mg, Raßkastanienextrakt 150 mg lenth. 25 mg Aescinl.

Kontraindikationen: Phäochromazytom, Thyreotoxikose.

Anwendung und Dosierung: Morgens vor dem Aufstehen 1 Retardkapsel. Nur selten braucht ein Patient am frühen Nachmittag eine zweite.

Packungsgrößen und Preise: 20 Retardkapseln DM 10,68 · 50 Retardkapseln DM 24,80 · 100 Retardkapseln DM 42,45 · Anstaltspackung.



8 München 40

Menschen der Gemeinde verlieren. Die festangestellten Kräfte brauchen Mithilfe, Hinweise, Aushilfe in leichteren Fällen, Unterstützung in der Urlaubszeit.

2. In den Nachbarschaftshilfen. In ihnen arbeiten freiwillige, im wesentlichen ehrenamtliche Helfer und Helferinnen. Zur richtigen Durchführung, vor allem für länger dauernde schwierige Pflegen wird man immer auf ein bis zwei hauptamtliche Schwestern zurückgreifen müssen. Eigentlich ist die Nachbarschaftshilfe die ideale Form der Hilfeleistung in einer Gemeinde, einem Stadtteil oder Landkreis. In einer der nächsten Nummern des „Bayerischen Ärzteblattes“ wird versucht werden, den Aufbau und die Zielsetzung einer Nachbarschaftshilfe zu beschreiben und zu Gründungen anzuregen.

Man wird — und das ist viel persönlicher, menschlicher und christlicher — überall im Lande Männer und Frauen finden, die freiwillig und ehrenamtlich hier mitmachen und gern mitmachen in der organisierten Nachbarschaftshilfe. Man hat in unserem Lande schon vor einem Jahrhundert mit bestem Erfolg die freiwilligen Rotkreuzbereitschaften, die freiwilligen Sanitätskolonnen, die freiwilligen Feuerwehren und neuerdings die freiwilligen Bergwacht- und Wasserwacht-Verbände begründet und unterhalten und sie finden bis in unsere Tage immer wieder junge und alte Menschen, die bereit sind, sich für den Nächsten einzusetzen und zu helfen. Warum sollte es auf dem Gebiet der Kranken- und Altenpflege nicht genau so möglich sein — und es ist möglich, wie viele bestens funktionierende Nachbarschaftshilfen im ganzen Lande zeigen. Immerhin gibt es in Bayern schon nach der Aufstellung des Bayerischen Staatsministeriums für Arbeit und Sozialordnung 209 Nachbarschaftshilfen und Sozialdienste, und zwar in Oberbayern 89, in Nie-

derbayern 13, in der Oberpfalz 8, in Oberfranken 15, in Mittelfranken 30 und in Schwaben 23. Dabei sind 140 in Landkreisen und 69 in Kreisfreien Städten.

Sowohl die freiwilligen Helfer in den Sozialstationen als auch die Helfer in den Nachbarschaftshilfen benötigen vor allem am Anfang und später laufend Ausbildung und Heranbildung. Nicht nur Kurse in häuslicher Krankenpflege, Altenhilfekurse, sondern auch Vorträge und Aussprachen gehören dazu. Zu speziellen Themen, wie z. B. Hilfen für Behinderte usw., muß man Fachleute aus dem Berufsförderungs-

werk, dem Arbeitsamt, dem Sozialamt, der Rentenversicherung herbeiziehen. Für die Ärzte ergeben sich hier auch große Aufgaben der Mithilfe und Mitarbeit.

Schrifttum

1. Soziale Dienste in Bayern, Teil 2, „Ambulante Krankenpflege“, herausgegeben vom Bayerischen Staatsministerium für Arbeit und Sozialordnung, 1977.
2. Deutsches Ärzteblatt, Heft 15, vom 13. April 1978, S. 869.
3. Katholikenrat, Mitteilungen, Meinungen, Materialien, Januar, 1978.
4. GRASSL, Erich: Nachbarschaftshilfen und Sozialstationen — menschliche Hilfe der Zukunft. Bayer. Ärzteblatt, 9/1973.

Erich Grassl, München

Verlautbarung der Bundesärztekammer zu Niederlassungsvorhaben

In der letzten Zeit werden zunehmend Versuche von Firmen unterschiedlichster Art und Größe bekannt, deren Ziel es ist, Ärzten, die sich niederlassen wollen, Einrichtungen zu verkaufen oder zu vermitteln, die oft weit über das Maß des Notwendigen hinausgehen und dadurch hohe Bankkredite erfordern. Sofern der Betreffende noch keine Wahl seines Niederlassungsortes getroffen hat, werden ihm oft auch Ratschläge hierzu aufgrund der von den Firmen erstellten „Wirtschaftlichkeitsanalysen“ erteilt, die sich später nicht selten als allzu optimistisch herausstellen.

Derartige Firmen geben vielfach auch vor, den niederlassungswilligen Ärzten sämtliche Formalitäten abnehmen zu können, um eine möglichst baldige Niederlassung herbeizuführen. Diese Angebote werden nach Beobachtung der Ärztekammern überwiegend mit dem Ziel unterbreitet, Immobilienobjekte zu

vermieten oder zu verkaufen und den Arzt nicht über die wahren Möglichkeiten einer Niederlassung zu informieren. Zum Teil werden derartige Angebote auch in ärztlichen Zeitschriften publiziert. Wie bekannt wurde, erhalten Mitarbeiter verschiedener derartiger „Planungsunternehmen“ hohe Provisionen für die Vermittlung eines Arztes.

Der Vorstand der Bundesärztekammern empfiehlt allen Ärzten, die eine Niederlassung anstreben, dringend, vor Abschluß irgendwelcher Verträge oder Eingehen von Verpflichtungen, in jedem Fall schon bei den ersten eine Niederlassung betreffenden Überlegungen Kontakt mit der für den in Aussicht genommenen Niederlassungsort zuständigen Kassenärztlichen Vereinigung aufzunehmen, da diese regelmäßig in der Lage sein wird, zutreffende Informationen hinsichtlich des Bedarfes und der richtigen Standortwahl einer Praxis zu vermitteln.



RECORSAN-LIQUID.

Rein phytologisches Kardi tonicum für die kleine Herztherapie
Crataegus-Adonistherapie des Altersherzens

Altersherz, coronare Durchblutungsstörungen, Apoplexieprophylaxe
Hochdruckherz, Gastrokard. Syndrom.

In 100 ml: Rutin solub. 0,6 g. Alkohol. Auszüge aus: Crataegus 37,5 g. Adonis
Visc. alb. 5,87 g. Apium grav. Auricul. 5,73 g. Val. 13 g. Cola 4,3 g. · 30 ml DM 5,79

Recorsan-Gesellschaften Gräfelfing und Lüneburg

Zusammenarbeit der Fachpflegekräfte mit niedergelassenen Ärzten in Einrichtungen der ambulanten Krankenpflege in Bayern

Aus einem Schreiben der Bayerischen Arbeitsgemeinschaft zur Förderung der Krankenpflege werden nachstehende Informationen wiedergegeben.

Die Zusammenarbeit zwischen niedergelassenem Arzt und Pflegekraft wirkt sich nach den Erfahrungen der Gemeindefachkräften in jeder Weise helfend aus. Diese Zusammenarbeit sollte jedoch noch verstärkt werden. Es besteht der Eindruck, daß die mancherorts noch vorhandene Unkenntnis über Aufgaben und Auftrag der ambulanten Krankenpflege der Grund dafür ist, daß die Träger bisher nicht genau und ausreichend informiert worden sind. Dem Wunsche vieler niedergelassener Ärzte nach einer entsprechenden Information soll mit den folgenden Hinweisen entsprochen werden:

„Die ambulante Krankenpflege, auch Gemeindekrankenpflege genannt, ist ein seit Jahrzehnten bewährter, auf die Versorgung breiter Bevölkerungsschichten angelegter sozialer Dienst.

Er wurde weitgehend von den Kirchen getragen. Inzwischen hat die Zahl der alten und kranken Menschen, die in ihrer Häuslichkeit Pflege brauchen, weiter zugenommen.

Dazu kam, daß die Kostenexpansion im Gesundheitswesen verlangte, daß keine Möglichkeit ungeprüft bleiben sollte, die zu einer Verringerung der Kosten führen kann. Nicht selten wird auch die Meinung vertreten, daß die Versorgung mit ambulanter Krankenpflege in leichten Fällen ebenso wirksam sein

kann wie die Versorgung in einer stationären Einrichtung.

Dem entspricht eine Ausweitung der Angebote ambulanter pflegerischer Dienste in Bayern.

Die Erhebung des Bayerischen Staatsministeriums für Arbeit und Sozialordnung vom Dezember 1977 hat ergeben, daß im Juni 1976 in Bayern insgesamt 1620 ambulante Pflegeeinrichtungen vorhanden waren. Diese teilen sich auf in

57 Sozialstationen (inzwischen über 100),

1052 Krankenpflegestationen,

123 Haus- und Familienpflegestationen,

174 Dorfhelferinnenstationen,

5 Altenbetriebszentren sowie

209 Nachbarschaftshilfen und Bürgerinitiativen (sonstige Sozialdienste).'

Unter Gemeindekrankenpflegestation ist eine Einrichtung zu verstehen, die mit einer oder mehreren Fachkräften (Krankenschwester oder Altenpflegerin mit Staatsexamen) die Betreuung eines bestimmten Versorgungsbereiches übernimmt.

Unter Sozialstation oder Zentraler Diakoniestation ist die Bündelung der ambulanten gesundheits- und sozialpflegerischen Dienste wie Kranken-, Alten-, Haus- und Familienpflege für einen größeren Einzugsbereich zu verstehen. Sie arbeitet in der Regel mit drei bis sieben/zehn und mehr Fachkräften.

Die Träger auch dieser neuen Formen der ambulanten Krankenpflege sind fast ausschließlich die freien Wohlfahrtsverbände, insbesondere Caritas und Diakonie.

Zum Aufgabenbereich ambulanter Krankenpflege gehören alle Dienstleistungen am kranken Menschen, die zur Genesung, Besserung oder Linderung von Krankheiten oder Krankheitsfolgen erforderlich sind. Im einzelnen sind es folgende Tätigkeiten, die von der Fachkraft übernommen werden:

Grundpflege: wie Waschen, Betten, prophylaktische Maßnahmen, Bäder

Behandlungspflege: z. B. Verbandswechsel, Einreibungen, Injektionen (sub. und i. m.), Spülungen, Katheterisieren, Blutdruck und Puls messen, Medikamentenüberwachung

Mobilisation und Rehabilitation (Betreuung) nach Krankenhausaufenthalt

Beratung: z. B. bei Unterbringung im Altenheim

Vermittlung: z. B. von Essen auf Rädern"

In diesem Zusammenhang wird auf die in Heft 12/1977 des „Bayerischen Ärzteblattes“ abgedruckte Entschliebung des 30. Bayerischen Ärztetages 1977 hingewiesen, in der die Ärzte in Stadt und Land aufgefordert worden sind, bei der Ausbildung von Hilfskräften für den alten Menschen in Altenpflegekursen und Kursen in häuslicher Krankenpflege mitzuwirken.

Eine enge und vertrauensvolle Zusammenarbeit, vor allem zwischen den niedergelassenen Ärzten und den Fachpflegekräften der Sozialstationen und Gemeindekrankenpflegestationen ist daher dringend notwendig.

STAATL. FACHINGEN
Rein natürlich

Fachingen

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

Ad us. proprium Vorzugspreise. Auskunft und wissenschöfl.

Prospektmaterial unverbindlich durch:

Staatl. Mineralbrunnen S. E. Zentralverw. 62 Wiesbaden 16, Wiesbadener Straße 77, Tel. (0 61 21) 422 041 - 45

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

Tittling, Lkr. Eichstätt:

1 Allgemein-/Praktischer Arzt

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

Altmennstein, Lkr. Eichstätt:

1 Allgemein-/Praktischer Arzt

Moosburg, Lkr. Freising:

1 Augenarzt

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

Oberfranken

Heroldsbach, Lkr. Forchheim:

1 Allgemein-/Praktischer Arzt

Wiederbesetzung der aus Gesundheitsgründen verwaisten zweiten Arztstelle für ein Einzugsgebiet von ca. 4500 Einwohnern.

Merktleuthen, Lkr. Wunsiedel:

1 Allgemein-/Praktischer Arzt

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

Trebgast, Lkr. Kulmbach:

1 Allgemein-/Praktischer Arzt

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

Bischofsgrün, Lkr. Bayreuth:

1 Allgemein-/Praktischer Arzt

Selb-Erkersreuth, Lkr. Wunsiedel:

1 Allgemein-/Praktischer Arzt

Hof/Saale:

1 Allgemein-/Praktischer Arzt

Töpen, Lkr. Hof:

1 Allgemein-/Praktischer Arzt

Walschenfeld, Lkr. Bayreuth:

1 Allgemein-/Praktischer Arzt

Weidhausen, Lkr. Coburg:

1 Allgemein-/Praktischer Arzt

Merkredwitz, Lkr. Wunsiedel:

1 HNO-Arzt

Bewerbungen bitte an die Bezirksstelle Oberfranken der KVB, Bürgerreuther Straße 7 e - 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 e. d. Aisch, Lkr. Neustadt e. d. Aisch-Bed Windsheim:

1 Nervenarzt, möglichst mit Psychotherapie

Weißenburg, Lkr. Weißenburg-Gunzenhausen:

1 Nervenarzt

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

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

Die größere Chance für Ihre Hochdruckpatienten:

Blutdrucksenkung + Kardioprotektion*
bei Wohlbefinden im Alltag



Erstmals β -Blockade und Salurese in  Tablette.
Das bedeutet: hohe Therapiesicherheit durch einfache Einnahme

TORRAT®

*Klinische Studien mit verschiedenen β -Rezeptorenblockern zeigten, daß nicht nur das Risiko des Erstinfarkts, sondern auch die Re-Infarkt-Häufigkeit reduziert werden kann. Diese kardioprotektive Wirkung konnte tierexperimentell für Methypranol (β -Blocker in Torrat) belegt werden.

Zusammensetzung:

1 Tablette TORRAT enthält:
20 mg 1-(4-Acetoxy-2,3,5-trimethyl-phenoxy)-
3-isopropylamino-propan-2-ol (= Methypranol)
und 2,5 mg Butizid.

Indikation:

Arterielle Hypertonie.

Kontraindikationen:

Nicht kompensierte Herzinsuffizienz, AV-Block 2. und 3. Grades, ausgeprägte Bradykardie, obstruktive Atemwegserkrankungen (z. B. Asthma bronchiale, spastische Bronchitis), Cor pulmonale, allergische Rhinitis, Glottisödem, kardiogener Schock, Sulfonamid-Überempfindlichkeit, Coma hepaticum, therapieresistente Hypokaliämie sowie Niereninsuffizienz mit Anurie.

Nebenwirkungen:

Bei jeder blutdrucksenkenden Behandlung kann vereinzelt Schwindelgefühl, Herzklopfen, Schweißausbruch oder Müdigkeit auftreten. In seltenen Fällen können Beschwerden von seiten des Magen-Darm-Kanals, wie Übelkeit und Brechreiz auftreten.

Bei rascher Blutdrucksenkung kann es, besonders zu Beginn der Therapie, zur Verminderung der Konzentrationsfähigkeit kommen (Kraftfahrer!).

Boehringer Mannheim GmbH
6800 Mannheim 31

Dosierung:

Im allgemeinen genügen 1 bis 2 Tabletten täglich. Es empfiehlt sich, die Behandlung mit 1 Tablette täglich zu beginnen. Bei unzureichender Wirkung kann die Dosis nach ca. 14 Tagen auf 2 x 1 Tablette täglich erhöht werden. Diese Dosis kann nach guter Einstellung als „1 mal-Tagesdosis“ zum Frühstück eingenommen werden.

Hinweise:

Bei latenter und manifester Herzinsuffizienz sollte vor der Behandlung bzw. beim Auftreten einer Herzinsuffizienz unter der Behandlung mit TORRAT ausreichend digitalisiert werden. Kaliumhaushalt, Blutzucker und Harnsäure sind wegen der saluretischen Komponente regelmäßig zu kontrollieren. Bei eingeschränkter Nierentfunktion kann eine Blutdrucksenkung versucht werden, wenn diese

allmählich und unter sorgfältiger Überwachung erfolgt.

Bei metabolischer Azidose muß die verminderte Ansprechbarkeit des Herzens auf sympathische Reize beachtet werden. Bei einer Narkose sind die kardialen Wirkungen der β -Blocker-Komponente von TORRAT und der Narkotika zu beachten.

Antidot: Bei Bradykardie: 1,0–2,0 mg Atropin i.v. injizieren, bei Atembeschwerden: 0,5–1,0 mg Orciprenalinsulfat (Alupent®, C. H. Boehringer Sohn, Ingelheim) langsam i.v. injizieren, evtl. Infusion.

Für Ihre Verordnung:

OP mit 20 Tabletten	DM 16,48
OP mit 50 Tabletten	DM 36,43
OP mit 100 Tabletten	DM 64,57
AP mit 500 Tabletten	

Weitere Informationen enthält der wissenschaftliche Prospekt (z. Zt. gültige Auflage: Februar 1978). Auch informiert Sie gern unser Mitarbeiter im wissenschaftlichen Außendienst.

Unterfranken

Aschaffenburg, Stadteil Leider:

1 Allgemein-/Praktischer Arzt

Geiselbach, Lkr. Aschaffenburg:

1 Allgemein-/Praktischer Arzt

Haibach, Lkr. Aschaffenburg:

1 Allgemein-/Praktischer Arzt

Mömbriß, Lkr. Aschaffenburg:

1 Allgemein-/Praktischer Arzt

Alzenau, Lkr. Aschaffenburg:

1 Augenerzt

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.

Miltach, Lkr. Chem:

1 Allgemein-/Praktischer Arzt

Nachfolgebesetzung; Einzugsgebiet ca. 2500 Einwohner.

Vilseck, Lkr. Amberg-Sulzbach:

1 Allgemein-/Praktischer Arzt

Besetzung der dritten Kassenerztstelle bei einem Einzugsgebiet von ca. 6000 Einwohnern.

Weldthurn, Lkr. Neustadt/Waldnaab:

1 Allgemein-/Praktischer Arzt

Nachfolgebesetzung; Einzugsgebiet rund 2500 Einwohner.

Waldsassen, Lkr. Tirschenreuth:

1 Allgemein-/Praktischer Arzt

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

Bärnau, Lkr. Tirschenreuth:

1 Allgemein-/Praktischer Arzt

Hirschau, Lkr. Amberg-Sulzbach:

1 Allgemein-/Praktischer Arzt

Kohlbürg, Lkr. Neustadt/Waldnaab:

1 Allgemein-/Praktischer Arzt

Pleystein, Lkr. Neustadt/Waldnaab:

1 Allgemein-/Praktischer Arzt

Amberg:

1 Arzt mit Zusatzbezeichnung Psychotherapie

Weiden:

1 Arzt mit Zusatzbezeichnung Psychotherapie

Amberg:

1. Hautarzt

Stadt Schwandorf, Lkr. Schwandorf:

1 Anästhesist

Stadt Schwandorf, Lkr. Schwandorf:

1 Hautarzt

Weiden:

1 Hautarzt

Bewerbungen bitte an die Bezirksstelle Oberpfalz der KVB, Lendshuter 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

Freyung, Lkr. Freyung-Grafenau:

1 Allgemein-/Praktischer Arzt

Haibach, 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

Kirchroth, Lkr. Straubing-Bogen:

1 Allgemein-/Praktischer Arzt

Ohu, Lkr. Landshut:

1 Allgemein-/Praktischer Arzt

Rain, Lkr. Straubing-Bogen:

1 Allgemein-/Praktischer Arzt

Schöllnach, Lkr. Deggendorf:

1 Allgemein-/Praktischer Arzt

Stallwang, Lkr. Straubing-Bogen:

1 Allgemein-/Praktischer Arzt

Teisnach, Lkr. Regen:

1 Allgemein-/Praktischer Arzt

Regen:

1 Augenarzt

Deggendorf-Stadt:

1 Hauterzt

Passeu:

1 Hautarzt

Regen:

1 Hautarzt

Viechtach, Lkr. Regen:

1 Augenarzt

Bewerbungen bitte an die Bezirksstelle Niederbayern der KVB, Lilienstraße 5-7, 8440 Straubing, Telefon (0 94 21) 70 53.

Schwaben

Neuburg e. d. Kammel, Lkr. Günzburg:

1 Allgemein-/Praktischer Arzt

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

München – Universität

Bei Professor Dr. med. Jan-Diether Murken (außerplanmäßiger Professor für Kinderheilkunde) wurde die Lehrbefugnis um die „Medizinische Genetik“ erweitert.

Zum „außerplanmäßigen Professor“ wurden ernannt: Privatdozent Dr. med. Rupert Backmann, Pathologisches Institut des Krankenhauszweckverbandes Augsburg; Privatdozent Dr. med. Ahmad Fateh-Moghadam, Institut für Klinische Chemie im Klinikum Großhadern; Privatdozent Dr. med. Karl Dietrich Hepp, Klinisch-experimentelle Abteilung der Forschergruppe Diabetes am Städtischen Krankenhaus München-Schwabing; Privatdozent Dr. med. Alfons Hofstetter, Urologische Klinik; Privatdozent Dr. med. Dieter Huhn, Medizinische Klinik III im Klinikum Großhadern; Privatdozent Dr. med. Hans Löweneck, Anatomisches Institut; Privatdozent Dr. med. Helmut Sies, Institut für Physiologische Chemie und Physikalische Biochemie; Privatdozent Dr. med. Hans-Joachim Suschke, Kinderpoliklinik.

Universitätsdozent Dr. med., Dr. med. habil. Wolfgang Eisenmenger, Institut für Rechtsmedizin, wurde zum „Wissenschaftlichen Rat und Professor z. A.“ ernannt.

Privatdozent Dr. med. Gerd Plewig, Dermatologische Klinik und Poliklinik, wurde zum „Leitenden Oberarzt“ ernannt.

Zum „Oberarzt“ wurden ernannt: Privatdozent Dr. med., Dr. med. habil. Jürgen Engert, Kinderchirurgische Klinik; Privatdozent Dr. med. Erhard Hiller, Medizinische Klinik III im Klinikum Großhadern; Privatdozent Dr. med., Dr. med. habil. Klaus Remberger, Pathologisches Institut; Privatdozent Dr. med., Dr. med. habil. Siegfried Stotz, Orthopädische Klinik.

Dr. med. Maria Luise Karl, Medizinische Klinik II im Klinikum Großhadern, wurde zur „Akademischen Oberrätin“ ernannt.

Dr. rer. nat. Gundolf Beier, Institut für Rechtsmedizin, wurde zum „Akademischen Rat“ ernannt.

Zum „Privatdozent“ wurden ernannt: Dr. med. Michael Jensen für „Kinderheilkunde“; Dr. Ernst Peter Rieber für „Immunologie“.

München – Technische Universität

Privatdozent Dr. med. Severin Daum, I. Medizinische Klinik, wurde zum „außerplanmäßigen Professor“ ernannt.

Privatdozent Dr. med. Horst Dilling, Oberarzt an der Psychiatrischen Klinik, wurde bis zur Wiederbesetzung des Lehrstuhls für Psychiatrie mit der vertretungsweisen Wahrnehmung dieses Lehrstuhls beauftragt.

Zum „Leitenden Oberarzt“ wurde ernannt: Privatdozent Dr. med. Bernd Landauer, Institut für Anästhesiologie; Privatdozent Dr. med., Dr. med. habil. Gunter Tempel, Institut für Anästhesiologie.

„Dr. med. habil.“ wurde verliehen (nachdem in einem ordnungsgemäßen Habilitationsverfahren die Lehrbefähigung festgestellt wurde) an: Dr. med. Anton Wernig „Physiologie“; Dr. med. Dieter Mack „Chirurgie“; Dr. med. Dieter Sack „Innere Medizin“.

Dr. med. Ugo Gullotta wurde zum „Privatdozent für Röntgendiagnostik“ ernannt.

Professor Dr. med. Theodor Hellbrügge, Vorstand des Instituts für Soziale Pädiatrie und Jugendmedizin und Leiter des Kinderzentrums und der Aktion Sonnenschein, Güllstraße 3, 8000 München 2, erhielt von der Stadt München die Medaille „München leuchtet den Freunden Münchens“.

Viele Symptome - eine Ursache: Magnesium- Mangel



MAGNESIUM VERLA®

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

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

Zusammensetzung: Dregées (entspr. 40 mg Mg = 3,3 mval), Magnesium-L-glutaminic. 100 mg, Magnesium citric. 230 mg, Magnesium nicotinic. 5 mg, Ampullen zu 10 ml (entspr. 77 mg Mg = 6,3 mval), Magnesium-L-glutaminic. 1000 mg, Konzentrat (1 Beutel enthält) mono-Magnesium-L-aspertat 1803 mg, Vitamin-B₁-nitrat 2 mg, Vitamin B₂ 3 mg, Vitamin-B₆-hydrochl. 3 mg, Magnesium-Gehalt: 121,56 mg entspr. 10 mval.
50 Dregées 6,12 DM, 150 Dregées 15,36 DM ·
3 Ampullen 4,40 DM, 10 Ampullen 13,55 DM ·
Konzentrat 20 Beutel 8,90 DM, 50 Beutel 19,96 DM

VERLA-PHARM

8132 TUTZING

Verdienstkreuz am Bande

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

Dr. med. Eugen Dietl, Am Schloßwald 8, 8172 Lenggring;

Obermedizinaldirektor Dr. med. Herbert Haas, Weingartenweg 4, 8720 Schweinfurt;

Oberregierungsmedizinalrat a. D. Dr. med. Eduard Klinger, Weidendamm 25, 8600 Bamberg;

Dr. med. Anton Pfeiffer, Probiertweg 10, 8070 Ingolstadt;

Dr. med. Oskar Schwarzmayr, Marktstraße 53/1, 8170 Bad Tölz;

Professor Dr. med. Helmuth Stolze, Adalbert-Stifter-Straße 31, 8000 München 81;

Dr. med. Alexander Wolfrum, Pächterweg 1, 8054 Mauern.

Dr. Dr. Grassl 65 Jahre

Am 30. August konnte Dr. med. et phil. Erich Grassl, Boschetsrieder Straße 75/1, 8000 München 70, seinen 65. Geburtstag feiern.

E. Grassl wurde am 30. August 1913 in Kaiserslautern geboren. Er besuchte das humanistische Gymnasium in Passau und studierte anschließend Psychologie, Pädagogik und Psychiatrie; 1936 promovierte er zum Dr. phil. Nach beruflicher Tätigkeit als praktischer Psychologe und dem Kriegsdienst studierte der Jubilar Medizin; Promotion 1945 in Innsbruck. Anschließend war er am Krankenhaus tätig. 1947 erfolgte die Niederlassung als praktischer Arzt in München; er wirkt zugleich als Betriebsarzt der Bayerischen Landesbank.

Seit 1946 ist Dr. Dr. Grassl ununterbrochen in der ärztlichen Standespolitik tätig. Er war 1. Landesvorsitzender der Jungärzte Bayerns und Mitbegründer des Marburger Bun-

des. Außerdem war und ist er im Vorstand des Ärztlichen Kreisverbandes München, der Bezirksstelle München der KVB und in freien Verbänden tätig. Besonders setzte er sich für die Belange der praktischen Ärzte ein, hier vor allem als Schriftleiter des „Forum“. Er half beim Aufbau des ärztlichen Dienstes für die Besucher während des Eucharistischen Kongresses mit und erwarb sich während der Olympiade 1972 damit besondere Verdienste. Anlässlich der Jahrestagung des Weltärztebundes in München 1973 gestaltete Dr. Dr. Grassl die Ausstellung „München und seine Ärzte“. Ferner organisierte er fünf große Medikamentensammlungen für katastrophenbedrohte Länder.

Sein Herz gehörte stets besonders der gesundheitlichen Volksbelehrung und den sozial Schwachen, Behinderten und Kindern. Seit 1946 bemühte er sich um den Aufbau des Faches „Gesundheitslehre“ in den Schulen. Er ist Verfasser von vier Gesundheitsbüchern in vielen Auflagen. Außerdem hat er erheblichen Anteil beim Aufbau von Hilfen für Behinderte. Er arbeitete mit am „Handbuch der Jugendwohlfahrt“ 1950, dem „Handbuch für Erzieher und Jugendpfleger“ 1967. Seit 1956 ist er Initiator der „Kinderspielplatz-Aktion“ der Bayerischen Katholischen Arbeitsgemeinschaft für Volksgesundheit. Mit Hilfe mehrerer Flugblattaktionen an alle Bundestags- und Landtagsabgeordneten, an deren Organisation er wesentlich beteiligt war, konnte die Durchsetzung der Kinderspielplatz-Paragrafen in der Deutschen Musterbauordnung erreicht werden. In den siebziger Jahren setzte sich der Jubilar in Wort und Schrift intensiv für die ehrenamtlichen Helferkreise ein. Er ist Begründer und Leiter der Nachbarschaftshilfe München-Solln und Verfasser des Handbuches der sozialen Dienste „Wer hilft in München?“.

Dr. Dr. Grassl wurde mit dem Ehrenzeichen des Deutschen Roten Kreuzes und dem Bayerischen Verdienstorden ausgezeichnet.

Ad multos annos!

Dr. Beckmann 70 Jahre

Dr. Peter Beckmann, Medizinaldirektor i. R., Heimgartenstraße 8, 8115 Ohlstadt, konnte am 31. August seinen 70. Geburtstag feiern.

Der Jubilar ist vor allem dadurch bekanntgeworden, daß er im Jahre 1954 in Ohlstadt eine eigene Kurorganisation für Patienten mit Erkrankungen der Kreislauforgane und vegetativer Kreislaufschädigungen entwickelte. Diese Kuranstalt für Vorsorge- und Gesundheitssicherung wurde später Modell und Schrittmacher für zahlreiche Rehabilitationszentren; insbesondere der Herzinfarkt nach Behandlung, die von Beckmann inaugurierten Methoden der Terrainkur, der Morgenübung, Bürstenbehandlung, des eutogenen Trainings, haben heute in dem Repertoire moderner Kur- und Badeorte weitgehenden Eingang gefunden und zu einer Aktivierung des Patienten geführt. Zahlreiche Veröffentlichungen über Rehabilitation und Gesundheitsvorsorge, der aktiven Übungsbehandlung, über die Technik der Terrainbelastung, auf dem Gebiet der Prägeriatrie, haben seinen Namen nicht nur in Deutschland, sondern in der ganzen Welt bekannt gemacht.

Wir wünschen dem Jubilar noch viele Jahre froher Schaffenskraft.

Professor Dr. phil., Dr. hc. mult. Adolf Butenandt, Marsopstraße 5, 8000 München 60, em. o. Professor für Physiologische Chemie, Ehrenpräsident der Max-Planck-Gesellschaft, em. Direktor des Max-Planck-Instituts für Biochemie, wurde von der Deutschen Akademie der Naturforscher Leopoldina (Halle) zum 75. Geburtstag mit der Verdienstmedaille ausgezeichnet.

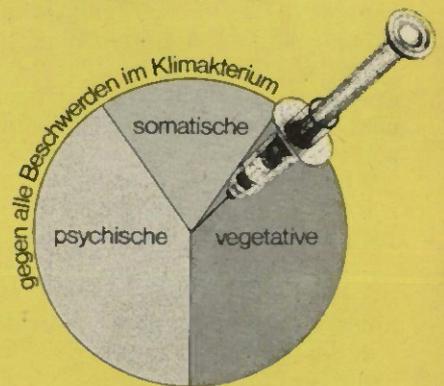
Professor Dr. med. H.-J. Merté, Direktor der Augenklinik und Poliklinik der Technischen Universität München im Klinikum rechts der Isar, Ismaninger Straße 22, 8000 München 80, wurde vom bayerischen Arbeitsminister in das Kuratorium der Bayerischen Akademie für Arbeits- und Sozialmedizin berufen.

Das Klimakterium ist keine Krankheit, aber „es muß betont werden, daß die Patientinnen in den meisten Fällen, obwohl es sich nur um funktionelle Beschwerden handelt, ein wirkliches Krankheitsgefühl empfinden und sich in ihrer Gesundheit bedroht fühlen.“

Lauritzen, C., Die Therapie des Klimakteriums, Therapiewoche 24, 45:5198 (1974)

Gynodian Depot

hilft der Frau
im Klimakterium
wirklich weiter



Zusammensetzung: 1 ml Gynodian® Depot enthält 200 mg 3ß-Heptanoyloxy-androst-5-en-17-on (Prasteronönanth) und 4 mg Östradiol-17-valerianat in öligem Lösung. Indikationen: Charakteristische Ausfallerscheinungen im Klimakterium der Frau oder nach Ovariectomie bzw. Strahlenkastration wegen nichtkarzinomatöser Krankheiten. Dosierung: Im allgemeinen 1 Ampulle i. m. alle 4 Wochen. Die Häufigkeit der Injektionen hängt von dem Wiederauftreten der Beschwerden und deren Beeinflussbarkeit ab. Ölige Lösungen wie Gynodian-Depot sind ausschließlich intramuskulär zu injizieren; insbesondere ist eine intravasale Injektion zu vermeiden. Nebenwirkungen: Nur selten kommt es zu erhöhter Libido, Spannungsgefühl in den Brüsten, Gewichtszu- oder abnahme. Eine kurzdauernde, meist östrogenbedingte Entzugsblutung erfordert keinen Abbruch der Behandlung. Lang anhaltende oder wiederholt und unregelmäßig einsetzende Blutungen müssen stets differentialdiagnostisch geklärt werden. Falls während der Be-

handlung mit Gynodian-Depot vermehrter Haarwuchs im Gesicht und an den Beinen oder Stimmveränderungen auftreten, ist es unwahrscheinlich, daß dies mit der Anwendung des Präparates zusammenhängt. Denn derartige Erscheinungen sind im Klimakterium auch ohne jede Medikation nicht selten, und es wurde sogar beobachtet, daß sie sich unter der Behandlung mit Gynodian-Depot zurückgebildet haben. Trotzdem ist besonders bei Frauen mit Sing- oder Sprechberufen zu erwägen, ob bei Auftreten solcher Erscheinungen die Behandlung beendet werden sollte, weil die tatsächliche Ursache im Einzelfall nicht feststellen sein wird. Bei stärkerem Blutdruckanstieg soll die Therapie abgesetzt werden. Kontraindikationen und Risiken: Hormonabhängige Tumoren des Uterus oder der Mammæ bzw. Verdacht darauf, Endometriose, Fettstoffwechselstörungen, Otosklerose mit Verschlechterung in vorangegangenen Schwangerschaften. Inwieweit Gynodian-Depot während einer Schwangerschaft unbedenklich an-

gewendet werden kann, ist nicht bekannt. Patientinnen mit Diabetes, Hypertonie, Otosklerose, multipler Sklerose, Epilepsie, Porphyrie oder Tetanie sind besonders zu überwachen. Das gleiche gilt für die regelmäßige Einnahme anderer Medikamente (z. B. Barbiturate, Hydantoine, Phenylbutazon, Rifampicin). Besondere Hinweise: In Abständen von etwa 6 Monaten empfehlen sich vorsorglich gynäkologische Untersuchungen. Packungen und Preise lt. AT.: Spritzampulle zu 1 ml DM 15,23, 3 Spritzampullen zu je 1 ml DM 40,15, 3 Ampullen zu je 1 ml DM 39,26. A.P. 1S und 60 Spritzampullen oder Ampullen zu je 1 ml. Ausführlichere Informationen zum Präparat enthält der wissenschaftliche Prospekt (z. Z. ist die 3. Auflage vom Juli 1977 gültig). April 78®

SCHERING AG
BERLIN/BERGKAMEN

Im Juni dieses Jahres hat die langjährige Vorsitzende des Bayerischen Ärztinnenbundes, Frau Kollegin Alletag-Held, ihr Amt aus persönlichen Gründen zur Verfügung gestellt. Ihre Erfahrungen, die sie – als Mitglied des Vorstandes der Bayerischen Landesärztekammer und als Vorsitzende des Ärztlichen Kreisverbandes Starnberg – bei der Mitarbeit in den Selbstverwaltungsorganen der Ärzteschaft gesammelt hat, sind für die weitere berufspolitische Arbeit des Bayerischen Ärztinnenbundes unersetzlich. Die Mitglieder haben sich deshalb dafür ausgesprochen, daß Frau Kollegin Alletag-Held dem neuen Vorstand weiterhin als Ehrenvorsitzende mit Rat und Tat zur Verfügung steht.

Die jetzt mit der Amtsführung betrauten Vorstandsmitglieder sind sich der Tatsache bewußt, daß sich heute für berufspolitisches Handeln im Interesse unserer Kolleginnen und des Nachwuchses andere Themen stellen wie noch vor einigen Jahren. So wichtig in Einzelfällen die Frage sein mag, ob und wo Möglichkeiten bestehen, Weiterbildung etwa in Halbtagsstellung zu absolvieren, und eine entsprechende Beratung und Hilfe für die Kolleginnen angebracht ist, so ist dies doch zu einer Randerscheinung geworden. In den Mittelpunkt des beruflichen Interesses unserer Kolleginnen drängen vielmehr Probleme wie die Frage nach der geeigneten Fachrichtung, nach Stellenplänen in den öffentlichen Einrichtungen des Gesundheitsdienstes, Möglichkeiten der Berufsausübung in Sondereinrichtungen, Aufrechterhaltung der Berufsausübung in freier Praxis, Zusammenarbeit in Gemeinschaftseinrichtungen –, um nur einige Aspekte anzusprechen. Mehr als unsere Kolleginnen sind sie betroffen vom Wandel der gesellschaftlichen Strukturen, von Hausse und Baisse des Wirtschaftslebens, von der auf uns zurollenden „Ärztenschwemme“ und dem daraus notwendigerweise erwachsenden Verdrängungskampf.

Der außerordentlich unterschiedliche Anteil der Ärztinnen in den verschiedenen Fachgebieten macht deutlich, daß sie vor allem dort ihre berufliche Tätigkeit suchen, wo die unmittelbare Patientenbetreuung im Vordergrund steht, wo das ärztliche Hilfspersonal nur in geringem Maß zur Entlastung beitragen kann und damit die physische und psychische Arbeitsbelastung voll von einer Person allein getragen werden muß. Hinzu kommt, daß diese sozialintensive Tätigkeit kaum mehr Raum läßt für die Betreuung einer eigenen Familie und daß dieser unmittelbare Einsatz – so sehr er von den Patienten gewünscht und allseits gefordert wird – im ökonomischen Sinne stiefmütterlich behandelt wird.

Zu diesen Besonderheiten der Berufsausübung von Ärztinnen gesellt sich zunehmend ein weiteres Problem: Dem Trend der letzten Jahre folgend – der Anteil der Studentinnen an der Studentenschaft erhöhte sich innerhalb von zehn Jahren um zehn Prozent, war somit 1965 jeder vierte Student eine Frau, so ist es 1976 schon mehr als jeder dritte –, weist die Statistik auch aus, daß 1960 jeder sechste berufstätige Arzt und 1975 bereits jeder fünfte eine Ärztin war.

Leider spiegelt die Zusammensetzung der gewählten Organe der ärztlichen Selbstverwaltung und der freien ärztlichen Verbände diese Entwicklung nicht im geringsten wider. Dort, wo berufspolitisch entschieden und gehandelt wird, fehlt die Mitwirkung von Ärztinnen.

Häufig ist zu hören, daß es den Ärztinnen an politischer Fähigkeit und Engagement fehle. Wer das nachweisbare Engagement bayerischer Ärztinnen quantifizieren will, kann die Liste der Ärzte in der bayerischen Kommunalpolitik zu Hilfe nehmen. Immerhin ist jeder echte ärztliche Kommunalpolitiker eine Ärztin. In der Vertreterversammlung der Kassenärztlichen Vereinigung Bayerns

dagegen wird nur jeder 50. Platz von einer Ärztin eingenommen – während doch zumindest jeder fünfte Kassenarzt eine Ärztin ist. Was die parteipolitische Verteilung der Ärztinnen anbelangt, so zeigt sich sehr deutlich, daß SPD und FDP die Kandidatur von Ärztinnen fördern und sich diese Kandidaten offenbar der Gunst der Wähler erfreuen. Eine Ärztin trifft in der SPD auf sechs Ärzte, in der FDP auf acht und bei der CSU auf zehn. Weder die politische Uninteressiertheit noch gesellschaftliche Abneigung gegen politisch tätige Ärztinnen liegt somit vor. Es ist eine Reihe von Vorurteilen im innerärztlichen Bereich, die sich einer angemessenen Repräsentanz in der Selbstverwaltung entgegenstellen. Der Vorstand des Bayerischen Ärztinnenbundes appelliert deshalb an alle Kolleginnen, sich bei den bevorstehenden Wahlen mutig auch dann zur Verfügung zu stellen, wenn diese Vorurteile zunächst unüberwindbar erscheinen.

Der Vorstand des Bayerischen Ärztinnenbundes wird sich deshalb in Zukunft mehr wie bisher zu aktuellen berufspolitischen Themen zu Wort melden. Darüber hinaus ist beabsichtigt, Kontakt zu pflegen mit den übrigen freien ärztlichen Verbänden und mit Frauenverbänden, die sich in der Öffentlichkeit mit Fragen der Gesundheitsberufung und Gesundheitsbetreuung befassen. Vordringlich erscheint dem Vorstand, auch mitzuwirken bei der Motivation aller Frauen, die Inanspruchnahme von Früherkennungsuntersuchungen für Frauen, Männer und Kinder zu verbessern, um den medizinischen Maßnahmen größtmögliche Effizienz zu sichern und der Öffentlichkeit den Erfolg der Bemühungen erkennbar zu machen.

Der traditionell engen Kooperation der Landesärztekammer mit dem Bayerischen Ärztinnenbund ist es zu danken, daß dem Vorstand die Möglichkeit gegeben wird, sich im „Bayerischen Ärzteblatt“ unmittelbar an alle Ärztinnen wenden zu können. Dafür sind wir außerordentlich dankbar. Wir werden uns in kurzen Abständen an dieser Stelle im oben dargelegten Sinne zu Wort melden.

Dr. med. Gertraud Bäcker, Vorsitzende des Bayerischen Ärztinnenbundes, Im Brunntal 3, 8000 München 80

Rückschau auf 16 Jahre Amtszeit

Nach 16jähriger Amtszeit als Ministerpräsident, nach 21 Jahren Kabinettszugehörigkeit und 24 Jahren Mitglied des Landtags hat sich Regierungschef Alfons Goppel, der im Herbst aus dem Amt scheidet, im Maximilianeum verabschiedet. Die Regierungserklärung Goppels stellte eine Bilanz seiner politischen Arbeit dar, zeigte das in vier Legislaturperioden Erreichte auf, ohne die Aufgaben für die Zukunft zu verschweigen, wie sie Goppel auf den Freistaat zukommen sieht.

Seine Politik sei von folgenden Leitlinien bestimmt gewesen: „Wahrung der freiheitlichen und wertorientierten Ordnung in Staat und Gesellschaft auf der Grundlage von Selbstverantwortung, Subsidiarität, Solidarität und Leistung; Sicherung der Eigenstaatlichkeit Bayerns, konsequenter Einsatz für die föderative Ordnung; Sicherung leistungsfähiger Einrichtungen als Voraussetzung einer freiheitlichen Ordnung; Bemühen um gleichgewichtige Entwicklung des Landes als Ganzes und in seinen Teilen, Bemühen um Gleichwertigkeit für alle Bürger.“

Vor diesem Hintergrund zog Goppel seine Bilanz: Zusammen mit Baden-Württemberg liege Bayern im wirtschaftlichen Wachstum heute an der Spitze der deutschen Bundesländer. Trotz der wirtschaftlichen Erfolge seien aber die Belastungen für die Umwelt nicht größer, in Teilbereichen eher spürbar geringer geworden. Für die Zukunft verlangte er, daß die infrastrukturellen Standortbedingungen, insbesondere im Energie- und Versorgungsbereich, verbessert und vorhandene Nachteile ausgeglichen werden. Es müßten „regionale Disparitäten in der Energieversorgung“ abgebaut, regionalwirtschaftliche bedeutsame Bahnstrecken erhalten und die Verkehrswege zum Mittelmeerraum und nach Südosteuropa ausgebaut werden.

Besorgt blickte Goppel auf die Bevölkerungsentwicklung als der Basis allen strukturpolitischen Bemühens: Man könne zwar mit sozialen Maßnahmen geburtenhemmende Barrieren auf der materiellen und finanziellen Seite abbauen, es komme aber darauf an, wieder den Verfassungsauftrag des besonderen Schutzes von Ehe und Familie in den Vordergrund zu stellen. In der Beratung und den Hilfen für Jugendliche, die sich in der Gesellschaft nur schwer zurecht finden, sah Goppel angesichts mangelnder Ausbildungs- und Berufschancen neue und unlösbar scheinende Probleme auf den Staat zukommen. In der Kulturpolitik sei es gelungen, das Land gleichmäßig mit Kindergärten zu versorgen, sowie die Zahl der Abiturienten und der Studienplätze während seiner Amtszeit zu verdoppeln. Richtig sei die Einführung des Berufsgrundbildungsjahres in kooperativ-dualer oder in vollzeitschulischer Form gewesen. Die Bildungspolitik habe sich freilich allzu lange in Diskussionen um Strukturen und Lehrpläne erschöpft und der geistigen Orientierung zu wenig Aufmerksamkeit geschenkt. Deshalb müsse in den Schulen und übrigen Bildungseinrichtungen wieder Sinn- und Wertvermittlung stattfinden.

Zur Sozialpolitik meinte der Ministerpräsident, an den Leistungen dort zeige sich die „Menschlichkeit unseres Staates“. Sie erweise sich gerade an der Sorge um die Alten, die Behinderten und Kranken. In diesem Zusammenhang stellte er fest, obwohl der Bund sich aus der Krankenhausfinanzierung zurückgezogen habe und Land und Kommunen die Hauptlast trügen, werden allein 1978 136 Krankenhaussanierungen und -neubauten durchgeführt oder vorbereitet. „Ziel kann dabei nicht allein das technisch-perfekte Krankenhaus sein, Bürgernähe und Menschlichkeit sind in derselben Weise erforderlich.“

Vor einem totalen Sozialstaat warnte Goppel, weil er in die Ungerechtigkeit der Nivellierung führe. „Der Sozialstaat kann schließlich seine Sicherungsfunktion nur dann dauerhaft erfüllen, wenn seine Finanzierung die Wirtschaft nicht überfordert. Gerade deren Leistungsfähigkeit beruht aber auch auf einer ausgewogenen, den Anforderungen entsprechenden Infrastrukturausstattung.“ Dazu habe das Landesentwicklungsprogramm die systematische Grundlage gelegt. Es sei freilich kein „planifikatorischer Katechismus“, sondern werde fortgeschrieben und neuen Gegebenheiten angepaßt. Zu den großen Reformen auf der Kreis- und Gemeindeebene stellte Goppel fest, sie seien in einem überschaubaren und bürgernahen Rahmen verblieben. Dabei wurde eine den heutigen Erfordernissen angepaßte Güte der Zusammenfassung erreicht, wobei nötige Korrekturen in der Zukunft nicht ausgeschlossen seien.

Das Bund-Länder-Verhältnis beleuchtete der Regierungschef unter finanziellen Aspekten: Bei den Aufgabeneuverteilungen kämen die Länder vielfach gegenüber dem Bund ins Hintertreffen und würden in der Selbständigkeit der Haushaltsgestaltung oft nachhaltig berührt. Trotzdem habe die Staatsregierung ihre gesteckten Ziele erreicht mit dem Ergebnis: „Die Kasse des Freistaates ist in Ordnung.“ Im Gegensatz zur Kommunalfreundlichkeit der bayerischen Haushaltspolitik – jede vierte Mark fließe heuer an die Kommunen – fragte Goppel, ob die Finanzhilfen des Bundes zu einer „Angebotsdiktatur entartet“ seien angesichts von Grundgesetzänderungen, faktischem Verfassungswandel, Dotationsauflagen und finanziellen Bevormundungen, durch die sich der politische Handlungsspielraum des Landes einenge.

Als Resümee seiner Amtszeit zeichnete Ministerpräsident Goppel ein Bild Bayerns, wie es sich ihm heute darstelle: „politisch und sozial stabil, wirtschaftlich trotz Krise und Rezession erfreulich gesund, ruhend in seinen geographischen, geschichtlichen und volkhaften Anlagen, in lebendiger Übereinstimmung mit sich selbst.“

Michael Gscheidle

„Wirtschaftsgipfel“

Die Bundesregierung hat mitten in der Sommerpause ein neues Programm zur Kräftigung des Wirtschaftswachstums beschlossen. Sie beruft sich dabei auf den Bonner „Wirtschaftsgipfel“, der für eine Politik des Wirtschaftswachstums plädiert und die Bundesregierung aufgefordert hätte, mehr zur Belebung der Konjunktur zu tun. Schmidt hat jedoch auf dem „Gipfel“ nur Maßnahmen zugesagt, die er auch ohne den Druck von außen hätte einleiten müssen. Die FDP hatte sich nach den Wehnländerlegen in Hemburg und Niedersachsen für Steuerentlastungen stark gemacht, um politisches Profil zurückzugewinnen. Dem mußte Schmidt vor der Hessen- und Bayernwahl Rechnung tragen, und zwar unabhängig vom Ausgang der Gipfelgespräche. Die Beschlüsse dieser Konferenz werden es Schmidt aber sicherlich leichter machen, sein Programm in der SPD-Fraktion durchzubringen. Schon kommt Kritik aus der linken Ecke, die mehr Investitionslenkung und höhere Ausgaben wünscht.

Auf der anderen Seite hatte Schmidt mit der CDU/CSU-Mehrheit im Bundesrat zu rechnen, die seit Monaten strukturelle Verbesserungen im Steuerrecht, insbesondere eine Reform des Lohn- und Einkommensteuerertrags verlangt. Steuergesetze bedürfen durchwegs der Zustimmung des Bundesrates; ohne CDU/CSU geht also fast nichts. Das von der Bundesregierung geschnürte Maßnahmenbündel trägt damit wiederum mehr den politischen Schwierigkeiten der Koalition als den wirtschaftspolitischen Notwendigkeiten Rechnung. Die Konjunktur krenkt doch in erster Linie daran, daß die privaten Investitionen nicht in Schwung kommen. Die Bundesregierung hätte sich also in erster Linie darauf konzentrieren müssen, die Anreize zum Investieren und zur Leistung zu verstärken.

Stattdessen hat die Bundesregierung ein Maßnahmenpaket beschlossen, das nicht konsequent genug diese Ziele verfolgt. Schmidt selber feiert die Kabinettsbeschlüsse als „sozial ausgewogen“. Als wenn es darauf bei Maßnahmen ankäme, die mehr Wachstum bringen sollen. Erst wenn das Sozialprodukt wieder reif kräftig wächst, kann doch ein Verteilen neuer sozialer Wohltaten gedacht werden.

Das neue Paket hat vier Elemente:

1.

Das Wachstum soll mit steuerlichen Erleichterungen engeregt werden. Im Mittelpunkt steht die Reform des Tarifs der Lohn- und Einkommensteuer zum 1. Januar 1979. Die SPD hätte dies gerne bis zum Wahljahr 1980 zurückgestellt. Im wesentlichen geht es dabei um die Beseitigung des unsinnigen Tarifsprungs

von 22 auf 30,8 Prozent beim Übergang von der proportionalen zur progressiven Besteuerung. Im Ergebnis führt dies zu einer Entlastung im mittleren Einkommensbereich. Die Bundesregierung will die unteren Einkommen in die Steuerentlastung einbeziehen. So soll der Grundfreibetrag um 390/780 DM (Ledige/Verheiratete) angehoben werden. Die steuerliche Entlastung durch die Tarifreform beträgt damit bei Ledigen wenigstens 85 DM und höchstens 901 DM im Jahr, bei Verheirateten wenigstens 170 DM und höchstens 1802 DM. Diese Änderungen bringen bereits Steuereinställe von mehr als 10 Milliarden DM. Die steuerliche Benachteiligung der Selbständigen und Freiberufler bei der Altersvorsorge soll durch die Erhöhung des zusätzlichen Sonderausgaben-Höchstbetrages für Versicherungsbeiträge („Vorwegabzug“) um 1000/2000 DM von 1980 an gemildert werden. Für Unterhaltszahlungen an den geschiedenen Ehegatten wird das sogenannte Realsplitting, begrenzt bis 9000 DM, eingeführt. Der Unterhaltspflichtige kann seine Zahlungen bis zu dieser Grenze bei der Steuer berücksichtigen, der Unterhaltsempfänger hat sie zu versteuern.

Die Unternehmen haben, was aus der Sicht der Konjunkturpolitik sicherlich falsch ist, bis 1980 auf steuerliche Erleichterungen zu warten. Dann soll die Lohnsummensteuer abgeschafft und der Freibetrag bei der Gewerbesteuer erhöht werden.

2.

Die „soziale Ausgewogenheit“ des Programms wird nicht über die Erhöhung des Grundfreibetrages angestrebt. 1979

soll das Kindergeld für das dritte und die weiteren Kinder um 45 DM auf 195 DM und 1980 das Kindergeld für das zweite Kind um 20 auf 100 DM im Monat verbessert werden. Kostenpunkt fast drei Milliarden DM. Für die Schwerbehinderten wird die Altersgrenze in zwei Stufen bis 1980 von 62 auf 60 Jahre herabgesetzt. Berufstätigen Frauen wird ein zusätzlicher Mutterschuttsurlaub von vier Monaten gewährt. Sie erhalten in dieser Zeit aus der Bundeskasse bis zu 750 DM monatlich. Die bisherigen Schutztristen – sechs Wochen vor der Geburt eines Kindes und acht Wochen nach der Geburt – bleiben erhalten. Kostenpunkt rund eine Milliarde DM. Wie kleinere Betriebe damit organisatorisch fertig werden sollen, wird nicht gesagt. Auch erscheint es mehr als zweifelhaft, daß sich die Begünstigung der berufstätigen Mütter gegenüber den nichtberufstätigen Müttern verfassungsrechtlich rechtfertigen läßt.

3.

Der Bund erhöht 1979 seine Ausgaben kräftig um 8,4 Prozent. Vorgesehen ist eine stärkere Förderung von Forschung und Innovation sowie von Investitionen für den Umweltschutz.

4.

Zum 1. Juli 1979 soll die Mehrwertsteuer von 12 auf 13 Prozent bzw. von 6 auf 6,5 Prozent erhöht werden, um die Kreditfinanzierung des Haushaltes auf mittlere Sicht abzubauen.

Die Möglichkeiten der Union, dieses Paket noch wesentlich zu verändern, sind gering. Das Programm kann finanziell kaum noch aufgestockt werden. Die Opposition wird die für die breite Masse attraktiven Maßnahmen nicht zurückstellen wollen, um die Verbesserung der Unternehmensbesteuerung vorzuziehen. Die Union dürfte freilich darauf bestehen, daß die Erhöhung der Umsatzsteuer mit der Senkung der Gewerbesteuer verknüpft wird. Das wäre in der Tat vernünftig.

Für eine politische Bilanz ist es noch zu früh, denn die Entscheidungen fallen erst im Spätherbst im Bundestag und Bundesrat. Die FDP hat der SPD einiges abgetrotzt, aber nichts, was nicht auch die Union über den Bundesrat hätte erreichen können. Bedauerlich ist jedoch, daß wieder einmal die Chance, die steuerlichen Rahmenbedingungen für Investitionen und Leistungen zu verbessern, nur unzureichend genutzt worden ist.

bonn-mot

ALUDROX[®]

Antacidum und Phosphatbinder

225 ml
ALUDROX[®]
Suspension

50 TABLETTEN
ALUDROX[®]

Jede Tablette enthält 440 mg
kolloidales Aluminiumhydroxid

WYETH-PHARMA GMBH
MÜNSTER/WESTF.

WYETH-PHARMA GMBH
Münster/Westf.



Zusammensetzung:

100 ml Suspension enthalten:
5,8 g kolloidales Aluminiumhydroxid
Eine Tablette enthält:
440 mg kolloidales Aluminiumhydroxid

Indikationen:

1. Gastritis, Hyperacidität des Magens, Sodbrennen, nervöse Magenbeschwerden, Ulcus ventriculi et duodeni, Magenbeschwerden durch Medikamenteinwirkung.
2. Behandlung und Prophylaxe der Neubildung oder Größenzunahme von Nierenphosphatsteinen.
3. Verhinderung metastatischer, extraossärer Verkalkungen bei Patienten mit Niereninsuffizienz, besonders auch im Dialyseprogramm.

Dosierung:

Falls vom Arzt nicht anders verordnet, wird empfohlen:

1. Bei Magen-Darm-Störungen:
Im allgemeinen 4-5 mal täglich 1 bis 2 Tabletten oder 4-5 mal täglich 1 bis 2 Teelöffel Suspension einnehmen.
2. Nierenphosphatstein-Rezidiv-Prophylaxe:
Bei phosphatarmer Diät täglich 3 mal 6 bis 4 mal 6 Tabletten oder 3 mal 2 bis 4 mal 2 Eßlöffel Suspension jeweils zehn bis zwanzig Minuten vor den Mahlzeiten einnehmen. Die angegebenen Gesamtdosen von 18 bis 24 Tabletten oder 6 bis 8 Eßlöffel Suspension pro Tag sollen nicht unterschritten, bei Nichteinhalten einer phosphatarmer Diät jedoch heraufgesetzt werden.
3. Niereninsuffizienz, Dialyse:
Die tägliche Dosis beträgt 12 bis 15 Tabletten oder 4 bis 5 Eßlöffel Suspension. Die Einnahme von Aludrox ist fortwährend und konsequent durchzuführen.

Packungsgrößen und Preise:

ALUDROX-Suspension OP mit 225 ml DM 5,00
OP mit 500 ml DM 8,67
AP mit 3000 ml

ALUDROX-Tabletten OP mit 50 Tabletten
DM 4,54
AP mit 500 Tabletten

Nebenwirkungen und Hinweise:

Unerwünschte Nebenwirkungen und Begleiterscheinungen der Aludroxbehandlung sind nicht bekannt. Gelegentlich führen die für Nierenpatienten notwendigen sehr hohen Dosen zu Obstipationen, die am besten mit Gleitmitteln oder salinischen Abführmitteln behoben werden können. Kontraindikationen für Aludrox sind nicht bekannt. Müssen außer Aludrox noch Tetrazyklinpräparate eingenommen werden, so sollte dieses wenn möglich in zeitlichem Abstand von mindestens 2 Stunden geschehen.



WYETH-PHARMA

44 MÜNSTER (WESTFALEN) POSTFACH 8808

Auf der Jahrestagung des Bundes Deutscher Schriftstellerärzte (BDSÄ), die vom 1. bis 4. Juni 1978 in Bad Mergentheim stattfand, hielt Professor Dr. med. Wilhelm Theopold aus Frankfurt a. M. einen mit großer Anteilnahme aufgenommenen Festvortrag über den Arzt und Dichter Dr. Owlglass. Der Vortragende würdigte dabei vor allem den politischen Dichter, der als ironischer Chronist das Tagebuch seiner Epoche schrieb. Wir danken Professor Dr. Theopold auch an dieser Stelle bestens dafür, daß er uns diesen Auszug seines Vortrages zur Veröffentlichung überlassen hat, der speziell das Wirken Dr. Owlglass' während seines bayerischen Lebensabschnittes betrifft.

Zur allgemeinen Orientierung einige kurze Lebensdaten des Dichterarztes: Geboren am 19. Januar 1873 in Leutkirch/Allgäu, gestorben am 29. Oktober 1945 zu Fürstenfeldbruck bei München. Studium der Medizin und Philosophie in Tübingen, München und Heidelberg, 1899 bis 1904 Assistenzarzt, 1905 bis 1909 Facharzt für Lungenkrankheiten in Stuttgart, 1909 bis 1911 in München, 1911 bis 1931 in Fürstenfeldbruck. Dann gab er die ärztliche Tätigkeit auf. Ab 1896 Mitarbeiter und 1912 bis 1924 sowie 1933 bis 1935 Schriftleiter des „Simplicissimus“ in München.

Dr. med. Robert Paschka
Emskirchen

Der schwäbisch-bayerische Dichterarzt Dr. Owlglass

Unter seinem bürgerlichen Namen kannte man ihn kaum, den Arzt Dr. Hans Erich Blaich, der als Dichter unter dem Pseudonym Dr. Owlglass oder auch Rafafösk in der Münchener satirischen Zeitschrift „Simplicissimus“ kleine Gedichte oder Prosastücke veröffentlichte.

Und wer unter seinen medizinischen Kollegen weiß schon, daß er in seiner leisen und vornehmen Sprache Versa von schlichter und eindringlicher Schönheit schreiben konnte und daß er zugleich die derbe und drastische Ausdrucksform beherrschte und keineswegs verschmähte.

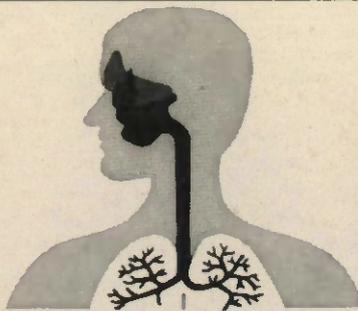
Es dauerte lange, bis seine Bücher, die er mögen vielleicht anderthalb Dutzend, bekannt wurden. Heute sind sie schon fast alle wieder vergriffen – „vergriffen und verramscht“, wie er selbst einmal in der leisen Resignation schreibt, die so leicht aus seinen Briefen herausklingt.

Im Jahre 1911 siedelt Blaich nach Fürstenfeldbruck über, wo er der Redaktion des „Simplicissimus“ näher ist. Zeitweilig wirkt er hier noch als Arzt, und obwohl er in seinen Briefen immer davon spricht, daß er Lungenspezialist sei, ist

es kaum wahrscheinlich, daß er sich in dem kleinen Ort trotz der damaligen Tuberkulosehäufigkeit auf dieses Fach beschränken konnte. Ein Jahr später wird er Chefredakteur am „Simplicissimus“ und bleibt es ein Jahrzehnt hindurch. Nun fährt er einmal in der Woche zur Redaktionssitzung nach München. „War die Nummer fertig“, berichtet er über diese Zeit, „so gegen acht Uhr abends, ging man selbständig, Künstler und Redakteure, entweder auf die Kegelbahn oder in eine zutuliche Gaststätte von der altmodischen Sorte, spannte dann noch eine Weile an den nachmittäglichen Fäden weiter, und dann fanden sich die Einzelgruppen und pflegten ihre Sonderinteressen.“

Aber das blieb nicht so. Der erste Weltkrieg bricht aus. Owlglass betrachtet die allgemeine Begeisterung aus kühler Distanz. Er eilt nicht zu den Waffen, verpflichtet sich aber doch in einem Münchener Reservelazarett, und er erinnert sich: „Eines Morgens wurde mir ein wegen Insubordination eingesperrter Soldat vorgeführt, der auf seine militärische Verwendungsfähigkeit untersucht werden sollte, ein armseliges, ausgehungertes Büschchen, dem ich zunächst ein tüchtiges Käsebrot zudickte. Er bat mich händelnd, ich sollte ihn k. v. schreiben, damit er aus der Arrest-Misere befreit würde und an die Front käme. ‚Was sind Sie denn?‘ fragte ich ihn. ‚Humorist‘, sagte er.“

Das militärische Gasspiel dauert nicht lange. Er schreibt darüber an Kurt Tucholsky, der um diese Zeit als Soldat in Rußland steht: „Freiwillig habe ich ja im Zeichen der Roten Kreuzotter gearztet, aber dann hat mich das falsche Vieh in die Ferse gestochen.“ Der Grund, warum er die Uniform wider auszieht: Das Münchener Generalkommando hatte die



SEKRETOLYTIKUM bei SINUSITIDEN und SINOBRONCHITIDEN

Sinupret®

Indikationen: Akute, subakute und chronische Sinusitiden, Rhinosinusitis, Sinobronchitis, sinogene Kopfschmerzen, hartnäckige Rhinitiden, Tuberkulose, zur Infektprophylaxe beim bronchitischen Syndrom. • Kontraindikationen und Nebenwirkungen sind bisher nicht bekannt. • Zusammensetzung: 100 g enthalten 29 g Mazerat aus: Red. Gentian, 0,2 g, Flor. Primul, 0,8 g, Herb. Rumic, 0,6 g, Flor. Sembuc, 0,6 g, Herb. Verben, 0,8 g - 1 Dregée

enthält: Rad. Gentian, 0,006 g, Flor. Primul, 0,018 g, Herb. Rumic, 0,018 g, Flor. Sembuc, 0,018 g, Herb. Verben, 0,018 g, Vitamin C 0,010 g. • Dosierung: 3mal täglich ½ bis 1 Teelöffel oder 1 bis 2 Dregées. • Handelsformen: Sinupret OP mit 100 ml DM 8,55, OP mit 60 Dregées DM 8,55, OP mit 240 Dregées DM 25,95; Großpackungen mit 500 ml, 1000 ml und 1000 Dregées.



BIONORICA KG · APOTHEKER POPP · NÜRNBERG

Lektüre des „Simplicissimus“ in den Lazaretten verboten.

Er widmete sich also wieder ganz der Redaktion. Und nun erscheint ein Wort über den politischen Dichter angebracht.

Unter den Gedichten, die im „Simplicissimus“ erschienen sind, gibt es eine ganz besondere Kategorie, nämlich Verse, die politischen Ereignissen gelten. Selten hat der Dichter später eines von ihnen in seine Bücher übernommen. Vielleicht meinte er, sie seien für den Tag geschrieben und ebenso schnell vergänglich wie die Erinnerung an das Ereignis, dem sie galten. Daher erklärt es sich wohl, daß Hans Erich Blaich oder Dr. Owlglass — oder wie immer man ihn nennen will — als politischer Dichter nahezu unbekannt blieb. In allen Rezensionen und Würdigungen ist immer nur vom Skeptiker, vom Philosophen und vom Poeten die Rede, der sich gleichermaßen auf drastische Art wie in zartester Weise ausdrücken konnte. Aber niemand spricht von dem politischen Kritiker, der in der deutschen Literatur seinesgleichen sucht, den selbst Heinrich Heine nicht übertrifft an Witz, Einfällen und Ausdauer. Niemand nahm bisher zur Kenntnis, daß hier ein poetischer Chronist Tagebuch geführt hat, daß hier ein Zeitberichter auf dem Pegasus durch seine Epoche geritten ist.

Und weiß Gott, er nimmt kein Blatt vor den Mund. Schon daran erkennt man, es ist fast immer Rataöskrs Feder, die sticht und die Leute aufspießt, wie z. B. 1916 den alten Lord Asquith, gegen dessen verleumderische Beschimpfung er sich in einem Gedicht verwahrt, mit dessen letzter Strophe er zu einem unvergesslichen Hieb ausholt:

*Die Lebensart von Gessenkindern
verletzt manchmal.*

*Zeigt uns jedoch ein Greis den Hintern,
das ist fetei.*

Als der Krieg zu Ende geht und das Deutsche Reich in der Revolution politisch zusammenbricht, bedrückt auch ihn der Untergang dieser alten Ära, die trotz aller Schönheitsfehler der Menschheit ein Gefühl von Beständigkeit geschenkt hatte, wie sie es seither nie wieder empfand. „Die schöne alte Zeit ist tot“, hette er schon vorher an Tucholsky geschrieben. Jetzt, als sich der Haß der Sieger über ein gedemütigtes Volk entläßt, ruft er den Herrgott an:

*Doch wolle uns begnaden
und füge zu der Bürde,
die du uns aufgeladen,
den herben Glanz der Würde.*

Zu Anfang des Jahres 1919 erlebte er die Tage der Räterepublik und anschließend die Befreiung Münchens und seiner Umgebung. Er schreibt: „Am 30. April in der Früh um fünf kam eine ganz saftige Artilleriebeschießung, die Roten rannten Hals über Kopf weg, und um sechs Uhr war Bruck ‚erlöst‘. An unserem Gartenzaun stand ein Posten, ich brachte ihm eine Schüssei mit warmem Kaffee und fragte: ‚Woher?‘ — da hieß es: ‚aus Leutkirch‘ und somit war die Welt wieder auf ihre richtigen kleinen Maße reduziert und alles gut.“

Wer er, der politische Dichter, ein Patriot? Gewiß, aber ein Patriot ohne Pathos. Es war die Liebe zu seinem Land, die ihn erfüllte und die tiefe Verbundenheit mit der Kultur, die aus diesem Lende kam. Im „Simplicissimus“ hatte er geschrieben:

*Wir liebten unser deutsches Vaterland,
jawohl, wir Narren auf der Bank des
[Spottes,
De es ihm gut ging, hat man uns verkennt
und neu verdammt zur Zeit des
[Bankrottes.*

Allmählich festigt sich nun der Staat zu dem, was wir die Weimarer Republik nennen. Es ist ein Staat politischer Gegensätze. Dr. Owlglass schreibt an einen Freund: „Was heißt den überhaupt ‚links‘ und was heißt ‚rechts‘? Ich halte seit der ‚großen Revolution‘ noch weniger vom Sozialismus als früher und von den Menschen erst recht nichts mehr — und würde es doch höflich erbiehen müssen, nach ‚rechts‘ gerechnet zu werden.“

Die allgemeine Lage wird inzwischen immer trostloser. In der Inflation gehen die Vermögen verloren, das Land stöhnt unter der Last der Reparationszahlungen. In München scheidet der Hitlerputsch. Die Franzosen besetzen das Ruhrgebiet, und mit allen ihren Übergriffen geht wieder Clemenceaus schauerliches Wort um, es gäbe zwanzig Millionen Deutsche zuviel auf der Welt. Rataöskr entrüstet sich über den „Franzmann“:

*Das Einzelwesen ist ihm Scheiße.
Er steckt's ins Militärverlies
vom Säugling bis zum Silbergreise,
(selbst femini generis).*

Aber die verehrte deutsche Nation, schätzt sie denn noch ihre Kultur, ist sie sich ihres geistigen Reichtums überhaupt noch bewußt? Germanisten sind, so sagt eine seiner Gedichtüberschriften „Am unrechten Platz“:

*Durch die Fakultät herbeigewunken,
eilte ein Professor nach Berlin,
und, vom Geist der Germanistik trunken,
wollte dieser gleich vom Leder zieh'n.*

*Aber ach, wer kann Kollegien halten,
über das, was Deutschlands Seele
[frommt,
wo die rohen Kräfte sinnlos walten
und man keine Wohnung nicht bekommt.*

*Zwar bemerkt man Kinos aller Enden,
neue Dielen, Kabarets und so,
die dem armen Volk Erquickung spenden,
nur bloß grad zum Wohnen ist nichts da.*

zur hormonfreien Therapie bei Mastodynie, fibrozystischer Mastopathie, zyklisch bedingter Migräne

Mastodynon®

ANTIMASTOPATHIKUM

Indikationen: Mastodynia, fibrozystische Mastopathie, prämenstruelles Syndrom, Corpus luteum-insuffizienzbedingte Zyklenanomalien, zyklisch bedingte Migräne. • **Kontraindikationen** und **Nebenwirkungen** sind bisher nicht bekannt. • **Zusammensetzung:** 100 g enthalten: Agnus castus D 1 20 g, Ceulophyllum thalictroides D 4 10 g, Cycleman D 4 10 g, Iguette D 6 10 g, Iris D 2 20 g, Lilium tigrinum D 3 10 g, Lupulinum D 8 10 g, Tinctura Condurango 10 g. • **Dosierung:** 2mal täglich 30 Tropfen. • **Handelsformen:** Mastodynon OP mit 50 ml DM 10,45, OP mit 100 ml DM 15,95, Großpackungen mit 500 ml und 1000 ml.

BIONORICA KG · APOTHEKER POPP · NÜRNBERG



Mieten Sie, geschätzter Herr Professor, sich in einem Bumslokele ein. Schneller zeigt sich Ihnen da und besser, wie die Leute heutzutage sein.

Niemand ist nach Goethen mehr gelüstigt, und für Lessing sind die Deutschen blind. Dieses ist die neue Germanistik, der Sie leider nicht gewachsen sind.

Die Welmerer Republik ist aber auch der Staat der Behörden und der Parteien. Es ruht noch kein Glanz auf ihr, und daß die zwanziger Jahre golden genannt wurden, ist eher eine nechtträgliche Erfindung, nachdem sich die historische Petina darüberlegte. Der frelschaffende Dichter witzelt über die Parteien und über das Beamtendasein:

Sieh, Beamte brauchen wir, daß sie uns regieren und das teuere Papier sachgemäß verschmieren.

Daß ihr Eifer nicht erlischt, mehrt man ihre Pfründen. Wer darf jemand, der da drischt, denn das Maul verbinden!

Aber trotz allen Verwaltungseifers kommt der Staat nicht zur Ruhe. Armut und zunehmende Arbeitslosigkeit breiten sich aus. Politische Parteien schießen aus dem Boden wie Pilze im Frühlingregen. Ist so die Demokratie, fragt unser Dichter entrüstet, ist das Parlament nur eine „Kuhhandelskammer“?

Wer herrscht? Des Volk? I Gott bewehret Die lieben Fraktionen tun's. Das Untaß- und des Unsichtbare, gespensterhatt schwebt's über uns.

Auch kocht man in den Ministerien den elten anonymen Brei. Das Volk als Triebkraft teiert Ferien, und ist's nicht frei, so hat's doch frei.

Hat frei vom Mittun, ist ein Nemo, ein Ränkespielball wie noch nie. Ach, längst schon wurde ja die Demozu einer Dämonokratie.

Und so kommt denn aus der Hoffnungslosigkeit, was kommen muß: die politische Radikalisierung auf beiden Flügeln. Ratasöskr wird nun zum Chronisten, der das Ironische Tagebuch dieser Epoche führt. Damals, beginnt eines seiner Gedichte:

Damals, als in jenem Nebenzimmer Hitler, Lossow, Ludendorff und Kehr bei dem ebendlichen Lempenschimmer techtelmechtelnd beieinander war,

und dann wird die Epoche lebendig, mit den schwadronierenden nationalen Prahlhänsen und den bleichsüchtigen internationalen Schönrednern, die alle

zusammen nichts besser machen, indessen die Wenigen, die Vernunft und politisches Augenmaß besitzen, hilflos des Unglück kommen sehen. Im Jahre 1924 wird Hitler vorzeitig aus der Festungshaft in Landsberg entlassen. Im „Simplicissimus“ erscheint ein Gedicht: Die Bewährungsfrist.

Wenn also Adolf sich bewährt, das heißt, den Pfad der Tugend fährt und nimmer Umsturzpläne bastelt, wird er nicht länger eingekastelt.

Schon recht, Verehrteste. Jedoch het diese Logik nicht ein Loch? Will er sich vor sich selbst bewähren, muß er je wieder sich verschwören.

O Himmel, Arsch und Wolkenbruch, hier klattt ein inn'rer Widerspruch. Wie läßt sich selbiger beheben? Geduld, wir werden's schon erleben.

Immer wieder regt sich beschwörend seine Feder, unermüdlich gießt er die Lauge des Hohns über die braune Bewegung der Judenfresser aus. Semitivoren nennt er sie, und er gibt ihr volkstümliches Gehabe der Lächerlichkeit preis:

Wird dem Herrn Semitivoren heutzutage ein Sohn geboren, so beschließt er allermeist, daß das Knäblein Adolf heißt.

Denn die nordischen Namenszeichen (Siegfried, Siegmund und dergleichen) — leider — sind ein Reservat des der kein Präpuz nicht hat.

Dieser neue Heldennamen wirkt als Seuerteig und Same. Und die Welt wird umgekippt, wenn es nur noch Adolfs gibt.

Aber das Volk kann nicht aufatmen, und je stärker es von den Schulden bedrückt wird, desto größer ist die Zahl der Besserwisser, die hilfreich Patentrezepte anbieten. Am lautesten drängt sich der unheimliche Österreicher mit dem Fliegenbert und der Stirnlocke auf, der die Deutschen glauben machen will, er könne sie wirtschaftlich gesunden lassen, wenn er mit seinem Helfer Gottfried Feder die „Zinsknechtschaft“ brechen würde.

Immer, wenn es miesrig geht, offeriert sich Adolf Hitler dienstbeflissen als Vermittler, welcher jede Schöse dreht.

Hätte Gott ihn dezumal bei der Schöpfung zugezogen und mit ihm den Plan erwogen, wär die Welt ein Wonnetal,

durchgesiebt und tedellos, ohne Juden, welche schächten

und uns mittels Zinsen knechten. Werum unterließ er's bloß?

Allmählich heben die Parlamente das Vertrauen verspielt. Ihre Autorität ist verbraucht. Im Partelengezänk läßt die Regierung die Zügel schleifen.

Von vorn bedroht, gehemmt von hinten, schwimmt die Regierung durch die [Tinten] und piepst in ihrem Paddelkehn: „Mit unsrer Mecht ist nichts getan.“

Im Jahre 1932 stellt die braune Arbeiterpartei im Reichstag die stärkste Fraktion. Die Zahl derer, die ihren Parolen nachlaufen, wird immer größer. Ratasöskr schreibt erbittert:

Dem großen Maul, dem großen Hauten, sind sie noch jedesmal nachgelaufen, entweder um beim Stöbern und Räumen den politischen Anschluß nicht zu [versäumen] (Opportunisten, Zoll für Zoll) oder — sie haben die Hosen voll und hasten ängstlich, sich [enzuschmieren]. So oder so: wir gratulieren.

Aber dann kommt doch der 30. Januar 1933, mit dem das Dritte Reich beginnt. Viele glaubten, nun müßte eine bessere und vernünftige Zeit anbrechen, von Diktatur ist noch nicht die Rede. Im „Simplicissimus“ erscheint ein Gespräch zwischen Vater und Sohn:

„Wir werden den Faschismus kriegen.“ Wieso? den haben wir doch schon. „Jetzt heißt es: brechen oder biegen!“ Wie ich dich kenne, lieber Sohn, wirst du dich mehr als Biegen halten. „Und du?“ Ich bin ja wohl zu alt, als Akrobat mich zu entfalten. „Infolgedessen?“ Brech ich halt. Und hoffe nur, es wird mir glücken, mich mit dem alten steifen Rücken erst noch symbolisch auszudrücken.

In wenigen Wochen verwandelt sich die politische Landschaft. Das Parlament ist zu einer Truppe degradiert, die zum Befehlsempfang antritt. Die Parteien werden aufgelöst. Im „Simplicissimus“ verzweifelt der Dichter:

Es gibt so Leute, welche staunen, daß längst das Recht der Mecht erfag und die im Hinblick auf die Braunen sich Worte in die Ohren reunen, die ich nicht wiedergeben mag.

Schon gut. Und die Zivilkuresche, von der man uns so viel erzählt? Men bellt die Fäuste in der Tasche und täuscht sich über die Blamege, indem man notgedrungen — wählt.

Echte Hilfe bei Venenleiden leisten Sie nur, wenn Sie den venösen Rückstrom be- schleunigen. Und das gelingt Ihnen mit **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 Aggregationstendenz 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-Hydroxyäthyl)-rutoside“. Bln.-Hdb.-New York 1978, Springer.

In jedem Venenfall:
Venoruton®



Zusammensetzung:

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

Das war im März 1933, und jeder weiß, wie es weitergegangen ist. Im April veröffentlicht der „Simplicissimus“ eine Erklärung, daß die Zeitschrift es als ihre vaterländische Pflicht betrachte, nach einer grundlegenden Umbesetzung der Redaktion dem neuen Deutschland zu dienen. Der neue Chefredakteur heißt – Dr. Owlglass.

Wie diese Ernennung zustande kam, bleibt unergründlich. Die Ironie, die des Dichters kostbarste Waffe war – es ist, als hätte sich auch das Schicksal ihrer bedient. Daß die neuen Machthaber ausgerechnet den Mann wählten, dessen Feder sie so zerkretzt hatte, wird man nur verstehen können, wenn man die Querverbindungen überblickt. Er nahm die Position im Interesse der Mitarbeiter an. Über weitere Gründe unterrichten uns seine Briefe: „Beim ‚Simpl‘ fungiere ich nur interimistisch und sozusagen als ‚Notheifer‘, bemühe mich, allzu üble Entgleisungen hintanzuhalten und das literarische Niveau zu heben, bis eine geeignete Kraft als Redakteur gefunden ist. Sobald ich kann, trete ich wieder in den Hintergrund.“ Er tat es nach anderthalb Jahren.

Hier müssen wir nun den politischen Dichter begraben. Wohl hat er in den zwölf Jahren, die ihm noch verblieben, weiterhin Gedichte geschrieben, aber die Politik ist nicht mehr sein Thema. Freilich klingt anfangs noch hin und wieder so etwas wie Zeitkritik auf. Doch das legt sich bald, und wir müssen nun hinter den Zeilen suchen, wie ja die zweideutige Aussage zu den typischen Erscheinungen jener Zeit gehörte. Wirklich glaubt man manchmal, einen Doppelsinn herauszuhören wie aus einem Gedicht des Jahres 1934:

*Ach, die Stund ist noch ferne,
wo der Nachtnebel weicht.
Bloß der Mond und die Sterne,
die wissen's vielleicht.*

Ich bin auf diese politischen Gedichte deshalb ausführlicher eingegangen, weil man sie in keinem seiner Bücher finden wird – zu Unrecht, wie ich meine, denn diese Zeitkritik, oft in geschliffener Form vorgetragen, ist eine Poesie in Klips Diensten, der wir in der deutschen Literatur selten begegnen.

Anschrift des Verfassers:

Professor Dr. med. W. Theopold, Direktor der Kinderklinik des Städtischen Krankenhauses, Gotenstraße, 6230 Frankfurt-Höchst

Kongresse

VII. Zentralkongreß für Medizinische Assistenzberufe der Bundesärztekammer

Im Zusammenhang mit dem 62. Augsburger Fortbildungskongreß für praktische Medizin

vom 22. bis 24. September 1978 in Augsburg

Thema: Langzeittherapie aus der Sicht der medizinischen Assistenzberufe

I. Einleitende Hauptreferate

Früherkennung und Verlaufsdiagnostik des Herzinfarktes – Nieren- und Hochdruckkrankheiten – Immunologie aus der Sicht der medizinischen Assistenzberufe – Leber- und Pankreaserkrankungen – Risikofaktoren aus der Sicht der medizinischen Assistenzberufe – Elektrolyte aus der Sicht der medizinischen Assistenzberufe – Erfahrungen mit Ringversuchen – praktische Demonstrationen

II. Seminarveranstaltungen:

Hämatologie – EKG – Des Harnsediment – Abrechnung – Lungenfunktionsprüfungen in der Praxis – Kinderradiologie – EEG – Elektrotherapie für die

ärztliche Praxis – Krankengymnastik – Diät-Mikrobiologie – Erwachsenen-Intensivpflege – Pädiatrische Intensivpflege – Contactlinsen-Kurs – Perimetrie – Möglichkeiten der Fürsorge von späterblindeten Patienten – Nuklearmedizin – Reanimation – Audiometrie

III. Veranstaltungen in Kliniken

IV. Vorträge mit praktischen Demonstrationen

Auskunft und Prospektanforderung:

Bundesärztekammer, Kongreßbüro, Haedenkampstraße 1, 5000 Köln 41, Telefon (02 21) 40 04 - 1

7. Arzthelferinnen-Fortbildungskurs der Bayerischen Landesärztekammer

während des 29. Nürnberger Fortbildungskongresses der Bayerischen Landesärztekammer 1978

am 1./2. Dezember 1978 in Nürnberg

Freitag, 1. Dezember 1978

10.00 – 12.45 Uhr:

Eröffnung und Einführung
Dr. H. Breun, Nittendorf

Techniken der EKG-Ableitungen
Dr. K.-F. Seidl, München

Überwachung der Antikoagulantien-Therapie in der Praxis
M. Ballus y Roce, Frenklurt

Ausgewählte Testmethoden zur Diagnostik von Lebererkrankungen
Dr. H. Haid, Frankfurt

14.30 – 18.00 Uhr:

Praktikum in 6 Arbeitsgruppen (AG 1 – AG 6) – Blutgerinnung – Screening-Teste (Rapignost®, Letex-Teste, Cellognost®-RF) – Substratbestimmungen (Organdiagnostik) – Enzymbestimmungen (Organdiagnostik) – Partigen®

(Proteine in der Organdiagnostik) – Grundlagen der Lebertechnik (inklusive Fehlerquellen)

Samstag, 2. Dezember 1978

9.00 – 13.45 Uhr:

Ausgewählte Testmethoden zur Diagnostik von Nierenerkrankungen
Dr. W. Siekmann, Franklurt

Pankreasdiagnostik mit der Lipase-Bestimmung
Dr. H. Lind, Frankfurt

Praktikum in 6 Arbeitsgruppen
(AG 1 – AG 6)

Auskunft:

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

62. Augsburger Fortbildungskongreß für praktische Medizin

In zeitlichem und räumlichem Zusammenhang mit dem VII. Zentralkongreß für die medizinischen Assistenzberufe

vom 22. bis 24. September 1978 in Augsburg

Leitung: Professor Dr. A. Schretzenmayr, Augsburg

Kongreßplanung: Collegium Medicum Augustanum

Themen: Gynäkologische Probleme der Praxis heute — Rationelle Arzneimitteltherapie

Freitag, 22. September 1978

14.00 Uhr:

Gemeinsame Eröffnung des Kongresses und des Zentralkongresses

20.00 Uhr:

Filmabend

Samstag, 23. September 1978

Gynäkologische Probleme der Praxis heute

9.00 — 15.30 Uhr:

Hormonelle Kontrazeption

Professor Dr. Ch. Lauritzen, Ulm

Gynäkologische Hormontherapie im Alter

Professor Dr. A. E. Schindler, Tübingen

Gynäkologische Krebsvorsorge

Professor Dr. W. Penning, München

Mammakarzinom

Professor Dr. H. Denck, Wien

Gynäkologische Krebsnachsorge

Dr. H. Merkl, Bad Trissl

Round-Table-Gespräch

mit den Referenten des Vormittags und Dr. G. Sondershaus, Bad Trissl

Interdisziplinäre gynäkologische Krebstherapie

Moderator: Professor Dr. H. Ehrhart, München

Sonntag, 24. September 1978

Rationelle Arzneimitteltherapie

I. Allgemeine Therapie

9.00 — 10.30 Uhr:

Die Bedeutung der Pharmakokinetik für die praktische Therapie

Professor Dr. N. Rietbrock, Frankfurt

Ärztliche Verordnung und Einnahme durch den Patienten (die sogenannte Patienten-Compliance)

Dr. Ursula Gundert-Remy, Heidelberg

Wirkungen und Nebenwirkungen von Placebos

Professor Dr. H. Hippus, München

II. Spezielle Therapieprobleme

11.00 — 15.30 Uhr:

Digitalistherapie in der Praxis

Professor Dr. D. Michel, München

Antibiotika — Auswahl und Dosierung

Professor Dr. K. H. Spitz, Wien

Rationale Rheumatherapie

Professor Dr. W. Müller, Basel

Round-Table-Gespräch

mit den Referenten des Vormittags unter Beteiligung der Zuhörer

Für und wider Arzneimittelkombinationen

Moderator: Professor Dr. H. Kaiser, Augsburg

Auskunft und Anmeldung:

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

V. Sportmedizinisches Seminar

am 23. September 1978 in Landshut

Leitung: Dr. H.-H. Wernicke, Landshut

Thema: Aktuelle Fragen und Probleme der Sportmedizin „Sport und Medikamente“

Auskunft:

Dr. H.-H. Wernicke, Ludmillastraße 33, 8300 Landshut, Telefon (08 71) 2 28 36

1015

Korrigiert die Herzmetabolik

Strodival® perlingual

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

Strodival® mr magensaftresistent

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

Zusammensetzung: Eine Zerbiß-Kapsel Strodival® perlingual sowie eine Schluck-Kapsel Strodival® mr enthalten je 3,0 mg g-Strophanthin in oraler Phase.
Indikationen: Bei allen Formen von Linksmycardschäden, Kontrollindikationen: Hypertension, Kaliummangelzustände, Atrio-ventriculäre Releitungsstörungen; Vorsicht bei gleichzeitiger Leber- und Niereninsuffizienz, Besondere Hinweise: Rechts Herzversagen (bei vorliegenden Ödemen, Tachykardien und Tachyarrhythmien) brauchen gezielte Zusatzmaßnahmen. Bei Strodival® perlingual treten gelegentlich Mundschleimhautreizungen auf. In diesen Fällen sollte die magensaftresistente Form Strodival® mr angewandt werden. **Dosierung und An-**

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

1–2 Kapseln. Strodival® mr sollte möglichst auf leeren Magen unzerrieben geschluckt werden. Morgens nüchtern und tagsüber 1/2 bis 1 Stunde vor den Mahlzeiten. **Handelsformen und Preise:** Strodival® perlingual: OP mit 30 Kapseln DM 5,96 inkl. MwSt., OP mit 100 Kapseln DM 14,96 inkl. MwSt., OP mit 500 Kapseln DM 62,30 inkl. MwSt. Strodival® mr: OP mit 30 Kapseln DM 5,96 inkl. MwSt., OP mit 100 Kapseln DM 15,96 inkl. MwSt., OP mit 500 Kapseln DM 66,96 inkl. MwSt. Verschreibungspflichtig.

**A. HERBERT KG
Wiesbaden**

Klinische Fortbildung in Bayern

in Zusammenarbeit mit der Bayerischen Landesärztekammer

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

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

I. Notfallmedizin

Fortbildungskurs für niedergelassene Ärzte

In Zusammenarbeit mit der Sanitätsakademie der Bundeswehr

Ort: Sanitätsakademie der Bundeswehr, Intenteriestraße 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 Allgemeinerzt bei der Diagnose helfen kann –

Gleukom, Schielen und Brillenprobleme in der Praxis des Allgemeinerztes – Untersuchungsmethoden für den Allgemeinerzt – Differentialdiagnose häufigster Augensymptome – Erste Hilfe – Medikamentenschäden und nutzlose Therapie

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-, Uro-, 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, Technik 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 Kreiskrankenheuses 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

Erfolgreiche Forschung
führt zu wirksamen Präparaten.

Wirksame Präparate machen
die Therapie kostengünstig.

Gastrozepin[®]

Spezifischer Magensekretionshemmer



Eine Monosubstanz. Bei Ulcus
und Gastritis.

Sekretionshemmend, soviel
wie nötig. Auch während
der Nacht.

Keine Blockierung physio-
logischer Regulationen im
Gastrointestinaltrakt.

Kurze Heilungszeit.
Bei nur 2×1 Tablette täglich.
Die kostengünstige
Therapie. Ergebnis
der Thomae-Forschung.

Thomae

Zusammensetzung: 1 Tablette enthält: 5,11-Dihydro-11-[[4-methyl-piperazin-1-yl]acetyl]-6H-pyrido[2,3-b][1,4]benzodiazepin-6-on-dihydrochlorid 26 mg. **Anwendungsgebiete:** Akute und chronische Formen von Ulcus ventriculi und Ulcus duodeni, hyperazider Reizmagen, Gastritis, medikamentös bedingte Magenbeschwerden. **Dosierung und Anwendungsweise:** Zu Beginn der Therapie sind einmalig 2 Tabletten, dann jeweils morgens und abends 1 Tablette einzunehmen. Nach Eintritt der Beschwerdefreiheit, die mit Gastrozepin in der Regel schon nach wenigen Tagen erreicht wird, soll bis zur völligen 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 Appetitenregung bewirken. Eine in seltenen Fällen auftretende Stuhlerweichung ist als wünschenswerter Beweis dafür zu werten, daß Magen- und Darmmotilität nicht gestört werden. In Tierversuchen wurde festgestellt, daß Gastrozepin auch bei hoher Dosierung keine teratogenen Eigenschaften besitzt. Trotzdem wird, wie bei allen neuen Arzneimitteln, von der Anwendung während der ersten 3 Schwangerschaftsmonate abgeraten. **Darreichungsformen und Packungsgrößen:** Originalpackung mit 20 Tabletten DM 13,50, Originalpackung mit 50 Tabletten DM 29,25. Klinikpackung. - Preisänderung vorbehalten.

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

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

Thema: Chirurgie der Papille und des Leberhilus – Fortschritte in der Anus praeter-Versorgung (Kontinanzplastik) – Diagnostik und Therapie von Bandverletzungen des Knie- und oberen Sprunggelenkes – Probleme der Shuntchirurgie für die Hämodialyse – Therapie des Spontanpneumothorax – Posttraumatische Muskelschämien – 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 a, 8000 München 2

5. Samstagssymposium am 4. November 1978
Beginn: 10.00 Uhr c. t. – Ende: ca. 17.00 Uhr

Thema: Ärztliche Aspekte der geplanten Elternschaft

Auskunft und Anmeldung:

Bayerische Landesärztekammer, s. oben und
Privatdozent Dr. H. J. Kümper, II. Frauenklinik der Universität, Lindwurmstraße 2 a, 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. Frenke

2. Kardiologisches Seminar am 14. Oktober 1978

Beginn: 9.00 Uhr – Ende: 18.30 Uhr

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

Thema: Koronare Herzkrankheit – Ergometrie – Koronarographie

Auskunft und Anmeldung:

Professor Dr. P. Poizien, 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

Praktika: Phono-, Echo-, Vektorkardiographie – Belastungs-EKG – Harzschrittmacher – Herz-, Einschwemmkeithetar – Lungentunktion – Hämetologisches und angiologisches Labor

Themen: Der drohende Harzinfarkt – Notfalltherapie von Harzrhythmusstörungen – Therapie der schweren Herzinsuffizienz – Tachykardie Harzrhythmusstörungen – Hämodynamische 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 Mitralklappenprolaps-Syndrom – Prophylaxe und Therapie der Lungenembolie – Klinik und Therapie der alkoholischen Kardiomyopathie – Klinische Bedeutung der Calcium-Antagonisten – Akute Leukämien – Bronchial- und Memmakarzinom – Nuklearmedizinische Untersuchungsmethoden in der Diagnostik der koronaren Herzkrankheit

Röntgendemonstration: Therapeutische Gataßembolisation – Lungen- und Bronchialerkrankungen – Röntganologische 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, Ismeninger Straße 22
Direktor: Professor Dr. H. Lay

in Zusammenarbeit mit der toxikologischen Abteilung
Chefarzt: Dr. M. v. Clarmann

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

Fortbildungswoche für Innere Medizin vom 18. bis 20. Oktober 1978

Beginn: 9.15 Uhr – Ende: 18.00 Uhr

Themen: Diabetes mellitus: Neues aus Pathogenese und Therapie – Koryphäen-Killar-Syndrom und Adri-Mellison-Syn-

drom – Das künstliche Pankreas – Die Alexithymia – ein neues psychosomatisches Prinzip – Neues zur Glucocorticoid-Therapie – Neue Aspekte zur Entstehung und Behandlung von Magen- und Zwölffingerdarmgeschwüren – Neue gastrointestinale Hormone – Nottfälle bei Endoskopen – Die akut und chronische Pankreatitis – Die Ösophaguswandsklerosierung bei Ösophagusvarizen – Neue Behandlungsmöglichkeiten der Leberzirrhose und der Leberparanchymschädigung durch Amöben – Therapeutische Möglichkeiten in der Toxikologie – Neue pathogenetisch-therapeutische Aspekte der chronischen Hepatitis – Serologische und immunologische Nachweismethoden der akuten Hepatitis – Die Behandlung der thyrotoxischen 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 Pevianleber – Diagnose und Therapie der akuten Glomerulonephritis – Psychosomatische Betreuung der Hemodialyse-Patienten durch den Hausarzt – Schemata für die internistische Therapie von Neoplasmen

Röntgendiagnostik: Bronchialkarzinom – Embolisation von Ösophagusvarizen auf angiographischem Weg – Hirntumoren – Moderne Penkreosdiagnostik – 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. Karl

Klinische Fortbildungswoche für Innere Medizin vom 18. bis 20. Oktober 1978

Beginn: täglich 8.30 Uhr – Ende: 17.00 Uhr

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

Röntgendemonstrationen – Klinikkonferenzen – Klinische Visiten

Themen: Endokrinologie – Stoffwechsel – Gastroenterologie – Intensivmedizin
Letzter Anmeldetermin: 8. Oktober 1978
Begrenzte Teilnehmerzahl

XII. Innere Medizin

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

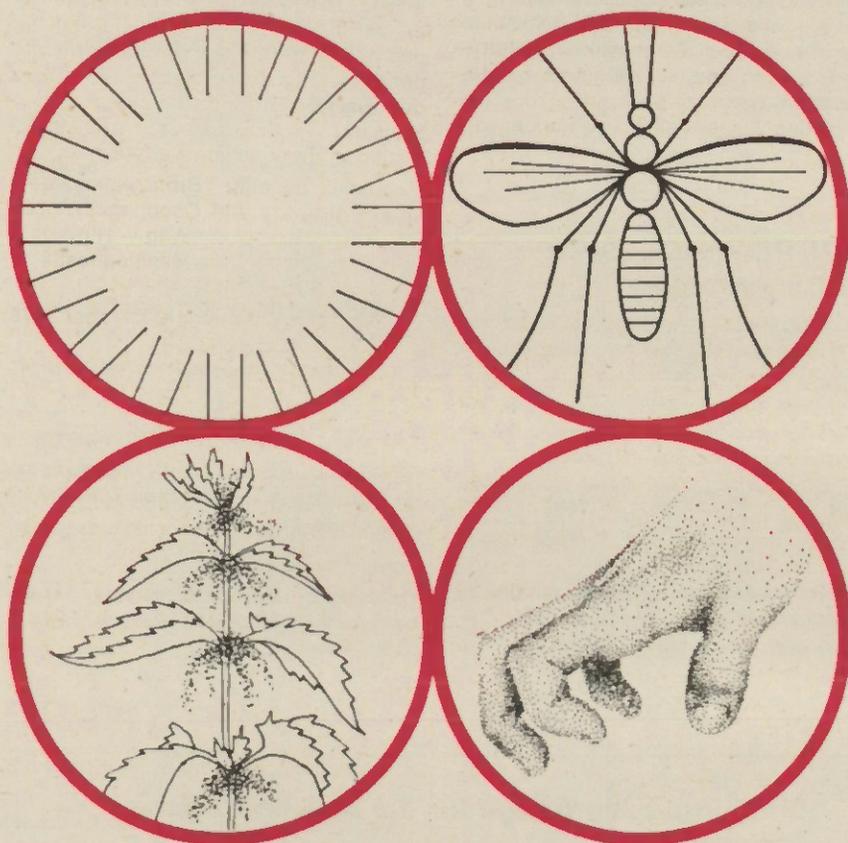
Fortbildungsveranstaltung für Innere Medizin vom 23. bis 27. Oktober 1978

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

Gegen Juckreiz,
Sonnenbrand,
Insektenstiche

Soventol[®]-Gelee

kühlt — lindert — heilt



Die ausgezeichnete Wirkung von

Soventol[®] Gelee

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

Zusammensetzung

1 g Soventol[®] Gelee enthält 20 mg
Bamipinlactat.

Weitere Indikationen

Pruritus, Pruritus bei Dermatosen,
Urtikaria, Quallenverbrennungen.

Kontraindikationen

Sind nicht bekannt.

Nebenwirkungen

Ein gelegentlich auftretendes
leichtes Brennen nach dem
Auftragen von Soventol Gelee,
besonders auf Schleimhäute,
verschwindet in der Regel nach
wenigen Minuten. Die Anwendung
bei nassenden akuten Ekzemen
ist wegen der Gefahr einer
Verschlechterung nicht ratsam.

Zur besonderen Beachtung!

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

Anwendungshinweise

Soventol Gelee wird in dünner
Schicht auf die Haut aufgetragen.

Handelsformen

20 g Orig.-Pckg. DM 3,60
50 g Orig.-Pckg. DM 7,20



KNOLL AG
6700 Ludwigshafen

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 Kreislaufkrankungen
Direktor: Professor Dr. W. Rudolph
Klinik für Herz- und Kreislaufkrankungen 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 – Kardiologische 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 angio-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

Fortbildungskurse 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. Schweler

Kinderchirurgische Abteilung
Chefarzt: Professor Dr. H. Singer

11. Pädiatrische Fortbildung im Kinderkrankehaus 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 Fechklinik 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

Hörseal B, Ismaninger Straße 22

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

15. Tagung der Gesellschaft für Pädiatrische Radiologie

am 27./28. Oktober 1978 in München

Auskunft:

Privatdozent Dr. D. Färber, Röntgenabteilung der Kinderklinik der Technischen Universität München, Kölner Platz 1, 8000 München 40, Telefon (0 89) 3 80 11-264

4. Fortbildungskurs in praktischer Kinderkardiologie

am 11. November 1978 in Erlangen

Leitung: Professor Dr. H. Guthell, Erlangen

Auskunft:

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

Fortbildungskurs für Laborhelfer(Innen)

vom 6. bis 17. November 1978 in Nürnberg

Leitung: Dr. Weldemenn, Nürnberg

Teilnehmergevoraussetzung: Nachweis einer dreijährigen praktischen Tätigkeit im Laborbereich

Auskunft und Anmeldung:

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

Einführungslehrgänge für die kassenärztliche Tätigkeit

Die Kassenärztliche Vereinigung Bayerns veranstaltet am

30. September 1978

18. November 1978

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

Die Teilnehmergebühr ist am Tage des Einführungslehrganges zu bezahlen.



Die Angst, zu leben.

Eine 4-Zeilen-Notiz aus der Tageszeitung: Die Hausfrau Adele S., 51, hat sich gestern nachmittag aus ihrer Wohnung im 6. Stock auf die Straße gestürzt. Sie starb auf dem Weg ins Krankenhaus. Frau S. litt schon seit langem an Depressionen.

Ängste, Vereinsamung, Isolierung, zusammen mit einer persönlichkeitsgebundenen Krankheitsbereitschaft, sind wesentliche Faktoren, die zu einer depressiven Störung führen können. Obwohl die biochemischen Ursachen der Depression noch nicht endgültig aufgeklärt sind, verfügt der Arzt heute über eine Reihe wirksamer Antidepressiva. Wichtig ist es, Antidepressiva einzusetzen, die die Reizleitung des Herzens nicht beeinflussen und keine atropinartigen Begleitwirkungen wie Tachykardie, Mundtrockenheit, Miktionsstörungen etc. verursachen.

TOLVIN beispielsweise hat keinen negativen Einfluß auf das Reizleitungssystem des Herzens. Selbst bei herzkranken Patienten wurden mit 60 mg TOLVIN täglich keine medikamentös bedingten kardialen Komplikationen beobachtet. TOLVIN führt auch nicht zu einer signifikanten Senkung des Blutdrucks und bewirkt keinen überschießenden Herzfrequenzanstieg. Ebenso fehlen die sonst üblichen Nebenwirkungen wie Mundtrockenheit, Miktionsstörungen, Obstipation etc., soweit sie nicht durch die Depression selbst verursacht sind.

Die Wirkung von TOLVIN vollzieht sich in zwei Phasen:

Bereits mit der rasch einsetzenden sedierenden und emotional ausgleichenden Wirkung von TOLVIN werden depressive Verstimmungen abgebaut. Dieser entspannenden, anxiolytischen Komponente folgt die eigentliche, depressionslösende und mild antriebsfördernde Phase.

Die bedrückt melancholische Gemütslage weicht einer ausgeglicheneren Grundstimmung. Dieser Ablauf ist wichtig; denn eine verfrühte Aktivierung ohne vorangegangene Stimmungsaufhellung könnte beim Patienten zu einer Aggression gegen sich selbst führen - zum Suizid also. Einige Antidepressiva haben dieses Problem.

Fazit: Mit TOLVIN steht dem Arzt ein Antidepressivum zur Verfügung, mit dem er allen depressiven Patienten wirksam und ohne belastende Nebenwirkungen helfen kann.

Zusammensetzung: 1 Filmtablette TOLVIN enthält 10 mg 1,2,3,4,10,14b-Hexahydro-2-methyl-dibenzo (c,f) pyrazino (1,2-a) azepin-monohydrochlorid.

Indikationen: Bei allen Depressionen und depressiven Verstimmungen.

Dosierung und Anwendungsweise: Zur Erzielung einer optimalen Wirkung ist, je nach Ansprechen des Patienten, eine

Tagesdosis von 30 bis 90 mg TOLVIN erforderlich. In den meisten Fällen hat sich eine mittlere Tagesdosis von 60 mg bewährt.

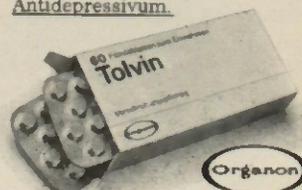
Kontraindikationen: Absolute Gegenanzeigen sind bisher nicht bekannt geworden.

Nebenwirkungen, Begleitscheinungen: Müdigkeit in den ersten Tagen.

Darreichungsform und Packungsgröße: 60 Filmtabletten zu 10 mg 27,35 DM

Organon GmbH
Mittenheimer Straße 62
8042 Oberschleißheim
bei München

TOLVIN. Das sichere Antidepressivum.



Waretermingeschäft mit Risikostreuung

Die moderne Telefonplage sind die Verkäufer von Waretermin-Kontrakten oder auch -Optionen. Eloquent spulen sie ihre Sprüche ab, beschwören beispielsweise einen Frost in Uruguay herauf, durch den der Kaffee teurer werde, fordern also sofort zum Kauf von Kaffee-Verträgen auf, die mit Gewinn zu verkaufen seien, wenn die Kälte erst einmal die Plantagen in südamerikanischen Staaten heimgesucht und so die Ernte verknippt und den Kaffee verteuert hätte.

Kaffee steht hier als Beispiel für Weizen oder Mais, für Kupfer, Chrom und andere Nichteisen-Metalle sowie für viele andere Rohstoffe. Nicht selten werden angeblich hohe Gewinnchancen am Fernsprecher so überzeugend dargestellt, daß der angesprochene Teilnehmer alsbald einen Scheck absendet, eigentlich ohne zu wissen, in was für ein Geschäft er sich da eingelassen hat, ohne die Risiken dieses Geschäftes und die Möglichkeit zu kennen, unter Umständen dem schlechten Geld noch gutes nachwerfen zu sollen. Ja, vielfach ist die Waretermin-Firma völlig unbekannt, und zuweilen legt sie kurz danach sogar Wert darauf, damit man sie und das Geld ihrer Kunden nicht mehr findet.

Im Grunde ist das Waretermingeschäft eine ehrliche Spekulation zwischen zwei Partnern mit unterschiedlicher Meinung oder auch nur Bedingung. Angenommen, ein Landwirt will eine Viehherde verkaufen, die in einem Jahr schlachtreif wird. Er errechnet seine bisherigen und künftigen Kosten bis dahin und bietet über einen Makler an der Wareterminbörse seine Herde zu einem bestimmten Preis an, den er nach dem Jahr dafür erzielen will, und der seine Verdiensterwartung daran rechtfertigt.

Der Landwirt verzichtet auf einen denkbar höheren Preis, wie er bis zur Lieferung vorherrschen könnte, vermeidet aber andererseits das Risiko einer Preisermäßigung, die sich ja ebenso gut ergeben könnte. Sein Gegenspieler, der Käufer des Vieh-Kontraktes, erwartet natürlich, zwischendurch oder zum vereinbarten Termin mehr dafür zu erzielen.

Rohstoffe unterliegen aus politischen und anderen Gründen, so etwa der Ergiebigkeit einer Ernte oder andererseits von Mißernten, starken Preisschwankungen. Unverhofft stieg beispielsweise der Kupferpreis während der Kämpfe in der afrikanischen Kupferprovinz. Die Bewegung des Goldpreises verlief in den letzten Jahren in erheblichen Ausschlägen.

Die Spekulation mit einem einzigen Rohstoff, den man über Makler an den Wareterminbörsen kaufen kann, ist ähnlich risiko- und chancenreich wie das Zero oder auch das Plein-Spiel am Roulettetisch, nicht zuletzt ebenso wie das Engagement in Aktien einer einzigen Gesellschaft.

Die bekannt strenge amerikanische Börsenkontrollbehörde (SEC) hat vor kurzem einen ersten Waretermin-Fonds zugelassen. Er streut das hohe Wagnis dieses Geschäfts durch Kontrakt-Käufe von fünfzehn verschiedenen Rohstoffen aus dem Ernährungsbereich. Diese Spezialisierung ist notwendig, weil der nachgewiesene erfahrene Fonds-Manager in Chicago nur auf einem Sektor des Waretermingeschäftes arbeitet. Selbst sein Computer-Programm wäre durch eine weitere Diversifizierung überfordert — er selbst auch.

Eine Münchener Bank nimmt treuhänderisch das Geld für Anteile an diesem Fonds entgegen und informiert darüber. Ein Anteil kostet 1000 US-Dollar, also rund 2000 DM. Dazu kommt eine Gebühr in Höhe von drei Prozent für die Anlaufkosten. Mindestens fünf Anteile müssen erworben werden. Der Fonds legt einen Teil des Geldes in festverzinslichen Wertpapieren an. Er löst sich auf, falls fünfzig Prozent des Anteilwertes eingebüßt wurden und zahlt sodann den Anteilinhabern die restlichen fünfzig Prozent aus.

Eine solche Anlage eignet sich nur als Zusatz zu einer größeren Rücklage. Mehr als fünf Prozent seines Geldes sollte auf diese Weise niemand investieren. Mancher mag die Möglichkeit eines solchen Spieles für einen solchen Bruchteil der Rücklagen gern wahrnehmen.

Horst Beloch

Bumerang

Die Kostendämpfung im Gesundheitswesen soll mindestens die bisherigen Zuwachsraten herabsetzen. Die Kehrseite dieser Absicht:

Das Gesundheitswesen beschäftigt rund 1,7 Millionen Erwerbstätige. Das sind rund sieben Prozent aller Erwerbstätigen und ebenso viele, wie in der Land- und Forstwirtschaft tätig sind.

Die Zahl der Mitarbeiter im Gesundheitswesen ist von 1955 bis 1975 um 95 Prozent, die aller Erwerbstätigen um neun Prozent gestiegen.

Falls sich die Personalentwicklung im Gesundheitswesen in den Jahren 1974 und 1975 wie bei den anderen Dienstleistungen vollzogen hätte, wäre die Zahl der Arbeitslosen 1975 um ca. 135 000 oder 13 Prozent höher gewesen, als sie tatsächlich betrug.

Die Ärzte und Zahnärzte dürften schärfere Formen der Rationalisierung anwenden, um zumindest mit ihrem bisherigen Personal auszukommen, wenn nicht sich einzuschränken, gezwungen durch eine unzulängliche Einkommenserhöhung. Eine Steigerung der Arbeitslosenzahl wäre die Folge.

Ein Röntgengeräte-Produzent hat kürzlich bereits wegen Auftragsmangel Kurzarbeit bis zum nächsten Jahr verfügen müssen. Und auch das ist erst ein Anfang.

So bereitet der Sozialminister durch das KVKG sich selbst Schwierigkeiten in seiner gleichzeitigen Funktion als Arbeitsminister. So konterkariert er die Politik des Kabinetts, den wirtschaftlichen Aufschwung ein weiteres Mal zu versuchen.

Prosper

Kurz über Geld

FESTVERZINSLICHE WERTPAPIERE sollten weiter nur mit kurzen Laufzeiten gekauft werden. Die Zinsentwicklung ist noch im Fluß.

FÜR SAUNA UND SCHWIMMBAD dürfen Bausparmittel steuer- und prämienschädlich verwendet werden.

BEDEUTSAME RISIKEN muß eine Vermittlungsgesellschaft für Anlagen nennen. Andernfalls kann sie nach einem BGH-Urteil haftbar gemacht werden.

GOLD-ANLAGE nach neuem Plan jetzt mehrwertsteuerfrei über die Schweiz.

Schnell informiert

Bestellung des Landeswahlausschusses für die Wahl der Delegierten zur Bayerischen Landesärztekammer 1978

Der Vorstand der Bayerischen Landesärztekammer hat für die für Ende des Jahres anstehende Wahl der Delegierten zur Bayerischen Landesärztekammer folgende Herren zu Mitgliedern des Landeswahlausschusses berufen:

Landeswahlleiter:

Rechtsanwalt Franz M. Poellinger, München

Mitglieder des Landeswahlausschusses:

Dr. Karl-Dieter Forster, Oberarzt, München

Dr. Josef Kleinle, Kinderarzt, Gelsenhausen

Dr. Peter Sauer, Assistenzarzt, München

Dr. Josef Seidl, Allgemeinarzt, Scheyern

Fachkunde im Strahlenschutz für Röntgen-MTA als Verantwortliche im Strahlenschutz

Erwerb der Fachkunde im Strahlenschutz (Röntgen-Diagnostik und Röntgen-Therapie) für Röntgen-AssistentInnen, die als Verantwortliche im Strahlenschutz an Krankenhäusern oder in Praxen niedergelassener Ärzte eingesetzt sind oder benannt werden.

Die Bayerische Landesärztekammer führt den 50stündigen Spezialkurs gemäß Röntgenverordnung (RöV) vom 1. März 1973 durch. Der sechstägige Kurs (34 Stunden Theorie und 16 Stunden Praktikum) beginnt am Montag, 27. November 1978, 14.00 Uhr, und endet am Samstag, 2. Dezember 1978, 18.00 Uhr. Er findet in Erlangen am Institut für Radiologie der Universität Erlangen, Krankenhausstraße 12, unter Leitung von Professor Dr. Pauly, statt.

Die Teilnahmegebühr beträgt DM 250,—.

Anmeldungen ausschließlich bei der Bayerischen Landesärztekammer.

Teilnahmeberechtigt sind alle MTA (Radiologie) mit staatlicher Anerkennung, die als solche tätig sind.

Um den Platzbedarf zu ermitteln, werden alle Kolleginnen und Kollegen gebeten, die Anmeldung von MitarbeiterInnen umgehend bei der Bayerischen Landesärztekammer, Mühlbauerstraße 16, 8000 München 80, Telefon (0 89) 41 47-294 (Frau Wanger) telefonisch oder schriftlich vorzunehmen.

Hierzu einige Erläuterungen:

Nach der RöV darf eine Röntgenuntersuchung nur durch einen Arzt angeordnet werden. Er trägt in jedem Falle die Gesamtverantwortung. Beim Strahlenschutz können aber Aufgaben delegiert werden. Die Tätigkeit einer MTA (Radiologie), die als Verantwortliche im Strahlenschutz eingesetzt wird, beschränkt sich deshalb auf nachfolgende Funktionen: Beaufsichtigung des Betriebes der Röntgen-einrichtung, unverzügliche Anzeige von Unfällen und sonstigen Schadensfällen, die zu Strahlenschäden führen können, sowie Kontrolle darüber, daß im Entscheidungsbereich die Schutzvorschriften der Röntgenverordnung eingehalten werden (z. B. Betreten des Kontrollbereiches, Tragen von Schutzkleidung, Tätigkeitsverbote). Weiterhin können übertragen werden: Organisation der Messung der Personendosis einschließlich Aufzeichnung der Werte und Aufbewahrung der Unterlagen, Einhaltung der zugelassenen Dosiswerte, Durchführung von entsprechenden Sofortmaßnahmen bei Dosisüberschreitungen und Aufzeichnung der Daten, die zur Abschätzung der Strahlenexposition der Patienten erforderlich sind.

Der innerbetriebliche Entscheidungsbereich muß in jedem Falle vom Arzt schriftlich genau festgelegt werden. Dem Landesamt ist hiervon Mitteilung zu machen und der strahlenschutzverantwortlichen MTA ist die Anzeige der Meldung auszuhändigen.

Lindauer Psychotherapiewochen

Professor Dr. Helmuth Stolze, seit 1959 Leiter der Lindauer Psychotherapiewochen, hat im Rahmen der diesjährigen Tagung die Leitung übergeben an Dr. Peter Buchheim, Nervenarzt und Psychotherapeut, Helmut Remmler, Arzt und Psychotherapeut, beide in München, und Dr. Theodor Seifert, Psychologe und analytischer Psychotherapeut in Stuttgart. Das bisherige Programmkomitee der Lindauer Psychotherapiewochen hat sich als Beirat konstituiert; als dessen Sprecher wird Professor Dr. Stolze dem neuen Leitungsteam weiterhin als ständiger Berater zur Seite stehen.

Altersherz,
Myokard-
stoffwechsel-
störungen

OXACANT®

die Koronar- und Myokarddurchblutung enthaltend mild steigern, den Myokerdstoffwechsel fließgleichend beeinflussen.

Zusammensetzung: 100 g enthalten: Extr. fl. Fol., Fruct., Flor. Crataeg. oxyacanth. (2:2:1) stand. auf 50 mg Flavon-glykoside pro 100 ml.

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

Handelsformen und Preise incl. MWSt.: Tropfen: Flasche mit 30 ml DM 6,41; 50 ml DM 9,65; 100 ml DM 16,35.



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

Johann-Georg-Zimmermann-Förderpreis für die Krebsforschung ausgeschrieben

Die Gesellschaft der Freunde der Medizinischen Hochschule Hannover e. V. hat zur Förderung der internationalen Krebsforschung auch für das Jahr 1979 den Johann-Georg-Zimmermann-Preis in Höhe von insgesamt DM 50 000 ausgesetzt. Das Thema umfaßt die „Fortschritte in der Behandlung von Leukämien“.

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

Die Arbeiten sind bis zum 15. Dezember 1978 in doppelter Ausfertigung bei der Geschäftsstelle der Gesellschaft der Freunde der Medizinischen Hochschule Hannover e. V., Am Hohen Ufer 6, 3000 Hannover 1, einzureichen. Die Namen der Wissenschaftler dürfen nicht auf der Arbeit, sondern nur auf dem Begleitschreiben stehen.

Henns Langendorff-Preis ausgeschrieben

Die Vereinigung Deutscher Strahlenschutzärzte e. V. schreibt für hervorragende wissenschaftliche Arbeiten auf dem Gebiet des medizinischen Strahlenschutzes und seiner biologischen Grundlagen den Henns Langendorff-Preis in Höhe von DM 10 000 aus. Für die Preisverleihung kommen Originalarbeiten in Betracht, die bei der Einreichung noch nicht publiziert sind. Der Preis ist teilbar.

Arbeiten sind bis zum 28. Februar 1979 bei dem Geschäftsführer des Kuratoriums, Professor Dr. H. Breun, Medizinische Universitätsklinik, Luitpoldkrankenhaus, Josef-Schneider-Straße 2, 8700 Würzburg, einzureichen.

Mitteilung der Deutschen Zentrale für Volksgesundheitspflege

Die Deutsche Zentrale für Volksgesundheitspflege e. V., Feuerbachstraße 14, 6000 Frankfurt, gab im Rahmen ihrer Schriftenreihe die nachstehend aufgeführten Bände heraus. Es handelt sich hierbei um Übersetzungen aus der Schriftenreihe der Weltgesundheitsorganisation.

Hett 26: Entwicklung von Ausbildungsprogrammen für Berufe im Gesundheitswesen

Hett 27: Ausbildungsstrategien für Berufe im Gesundheitswesen

Hett 28: Familienplanung im Rahmen der Aus- und Fortbildung von Krankenschwestern und Hebammen

Film-/AV-Beratungsstelle eröffnet

Das Institut für Film- und Fernsehkunde Dr. Pierre Kendorfer GmbH, Steinrutschweg 19, 5000 Köln 71, hat eine „Film-/AV-Beratungsstelle“ eingerichtet. Hier kann jedermann gegen eine Gebühr, die sich nach Art und Umfang der Beratung richtet und bei eventuell zustande gekommenen Projektverträgen voll gutgeschrieben wird, Rat holen. Das tritt sowohl für technische Probleme zu als auch für alle Fragen, die den grundsätzlichen Einsatz des Mediums in allen Bereichen des öffentlichen Lebens betreffen. — Telefonische Terminvereinbarung — (02 21) 5 90 36 38 — ist erforderlich.

Zehn Jahre Studentenwohnheim in Berlin Hartmannbund-Stiftung „Ärzte helfen Ärzten“

Am 16. Juni 1978 fand im Studentenwohnheim Berlin-Grünwald eine Jubiläumsteier statt, zu der zahlreiche Gäste erschienen waren. Professor Häußler, Gründer und Vorsitzender der Stiftung „Ärzte helfen Ärzten“, berichtete, daß die Stiftung nach Errichtung der Mauer am 13. August 1961 über 500 neue Schützlinge — vor allem in Berlin — hinzubekam, die, völlig vom Elternhaus getrennt, auf Hilfe angewiesen waren. Durch den Bau des Studentenwohnheimes ist es der Stiftung gelungen, wenigstens für einen Teil einen Ersatz für das verlorene Zuhause zu finden. Aus diesem Grund hat sich die Stiftung auch entschlossen, das Studentenwohnheim nicht mit den üblichen Gemeinschaftsküchen zu versehen, sondern jedem einzelnen Heimbewohner ein Appartement zu geben. Leider konnte die Stiftung aus Lottomitteln und vom Bund keine zinsverbilligten Darlehen bekommen, da die Vorschrift 11 qm leutete, den Schützlingen jedoch ein größeres Zuhause geboten werden sollte. Die Gesamtbeulekosten betragen 2,4 Mill. DM. Bis auf Senatsmittel der Stadt Berlin wurde das ganze Objekt aus Spenden der Angehörigen der westdeutschen Heilberufe finanziert. Seit dem Einzug vor zehn Jahren bis zum heutigen Tage ist es der Stiftung gelungen, den Mietpreis in Höhe von DM 110,— für 22 qm zu halten, vor allem deshalb, da das Studentenwohnheim von der Geschäftsführung der Stiftung in Stuttgart-Degerloch mit geleitet wird.

Die Besonderheit dieses Heimes liegt, wie Professor Häußler in seiner Ansprache erwähnte, nach wie vor darin, daß es wohl das einzige Heim in Deutschland ist, in dem die Hausordnung aus drei Worten besteht, und zwar „Freiheit und Verantwortung“. Die dort wohnenden 57 Kollegenkinder, die in den verschiedensten Berufsausbildungen stehen, werden von der Geschäftsführerin der Stiftung, Hildegard Teuber, genauso persönlich betreut wie die an anderen Universitätsorten innerhalb der Bundesrepublik Deutschland lebenden ca. 850 Schützlinge.

Wie Professor Häußler verschiedentlich erwähnte, soll diese Feier nicht nur die Freude an dem gelungenen Studentenwohnheim ausdrücken, sondern der Stiftung vor allem eine erneute Gelegenheit bieten, Spenden zu erhalten. Dies nicht nur für das Wohnheim, sondern für die Stiftung selbst, damit es auch in Zukunft möglich sein wird, den hilfsbedürftigen Kollegenkindern, meist Halb- und Vollwaisen, während der Berufsausbildung die notwendige Unterstützung angedeihen zu lassen.

Die Konten der Stiftung: Dresdner Bank, Stuttgart, Nr. 1 222 387 00; Deutsche Apotheker- und Ärztebank, Stuttgart, Nr. 00 919 190; Landesgirokasse, Stuttgart, Nr. 1 268 267; Postscheckamt Stuttgart, Nr. 415 33-701

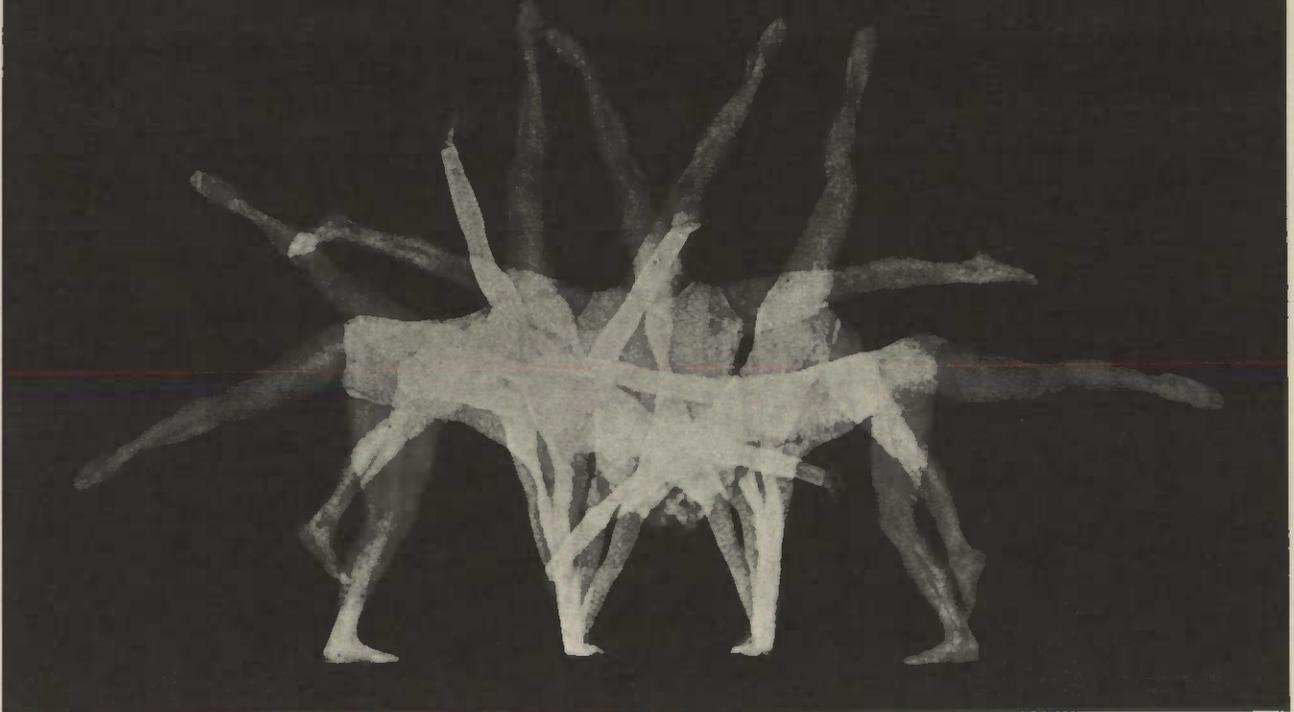
Bekanntmachung des Bayerischen Staatsministeriums des Innern vom 21. Juni 1978 (Nr. I E 2 - 5004/30 - 3/78)

Gegenstandskatalog für den Ersten Abschnitt der Ärztlichen Prüfung

Vollzug der Approbationsordnung für Ärzte (ÄAppO) vom 28. Oktober 1970 (BGBl. I S. 1458), zuletzt geändert durch Verordnung vom 24. Februar 1978 (BGBl. I S. 312)

Der vom Institut für medizinische und pharmazeutische Prüfungsfragen herausgegebene „Gegenstandskatalog für den Ersten Abschnitt der Ärztlichen Prüfung“, überarbeitete 2. Auflage 1978, ist beim Verlag Druckhaus Schmidt & Bödige, Rheinallée 191, 6500 Mainz, erschienen. Er kann im Buchhandel zum Preis von DM 13,50 bezogen werden.

Leichte Beine durch ...



Venoplant[®] retard

- hoher Aescin-Anteil
- gute Magenverträglichkeit
- ausgefeiltes Retard-Prinzip

Orale Therapie bei chronisch-venöser Insuffizienz (primäre und sekundäre Varicosis), Phlebitis, Thrombophlebitis.

Zusammensetzung: 1 Dragee enthält: Extr. Sem. Aesculi hippocastani spir. sicc. 100 mg (standardisiert auf 50 mg Aescin), Extr. Fruct. Cardui mariani sicc. c. Aceton parat. 15 mg (standardisiert auf einen Gehalt von 7,5 mg Silymarin).

Handelsformen/Preise: OP 20 Dregees DM 11,70
OP 50 Dregees DM 23,90



Dr. Willmar Schwabe
Arzneimittel · Karlsruhe

Venoplant[®] Gel

40.000
E. Heparin in 100 g

- hochdosierte Heparin-Aescin-Kombination mit einem Salicylsäureester
- rückfettende Grundlage

Perkutane Therapie bei venösem Beschwerdekompex, Phlebitis, Thrombophlebitis, Unfalltraumen, Sportverletzungen.

Zusammensetzung: 100 g enth.: Aescin 1 g, Heparin-Natrium aus Darmmucose 40 000 E. n. USP XIX, Aethylenglykolmonosalicylsäureester (Erg. B. 6) 2 g, Gelgrundlage ed 100 g.

Besonderer Hinweis: Nicht auf Schleimhäute oder offene Wunden bringen.

Unverträglichkeiten und Risiken: Wegen des Gehaltes an Salicylsäure darf bei Schwangeren und bei Patienten mit Nierenfunktionsstörungen eine Langzeitbehandlung und Anwendung auf großen Flächen nicht erfolgen.

Handelsformen/Preise: OP 40 g DM 8,75
OP 100 g DM 18,35

Roter Davidstern — Magen David Adom-Israel in der Bundesrepublik Deutschland

Der Magen David Adom — der Rote Davidstern — ist die Sanitätsorganisation des Staates Israel. Gleich dem Roten Kreuz, dem Roten Halbmond und dem Roten Löwen — wie diese Organisationen in anderen Ländern heißen — leistet der Magen David Adom in Israel — unabhängig von Volkzugehörigkeit oder Religion — jedem Menschen Hilfe bei Krankheiten und Notfällen aller Art.

Als Gemeinschaft, die auf freiwilliger Mitgliedschaft und freiwilligen Diensten beruht, hat der Magen David Adom es schwer, die zur Erfüllung seiner Aufgaben erforderlichen Mittel aufzubringen. Dabei wachsen die Aufgaben und Anforderungen von Jahr zu Jahr. Der israelische Staat hilft finanziell, so gut er kann. Fast die Hälfte der Gesamtaufwendungen des Magen David Adom für besondere Projekte, wie z. B. neue Erste-Hilfe-Stationen, Rettungswagen und Gerätschaften, wie Krankentragen und Sanitätsmaterial, kommt von Freunden im Ausland.

In der Bundesrepublik Deutschland besteht seit 1969 die Gesellschaft Freunde des Magen David Adom - Israel.

Die Gesellschaft konnte bereits viele Hilfssendungen, wie Krankentragen, Verbandsmaterial, Rettungswagen, medizinische Geräte und Apparate, für den Blutspendedienst nach Israel senden. Mitglieder und Freunde der Gesellschaft sind Juden und Christen, die gemeinsam für die gute Sache tätig sind. Gerade wir Deutsche haben eine besondere Verpflichtung Israel und den dort lebenden Menschen gegenüber. Es soll hierbei nicht etwa um eine Art privater Wiedergutmachung an Israel gehen, sondern um ein engagiertes Begleiten des geschichtlichen Weges des Volkes Israel, das auch zu einem weiteren Schritt der Annäherung beider Völker beitragen will — ein Beitrag zum Frieden in diesem Teil der Welt.

Im Jahre 1976 konnte mit einer großen finanziellen Unterstützung aus der Bundesrepublik Deutschland eine Erste-Hilfe-Station in Kiryat Schmona, im Norden Israels, seiner Bestimmung übergeben werden. Die Flagge der Bundesrepublik Deutschland war bei den Einweihungsfeierlichkeiten gleichrangig mit allen anderen Länderflaggen gehißt. Für uns Deutsche in diesem Lande ein erhebender Anblick!

Die Freunde des Magen David Adom - Israel in der Bundesrepublik Deutschland haben als nächstes Projekt eine Erste-Hilfe-Station in Kiryat Tivon zur Finanzierung ausgewählt. Die Kosten für diese Erste-Hilfe-Station betragen ca. 1 750 000 israelische Pfund, das sind umgerechnet ca. DM 220 000. Kiryat Tivon ist ein kleines Städtchen zwischen Haifa und Nazareth mit rund 10 000 Einwohnern, das als landwirtschaftliche Siedlung mit Kleinindustrie 1947 gegründet wurde. Für dieses Projekt ruft die Gesellschaft Freunde des Magen David Adom - Israel in der Bundesrepublik Deutschland zu einer großen Spendenaktion auf. Ein überzeugender Erfolg deutscher Spendenfreudigkeit wäre es, wenn ein so großer Betrag in der Bundesrepublik Deutschland aufgebracht wird, um das ganze Projekt voll finanzieren zu können.

Spenden, die den Vermerk „für die Erste-Hilfe-Station des Magen David Adom in Kiryat Tivon“ tragen sollen, können auf das Konto Nr. 001 082 132 der Freunde des MDA in der Bundesrepublik Deutschland bei der Stadtparkassa Dortmund, oder auf das Postscheckkonto Dortmund Nr. 253 92-462 der Freunde des MDA in der Bundesrepublik Deutschland einbezahlt werden.

Die Spenden sind steuerabzugsfähig.

Helfen Sie, sehr verehrte Frau Kollegin, sehr geehrter Herr Kollege, mit Ihrer Spende, dieses Projekt zu verwirklichen!

Hainz Rottmann 70 Jahre

Hainz Rottmann, langjähriger Geschäftsführer des Bundesverbandes Deutscher Privatkrankeanstalten e. V., München, des Vereins der leitenden Ärzte Deutscher Privatkrankeanstalten a. V., München, und des Verbandes der Privatkrankeanstalten in Bayern e. V., München, beging am 1. August 1978 seinen 70. Geburtstag. Hainz Rottmann hat daneben lange Jahre als Hauptschriftleiter das offizielle Verbandsorgan, die Zeitschrift „Die Privatkrankeanstalt“, betreut.

Mitteilung der Deutschen Apotheker- und Ärztekammer

Kreditaufnahme bei Existenzgründungen von Heilberufenen vorsichtiger

1977 konnte das gute Gesamtergebnis der Vorjahre wiederholt werden. In der Steigerung der Bilanzsumme um 546 Mio. DM auf 2.792 Mrd. DM wurde das Resultat von 1976 sogar noch übertroffen: Mit der Zuwachsrate von 24 Prozent dürfte die Deutsche Apotheker- und Ärztekammer erneut in der Spitzengruppe der Kreditinstitute rangieren. — In diesem Wachstum spiegelt sich eine Zunahme der Mitglieder und Kunden auf über 75 000 (1976: 70 000) wider.

Die Kreditvergabe konnte 1977 beträchtlich ausgeweitet werden, und zwar um 320 Mio. (20 Prozent) auf 1.916 Mrd. DM. Unter Berücksichtigung der wieder ausgiebigen Rückflüsse aus laufenden Darlehen lag das Neugeschäft sogar bei 600 Mio. DM, dem gleichen Umfang wie 1976. Dennoch zeigen sich im Zahlenwerk der Bank deutliche Tendenzen eines vorsichtigeren Investitionsverhaltens bei den Heilberufenen. Denn die durchschnittliche Kredithöhe bei Existenzgründungen nahm in allen Bereichen nicht unerheblich ab.

Band 43 der von der Bayerischen Landesärztekammer herausgegebenen Schriftenreihe steht unseren Kollegen kostenlos zur Verfügung.

Dieser Band enthält die Vorträge der 16. Bayerischen Internistentagung in München 1976

„Notfallsituationen in der Inneren Medizin — Übergewicht und Krankheit — Neue onkologische Gesichtspunkte in Diagnose und Therapie“

Die Kassenärzte Bayerns haben die Broschüre bereits über die Bezirksstellen der Kassenärztlichen Vereinigung Bayerns erhalten.

Interessenten können Bestellungen an die Schriftleitung des „Bayerischen Ärzteblattes“, Mühlbauerstraße 16, 8000 München 80, unter Beifügung von DM 2,— in Briefmarken als Schutzgebühr, richten.

Schwungkraft
für das Herz

Esbericard®

Esbericard® wirkt zuverlässig
bei stenokardischen Be-
schwerden und bei Neigung
zu Angina-pectoris-Anfällen

wenn der Herzmuskel
durch Streß, Krankheit
oder Alterungsvorgänge
geschwächt ist,

bei labilem peripheren
Kreislauf
wenn die Herz-tätigkeit
unregelmäßig und
nervös irritiert ist.

Zusammensetzung: Extr. Crataegi (fol. c. flor. fruct. = 1:3) standard. Standard. 1 Dragee enthält: 60 mg Extrakt entspr. mindestens 5 mg kondens. Flavane. 1 ml Liquidum enthält: 120 mg Extrakt entspr. mindestens 10 mg kondens. Flavane, 2 ml Injektionslösung enthalten ca. 90 mg Extrakt, biologisch auf DL 50 an der weißen Maus standardisiert. **Indikationen:** Minderleistung von Herz und Kreislauf im Alter. Vegetativ bedingte Herzbeschwerden, Stenokardien und Rhythmusstörungen sowie ebenfalls Tachykardien, auch im Kindesalter. Die kombinierte Anwendung mit Herzglykosiden ist möglich. Der angenehme Geschmack von Esbericard ist für die Langzeittherapie günstig. Auch bei längerem Gebrauch treten keine schädlichen Nebenwirkungen auf. Kontraindikationen sind bisher nicht bekannt. Nebenwirkungen wurden keine beobachtet. **Dosierung:** 3mal täglich 15-20 Tropfen oder 1-2 Dragees. Parenteral 2-4 ml i.v. bzw. tief intragluteal täglich oder alle 2-3 Tage. **Darreichungsformen und Packungsgrößen:** Liquidum 50 ml DM 9,65. Klinikpackung 1000 Stück. Dragees 200 Stück DM 9,65. Klinikpackung 100x2 ml. Ampullen 5x2 ml DM 6,46. Klinik-



Schaper & Brümmer
Salzgitter · Ringelheim

Naturstoff-Forschung und -Therapie

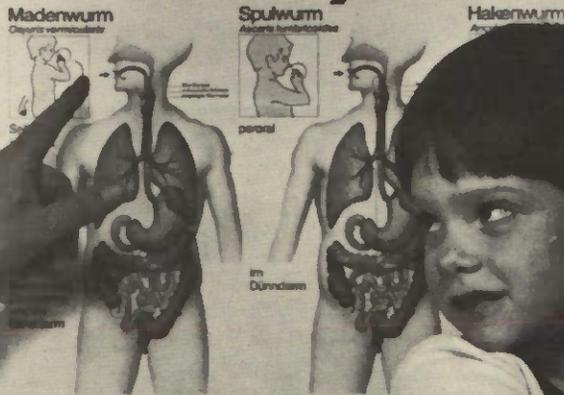
Die Sterbefälle nach Todesursachen in Bayern im Monat März 1978

Nr. der ICD 1968 ¹⁾	Todesursachen	Sterbefälle		
		1977		1978
		Monats- durchschnitt	März	März
000-136	infektiöse und parasitäre Krankheiten	82	84	89
	darunter			
010-019	Tuberkulose insgesamt	51	50	47
140-199	Bösartige Neubildungen	2 122	2 236	2 187
	darunter			
151	des Magens	362	420	394
160-163	der Atmungsorgane	317	320	349
174	der Brustdrüse	157	153	180
180-182	der Gebärmutter	86	88	89
185	der Prostata	106	104	108
200-209	Neubildungen der lymphatischen und blutbildenden Organe	127	118	142
210-239	Gutartige Neubildungen und Neubildungen unbekanntes Charakters	140	150	142
240-279	Störungen der Drüsen mit innerer Sekretion, Ernährungs- und Stoffwechselkrankheiten	407	449	483
	darunter			
250	Diabetes mellitus	340	384	398
280-289	Krankheiten des Blutes und der blutbildenden Organe	19	24	22
290-389	Seelische Störungen, Krankheiten des Nervensystems und der Sinnesorgane	184	209	238
	darunter			
290	senile und präsenile Demenz	5	9	8
390-458	Krankheiten des Kreislaufsystems	4 351	4 641	5 059
	darunter			
410	akuter Herzmuskelinfarkt	911	958	977
411-414	sonstige ischämische Herzkrankheiten	803	823	953
425, 428	chronische nichtrheumatische Herzmuskelkrankheiten	549	589	615
429	mangelhaft bezeichnete Herzkrankheiten	22	23	14
430-438, 400.2	Hirngefäßkrankheiten	1 368	1 469	1 566
460-519	Krankheiten der Atmungsorgane	648	970	1 095
	darunter			
470-474	Grippe	17	48	93
480-488	Pneumonie	231	390	457
466, 490, 491	Bronchitis	194	228	281
520-577	Krankheiten der Verdauungsorgane	569	563	590
	darunter			
531, 532	Magen- und Zwölffingerdarmgeschwür	48	45	46
560	Darmverschluss ohne Angabe eines Eingeweidebruchs	32	35	33
571	Leberzirrhose	225	201	227
570, 572-576	sonstige Krankheiten der Leber, Gallenblase und der Gallengänge	110	119	128
577	Krankheiten der Bauchspeicheldrüse	30	36	27
580-629	Krankheiten der Harn- und Geschlechtsorgane	203	225	220
	darunter			
580-584	Nephritis und Nephrose	31	34	43
600	Prostatahypertrophie	31	39	29
630-678	Komplikationen in der Schwangerschaft, bei Entbindung und im Wochenbett	3	3	2
680-738	Krankheiten der Haut und des Unterhautzellgewebes, des Skeletts, der Muskeln und des Bindegewebes	47	46	41
740-759	Angeborene Mißbildungen	44	47	41
760-779	Bestimmte Ursachen der perinatalen Sterblichkeit	76	69	69
780-798	Symptome und mangelhaft bezeichnete Todesursachen	262	266	361
	darunter			
784	Altersschwäche ohne Angabe von Psychose	61	65	79
800-949	Unfälle und Vergiftungen	536	521	490
	darunter			
810-823	Kraftfahrzeug-Unfälle Innerhalb und außerhalb des Verkehrs	264	229	218
850-877	Vergiftungen	5	5	7
880-887	Unfälle durch Sturz	184	206	186
950-959	Selbstmord und Selbstbeschädigung	201	210	209
960-999	Mord, Totschlag und sonstige Gewalteinwirkungen	21	18	27
	Sterbefälle insgesamt	10 041	10 847	11 507

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

Mitteilung des Bayerischen Statistischen Landesamtes 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.

Wurmzyklen.



Symptome: Juckreiz im After
Leibschmerzen, Oberkeit, Erbs, Verstopfung, allgemeine Unruhe

Diagnose: Ei-Nachweis durch Abstrich der Analfhaut (Helmax Diagnostikstreifen)
Ei-Nachweis bina Warm-Nach im Stuhl

Therapie: **Helmax** – wirksam gegen alle Maden-, S- Mit einer einzigen Dosis.

Indikationen:

Helmax® (Pyrantelpamoat) ist ein neues, hochwirksames Wurmmittel zur Einzeldosis-Behandlung von Infestationen mit Enterobius (Oxyuris) vermicularis (Madenwurm), Ascaris lumbricoides (Spulwurm), Ancylostoma duodenale und Necator americanus (Hakenwürmer) bei Kindern und Erwachsenen.

Nach zur Zeit noch begrenzten klinischen Erfahrungen scheint Helmax® auch sehr wirksam zu sein bei Infestationen mit Trichostrongylus colubriformis.

Zusammensetzung:

1 Kautablette bzw. 5 ml Suspension (= 1 Meßlöffel) enthalten 720 mg Pyrantelpamoat (entsp. 250 mg Pyrantelbase).

Dosierung:

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

Zur Beachtung:

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

Verträglichkeit:

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

Handelsformen und Preise:

Packung mit 3 Kautabletten DM 11,77
Flasche mit 10 ml Suspension DM 9,14

Neu zur Familienbehandlung:

Flasche mit 50 ml Suspension DM 31,08

Klinikpackungen



Pfizer GmbH · Karlsruhe
Abt. Roerig Pharmazeutika



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

System **Helmax**®

Zuverlässige Wurm-Therapie durch Eindosis-Behandlung

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

Das Helmax®-System
zur kostenlosen Anforderung:

1. Wurmzyklus-Wandtafel
2. Diagnostikstreifen
3. Mehrsprachige Patienten-Merkblätter

Senden Sie eine Postkarte an Pfizer GmbH,
Abt. Roerig Pharmazeutika, Post. 494/9,
7500 Karlsruhe 1.

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

(Zusammengestellt aufgrund der Wochenmeldungen)

Die Zahl der Ruhrerkrankungen, die im Mai wegen einer örtlich begrenzten Epidemie stark angestiegen war, ging im Juni wieder zurück, war gegenüber früheren Monaten jedoch noch deutlich erhöht. Die auf 100 000 Einwohner und ein Jahr berechnete Erkrankungsziffer sank von 100 auf 45.

Seimonellose-Erkrankungen wurden im Juni merklich häufiger gemeldet; im Mai trafen 42, im Juni bereits 79 Fälle auf 100 000 Einwohner. Die Erkrankungsziffer an Hepatitis infectiosa (übertragbare Leberentzündung) nahm von 20 Fällen im Mai auf 23 im Juni, jeweils auf 100 000 der Bevölkerung, zu.

Die Ziffer der Scharlacherkrankungen ging mit 32 Fällen je 100 000 Einwohner im Juni nur geringfügig zurück. Die Häufigkeit der durch andere Erreger als Meningokokken verursachten übertragbaren Hirnhautentzündung stieg von fünf Fällen im Mai auf zehn im Juni, je 100 000 Einwohner.

Neuerkrankungen und Sterbefälle in der Zeit vom 5. Juni bis 2. Juli 1978 (vorläufiges Ergebnis)

Gebiet	1		2		3		4		5		6		7		8		9		10		11		12	
	Diphtherie		Scharlach		Kinderlähmung		Übertragbare				Gehirnentzündung		Typhus abdominalis		Paratyphus A und B		Bakterielle Ruhr (ohne Amöbenruhr)		Enteritid infectiosa				Botulismus	
							Hirnhautentzündung		Meningokokken-Meningitis										übrige Formen		Salmonellose			
	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	-	-	110	-	-	-	3	-	21	-	-	-	1	-	1	-	364	-	229	-	-	-	1	-
Niederbayern	-	-	18	-	-	-	3	-	7	-	1	-	-	-	-	-	1	-	28	-	-	-	-	-
Oberpfalz	-	-	23	-	-	-	-	-	10	-	2	-	-	-	-	-	-	-	44	-	-	-	-	-
Oberfranken	-	-	34	-	-	-	3	-	13	-	-	-	-	-	-	-	-	-	62	-	4	-	-	-
Mittelfranken	-	-	41	-	-	-	-	-	17	1	-	-	1	-	1	-	3	-	110	1	-	-	-	-
Unterfranken	-	-	20	-	-	-	2	-	8	-	-	-	-	-	-	-	1	-	106	-	1	-	-	-
Schwaben	-	-	18	-	-	-	3	1	12	-	-	-	-	-	-	-	4	-	77	-	5	-	-	-
Bayern	-	-	264	-	-	-	14	1	88	1	3	-	2	-	2	-	375	-	656	1	10	-	1	-
München	-	-	42	-	-	-	1	-	6	-	-	-	-	-	-	-	8	-	120	-	-	-	1	-
Nürnberg	-	-	19	-	-	-	-	-	5	1	-	-	-	-	1	-	-	-	10	1	-	-	-	-
Augsburg	-	-	1	-	-	-	1	1	2	-	-	-	-	-	-	-	-	-	10	-	-	-	-	-
Regensburg	-	-	8	-	-	-	-	-	1	-	-	-	-	-	-	-	-	-	4	-	-	-	-	-
Würzburg	-	-	4	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	9	-	1	-	-	-
Fürth	-	-	4	-	-	-	-	-	7	-	-	-	-	-	-	-	1	-	2	-	-	-	-	-
Erlangen	-	-	3	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	2	-	6	-	-	-	-	-

Gebiet	13		14		15		16		17		18		19		20		21		22		23		24	
	Hepatitis infectiosa		Ornithose				Mikrosporidie		Amöbenruhr		Canicola-fieber		Malaria-Erkrankung		Q-Fleber		Toxoplasmose		Wundstarrkrampf				Verdachtsfälle von Tollwut ³⁾	
			Psittacose		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	71	-	-	-	1	-	2	-	2	-	-	-	4	-	-	-	2	-	2	1	-	-	-	15
Niederbayern	12	1	1	-	-	-	-	-	-	-	1	-	1	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Oberpfalz	13	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	10
Oberfranken	20	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	1	-	1	-	1	-	-	-	-	-	-	-	-
Mittelfranken	29	-	-	-	1	-	-	-	-	-	-	1	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Unterfranken	16	-	-	-	-	-	1	-	-	-	-	-	-	-	-	-	1	-	-	-	-	-	-	14
Schwaben	31	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	1	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	5
Bayern	192	1	1	-	2	-	3	-	2	-	1	-	8	-	1	-	4	-	2	1	-	-	-	44
München	31	-	-	-	-	-	2	-	2	-	-	1	-	-	-	1	-	1	-	-	-	-	-	3
Nürnberg	9	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Augsburg	12	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Regensburg	1	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Würzburg	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Fürth	1	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Erlangen	4	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-

*) 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.

Pharmaindustrie

Dr. Hans Rudolph übernimmt Leitung des Wissenschaftlichen Hauptlaboratoriums von Bayer

Dr. Hans Rudolph, bisher Leiter des Wissenschaftlichen Hauptlaboratoriums des Werkes Uerdingen, übernahm vor kurzem auch die Leitung des Wissenschaftlichen Hauptlaboratoriums der Bayer AG, Leverkusen, und damit das Ressort „Chemische Forschung“ im Rahmen der Neugliederung des Zentralbereiches Zentrale Forschung und Entwicklung des Unternehmens.

Arzneimittel für die tägliche Praxis

Bayropharm GmbH besteht zehn Jahre

Die Bayropharm GmbH in Köln, eine Tochtergesellschaft der Bayer AG, Leverkusen, besteht jetzt zehn Jahre. Heute gehört sie zu den 50 führenden Pharma-Unternehmen der Bundesrepublik Deutschland. Die Gesellschaft, die im April 1968 gegründet wurde, vertreibt Arzneimittel für die tägliche Praxis. Ihre Forschungsektivitäten, die in enger Zusammenarbeit mit dem Pharma-Forschungszentrum der Bayer AG in Wuppertal-Elberfeld betrieben werden, liegen besonders auf dem Herz-Kreislauf-Gebiet und auf dem rheumatischen Formenkreis.

Söhngen-Beatmungsbeutel

Beatmungsbeutel haben vor etwa 15 Jahren Eingang in die Notfallmedizin gefunden; eine Methode, die sich aus der Mund-zu-Mund-Beatmung weiterentwickelt hat. Der Sauerstoffgehalt beträgt bei der Mund-zu-Mund-Beatmung nur etwa 15 Prozent. Bei der Wiederbelebung mit einem Beatmungsbeutel wird atmosphärische Luft mit 21 Prozent Sauerstoffgehalt gespendet. Die Atemspende bzw. die Beatmung mit einem Beatmungsbeutel hat sich gegenüber den alten Methoden (wie z. B. Holger-Nielsen) sehr schnell in der ganzen Welt durchgesetzt.

In Zusammenarbeit mit dem Institut für Anästhesiologie der Universitätskliniken Mainz entstand nach intensiver Vorarbeit der neue Söhngen-Beatmungsbeutel. Er besteht aus absolut alterungsbeständigem Silikon; es ist sterilisierfähig und behält seine Geschmeidigkeit sowie seine Form auch unter den ungünstigen Lagerungsbedingungen. Ein innerer Entfaltungsbalg und eine zweite äußere Haut zur Druckbegrenzung sind bei diesem Beatmungsbeutel nicht erforderlich. — Die Silikon-Flapper-Ventilsteuerung wurde beibehalten. Diese Konstruktion hat sich bewährt. In 15 Jahren hat es weder Beanstandungen, noch Defekte, Betriebsstörungen oder Reparaturaustausch gegeben. Mechanische Teile, die verkleben, versagen oder sich verhängen könnten, fehlen. Das Ventilgehäuse aus Hostaform® ist verrottungsfest und auch gegen Meerwasser beständig. Das Einatemventil ist ein Kombinationsventil und bietet folgende Möglichkeiten: reine Frischluftbeatmung — dosierte Sauerstoff-/Frischluftbeatmung — 100% Sauerstoffbeatmung ohne Druckaufbau — Beatmung mit gefilterter Luft, auch mit Sauerstoffbeigabe — Anschluß an Narkosegeräte.

Durch die verschiedenen Farben der einzelnen Ventiltteile wird eine Verwechslung beim Zusammensetzen nach der Reinigung vermieden. Der Beutel selbst ist durch die international übliche SOS-Signalfarbe rot-orange auffallend gekennzeichnet.

„Babyfog 2“ von Dräger

Das „Babyfog 2“, mit dem man Risikokinder während des Transportes auf unproblematische Weise automatisch beatmen kann, wurde als Anbaugerät für den Intensivpflege-Transport-Inkubator 5300 von Dräger konzipiert, der dadurch zu einer kompletten mobilen Intensiv-Behandlungseinheit wird. Das Gerät ist ebenfalls für Notbeatmungen in der Entbindungsstation vorgesehen sowie für den Reanimationsplatz im OP bei Schnittentbindungen.

Zwei neue Bayer-Filme für die ärztliche Fortbildung

Der Film „Mykosen Innerer Organe“ macht die zunehmende Bedeutung primärer und sekundärer Mykosen bewußt und geht auf die entsprechenden diagnostischen und klinischen Probleme ein.

In Fällen aus der Praxis mit unklarem klinischen Befund wird gezeigt, daß es sich um Mykosen innerer Organe handeln kann, daß sich andererseits ein Verdacht auf eine Mykose nicht immer bestätigt.

Ausführlich werden die Risikofaktoren für sekundäre Mykosen sowie die Erreger, die Diagnosemöglichkeiten und die Lokalisation sekundärer und primärer Mykosen behandelt. Der Film schließt mit einer kurzen Erläuterung der therapeutischen Möglichkeiten.

Der Film „Tagesberichte / Moderne Aminoglykosid-Therapie“ geht von der heutigen Situation auf dem Antibiotika-Sektor aus: Infolge eintretender Resistenzerscheinungen bei den in Gebrauch befindlichen Antibiotika verlieren altbewährte Substanzen zum Teil an Wirksamkeit und müssen durch neuere ersetzt werden. Hierbei bestimmt die keimspezifische Wirkung der einzelnen Antibiotika-Gruppen in zunehmendem Maße ihre Anwendung.

Eine solche Gruppe mit speziellem Einsatzgebiet sind die in rascher Entwicklung befindlichen Aminoglykosid-Antibiotika. Ihre Einsatzmöglichkeiten zeigt der Film in Form von Tagesberichten anhand von drei ausgewählten Beispielen aus Klinik und Praxis. Zur Demonstration der mikrobiologischen, pharmakokinetischen und therapeutischen Eigenschaften wurde Sisomicin gewählt.

Beide Filme können kostenlos bei der Bayer AG, Sperte Pharma, ausgeliehen werden.



**Brot
für die Welt**

Hilfe zum Leben
Postscheck Köln 500 500-500

Buchbesprechungen

Gegenstand: Orthopädie

Enke Reihe zur AO(Ä)

Herausgeber: Professor Dr. K. F. Schlegel, 288 S., 151 Abb., kart., DM 24,80. Ferdinand Enke Verlag, Stuttgart.

Das vorliegende Buch ist besonders zur Vorbereitung auf die schriftliche Prüfung nach dem zweiten klinischen Studienabschnitt geeignet. Es informiert auch kurzgefaßt den Nichtorthopäden über die derzeitigen diagnostischen und therapeutischen Möglichkeiten bei orthopädischen Krankheitsbildern.

Die Phasenkontrastmikroskopie in der täglichen Praxis

Leitfaden und Bildatlas

Verf.: Dr. J. Jenny, DM 58,— inklusive Porto und Verpackung. Verlag Jenny & Artusi, Schatthausen.

Durch die Phasenkontrastmikroskopie erhielt die gesamte Zellforschung die Möglichkeit, lebende Objekte in ihren Mikrostrukturen und in ihrer Mikromorphokinese auch in starken, lichtoptischen Vergrößerungen kontrastreich und naturgetreu darzustellen. Ihr großer Vorteil liegt in der einfachen Präparetherstellung bei minimalem zeitlichen Aufwand. Seit Ende der fünfziger Jahre wird die phasenoptische Betrachtung von Nativpräparaten auch in der treuenärztlichen Praxis angewendet. Der Autor ist praktizierender Gynäkologe und Zytologe mit jahrzehntelanger Erfahrung auf seinem Fachgebiet. Seine vorliegende Monographie für die Praxis zeichnet sich durch Kürze und Prägnanz, durch hervorragende Abbildungen und grafische Darstellungen aus. Der jüngere Kollege und angehende Facharzt wird großen Gewinn aus diesem Buch ziehen.

Dr. F. Sprenger, Würzburg

Betäubungsmittel

Pharmakologie und Verordnung

Verf.: Prof. Dr. W. K. Junge / Dr. K. H. Kimbel, 91 S., 4 Abb., 7 Tab., Polylein, DM 12,—. Deutscher Ärzte-Verlag GmbH, Köln.

Die vorliegende Fibel bietet dem Arzt eine sinnvolle Orientierung über das Verschreiben von Betäubungsmitteln. Eine solche Schrift ist gerade heute unentbehrlich, da der Drogenmißbrauch so weite Kreise erfaßt hat. Der ärztlichen Praxis der Verschreibung von Betäubungsmitteln wird die Pharmakologie der Betäubungsmittel einschließlich ihrer Anwendungsgebiete und Kontraindikationen vorangestellt. Auf diese Weise ist diese Schrift gleichzeitig ein kleines Repetitorium für den schon länger in der Praxis stehenden Arzt. Sodann wird der Leser in pädagogisch hervorragender Weise in die Praxis der Verschreibung von Betäubungsmitteln eingeführt. Dabei wurde besonderer Wert auf die praktische Handhabung der Vorschriften der Betäubungsmittelverschreibungs-Verordnung gelegt. Deshalb sollte diese handliche und preiswerte Fibel auf dem Schreibtisch eines jeden Arztes liegen.

Dr. K. Pollak, München

Handkommentar BMÄ und E-GO

Loseblattsammlung in Fortsetzungen (Stand: 1. Juli 1978)

Herausgeber: Dr. H. Wezel / Dipl.-Betriebsw. R. Liebold, 474 S., DIN A 4 in Ordner mit Reißmechanik, Preis einschl. Ordner und MWSt DM 47,50+ Versandkosten. Asgard Verlag, St. Augustin.

Der zuerst im August 1967 als kurzer Kommentar zur damals für die RVO-Kassen-Abrechnung angewandten amtlichen Gebührenordnung für Ärzte (GOÄ) für Nordwürttemberg aufgelegte und ab der 2. Auflage im gesamten Bundesgebiet verbreitete Kommentar wurde nach Inkrafttreten des vertraglich aus der GOÄ entwickelten Bewertungsmaßstabes-Ärzte (BMÄ) am 1. Januar 1971 in einer 3. Auflage völlig erneuert. Die gesetzlich vorgeschriebene Einführung eines einheitlichen Punkt-Bewertungsmaßstabes für RVO- und Ersatzkassen-Abrechnung ab 1. Juli 1978, bei der weitgehend die Anfang 1978 geltende Ersatzkassen-Gebührenordnung (E-Adgo) zugrunde gelegt wurde, machte die Herausgabe einer völlig neu gestalteten 4. Auflage erforderlich, die jetzt nicht nur für die RVO-Kassen-Abrechnung, sondern auch für die Ersatzkassen-Abrechnung verwendet werden kann.

Die weite Verbreitung über das gesamte Bundesgebiet im Laufe der Jahre hat ihre Ursache in der Konkurrenzlosigkeit und Praxisnähe dieses Handkommentars. Hier wird weder ein voluminöser, für die tägliche Arbeit in Praxis und Verwaltung ungeeigneter, noch ein rein theoretisch abgeleiteter Kommentar vorgelegt. Die schnelle Nachlieferung, immer rechtzeitig zum betreffenden Quartalsbeginn, wird sicherlich ebenfalls zur Beliebtheit des Handkommentars beigetragen haben. Die zukünftige Benutzbarkeit für RVO- und Ersatzkassen soll den Benutzern weitere Vorteile bringen.

Der Handkommentar BMÄ 78 und E-GO von Wezel/Liebold geht zwar besonders ausführlich auf die in der KV Nordwürttemberg, dem Tätigkeitsgebiet der beiden Herausgeber, gültigen vertraglichen Regelungen ein, ist aber trotzdem für jede KV und für jede Kassenpraxis ein zuverlässiger Ratgeber in Zweifelsfragen der Kassenabrechnung.

Dr. Friedrich Kolb, Nürnberg

Gesundheitswesen und Medizin in der UdSSR im neunten Fünfjahrplan 1971 bis 1975

Heft 115 der „Berichte“ des Osteuropa-Instituts an der Freien Universität Berlin, zusammengestellt und übersetzt von R. Baum und A. Henning, 114 S., DM 7,70. Freie Universität Berlin.

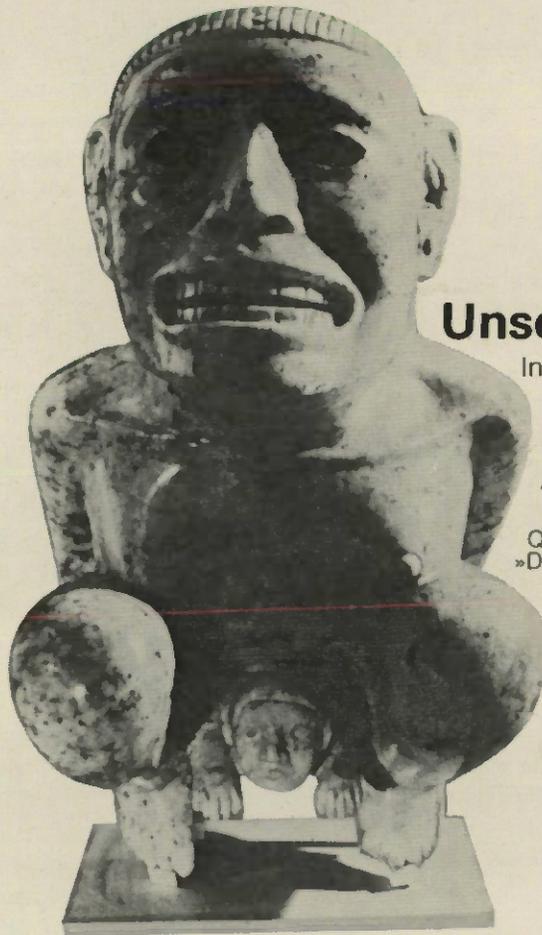
Die vorliegende Arbeit über die geplante und erzielte Entwicklung des sowjetischen Gesundheitswesens versteht sich nicht als kritische Analyse, sondern enthält nur offizielles Material. Verfolgt man die Tendenzen der jüngsten Vergangenheit aufmerksam, so ist eine grundlegende Wendung in den Zielsetzungen des Gesundheitsdienstes nicht zu übersehen: Bis zum neunten Fünfjahrplan war man bemüht, möglichst viel zu schaffen — viele Gesundheitseinrichtungen zu bauen, viele Menschen zu behandeln, viele Ärzte auszubilden usw. In letzter Zeit ist dieser Hang zur Quantität der Forderung nach Qualität gewichen. Heute stehen die Fragen nach Effektivität, nach der möglichen und tatsächlichen Leistung der Einrichtungen im Vordergrund. Die Euphorie der Auf- und Ausbau-Jahre hat einer kritischeren Beurteilung Platz gemacht. Diese neue Einstellung dürfte nicht nur Auswirkungen auf die Pläne, sondern auch auf die gesamte Organisation und Praxis des Gesundheitsdienstes haben.

Dr. F. Sprenger, Würzburg

Da die bisherigen Quizspiel-Anzeigen großen Anklang gefunden haben, möchten wir

Sie nun zu einer weiteren Quiz-Runde einladen. Viel Spaß und gute Unterhaltung!

Gestatten, mein Name ist Tlazolteotl.



Unsere Quiz-Frage:

In der Medizin der aztekischen Kultur hatte Tlazolteotl eine ganz bestimmte Bedeutung. Welche? Kreuzen Sie bitte die richtige Antwort im Coupon an.

Quellenhinweis:
»Die Jünger des Hippokrates«
Kurt Pollak, Econ-Verlag
Düsseldorf – Wien

Vereinigte
Krankenversicherung AG
Salus Krankenhauskosten-Versicherungs-AG

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



Ihr Quiz-Gewinn:
Unter allen richtigen Einsendungen verlosen wir eine Original-Ausgabe der zwei Bände »Histoire des Plantes von Gaspard Bauhin, erschienen bei N. de Ville, Lyon 1726. Einsendeschluß ist der 15. 10. 1978. Der Rechtsweg ist ausgeschlossen.

Ich meine daß Tlazolteotl folgende Bedeutung hatte
 Tlazolteotl wurde als Göttin der Arzneipflanzen und aller anderen Heilmittel wie auch als Schutzgöttrinn der Ärzte verehrt
 Tlazolteotl war die erste Ärztin, die sich aktiv mit Homöopathie beschäftigte hat
 Tlazolteotl gilt als Erfinderin der heute so beliebten Sauna

Adresse _____

KX 4 B

Bücher zur Rezension

Die folgenden Bücher wurden uns zur Besprechung zur Verfügung gestellt. Kolleginnen und Kollegen, die besonders sechskundig und interessiert sind, können diese Bücher zur Besprechung im „Bayerischen Ärzteblatt“ von uns erhalten. Wir bitten um Benachrichtigung unter der Telefonnummer (0 89) 41 47 - 274.

1. Bäker: Migräne und Kopfschmerzen sind heilbar
2. Backer/Kober: EKG-Repetitorium
3. Bleidick: Pädagogik der Behinderten – Grundzüge einer Theorie der Erziehung behinderter Kinder und Jugendlicher
4. Bleifeld/Kramer/Mayer-Hartwig: Klinische Physiologie 1 (Zelle und Stofftransport im zellulären Bereich)
5. Bleifeld/Kramer/Meyer-Hartwig: Klinische Physiologie 2 (Datenblatt des Herzens und des Gefäßsystems)
6. Börger: Chirurgie der frischen Verletzungen
7. Börger: EKG-Information
8. Burch: Rauchen und Krebs
9. Christ: Psychoanalytische Gruppenbehandlung im Jugendgefängnis
10. Dahmer: Anamnese und Befund – Die systematische ärztliche Untersuchung (mit einem Schlüssel zum Gegenstandskatalog und 675 Fragen zur Selbstkontrolle)
11. Demling/Rösch: Peptische Läsion im Licht von Aggression und Protektion
12. Eisner: Augen Chirurgie – Einführung in die operative Technik
13. Engelhardt/Lommel: Akute Syndrome – Bd. III: Methodische Fortschritte im medizinischen Laboratorium
14. Engelhardt: Patienten-zentrierte Medizin
15. Escher: Entwicklung der Hypertonieerkrankung und des Antihypertensiva-Verbrauchs in der Schweiz
16. Gahl/Kessel: Hemodialyse (Anleitung – Training – Behandlung)
17. Gercke: Bagufachung in der Sozialmedizin
18. Gercke: Trendentwicklungen bestimmter Krankheitsgruppen und ihre gesundheitspolitisch-epidemiologische Bedeutung
19. Gramberg-Danielsen: Die Haftung des Arztes
20. Hausmann/Kaffarnik: Diabetologie für die Praxis
21. Heilmann: Ophthalmoskopie (Grundlagen – Untersuchungstechnik – Anwendungsmöglichkeiten – Befunde)
22. Halpartz: Therapeutisches Reiten (Medizin, Pädagogik, Sport)
23. Halmrich: Die Bindegewebsmassage (Band I und II)
24. Hillemanns/Steiner: Die programmierte Geburt
25. Hillemanns/Trop: Kardiale Probleme bei der Tokolyse
26. Höveler: Eigenbluttherapie – Eine Fibel für die Praxis
27. Hoschek/Fritz: Taschenbuch für den medizinischen Arbeitsschutz und die betriebsärztliche Praxis
28. Joachimski: Befähigungsmittelrecht
29. Jung: Wie finde ich medizinische Literatur?
30. Kaiser/Knörig: Erste Hilfe bei Unfällen und plötzlichen Erkrankungen
31. Kanfer/Speck: Handbuch der Sonderpädagogik – Pädagogik der Lernbehinderten
32. Kendall: Die Diagnose in der Psychiatrie
33. Kienle: Notfalltherapie neurologischer und psychiatrischer Erkrankungen
34. Klauer: Lernbehinderterpädagogik
35. Klein: Bete-Rezeptorenblocker in Klinik und Praxis
36. Komo: Die verordnete Intoxikation – Zur strafrechtlichen Kontrolle von Psychopharmakaschäden
37. Koslowski/Irmer/Bushe: Lehrbuch der Chirurgie unter Berücksichtigung des Gegenstandskatalogs
38. Krüskemper: Therapie – Ein kurzes Handbuch
39. Lohmann: Krankheit und Entfremdung? – Psychische Probleme in der Überlebensgesellschaft
40. Lohmann: Erkrankungen der Bein- und Beckenvenen – Ein Leitfaden für Klinik und Praxis
41. Lohmann/Schubert/Kawalla: Symptome und Diagnostik innerer Krankheiten
42. Mandl/Krapp: Schüffingangsdiagnose – Neue Methoden, Annahmen und Befunde
43. Marnitz: Ungenutzte Wege der manuellen Behandlung
44. Murken/Stangel-Rutkowski: Pränatale Diagnostik
45. Netolitzky/Janssen: Neurologie und Psychiatrie in Frage und Antwort für Krankenpflegeberufe
46. Niedermeyer: Zur Frage der Karatoprothetik
47. Oehler: Klinische Pathologie des Magen-Darm-Traktes
48. Ossenberg: Pharmakokinetik von Pantobarbital bei Leberschäden – Tierexperimentelle und klinische Untersuchungen
49. Pampus: Ärztlicher Rat für Querschnittgelähmte
50. Pau: Therapie in der Augenheilkunde
51. Peper: Technik der manuellen Fußbehandlung
52. Pfäfflin: Vorurteilsstruktur und Ideologie psychiatrischer Gutachten über Sexualstraftäter
53. Radke: Gewichtskontrolle leicht gemacht
54. Razeq: Atlas der Embryologie
55. Reinar: Auge und Brille – Beiträge zur Optik des Auges und der Brille
56. Reiß/Ahlberg: Schwedendiät – Diätanleitung für chronisch Nierkrankte
57. Ravary W. J. und R./Widauer: Herzinfarkt und Psyche
58. Rohan/Lütjen-Drecoll: Atlas der Histologie und mikroskopischen Anatomie
59. Sarlas/Singer: Akute und chronische Pankreatitis
60. Schmidt: Lehrbuch der Klinischen Psychologie
61. Schray: Die koronare Herzkrankheit
62. Schönfeld: Antibiotics and Chemotherapy – Pharmacokinetics (in englischer Sprache)
63. Schuckall/Schips: Psychiatrie und Naturheilkunde
64. Stainhäuser: Die Arthrodesen der Chopart'schen Gelenkfinia
65. Strobel/Huppmann: Musiktherapie (Grundlagen, Formen, Möglichkeiten)
66. Thieda: Ergebnisse der Angiologie
67. Trüb: Die Terminologie und Definition Sozialmedizin und Sozialhygiene in den literarischen Sekundärquellen der Jahre 1900 bis 1960
68. Wallhäuser: Sterilisation – Desinfektion – Konservierung
69. Weber: Photochemotherapie
70. Willms: Was ein Diabetiker alles wissen muß (Themen einer Diabetiker-Schulung)
71. Witte: Magenzytologie

Die Ultra-schall-Thrombendarteriektomie

Verf.: M. Redtenbacher, 64 S., 51 Abb., 2 Tab., broch., DM 17,-. Verlag Gerhard Witzstrock, Baden-Baden.

Im vorliegenden Büchlein wird nach einer Einleitung über die konventionelle Methode der Thrombendarteriektomie (= TEA) berichtet. Der Autor, chirurgischer Oberarzt an der Rudolfstiftung in Wien, schreibt dann über ein neues Vorgehen bei der TEA. Nach ausführlicher Darstellung der physikalischen Grundlagen wird gezeigt, wie Ringstripper und Spatel zum Ablösen der Plaques mit Ultraschall bewegt werden. Ein gefahrloseres Aufsuchen der richtigen Schicht ist die Folge; histologische Untersuchungen, deren Ergebnisse in klaren Fotos abgebildet sind, bestätigen die Vorteile.

Nachdem die technische Frage aufgrund der gründlichen Vorarbeiten, wie Tierversuche zeigten, gelöst erscheint, liegt es nun an den Kliniken, dieses Verfahren in praxi durchzusetzen. Die in der vorliegenden Abhandlung dargelegten klaren Vorteile, sicherer und risikoärmer zu arbeiten, sind es wert, die eigene Methode zu überdenken und bei häufigen ähnlichen Eingriffen zur Ultra-schall-TEA umzusteigen.

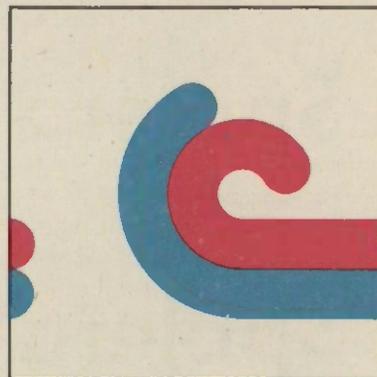
Dr. M. Heusel, Amberg

Das abdominale Lymphkreislauf

Verf.: Meyer-Burg/Arbeiter, 264 S., 120 Abb., davon 30 mehrfarb., 14 Tab., broch., Leinen, DM 58,-. Verlag G. Witzstrock, Baden-Baden.

Obwohl biochemische und elektronenmikroskopische Untersuchungen zum besseren Verständnis des Lymphgefäßsystems beigetragen haben, führt dieses dennoch in der klinischen Gastroenterologie ein Schattendasein. Auch heute sind noch viele Fragen unbeantwortet. Das von Meyer-Burg und Arbeiter herausgegebene Kompendium stellt übersichtlich und zusammenfassend die bisherigen Auffassungen und Kenntnisse über Funktion und Bedeutung des abdominalen Lymphkreislaufes dar. Es wird betont, daß die Beteiligung der Lymphgefäße an zahlreichen Erkrankungen der Leber noch im dunkeln liegt, und daß die Beziehungen zwischen prälymphvaskulärem Raum und Lymphkapillaren noch weiterhin ungeklärt sind. Die so häufige Vernechtung der Lymphologie führt sowohl in der Physiologie als auch in der Pathophysiologie der Leber zu fehlerhaften Schlußfolgerungen. Da jedoch keine Leberkrankheit ohne Mitbeteiligung des Lymphsystems verläuft, läßt sich eine wissenschaftlich begründete Therapie nur auf der Basis einer soliden Grundlagenforschung aufbauen. Über die Zusammensetzung der abdominalen Lymphe werden konkrete Angaben gemacht und exakte Daten geliefert. Während die Wirkung von systemisch verabreichten Pharmaka auf die Lymphgefäße nur schwer zu interpretieren ist, kann am isolierten Lymphgefäßpräparat die direkte Wirkung verschiedener Pharmaka untersucht werden. Für die indirekte Darstellung der Leberlymphbahnen können Farbstoffe (Patentblau, Evans-Blau, Kongorot) in die Milz injiziert werden. Die direkte Darstellung kann unter Sicht mit Farbstoffen, radioaktiv markierten Substanzen oder Kontrastmitteln erfolgen. Mit Hilfe der modernen Radiokolloide gelingt es, einen guten Überblick über die systemische und individuelle Lymphdrainage einzelner Organe bzw. Organsysteme zu gewinnen. Dagegen gibt es über die indirekte Lymphographie des Gastrointestinaltraktes nur wenige Untersuchungen. Diese wurden fast ausschließlich im Tierexperiment durchgeführt. Über den Zusammenhang zwischen Erkrankungen des Gastrointestinaltraktes und Lymphgefäßsystem liegen ebenfalls kaum Untersuchungen vor. — Dieses Kompendium gibt also dem gastro-

neu



Hildicon®

nicht
hormonelles
Anabolikum

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

Zusammensetzung

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

Handelsformen und Preise

Originalpackung mit 20 Kapseln DM 19,50 mit MwSt.
Originalpackung mit 100 Kapseln DM 70,20 mit MwSt.
Originalpackung mit 5 Ampullen lyophilisierter aktiver Substanz und 5 Ampullen Lösungsmittel DM 20,40 mit MwSt.
Anstaltspackung von 10 x 5 + 5 Ampullen DM 131,14 mit MwSt.

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



Trommsdorff

Sport- und Unfallverletzungen

Spolera® flüssig

Prellungen - Quetschungen - Hämatome

Spolera® flüssig

Zusammensetzung (100 ml)

19,0 g Extrakt aus *Spilanthes aleracea**, standardisiert auf gleichbleibenden Wirkstoffgehalt in 60 % igem Isopropanol.

Indikationen

Blutergüsse, Sport- und Unfallverletzungen (frische stumpfe Traumen, Distorsionen, Prellungen, Zerrungen), Sehnscheidenentzündungen, Insektenstiche.



*
Spilanthes
oleracea

Dosierung und Anwendungsweise

Möglichst bald nach der Verletzung reibe man Spolera® mehrere Minuten leicht ein, bis der Schmerz nachläßt oder aufhört. Bei erneut auftretendem Schmerz die Behandlung wiederholen.

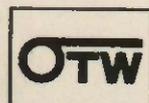
Kontraindikationen

Keine bekannt.

Handeisformen und Preise

Pockung mit	20 ml	DM 4,18
	50 ml	DM 9,16
	100 ml	DM 15,43
	250 ml	DM 33,67

Spo 23 / 78



Vertrieb:

Organotherapeutische Werke GmbH
Roonstraße 23 a · 7500 Karlsruhe 1

enterologisch interessierten Arzt und Wissenschaftler wertvolle Auskunft und zahlreiche Anregungen zum Weiterforschen!

Privatdozent Dr. W. Brückner, München

Gastrointestinale Präkanzerosen

Vert.: W. Rösch / K. Elster, 96 S., 42 meist farb. Abb., 7 Tab., kart., DM 32,—. Verlag Gerhard Witzstrock GmbH, Baden-Baden.

Die Diagnostik gastrointestinaler Präkanzerosen muß ein wesentliches Ziel gastroenterologisch tätiger Internisten sein. Deswegen erscheint es gerechtfertigt, den interessierten Kollegen ein Kompendium an die Hand zu geben, das besonders auf Veränderungen und Erkrankungen des Magen-Darmtraktes eingeht, die ein erhöhtes Karzinomrisiko für den Patienten bedeuten. Das klar gegliederte Büchlein ist reich bebildert. Die Gegenüberstellung zahlreicher instruktiver makroskopischer und histologischer Abbildungen verdient besonderes Lob. Nach jedem Kapitel eingeführte Literaturzitate, die im wesentlichen die Veröffentlichungen der letzten zwanzig Jahre berücksichtigen, erleichtern die Suche nach weitertührenden Publikationen. Der Inhalt des Kompendiums sollte zum Basiswissen jedes Endoskopikers und Gastroenterologen gehören. Auf diesen Gebieten weniger versierte Kollegen werden eine rasche systematische Information finden.

Dr. U. Rasenack, Würzburg

Mitleid — Vertrauen — Verantwortung

Herausgeber: H. E. Lück, 240 S., kart., DM 22,—. Ernst Klett Verlag, Stuttgart.

Der vorliegende Band soll dem Leser einen Eindruck vom Stand der Forschung, von den Methoden und von der Alltagsnähe eines neuen Teilgebietes der Sozialpsychologie geben. Die Erforschung prosozialen Verhaltens hat in der Bundesrepublik Deutschland noch relativ wenig Beachtung gefunden. In gewisser Weise stellt sie einen Gegensatz zur Aggressionsforschung dar. Die zunehmende Bedeutung dieses Gebietes ist unübersehbar: Fast jedes neue amerikanische Lehrbuch der Sozialpsychologie widmet ein Kapitel diesem interessanten Forschungsgebiet. Das vorliegende Buch ist ein Zwischending zwischen einer Monographie und einer Textsammlung. Unter den zwölf Beiträgen finden sich Originalarbeiten, frühere Veröffentlichungen sowie einige Übersetzungen aus dem Amerikanischen. Hier einige Kapitel: Hilfeleistung in Notfällen, Kooperation, Spendenbereitschaft bei Kirchenkollekten, Hilfe in einer Krise und andere. — Die Verschiedenartigkeit der Arbeiten soll dem Leser einen Eindruck vom Stand der Forschung, von den Methoden und von der Alltagsnähe eines neuen Teilgebietes der Sozialpsychologie geben.

Dr. F. Sprenger, Würzburg

Mit allen Registern

Herausgeber: H. Wismeyer, 144 S., Herderbücherei Band 651, DM 5,90. Herder Verlag, Freiburg-Basel-Wien.

Der Münchener Domorganist Prälat Heinrich Wismeyer hat nicht nur durch sein Orgelspiel über ein halbes Jahrhundert hin seine Hörer begeistert, sondern versteht es auch, mitreißend von seinem Musikerleben zu erzählen, von all den ungewollten komischen Situationen, die sich von der Orgelbank oft beobachten lassen. Seine schönsten Geschichten bringt nun dieses Taschenbuch, bei dem alle Register der Fröhlichkeit gezogen werden.

Das Meer

Enzyklopädie der Meeresforschung und Meeresnutzung

Herausgeber: N. C. Flemming, Herausgeber der deutschen Ausgabe J. Meincke, 320 S., über 250 vierfarb. Abb., 370 einfarb. Abb., Leinen, DM 128,-. Verlag Herder, Freiburg-Basel-Wien.

Die reich illustrierte Sechsbuch-Enzyklopädie der Meeresforschung und Meeresnutzung bringt in Text, Fotos und Zeichnungen einen umfassenden Überblick über die Möglichkeiten des Menschen am Ende des 20. Jahrhunderts, die Weltmeere für seine zukünftigen Bedürfnisse zu nutzen – oder auch zu mißbrauchen.

Das Besondere an diesem Werk ist, daß hier erstmals das Thema Meer von allen Seiten beleuchtet wird: aus der Sicht des Ozeanographen, Geophysikers, Biologen, Mediziners, Meerestechnologen, Archäologen, je auch des Juristen und Politikers, wobei die Grenzen zwischen den einzelnen Fachgebieten aufgehoben und ihre gegenseitige Beeinflussung und Abhängigkeit dargestellt werden.

In den ersten beiden Kapiteln „Meeresboden“ und „Meerwasser“ wird der Leser und Betrachter durch instruktive Abbildungen in die Geologie, Physik und Chemie des Meeres und des Meeresbodens eingeführt.

Weiterhin wird die Verteilung des Wassers auf der Erde und seine Zusammensetzung erläutert, werden Meeresströmungen, Wirbel und Gezeiten, Wind- und Schellwellen und das Zusammenspiel von Ozean und Atmosphäre beschrieben.

Im Kapitel „Rohstoffe aus dem Ozean“ werden das große Thema Fisch (Fang, Verwertung, Zucht, Bestenderhaltung)

sowie untermeerische Ölvorkommen und die damit verbundenen Bohrtechniken abgehandelt; ebenso Meeresbergbau, aber auch die Gewinnung von Trink- aus Meerwasser.

Im Kapitel „Unterwasserarchäologie“ werden Arbeitsmethoden, Werkzeuge, Fundkonservierung und Funde der Unterwasserarchäologen anschaulich behandelt.

Mit dem Abschlußkapitel „Seerecht und Politik“, einem besonders brisanten Thema, wird das Werk abgerundet.

Surrealismus und Dadaismus

Provokative Destraktion, der Weg nach innen und Verschärfung der Problematik einer Vermittlung von Kunst und Leben

Herausgeber: M. Oesterreicher-Mollwo, aus der Reihe „Bildkunst des 20. Jahrhunderts“, 104 S., 74 Farbtafeln, geb., DM 38,-. Verlag Herder, Freiburg-Basel-Wien.

Der Band stellt die bekanntesten Vertreter des Dadaismus – Hans Arp, Marcel Duchamp, Francis Picabia, Man Ray, Raoul Hausmann und Kurt Schwitters – mit einigen Beispielen ihrer originellen Einfälle vor.

Größeren Raum als die Beschäftigung mit dem Dadaismus nimmt in diesem Band der Surrealismus ein, der sich daraus entwickelte, und auch heute noch ein wichtiges Element der Kunstszene darstellt. So sind mehrere Seiten des Bandes einem seiner bekanntesten und vielseitigsten Vertreter, Max Ernst, gewidmet.

Abschließend wird auf die Folgen, die vor allem die Dadaisten auf die internationale Kunstszene bis heute hatten, eingegangen.

TIEFENWIRKUNG



hyperämisiertes Antirheumatikum zur percutanen Schmerz-Therapie bei rheumatischen Beschwerden, Lumbago, Neuralgien, Schmerzen der Muskeln und Gelenke

Marament[®] Balsam

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

Packungen/Preise lt. AT. m. MwSt.:
O.P. Flasche mit 100 ml DM 6,90;
O.P. Flasche mit 250 ml DM 15,-.

Dr. Wider & Co 7250 Leonberg



Therapeutika

Ferro-Delelende®

Zusammensetzung: 1 Dregee enthält 200 mg Eisen(II)-fumarat (= ca. 66 mg Fe⁺⁺).

Indikationen: Eisenmangelanämien.

Kontraindikationen: Bei Ulzeration des Magen-Darm-Kanals sollte Ferro-Delelende nicht verordnet werden. Bei Eisenkumulation und Eisenverwertungsstörungen ist es kontraindiziert.

Besonderer Hinweis: Der Stuhl kann schwarz gefärbt werden.

Nebenwirkungen und Begleiterscheinungen: Bei empfindlichen Patienten können leichte gastrointestinale Beschwerden auftreten. In solchen Fällen sollen die Dregees während oder nach der Mahlzeit eingenommen werden.

Eigenschaften: Siehe wissenschaftlichen Prospekt.

Dosierung und Anwendungsweise: Erwachsene 3x täglich 1 Dregee, Kinder im Alter von 2 bis 5 Jahren 1x täglich 1 Dregee, Kinder im Alter von 6 bis 12 Jahren 2x täglich 1 Dregee. — Ferro-Delelende wird am besten zwischen den Mahlzeiten unzerkaut mit etwas Flüssigkeit eingenommen.

Darreichungsform, Packungsgröße und Preis: OP mit 50 Dregees DM 4,76.

Hersteller: Delalanda Arzneimittel GmbH, 5000 Köln 41.

Befreiendes
Abhusten
am Morgen.
Bei Asthma
und ähnlichen
Syndromen.

Nächtliche Ruhe!

Trisan

Zusammensetzung:

5 ml (1 Kaffelöffel) 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, Griseofulvin 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 Kaffelöffel 2,05 g Zucker (= 0,17 BE) enthalten.

Dieses Arzneimittel kann das Reaktionsvermögen, z. B. im Straßenverkehr oder bei der Bedienung von Maschinen, beeinträchtigen; dies gilt im verstärkten Maße im Zusammenhang mit Alkohol.

Packungen und Preise:

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



Chemische Werke HOMMEL GmbH, 7840 Müllheim/Baden

Cescepride®

Zusammensetzung: Eine Kapsel Cescepride enthält 10 mg Bromoprid (4-Amino-5-brom-N-(2-diäthylamino-äthyl)-2-methoxy-benzimid).

1 Ampulle (2 ml) Cescepride enthält: 11,1 mg Bromoprid-hydrochlorid, entsprechend 10 mg Bromoprid.

Anwendungsgebiete: Gastritis, nervöser Reizmagen, Völlegefühl, Gestrodenitis; Übelkeit sowie zentral und peripher ausgelöstes Erbrechen, auch bei Arzneimittelunverträglichkeit; Schmerzen und Passagestörungen bei Ulcus ventriculi et duodeni, Pylorusstenose; Gallenwegsdyskinesie; Röntgendiagnostik des Verdauungstraktes.

Nebenwirkungen: Gelegentlich können, insbesondere bei höherer Dosierung, Müdigkeitsercheinungen auftreten, die bei Dosisreduzierung im allgemeinen verschwinden.

In seltenen Fällen und bei prädisponierten Patienten kann ein dyskinetisches Syndrom im Kopf-Hals-Schulterbereich auftreten. Diese Krampferscheinungen sind vollkommen reversibel und klingen nach Absetzen von Cascepride innerhalb kurzer Zeit ab bzw. können durch i.v.-Gabe von Anti-Perkinson-Mitteln sofort behoben werden.

Eigenschaften, Wechselwirkungen und Hinweise: Siehe wissenschaftlichen Prospekt.

Dosierung: Die übliche Dosierung beträgt 3x täglich 1 Kapsel vor dem Essen oder 1 bis 2 Ampullen pro Tag i.m. oder i.v.

Handelsformen und Preise: 20 Kapseln DM 12,20. 50 Kapseln DM 26,30; 5 Ampullen DM 7,38.

Hersteller: Cascen GmbH, 6200 Wiesbaden.

Frisium® 10/20

Zusammensetzung: 1 Tablette enthält 10 mg bzw. 20 mg Clobazam (7-Chlor-1-methyl-5-phenyl-1H-1,5-benzodiazepin-2,4(3H, 5H)-dion).

Indikationen: Angst, Spannung, innere Unruhe, Erregung, Reizbarkeit, Aggressivität, Stimmungsinstabilität, nervöse Erschöpfung, Überforderungssyndrom, Konzentrationsstörungen, Emotional bedingte Schlafstörungen, Kopfschmerzen und Migräne. Funktionelle gastrointestinale, kardiovaskuläre, respiratorische und urogenitale Störungen. Als Zusatzmedikation u. a. bei psychiatrischen Krankheitsbildern, bei der Behandlung von Heuterkrankungen und rheumatischen Beschwerden, bei Alkoholentzug, in der gynäkologischen Praxis, vor und nach operativen Eingriffen.

Kontraindikationen: Myasthenie gravis, Überempfindlichkeit gegen Clobazam.

Eigenschaften und besondere Hinweise: Siehe wissenschaftlichen Prospekt.

Anwendung und Dosierung: Ambulante Therapie: Erwachsene initial 2 bis 3 Tabletten zu 10 mg/Teg. Für Kinder und ältere Patienten halbe Erwachsenenendosis empfohlen. Bei Dosis von 20 mg/Teg Verordnung morgens und abends zweckmäßig. Bei Dosen von 30 mg/Teg Aufteilung entweder auf 10 mg morgens und 20 mg abends oder auf 3 Einzeldosen zu 10 mg. Bei Schlafstörungen abendliche Einzeldosis von 20 mg. — Stationäre Therapie: Dosierung entsprechend Grundkrankheit und Schweregrad der Symptome; im allgemeinen 30 bis 80 mg/Teg.

Handelsformen und Preise: Frisium 10: 20/50 Tabletten DM 7,28/16,54; Frisium 20: 20/50 Tabletten DM 11,63/26,05.

Hersteller: Hoechst AG, 6000 Frankfurt 80.

Kongreßkalender

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

Oktober 1978

- 2.-3. **Heidelberg:** Jahrestagung 1978 der Deutschen Gesellschaft für pädiatrische Kardiologie. — Auskunft: Professor Dr. D. Wolf, Im Neuenheimer Feld 153, 6900 Heidelberg.
- 2.-5. **Homburg:** 7. Internationaler Fortbildungskurs für klinische Anästhesie. — Auskunft: Sekretariat des Instituts für Anästhesie der Universitäts-Kliniken Homburg, 6650 Homburg-Saar.
- 2.-6. **Düsseldorf:** internationale Tagung der Deutschen Krankenhausgesellschaft. — Auskunft: Deutsche Krankenhausgesellschaft, Professor Müller, Tersteegenstraße 9, 4000 Düsseldorf.
- 2.-6. **Fürth:** Kurs über Ärztliche Aufgaben in Beratungsstellen für Kinder, Jugendliche und Eltern. — Auskunft: Bundeskonferenz für Erziehungsberatung — Zentrale Weiterbildung —, Amalienstraße 6, 8510 Fürth.
- 2.-27. **München:** C-Kurs für Arbeitsmedizin. — Auskunft: Bayerische Akademie für Arbeits- und Sozialmedizin, Pfarrstraße 3, 8000 München 22.
- 4.-6. **Berlin:** Jahrestagung der Deutschen Gesellschaft für Neurologie. — Auskunft: Professor Dr. H. Schliack, Karl-Wiechert-Allee 9, 3000 Hannover.
- 4.-7. **Bonn:** 5. Internationaler Kongreß der Internationalen Gesellschaft für Mikrochirurgie. — Auskunft: Kongreßsekretariat, Chirurgische Universitätsklinik, 5300 Bonn.
- 5.-7. **Frankfurt:** 13. Wissenschaftliche Tagung der Deutschen Gesellschaft für Sexuallforschung. — Auskunft: Dr. B. Meyenburg, Theodor-Stern-Kal 7, 6000 Frankfurt 70.
- 5.-8. **Bad Gleichenberg:** 21. Steirischer Ärztetag. — Auskunft: Ärztekammer für Steiermark, Radetzkystraße 20, A-8010 Graz.
- 6.-7. **Heidelberg:** Wissenschaftliche Jahrestagung der Deutschen Gesellschaft für Sozialmedizin e. V. — Auskunft: Deutsche Gesellschaft für Sozialmedizin e. V., Im Neuenheimer Feld 326, 6900 Heidelberg.
- 6.-8. **Heidelberg:** XV. Kongreß der Südwestdeutschen Gesellschaft für Innere Medizin. — Auskunft: Professor Dr. Dr. h. c. G. Schettler, Medizinische Universitätsklinik, 6900 Heidelberg.
- 6.-8. **München:** Tagung der Südwestdeutschen Dermatologen. — Auskunft: Professor Dr. H.-J. Bandmann, Kölner Platz 1, 8000 München 40.



Tromcardin[®] FORTE

► sichert den Ausgleich intrazellulärer Elektrolytverluste, wie sie kennzeichnend sind für

- Herzinsuffizienz
- Glykosidtherapie
- Herzinfarkt

Tromcardin FORTE optimiert die Leistung der Muskelzelle, speziell der Myokardzelle, macht die Glykosidtherapie sicherer und schirmt das Herz gegen Streß und kardionekrotische Noxen ab. Der therapeutische Nutzen erweist sich eindrucksvoll in der Senkung der Nebenwirkungsrate der Glykosidbehandlung von 26,9% auf 5,72% (Tilsner, V. MMW 112 (1970), 291)

Indikationen

Herzinsuffizienz, Rhythmusstörungen, Extrasystolien; Herzinfarkt-Prophylaxe und -Therapie. Digitalis-Intoxikation und -Intoleranz, besonders beim Altersherz. Kelium-Mangelsyndrom, Magnesium-Defizit.

Kontraindikationen

Hochgradige Ausscheidungsstörungen und AV-Block.



Trommsdorff

H. Trommsdorff
Arzneimittelfabrik
Trommsdorffstraße 2-6
5110 Alsdorf, Rhi 1

Zusammensetzung pro Tablette

Kalium-D,L-hydrogen-
aspartat · ½H₂O 360,42 mg
Magnesium-bis-D,L-hydrogen-
aspartat · 4H₂O 360,57 mg

Dosierung (Richtwerte)

Initialdosis 3 × tägl. 2 Tabl.
Erhaltungsdosis 3 × tägl. 1 Tabl.

Handelsformen und Preis

Peckung mit 50 Tabletten DM 14,75
Anstaltspackung mit 500 Tabletten.

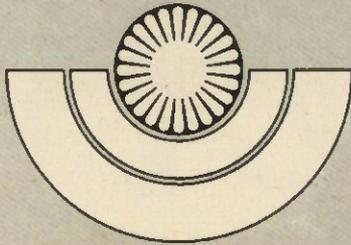
Weitere Informationen über die gesamte Tromcardin-Gruppe entnehmen Sie bitte unseren wissenschaftlichen Dokumentationen oder fragen Sie unseren Mitarbeiter im wissenschaftlichen Außendienst.

Unser Beitrag zur Kostendämpfung

Die Wirkstoffe der Kamille
in standardisierter und
therapeutisch
optimaler Zusammensetzung

KAMILLEN BAD ROBUGEN

badefertig portioniert



O.P. 400 ml
(10 Beutel zu 40 ml)
13,40 DM

Indikationen: Badezusatz und zur äußerlichen Anwendung bei akuten, vor allem nässenden Dermatiden, bei Juckreiz am Darm- ausgang, zur Granulationsanregung bei der Wundbehandlung. Zur Pflege empfindlicher Haut. Kontraindikationen: keine bekannt.

Zusammensetzung: 100 g Lösung enth. 99,2 g aus 33 g Kamillenblüten mittels Isopropanol (48 Vol. %) bereitetem Auszug; eingestellt auf einen Mindestgehalt von 170 mg % äther. Kamillenöl mit 3 mg Prochamazulen/Chamazulen, 50 mg Bisabolol/Bisabololoxid, 20 mg En-in-dicycloäther.

O.P. 400 ml (10 Beutel zu 40 ml), A.P. 1 Liter (25 Beutel zu 40 ml).

ROBUGEN GMBH · PHARMAZEUTISCHE FABRIK · ESSLINGEN/N

(Fortsetzung Oktober 1978)

- 6.-11. **Buenos Aires:** XII. Internationaler Krabs-Kongreß. Auskunft: XII. International Cancar Congress, Casilla da Correo Nr. 397, Buenos Aires 1000, Argentinien.
- 7.-8. **Hennaf:** Fortbildungsveranstaltung des Deutschen Sportärztabundus. — Auskunft: Dr. D. Schnell, Otto-Willach-Straße 2, 5207 Ruppichtaroth.
- 7.-14. **Alayor:** Gruppentherapie und autogenes Training in Theorie und Praxis. — Auskunft: Professor Dr. D. Langen, Lengenbeckstraße 1, 6500 Mainz 1.
- 8.-11. **Göttingen:** Jahrestagung der Deutschen Gesellschaft für Hämatologie. — Auskunft: Professor Dr. W. Schröter, Humboldtallee 38, 3400 Göttingen.
- 8.-13. **Freudenstadt:** XXXV. Psychotherapieseminar. — Auskunft: Psychotherapieseminara a. V., Königinstraße 101, 8000 München 40.
- 9.-12. **Lissabon:** III. Internationaler Kongreß für Rheumatologie. — Auskunft: III Congressus Latinus et Portucalensis Reumatologiae, Sociedade Portuguesa de Reumatologia, Rua D. Estafânia, 187-189, Lisboa, Portugal.
11. **München:** Fortbildungskurs für niedergelassene Ärzte der Bayerischen Landesärztekammer in Zusammenarbeit mit der Sanitätsakademie der Bundeswehr (Thema: Gynäkologische und urologische Notfälle). — Auskunft: Bayerische Landesärztekammer, Mühlbauerstraße 16, 8000 München 80.
- 11.-14. **Essen:** Internationaler Phlebologen-Kongreß. — Auskunft: Professor Dr. N. Klükan, Hufelandstraße 55, 4300 Essen.
- 12.-14. **Würzburg:** Jahrestagung der Deutschen Gesellschaft für Anästhesie und Wiederbelebung. — Auskunft: Professor Dr. K. H. Wais, Josaf-Schneider-Straße 2, 8700 Würzburg.
- 12.-14. **Zürich:** 50. Fortbildungskurs der Schweizerischen Gesellschaft für Innere Medizin. — Auskunft: Professor Dr. W. Siegenthaler, Departament für Innere Medizin der Universität, CH-8091 Zürich.
- 12.-15. **Regensburg:** 61. Fortbildungstagung für Ärzte. — Auskunft: Sekretariat der Ärztlichen Fortbildung, Altes Rathaus, 8400 Regensburg.
- 13.-15. **Kassel:** 23. Fortbildungskongreß der Landesärztekammer Hessen. — Auskunft: Akademie für ärztliche Fortbildung der Landesärztekammer Hessen, Carl-Oelmann-Weg 5/7, 6350 Bad Nauheim.
14. **Würzburg:** 2. Kardiologisches Seminar der Medizinischen Universitäts-Poliklinik Würzburg. — Auskunft: Bayerische Landesärztekammer, Mühlbauerstraße 16, 8000 München 80.
- 14.-15. **Bad Mergentheim:** 10. Bad Mergentheimer Stoffwachtagung. — Auskunft: Bezirksärztekammer Nordwürttemberg, Jahnstraße 32, 7000 Stuttgart 70.
- 14.-15. **Bad Wiessee:** 26. Fortbildungskurs in praktischer Medizin. — Auskunft: Dr. P. Dohrn, Driessanstraße 10, 8182 Bad Wiessee.
- 14.-17. **Berlin:** 83. Kongreß der Deutschen Gesellschaft für Physikalische Medizin und Rehabilitation. —

Auskunft: Professor Dr. U. Jessel, Lornsenweg 9, 2280 Westerland.

15.-19. Rom: XIV. Kongreß der Internationalen Gesellschaft für Innere Medizin. — Auskunft: Professor M. Sanglori, Istituto di Clinica Medica, Policlínico Umberto, I-00161 Roma.

15.-20. Kyoto: XIV. Weltkongreß für Orthopädische Chirurgie und Traumatologie. — Auskunft: Secretariat Crescent Plaza 103, 4-6, Minami-Aoyama 2-chome Minatoku, Tokyo 107, Japan.

15.-21. Baden-Baden: Mitgliederversammlung des Hartmannbundes. — Auskunft: Verband der Ärzte Deutschlands — Hartmannbund —, Kölner Straße 40/42, 5300 Bonn-Bad Godesberg.

18.-19. Erlangen: 20. Kurs für gastroenterologische Endoskopie und Ultraschall Diagnostik. — Auskunft: Kongreßbüro der Medizinischen Universitätsklinik, Frau Schatt, Krankenhausstraße 12, 8520 Erlangen.

16.-19. Stockholm: Internationales Diabetes-Symposion. — Auskunft: Dr. E. Witkin, 6609 Reisterstown Rd., Suite 208, Baltimore, Maryland 21215, USA.

16.-20. München: Klinische Fortbildungswoche für Innere Medizin der Medizinischen Klinik II der Universität München im Klinikum Großhadern. — Auskunft: Bayerische Landesärztekammer, Mühlbauerstraße 16, 8000 München 80.

16.-20. München: Fortbildungskurs für Innere Medizin der I. Medizinischen Klinik der Technischen Universität München im Klinikum rechts der Isar. — Auskunft: Bayerische Landesärztekammer, Mühlbauerstraße 16, 8000 München 80.

16.-21. Bad Drb: 6. Herbst-Seminar-Kongreß des Berufsverbandes der Kinderärzte Deutschlands. — Auskunft: Berufsverband der Kinderärzte Deutschlands e. V., Bergisch-Gladbacher-Straße 735, 5000 Köln 80.

18.-21. Bad Wörlshofen: Ärztekongreß: Psychosomatische Probleme der Ernährungs- und Stoffwechselkrankheiten. — Auskunft: Kneipp-Bund e. V., Jauderling 16, 8939 Bad Wörlshofen.

18.-21. Köln: 9. Kongreß der Vereinigung der Deutschen Plastischen Chirurgen. — Auskunft: Professor Dr. Dr. J. Schrudde, Robert-Koch-Straße 10, 5000 Köln 41.

20.-21. Besel: Schweizerische Krebs-Tagung. — Auskunft: Dr. P. Siegentheler, Schweizerische Krebsliga, Wytenbachstraße 24, CH-3013 Bern.

20.-21. Erlangen: 13. Kurs für praktische Gastroenterologie. — Auskunft: Kongreßbüro der Medizinischen Universitätsklinik, Frau Schett, Krankenhausstraße 12, 8520 Erlangen.

20.-21. München: Fortbildungskurs für Phonokardiographie — Teil II. — Auskunft: Bayerische Landesärztekammer, Mühlbauerstraße 16, 8000 München 80.

20.-22. München: Praktische Elektrokardiographie — Fortbildungsseminar I (Einführungsseminar). — Aus-

Der Rheuma Schub

„Initialtherapie“

ULTRA-Demoplas® Ampullen

Soforteffekt gegen Schmerz und Entzündung

Weiterbehandlung mit Demoplas® comp. Dragées

Zusammensetzung: ULTRA-DEMOPLAS Doppelampullen-Lösung 1-1 Ampulle zu 3 ml enthält: Phenylbutazon-Natrium 600 mg, Lidocain-Hydrochlorid 30 mg, Lösung 9-1 Ampulle zu 1 ml enthält: Prednison 8 mg, Dexamethason 4 mg, Vitamin-B₁₂-Cyanokomplex 2500 µg, Lidocain-Hydrochlorid 10 mg. 1 Dragée DEMOPLAS comp. enthält: Phenylbutazon 100 mg, Propyphenazon 150 mg, Extr. Aescul. hippocast. e. sem. sicc. 34 mg (entsprechend einem Aescin Gehalt von 8 mg), Vitamin B₁₂-Mittel 3,8 mg, Vitamin-B₁₂-Hydrochlorid, 2 mg, Vitamin-B₁₂-Cyanokomplex 4 µg. **Indikationen:** zur umfassenden Initialtherapie akuter entzündlich sowie degenerativ-rheumatischer Gelenk- und Gelenkfortsätze, Rheumatoide Arthritis (= primär chronische Polyarthritiden), M. Bechterew (im akuten Schub), Arthrosen, Spondylarthrosen, Osteochondrosen, Bandscheibensyndrom, Myalgien, Lumboschlagigen, Interkostal-Neuralgien, Schulter-Arm-Syndrom, Periarthritis humero-shoulder, Periostritis, Epithymiditis, Tendovaginitis, Tortikollis, Radikulitis, Neuritis, Neuritis, Thrombophlebitis (bei besonderer Indikationsstellung), Adnexitis (unter Antibiotikumschutz), DEMOPLAS comp. ist bei allen Entzündungsformen indiziert, bei denen eine Kortisoidanwendung nicht in Betracht gezogen wird. **Kontraindikationen:** Überempfindlichkeit gegen Pyrazolinderivate, Ulcus ventriculi et duodeni, Leukopenie, hämorrhagische Diathese (Thrombopenie, Koenigspothese), akute intermittierende Porphyrie, Neigung zu Krampfanfällen (Epilepsie, Tetanie), erstes Trimenon der Schwangerschaft, deutliche Krankheitszeichen bei hepatischer, renaler oder kardialer Insuffizienz. Zusätzlich für ULTRA-DEMOPLAS: Schwere Osteoporose, Herpes simplex der Augen, Herpes zoster, Varizellen, vor und unmittelbar nach Schutzimpfungen, Lymphome nach BCG-Impfung, Amöbeninfektion, Systemmykosen, Polymyositis mit Ausnahme der bullösen epithelialischen Form, hochgradige Hypertonie, Glaukom. **Zur Beachtung:** Bei der Anwendung der Präparate kann es zu einer Wirkungsverstärkung von Antikoagulantien oder oralen Antidiabetika bzw. zu einer Retardierung bei anderen Medikamenten kommen. Bei längerer Anwendung der Präparate ist eine Blutbildüberwachung angezeigt. Auch kann eine gewisse Diuresehemmung und Wassereinhalten eintreten, die sich im allgemeinen ohne besondere therapeutische Maßnahmen zurückbildet. Die Einschränkung der Kochsalzaufnahme ist gegebenenfalls zu erwägen. Wegen der Kortisoidkomponente von ULTRA-DEMOPLAS ist bei Diabetes mellitus, Infektionskrankheiten (Tuberkulose) und Psychosen eine besonders sorgfältige Kontrolle des Patienten notwendig. DEMOPLAS comp. sollte während der Schwangerschaft mit bei dringender Indikationsstellung verabreicht werden. **Handelsformen und Preise:** ULTRA DEMOPLAS: Packung mit 3 Doppelampullen DM 21,54 DEMOPLAS comp.: Packung mit 30 Dragées DM 5,56, Packung mit 100 Dragées DM 16,09, Anstaltspackungen. **ADENYL-CHEMIE GMBH · 1000 BERLIN 10**

- kunft: Bayerische Landesärztekammer, Mühlbauerstraße 16, 8000 München 80.
- 20.–29. **Bad Abbach:** Rheumatologisches Fortbildungseminar für Ärzte. — Auskunft: Professor Dr. H. Mathies, I. Medizinische Klinik, Rheuma-Zentrum, 8403 Bad Abbach.
- 21.–22. **Beden-Baden:** 22. Baden-Badener Herbsttagung. — Auskunft: Professor Dr. M. Franka, Gernsbacher Straße 47, 7570 Baden-Baden.
- 21.–22. **Lindau:** Kassenärztetag der Kassenärztlichen Vereinigung Südwürttemberg und Fortbildungsveranstaltung der Bezirksärztekammer Südwürttemberg. — Auskunft: Kassenärztliche Vereinigung Südwürttemberg, Herr Buttarstein, Wächterstraße 76, 7400 Tübingen.
- 21.–28. **Alayor — Son Bou:** Manorca-Oktobar-Seminar. — Auskunft: Professor Dr. D. Langen, Langenbackstraße 1, 6500 Mainz 1.
- 22.–25. **München:** 29. Jahrestagung der Deutschen Gesellschaft für Neurochirurgie zusammen mit der American Academy of Neurological Surgery. — Auskunft: Professor Dr. Marguth, Marchioninstraße 15, 8000 München 70.
- 23.–26. **Berlin:** Wissenschaftlich-praktische Fachkonferenz der Deutschen Hauptstelle gegen die Suchtgefahren. — Auskunft: Deutsche Hauptstelle gegen die Suchtgefahren, Frau Göcke, Postfach 109, 4700 Hamm 1.
- 23.–26. **München:** Pädiatrische Fortbildung im Kinderkrankenhaus München-Schwabing. — Auskunft: Bayerische Landesärztekammer, Mühlbauerstraße 16, 8000 München 80.
- 23.–27. **Erlangen:** Fortbildungskurs für Chirurgie der Chirurgischen Klinik und Poliklinik der Universität Erlangen-Nürnberg. — Auskunft: Bayerische Landesärztekammer, Mühlbauerstraße 16, 8000 München 80.
- 23.–27. **München:** Fortbildungskurs für Chirurgie der Chirurgischen Klinik der Universität München im Klinikum Großhadern. — Auskunft: Bayerische Landesärztekammer, Mühlbauerstraße 16, 8000 München 80.
- 23.–27. **München:** Fortbildungsveranstaltung für Innere Medizin der Medizinischen Klinik Innenstadt der Universität München. — Auskunft: Bayerische Landesärztekammer, Mühlbauerstraße 16, 8000 München 80.
- 23.–28. **Wiener Hotburg:** 32. Österreichischer Ärztekongress — Van Swieten-Tagung. — Auskunft: Österreichische Ärztekammer, Referat für ärztliche Fortbildung, Postfach 213, A-1011 Wien.
- 24.–28. **Madrid:** 16. Internationale Jahrestagung der Gesellschaft für Nuklearmedizin. — Auskunft: Professor Dr. H. A. E. Schmidt, Haarstraße 219, 4100 Duisburg 1.
- 25.–27. **Neckargemünd:** Heidelberger Rehabilitationskongress 1978. — Auskunft: Generalsekretariat des Heidelberger Rehabilitationskongresses, Stiftung Rehabilitation Heidelberg, Postfach 10 14 09, 6900 Heidelberg.
- 25.–28. **Pise:** 8. Internationales Symposion für klinische Pharmakologie. — Auskunft: Institut für Pharmakologie, Via Roma 55, I-56 100 Pisa.
- 26.–29. **Bad Nauheim:** 26. Deutscher Sportärztekongress. — Auskunft: Professor Dr. P. E. Nowacki, Kugelberg 62, 6300 Gießen.
- 27.–28. **München:** 15. Tagung der Gesellschaft für Pädiatrische Radiologie. — Auskunft: Privatdozent Dr. D. Färber, Kölner Platz 1, 8000 München 40.
- 27.–29. **Fulda:** Bobath-Einführungsseminar. — Auskunft: Heiga Tramt, Butzstraße 19 a, 8900 Augsburg 22.
- 27.–29. **München:** Praktische Elektrokardiographie — Fortbildungseminar II. — Auskunft: Bayerische Landesärztekammer, Mühlbauerstraße 16, 8000 München 80.
- 27.–29. **Starnberg:** Klinisches Wochenende. — Auskunft: Sekretariat Professor Dr. Grill, Kreiskrankenhaus, 8130 Starnberg.
- 28.–29. **Bonn:** 2. Sitzung der 16. Seminargruppe der Friedrich-Thieding-Stiftung. — Auskunft: Friedrich-Thieding-Stiftung, Godesberger Allee 54, 5300 Bonn-Bad Godesberg.
- 28.–29. **Bernried:** Ergometrie-Wochenende. — Auskunft: Chetarzt Dr. H. Hofmann, Klinik Höhenried, 8131 Bernried.
- 28.–29. **Wildbad:** 10. Wildbader Ärztetage. — Auskunft: Kurverwaltung, Postfach 240, 7547 Wildbad.

Beitagenhinweis:

Dieser Ausgabe ist ein Prospekt beigelegt der Firma Gödecke AG, Freiburg.

„Bayerisches Ärzteblatt“. Herausgeber und Verleger: Bayerische Landesärztekammer, Mühlbauerstraße 16, 8000 München 80, Telefon (0 89) 41 47-1. Schriftleitung: Professor Dr. med. Hans Joachim Sewering, Dr. med. Hermann Braun, Dr. med. Friedrich Kolb, Dr. med. Kurt Stordeur — verantwortlich für den Inhalt: Rita Horn. Die Zeitschrift erscheint monatlich mit regelmäßiger Verlegerbeilage „Bayerische Akademie für ärztliche Fortbildung“.

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

Bezugspreis vierteljährlich DM 2,40 einschl. Postzeitungsgebühren und 6% = DM 0,14 Mehrwertsteuer. Postscheckkonto Nr. 52 52-802, Amt München, Bayerische Landesärztekammer (Abt. „Bayerisches Ärzteblatt“). Für Mitglieder im Mitgliedsbeitrag enthalten.

Anzeigenverwaltung: ATLAS Verlag und Werbung GmbH & Co. KG, Postfach, Sonnenstraße 29, 8000 München 2, Telefon (0 89) 51 77-1, Fernschreiber: 05/23 662, Telegrammadresse atlaspress. Für den Anzeigenteil verantwortlich: Ernst W. Scharfing, 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

Landesversicherungsanstalt Schwaben

Die Landesversicherungsanstalt Schwaben sucht für ihr **Sanatorium In Oberstdorf/Allgäu** – 150 Betten (6 Ärzte) – und des organisierten angeschlossene, 8 km entfernte Sanatorium Hirtenstein – 90 Betten (3 Ärzte) – einen

Chefarzt

Das Sanatorium in Oberstdorf ist auf die Behandlung von Erkrankungen der Bewegungsorgane umgestellt und entsprechend neu eingerichtet worden.

Wir suchen eine Persönlichkeit mit guten Führungseigenschaften, die aufgrund mehrjähriger Klinikfähigkeit als Oberarzt über umfassende Kenntnisse und Erfahrungen auf dem Gebiet der Rheumatologie, insbesondere der degenerativen Erkrankungen des Bewegungsapparats und der physikalischen Therapie verfügt.

Wir bieten Vergütung nach privatrechtlichem Dienstvertrag, alle im öffentlichen Dienst üblichen Sozialleistungen und Liquidationsrecht für Selbstzahler. Zur Verfügung steht auch ein komfortables Chefarztzimmer in landschaftlich schönster Lage.

Bewerbungen mit Lichtbild und Lebenslauf, Nachweisen über Berufsausbildung und bisherige Tätigkeiten, Angaben über wissenschaftliche Veröffentlichungen und dergleichen werden erbeten an den

Vorsitzenden der Geschäftsführung der LVA Schwaben, Herrn Ersten Direktor Schachtner, Postfach, 8900 Augsburg 1.

Am **Kreiskrankenhaus Viechtach**, Lkr. Regen (Bayerischer Wald) ist die Stelle des

Oberarztes

der Chirurgischen Abteilung zu besetzen.

Die Abteilung umfaßt zur Zeit 55 Planbetten.

Für das Haus, das 1924 in Betrieb genommen wurde, liegt die Bedarfsfeststellung für einen Neubau der I. Versorgungsstufe mit 70 chirurgischen Betten vor. Die Programm- und Detailplanung ist bereits in Auftrag gegeben.

Der Bewerber soll Chirurg sein oder kurz vor der Anerkennung stehen und in der Lage sein, den Chefarzt voll zu vertreten. Das Haus ist zum berufsgenossenschaftlichen Verletzungsartenverfahren zugelassen, so daß Kenntnisse und Erfahrungen auf dem Gebiet der Behandlung und Begutachtung von Unfallverletzten erwartet werden.

Geboten werden Vergütung nach Vergütungsgruppe I b/ Ie BAT, Vergütung der Rufbereitschaft, die im öffentlichen Dienst üblichen Sozialleistungen, Chefarztzulage und Nebeneinnahmen durch Gutachten.

Die Stadt Viechtach (ca. 7000 Einwohner) hat als Luftkurort einen entsprechend hohen Freizeitwert. Am Ort befindet sich ein modernes Schulzentrum mit Gymnasium (mathematisch-naturwissenschaftlicher und wirtschaftswissenschaftlicher Zweig) und Städtische Realschule für Knaben und Mädchen.

Bewerbungen mit Lichtbild, handgeschriebenem Lebenslauf, beglaubigte Ablichtung der Approbation und der Facharztenerkennung sowie lückenlosem Nachweis der bisherigen beruflichen Tätigkeit durch Zeugnisse sind zu richten an die **Hauptverwaltung des Landratsamtes Regen, Schulgasse 2, 8370 Regen**. Persönliche Kontaktaufnahme mit dem Chefarzt der Chirurgischen Abteilung ist unter der Telefonnummer (0 99 42) 13 01 möglich.

Das **Kreiskrankenhaus Wunsiedel** im Fichtelgebirge (Fachkrankenhaus für Innere Medizin – 80 Betten) sucht zum baldmöglichen 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, Kreiskrankenhaus, 8592 Wunsiedel 1, oder Landratsamt, 8592 Wunsiedel 1.**

Mitarbeiter an privater Rehabilitationsklinik

für Herzinterkardpatienten am Chiemsee gesucht. Interdisziplinäre Anrechnungszert ein Jahr. Konditionen nach Vereinbarung.

Herzklinik, 8221 Seebruck, Seestraße 17-19, Dr. Jander, Telefon (0 88 64) 217.



Das **Kreiskrankenhaus Kronach** im Frankenswald sucht zum baldmöglichsten Eintritt

je einen Assistenzarzt (-ärztin)

für die **Innere Abteilung, Chirurgische Abteilung, Geburtshilflich-Gynäkologische Abteilung.**

Unser Haus hat 400 Krankbetten; es ist sehr gut und modern eingerichtet, reichliches Krankengut in allen Abteilungen; die leitenden Ärzte der Abteilungen sind zur Weiterbildung (Innere Medizin sechs Jahre, Chirurgie sechs Jahre, Gynäkologie und Geburtshilfe viereinhalb Jahre) ermächtigt.

Wir bieten:

- Vergütung unter Ausschöpfung aller tariflicher Möglichkeiten,
- hohe Bereitschafts- bzw. Rufbereitschaftsdienstvergütung,
- gute Nebeneinnahmen,
- alle sonstigen im öffentlichen Dienst üblichen Sozialleistungen (Beihilfen, Umzugskostenvergütung usw.),
- Einzelzimmer in Personalwohnhelmen bzw. Mithilfe bei Wohnungssuche.

Der **Landkreis Kronach**, Teil des Naturparks Frankenwald, liegt in reizvoller, waldreicher Mittelgebirgslandschaft und hat hohen Freizeitwert (vielfältige Wandermöglichkeiten, moderne Hallenbäder, Skilifte, Langlaufloipen, eindrucksvolle Burgen, Talsperre u. a. m.) und ist geprägt durch reges kulturelles Leben.

In der Kreisstadt Kronach (19 000 Einwohner) befinden sich alle weiterführenden Schulen (u. a. zwei Gymnasien, zwei Realschulen).

Bewerbungen erbeten an das **Kreiskrankenhaus Kronach – Personalabteilung –, Friesener Straße 41, 8640 Kronach, Telefon (0 92 81) 10 71.**

Am Kreis Krankenhaus 8263 Burghausen/Obb. ist zum 1. Juli 1979 die Stelle des

Chefarztes

der Inneren Abteilung

neu zu besetzen, weil der bisherige Stelleninhaber in den Ruhestand tritt.

Die Abteilung verfügt derzeit über 135 Betten (einschließlich Infektionsabteilung für 20 Betten und drei Dialyseplätzen). Nach der vorgesehenen Neuregelung der Krankenhausversorgung im Landkreis Altötting werden es ca. 120 Betten sein.

Gesucht wird ein Internist, der eine umfassende und langjährige Erfahrung im gesamten Gebiet besitzt. Besondere Interessengebiete können bei der sehr guten Ausstattung der Abteilung wahrgenommen werden. Der Bewerber muß unter allen Umständen die Röntgendiagnostik in seinem Gebiet qualifiziert betreiben können. Der bisherige Stelleninhaber ist zur vollen Weiterbildung ermächtigt.

Das Kreis Krankenhaus Burghausen (Versorgungsebene I) hat derzeit 328 Betten. Nach der erwähnten Neuregelung wird es mindestens 280 Betten haben. Es führt die Hauptabteilungen Innere Medizin, Chirurgie, Geburtshilfe-Gynäkologie, Anästhesie. Eine interdisziplinäre Intensivabteilung mit zehn Betten wird in Kürze errichtet.

Belegärzte für HNO, Augen, Kinder und Orthopädie sind am Hause tätig. Eine Krankenpflegeschule ist eingeschlossen.

Burghausen ist eine bekannte historische Stadt mit großen industriellen Werken im Chemiedreieck Bayerns.

Es verfügt über alle weiterführenden Schulen, besitzt ein hohes kulturelles Niveau und beachtliche Sport- und Freizeiteinrichtungen.

Interessierte Bewerber werden ersucht, die üblichen Bewerbungsunterlagen (Lebenslauf, Lichtbild, beglaubigte Zeugnisabschriften, Tätigkeitsnachweise, Referenzen, Liste wissenschaftlicher Veröffentlichungen) bis zum 15. Oktober 1978 an das Landratsamt Altötting, Eahnhotstraße 38, 8262 Altötting, einzureichen.



Beim Kreis Krankenhaus Scheßlitz (175 Betten) ist die Stelle des leitenden Arztes der Inneren Abteilung durch einen

Internisten

In Dauerstellung zu besetzen.

Die Innere Abteilung umfaßt zur Zeit 65 Betten; eine Erweiterung der Abteilung ist vorgesehen.

Das Haus ist mit modernen Einrichtungen ausgestattet. Im Kreis Krankenhaus Scheßlitz besteht noch eine chirurgische Abteilung, die von Chefarzt Dr. Schuster geleitet wird.

Wir suchen eine qualifizierte Persönlichkeit mit langjähriger Erfahrung auf Ihrem Gebiet.

Der Stelleninhaber erhält neben einer festen monatlichen Vergütung die Liquidationsberechtigung im Rahmen der Gesetze. Damit ist eine gute ambulante Versorgung verbunden.

Scheßlitz liegt 15 km östlich von Bamberg an der Bundesstraße nach Bayreuth in landschaftlich schöner Lage mit günstiger Verbindung zum Fernstraßennetz.

Bewerbungen mit handgeschriebenem Lebenslauf, Lichtbild, beglaubigten Zeugnisabschriften, lückenlosem Nachweis der bisherigen Tätigkeit und Angaben von Referenzen werden erbeten an das

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

BEFELKA® - ASTHMA - TABLETTEN

ind.: Asthma - Bronchitis - Heuschnupfen - Grippe.

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

Kontraind.: Akute intermittierende Porphyrie, Hypertonie, Thyreotoxikose, schwere organische Herzerkrankungen, Tachykardie, nephrogene Ausscheidungsstörungen, sklerotische Gefäßveränderungen, Prostatahypertrophie, Glaukom, dekompensierte diabetische Stoffwechsellage. Packung mit 20 Tabl. 4,83 DM, 50 Tabl. 10,85 DM.

Arztmuster durch:

BEFELKA-ARZNEIMITTEL, 45 Osnabrück, Postfach 13 51

Die Landesversicherungsanstalt Oberbayern

sucht für die Untersuchungsstelle im Zentralkrankenhaus Geuting

Internisten

Aufgabenbereich:

Durchführung von Untersuchungen zur Freigeber der Berufs- und Erwerbsfähigkeit sowie für Heilmaßnahmen.

Voraussetzungen:

Gute medizinische Weiterbildung. Kenntnisse auf sozialmedizinischem Gebiet sind erwünscht.

Vergütung:

Bezahlung nach BAT I b/I a bzw. bei Übernahme in das Beamtenverhältnis Bes.-Gr. A 14 (Medizinoberarzt).

Ausübung einer Privatpraxis ist möglich.

Bewerbungen mit den üblichen Unterlagen werden erbeten an die

Landesversicherungsanstalt Oberbayern

Ärztlicher Dienst

z. H. Herrn ärztl. Abt.-Direktor Dr. Deckstein

Thomas-Dehler-Straße 3, 8000 München 83

Telefon (0 89) 67 B1 21 33

VERSICHERUNGSDIENST ÄRZTE



Außendienstbeauftragter

Bevor Sie sich niederlassen, sollten Sie rechtzeitig mit uns sprechen.

Wir beraten Sie in allen Versicherungs- und Finanzierungsfragen, wie z. B. Arzthaftpflicht, Praxisabsicherung.

Büro München Süd,
Stiftsbogen 41, 8000 München 70, Tel. (089) 7145071
Büro München Nord,
W.-Friedmann-Bogen 10, 8000 München 50, Tel. (089) 1414047
Büro Erlangen,
Luitpoldstraße 50, 8520 Erlangen, Tel. (09131) 28255
Büro Weiden, Galgenbergstr. 31, 8480 Weiden, Tel. (0961) 24031
Rolf Grossmann,
Allgäuer Str. 7, 8944 Gröbenbach 2 - Zell, Tel. (08334) 7373
Georg C. Klughardt, Stiftsbogen 41, 8000 München 70,
Tel. (089) 7145071 oder (0911) 834289

Senden Sie diesen Coupon an unser
Büro München Süd, Stiftsbogen 41, 8000 München 70

Ein Beratungsbesuch
ist erwünscht

Ich erwarte Ihren Anruf
unter Telefon

Meine
Anschrift

Fachrichtung



Landesversicherungsanstalt Oberfranken und Mittelfranken

Wir suchen für unsere vertrauensärztlichen Dienststellen in
**Bamburg - Hof/Saale - Lauf a. d. Pegnitz - Markt-
radwitz - Nürnberg - Selb - Walbenburg**
ab sofort oder nach Vereinbarung

Vertrauens- (Gutachter-) Ärzte/Ärztinnen

die Interesse an sozialmedizinischen Aufgaben haben. Da es sich um eine praxisbezogene, selbständige Tätigkeit handelt, ist eine längere Praxis- oder klinische Erfahrung, auch auf dem Gutachtenssektor, erwünscht. Moderne diagnostische Hilfsmittel (Röntgen, EKG, Labor usw.) stehen zur Verfügung.

Die Vergütung erfolgt je nach Vor- und Weiterbildung nach den einschlägigen Bestimmungen des BAT.

Bei Erfüllung der laufbahnrechtlichen Voraussetzungen ist Übernahme in das Beamtenverhältnis – Laufbahn des höheren Dienstes – möglich. Die Besoldung erfolgt im Rahmen der besoldungsrechtlichen Vorschriften.

Wir bieten: gute Aufstiegsmöglichkeiten – alle Vergünstigungen des öffentlichen Dienstes – 5-Tage-Woche (ohne Wochenend- und Bereitschaftsdienst) – Ausübung von Nebentätigkeiten im Rahmen der Richtlinien.

Ihre Bewerbung mit den erforderlichen Unterlagen (Lebenslauf, Zeugnisse, Lichtbild, Nachweise über ärztliche Tätigkeit usw.) richten Sie bitte an die

**Landesversicherungsanstalt Oberfranken und Mittelfranken –
Personalrat –, Leopoldstraße 1 und 3, 8580 Bayreuth, Tele-
fon (09 21) 60 72 26.**

Unser Landesvertragsarzt, Abteilungsdirektor Dr. Pöhlmann, Telefon (09 21) 60 76 04, ist auch gerne bereit, mit interessierten Bewerbern zur näheren Information ein erstes kollegiales Kontaktgespräch zu führen.

1 Assistenzarzt

für die Gynäkologisch-Geburtshilfliche Abteilung
Vorbildung in Zytologie und Ultraschall erwünscht
(Weiterbildungsermächtigung für 2 Jahre)

1 Assistenzarzt

für die Chirurgische Abteilung
(Weiterbildungsermächtigung beantragt)

1 Assistenzarzt

für die Röntgenabteilung
(Weiterbildungsermächtigung 1 1/2 Jahre Diagnose und
1 Jahr Therapie)

für das Kreiskrankenhaus Neumarkt i. d. Dpl. (460 Betten) für sofort gesucht.

Beim Kreiskrankenhaus Neumarkt i. d. Opf. handelt es sich um ein modernes Krankenhaus, das erst vor zwei Jahren in Betrieb genommen wurde.

Neumarkt i. d. Opf. (30 000 Einwohner) liegt auf der Strecke Nürnberg–Regensburg, 36 km von Nürnberg entfernt und hat Autobahnanschluss. Die Stadt besitzt alle weitertührenden Schulen. Für die Freizeitgestaltung sind verschiedene Einrichtungen vorhanden, wie Freibad, Hallenbad, Tennisplätze, Reitbahn, Skilifte usw.

Interessenten werden gebeten, sich mit der **Verwaltung des Kreiskrankenhauses, 8430 Naumarkt i. d. Opf., Telefon (0 81 81) 90-37 11**, in Verbindung zu setzen.

Privatklinik Gauting

- Offene Fachklinik für Narven- und Gemütsleiden, Psychotherapie mit Sanatoriumscharakter
- Alle Kassen

Die Klinik ist landschaftlich schön und ruhig gelegen, S-Bahn-Anschluss, 15 Minuten vom Münchener Zentrum.

Leitender Arzt Dr. med. Ph. Schmidt

Bergstraße 50, 8035 Gauting, Telefon (0 89) 8 50 60 51
wochentags auch Telefon (0 89) 53 20 02

Die Gemeinde Kinsau sucht bis zum 1. Mai 1979 einen

Allgemeinarzt

Der bisher 30 Jahre hier praktizierende Arzt tritt in Ruhestand. Arzthaus mit Praxis-Räumen und sehr schönem Garten wird zum Kauf angeboten. Kinsau liegt in Nähe B 17 zwischen Schongau und Landsberg, in beiden Fällen Kreiskrankenhaus, Fachärzte und alle Schulen vorhanden.

Anfragen: **Gaminda Kinsau, Dorfstraße 9, 8921 Kinsau, Telefon (0 88 69) 2 40.**

Beim **Narvenkrankenhaus Lohr am Main** sind durch Erweiterung des Stellenplanes einige Stellen für

Ärzte und Ärztinnen

zu besetzen. Die Vergütung erfolgt nach BAT bzw. bei Beamten nach dem Bayerischen Besoldungsgesetz.

Vergütung für Bereitschaftsdienst, Nebeneinkommen durch Unterricht an der Krankenpflegeschule und durch Gutachten. Das Nervenkrankenhaus Lohr am Main verfügt über 1050 Betten.

Moderne Arbeits- und Beschäftigungstherapie, Sozialarbeit, EEG, Echoenzephalographie, physikalische Therapie mit Bäderabteilung. Weiterbildung zum Psychiater durch den hierzu ermächtigten Arzt.

Lohr (17 000 Einwohner) liegt im Maintal am Rande des Spessarts, bietet viele Freizeitmöglichkeiten. Frankfurt, Würzburg und Aschaffenburg sind leicht erreichbar. Gymnasium am Ort.

Bewerbungen und Anfragen erbeten an

Direktor des Nervenkrankenhauses Dr. Kroll, Nervenkrankenhaus, 8770 Lohr am Main, Telefon (0 93 52) 191.



Der Landkreis Bamberg stellt für sein **Kreiskrankenhaus Burgebrach** (125 Betten) sofort und später einige

Assistenzärzte

ein (für die Chirurgische und Innere Abteilung).

Das Kreiskrankenhaus 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, Coloskopie, Laparoskopie mit Foto-Dokumentation, Ergometrie und Ultraschalldiagnostik. Gut ausgebautes Labor sowie Röntgenabteilung. Eine breite, gut tundierte internistische Ausbildung ist gewährleistet.

Stellenplan: Chirurgenarzt, Oberarzt, vier Assistenzärzte.

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: Chirurgenarzt, einen Oberarzt, fünf nachgeordnete Mitarbeiter.

Die Vergütung erfolgt nach Gruppe II BAT zuzüglich Zulage für Bereitschaftsdienst, Chirurgenarztzulage nach Einarbeitung. Daneben werden alle Sozialleistungen des öffentlichen Dienstes gewährt.

Die leitenden Ärzte sind zur Weiterbildung ermächtigt (Chirurgie drei Jahre; Innere Medizin ein Jahr). 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 eventuellen Tätigkeitsnachweisen werden erbeten an:

Chirurgenarzt Dr. Volker Lotze oder Chirurgenarzt der Innere Abteilung Dr. Friedrich Winter, Kreiskrankenhaus, 8602 Burgebrach, Telefon (0 95 46) 212; oder Landratsamt Bamberg, Promenadenstraße 2 e, 8600 Bamberg, Telefon (09 51) 8 53 24.



**Antriebstechnik
für
Baumaschinen, Ackerschlepper
Landmaschinen, Fahrzeuge**

Wir gehören zur international bekannten Gruppe der Zahnradfabrik Friedrichshafen A. G. und sind mit rund 4000 Beschäftigten zur Zeit das größte Unternehmen in Ostbayern.

Als Nachfolger für unseren aus Altersgründen zum Jahresende 1978 ausscheidenden Werksarzt suchen wir einen

hauptberuflichen Werksarzt

Ihn erwarten in unserem Großbetrieb bei geregelter Betriebszeit ein weitgehend unabhängiges, interessantes Betätigungsfeld und verantwortungsvolle Aufgaben der modernen Arbeitsmedizin.

Wenn die Zusatzbezeichnung Betriebsmedizin noch nicht erworben ist, gewähren wir zur Erlangung großzügige Unterstützung.

Wir bieten:

- Angemessene Dotierung
- Jahresgratifikation
- Urlaubsgeld
- Altersversorgung
- Arbeitsmedizinische Weiterbildung

Interessenten richten Ihre Bewerbung mit den üblichen Unterlagen an unsere Zentralabteilung Personal- und Sozialwesen.

Zahnradfabrik Passau G. m. b. H.
ein Unternehmen der ZF-Gruppe

Für renommierte Allgemein-
stadtpraxis in Niederbayern
wird baldmöglichst erfahrener

jüngerer Kollege für Gemeinschaftspraxis

mit späterer Obarnahmög-
lichkeit gesucht.

Zuschriften erbat unter Nr.
2064/696 an die Anzeigenver-
waltung BAYERISCHES ARTZE-
BLATT, Sonnenstraße 29, 8000
München 2.

**Damit Sie in Ver-
bindung bleiben . . .**



Teletron Sprechfunk

- kleinstes deutsches Gerät
- einfache Bedienung
- geringe Mietgebühr
- sprechen Sie mit

DEISS
Elektronik

Breitscheidstr. 53 - 65 Nürnberg - Tel. 45 40 71
frühere Wiesenstraße

Jungar deutscher

Assistenzarzt

1 Jahr Chirurgie, 1 1/2 Jahre In-
nere Medizin, übernimmt **Pre-
sentsvertretungen** im Raum Untar-
franken mit Bevorzugung des
Umkreises von Schweinfurt/
Main ab 1. Oktober 1978.

Zuschriften erbat unter Nr.
2064/704 an die Anzeigenver-
waltung BAYERISCHES ARTZE-
BLATT, Sonnenstraße 29, 8000
München 2.

1 Oberarzt

Arzt für Neurologie und Psychiatrie

1 Assistenzarzt

1 Medizinalassistenten

als Mitarbeiter in meiner Psychiatrischen und Neurologi-
schen Privatklinik ab sofort gesucht.

Weiterbildungsberichtigung 1 Jahr Psychiatrie, 1/2 Jahr
Neurologie, Medizinalassistentenausbildung 4 Monate.

Privatklinik Dr. med. H. Rudschies, Preysingstraße 3,
8070 Ingolstadt, Telefon (08 41) 25 00 und 29 00.

Der Landkreis Regan sucht für die **Chirurgische und Interne
Abteilung des Kreiskrankenhauses Viechtach**

je 1 Assistenzarzt

Vergütung erfolgt nach Vergütungsgruppe I/II b. Daneben wer-
den Baraltschaftsdienstverfügung und alle im öffentlichen
Dienst üblichen Sozialleistungen, einschließlich zusätzlicher
Alters- und Hinterbliebenenversorgung gewährt. Bei Vorliegen
der tariflichen Voraussetzungen wird Umzugskostenverfügung
zugewährt.

Viechtach, das in landschaftlich schöner Gegend des Bayari-
schen Waldes liegt, ist staatlich anerkannter Luftkurort mit
vielfältigen Sportmöglichkeiten und verfügt über ein modernes
Schulzentrum mit Gymnasium (mathematisch-naturwissenschaft-
licher und wirtschaftswissenschaftlicher Zweig) und Realschule.

Bewerbungen mit den üblichen Unterlagen werden erbat an
die **Personalverwaltung des Landratsamtes Regan, Schut-
tense 2, 8370 Regan**. Auskünfte erteilen für die Interne Ab-
teilung Chefarzt Dr. med. Hans Günter Pock, Telefon (0 99 42)
13 01 (Krankenhaus) oder (0 99 42) 18 15 (Wohnung); für die
Chirurgische Abteilung Oberarzt Dr. med. Robert Trojan, Tele-
fon (0 99 42) 13 01.