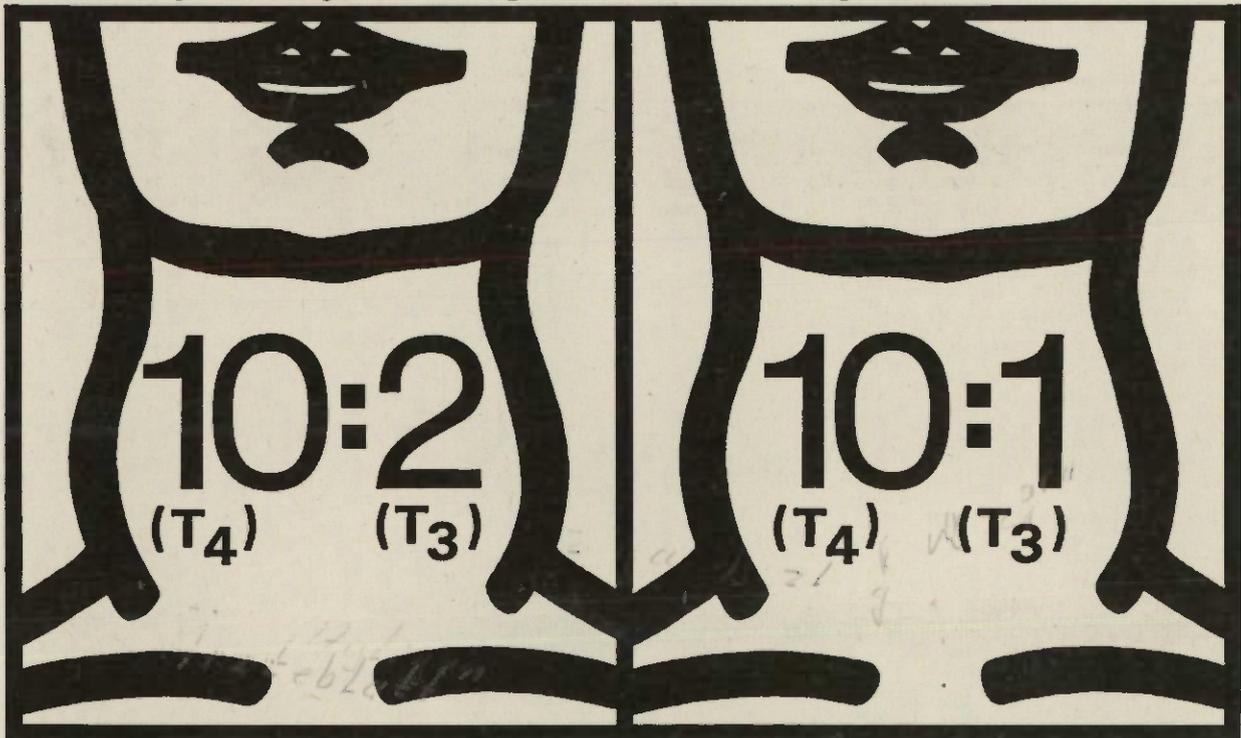


Veränderte Verhältnisse

1968 Thyroxin-T₄ „Henning“

1978 Prothyrid®



1968: Fortschritt in der Schilddrüsenhormon-Therapie auf der Basis der Kenntnisse des Jahres 1968 über die Schilddrüsenfunktion des Menschen: Synthetische Kombinationspräparate, die 100 µg T₄ und 20 µg T₃ enthalten, ersetzen die Thyreoidea sicca-Zubereitungen.

1978: Fortschritt in der Schilddrüsenhormon-Therapie: Mit Hilfe der Radioimmunoassays war es gelungen, die periphere Konversion von T₄ → T₃ nachzuweisen und den Verlauf der Serumspiegel von T₄ und T₃ unter der Hormontherapie zu verfolgen; mit dem TRH-Test wurde die richtige Dosierung der Hormone zur Substitutions- und Suppressionstherapie ermittelt. Die Formel für ein Kombinationspräparat aus beiden Schilddrüsenhormonen heißt:
100 µg T₄ + 10 µg T₃.

Zur Behandlung der blanden Struma mit beiden Schilddrüsenhormonen im richtigen Verhältnis

Prothyrid® $\left(\frac{10:1}{T_4 T_3}\right)$

Zusammensetzung: 1 Tablette Prothyrid® enthält 0,100 mg Levothyroxin-Natrium (L-3,5,3'-Trijodthyroninhydrochlorid, T₃). **Wirkung:** Die beiden Schilddrüsen- und supprimieren die Thyreotropin-Sekretion. **Indikationen:** Blande Strume, Rezidivprophylaxe nach Strumeresektion, Hypothyreose, Zusatztherapie bei thyreostatisch behandelter Hyperthyreose, Thyreoiditis, Schilddrüsenmalignom. **Kontraindikationen:** Frischer Myokardinfarkt; Angine pectoris oder Zustand nach Myokardinfarkt bei älteren Strumapatienten. **Nebenwirkungen:** Bei Überschreitung der erforderlichen Dosis Tachykardie, Schwitzen, vermehrte Unruhe, Durchfall. Symptome verschwinden nach Herabsetzen der Tagesdosis oder Aussetzen der Behandlung (eventuell Gebe von Propranolol). Bei eventueller allgemeiner Unverträglichkeit empfiehlt sich ein Wechsel auf L-Thyroxin „Henning“ (Tabletten mit 50, 100 und 150 µg). **Hinweise:** Behandlung sehr vorsichtig beginnen bei Patienten mit schwerer Hypothyreose, Angine pectoris, Myokarditis und bei tachykerder Herzinsuffizienz (vorher Frequenzreduktion und Rekompensation). Bei gleichzeitiger Behandlung mit Antidiabetika bzw. Antikoagulantien Blutzucker und Quilckwert erfangs häufiger kontrollieren. Bei Schwangerschaft Behandlung nicht unterbrechen. **Anwendung:** 1/2–2 Tabletten täglich. Eventuell einschleichende Behandlung mit erfangs 1/2 Tablette täglich; in 1–2wöchigen Intervallen auf die erforderliche Volldosis steigern. **Hendelsformen:** 50 Tabletten DM 9,43 m. MWSt. (Schüttpeckung), 70 Tabletten DM 13,20 m. MWSt. (Wochenplanpeckung), 200 Tabletten DM 29,95 m. MWSt. (Schüttpeckung). HENNING BERLIN GMBH, Chemie- und Pharmawerk, 1 Berlin 42 

malträtierte
Venien



stumpfe
Verletzungen

Exhirud[®] GEL SALBE

Der venenwirksame Blutegelwirkstoff heißt Hirudin^{*} —
ex Hirudine medicinale —. Durch ihn wird die
Thrombosegefhrdung Ihrer Varicosis-Patienten gemindert.
Hirudin^{*} ist der einzige spezifische Thrombin-Antagonist.

^{*}Exhirud ist das einzige Antithrombotikum, das reinen Blutegelwirkstoff Hirudin enthält.

EXHIRUD[®]

Hersteller: Plantorgan · Bad Zwischenahn
Vertrieb: Promonta · Hamburg

Zusammensetzung: Standardisierte Blutegelwirkstofflsung, 100 g
Salbe enthalten 500 Antithrombin-Einheiten — bezogen auf Hirudin.
1 g, 100 g Gel enthalten 750 Antithrombin-Einheiten — bezogen auf
Hirudin: 1,5 g.

Anwendungsgebiete: Varkosis, oberflächliche Thrombophlebitis,
stumpfe Traumen, Hämatome.

Gegenanzeigen: Hämophilie. **Nebenwirkungen:** Sind nicht bekannt.

Handelsformen:

40 g Exhirud[®] Salbe DM 7,85 40 g Exhirud[®]-Gel DM 7,85
100 g Exhirud[®] Salbe DM 15,55 100 g Exhirud[®]-Gel DM 15,55
Anstaltspackungen



PROMONTA
HAMBURG



Fortbildung in Stichwörtern nach Leitsymptomen

Eine Hilfe zur Schnelorientierung

Leitsymptom: Herzschmerz

Der Notfall: Angina pectoris - Myokardinfarkt

bearbeitet von Privatdozent Dr. H. Theisen und Professor Dr. H. Jahrmärker

Vorgehen:

Klärung, ob *funktionelle* Herzbeschwerden oder *Angina pectoris*. Andere Diagnosen selten bzw. Vorgehen wie bei Infarktverdacht (z. B. bei Lungenembolie). Ausschluß eines Pneumothorax durch Perkussion und Auskultation.

Anamnestische Hinweise:

Beschwerden bei echtem Herzschmerz (*Angina pectoris*):

Typischer Herzschmerz substernal, schwerstes Druckgefühl oder auch Brennen. Dauer meist wenige Minuten, bei Schmerzen länger als 15 Minuten besteht Infarktverdacht. Auslösung durch körperliche und psychische Belastung, Kälte o. ä. Schmerz in Ruhe zeigt erhöhte Gefahr. *Ausstrahlung* des Herzschmerzes in linken Arm, Hals, Rücken, auch rechter Arm und Oberbauch (Differentialdiagnose akutes Abdomen).

Beschwerden bei *funktionellen* Herzbeschwerden: Sensationen angeblich tagelang, unabhängig von Ruhe und Belastung, oft Besserung bei Belastung. Herzstiche in Gegend der Herzspitze oder auch anhaltendes wehes Gefühl.

Früherer Herzinfarkt spricht für koronare Erkrankung, ebenso Hochdruck, Übergewicht, Rauchen. Bisherige erfolgreiche Therapie kann verwertet werden, z. B. Ansprechen auf Nitroglycerin, Beta-Rezeptorenblocker oder Calcium-Antagonisten. Akutes Ansprechen auf Nitrolingual oder Isosorbiddinitrat – innerhalb weniger Minuten – spricht für koronare Herzkrankung.

Wenn eine koronare Herzerkrankung wahrscheinlich ist: Klärung, ob eine stabile oder instabile *Angina pectoris* oder ein akuter Myokardinfarkt vorliegt.

Stabile Angina pectoris: charakterisiert durch Schmerzanfälle gleicher Art über Monate, auf Nitro-Präparate ansprechend.

Instabile Angina pectoris: ist anzunehmen bei zunehmender Dauer, Schwere und Häufigkeit der Anfälle, sowie bei jedem ersten Anfall von *Angina pectoris*, bei *Angina pectoris* in Ruhe sowie auch bei erneutem Auftreten von *Angina pectoris* nach durchgemachtem Herzinfarkt.

Akuter Myokardinfarkt: Meist schweres klinisches Bild, häufig Atemnot oder Schockzeichen (Blässe, Schwellbauch, niedriger Blutdruck). Läng anhaltender Dauerschmerz, meist länger als 20 Minuten, keine Ansprechbarkeit auf Nitropräparate, die aber auf jeden Fall versucht werden sollen. Oft schwerster Schmerz mit Todesangst, gelegentlich auch nur geringere und flüchtige Beschwerden.

Therapeutisches Vorgehen:

Funktionelle Herzbeschwerden:

Akut: Sedierung mit Valium 10 mg i. m., als Dauertherapie durch Hausarzt eventuell Beta-Rezeptorenblocker verordnen lassen, insbesondere bei hyperkinetischem Herzsyndrom.

Stabile Angina pectoris:

Akut: Nitrolingualkapseln 1 bis 2 Kapseln bzw. Isosorbiddinitrat sublingual, sedieren mit 10 ml Valium i. m.

Dauertherapie:

Längzeitnitropräparate, in der Regel kombiniert mit Beta-Rezeptorenblockern unter Beachtung der Kontraindikationen, wie Asthma bronchiale, Sinusbradykardie, AV-Überleitungsstörungen, Blutdruckabfall.

Instabile Angina pectoris:

Klinisch häufig als Präinfarkt-Angina aufzufassen, daher sofortige Einweisung in die Klinik, bis dahin: Schmerztherapie: Nitrolingualkapsel eine bis mehrere Kapseln, bei Nichtansprechen Morphin oder Eukodal oder Fortral sc. oder i. v. (nicht i. m.: CPK-Erhöhung, unsichere Resorption). Weitere Therapie in der Klinik zusätzlich mit Beta-Blockern und Heparin.

Präklinische Soforttherapie bei Myokardinfarkt:

Akuter Myokardinfarkt:

Rescher Transport in die Klinik, weil nur dort Intensivüberwachung sowie bei Bedarf *Arrhythmie*therapie, Defibrillation, Schrittmachereinwendung usw. möglich sind. Arrhythmiegefahr zu Beginn des Infarktes besonders groß, wobei der plötzliche Herztod meist durch Kammerflimmern verursacht wird. Wenn möglich Heranziehung des Notarztwagens, womit ennähernd klinische Behandlungsmöglichkeiten bestehen. Auf jeden Fall ärztliche Begleitung bis zur Ankunft im Krankenhaus.

1. Bequeme Lagerung (halbaufrecht), Kleider öffnen, Beruhigung durch Untersuchung und Zuspruch (Puls kontrollieren).

2. *Schmerzbekämpfung* (von höchster Wichtigkeit): Zunächst diagnostisch Versuch mit 1 oder mehreren Kapseln Nitrolingual (rot).

Bei Nichtansprechen: Morphinderivate oder morphinfreie Schmerzmittel, gegebenenfalls Wiederholung nach 15 Minuten.

Morphinderivate: Morphium hydrochloricum 5 bis 10 mg sc., in schweren Fällen langsam i. v., oder z. B. Eukodal 1/2 bis 1 Ampulle.

Vorteile der Morphinderivate: Gute Schmerzwirkung, zusätzliche Sedativwirkung, Herzentlastung durch leichte Senkung des Venentonus.

Nachteile der Morphinderivate: Atemdepression möglich, insbesondere im Alter oder bei vorgeschädigtem Atemzentrum. Daher gegebenenfalls nur mit Vorsicht anzuwenden, Wiederholungsinjektion nur bei Atemfrequenz über 12 pro Minute. Evtl. Übelkeit, evtl. Blutdruckabfall.

Morphinfreie Schmerzmittel: Fortral 1 Amp. i. v.

2. a) Bei Übelkeit Paspertin 1 Amp. i. v.

2. b) Falls zusätzliche Sedierung noch erforderlich ist, 5 bis 10 mg Valium i. v.

3. *Sauerstoffgabe* (Maske). Falls verfügbar, routinemäßig anzuwenden. Verbessert die Sauerstoffaufnahme im Falle einer pulmonalen Stauung, ist notwendig bei Auftreten von Lungenödem.

Weitere Maßnahmen präklinisch nur bei gezielter Indikation!

4. *Bei gehäuften Extrasystolen*: Gehäufte, insbesondere salvenförmige Extrasystolen sind wahrscheinlich ventrikulären Ursprungs und können Vorläufer von Kammerflimmern sein. Daher ist auch präklinisch eine wahrscheinlich geeignete Therapie anzuwenden:

Lidocain = Xylocain, 50–100 mg i. v., gegebenenfalls nach 8 Min. mit 50 mg i. v. wiederholen (in der Klinik oder im Notarztwagen Fortsetzung als Infusion mit 3 mg/min, bei Therapie-resistenz mehrfach 50 mg i. v. bis maximal 250 mg Gesamtdosis). Wenn möglich, soll der Notarzt die Diagnose mit EKG bestätigen, den Patienten mit Monitor überwachen und diese Therapie fortsetzen. Vorteile von Xylocain: befriedigende Wirksamkeit (in der Frühphase des Herzinfarktes weniger gut als später).

Nebenwirkungen: Im Alter oder bei hoher Dosierung zerebrale Krämpfe. Verschlechterung der Erregungsleitung bei vorgeschädigtem Leitungssystem, so daß bradykarde Rhythmusstörungen auftreten können. Aus diesem Grunde in der Regel *präklinisch keine prophylaktische Gabe* von Lidocain (anders in der Klinik, wo unter Intensivüberwachung eine prophylaktische Anwendung möglich ist).

Keine intramuskuläre Gabe eines Depots von Xylocain, weil die Resorption wechselhaft und unsicher ist, die spätere Enzymdiagnostik des Herzinfarktes gestört wird und ein Hämatom auftreten kann (bei späterer gerinnungshemmender Therapie). Generell keine intramuskuläre Injektionen beim akuten Myokardinfarkt!

5. *Bei kritischer Bradykardie* (Bradykardie mit hämodynamischen Folgen in Form beginnender Schockzeichen): Atropin 0,5 mg verdünnt langsam i. v., eventuell nach 30 Minuten wiederholen. Auch hier *keine prophylaktische Anwendung*, weil auch Atropin in Einzelfällen selbst zu Kammerflimmern führen kann. Bradykardien bis etwa 50 /min ohne Schocksymptomatik und ohne Extrasystolen brauchen zunächst nicht akut behandelt zu werden. Es gibt keine feste Grenze der Herzfrequenz, bei der die Therapie begonnen werden muß.

Außerklinische Anwendung externer Herzschrittmacher hat sich nicht bewährt. Die Anwendung von Sympathikomimetika (Alupent) ist beim akuten Herzinfarkt sehr gefährlich.

6. Bei *Schocksymptomatik* ohne Rhythmusstörungen: Spricht für ausgedehnten Infarkt mit schlechter Prognose.

Versuch mit vasopressorischen Mitteln (Akrinor i. v., Novadral i. v. u. ä.) verspricht wenig Erfolg (am relativ besten Dopamin-Infusion 300 bis 1000 µg/min).

Vorsicht mit Morphinen, Nitroglycerin. Präklinisch keine Volumengabe oder höchstens ganz vorsichtige Volumengabe.

7. Bei schwerer Atemnot, eventuell beginnendem Lungenödem: Präklinisch (eußer Sauerstoff) wiederholte Gabe von Nitrolingual, sofern keine Hypotonie besteht. Der systolische Blutdruck soll über 105 mm Hg bleiben. Nitroglycerin entlastet das Herz durch Verminderung des venösen Rückstromes, seine Anwendung wird aber gegebenenfalls durch einen Abfall des arteriellen Blutdruckes limitiert.

8. Bei *arterieller Hypertonie*: Eine schwere Hypertonie ist als zusätzliche Herzbelastung unerwünscht. Häufig ist unbekannt, ob es sich um eine vorbestehende Hypertonie oder um eine hypertone Reaktion auf Schmerz usw. handelt. Zunächst Morphium-Wirkung abwarten, häufig bereits dabei Blutdruckrückgang. Präklinisch Nitrolingual, eventuell wiederholen. Ziel: RR 115 systolisch (bei Hypertonie Ziel 50 mm Hg unter dem vorbestehenden Blutdruck).

9. Präklinisch in der Regel *keine Indikation* für Herzglykoside, Beta-Rezeptorenblocker, Corticoide. — Heparin (5000 E i. v.) möglich.



Bayerisches Ärzteblatt

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

Herausgegeben von der Bayerischen Landesärztekammer

Nummer 3

Zur Kenntnis genommen:

Die Leitartikel in der Januar- und der Februar-Ausgabe des „Bayerischen Ärzteblattes“ zu dem brennenden Thema Auswahl und Ausbildung von Medizinstudenten haben viel Beachtung gefunden. Die Hoffnung, daß endlich der Kern des Problems, nämlich die Zahl der Medizinstudenten, angesprochen wird, ist allerdings gering. Erst kürzlich hat der Bundesminister für Wissenschaft erklärt, daß eine Reduzierung der jährlichen Zahl der Studienanfänger unter 11 000 nicht in Frage käme. Es wird sicher nötig sein, das Thema bald wieder zu behandeln.

Es gibt aber noch viele andere Ereignisse, Entwicklungen und Pläne, die uns mit Sorge erfüllen müssen. Die „Affäre Clotibrat“, gelaufen um die Jahreswende, ist zwar formell abgeschlossen, man kann sie aber nicht in Vergessenheit geraten lassen. Es geht dabei nicht um die wissenschaftliche Seite, auch nicht um die Frage, ob die fragliche wissenschaftliche Arbeit (veröffentlicht im „Lancet“) der Kritik standhält oder nicht. Uns interessiert nur die Methode, das Vorgehen des Bundesgesundheitsamtes in dieser Sache!

Gegen einen Wirkstoff wurden Bedenken geäußert. Das genügte dem Bundesgesundheitsamt, um über Rundfunk, Fernsehen und Presse über Nacht ein Verkaufsverbot auszusprechen. Aber nicht etwa ein Verbot, das – weil Leben bedroht wären – am nächsten Morgen wirksam wurde. Balleibe nicht! Es wurde den erstaunten Bürgern, die das Präparat nicht nahmen, und den erschreckten, die es nahmen, verkündet, die einschlägigen Präparate seien verboten (wegen aller möglichen Gefahren), aber erst vier Wochen später. Und gerade für dieses Vorgehen gibt es keine Rechtfertigung. Wenn man einen Wirkstoff aus dem Handel ziehen wollte, weil begründete Zweifel bestehen, dann wäre der seriöse Weg ein anderer gewesen. Man hätte Ärzte und Apotheker – und natürlich die Hersteller! – davon unterrichten können, daß der Wirkstoff innerhalb einer kurzen Frist vom Markt genommen werden muß. Die Ärzte hätten Zeit gehabt, ihre Patienten zu unterrichten und umzustellen, die Hersteller und Apotheker, sich darauf einzustellen. Jede Beunruhigung der Bevölkerung wäre vermieden worden. Was aber geschah? Die Patienten kamen am Morgen verängstigt in die Praxis ihres Arztes, der, zufällig auf Hausbesuch und nicht am Fernseher, von der Sache noch nichts wußte, und forderten eine Antwort, die ihnen nicht gegeben werden konnte.

Am Tag nach den Alarmmeldungen des Bundesgesundheitsamtes rissen die Anrufe der Kollegen bei der Ärztekammer und der Kassenärztlichen Vereinigung nicht ab. Immer wieder wurde die gleiche Frage gestellt, wieso wir die Kollegen nicht rechtzeitig unterrichtet hätten, um zu vermeiden, daß sie den ängstlichen Fragen ihrer Patienten unvorbereitet gegenüberstünden.

Sie hielten es kaum für möglich, daß das Bundesgesundheitsamt die Arzneimittelkommission der deutschen Ärzte nicht früh genug vom Verbot der einschlägigen Präparate unterrichtet haben sollte. Tatsache ist aber, daß das Fernschreiben mit der Mitteilung des Widerrufs der Zulassung clotibrathaltiger Arzneimittel am späten Nachmittag nach Dienstschluß des Tages bei der Arzneimittelkommission einging, an dem die Bekanntmachung des Bundesgesundheitsamtes über alle Medien erfolgte. Der Vorsitzende unserer Arzneimittelkommission hatte also gar keine Möglichkeit, die Ärzte zu unterrichten, bevor die Patienten es erfuhren. In Bayern erhielten wir dann am nächsten Tag ein Fernschreiben der Arzneimittelkommission und gaben noch am gleichen Tage ein Informationsrundschreiben an die bayerischen Kassenärzte und die Ärztlichen Kreisverbände heraus.

Typisch für die Art und Weise des Vorgehens sind zwei sich völlig widersprechende Äußerungen:

Der Jurist des Bundesgesundheitsamtes Lewandowski erklärte: „Hätten wir die Ärzte und Apotheker vorab informiert und mit Erklärungen für die Öffentlichkeit gewartet, dann wären mehrere Tage verstrichen und die Tatsache unserer Entscheidung und ihr Inhalt wären sowieso durchgesickert.“

Frau Bundesgesundheitsminister Antje Huber jedoch erklärte: „Das Verbot der Arzneimittel, von dem Sie gesprochen haben, ist der Arzneimittelkommission der Ärzte acht Tage vor dem Zeitpunkt bekannt gewesen, als es der Presse mitgeteilt wurde. Sie müssen doch zugeben, daß wir vernünftig handeln, wenn wir die Ärzte und die Betroffenen gleichzeitig informieren; denn das ist doch wirklich ein drängendes Problem.“

Was waren die Folgen dieser „Blitzaktion“ des Bundesgesundheitsamtes? Man hat beim „Bürger Patient“ wieder einmal erfolgreich Mißtrauen gesät gegen Ärzte und Pharmahersteller! Das Ganze als eine Panne anzusehen, kann uns nicht mehr zugemutet werden. In einer solchen Methode steckt nach meiner Überzeugung System.

Wenn man Ärzte und Pharmaindustrie in den (sozialistischen) Griff bekommen will, muß als erstes der Patient und Verbraucher verunsichert werden. Nur wenn er auf diese Weise „weichgekocht“ ist, wird er dankbar den „staatlichen Schutz“ begrüßen. Ärger allein über den Vorgang genügt also nicht. Man muß vor allem den Hintergrund ausleuchten. Allerdings müßte dies auch für die Öffentlichkeit sichtbar gemacht werden.

Professor Dr. Sewering

Verbesserung der ärztlichen Versorgung: Namhafte Beiträge der Bayerischen Ärzte

Über kostenbewußte Honorarpolitik, patientennahe Bedarfsplanung, Qualitätssicherung und Nachwuchsprobleme

von Professor Dr. Hans J. Sewering

Der Beitrag basiert auf einem Referat vor der Vertreterversammlung der KVB im Dezember 1978.

Das zu unserer Überraschung spektakulärste Ereignis der letzten Zeit ist wohl der Honorarabschluß mit den Ersatzkassen geworden. Die Kassenärztliche Bundesvereinigung hat bekanntlich mit den Verbänden der Ersatzkassen mit Wirkung ab 1. Januar 1979 eine Erhöhung des Punktwertes um vier Prozent vereinbart. Wir waren alle der Überzeugung, daß das ein sehr bescheidener Honorarabschluß ist, der sich mit Sicherheit im Rahmen der wirtschaftlichen Entwicklung hält, also eigentlich in keiner Weise angreifbar ist. Um so entsetzter sind wir über die geradezu gehässigen Kommentare, die in den letzten Tagen durch die Presse, über das Fernsehen und über den Rundfunk gelaufen sind; dort wurden Darstellungen gegeben, die sich so weit von der Wirklichkeit entfernen, daß man wirklich bestürzt sein muß über die Art, in der hier öffentliche Meinung durch die Presse gemacht wird.

Natürlich haben sich auch die RVO-Kassen, vor allem die Ortskrankenkassen, an diesem Lamento beteiligt. Auch die Vertreterversammlung des Landesverbandes der Ortskrankenkassen Bayerns hat bittere Klage vor der Presse darüber geführt, daß die Ersatzkassen hier ausgebrochen wären und einseitige Abschlüsse getätigt hätten. Auch die ersten Reaktionen aus dem Bundesministerium sind ausgesprochen negativ, verbunden mit der Ankündigung rechtlicher Schritte, weil angeblich das Gesetz verletzt und die Konzertierte Aktion gefährdet sei.

Wenn man das alles beobachtet: die Reaktion aus dem Bundesministerium, die Pressekommentare, die Kommentierung der Ortskrankenkassen – dann zeigt sich wieder einmal, wie stark die Front gegen die gegliederte Krankenversicherung ist. Denn es kann überhaupt keinem Zweifel unterliegen, daß dieser Honorarabschluß völlig legal gewesen ist. Es gibt keine Vorschrift, die dem entgegenstehen würde; auch der Geist des (Kostendämpfungs-)gesetzes steht ihm nicht entgegen. Die Konzertierte Aktion im Gesundheitswesen soll zwar Leitlinien geben, aber diese Leitlinien sind dann überflüssig, wenn sich die Vertragspartner schon selber geeinigt haben. Man hat freilich in der letzten Zeit schon erkennen können, daß man diese Konzertierte Aktion zu einem Schraubstock machen wollte, um letzten Endes von außen her zu bestimmen, wie die Honorarentwicklung vor sich gehen soll, um die Vertragsfreiheit damit de facto aufzuheben, obwohl sie nach dem Gesetz nach wie vor besteht.

Maßvoller Anstieg der „Arztkosten“

Der LdO in Bayern hat in einer Pressekonzferenz jetzt angegeben, daß sich die Ausgabensteigerung im Jahre 1977 wie folgt verteilt: Zahnersatz rund 10 Prozent, Arzneimittel 5,2 Prozent (im Vergleich zu 2,6 Prozent im Jahre 1976); die „Arztkosten“ mit 4,9 Prozent haben sich in einem sehr angemessenen Rahmen bewegt.

Eine weitere Zahl, die beklemmend ist, bestätigt unsere stete Behauptung, daß die Krankenversicherung durch Fremdaufgaben krank gemacht wird: Das Defizit der Rentnerkrankenversicherung beträgt 1976 bei den bayerischen Ortskrankenkassen 387 Millionen DM, 1978 wird es bereits 950 Millionen DM betragen. Fast eine Milliarde Mark müssen also aus den Beiträgen der aktiven Mitglieder aufgebracht werden, um die nichtgedeckten Ausgaben der Rentnerkrankenversicherung zu bezahlen! Hier setzt der Finanzausgleich ein, das heißt: die Ersatzkassen werden ganz erhebliche Zahlungen, vor allem an die Ortskrankenkassen, leisten müssen. Denn die RVO-Kassen haben insgesamt einen Rentneranteil von 33 Prozent, während bei den Ersatzkassen der Rentneranteil 15 Prozent beträgt. Die Konsequenz: Es wird eine Berechnung vorgenommen auf Bundesebene und es werden erhebliche Millionenbeträge aus den Kassen der Ersatzkassen in die der Ortskrankenkassen und der übrigen RVO-Kassen fließen.

Über die Frage des Arzneikostenanstieges werden wir mit den RVO-Kassen noch verhandeln, da nach dem KVKG, jetzt Teil der RVO, zwischen den Kassen und uns auch eine Vereinbarung über den Anstieg der Arzneikosten getroffen werden muß. Die Konzertierte Aktion hat einen Anstieg von 3,5 Prozent für angemessen gehalten. In welcher Weise ein Ausgleich erfolgen soll, ist bisher niemandem klar; es gibt auch nach wie vor im Bundesgebiet darüber keine Abschlüsse. Aber irgendwann müssen die Dinge natürlich ausgehandelt werden.

Auch in der Frage der Herausnahme von Arzneimitteln, die normalerweise bei leichten Gesundheitsstö-

Sie ist nun mal gegen Schmerzen.



Zusammensetzung: 1 Tablette Gelonida® enth.: 9,58 mg Codeinphosphat, 250 mg Phenacetin, 250 mg Acetylsalicylsäure. **Anwendungsgebiete:** Schmerzen wie Kopf- und Nervenschmerzen, Zahn-, Hals- und Ohrenscherzen; Grippe und Erkältungskrankheiten, Fieber; rheumatische und Menstruationsbeschwerden; vor und nach operativen Eingriffen. **Gegenanzeigen:** Hämorrhagische Diathese; Magen- und Darmulzera; Anwendung beim Säugling bis zum 3. Monat; schwere Nierenschäden; genetisch bedingter Mangel an Glukose-6-Phosphat-Dehydrogenase. **Nebenwirkungen:** Beim bestimmungsgemäßen Gebrauch nach Verordnung und unter Kontrolle des Arztes wurden bisher keine ernsthaften Nebenwirkungen gemeldet.

GÖDECKE AG · 1000 BERLIN 10

Hinweise: Da Acetylsalicylsäure bzw. Salicylate das Gerinnungsgeschehen beeinflussen, sollte Gelonida zusammen mit Antikoagulanzen nur unter Kontrolle der Gerinnungswerte gegeben werden. Ferner sollte Gelonida in den letzten vier Wochen der Schwangerschaft nicht angewendet werden. Individuelle Unterschiede in der Wirkung von Gelonida auf den Patienten – besonders in Verbindung mit Alkohol – können das Reaktionsvermögen im Straßenverkehr beeinträchtigen. **Handelsformen und Preise:** Packung mit 10 Tabletten DM 3,05 mit MwSt., Packung mit 20 Tabletten DM 4,80 mit MwSt., Anstaltspackungen. Gelonida ist auch als Saft oder Zäpfchen erhältlich.

GÖDECKE

rungen verordnet werden, ist bisher keine Einigung erzielt worden. Die Alternative heißt hier: Entweder eine Liste von Arzneimitteln, die auf keinen Fall bezahlt werden (dann haben wir klare Verhältnisse, das wollen andere nicht, weil das unpopulär ist) oder ein entsprechend hoher Arzneikostenanteil auf das Rezept, den der Versicherte bar bezahlt (dann spielt die Frage keine Rolle mehr). Auf keinen Fall darf es zu einer Regelung kommen, welche die Verordnung in das Ermessen des Arztes stellt und damit den Konflikt in unser Sprechzimmer trägt.

Festzuhalten bleibt: bisher sind alle Bemühungen in dieser Richtung gescheitert.

Punktwert bei 8,7?

Hinsichtlich der Entwicklung der Honorare aus den Abrechnungen mit den RVO-Kassen haben wir bisher nur erste Anhaltspunkte durch einige Hochrechnungen, die wir in unserer Datenverarbeitung durchführten. Die Hochrechnungen waren nicht so sicher wie die bei den Wahlen, wo man bereits 20 Minuten nach sechs Uhr weiß, wie die Wahl ausgefallen ist (nebenbei: es war früher so schön, wenn man nachts bis zwölf gesessen ist und auf die neuen Ergebnisse gewartet hat; so wird durch die moderne Technik alles immer langweiliger). Unsere Hochrechnung, basierend auf einer Teilabrechnung, kam auf einen voraussichtlichen Wert von 8,8 bis 9,2 Pfennigen. Inzwischen haben wir durch weitere Abrechnungen, die erfaßt wurden, gesehen, daß dieser Wert nicht erreicht werden kann. Wir hoffen aber, daß wir etwa bei 8,7 Pfennigen Punktwert landen werden. Allerdings muß man sagen, es ist das Ergebnis des dritten Quartals, das erfahrungsgemäß kein „Krankheitsquartal“ ist. Im vierten Quartal dürfte es wahrscheinlich etwas anders aussehen.

Das allein bestimmt aber mit Sicherheit nicht das Endergebnis der Abrechnung für den einzelnen Arzt; denn durch den Punktebewertungsmaßstab und die damit verbundene neue Struktur ergeben sich auch Verschiebungen innerhalb der Fachgruppen. Wir glauben, daß es bei den stark diagnostisch/medizinisch ausgerichteten Gebieten zu einem fühlbaren Absinken kommen wird, während in der Allge-

meinmedizin und in der Kinderheilkunde wahrscheinlich ein deutliches Ansteigen erwartet werden kann (Erhöhung der Beratungsgebühr, der Besuchsgebühr usw.).

Für und Wider einer „Vorbereitungszeit“

Die Konzentrierte Aktion tagte im Oktober; es ging nicht um Geldfragen, also um prozentuale Steigerungen, sondern um einige Probleme der ärztlichen Versorgung. Vor allem hat man sich mit den Fragen des ärztlichen Nachwuchses beschäftigt. Von allen Beteiligten wurde dabei die Gefahr einer „Ärzteschwemme“ gesehen und anerkannt. Die Zeit, in der Gewerkschaften uns noch „Zunftdenken“ und Neid vorwarfen, ist insoweit also vorbei. Insgeheim wird man dort zwar sehr glücklich über diese Entwicklung sein, weil die damit zwangsläufig drohende Nivellierung der Ärzteschaft gesellschaftspolitische „Fortschritte“ machen wird. Im Vordergrund steht jetzt aber für die Krankenversicherung die Frage, was werden soll, wenn die nachwachsenden Ärzte alle in die Kassenpraxis strömen. Wer soll das bezahlen? Man hat sich in der Konzentrierten Aktion Gedanken gemacht, wie man dem Rechnung tragen oder wie man den Strom kanalisieren könnte. Ein brauchbares Rezept dazu gibt es jedoch nicht. Diese Jahrgänge wachsen nun einmal heran. Eine Konsequenz könnte möglicherweise gezogen werden, nämlich die, eine zweijährige Weiterbildung vor der Kassenzulassung in der Zulassungsordnung zu verankern. In diesem Sinne ist auch als Folge aus den Beratungen der Konzentrierten Aktion seitens der Kassenärztlichen Bundesvereinigung und sämtlicher Bundesverbände der RVO- und Ersatzkassen nun den Bundesminister für Arbeit geschrieben worden. Darin wurde empfohlen, die Zulassungsordnung möglichst bald zu ändern; denn im Jahre 1980 fällt die 6-Monats-Frist für eine Kassenzulassung aufgrund der EG-Entwicklung weg und spätestens zu diesem Zeitpunkt müßte eine derartige zweijährige Vorbereitungszeit wirksam geworden sein.

Das ist allerdings eine mehr als zweischneidige Waffe, die man hier einsetzt. Angenommen, weit mehr junge Ärzte erhalten die Approba-

tion, als Assistentenstellen an den Krankenhäusern zur Verfügung stehen, und angenommen, für die Zulassung zur Kassenpraxis werden zwei Jahre Weiterbildung in einer Assistentenstelle gefordert, dann müssen doch die jungen Ärzte, die keine Assistentenstelle erhalten können, in das Heer der arbeitslosen Akademiker einfließen und sich dort mit den Strömen aus den übrigen Studiengängen vereinen – mit all den Konsequenzen, die sich aus dieser bildungspolitischen Fehlplanung (oder vielleicht auch gezielten Planung?) ergeben können. Das ist zweifellos ein bitterer Ausblick. Andererseits könnte man wohl kaum verantworten, die jungen Ärzte ohne Vorbereitung in die Praxis strömen zu lassen.

Ich habe kürzlich drei Tage in Brüssel bei der EG-Kommission verbracht, wo ich einem Gremium für ärztliche Ausbildung angehöre. Dort wurde wieder einmal eine Art Inventur gemacht – und zwar gerade hinsichtlich der Frage, ob man nach Beendigung des Studiums sofort in die Praxis gehen kann oder nicht. Man ist sich in der EG eigentlich darüber einig, daß der direkte Weg von beendetem Studium in die Praxis nicht gegangen werden kann oder zumindest nicht gegangen werden soll. Aber eine Einigung darüber, welche Voraussetzungen erfüllt sein müssen, bis man in die Praxis gehen kann, wurde auch diesmal wieder nicht erzielt. Von einem Unterausschuß der praktischen Ärzte wurde eine Zeit von zwei Jahren vorgeschlagen. Von einigen Ländern, vor allem von den Regierungsvertretern einiger Länder, an der Spitze Frankreich, wurde dagegen jedoch massiv opponiert und erklärt, wenn überhaupt über eine solche Zeit gesprochen werden könnte, dann sei das Maximum, das überhaupt zur Diskussion stünde, ein Jahr.

Vor dem Hintergrund gerade dieser EG-Diskussion sollten wir einmal jene Kampfabstimmung auf dem „Verlängerungsärztertag“ in Köln sehen. Dort hatte Herr Häußler bekanntlich den Antrag gestellt, der Ärztertag solle beschließen, daß zur Kassenpraxis nur noch voll – also vier Jahre – weitergebildete Allgemeinärzte zugelassen werden sollten. Das ist nicht realisierbar. Von einer vierjährigen Zeit ist im europäischen Raum niemals gesprochen worden. Würden wir nun vier Jahre realisieren, würde das bedeuten, daß wir

Kollegen aus anderen Ländern mit keiner oder mit einem Jahr Weiterbildung bei uns tätig werden lassen müßten, während unsere eigenen jungen Ärzte sich vier Jahre durch die verschiedenen Weiterbildungsstellen (sofern solche überhaupt zur Verfügung stehen) quälen müßten, um die Kassenzulassung zu erlangen. Das würde die Situation der jungen Ärzte so untragbar verschlechtern, daß derzeit ein solcher an sich durchaus diskussionswürdiger Gedanke einfach keine reellen Chancen haben kann.

Zum Vergleich: Die EG-Situation

Wie es mit der angeregten Vorbereitungszeit von zwei Jahren bei uns weitergehen wird, wird sich zeigen. Großbritannien ist bemüht, eine zweijährige Vorbereitungszeit für die Zulassung zum nationalen Gesundheitsdienst einzuführen. Die Holländer haben zur Zeit ein Jahr der Vorbereitung vor der Kassenzulassung. In Dänemark gibt es ein Mittelglied zwischen Medizinalassistenten- und Pflichtassistentenzeit. In Italien wie immer unklare Verhältnisse — das ist keine Bosheit, sondern eine nüchterne Feststellung.

Die bisherige Fluktuation der Ärzte innerhalb der EG ist sehr gering. Nach Deutschland sind rund 250 Ärzte aus anderen Ländern der Europäischen Gemeinschaft eingewandert. Die Gesamtzahl der „gewanderten“ Ärzte in den neun Ländern liegt bei etwa 1400. Davon entfallen aber allein zwischen 300 und 350 auf die Fluktuation zwischen Irland und Großbritannien, die völlig normal ist, weil ein Gutteil der irischen Ärzte nach Großbritannien geht, während die Engländer wiederum nach Australien auswandern.

Die Verhandlungen mit den Kassen über die Belegarztfrage sind erfreulich konstruktiv weitergegangen. Offenbar hat man doch Bedenken, dieses funktionierende System zu stören. Ein Gutteil der Kollegen ist inzwischen gesichert, allerdings ein nicht unerheblicher Teil nur unter dem Grundsatz des Vertrauensschutzes, also bezogen auf die eigene Person. Wir werden uns also bemühen müssen, in der nächsten Zeit über den Krankenhausbedarfsplan diese Kollegen zu sichern, damit auch ein Nachfolger in diese Stelle einrücken kann.

Verbundsystem für kleine Krankenhäuser

Im übrigen hat der neugefaßte § 371 RVO, welcher praktisch ein Aussterbeparagraph für die kleinen Krankenhäuser ist, so viel Unwillen und Widerstand ausgelöst, daß seine Novellierung im Zusammenhang auch mit dem Krankenhausfinanzierungsgesetz so gut wie sicher ist. Ich glaube, man hat inzwischen eingesehen, daß dieses schematische Abtöten der kleinen Häuser und die Konzentration nur auf größere Einheiten eine Fehlentwicklung gewesen ist, daß wir eben ein gesundes gemischtes System benötigen, ein System, in dem kleine und große Häuser miteinander verbunden sind. Ich habe vor einiger Zeit dazu einen Vortrag vor Kommunalpolitikern in der Oberpfalz gehalten und ihnen empfohlen, Verbundsysteme der kleinen Häuser herzustellen, vor allem hinsichtlich der dort umstrittenen Frage der Anästhesie. Ich habe geraten, an den zentraleren Häusern die Anästhesieabteilungen personell so auszustatten, daß sie auch in der Lage sind, benachbarte kleinere Häuser mit zu versorgen, so daß auch dort eine gute Anästhesie gewährleistet ist. Ein Kreistag hat jetzt schon zwei weitere Planstellen für Anästhesisten genehmigt, um auf diese Weise die Funktionsfähigkeit kleinerer Häuser zu verbessern. Ich meine, diesen Weg sollte man fördern, und ich hoffe, daß auch das Sozialministerium, das derzeit für die Planung zuständig ist, hier seine Meinung etwas ändern wird.

Grundsätze der Bedarfsplanung

Zur Bedarfsplanung: die Verhandlungen, soweit es sich um die geographische Einteilung der Planungsbezirke handelt, wurden abgeschlossen. Es bestehen keine Meinungsverschiedenheiten mehr zwischen uns und den Krankenkassen. Wir haben in Bayern insgesamt 1739 Planungsbereiche. Davon entfallen 1481 auf die allgemeinärztliche Versorgung, die auf der Basis der Gemeinde organisiert ist; 186 Planungsbereiche entfallen auf die vier Gruppen: Innere Medizin, Kinderheilkunde, Frauenheilkunde und Augenheilkunde, weitere 72 auf die sonstigen Fachgebiete. Grundsatz war also, für die allgemeinärztliche Versorgung das bürgernahe Prinzip zu

neu
von
Sanorania

Erregung, Spannung, Angst

Tranquor- Tablinen® 10

Diazepam 10 mg

Tablinen®
= Sparen ohne
Therapieverzicht

2,5 mg 5 mg 10 mg



leicht teilbar; nur eine
Darreichungsform,
aber individuelle Dosierbarkeit!

Indikationen: Erregung, Spannung, Angst, Schlafstörungen, Muskelverspannung, Status epilepticus, „vegetative Dystonie“, psychosomatische und psychoneurotische Störungen.
Kontraindikationen: Myasthenia gravis.
Mögliche Nebenwirkungen: Appetitzunahme, Abnahme der Libido, Menstruationsstörungen, Muskelrelaxation, Schwindel.
Hohe Dosen, Langzeitbehandlung: Artikulationsstörungen, Sedierung.
Kein gleichzeitiger Alkoholgenuß!

20 Tabl.

50 Tabl.

4.40

9.80



SANORANIA Dr. G. Strohscheer
1 Berlin 28

verwirklichen, daher die Gemeinde als Planungsbezirk. Planungsbezirk für die vier größeren Gebiete ist der Landkreis, gegebenenfalls mit einer Unterteilung bei großen Landkreisen. Eine sehr zentrale Ansiedlung gilt für die übrigen Fachgebiete. Das scheint eine ganz vernünftige Entwicklung zu werden.

Über die zahlenmäßige Ausstattung dieser Planungsbezirke muß jetzt verhandelt werden. Hier gibt es eine Fülle von Gesichtspunkten zu berücksichtigen. Vor allem: man muß ortsnah prüfen und entscheiden. Man kann nicht von der höheren Ebene her sagen: so viel Einwohner, so viel Ärzte, sondern muß wirklich Bezirk für Bezirk durchforsten und die Verhältnisse prüfen. Dabei spielt nicht nur die Einwohnerzahl eine Rolle, sondern z. B. auch die Zahl der Pendler: es gilt, die Verkehrsverbindungen, die strukturelle Zusammensetzung der Ärzte usw. zu berücksichtigen. Wir stehen auf dem Standpunkt, daß die Bedarfspläne sowohl den derzeitigen Stand ausweisen müssen als auch den Sollbestand, der sich aus der Bedarfsplanung ergibt. Sonst ist der Bedarfsplan für die jungen Ärzte keine Orientierung. Sie müssen doch, wenn sie sich überlegen, wo sie sich sinnvoll niederlassen können, im Bedarfsplan erkennen, wieviele Ärzte in einem bestimmten Bereich bereits vorhanden sind, wieviele dort sinnvollerweise tätig werden können. Nur so hat der Bedarfsplan überhaupt noch eine Bedeutung; denn zur Behebung der Unterversorgung hat er nur noch eine untergeordnete Funktion zu erfüllen.

Die Unterversorgung haben wir in der Zwischenzeit durch unsere sehr intensiven Förderungsmaßnahmen erheblich gemildert, wenn auch noch nicht überall voll behoben. Allein aus den Mitteln der Bayerischen Ärztesversorgung sind über 16 Millionen DM an Darlehen zinsgünstig gegeben worden. Das sind also namhafte Beiträge, die die Ärzteschaft selbst leistet zur Verbesserung der ärztlichen Versorgung.

Die Erhebung über die in Bayern vorhandenen Laborgemeinschaften ist abgeschlossen. Das Ergebnis läßt eine immer noch sehr gesunde Struktur erkennen. Wir haben insgesamt 314 Laborgemeinschaften mit insgesamt 1248 Ärzten gemeldet, darunter allein 302 Laborgemeinschaften mit bis zu zehn Ärzten. Das zeigt,

daß die Kollegen noch am Ort der Handlung mitwirken wollen. Nur eine einzige Laborgemeinschaft in Bayern hat über 100 Ärzte.

Viel Anerkennung für die „Münchener Perinatal-Studie“

Der Vorstand der KV Bayerns hat sich auch mit der Qualitätssicherung in der Perinatalogie beschäftigt, um so zur Senkung der Säuglings- und Müttersterblichkeit beizutragen. Es hat sich inzwischen gezeigt, daß die „Münchener Studie“ – getragen von der Initiative einiger Münchener Frauen- und Kinderärzte zusammen mit der Bayerischen Landesärztekammer und der Kassenärztlichen Vereinigung Bayerns – die einzige wirklich brauchbare Studie über die Perinatalogie in der Bundesrepublik Deutschland ist. Der Vorstand möchte, und zwar auf Initiative unserer Geburtshelfer, daraus die Konsequenz ziehen, nun diese perinatalogische Qualitätssicherung auf ganz Bayern auszudehnen. Alle Geburtshelfer sollen die Möglichkeit bekommen, sich daran zu beteiligen, um auf diese Weise aus den Erfahrungen, die gesammelt werden, Konsequenzen zu ziehen für die eigene Arbeit, Verbesserungen zu bewirken in der Geburtshilfe und damit einen fühlbaren Beitrag auf dem Gebiet der Verbesserung der Säuglings- und Müttersterblichkeit zu erreichen. Das ist wieder einmal einer der vielen Beiträge, die gerade die bayerische Ärzteschaft für die Verbesserung der ärztlichen Versorgung leistet.

Frau Scheel schadete sich selbst

„Frau Scheel ermahnt die Ärzte“, so lautete der Tenor vieler Zeitungsberichte, die sich mit einer Rede von Mildred Scheel vor der Arbeitsgemeinschaft für Krebsbekämpfung in Nordrhein-Westfalen beschäftigte. Frau Scheel verkündete bei dieser Gelegenheit der staunenden Öffentlichkeit, daß sie ganze Berge von Briefen habe, in denen sich die Bürger der Bundesrepublik Deutschland darüber beschwerten, wie schlampig bei ihnen die Krebsvorsorgeuntersuchung durchgeführt worden sei. Sowohl die Bundesärztekammer wie die Kassenärztliche Bundesvereinigung haben Frau Scheel ihr erhebliches Erstaunen über diese Äußerung bekundet und erklärt, sie hät-

ten doch, wenn solche Briefe bei ihr eingingen, erwarten dürfen, daß sie diese Briefe dort zur Kenntnis bringt, wo man eingreifen kann, nämlich bei den Kassenärztlichen Vereinigungen. Tatsächlich, es ist ein mehr als merkwürdiges Vorgehen, wenn Frau Scheel diese Briefe sammelt, trotz laufender Kontakte, die mit ihr gepflegt werden, nichts darüber verlauten läßt und dann in einer öffentlichen Veranstaltung die Arbeit der Ärzte in dieser Weise abwertet. Damit hat sie uns und sich selber keinen Gefallen getan.

Hoffnung auf die neue Staatsregierung

Der neue Bayerische Landtag hat seine Arbeit aufgenommen, die neue Staatsregierung ist gebildet worden, die ersten Kontakte sind hergestellt. Ich habe den Eindruck, sie entwickeln sich außerordentlich gut. Der bayerische Sozialminister heißt weiterhin Pirkel, man hat ihm aber einen neuen Staatssekretär an die Seite gestellt, nämlich Herrn Dr. Rosenbauer; und wir hoffen, daß der neue Staatssekretär, von bisherigen sozialpolitischen Querelen und Schwierigkeiten unbelastet, dazu beitragen wird, die Verhältnisse im Dreieck Sozialministerium – RVO-Kassen – Kassenärztliche Vereinigung zu normalisieren. Im übrigen hoffen wir, daß sich die Verhältnisse entsprechend den Grundsätzen entwickeln, die der neue bayerische Ministerpräsident F. J. Strauß in seinem Grußwort nach St. Englmar aufgezeigt hat.

35-Stunden-Woche im Gesundheitswesen?

Abschließend noch ein Wort zu einer Materie, die eigentlich nicht ärztlich ist, aber die, wenn man sie näher betrachtet, uns Ärzten unter die Haut geht: Das ist der Streik in der Stahlindustrie, der Streik, der ja zum Ziel hat, die Arbeitszeit in einer sehr kurzen Frist auf 35 Stunden zu verkürzen bei vollem Lohnausgleich und fortlaufenden Tarifierhöhungen entsprechend der Preisentwicklung. Ich bin kein Industriefachmann, um beurteilen zu können, ob wir uns das in der Bundesrepublik Deutschland leisten können. Wir als Ärzte müssen uns jedoch über folgendes klar sein: Wenn es im Bereich der Stahlindustrie schließlich gelingt, die 35-

Stunden-Woche durchzukämpfen, ist eine Schleuse gebrochen. Daß wir zweierlei Arbeitnehmer haben werden oder Arbeitnehmer von zweierlei Recht, wird doch kein vernünftiger Mensch glauben. Das heißt also, wenn diese Schleuse gebrochen ist, wird die 35-Stunden-Woche in allen Bereichen kommen und damit auch im Dienstleistungsbereich, also bei den freien Berufen und ihren Angestellten. Allein die Ärzte beschäftigten bekanntlich 140 000 Arbeitnehmer, die wir aus unseren Honoraren, die schmaler werden, bezahlen auf der Basis einer 40-Stunden-Woche, obwohl sie dann auch nur noch 35 Stunden arbeiten werden. Wir können aber nicht rationalisieren, sondern wir benötigen die Arbeitskräfte über die volle Zeit. Folglich wird der praktizierende Arzt vor der Frage stehen, entweder seine Arbeitszeit und Sprechstundenzeit der Arbeitszeit seiner Mitarbeiter anzupassen oder weitere Mitarbeiter zu beschäftigen und seine Kosten auf diese Weise weiter zu erhöhen, was meines Erachtens bereits in den Bereich des Untragbaren hineinführt.

Aber wir werden nicht nur dadurch berührt. Werfen wir einen Blick auf die Krankenhäuser. Wenn die Arbeitszeit in den Krankenhäusern auf 35 Stunden verkürzt wird, bedeutet das, daß 15 Prozent mehr Arbeitskräfte im Krankenhaus beschäftigt werden müssen. Das heißt, daß mindestens 15 Prozent mehr Personalkosten anfallen, mit den Sozialleistungen und was alles dazu kommt wahrscheinlich 20 Prozent. Nachdem aber 75 Prozent der gesamten Pflegekosten Personalkosten sind, muß das zu einer sprunghaften Erhöhung der Pflegesätze führen, und damit wird wiederum die Krankenversicherung belastet. Damit sind wir auf diese Weise erneut die Leidtragenden der Entwicklung, mehrfach durch das getroffen, was hier im Gange ist.

Aber auch den Versicherten müssen die Konsequenzen verdeutlicht werden: Steigende Kosten der Krankenversicherung lassen sich letztlich nur durch steigende Beiträge decken. So wird das Mehr an Freizeit seinen Niederschlag auch in der Lohntüte finden.

Es wird so viel von Lebensqualität gesprochen. Vielleicht sind wir gar nicht so weit von der Zeit entfernt, wo man erkennt, daß auch die Arbeit zur Lebensqualität gehört.

„Praxisgemeinschaft – Gemeinschaftspraxis“ und „Gelenkleiden“ im Mittelpunkt

63. Augsburger Fortbildungskongreß für praktische Medizin vom 23. bis 25. März 1979

von A. Schretzenmayr

Der 63. Augsburger Ärztekongreß wird sich unter der Schirmherrschaft des Collegium Medicum Augustanum und dessen Vorsitzenden Professor A. Schretzenmayr in Vorträgen, Seminaren und Podiumsgesprächen am Samstag, 24. März 1979, mit einem modernen Grenzgebiet von Standespolitik, Technik und medizinischer Wissenschaft beschäftigen: EDV und Praxisrationalisierung (Dr. Mader, Nittendorf), moderne Praxisführung, ärztliche Berufsausübung in der Zukunft, Formen moderner ärztlicher Zusammenarbeit, Gemeinschaftspraxis, Praxisgemeinschaft, Laborgemeinschaft (Dr. Schwartz, Köln) und andere technische Schlagworte stehen auf dem Programm und sollen unter der Moderation von Dr. Klaus Hellmann, Augsburg, die Wege aufzeigen, die sowohl die praktische Medizin als auch die Ausbildung und Fortbildung des Arztes unter dem Druck der heutigen sozialen und industriellen Entwicklung beschreiten können oder müssen.

Es ist das erste Mal, daß in die Thematik eines bisher rein medizinisch-wissenschaftlich ausgerichteten Ärztekongresses solch harte, unromantische Forderungen und Facts des gnadenlosen Alltages eindringen – hoffentlich zum Vorteil für den Kranken und Gesunden sowie im Interesse einer rationellen Weiterentwicklung der praktischen Medizin.

Zusätzlich zu diesem standespolitisch aktuellen Themenkreis konzentriert sich das medizinisch-wissenschaftliche Programm auf die Diagnostik und Therapie der Gelenkerkrankungen, besonders auf den Hüftschmerz (Vorsitz: Professor Dr. Mohing, Augsburg) sowie auf „Veränderungen im Bereich des Kniegelenkes“ (Vorsitz: Professor Dr. Baumgartl, Augsburg).

Diese für alle Ärzte aktuellen Schwerpunktthemen, die wiederum Kongreßbesucher aus allen Bundeslän-

dern und den angrenzenden Ländern Österreich, Schweiz, Italien, Frankreich anziehen werden, finden bei den Augsburger und schwäbischen Ärzten deshalb besonderes Interesse, weil sich mit ihnen in Augsburg-Göggingen seit 1886 die Hessing-Anstalt beschäftigte, die als mechanisch-orthopädisches Sanatorium schon bald nach seiner Eröffnung durch den Orgelbauer Hessing spektakuläre Erfolge bei Hüft- und Kniegelenkleiden meldete, ein Heer von Patienten anzog, als „Heilanstalt für Kaiser und Könige“ viel Geld, viel internationale Gesellschaft, aufwendige Parkanlagen, umfangreiche Neubauten mit elegantem Ballsaal und palmengeschmückten Gesellschaftsräumen, sogar ein eigenes Theater und eine Privatkirche mit üppigen Schnitzereien im neugotischen Stil nach dem sonst so bescheidenen Göggingen brachte (Abb. 1 und 2).

Doch gehen wir zunächst zurück bis zum Beginn unserer wissenschaftlichen Medizin: es war der Begründer der Heilkunde selbst, Hippokrates (um 460 bis 377 v. Chr.), der die „spezifische“ Therapie der rheumatischen Gelenkerkrankungen, auch des Hüft- und Kniegelenkes erfand; er verordnete einen Aufguß aus Weidenrinde und entdeckte damit für die Gelenkerkrankungen die Salicyltherapie, die heute noch eine der wirksamsten Formen der Basisbehandlung dieser Leiden darstellt. Was seitdem in 2500 Jahren an antirheumatischen Medikamenten zum Salicyl, als Aspirin weltbekannt, hinzugekommen ist (Pyrazolon, Gold, Butazolidin, Amuno und Cortisonabkömmlinge), hat zu keinem neuen oder besseren Behandlungsprinzip der Gelenkleiden geführt; jedes neu erfundene „Rheumamittel“ hat, wie das Salicyl, gravierende Nebenwirkungen und Versagerquoten nach anfänglicher Begeisterung erkennen lassen. Erschreckende Vollbilder von Gelenkkrankheiten – wie etwa

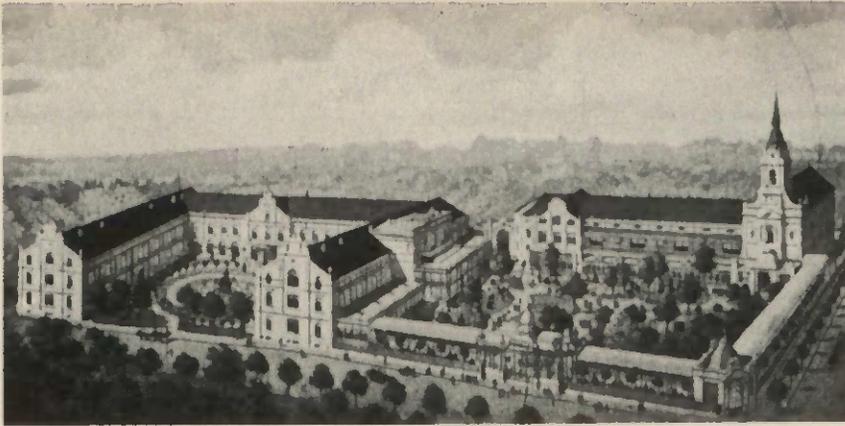


Abbildung 1
Hofrat Friedrich Hessing'sche orthopädische Heilanstalt Göggingen-Augsburg

in Abbildung 3 – sind zwar seltener geworden, kommen mit ihren Versteifungen, Fehlstellungen, Atrophien und anderen Folgekrankheiten aber immer noch vor.

Daß die von Hüft- und Kniegelenkbeschwerden geplagte Menschheit außer den fragwürdigen Tabletten, Einreibemitteln, Bädern und Moorpackungen auch andere Wege zur

Besserung, insbesondere zur Linderung des Schmerzes und der Bewegungsbeschränkung seit Jahrhunderten sucht, ist verständlich. Schon im Mittelalter und wahrscheinlich noch viel früher kommen diese hilflosen Gelenkkrüppel auf die Idee, zu mechanischen, selbsterdachten und meist selbstkonstruierten Hilfen zu greifen. Wir lernen diese grotesken Hilfsapparate für Fehlstellungen

der Gelenke auf Bildern und Zeichnungen mittelalterlicher Künstler (Hieronymus Bosch, Pieter Breughel, Hutchinson) in Form von Stöcken, Krücken, Handbänkchen, Knie-, Hand- und Fußstützen, fahrbaren Untersätzen und vielem anderen kennen. Mangels einer exakten Diagnostik der damaligen Zeit wurden in den Zeichnungen die Gelenkleiden, Lähmungsfolgen, Opfer des „Antoniusfeuers“, Amputationsfolgen usw. in einen Topf geworfen, die Mehrzahl der Opfer sind jedoch Knie- und Hüftleidende (Abb. 4 bis 8). Bei Betrachtung solcher Bilder überraschen uns Ärzte immer wieder der Einfallsreichtum der Konstruktionen und die Zähigkeit, mit der diese bewegungsunfähigen Kranken ihr Rheumaschicksal zu meistern suchen.

Verständlich wird so auch die Tatsache, daß sich in Lourdes und vielen anderen Zentren für Wunderheilungen ganze Arsenale voller Stöcke und Krücken ansammeln von Patienten, die wieder den Mut oder die Kraft zu Gehversuchen ohne Krücke

Curhaus-Theater in Göggingen bei Augsburg

Eintrittspreise.

1. Platz 1.00
2. Platz 0.75
3. Platz 0.50
4. Platz 0.25
5. Platz 0.10

Eintrittspreise.

1. Platz 1.00
2. Platz 0.75
3. Platz 0.50
4. Platz 0.25
5. Platz 0.10

verbunden mit großem Cur-Restaurant, Parkanlagen und täglichen Nachmittags-Concerten.

(Bei elektrischer Beleuchtung des Theaters und des Curparks.)

Explosions- Herr Friedrich Hessing. Musikdirektor: Carl de Carré.

Carré und Zeller-Geselle: Das tüchtigste Orchester unter Leitung des Herrn Generaldirectors Walter.

Personal-Verzeichnis.

<p>Regie:</p> <p>Herr Ernst Engelmann, 1. Regisseur. Herr Carl de Carré, 2. Regisseur. Herr Carl de Carré, 3. Regisseur. Herr Carl de Carré, 4. Regisseur. Herr Carl de Carré, 5. Regisseur.</p>	<p>Chor:</p> <p>Herr Carl de Carré, Chorleiter. Herr Carl de Carré, Chorleiter. Herr Carl de Carré, Chorleiter. Herr Carl de Carré, Chorleiter. Herr Carl de Carré, Chorleiter.</p>
---	--

Eröffnung der Bühne Sonntag den 8. Mai. 1887

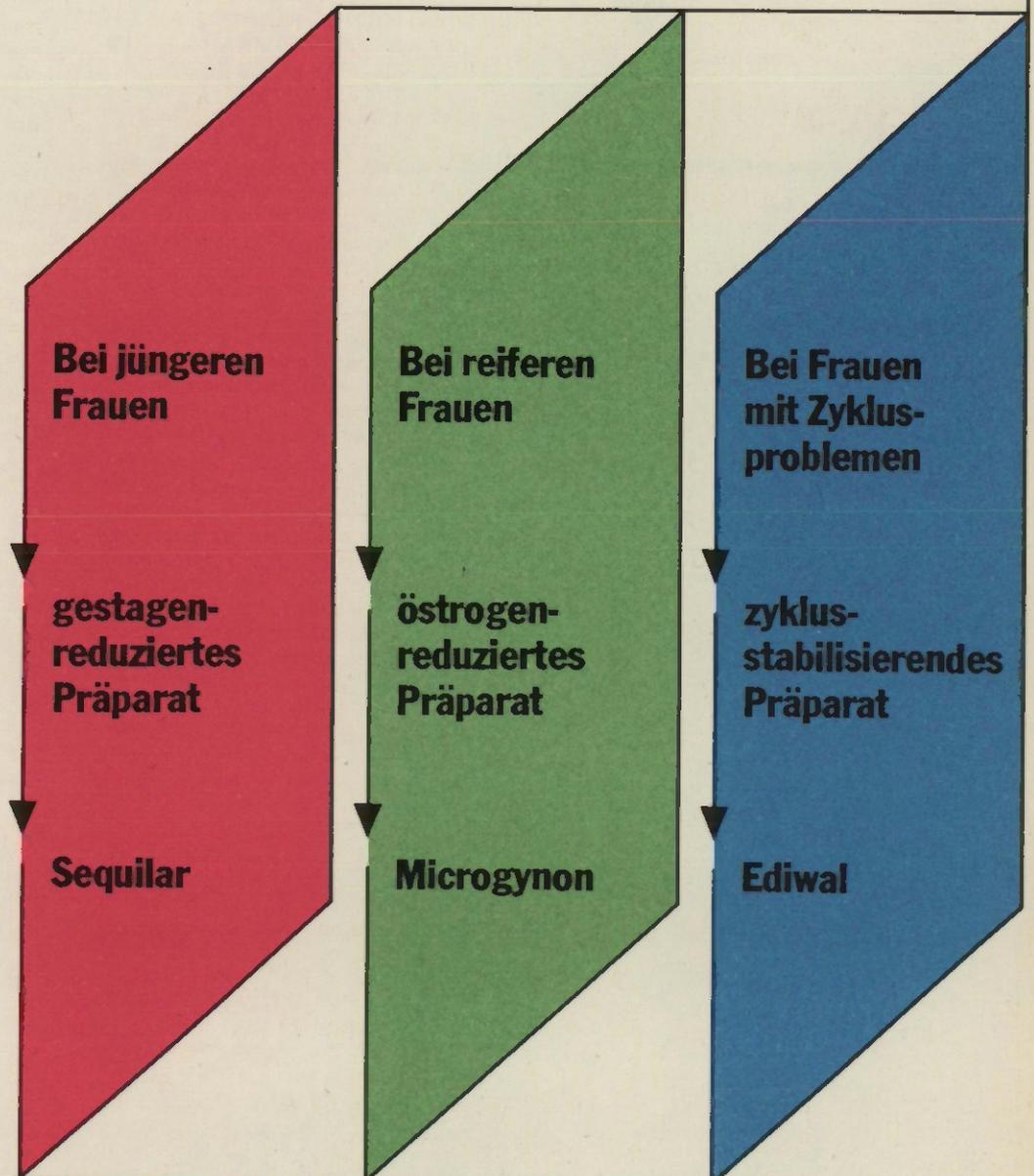


Abbildung 2
Anstaltskirche mit üppiger Ausstattung in neugotischem Stil

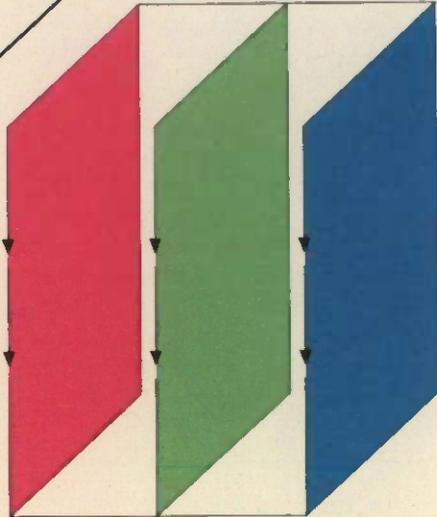
Schering-Kontrazeptiva-System für die praxisgerechte Verordnung

Sequilar
Microgynon
Ediwal

... immer gleich
die richtige Pille



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 Levonorgestrel und 0,03 mg Ethinylestradiol. Microgynon 28 enthält in der Kalenderpackung zusätzlich 7 wirkstofffreie Dragees. 1 Packung Ediwal® 21 enthält 21 Dragees zu je 0,125 mg Levonorgestrel und 0,05 mg Ethinylestradiol. 1 Packung Sequilar® 21 enthält 11 weiße Dragees zu je 0,05 mg Levonorgestrel und 0,05 mg Ethinylestradiol sowie 10 orangenfarbige Dragees zu je 0,125 mg Levonorgestrel und 0,05 mg Ethinylestradiol. Sequilar 28 enthält in der Kalenderpackung zusätzlich 7 wirkstofffreie Dragees.

Anwendungsgebiete: Konzeptionsverhütung. **Gegenanzeigen:** Wie bei allen hormonalen Kontrazeptiva vom Typ der Gestagen-Östrogen-Kombinationen: schwere Leberfunktionsstörungen; idiopathischer Schwangerschaftsikerus oder schwerer Schwangerschaftspruritus in der Anamnese, Dubin-Johnson- und Rotor-Syndrom, vorausgegangene oder bestehende thromboembolische Prozesse, Sichelzellenanämie, Mamma- oder Korpuskarzinom (auch nach Behandlung), Fettstoffwechselstörungen; Herpes gestationis in der Anamnese, Otosklerose mit Verschlechterung in vorangegangenen Schwangerschaften. **Nebenwirkungen:** Vereinzelt Spannungsgefühl in den Brüsten, Magenbeschwerden, Übelkeit, Kopfschmerzen, Beeinflussung des Körpergewichts und der Libido, depressive Verstimmungen, Chloasma, Zwischenblutungen. Gründe für das sofortige Absetzen: erstmaliges Auftreten migräneartiger oder häufigeres Auftreten ungewohnt starker Kopfschmerzen, akute Sehstörungen jeder Art, erste Anzeichen von Thrombophlebitiden oder thromboembolischen Erscheinungen sowie geplante Operationen (6 Wochen vorher) und längere Immobilisation (z. B. nach Unfällen), Auftreten von Ikterus, stärkerer Blutdruckanstieg, Schwangerschaft. **Packungen und Preise** lt. AT.: Microgynon 21 · 1 x 21 Dragees DM 8,25 · 3 x 21 Dragees DM 22,61 · 6 x 21 Dragees DM 39,38 · Microgynon 28 · 1 x 28 Dragees DM 8,58 · 3 x 28 Dragees DM 23,54 · 6 x 28 Dragees DM 40,41 · Ediwal 21 · 1 x 21 Dragees DM 9,27 · 3 x 21 Dragees DM 25,24 · 6 x 21 Dragees DM 42,57 · Sequilar 21 · 1 x 21 Dragees DM 8,49 · 3 x 21 Dragees DM 23,25 · 6 x 21 Dragees DM 40,04 · Sequilar 28 · 1 x 28 Dragees DM 8,81 · 3 x 28 Dragees DM 24,19 · 6 x 28 Dragees DM 41,17

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.

Wechselwirkungen: Wirkungsminde- rung durch Leberenzyminduktion 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 4. Auflage vom September 1978), u. a. zu folgenden Themen: Notwendigkeit gynäkologischer Kontrolluntersuchungen, Einfluß auf die Scheidenflora, Beeinflussung der Leberfunktion, Thromboserisiko unter der Anwendung, Möglichkeit einer geringen androgenen Restwirkung, zur Problematik möglicher teratogener Wirkungen, Wirkung auf Nebennieren- rinden- und Schilddrüsenfunktion, Einfluß auf klinisch-chemische Normal- werte, Stoffwechselfunktion und Blut- druck, Krankheiten, die sich wie in der Schwangerschaft verschlimmern können (Otosklerose, multiple Sklerose, Epilepsie, Porphyrie, Tetanie).

Dezember 78 ©

SCHERING AG BERLIN/BERGKAMEN



Abbildung 3
Hutchinson (1878) exsudative Form des chronischen Gelenkrheumatismus



Abbildung 5
Florentiner Kupferstich (15. Jh.): Armstützen und Krücken bei gehunfähigen Gelenkkranken

gefunden haben; verständlich wird so auch der Riesenerfolg, als sich 1868 ein Orgelbauer, d. h. ein handwerklich-mechanisch geschulter Nichtarzt (Friedrich Helsing), der Konstruktion solcher mechanischer Hilfsmittel zuwendet und durch die

Erfindung des „Schienen-Hülsen-Apparates“ (Abb. 9 und 10) mit einem Schlag fast alle Bewegungsprobleme einer Welt von „Rheuma“-Siechen löst. Eine riesige Gemeinde fanatischer Patienten aus allen Ländern diesselts und jenseits des

Ozeans huldigt dem nicht-ärztlichen Phänomen Helsing, der im übrigen auf die Ärzte nicht gut zu sprechen ist, obwohl seine orthopädisch-mechanischen Verdienste gerade von der Ärzteschaft und auch von der offiziellen Deutschen orthopädi-



Abbildung 4
Hieronymus Bosch, Ausschnitt: Orthopädische Armstützen bei Gehunfähigkeit infolge Fehlstellungen in Hüft-, Knie- und Fußgelenken

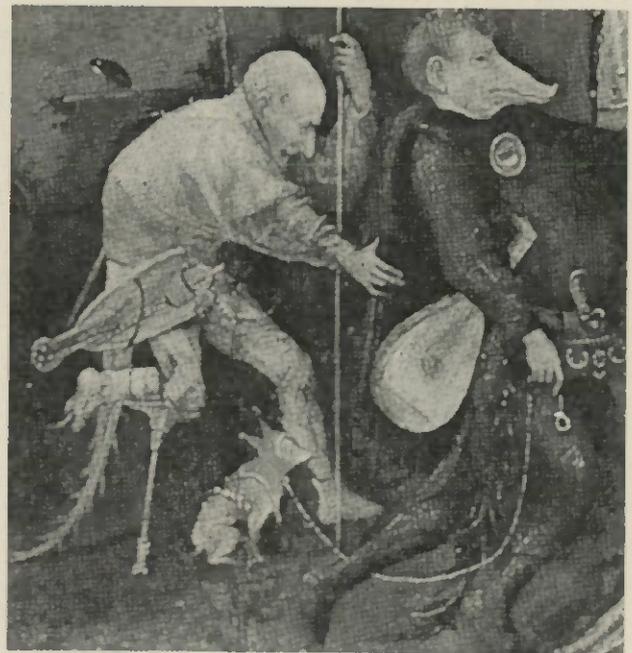


Abbildung 6
Hieronymus Bosch: Ausschnitt: Holzprothese, um die Gehfähigkeit bei rechtwinklig versteiftem Kniegelenk zu erhalten

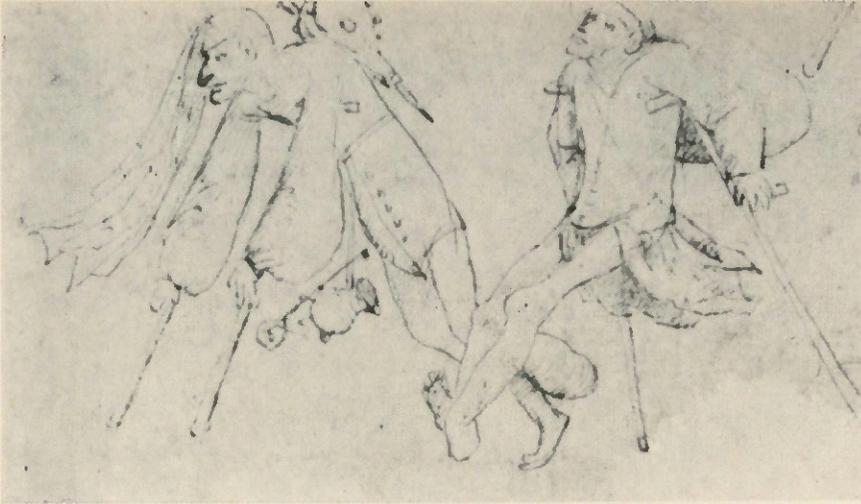


Abbildung 7
Hieronymus Bosch (Ausschnitt): Achselkrücken und Handstöcke bei Knie- und Hüftgelenkversteifungen

schen Gesellschaft stets gewürdigt wurden. Eine Liste der klingenden Namen und Titel von Hessing-Patienten aus den Palästen der Fürsten, des Hochadels und des Geldadels dieser Welt sowie aus den Hochburgen des politischen, religiösen, kulturellen und militärischen Lebens dieser Erde würde den Rahmen meines Berichtes sprengen.

Die „Schulmedizin“ hatte damals, in den Jahrzehnten vor und nach der Jahrhundertwende, in der Tet nichts Gleichwertiges dem bewegungsbehinderten Siechen anzubieten; es war damals sicher keine Übertreibung oder gar Scharlatanerie und Bauernfängerei, wenn der Prospekt der „Hofrat Friedrich Hessing'schen orthopädischen Anstalt Göggingen-Augsburg“ auf der ersten Seite stolz



Abbildung 8
Hieronymus Bosch (Ausschnitt): Knieunterlage aus Holz, Stock und Krücke bei rechtwinklig versteiften Kniegelenken

verkündet, der Schienenhülsenapparat Hessings erreiche sofort und schmerzlos auf mechanischem Weg das, was „der Chirurg und chirurgische Orthopäde durch Operationen, wie Durchschneidung oder Verpflanzung von Sehnen, Durchmeiselselung von Knochen usw., anstrebt“.

Es sollten viele Jahrzehnte vergehen und mancher Irrweg sich erfolglos erweisen, bis durch die Erfindung der Hüft-Endoprothese und später durch ähnliche orthopädisch-operative Maßnahmen am Kniegelenk ein dem Schienenhülsenapparat weit überlegenes chirurgisches Verfahren entwickelt wird, das in einem sehr hohen Prozentsatz dem bewegungsbeschränkten, schmerzgeplagten Hüft- und Kniegelenkkranken ein normales oder fast normales Leben bei voller Lebensqualität beschert. Gerade heute, wo infolge der Zunahme der Lebenserwartung die Hüft- und Kniegelenkversteifung zu den verbreitetsten geriatrischen Erkrankungen zählt, wird die Endoprothese von den Betroffenen als Wunder empfunden und gepriesen, ein ähnlicher Vorgang wie vor ein bis zwei Generationen, als der heute vergessene Schienenhülsenapparat Anlaß zu übersteigertem Bewunderung und Idealisierung des Orgelbauers Hessing führte, an den heute nur der Name Hessing-Klinik in Göggingen erinnert.

Natürlich sind mit der Erfindung der Endoprothese die Probleme viel komplizierter geworden; den Schienenhülsenapparat konnte man ohne große Voruntersuchungen jedem Gehbeschränkten anlegen. Anders

bei den Endoprothesen; eine subtile Diagnostik und Differentialdiagnostik ist die Voraussetzung für ein Gelingen der Operation; durchaus nicht jedes kranke Hüft- oder Kniegelenk ist für die Endoprothese geeignet. Die Schwierigkeiten kann man schon aus der großen Zahl der Referate und aus ihren Titelformulierungen ablesen. Professor Otte, Mainz: „Grundlagen des Hüftschmerzes“; Professor Puhl, Heidelberg: „Hüftschmerz im Kindesalter“; Dr. Albrecht, Oberammergau: „Differentialdiagnose Koxarthrose – Koxitis“; Dr. Thiemel, Augsburg: „Pathologische Frakturen“; Dr. Schmidt, Bad Nauheim: „Konservative Behandlung der Schmerzzustände im Hüftgelenksbereich“; Professor Rütther, Heidelberg: „Operative Behandlungsmöglichkeiten einschließlich der Alternative zum konventionellen Hüftgelenkersatz“; Dr.

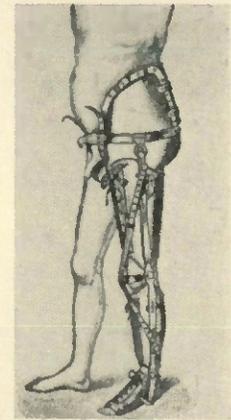


Abbildung 9
Schienenhülsenapparat mit Hüftbügel nach Hessing

Gradl, Augsburg: „Hüftgelenkprothetik unter besonderer Indikation (Keramikprothese)“; Professor Baumgartl, Augsburg: „Das Femoropatellargelenk und seine klinische Bedeutung“; Professor Weller, Tübingen: „Bänderverletzungen im Kniegelenk (Entstehung, Diagnostik, Therapie, Ergebnisse)“; Professor Rehn, Bochum: „Meniskuszerreißen und -erkrankungen (Entstehung, Diagnostik, Differentialdiagnostik, Therapie)“; Professor Probst, Murnau: „Brüche der am Kniegelenk beteiligten Knochen (Entstehung, Diagnostik, konservative und operative Therapie)“; Professor Mohing, Augsburg: „Rheumatische Erkrankungen des Kniegelenkes (Klinik, Diagnostik, Therapie)“.



Der Langzeit- Husten- Blocker

Rascher Wirkungseintritt.
Lang anhaltende Wirkdauer.
Gute Verträglichkeit.
Saft und Kapseln.

Paracodin[®]

stoppt Husten
schnell und anhaltend

neu! **retard**

Zusammensetzung: 5 ml Saft (= ca. 1 Teelöffel) enthalten 11,1 mg Dihydrocodein, gebunden an 44,45–55,55 mg Kationenaustauscher Polystyrol-divinylbenzol-sulfonsäure. 1 Kapsel enthält 20 mg Dihydrocodein, gebunden an 90–120 mg Kationenaustauscher Polystyrol-divinylbenzol-sulfonsäure, und 5 mg Dihydrocodeinhydrogentartrat. **Indikationen:** Husten und Hustenreiz jeder Art, insbesondere auch bei entzündlichen Affektionen der Atemwege, wie z. B. Pharyngitis, Laryngitis, Tracheitis, Bronchitis, Pertussis sowie Husten bei Emphysem und Lungentuberkulose. **Kontraindikationen:** Krankheitszustände, bei denen eine Dämpfung des Atemzentrums vermieden werden muß; Langzeitverabreichung bei chronischer Obstipation. In den ersten 3 Monaten einer Schwangerschaft ist die Verordnung von Paracodin retard – entsprechend den heutigen Auffassungen über den Arzneimittelgebrauch durch werdende Mutter – kritisch abzuwägen. **Nebenwirkungen:** Paracodin retard kann zu Obstipation führen. **Dosierung und Anwendungsweise:** Saft: Kleinkinder nehmen 1/2–1 Teelöffel, ältere Kinder 2 Teelöffel, Erwachsene 1 Eßlöffel voll, jeweils morgens und abends ein. Kapseln: Erwachsene und Kinder ab 12 Jahren nehmen 1 Kapsel morgens und abends ein. In Paracodin retard Saft liegt der Wirkstoff Dihydrocodein, gebunden an Kationenaustauscher, in suspendierter Form vor. Nach längerem Stehen bildet sich ein klarer Überstand. Durch kurzes Schüttein vor dem Gebrauch wird wieder eine gleichmäßige Wirkstoffverteilung erreicht. **Zur besonderen Beachtung!** Paracodin retard Saft ist für Säuglinge bis zu 1 Jahr und Paracodin retard Kapseln sind für Kinder unter 12 Jahren nicht geeignet. Paracodin retard kann auch bei bestimmungsgemäßem Gebrauch das Reaktionsvermögen so weit verändern, daß die Fähigkeit zur aktiven Teilnahme am Straßenverkehr oder zum Bedienen von Maschinen beeinträchtigt wird; dies gilt im verstärkten Maße im Zusammenhang mit Alkohol. Für Diabetiker sei erwähnt, daß 5 ml (= ca. 1 Teelöffel) Paracodin retard Saft 336 Milligramm Zucker enthalten; dies entspricht ca. 1,4 kcal bzw. 6 Joule. Paracodin retard steht aber auch zuckerfrei in Kapselform zur Verfügung. **Handelsformen:** Originalpackung 100 g Saft 7,96 DM, Originalpackung 10 Kapseln 7,96 DM, Originalpackung 20 Kapseln 14,58 DM.



KNOLL AG 6700 Ludwigshafen

Weitgehende Spezialisierung, aufwendige Differentialdiagnostik und eine Klaviatur von operativen und nicht-operativen Maßnahmen sind also notwendig, um beim Hüft- und Kniegelenk zu einem therapeutischen Erfolg zu kommen.

Diese Tatsache führt uns wieder zurück zu den eingangs berichteten standespolitischen Problemen der praktischen Medizin und der ärztlichen Fortbildung im Zeitalter der Wissenslawine und der Rationalisierung: Ist die bisherige, „alte“ Konzeption der ärztlichen Fortbildung, die dem Arzt immer noch mehr Wissen und noch mehr Lernen aufbürdet und abverlangt, in Zukunft überhaupt in der Lage, noch mehr Lernstoff in die Hirne der schon längst überforderten Ärzte hineinzupressen? Sind Schlagworte wie Praxisrationalisierung („mehr Zeit für die Fortbildung“), Gemeinschaftspraxis („zwei wissen mehr als einer“) doch nur Scheinlösungen des Problems der Wissenslawine, die mit zunehmender Geschwindigkeit auf die ärztliche Praxis und die ärztliche Fortbildung zurollt?

Die mit der „alten“ Konzeption der ärztlichen Fortbildung Unzufriedenen haben nun in den letzten Jahren „Akademien für ärztliche Fortbildung“ in den meisten Bundesländern bzw. deren Ärztekammerbereichen gegründet mit dem laut verkündeten Ziel, durch spezielle Lern- und Anreizprogramme die Fortbildungsthematik qualitativ zu verbes-

sern und vor allem die Zahl der fortbildungssuchenden Ärzte drastisch zu erhöhen. Man hat den Akademien anfangs reichlich Vorschußlorbeeren erteilt, obwohl jedem Kenner der Materie klar sein mußte, daß die von den Akademien praktizierten Lernprogramme gerade auch wieder „mehr Lernen und nochmals mehr Lernen“ erfordern. Eine statistisch nachprüfbare Zunahme der fortbildungssuchenden Ärzte als Folge der Akademiegründungen ist bisher nicht publiziert worden!

Wenn es unter den Akademievertefchern zwar noch Optimisten gibt, die den ausgebliebenen Umschwung für die allernächste Zeit prophezeien, so dürfte sich in der deutschen Ärzteschaft schon bald die Einsicht und das Eingeständnis durchsetzen, daß die Fortbildungsakademien ihr Ziel nicht erreicht haben: Weder qualitativ noch quantitativ ist eine Steigerung der Fortbildungsleistungen nachweisbar, das Problem der „Wissenslawine in der Medizin“ ist ungelöst geblieben!

Das Fazit daraus: Wir müssen die Konzeption der ärztlichen Fortbildung von Grund aus umstellen. Statt des „immer noch mehr Lernens“ heißt die neue Konzeption: „Abrufen, was abrufbar ist.“

Der Lernstoff soll sich auf das notwendige Basiswissen des Allgemein- und Facharztes, seine Ergänzung und Erneuerung konzentrieren; die Details der Wissenslawine jedoch, die für die Praxis ebenso wich-

tig, für die memnotechnische Bewältigung aber zu umfangreich sind, sollen dem Arzt im Augenblick des Bedarfes, z. B. während der Sprechstunde, am Krankenbett, durch modernen technischen Einsatz, durch „Abruf“ zur Verfügung gestellt werden! Schon heute muß der behandelnde Arzt im Moment des Bedarfes, beim Rezeptschreiben gewisse Details der Dosierung, der Wirkung und „Nebenwirkung“ oder bei der Therapie die Listen der differentialdiagnostischen und differentialtherapeutischen Alternativen in seinen Büchern oder Notizen mühsam herausuchen. Viel schneller und sicherer kann der Arzt solche sowie viele andere Details der Wissenslawine mit Hilfe der jetzt aufkommenden und teilweise schon bestehenden „Telekommunikations“-Möglichkeiten abrufen und in sein diagnostisch-therapeutisches Handeln einbauen. Das hat nichts mit „Computer-Diagnostik“ zu tun, deren Ineffektivität in der ärztlichen Praxis ja bekannt ist. Bei der Nutzung des Mediums „Telekommunikation“ bleibt der Arzt der Diagnostiker und Therapeut, das „Medium“ bleibt sein Diener, ein allerdings sehr kompetenter, stets neuorientierter Helfer.

Die zur Zeit oder in naher Zukunft angebotenen neuen Möglichkeiten der Telekommunikation (Fernsprechnet mit Zusatzgeräten, Fernschreibnetz, Individualkabeltext, Individualkabelbild) erlauben es, lokal und bundesweit

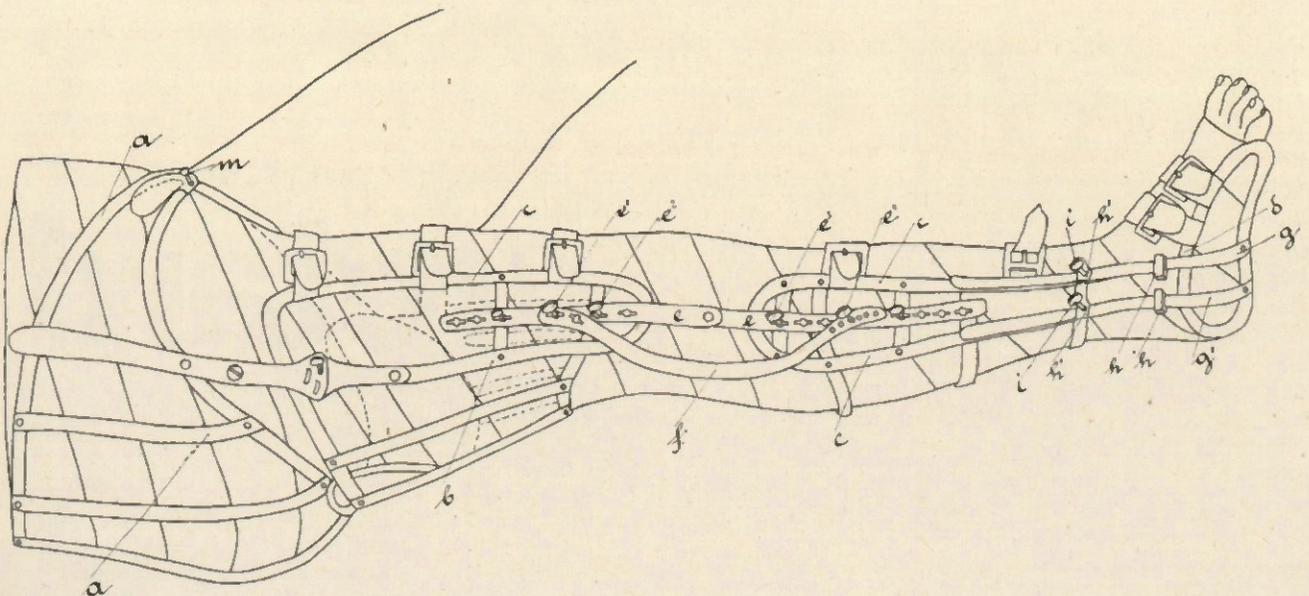


Abbildung 10
Konstruktionszeichnung des Schienenhülsenapparates zur Patentschrift Nr. 59 914

1. medizinische und standespolitische Text-/Bildinformationen, auch vertrauliche Informationen, auch als „Faksimilezeitung“, sowie volle medizinische Fernsehprogramme (Fortbildungsprogramme) zu vermitteln,

2. die individualisierte Abrufung von Text-/Bildinformationen über jedes Detail der medizinischen Wissenslawine und über jede in der ärztlichen Praxis auftretende Frage sofort auf den Bildschirm des Sprechzimmer-Schreibtisches oder des Unfallwagens vorzunehmen,

3. auch Dialogformen, z. B. ein ärztliches Tele-Konsilium, zu organisieren,

4. bei Verwendung des Kabelfernsehens dem ärztlichen Teilnehmer auch die gesamte, fast unausschöpfbare Variationsbreite dieser Telekommunikationsform auf dem Gebiet der regionalen, überregionalen und internationalen Fernseh- und Hörfunkprogramme (Bildung, Theater, Konzert, Bibliotheksdienste, Nachrichten, Auftragsdienste, Unterhaltung usw.) zur Verfügung zu stellen.

Der für ein solches Projekt notwendige Aufbau eines „Informations- und Dokumentationsprogrammes für den Bereich Medizin“ wird dadurch erleichtert, daß viele technische Voraussetzungen, z. B. auch das Problem des „Umladens“ des gewünschten Speicherinhaltes auf den Kanal des abrufenden Teilnehmers, heute gelöst sind und daß gerade in der Medizin eine große Anzahl von brauchbaren Datenspeichern bereits vorhanden ist.

Ein Pilotprojekt (Modellversuch) mit dem Auftrag, die für die ärztliche Fortbildung und für die spezifischen Belange der ärztlichen Praxis am besten geeignete Telekommunikationsform ausfindig zu machen und ihre finanziellen, personellen und organisatorischen Erfordernisse zu berechnen, wird uns in der Effektivierung der ärztlichen Fortbildung sowie in der Rationalisierung der spezifischen Praxisprobleme große Schritte weiter bringen. Die Vorarbeiten zu diesem umwälzenden Pilotprojekt müssen schon heute beginnen.

Anschrift des Verfassers:

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

Zur derzeitigen Situation der Gesetzgebung bei der Organentnahme

von W. Weibauer

Die Bundesregierung hat nach mehrjährigen Vorbereitungsarbeiten und intensiven Vorberatungen mit Sachverständigengremien den Entwurf eines Transplantationsgesetzes verabschiedet und dem Bundesrat zur Stellungnahme zugeleitet.

1. Inhalt

Seinem Inhalt nach beschränkt sich der Entwurf auf die Regelung der Entnahme von Körperteilen Verstorbener einschließlich des Blutes zum Zweck der sofortigen oder späteren Transplantation oder zum Anschluß an den Kreislauf eines Menschen.

Nicht angesprochen wird in dem Entwurf die Entnahme von Körperteilen bei lebenden Spendern und nicht die rechtliche Situation des Empfängers. Insoweit gelten die von der Rechtsprechung zum Heileingriff entwickelten Grundsätze über die Einwilligung und Aufklärung teils sinngemäß und teils unmittelbar. Ein Bedürfnis nach gesetzlicher Regelung wird insoweit offenbar auch von keiner Seite geltend gemacht.

Nicht berücksichtigt ist in dem Entwurf die Forderung, zugleich mit der Organentnahme die Sektionsproblematik zu regeln (so die 44. Justizministerkonferenz, gegenteiliger Auffassung aber die 40. Gesundheitsministerkonferenz). Die Sachlogik spricht meines Erachtens für eine gemeinsame Regelung, die praktischen Bedürfnisse für die Vorabregelung der Transplantationsproblematik, die als dringlich gelten darf.

2. Problematik

Mit dem Anspruch des Lebenden auf die bestmögliche medizinische Versorgung kollidiert das Persönlichkeitsrecht des Verstorbenen und seiner Angehörigen, daß auch nach dem Tode nicht ohne zwingende Gründe in die Totenruhe eingegriffen wird.

Bei der Interessenabwägung verdienen die des Lebenden den Vorrang, wenn er auf die Organe zur Lebensrettung oder Lebensverlängerung angewiesen ist. Soweit die Voraussetzungen des rechtfertigenden Notstandes gegeben sind (§ 34 StGB), also etwa wenn nur die Organentnahme beim eben verstorbenen Zimmernachbarn den Patienten retten kann, bedarf es keiner speziellen gesetzlichen Regelung; diese Fälle läßt der Gesetzentwurf im Ergebnis unberührt.

Keine rechtliche Grundlage gibt es dagegen zur Zeit für die Organentnahme auf „Vorrat“. Diese – im gesundheitspolitischen Interesse erwünschte – Grundlage will der Entwurf schaffen.

3. Die Einwilligungs- oder Widerspruchslösung

Zur Diskussion standen bei den Vorberatungen zwei Lösungen, nämlich die Einwilligungs- und die Widerspruchslösung. Die erstere fordert die positive Einverständniserklärung des Verstorbenen oder seiner Angehörigen, die letztere unterstellt das Einverständnis, wenn der Verstorbene oder seine Angehörigen der Organentnahme nicht widersprochen haben.

3.1

Der vom Bundeskabinett verabschiedete Entwurf geht rechtstechnisch in § 2 Abs. 1 von der Einwilligungs-lösung aus. Zu den Voraussetzungen für die Zulässigkeit des Eingriffs gehört nach Nr. 4, daß der Verstorbene eingewilligt hat.

3.2

Im Ergebnis regelt aber Absatz 1 nur einen Ausnahmefall, der jedenfalls heute kaum praktische Bedeutung haben dürfte. Sollen nämlich nur einzelne Körperteile oder eine begrenzte Menge Blut entnommen werden, so gelten die erleichterten Voraussetzungen des § 2 Abs. 2.

Dann soll nicht die Einwilligung des Verstorbenen erforderlich sein, sondern die Organentnahme schon zulässig sein, wenn dem Arzt ein entgegenstehender Wille des Verstorbenen nicht bekanntgeworden ist und der Arzt sich vergewissert hat, daß dem nach dem Inkrafttreten des Gesetzes ausgestellten Personalausweis kein Widerspruch zu entnehmen ist.

Als „flankierende Maßnahme“ soll das Gesetz über Personalausweise dahin ergänzt werden, daß jede Person, die die Ausstellung oder Verlängerung eines Personalausweises beantragt, darauf hinzuweisen ist, daß sie die Eintragung eines Widerspruchs gegen die Organentnahme verlangen kann. Soweit der Verstorbene noch keinen neuen oder nach dem Stichtag verlängerten Ausweis besitzt, ist der Eingriff zulässig, wenn der gesetzliche Vertreter oder einer der nächsten Angehörigen in die Organentnahme einwilligt. Da der Personalausweis alle fünf Jahre verlängert werden muß, läuft diese Übergangsregelung rasch aus.

3.3

Im rechtlichen Ergebnis kommt die vom Entwurf für den Regelfall vorgesehene Widerspruchslösung der Einwilligungslösung nahe. Der Patient, der bei der Ausstellung oder Verlängerung des Personalausweises ausdrücklich gefragt wird, ob er widersprechen will, wird damit – ähnlich bei der Einwilligungslösung – vor die Wahl gestellt, sich für oder gegen den Eingriff zu entscheiden. Zweifelhaft kann auch sein, ob sich durch einen Wechsel zur Einwilligungslösung die Zahl der Spender wesentlich verringern würde; wer auf ausdrückliche Frage keinen Widerspruch gegen die Organentnahme eintragen läßt, wird im allgemeinen auch zu einer positiven Entscheidung, also zur Eintragung des Einwilligungsvermerks bereit sein. Die Unterschiede zwischen den beiden Lösungen liegen sonach wohl weniger in den verfassungsrechtlichen und gesundheitspolitischen Aspekten als im psychologischen Bereich und im Verständnis der Beziehungen zwischen Staat und mündigem Bürger.

Sollte im Gesetzgebungsverfahren die Mehrheit der Einwilligungslösung zuneigen, so reichen wegen der deutlichen Annäherung der beiden Konzepte relativ kleine geset-

zestechnische Änderungen des Regierungsentwurfs aus, um statt der Widerspruchs- die Einwilligungslösung zu realisieren.

3.4

Nicht genügen soll es, wenn die Einwilligung des Verstorbenen durch die Anerkennung von Aufnahme- und Vertragsbedingungen erklärt worden ist.

Hat der Verstorbene im Zeitpunkt des Todes das 16. Lebensjahr noch nicht vollendet oder war er bereits vor der zum Tode führenden Beeinträchtigung seines Gesundheitszustandes unfähig, die Einwilligung wirksam zu erklären, so soll die Organentnahme zulässig sein, wenn der gesetzliche Vertreter durch einen Arzt von dem beabsichtigten Eingriff unterrichtet wurde und ihm gegenüber dem Eingriff nicht widersprochen hat.

4. Weitere Voraussetzungen für die Zulässigkeit des Eingriffs

Neben der Einwilligung bzw. dem fehlenden Widerspruch macht der Entwurf die Organentnahme von einer Reihe weiterer Voraussetzungen abhängig, nämlich:

4.1

der Eingriff muß angezeigt sein, um Leben zu erhalten oder Krankheiten zu behandeln. Damit wird aber nicht gefordert, daß das Organ für einen bestimmten Empfänger benötigt wird;

4.2

der Eingriff muß von einem Arzt oder unter Leitung eines Arztes vorgenommen werden;

4.3

seit dem Stillstand des Kreislaufes des Verstorbenen müssen mehr als drei Stunden verstrichen sein. Ein förmliches Todesfeststellungsverfahren muß hier nicht vorausgehen. Auch hier wird aber der Regelfall eher die Ausnahme sein, weil wohl nur die Augenhornhaut und die Gehörknöchelchen nach einer so langen Unterbrechung der Durchblutung noch voll für die Transplantation verwendbar sind. Im übrigen muß der Grundsatz gelten, daß alle Entnahmen möglichst rasch nach Eintritt des Todes erfolgen sollen. § 2 Abs. 3 des Entwurfs läßt den

Eingriff deshalb auch vor Ablauf der drei Stunden zu, wenn dem Arzt vor Beginn des Eingriffs eine Bescheinigung vorgelegen hat, in der zwei an dem Eingriff nicht beteiligte Ärzte den Tod unter Aufführung der ihrer Feststellung zugrunde liegenden Tatsachen bestätigt haben.

4.3.1

Der Entwurf begnügt sich also auch insoweit mit einer formalen Absicherung der Todesfeststellung, ohne den Versuch zu machen, den Tod und den Todeszeitpunkt selbst zu definieren. Die Entwurfsbegründung geht davon aus, daß als maßgeblicher Zeitpunkt heute allgemein der Eintritt des Gehirntodes angesehen wird, der beim Irreversiblen Verlust aller Funktionen von Hirnrinde und Hirnstamm gegeben sein soll.

Dieser Ausgangspunkt des Entwurfs entspricht dem Stand der Diskussion zwischen Medizin und Strafrechtswissenschaft, während die Zivilrechtswissenschaft sich insoweit noch kaum an der Diskussion beteiligt hat. Kurz zur Rechtslage:

Weder im BGB noch im StGB ist der Tod definiert. Die Verfasser des BGB verstanden ihn als konsekutiven Begriff, der sich am allgemeinen Sprachgebrauch orientiert. Sie gingen davon aus, daß der Tod durch die Beendigung des Kreislaufes eintritt.

Durch vertiefte Erkenntnisse in die physiologischen Zusammenhänge und die praktischen Erfolge mit der Akut- und Langzeitreanimation hat sich das Hirn als das repräsentative Organ erwiesen. Der Organtod des Hirns tritt bei komplettem Sauerstoffmangel bereits vor dem Herztod ein. Das Hirn darf als Organ gelten, dessen irreversibler Funktionsausfall auch die Desintegration aller übrigen vitalen Funktionen zur Folge hat.

Der Schritt vom bisherigen zum neuen Todesbegriff ist deshalb nicht so weit, wie es zunächst scheinen könnte, weil wir auch bisher nicht etwa vom Totaltod, sondern vom Partialtod als Tod im Rechtssinne ausgingen. Für die Medizin ist dieser Schritt von doppelter Bedeutung: Der Hirntod markiert nun die Grenze, an der der Patient nicht mehr Objekt einer Tötungshandlung sein kann; vom Eintritt des Hirntodes ab macht sich der Arzt nicht mehr we-

TENORMIN[®] 100

DER HYPERTONIEBLOCKER

MIT LANGZEITWIRKUNG

1 X 1 TABLETTE TÄGLICH
FÜR IHRE NEUEN HYPERTONIKER

EINFACH:

Leicht zu merken
Leicht zu tun
Eine Tablette am Tag

ÜBERZEUGEND:

Schonende Blutdrucksenkung bei 84 %
aller Hypertoniker um 31/22 mm Hg im Mittel
Senkung des Infarkt-Risikos*

ALLTAGSTAUGLICH:

Blutdruckkontrolle rund um die Uhr
Nebenwirkungsrate auf Placebo-Niveau
Keine Sedierung

Indikation:

Hypertonie.
Dosierung: 1 x täglich 1 Tablette zu 100 mg. Bei nicht ausreichendem blutdrucksenkendem Effekt empfiehlt sich die zusätzliche Gabe eines Saluretikums wie z. B. Sinesain[®].

Kontraindikationen: AV-Block 2. und 3. Grades, nicht kompensierte Herzinsuffizienz und Bradykardie (Ruhepuls vor Behandlung unter 55 Schläge/Min.).

Hinweise: TENORMIN 100 ist ein ausgeprägt kardioselektiver Beta-Rezeptorenblocker. Der Einfluß auf Atemwegwiderstand und Blutzuckerspiegel ist gering. Trotzdem wird bei Patienten mit obstruktiven Atemwegserkrankungen Vorsicht empfohlen. Eventuelle Bronchospasmen können durch Bronchodilatoren rasch aufgehoben werden. Bei Diabetikern kann unter Umständen



ICI-Pharma Arzneimittelwerk Plankstadt

eine Anpassung der Diabetesbehandlung notwendig sein. Bei Patienten mit eingeschränkter Nierenfunktion wird Dosisanpassung empfohlen. Die Behandlung mit TENORMIN 100 nicht abrupt abbrechen! Bei Schwangerschaft wird die übliche Vorsicht empfohlen.

Nebenwirkungen: Vereinzelt Kältegefühl in den Extremitäten, Muskelermüdung, Bradykardie, selten Schlafstörungen. Antidot: Atropin, Orciprenalin.

Zusammensetzung: 1 Filmtablette enthält 100 mg 2-(p-[2-Hydroxy-3-Isopropylamino-propoxy]-phenyl)-acetamid (Atenolol).

Handelsformen und Preise: Tabletten zu 100 mg, Packung mit 20 Tabletten DM 35,84, Packung mit 50 Tabletten DM 74,91, Packung mit 100 Tabletten DM 138,31, Anstaltspackung.

* Der kardioprotektive Effekt konnte für Atenolol (Tenormin 100) tierexperimentell bereits nachgewiesen werden.

gen eines Tötungsdeliktes strafbar, wenn er die künstliche Beatmung abbricht und lebenswichtige Organe entnimmt.

Darüber dürfte heute, wie auch die Entwurfsbegründung hervorhebt, Einigkeit bestehen. Ein Meinungsstreit besteht in der Medizin allenfalls noch darüber, wie hoch die Mindestanforderungen an die Feststellung des irreversiblen Ausfalls der Hirnfunktion sein müssen.

Die Entwurfsbegründung erwähnt, daß an die Todesfeststellung vor allem dann, wenn Atmung und Kreislauf noch künstlich aufrechterhalten werden, hohe Anforderungen gestellt werden müssen. Der Aussagewert eines EEG soll für sich allein nicht als ausreichend angesehen werden können, weil es jeweils nur den aktuellen Funktionsausfall der Hirnrinde widerspiegeln. Sein Aussagewert sei etwa im Falle des apaischen Syndroms, aber auch bei akuten Funktionsausfällen infolge Unterkühlung oder bestimmter Intoxikationen begrenzt. Erst EEG und klinisches Bild zusammen erlauben die Feststellung des Hirntodes. Angeführt werden beim bestätigenden klinischen Bild neben den schon äußerlich ausgedehnten Hirnzertrümmerungen die Feststellung des Komas, der Reflexlosigkeit (soweit es sich um die Hirnnervenreflexe handelt) sowie der Ausfall der eigenen Atmung.

Der Entwurf sieht bewußt von einer Definition des Todes, des Todeszeitpunktes und der Kriterien für die Todesfeststellung ab. Er gibt damit, wie es schon das BGB und das StGB taten, der Entwicklung der medizinischen Wissenschaft und der Anerkennung ihrer Ergebnisse in der Rechtsordnung, aber auch einer Kooperation zwischen Medizin und Rechtswissenschaft, die sich gerade hier als außerordentlich fruchtbar erwiesen hat, freien Raum. Bei der Tendenz zum Gesetzesperfektionismus ist dies eine erfreuliche Ausnahme.

4.3.2

Erfreulich ist auch, daß der Entwurf an die Dokumentation der Todesfeststellung keine perfektionistischen Anforderungen stellt. Nach der Entwurfsbegründung soll es genügen, wenn die maßgeblichen Fakten von den für die Todesfeststellung verantwortlichen Ärzten in wenigen Stichworten auf Vordrucken festgehalten werden, beim EEG beispielsweise die Bezugnahme auf das vorhandene EEG und der Hinweis, über welchen Zeitraum ein Null-Linien-EEG nachgewiesen werden konnte.

4.3.3

Die Bestätigung des Todes durch zwei nicht an der Transplantation beteiligte Ärzte entspricht einer Forderung des Weltärztebundes in der „Declaration of Sydney“ von 1968. Mit der Trennung der den Tod feststellenden Ärzte von denen, die die Explantation durchführen, soll etwaigen Interessenkonflikten vorgebeugt werden. Die Bescheinigung über die Todesfeststellung muß dem explantierenden Arzt vor Beginn des Eingriffs vorliegen.

5.

In § 4 des Entwurfs wird derjenige, der eine Explantation vornimmt, ohne daß die gesetzlich normierten Voraussetzungen vorliegen, mit Freiheitsstrafe bis zu drei Jahren oder mit Geldstrafe bedroht.

6.

In seiner Technik nimmt der Entwurf bewußt darauf Rücksicht, daß er nur fragmentarischen Charakter hat. Er spricht statt von Explantation von „Eingriffen an einem Verstorbenen“, um die Vorschrift später in eine übergreifende Regelung einstellen zu können, die auch die innere Leichenschau, die anatomische Sektion und

*) vgl. wegen der Bedenken gegen eine Offenlegung der Gewissensentscheidung des Bürgers im Personalausweis auch bereits die Ausführungen von SEWERING vor dem 31. Bayerischen Ärztetag, BayAbl. 1978, S. 1234.

die wissenschaftlichen Leichenver-suche umfaßt.

7.

Der Entwurf der Bundesregierung geht vom Bundesrat mit Änderungs- und Ergänzungsvorschlägen zurück an die Bundesregierung und mit deren Äußerungen zur Stellungnahme des Bundesrates dann an den Bundestag. Er wird dort in den Ausschüssen und im Plenum beraten und geht nach der Beschlußfassung des Plenums des Bundestages zurück an den Bundesrat, der im zweiten Durchgang über die Anrufung des Vermittlungsausschusses und die Erteilung oder Versagung der Zustimmung entscheidet.

8.

Der Bundesrat hat in seiner 465. Sitzung am 10. November 1978 eine gesetzliche Regelung begrüßt, weil klare Rechtsgrundlagen dazu beitragen würden, daß künftig mehr Transplantate zur Verfügung stehen. Da die Transplantationswilligkeit durch weitere Aufklärungsarbeit im erforderlichen Umfang gesteigert werden könne, hält die Mehrheit des Bundesrates jedoch eine Regelung für ausreichend, die die Zulässigkeit der Organentnahme von einer ausdrücklichen Einwilligung des Verstorbenen oder der seiner nächsten Angehörigen abhängig macht. Die Möglichkeit einer Eintragung der Einwilligungserklärung im Personalausweis soll eröffnet werden; dabei soll durch geeignete technische Vorkehrungen sichergestellt werden, daß die Erklärung zur Organspende für Stellen, denen der Ausweis vorgelegt wird, nicht ohne weiteres sichtbar ist, sondern möglichst nur nach dem Tod des Ausweisinhabers vom Arzt eingesehen werden kann*).

Es ist nun Sache des Bundestags, sich zwischen den beiden Konzepten zu entscheiden.

Anschrift des Verfassers:

Ministerialdirigent Dr. med. h. c. W. Weißbauer, Eckerstraße 34, 8050 Freising



RECORSAN-LIQUID.

Rein phytologisches Kardiotonicum 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. 5,5 g. Apium grav. Auricul. 5,5 g. Val. 13 g. Cola 4,3 g. · 30 ml DM 6,08

Recorsan-Gesellschaften Gräfelfing und Lüneburg

Radiologische Hirntodbestimmung

von A. Gebauer und J. Lissner

Aus der Radiologischen Klinik und Poliklinik der Universität München im Klinikum Großhadern (Direktor: Professor Dr. med. J. Lissner)

Die frühzeitige Feststellung des Todesintrittes ist für den Erfolg der Transplantation postmortal entnommener Organe von wesentlicher Bedeutung. Solange sich die Feststellung des Todesintrittes an dem Versagen der Herz-Kreislauf funktion und der Herztätigkeit orientierte, war eine erfolversprechende Organübertragung unwahrscheinlich, da diese stabile Kreislaufverhältnisse voraussetzt.

Seit einigen Jahren hat sich allgemein die Auffassung durchgesetzt, daß der Individualtod mit dem Hirntod, dem irreversiblen Funktionsverlust des Gehirns, gleichzusetzen ist (6). Dies beinhaltet, daß der Hirntod und damit auch der Individualtod eintreten kann, obwohl noch stabile Kreislaufverhältnisse bestehen.

Eine längere Zeit andauernde Unterbrechung der zerebralen Durchblutung führt auch bei noch stabilen Kreislaufverhältnissen zum Untergang des Gehirns. In der Feststellung dieses Sachverhaltes besitzt

die zerebrale Angiographie eine Schlüsselstellung, da unmittelbar die Hirndurchblutung (Abb. 1) und damit auch der Ausfall der Hirnzirkulation sichtbar gemacht werden kann.

Physiologie und Pathophysiologie des Hirnkreislaufes (3, 5)

Die normale, mittlere Durchblutungszeit des Gehirns eines Erwachsenen beträgt ca. acht Sekunden, die eines kindlichen Gehirns etwa vier Sekunden. Die Zirkulationsgeschwindigkeit in der Arteria carotis interna ist etwa doppelt so hoch wie in der Arteria carotis externa und beträgt 5 bis 6 ml/sec, das entspricht 350 ml/min.

Ein zunehmender intrakranieller Druck, der häufig nach schwerem Schädelhirntrauma beobachtet wird, erhöht den Gefäßwiderstand und verlängert damit die zerebrale Durchblutungszeit.

Von verschiedenen Untersuchern (1, 2) wird darauf hingewiesen, daß bei zunehmender intrakranieller Druckerhöhung zunächst die Durchblutung der Arteria carotis interna und damit der Hirnrinde abbricht, während die Hirnstammzirkulation über die Arteria vertebralis noch erhalten sein kann. Es liegt dann ein apallisches Syndrom vor. Übersteigt der Hirndruck den arteriellen Systemdruck, so kann kein Blut mehr in den Schädelinnenraum gelangen, das gesamte Gehirn wird nicht mehr durchblutet. Überdauert dieser Zustand nennenswert die Wiederbelebungszeit des Gehirns, die auf zehn Minuten angesetzt wird, so ist definitiv der irreversible Funktionsuntergang des Gehirns und damit der Hirn- und Individualtod eingetreten, der die Organentnahme ermöglicht. Dieser Zustand läßt sich durch die zerebrale Angiographie dokumentieren.

Methodik der zerebralen Angiographie zur Hirntodbestimmung

Die angiographische Untersuchungstechnik muß sich den physiologischen und pathophysiologischen Gegebenheiten des Hirnkreislaufes anpassen.

Es müssen alle vier Hirnarterien angiographisch dargestellt werden, um den Zirkulationsstillstand von Hirnrinde und Stammhirn zu beweisen. Nicht ausreichend ist die Dar-

Infekte u. Kosten beherrschen

Antibiocin[®] 1 Mega Kapseln

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

Indikationen:

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

Zusammensetzung:

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

Dosierung:

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

Kontraindikationen:

Penicillinüberempfindlichkeit. Vorsicht bei Patienten mit allergischer Diathese!



OORSCH & CO. KG
8 MÜNCHEN 70

20 Kaps. 17,25

Duobiocin[®] Co-trimoxazol-480 mg Tabletten Breitband-Bakterizidum

Zusammensetzung:

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

Indikationen:

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

Kontraindikationen:

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

Hinweis:

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

Bei eingeschränkter Nierenfunktion ist eine Dosisreduktion notwendig!

Standarddosis:

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

20 Tabl. 8,60

50 Tabl. 18,45

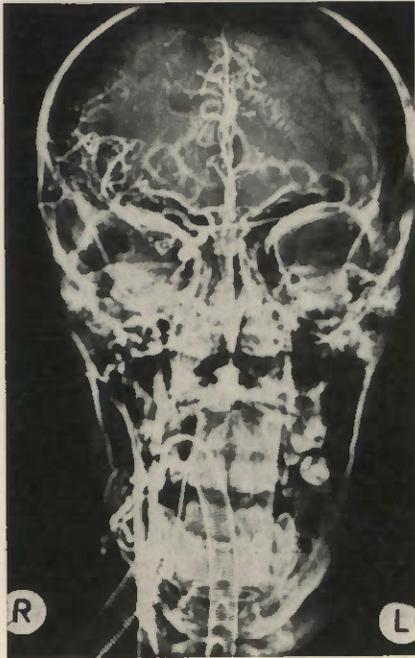


Abbildung 1 e)
Arteriell Gefäßbild der Arteria carotis
interne mit unauffälliger intrazerebraler
Gefäßdarstellung

stellung lediglich beider Karotiden und einer Vertebralarterie. In unserem Krankengut ist ein Patient bekannt, bei welchem die Hirnrindendurchblutung lediglich von einer Vertebralarterie aufrechterhalten wurde, bei thrombotischem Verschuß der übrigen drei Zerebralarterien.

Voraussetzung für die Durchführung einer zerebralen Angiographie zur Hirntodbestimmung ist ein ausreichender Systemdruck von ≥ 80 mm Hg. Bei diesen Werten ist die Höhe des Kontrastmittelstops in den Hirnarterien weitgehend unabhängig vom Injektionsdruck (7).

Die Angiographie ist als transforamale selektive Katheterserienangiographie an einem Arbeitsplatz mit Bildverstärker-Fernsehleinheit durchzuführen. Das Programm jeder Gefäßserie sollte 15 bis 20 sec Dauer umfassen, mit 1 bis 2 Bildern/sec in der arteriellen Phase und dann alle 3 sec ein Bild. Wenn möglich, sind die Aufnahmen in zwei Ebenen bei simultaner oder alternierender Belichtung durchzuführen. Ist eine zwei Ebenen-Angiographie nicht möglich, erscheint uns die seitliche Darstellung aussagekräftiger, da die Arterien an der Schädelbasis weniger durch Knochen überlagert sind. Die Kontrastmittelmenge beträgt für

jede Arteria carotis 10 ml und für jede Arteria vertebralis 7 ml eines 60- bis 70 %igen Kontrastmittels.

Wir beginnen die Untersuchung mit der Darstellung einer Vertebralarterie. Im weiteren Verlauf werden dann beide Karotisarterien und anschließend die gegenseitige Vertebralarterie kontrastiert. Die Untersuchung ist so durchzuführen, daß die Kontrastierung der zweiten Arteria vertebralis frühestens 30 min nach Beginn der Untersuchung erfolgt. Somit ist gewährleistet, daß die Dokumentation des Zirkulationsstillstandes einen Zeitraum umfaßt, welcher erheblich länger ist als die Wiederbelebenszeit des Gehirns.



Abbildung 2
Darstellung der Arterie carotis in seitlicher Projektion: Gute Kontrastierung der Arteria carotis externa-Äste mit Abbruch der Kontrastmittelsäule im Hals teil der Arteria carotis Interna

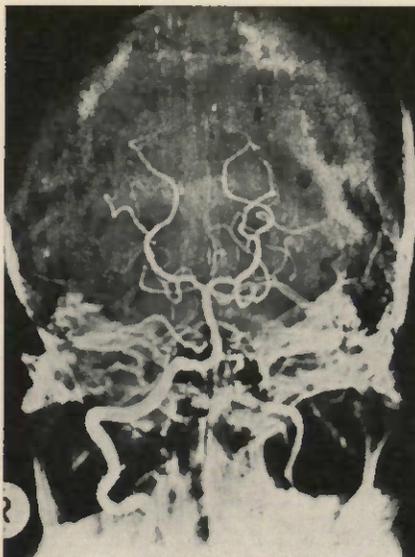


Abbildung 1 b)
Arteriell Gefäßbild der Arterie vertebralis mit unauffälliger intrazerebraler Gefäßaufzweigung. Gut erkennbar ist der Ramus communicans posterior, über welchen bei Verschuß der Arteria carotis interna die Hirnrinde noch versorgt werden kann

Bei der Karotisangiographie ist darauf zu achten, daß die Katheterspitze vor der Karotisgabel noch in der Arteria carotis communis gelegen ist. So kann dokumentiert werden, daß einerseits eine genügend große Kontrastmittelmenge injiziert wurde und daß andererseits ein ausreichender Systemdruck besteht. Dieser ist an den dissoziierten Kreislaufverhältnissen in der Arteria carotis interna und der Arteria carotis externa erkennbar: Gute Füllung der Arteria carotis externa mit raschem



Woelm Pharma GmbH & Co. Eschwege

Zusammensetzung: Es enthalten 1 Dragée 200 mg Nifuratel (INN), 1 Stäbchen 250 mg Nifuratel (INN), 1 g Salbe 100 mg Nifuratel (INN).
Inden: Pilze und Bakterien einschließlich aller Mischformen, Entzündungen des äußeren weiblichen Genitale. Gleichzeitige Infektionen der ableitenden Harnwege bei Mann und Frau. Durch Trichomonaden, Pilze und Bakterien bedingte Entzündungen des Penis und Praputium.
Kontraindikationen und Hinweise: Kontraindikationen sind bisher nicht bekannt. Während der oralen Behandlung ist, wie bei allen Nitrofur-Derivaten, Alkohol zu meiden. Bei einer bestehenden Schwangerschaft können Nifur-Vaginalstäbchen nicht empfohlen werden. Eine orale Anwendung von Nifur bei bestehender Grevdität, insbesondere im ersten Trimenon, wird im Sinne der heute erkannten Richtlinien nicht empfohlen. Nifur ist nicht vorgesehen zur Behandlung von Geschlechtskrankheiten.
Formen und Preise: 21 Dragées APV m. MwSt. DM 20,20; 10 Vaginalstäbchen APV m. MwSt. DM 11,70; Kombipackung mit 21 Dragées, 10 Vaginalstäbchen APV m. MwSt. DM 29,70; 30 ml Salbe APV m. MwSt. DM 23,66.
 *Stand Jan. 79



Zurück
zur Döderlein-
Flora

inimur®

• trichomonazid • antimykotisch • antibakteriell

Überzeugende Therapieerfolge durch breites Wirkspektrum

Trichomonaden-Infektion	bis 96% ¹⁾
Candida-Infektion	bis 87% ²⁾
Mischinfektion	über 90% ³⁾
Vulvitis	97% ⁴⁾
Partnerbehandlung	über 90% ⁵⁾

(+)	Trichomonaden	(Nifuratel in vitro)
(+)	Hefepilze (insbesondere Candida)	
(+)	Grampositive Bakterien	
(+)	Gramnegative Bakterien (insb. Proteus und Koli)	
(+)		

¹⁾ Heiss, H. Wien. med. Wschr. 121, 46, 832 (1971); ²⁾ Brandl, E. et. al.: Urologe B, 15, 2, 60 (1975); ³⁾ Niendorf, F. Therapiewoche 23, 4, 288, (1973); ⁴⁾ Brandl, E. Therapiewoche 26, 7251 (1976); ⁵⁾ Motta, M. et. al.: Boll. Soc. med. chir. Catania 35, 345, (1967)

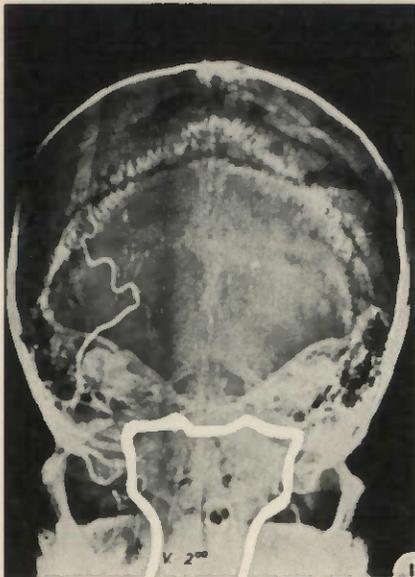


Abbildung 3

Arteria vertebrelis-Angiographie in a. p.- und seitlicher Projektion. Fehlende Darstellung der Arterie basilaris und retrograder Abstrom des Kontrastmittels über die Arterie vertebrelis der Gegenseite



Kontrastmittelabstrom bei fehlender Karotis interna-Darstellung.

Angiographische Kriterien des Hirntodes

Der Hirntod und damit auch der Individualtod ist eingetreten, wenn während der Untersuchungsdauer von mindestens 30 Minuten keine intrazerebralen Gefäße kontrastiert sind.

Die Ebene des Kontrastmittelstops kann bei der Karotisangiographie im Halsanteil (Abb. 2), im Siphonabschnitt der Arteria carotis bei erhaltener Arteria ophthalmica-Zirkulation oder in Höhe des Circulus Willisii mit retrogradem Abstrom über die gegenseitige Karotis oder die Vertebralarterie gelegen sein.

Der Zirkulationsstopp im Vertebralisstromgebiet kann extrakraniell im Halsteil oder in Höhe der Arteria basilaris mit retrogradem Abstrom über die gegenseitige Vertebralarterie bestehen (Abb. 3).

Finden sich angiographisch noch Hinweise auf eine intrazerebrale Durchblutung, so muß die zerebrale Arteriographie nach Ablauf von einigen Stunden wiederholt werden. Der Zeitraum bis zur Wiederholungsuntersuchung wird in Abhängigkeit

vom angiographischen Füllungszustand der intrazerebralen Arterien in der Regel zwischen zwei und fünf Stunden betragen.

Schwierigkeiten in der Beurteilung der Angiogramme ergeben sich bei Säuglingen und Kleinkindern (4) und Patienten mit schwerstem Schädelhirntrauma und Kalottenstückfraktur. In diesen Fällen ist das Hirnödem durch das Auseinanderweichen der Schädelknochen mitunter nicht so groß, daß ein Abbruch der Zirkulation bereits beim Duradurchtritt der Arterien erfolgt. Es muß aber die arterielle Phase auf über 15 sec verlängert sein, eine venöse Füllung darf während der Serie von 20 sec nicht abgebildet sein, damit die Kriterien des Hirntodes erfüllt sind.

Fehlermöglichkeiten ergeben sich bei unzureichender Technik, insbesondere nach Direktpunktion der Arterien durch subintimale Injektionen und Gefäßspasmus. So kann artefiziell eine (vorübergehende) Zirkulationsunterbrechung verursacht werden, die von einem Gesunden oft ohne Schaden überstanden wird, bei einem Schwerekranken aber resch den endgültigen Tod herbeiführen kann. Aus diesen Gründen ist eine Direktpunktion zu vermeiden (2). Wird sie einmal notwendig, muß die Nadelspitze auf den Röntgenaufnahmen abgebildet sein, um

den freien Kontrastmittelabstrom zu dokumentieren.

Eine Übersichtsaortographie mit gleichzeitiger Darstellung aller vier Hirnarterien halten wir nicht für günstig, da es meist nicht gelingt, alle vier Zerebralarterien so frei zu projizieren, daß die Höhe des Kontrastmittelstops zweifelsfrei festzulegen ist.

Zusammenfassung

Die zerebrale Angiographie ermöglicht, den intrazerebralen Kreislaufstillstand direkt sichtbar zu machen. Die Zirkulationsunterbrechung muß bei allen vier Gehirnarterien nachgewiesen werden. Die Untersuchungszeit muß mindestens 30 Minuten betragen. Es scheint sinnvoll, zunächst mit der Kontrastierung einer Arteria vertebrelis zu beginnen, dann die Karotisarterien darzustellen und die Untersuchung mit der Kontrastierung der zweiten Vertebralarterie zu beenden. Der Gehirntod ist anzunehmen, wenn während der Untersuchungszeit von mindestens 30 Minuten kein Gehirnkreislauf nachzuweisen ist, d. h., wenn ein Abbruch der Zerebralarterien bei Eintritt in den Schädelinnenraum oder eine Verlangsamung der arteriellen Füllungsphase auf mehr als 15 Sekunden besteht.

Literatur

1. ÖSCHELER, E. und KÄUFER, C.: Karotis und Vertebralisangiographie beim Hirntod. Acte radiol. diagn. 13, 301-311 (1972)
2. OECKER, K. und KUNCKEL, B.: Zerebrale Angiographie und Hirntod. Fortschr. Röntgenstr. 118, 617-623 (1973)
3. GÄNSHIRT, H.: Oer Hirnkreislauf. Physiologie-Pethologie-Klinik. Georg Thieme-Verlag, Stuttgart (1972)
4. HABEL, G. und SCHNEIOER, I.: Feststellung des Hirntodes unter besonderer Berücksichtigung des jungen Kindesalters. Zbl. Chir. 100, 412-426 (1975)
5. PENIN, H. und KÄUFER, C.: Der Hirntod. Todeszeitbestimmung bei irreversiblen Funktionsverlust des Gehirns. Georg Thieme-Verlag, Stuttgart, 1969.
6. SPANN, W., KUGLER, J. und LIEBHARDT, E.: Tod und elektrische Stille im EEG. Münch. med. Wschr. 42 (1967) 2161.
7. VLAHOVITCH, B., FREREBEAU, P., KUHNER, A., STOPAK, B., ALLAIS, B. et CROS, C.: Arrêt circulatoire Intrecrénien dans le mort ducerveau. Acte radiol. diagn. 13, 334-349 (1972)

Anschrift der Verfasser:

Dr. med. A. Gebauer und Professor Dr. med. J. Lissner, Marchioninstraße 15, 8000 München 70

Anästhesiologische Probleme bei Patienten vor Nierentransplantation

von K. Peter und N. Franke

Aus dem Institut für Anästhesiologie der Universität München
(Direktor: Professor Dr. med. K. Peter)

Im Rahmen der Nierentransplantation interessieren aus anästhesiologischer Sicht zwei Patientengruppen:

1. Empfänger
2. Spender

Die Empfänger stehen in aller Regel schon lange in klinischer Behandlung. Ihre Grund- und Begleiterkrankungen sind bekannt und werden entsprechend therapiert. Da die Überlebenszeit des Transplantats inzwischen 24 Stunden beträgt, bleibt genügend Zeit zur Vorbereitung für die Anästhesie und Operation des Empfängers. Die Frage des günstigsten Narkoseverfahrens, der Verwendung von Muskelrelaxantien, der intra- und postoperativen Infusionstherapie und der postoperativen anästhesiologischen Nachbehandlung kann dabei in Absprache mit allen beteiligten Fachdisziplinen festgelegt werden. Die eigentlichen Probleme entstehen bei der anästhesiologischen Betreuung der Spender!

Anästhesiologische Betreuung der Spender

Als Spender für Nierentransplantate kommen sehr häufig Unfallverletzte in Frage. Eine Sondergruppe bilden hier solche Patienten, die ein schweres Schädel-Hirn-Trauma erlitten haben, das im Vordergrund des Krankheitsgeschehens steht. Bei diesen Kranken können häufig in den ersten Stunden nach Unfallereignis in entsprechend ausgerüsteten Zentren von Neurochirurgen und Neurologen der Hirntod festgestellt werden. Es werden daher gegenwärtig vor allem Organe dieser Spendergruppe transplantiert. Polytraumatisierte Patienten mit leichteren oder ohne Schädelhirnverletzungen sind problematischer. Für dieses inhomogene Kran-

kengut kann nur in den seltensten Fällen eine Prognose erstellt werden. Es ist in der Regel nicht möglich, in der Frühphase – unmittelbar nach dem Unfallereignis – Angaben über die Überlebenschancen zu machen. Eine optimale Primärbehandlung muß in jedem Falle durchgeführt werden – im günstigsten Verlauf erhöhen sich die Überlebenschancen des Patienten, bei ungünstigem Ausgang ergeben sich bessere Transplantationschancen für die einzelnen Organe.

Zentrale oder dezentrale Intensivmedizinische Betreuung

Es wäre sicher ideal, alle polytraumatisierten Patienten zur Diagnostik und Therapie primär großen Zentralkliniken zuzuweisen. Hier ist eine maximale Intensivtherapie gesichert, darüber hinaus stehen alle Methoden zu einer raschen und exakten Todeszeitbestimmung zur Verfügung. Nicht selten scheitern gegenwärtig Explantationen an der technischen Unmöglichkeit, den Hirntod nach den festgelegten Kriterien zu bestimmen. Primäre Verlegung in die großen klinischen Zentren ist aber im Augenblick nicht durchführbar, da diese nur beschränkt aufnahmefähig sind. Es muß daher eine dezentrale Versorgung der Unfallverletzten in Intensivstationen durchgeführt werden. Nur in besonderen Fällen, wenn z. B. nach Verletzungen des Schädels oder des Herzens diese speziellen Erkrankungen im Vordergrund des klinischen Bildes stehen, ist eine Verlegung in Spezialkliniken mit entsprechender operativer Ausstattung möglich.

Die Therapie der polytraumatisierten Patienten muß die Unsicherheit der Prognose berücksichtigen. Nur durch einen Einsatz aller intensivmedizinischen Möglichkeiten sind

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. 9,6 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 fieberhaften Erkrankungen. **Nebenwirkungen:** Okkulte gastrointestinale Blutungen (Anämie), Asthmenfälle, Obstipation, Nierenschäden (Langzeitverbreitung), 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 Darmulcera, schwere Nierenfunktionsstörungen, Krankheitszustände, bei denen eine Dämpfung des Atemzentrums vermieden werden muß, Langzeitverbreitung bei chronischer Obstipation, Salicylatallergie. Hinweis: Anwendung im ersten Trimenon und in den letzten vier Wochen der Grevillidäl vermeiden. **Warnhinweis:** 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. **Dosierungsanleitung 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. Schulkinde 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. **Handelsformen 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., Anstellsackungen.



Dr. R. Pflieger
Chemische Fabrik GmbH, Bamberg

1. alle Möglichkeiten zur Heilung zu nutzen und
2. bei ungünstigem Verlauf die Chance zu wahren, Organe (Nieren) zur Transplantation zur Verfügung stellen zu können.

Sicherstellung der Vitalfunktionen beim polytraumatisierten Patienten

Die akute Therapie eines polytraumatisierten Patienten beinhaltet im wesentlichen die Sicherung der Vitalfunktionen von Atmung und Kreislauf. Nur die den heutigen Möglichkeiten angepaßte Wiederherstellung bzw. Erhaltung dieser Funktionen ermöglicht einerseits die weitere Diagnostik und spezifische Therapie und verhindert andererseits die prognostisch oftmals ungünstigen Komplikationen einer sich entwickelnden pulmonalen Insuffizienz bzw. eines nicht ausreichend und rechtzeitig behandelten Schocks.

Eine erste entscheidende Phase bedeutet die Behandlung polytraumatisierter Patienten am Unfallort. Leider können die diagnostischen und therapeutischen Prinzipien einer klinischen Behandlung am Unfallort nicht angewendet werden. Doch wird dieser Nachteil durch die heute möglichen Transportmittel einigermaßen, wenn auch nur zum Teil, wieder aufgehoben.

Am Unfallort gelten die klassischen Regeln der Reanimation, wie sie von der American Heart Association herausgegeben worden sind. Die Behandlung von Atemstörungen wird hierbei an erster Stelle gesehen und beinhaltet das Freimachen der Luftwege, die Mund-zu-Mund-Beatmung bzw. die Beatmung mit Maske und Atembeutel bis hin zur Beatmung über einen oral bzw. nasal eingebrachten Tubus. Möglichst gleichzeitig, in jedem Falle unmittelbar danach, muß die Revitalisierung der Zirkulation ermöglicht werden. Hier steht nun bei Kreislaufstillstand die extrathorakale Herzmassage voran. Sie muß begleitet werden von gleichzeitiger Infusion eines Volumenersatzpräparates sowie von Natriumbicarbonat.

In der Regel erfolgt nach diesen ersten im ABC der Wiederbelebung festgelegten Maßnahmen der rasche Transport in die Klinik. Hier nun

wird die eigentliche Diagnostik und Therapie des polytraumatisierten Patienten betrieben. Im Zentrum unserer Betrachtungen müssen nun die respiratorische und zirkulatorische Situation stehen.

Dem polytraumatisierten Patienten droht die Entwicklung einer akuten respiratorischen Insuffizienz. Der Begriff der respiratorischen Insuffizienz umfaßt all das, was in der Literatur, z. B. als DaNang-Lunge, als Postperfusionslunge, als pulmonales Ödem, als Schocklunge, als traumatisch nasse Lunge bezeichnet wird.

Wie wird die Störung, die den polytraumatisierten Patienten als akute respiratorische Insuffizienz bedroht, definiert? Die akute respiratorische Insuffizienz ist eine Situation, in welchem der PaO₂ niedriger ist als es dem Alter des Patienten entspricht, bei einem prävalenten Barometerdruck. Natürlich muß hierbei ein intrakardialer Rechts-Links-Shunt ausgeschlossen sein.

Welche Ursachen führen speziell beim Polytraumatisierten zur Ausbildung einer respiratorischen Insuffizienz? In der Regel sind dies: Der hämorrhagisch-traumatische Schock, der instabile Thorax, der Pneumo- bzw. Hämatothorax, die Lungenkontusion, Verletzungen der großen Luftwege, linksventrikuläre Insuffizienz im Rahmen eines Traumas sowie schließlich auch die Sepsis als Komplikation eines Polytraumas.

Ätiologisch führen also *thorakale* und *extrathorakale* Faktoren zur akuten pulmonalen Insuffizienz. Die sich hieraus ergebenden geläufigsten pulmonal-zirkulatorischen Veränderungen sind:

1. Inadäquate Verteilung des Frischgases zu den Alveolen
2. Ungleichheit zwischen alveolärer Ventilation und alveolärem Blutzufuß, also eine Ungleichheit des Ventilationsperfusionsverhältnisses
3. Diffusionsdefekte

Thorakale Faktoren

Die alveoläre Ventilation kann auch nach leichtem Trauma, insbesondere Thoraxtrauma, durch mechanische Faktoren reduziert sein. Es resultiert hierbei eine Erhöhung der

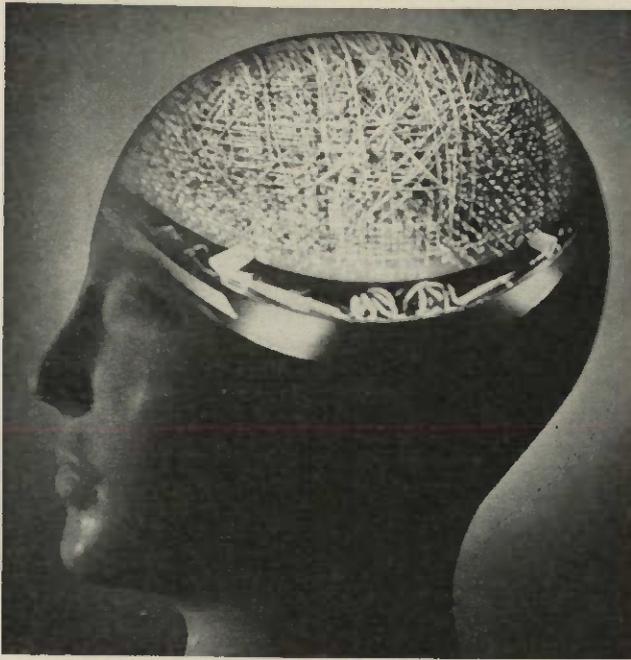
Totraumventilation. Dies ist auch möglich durch die bei starken Schmerzen limitierte Thoraxexkursion sowie durch eine verminderte pulmonale Compliance bei instabilem Thorax.

Eine *Lungenkompression* beim häufig anzutreffenden Pneumo- oder Hämatothorax im Rahmen eines Polytraumas vermindert den Frischgasaustausch in den Alveolen. Hier steht eine akute Ventilationsbehinderung im Vordergrund. Ein ausgedehnter Pneumothorax schließlich führt dann über diese Gasaustauschstörung hinaus, auch durch Erhöhung des mittleren intrathorakalen Druckes zu einer Verminderung des venösen Rückflusses und damit zu einer Minderung der Perfusion in der Lungenstrombahn. Diese Perfusionsminderung wird zudem entstehen, wenn der Patient sich in einem hämorrhagisch-traumatischen Schock befindet. Auch Sekretstau, endobronchiale Blutung, Aspiration oder das Vorhandensein von Fremdkörpern im Tracheobronchialbaum führen ebenfalls zu einem Mißverhältnis von Ventilation und Perfusion. Ein *primäres Alveolärodem* mit folgendem Diffusionsdefekt kann unmittelbar durch Trauma auftreten und zu schwerer, lebensbedrohlicher Hypoxie führen.

Extrathorakale Faktoren

Darüber hinaus gibt es auch eine ganze Reihe von extrathorakalen Ursachen, die zu akuter respiratorischer Insuffizienz beim Polytrauma führen. So können lokale oder allgemeine Hypoxie, Thromboembolie und endogen produzierte vasoaktive Substanzen zur Obstruktion der pulmonalen Mikrostrombahn führen. Alle vasoaktiven Substanzen, wie Histamin, Serotonin, Fibropeptide, freie Fettsäuren und auch Bradykinin, können so an einer Störung im Mikrozirkulationsgebiet der Lunge mitverantwortlich sein. Darüber hinaus ist es von großer Bedeutung, daß beim polytraumatisierten Patienten die pulmonale Mikrozirkulationsstörung als fester Bestandteil einer allgemeinen Mikrozirkulationsstörung im Rahmen eines hämorrhagisch-traumatischen Schocks aufgefaßt werden muß.

Mikroatelektasen und *Blutungen* sind beim polytraumatisierten Patienten, dann wenn eine Thoraxbeteiligung vorliegt, das sofortige Resultat.



Wyeth Tavor®

sorgt für Distanz zum psychischen Konflikt.

Angstzustände und Angstbereitschaften werden abgebaut.

Autonome, vegetative Regulationen werden harmonisiert.

Organfunktionsstörungen und psychosomatische Erkrankungen verlieren ihre psychogene Basis.

Zusammensetzung:

Tavor 1,0 = 1 mg Lorezepam pro Tablette
Tavor 2,5 = 2,5 mg Lorezepam pro Tablette
Lorezepam ist 7-Chlor-5-(o-chlor-phenyl)-1,3-dihydro-3-hydroxy-2H-1,4-benzodiazepin-2-on.

Anwendungsgebiete:

Angstneurosen; Angst als komplizierender Faktor bei organischen Krankheiten; emotional bedingte Störungen, z. B. Schlafstörungen, Magen-Darmstörungen; und weitere neuro-vegetative Funktionsstörungen; Psychoneurosen wie Zwangsneurosen und Phobien; Angstzustände bei Depressionen und Schizophrenien; Beruhigung vor operativen und diagnostischen Eingriffen.

Gegenanzeige:

Myasthenia gravis.

Vorsichtsmaßnahmen:

In höherem Alter, bei Zerebrasklerotikern und Kranken in reduziertem Allgemeinzustand sollen nur geringe Dosen angewandt werden. Erfahrungen mit Tavor während der Schwangerschaft liegen nicht vor. Frauen in der Gravidität sollen dieses Präparat daher nur bei strenger Indikationsstellung einnehmen. Bei der Anwendung von Tavor muß, besonders zu Beginn der Behandlung oder bei hoher Dosierung, an eine Einschränkung der Fahrtüchtigkeit sowie an eine Gefährdung im Straßenverkehr oder bei der Bedienung komplizierter Maschinen gedacht werden, die besonders bei gleichzeitiger Gabe weiterer Psychopharmaka und von Schlafmitteln auftreten können. Wie für alle psychotropen Wirkstoffe gilt auch für Tavor, daß gleichzeitiger Alkoholgenuß vermieden werden sollte, da die individuelle Reaktion im Einzelfall nicht voraussehbar ist.

Nebenwirkungen:

Tavor ist sehr gut verträglich. Zu Beginn der Therapie oder bei nicht angepasster, zu hoher Dosierung können Benommenheit, Schwindel und Müdigkeit auftreten, die im weiteren Verlauf der Behandlung oder, wenn notwendig, bei Herabsetzen der Dosis meist verschwinden. Dies betrifft auch störende myotonolytische Effekte wie Bewegungskoordination und Doppelbilder, lerner seltene vegetative Symptome wie Mundtrockenheit und Übelkeit. In Einzelfällen wurden – wie auch bei anderen Benzodiazepinen – ernstliche Erscheinungen beobachtet. Bei einem Psychopharmakon dieses Typs ist es nicht völlig auszuschließen, daß längere und hochdosierte Anwendung bei entsprechend disponierten und zu Mißbrauch neigenden Patienten zu einer gewissen Abhängigkeit führen kann.

Dosierung:

Zur Erreichung eines optimalen Effektes soll eine individuelle Dosierung erfolgen. Die angegebenen Dosen sollen daher nur als allgemeine Richtlinien angesehen werden.

- In der allg. und internistischen Praxis:

2- bis 3mal 1 Tablette Tavor 1,0 pro Tag. Bei emotional bedingten Schlafstörungen genügt in der Regel 1 Tablette Tavor 1,0 vor dem Schlafengehen.

- In der Chirurgie und Anesthesiologie:

Preoperativ 2 Tabletten Tavor 1,0 etwa 1 Stunde vor dem Eingriff. Am Vorabend der Operation sowie postoperativ in geeigneten Zeitabständen 1 bis 2 Tabletten.

- In der Psychiatrie:

Die Dosierung, besonders in der Einleitungsbehandlung, muß dem Einzelfall entsprechend dem breiten Indikationsgebiet und dem individuellen Ansprechen des Patienten angepaßt werden, bei organischen Hirnprozessen und leichterem dysphorischen Verfassungszuständen beginnend mit 1-3 x 1 mg/Tag. Phobien, Angstsymptome, Toxikomanien, Alkoholentziehungskur 5 bis 7,5 mg (2 bis 3 Tabletten Tavor 2,5 pro die), Erhaltungsdozis nach individueller Dosisanpassung.

Bei ambulanter Behandlung, zu Beginn oder Ende der Therapie sowie zur Ermittlung der individuellen Dosierung können auch halbe Tabletten angewandt werden. Im Anschluß an eine länger dauernde Behandlung soll die Medikation ausschleichend beendet werden.

Preise:

Tavor 1,0 DP 20, 50, AP 500 Tabletten

DM 7,19, 16,87, 109,86 H. AT.

Tavor 2,5 DP 20, 50, AP 500 Tabletten

DM 13,29, 31,49, 212,18 H. AT.

In Österreich als Temesta 1,0 und Temesta 2,5 im Handel.



WYETH-PHARMA
44 Münster (Westfalen)
Postfach 8808

Die bedeutendsten pulmonalen Veränderungen im Rahmen der akuten respiratorischen Insuffizienz sind jedoch schließlich das interstitielle und unter Umständen auch das intraalveoläre Ödem.

Ätiologisch wird das *interstitielle Ödem* durch Permeabilitätsveränderungen und auch Änderungen des osmotisch-hydrostatischen Druckgradienten verursacht. Die Entwicklung der Permeabilitätsstörung wird auf Gewebshypoxie und toxische Schädigung der Lunge durch eingeschwemmte oder auch lokal entstehende vasoaktive Substanzen zurückgeführt.

Wie lichtmikroskopische Untersuchungen gezeigt haben, stellt das interstitielle Ödem das pathologisch-anatomische Substrat der akuten respiratorischen Insuffizienz dar und gleichzeitig auch das Endglied einer pathologisch-anatomischen Reaktionskette. In der ersten Phase der Entwicklung einer respiratorischen Insuffizienz zeigen sich in den pulmonalen Arteriolen Mikroembolien. Später entwickelt sich dann eine vaskuläre Kongestion und schließlich das interstitielle Ödem. Im weiteren Verlauf kann es dann bei nicht ausreichender Therapie oder in einer therapieresistenten Situation zum intrealveolären Ödem und schließlich zur Ausbildung hyaliner Membranen kommen. Überlebt der Patient schließlich auch diese Situationen, dann kann eine diffuse pulmonale Fibrose beobachtet werden.

Entsprechend entwickelt sich eine *akute respiratorische Insuffizienz (klinisch in drei Phasen; röntgenologisch in vier Stadien)*:

1. Eine Latenzperiode
2. Eine Periode einer manifesten respiratorischen Insuffizienz; röntgenologisch Stadium I bis III
3. Eine Endphase einer therapieresistenten pulmonalen Insuffizienz mit Übergang in eine Fibrose; röntgenologisch Stadium IV

Die *Latenzperiode* kann, je nach Situation und nach Art des auslösenden Faktors, Stunden bis zu Tagen dauern. In dieser Phase ist nur eine mäßige Hypoxämie festzustellen, die Patienten haben eine leichte Dyspnoe, ohne ausgeprägte

subjektive Beschwerden. Das Röntgenbild ist in dieser Situation meist noch normal, ein pathologischer Auskultationsbefund nicht zu erheben.

Der Übergang in die zweite klinische Phase der ARI kann sich dramatisch in kürzester Frist oder aber auch schleichend langsam vollziehen. Die manifeste Ateminsuffizienz ist dann leicht zu diagnostizieren: Es imponiert eine ausgeprägte Ruhedyspnoe, eine deutlich meßbare Hypoxämie mit P_aCO_2 -Werten, die normal bzw. erniedrigt sein können. Das Röntgenbild ist nun durch das lokal oder diffus ausgebreitete interstitielle Ödem geprägt, ebenso läßt sich nun ein entsprechender pathologischer Auskultationsbefund erheben.

Die Phase der *Therapieresistenz* wird heute nur dann beobachtet, wenn die Ursache, die zur Entwicklung einer akuten respiratorischen Insuffizienz geführt hat, weiter besteht z. B. bei gramnegativer Sepsis. Im übrigen gilt: Eine therapieresistente Hypoxämie als Todesursache kann durch eine frühe und aggressive Prophylaxe in der Regel vermieden werden:

Sicherstellung der Ventilation, begleitet von der Wiederherstellung der Kreislauffunktion. Unter Wertung des bisher Dargelegten kann man auch sagen: Prophylaxe und Therapie der pulmonalen Störung beim Polytraumatisierten sind Teil einer Schocktherapie.

Schock wird definiert als „Syndrom einer akuten Minderdurchblutung der vitalen Organe, wodurch ein Mißverhältnis von Sauerstoffangebot und -bedarf entsteht und die aus dem Zellstoffwechsel entfallenden Metabolite unzureichend abtransportiert werden können. Resultat dieser hämodynamischen Störungen sind funktionelle und strukturelle Veränderungen der betroffenen Organe und Gewebe“. Auch wenn die Endstrecke im dynamischen Verlauf eines Schocks – unabhängig von der Ätiologie – gleich ist, rechtfertigt sich doch eine Untergliederung in vier Gruppen. Im Rahmen des polytraumatisierten Patienten in der Akutsituation interessieren hierbei weniger der kardiogene, septische oder anaphylaktische Schock als vielmehr der hämorrhagisch-traumatische Schock. Er wird

verursacht durch Blutverlust nach „außen“ bzw. nach „Innen“, z. B. In Frakturen und Muskulatur. Durch einen Blutdruckabfall im arteriellen Schenkel des Kreislaufsystems sowie auch durch Sauerstoffmangel in Hypothalamus und Hirnrindenbereich entwickelt sich eine mehr oder weniger ausgeprägte sympathiko-adrenerge Reaktion.

Diese Erhöhung des Sympathikotonus führt zu typischen Veränderungen im Makro- und vor allem im Mikrozirkulationsbereich. Entsprechend wird das klinische Bild des hämorrhagisch-traumatischen Schocks geprägt durch die Erhöhung des Sympathikotonus bei gleichzeitigem Volumenverlust: Tachypnoe, kalte blasse Haut, Oligurie bis Anurie, Unruhe des Patienten, Tachykardie mit – je nach Ausmaß des Volumenmangels – nur mäßig erniedrigtem Blutdruck bis zu ausgeprägtem Blutdruckabfall bei erniedrigtem zentralen Venendruck.

Erstes Ziel in der *Therapie der Kreislaufveränderungen* muß also die Normalisierung des intravasalen Blutvolumens sein. Hierzu stehen heute vor allem kolloidale Lösungen zur Verfügung. Im einzelnen sind dies: Volumenersatzpräparate auf Dextranbasis, auf Gelatinebasis, Hydroäthylstärke-lösungen sowie schließlich auch körpereigene kolloidale Lösungen wie Humanalbumin.

Die akute respiratorische Insuffizienz in der Folge eines hämorrhagisch-traumatischen Schocks entwickelt eine Tendenz zu vermehrter kapillärer Filtration, verursacht durch Abnahme des kolloidosmotischen Druckes bei gleichzeitiger Zunahme des hydrostatischen Kapillardruckes und zunehmender Permeabilitätsstörung der Lungenkapillaren. Diesem letzten Faktor kommt offensichtlich größte Bedeutung bei der Entwicklung des interstitiellen Lungenödems zu. So ist es nicht verwunderlich, daß sowohl kolloidale Lösungen als auch kristalloide Lösungen, wenn sie im Überschuß appliziert werden, zu einer Zunahme des interstitiellen Ödems führen müssen. Eine restriktive Flüssigkeitstherapie, sei es mit kolloidalen oder kristalloiden Lösungen, ist hier also angezeigt. Allerdings sind immer die besonderen Volumenbedürfnisse bei PEEP-Beatmung mit zu berücksichtigen.

Der *Blutverlust* beim polytraumatisierten Patienten kann, wenn es sich nicht um größere Verluste handelt, mit kolloidalen Ersatzlösungen ausgeglichen werden.

Die Anwendung von Mikrofiltern ist bei Transfusionen sicherlich angezeigt. Von untergeordneter Bedeutung ist dabei die Wahl des Filtertyps.

Die akute Behandlung des Volumenmangels und damit der Makro- und Mikrozirkulationsstörungen beim polytraumatisierten Patienten ist mit der Applikation von kolloidalen, kristalloiden Lösungen sowie von Blut und Blutbestandteilen nicht vollständig. Die möglichst rasche *medikamentöse Therapie* im Sinne einer Sympathikolyse ist ein weiterer Schritt zur Komplettierung des therapeutischen Konzepts. Eine medikamentöse Sympathikolyse mit Hilfe z. B. von Hydergin, Dehydrobenzperidol oder auch von Phentolamin hilft frühzeitig, die Mikrozirkulationsstörungen unter Umständen auch im kleinen Kreislauf zu beheben. Die Anwendung dieser Substanzen setzt jedoch ein wieder ausreichendes intravasales Strömungsvolumen voraus.

Ziel der *Sicherstellung der Atmung* beim Polytraumatisierten muß es sein, die funktionellen Auswirkungen der pathologisch-anatomischen Veränderungen prophylaktisch zu verhindern bzw. wieder zu normalisieren. Um welche wichtigsten Veränderungen der Ventilation und Perfusion handelt es sich? *Zunahme* von Ventilations-, Perfusionsmißverhältnissen, *Minderung* der funktionellen Residualkapazität Im Re-

men der *Minderung* der gesamten Lungenvolumina, *Erhöhung* des Rechts-Links-Shunts auf Lungenebene, *Zunahme* der Resistenz, *Abnahme* der Compliance sowie *Erhöhung* des Pulmonalgefäßwiderstandes.

Eine frühzeitige Behandlung mit positiv-endexpiratorischem Druck (PEEP) führt nun zu einer Normalisierung der Lungenvolumina, vor allem zu einer Zunahme der funktionellen Residualkapazität. Darüber hinaus werden die Ventilations-, Perfusionsmißverhältnisse gemindert und letztlich resultiert eine Erhöhung des arteriellen PO₂.

Die Effekte einer PEEP-Beatmung auf das kardiovaskuläre System sind von folgenden Faktoren abhängig:

1. Vom intravaskulären Volumen
2. Von der Kontraktilität des Herzens
3. Vom Zustand der pulmonalen Gefäße

So reduziert ein vermindertes intravaskuläres Volumen das bei PEEP-Beatmung ohnehin verminderte Herzzeitvolumen weiter. Die Erhöhung des pulmonalkapillären Widerstandes im Rahmen einer respiratorischen Insuffizienz bedeutet eine Erhöhung der Nachbelastung für das rechte Herz. Eine Minderung der Kontraktilität im Rahmen eines Polytraumas muß hier zusätzliche Beeinträchtigungen des Herzzeitvolumens verursachen. Nur durch Erhöhung des zirkulierenden Blutvolumens durch Unterstützung der Kontraktilität des Herzens sowie

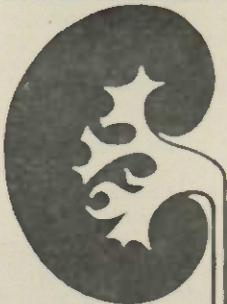
durch Minderung des erhöhten pulmonalkapillären Widerstandes können die unter PEEP auftretenden hämodynamischen Veränderungen weitgehend kompensiert werden. Im Rahmen der Akutbehandlung eines polytraumatisierten Patienten kommt dabei der Erhöhung des zirkulierenden Blutvolumens allererste Bedeutung zu.

Wenn aus den angeführten Gründen eine Beatmung mit PEEP notwendig ist, andererseits die Anwendung eines positiv-endexpiratorischen Druckes erhebliche Auswirkungen auf den großen und kleinen Kreislauf hat, muß die Frage nach der günstigen Höhe des PEEP diskutiert werden. Als Referenz für den *günstigen PEEP* können:

1. die Sauerstofftransportkapazität und
2. der Rechts-Links-Shunt auf Pulmonalebene

angesehen werden. Erst Bestimmungen der Gewebssauerstoffdrucke werden unter den heute gültigen Formen der PEEP-Beatmung die für den Patienten günstigste bestimmen helfen. Bislang unterscheidet man am einfachsten noch zwischen:

1. Dem *prophylaktischen PEEP* (1 bis 5 cm Wassersäule). Er wird verwendet, um die funktionelle Residualkapazität über das Closing Volume anzuheben, um Atelektasen zu verhindern und Shunt auf Pulmonalebene zu mindern.
2. Dem *konventionellen PEEP* (5 bis 20 cm Wassersäule). Er ist indiziert, wenn der P_oO₂ weniger als 60 Torr



NEPHROLOGIKUM
zur spezifischen
Langzeittherapie
von NEPHROPATHIEN

Canephron®

Indikationen: Basistherapeutikum bei Nierenerkrankungen; chronische Pyelonephritis; chronische interstitielle Nephritis; chronische Glomerulonephritis; Schwangerschaftsnephropathie; Nephrolithiasis; Zystitis. • **Kontraindikationen und Nebenwirkungen** sind bisher nicht bekannt.

Zusammensetzung: 100 g enthalten 29 g Mezeret aus: Herb. Centaur, 0,6 g, Fruct. Cynosbat. ein. Semin, 1,0 g, Rad. Levistic, 0,6 g, Fol. Rosmarin, 0,8 g. • 1 Dragée enthält: Herb. Centaur, 16 mg, Fruct. Cynosbat. ein. Semin, 30 mg, Rad. Levistic, 18 mg, Fol. Rosmarin, 16 mg. • **Dosierung:** 3mal täglich 1/2 bis 1 Teelöffel oder 1 bis 2 Dragées. • **Handelsformen:** Canephron OP mit 100 ml DM 8,55, OP mit 60 Dragées DM 8,55, OP mit 240 Dragées DM 25,95; Großpackungen mit 500 ml, 1000 ml und 1000 Dragées.

BIONORICA KG · APOTHEKER POPP · NÜRNBERG



beträgt, bei einem inspiratorischen Sauerstoffgemisch von mehr als 60 Prozent.

3. Dem sogenannten *High-PEEP* (20 bis 50 cm Wassersäule). Er wird in extremer Hypoxie als *Ultima ratio* angewendet.

4. Dem *optimalen PEEP* oder auch dem *Best-PEEP*. Er ist individuell und sollte für alle Patienten im Idealfall angewendet werden.

Die Anwendung einer PEEP-Beatmung, in welcher Form auch immer, erfordert also die ständige Kontrolle der Leistungsfähigkeit des rechten Ventrikels, der in einer Situation einer erhöhten Nachbelastung ein erhöhtes Herzzeitvolumen aufbringen muß. Dies kann zu einer Rechts-herzinsuffizienz führen. In einer solchen Situation ist die Anwendung positiv-inotroper Substanzen, z. B. von Isoproterenol sowie Alpha-blokkierenden Substanzen und Natriumnitroprussid bzw. Nitroglycerin, notwendig. Als Kriterien für die Anwendung positiv-inotroper Substanzen gelten die folgenden:

1. Urinmenge weniger als 1 ml/kg/h in Abwesenheit von Diuretika
2. HMV-Index (falls er gemessen wird) nicht höher als 30 Prozent über der Norm
3. Ein gemischt-venöser PO_2 unter 30 mm Hg
4. Ein rechter Vorhof- oder zentralvenöser Druck über 10 mm Hg
5. Ein pulmonalkapillärer Wedge-Druck von 10 mm Hg oder höher

Die günstigsten Wirkungen von *Steroiden* im Rahmen der Therapie des hämorrhagischen Schocks können nicht als gesichert angesehen werden. Ihr membranstabilisierender Effekt im Rahmen der Behandlung der akuten respiratorischen Insuffizienz beim polytraumatisierten Patienten gilt jedoch als gesichert. Eine Dosierung von 30 mg/kg KG Prednisolon in achtstündigem Abstand dreimal am ersten Tag appliziert, wird als Dosierung der Wahl angegeben.

Um *thromboembolische Komplikationen* zu verhindern, insbesondere jedoch als Prophylaxe einer im Rahmen des Polytraumas immer drohenden Verbrauchskoagulopathie, wird die Anwendung von Heparin in niedrigen Dosierungen (500 bis

1000 E/h) diskutiert. Die Notwendigkeit der Heparinisierung in dieser Größenordnung gilt dann als notwendig, wenn eine Beatmungstherapie eingeleitet wird.

Aus den bisherigen Ausführungen wird deutlich, daß dem *Zeitpunkt der Therapie der Atem- und Kreislaufstörung* beim Polytraumatisierten sowie der weiteren Kontrolle der therapeutischen Maßnahmen Bedeutung zukommt. Es müssen deshalb klare Richtlinien aufgestellt werden, welche Parameter zur Kontrolle unbedingt bestimmt werden müssen. Es sind dies: Blutige arterielle Druckmessung, Bestimmung des zentralvenösen Druckes, des pulmonalarteriellen und kapillären Wedge-Druckes, Ableitung von EKG, Bestimmung der Blutgase im arteriellen und zentralvenösen Bereich, Bestimmung von Hb, Hk und der Elektrolyte, Röntgenthoraxkontrollen.

Die zentrale Frage in der Respiratortherapie des Polytraumatisierten lautet: *Wann besteht die Indikation zur Beatmung?* Neben klinischen Kriterien sprechen die folgenden Meßwerte für die Notwendigkeit einer Beatmungstherapie:

1. Atemfrequenz > 35 min
2. Vitalkapazität < 10 bis 15 ml/kg
3. Inspirationszug < 25 cm H_2O
4. Alveolare arterielle Sauerstoffdifferenz > 300 mm Hg ($FI_{O_2} = 1,0$)
5. Alveolare arterielle Sauerstoffdifferenz > 50 mm Hg ($FI_{O_2} = 0,21$)
6. $P_aCO_2 > 50$ mm Hg
7. Verhältnis von Totraum zu Tidalvolumen > 60 Prozent
8. Rechts-Links-Shunt > 15 Prozent
9. Pathologisches Röntgenbild?

Klinisch hat sich folgendes Verfahren bewährt: Bei der Möglichkeit einer engmaschigen Kontrolle aller geschilderten Parameter kann die Indikation zur Beatmung in Ruhe unter Kenntnis der pathophysiologischen Änderungen abgewartet werden. Besteht keine Möglichkeit zur engmaschigen Kontrolle der wichtigen Parameter, dann sollte eine frühzeitige sogenannte prophylaktische Beatmung durchgeführt werden.

Für den Erfahrenen wird es kein Standardverfahren für einen Beatmungsbeginn geben. Für den weniger Geübten wird es günstig sein, nach einem Schema vorzugehen. Unter mehreren hat sich das folgende gut bewährt:

FI_{O_2} : 0,6 (60 Prozent O_2)

Frequenz: 10/min

V_T : 15 ml/kg KG

Bei bereits manifester respiratorischer Insuffizienz:

FI_{O_2} : 1,0 (100 Prozent O_2)

Frequenz: 10/min

V_T : nach Bedarf

Die weitgehende Standardisierung der Therapie des hämorrhagisch-traumatisierten Schocks im Sinne der Kreislauftherapie hat heute die Lunge zum mitführenden Schockorgan gemacht. Es besteht kein Zweifel darüber, daß das prognostische Schicksal der polytraumatisierten Patienten ganz wesentlich von einer rechtzeitigen und dann aggressiven Therapie der sich entwickelnden pulmonalen Insuffizienz abhängt.

Nur eine Therapie, die die oben angeführten Prinzipien berücksichtigt, kann den behandelnden Patienten die besten Chancen für einen Heilungserfolg bieten. Kann ein solcher nicht erreicht werden, besteht bei diesem Vorgehen noch am ehesten Gelegenheit, Spenderorgane zur Verfügung stellen zu können.

Literaturverzeichnis

- BLAISOEEL, F. W., and SCHLOHBOHM, R. M.: The respiratory distress syndrome: A review. *Surgery* 74, 251 (1975)
- CLOWES, G. H., HIRSCH, E., WILLIAMS, L., KUASNIK, T. H., O'CONNELL, T. H., CUEVAS, P., v. SAINI, K., MORAOI, J., FARIZAN, M., SARAVIS, C., STONE, M., and KUFFLER, J.: Septic lung and shock lung in man. *Ann. Surg.* 181, 681 (1975)
- HEBERER, G., und LANO, W.: Oerzeitiger Stand der Organtransplantation. *Bayerisches Ärzteblatt*, 34, 18 (1979)
- MESSMER, K., und SUNOER-PLASSMANN, L.: Schock. In: *Pathophysiologische Grundlagen der Chirurgie*. Hrsg. Th. O. Lindenschmidt; 2. Aufl., S. 159. Thieme, Stuttgart, 1975.
- PONTOPIOAN, H., GEFFIN, B., and LOWENSTEIN, E.: Acute respiratory failure in the adult (First of three parts) *N. Engl. J. Med.* 286, 690 (1972)
- PONTOPIOAN, H., WILSON, R. S., RIE, M. A., and SCHNEIOER, R. C.: Respiratory Intensive care. *Anesthesiology* 47, 96 (1977)

Anschrift der Verfasser:

Professor Dr. med. K. Peter und Dr. med. N. Franke, Nußbaumstraße 20, 8000 München 2

Remifemin

reguliert vegetativ-psychische
Störungen der Frau

problemlose Therapie bei
klimakterischen
Beschwerden und
pubertätsbedingter
Dysregulation.

Ergänzung einer not-
wendigen Hormontherapie.



Zusammensetzung

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

Indikationen

Klimakterische oder postoperative Beschwerden,
Störungen in der Pubertät. Prae- oder postmen-
struell zum psychischen und vegetativen Ausgleich,
ferner zur Unterstützung der Hormon-Therapie.

Dosierung

Es empfiehlt sich, längere Zeit 3 mal täglich 10 - 30
Tropfen Remifemin unverdünnt, möglichst auf
Zucker, oder 3 mal täglich ½ bis 1½ Tabletten im
Munde langsam zergehen lassen. Zweckmäßiger-
weise steigert man die Dosis allmählich, um bei
eintretendem Erfolg wieder langsam auf niedrigere
Gaben zurückzugehen.

Verordnung

50 ml Remifemin liquidum
50 Remifemin-Tabletten
Klinikpackungen

DM 10,95
DM 5,30



Schaper & Brümmer
Salzgitter · Ringelheim

Naturstoff-Forschung und -Therapie

Problematik der Organbeschaffung

Aus der Sicht des Chirurgen und des Intensivmediziners

von H. Gumrich und J. Eckart

Seit dem 7. November 1976 wurden im Schwerpunktkrankenhaus Augsburg 14 Nierenentnahmen durchgeführt. In je einem weiteren Fall wurde die Zustimmung zur Organentnahme verweigert bzw. die Entnahme wegen intraabdomineller Verletzungen abgebrochen. Die Aufnahme der späteren Organspender erfolgte fast ausnahmslos wegen eines schweren Verkehrsunfalles. In einem Ausnahmefall handelte es sich um den Selbstmord eines zwölfjährigen Jungen durch Erhängen. Die Organentnahme wurde bei vier Kindern im Alter von 7 bis 13 Jahren, bei vier Jugendlichen im Alter von 16 bis 19 Jahren und bei sechs Erwachsenen durchgeführt. Der jüngste Organspender war sieben Jahre, der älteste 43 Jahre alt.

Obwohl unsere Erfahrungen gezeigt haben, daß Organentnahmen heute durchaus durchführbar sind, wenn eine gewisse Eigeninitiative vorhanden ist, wird die Organbeschaffung immer mit einigen Problemen und Schwierigkeiten verbunden bleiben, auf die im folgenden kurz einzugehen sein wird. Belastend für die Angehörigen, aber auch für die behandelnden Ärzte, sind zweifellos die notwendigen aufklärenden Gespräche, die immer mit der Bitte nach Zustimmung zur Organentnahme verbunden sein müssen. Schwierigkeiten bereitet nicht selten das therapeutische Vorgehen, nachdem die Zustimmung zur Organentnahme erfolgt ist, und der weitere organisatorische Ablauf, da alle mit der Entnahme verbundenen zeitaufwendigen und personalaktiven Maßnahmen neben einem normalen Klinik- und Stationsbetrieb und vielfach auch außerhalb der normalen Dienstzeit durchgeführt werden müssen.

Unbestritten gehört das ausführlich informierende Gespräch der nächsten Angehörigen des Schwerverletzten mit zu den schwersten Belastungen für einen auf der Intensivstation tätigen Arzt. Die sehr intensive Unterhaltung mit den Familienangehörigen stellt die Vorausset-

zung für jede weitere Maßnahme in Richtung Organentnahme dar und muß im Hinblick auf den Entnahmepunkt sehr frühzeitig erfolgen, d. h. möglichst bald, nachdem die klinisch-neurologische Symptomatik auf einen zentralen Hirntod hinweisen, da ein unvorhersehbarer Kreislaufzusammenbruch nicht selten kurze Zeit später erfolgt. Unser Gespräch mit den Angehörigen ist besonders dann problematisch, wenn wir schon sehr bald, d. h. manchmal sogar bei unserem ersten Kontakt, mit den Angehörigen auf die Aussichtslosigkeit unserer Bemühungen hinweisen und gleichzeitig um die Erlaubnis zur Organentnahme bitten müssen. Für die Angehörigen selbst ist unsere Bitte trotz unserer wirklich ausführlichen Erklärungen und Erläuterungen häufig deshalb zunächst unverständlich, weil das Aussehen unserer Patienten vielfach nicht die Schwere der Verletzungen erkennen läßt. Um so erstaunlicher und bemerkenswerter war es deshalb für uns, daß wir die Zustimmung zur Nierenentnahme, von einer Ausnahme abgesehen, fast immer sehr schnell, d. h. nach nur kurzer Bedenkzeit, und auch unter Vermeidung jeglicher intensiver Überredungsversuche mit der Begründung erhielten, daß man bereit sei, einem anderen Menschen zu helfen, wenn die Rettung des eigenen Angehörigen nicht mehr möglich sei.

Erwähnenswert erscheint in diesem Zusammenhang, daß sich nach einem ersten Artikel über eine Organentnahme im Hauptkrankenhaus Augsburg in einer Augsburger Zeitung mehrere Personen spontan bei uns gemeldet haben, die bereit waren, eine Niere schon zu Lebzeiten zu spenden, und daß die Aufnahme von Unfallpatienten in unserem Haus in den letzten Jahren eine ständige Zunahme erkennen läßt, d. h., daß die bisher in Augsburg durchgeführten Organentnahmen die Belegung der chirurgischen Kliniken zumindest nicht in negativer Weise beeinflusst haben.

Ist aufgrund der klinischen Symptomatik — lichtstarre Pupillen, Areflexie, fehlender Hustenreflex, Atemstillstand und Spontanhypothermie — mit einem zentralen Hirntod zu rechnen und liegt die Zustimmung zur Organentnahme von den Angehörigen vor, dann erfolgt in Zusammenarbeit mit einem Neurologen des Münchener Transplantations-teams und unserer Röntgenabteilung die abschließende Diagnostik, die im wesentlichen aus einem EEG und der Aortenbogenangiographie mit Darstellung der Arteria carotis beiderseits und der Arteria vertebralis besteht. Außerdem empfiehlt es sich, immer *gleichzeitig die Nierengefäße darzustellen*, damit das Entnahmeteam *über eventuell vorhandene Gefäßanomalien* unterrichtet ist. Wünschenswert ist eine möglichst schnelle Durchführung aller erforderlichen Maßnahmen, da die Kreislaufstabilisierung nach Eintritt des Hirntodes häufig erhebliche Schwierigkeiten bereitet. Probleme treten dadurch auf, daß der arterielle Druck auch durch eine massive Volumensubstitution vielfach nicht mehr in der für eine normale Nierenfunktion notwendigen Höhe gehalten werden kann, und weil bisweilen ein traumatisch bedingter Diabetes insipidus-ähnlicher Zustand mit Harnmengen von einem Liter und mehr pro Stunde auftritt, der von der Überwachung und Zufuhr her nicht einfach zu beherrschen ist.

Wichtig ist die Kreislaufstabilisierung ohne Anwendung von Vasokonstriktoren in erster Linie zur Aufrechterhaltung einer ungestörten Nierenfunktion. Gefordert werden weitgehend normale Druckwerte, aber auch für die angiographische Untersuchung, damit der Abbruch der Hirndurchblutung an der Schädelbasis unter normalen Kreislaufbedingungen nachgewiesen werden kann. Zur Volumensubstitution verwenden wir 20prozentiges Humanalbumin zusammen mit Elektrolytlösungen und zu je einem Drittel Gelatine, niedermolekulares Dextran und HÄS. Die Urinverluste werden in der Regel durch Vollelektrolytlösungen und niederprozentige Kohlehydratlösungen unter laufender Kontrolle der ausgeschiedenen Harnmengen ersetzt. Besonders dann, wenn die Notwendigkeit zur Zufuhr großer Flüssigkeitsmengen besteht, erscheint eine häufige Kontrolle des Elektrolyt- und Säure-Basen-Haushaltes notwendig, um schnell auf-

Versicherungs-Tips von der „Vereinigten“

Zeltliche Selbstbeteiligung

Auf Anregungen aus Ärztekreisen führt die „Vereinigte“ als einziger Ärzteversicherer eine zeitliche Selbstbeteiligung für Ambulantkosten in ihrem Angebot. Für Arzthonorar und Arzneimittel, die in den ersten vier Wochen einer Krankheit anfallen, kommt der versicherte Arzt selbst auf – alle darüber hinausgehende Kosten übernimmt der Versicherer zu 100%. Damit läßt sich der Krankenschutz erheblich verbilligen.

Im Krankenhaus – wer zahlt?

Sollten Sie stationär behandelt werden, erhalten Sie als „Vereinigten“-Mitglied eine Erstattungszusage für die Krankenhausverwaltung. Sie müssen nichts vorauslagen! Die „Vereinigten“ rechnet anschließend direkt mit der Klinik ab. Den Antrag für die Erstattungszusage, die für die gesamte medizinisch notwendige Verweildauer gilt, gibt es beim Außendienst oder bei den Bezirksdirektionen der „Vereinigten“.

Medizinstudium nur mit Krankenversicherung

Auch Medizinstudenten müssen sich zum Semesterbeginn (1. 4. 79) um ihre Krankenversicherung kümmern, sonst ist keine Einschreibung möglich. Privatversicherte Studenten können sich befreien lassen; der Antrag dazu sollte schon vor Semesterbeginn der zuständigen AOK vorliegen. In Frage kommt eine Mitversicherung im Eltern-/Ehegatten-Vertrag oder der preiswerte PSKV-Sondertarif mit 49,- DM Monatsbeitrag. Davon gehen 17,80 DM staatlicher Zuschuß ab (bei BAföG-Empfängern zusätzlich 12,- DM).

Ärzte-Infodienst
Vereinigte Krankenversicherung AG
Pressestelle
Leopoldstraße 24
8000 München 40

Da die bisherigen Quizspiel-Anzeigen großen Anklang gefunden haben, möchten wir Sie nun zu einer weiteren Quiz-Runde einladen. Viel Spaß und gute Unterhaltung.

Gegen so manches »Pflänzchen« ist kein Kraut gewachsen.



Unsere Quiz-Frage:

Hier untersucht ein Apotheker erkrankte Hautstellen am Mund der Patientin. Durch die Abbildung der Aloe im Vordergrund soll auf eine besondere, letztlich heilende Eigenschaft der Pflanze hingewiesen werden. Um welche Eigenschaft handelt es sich? Kreuzen Sie bitte Ihre Antwort im Coupon an.

Quellenhinweis:
Bildband Kunst und Medizin,
Verlag M. Du Mont Schauberg, Köln.

Vereinigte Krankenversicherung AG
Salus Krankenhauskosten-Versicherungs-AG
Im Unternehmensverbund
Vereinigte
Versicherungsgruppe

Generaldirektion
Leopoldstraße 24
8000 München 40



Ihr Quiz-Gewinn:

Unter allen richtigen Einsendungen verlosen wir einen Kupferstich „Aloe“ aus dem Jahr 1696 gestochen von Abraham Munting, mit schönem Rahmen. Einsendeschluß ist der 30. 4. 1979 und der Rechtsweg ist wie immer ausgeschlossen.

Meiner Meinung nach hat die Aloe folgende
Eigenschaft:
 blutstillende Wirkung
 hervorragendes Mittel zur Entfernung
von Zahnbelag
 blutstillende Wirkung

Adresse _____

KX5Z

tretende grobe Abweichungen von der Norm möglichst weitgehend bis zum Zeitpunkt der Organentnahme zu vermeiden bzw. gegebenenfalls zu korrigieren. Bleiben die Kreislaufverhältnisse bei dem Organspender unter einer adäquaten Volumensubstitution stabil, dann sind in der Regel – außer der Beatmung – keine besonderen Maßnahmen notwendig. Organisatorische Probleme können dadurch entstehen, daß die abschließende angiographische Untersuchung, die außerhalb der Intensivstation durchgeführt wird, vielfach nicht nur sehr zeitraubend, sondern auch sehr personalaktiv ist, da der Organspender nicht nur unter Beatmung transportiert, sondern auch laufend überwacht und behandelt werden muß, was außerhalb der normalen Dienstzeit zu personellen Engpässen führen kann.

Es wurde schon darauf hingewiesen, daß die Kreislaufstabilisierung und die Aufrechterhaltung einer normalen Nierenfunktion – wenn möglich – allein durch Volumensubstitution erfolgen sollte. Kommt es trotz ausreichender Kreislaufauffüllung zu einem Absinken des Blutdruckes und zu einer Abnahme oder zu einem Sistieren der Urinausscheidung, dann empfiehlt es sich, mit einem Osmodiuretikum Dopamin allein oder in Kombination mit Dobutamin bzw. kleinen Dosen Effortil im Dauertropf so lange zu verabfolgen, bis die Nieren entnommen sind bzw. eine Kreislaufstabilisierung eingetreten ist. Auch die zuletzt erwähnten Maßnahmen sind aber leider nicht in jedem Falle geeignet, den gewünschten Effekt zu erzielen, so daß ein Wettlauf mit der Zeit beginnt. Da durch eine sichere und schnelle Röntgendiagnostik und ein optimales Operationsteam viel Zeit gewonnen werden kann, sollten aus der Sicht des Anästhesiologen wirklich nur sehr erfahrene Kollegen Mitarbeiter eines Entnahmeteam sein bzw. die angiographische Untersuchung durchführen.

Anschrift der Verfasser:

Professor Dr. med. H. Gumrich, Chefarzt der I. Chirurgischen Klinik des Krankenhauses Zweckverbandes Augsburg, und Professor Dr. med. J. Eckart, Chefarzt der Abteilung für Anästhesiologie und Intensivmedizin des Krankenhauses Zweckverbandes Augsburg, Henisiusstraße 1, 8900 Augsburg

Problematik der Organbeschaffung

Herztransplantation

von E. Struck und F. Sebening

Aus der Klinik für Herz- und Gefäßchirurgie – Deutsches Herzzentrum München des Freistaates Bayern (Direktor: Professor Dr. med. F. Sebening)

Die von Lower, Stofer und Shumway 1960 entwickelte Methode der orthotopen Herztransplantation wurde 1964 von Hardy im Rahmen einer Xenotransplantation und 1967 von Barnard als orthotope Homotransplantation erstmalig klinisch eingesetzt. Bis zum gegenwärtigen Zeitpunkt sind etwa 400 Homotransplantationen des Herzens an Patienten weltweit durchgeführt worden. Die genaue Anzahl kann nicht mehr erfaßt werden, da im Juli 1977 die international beachtete Organ Transplant Registry, Chicago/USA, als Einrichtung des American College of Surgeons und der National Institutes of Health ihre diesbezüglichen Aktivitäten eingestellt hat. Unter Auswertung der Zahlen der aktivsten Transplantationsgruppen ist die Herztransplantation nach der Nierentransplantation zahlenmäßig heute die bedeutsamste Organverpflanzung. Während weltweit jährlich etwa 30 bis 40 Herztransplantationen pro Jahr durchgeführt werden, liegt die Anwendungsfrequenz dieser Methode in der erfahrensten Herztransplantationsgruppe um Norman E. Shumway bei 25 Herztransplantationen pro Jahr. Insgesamt haben Shumway und seine Mitarbeiter, Stanford/USA, bis September 1978 153 orthotope Homotransplantationen des Herzens in der Klinik durchgeführt. In Europa fanden humane Herztransplantationen in Belgien, England, Frankreich, Polen, in der Schweiz, in der CSSR, in Spanien und in Deutschland statt. In der Bundesrepublik Deutschland wurden bisher zwei Herztransplantationen an der Chirurgischen Universitätsklinik in München und eine weitere am Westend-Krankenhaus der Universität Berlin durchgeführt. Anfänglich vorwiegend schlechte Erfahrungen werden durch zunehmend bessere Ergebnisse abgelöst. Dieses wurde im wesentlichen erreicht durch die Verbesserung der Empfängerselektion und der Abstoßungsthera-

pie. Die Ein-Jahres-Überlebenschance von 65 Prozent bei terminal myokardkranken Patienten nach einer Herztransplantation stellt diesen Eingriff in seinen Erfolgchancen gleichwertig neben die Nierentransplantation und weit über verschiedene Karzinomoperationen. Sie ist vor allem das einzige therapeutische Angebot für Patienten im terminalen Myokardversagen, bei denen jegliche konservative Therapie und auch andere herzchirurgische Maßnahmen versagen. Dieses terminale Myokardversagen ist meistens der Endzustand einer koronaren Herzkrankung, kann aber auch durch eine Kardiomyopathie, Herzklappenkrankungen und seltener andere Herzkrankheiten bedingt sein.

Überall, wo die Herztransplantation klinisch zur Anwendung kommt, wird die Organbeschaffung als ein größeres Problem hervorgehoben. Mehrere Faktoren bestimmen die Problematik der Organspende, auch bei der Herztransplantation:

1. Die Anzahl der auf eine Transplantation wartenden Patienten übersteigt bei weitem das Spenderangebot.
2. Spenderorgane stehen dann nicht zur Verfügung, wenn sie dringend für einen zur Transplantation vorgesehenen Patienten gebraucht werden und der Eingriff nicht mehr aufgeschoben werden kann.
3. Die Herzentnahme verzögert sich, da auch andere Organe aus dem selben Spenderorganismus entnommen werden müssen.
4. Die Klinik des Organspenders liegt sehr weit von der des Empfängers entfernt.

ad 1.:

Im Endstadium der Myokardinsuffizienz können die Patienten nur für kurze Zeit, d. h. für Tage oder we-

nige Wochen, in einem relativ konstanten Allgemein- und Kreislaufzustand gehalten werden, der für die Transplantation noch zu verantworten ist. Dies ist anders bei Patienten, die auf eine Nierentransplantation warten. Hier kann mit der Hämodialyse eine Wartezeit von mehreren Jahren überbrückt werden. Dagegen sind Kreislaufassistenzapparaturen, Linksventrikelassistenzpumpen und das totale Kunstherz in ihrer Entwicklung noch nicht so ausgereift, daß mit ihnen ohne größeres Risiko die Wartezeit auf den richtigen Organspender überwunden werden könnte. Es müssen daher im Optimalfall zum Zeitpunkt der notwendigen Herztransplantation mehrere Organspender zur Verfügung stehen, um von diesen denjenigen mit der für den Herzempfänger passenden Blutgruppe auswählen zu können. Weil diese Optimalsituation nur ausnahmsweise vorliegt, ist es für den Herzempfänger dann ein schicksalhafter Zufall, wenn für ihn ein passender Spender gefunden wird. Uns scheint das Problem der genügenden Organauswahl für die Herztransplantation nur lösbar zu sein, wenn die potentiellen Organspender (Zerebraltote) überregional erfaßt werden.

ad 2.:

In der Klinik muß man sich damit auseinandersetzen, daß für einen möglichen Organempfänger ein Spender aus den oben genannten Gründen zunächst nicht zur Verfügung steht. Dieses ist ein besonderes Problem für solche Transplantationsgruppen, die nur selten eine Herztransplantation durchführen. In anderen Arbeitsgruppen, die die Herztransplantation aktiv betreiben und bei denen mehrere Empfänger für die Transplantation gleichzeitig vorbereitet sind, ist bei einem Organangebot dieses in den meisten Fällen für einen der wartenden Empfänger passend. Obwohl bei dieser Organisationsform fast jedes Spenderangebot zu einer Organtransplantation führt, ergeben sich aus der Situation der noch wartenden und nicht versorgten Organempfänger menschliche Schwierigkeiten, moralische Überlegungen und ethische Probleme. Für diese kann es dann auch wieder bedeuten, daß zum richtigen Zeitpunkt kein Spender zur Verfügung stand. In der Gruppe von Shumway konnten etwa 30 Prozent der für eine Herztransplantation ausgesuchten Patienten

nicht mit einem Organ versorgt werden. Diese Kranken starben meist in den ersten sechs Wochen, nachdem sie in das Transplantationsprogramm aufgenommen worden waren.

ad 3.:

Kommt es bei einem hirntoten Spender mit noch ausreichendem Kreislauf zur Organentnahme, muß die Explantation zirkulationsabhängiger Organe, wie der Niere, der Vorzug gegeben werden. Dies kann für die Herztransplantation bedeuten, daß das Herz verzögert zur Verfügung steht und damit das Operationsrisiko für den Empfänger vergrößert wird. Findet die Herztransplantation in einem anderen Operationssaal des gleichen Krankenhauses statt, verlängert sich dadurch die Operation des Herzempfängers vor der Entnahme des erkrankten Organes. Liegt der Organempfänger in einem anderen Krankenhaus (s. u.), könnten sich daraus organisatorische Probleme im zeitlichen Ablauf der Herztransplantation mit Verlängerung der Ischämiezeit des zu verpflanzenden Organes ergeben. Die Probleme der Organgewinnung liegen hier auf der Seite der Organisation.

ad 4.:

Da das Spenderangebot im regionalen Bereich häufig nicht ausreichend ist, speziell wenn es bei der Herztransplantation um die Zuordnung der richtigen Blutgruppe geht (die HLA-Gruppierung ist bei der Herztransplantation von untergeordneter Bedeutung), kann es notwendig werden, die Organspende über eine größere Distanz durchzuführen. Hierbei muß entweder der zerebraltote Spenderorganismus oder das entnommene Organ einem Transport unterworfen werden. Die Gruppe um Shumway bevorzugt den Transport des gesamten Spenderorganismus, wobei der Transportweg eine Strecke von 500 km per Flugzeug häufig

übersteigt. Diese Arbeitsgruppe, wie besonders auch Lower und Kahn, haben in jüngerer Zeit mit ihrem Team das Organ im Krankenhaus des Organspenders entnommen und nach Behandlung mit speziellen Konservierungsmethoden bis zu 900 km transportiert. Die anschließend bei mehreren Patienten erfolgreich durchgeführte Herztransplantation mußte in ihrer Vorbereitung zeitlich auf den Organtransport exakt abgestimmt sein. Unterbrechungen in der Organisationskette stellen ein gewisses Risiko dar. Jedoch konnte mit dem Herztransport auf längere Entfernung gezeigt werden, daß auch für die Herztransplantation ein überregionales — auf die Entfernungen bei uns übertragen — ein europäisches Spenderangebot mit einer entsprechenden Organisation sinnvoll ist. Die Weiterentwicklung von Herzkonservierungsmethoden, wie sie auch in unserer Klinik betrieben wird, ist dafür unerläßlich.

Unzureichende finanzielle, räumliche und personelle kardiochirurgische Kapazitäten verhinderten in Deutschland in den letzten Jahren die Fortsetzung der Bemühungen um die Herztransplantation in der Klinik. Es ist jedoch für den Aufbau und die Verwirklichung eines Herztransplantationsprogrammes auch das ständige Interesse der Kardiologen an der Herztransplantation notwendig, ebenso wie ihre kontinuierliche Auseinandersetzung mit der Operationsindikation. Mit der gemeinsamen Führung einer Empfängerliste und unter Ausnutzung eines verbesserten lokalen Spenderangebotes sollte die Herztransplantation auch bei uns möglich sein und damit in Einzelfällen die Hilfe für terminal myokardkranke Patienten.

Anschrift der Verfasser:

Professor Dr. med. E. Struck und Professor Dr. med. F. Sebening, Lothstraße 11, 8000 München 2

Klinische Fortbildung in Bayern

— Programm Seite 264 f. —

Problematik der Organbeschaffung

Aus der Sicht des Unfallchirurgen

von Jürgen Probst

Die Frage der Organbeschaffung zu Transplantationszwecken richtet sich in der Regel zumeist an den Neurochirurgen und an den Unfallchirurgen sowie den unfallchirurgisch tätigen Allgemeinchirurgen.

Während die Neurochirurgen über ein im wesentlichen „monorganisches“ Krankengut verfügen und über die Überlebensaussichten ziemlich frühzeitig und mit fast absoluter Treffsicherheit eine Voraussage machen können, solchermaßen auch in der Lage sind, therapeutische und organisatorische Vorbereitungen zu treffen, Ihnen darüber hinaus die für die Todesbestimmung notwendigen Untersuchungsverfahren fachgebunden zur Verfügung stehen, ist das nichtneurochirurgische Kranken- bzw. Verletztengut gerade durch seine Uneinheitlichkeit und seine prognostische Unsicherheit gekennzeichnet, und der Unfall- und der Allgemeinchirurg verfügen im allgemeinen nicht über die speziellen Untersuchungssysteme zur Todesbestimmung.

Für den unfallchirurgisch tätigen Allgemeinchirurgen stellt sich naturgemäß die Frage der Organbeschaffung viel häufiger als für den Unfallchirurgen, da die Dichte der unfallchirurgischen Abteilungen und Kliniken weit geringer ist als das Netz der Allgemeinkrankenhäuser, in die die meisten Unfallverletzten eingeliefert werden.

Aus der Sicht des Unfallchirurgen ergibt sich die Frage der Organentnahme zu verschiedenen Zeitpunkten. Während der neurochirurgische Spender vielfach von Anbeginn der Behandlung als solcher erkannt werden kann, ergibt sich beim unfallchirurgischen Spender diese Problematik in einem Teil der Fälle erst später. Einfach sind die Fälle des schweren Schädel-Hirn-Traumas ohne wesentliche Nebenverletzun-

gen. Für alle anderen Fälle, bei denen auch die Frage der Aufrechterhaltung des leistungsfähigen Kreislaufes von Bedeutung ist, ergeben sich Kriterien, die nicht allgemeinverbindlich festgelegt worden sind, deren Klassifizierung der Unfallchirurg aber bedarf, um rechtzeitig die notwendigen organisatorischen und medizinischen Vorkehrungen treffen zu können. Festzulegen ist auch, welcher Kreis von Verletzungsarten in Betracht zu ziehen ist.

Schädelhirnverletzte kommen beim Unfallchirurgen häufig vor. Haben sie Nebenverletzungen, kann zwar die Überlebensaussicht auch von einem anderen Verletzungszustand beeinflusst werden, führend ist aber in der Regel die Schädel-Hirn-Verletzung, deren Ausgang über die Frage der Spendereigenschaft entscheidet. Der Unfallchirurg steht hier aber vor der Frage der Todeszeitbestimmung. Diese ist nur mittels EEG und Hirnangiographie zu beantworten.

Traumatisch Querschnittgelähmte (Rückenmarkverletzte) können in der ersten Zeit nach dem Unfall als Organspender in Frage kommen. Während die Lenden- und Brustmarkverletzten allgemeine gute Überlebensaussichten haben, weisen die Halsmarkverletzten auch unter optimalen Behandlungsbedingungen noch immer eine hohe Gefährdungsrate auf. Für die Organspende einer Niere kommt der Rückenmarkverletzte meines Erachtens aber nur innerhalb der ersten sieben Tage seit Eintritt der Querschnittlähmung in Betracht; danach muß nämlich mit einer Infektion der Harnwege und der Nieren gerechnet werden. Auszuschließen von der Nierenspende sind alle Patienten, die einen Dauerkatheter tragen oder trugen. Es muß noch weiteren Untersuchungen vorbehalten bleiben, inwieweit die Nie-

re durch den spinalen Schock geschädigt wird. Da ein spezifisches latentes Volumenmangelsyndrom zum spinalen Schock gehört, ist es möglich, daß die Niere frühzeitig eine Zellschädigung erfährt; andererseits haben wir klinisch keine Beobachtungen dahingehend gemacht, daß die Niere nach überstandener spinaler Schock ein anderes Verhalten einnimmt.

Eine dritte und große Gruppe stellen die **Polytraumatisierten**, die vielfach in der Agonie die Klinik erreichen oder binnen 48 Stunden versterben. Ob sie als Organspender in Betracht kommen, dürfte in erster Linie davon abhängen, ob ein protrahiertes Schockgeschehen bestanden hat. Es wird weiterer Aufklärung bedürfen, um klinische Kriterien festzulegen, nach denen sich der Behandler des potentiellen Organspenders richten kann. Notwendig sein dürfte eine genaue Aufzeichnung des Kreislaufverhaltens und der Laborwerte im Langzeitablauf.

Patienten, die eine **Fettembolie** durchgemacht haben, scheiden meines Erachtens als Spender aus. Das gilt ebenso für Brandverletzte.

Unfallverletzte mit einer **fulminanten Lungenembolie** könnten als Spender in Betracht kommen, da der klinische Ablauf sich innerhalb sehr kurzer Zeit vollendet, so daß die warme Ischämiezeit verhältnismäßig kurz bleiben dürfte.

Patienten mit **Schußverletzungen**, die große Gefäße, Herz, Lungen verletzt haben und rasch zum Tode führen, sind aus forensischen Gründen als Organspender auszuschließen.

Wenn immer wieder die Nieren als Spenderorgan angesprochen wurden, so deswegen, weil sie im Hinblick auf die durch die Unfallverletzungen geschaffenen Bedingungen besonders empfindlich sind, andererseits aufgrund der Altersgruppenzugehörigkeit vieler todgeweihter Unfallverletzter das am wertvollsten zu qualifizierende Organ darstellen. Grundsätzlich ist daran zu denken, daß der Unfallverletzte als Spender einer Kornea, von Gehörknöchelchen, Venen und nicht zuletzt von Haut in Frage kommt.

Die Frage der **Eignung des Spenders** aus seinen prä- und posttraumatischen Körperbedingungen ist

für den Allgemein- und für den Unfallchirurgen naturgemäß schwer zu entscheiden. Vielfach ist die Lebensgeschichte nicht oder nicht ausreichend zuverlässig zu erfahren. Vorkrankheiten bzw. Vorschäden an Nieren und harnableitenden Organen sowie Herz-Kreislauf-Krankheiten können unerkennbar bleiben. Diesbezüglich muß man hinnehmen, daß auch einmal unbrauchbare Organe explantiert werden. Mit Hilfe einer genauen Analyse der laufend erhobenen Laborwerte wird der eine oder andere Krankheitszustand zu erkennen sein.

Vom Problem des **Gesprächs mit den Angehörigen** besonders betroffenen sind die Kollegen in den kleineren, örtlichen Krankenhäusern. Ein solches Gespräch kann erfolgreich geführt werden; die gegenwärtige Publizitätswelle ist aber geeignet, Mißtrauen und Abwehr zu erzeugen, sie erleichtert dem Arzt auf dem Land, der dort eine besondere Stellung einnimmt, die Aufgabe nicht! Auch in einem Zentrum können sich Schwierigkeiten ergeben; denn es kann sich rasch der irrierte Eindruck herumsprechen, Patienten mit bestimmten Verletzungen würden „regelmäßig“ der postmortalen Organentnahme unterworfen, so daß schließlich die Organentnahme fälschlich als Motiv der Verlegung in den Vordergrund tritt. Daß dies nicht zutreffen kann, ergibt sich ohne weiteres aus der Überlegung, daß jede Verlegung um der Inanspruchnahme einer noch umfassenderen Behandlungsmöglichkeit willen erfolgt. Die Frage einer Organspende kann jedoch stets erst dann erörtert werden, wenn feststeht, daß der Patient unabwendbar ein Moriturus ist; die Entscheidung über eine Organspende vermag dagegen erst dann getroffen zu werden, wenn der Spender ein Mortuus ist.

Die Verhältnisse liegen insoweit schwieriger als beim Schädelhirnverletzten, weil in seinem Fall das naturgegebene Verständnis für die Maßnahme und die in begrenztem Rahmen mögliche Aufrechterhaltung der Kreislauffunktion ideal miteinander konkurrieren.

Anschrift des Verfassers:

Professor Dr. med. Jürgen Probst, Ärztlicher Direktor der Berufsgenossenschaftlichen Unfallklinik Murnau, Professor-Küntscher-Straße 8, Postfach 1380, 8110 Murnau

Problematik der Organbeschaffung

Aus der Sicht des Nephrologen

von J. Eigler

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

Für den terminal Niereninsuffizienten sind Nierentransplantation und intermittierende Dauerdialyse nicht konkurrierende, sondern sich ergänzende Behandlungsverfahren. Inzwischen liegen vergleichende Langzeitergebnisse sowohl für Dialyse als auch für Transplantation vor und müssen als Grundlage für das therapeutische Procedere dienen.

Wie die Statistiken übereinstimmend zeigen, besteht für den Transplantierten im Vergleich zum Dauerdialyse-Patienten die größte Gefährdung während der ersten sechs Monate post transplantationem. Daher verdienen alle Faktoren, die zur weiteren Senkung der Letalität während dieses Zeitraumes beitragen könnten, besondere Beachtung: Hierzu gehören u. a. eine „restriktive“ Handhabung der Immunsuppression sowie die ausschließliche Verwendung von Spenderorganen in einem morphologisch wie funktionell optimalen Zustand. Strenge Maßstäbe bei der Auswahl von Spenderorganen sind um so leichter einzuhalten, je größer das Angebot ist. Zweiterkrankungen, wie etwa Diabetes mellitus, Arteriosklerose oder bakterielle Infekte, machen den Verstorbenen als Nierenspender ungeeignet. Auch der Entschluß zu frühzeitiger Transplantatektomie, falls nicht sicher beherrschbare Komplikationen auftreten, fällt bei ausreichendem Spenderangebot leichter.

Ein wichtiger Schritt auf dem Weg zur Optimierung dieses Angebotes

scheint mir an medizinischen Zentren der höchsten Versorgungsstufe die Einrichtung einer „Spendereinheit“ zu sein, d. h. einer Einheit, in der der potentielle Spender „im Vorfeld des Todes“ (Marguth) von Ärzten und Pflegepersonal betreut werden kann, für die dieser Hirntote nicht zuvor Patient gewesen ist. Hier ist vor allem die Kooperation mit neurochirurgischen Kliniken angesprochen.

Schließlich lehrt die Erfahrung, daß es eine Gruppe von Patienten gibt, die mit einem Minimum an immunsuppressiver Therapie langfristig des transplantierte Organ mit weitgehend normaler Funktion toleriert und oft zu den sogenannten „low responders“ gerechnet wird. Wenn es gelänge, die hier offensichtlich günstige Transplantationskonstellation präoperativ festzustellen und nicht der jeweilige postoperative Verlauf als Test dienen müßte, wäre für die Klinik der Nierentransplantation ein weiterer Durchbruch erreicht. Es erscheint denkbar, diesem Ziel durch eine Verbesserung und Erweiterung immunologischer Analysen näherzukommen. Wahrscheinlich wird es jedoch dann für eine in jeder Beziehung optimale Auswahl noch mehr als bisher notwendig sein, über einen möglichst großen Spender- und Empfängerpool zu verfügen.

Anschrift des Verfassers:

Professor Dr. med. J. Eigler, Leitender Oberarzt, Ziemssenstraße 1, 8000 München 2



Krank im Ausland?

Schwere Unfälle im Ausland oder Erkrankungen fern von der Heimat sind kein Schreckgespenst mehr! Förder-Mitglieder werden bei medizinischer Notwendigkeit bis zu DM 10 000,- kostenfrei heimgeholt. Weitere Informationen bei

S.O.S.-Flugrettung e.V.

7000 Stuttgart 23 Flughafen Postfach 230 323 Telefon 07 11/70 55 55

Wandel der Medizin und aktuelle Fortschritte

60. Ärztliche Fortbildungstagung Regensburg

Professor Dr. K. Greeff, Düsseldorf:

Wandel der Medizin und Fortschritte In der Pharmakologie

(Herz-kreislaufwirksame Pharmaka)

Drei Dinge haben in entscheidendem Maße zum Wandel der Pharmakotherapie beigetragen, zum einen die pharmazeutische Industrie mit ihrer hohen Produktivität, zum anderen die experimentelle Pharmakologie und nicht zuletzt die klinische Pharmakologie, die mit neuen Methoden die Wirksamkeit dieser Medikamente am Menschen überprüft.

In Deutschland werden jährlich ca. 50 000 neue Substanzen synthetisiert, von denen nur wenige den Weg in die Therapie finden. Der Preis für die Entwicklung eines einzigen Arzneimittels wird auf 50 bis 90 Millionen DM geschätzt. Allein dadurch ist die Aktivität der pharmazeutischen Industrie hinreichend charakterisiert.

Die experimentelle Pharmakologie beschäftigt sich mit der Wirkung und Wirkungsweise von Arzneimitteln im Tierversuch. Erschwert wird dieser Bereich heute durch überzogene Tierschutzideen und die Behauptung, daß Tierexperimente nicht auf den Menschen übertragbar sind. Aber gerade der Tierversuch ist notwendig, um die wenigen Substanzen, die dann für den Menschen nutzbar gemacht werden können, herauszufiltern. Aber darüber hinaus geben Tierexperimente wichtige Hinweise bezüglich der Dosis, des Wirkungsmechanismus und der möglichen Nebenwirkungen.

Die klinische Pharmakologie ist notwendig, weil nur am Menschen — im Vergleich zu anderen Substanzen — die Wirkungsweise endgültig geklärt werden kann. Einen großen Ausgangswert haben kontrollierte Studien, unter Umständen mit einer Placebo-Gruppe. Dabei ist zu bedenken, daß ein Placebo-Präparat z. B. in 18 Prozent das Krankheitsbild Angina pectoris zu bessern vermag, wobei auch Nebenwirkungen, wie Müdigkeit, Schwindel und Magenunverträglichkeit, auftreten können.

Vor 30 Jahren wurde der erste *Beta-Rezeptorenblocker* entdeckt, der

sich jedoch wegen seiner hohen Nebenwirkungsrate nicht durchgesetzt hat. In der Folgezeit wurden mehrere Präparate dieser Stoffgruppe entwickelt mit zahlreichen Indikationen, wie koronare Herzerkrankungen; durch Senkung der Schlagfrequenz und Minderung der Kontraktionskraft kommt es zu einer Einsparung von Sauerstoff und damit zu einer Verbesserung des Verhältnisses von Angebot und Bedarf. Eine weitere Indikation sind die tachykarden Rhythmusstörungen, die zum Teil durch einen erhöhten sympathischen Tonus bedingt sind. Die arterielle Hypertonie als Indikation wurde noch vor wenigen Jahren sehr skeptisch beurteilt, heute hat sie sich jedoch durchgesetzt. Die blutdrucksenkende Wirksamkeit ist noch nicht völlig geklärt, aber die Minderung der Herzleistung, die Senkung der Reninausschüttung und die zentrale Wirkung spielen wahrscheinlich die entscheidende Rolle. Viele erfahrene Kliniker betrachten heute die *Beta-Blocker* als das wichtigste Mittel — noch vor den Diuretika — bei der Behandlung der Hypertonie, vor allem bei Jugendlichen. Weitere Indikationen der *Beta-Blocker* sind das hyperkinetische Herzsyndrom, die Hyperthyreose, die obstruktive Kardiomyopathie und der Tremor beim Parkinsonismus. Wesentliche Unterschiede bestehen zwischen zahllosen *Beta-Rezeptorenblockern* lediglich in der Wirkungsstärke und der Wirkungsdauer und vielleicht vereinzelt in der Selektivität. Die *Beta₁-Rezeptorenblocker* wirken mehr aufs Herz, während die *Beta₂-Rezeptorenblocker* mehr auf die Bronchialmuskulatur wirken. Zu beachten ist jedoch, daß die *Beta₁-Selektivität* nicht so spezifisch ist, daß man an die Kontraindikation der obstruktiven Bronchialerkrankungen nicht denken muß.

Bei der Behandlung der Myokardinsuffizienz durch die Digitalispräparate haben sich neuere Aspekte ergeben durch die Kombination mit anderen Arzneimitteln und durch die Möglichkeit der Bestimmung von Glykosidspiegeln. Vereinfacht kann man sagen, daß die Herzinsuffizienz zu einer Steigerung des Blutvolumens über den Renin-Angiotensin-Mechanismus führt und damit zu einer Stauung im venösen Kreislauf,

was wiederum zu einer Herzbelastung und damit zur Tachykardie führt. Am meisten verwendet ist heute das Digoxin mit seinen Derivaten, daneben spielt das Digitoxin bei der Niereninsuffizienz eine Rolle und das Strophanthin vielleicht noch bei akuten Notfällen. Unterstützt kann nun die Digitalistherapie werden durch Verminderung des Blutvolumens, durch Diuretika und durch Spironolactone, die außerdem noch eine eigene positive inotrope Wirkung am Herzen besitzen. Nitrite erhöhen die Kapazität des venösen Kreislaufes, senken den pulmonalen Arteriendruck und senken damit die Herzbelastung. Bei der Messung der Digoxinspiegel nimmt man an, daß Werte bis zu 2 ng im Bereich des therapeutischen Bereiches liegen, während Werte darüber vermuten lassen, daß Intoxikationen auftreten und eventuelle Rhythmusstörungen durch die Überdosierung bedingt sind. Beim Digitoxin liegt der therapeutische Bereich zwischen 10 und 20 ng, und bei 30 ng beginnt der sicher toxische Bereich. Glykosidvergiftungen lassen sich mit Hilfe der Serumspiegelmessung besser verfolgen, was in manchen Fällen auch forensische Bedeutung haben kann.

Trotz der Entwicklung zahlreicher neuer Medikamente, vor allem auch für den Bereich der kardiovaskulären Erkrankungen, hat sich die Lebenserwartung in den letzten 30 Jahren nicht geändert, so daß daran abzulesen ist, daß der entscheidende Durchbruch noch nicht gelungen ist.

Professor Dr. med. G. W. Korting,
Mainz:

Wandel der Medizin und aktuelle Fortschritte in der Dermatologie

Auch in der Dermatologie ist keineswegs alles „Neue“ bereits im Alltag anzuwenden, andererseits ist manche bisherige, klassische wie konventionelle Routine obsolet. Geblieben ist aber die Dermato-Venerologie als ein Fach des Sehens, der optischen Information, des morphologischen Bedürfnisses! Dennoch sind auch in der Dermatologie über alles Deskriptive hinaus das ätiologische Gewissen wacher und das therapeutische Bedürfnis fordernder geworden.

Trotz mancher Entwicklung gilt auch speziell heute noch für die Allergo-

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 physiologischer
Regulationen im Gastrointestinaltrakt.
- Keine Kontraindikationen bekannt.
- Kurze Heilungszeit.
Bei nur zweimal 1 Tablette täglich.
- Die kostengünstige Therapie.
Ergebnis der Thomae-Forschung.

Zusammensetzung:

1 Tablette enthält: Pirenzepin-dihydrochlorid = 5,11-Dihydro-11-[(4-methyl-piperazin-1-yl)acetyl]-6H-pyrido[2,3-b][1,4]benzodiazepin-6-on-dihydrochlorid 25 mg.

Anwendungsgebiete:

Akute und chronische Formen von Ulcus ventriculi und Ulcus duodeni, hyperazider Reizmagen, Gastritis, medikamentös bedingte Magenbeschwerden.

Dosierung und Anwendungsweise:

Zu Beginn der Therapie sind einmalig 2 Tabletten, denn jeweils morgens und abends 1 Tablette einzunehmen. Nach Eintritt der Beschwerdefreiheit, die mit Gastrozepin in der Regel schon nach wenigen Tagen erreicht wird, soll bis zur völligen Ausheilung noch 2 - 3 Wochen (je 1 Tablette morgens und abends) weiterbehandelt werden. Die Einnahme erfolgt am besten vor den Mahlzeiten mit einem Schluck Flüssigkeit.

Unverträglichkeiten und Risiken: Bisher keine bekannt.

Besondere Hinweise:

Gelegentlich kann die Therapie mit Gastrozepin eine Appetitanregung 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.

Thomae

logie, daß die meist zeitraubende Anamnese mit der darauf aufbauenden Elimination des schädigenden Agens von größter Bedeutung ist. Die großen Vorteile der Desensibilisierung kommen eigentlich nur der Pollinosis zu gute, bei der man in den ersten zwei bis drei Behandlungsjahren gut 80 Prozent Erscheinungsfreiheit erreichen kann. Allergo-diagnostisch erbrachte die Immunfluoreszenzdiagnostik mit Hilfe der durch sie möglichen Feststellung zirkulierender und *in vivo* fixierter antiepithelialer Antikörper speziell beim Pemphigus eine ungeahnte Wende der diagnostischen Sicherheit. Sie konnte auch zur sicheren Erfassung hauptsächlich des Lupus erythematoses und der hyperergischen Vaskulitiden herangezogen werden.

Zwei Lokaltherapeutika haben bei der Akne die bisherige Therapie revolutioniert:

1. Die Vitamin A-Säure, die neben der Akne auch noch bei Ichthyosen, Hyperkeratosen und Dellwarzen angewandt werden kann.

2. Das Benzoylperoxid („Panoxyl“), welches als Derivat des Wasserstoffperoxyds als starkes, aber unspezifisches Oxydationsmittel wirkt, aber im Gegensatz zu H_2O_2 weder durch Schwermetall noch durch Katalase zersetzt wird. Seine Wirksamkeit bei der Akne dürfte vermutlich im wesentlichen auf einer Denaturierung der Lipide und Proteine der Haut infolge partieller Oxydation beruhen.

Bei der Therapie der Psoriasis steht gegenwärtig die Photochemotherapie im Vordergrund des Interesses. Diskutiert wird weiter über etwaige Spätnebenwirkungen. Bei den Viruserkrankungen der Haut verfügen wir, um den Herpes simplex als Beispiel zu benutzen, gegenwärtig über die Möglichkeiten einer Vakzinetherapie im Rezidivfall (Lupidon®) sowie über das unter Umständen allerdings kontaktirritative Tromantadin speziell für das präeruptive Stadium.

Bei den Pilzkrankheiten der Haut waren, wie bekannt, ungeheure Ausbreitungen in den letzten 30 Jahren zu verzeichnen. In den dermatologischen Praxen machen sie derzeit wohl über 15 Prozent der Gesamtklientel aus. Die ambulante Praxis wird bei Dermatophyten nach wie vor auf Griseofulvin und Tolnolat, bei Sproßpilzen auf Nystatin,

Amphotericin, Pimaricin, 5-Fluorocytosin und als Breitspektrumantimykotika auf Clotrimazol und Miconacol zurückgreifen.

Epitheliale Hauttumoren, und zwar solche mit deutlicher Verhornungstendenz, wie spinozelläre Karzinome, karzinoide Papillomatosen oder gigantische spitze Kondylome sprechen nahezu selektiv auf Bleomycin an. Einige wichtige Nebenwirkungen sind dabei zu beachten. Als neuartiges Hautkrankheitsbild sei auf die Hand-Fuß-Mundkrankheit aufmerksam gemacht, die in kleinen Epidemien seit 1957 an verschiedenen Stellen der Erde beobachtet wurden. Von dieser Viruskrankheit (Coxsackie, Typ A 16 sowie 5 und 10) werden vorzugsweise kleine Kinder, seltener aber auch Erwachsene nach einer Inkubation von bis zu einer Woche und nach uncharakteristischen Prodromi für die Dauer von etwa zwei Wochen palmo-plantar sowie im Bereich der Mundschleimhaut befallen. An der Haut beobachtet man schubweise hellrote Maculae, die sich mikrovesikulös unter auffallend eckiger Begrenzung transformieren. An der Mundschleimhaut sieht man zunächst bis 1 cm Durchmesser große Erytheme, die sich schließlich aphthoid-ulzerös darbieten.

Professor Dr. H. J. Dengler, Bonn:

Wandel der Medizin und aktuelle Fortschritte in der Inneren Medizin

Aus der großen Fülle des Stoffes kann man nur einige Dinge auswählen, von denen man meint, daß sie Tendenzen und Trends in der Vergangenheit mit der Möglichkeit, in die Zukunft zu extrapolieren, darstellt. Als Beispiel soll hier die Entwicklung der Infektionskrankheiten aufgeführt werden. Die Verhältnisse auf den Infektionsstationen haben sich grundlegend geändert, da heute die meisten Betten mit Hepatitis-Kranken belegt werden, so daß man auch von Hepatitis-Stationen reden könnte. Obwohl auch in den letzten 30 Jahren die Infektionskrankheiten sicher weiter zurückgegangen sind, zeigen sporadische Epidemien doch immer wieder, daß wir es hier mit einem labilen Gleichgewicht zu tun haben. Man denke nur daran, daß vor einigen Jahren in der Umgebung von Heidelberg der Typhus wieder ausbrach aus bisher noch ungeklärten Ursachen, und daß vor drei Jahren in Nordrhein-Westfalen

die Diphtherie auftrat mit zahlreichen Toten, weil der Erstbehandelnde einfach nicht rechtzeitig an diese Möglichkeit dachte. Die Salmonellosen sind im allgemeinen wieder im Zunehmen, was einmal an der Verwendung von ausländischen Lebensmitteln, zum anderen an der Bedeutung der Gemeinschaftsverpflegung und nicht zuletzt an modernen Fertigungsmethoden in großen Mengen liegt. So ist also nicht nur durch mangelnde Hygiene, sondern auch durch hochtechnisierte Fertigungsverfahren mit Salmonellosen zu rechnen. Interessant ist auch, wie immer wieder sich therapeutische Konzepte ändern. Es ist heute sicher, daß eine Chemo- und Antibiotikatherapie der nicht typhösen Salmonellosen nicht angebracht ist. Sie ist nicht nur nicht angebracht, sondern sie ist schädlich, und zwar schädlich aus dem Grund, weil mehr Patienten Dauerausscheider bleiben, als dies früher ohne Chemotherapie der Fell war. Die Tuberkulose ist quantitativ zurückgedrängt, bietet aber nach wie vor erhebliche Probleme. Wenn es auch durchaus zu dem Standard gehört, immer von individueller Therapie zu sprechen, so ist es bei der Tuberkulose so, daß derjenige am besten behandelt, der nach dem Standard behandelt, der von der Deutschen Tuberkulosegesellschaft festgelegt wird.

Es gibt Medizinkritiker, die uns vorwerfen, daß wir nur Kranke konservieren. Diese Aussage kann man nur machen, wenn man die großen wirklichen Fortschritte verdrängt und vom Tisch wischt. Stellvertretend für viele Entwicklungen seien hier nur zwei Großleistungen erwähnt, die Polio- und Tetanus-schutzimpfung. Was hier an Leid dem Menschen erspart wurde, wird einfach verdrängt. In den Sommermonaten fand man in den Kinderstationen noch vor nicht allzu langer Zeit zahlreiche gelähmte Kinder, während heute ein sporadischer Fall Seltenheit ist. Heute besteht die Gefahr darin, daß die Eltern nicht mehr genug motiviert sind, die Kinder gegen diese Krankheit impfen zu lassen.

Die klassische Sepsisform ist selten geworden, aber hinter jedem Fieber, das nicht genau klassifiziert wird, kann man letztendlich eine Sepsis finden. Das hat mehrere Gründe:

1. Das Erregerspektrum der Sepsis hat sich erheblich gewandelt, vor

Consoliplast®

Zusammensetzung: 100 g Consoliplast® enthalten: Rad. Symph. pulv. 170 g, Mucilago Rad. Symph. 50.0 g, Extr. Symph. e fol. aquos. 5.0 g, Cholinum chlor. 0.11 g, Camphora 0.10 g, Ol. Junip. 0.02 g, Ol. Thymi 0.01 g, Ol. Rosmar. 0.02 g, Ol. Lavand. 0.015 g, Ol. Eucalyp. 0.05 g, Ol. Terebinth. 0.05 g, Ol. Pini pum. 0.11 g, Salbengrundlage ad 100 g. **Indikationen:** Stumpfe (unblutige) Sport-, Arbeits- und sonstige Unfallverletzungen, Verstauchungen, Verrenkungen, Zerrungen, Prellungen, Quetschungen, Schwellungen, Hämatome, Blut- und Reizergüsse, Epicondylitis, Sehnen-, Sehnenscheiden- und Schleimbeutelentzündungen, Phlegmonen, Panaritien, Furunkel, Phlebitiden, Thrombophlebitis. **Dosierung und Anwendungsweise:** Consoliplast® bleistift dick auf Verbandkomresse bzw. Mull, Leinen, Tuch o. dgl. auftragen und – mit der Paste gegen die Haut – auf die schmerzende Stelle auflegen. Anschließend den Umschlag entweder mit einer Binde fixieren oder mit Zellstoff, Tuch bzw. einer sonstigen dichten Auflage rutschfest abdecken. Umschlagdauer bis zu 18 Stunden. **Darreichungsform, Packungsgrößen und Preise:** Consoliplast® Tube zu 250 g 6,55 DM. Consoliplast® complet, Diese Packung enthält: Tube zu 100 g, Verbandkomresse, Elastikbinde, Befestigungsklammer, Spatel zum Auftragen der Paste, 6,85 DM.

fink
Arzneimittel 7033 Herrenberg



Consoliplast®
*stillt stumpfe Traumen
über Nacht*

allem ist die klassische Staphylokokkensepsis selten geworden.

2. Es wird eine völlig neue Sepsisform gefunden, seitdem Plastikverweilkatheter implantiert werden, weil hier in diesem toten Material Keime konserviert werden können, die früher nie zur Sepsis geführt hätten.

3. Es gibt heute Patienten mit einer früher unbekanntem immunologischen Ausgangslage, z. B. die mit Zytostatika Behandelten. Es gibt Patienten, die innerhalb von einem Tag an einer Pyozyanusepsis versterben.

4. Als weiteres Problem kommt der Hospitalismus dazu, der an sich nicht neu ist, aber uns immer wieder aufruft, vor allem bei neueren Antibiotika, Askese zu üben. Wir werden uns in Zukunft einige Reserveantibiotika bewahren müssen.

Bei der Besprechung der Diagnostik in der Inneren Medizin ist es eine Banalität, darauf hinzuweisen, daß die Möglichkeiten zugenommen haben. Aber daraus ergibt sich schon ein wesentliches Problem, nämlich der Datenüberfluß und die daraus entspringende Notwendigkeit der Datenreduktion. Man wird also in der Zukunft nicht mehr fragen müssen, was kann man alles tun, sondern, was ist zur endgültigen Diagnosestellung notwendig. Das hat nicht nur Kostengründe, sondern hat auch mit dem Phänomen zu tun, daß die Diagnose zu einer erheblichen Belastung für den Patienten geworden ist. Wenn man die zur Diagnose führenden Maßnahmen unterteilt in Anamnese, körperliche und technische Untersuchungen, so besteht kein Zweifel, daß die Anamnese die überragende Bedeutung behalten hat. In der Klinik ist die körperliche Untersuchung oft enttäuschend, weil man kaum etwas findet, was nicht aus Anamnese oder Vorbefunden bereits bekannt wäre. Bei den technischen Untersuchungen stößt man auf ein eigenartiges Phänomen, nämlich auf eine echte Renaissance der Morphologie, sowohl auf makroskopischem als auch auf mikroskopischem Gebiet. So sind wir z. B. heute bei der Einteilung der Leberkrankheiten von der Morphologie abhängig, aber auch Arteriographie und Endoskopie sind Beispiele dafür.

Die Medizin der letzten 30 Jahre wurde geprägt von den epidemiologischen Studien und der Beschäftigung

mit den Massenkrankheiten unserer Zeit. Die deutsche Medizin war in hohem Maße der Pathophysiologie und Diagnostik verpflichtet, und die epidemiologische Arbeitsweise ist eine echte Pionierleistung der amerikanischen Medizin, wobei man nur an die Frammingham-Studie denken muß und die Folgen für die Beurteilung der kardiovaskulären Erkrankungen. Für die einzelnen Erkrankungen konnte die Reihenfolge der Risikofaktoren eindeutig festgelegt werden. Die Zukunft gehört den sogenannten Interventionsstudien, wo wir beweisen müssen, daß die Korrektur dieser Risikofaktoren auch wirklich in der Lage ist, das Risiko zu senken.

*Professor Dr. R. Amgwerd,
St. Gallen:*

Wandel der Medizin und aktuelle Fortschritte in der Chirurgie

Der Fortschritt in der Chirurgie zeigt sich sehr augenfällig in der Entwicklung der Operationssäle bis hin zu den sterilen Boxen, eine Entwicklung, die prinzipiell mit Semmelweis und Lister begonnen hat. Aber auch die Möglichkeit der Transplantation und die Ersatzchirurgie mit künstlichen Gelenken verleitet uns immer mehr zu der Behauptung, daß der Fortschritt der letzten 30 Jahre entscheidender war als die Jahrtausende zuvor. Aber die Grundlagen dazu wurden bereits vorher gelegt und häufig von Nichtchirurgen. Man denke nur an die Sepsis und Antisepsis, an die Blutgruppenbestimmung, die Antibiotika, die Schockbehandlung, die Bedeutung des Elektrolyt- und Wasserhaushaltes, den Eiweißstoffwechsel, die modernen Anästhesieverfahren usw. Die aktuelle Chirurgie ist die Nutznießerin all dieser Erkenntnisse, ihr Verdienst ist die konsequente Anwendung im chirurgischen Alltag. Die moderne Chirurgie hat sich – bildlich und sinnbildlich – ein Instrumentarium geschaffen, das eine technische Perfektion zuläßt, die bisher unbekannt war. Wegen unterschiedlich großer Magenkarzinome wurden von Billroth die beiden nach ihm benannten Operationsverfahren eingeführt, die totale Gastrektomie folgte bald, wurde aber erst nach dem zweiten Weltkrieg häufiger durchgeführt, sollte aber, wenn irgend möglich, auch heute vermieden werden. Getragen auf der Woge der nahezu unbegrenzt gewordenen Chirurgie drohte die Chirurgie in

den sechziger Jahren die Maße zu verlieren. Bei erweiterten Gastrektomien wurde die Resektion auf Leberlappen, Zwerchfell und Lungenlappen ausgedehnt. Bei Sarkomen des Beckens realisierte man vereinzelt Pelviectomien im Sinne subumbilikalischer Amputationen. Die Maßlosigkeit dieser Eingriffe mißachtete die Würde der Kreatur. Heute ist die Grenze der Menschlichkeit in der Krebschirurgie wieder erkannt und die Welle der gigantischen Chirurgie der sechziger Jahre ist verebbt. Wahrlich ein Fortschritt! Manche Großeingriffe sind aber verantwortbar und zumutbar geworden, wie z. B. die totale Proktokolektomie bei der Colitis ulcerosa oder ein Ösophagusersatz durch das Kolon. Heute ist man in der Lage, Leberleisteilresektionen durchzuführen. Außer einigen Tracheal- oder Bronchusteilresektionen hat sich die Lungenchirurgie in den letzten 30 Jahren nicht entscheidend gewandelt. Der Wandel und Fortschritt der Chirurgie läßt sich eindrucksvoll an der Gefäßchirurgie demonstrieren, obwohl bereits 1912 für die Technik der Gefäßnaht der Nobelpreis vergeben wurde. Beeindruckend ist heute die technische Perfektion, mit der große Gefäße reseziert und rekonstruiert werden können. Auch den Aortenbogen mit all seinen Abgängen kann man heute ersetzen. Die Revaskularisation des Myokards durch die aorto-koronare Bypass-Operation ist auf einem unaufhaltsamen Vormarsch. Das jüngste Kind der Gefäßchirurgie ist die Transplantationschirurgie. Einen festen Platz in der Klinik hat jedoch nur die Nierentransplantation, während Transplantationen von Herz, Leber und Pankreas zwar ihre technische Erprobung bestanden haben, aber die Probleme der Immunologie noch nicht gelöst sind.

Die Chirurgie unserer Tage besticht durch ihr technisches Leistungsvermögen, in der Arbeitsweise ist ein Wandel erfolgt durch die atraumatische Operation – das Gewebe lieber anschauen als berühren. Aber auch die Betrachtungsweise der Krankheit hat sich gewandelt, und so ist heute – überspitzt formuliert – der Chirurg zum Internisten geworden, der auch noch operieren kann.

(Schluß folgt)

Referent:

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

Neuberufung von Präsidium und Kuratorium der Bayerischen Akademie für Arbeits- und Sozialmedizin München

Vom Bayerischen Staatsminister für Arbeit und Sozialordnung, Dr. Fritz Pirkel, wurden die Mitglieder des Präsidiums und des Kuratoriums auf die Dauer von vier Jahren neu berufen. Das Präsidium setzt sich aus je einem Vertreter der Bayerischen Landesärztekammer, den Landesuniversitäten, dem Deutschen Gewerkschaftsbund, der Vereinigung der Arbeitgeberverbände und dem Bayerischen Staatsministerium für Arbeit und Sozialordnung zusammen.

Zum Präsidenten der Akademie wurde erneut Professor Dr. med. H. Valentin, Direktor des Instituts für Arbeits- und Sozial-Medizin und der Poliklinik für Berufskrankheiten der Universität Erlangen-Nürnberg, zu seinem Stellvertreter ebenfalls erneut Dr. med. H. Braun, Vizepräsident der Bayerischen Landesärztekammer, gewählt.

Dem Kuratorium, das das Präsidium bei der Erfüllung der Aufgaben der Akademie berät, gehören u. a. Vertreter der Bayerischen Staatsministerien, der gewerblichen Berufsgenossenschaften, des Verbandes Deutscher Betriebs- und Werksärzte, der Deutschen Gesellschaft für Arbeitsmedizin, der Landesuniversitäten, des Deutschen Gewerkschaftsbundes und der Vereinigung der Arbeitgeberverbände an.

Zu ihrem Vorsitzenden wählten die Kuratoriumsmitglieder erneut Dr. med. G. Fuchs, Betriebsarzt der Süddeutschen Bremsen AG, München. Als Stellvertreter wurden Professor Dr. med. G. Fruhmant, Direktor des Instituts und der Poliklinik für Arbeitsmedizin der Universität München, und Dr. med. R. Rothlauf, Arzt für Arbeitsmedizin, Erlangen, gewählt.

Arbeitsgemeinschaft berufsständischer Versorgungseinrichtungen in der Bundesrepublik Deutschland gegründet

Am 19. Januar 1979 wurde in Düsseldorf die „Arbeitsgemeinschaft berufsständischer Versorgungseinrichtungen“ in der Bundesrepublik Deutschland beim ersten Zusammentritt der Mitgliederversammlung gegründet. Dieser Zusammenschluß von über 30 bestehenden berufsständischen Versorgungseinrichtungen der Ärzte, Zahnärzte, Tierärzte, Apotheker und Architekten hat die Aufgabe, gemeinsame Interessen gegenüber Regierungen, Parlamenten und konkurrierenden Institutionen zu wahren und zu fördern.

Die Arbeitsgemeinschaft vertritt die Interessen von über 150 000 beitragszahlenden aktiven Mitgliedern und fast einer halben Million anspruchsberechtigten Familienmitgliedern und Ruhegeldempfängern sowie deren Angehörigen.

Der Sitz der Arbeitsgemeinschaft ist München, ihre Geschäfte werden

durch die Bayerische Ärzteversorgung geführt.

Der Geschäftsführung steht ein Beirat zur Seite, der diese berät und die Interessen der beteiligten Versorgungswerke koordiniert. Ihm gehören drei Ärzte und je ein Zahnarzt, ein Tierarzt, ein Apotheker und ein Architekt an. Zum Sprecher des Beirates der Arbeitsgemeinschaft berufsständischer Versorgungseinrichtungen wurde der Vorsitzende des Verwaltungsausschusses der Bayerischen Ärzteversorgung, Dr. med. Klaus Dehler aus Nürnberg, gewählt, zu seinem Stellvertreter der Zahnarzt Dr. med. dent. Karl Winter, Düsseldorf.

In der konstituierenden Mitgliederversammlung wurden drei Fachausschüsse gebildet für Rechtsfragen – Fragen der Europäischen Gemeinschaft – Die Versorgungsreform 1984.

Bundesweiter Belegarztverband gegründet

In Frankfurt wurde ein Interessenverband der Belegärzte der Bundesrepublik Deutschland gegründet. Er hat sich zur Aufgabe gemacht, speziell und ausschließlich die Belange der Belegärzte zu vertreten, sowie in der Öffentlichkeit auf die Effizienz und auf die kostensparende Tätigkeit in den Beleghäusern hinzuweisen sowie die Politiker aller Parteien zu überzeugen, daß das Belegarztwesen zum Wohl von Patient und Steuerzahler eine wichtige Stelle in einem freiheitlichen Gesundheitswesen einnimmt und erhalten werden muß. Zum Vorsitzenden wurde einstimmig Dr. K. M. Hahn, München, zum Stellvertretenden Vorsitzenden Dr. H. Bresgen, Frankfurt, gewählt. Dem Vorstand gehören drei weitere Beisitzer an. Ein Beirat, bestehend aus allen in Beleghäusern tätigen Fachgruppen einschließlich Allgemeinärzten, wurde konstituiert.

Personalia

Verdienstkreuz am Bande

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

Dr. med. Winfried Jansen, Bierweg 14, 8501 Großschwarzenlohe;

Dr. med. Fritz Oeffinger, Bahnhofstraße 1, 8801 Schnelldorf;

Dr. med. Hermann Rechl, Bahnhofstraße 5, 8223 Trostberg;

Dr. med. Gerhard Schulenburg, Seestraße 20, 8183 Rottach-Egern;

Dr. med. Hans Schwendner, Tannenweg 23^{1/2}, 8931 Mittelstetten;

Dr. med. Bernhard Zrenner, Krankenhausstraße 10, 8462 Neunburg.

apl. Professor Dr. med. Helmut Sies, Valpichlerstraße 144, 8000 München 21, erhielt für Arbeiten im Rahmen des Sonderforschungsbereiches 51 den „FEBS Anniversary Prize 1978“.

in memoriam

Professor Hilber †

Am 24. Januar 1979 — knapp vier Monate nach seiner Emeritierung — ist Professor Dr. med. Hermenn Hilber, Inhaber des Lehrstuhls für Pädiatrie an der Medizinischen Fakultät der Technischen Universität München und langjähriger Chefarzt des Kinderkrankenhauses München-Schwabing, unerwartet verstorben.

Nach Studium und Promotion in München absolvierte Professor Hilber seine pädiatrische Weiterbildung in Heidelberg und kehrte anschließend nach München zurück. 1950 erfolgte die Ernennung zum außerplanmäßigen Professor. Von 1943 bis 1953 bekleidete er die Stellung des Oberarztes und Stellvertretenden Direktors der Universitäts-Kinderklinik. In den Nachkriegsjahren war er maßgeblich am Wiederaufbau der schwer beschädigten Klinik beteiligt. 1953 übernahm er die Leitung des Kinderkrankenhauses München-Schwabing. Er hatte wesentlichen Anteil am Aufbau der Rachitisprophylaxe in der Nachkriegszeit und organisierte in Zusammenarbeit mit dem Bayerischen Roten Kreuz bereits in den Jahren 1955/56 einen umfassenden Frühgeburten-Transportdienst. Unter seiner Leitung entstand im Städtischen Kinderkrankenhaus München-Schwabing eine weit über Deutschland hinaus bekannte Abteilung zur Behandlung bzw. Rehabilitation von Kindern mit Poliomyelitis. Als Vorstandsmitglied der Deutschen Vereinigung zur Bekämpfung der Kinderlähmung bemühte er sich um die frühzeitige Einführung der Polio-schluckimpfung in Bayern. Auf seine Anregung hin entstand schließlich das Rehabilitationszentrum „Pfen-nigparade e.V.“, das der Pflege und Wiederherstellung kindergelähmter und gliedmaßengeschädigter Kinder dient.

1969 wurde er als ordentlicher Professor auf den Lehrstuhl für Kinderheilkunde an der Medizinischen Fakultät der Technischen Universität München berufen; er war von da an zugleich Direktor der Kinderklinik und -Poliklinik, als welche die 1. Kin-

derabteilung des Krankenhauses Schwabing der Technischen Universität zur Verfügung gestellt worden war.

1978 wurde Professor Hilber mit dem Bayerischen Verdienstorden ausgezeichnet.

Wir werden dem verehrungswürdigen Kollegen stets ein dankbares Andenken bewahren.

Fakultät

München — Universität

apl. Professor Dr. med. Bernhard v. Barsewisch ist als Oberarzt an der Augenklinik ausgeschieden. Er ist jetzt Leiter der Augenklinik Herzog Carl Theodor.

apl. Professor Dr. med. Wilhelm van Eimeren, ist als Wissenschaftlicher Rat beim Institut für Medizinische Informationsverarbeitung, Statistik und Biomathematik ausgeschieden. Er ist jetzt Leiter des Instituts für Medizinische Datenverarbeitung bei der Gesellschaft für Strahlen- und Umweltforschung.

Die Bezeichnung „außerplanmäßiger Professor“ wurde verliehen an: Privatdozent Dr. med. Hinderk Emrich, Max-Planck-Institut für Psychiatrie; Privatdozent Dr. med. Berndt Lüderitz, Medizinische Klinik I im Klinikum Großhadern; Privatdozent Dr. med. Joest Martinus, Max-Planck-Institut für Psychiatrie; Privatdozent Dr. med. Klaus Wilhelm, Chirurgische Klinik; Privatdozentin Dr. med. Edith Zerbin-Rüdin, Max-Planck-Institut für Psychiatrie.

apl. Professor Dr. med. Henner Graeff, I. Frauenklinik, wurde zum „Leitenden Oberarzt“ ernannt.

Privatdozent Dr. med., Dr. med. habil. Bruno Reichart, Herzchirurgische Klinik, wurde zum „Oberarzt“ ernannt.

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

Zum „Wissenschaftlichen Rat“ wurden ernannt: Privatdozent Dr. med., Dr. med. habil. Johannes Beckert, Max-von-Pettenkofer-Institut für Hygiene und Medizinische Mikrobiologie; apl. Professor Dr. med. Joachim Duhm, Physiologisches Institut; Privatdozent Dr. med. Gerd Frösner, Max-von-Pettenkofer-Institut für Hygiene und Medizinische Mikrobiologie; Privatdozent Dr. med. Michael Illert, Physiologisches Institut; Privatdozent Dr. med. Ernst Peter Rieber, Institut für Immunologie; Privatdozent Dr. rer. biol. hum. Hans Konrad Selbmann, Institut für Medizinische Informationsverarbeitung, Statistik und Biomathematik.

Dr. med. Gabriele Full-Scharrer, Klinik und Poliklinik für Hals-, Nasen- und Ohrenkrankheiten, wurde zur „Akademischen Direktorin“ ernannt.

Zum „Akademischen Oberrat“ wurden ernannt: Dr. rer. nat. Udo Müller, Anatomische Anstalt; apl. Professor Dr. med. Wolfram Nagel, Physiologisches Institut.

Zum „Akademischen Rat“ wurden ernannt: Dr. med. Antje Beyer, Institut für Anästhesiologie; Dr. med. Günter Grabs, Institut für Anästhesiologie; Dr. med. Gunter Gröschel, Medizinische Klinik Innenstadt; Dr. med. Ute Jensen, Institut für Anästhesiologie; Dr. med. Eckart Kreuzer, Herzchirurgische Klinik.

München — Technische Universität

Dr. med. Walter Krämer, Chefarzt der Neurologischen Abteilung des Bezirkskrankenhauses Haar, wurde die Bezeichnung „außerplanmäßiger Professor“ verliehen. Gleichzeitig wurde ihm die Lehrbefugnis für das Fachgebiet „Neurologie“ erteilt.

Die „Lehrbefugnis“ wurde erteilt (mit der Erteilung der Lehrbefugnis ist das Recht zur Führung der Bezeichnung „Privatdozent“ verbunden): Dr. med., Dr. med. habil. Dieter Mack für „Chirurgie“; Dr. med., Dr. med. habil. Dieter Sack für „Innere Medizin“; Dr. med., Dr. med. habil. Lorenz Stötter für „Chirurgie“; Privatdozent Dr. med. Roland Tauber für „Urologie“ (seine Lehrbefugnis umfaßt nunmehr Chirurgie und Urologie); Dr. med. habil. Gerhard Wündisch für „Kinderheilkunde“.

In memoriam Hans Höss



Im April sind es zwei Jahre her, daß unser Confrère Hans Höss sein Erden-dasein beschlossen hat. Wenige von uns werden ihn persönlich gekannt haben, denn seine letzten Jahre waren durch Krankheit überschattet, die eine Teilnahme an unseren Tagungen nicht mehr zuließ. Dafür hat er uns vier schöne Bände seiner Werke geschenkt, die das geistige Gespräch mit ihm aufrecht-erhielten. Wir haben im „Äskulap und Pegasus“ bereits ausführlich darauf hingewiesen (6/1971, 5/1972, 12/1975, 4/1977). Confrère Höss schrieb dazu selbst im September 1971: „Was die Schriftstellerei betrifft, so konnte ich nach dem Kriege nur mehr in Zeitschriften publizieren, Gedichte, Kurzgeschichten, Humoresken, Aufsätze. Erst die Gründung des Schriftstellerverbandes der deutschen Ärzte gab mir wieder Auftrieb heuer (und auch in den kommenden Jahren), das bisher im Schreibtisch Angehäufte zu sammeln und in Buchform zu vereinigen.“

Aus seinen Werken tritt uns der Mensch und Arzt eindrucksvoll entgegen, so wie ihn seine Frau Martel auch schildert: „Er lebte in der

Hauptsache ‚aus dem Geist‘ heraus, mehr in seiner Ideenwelt und der Fülle seines Gedankenreichtums als in der Wirklichkeit. Zwei seiner Eigenschaften seien besonders hervorgehoben: seine Bescheidenheit und seine Treue. Er war persönlich so anspruchslos, daß er niemals etwas für sich selbst wollte, auch nicht an teure Reisen dachte – er hat nicht einmal ‚Hellas‘ gesehen, was doch ein verborgener, ganz großer Wunsch von ihm war! . . . Das einzige, was er sich hin und wieder genehmigte, waren antiquarische Bücher und Noten. („In Antiquariaten zu stöbern, das ist schön nach Büchern und Traktaten verlangend auszuspähen!“ – Bücherwurm, Medi-zynisches I.) Er brauchte nichts als seinen Füller zum Schreiben und sein Klavier, später seinen Flügel, den ihm seine Schwester schenkte. Das trug sich folgendermaßen zu: Ich sprach immer davon, daß er gewiß einmal einen Flügel erhalten werde. In seiner humorvollen Art, die leicht zum Sarkasmus neigte, sagte er dann: ‚Sicher werde ich einen Flügel erhalten, nein zwei sogar‘ und er ahmte mit beiden Armen den Flug der Engel nach. Das sah seine Schwester einmal und sagte: ‚Ich werde Dir einen Flügel schenken‘ und sie hielt Wort.“

Sein erster Gedichtband und der Band mit seinen Erzählungen lasen schon in ihrer Sprache seine Erlebnistiefe erkennen, die Übertragungen einiger Horazischer Oden sind Meisterwerke einer einfühlsamen Nachdichtung. Seine medi-zynischen Gedichte haben auch heute nichts von ihrer Aktualität eingebüßt. Im zweiten Teil bringen wir aus jedem seiner Bücher kurze Proben.

Mit Confrère Höss haben wir einen bescheidenen Kollegen und einen aufrechten Kämpfer für unsere ärztlichen Ideale verloren, der leider viel zu früh und ohne sein Werk vollenden zu können, von uns gegangen ist.

Dr. med. Robert Paschke, Emskirchen

(Fortsetzung Seite 255)

Viele Symptome -eine Ursache:

Magnesium- Mangel



MAGNESIUM VERLA®

verhindert Mangel-Zustände bei einseitiger Ernährung, Diät-kuren, chronischem Alkoholabusus, während Schwangerschaft, Stillzeit, bei Einnahme von Kontrazeptiva.

zur Therapie bei Präeklampsie, Eklampsie, vegetativer Dystonie mit spasmo-phillem Symptomenkomplex, latenter Tetanie, Myalgie, nächtlichen Wadenkrämpfen, Spasmen zerebraler und peripherer Gefäße, Migräne.

als Adjvans bei Cephalalgie, stenokardischen Beschwerden, essentieller Hypertonie.

zur Prophylaxe bei Calciumoxalatstein-Diathese, Thrombosegefährdung, metabo-lisch bedingten Myokard-nekrosen.

als Zusatztherapie bei Pankreatitis, Leberzirrhose, Hypercholesterinämie, Arteriosklerose.

Kontraindikationen: Ausscheidungshemmung bei schwerer Nierenineuffizienz, Anurie.

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

Zusammensetzung: Dragées: mono-Magnesium-L-diglutamat 100,0 mg, Magnesiumcitrat tart. · 3 H₂O 230,0 mg, Magnesiumnikotinat 5,0 mg. Magnesiumgehalt: 3,3 mval (40 mg). Konzentrat (ein Beutel): mono-Magnesium-L-diaspartat 1.803,0 mg, Aneurinnitrat (Vit. B 1) 2,0 mg, Riboflavin (Vit. B 2) 3,0 mg, Pyridoxinhydrochlorid (Vit. B 6) 3,0 mg. Magnesiumgehalt: 10 mval (121,56 mg). Ampullen zu 10 ml: mono-Magnesium-L-diglutamat 1,0 g. Magnesiumgehalt: 6,3 mval (77 mg).

Handelsformen und Preise:
50 Dragées DM 6,12, 150 Dragées DM 15,36,
3 Ampullen DM 4,40, 10 Ampullen DM 13,55
Konzentrat 20 Beutel DM 6,90, 50 Beutel DM 19,96

VERLA-PHARM TUTZING

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.

Aitmannstein, Lkr. Eichstätt:

1 Allgemein-/Praktischer Arzt

Bewerbungen bitte an die Bezirksstelle Oberbayern der KVB, Mühlbauerstraße 16, 8000 München 80, Telefon (0 89) 41 47-296.

Oberfranken

Thierstein, Lkr. Wunsiedel:

1 Allgemein-/Praktischer Arzt

Wiederbesetzung des wegen Ablebens des Stelleninhabers verwaisten Einzelarztsitzes für ein Einzugsgebiet von ca. 2800 Einwohnern.

Bischofsgrün, Lkr. Bayreuth:

1 Allgemein-/Praktischer Arzt

Hof/Saala:

1 Allgemein-/Praktischer Arzt

Hohenberg a. d. Eger, Lkr. Wunsiedel:

1 Allgemein-/Praktischer Arzt

Kronach:

1 Allgemein-/Praktischer Arzt

Seib-Erkersreuth, Lkr. Wunsiedel:

1 Allgemein-/Praktischer Arzt

Töpen, Lkr. Hof:

1 Allgemein-/Praktischer Arzt

Weidhausen, Lkr. Coburg:

1 Allgemein-/Praktischer Arzt

Marktredwitz, Lkr. Wunsiedel:

1 HNO-Arzt

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

Mittelfranken

Ansbach:

1 Chirurg mit Unfallbehandlung (D-Arzt-Tätigkeit)

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

Ehingen oder eine der umliegenden Gemeinden im Bereich der Verwaltungsgemeinschaft Hesselberg, Lkr. Ansbach:

1 Allgemein-/Praktischer Arzt

Vorra, Lkr. Nürnberger Land:

1 Allgemein-/Praktischer Arzt

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

Unterfranken

Bischofshelm, Lkr. Rhön-Grabfeld:

1 Allgemein-/Praktischer Arzt

Besetzung der dritten Kassenarztstelle bei einem Einzugsgebiet von 6000 Einwohnern und erheblichem Fremdenverkehr.

Gieselbach, Lkr. Aschaffenburg:

1 Allgemein-/Praktischer Arzt

Bei einem Einzugsgebiet von 2500 Einwohnern ist die frei gewordene Kassenarztstelle erneut zu besetzen.

Höchheim, Lkr. Rhön-Grabfeld:

1 Allgemein-/Praktischer Arzt

Erstbesetzung bei einem Einzugsbereich von 2500 Einwohnern.

Bergheimfeld, Lkr. Schweinfurt:

1 Allgemein-/Praktischer Arzt

Ebelsbach, Lkr. Haßberge:

1 Allgemein-/Praktischer Arzt

Glurenorm macht einen Bogen um die Niere.

darum Glurenorm®

das nicht harmpflichtige Antidiabetikum

Zusammensetzung: 1 Tablette enthält: Gliquidon = 1-Cyclohexyl-3-(10-12-(3,4-dihydro-7-methoxy-4,4-dimethyl-1,3-dioxo-2(1H)-isochinoly-äthyl)phenyl)sulfonylharnstoff 30 mg.

Anwendungsgebiete: Diabetes mellitus im mittleren und höheren Lebensalter, sofern diätetische Maßnahmen allein nicht ausreichend sind, den entgleisten Kohlenhydratstoffwechsel des Diabetikers zur Norm zurückzuführen.

Dosierung und Anwendungswelse: Glurenorm besitzt den besonderen Vorteil eines relativ großen Dosisspielraumes, der von ½ Tablette (15 mg) bis zu 4 Tabletten (120 mg) pro die reicht. Üblicherweise genügen im Mittel 45 mg Glurenorm am Tag. Wenn im allgemeinen auch mit 2 Glurenorm-Gaben pro Tag ausgekommen wird, so kann doch in besonders gelagerten Fällen eine 3malige Applikation pro die zum besseren Ausgleich und zur optimalen Stabilisierung des Blutzucker-Tagesprofils führen. Erfahrungsgemäß sollte bei täglich mehrmaliger Applikation die größte Glurenorm-Einzelgabe am Morgen verabreicht werden, wobei – wenn erforderlich – bis zu 2 Tabletten (60 mg) Glurenorm auf einmal zum Frühstück gegeben werden. Die Einnahme von Glurenorm sollte zu Beginn der Mahlzeiten erfolgen.

Neueinstellungen: Im allgemeinen beginnt die Glurenorm-Behandlung mit ½ Tablette (15 mg) zum Frühstück. Wenn diese Dosierung für eine befriedigende Einstellung nicht ausreicht, so wird eine stufenweise Erhöhung um jeweils ½ Tablette vorgenommen. Einzeldosen von mehr als 2 Tabletten (60 mg) sowie Tagesdosen über 4 Tabletten (120 mg) Glurenorm führen in der Regel nicht mehr zu einer Verbesserung der Blutzuckersituation.

Umstellung: Bei der Umstellung von anderen, gleichartig wirkenden oralen Antidiabetika kann man im allgemeinen davon ausgehen, daß eine

Tablette Glurenorm einer Tablette anderer Sulfonylharnstoff-Präparate entspricht. Die Wirkungsstärke einer Tablette Glurenorm (30 mg) ist etwa 1000 mg Tolbutamid vergleichbar. Aus dieser Dosisrelation läßt sich die jeweilige Anfangsdosierung von Fall zu Fall herleiten. Eventuell erforderlich werdende Dosisänderungen sind auch hier in Stufen à 15 mg (½ Tablette Glurenorm) empfehlenswert.

Nebenwirkungen, Begleitscheinungen: Glurenorm ist sehr gut verträglich. Im Verlauf einer Glurenorm-Behandlung kommt es nur sehr selten zu typoglykämischen Reaktionen, allergischen Hauterscheinungen oder Unverträglichkeiten von seiten des Magen-Darm-Traktes.

Unverträglichkeiten und Risiken: Das Präparat darf nicht angewandt werden bei: Insulinmangeldiabetes; Coma und Praecoma diabeticum; erheblicher Stoffwechsellage mit Azidoseineigung; Schwangerschaft.

Besondere Hinweise: Glurenorm wird in Form seiner Metaboliten im Mittel nur zu 5 % durch die Nieren ausgeschieden und daher auch von nierengeschädigten Patienten im allgemeinen gut vertragen. Liegt jedoch ein schwerer Nierenschaden vor, so ist natürlich die übliche sorgfältige Überwachung des Patienten erforderlich.

Wie bei jeder medikamentösen Dauerbehandlung sollten in gewissen Abständen routinemäßig Laborkontrollen durchgeführt werden.

Um das bei Diabetikern gegebene Risiko von Herz- und Kreislaufstörungen zu vermindern, sollte der Patient auf die strikte Einhaltung der vorgeschriebenen Diät hingewiesen und darauf aufmerksam gemacht werden, daß diese diätetischen Maßnahmen keinesfalls durch eigenmächtige Veränderung der verordneten Glurenorm-Dosierung ersetzt oder ausgeglichen werden dürfen. Wie bei allen Arzneimitteln, die zur Tabletten-Behandlung des Diabetes mellitus benutzt werden, kann die

Auslassung einer der üblichen Mahlzeiten oder die Nichteinhaltung der ärztlichen Dosierungsvorschrift den Blutzucker verstärkt senken und damit zu einer Beeinträchtigung der Konzentrationsfähigkeit führen. Die Behandlung der Zuckerkrankheit mit diesem Arzneimittel bedarf der regelmäßigen Kontrolle. Bis zur optimalen Einstellung bzw. bei Präparatewechsel sowie durch unregelmäßige Anwendung dieses Arzneimittels kann die Fähigkeit zur aktiven Teilnahme am Straßenverkehr oder zum Bedienen von Maschinen beeinträchtigt werden.

Sollte es zu einem hypoglykämischen Zustand kommen, so kann dieser meistens vom Patienten selbst durch Würfelzucker, Süßwaren oder zuckerhaltige Getränke behoben werden. Körperliche Anstrengung, Alkoholgenuss oder Einnahme bestimmter Medikamente, wie Salizylate, Sulfonylamide, Phenylbutazon-Präparate, Tuberkulostatika, Chloramphenicol, Tetracyclinverbindungen, Cumarin-Derivate, Cyclophosphamid, MAO-Hemmer und β -Rezeptorenblocker, können die blutzuckersenkende Wirkung oraler Antidiabetika vom Sulfonylharnstoff-Typ verstärken. Andererseits ist eine Abschwächung der blutzuckersenkenden Wirkung von Sulfonylharnstoffen u. a. möglich bei gleichzeitiger Gabe von oralen Kontrazeptiva, Chlorpromazin, Sympathikomimetika, Kortikoiden, Schilddrüsenhormonen und nikotinsäurehaltigen Präparaten. Hier kann eine Erhöhung der Glurenorm-Dosis erforderlich werden.

Darreichungsformen und Packungsgrößen: OP mit 30 Tabletten DM 17,80, OP mit 60 Tabletten DM 31,70, OP mit 120 Tabletten DM 52,90. Klinikpackung. – Preisänderung vorbehalten.

Dr. Karl Thomae GmbH
Biberach an der Riss

Thomae

Gräfenhof, Lkr. Main-Spessart:

1 Allgemein-/Praktischer Arzt

Grettstadt, Lkr. Schweinfurt:

1 Allgemein-/Praktischer Arzt

Halbach, Lkr. Aschaffenburg:

1 Allgemein-/Praktischer Arzt

Knetzgau, Lkr. Haßberge:

1 Allgemein-/Praktischer Arzt

Kollitzheim, Lkr. Schweinfurt:

1 Allgemein-/Praktischer Arzt

Mömbris, Lkr. Aschaffenburg:

1 Allgemein-/Praktischer Arzt

Sulzfeld, Lkr. Rhön-Grabfeld:

1 Allgemein-/Praktischer Arzt

Üchtelhausen, Lkr. Schweinfurt:

1 Allgemein-/Praktischer Arzt

Alzenau, Lkr. Aschaffenburg:

1 Augenarzt

Erlenbach, Lkr. Miltenberg:

1 Augenarzt

Schweinfurt:

1 Augenarzt

Gerolzhofen, Lkr. Schweinfurt:

1 Frauenarzt

Haßfurt, Lkr. Haßberge:

1 HNO-Arzt

Ebern, Lkr. Haßberge:

1 Kinderarzt

Erlenbach, Lkr. Miltenberg:

1 Kinderarzt

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

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

1 Allgemein-/Praktischer Arzt

Nachfolgebesetzung für ein Einzugsgebiet von ca. 3000 Einwohnern.

Plößberg, Lkr. Tirschenreuth:

1 Allgemein-/Praktischer Arzt

Nachfolgebesetzung für ein Einzugsgebiet von ca. 3000 Einwohnern.

Waldthurn, Lkr. Neustadt/WN:

1 Allgemein-/Praktischer Arzt

Nachfolgebesetzung für ein Einzugsgebiet von ca. 2500 Einwohnern.

Amberg:

1 Arzt mit der Zusatzbezeichnung Psychotherapie

Welden:

1 Arzt mit der Zusatzbezeichnung Psychotherapie

Bärnau, Lkr. Tirschenreuth:

1 Allgemein-/Praktischer Arzt

Ursensollen, Lkr. Amberg-Sulzbach:

1 Allgemein-/Praktischer Arzt

Wackersdorf, Lkr. Schwandorf:

1 Allgemein-/Praktischer Arzt

Stadt Schwandorf, Lkr. Schwandorf:

1 Anästhesist

Stadt Sulzbach-Rosenberg, Lkr. Amberg-Sulzbach:

1 Augenarzt

Amberg:

1 Hautarzt

Stadt Schwandorf, Lkr. Schwandorf:

1 Hautarzt

Welden:

1 Hautarzt

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

Niederbayern**Bad Abbach, Lkr. Kelheim:**

1 Allgemein-/Praktischer Arzt

Halbach, Lkr. Straubing-Bogen:

1 Allgemein-/Praktischer Arzt

Hunderdorf, Lkr. Straubing-Bogen:

1 Allgemein-/Praktischer Arzt

Ohu, Lkr. Landshut:

1 Allgemein-/Praktischer Arzt

Rain, Lkr. Straubing-Bogen:

1 Allgemein-/Praktischer Arzt

Roßbach, Lkr. Rottal-Inn:

1 Allgemein-/Praktischer Arzt

Stallwang, Lkr. Straubing-Bogen:

1 Allgemein-/Praktischer Arzt

Regen-Stadt:

1 Augenarzt

Viechfach, Lkr. Regen:

1 Augenarzt

Deggendorf-Sfadt:

1 Hautarzt

Dingolfing-Stadt:

1 Hautarzt

Regen-Stadt:

1 Hautarzt

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

Schwaben**Rain am Lech, Lkr. Donau-Ries:**

1 Allgemein-/Praktischer Arzt

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

Zum Schluß noch in Stichworten den Lebenslauf des Schriftstellers Dr. med. Hans Höss*):

Gaboren am 27. März 1907 als fünftes Kind des Postmeisters Hans Höss in Pöttmes in Oberbayern

Abitur: 1926 am Gymnasium St. Stephan, Augsburg

Studium an den Universitäten Würzburg, Innsbruck, Tübingen und München

Staatsexamen und Promotion in München 1931

Approbation am 14. Juli 1932

Assistentenzeit in Bad Reichenhain, Lübeck, Mohrungen, Gengenbach und nach dem Krieg in Schramberg

Kriegsdienst von 1940 bis 1946 einschließlich Gefangenschaft, antlassen als Stabsarzt

Praktischer Arzt in Schonach mit Operationsgelegenheit im Städtischen Krankenhaus in Trieburg von 1936 bis 1948

Facharztanerkennung 1950

Gutachter im Versorgungsamt in Rottweil 1950 bis 1955

Aligamainpraxis in Dunningen (Krais Rottweil) von 1956 bis 1960

Heirat 1935 mit Martal Zwink, geboren am 30. Januar 1917 aus Marbach am Neckar. Der Eha sind fünf Kinder antsprössen

Nach dem Bau eines Einfamilienhauses in Buching bei Füssen Übersiedlung nach dort und von 1961 an chirurgische

*) Die Buchveröffentlichungen von Hans Höss:

1. „Ein Blumenstrauß für Dich“, Gedichte. 1971, Europäischer Verlag, Premergesse 1, A-1090 Wien. DM 9,-
2. „Medi-zynisches“. Humoristische Gedichte eines Arztes. Band 1. 1971, Verlag A. Frühmorgen, Schwindstraße 5, 8000 München 40. DM 9,80
3. „Medi-zynisches“. Band 2. 1974, Verlag A. Frühmorgen, Schwindstraße 5, 8000 München 40. DM 9,80. Band 1 und 2 als Doppelband: DM 17,50
4. „Carina“ und andere Erzählungen. 1975, Europäischer Verlag, Premergesse 1, A-1090 Wien. DM 18,-

Tätigkeit als Chefarztvertreter bis zu dem Zeitpunkt der Erkrankung

Gestorben am 18. April 1977

Aus den Werken Höss'

Inspiration

Sagt mir nicht, daß nur die Bibal
Sei vom Gaistgott inspiriert,
Alles andra sei von Übei
Und die Menschheit mißgeführt!
Harrscht doch in den Gaistbazirken
Wie im Waben der Natur
Spürbar, sichtbar Gottes Wirken
Und nicht bei den Heiligen nur.

Wo die Schönheit reizend blühet,
Hat des Unfaßbaren Hauch
Sie geweckt, und wo sich mühet
Künstlers Sinn, da wer ar auch.

Wo aufs Wesen ausgarichtet
Große Denker sahan haii,
Eben dort, geballt, verdichtet
War der ewga Gott zur Steil.

Gang im Herbst

Wega, die ich einst gegangen
Frühlingsheft in mich varsonnen,
Ach wie sind sie nun varhangen,
Denn der Sommar ist verronnen.

Herbstlich alle Bäuma iodarn.
ihra Blätter tanzan iassen,
Daß am Grunda sie varmodarn,
Einzain sie, und bald in Massan.

Nia ward ich den Weg mehr schraitan,
Werda wie das Blatt vergehan,
Waichas im Vorübergaitan
Mich berührt wie laises Wahan.

Andra Menschen wardan wandeln
Hier, und ich sink ins Vergassan.
Farn liagt mir ihr Danken, Handain,
Bin gaschiaden unarmassan.

Unermessen, ungabundan
Schweb ich, wandra länger nimmar,
Zähi nicht mehr nech Jahren, Stundan,
Bin vialleht von Licht ein Schimmer.

(aus „Ein Blumenstrauß für Dich“)

Zeltkritisches

*Tempora mutantur . . .
(dia Zaiten ändarn sich)*

An der Quelle Hippokrana,
Summend aina Kantliena
Sitzt dar Künsta Gott, Apoll,
Wonnig iächaind, enmutsvoi.

Ihn umhegan alle Musan,
Nackt zumaist den schönen Busen,
Jede trägt ihr Attribut
Graziös und wohigamut.

Ihra Augen sie nicht wandan
Von den Haften, die in Händen
Jade lesand vor sich hält:
„Quick“, „Revua“, „Dia neua Wait“!

Vor dem Gotta kniet ein Dichter
(Irgandwer von dem Galichter!).
Handgeschriebnen Verseband
Zieht er kühn aus dem Gewand.

Und er spricht: „Nimm ihn antgegen,
Lias ihn, gib dann dainen Segan,
Send ihn vom Parnaß hinaus
Gradwags ins Verlegerhaus!“

Doch mit iässiger Gebärda
Ab von sich dar Gott ihn wahrta
Und dem Stauendan ar sagt:
„So was ist nicht mehr gefragt!“

Saibst die naun, die Musenschwestern,
Sind nicht mehr von ahagastern,
Woilen wissen — wie man siht —,
Was haut in der Walt geschieht.

Lasen nur mehr Illustriarte,
Die man hübsch mit Photos zierta
Naben schmissigam Baricht,
Was so recht ins Auge sticht.

Wiiist Erfolg du heuta haban,
Dann varzicht auf höh'ra Geben,
Schreib, was ist sensationai,
Und man druckt dich auf dar Steil'.

Schraib fürs Kino, schraib nie kritisch!
Schreib Artikai, dia politisch,
Spannand, aktuell, pikant,
Schreib du spritzig und gewandt!

Laicht verständlich sei's für alia.
Und damit as stats gafaie,
Würz mit Saxualität
Dain Gaschraibsal früh und spät!

ZUSAMMENSETZUNG Salbe: 100g enthalten: Arnica 0,15g; Calendula 0, Hamamelis 0,5g; Echinacea angustifolia 0, Echinacea purpurea 0, Chamomilla 0,5g; Symphytum 0, Bellis perennis 0,5g; Hypericum 0, Millefolium 0,5g; Aconitum D1, Belladonna D1 0,05g; Aristolochia clematitis 0, Mercurius solubilis Heilmanni D1 0,04g; Hepar sulfuris D1 0,025g.

DOSIERUNGSANLEITUNG Salbe mehrmals täglich einreiben oder auftragen.

DARREICHUNGSFORM UND PACKUNGSGRÖSSEN (incl. MwSt.)

Salbe (Reg.-Nr. 49 962): Tuben mit 20g DM 3,73, mit 80g DM 11,08.

WEITERE DARREICHUNGSFORMEN Injektionslösung, Tropfen und Tabletten zum Einnehmen.

1/79

**Risikofreies Antiphlogistikum
bei Verletzungen,
Entzündungen, Arthrosen**

Traumeel®

**Offene und stumpfe Traumen
Hämatome, Prellungen, Distorsionen**

**Biologische Heilmittel Heel GmbH
D-7570 Baden-Baden**

-Heel

Schreib heut so und anders morgen,
Mach dir drüber keine Sorgen!
Wehrheit ist nicht mehr modern.
Schwindle nur und schwindle gern!

Wichtigstes Moment von allen:
Was du schreibst, das soll gefallen,
Soll dir bringen Geld und Lohn,
Daß du auch was hast davon.

Nichts mehr wert sind Ideale.
Fort damit für alle Male!
Mach's wie jeder. Mensch sei hell!
Wenn du denkst — denk materiell!

(aus „Medi-zynisches“, Bd. 1)

Der Witwer

In Hindostan lebte einmal ein Mann, der zwar arm war aber reich an Liebe zu seiner jungen Frau, deren Reize unvergänglich zu blühen schienen, wie das oft zu sein pflegt bei Frauen, die über alle Maßen geliebt werden. Die „europäischen Dorfahne“, wie die Inder manchmal sagen, haben wenig Ahnung davon, mit welcher Selbstlosigkeit, mit welchem Einfühlungsvermögen die Männer des Morgenlands die Liebesfähigkeit und das daraus fließende Glück ihrer Frauen zu steigern verstehen. Der Europäer bleibt häufig an dem stürmischen Hinnehmen seiner jugendlichen Jahre haften, sieht in sich selber und in seinem männlichen Genuß Zweck und Sinn der ehelichen Zweisamkeit und begreift nur unvollkommen die gänzliche Andersartigkeit der Frau.

Ganz das Gegenteil war der Mann aus Hindostan, von dem hier die Rede sein soll. Das beseligende Aufstrahlen seiner Frau in der liebenden Begegnung war ihm Ziel und Hauptsehe, welcher er die Forderung seiner eigenen Natur vollständig unterordnete. Wenn seine ewige Geliebte in fast nicht enden wollender Wonne vor Schluchzen überströmte, so pries er die Weisheit der Natur, welche der Frau, als Ausgleich für die mancherlei Molestes, insonderheit die Not und Pein der Geburt, einen ungleich höheren Grad und ein weitläufigeres Anhalten des Liebesrausches verliehen hat, ohne welche Bevorzugungen die Frauen schwerlich immer wieder bereit wären, Schwangerschaften mit Geduld auf sich zu nehmen. Seine Frau dankte ihm denn auch ihr Glück und ihre Geborgenheit mit außergewöhnlicher Verfeilenheit, ja fast mit kaum steigerungsfähiger seelischer und leiblicher Hörigkeit, und es war noch der geringste Ausdruck ihrer grenzenlosen Liebe, wenn ihr gewöhnlichstes Kosewort zu ihrem Mann „Liebster Herz“ lautete. Für die Verhältnisse in Hindostan hatte sie ihm zwar während des bisherigen zwanzigjährigen Zusammenseins keinen erwähnenswerten Kindersegen geschenkt; denn was besagte schon die einzige Tochter? Aber das hatte auch wieder seinen Vorteil: Wo anderweitig die Söhne die Zärtlichkeit der Mutter und die Töchter die Hinnelung des Vaters langsam dem Ehepartner ab-

stehlen, da verblieb bei den beiden der Schatz ihrer Liebe, sich immer wieder auffüllend, je sich sogar mit den Jahren vermehrend, vertiefend und reifer werdend, in seiner ganzen unausschöpfbaren Fülle.

Aber die Götter, an die man in Indien seit dem Auftreten Buddhas nicht mehr so recht glaubte, pflegten allzu großes Glück den Sterblichen nicht zu lange zu verleihen. Noch bevor die Blüten der Frau anzuwelken begannen, legte sie sich mit einer heimtückischen Krankheit, gegen die es kein Mittel gab, auf das letzte Lager. Als es zum Sterben kam und der vom Schmerz überwältigte Gatte sich zwang, ihr für immer Lebewohl zu sagen, lächelte sie ihn nochmals an mit dem Schmelz und dem Zauber jener ersten Tage, wo sie sich gefunden hatten: „Wes soll ich ohne dich, wie ohne dich weiter leben“, sagte der Mann. „Bring mir noch einmal mein Jugendbild, das ich dir schenkte, bevor der Mönch uns zusehens gesprochen hat“, entgegnete die Frau. Er tat es, und sie fuhr fort: „Leß einen goldenen Rahmen um das Bild machen, und wenn du unser letztes Geld dafür hingeben mußt. Steil es denn in die Altarnische. Ich lasse dich nicht allein! Wenn du an meinem Geburtstag deine Andacht vor ihm verrichtest, steige ich aus dem goldenen Rahmen hervor, jung und lebensvoll wie einst.“ Mit diesen Worten verstarb sie.

Der unbändig weinende Gatte übergab den Leichnam einem der zahlreichen Quellflüsse des Ganges, denn zu einer Reise nach der heiligen Stadt Benares reichten seine Mittel nicht aus. Viel wichtiger war ihm, den letzten Willen der Heimgegangenen zu erfüllen, und bald stand das lächelnde Bild der jugendlichen Geliebten, mit schwerem Golde eingefast, umgeben von getrockneten Früchten und Strohblumen im Hausaltar, unter der vergoldeten Figur des ruhenden Gautama Buddha. Jeden Tag kniete der Treuernde davor. Als zum erstenmal der Geburtstag der Verstorbenen herangekommen war, zog er sein langes Festtagsgewand an, und nicht mehr das weiße der Treuer, hob die gefalteten Hände auf und verrichtete mit besonderer Inbrunst seine Andacht. Abwechselnd zwischen sein Gebet zu jenem, der aus der rechten Fienke seiner Mutter Maje geschnitten worden war, damit er den unreinen Geburtsweg der gewöhnlichen Sterblichen vermied, und dem Tränenstrom, den er noch immer der Gettin wehte, gab er der zegen Hoffnung Raum, ihr Versprechen werde sich schon heute erfüllen. Aber als die Abenddämmerung hereufschlich und schließlich am dunkelblauen Himmel die großen Sterne zu flimmern begannen, befand er sich noch immer allein. Und so geschah es ihm auch bei den erwartungsvollen Feiern der folgenden Jahre. Wenn seine inzwischen erwachsene Tochter ihn dann zu später Stunde erschöpft auf dem Teppich ausgestreckt fand, so konnte sie sagen:

„Vater, ich kann deinen Schmerz nicht mehr anschauen. Das Mittel nagt an meiner Schönheit. Erlaube mir, daß ich dem Mann, der mich zur Ehe will, des Jawort gebe und von dir wegziehe!“

„Tu das nicht“, sagte der alternde Vater, „du gleichst an Aussehen und Art deiner Mutter. Du könntest auch vor der Zeit sterben, und einen Mann, der unsäglich glücklich mit dir gewesen, in solch namenloser Trauer hinterlassen, wie mich deine Mutter.“

Als aber die Jahre hingingen, heiratete die Tochter doch. Sie blieb aber im gleichen Dorf wohnen, sah von Zeit zu Zeit beim alten Vater herein, sorgte dafür, daß er nicht in Unordnung geriet, und als ihre Töchter heranwuchsen, wurden sie von ihr belehrt und verpflichtet, ihrerseits den Großvater zu hegen, zu ehren und zu lieben. Dieser war inzwischen achtzig Jahre geworden, von den Jahren und vom Weinen halb erblindet. Jahr für Jahr hatte er unentwegt der Gettin bei der Wiederkehr ihres Geburtstages geharrt; denn er konnte sich nicht vorstellen, daß sie ihn für immer allein ließe, ihn, der sich kein zweites Weib genommen hatte. Er vermochte nicht mehr, Buddhas Lächeln zu deuten, das sagen wollte: Warum seid ihr Leidenden, ihr ewigen Glückssucher, meiner Lehre nicht gefolgt? Hättet ihr euer Herz nicht an Irdisches gehängt, hegtet ihr keine Wünsche mehr, und hättet ihr alles Verlangen überwunden und den achtfachen Pfad beschritten, so wäret ihr schon längst erlöst.

Und so kam der Abend jenes Geburtstages der vor dreißig Jahren Verbliebenen heran, an dem sie selber Siebzig geworden wäre. Wie üblich hatte der alte Verlassene gefastet, gebetet, geseufzt und geteilt. Beim scheidenden Licht sahen seine trüben, geröteten Augen nochmals empor, wo innerhalb des matten Gefunkels die junge Geliebte verheißungsvoller lächelte als selbst der weise Buddha, der doch alles wußte. In diesem tröstlichen Anblick sanken die endgültigen Nebelschleier vor seinen Lidern herab, ohne daß er die Augen schloß: denn er hatte allzuviel geweint, so daß die Sehkraft am Ende war. Als er jedoch völlig erblindete und doch im Tränenvergießen nicht inne hielt, den letzten inneren Hoffnungsfunken nicht verglimmen lassen wollte — da war ihm, als löste sich die schlenke Gestalt mit dem süßen Gesicht langsam und zart aus dem Rahmen und schwebte auf ihn zu. Eine unendliche Freude durchrieselte ihn wie ein Schauer, er öffnete seine mager gewordenen Arme, und als die Frau die ihren, die weiß und blühend waren, unendlich mild um ihn schloß, sank er in selbigem Glücksgefühl, das sein altes Herz nicht mehr zu tragen vermochte, zurück und ging ins Nirwana ein.

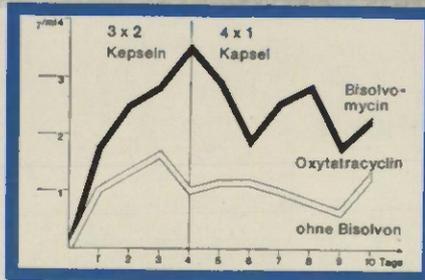
(aus „Carina“)

Bisolvomycin®

bekämpft Bronchialinfekte

Bisolvomycin schafft maximale antibiotische Konzentrationen am Ort des Infektgeschehens

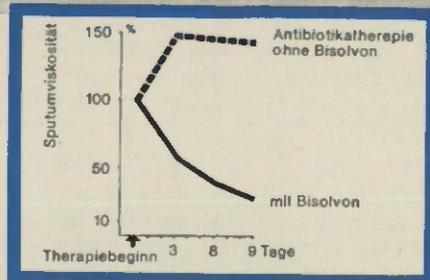
nach Kleber, A. G., Inaug. Diss., Bern 1970



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

Bisolvomycin verhindert den Sekretstau durch umfassende Sekretolyse

nach Bürgi, H., Schweiz. med. Wschr. 95, Nr. B, 274-278 (1965)

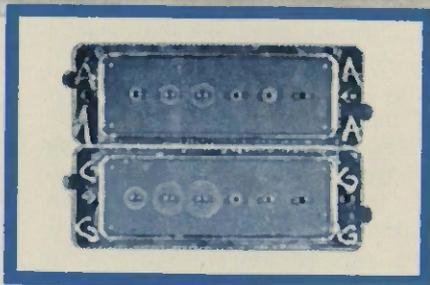


Die Bisolvon-Komponente in Bisolvomycin bricht die dichten Fasergerüste von sauren Mukopolysacchariden auf und rarefiziert sie. Das bewirkt eine drastische Viskositätssenkung des Schleimhautsekrets. Die Bildung eines Sekretstaus wird verhindert und damit der Gefahr von pulmonalen Komplikationen wirksam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

Bisolvomycin stärkt die immunologischen Abwehrkräfte im Atemwegsbereich

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

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



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

Bisolvomycin®-Therapie senkt das Risiko

Zusammensetzung

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

4 mg
250 mg

Anwendungsgebiete

Infizierte Bronchitiden, insbesondere deren chronische Formen, Schubprophylaxe chronisch verlaufender Bronchitiden, alle Atemwegserkrankungen auf bakterieller Grundlage, wie z. B. Bronchopneumonien, Pneumonien und Bronchiektasien.

Dosierung und Anwendungswiese

Es empfiehlt sich bei akutem Krankheitsbild die Einnahme von 3 x 2 Kapseln täglich, nach Besserung der Symptome kann auf 4 x 1 Kapseln reduziert werden.

Schulkinder erhalten die halbe Erwachsenen-dosis.

Zur langfristigen Anwendung: 3 x 1 Kapsel täglich.

Auch hierbei ist eine Reduzierung (2 x 1 Kapsel) möglich, über die der Arzt zu entscheiden hat.

Nach Abklingen der Infektion hat sich die Weiterbehandlung mit Bisolvon®-Tabletten als zweckvoll erwiesen.

Nebenwirkungen, Begleiterscheinungen

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

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

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

Besondere Hinweise

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

Gabeformen und Packungsgrößen

Originalpackung mit 20 Kapseln OM 21,65
Originalpackung mit 40 Kapseln OM 38,30
Klinikpackung

Preisänderung vorbehalten

Auf Bisolvomycin® ist Verlaß.

Thomae

Das Experiment Sexualerziehung

Was Hamburgs Schulen den Kindern über Sexualität vermittelten, wurde von Eltern als Eingriff der Schulen in das natürliche Elternrecht zu individueller Sexualerziehung verstanden. Das Bundesverfassungsgericht gab ihnen recht. Nunmehr haben die Kultusminister der Länder eine zusätzliche gesetzliche Regelung der schulischen Sexualerziehung zu erarbeiten, um sicherzustellen, daß weitere Übergriffe auf das natürliche Elternrecht vermieden werden. Der parlamentarischen Beratung diente das im Bayerischen Landtag veranstaltete Hearing. Es war die Rede von christlichen Wertvorstellungen, ohne die Sexualerziehung undenkbar ist, und auch von Toleranz und Offenheit für die in einer pluralistischen Gesellschaft bestehenden Wertvorstellungen zum Thema Sexualität. Es war von der Vermittlung des Wissens die Rede, das die Naturwissenschaft bietet, von der Notwendigkeit, die Jugendlichen schon frühzeitig mit schwierigen und ungewöhnlichen sexuellen Erscheinungen bis hin zu Prostitution, Homosexualität, Promiskuität vertraut zu machen, um „Wertempfindung“ und „Gewissen“ sowie „die Notwendigkeit zu sittlicher Entscheidung“ zu entwickeln. Besonders aus dem pädagogischen und soziologischen Lager wurde die Willigkeit und Fähigkeit der Eltern in Frage gestellt, ihre Kinder nach dem heutigen naturwissenschaftlichen Wissensstand aufzuklären. Die Schulen sollen in Zukunft zwar verpflichtet sein, die Eltern über Lehrpläne der Sexualerziehung zu informieren, Mitbestimmung am Umfang und der Methode des Unterrichts besitzen sie jedoch nicht. Es fällt ihnen etwa die Aufgabe wie bei der Mengenlehre zu, sich zunächst das Wissen vermitteln zu lassen und es dann den Kindern zuhause „vorbereitend“ für den Unter-

richt zu vermitteln. Die Chance, elterliche Wertvorstellungen gegen die Schulmeinung zu vermitteln, haben die Eltern dabei sicher nicht mehr.

Zu gleicher Zeit an anderem Ort fand eine Diskussion statt über „Sexualisierung in der Werbung“ und es wurde festgestellt, daß „eigentlich alle es wollen“, daß Konsumgüter aller Art mit optischen Reizen verbunden werden, die sexuellen Leitbildcharakter tragen. So dringend es erforderlich wäre, dieser alltäglichen Sexualerziehung in Medien aller Art eine methodisch wirksame Sexualerziehung entgegenzustellen, die zu Kritik und Urteilsfähigkeit führt und damit die individuelle Sexualentwicklung sichert, so wenig ist von dem bisher bekanntgewordenen pädagogischen Pragmatismus als Gegengewicht zu erwarten. Die Vermittlung biologischer Fakten muß dazu führen, daß Sexualpraktiken bekannt und verstanden und frühzeitig angewendet werden; die in der Beurteilung zu übende Toleranz wird es sogar verhindern, daß der einzelne den persönlichen Geschmack dafür entwickeln kann, welche Praktiken ihm nicht entsprechen.

Die Verhaltensforschung lehrt bei gesellig lebenden Tieren die außerordentliche Differenziertheit der Sexualentwicklung, die irreparable Fehlsteuerung, wenn zusammengehörige Funktionskreise unterbrochen oder die Reihenfolge der Entwicklungsschritte verändert wird. Die Literatur über Spätschäden bei Jugendlichen nimmt zu, die modernen pädagogischen und soziologischen Lehrmeinungen ausgesetzt sind. Der Kinderarzt wird in erdrückendem Maß mit seelischen Konflikten der Kinder, Erziehungsschwie-

rigkeiten, Konzentrations- und Lernunfähigkeit konfrontiert, er erfährt von früher sexueller Aktivität und dem unentrinnbaren Kreislauf bis hin zu emotionaler Vertilung, sexueller Impotenz, Urteilsunfähigkeit, Entschlußlosigkeit und Manipulierbarkeit. Diese Erscheinungen treiben die Jugendlichen zum Arzt, zu Psychotherapien aller Art, zu fragwürdigen Gruppenbildungen und bis hin zur Selbstaufgabe.

In dieser gegebenen Situation mit offenkundigen Fehlentwicklungen, die von jener Seite nicht als Spätschäden einer Erziehung durch Medien, Schule und Elternhaus gesehen werden wollen, die sexuelle Aufklärung und Befreiung von sexueller Beschränkung als Voraussetzung für Selbstverwirklichung und gesellschaftlichen Fortschritt sehen, kommt dem Inhalt der gesetzlichen Regelungen zum Sexualunterricht zentrale Bedeutung zu. Solange das Recht auf individuelle Sexualentwicklung verbürgt ist und den Eltern in der Erziehung der natürliche Vorrang eingeräumt bleibt, muß durch dieses Gesetz aber auch sichergestellt werden, daß die Jugendlichen beiderlei Geschlechts in ihrer von Natur aus unterschiedlichen individuellen Sexualentwicklung nicht in einen pädagogischen Erziehungsplan gepreßt werden, der sich als Grundlage biologischer Fakten bedient und hohe Werte wie die partnerschaftliche Verantwortung postuliert, während es an erfahrenen Pädagogen mit methodisch überprüfter Didaktik fehlt, dem Jugendlichen von einem zum anderen einen sicheren Weg zu weisen, pädagogische Irrwege und Verirrungen der Jugendlichen zu vermeiden. Das Hearing zur Gesetzesvorlage war gekennzeichnet von den Sorgen erfahrener Seelsorger und von pädagogischer Experimentierfreudigkeit und Wissenschaftlichkeit. Die Erfahrung der Ärzte aus der Betreuung jugendlicher Patienten war nicht gefragt. Es ist zu hoffen, daß die Durchführungsbestimmung für die Sexualerziehung an bayerischen Schulen jene pädagogischen Grenzen beachtet und unmißverständlich setzt, die die Eltern und der Jugendliche zur individuellen Erziehung und Entwicklung benötigen.

Dr. med. Gertraud Bäcker, Vorsitzende des Bayerischen Ärztinnenbundes, Bad Brunthal 3, 8000 München 80

Kongresse

63. Augsburger Fortbildungskongreß für praktische Medizin

vom 23. bis 25. März 1979 in Augsburg

Leitung: Professor Dr. A. Schretzenmayr, Augsburg

Kongreßplanung: Collegium Medicum Augustanum

Themen: Rationalisierung in der Praxis heute – Veränderungen im Bereich der Hüfte und des Knies

Freitag, 23. März 1979

Seminar über Rationalisierung im Labor (Rationelle Auswahl der Geräte – Arbeiten an den Geräten)

Seminar über Praxisrationalisierung (Büro-rationalisierung – EDV in der Arztpraxis – Kertelsystem – Befunderhebung, -übertragung, -vermittlung)

Leborkurs für Arzthelferinnen

Filmeabend

Samstag, 24. März 1979

Ärztliche Berufsausübung in der Zukunft unter besonderer Berücksichtigung der freien Praxis

Dr. Schwertz, Köln

Moderne Praxisführung

N. N.

Planung und Einrichtung einer neuen und Rationalisierung einer bestehenden Praxis

Dr. Mader, Nittendorf

Formen moderner ärztlicher Zusammenarbeit (Gemeinschaftspraxis, Praxisgemeinschaft, Laborgemeinschaft usw.)

N. N.

Sonntag, 25. März 1979

Vorsitz: Professor Dr. Mohing, Augsburg

Theme: Hüftschmerz

9.00 – 11.00 Uhr:

Grundlagen des Hüftschmerzes

Professor Dr. Otte, Mainz

Hüftschmerz im Kindesalter

Professor Dr. Puhl, Heidelberg

Differentialdiagnose Koxarthrose – Koxitis

Dr. Albrecht, Oberammergau

Pathologische Frakturen

Dr. Thiemel, Augsburg

Konservative Behandlung der Schmerzzustände im Hüftgelenksbereich

Dr. Schmidt, Bad Nauheim

Operative Behandlungsmöglichkeiten einschließlich der Alternativen zum konventionellen Hüftgelenkersatz

Professor Dr. Rüter, Heidelberg

Hüftgelenksprothetik unter besonderer Indikation (vortäufige Erfahrungen mit Keramikprothesen)

Dr. Gradl, Augsburg

11.00 – 13.00 Uhr:

Vorsitz: Professor Dr. Baumgartl, Augsburg

Theme: Veränderungen im Bereich des Kniegelenks

Einleitung

Professor Dr. Baumgartl, Augsburg

Das Femoropatellergelenk und seine klinische Bedeutung

Professor Dr. Baumgartl, Augsburg

Bänderverletzungen im Kniegelenk (Entstehung, Diagnostik, Therapie, Ergebnisse)

Professor Dr. Weller, Tübingen

Meniskuszerreißen und -erkrankungen (Entstehung, Einteilung, Diagnostik,

Differentialdiagnostik, Therapie)

Professor Dr. Rehn, Bochum

Brüche der am Kniegelenk beteiligten Knochen (Entstehung, Diagnostik, konservative und operative Therapie)

Professor Dr. Probst, Murnau

Rheumatische Erkrankungen des Kniegelenkes (Klinik, Diagnostik, Therapie)

Professor Dr. Mohing, Augsburg

14.30 – 16.00 Uhr:

Podiumsdiskussion mit den Referenten des Vormittages

Auskunft und Anmeldung:

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

Fortbildungsprogramm des Ärztlichen Kreisverbandes Fürth 1979

21. März 1979

Die Behandlung klimakterischer Beschwerden in der Praxis

Professor Dr. G. Döring, München

25. April 1979

Therapeutische Möglichkeiten und Grenzen der Behandlung mit Beta-Blockern

Privatdozent Dr. Dietz, Würzburg

16. Mai 1979

Elektrolyte und Herzmedikation

Professor Dr. L. Lossnitzer, Sulzbech

20. Juni 1979

Das bronchitische Syndrom

Privatdozent Dr. G. Siemon, Dornau

19. September 1979

Besonderheiten des Altersherzens

Professor Dr. R. Heinecker, Kessel

14. November 1979

Rehabilitation in der Geriatrie

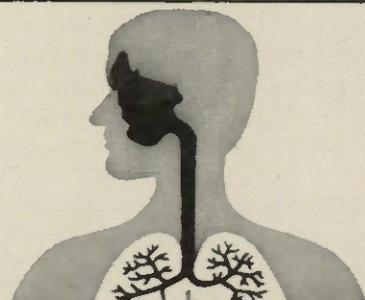
Dr. E. Volles, Seesen-Schildeutal

12. Dezember 1979

Degenerative Formen der rheumatischen Erkrankungen

Professor Dr. Mathies, Bad Abbach

(Fortsetzung Seite 264)



SEKRETOLYTIKUM bei SINUSITIDEN und SINOBRONCHITIDEN

Sinupret®

Indikationen: Akute, subakute und chronische Sinusitiden, Rhinosinusitis, Sinobronchitis, sinogene Kopfschmerzen, hartnäckige Rhinitiden, Tuberkulose, zur Infektophytaxe 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. 0,6 g, Herb. Rumic. 0,6 g, Flor. Sembuc. 0,6 g, Herb. Verben. 0,6 g - 1 Dragée.

enthält: Red. 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 1/2 bis 1 Teelöffel oder 1 bis 2 Dragées. • Handelsformen: Sinupret OP mit 100 ml DM 8,55, OP mit 60 Dragées DM 8,55, OP mit 240 Dragées DM 25,95; Großpackungen mit 500 ml, 1000 ml und 1000 Dragées.



BIONORICA KG · APOTHEKER POPP · NÜRNBERG

Senatoren sorgen sich um „Sekten-Szene“

In den Straßen der Großstädte gehörten sie fest schon zum alltäglichen Bild, die mönchisch wirkenden jungen Menschen in gelben Kutten beim Versuch, Pessanten von Ihrer „Hare Krishna-Bewegung“ zu überzeugen. Schlagzeilen in den Zeitungen setzten gelegentlich die scheinbar weltfremden Jünger in ein anderes Licht: hinter dem „frommen“ Auftreten handtaste materielle Interessen ihrer Führer. Das Messer des Sektentüchters Jim Jones bei Georgetown in Guyana rüttelte schließlich die Öffentlichkeit wech. Diesen Sekten schien eine gefährliche Brisanz innezuwohnen, die der Drogenszene in nichts nachsteht.

Im Maximilianeum griff der Senat das heiße Eisen – zunächst äußerst vorsichtig – auf. Seine Ausschüsse für Kultur- und Sozialpolitik setzten die sogenannten Jugendsekten auf die Tagesordnung und konnten sich dabei des öffentlichen Interesses gewiß sein. Aus der Ausschußmitte wurde jedoch der Antrag gestellt, die Öffentlichkeit auszuschließen, denn aufgrund des Themas könnten Mitglieder des Senats von seiten der Jugendsekten unter Druck gesetzt werden. Außerdem wolle man möglichst eingehende Informationen erhalten und nicht der Sektenpropaganda ungewollt Erkenntnisse zuspielen. Hinter verschlossenen Türen ließen sich die Senatoren vom Kultus-, Innen-, Justiz- und Sozialressort von insgesamt 17 Regierungsvertretern über folgende Schwerpunkte unterrichten: zahlenmäßige Stärke, Niederlassungsschwerpunkte, Einflußnahme, bürgerliche Rechtsformen und Sammlungstätigkeit. Außerdem wurden die rechtsstaatlichen Möglichkeiten zur Abwehr von Gefahren erörtert.

In einer zweiten, diesmal öffentlichen Runde analysierten die Ausschüsse die Ursachen für die Resonanz der Jugendsekten, ihre Strategien und Gefahren für den einzelnen. Für diese Anhörung hatten sie zwei Experten geledet, den Beauftragten der evangelischen Kirche, Pfarrer Friedrich Wilhelm Heeck, sowie dessen Kollegen von der katholischen Kirche, Hans Löffelmann. Übereinstimmend wurde davor gewernt, die neuen Sekten als eine vorübergehende Welle anzusehen, vielmehr bahne sich ein ähnliches Problem an wie bei den Drogen. Gefährlich sei der Trend, daß die Jugendreligionen mehr und mehr ihre Ar-

belt als „Therapie“ verkaufen. Patienten müßten deshalb vor dem Eindringen der Sektenpropaganda in Arztpraxen und Kliniken geschützt werden.

Pfarrer Haack, der wie Löffelmann aus seiner Arbeit als Berater „abtrünniger“ Sektenmitglieder die Szene kennt, berichtete, Anfang der siebziger Jahre seien die ersten Gruppen aufgetaucht. Junge Menschen hätten ihre Ausbildungs- und Arbeitsverhältnisse abgebrochen, Kontakte zum Elternhaus beendet, Verlobungen und Ehen gelöst sowie ihren Besitz total übereignet, auch jenen, der der Zukunftssicherung dienen sollte. Insgesamt wurden alle sozialen Bindungen fallen gelassen und die Jugendlichen ordneten sich total einer Führerpersönlichkeit unter, die oft mit einer gewissen Kriminalisierung verbunden war. Hierbei sei der einzelne zwar subjektiv guter Meinung gewesen, objektiv sei er jedoch in einer Weise für die Gruppe eingetreten, daß er zugunsten seiner Gruppe geltende Normen verletzte. Einher mit starken Verhaltensänderungen und seelischen Schädigungen, die bis zu Selbstmordversuchen und Selbsttötungen führten, gehe ein antisoziales Verhalten dieser kleinen Gruppen, die sich völlig abkapselten oder gar zur Militanz neigten, wie folgendes Briefzitat zeige: „Stürmt aus dem Gebirge hervor, greift in den Städten, was Ihr kriegt, und dann wieder zurück.“

Die psychischen Voraussetzungen für die Resonanz der sogenannten Jugendreligionen sah Hans Löffelmann in den gesellschaftlichen Veränderungen der letzten zehn Jahre. Viele junge Leute litten unter einer gewissen Orientierungslosigkeit und einem nicht artikulierbaren Unbehagen. Verbunden mit einem psychischen Brucherebnis suchten sie die totale Lösung aller Probleme bei denen, die ein Allheilmittel versprechen. Der Erfolg der Führerfiguren sei in einem zunehmenden Defizit an Leitbildern zu suchen, die eine ihrer Ursachen in der wachsenden Anonymität habe. Nach Auskunft von Pfarrer Heeck sind die meisten Gruppenmitglieder Schüler, Studenten und Angehörige künstlerischer Berufe. Mit zunehmender Bildung erhöhe sich die Ansprechbarkeit, da interessierte und intelligente junge Menschen den „Geborgenheits-, Zukunfts- und Sinnverlust unserer Gesell-

schaft“ besonders stark verspürten. Die Sekten betrieben zwar keine „Gehirnwäsche“, jedoch eine „Seelenwäsche“, die zur Psychomutetion führen könne. Dieses Stadium sei schwer rückgängig zu machen. Nach Angaben der beiden Experten ist die Zahl der Anhänger schwer zu beziffern, da der Grad der Zugehörigkeit entscheidend sei. Gefährlich sei jedoch die langfristige Wirkung einer „Inneren Aufgeschlossenheit“, einem „Angebrütetsein“, da beides zum „Absinken in den seelischen Untergrund“ führe.

Zu den Gefahren teilten beide Sprecher mit, man dürfe die politischen Aktivitäten, die Versuche, Politiker oder Regierungen zu beeinflussen, nicht übersehen. Mehrere Gruppen hätten sich zur Abwehr der Kritik zu einer „Gesellschaft zur Förderung religiöser Toleranz und zwischenmenschlicher Beziehungen e.V.“ zusammengeschlossen, die sich an Persönlichkeiten wende. Als eine der gefährlichsten Bewegungen in letzter Zeit nannte Hans Löffelmann die „Transzendente Meditation (TM)“, die ihren Anhängern vorgaukle, sie könnten Fliegen und Durch-die-Wand-gehen lernen. Da diese Bewegung versuche, Ärzte und Patienten in Kliniken und Praxen anzuwerben, indem sie TM-Programme anbiete, sprach Löffelmann von einer „Volksgefahr“: „Wenn nicht bald etwas passiert, muß der Patient dagegen geschützt werden.“ Der Gesundheitssektor sei auch davon berührt, daß manche Sekten gerade noch innerhalb der zulässigen Mengen Vitementabletten ihren Anhängern täglich verabreichten oder wenn mit billigen Ampéremetern zu horrenden Preisen die Befreiung von allen menschlichen Regungen festgestellt werden soll. Da die Sektenanhänger unterschrieben, daß sie weder medizinische noch psychische Hilfe wollten, könne man das Ganze nicht einmal als Quacksalberei anprengern. Die besondere Gefährlichkeit liegt nach Pfarrer Heeck jedoch darin, daß die Gruppen behaupten, es gebe keine Loslöser, die nicht Kriminalen sind. Jemand, der sich loslöse, werde weiterhin behelligt, innerlich zerschlagen, zur Pein bis hin zum Selbstmord getrieben, denn die Gruppe sehe in den „Ehemaligen“ die gefährlichsten Feinde.

Das Thema „Jugendsekten“ wird den Senat weiter beschäftigen. Er hat einen Unterausschuß gebildet, der geeignete Schritte zu ihrer Eindämmung erarbeiten soll. Auch die F.D.P.-Fraktion will im Landtag ein Anhörungsverfahren über die Jugendsekten fordern.

Michael Gscheidle

TIEFENWIRKUNG

hyperämisiertendes
Antirheumatikum
zur percutanen Schmerz-
Therapie

bei rheumatischen
Beschwerden,
Lumbago, Neuralgien,
Prellungen und
Verstauchungen,
Schmerzen an Muskeln,
Sehnen und Gelenken



mit dem
Vorzug der
besonderen
Wirtschaftlichkeit
100ml
DM 6,90

Marament[®] Balsam N

Indikationen:

Bei rheumatischen Beschwerden,
Lumbago, Neuralgien, Prellungen
und Verstauchungen, Schmerzen
an Muskeln, Sehnen und Gelenken.

Kontraindikationen:
Sind nicht bekannt.

Zusammensetzung:

100 g enthalten: 2,5 g Campher,
1,0 g Methylsalicylat,
0,15 g Nicotinsäurebenzylester,
30,0 g Isopropanol,
2,0 g Kiefernadelöl.

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



Klinische Fortbildung in Bayern

In Zusammenarbeit mit der Bayerischen Landesärztekammer

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

Bayerische Landesärztekammer, Frau Wanger, Mühlabaurstraße 16, 8000 München 80, Telefon (0 89) 41 47-288

1. Notfall- und Katastrophenmedizin 1979

Fortbildungsseminar für niedergelassene Ärzte

In Zusammenarbeit mit der Sanitätsakademie der Bundeswehr

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

Zeit: jeweils Mittwochnachmittag 15.00 bis 18.00 Uhr

14. März 1979

Katastrophenmedizin III
Allgemeine Katastrophenmedizin

18. April 1979

Katastrophenmedizin IV
Der Massenunfall

6. Juni 1979

Der Schock
Anästhesiologie – Chirurgie – Innere Medizin

20. Juni 1979

Toxikologie und Psychiatrie
Vergiftungen: Medikamente – Pilze – Rauschgifte – Der Suchtkranke

4. Juli 1979

Der psychiatrische Notfall
u. e. Zwangseinweisung

25. Juli 1979

Der orthopädische Notfall
Die ekute Bandscheibe usw.

12. September 1979

Chirurgie I
Der Polytraumatisierte – Bauchverletzungen – Schuß-, Stich- und Schlagverletzungen

3. Oktober 1979

Chirurgie II
u. e. der akute Verschluss – Gefäßverletzungen usw.

24. Oktober 1979

Der neurologische Notfall
u. e. Querschnittssyndrome – Krampfanfälle usw.

21. November 1979

Rundtischgespräch
Notfall- und Katastrophenmedizin
Letzter Anmeldetermin: jeweils 10 Tage vorher
Begrenzte Teilnehmerzahl

2. Echokardiographie

Stiftsklinik Augustinum München
Direktor: Professor Dr. D. Michel

Einführungs- und Fortbildungskurs in die
Klinische Echokardiographie (UKG) am
6./7. April 1979

Leitung: Oberarzt Dr. Alber
Zeit: Freitag, 6. April, 9.00 Uhr – Ende 17.00 Uhr – Samstag, 7. April, 9.00 Uhr – Ende 12.00 Uhr
Stiftsbogen 74, 8000 München 70
Kursgebühr: DM 40,-
Letzter Anmeldetermin: 28. März 1979

3. Ergometrie

Klinische Abteilung III der Klinik Höhenried für Herz- und Kreislaufkrankheiten der LVA Oberbayern
Chefarzt: Dr. H. Hofmann

Ergometrie-wochenende am 23./24. Juni und am 27./28. Oktober 1979

Das Programm umfaßt praktische Übungen sowie Referate über die theoretischen Grundlagen der ergometrischen Belastungsprüfungen und ihre heutige Bedeutung in Klinik und Praxis

Begrenzte Teilnehmerzahl
Teilnehmergebühr: DM 60,-

Auskunft und Anmeldung:
Sekretariat Chefarzt Dr. H. Hofmann, Klinik Höhenried, 8131 Bernried, Telefon (0 81 58) 24-369 oder 24-370

März bis Oktober 1979

30. März bis 1. April
Neurologie und Psychiatrie, Erlangen

30./31. März
Phonokardiographie, Teil I, München

6./7. April
Echokardiographie, München

6. bis 8. April
Praktische Elektrokardiographie (Teil I), München

20. bis 22. April
Praktische Elektrokardiographie (Teil II), München

28. April
Innere Medizin, Oberammergau

5. Mai
Gynäkologie, München

14. bis 19. Mai
Innere Medizin, Höhenried

23./24. Juni
Ergometrie, Höhenried

14./15. September
Sonographie, München

26./27. Oktober
Phonokardiographie, Teil I, München

27./28. Oktober
Ergometrie, Höhenried

Notfallmedizin – München

14. März 1979
18. April 1979
6. Juni 1979
20. Juni 1979
4. Juli 1979
25. Juli 1979
12. September 1979
3. Oktober 1979
24. Oktober 1979
21. November 1979

4. Gynäkologie

II. Frauenklinik der Universität München
Direktor: Professor Dr. K. Richter

6. Samstagseminar am 5. Mai 1979

Thema: Kreuzschmerzen der Frau
Beginn: 10.00 Uhr c. t. – Ende: ca. 17.00 Uhr

Letzter Anmeldetermin: 25. April 1979

Auskunft und Anmeldung:

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

(Fortsetzung Seite 268)

Rentenpolitik

Die seit einem Jahr erkennbare Beschleunigung des wirtschaftlichen Wachstums schlägt sich auch in den Kassen der Sozialversicherung und natürlich auch des Staates nieder. Die Frage ist allein, ob diese Entwicklung anhält und die konjunkturellen Auftriebskräfte stark genug sind, mögliche Risikofaktoren zu begrenzen. Der Haushalt des Bundes ist kaum verabschiedet, da glauben die professionellen Steuerschätzer, daß die Steuereinnahmen 1979 die schon recht optimistischen Berechnungen aus dem November noch einmal um 5,4 Milliarden DM übertreffen werden. Und die Bundesversicherungsanstalt hält den Zeitpunkt für gekommen, ihren Beitragszahlern und Rentnern zu versichern, daß man bis 1982 ohne neuerliche finanzielle Sorgen wohl kommen werde. Die bessere Konjunktur und die Rentensanierungsgesetze zeigten Wirkung.

Die Zuversicht der Bundesversicherungsanstalt ist nicht unbegründet. Schon 1978 sind bei der Rentenversicherung insgesamt 2,5 Milliarden DM mehr als erwartet eingegangen. Das hat dazu geführt, daß einige Zeitungen von einem Überschuß in der Rentenkasse berichten. Das ist natürlich Unsinn; einen Überschuß hat es nicht gegeben. Nur das Defizit fiel kleiner als erwartet aus. Mit rund sieben Milliarden DM war es dennoch ungewöhnlich hoch. Bis Ende letzten Jahres hat die Rentenversicherung ihre Reserven, die 1975 noch mehr als 40 Milliarden DM betragen, auf 18 Milliarden DM abgeschmolzen; das entspricht den Rentenausgaben von 2,2 Monaten. Die gesetzlich vorgeschriebene Mindestreserve, die mit Ehrenbergs Rentensanierungsgesetz auf 1,5 Monatsausgaben herabgesetzt wurde, wird damit gegenwärtig noch nicht unterschritten.

Die Rentenversicherung stellt sich aber darauf ein, daß noch bis Ende 1980 auf die Reserven zurückgegriffen werden muß. Für Ende 1979 wird noch mit einer Rücklage von 13,3 Milliarden DM und Ende 1980 von

12,4 Milliarden DM gerechnet. Dann wäre die Mindestrücklage unterschritten. Erschwerend kommt hinzu, daß annähernd die Hälfte dieser Rücklage, wegen der Bindung dieser Mittel in Sozialinvestitionen, überhaupt nicht zu mobilisieren wäre. Jedes Absacken der Konjunktur müßte dann die Rentenversicherung in eine neue Finanzierungs-krise stürzen.

Aber danach sieht es vorerst nicht aus. Im Gegenteil: die vom Gesetzgeber beschlossene Beitragssatzerhöhung um 0,5 Prozentpunkte auf 18,5 Prozent wird von 1981 dafür sorgen, daß die Rücklagen jährlich wieder um drei Milliarden DM anwachsen. Das ist genau der Betrag, den die Beitragserhöhung jährlich zusätzlich einbringt. Es ist also nicht überraschend, daß die Bundesversicherungsanstalt glaubt, auf die Beitragserhöhung nicht verzichten zu können. Die Rechnungen basieren auf der Annahme, daß die Löhne und Gehälter der Versicherten 1979 um 6 Prozent und in den Jahren danach jeweils um 6,2 Prozent steigen.

Bei der Rückschau auf 1978 täte man gut daran, folgende Unterschiede zu registrieren: In der Angestelltenversicherung sind die Beitragseinnahmen um fast 8 Prozent, in der Arbeiterrentenversicherung dagegen nur um 4,6 Prozent gestiegen. Die Diskrepanz ist groß. Sie ist einmal auf die wachsende Zahl der Angestellten, aber auch darauf zurückzuführen, daß die jährliche Anhebung der Beitragsbemessungsgrenze wegen der im Durchschnitt höheren Gehälter der Angestellten bei der Angestelltenversicherung wesentlich stärker zu Buche schlägt. Für die Rentenversicherung bedeutet eine solche Entwicklung nicht viel; ihre beiden Zweige sind ja durch einen perfekten Finanzausgleich verbunden.

Dagegen muß man im System der gegliederten Krankenversicherung solche unterschiedlichen Entwicklungen mit großer Besorgnis sehen. Denn eine unterschiedliche Einnah-

meentwicklung zwischen RVO- und Ersatzkassen müßte bei parallellaufender Ausgabenentwicklung, wie sie ja vom Kostendämpfungsgesetz angestrebt wird, zwangsläufig zu immer größeren Beitragsdifferenzen führen. Die Angestellten-Kassen stünden auf weitere Sicht wesentlich günstiger da. Der Ruf nach neuen Finanzausgleichsmechanismen würde lauter; das gegliederte System geriete in Gefahr.

Die Rentenversicherung hat also, wenn die Konjunktur hält, was sie verspricht, ihre ärgsten Finanzsorgen zunächst einmal hinter sich. Was ihr die bis 1984 fällige Reform des Hinterbliebenenrechts an zusätzlichen Belastungen bringt, läßt sich vorerst nicht abschätzen. Sicher ist jedoch schon heute, daß die rückläufige Geburtenrate für die Finanzierung der Rentenversicherung nicht ohne Folgen bleiben kann. Die Bundesversicherungsanstalt in Berlin hat darüber Berechnungen angestellt, und auch die Bundesregierung hat in einer internen Studie über die Folgen der Bevölkerungsentwicklung allgemeinere Überlegungen angestellt, mit denen freilich versucht wird, das Problem herunterzuspielen. So wird die Auffassung vertreten, daß nahezu alle Größen, die am Ende die Höhe der Beitragssätze bestimmen werden, politisch beeinflussbar seien; die Zahl der Erwerbstätigen z. B. dadurch, daß man die Erwerbstätigkeit der Frauen fördere. Auch das Rentenniveau unterliege der politischen Bestimmung, was ja nichts anderes heißt, als daß eben das Rentenniveau notfalls gesenkt werden müsse. So einfach ist das.

Unterstellt man, daß es langfristig bei der heutigen Geburtenrate bleibt, und die Zahl der Renten bis 1985 stärker steigt, als es der Bevölkerungsentwicklung entspräche, so würden folgende Beitragssätze zur Finanzierung der Renten benötigt: 1990 = 19,4 Prozent, 2000 = 22,1 Prozent, 2015 = 23,8 Prozent und 2030 = 35,5 Prozent. Dies zeigt, daß das heutige System jedenfalls nicht über das Jahr 2015 hinaus zu halten wäre. Es wird hohe Zeit, daß sich die Politiker intensiver als bisher mit diesen Fragen befassen, denn es geht nicht an, die heutige aktive Generation mit wachsenden Beiträgen zu belasten, um ihr später schrittweise die Rentenansprüche zu kürzen.

bonn-mot

5. Innere Medizin

Rheumaklinik Oberemmergeu
Leitung: Dr. H. J. Albrecht

Fortbildungstagung am 28. April 1979

Thema: Aktuelle Arthrosenprobleme in der Praxis — Pathogenese — Diagnostik und Differentialdiagnostik — Medikamentöse und operative Therapie — Physikalische Therapie

Beginn: 9.00 Uhr — Ende: 17.00 Uhr

Teilnehmerkarte: DM 20,— vor Beginn der Tagung im Tagungsbüro erhältlich

Letzter Anmeldetermin: 18. April 1979

6. Innere Medizin

Klinik Höhenried für Herz- und Kreislauferkrankungen der LVA Oberbayern

Seminar über praxisnahe kardiologische Prävention und Rehabilitation vom 14. bis 19. Mai 1979

Auskunft und Anmeldung:

Sekretariat Chefarzt Dr. Lepper, Klinik Höhenried, 8131 Bernried, Telefon (0 81 58) 24 - 266

7. Neurologie und Psychiatrie

Universitäts-Nerven-Klinik Erlangen
Direktor: Professor Dr. H. H. Wieck

7. Fortbildungstagung Neurologie und Psychiatrie für niedergelesene Ärzte aller Fachgebiete vom 30. März bis 1. April 1979

Praktische Kurse, Visiten, am Freitag, 30. März, 17.00 bis 19.00 Uhr (Treffpunkt: Foyer Koptklinikum, Schwabachanlage 6)

Vorträge am 31. März und 1. April, 9.00 Uhr (Kongreßzentrum, Stadthalle, Rathausplatz 1)

Themen: Neurologische und psychiatrische Symptome bei: urämische Erkrankungen — Lebererkrankungen — Hypertonie — Endokrinologische Erkrankungen — Hypo- und Hyperthyreose — Diabetes mellitus — Hypoglykämien — Einnahme von Ovulationshemmern — Perineoplastische Erkrankungen — Entzündliche Erkrankungen des Gehirns — Immunologische Probleme bei neurologischen Erkrankungen — Myopathiesyndrome, polyneuritische Syndrome als Folgen interner Erkrankungen — Mut zur Diagnose: Seltene therapierbare Erkrankungen — Psychotherapie bei Reaktionen auf Krankheiten — Arzt-Patient: Rechtsfragen in der Praxis: Schweigepflicht und Schweigerecht — Aufklärung und Einwilligung — Der sogenannte Kunstfehler und die ärztliche Haltpflicht

Auskunft und Anmeldung:

Frau B. Heerklotz, Universitäts-Nerven-Klinik mit Poliklinik (Kopf-Klinikum), Schwabachanlage 10, 8520 Erlangen, Telefon (0 91 31) 85 45 63 und 64

8. Phonokardiographie

Stiftsklinik Augustinum, München
Direktor: Professor Dr. D. Michel

Fortbildungskura für Phonokardiographie Teil I am 30./31. März 1979 und nochmals am 26./27. Oktober 1979

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

Stiftsbogen 74, 8000 München 70

Kursgebühr: DM 40,—

Letzter Anmeldetermin: jeweils 10 Tage vor Kursbeginn

9. Praktische Elektrokardiographie

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

Leitung: Professor Dr. C. S. So, Chefarzt der Inneren Abteilung am Kreiskrankenhaus Plattling

Fortbildungsseminar I vom 6. bis 8. April 1979 (Einführungsseminar)

Fortbildungsseminar II vom 20. bis 22. April 1979 (Seminar für Fortgeschrittene)

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

Ort: Hörsaal B, Ismaninger Straße 22

Letzter Anmeldetermin: Teil I: 28. März 1979, Teil II: 10. April 1979

10. Sonographie

Stiftsklinik Augustinum

Direktor: Professor Dr. D. Michel

Eintöhrungs- und Fortbildungskura für Sonographie am 14./15. September 1979

Leitung: Oberarzt Dr. W. Zimmermann
Stiftsbogen 74, 8000 München 70

Kursgebühr: DM 40,—

Letzter Anmeldetermin: 4. September 1979

Fortbildungskurs für Röntgenhelfer(Innen)

vom 19. bis 30. März 1979 in Erlangen

Leitung: Dr. Rödl, Erlangen

Teilnahmevoraussetzung: Nachweis einer dreijährigen praktischen Tätigkeit im Röntgenbereich

Auskunft und Anmeldung:

Bayerische Landesärztekammer, Mühlbauerstraße 16, 8000 München 80, Telefon (0 89) 41 47 - 272

Fortbildungstagungen der Bundesärztekammer

11. bis 24. März 1979 in Badgastein:

Thema: Der Mensch ist so alt wie seine Blutgefäße

12. bis 24. März 1979 in Devos:

Thema: Der Mensch ist so alt wie seine Blutgefäße

9. bis 21. April 1979 in Meran:

Thema: Stoffwechsellagen in der Praxis

14. bis 19. Mai 1979 in Nürnberg:

82. Deutscher Ärztetag mit Filmfortbildungsprogramm

2. bis 16. Juni 1979 in Grado:

Thema: Die Sinnesorgane und ihre Erkrankungen in der Allgemein- und Fachpraxis

23. Juli bis 4. August 1979 in Davos:

Thema: Prävention, Diagnostik, Therapie, Rehabilitation

19. August bis 1. September 1979 in Grado:

Thema: Rationelle Diagnostik und Therapie in der ärztlichen Praxis

27. August bis 8. September 1979 in Meran:

Thema: Pharmakotherapeutische Aspekte der Sexualhormone, ihrer Stimulatoren und Inhibitoren

21. bis 23. September 1979 in Augsburg:

VIII. Zentralkongreß für Medizinische Assistenzberufe

Auskunft und Anmeldung:

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

Kolloquium des Instituts und der Poliklinik für Arbeitsmedizin der Universität München

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

em 15. März 1979 in München

Thema: Arbeitsmedizinische Probleme der Büroarbeit (Professor Dr. E. Hoffmann, Bayerisches Staatsministerium für Arbeit und Sozialordnung, München) — Diskussion

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

Internationales Symposion „Gastro-Intestinale Motilitätsstörungen“

em 30. März 1979 in Erlangen

Organisatoren: Professor Dr. L. Demling, Privatdozent Dr. W. Domschke, Dr. U. Strunz, Erlangen

Auskunft:

Kongreßbüro der Medizinischen Universitätsklinik, Frau Schatt, Krankenhausstraße 12, 8520 Erlangen, Telefon (0 91 31) 85 - 33 74

Fortbildungsveranstaltung der Abteilung für Stoffwechsel und Ernährung in der Medizinischen Universitätsklinik Erlangen

am 6. April 1979 in Erlangen

Leitung: Professor Dr. Dr. h. c. G. Berg, Erlangen

Thema: Fette in der parenteralen Ernährung

Beginn: 9.00 Uhr

Ort: Großer Hörsaal der Medizinischen Universitätsklinik, Krankenhausstraße 12, Erlangen

Auskunft:

Sekretariat Professor Dr. Dr. h. c. G. Berg, Frau Loy, Medizinische Klinik mit Poliklinik der Universität Erlangen-Nürnberg, Krankenhausstraße 12, 8520 Erlangen, Telefon (0 91 31) 85-34 09

8. Neuro-otologische Tagung

am 7. April 1979 in München

Themen: Probleme bei der Beurteilung von ENG-Befunden in der Praxis — Vestibularisstörung beim postkommotivellen Syndrom — Oxygenation der Perilymphe — Röntgenologische Maßnahmen zur Diagnostik nicht vestibulär

bedingter Schwindelbeschwerden — Die Beurteilung der MdE bei der Lärmschwerhörigkeit — Gerät der SISI-Test in Mißkredit? — Aktuelles vom Berufsverband

Zeit und Ort: 9.00 Uhr — Klinik und Poliklinik für Hals-, Nasen- und Ohrenkrankheiten der Technischen Universität München im Klinikum rechts der Isar, Ismaninger Straße 22, 8000 München 80

Frühjahrstagung der Bayerischen Röntgengesellschaft

em 28./29. April 1979 in Nürnberg

Themen: Funktionelle Störungen und organische Erkrankungen des Zwerchfells — Wertigkeit der Röntgendiagnostik in der Oto-Rhinologie — Wertigkeit der Röntgendiagnostik bei Erkrankungen des Kehlkopfes und des Hypopharynx — Wirbelsäulenveränderungen und Krankheitswert unter besonderer Berücksichtigung der Frühsymptome — Indikation zur konservativen und operativen Behandlung von Wirbelsäulenerkrankungen, abgeleitet aus dem Röntgenbild

Auskunft:

Dr. W. Bregulla, Marienstraße 8, 8500 Nürnberg, Telefon (09 11) 22 56 66

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

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

1-2 Kapseln. Strodival® mr sollte möglichst auf leeren Magen unzerbissen geschluckt werden. Morgens nüchtern und tagsüber 1/2 bis 1 Stunde vor den Mahlzeiten. **Handelsformen und Preise:** Strodival® perlingual: OP mit 30 Kapseln DM 599 inkl. MwSt.; OP mit 100 Kapseln DM 1496 inkl. MwSt.; OP mit 500 Kapseln DM 5230 inkl. MwSt. Strodival® mr: OP mit 30 Kapseln DM 599 inkl. MwSt.; OP mit 100 Kapseln DM 1585 inkl. MwSt.; OP mit 500 Kapseln DM 5599 inkl. MwSt. Verschreibungspflichtig.

A. HERBERT KG
Wiesbaden

**Internationales Symposium des
Instituts für Röntgendiagnostik der
Technischen Universität München
im Klinikum rechts der Isar**

vom 7. bis 9. Mai 1979 in München

Themen: Perkutane Biopsie des Knochens, der Lunge und des Mediastinums, des Pankreas, der Niere, der Leber, der Lymphknoten und der Mamme – Therapeutischer Gefäßverschluss bei traumatisch und krankhaft bedingten Blutungen im Bereich des Magen-Darm-Traktes, der Lunge, der Leber, der Nieren sowie im zervikofazialen, im zerebrummedullären und im gynäkologischen Bereich

Ort: Sheraton Hotel, München

Auskunft und Anmeldung:

Sekretariat Professor Dr. Anacker, Institut für Röntgendiagnostik der Technischen Universität München im Klinikum rechts der Isar, Ismaninger Straße 22, 8000 München 80, Telefon (0 89) 41 40 - 26 20

**Veranstaltungskalender der
Bayerischen Akademie für Arbeits-
und Sozialmedizin in München**

1979

Weiterbildung für die Erlangung der Gebietsbezeichnung „Arbeitsmedizin“ bzw. der Zusatzbezeichnung „Betriebsmedizin“

B-Kurs für Arbeitsmedizin

11. Juni bis 6. Juli 1979

C-Kurs für Arbeitsmedizin

1. bis 26. Oktober 1979

1980

Weiterbildung für die Erlangung der Gebietsbezeichnung „Arbeitsmedizin“ bzw. der Zusatzbezeichnung „Betriebsmedizin“

A-Kurs für Arbeitsmedizin

25. Februar bis 21. März 1980

B-Kurs für Arbeitsmedizin

9. Juni bis 4. Juli 1980

C-Kurs für Arbeitsmedizin

29. September bis 24. Oktober 1980

Für die Teilnahme wird rechtzeitige schriftliche Anmeldung empfohlen.

Von der Akademie werden keine Zimmerreservierungen vorgenommen. Zimmerbestellungen bitte rechtzeitig beim Verkehrsamt der Stadt München, Rindermarkt 5, 8000 München 2, Telefon (0 89) 2 39 11

Auskunft und Programmversand:

Sekretariat der Bayerischen Akademie für Arbeits- und Sozialmedizin, Pferrstraße 3, 8000 München 22, Telefon (0 89) 21 84 - 1, Durchwahl 21 84 - 259 oder 260

96. Tagung der Deutschen Gesellschaft für Chirurgie

vom 25. bis 28. April 1979 in München

Präsident: Professor Dr. E. Ungeheuer, Frankfurt

Kongresssekretär: Professor Dr. G. Maurer, München

Leitmotto: Stand und Ausblick

I. Hauptthemen mit Rundgesprächen: Infektionsverhütung – Chirurgie und Erkrankung endokriner Organe – Der Krebskranker ein interdisziplinäres Problem – Die Traumatologie im Katastrophenfall – Biomedizinische Technik und ihre klinische Bedeutung

II. Freie Vorträge mit Diskussionen

III. Chirurgische Fortbildung

IV. Forum mit Diskussion

V. Filme mit Diskussion

VI. Wissenschaftliche Ausstellung

VII. Fortbildungsseminare für Ärzte und medizinische Assistenzberufe

Auskunft:

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

**EKG-Kurs für Sportärzte –
Grundkurs**

vom 26. bis 28. April 1979 in Erlangen

Leitung: Professor Dr. W. Hilmer, Erlangen

Ort: Sportmedizinische Abteilung der Medizinischen Poliklinik der Universität

Erlangen-Nürnberg, Östliche Stadtmauerstraße 29, 8520 Erlangen

Auskunft und Anmeldung:

Fräulein Bergmann, Medizinische Poliklinik, Östliche Stadtmauerstraße 29, 8520 Erlangen, Telefon (0 91 31) 85-39 16

Wochenendseminar für Ärzte

vom 11. bis 13. Mai 1979

In Rottach-Egern

Thema: Indikation physiotherapeutischer Maßnahmen bei Multiple-Sklerose-Krankheiten und Kindern mit zerebralen Bewegungsstörungen unter besonderer Berücksichtigung der Hippotherapie

Auskunft und Anmeldung:

Kuratorium für Therapeutisches Reiten e. V., Rehgartenstraße 3 e, 6340 Dillenburg

Unfallmedizinische Tagung

am 19./20. Mai 1979 in Garmisch-Partenkirchen

Veranstalter: Landesverband Bayern der gewerblichen Berufsgenossenschaften

Leitung: Professor Dr. J. Probst, Murnau

Themen: Aufklärungspflicht – Thoraxverletzungen – Ellbogengelenksverletzungen – Behandlung Brandverletzter

Ort: Kongresszentrum, Garmisch-Partenkirchen

Auskunft:

Professor Dr. J. Probst, BG-Unfallklinik Murnau, Postfach 1380, 8110 Murnau, Telefon (0 88 41) 1 91

**Einführungslehrgänge für die kassenärztliche
Tätigkeit**

Die Kassenärztliche Vereinigung Bayerns veranstaltet am

28. April 1979

23. Juni 1979

22. September 1979

24. November 1979

im Ärztehaus Bayern, Mühlbauerstraße 16, 8000 München 80, Einführungslehrgänge für die kassenärztliche Tätigkeit.

Beginn: jeweils 9.15 Uhr – Ende: jeweils 16.30 Uhr

Anmeldungen sind an die KVB-Landesgeschäftsstelle, Mühlbauerstraße 16, 8000 München 80, zu richten bis 20. April 1979, 15. Juni 1979, 14. September 1979 und 16. November 1979.

Die Teilnehmergebühr ist am Tage des Einführungslehrganges zu bezahlen.

Im „Bayerischen Ärzteblatt“ veröffentlicht die Kassenärztliche Vereinigung Bayerns jeweils die freien Kassenarztsitze (in diesem Heft Seite 250 f.).

Die Sterbefälle nach Todesursachen in Bayern im Monat September 1978

Nr. der ICD 1968 ¹⁾	Todesursachen	Sterbefälle		
		1977		1978
		Monats- durchschnitt	September	September
000-136	Infektiöse und parasitäre Krankheiten	82	75	53
	darunter			
010-019	Tuberkulose insgesamt	51	43	32
140-199	Bösartige Neubildungen	2 122	2 082	2 106
	darunter			
151	des Magens	382	354	347
160-163	der Atmungsorgane	317	326	309
174	der Brustdrüse	157	164	177
180-182	der Gebärmutter	86	73	69
185	der Prostata	106	90	113
200-209	Neubildungen der lymphatischen und blutbildenden Organe	127	127	125
210-239	Gutartige Neubildungen und Neubildungen unbekanntem Charakters	140	129	147
240-279	Störungen der Drüsen mit innerer Sekretion, Ernährungs- und Stoffwechselkrankheiten	407	403	326
	darunter			
250	Diabetes mellitus	340	325	272
280-289	Krankheiten des Blutes und der blutbildenden Organe	19	23	18
290-389	Seelische Störungen, Krankheiten des Nervensystems und der Sinnesorgane	184	184	184
	darunter			
290	senile und präsenile Demenz	5	4	3
390-458	Krankheiten des Kreislaufsystems	4 351	3 980	3 996
	darunter			
410	akuter Herzmuskelinfarkt	911	818	866
411-414	sonstige ischämische Herzkkrankheiten	803	735	720
425, 428	chronische nichtrheumatische Herzmuskelkrankheiten	549	487	519
429	mangelhaft bezeichnete Herzkkrankheiten	22	23	13
430-438, 400.2	Hirngefäßkrankheiten	1 368	1 284	1 198
460-519	Krankheiten der Atmungsorgane	648	509	539
	darunter			
470-474	Grippe	17	1	4
480-486	Pneumonie	231	176	216
466, 490, 491	Bronchitis	194	153	161
520-577	Krankheiten der Verdauungsorgane	569	556	472
	darunter			
531, 532	Magen- und Zwölffingerdermgewür	48	41	34
560	Darmverschluss ohne Angabe eines Eingeweidetrucks	32	29	23
571	Leberzirrhose	225	221	205
570, 572-576	sonstige Krankheiten der Leber, Gallenblase und der Gallengänge	110	100	92
577	Krankheiten der Bauchspeicheldrüse	30	33	31
580-629	Krankheiten der Harn- und Geschlechtsorgane	203	164	187
	darunter			
580-584	Nephritis und Nephrose	31	21	27
600	Prostatahypertrophie	31	25	15
630-678	Komplikationen in der Schwangerschaft, bei Entbindung und im Wochenbett	3	5	2
680-738	Krankheiten der Haut und des Unterhautzellgewebes, des Skeletts, der Muskeln und des Bindegewebes	47	44	23
740-759	Angeborene Mißbildungen	44	38	36
760-779	Bestimmte Ursachen der perinatalen Sterblichkeit	76	67	56
780-796	Symptome und mangelhaft bezeichnete Todesursachen	262	262	246
	darunter			
794	Altersschwäche ohne Angabe von Psychose	61	64	42
800-949	Unfälle und Vergiftungen	536	525	552
	darunter			
810-823	Kraftfahrzeug-Unfälle innerhalb und außerhalb des Verkehrs	264	283	332
850-877	Vergiftungen	5	9	1
880-887	Unfälle durch Sturz	184	152	133
950-959	Selbstmord und Selbstbeschädigung	201	206	185
960-999	Mord, Totschlag und sonstige Gewalteinwirkungen	21	24	19
	Sterbefälle insgesamt	10 041	9 403	9 272

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

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

Die meldepflichtigen übertragbaren Krankheiten in Bayern im Dezember 1978 *)

(Zusammengestellt aufgrund der Wochenmeldungen)

Die Zahl der gemeldeten Salmonellose-Erkrankungen ging im Dezember weiter zurück; je 100 000 Einwohner treten 31 gegenüber 48 im Vormonat, jeweils auf ein Jahr umgerechnet. Geringfügig höher als im November war dagegen die Erkrankungshäufigkeit an Hepatitis infectiosa (übertragbare Leberentzündung),

nämlich 37 Fälle, im Vergleich zu 35 im Vormonat, auf 100 000 Einwohner. Die Ruhrinzidenz sank gleichzeitig von sieben auf drei Erkrankungen je 100 000 Einwohner.

Die Meldungen von Scherlecherkrankungen nehmen im Dezember wie schon

seit Oktober weiter zu; die Ziffer stieg von 47 im November auf 60 Fälle je 100 000 Einwohner. Erkrankungen an übertragbarer Hirnhautentzündung traten in ähnlicher Zahl wie im November auf.

Neuerkrankungen und Sterbefälle in der Zeit vom 27. November bis 31. Dezember 1978 (vorläufiges Ergebnis)

Gebiet	1		2		3		4		5		6		7		8		9		10		11		12	
	Diphtherie		Scharlach		Kinderlähmung		Übertragbare				Typhus abdominalis		Paratyphus A und B		Bakterielle Ruhr (ohne Amöbenruhr)		Enteritis infectiosa				Botulismus			
							Hirnhautentzündung		Gehirnentzündung								Salmonellose		Übrige Formen					
							Meningokokken-Meningitis		übrige Formen															
E) ST)		E ST		E ST		E ST		E ST		E ST		E ST		E ST		E ST		E ST		E ST		E ST		
Oberbayern	-	-	292	-	-	-	1	-	11	-	3	1	2	-	-	-	22	-	150	-	-	-	-	-
Niederbayern	-	-	23	-	-	-	4	-	3	-	1	-	-	-	-	-	-	-	22	-	-	-	-	-
Oberpfalz	-	-	45	-	-	-	3	-	20	-	-	-	-	-	-	-	-	-	21	-	-	-	-	-
Oberfranken	-	-	54	-	-	-	6	-	9	-	3	-	1	-	1	-	-	-	14	-	4	-	-	-
Mittelfranken	-	-	77	-	-	-	3	-	6	2	1	-	-	-	-	-	5	-	38	-	1	-	-	-
Unterfranken	-	-	36	-	-	-	-	-	13	3	-	-	-	-	1	-	-	-	30	-	4	-	2	-
Schwaben	-	-	98	-	-	-	3	1	5	-	-	-	-	-	1	-	3	-	42	-	8	-	-	-
Bayern	-	-	625	-	-	-	20	1	67	5	8	1	3	-	3	-	30	-	317	-	17	-	2	-
München	-	-	110	-	-	-	1	-	1	-	-	-	2	-	-	-	7	-	54	-	-	-	-	-
Nürnberg	-	-	30	-	-	-	-	-	1	-	-	-	-	-	-	-	-	-	10	-	-	-	-	-
Augsburg	-	-	1	-	-	-	2	1	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	12	-	-	-	-	-
Regensburg	-	-	5	-	-	-	1	-	1	-	-	-	-	-	-	-	-	-	4	-	-	-	-	-
Würzburg	-	-	1	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	1	-	-	-	9	-	1	-	-	-
Fürth	-	-	7	-	-	-	-	-	1	1	1	-	-	-	-	-	1	-	1	-	-	-	-	-
Erlangen	-	-	8	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	3	-	5	-	-	-	-	-

Gebiet	13		14		15		16		17		18		19		20		21		22		23		24	
	Hepatitis infectiosa		Ornithose				Mikrosporidien		Amöbenruhr		Brucellose (übrige Formen)		Malaria-		O-Fieber		Toxoplasmosen		Wundstarrkrampf		Verdachtsfälle von Tollwut ²⁾			
			Psittacose		übrige Formen								Erst-erkrankung										Rückfall	
E ST)		E ST		E ST		E ST		E ST		E ST		E ST		E ST		E ST		E ST		E ST		E ST		
Oberbayern	117	1	-	-	1	-	4	-	3	-	-	-	3	-	-	-	1	-	-	-	-	-	7	-
Niederbayern	26	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Oberpfalz	36	-	-	-	1	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	9	-
Oberfranken	32	1	-	-	1	-	1	-	-	-	-	-	1	-	-	-	-	-	-	-	1	1	16	-
Mittelfranken	67	1	-	-	-	-	-	-	-	-	1	-	1	-	-	-	-	-	-	-	-	-	2	-
Unterfranken	34	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	1	-	-	-	-	-	2	-	-	-	2	-
Schwaben	68	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	14	-
Bayern	380	3	-	-	3	-	5	-	3	-	1	-	5	-	1	-	1	-	2	-	1	1	50	-
München	48	-	-	-	-	-	4	-	2	-	-	-	2	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Nürnberg	18	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Augsburg	22	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Regensburg	8	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Würzburg	3	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	1	-	-	-	-	-
Fürth	10	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Erlangen	2	-	-	-	-	-	-	-	-	-	1	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	2	-

*) Bericht des Bayerischen Statistischen Landesamtes.

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

2) „ST“ = Sterbefälle.

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

Bei Hyperurikämie und Gicht

neu
VON NATTERMANN

Allomaron®

Allopurinol + Benzbromaron
Senkung erhöhter Blut-Harnsäurespiegel

Ein modernes Therapieprinzip

Gleichzeitige Normalisierung von Harnsäuresynthese und Harnsäureausscheidung.

Geringeres Arzneimittelrisiko

durch drastische Wirkstoffreduzierung.

Nur 1 Tablette täglich

Kostengünstige Dauertherapie



Allomaron®

Wirksame Bestandteile: 1 Filmtablette enthält: Allopurinol 100 mg, Benzbromaron 20 mg

Anwendungsgebiete: Hyperurikämie jeder Genese, Gicht.

Gegenanzeigen: Schwere Nierenfunktionsstörungen, Schwangerschaft, Stillzeit.

Nebenwirkungen: Gastrointestinale Störungen, Diarrhoe.

Durch die Auflösung von Harnsäureablagerungen im Körper können in den ersten Monaten der Behandlung gelegentlich Gelenkbeschwerden auftreten.

Wechselwirkungen mit anderen Mitteln: Die Wirkung von Azathioprin und Mercaptopurin wird verstärkt, daher muß deren Tagesdosis vor der Behandlung mit Allomaron entsprechend reduziert werden. Bei gleichzeitiger Behandlung mit Coumarin-Derivaten wird die Antikoagulantienwirkung verstärkt.

Dosierungsanleitung: Soweit nicht anders verordnet, sollen Erwachsene 1mal täglich 1 Filmtablette nach dem Frühstück oder dem Mittagessen mit Flüssigkeit einnehmen. Falls erforderlich, können bei stark erhöhten Serum-Harnsäurewerten 2 oder 3 Filmtabletten täglich verabreicht werden.

Zu Behandlungsbeginn soll grundsätzlich niedrig dosiert werden.

Warnhinweise: Bei Serum-Kreatinin-Spiegeln über 132,6 µmol/l (1,5 mg/dl) bzw. einer glomerulären Filtrationsrate unter 40 ml/min (0,67 ml/s) sollte Allopurinol allein verabreicht werden. Bei Nephrolithiasis bzw. Stein-Anamnese sollten zu Beginn (10-14 Tage) die bei urikosurischer Therapie üblichen Kautelen beachtet werden: ausreichende Diurese und Alkalisierung des Harns.

Packungsgrößen und Preise: 20 Filmtabletten DM 15,40*, 50 Filmtabletten

DM 32,79*, 500 Filmtabletten

(10 x 50 Filmtabletten = Klinik-

packung).

* (Apoth.-Verk.-Preise mit MwSt.)



NATTERMANN

A NATTERMANN & CIE. GMBH 5000 Köln 30

Abb.: Uratkristalle im Gewebe

Preise

Verleihung

Redel-Preis 1978 – Der von der Medizinischen Gesamtfakultät für Pharmazie der Universität Heidelberg gestiftete Redel-Preis 1978 wurde Privatdozent Dr. Eycke Böhme, Heidelberg, und Apotheker Dr. Joachim Exner, Heidelberg, verliehen.

Ausschreibungen

Johann-Nepomuk-Nußbaum-Preis 1979 – Die Vereinigung der Bayerischen Chirurgen schreibt auch dieses Jahr für die beste Arbeit aus der Chirurgie und ihrer Grenzgebiete den mit DM 2000 dotierten Johann-Nepomuk-Nußbaum-Preis aus. – Einsendeschluß: 1. April 1979. Weitere Auskünfte erteilt Professor Dr. H. Gumrich, Städtisches Krankenhaus Augsburg, Henisiusstraße 1, 8900 Augsburg.

Hens Popper-Preis 1979 – Der von der Falk-Foundation e. V., Freiburg, gestiftete und mit DM 5000 dotierte Hans Popper-Preis wird erstmals 1979 für die beste klinisch-pathologische, experimentelle oder biochemische Arbeit aus dem Gebiet der Hepatologie eines nicht über 35 Jahre alten Wissenschaftlers vergeben. – Einsendeschluß: 30. April 1979. Weitere Auskünfte erteilt Professor Dr. W. Reutter, Biochemisches Institut der Universität Freiburg, Hermann-Herder-Straße 7, 7800 Freiburg.

Schnell informiert

Fibrin-Klebung – eine neue Technik zur Gewebevereinigung und Blutstillung

Am Institut für Experimentelle Chirurgie der TU München arbeitet unter Professor Dr. Günther Blümel ein Team junger Mediziner und Chemiker seit längerer Zeit sehr erfolgreich an der Technik der Fibrin-Klebung zur Gewebevereinigung und zur Blutstillung. Es wird ein biologischer Klebstoff verwendet, der aus menschlichen Bluteiweißen besteht und daher sehr gewebefreundlich ist.

Bei der Klebung großflächiger Wunden und bei blutungsgefährdeten Patienten wird der Kleber in Kombination mit gewebefreundlichen Kollagenschwämmen oder -vliesen eingesetzt. Das Prinzip der Klebung besteht darin, eine hochkonzentrierte Fibrinogen-Lösung, die Hauptkomponente dieses biologischen Klebstoffes, mit einer Thrombin-Lösung zur Gerinnung zu bringen, wobei das entstehende Fibrin die zu klebenden Gewebeteile adaptiert.

Mit Erfolg wird diese Fibrin-Klebung bei operativen Eingriffen heute zur Wiederherstellung verletzter Gelenkflächen und bei der Vereinigung durchtrennter Nerven verwendet. Große Bedeutung hat diese neue biologische Klebtechnik inzwischen bei der Blutstillung an inneren Organen erlangt. Gute Ergebnisse zeigt auch die Versorgung von Wunden blutungsgefährdeter Patienten.

Die neue Technik der Fibrin-Klebung konnte mittlerweile so verfeinert werden, daß sie heute auch in der Zahnheilkunde, der Hals-Nasen-Ohrenheilkunde, der Urologie und der Gynäkologie angewandt wird. Die Fibrinklebung soll die chirurgische Naht nicht ersetzen, sie stellt vielmehr eine wertvolle Ergänzung dar.

25 Jahre Berufsgenossenschaftliche Unfallklinik Murnau

Die BG-Unfallklinik Murnau konnte 1978 auf ihr 25jähriges Bestehen zurückblicken. Als erste Neugründung nach dem zweiten Weltkrieg wurde sie zum Modell des Zusammenschlusses von Berufsgenossenschaften zur Trägerschaft in der Rechtsform des eingetragenen Vereins. Die Unfallklinik Murnau, zuerst unter der Leitung von Professor Dr. A. Lob, seit zehn Jahren von Professor Dr. J. Probst geführt, stellt sich als eine der verschiedenen Fachgebiete integrierende unfall- und wiederherstellungschirurgische Einheit dar, die neben der Primärversorgung Unfallverletzter und der Frühübernahme Schwerverletzter auch die sekundäre Wiederherstellung und die Rehabilitation – „Rehabilitation beginnt am Unfalltag“ – der Rückenmark-, Brand-, Hand-, Schädel-Hirn-Verletzten und Amputierten zu ihren Aufgaben rechnet. Ausgenommen HNO- und Augenverletzte können grundsätzlich alle Verletzten behandelt werden. In neuerer Zeit hat sich die Sofortverlegung Schwerverletzter und Polytraumatisierter in dieses Zentrum besonders intensiv entwickelt.

Im Laufe ihrer Entwicklung hat die „UKM“ sowohl ihre fachliche Gliederung als auch ihr Behandlungsprogramm beständig erweitert. Zur Chirurgie und Inneren Medizin kamen Neurologie, Orthopädie (seit 1964 mit eigener Werkstätte) und Anästhesie hinzu. 1975 hielt, erstmals in einer Unterteilung, die Urologie Einzug. 1969 war ein Neubau zur Aufnahme der seither größten bundesdeutschen Abteilung für Rückenmarkverletzte (75 Betten), 1974 ein weiteres Gebäude für die separate Unterbringung der Abteilung für septische Chirurgie mit eigenen Operations-, Diagnostik- und Behandlungseinrichtungen geschaffen worden. Schließlich wurde eine Abteilung für Hand-, plastische und Kieferchirurgie eröffnet und die Intensivstation um eine besondere Einheit für die Behandlung Brandverletzter erweitert. An Sondereinrichtungen kamen eine Grund- und Hauptschule für unfallverletzte Kinder und eine Schule für Krankenpflegehilfe hinzu.

Die ursprünglich mit 250 Betten eröffnete Klinik vergrößerte sich 1969 auf 330, 1974 auf 370 Betten, die im Durchschnitt der letzten 25 Jahre einen Ausnutzungsgrad von 97,1 Prozent hatten. 47 419 Patienten wurden stationär behandelt, darunter 3612 Rückenmarkverletzte, 41 951 Operationen ausgeführt und 91 705 Gutachten erstattet. In 1150 Lufttransporten wurden Schwerverletzte eingeflogen.

Zur erweiterten Aufgabenstellung der Unfallklinik Murnau gehört die Fortbildung in der Unfallheilkunde, die u. a. in den mit den Unfallmedizinischen Tagungen des Landesverbandes Bayern der gewerblichen Berufsgenossenschaften alternierenden, seit 1970 regelmäßig durchgeführten „Murnauer Unfalltagungen“ ihren Ausdruck findet.

Im Jahre 1979 beginnt eine Großbaumaßnahme, in deren Verlauf zunächst ein Bettenhaus und Behandlungseinrichtungen für Krenkengymnastik, Beschäftigungstherapie, Bäderbehandlung und technische Orthopädie, daneben die Funktionsabteilungen neu errichtet und in diesem Zusammenhang u. a. ein Behandlungszentrum für Schwerebrandverletzte gebaut werden.

(Fortsetzung Seite 278)

Magische Werte – schwarze Magie?

Emsig füttert man in Deutschland die Sparschweine. Das Sparkonto stockt man meist regelmäßig auf. Das Bausparen bleibt beliebt. Wer Geld längerfristig entbehren kann oder, wie Ärzte, ohne Rücklagen für eine zusätzliche Versorgung im Alter nicht auskommen kann oder auch will, polstert sich gegen finanzielle Not wie Mangellagen mit Sparbriefen und festverzinslichen Wertpapieren, mit Investmentanteilen und auch mit Aktien.

So rundherum zufrieden scheint indes kaum jemand mit seinen Anlagen, selbst wenn sie sich zu ansehnlichen Beträgen getürmt haben, denn alle jene Werte stehen letztlich auf dem Papier, und das läßt sich mit einem Federstrich entwerten. Die schlimmen Erfahrungen mit den letzten beiden Währungsschnitten sind zwar schon zwei und ein Menschenalter her, aber bitter genug gewesen, um noch heute nachzuwirken.

Der Ausweg in den Sachwert Immobilie, in die Eigentumswohnung, das Ein- oder Mehrfamilienhaus bietet auch nur eine Linie, eine ungewisse freilich, wenn solche Objekte oder gar große Wohnhäuser vermietet werden müssen, und die Erträge durch Gesetz künstlich teils unerträglich niedrig gehalten werden. Da stellt sich Immobilieneigentum in kleinen Portionen in Form der Immobilienfondsanteile nicht selten als vorteilhafter heraus.

Also findet man zur Diversifizierung zurück zu den magischen Werten jahrtausendealter Tradition, zu Gold und edlen Steinen, zu Schmuck und auch zu Uhren. Selbsttäuschung, die eines späteren Tages zur schweren Enttäuschung werden kann, oder eine weitsichtige und erfolgversprechende Entscheidung – das ist doch die Frage.

Dankenswert ehrlich beantworten sie jene die am Kauf von goldhaltigem Schmuck und von Uhren mit dem Hintergedanken der Geldanlage profitieren würden, von den Juwelieren und den Herstellern und Verkäufern wertvoller Zeitmesser. Sie verzichten nämlich auf das Werbeargument einer voraussichtlichen oder auch nur denkbaren Wertstei-

gerung. Eine weise Zurückhaltung, denn andernfalls würden sie nur massive Gegenargumente herausfordern.

Keiner jener Werte wirft nämlich, wie eine der üblichen Geldanlagen, einen ständigen Ertrag in Form von Zinsen, Dividenden oder andersartigen Ausschüttungen ab. Wer aber eines Tages aus einer Notlage heraus zu einem Verkauf solcher Sachwerte gezwungen wäre, würde seine Fehleinschätzung zu spät erkennen, darin einen Vermögenswert vermutet zu haben.

Älterer Goldschmuck, der aus der Mode gekommen ist, bringt nicht mehr als den reinen Goldwert abzüglich noch der Einschmelzkosten. Und Uhren bergen nicht allein das Risiko, daß ihre Gestaltung ausmüsstert, sondern zudem, daß ihre Technik hoffnungslos veraltet, ja, daß die Ersatzteile zur Reparatur fehlen. Auch die gegenwärtige nostalgische Welle ebbt einmal ab.

Diese Regeln bleiben nicht ohne Ausnahme. Meisterlich gearbeiteter Schmuck in zeitlosen Formen, kunstvolle Uherschöpfungen großer Künstler dürften freilich höhere Wertsteigerungen erwarten lassen. Zum Zeitpunkt ihres Verkaufs muß jedoch ein allgemeines Wirtschaftsklima herrschen, in dem solche Angebote die Seltenheit bleiben und jene tatsächlichen Werte auch bezahlt werden.

Das gilt natürlich ebenso für die Eigentümer von Diamanten und von edlen Farbstainen hoher Qualität. Mit verhältnismäßig kurzen Pausen sind ihre Preise in den letzten Jahren hoch geklettert, denn ihre Förderung wird immer schwieriger und somit teurer.

Preisflauten, vor allem bei Diamanten, fing das internationale Diamantensyndikat bisher durch Aufkäufe in die eigenen Tresore so lange auf, bis diese künstliche Verknappung durch ein wieder zunehmendes Interesse aufgegeben werden konnte. Wer sich nicht vom Gesichtspunkt der Geldanlage leiten läßt, sollte sich nun die Freude an Goldschmuck, edlen Steinen und an schönen Uhren durch diese nüchterne Betrachtungsweise nicht nehmen lassen.

Horst Beloch

Hic haeret aqua

Der Bundestagspräsident fühlt sich als Glücke seiner 518 Abgeordneten. Das hat er u. a. durch eine sachlich falsche Erwiderung auf eine Errechnung des Bundes der Steuerzahler über die Höhe und den kapitalisierten Wert künftiger Abgeordneten-Pensionen bewiesen.

Kürzlich erneuerte er dieses seine Auffassung von seinem Amt als Abgeordneten-Betreuer durch seine Forderung nach einer Erhöhung der Abgeordnetenbezüge.

Der Bundestag wie die Bundesregierung könnten ihren angeblichen Wunsch nach Volksnähe auf eine einfache Weise zu realisieren beginnen, auf eine durchschlagend überzeugende Art.

Gutachten über den wahren Wert der Bezüge und Ansprüche der Bundestagsabgeordneten wie der Kabinettsmitglieder im Vergleich zu denen der Arbeitnehmer wie selbständig Tätigen sind sehr einfach anzustellen und auch schon widerspruchslos publiziert worden. Der Bundestag freilich hat das bisher unterlassen. Offenbar scheute man das Ergebnis.

Hic haeret aqua – ja hier hakt's halt eben aus. Zweifellos sollen die Abgeordneten wie Regierungsglieder hoch besoldet werden. Die Forderung nach einer Transparenz beruht auf einem ganz anderen Grunde. Minister wie Parlamentarier müssen ihre wirkliche Position in der Gesellschaft kennen. Dazu haben sie den Konditionen jedes einzelnen Steuerzahlers zu unterliegen, sonst vermögen sie dessen Bedingungen nicht zu beurteilen. Unter dieser Voraussetzung fehlt die Berechtigung einer Bezeichnung als Volksvertreter.

So dürfte es auch den Abgeordneten nicht erspart bleiben, ihre Betriebsausgaben nachzuweisen und ihre institutionell bedingten Vorteile einzubeziehen. Daher müßten sie ihre steuerfreie und nachweislose Pauschale in Höhe von monatlich zur Zeit 4500 DM plus geldwerten Nebenansprüchen selbst streichen.

Die Bundestagsabgeordneten haben sich auf diese Weise glaubwürdig zu machen. Erst dann darf eine Erhöhung ihrer Bezüge zur Debatte gestellt werden. Sie können uns noch so viel kosten – aber sie müssen wissen, was der Steuerzahler tatsächlich für sie aufzuwenden hat.

Prosper

Broschüre „Urlaub mit unserem Hund“

Dieser europäische Hunde-Hotel-Führer mit Nachtrag enthält insgesamt 6850 Anschriften in Ferien-, Bade- und Durchreiseorten aus 18 Ländern. Er kann zum Preis von DM 6,95 plus DM 1,50 Versandkosten bei Gerd Deußen, Ostwell 212, 4150 Krefeld, Telefon (0 21 51) 2 12 44, angefordert werden. Ferner ist dort zum Preis von DM 1,95 plus Versandkosten ein Verzeichnis „Welche Papiere braucht der Hund“ erhältlich.

Höhere Sozialhilferegelsätze und Krankenkostzulagen ab 1. Januar 1979

Laufende Leistungen der Sozialhilfe zum Lebensunterhalt werden nach Regelsätzen bemessen, soweit es nicht nach der Besonderheit des Einzelfalles angezeigt ist, davon abzuweichen. Diese Regelsätze umfassen die laufenden Leistungen für Ernährung, Kochfeuerung, Beschaffung von Wäsche von geringem Anschaffungswert, Instandhaltung von Kleidung, Wäsche und Schuhen in kleinerem Umfang, Körperpflege, Beschaffung von Hausrat von geringem Anschaffungswert, kleinere Instandsetzungen von Hausrat, Beleuchtung, Betrieb elektrischer Geräte, Reinigung und persönliche Bedürfnisse des täglichen Lebens.

Das Bayerische Staatsministerium für Arbeit und Sozialordnung bestimmt für diese Regelsätze sogenannte Mindestbeträge, die von den einzelnen Stadt- und Landkreisen nicht unterschritten werden dürfen. Mit Bekanntmachung vom 12. Oktober 1978 hat nunmehr das Bayerische Staatsministerium für Arbeit und Sozialordnung im Einvernehmen mit dem Bayerischen Staatsministerium des Innern und in Einverständnis mit dem Bayerischen Städteverband, dem Landkreisverband Bayern und der Arbeitsgemeinschaft der bayerischen Bezirksstagspräsidenten die Mindestbeträge für die Regelsätze ab 1. Januar 1979 wie folgt neu festgesetzt und erhöht:

	ab 1. Januar 1979 (bisherige Mindestbeträge)	
e) Für den Haushaltsvorstand und Alleinstehenden	290 DM	282 DM
b) für Haushaltsangehörige bis zur Vollendung des 7. Lebensjahres	131 DM	127 DM
c) für Haushaltsangehörige vom Beginn des 8. bis zur Vollendung des 11. Lebensjahres	189 DM	183 DM
d) für Haushaltsangehörige vom Beginn des 12. bis zur Vollendung des 15. Lebensjahres	218 DM	212 DM
e) für Haushaltsangehörige vom Beginn des 16. bis zur Vollendung des 21. Lebensjahres	261 DM	254 DM
f) für Haushaltsangehörige vom Beginn des 22. Lebensjahres an	232 DM	226 DM

Bei diesen Sätzen handelt es sich um Mindestbeträge, die nicht unterschritten werden dürfen. Die einzelnen Träger der Sozialhilfe (Stadt- und Landkreise) setzen für ihren Bereich entsprechende Regelsätze fest, wobei die tatsächlichen Lebenshaltungskosten und die örtlichen Unterschiede zu berücksichtigen sind.

Diese Erhöhung der Mindestregelsätze und damit verbunden die Erhöhung der örtlichen Sozialhilferegelsätze führt zu höheren Leistungen der laufenden Hilfe zum Lebensunterhalt ab 1. Januar 1979. Gleichzeitig wird dadurch aber auch der an diese Regelsätze gebundene Grundbetrag sowie der Familienzuschlag für die allgemeine Einkommensgrenze bei verschiedenen Hilfen in besonderen Lebens-

legen erhöht, so daß auch hier höhere Einkommensgrenzen gelten. Nachdem die Sozialhilferegelsätze auch in der Kriegsopferfürsorge Anwendung finden, erhöhen sich auch hier die Leistungen der ergänzenden Hilfe zum Lebensunterhalt und der Erziehungsbeihilfe.

Die Empfänger von Sozialhilfe und Kriegsopferfürsorge erhalten damit ab 1. Januar 1979 höhere Leistungen. Neben diesen regelsatzmäßigen Unterstützungen erhalten sie aber auch noch Mehrbedarfzuschläge sowie die Kosten der Unterkunft in tatsächlicher Höhe. Außerdem haben sie Anspruch auf einmalige Beihilfen für Beschaffung von Kleidung und Heusrat sowie Winterfeuerung.

Ab 1. Januar 1979 wurden aber nicht nur die Mindestbeträge für die Regelsätze, sondern auch die Aufwandsbeträge für die Krankenkostzulagen erhöht. Die Einhaltung einer vom Arzt verordneten Diät erfordert in vielen Fällen auch besondere finanzielle Aufwendungen. Für den Kreis der Empfänger von Sozialhilfe oder Kriegsopferfürsorge sind diese Ausgaben aber nicht bei den Regelsätzen berücksichtigt, sie werden besonders abgegolten. Nach den näheren Bestimmungen des § 37 des Bundessozialhilfegesetzes ist Kranken-Krankenhilfe zu gewähren. Im Rahmen dieser Krankenhilfe sind auch sonstige zur Genesung, Besserung oder Linderung von Krankheitsfolgen erforderliche Leistungen zu gewähren. Unter diesen Begriff fallen auch die sogenannten Krankenkostzulagen. Solche Krankenkostzulagen können dann im Rahmen der Sozialhilfe gewährt werden, wenn der Arzt die Einhaltung einer Diät bestätigt. Ebenfalls mit Bekanntmachung vom 12. Oktober 1978 hat das Bayerische Staatsministerium für Arbeit und Sozialordnung die Aufwandsbeträge für die Krankenkostzulagen ab 1. Januar 1979 neu festgesetzt und erhöht:

	ab 1. Januar 1979 (bisherige Aufwandsbeträge)	
a) Für Personen vom Beginn des 12. Lebensjahres an bei Magen-, Darm-, Leber-, Gallenwegs- oder Bauchspeicheldrüsenerkrankungen (z. B. Colitis ulcerosa, Zöliakie, Leberzirrhose)	67 DM	65 DM
bei Herz-, Kreislauf- oder Nierenerkrankungen (z. B. Glomerulonephritis, Nephrose, Niereninsuffizienz)	59 DM	57 DM
bei Diabetes mellitus	160 DM	155 DM
b) Für Erwachsene vom Beginn des 22. Lebensjahres an bei Magen-, Darm-, Leber-, Gallenwegs- oder Bauchspeicheldrüsenerkrankungen (z. B. Colitis ulcerosa, Zöliakie, Leberzirrhose)	41 DM	39 DM
bei Herz-, Kreislauf- oder Nierenerkrankungen (z. B. Glomerulonephritis, Nephrose, Niereninsuffizienz)	45 DM	43 DM
Übergewicht (Reduktionskost)	40 DM	38 DM
Diabetes mellitus	142 DM	138 DM
Diabetes mit Übergewicht	45 DM	43 DM
Multiple Sklerose oder Karzinom	81 DM	78 DM

Diese Krankenkostzulagen werden bei Vorlage eines entsprechenden ärztlichen Attestes bei Empfängern von laufender Hilfe zum Lebensunterhalt nach dem BSHG als Krankenhilfe zusätzlich zu den regelsatzmäßigen Leistungen gewährt. Sonstige minderbemittelte Personen können solche notwendigen Krankenkostzulagen denn erhalten, wenn ihr Einkommen oder Vermögen bestimmte Freibeträge nicht übersteigt.

— alpe —

Ein Wenzelchen feiert Geburtsteg

Vor 75 Jahren wurde das Bayerkreuz unter dem Aktenzeichen F 4777 und der laufenden Nummer 65777 in die Zeichenrolle des Kaiserlichen Patentamtes eingetragen. Es war zunächst für „Arzneimittel für Menschen und Tiere, Desinfektionsmittel, Konservierungsmittel, Teererbstoffe und chemische Präparate für Färberei und für photographische Zwecke“ geschützt und wurde seit 1914 auch für Pflanzenschutz-erzeugnisse benutzt. Unter den rund 280 000 Warenzeichen, die beim Deutschen Patentamt registriert sind, gehört das Bayerkreuz zu den ältesten und bekanntesten Symbolen.

D-Penicillamin in USA zugelesen

Als Lizenzpartner des Geschäftsbereichs Pharma der Degussa, Frankfurt am Main, hat die Firma Carter Wallace Inc., New York, vor kurzem vom Department of Health, Education and Welfare, Public Health Service, Food and Drug Administration, die gesundheitsbehördliche Zulassung (New Drug Application) für Depen® (D-Penicillamin) in den USA erhalten. — D-Penicillamin wird von der Degussa in der Bundesrepublik Deutschland nach einem eigenen Verfahren vollsynthetisch hergestellt.

Filmerfolge der Hoechst AG 1978

Auf der Medikale in Marburg erhielt der Film „Insulin in der Praxis“ eine Goldmedaille und das Prädikat „summa cum laude“, ferner wurde ihm der Grand Prix des Fachbereiches Humanmedizin der Philipps-Universität Marburg zuerkannt.

Der Film „Elektrolytstörungen und Aldosteronismus“, der ebenfalls in Marburg ausgezeichnet wurde, gewann die Goldmedaille der Sektion Medizin des 21. New Yorker Internationalen Film- und TV-Festivals.

Preiswürdig war außerdem der Film „Antibiotika – Grundlagen der Therapie“, der auf der Medikale mit einem „cum laude“ bedacht wurde.

Eine weitere Goldmedaille gab es in der Gruppe der medizinisch-naturwissenschaftlichen Filme für Nichtmediziner für den Beitrag „Notfälle“.

Kommentar zum einheitlichen Bewertungsmaßstab (E-BMÄ)

Herausgeber: Dr. D. Brück, Stand 1. 7. 1978, Grundwerk in Loseblattform bzw. in 5 Plastikordnern, DM 148,—. ErgänzungsLieferungen erscheinen jeweils nach Bedarf. Deutscher Ärzteverlag, Köln-Lövenich.

Mit dem Krankenversicherungs-Kostendämpfungsgesetz hat sich das Gebührenordnungssystem in der gesetzlichen Krankenversicherung grundlegend geändert. Es gibt einen einheitlichen Bewertungsmaßstab mit Punktwerten, der aus der Ersatzkassen-Gebührenordnung entwickelt worden ist, dazu die Abrechnungsbestimmungen des Bundesmantelvertrages mit den RVO-Kassen und die E-GO für die Ersatzkassen. Alles ist zwar neu, baut aber auf alten Abrechnungsvorschriften auf. So konnte die Kommentierung schnell in Angriff genommen werden. Vom Standpunkt dessen, der kommentieren muß, haben die neuen Regelungen den Vorteil des historischen Zusammenhanges, und so kann man nun das gesamte Gebührensystem der gesetzlichen Krankenversicherung in einem Werk zusammenfassen. Durch verschiedenfarbiges Papier wird die Orientierung erleichtert. Der fünfte Ordner ist noch leer — aber sein Inhalt ist schon angekündigt; die Partner in der Selbstverwaltung haben noch einige Verträge zu schließen. Der Benutzer erarbeitet sich schnell in das neue System ein — schon deswegen, weil er als erstes selbst die Schutzfolien zwischen die einzelnen Abschnitte verteilen muß. Daß auch der „neue Brück“ so maßgebend sein wird wie seine Vorgänger, wird nicht zu bezweifeln sein.

bt

Psychoanalytische Gruppenbehandlung im Jugenddelinquenz

Vert.: Dr. H. Christ, 250 S., kart., DM 36,—. Ferdinand Enke Verlag, Stuttgart.

Das Buch berichtet über eine psychoanalytisch orientierte Gruppentherapie von sechs jugendlichen Delinquenten. Derartige Behandlungsversuche wurden bisher leider nur sporadisch unternommen, so daß dieser Versuch alle Würdigung verdient. Nach Ausführungen über die Persönlichkeitsstruktur delinquenter Jugendlicher und daraus abgeleiteten Überlegungen zur Notwendigkeit einer erheblichen Modifikation der Technik psychoanalytischer Gruppentherapie schildert

Depressionen,
psychische
und nervöse
Störungen,
Migräne.

HYPERFORAT®

vegetativ stabilisierend, frei von Nebenwirkungen.

Zusammensetzung: Tropfen: 100 g enthalten: Extr. II. Herb.

Hyperici perf. 100 g stend. mit 2 mg Hypericin pro ml.

Kontraindikationen: Photosensibilisierung.

Dosierung: Tropfen: 2–3 x täglich 20–30 Tropfen vor dem Essen in etwas Flüssigkeit einnehmen.

Handelsformen und Preise (Incl. MWST.):

Tropfen: 30 ml DM 7,95, 50 ml DM 12,45, 100 ml DM 20,95

Dragees: 30 Drag. DM 6,50, 100 Drag. DM 16,60

Ampullen à 1 ml: 5 Amp. DM 9,95, 10 Amp. DM 17,90.



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

der Verfasser ausführlich unter kasuistischem Aspekt und unter dem Aspekt der Gruppenentwicklung den Behandlungsverlauf. Außerdem werden einige Daten aus der zwei Jahre später erfolgten Katamnese mitgeteilt. Unbefriedigend ist, zumal da die Studie im Rahmen eines größeren Forschungsprojektes zur Psychotherapie von Delinquenten durchgeführt wurde, daß keine objektivierenden Meßinstrumente zur Kontrolle des therapeutischen Prozesses und des Therapieerfolges eingesetzt wurden, sondern lediglich auf die subjektive und sicher erheblich durch Erwartungshaltungen beeinflusste „therapeutische Wahrnehmung“ des Behandlers zurückgegriffen wurde. Auch auf eine Kontrollgruppe wurde verzichtet. Diese erheblichen methodischen Mängel schränken den Aussagewert der Studie stark ein.

Dr. med. H.-J. Möller, München

Begutachtung in der Sozialmedizin

Herausgeber: Prof. Dr. W. Gercke, 79 S., kart., DM 16,—. Hippokrates Verlag GmbH, Stuttgart.

Jeder Arzt, gleich welcher Fachrichtung, ob in Klinik oder Praxis, wird während seiner Tätigkeit auch mit Gutachterfragen konfrontiert. Daß er neben seinem Grundfachwissen auch aktuell informiert und fortgebildet sein sollte, dürfte selbstverständlich sein. Auch das Sozialrecht unterliegt dem Wandel und neue bzw. erweiterte Grundlagen des Sozialrechts wie auch der Medizin selbst können wesentliche Bedeutung erlangen. Im Jahre 1959 wurde erstmals eine „Lebertagung der Sozialmediziner“ des Landes Baden-Württemberg abgehalten, aus der sich schließlich 1975 bei der 9. „Lebertagung“ ein Gesamtthema der „Begutachtungsmedizin in der Sozialmedizin“ herausstellte. Diese kleine vorliegende Schrift ist ein Abriss der Thematik und als Lektüre jedem begutachtenden Kollegen anzuempfehlen.

Dr. med. F. Sprenger, Würzburg

Schwedendiät

Diätanleitung für chronisch Nierenkranke

Herausgeber: Ch. Reiß / M. Ahtberg, 28 Tagespläne mit je 40 g Eiweiß, 28 Tagespläne mit je 20 g Eiweiß, 20 farb. Bildtafeln versch. Menüs aus den Tagesplänen, DM 29,60 inkl. MWSt. zuzügl. Versandkosten. Demeter Verlag, Gräfelfing.

Unter der sog. Schwedendiät für chronisch Nierenkranke versteht man eine hochkalorische Kost mit stark vermindertem Eiweiß- und Salzgehalt. Diese Diät kommt allerdings nur im prädialytischen Stadium in Frage.

In anschaulicher und bildreicher Form werden im vorliegenden Buch insgesamt 28 Tagespläne mit jeweils 40 g bzw. 20 g Eiweißgehalt aufgeführt.

Im Gegensatz zur bisherigen Kartoffel-Ei-Diät stellt die sog. Schwedendiät eine wertvolle und abwechslungsreiche Variante dar. Ob allerdings das Defizit an Eiweißbausteinen, das durch Substitution essentieller Aminosäuren ausgeglichen werden muß, von der betroffenen Patientengruppe vorbehaltlos eingenommen wird, mag dahin gestellt sein.

Dr. med. M. Herrmann, München

Atlas der Histologie und mikroskopischen Anatomie

Herausgeber: Prof. Dr. J. W. Rohen / Dr. E. Lütjen-Drecoll, 240 S., 330 Abb. auf 98 Tafeln, 24 Skizzen, Studienausgabe, kart., DM 39,—. F. K. Schetterer Verlag, Stuttgart.

In der gelungenen Übersetzung der amerikanischen Ausgabe wird ein Atlas der Histologie angeboten. So alltäglich diese Aussage ist, so ungewöhnlich ist die Darstellung der

mikroskopischen Anatomie. Beim Durchblättern findet sich auf der linken Seite ein Kapitel Systematik, rechts sind Fotografien in schwarz-weiß abgebildet. Die anfängliche Befremdung über völliges Fehlen von farbigen Darstellungen weicht allmählich der Begeisterung, Zellelemente im weitgehend homogenen Bild zu suchen und zu entdecken. So kann z. B. beim Blutausschlag (Seite 41 ff.) unbeeinflusst von Einfärbungen das Zellmaterial geordnet werden.

Die Autoren verstehen es ausgezeichnet, trockene Materie mit übersichtlichen Bildern auszuschnücken; so wird etwa die Muskulatur der Zunge zuerst in einer 65fachen Vergrößerung dargestellt, dann die einzelnen Papillen fokussiert und bis zu 640mal verstärkt. Didaktisch klar wird der Dünndarm von 16- bis zu 40facher Vergrößerung gezeigt, wobei bei jeder neuen Einstellung andere Zellen deutlich ins Bild kommen. Hier liegt ein Atlas vor, der dem Interessierten durch seinen didaktisch guten Aufbau solides Wissen vermitteln kann.

Dr. med. M. Hausel, Aßlar

Die Terminologie und Definition Sozialmedizin und Sozialhygiene in den literarischen Sekundärquellen der Jahre 1900 bis 1960

Forschungsbericht des Landes Nordrhein-Westfalen

Vert.: Prof. Dr. P. Trüb, 87 S., 9 tabell. Übersichten, kart., DM 16,—. Westdeutscher Verlag, Wiesbaden.

Dieses als Forschungsbericht des Landes Nordrhein-Westfalen herausgebrachte Heft ist eine Fundgrube literarischer Kostbarkeiten zu den beiden Themenschwerpunkten Sozialmedizin und Sozialhygiene.

Trüb stützt sich hierbei auf Sekundärquellen von 1900 bis 1960 und ist dennoch in der Lage, einen gesamten Überblick der beiden Sachgebiete von ihren Anfängen bis 1960 zu geben. Ohne Kommentar. Der Stil ist flüssig, eben wie ein „Lesebuch“.

Diesem gelungenen Band ist eine Fortsetzung von 1961 bis heute anhand von Originalquellen zu wünschen.

Dr. med. H. Weber, Prien

Sterilisation – Desinfektion – Konservierung

Keimidentifizierung – Betriebshygiene

Verf.: Prof. Dr. K. H. Wallhäuser, 2., neubearbeitete Aufl., 468 S., 75 Abb., 306 Tab., geb., DM 68,—. Georg Thieme Verlag, Stuttgart.

Dieses Buch wird überall dort ein unentbehrlicher Ratgeber sein, wo eine weitgehende Verminderung oder vollständige Beseitigung von Kontaminationskeimen zur täglichen Routine gehört – im Krankenhaus, bei der Herstellung von Arzneimitteln und Kosmetika sowie bei der Gewinnung und Konservierung von Lebensmitteln. Die Keime werden zunächst näher charakterisiert im Hinblick auf ihre Vermehrungseigenschaften und die Methoden zu ihrer Isolierung und Identifizierung. Es folgen Informationen über Infektionsquellen und Übertragungswege. Ausführlich werden die zahlreichen chemischen und physikalischen Methoden zur Sterilisation und Desinfektion und die Möglichkeiten zuverlässiger Kontrollen dargestellt. Ferner wird der Leser über die Eigenschaften von Konservierungsmitteln und ihre Verwendung umfassend informiert. In einem Anhangteil finden sich Angaben über Keimzahlen in Lebensmitteln, pharmazeutischen Präparaten und Kosmetika sowie über mikrobielle Toxine und Pyrogene. Den Gebrauch des Buches als nützliches Nachschlagewerk erleichtert schließlich noch ein ausführliches Sachverzeichnis.

Professor Dr. med. P. Emmerling, Würzburg

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.

April 1979

- 1.-7. **Devos:** 11. Internationaler Diagnostikkurs (Hauptthema: Abdomen). — Auskunft: IDKD, Postfach 21 32, CH-8028 Zürich.
- 2.-6. **Schloß Reisenburg/Günzburg:** Grundseminar Sozialmedizin und Rehabilitation für Ärzte in Kurkliniken und Sanatorien. — Auskunft: Sozial- und Arbeitsmedizinische Akademie Ulm e. V., Geschäftsstelle, Eugensplatz 1, 7000 Stuttgart 1.
6. **Erlangen:** Fortbildungsveranstaltung der Abteilung für Stoffwechsel und Ernährung an der Medizinischen Universitätsklinik Erlangen. — Auskunft: Sekretariat Professor Dr. Dr. G. Berg, Frau Loy, Krankenhausstraße 12, 8520 Erlangen.
- 6.-7. **München:** Einführungs- und Fortbildungskurs in die Klinische Echokardiographie (UKG). — Auskunft: Bayerische Landesärztekammer, Mühlbaurstraße 16, 8000 München 80.
- 6.-7. **Stuttgart:** 11. Internationales Magensymposium der Europäischen Gesellschaft für Gastrocameradiagnostik. — Auskunft: Dr. J. M. Kimmig, Hechinger Straße 2, 7000 Stuttgart 80.
- 6.-8. **München:** Fortbildungsseminar I für praktische Elektrokardiographie (Einführungsseminar). — Auskunft: Bayerische Landesärztekammer, Mühlbaurstraße 16, 8000 München 80.
- 9.-21. **Meren:** XI. Internationaler Seminarkongreß für praktische Medizin, veranstaltet von der Bundesärztekammer. — Auskunft: Kongreßbüro der Bundesärztekammer, Postfach 41 02 20, 5000 Köln 41.
- 9.-22. **Brixen:** XII. Internationaler Oster-Seminar-Kongreß. — Auskunft: Berufsverband der Kinderärzte e.V., Bergisch-Gladbacher-Straße 735, 5000 Köln 80.
- 16.-20. **Las Vegas:** 4. Internationales Symposium für Computer-Tomographie. — Auskunft: Deutsches Reisebüro, Postfach 26 71, 6000 Frankfurt 1.
18. **München:** Fortbildungsseminar für niedergelassene Ärzte der Bayerischen Landesärztekammer in Zusammenarbeit mit der Sanitätsakademie der Bundeswehr (Thema: Katastrophenmedizin IV — Der Massenunfall). — Auskunft: Bayerische Landesärztekammer, Mühlbaurstraße 16, 8000 München 80.
- 18.-19. **New York:** 2. Kongreß der Internationalen Gesellschaft für künstliche Organe (ISAO). — Auskunft: Deutsches Reisebüro, Postfach 76 21, 6000 Frankfurt 1.
- 20.-22. **Bad Nauheim:** 45. Jahrestagung der Deutschen Gesellschaft für Kreislaufforschung. — Auskunft: Prof. Dr. W. Schaper, W. G. Kerckhoff-Institut, 6350 Bad Nauheim.
23. 4.-5. 5. **Lindau:** 29. Lindauer Psychotherapie-wochen. — Auskunft: Sekretariat der Lindauer Psychotherapie-wochen, Orlandostraße 8/IV, 8000 München 2.
- 25.-28. **München:** 96. Tagung der Deutschen Gesellschaft für Chirurgie. — Auskunft: Deutsche Gesellschaft für Chirurgie, Professor Dr. G. Maurer, Ismaninger Straße 22, 8000 München 80.
- 26.-28. **Erlangen:** EKG-Kurs für Sportärzte (Grundkurs). — Auskunft: Fräulein Bergmann, Medizinische Poliklinik, Östliche Stadtmauerstraße 29, 8520 Erlangen.
- 27.-28. **Bad Nauheim:** Jahreskongreß der Deutschen Gesellschaft für Hirntraumatologie und klinische Hirnpathologie e. V. — Auskunft: Dr. R. Walch, Lendgrafentplatz 1, 6382 Friedrichsdorf.
- 27.-29. **Bad Wörlishofen:** 19. Ärzte-Seminar (Autogenes Training für Anfänger). — Auskunft: Kneipp-Bund e. V., Jeudesring 16, 8939 Bad Wörlishofen.
27. 4.-1. 5. **Baden-Baden:** 27. Jahrestagung der Vereinigung Süddeutscher Orthopäden. — Auskunft: Professor Dr. G. Rompe, Schlierbacher Lendstraße 200 e, 6900 Heidelberg.
27. 4.-2. 5. **Bad Brückenau:** Lehrgang für physikalische Therapie. — Auskunft: Geschäftsstelle der Gesellschaft der Ärzte für Erfahrungsheilkunde e. V., Postfach 10 28 40, 6900 Heidelberg.
28. **Oberammergau:** Fortbildungstagung der Rheumaklinik Oberammergau. — Auskunft: Bayerische Landesärztekammer, Mühlbaurstraße 16, 8000 München 80.
- 28.-29. **Erlangen:** Tagung der Vereinigung Bayerischer Augenärzte. — Auskunft: Professor Dr. E. Schreck, Schwabachanlage 6, 8520 Erlangen.
- 28.-29. **Hennef:** Sportärzte-Fortbildungslehrgang. — Auskunft: Dr. D. Schnell, Otto-Willach-Straße 2, 5207 Ruppichteroth.
- 28.-29. **Nürnberg:** Frühjahrstagung der Bayerischen Röntgengesellschaft. — Auskunft: Dr. W. Bregulla, Marienstraße 8, 8500 Nürnberg.
- 28.-30. **München:** KVDA-Bundestagung 1979 — Verkehrsmedizinisches Symposium und KVDA-Bundeshauptversammlung. — Auskunft: KVDA, Johanna-Melber-Weg 8, 6000 Frankfurt 70.
29. 4.-1. 5. **Überlingen:** 23. Internationale ärztliche Fortbildungstagung Bodensee. — Auskunft: Dr. E. Unger, Mühlenstraße 12, 7770 Überlingen.
29. 4.-5. 5. **Bad Wörlishofen:** 40. Ärztlicher Fortbildungskongreß der Ärztlichen Gesellschaft für Physiotherapie. — Auskunft: Dr. O. Schumacher-Wandersleb, Postfach 12 28, 5358 Bad Münstereifel.
30. 4.-5. 5. **Köln:** Kongreß der Europäischen Gesellschaft für Kinderredologie. — Auskunft: Kinderkrankenhaus Riehl, Amsterdamer Straße 63, 5000 Köln 60.

- 3.-5. **Beden-Beden:** Werkstattgespräch „Rehabilitation en ambulanten Koronargruppen“ der Klinik Höhenried. — Auskunft: Professor Dr. M. J. Halhuber, Klinik Höhenried der LVA Oberbayern, 8131 Bernried.
- 3.-5. **Nürnberg:** IV. Kongreß der Europäischen Gesellschaft für Kardiovaskuläre Radiologie. — Auskunft: Professor Dr. E. Zeltler, Fürstraße 17, 8500 Nürnberg.
- 4.-5. **Erlangen:** Internationales Symposium „Operative Endoskopie“. — Auskunft: Kongreßbüro der Medizinischen Universitätsklinik, Frau Schatt, Krankenhausstraße 12, 8520 Erlangen.
- 4.-6. **Beden-Beden:** Tagung des Landesverbandes Baden-Württemberg des Hartmannbundes. — Auskunft: Verband der Ärzte Deutschlands (Hartmannbund), Landesverband Baden-Württemberg, Jehnstraße 12, 7000 Stuttgart 70.
5. **München:** 6. Samstagseminar der II. Frauenklinik der Universität München. — Auskunft: Privatdozent Dr. H. J. Kümper, Lindwurmstraße 2 a, 8000 München 2, und Bayerische Landesärztekammer, Mühlbauerstraße 16, 8000 München 80.
- 5.-6. **Grünwald:** Sportärztliche Ausbildungstagung. — Auskunft: Dr. H. Peßst, Sportschule, Ebertstraße 1, 8022 Grünwald.
- 7.-8. **München:** Tagung über Virusdiagnostik für Klinik und Praxis. — Auskunft: Dr. K. Krejci, Pettenkofarstraße 8 a, 8000 München 2.
- 7.-9. **München:** Internationales Symposium „Perkutane Biopsie und therapeutische Vasookklusion“. — Auskunft: Sekretariat Professor Dr. Anecker, Ismaninger Straße 22, 8000 München 80.
- 11.-13. **Rotteck-Egern:** Wochenend-Seminar für Ärzte. — Auskunft: Kuratorium für Therapeutisches Reiten e. V., Rahgatanstraße 3 e, 6340 Dillenburg.
12. **Regensburg:** 1. Obarpfälzer Tagung für Sportmedizin. — Auskunft: Dr. H. Peter, Kornmarkt 5, 8400 Regensburg.
- 14.-19. **Bernried:** Seminar über praxisnahe kardiologische Prävention und Rehabilitation. — Auskunft: Sekretariat Chefarzt Dr. Lepper, Klinik Höhenried der LVA Oberbayern, 8031 Barnried.
- 14.-19. **Nürnberg:** 82. Deutscher Ärztetag mit Filmfortbildungsprogramm. — Auskunft: Sekretariat des 82. Deutschen Ärztetages, Bundesärztekammer, Postfach 41 02 20, 5000 Köln 41.
- 16.-18. **Neuherberg:** Grundkurs im Strahlenschutz. — Auskunft: Kurssekretariat des Instituts für Strahlenschutz der GSF, Ingolstädter Landstraße 1, 8042 Neuherberg.
19. **Bischofsmels:** 5. Sportärztliches Seminar. — Auskunft: Dr. H. H. Warnicke, Ludmillestraße 33, 8300 Lendshut.
19. **Wien:** 9. Schöllsalgespräch (Theme: Immunologische Probleme in der Neurologie). — Auskunft: Prim. Dr. H. Suchanek-Fröhlich, Hofzeila 18-20, A-1190 Wien.
- 19.-20. **Germisch-Partenkirchen:** Unfallmedizinische Tagung des Landesverbandes Bayern der gewerblichen Berufsgenossenschaften. — Auskunft: Professor Dr. Probst, BG-Unterteilklinik Murnau, Postfach 1380, 8110 Murnau.
- 19.-20. **München:** 28. Tagung der Süddeutschen Kinderärzte. — Auskunft: Dr. P. Schweier, Kölner Platz 1, 8000 München 40.
- 21.-23. **Neuherberg:** Spezialkurs im Strahlenschutz bei der Untersuchung mit Röntgenstrahlen. — Auskunft: Kurssekretariat des Instituts für Strahlenschutz der GSF, Ingolstädter Landstraße 1, 8042 Neuherberg.
- 22.-26. **Nürnberg:** Orthopädie Technik 79. — Auskunft: Bundesinnungsverband für Orthopädie-Technik, Kattwiger Straße 27, 4300 Essen 1.
- 23.-24. **Freudenstedt:** 10. Diagnostisch-Therapeutische Gespräche der ZFA. — Auskunft: Hippokrates Verlag GmbH, Neckarstraße 121, 7000 Stuttgart 1.
- 24.-26. **Kiel:** Gemeinschaftstagung der Deutschen und Österreichischen Gesellschaft zum Studium der Fertilität und Sterilität und der Nordisk Fertilitätsklubb. — Auskunft: Professor Dr. K. Semm, Hegewischstraße 4, 2300 Kiel 1.
- 24.-27. **Kiel:** I. Seminar „Geburtshilflich-gynäkologische Klinik“. — Auskunft: Dr. F. C. Menken, Karlsplatz 8, 8000 München 2.
- 24.-27. **Regensburg:** 62. Fortbildungstagung für Ärzte. — Auskunft: Sekretariat der Ärztlichen Fortbildung, Allee Reheus, 8400 Regensburg.

„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 Aarau, 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. Postcheckkonto 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: Alexander Wisatzke, 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



Der ärztliche Dienst der bayerischen Polizei

sucht wegen Ausweitung seines Aufgabebereichs jüngere und ältere Ärzte. Zunächst wird noch

Je ein Polizeiarzt

In München und in Nürnberg benötigt.

Die Tätigkeit umfaßt Untersuchungen, Behandlungen, Begutachtungen und betriebsärztliche Aufgaben, wie sie bei großen Polizeiverbänden anfallen.

Defür stehen gut eingerichtete Labors und Röntgenstationen mit dem nötigen Fachpersonal zur Verfügung.

Die Stellen sind in den Besoldungsgruppen bis A 15 besetzbar, wenn die beamtenrechtlichen Voraussetzungen vorliegen. Eine Einstellung im Angestelltenverhältnis in vergleichbarer Vergütungsgruppe ist möglich.

Weiterbildung in einem der Gebiete Innere Medizin, Neurologie oder Psychiatrie ist erwünscht, aber nicht Bedingung.

Privatärztliche Nebentätigkeit wird auf Antrag genehmigt; die Freistellung vom Wehrdienst wird beantragt. Außerdem werden ein 13. Monatsgehalt in Form einer Weihnachtsgewährung, Urlaubsgeld, Trennungsgeld, Umzugskostenvergütung und Beihilfen im Krankheitsfall nach den gesetzlichen Bestimmungen gewährt. Grundsätzlich beträgt die Arbeitszeit 40 Wochenstunden bei dienstfreien Wochenenden. Der Dienstherr ist bei der Beschaffung einer Wohnung behilflich.

Anfragen und Bewerbungen sind erbeten an das

Präsidium der Bayer. Bereitschaftspolizei – Ärztlicher Dienst der Polizei – Rosenheimer Straße 130, 8000 München 80, Telefon (0 89) 49 20 94, Nst. 371.

Wir sind die

einzigste Orthopädische Fachklinik

in Niederbayern und haben zum 1. 9. 1979 die Position eines

leitenden Anästhesisten

zu vergeben.

Wir haben 105 geförderte Planbetten und führen jährlich über 1000 Operationen aus dem gesamten orthopädischen Operations-Programm durch.

Vergütung nach AVR (entspricht etwa dem BAT) Gruppe 1, zusätzliche Privateinnahmen.

Eine mietgünstige Neubauwohnung steht zur Verfügung. Beihilfe zum Umzug wird gewährt.

Bewerbungen bitte an:

Orthopädische Fachklinik
Bayerwelderstraße 230, 8445 Schwarzach

Das Kreis Krankenhaus 8967 Oettingen/Bay. sucht für sofort oder später für die Innere und Chirurgische Abteilung

Je 1 Assistenzarzt (-ärztin)

Der leitende Internist ist für 2 Jahre, der leitende Chirurg für 3 Jahre zur Weiterbildung ermächtigt. Es besteht die Möglichkeit alle gängigen internistischen Untersuchungsverfahren einschließlich Endoskopie und Ultraschall zu erlernen.

Die Innere und Chirurgische Abteilung verfügt über je 60 Betten.

Wir bieten: Bezahlung nach BAT II
Zusätzliche Vergütung für Bereitschaftsdienste
Geregelte Arbeitszeit

Verpflegung und Wohnung auf Wunsch im Hause.

Bewerbungen mit den üblichen Unterlagen erbeten an:

Dr. med. F. Bachmayr, Chefarzt, 8967 Oettingen/Bay., Kreis-Krankenhaus.

Die Stadt Nürnberg sucht

für die Abteilung Psychiatrie II der Neurologisch-Psychiatrischen Klinik am städtischen Klinikum (rund 2700 Betten) einen

leitenden Arzt

(Chefarzt)

Die Abteilung II mit dem künftigen Schwerpunkt Psychotherapie hat ca. 40 Betten; angeschlossen ist die Kinder- und Jugendpsychiatrie mit 12 Betten. Außer dieser Abteilung sind an der Gesamtklinik die Abteilungen Neurologie (ca. 85 Betten) und Psychiatrie I (ca. 125 Betten) vorhanden.

Einem der drei Chefarzte wird – jeweils zeitlich befristet – zusätzlich die Vertretung der Gesamtinteressen der Klinik übertragen.

Struktur und Aufgaben der Gesamtklinik erfordern ein Höchstmaß an Kooperationsbereitschaft.

Der leitende Arzt der Abteilung Psychiatrie II muß das Aufgabengebiet Psychotherapie abdecken. Weitere Voraussetzungen sind umfassende Fachkenntnisse und Erfahrungen in leitenden klinischen Funktionen.

Die Einstellung erfolgt im Angestelltenverhältnis mit Bezahlung nach Vereinbarung.

Bewerbungen mit den üblichen Unterlagen werden erbeten an

Stadt Nürnberg, Personalamt
Postfach, 8500 Nürnberg 1.

Allgemeinpraxis

In Südost-Bayern (25 km von Selzburg) ab 1980 zu besetzen. Belegmöglichkeit im örtlichen Krankenhaus. Voraussetzung Anerkennung als Anästhesist.

Kontakt: Leitender Arzt Dr. Gerstacker, 8229 Fridolfing, Telefon (0 86 84) 333.

Die Gemeinde Pettstadt/Ofr. möchte einen

Kassenarztsitz

für eine Allgemeinpraxis errichten. Praxisräume und Wohnung können gestellt werden.

Die Gemeinde besitzt alle Grundeinrichtungen (z. B. Schule, Kindergarten, öffentliche Verkehrsmittel usw.) und hat hohen Freizeitwert (Tennis, Angeln, Jagdmöglichkeit, Hallenbad in der Nähe, usw.). Sie ist nur 10 Autominuten vom Zentrum der Stadt Bamberg entfernt. Weiterführende Schulen und Universität befinden sich in Bamberg.

Mit den umliegenden Orten werden ca. 3000 Einwohner erreicht.

Gesucht wird ein junger, dynamischer Arzt, der gerne eine Landpraxis übernehmen würde.

Interessenten wenden sich bitte schriftlich oder mündlich an:
Gemeinde Pettstadt, Bürgermeister Schleelein, 8602 Pettstedt, Telefon (0 95 02) 3 60.

Die Stadt Bayreuth sucht für die Röntgendiagnostische Abteilung (Leitender Abteilungsarzt Dr. J. Kaufmann) des seit 1. Januar 1978 verselbständigten Radiologischen Instituts ihrer Krankenanstalten zum nächstmöglichen Zeitpunkt

1 Oberarzt

(möglichst Radiologe oder kurz vor Abschluß der Weiterbildung stehend)

1 Assistenzarzt

Die Städtischen Krankenanstalten Bayreuth verfügen über 588 Betten mit einer Chirurgischen Klinik (Allgemeinchirurgische und Unfallchirurgische Abteilung), einer Medizinischen Klinik, einer Gynäkologisch-Geburtshilflichen Klinik, einer Kinderklinik, einer Anästhesieabteilung, Belegabteilungen für Klefchirurgie und Ophthalmologie, zwei Intensivstationen und einem Pathologischen Institut.

In der Röntgendiagnostischen Abteilung werden neben Routineuntersuchungen auch alle röntgenologischen Sonderuntersuchungen durchgeführt. Das Rotationssystem für Assistenzärzte mit der neu geschaffenen Strahlentherapeutischen Abteilung (Leitender Abteilungsarzt Privatdozent Dr. Dietzel) ist gewährleistet.

Die Vergütung erfolgt nach VergGr. I b/1 a für den Oberarzt bzw. nach VergGr. II/1 BAT für den Assistenzarzt. Daneben werden geboten: Rufbereitschaftsdiensvergütung, Beteiligung am Mitarbeiterpool und an der Gutachtertätigkeit sowie die sonstigen üblichen Zulagen des öffentlichen Dienstes.

Die Festspielstadt Bayreuth (70 000 Einwohner) liegt in landschaftlich schönster Lage zwischen Fichtelgebirge und Fränkischer Schweiz in Oberfranken. Sämtliche weiterführenden Schulen und eine neue Universität sind am Ort. Ein regsames kulturelles Leben, sehr gute Sportanlagen und Wintersportmöglichkeiten sowie ein umfangreiches Bildungsangebot bestimmen den hohen Freizeitwert der Stadt.

Bewerbungen mit eigenhändig geschriebenem Lebenslauf, Zeugnissen und Unterlagen über die bisherige ärztliche Tätigkeit werden erbeten

**Stadt Bayreuth — Personalamt —
Postfach 28 40, 8580 Bayreuth**

Der Leitende Abteilungsarzt der Röntgendiagnostischen Abteilung steht für fachliche Rückfragen unter Ruf-Nr. (09 21) 404-345 zur Verfügung.

Allgemeinärztin

(mehr auf Innere Medizin ausgerichtet) sucht wegen Altersgrenze Nachfolgerin. Vorstadt von Bayreuth. Inventar billigst abzugeben. Einarbeitung möglich und erwünscht. Für Frühjahr — Sommer 1979. Zuschriften erbeten unter Nr. 2064/104 an die Anzeigenverwaltung BAYERISCHES ARZTEBLATT, Sonnenstraße 29, 8000 München 2.

Allgemeinpraxis im Naturpark Altmühltal

In Solnhofen wird aus Altersgründen abgegeben. Termin 1. 4. 1979 oder später. Solnhofen hat ca. 2000 Einwohner und Einzugsgebiet. Industrie, aufstrebender Fremdenverkehr. Solnhofen ist bekannt durch einmalige Fossilienfunde aus dem Plattenkalk. Der Ort liegt im Lkra. Weißenburg-Gunzenhausen und ist gut erreichbar über die B 2 und B 13. Alleinartzsitz seit ca. 50 Jahren, ausbautähig. Praxisinhaber 27 Jahre hier tätig. Facharztzentren und Krankenhäuser in Treuchtlingen (15 km) und Weißenburg (20 km), ebenso alle weiterführenden Schulen.

Geregelter Sonntagsdienst. Praxis und Wohnung getrennt. Des Praxishauses liegt günstig in Ortsmitte. Übergabe der Praxis soll nahtlos erfolgen.

In Wohn- bzw. Bauangelegenheiten kann mit großzügiger Unterstützung gerechnet werden.

**Gemeinde Solnhofen
Bahnhofstraße 8, 8631 Solnhofen**

Das Bezirkskrankenhaus Mainkofen bei Deggendorf/Ndb. stellt ab 1. 8. 1979

Arzt für Innere Medizin Arzt für Neurologie und Psychiatrie

für die Belange unseres psychiatrischen Großkrankenhauses ein.

Bei Einstellung erfolgt Bezahlung/Vergütung nach Bundesangestelltentarif (BAT). Die Übernahme in das Beamtenverhältnis oder Fortsetzung des Dienstverhältnisses im Beamtenverhältnis ist möglich, wenn die Voraussetzungen hierfür vorliegen. Die Bezahlung erfolgt hier nach der Bayar. Besoldungsordnung. Die Mitarbeiter erhalten neben ihren monatlichen Bezügen Bereitschaftsdienstentschädigung, Nebentätigkeit im üblichen Rahmen (Unterricht in der Krankenpflegeschule) kann genehmigt und entsprechend entschädigt werden. Außerdem werden gezahlt: Umzugskostenvergütung, Beihilfe in Krankheitsfällen und zusätzliche Altersversorgung.

Das Bezirkskrankenhaus Mainkofen befindet sich zwischen Plattling/Isar und Deggendorf/Donau am Eingang zum Bayerischen Wald.

Bewerbungen mit den üblichen Unterlagen werden erbeten (unter Angabe des frühesten Eintrittstermines)

**an die Direktion des Bezirkskrankenhaus
Mainkofen**

8351 Natterberg, Telefon (099 31) 871

Augsburg Ärztelhaus mit Apotheke

In einem ausgesprochenen Wohngebiet in Augsburg-Lechhausen entsteht Ende 1979 ein Ärztelhaus. Apotheke im Nebenhaus. Einwohnerzahl im direkten Bereich ca. 14 000. Beste Perkmöglichkeiten.

Anfragen bitte an: Kronen-Apotheke, Rachte Brand Straße 2, 8900 Augsburg, Telefon (08 21) 7 32 00.

Privatklinik Gauting

- Offene Fachklinik für Nerven- und Gemütsleiden, Psychotherapie mit Sanatoriumscharakter
- Alle Kassen

Die Klinik ist landschaftlich schön und ruhig gelegen, S-Bahn-Anschluß, 15 Minuten vom Münchener Zentrum.

Leitender Arzt Dr. med. Ph. Schmidt
Bergstraße 50, 8035 Gauting, Telefon (0 89) 8 50 60 51
wochentags auch Telefon (0 89) 53 20 02

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.

Ärztemuster durch:
BEFELKA-ARZNEIMITTEL, 45 Densbrück, Postfach 1351

Bei blander Struma

Mitgl. gebpfl.	AOK	LKK	IKK	VdAK	AEV	KNAPP-SCHAFT	OVV
1							
frei							
2							
Fam. Angeh. gebpfl.	(Name des Versicherten/Versorgungsberechtigten)			(Vorname)	(geb. am)		
3	(Ehegatte/Kind/Sonst. Angeh.)			(Vorname)	(geb. am)		
frei							
4							
Rentner u. Fam.-Angeh.	(Arbeitgeber/Dienststelle/Rentner/BVG/Freiw.)						
5	(Wohnung des Patienten)						
BVG	Sonstige	8	Sprechbedarft	9			
6	7	8	9				
*) Unfalltag		Unfallber...					
Taxe		<p>Rp.</p> <p><i>L-Thyroxin 150</i></p> <p><i>» Henning</i></p> <p><i>1 O.P.</i></p>					

Zusammensetzung: L-Thyroxin 50 Henning®: 50 µg L-Thyroxin-Na (T₄) pro Tablette. L-Thyroxin 100 Henning®: 100 µg L-Thyroxin-Na (T₄) pro Tablette. L-Thyroxin 150 Henning®: 150 µg L-Thyroxin-Na (T₄) pro Tablette. **Wirkung:** Das durch L-Thyroxin Henning® verabreichte Schilddrüsenhormon substituiert einen Hormonmangel und supprimiert die Thyreotropin-Sekretion. **Indikationen:** Blinde Struma, Rezidivprophylaxe nach Strumaresektion, Hypothyreose, Zusatztherapie bei thyreostatisch behandelter Hyperthyreose, Schilddrüsenmalignom, Thyreoiditis. **Kontraindikationen:** Frischer Myokardinfarkt; Angine pectoris oder Zustand nach Myokardinfarkt bei älteren Strumapatienten. **Nebenwirkungen:** Bei Überschreitung der erforderlichen Dosis Tachykardie, Schwitzen, vermehrte Unruhe, Durchfall. Symptome verschwinden nach Herabsetzen der Tagesdosis oder Aussetzen der Behandlung (eventuell Gabe von Propranolol). **Hinweise:** Behandlung sehr vorsichtig beginnen bei Patienten mit schwerer Hypothyreose, Angine pectoris, Myokarditis und bei tachykerder Herzinsuffizienz (vorher Frequenzreduktion und Rekompensation!). Bei gleichzeitiger Behandlung mit Antidiabetika bzw. Antikoagulantien Blutzucker und Quickwert enftens häufiger kontrollieren. Bei Schwangerschaft Behandlung nicht unterbrechen. **Anwendung:** 50 µg Thyroxin täglich; in 1-2wöchigen Intervallen auf die erforderliche Volldosis steigern. Der Hormonbedarf liegt beim einzelnen Patienten zwischen 50 und 300 µg Thyroxin täglich. Empfohlen wird die Einnahme der gesamten Tagesdosis 1/2 Stunde vor dem Frühstück. **Handelsformen:** L-Thyroxin 50 Henning®, Tabletten mit 50 µg L-Thyroxin-Na, 70 Tabletten DM 6,85 m. MwSt. (Wochenplanpackung), 100 Tabletten DM 8,55 m. MwSt., 200 Tabletten DM 14,40 m. MwSt. (Schüttpackung). L-Thyroxin 100 Henning®, Tabletten mit 100 µg L-Thyroxin-Na, 70 Tabletten DM 10,95 m. MwSt. (Wochenplan-Packung), 200 Tabletten DM 22,95 m. MwSt. (Schüttpackung). L-Thyroxin 150 Henning®, Tabletten mit 150 µg L-Thyroxin-Na, 70 Tabletten DM 12,64 m. MwSt. (Wochenplan-Packung), 200 Tabletten DM 25,95 m. MwSt. (Schüttpackung).



HENNING BERLIN GMBH - Berlin 42

ratiopharm

Zerebrale Durchblutungsstörungen

OP 20 Tabl. DM 24,99
 OP 50 Tabl. DM 48,99
 OP 100 Tabl. DM 89,--

	morgens	abends
Normaldosis	⊖	⊖
Langzeitbeh.	⊖	—



Zusammensetzung: 1 Retard-Tabl. enthält: Vincamin 30 mg mit verzögerter Wirkstoff-Freisetzung. **Dosierung:** 2 x tägl. 1 Retard-Tabl. **Indikation:** Mangel durchblutung des Gehirns. Zerebrale Durchblutungsstörungen im Gefolge psychischer und neurologischer Symptome. Chronische zerebrale Durchblutungsstörungen unterschiedlicher Genese. **Kontraindikation:** Hirntumoren und Erkrankungen mit intrakranieller Drucksteigerung, Schwangerschaft.

ratiopharm GmbH Arzneimittel, Postfach 1161, 7902 Blaubeuren

ratiopharm

Durchblutungsstörungen

OP 60 Kaps. DM 10,--
 OP 120 Kaps. DM 14,49

	morgens	mittags	abends
Normaldosis	—	—	—
Maximaldosis	⊖	⊖	⊖



Zusammensetzung: 1 Kaps. enthält: N-Benzhydryl-N'-transcinnamylpiperazin (= Cinnarizin) 75 mg. **Dosierung:** 1-3 x tägl. 1 Kaps. **Indikation:** zerebrale und periphere Durchblutungsstörungen, vestibuläre Beschwerden. **Kontraindikation:** keine. **Hinweis:** evtl. einschleichend dosieren, um anfängliche, vorübergehende Ermüdungserscheinungen zu reduzieren.

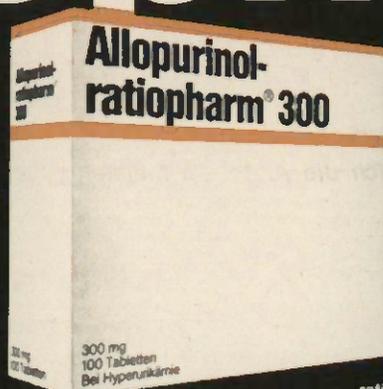
ratiopharm GmbH Arzneimittel, Postfach 1161, 7902 Blaubeuren

ratiopharm

Hyperurikämie

OP 20 Tabl. DM 9,--
 OP 60 Tabl. DM 19,98
 OP 100 Tabl. DM 31,--

	morgens	mittags	abends
Normaldosis	—	⊖	—
Maximaldosis	⊖	⊖	⊖



Zusammensetzung: 1 Tabl. enthält: 1 H-Pyrazolo [3,4-d] pyrimidin-4-ol (IUPAC) 300 mg. **Dosierung:** tägl. 300-900 mg mit reichlich Flüssigkeit zu den Mahlzeiten. **Indikation:** Gicht, Harnsäuresteine, Hyperurikämie. **Kontraindikation:** Schwangerschaft und Stillzeit. **Nebenwirkungen:** vereinzelt Magenunverträglichkeiten, Juckreiz, Exantheme, Fieber, Leukopenie, Eosinophilie. **Hinweis:** bei gleichzeitiger Gabe von Azathioprin oder 6-Mercaptopurin muß deren Dosis reduziert werden. Für Kleinkinder Allopurinol nur bei sekundärer Hyperurikämie.

ratiopharm GmbH Arzneimittel, Postfach 58, 7902 Blaubeuren